



Instans: Socialnämnden
Tid: 2018-03-27 kl. 13:00
Plats: Nossan (A) Kommunhuset

Förslag på justerare: Carina Fredriksen (S)

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

Observera att sekretesshandlingar delas ut för genomläsning innan sammanträdet i enlighet med beslut på socialnämndens sammanträde den 21 maj 2013, § 60/2013.

Lennart Ottosson
Ordförande

Moa Andersson
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>Föredragande/ Kommentar</i>
13.00			Sammanträdet öppnande			Ordförande
			Upprop			Nämndsekreterare
			Val av justerare och tid för justering			Ordförande
13.20	1	SN	Sekretess 6 kap 8a § Föräldrabalken	--	VS	
13.30	2	SN	Sekretess 2 kap 1 § Föräldrabalken	--	VS	
13.40	3	SN	Sekretess Yttrande om ej verkställt beslut	--	VS	
13.50	4	SN	Sekretess Begäran om yttrande från IVO	--	VS	
14.00	5	Info	Förvaltningen informerar	--	--	Socialchef
14.10	6	Info	Ekonomiuppföljning februari	SN 18/2018	X	Controller
14.20	7	SN	Kvalitetsberättelse 2017	SN 8/2018	X	SAS/kvalitets- samordnare
14.35	8	SN	Patientsäkerhetsberättelse 2017	SN 7/2018	X	Verksamhetschef Vård och Omsorg
14.50			PAUS			
15.10	9	SN	Revidering plan för avveckling HVB	SN 41/2017	X	Verksamhetschef Socialt stöd
15.20	10	SN	Riktlinje Placering av ensamkommande som fyller 18 år eller om migrationsverket skriver upp åldern	SN 28/2018	X	Verksamhetschef Myndighet
15.30	11	SN	Kontorslokaler socialförvaltningen	SN 21/2018	X	Verksamhetschef Myndighet
15.40	12	KF	Avgift för medicinsk fotvård	SN 22/2018	X	Stabschef
15.50	13	KF	Revidering riktlinjer taxor och avgifter	SN 22/2018	X	Stabschef
16.00	14	KF	Avgifter dödsboförvaltning	SN 23/2018	X	Stabschef
16.10	15	SN	Motion - Aktivitetscenter för alla äldre i kommunen	SN 106/2017	X	Ordförande
16.15	16	KS	Begäran om att få ta tidigare överskott i anspråk för Viva-app	SN 9/2018	X	Socialchef

<i>NR</i>	<i>Meddelandeförteckning</i>	<i>DNR</i>	<i>Handlingar bifogas</i>
1	Domar inkomna under tidsperioden 2018-02-27- -2018-03-26	--	VS
2	Protokoll FSG 2018-03-15	--	X
3	KF § 18/2018-02-13 Målbild för socialförvaltningens lokaler 2027	SN 105/2017	X
4	REMISS - Ekonomisk modell för reglering av betalansvar vid Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård inkl. bilagor	--	X

<i>NR</i>	<i>Delegeringsbeslut</i>	<i>DNR</i>	<i>Handlingar bifogas</i>
1	Anmälan av delegeringsbeslut under tidsperioden 2018-02-01- -2018-02-28	--	VS

DIARIENUMMER: SN 2018-18
FASTSTÄLLD/INSTANS: Socialnämnden
VERSION:
SENAST REVIDERAD: 2018-03-27
GILTIG TILL:
DOKUMENTANSVAR: Socialchef

Månadsrapport

per den 2018-02-28

Med prognos för 2018-12-31

Socialnämnden



HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

SAMMANFATTNING

Socialförvaltningen prognostiserar ett överskott per februari på 100 tkr. I denna prognos ingår resultatföring av flyktingbuffert för nyanlända med 1 200 tkr. Myndighet redovisar ett underskott på 2 300 tkr medan socialt stöd beräknar ett överskott på 1000 tkr. Placeringar av både vuxna och barn, höga kostnader på grund av inhyrda konsulter ger ett underskott medan personlig assistans SFB ger ett överskott på grund av färre brukare. Inom vård och omsorg har fler timmar utförts inom hemtjänst än budgeterat.

Driftredovisning

Utfall/Budget tom 28 feb

RSUM	Ack Budget	Ack Utfall	Ack Diff
1 Intäkter	-8 155	-6 173	-1 982
3 Personalkostnader	28 485	28 975	-490
4 Lokalkostnader, energi, VA	1 825	236	1 589
5 Övriga kostnader	10 437	7 833	2 604
6 Kapitalkostnad	133	55	78
	32 725	30 926	1 799

Ack, utfall är inte periodiserat, kostnader och intäkter saknas för perioden men är medräknat i prognos. Tekniska förvaltningen har inte fakturerat hyra för perioden, ca 1 400 tkr. Utfallet inkluderar flyktingverksamheten.

Vhtområde	Ack Budget	Ack Utfall	Ack Diff
10 Nämndverksamhet	105	78	27
26 Miljö- och hälsoskydd	17	0	17
50 Social verksamhet gem	3 195	1 731	1 464
51 Vård och omsorg	20 008	16 327	3 681
52 LSS	4 747	6 152	-1 405
53 Färdtjänst	444	-10	453
59 IFO	4 350	5 274	-924
60 Flyktingmottagande	-680	789	-1 469
61 Arbetsmarknadsåtgärder	541	585	-44
	32 725	30 926	1 799

Resultat för perioden exkl flyktingverksamheten:

RSUM	Ack Budget	Ack Utfall	Ack Diff
1 Intäkter	-4 992	-4 508	-484
3 Personalkostnader	27 097	27 174	-77
4 Lokalkostnader, energi, VA	1 373	218	1 154
5 Övriga kostnader	9 809	7 197	2 611
6 Kapitalkostnad	119	55	64
	33 405	30 137	3 269

Prognos

RSUM	År Budget	År Prognos	År Diff Helår
1 Intäkter	-44 828	-46 557	1 729
3 Personalkostnader	169 225	169 104	121
4 Lokalkostnader, energi, VA	10 955	10 955	0
5 Övriga kostnader	62 068	63 818	-1 750
6 Kapitalkostnad	909	909	0
	198 329	198 229	100

Vhtområde	År Budget	År Prognos	År Diff Helår
10 Nämnd- och styrelseverksamhet	631	631	0
26 Miljö- och hälsoskydd	100	100	0
50 Social verksamhet gemensamt	19 107	18 807	300
51 Vård och omsorg	119 206	119 356	-150
52 LSS	28 255	27 325	930
53 Färdtjänst	2 665	2 565	100
59 IFO	25 288	27 568	-2 280
60 Flyktingmottagande	0	-1 200	1 200
61 Arbetsmarknadsåtgärder	3 078	3 078	0
	198 329	198 229	100

Ansvarsområde	År Budget	År Prognos	År Diff Helår
40 Nämnd	631	631	0
41 Förvaltningsledning	7 842	7 842	0
42 Myndighet	29 946	32 246	-2 300
43 Centralt stöd	8 085	7 885	200
44 Vård och omsorg	113 836	113 836	0
46 Socialt stöd	37 989	35 789	2 200
	198 329	198 229	100

*För prognos flyktingmottagande, ensamkommande se sid 5

Ytterligare detaljer finns i bilaga 1

Redovisning av orsaker och åtgärder

Socialnämnd

Prognos: enligt budget

Orsak:.

Förvaltningsledning

Prognos: enligt budget

Orsak: Bufferten om 2 mnkr ligger orörd

Åtgärd:

Myndighet

Inom verksamheten finns all myndighetsutövning; handläggning av ärenden gällande barn och unga, vuxna, äldre, LSS. Externa placeringar LSS i form av boende, daglig verksamhet samt kontaktpersoner, placeringar av barn och unga, vuxna samt ensamkommande. Här finns även familjerätt och alkoholhandläggning

Prognos: -2 300 tkr

Orsak: IFO: Antalet ansökningar och anmälningar har ökat de senaste åren liksom komplexiteten i ärendena. Vi ser att antalet familjer där anledningen till att man söker sig till socialtjänsten eller en anmälan inkommer, är våld i nära relation eller hedersförtryck och att dessa ärenden ökar. Missbruk hos en av eller båda föräldrarna samt allvarlig föräldrasvikt bland annat på grund av kognitiva svårigheter är andra faktorer som ligger till grund för anmälan till socialtjänsten. Ärenden där domstol beslutat om vård enligt LVU ökar, vilka är tidskrävande då arbetet som föregår en ansökan om vård enligt LVU hos Förvaltningsrätten är omfattande och rättsprocessen kan bli utdragen. Ärenden där barnet, under 18 år, och den unge, under 21 år, placeras av hedersrelaterade skäl och/eller utsatts för våld ökar. Placering sker i dessa ärenden på orter med längre avstånd från Herrljunga av risk- och säkerhetsskäl, vilken är tidskrävande för socialsekreterarna då barnets vård ska följas noggrant oavsett avstånd.

Herrljunga kommun har en rutin som bortser från Migrationsverkets åldersbedömning och låter ungdomar, EKB, stanna i kommunen under asylprocessen till dess ungdomen enligt egen uppgift blir myndig oavsett om Migrationsverket gör bedömningen att ungdomen är 18 år eller äldre. Istället för att överlåta ansvaret för ungdomen/den vuxne till Migrationsverket får ungdomen/den vuxne bo kvar på kommunens HVB, i familjehem alternativt konsulentstött familjehem eller köpt placering på externt HVB under ett till flera år. Det innebär kostnader för placering under flera år som inte täcks av den ersättning vi erhåller från Migrationsverket. Behovet av inhyrda konsulter för handläggning av barnärenden minskar men kommer att bidra till underskott. Kostnaden för försörjningsstöd började öka under senare delen av år 2017 och är fortsatt hög. Orsaken är komplexa ärenden och att ansökningar från familjer med flera barn ökar. En bidragande orsak är även att antalet skyddsplaceringar ökar, vilket innebär att personen med eller utan barn som söker skydd, initialt är berättigad till försörjningsstöd i väntan på nästa inkomst eller saknar egen inkomst och/eller fått nytt eller eget konto på banken. En annan orsak är försäkringskassan ändrade regler gällande aktivitetsersättning och rätten till sjukersättning. Personer tvingas att söka försörjningsstöd då ersättningen minskar eller upphör från

försäkringskassan. Antalet nyanlända, som inte klarar sig på etableringsersättning då det finns flera barn i familjen och som har rätt till kompletterande försörjningsstöd, ökar.

Åtgärd: Under år 2017 hade vi stora kostnader för konsulter, vilket är en stor bidragande orsak till underskottet i budgeten. Under 2018 kommer antalet konsulter att minska till att upphöra helt den 1 juli 2018. Personal har anställts och kommer att börja under första halvåret 2018.

Socialsekreterarna kommer att vara fortsatt restriktiva när det gäller placering av barn och vuxna och leta efter prisvärda alternativ. Vi är dock bundna av att följa fastställda avtal i ramavtalskatalogen, vilket inte alltid är det billigaste alternativet.

Rutinen för att låta ungdomar/unga vuxna stanna i kommunen behöver ses över och revideras. Vi har idag tio personer som enligt Migrationsverket är 18 år eller äldre boende på HVB Sveagatan och i familjehem samt på köpt plats på HVB eller i konsulentstött familjehem i annan kommun.

Försörjningsstöd arbetar aktivt med snabbt få människor i arbete för att på så vis bli självförsörjande genom egen inkomst.

Centralt stöd

Inom verksamheten finns stab, administrativ enhet inkl skuldsanering, bemanningsenhet, omsorgsavgifter, färdtjänst

Prognos: +200 tkr

Orsak: Högre omsorgsavgifter och lägre kostnad för färdtjänst.

Gemensam verksamhet vård och omsorg

Prognos: enligt budget

Orsak:

Hemtjänst, Ljung, Herrljunga tätort och landsbygd

Prognos: -600 tkr

Orsak: Fler utförda timmar än budgeterat

Åtgärd:

Stöd i ordinärt boende

Verksamheten inkluderar korttidsboende och dagverksamhet.

Prognos: enligt budget

Orsak: Det har varit överbeläggning på korttiden under årets första månader.

Åtgärd: Arbete med Trygg hemgång samt ny avdelning på Hagen beräknas ge positiv effekt på utfallet resterande månader.

Särskilt boende, Hagen och Hemgården

Prognos: +600 tkr

Orsak: För hög budget för personalkostnader

Åtgärd: Ursprunglig bemanning kvarstår och den överskjutande budgeten används till att täcka underskottet i hemtjänsten.

Hälso- och sjukvård

Prognos: enligt budget

Orsak: per februari redovisar enheten ett underskott men åtgärder beräknas täcka detta när året är slut.

Åtgärd: en 50% tjänst rehab ersätts inte efter sommaren. Arbete med planering och schemaläggning, försöka använda timvik istället för bemanningsföretag i så stor utsträckning som möjligt

Gemensam verksamhet Socialt Stöd

Prognos: +300 tkr

Orsak: En halv enhetschefstjänst sparas in vid sammanslagning av två enheter.

Åtgärd:

Funktionshinder

Inom verksamheten finns personlig assistans, gruppbostad, servicebostad.

Prognos: +700tkr

Orsak: Budgeterat med brukare som inte längre är aktuell. Använt en del av överskott till att anställa en samordnare.

Åtgärd:

Sysselsättning

Verksamheten inkluderar Arbetsmarknadsenhet, KTS samt Daglig verksamhet LSS. även ledsagning samt avlastning i hemmet LSS ingår i verksamheten.

Prognos: enl budget.

Orsak:

Åtgärd:

Individ och familjeomsorg, verkställighet

Verksamheten inkluderar: Öppen verksamhet vuxen, öppen verksamhet barn och familj, familjerådgivning samt socialförvaltningens del i familjecentralen, introduktionsenheten

Prognos: enl budget.

Orsak:

Åtgärd:

Ensamkommande

Prognos: ytterligare ca 3 000 tkr tas från bufferten

Orsak: Externa placeringar som kostar mer än den schablonintäkt vi får från MV. Placeringar av individer som är uppskrivna. I dagsläget finns sex personer i verksamheten som är asylsökande och uppskrivna.

Åtgärd: Avvecklingsplanen revideras och följs. Arbete pågår med att försöka ta hem de externa placeringar som är möjligt för att minimera kostnaden.

Ensamkommande (tkr)	Budget 2018	Prognos 1802	År Diff Helår
1 Intäkter	-8 193	-8 792	599
3 Personalkostnader	7 441	7 441	0
4 Lokalkostnader, energi, VA	2 636	2 636	0
5 Övriga kostnader	1 281	4 602	-3 321
6 Kapitalkostnad	84	84	0
Nettoresultat	3 249	5 971	-2 722
till+/från- buffert	-3 249	-5 971	2 722
Summa redovisat resultat	0	0	0

* Personalkostnader både för handläggning samt familjehemsarvoden.

* Övriga kostnader är till största delen köp av platser.

Investeringsredovisning

PROJ	URSPR BUDGET År	OMBUD År	BUDGET År	UTFALL Ack	AVVIK Ack	PROGN År	AVVIK År
5411 Förstudie Hagen demenscentra	200	0	200	0	200	200	0
5420 Inventarier SN	500	0	500	0	500	500	0
Socialnämnd	700	0	700	0	700	700	0

Inget är ännu förbrukat av investeringsbudgeten. Beslut väntas från KF att ombudgeteringen om 2 600tkr beslutas

SOCIALFÖRVALTNING

Magnus Stenmark

Jenny Andersson

Socialchef

Controller

Ärende 6

Bilaga 1

Vhtområde	SCB3	År Prognos	År Budget	År Diff
10 Nämnd- och styrelseverksamhet	100 Nämnd- och styrelseverksamhet	631	631	0
Summa Nämnd- och styrelseverksamhet		631	631	0
26 Miljö- och hälsoskydd	267 Alkoholtillstånd	100	100	0
Summa Miljö- och hälsoskydd		100	100	0
50 Social verksamhet gemensamt	500 Social verksamhet gemensamt	18 807	19 107	300
Summa Social verksamhet gemensamt		18 807	19 107	300
51 Vård och omsorg	509 HSL	16 571	16 571	0
51 Vård och omsorg	510 Vård och omsorg om äldre	97 396	97 446	50
51 Vård och omsorg	520 Insatser till personer med funktionshinder	5 389	5 189	-200
Summa Vård och omsorg		119 356	119 206	-150
52 LSS	513 Insatser enl LSS, SFB och HSL	27 325	28 255	930
Summa LSS		27 325	28 255	930
53 Färdtjänst	530 Färdtjänst / Riksfärdtjänst	2 565	2 665	100
Summa Färdtjänst		2 565	2 665	100
59 IFO	- blank	130	130	0
59 IFO	559 Vård för vuxna med missbrukspr	3 294	4 244	950
59 IFO	560 IFO gemensamt	956	956	0
59 IFO	569 Barn och ungdomsvård	12 176	10 446	-1 730
59 IFO	571 Övriga insatser till vuxna	2 355	1 005	-1 350
59 IFO	575 Ekonomiskt bistånd	8 222	8 072	-150
59 IFO	585 Familjerätt och familjerådgivn	435	435	0
Summa IFO		27 568	25 288	-2 280
60 Flyktingmottagande	600 Flyktingmottagande	-1 200	0	1 200
Summa Flyktingmottagande		-1 200	0	1 200
61 Arbetsmarknadsåtgärder	610 Arbetsmarknadsåtgärder	3 078	3 078	0
Summa Arbetsmarknadsåtgärder		3 078	3 078	0
		198 229	198 329	100

Bilaga 2

Flyktingbuffert

IB 20180101	-24 379 575
varav ensamkomna	-16 903 361
varav flykting	-7 476 215
Prognos utfall 2018	7 238 000
varav ensamkomna	5 971 000
varav flykting	1 267 000
Prognos UB 20181231	-17 141 575
varav ensamkomna	-10 932 361
varav flykting	-6 209 215

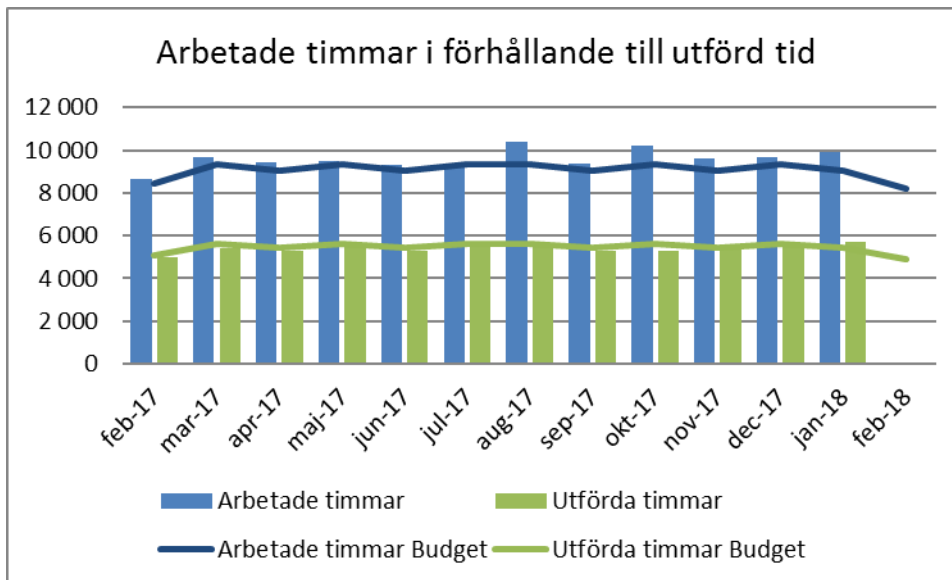
För 2018 är budgeterat och prognostiserat att använda flyktingbufferten för ensamkommande med 3,2 mkr. Årets första prognos visar att ytterligare 2,8 mkr måste tas från bufferten.

Flyktingbufferten avseende nyanlända redovisar ett överskott på ca 1,2 mkr för ankomna 2013. Enligt beslutade rutiner ska detta överskott resultatföras efter 5 år, vilket innebär att detta resultat ska redovisas år 2018.

Bilaga 3

Försörjningsstöd utgår tills ny inlämningsportal för statistiken som socialstyrelsen håller på att ta fram finns tillgänglig

Hemtjänst



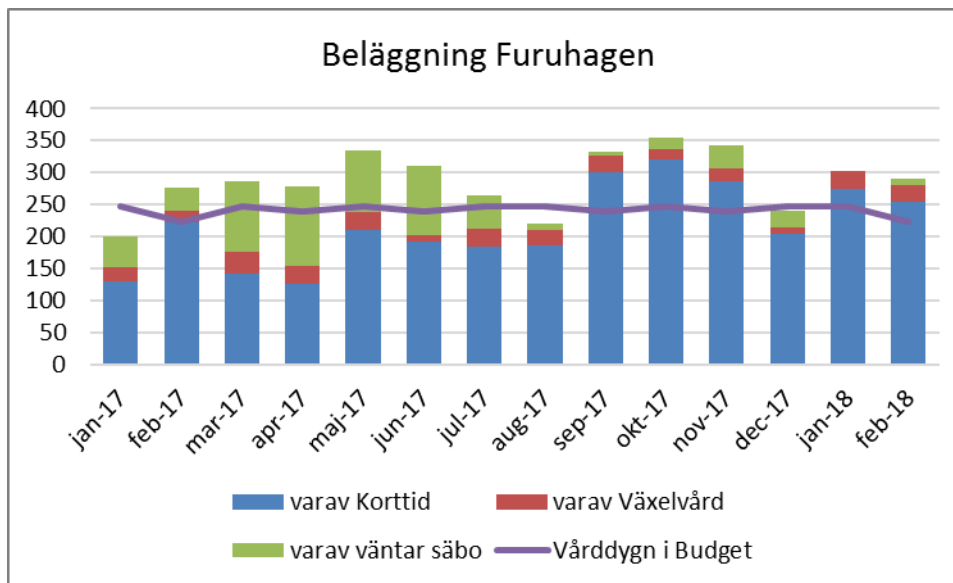
Arbetade timmar är de timmar personalen arbetat och får lön för.

Utförda timmar är de timmar som registrerats hos brukaren, sk direkt brukartid.

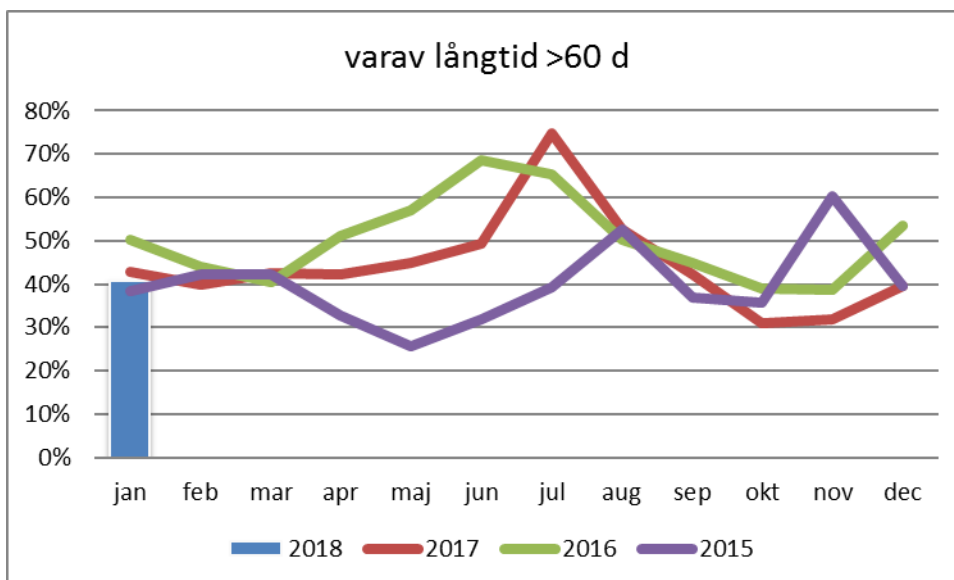
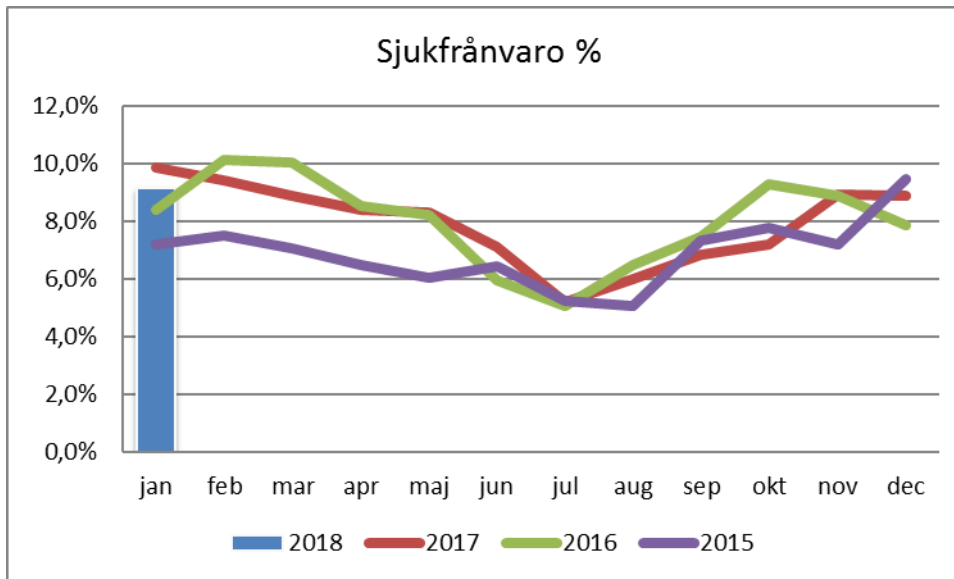
Differensen mellan arbetade timmar och utförda timmar är tid för möten, dokumentation, telefonsamtal, restid mellan brukare, det vi kallar kringtid.

Den utförda tiden låg över budgeterad i januari- februari och ser ut att fortsätta på en högre nivå. För att den ekonomiska budgeten ska hållas krävs att den direkta brukartiden håller budget och helst ligger över budgeterat för att minimera ett underskott. Effektiviteten låg i januari på 58%, budgeterat är 60%.

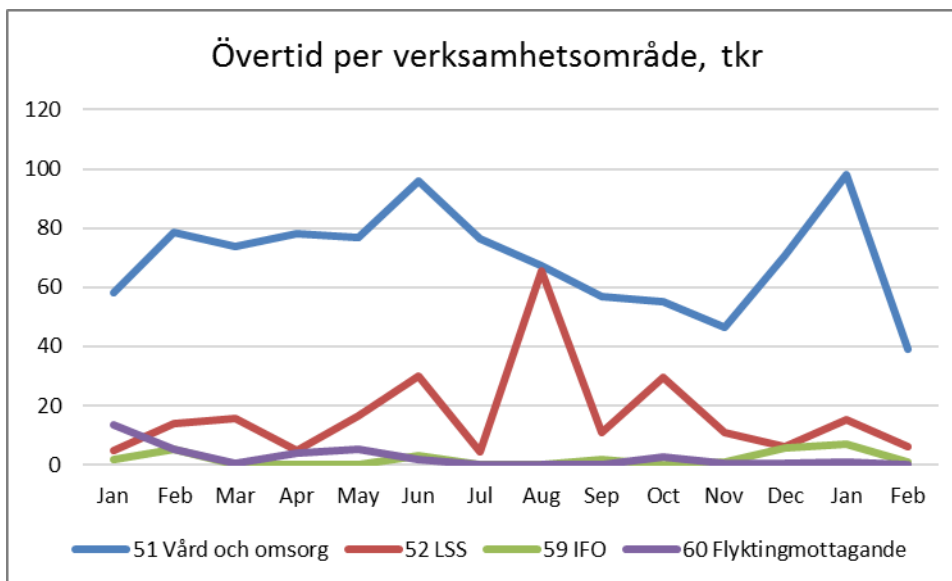
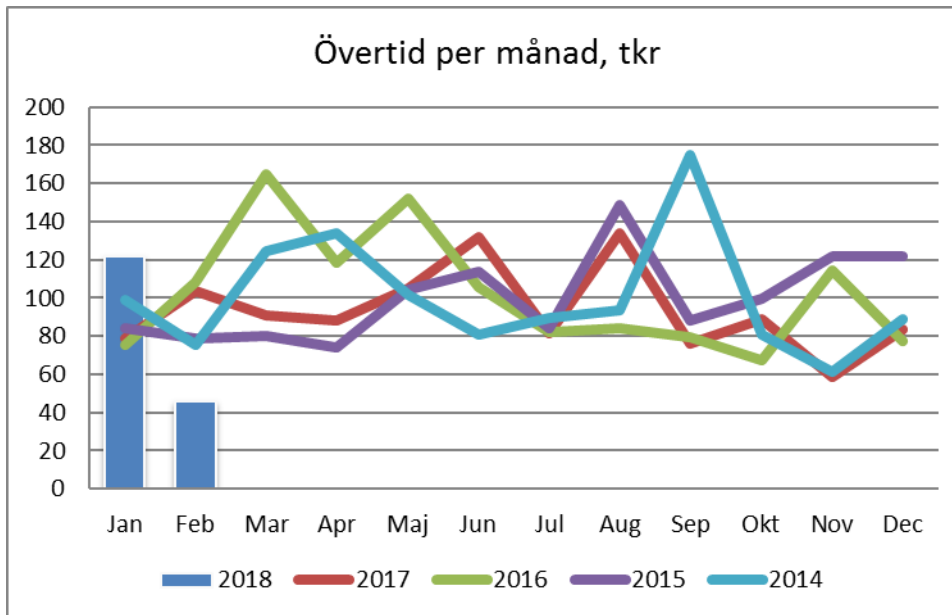
Korttid



Sjukfrånvaro



Övertid



Andel av övertidskostnad snitt feb-feb

		Jfr med föreg (jan-jan)
Vård och omsorg	76%	↑
LSS	14%	↑
IFO	0,5%	→
Flyktingmottagande	0,5%	↓

Vård och omsorg står för 76% av övertidskostnaden under en 12månaders period. I februari står VoO för 85% av övertidskostnaden.



Kvalitetsberättelse 2017

Sammanfattning

Den 1 januari 2012 trädde Socialstyrelsens nya föreskrift och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i kraft. Av det allmänna rådet till 7 kap. 1 § SOSFS 2011:9 framgår att arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten bör dokumenteras i en årlig kvalitetsberättelse.

Kvalitetsberättelsen beskriver i korthet de förändringar och händelser som skett under året. Kvalitetsberättelsen har ledningssystemets föreskrift som grund för de områden som finns upptagna i skrivelsen.

Under avsnittet nationella uppföljningar finns bland annat en del av de sammanställningar och färdiga presentationer som Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting, SKL har presenterat. Dessa sammanställningar kan utgöra ett underlag för kvalitetsarbete inom verksamheterna.

Resultatet från Socialstyrelsens årliga nationella brukarenkät inom äldreomsorgen visar på delvis förbättrade resultat och ligger inom särskilt boende väl i jämförelse både med andra kommuner i regionen som resultat i riket. Resultatet för hemtjänsten visar något färre antal positiva svar i jämförelse med region och riket. Ett fortsatt arbete behövs med att förbättra de egna resultaten och bibehålla goda resultat över tid.

Ständiga förbättringar genom fortsatt arbete och förankring gällande avvikelserapportering med synpunkter och klagomål har utförts under året. Totala antalet avvikelserapporter enligt socialtjänstlagen, SoL och LSS är ungefär detsamma som 2016, synpunkter och klagomål har ökat något.

Socialnämnden har varit aktuell för flera enskildas klagomål till tillsynsmyndigheten

Ett fortsatt förbättringsarbete behövs för att säkra en god vård och omsorg bland annat gällande:

- ett ökat brukarinflytande
- dokumentation
- risk- och händelseanalyser och
- interna samarbetsformer

Resultat från bland annat avvikelser, internkontroll, granskning och på annat sätt uppmärksammade händelser bör ligga till grund för socialnämndens fortsatta förbättringsarbete år 2018.



HERRLJUNGA KOMMUN

SOCIALFÖRVALTNING
Heléne Backman Carlsson

Ärende 7

Tjänsteskrivelse
2018-03-08
DNR 8/2018
Sid 2 av 2

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2018-03-08
Kvalitetsberättelse 2017

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner Kvalitetsberättelsen för 2017 och lägger den till handlingarna.

Heléne Backman Carlsson
SAS/Kvalitetssamordnare

Expedieras till:

För kännedom
till: Revisorerna

DIARIENUMMER: 8/2018

FASTSTÄLLD: 2018-03-08

DOKUMENTANSVAR:
SAS/Kvalitetssamordnare
Heléne Backman Carlsson

Kvalitetsberättelse 2017

Beslutsinstans, Socialnämnden
Omfattar socialförvaltningens olika verksamheter



HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

2018-03-08

Sammanställd av: Heléne Backman Carlsson
SAS/Kvalitetssamordnare

Innehållsförteckning

1	SAMMANFATTNING	4
2	BAKGRUND	5
2.1	KVALITET I VERKSAMHET	5
3	ORGANISATORISKT ANSVAR OCH ROLLER I KVALITETSARBETET	6
3.1	SOCIALNÄMND	6
3.2	SOCIALCHEF	6
3.3	VERKSAMHETSCHEF ENL 29 § HSL	6
3.4	MAS/KVALITETSSAMORDNARE	6
3.5	SAS/KVALITETSSAMORDNARE	6
3.6	VERKSAMHETSCHEF	6
3.7	STABSCHEF	6
3.8	ENHETSCHEF	6
3.9	PERSONAL I VERKSAMHET	6
4	VIKTIGA HÄNDELSE R UNDER ÅRET	7
4.1	ORGANISATION	7
4.2	VERKSAMHET	7
4.3	INDIVID	7
5	MÅLUPPFYLLELSE	9
6	RISKANALYS	10
7	EGENKONTROLL	10
8	NATIONELLA UPPFÖLJNINGAR	11
8.1	ÖPPNA JÄMFÖRELSE R	11
8.2	KVALITET OCH RESULTAT I ÄLDREOMSORGEN	12

8.3	KVALITET OCH RESULTAT INOM INDIVID- OCH FAMILJEOMSORG	14
8.4	KVALITET OCH RESULTAT FÖR PERSONER MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING	15
8.5	SOCIALPSYKIATRI	15
9	LOKALA UPPFÖLJNINGAR	16
9.1	INTERNKONTROLL	16
9.2	AVVIKELSER	17
9.2.1	SYNPUNKTER OCH KLAGOMÅL	18
9.2.2	AVVIKELSER SoL/LSS/lex Sarah	18
9.2.3	LEX SARAH	20
10	EXTERNA GRANSKNINGAR	21
10.1	INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG	21
10.1.1	EJ VERKSTÄLLDA BESLUT	21
10.1.2	ENSKILDAS ANMÄLAN TILL INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG	22
10.1.3	TILLSYN AV INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG	22
11	PERSONALENS MEDVERKAN I KVALITETSARBETET	22
11.1	KOMPETENSUTVECKLING	23
12	KVALITETSARBETE	23
12.1	FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN/FÖRSLAG	23

1 Sammanfattning

Enligt Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS¹) 2011:9, 7 kap. 1 § bör vårdgivare som omfattas av 1 kap. 1 § 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS² varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Detta bör göras med dokumentationen som utgångspunkt.

Syftet med kvalitetsberättelsen är att ge en samlad bild av kvaliteten i verksamheten. Kvalitetsberättelsen omfattar huvudsakligen socialtjänstlagens, SoL och lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, område. Kvaliteten inom hälso- och sjukvården redovisas i nämndens patientsäkerhetsberättelse för 2017.

Resultatet från Socialstyrelsens årliga nationella brukarenkät inom äldreomsorgen visar på delvis förbättrade resultat och ligger inom särskilt boende väl i jämförelse både med andra kommuner i regionen som resultat i riket. Resultatet för hemtjänsten visar något färre antal positiva svar i jämförelse med region och riket. Ett fortsatt arbete behövs med att förbättra de egna resultaten och bibehålla goda resultat över tid.

Ett fortsatt, ständigt pågående arbete med riktlinjer och rutiner i ledningssystemet har skett under året. Handboken med de styrande dokumenten finns på intranätet tillgänglig för samtlig personal.

Ett fortsatt implementeringsarbete av socialtjänstplanen har genomförts 2017. Förhållningssätt, bemötande och den enskilda brukarens delaktighet är några grundläggande delar som har varit i fokus.

Ständiga förbättringar genom fortsatt arbete och förankring gällande avvikelserapportering med synpunkter och klagomål har utförts under året. Nivån totalt av antalet avvikelserapporter enligt socialtjänstlagen, SoL och LSS är ungefär densamma som 2016, synpunkter och klagomål har ökat något. Några ärenden, enskildas klagomål har förekommit hos tillsynsmyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg, IVO samt tillsynsmyndighetens egeninitierade tillsyn. Avvikelsekring läkemedel och fallrapporter redovisas i nämndens patientsäkerhetsberättelse.

Utbildningar och ett fortsatt utvecklingsarbete har genomförts vad gäller dokumentation samt implementering av Individens behov i centrum, IBIC. Återkommande träffar med dokumentationsombud, har genomförts under året. En fortsättning sker 2018. Dokumentationsombudens uppdrag är att vara enhetschefens förlängda arm för stöd och handledning, till sina kollegor, gällande dokumentation men även i verksamhetssystemet Viva.

En grundutbildning i dokumentation har genomförts under våren 2017 för samtlig personal inom äldreomsorgen, 135 personer har deltagit.

SAS/Kvalitetssamordnare har deltagit på 12 arbetsplatsträffar och haft en timma utbildning gällande ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete. En genomgång för förvaltningsledningen har också genomförts.

¹ Föreskrifter och Allmänna råd – Ledningssystem för systematiskt Kvalitetsarbete

² Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Kvalitetssamordnarna har arbetat med verksamheternas fortsatta förbättringsarbete, i samarbete med förvaltningsledning och enhetschefer bl.a. genom träffar med enhetscheferna, deltagande på arbetsplaststräffar och nätverk, samt genom utbildning, granskning och kontroll.

Resultat från bland annat avvikelser, internkontroll, granskning och på annat sätt uppmärksammade händelser bör ligga till grund för socialnämndens fortsatta förbättringsarbete 2018.

2 Bakgrund

2.1 KVALITET I VERKSAMHET

Socialtjänstlagen 3 kap § 3 säger: *”Insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.”*

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade § 6 innehåller motsvarande bestämmelse. Kravet på god kvalitet gäller både enskild och offentlig verksamhet inom socialtjänsten.

Kvalitetsbegreppet omfattar socialtjänstens verksamhet på alla nivåer: strukturerade, allmänt inriktade och individinriktade insatser. Medborgare har rätt att få adekvat stöd och hjälp av god kvalitet. God kvalitet inom socialtjänstens verksamhet innefattar bland annat

- rättssäkerhet
- bemötande
- delaktighet
- socialtjänstens insatser ges i enlighet med de mål och övriga bestämmelser som socialtjänstlagen anger.

Kvalitet definieras på följande sätt - att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt:

- lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och
- beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Krav på kvalitet i verksamheten och uppföljning sker på flera nivåer. Det finns en nationell nivå med krav i form av lagstiftning och nationell uppföljning via tillsyner, öppna jämförelser mm. Kommunfullmäktige ställer krav om mål för verksamheten. Enheterna har egna kvalitetsmått som följs upp i egenkontroll. Enskilda brukares uppfattning följs upp via synpunktshantering och avvikelsehantering.

Enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9, 7 kap. 1 § ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet dokumenteras.

3 Organisatoriskt ansvar och roller i kvalitetsarbetet

3.1 SOCIALNÄMND

Socialnämnden är ytterst ansvarig för verksamheten.

3.2 SOCIALCHEF

Socialchef har ett övergripande ansvar och rapporterar till socialnämnden.

3.3 VERKSAMHETSCHEF ENL 29 § HSL

Verksamhetschef ansvarar för den löpande verksamheten inom sitt område och ser till att det fungerar på ett tillfredsställande sätt.

3.4 MAS³/KVALITETSSAMORDNARE

MAS/Kvalitetssamordnare arbetar fram riktlinjer, ansvarar för att ledningssystemet följs upp, följer aktuell lagstiftning och ser till att uppföljning och utveckling sker inom området hälso- och sjukvård. MAS och socialchef samt verksamhetschefer ska samverka kring hälso- och sjukvårdsfrågor. Rapporterar till respektive ansvarig verksamhetschef. MAS arbete sker i nära samarbete med SAS.

3.5 SAS⁴/KVALITETSSAMORDNARE

SAS/Kvalitetssamordnare arbetar fram riktlinjer, ansvarar för att ledningssystemet följs upp, följer aktuell lagstiftning och ser till att uppföljning och utveckling sker inom området socialtjänst. SAS/Kvalitetssamordnare och socialchef samt verksamhetschefer ska samverka kring socialtjänstfrågor. Rapporterar till respektive ansvarig verksamhetschef. SAS arbete sker i nära samarbete med MAS.

3.6 VERKSAMHETSCHEF

Verksamhetschefer för myndighet, socialt stöd samt vård- och omsorg har ett övergripande ansvar att leda och utveckla sina verksamheter. Verksamhetschefer har ett ledningsansvar tillsammans med socialchef och ska samverka kring socialtjänst och hälso- och sjukvårdsfrågor tillsammans med MAS/Kvalitetssamordnare och SAS/Kvalitetssamordnare. Rapporterar till socialchef.

3.7 STABSCHEF

Stabschef för bemanningsenhet, administrativ enhet och stab har ansvar för att leda och utveckla sin enhet, som har till uppdrag att stödja övriga verksamheter. Rapporterar till socialchef.

3.8 ENHETSCHEF

Enhetschefer har ansvar för att leda och utveckla sina enheter. Har ansvar för att ta fram rutiner på enhetsnivå och se till att dessa följs. Rapporterar till verksamhetschef.

3.9 PERSONAL I VERKSAMHET

Ansvarar för att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet och följa fastställda riktlinjer och rutiner. Rapporterar till enhetschef.

³ MAS Medicinskt ansvarig sjuksköterska

⁴ SAS Socialt ansvarig samordnare

4 Viktiga händelser under året

4.1 ORGANISATION

Socialförvaltningen har genomfört en organisationsförändring i slutet av året 2017. Tidigare verksamheterna bistånd och den delen inom socialt stöd som handlar om myndighetsutövning bildar en verksamhet, Myndighet, i den nya organisationen bildar verkställande enheter inom socialt stöd en egen verksamhet, Socialt stöd.

Det har varit en svårighet under 2017 att kunna rekrytera medarbetare med kompetens och erfarenhet på såväl handläggare- som enhetschefstjänster. Att kunna rekrytera vikarier inom vård och omsorg är en annan utmaning. Att kunna rekrytera kvalificerade medarbetare till tjänster och att behålla dessa är en viktig kvalitetsaspekt.

4.2 VERKSAMHET

Ett fortsatt målinriktat arbete med implementering av ledningssystem, riktlinjer och rutiner har varit i fokus för kvalitetssamordnarnas arbete under året. Bedömningen är att det har blivit en ökad medvetenhet hos personal i verksamheterna om vikten av ständiga förbättringar. En ökad medvetenhet om bland annat rapportering av händelser vars syfte är att synliggöra, åtgärda och förebygga. Ett fortsatt arbete gällande systematiskt kvalitetsarbete inom en rad områden är nödvändigt gällande t.ex. dokumentation, brukares delaktighet, följsamhet till riktlinjer och rutiner, avvikelser- synpunkt- och klagomålshantering. Uppföljningar, granskningar, utredningar och redovisningar har varit andra väsentliga arbetsuppgifter under året för kvalitetssamordnarna.

När verksamheter står med vakanta tjänster, innan nya chefer har rekryterats och är på plats, eller av skäl såsom hög arbetsbelastning, innebär det emellanåt en påverkan på MAS/SAS/kvalitetssamordnarnas arbete. Det kan påverka möjligheten att få "tillgång" till enhetschefer och till personalgrupper, för underlag, information, utbildning och för den avstämning som behövs i samband med att vissa arbetsuppgifter ska kunna färdigställas.

4.3 INDIVID

Individens behov i centrum

Ett fortsatt arbete med IBIC⁵ (tidigare Äldres behov i centrum, ÄBIC) har skett under året. Biståndshandläggare utreder och fattar beslut enligt modellen. Det har varit ett uppföljande utbildningstillfälle för dokumentationsombuden gällande IBIC och dess innebörd. Ett fortsatt implementeringsarbete med IBIC ska ske 2018 då det är återkommande nya medarbetare i organisationen.

Utbildningar och stöd för själva användande av systemet Viva men också gällande dokumentationsskyldigheten har genomförts på efterfrågan. Systemförvaltare och SAS/Kvalitetssamordnare har vid flertalet tillfällen gemensamt varit på plats, då själva dokumentationen är en del i SAS ansvar att säkerställa och på vilket sätt i systemet det ska dokumenteras är en annan sak, där systemförvaltaren har kunskaperna.

⁵ Individens behov i centrum omfattar vuxna personer oavsett ålder och funktionsnedsättning som behöver stöd i sitt dagliga liv utifrån SoL eller LSS, oavsett boendeform

Kortfattat innebär IBIC:

- stöd för ett behovsinriktat arbetssätt
- systematik för en mer likvärdig handläggning
- gemensamt språk, ICF⁶ för dokumentation och samarbete över professionsgränserna
- strukturerad dokumentation som ger möjlighet att samla in lokal och nationell statistik samt att följa verksamheten över tid.

IBIC är ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med strukturerad dokumentation av behov, mål och resultat i handläggningen, genomförandet och uppföljningen av vården och omsorgen.

Från insatsstyrd till behovsstyrd verksamhet

I utredningen *Ett värdigt liv i äldreomsorgen* (SOU 2008:51) kritiseras svensk äldreomsorg för att allt för ensidigt fokusera på medicinska och fysiska behov på bekostnad av de sociala, psykiska och existentiella behoven.

Socialstyrelsen skriver i vägledningen för ÄBIC att i en **insatsstyrd** verksamhet blir det centrala att försöka passa in den äldre till förutbestämda insatser i den befintliga organisationen. Detta handlande kan medföra att de behov som inte passar in i det befintliga utbudet riskerar att negligeras. Vilket kan bidra till att fysiska och medicinska behov lättare synliggörs än sociala, existentiella och psykologiska behov. Syftet är att fokusera på de individuella behoven och på ett bredare sätt se på hur de kan tillgodoses. Den enskilde ska ges ökade möjligheter att vara delaktiga i utredning, planering och uppföljning av stödet i det dagliga livet.

Att låta behoven vara i fokus för utredning ställer högre krav på hela organisationen.

Socialtjänstplan

Fortsatt implementering av socialtjänstplanen har pågått under året. Det som upptas i socialtjänstplanen gällande socialnämndens grundsyn och inriktning vilken bland annat är att se till den enskildes egen förmåga, att den enskilde ska vara delaktig i hur hjälpen och stödet ges, vid åtgärder som rör barn ska alltid barns bästa komma i första hand, ligger väl i linje med IBIC.

Socialnämndens mål var att implementering skulle ha skett fullt ut i samtliga verksamheter 2016. På grund av chefsbyten i vissa verksamheter har arbetet fördröjts. Implementeringsarbetet har därför fortsatt under 2017. Socialtjänstplanen behöver vara ett så kallat levande dokument som verksamheten återkommer till och som introduceras med nya medarbetare.

På uppdrag av socialnämnden har SAS/Kvalitetssamordnare tagit fram ett informationsmaterial som riktar sig till personer 80 år och äldre. Informationsmaterialet skickades ut per post till samtliga personer fyllda 80 år och äldre. Innehållet beskriver när enskild kan få stöd, vem enskild vänder sig till och hur en ansökan går till. Informationen innehåller kontaktuppgifter. Planeringen är att det ska fortsätta med årliga utskick till de personer som under året fyller 80 år. Detta som ett led i uppsökande verksamhet då det även finns möjligheter till kontakter och personliga besök.

⁶ Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa

5 Måluppfyllelse

Se Årsbokslut 2017-12-31

6 Riskanalys

Att analysera risker är ett arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder innan något har inträffat. En riskanalys kan göras på lokal verksamhetsnivå eller på en övergripande organisatorisk nivå. Att arbeta med risk- och händelseanalyser ska också ses som en del i arbetet med ständiga förbättringar. Rutin finns som beskriver detta.

Trots att bedömningen är att det skett en ökad medvetenhet hos chefer, om vikten att på ett strukturerat sätt göra risk- och händelseanalyser och att vid behov skriva handlingsplaner i det förebyggande arbetet och att detta dokumenteras för att kunna följas upp och utvärderas, så har endast ett fåtal riskanalyser gjorts strukturerat 2017.

Under året sägs några riskanalyser gjorts inom verksamheter dock utan dokumentation. En dokumenterad riskanalys finns daterad 2017-11-14 gällande fysiska miljö/utgångar på särskilt boende. Bedömningen är att när det gäller arbetsmiljö ligger det närmare till hands att göra riskanalyser och upprätta handlingsplaner och då tillsammans med fackliga representanter. Det är viktigt men utesluter inte att risk- och händelseanalyser enligt ledningsföreskriften ska upprättas om det finns en risk att händelser kan inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

Riskanalyser ska ses som ett verktyg att på ett strukturerat sätt identifiera, planera och genomföra åtgärder i förebyggande syfte. Det kan gälla utifrån uppmärksammade risker som rapporterats/avvikelser eller inför en till synes liten, med dock en förändring t.ex. schemaändringar eller i mindre eller större organisationsförändringar.

Att dokumentera risk- och händelseanalyser möjliggör på ett tydligare sätt planering och åtgärder i ett förebyggande arbete. Att så långt som möjligt tänka innan och minimera situationer där händelser behöver lösas akut. Akuta och oförutsedda situationer kommer alltid ändå att kunna uppstå.

Att arbete strukturerat med risk- och händelseanalyser bör förbättras.

7 Egenkontroll

Under året har ett fortsatt arbete pågått gällande att upprätta riktlinjer och rutiner som är styrande för verksamheterna. Att revidera riktlinjer och rutiner är ett ständigt pågående arbete där kvalitetssamordnarna har ett särskilt ansvar. Detta arbete fortsätter vidare.

I rutinen för egenkontrollen ingår granskning. Kvalitetssamordnarna har i sitt uppdrag att genomföra granskning av verksamheter. Inom ramen för granskning kan inberäknas t.ex. aktgranskning, granskning på plats i verksamheter. Under året har SAS/Kvalitetssamordnare i samband med lex Sarah anmälningar till tillsynsmyndigheten, IVO⁷, följt upp de i lex Sarah redovisade åtgärderna, innan ärendet avslutas.

En verksamhetsgranskning har skett på Hagens särskilda boende. Bedömningen är att Hagen i många avseenden är ett bra boende. Den intervjuade personalen är positiv till Hagen som arbetsplats. De områden i granskningen som behöver förbättras är, bättre följsamhet till rutiner kring avvikelser och skydds- och begränsningsåtgärder och fortsätta utveckla dokumentation enligt socialtjänstlagen.

⁷ Inspektionen för vård och omsorg

En sammanfattning av de svar som lämnades av de intervjuade anhöriga i samband med granskning på Hagen var bland annat att övervägande är alla nöjda med personalens bemötande men vissa kunskapsbrister finns. Några uttrycker önskemål om mer information om *när* stödet ges och *hur* stödet ges – mer struktur. Ingen av de intervjuade har varit med vid upprättande av genomförandeplan. Synpunkter framkom om bristen på aktiviteter vilket passiviserar, viss information saknas om t.ex. kontaktman, om hur/till vem de kan lämna synpunkter och klagomål, flera anhöriga har ingen uppfattning om maten och dess kvalitet. De intervjuade anhöriga upplever att det är lätt att få tid av personalen om de anhöriga vill prata en stund.

SAS/Kvalitetssamordnare har inom socialtjänstens område genomfört en granskning/egenkontroll på IVO:s begäran till nämnden. Granskningen omfattade 10 utredningar (från ansökan till beslut) per område, missbruk, barn och unga, funktionshinder samt äldreomsorg, totalt har 40 utredningar granskats. Finns ytterligare beskrivet under punkt 10.1.3. SAS/Kvalitetssamordnare har sammanställt resultatet för respektive område och redovisat för ansvariga chefer samt till handläggare inom äldreomsorg och funktionshinder. Resultatet visar i korta drag att, av dokumentationen framkommer inte alltid att:

- informerande samtal sker
- information om planering av utredningens genomförande ges
- samtycken inhämtats
- i vissa fall långa handläggningstider.

I flera av de granskade utredningar inom barn och unga 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.

Inom samtliga områden finns kvalitetsförbättringar att göra genom ökad tydlighet i dokumentationen.

8 Nationella uppföljningar

Årligen rapporterar nämnden en mängd uppgifter till bland annat Socialstyrelsen. Redovisningar och sammanställningar finns, i någon omfattning, att ta del av inom de flesta verksamheter. Sådan statistik ger indikationer på förbättringsområden. Att analysera resultat från den nationella statistiken är därför viktig. Kvalitetssamordnarna har en roll i analysarbetet.

8.1 ÖPPNA JÄMFÖRELSE

Inom äldreomsorgen har Socialstyrelsen under ett flertal år, årligen lämnat ut en omfattande enkät till samtliga personer 65 år och äldre boende i särskilt boende eller med insatser från hemtjänsten. Denna enkät handlar till stor del om den äldres uppfattning om kvaliteten i vården och omsorgen. Liknande nationella enkätundersökningar finns inte generellt, ännu, för övriga målgrupper.

Inom äldreomsorgen finns därmed ett mera omfattande resultat, med brukarperspektiv, att ta del av än motsvarande för övriga verksamheter. Behovet kan därför finnas inom övriga verksamheter att på lokal nivå följa upp brukares uppfattning om socialtjänsten. Underlag till brukarundersökningar finns på Sveriges kommuner och landsting, SKL. SAS/Kvalitetssamordnare vill åter aktualisera frågan att 2018 genomföra egna brukarundersökningar.

Kvalitetsberättelsens redovisning av Öppna jämförelser skiljer sig därmed en del gällande äldreomsorg mot övriga verksamheter.

I vissa tabeller och diagram används färgerna rött, gult och grönt för att visa hur ett resultat ligger till jämfört med andra kommuner. Grönt betyder att kommunens värde för indikatorn hör till de 25 procent av kommunerna med bäst värden i förhållande till de andra kommunerna. Rött får de 25 procent av kommunerna som har sämst värde och gult är de 50 procent av kommunerna som ligger mitt emellan.

8.2 KVALITET OCH RESULTAT I ÄLDREOMSORGEN

Brugarundersökning i Hemtjänst

Brugarundersökningen för hemtjänsten har skickats till dem som är 65 år och äldre och som har hemtjänst, dock ej till dem som endast har trygghetslarm och matdistribution. 113 brukare i hemtjänsten, eller deras anhöriga, har svarat på 2017 års enkät från Socialstyrelsen.

Det motsvarar 67 % av brukarna. Tabellen visar **andelen positiva svar** per fråga som följer på socialstyrelsens nationella brugarundersökning.

	2015	2016	2017	Riket
Sammantaget nöjd med hemtjänsten – helhetssyn, andel (%)	87	89	85	89
Känner förtroende för personalen som kommer	96	90	91	91
Får bra bemötande av personalen	94	96	99	97
Har lätt att få kontakt med personalen vid behov	72	79	86	79
Personal tar hänsyn till brukares egna åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras	84	86	89	87
Brugar kunna påverka vilka tider personalen kommer	44	44	47	61
Personalen kommer på avtalad tid	78	75	81	85
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	61	63	58	64

Kvalitet i verksamhet Hemtjänst

Personalkontinuitet			
Antal personal som brukare möter under 14 dagar – över 20 stycken, andel (%)	44	32	25

Brugarundersökning i Särskilt boende

Brugarundersökningen har skickats till dem som är 65 år och äldre och som bor på särskilt boende. 37 boende på särskilt boende, eller deras anhöriga, har svarat på Socialstyrelsens nationella enkät 2017. Det motsvarar 54 % av de boende. Tabellen visar **andelen positiva svar** per fråga som följer på socialstyrelsens nationella brugarundersökning.

Den del av särskilt boende som är boende för personer med demenssjukdom, Hagen och delar av Hemgården har generellt lägre antal positiva svar på frågor än övriga boende på Hemgården. Det kan antas att det är anhöriga till dessa personer som stått för den större delen av svaren. Att anhöriga i så fall varit mindre positiva i sina svar kan eventuellt tolkas som att anhöriga inte så väl känner till hur

personalen arbetar med tider för stöd eller hur den enskilde kan vara med att påverka etc. Att involvera anhöriga i omsorgen om sina närstående och att se anhöriga som en resurs är viktigt.

	2015	2016	2017	Riket
Sammantaget nöjd med boendet – helhetssyn, andel (%)	73	84	89	82
Känner förtroende för personalen som kommer	97	88	89	86
Får bra bemötande av personalen	94	88	94	94
Har lätt att få kontakt med personalen vid behov	76	79	83	84
Personal tar hänsyn till brukares egna åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras	72	86	88	80
Brukar kunna påverka vilka tider personalen kommer	46	52	66	61
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	32	41	38	47
Tycker att maten smakar bra	74	69	69	75
Upplever måltiderna som en trevlig stund	63	63	73	69

Kvalitet i verksamhet Särskilt boende

Väntetid			
Antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	40	48	64
Väntat längre än 90 dagar (%)		22	38

Källa Kolada och Socialstyrelsen

Sammanfattning

Inom flera delar av resultatet inom äldreomsorgen är differenserna inte särskilt stora från år till år. I vissa delar går det upp och ner över åren. Det som både inom särskilt boende och hemtjänsten fick fler andel positiva svar mellan åren 2014 till 2016 är det systematiska kvalitetsarbetet med avvikelser och synpunkter och klagomål. För 2017 har andelen enskilda som har kännedom om var och hur de kan lämna synpunkter och klagomål minskat, trots förvaltningens fortsatta arbete med implementering och informationer. Tillsynsmyndighetens uppfattning är, att det är inom förvaltningen synpunkter och klagomål i första hand ska hanteras och inte hos IVO.

Andelen boende som *alltid eller oftast* är nöjda med personalens bemötande har ökat både inom särskilt boende och inom hemtjänsten, vilket är positivt. Ett bra bemötande är avgörande för kvalitet i omsorgen. Kvalitet uppstår där den enskilde möter personalen. Det är viktigt att fortsätta arbetet med förhållningssätt och bemötande. En lex Sarah anmälan om bristande bemötande har skickats till IVO.

Brukarnas/boendes bedömning i nöjdhet om helheten, har ökat inom särskilt boende men minskat inom hemtjänsten.

Personalkontinuiteten i hemtjänsten har ökat vilket är positivt.

Antalet dagar från ansökningsdatum till erbjudande om särskilt boende har ökat succesivt de senaste åren och sedan föregående år med ett medelvärde av 16 dagar. Andel som fått väntat längre än 90 dagar har ökat med 16%. Resultatet ligger i linje med allt fler rapporterade ej verkställda beslut gällande särskilt boende.

Utifrån resultatet inom äldreomsorgen finns ett flertal områden som skulle kunna vara målet för att öka nöjdheten hos brukare/boende och att också sedan verka för att bibehålla goda resultat över tid.

8.3 KVALITET OCH RESULTAT INOM INDIVID- OCH FAMILJEOMSORG

Ekonomiskt bistånd

	2015	2016	2017
Vuxna biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd, andel (%)	27.6	30.0	
Ej återaktualiserade personer med försörjningsstöd ett år efter avslutat försörjningsstöd, andel (%)	60	70	81
Väntetid i antal dagar från första kontakttillfället för ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärde	13	9	21
Väntetid i antal dagar från första kontakttillfället för ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, väntat längre än 14 dagar (%)	26	33	56

Missbruk och beroendevård

	2015	2016	2017
Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad utredning för vuxna med missbruksproblem 21+, medelvärde	43	21	52
Ej återaktualiserade vuxna med missbruksproblem 21+ ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	59	47	

Social barn- och ungdomsvård

	2015	2016	2017
Ej återaktualiserade barn 0-12 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)		79	57
Ej återaktualiserade ungdomar 13-20 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)		67	83
Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad utredning inom barn och ungdom 0-20 år, medelvärde	99	81	93

Källa Kolada

Sammanfattning

Färgindikatorerna för respektive resultat kan ge en vägvisning var Herrljunga befinner sig i förhållande till andra kommuner.

Resultatet på ekonomiskt bistånd – andel ej återaktualiserade – har förbättrats vilket är positivt. Väntan på beslut längre än 14 dagar har försämrats, fler får vänta längre och speglar väl, den sårbarhet som har varit på handläggarsidan gällande ekonomiskt bistånd 2017. Även på barn och ungdomssidan har utredningstiden ökat i antal dagar, medelvärdet ligger dock under 4 månader. Avvikelser ska rapporteras på de utredningar som överskrider 4 månaders utredningstid.

8.4 KVALITET OCH RESULTAT FÖR PERSONER MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING

	2015	2016	2017
Alla på boendet har möjlighet att äta huvudmålet tillsammans minst en gång per vecka, andel (%)	100	100	100
Den boende ges möjlighet till aktiviteter med personalstöd efter kl. 21, en gång/månad, andel (%)	100	100	100
Den boende har möjlighet till så många individuellt anpassad aktivitet i veckan som hen önskar, andel (%)			30
Den boende har möjlighet till internetuppkoppling i det egna rummet/lägenheten, andel (%)	30	30	100
Den boende har tillgång till egen brevlåda som posten levererar till, andel (%)	70	70	70
Den boende kan bestämma över vilken mat (huvudmålet) som serveras, andel (%)	100	100	100
Den boende kan ta emot gäster alla kvällar efter kl. 21.00, andel (%)	100	100	100
Boende där hot eller våld mot brukare inte förekommit på boendet under de sex senaste månaderna, andel (%)		30	30

Sammanfattning

I de avvikande resultaten (mindre än 100 %) i tabellen ovan om boende LSS, är det skillnader i vissa frågor mellan serviceboende, Nästegårdsgatan (utgör 70%) respektive gruppboenden, Ringvägen (utgör 30%):

- möjlighet till så många individuellt anpassade aktiviteter i veckan som hen önskar gäller Ringvägen
- tillgång till egen brevlåda gäller Nästegårdsgatan
- där hot eller våld har förekommit är på Nästegårdsgatan.

8.5 SOCIALPSYKIATRI

Personer med psykisk funktionsnedsättning

	Intern samordning						Extern samverkan	
	Rutiner för samordning med:						Överenskommelser för samverkan med:	
	Barn & unga	Ekonomiskt bistånd	Missbruk	LSS	Våld i nära relationer	Äldreomsorg	AF	FK
2015	Integ.	Integ.	Integ.	Ja	Ja	Ja		
2016	Integ.	Integ.	Integ.	Ja	Ja	Ja		
2017	Integ.	Integ.	Integ.	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej

Integrerat menas organisatoriskt under samma chef därför inte aktuellt behov av intern rutin för samordning. Från ena året grön (ja) till nästa år röd (nej) kan vara rutin som inte är aktuell längre, ingen revidering har gjorts eller att kännedom inte finns hos den svarande då dessa har växlat över åren.

	Brukarinflytande					Meningsfull sysselsättning		
	Brukarinflytes-samordnare (Bisam)	Råd för funktions-hinderfrågor	Brukar-revision	Brukar-under-sökningar	Personligt ombud	Strukturerad syssel-sättning	Socialt kooperativ/Fontänhus	Öppen verksamhet
2015	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja
2016	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja
2017	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja

	Arbetsmarknad			Boende	Stöd i vardagen	
	Arbetslivs-inriktad rehabilitering	Gått från sysselsättnings-insats till förvärvsarbete	Gått från sysselsättning till skyddat arbete	"Bostad först"	Social färdighets-träning	Stöd i föräldraskap
2015	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja
2016	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja
2017	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja

	Tillgänglighet					Trygghet/säkerhet
	Uppsökande verksamhet	Information via:				IT-system som stödjer verksamhets-uppföljning
	Funktion för uppsökande verksamhet	Annonser i massmedia	Kommunens webbplats	Informations-blad	Informations-guide	
2015	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja
2016	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja
2017	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja

Källa Socialstyrelsen

Sammanfattning

Resultat från Socialstyrelsens öppna jämförelser inom socialpsykiatri handlar bland annat om riktlinjer och rutiner och samverkan. Färgmarkeringarna anger svar ja eller nej (har eller har inte) på frågan. På en del områden har förvaltningen antagit en del rutiner. Andra resultat kan ligga till grund för ett fortsatt förbättringsarbete.

9 Lokala uppföljningar

9.1 INTERNKONTROLL

Barnperspektiv

En granskning av 10 utredningar inom barn och unga har skett på begäran av IVO. Den del av utredningen som visar på vilket sätt barnet har deltagit i utredning framkommer inte tydligt i dokumentationen. I 8 av 9 (1 ej relevant, baby) granskade utredningar framkommer av dokumentationen att barnet har kommit till tals i utredningen. I 7 av de 9 granskade utredningarna framkommer inte, på vilket sätt eller vilken information, relevant till ålder och mognad som barnet har fått. Återkoppling har skett till ansvarig enhetschef.

Bedömningen är att dokumentationen kring barns/ungas synpunkter, vilken information de får, när och på vilket sätt utifrån ålder och mognad, kan förbättras.

Genomförandeplan

Den internkontroll som genomförts gällande genomförandeplaner visar ett behov av fortsatt utvecklingsarbete. Tydliggöra den enskildes delaktighet i planeringen, tydliggöra när den enskilde får sitt stöd och upprätta mål för olika aktiviteter vilket är viktigt för uppföljning över tid. Generellt upprättas genomförandeplaner i allt större utsträckning.

Bemötande

Enligt uppföljning med enhetschefer har introduktion av Socialtjänstplan genomförts. Dialog kring bemötande och värdegrund tas upp kontinuerligt vid t.ex. händelser som skett alternativt finns återkommande på APT.

Kännedom om och följsamhet till ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete

Bedömningen är att personal generellt har god kännedom om Handboken där riktlinjer och rutiner finns. Rutinen för avvikelser är känd men avvikelser rapporteras inte i tillräcklig omfattning i vissa verksamheter. Det är av största vikt att chefer och personal förstår syftet med att rapportera händelser, gör analyser och bedömningar för rätt åtgärder, då detta är centralt i nämndens ständiga förbättringsarbete.

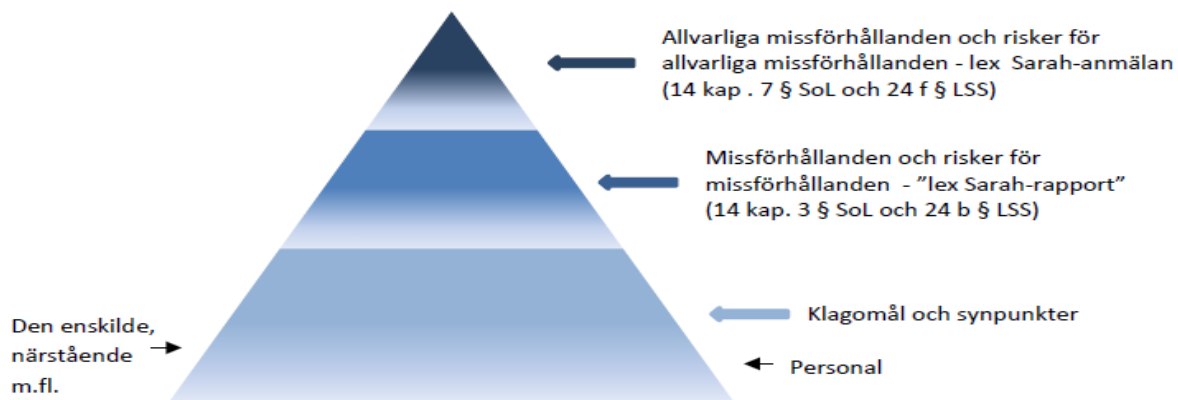
9.2 AVVIKELSER

Enligt socialtjänstlagen ska insatserna inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Beroende av händelsens konsekvens/sannolikhetsgrad att upprepas, hanteras den på olika sätt. Rapporterade händelser enligt SoL/LSS/lex Sarah samt synpunkter och klagomål, ligger i antal, väl i jämförelse med år 2016. Bedömningen är att det generellt är relevanta händelser som rapporteras och inte tillbud gällande arbetsmiljö eller när brukare tackar nej till insats. Dessa händelser ska rapporteras/dokumenteras på annat sätt. Det är viktigt med dialog på arbetsplatserna gällande bl.a. syfte med händelserapportering, analys av händelser, förändringar och förbättringar. Uppföljningar, analys och åtgärdsarbete utifrån avvikelser kan utvecklas.

Inom IFO rapporteras händelser på blanketter och inte i verksamhetssystemet.

I Socialstyrelsens handbok för tillämpning av bestämmelserna om lex Sarah illustreras *avvikelser* som ett samlingsbegrepp. Där den större mängden avvikande händelser som sker kan rapporteras/inkomma från enskilda, närstående, personal m.fl. Ett mindre antal av de händelser som rapporteras bedöms vara av högre allvarlighets grad och ska därmed anmälas till tillsynsmyndigheten.

Avvikelser inom socialtjänst och LSS – klagomål och synpunkter samt lex Sarah



Källa: Socialstyrelsens Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah

I förvaltningens verksamhetssystem dokumenteras/rapporteras händelser på olika blanketter som har valts att kallas för *Synpunkter och klagomål*, *Avvikelse rapport* och *Lex Sarah rapport*.

9.2.1 SYNPUNKTER OCH KLAGOMÅL

Återkoppling till brukare/anhörig har skett till samtliga förutom i något enstaka fall när synpunkten/klagomålet lämnats av anonym avsändare. Synpunkterna omfattar bland annat följande områden:

- flera klagomål om brister i att insatser inte blir utförda eller om brister i insatsernas utförande t.ex. inköp fungerar ej det blir inte handlat enligt genomförandeplan, kvällshjälpen kommer för tidigt (18.30 - vill ej sitta i nattkläder om vederbörande får besök), larm ur funktion fick vänta länge på hjälp, lämnats utan nattkläder i sängen
- brister i bemötande inom olika verksamheter, "bemötts på ett respektlöst sätt", dåligt bemötande vid kommunikation
- klagomål gällande beslut i enskilda ärenden

Biståndshandläggare har som rutin att lämna blankett och information om hur enskild kan framföra synpunkter och klagomål till förvaltningen.

9.2.2 AVVIKELSER SoL/LSS/lex Sarah

Begreppet avvikelser i redovisningen innefattar:

- avvikelser enligt SoL⁸, LSS⁹
- klagomål och synpunkter SoL, LSS
- lex Sarah

⁸ Socialtjänstlag

⁹ Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade

Bakgrund

I verksamhetssystemet Viva inhämtas uppgifterna gällande rapporterade händelser för Vård och omsorg samt verksamheter enligt LSS. Inom Individ och familjeomsorgen samt bistånd och administration dokumenteras händelser på pappersblanketter för sammanställning. I statistiken hämtad från Viva kan det förekomma felaktiga rapporter, vilket bedöms för 2017 vara en liten, begränsad del i sammanställningen (ca ett tiotal). Felrapporteringar kan vara t.ex. personalens arbetsmiljö som i stället ska skrivas som tillbud utanför detta system eller en dubbelrapportering har skett om samma händelse. Synpunkter och klagomål kan även inkomma via Herrljunga kommuns hemsida - synpunktshantering.

Sammanfattning

Av 2017 års totala antal avvikelser utgör ovanstående punkter, enligt SoL/LSS/lex Sarah ca 32 % av totala antal avvikelser i förvaltningen för året (1 175).

De flesta verksamheter arbetar med förbättringar i enlighet med ledningsföreskrift gällande avvikelser. Vissa verksamheter behöver utveckla sitt arbete med rapportering av avvikelser och hantering av dessa, enligt upprättade rutiner. Enhetschefernas uppföljningar, analys och åtgärdsarbete utifrån avvikelser kan utvecklas.

Typ	Helår 2014	Helår 2015	Helår 2016	Helår 2017
Avvikelser enl. SoL, LSS	103	406	301	308
Klagomål och synpunkter SoL, LSS	15	25	48	55
Lex Sarah	2	11	15	14
Totalt	120	442	364	377

Antalet fallolyckor (690) ingår inte i denna jämförelse.

Av totala antalet avvikelser står äldreomsorgen för den större delen av rapporterna. Särskilt boende och hemtjänsten för ca hälften vardera. Av dessa handlar ett större antal om brister i omsorg t.ex. uteblivna insatser såsom, toalettbesök, nattilsyn, personlig omvårdnad, städ, tvätt. Främsta orsak till ej utförda insatser är resursbrist men även missad informationsöverföring.

Rapporterade händelser i särskilt boende för äldre handlar främst om brister i omsorg gällande personlig hygien, städning men även bristande information och bemötande. Hemgården står för det större antalet rapporter (106). Hagen har rapporterat 18 händelser, varav 16 efter den interna granskning som genomfördes i mitten av november 2017, korttidsboendet Furuhaugen har endast rapporterat tre händelser trots att det skett flera händelser av vikt. Fler av dessa händelser har handlat om utåtagerande boende som inneburit skrämsel och otrygghet för medboende.

Rapporterade avvikelser på handläggarsidan handlar om utdragna handläggningstider, brister i dokumentation, brister i informationsöverföring. Nio rapporterade avvikelser har inkommit från handläggare. Det är viktigt att handläggare, när brister upptäcks rapporterar händelser då det kan innebära brister i rättssäkerhet för den enskilde.

När enskild tackar nej till insats ska det dokumenteras i den enskildes journal och inte skrivas som avvikelse i avvikelssystemet.

9.2.3 LEX SARAH

När en händelse har rapporterats enligt lex Sarah går den vidare till SAS som utreder missförhållandet eller den påtagliga risken för missförhållande. Det görs en bedömning om det är ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande. Om bedömningen är att händelsen är ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande skickas en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

År 2017 inkom 14 rapporter enligt lex Sarah. På en fyraårsperiod kan det tolkas av resultatet, antal rapporter att det blivit en ökad medvetenhet om rapporteringsskyldigheten i verksamheterna. De flesta lex Sarah rapporterna upprättas av enhetscheferna själva och inte av personal. Hemgården är den verksamhet som rapporterat flest missförhållanden, det är också dessa fyra som bedömts som allvarliga och därmed anmälts till tillsynsmyndigheten. På Hemgården är det flera händelser av samma slag som har återupprepats vilket visar att sannolikheten att händelser inträffar igen har skett, vilket i sin tur innebär ökad allvarlighetsgrad i bedömningen. Ett av dessa ärenden har IVO ännu inte avslutat, de begär kompletterande uppgifter om varför händelse upprepar sig.

Det är mycket viktigt att verksamheten fullföljer de planerade åtgärderna som redovisas till IVO. SAS följer upp de planerade åtgärderna innan ärendet avslutas.

Sammanfattning

Att missförhållanden rapporteras får ses som positivt. Att det i verksamheten finns en kunskap om syfte och om rapporteringsskyldighet. En händelse ska rapporteras när den upptäcks. Om händelser rapporteras i tidigt skede är det också större möjligheter att, genom tidiga åtgärder lindra omfattning av konsekvenser som händelser kan innebära, dels ur ett individperspektiv och dels ur ett verksamhetsperspektiv.

Följande gällande de inkomna lex Sarah rapporterna:

	Verksamhet	Händelse	Bedömning/Be slut	Anmälan	IVO beslut
1	Hemtjänst	Fotografering av enskild	Missförhålland e	Nej	
2	Boendestöd	Avvikelse från rutiner	Inte enligt lex Sarah	Nej	
3	IFO	Brister i handläggning	Missförhålland e	Nej	
4	HVB	Bristande kommunikation från handläggare	Missförhålland e	Nej	
5	LSS	Felaktigt använt skydds- och begränsningså t gärder,	Missförhålland e	Nej	
6	Hemtjänst	Bristande tandvård	Missförhålland e	Nej	
7	IFO	Bristande dokumentation	Missförhålland e	Nej	

8	Hemgården	Brister i omsorg, lämnar boendet osedd	Allvarligt missförhållande	Ja	Avslutat
9	Hemgården	Brister i omsorg, lämnar boendet osedd	Allvarligt missförhållande	Ja	Avslutat
10	Hemgården	Utåtagerande medboende skapar stor otrygghet, rädsla	Allvarligt missförhållande	Ja	Avslutat
11	HVB	Olämpligt bemötande av personal	Missförhållande	Nej	
12	Hemgården	Bristande bemötande	Allvarligt missförhållande	Ja	Nej
13	Hemtjänst	Brister i sekretess	Missförhållande	Nej	
14	HVB	Brister i sekretess	Missförhållande	Nej	

10 Externa granskningar

10.1 INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG

10.1.1 EJ VERKSTÄLLDA BESLUT

Siffror inom parentes avser år 2016 för samma insats. Under året 2017 har 30 (28) personer omfattats av ej verkställt beslut vilket har rapporterats som ej verkställda till IVO. Besluten enligt nedan.

Enligt SoL – ÄO	12 (8)
	Särskilt boende 11 (7)
	Kontaktperson 1
Enligt SoL – IFO	9 (14)
	Boendestöd 1 (2)
	Kontaktfamilj 2 (3)
	Jourplacering 1
	Familjebehandling 3 (6)
	Kontaktperson 2
Enligt LSS	9 (6)
	Kontaktperson 8 (2)
	Boende vuxna 1

Resursbrist är den främsta orsaken till ej verkställda beslut. Det har framförallt varit brist på särskilt boende och verkställigheten har dragit ut på tiden. Av de rapporterade ej verkställda besluten gällande särskilt boende för äldre har väntetiden varit från 4 månader upp till ca 6 månader.

Ett annat bistånd som allt mer dragit ut på tiden till verkställighet är insatsen kontaktperson, en ökning med 9 personer sedan föregående år. Vid årsskiftet kvarstod fyra av ovanstående, rapporterade ärenden gällande kontaktperson som ej verkställda.

10.1.2 ENSKILDAS ANMÄLAN TILL INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG

Under 2017 har 10 enskilda klagomål anmälts till IVO motsvarande siffra 2016 var fem ärenden. Av årets 10 ärenden har IVO inte öppnat tillsynsärende i något ärende. IVO meddelar att "IVO registrerar uppgifterna och kan använda dem vid planering av kommande tillsyner" vidare med hänvisning till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9. Alla anmälningarna gäller IFO barn och familj och handlar om placerade barn.

10.1.3 TILLSYN AV INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG

Under året har sex tillsyner genomförts av IVO varav fem gällande HVB. En tillsyn var oanmäld. IVO har bland annat granskat personalens utbildningsnivå, dokumentation, lämplighetsbedömning, bemanning, avvikelshantering, uppföljning av fysiska miljön. IVO har lämnat kritik gällande att en ungdom under 18 år bor i en lägenhet utanför HVB ensamkommande. Ett par påpekande gällande dokumentation och lämplighetsbedömning som IVO bedömer "kan förbättras".

Ett tillsynsärende från den 29 september 2016 gällande hemtjänst, resulterade i ett beslut i april 2017. Ärendet avslutas, dock med sju punkter som behöver uppmärksammas. Det som IVO vill uppmärksamma nämnden på är bland annat att det behöver finnas fastställda rutiner för att kontrollera om bemanningen är tillräcklig, säkerställa att insatser utförs på det sätt som planerats för att garantera den enskildes delaktighet, en översyn på hur samtliga arbetsuppgifter planeras och organiseras för att på så vis säkerställa kontinuitet och bemötande leder till välbefinnande och trygghet för enskilda.

Ett tillsynsärende som omfattar planeringsförutsättningar, riskanalys, egenkontroll, uppföljning och samverkan med särskilt fokus på handläggning av utredningar inom äldreomsorg, funktionshinder, barn och unga samt missbruk. En egenkontroll, på begäran av IVO genomfördes på 40 utredningar 10 per område, av SAS. Dessa egenkontroller sammanställdes av SAS och redovisades för respektive grupp före tillsynen. Den egna kontrollen med IVO:s kontroll påvisade i stort samma briser. Dessa egenkontroller var en del som låg till grund för IVO:s tillsyn. IVO avslutar ärendet med kritik och påpekanden. Beslutet kommer att följas upp under år 2018 enligt IVO:s beslut.

- Kritiken i beslutet handlar om att nämnden har en handläggare utan svensk socionomexamen eller motsvarande som utför utredningar av barn och unga.
- Påpekanden i beslutet handlar om att utredningar av barn och unga bedrivs delvis inte skyndsamt, nämnden behöver säkerställa att riskanalyser sker fortlöpande och dokumenteras samt att säkerställa att egenkontroller av utredningar görs med en frekvens och i den omfattning som krävs för att säkra kvaliteten.

11 Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Av lagstiftningen framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. Att aktivt, i varje verksamhet arbeta med avvikelser, synpunkter och klagomål som en del i vardagsarbetet är ett sätt att arbeta förebyggande och kvalitetsförbättrande. I flera verksamheter är detta återkommande på arbetsplatsträffar.

Kvalitetssamordnarna har kvartalsvisa så kallade kvalitetsmöten med enhetschefer, med var och en för sig, gällande uppföljningar, analys och åtgärder av avvikelser. På grund av sjukskrivning och vakans på MAS tjänsten har inte 4:e kvartalets träffar genomförts. Tredje kvartalets träffar genomfördes i grupp där det var fokus på uppföljning, analys och bedömning och enhetscheferna fick med sig vissa verktyg som stöd för arbetet.

SAS har under året deltagit på 12 arbetsplatsträffar (ca 70-talet medarbetare) runt om i organisationen för en timma genomgång gällande systematiskt kvalitetsarbete, enhetscheferna har deltagit. En genomgång har också genomförts i förvaltningens ledningsgrupp. Det är viktigt att funktioner på alla nivåer känner till de krav som finns och arbeta här efter, om det ska bli ett genomslag i hela organisationen.

Inom socialförvaltningen fortsätter arbetet efter behov, med processer, riktlinjer och rutiner som är styrande för arbetet i verksamheterna. Personalens medverkan i detta arbete är nödvändigt och en förutsättning för god kvalitet. Socialnämnden har valt att samla ledningssystemet på intranätet och en länk för direktåtkomst till *Handboken* finns för samtlig personal. Bedömningen är att personal, generellt har kunskap om *Handboken* och att det där finns rutiner och andra styrande dokument.

11.1 KOMPETENSUTVECKLING

Kompetensutvecklingsplaner på individnivå finns i verksamheterna. Varje enhetschef ska sammanställa behov och önskemål av kompetensutveckling efter genomförda medarbetarsamtal. Prioriteringar sker på förvaltningsledningsnivå.

En rad informationstillfällen och utbildningar gällande dokumentation, Viva och ledningssystem har genomförts för olika grupper under året, internt och externt. Bland annat:

- 2 timmars utbildning i social dokumentation för all personal inom äldreomsorgen, totalt 135 deltagande uppdelat på 6 tillfällen, intern utbildning med SAS/Kvalitetssamordnare
- utbildning i Social dokumentation för personcentrerad omsorg – arrangerad av FoU Sjuhärad. Dokumentationsombud från ÄO och LSS samt några personal ytterligare, totalt 20 personer från Herrljunga deltog
- verksamhetssystemet Viva, internt med systemförvaltare och SAS
- ledningssystem, avvikelser med synpunkter och klagomål samt lex Sarah för 70 talet medarbetare

12 Kvalitetsarbete

12.1 FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN/FÖRSLAG

Systematiskt förbättringsarbete

Det systematiska förbättringsarbetet görs genom risk- och händelseanalyser, egenkontroll, utredning av avvikelser samt förbättrande åtgärder och förbättring av processer och rutiner. Om riskanalysen och/eller utredningen av avvikelser visar på brister ska de åtgärder som krävs vidtas och processerna och rutinerna förbättras så att verksamhetens kvalitet säkras.

- På verksamhetsnivå ska risk- och händelseanalyser upprättas utifrån de risker som identifieras, de händelser som skett eller de förändringar som ska genomföras.
- Ett fortsatt samarbete genom bland annat kvartalsvisa uppföljningar med kvalitetssamordnare och enhetschefer.
- Genom att sprida händelser, analyser, åtgärder, erfarenheter etc. mellan verksamheter ökar möjligheten till förebyggande arbete. De mötesforum som redan finns kan vara lämpliga för dialog och erfarenhetsutbyte mellan verksamheter.

Att arbeta aktivt med ständiga förbättringar innebär bland annat att synpunkter och klagomål som inkommer och att avvikelser som rapporteras, hanteras enligt tillämpliga bestämmelser och rutiner. Det ska finnas en röd tråd från de avvikelser som rapporterats till förbättringsområden och till kommande granskning och kontroll.

Händelser avser såväl utförda handlingar som handlingar där någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra. Där det kan innebära eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskild. Det kan gälla brister i rättssäkerhet vid handläggning och i genomförande/verkställighet.

- Rapportering av avvikelser/missförhållanden ska ske enligt rutiner.
- Under året 2018 bör avvikelserapportering för personal inom IFO:s verksamheter också kunna ske i verksamhetssystemet Viva. Diskussionerna har återupptagits med systemleverantörerna.

Brukarinflytande

I 2017 års internkontroll har framkommit brister kring den enskildes delaktighet i genomförandet av insatser. Inom särskilt boende dokumenteras delaktigheten oftast som "delvis delaktig" och att det är på personalens egen bedömning att den boende uppfattas vara nöjd när insatser utförs. I flera granskade ärenden är svaret nej – ingen delaktighet i planeringen. Inom äldreomsorgen genomför Socialstyrelsen årliga, nationella brukarenkäter. Resultatet för kommunen blir ett bra underlag för inriktning av ett fortsatt arbete med förbättringar. Resultatet i äldreomsorgen gällande brukarnas nöjdhet med delaktighet (73%) har ökat något från 2016 års resultat (67%), men är en bra bit ifrån det uppsatta målet för år 2017 vilket är 85 % nöjdhet.

Motsvarande nationella kvalitetsuppföljningar av Socialstyrelsen finns inte inom andra verksamheter i nuläget. Genom Sveriges kommuner och landsting, SKL finns nationella uppföljningar inom funktionshinderområdet och IFO, vilken Herrljunga kommun inte ingår i, det är ett frivillig åtagande för kommunerna. Hos SKL finns framtaget vissa enkäter för flera verksamheter inom IFO.

- Att Herrljunga kommun ansluter sig till SKL:s nationella kvalitetsuppföljningar inom vissa områden. Viss kostnad för kommunen. För året 2017 motsvarande den kostnaden 6 500 kronor för deltagande kommuner gällande funktionshinderområdet.
- Ett fortsatt arbete med implementering av IBIC i verkställighet. Individens inflytande genom delaktighet utifrån sina förutsättningar, i när, var och hur stödet ska ges är viktigt.

Social dokumentation

Brister i dokumentation har uppmärksammats under året, dels i intern granskning men även vid tillsyn av IVO. För att socialtjänsten ska kunna förbättra och utveckla dokumentationen och för att det ska vara möjligt att systematiskt undersöka om arbetet bedrivs på föreskrivet sätt, är det en grundläggande förutsättning att det i verksamheten dokumenteras på ett tillfredsställande sätt. Att handläggning sker på ett rättssäkert sätt. Att insatser som ges dokumenteras och följs upp på ett tillfredsställande sätt är också en förutsättning för att systematiskt kunna undersöka om de leder till resultat som innebär förbättringar för den enskilde. Det innebär att dokumentationen ska tillgodose flera syften.

Dokumentation är viktig för bland annat den enskildes rättssäkerhet dvs. att den enskilde ska få en korrekt handläggning och insats av god kvalitet, att ha ett underlag för den individuella planeringen, att möjliggöra uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring, för de anställdas säkerhet och att möjliggöra tillsyn och granskning. I vissa verksamheter uppfylls inte kraven på ett tillfredsställande sätt vilket visat sig i uppföljningar och internkontroll. Dokumentation ingår i ordinarie arbetsuppgifter och måste förbättras.

Fortsatt granskning och kontroll i myndighetsutövning inom barn och familj samt i verkställighet ska ske under året.

- Tid för dokumentation måste avsättas. Dokumentationsombud ska vara enhetschefens förlängda arm i handledning och stöd till kollegorna.
- Genomförandeplaner ska upprättas tillsammans med brukaren och vid behov följas upp och revideras.

IBIC i verkställighet

Inom verkställighet t.ex. hemtjänsten har inte implementering av IBIC fortskridits på samma sätt som inom myndighetsutövning. Det finns bristande kunskaper i arbetssätt med strukturerad dokumentation. Nya enhetschefer på plats har i vissa fall begränsade kunskaper om IBIC.

- Fortsatt implementering av IBIC under 2018. SAS och systemförvaltare samarbetar då det dels handlar om social dokumentation och dels hur man använder verksamhetssystemet Viva.
- De granskningsmallar som tagits fram i arbetsgruppen (fyra kommuner) tillsammans med Högskolan i Borås, för myndighetsutövning samt genomförandeplan och utgår från IBIC, ska användas vid granskning. Mallarna ska publiceras inom kort.

Interna samarbetsformer och informationsöverföring

I några händelser har brister i samverkan och informationsöverföring framkommit. Inför svåra beslut är det viktigt med ett arbetssätt där professioner samarbetar. Varje profession bidrar med sin kunskap för att nå optimalt resultat för brukaren. Detta är särskilt viktigt när t.ex. särskilda händelser inträffar eller akuta situationer uppstår.

- Ett fortsatt arbete med att identifiera interna processer, kartlägga processer och på så sätt utveckla former för den interna samverkan behövs, för att tydliggöra ansvar samt för att säkerställa information mellan berörda.

Personalens medverkan i kvalitetsarbete

Det ska säkerställas att verksamhetens personal arbetar utifrån de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Personalen är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. Enhetschefer har ett ytterst ansvar för att det finns en följsamhet till de tillämpliga bestämmelser som gäller.

- Riktlinjer och rutiner som styr verksamheten behöver ständigt stämmas av, informeras om och aktualiseras. Några riktlinjer/rutiner i taget fördelade över året (även utifrån händelser som sker) kan vara ett sätt för att det ska vara hanterbart.

Personella och ekonomiska resurser

Ovanstående förbättringsarbeten bedöms vara inom ramen för befintlig verksamhet och kräver inte ökade personella eller ekonomiska resurser. Ju mindre tid och utrymme innebär oftast att det då blir ytterligare viktigt att göra rätt saker och att göra saker på rätt sätt, redan från början. Utrymme för dialog på arbetsplatsen bör vara en naturlig del i vardagsarbetet. I vissa avseenden kan t.ex. ökad medverkan ge förståelse och förändring, som i nästa led ger förbättrat resultat. Som stöd finns stabsfunktioner som resurser. Så även för utformning av bland annat enkäter, informationer, utföra intervjuer och göra analys och sammanställningar av resultat, vara behjälplig i arbetet med riktlinjer och rutiner.

Det kan dock finnas behov av större dignitet som kräver ekonomiska resurser t.ex. bemanningsbehov över tid, inom äldreomsorgen för att säkerställa en god och säker vård och omsorg. IVO tar upp bemanning i ett beslut daterat 2017-04-19. SN dnr 62/2016.

Övrigt

Regeringens nya bestämmelse i frågan om tillgång till personal dygnet runt på äldreboende, som införs i socialtjänstförordningen, kan komma att bli en fråga som uppmärksammas inom tillsynsmyndigheten. De boendes individuella behov av stöd behöver på ett bra sätt kunna "mätas" över tiden för att personalbemanningen ska kunna fördelas på bästa sätt inom boendet. Bemanningsfrågor kan gälla såväl dagtid som nattetid.

SKL har genomfört ett projekt tillsammans med kommuner, Föreningen Sveriges socialchefer, Famna och Vårdföretagarna utifrån bestämmelser i socialtjänstförordningen och den uteblivna bemanningsföreskriften – "Istället för bemanningsföreskrift". Rekommendationer har tagits fram under 2017. Fokus är på nattens arbetssätt, bemanning och teknik.

Socialnämnden antog dessa rekommendationer vid sammanträde daterat den 2 maj 2017. SN dnr 9/2017.



Patientsäkerhetsberättelse 2017

Sammanfattning

Vårdgivaren ska enligt Patientsäkerhetslagen (2010: 659) senast den 1 mars varje år upprätta en Patientsäkerhetsberättelse av vilket det ska framgå:

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

Beslutsunderlag

Patientsäkerhetsberättelsen 2017

Tjänsteskrivelse i ärendet

Förslag till beslut

Socialnämnden antar 2017 års Patientsäkerhetsberättelse och lägger den till handlingarna.

Tomas Bornhall

MAS/kvalitetssamordnare

DIARIENUMMER:
FASTSTÄLLD:
DOKUMENTANSVAR:

SN-7-2018

2018-03-27

Aniko Andersson Persson
Verksamhetschef Vård och Omsorg

Tomas Bornhall MAS/Kvalitetssamordnare
2017 02 20

Patientsäkerhetsberättelse 2017

Socialförvaltningen Herrljunga kommun



HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

Innehåll

Sammanfattning 2017.....	3
1. Allmänt	4
2. Övergripande mål och strategier	4
3. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhet.....	4
3.1 Kommunens ansvar som vårdgivare.....	4
3.2 Verksamhetschefens ansvar.....	4
3.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar.....	4
3.4 Enhetschefens ansvar.....	4
3.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar	5
4 Struktur för uppföljning/utvärdering.....	5
4.1 Senior alert.....	5
4.2 Svenska Palliativ registret	5
4.3 Svensk register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)	6
4.4 Nutrition	6
4.5 Avvikelsehantering.....	6
4.7 Läkemedelshantering.....	6
4.8 Dokumentation - patientjournal.....	7
4.10 Munhälsa	7
4.11 Medicinsk teknik	8
4.12 Rehabilitering	8
4.13 Hygien	8
4.14 Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift	9
4.15 Skydds- och begränsningsåtgärder	9
5. Lokal uppföljning genom egenkontroll.....	9
5.1 Internkontroll.....	10
6. Samverkan	10
6.1 Samverkan kommuner, primärvård och slutenvård.....	10
6.2 Samverkan Palliativa teamet Alingsås lasarett	11
6.3 Samverkan Närsjukvårdsteam Alingsås lasarett och Närsjukvårdsteam SÄS.....	11
6.4 Samverkan Mobil hemsjukvårdsläkare	11
6.5 Samverkan Samordnad vård- och omsorgsplanering - SVPL	11
6.6 Samverkan Läkarmedverkan	12
6.7 Intern samverkan för en god och säker vård.....	12
6.8 Samverkan med externa HVB samt LSS- hem.....	12
6.9 Samverkan med patienter och närstående.....	12
6.10 Samverkan med medborgare i övrigt.....	12
7. Riskanalys.....	13

7.1 Analys och bedömning av risker under 2017	13
8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	13
9. Synpunkter och klagomål	14
10. Sammanställning och analys	14
11. Samverkan med patienter och närstående	14
12. Resultat	15
12.1 Strukturmått.....	15
12.2 Resultat och processmått	16
12.2.1 Förebyggande arbete - Senior alert	16
12.2.2 Svensk register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) ..	17
12.2.3 Undvikbar slutenvård per diagnosgrupp	17
12.2.4 Munhälsa	17
12.2.5 Palliativa registret	17
12.2.6 Läkemedel.....	18
12.2.7 Hygien	19
12.2.8 Svenska HALT	19
12.2.9 Öppna jämförelser	20
12.2.10 Rehabilitering	20
12.2.11 Nationell patientöversikt (NPÖ).....	20
12.2.12 Avvikelser Fall.....	21
12.2.13 Avvikelser läkemedel	22
12.2.14 Avvikelser övriga Hälso- och sjukvårdsavvikelser (ej fall, läkemedel eller vårdsamverkan)	24
12.2.15 Synpunkter och Klagomål	24
12.2.16 Delegering.....	24
12.2.17 Lex Maria	25
12.2.18 Medicinteknisk avvikelse	25
12.2.19 Avvikelser Närvårdssamverkan Södra Älvsborg	25
13. Sammanfattning inriktning 2018.....	26

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses (SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §).

Sammanfattning 2017

Patientsäkerhetslagen säger att vårdgivaren har ett tydligt ansvar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Varje medarbetare ska kunna utöva sitt arbete så att en god säker vård kan ges.

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vårdgivaren och vårdgivaren ska underlätta för patient och närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet. Samverkan med patienter och närstående sker vid inflyttning på Särskilt boende eller vid inskrivning i hemsjukvård. Information ges hur klagomål och synpunkter kan framföras.

Patientsäkerhetsarbete har under året belysts genom upprättande av nya och revidering av befintliga riktlinjer och rutiner.

För att säkerställa och öka kvalitén i vården och patientsäkerheten används nationella kvalitetsregister som Senior alert, BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens), Svenska Palliativregistret och samt Folkhälsomyndighetens HALT- register. Egna mätningar till följsamheten till hygienrutiner och klädregler har genomförts samt egenkontroll enligt egenkontrollplan.

Antal gjorda riskbedömningar Senior alert under året uppgår till 204 st. Utav de riskbedömningarna med utfall att risk finns (190 st. av 204 st.) har 88 % gjorda åtgärdsplaner med vårdpreventiva åtgärder registrerats. Föregående år hade 66% gjorda åtgärdsplaner med vårdpreventiva åtgärder.

42 st. BPSD bedömningar med åtgärder registreras under 2017 jämfört med 81st. 2016.

I Svenska Palliativregistret är förbättringar gjorda i 5 utav 11 kvalitetsindikatorer och försämring i 5 av 11 kvalitetsindikatorer jämfört med föregående år.

Resultatet av HALT mätningen 2017 fanns bekräftade infektioner i två fall samt tre fall av profylaktiskt antibiotikabehandling vid mättillfället. För 2016 visades inga bekräftade vårdrelaterade infektioner eller profylaktiskt antibiotikabehandling.

Mätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler har genomförts inom kommunens äldreomsorg och LSS med två mätningar under 2017. Bägge mätningarna under året visar resultat över det nationella genomsnittet.

Personal inom verksamheten har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser genom att skriva avvikelser. De dominerande rapporterade avvikelserna är fall och läkemedel.

Antal registrerade fall har under 2017 ökade med 162 fall (30,7 %) jämfört med föregående år. Konsekvens av fallen är vanligtvis ingen skada. Konsekvensen fraktur av fallolyckan drabbade 12 patienter (2016 drabbades 10 patienter av fraktur).

Antal registrerade läkemedelsavvikelser har under 2017 ökat med 80 stycken (18,6 %) jämfört med året innan. Orsak till rapporterade avvikelser är till 59,4 % glömska.

Under 2017 har 224 st. avvikelser registrerats där beställd träningsinsats från Rehab inte har signerats på signeringslistor hos patient jämfört med 130 st. 2016. Osäkerhet uppstår om beställd insats är utförd eller inte. Konsekvens blir svårighet att utvärdera träningsinsatsen samt risk för försämrad/utebliven funktion för patient.

1. Allmänt

Vårdgivaren ska enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilket det ska framgå:

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

2. Övergripande mål och strategier

Ett ledningssystem för systematisk kvalitetsarbete enligt "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9" ingår i det ordinarie arbetet sedan 2014. Ledningssystemet används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Herrljunga kommuns vision och politiska mål skall vara vägledande för kommunens verksamheter. Socialnämnden har i en Socialtjänstplan formulerat den grundsyn som utgör basen för socialnämndens arbete. Socialtjänstplanen syftar till att tydliggöra etiska värden och normer som ska vara grunden för arbete inom socialförvaltningen. Planen ska vara ledstjärna för hela socialnämndens verksamhet och allt arbete ska genomsyras av socialnämndens värdegrund.

3. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhet

Herrljunga kommun bedriver hälso- och sjukvård under verksamheterna Äldreomsorg (ÄO), Hälso- och sjukvård (HS) samt Funktionshinder (FH). Verksamheterna har en gemensam medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som även har medicinskt ansvar för rehabilitering (MAR) inom kommunen.

3.1 Kommunens ansvar som vårdgivare

Yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har vårdgivaren som ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) efterföljs av alla utförare i kommunen. Socialnämnden ansvarar för att skapa förutsättningar för och säkerställa att verksamheten arbetar med kvalitet på ett systematiskt sätt enligt lagar, föreskrifter och beslut.

3.2 Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att vården organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och är av god kvalitet och främjar kostnadseffektivitet. Vidare ansvarar verksamhetschefen för att fördela kvalitetsarbetet i enlighet med kommunens direktiv och gällande lagstiftning. Verksamhetschef rapporterar till socialnämnden.

3.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska det i den kommunala hälso- och sjukvården finnas en sjuksköterska som har det övergripande medicinska ansvaret, MAS. MAS ansvarar för att patienten ska få en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård. MAS upprättar riktlinjer och rutiner för att kunna styra, följa upp samt utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet. MAS ansvarar även för att utöva kontroll av verksamheten samt för att samverka med verksamhetschef vid frågor som berör hälso- och sjukvården för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. MAS är ansvarig för bedömning om en HSL- avvikelse är så pass allvarlig (händelse som medfört allvarlig vårdskada eller kunnat medföra allvarlig vårdskada) att den ska anmälas till Inspektion för Vård och Omsorg (IVO) enligt lex Maria.

3.4 Enhetschefens ansvar

Enhetschefen ansvarar för att leda och utveckla verksamheten och se till att socialförvaltningens ledningssystem med fastställda riktlinjer och rutiner är väl kända i verksamheten. I arbetet ingår att göra

personalen delaktiga i patientsäkerhetsarbetet och rapportering av avvikelser samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter. Enhetschef har att kontinuerligt följa upp avvikelser som rör verksamheten enligt rutin. Utvärdering av avvikelser i verksamheten ska leda till reflektion samt ligga till grund för det förbättringsarbete som ska öka patientsäkerheten.

3.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

I Patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att hälso- och sjukvårdspersonal ska bidra med en hög patientsäkerhet i det dagliga arbetet samt rapportera risker för vårdskador eller händelser som kunnat medföra eller har medfört skada. De ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

4 Struktur för uppföljning/utvärdering

Åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet under 2017 samt föreslagna förbättringar under 2018.

4.1 Senior alert

Senior alert är ett kvalitetsregister som används för patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. Varje patient, registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områden fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion.

Det förebyggande arbetssätt som Senior alert bygger på består av tre grundtankar som består av systematik, struktur och synliggör resultat. Användning av Senior alerts register innebär att vårdprevention för alla riskområden där risker identifieras, åtgärdas och följs upp.

Under året har vårdprevention genomförts inom riskområden som fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Arbetet med riskområde blåsdysfunktion har startats under året och erfarenheterna kommer att tas med till övriga SÄBO och LSS enheter som startar arbetet.

Inriktning 2018

- Att utveckla arbetssättet Teammöten inom SÄBO och LSS samt arbetssättet med MiniTeam inom Hemsjukvård i ordinärt boende (kvarstår från 2017)
- Att utbilda all omvårdnadspersonal i ROAG – riskbedömning av munhälsa (kvarstår från 2017)
- Att fortsätta implementera Senior Alerts femte område; blåsdysfunktion inom SÄBO/LSS (ny 2018)

4.2 Svenska Palliativ registret

Svenska palliativ registret är ett nationellt kvalitetsregister vars syfte är att successivt förbättra vården i livets slutskede. Palliativ vård ska tillgodose patientens fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov. På patientnivå mäts definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stöds ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till att optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos.

Under 2017 har personal påbörjat en webbutbildning i allmän palliativ vård. Utbildningen riktar sig till all personal som i sitt yrke möter personer i livets slutskede som har palliativa vårdbehov. Syftet med utbildningen är att bättra kunskap och förståelse för de komplexa vårdbehov som vårdpersonal möter hos den svårt sjuke. Det är viktigt att all personal har en god gemensam grundläggande kompetens i arbetet kring patient och närstående.

Inriktning 2018

- Att sjuksköterskor ökar antal åtgärder/bedömningar/skattningar i palliativ vård samt dokumenterar i journal (kvarstår från 2017)
- Att personal fortsätter att genomföra webbutbildning "Allmän palliativ vård" (kvarstår från 2017)
- Att efter genomförd webbutbildningen ha möten professioner emellan för diskussion kring hur

allmän palliativ vård ska implementeras inom egen verksamhet för att nå optimalt resultat för patient och närstående (ny 2018)

4.3 Svensk register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)

BPSD-registret syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demens. Förekomst av BPSD innebär en minskad livskvalité och för att nå framgång i behandlingen, krävs det förutom ett gott bemötande och en god omsorg, även en tydlig struktur i omvårdnaden och goda kunskaper om demens.

Under året har registreringar gjorts i BPSD registret med symtomskattning, genomförda förebyggande åtgärder uppföljning med förebyggande åtgärder samt utvärdering av genomförda åtgärder genomförts.

Under året har legitimerad som omvårdnadspersonal utbildats till administratör BPSD.

Inriktning 2018

- Att öka antal registreringar i BPSD-registret (kvarstår från 2016, 2017)

4.4 Nutrition

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika eller övervinna sjukdom och återfå hälsa. Kosten som serveras skall vara anpassad efter näringsbehov.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att en riskbedömning enligt Senior Alert genomförs samt att vikt och BMI-värden följs regelbundet. För personer i riskzon ska åtgärdsplan upprättas och omvårdnadsplan skrivas.

Tiden från dagens avslutade måltid till nästkommande dags första måltid kallas nattfasta. Nattfastan bör inte överstiga 11 timmar. Äldre personer och personer med funktionsnedsättning med för lång nattfasta löper risk för undernäring.

Inriktning 2018

- Att fortsätta arbetet med att ofrivillig nattfasta inte är längre än 11 timmar (kvarstår från 2016, 2017)
- Att kartlägga hur lång nattfastan är för boende/brukare inom kommunens SÄBO enheter (ny 2018)

4.5 Avvikelsehantering

En stor del i det systematiska kvalitetsarbetet är avvikelsehantering. All personal har skyldighet att medverka till god kvalitet och att verksamhets kvalitet systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras genom att uppmärksamma och rapportera brister i kvalitet d.v.s. genom att skriva avvikelser. Hur arbetet med avvikelsehantering ska utföras beskrivs i rutin [”Avvikelsehantering”](#).

Inriktning 2018

- Att MAS, SAS och enhetschefer har fortsatt gemensam uppföljning av avvikelser (kvarstår från 2016, 2017)
- Att enhetschef analyserar och diskuterar därefter tillsammans med sin personal fram lämpliga åtgärder på arbetsplatsträffar. Syftet med detta är att säkra verksamhetens kvalitet t.ex. genom att ständigt förbättra processer och rutiner (kvarstår från 2016, 2017)

4.6 Lex Maria

Vårdgivaren ska enligt bestämmelserna i Patientsäkerhetslagen (2010:659) anmäla händelser som har eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO).

4.7 Läkemedelshantering

Den omfattande läkemedelsanvändningen hos äldre innebär stor risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Detta är påtagligt för multisjuka äldre i särskilda boendeformer men också

multisjuka äldre i ordinärt boende.

I kommunens avtal med Närhälsan i Herrljunga är läkemedel ett prioriterat område med läkemedelsgenomgång. Målet är bättre läkemedelshantering för äldre enligt "LÄR UT" metoden.

Inriktning 2018

- Att patienter på SÄBO, korttidsenhet erhåller läkemedelsgenomgångar enligt konceptet "LÄR UT" vid inflyttning samt därefter minst en gång per år och/eller om behov uppstår (kvarstår från 2017)
- Att patienter inskrivna i hemsjukvård ordinärt boende erhåller läkemedelsgenomgångar enligt konceptet "LÄR UT" vid inskrivning samt därefter då behov uppstår (kvarstår från 2017)
- Att sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård genomgår "LÄR UT" utbildning om äldre och läkemedel (kvarstår från 2017)

4.8 Dokumentation - patientjournal

Patientdatalagen SFS 2008:355 reglerar en vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. I lagen finns också bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal. En patientjournal är främst avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för vården. Den utgör ett arbetsverktyg eller underlag för bedömning av de åtgärder som kan behöva vidtas av någon som inte har träffat patienten tidigare. Patientjournalen är en informationskälla för patienten om erhållen vård. Vidare utgör den ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljning- och utvärderingsarbetet inom vården samt ett underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll av den vård som patienten erhållit.

Inriktning 2018

- Att fortsätta arbetet med samstämmighet i dokumentation internt med kodning av International Klassificering Funktion (ICF) och Klassificering av Vård Åtgärder (KVÅ) (kvarstår från 2016, 2017)
- Att genomföra granskning av legitimerad personals dokumentation med fokus på omvårdnadsplaner/rehabiliteringsplaner, anamnes och statusuppdatering (ny 2018)

4.9 Nationell Patient Översikt (NPÖ)

Herrljunga kommun är ansluten till Nationell Patient Översikt (NPÖ). Syftet med NPÖ är att få en samlad information för att kunna ge patienten en god och säker vård. I NPÖ finns patientens vårdshistorik och vårdbehov från andra vårdgivare. Endast legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal får ta del av patientinformationen i den sammanhållna journalföringen som har betydelse för vården av patienten i syfte att kunna förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Med sammanhållen journalföring menas ett elektroniskt system som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare som slutenvård och primärvård.

Inriktning 2018

- Att öka användandet av NPÖ för att säkerställa patientens vård vid vårdens övergångar mellan vårdgivare (kvarstår 2016, 2017)

4.10 Munhälsa

Områdesansvarig sjuksköterska eller biståndshandläggare utfärdar intyg om Särskilt tandvårdsstöd. De patienter som har intyg om särskilt tandvårdsstöd erbjuds årlig munhälsobedömning utförd av Folktandvården i Herrljunga. Folktandvården Herrljunga utbildar omvårdnadspersonal i munhälsa. En överenskommelse är skriven mellan kommunen och folktandvården Herrljunga hur arbetet ska fortlöpa.

Inriktning 2018

- Att omvårdnadspersonal inom kommunens samtliga enheter fortsätter att delta i Folktandvården Herrljungas munhälsoutbildning som erbjuds (kvarstår från 2016, 2017)
- Att utbilda all omvårdnadspersonal i ROAG – riskbedömning av munhälsa enligt Senior alert (se 4.1 kvarstår från 2017)

4.11 Medicinsk teknik

Medicintekniska produkter, MPT, används inom äldreomsorgen, LSS och socialpsykiatri/missbruk. Dessa ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut individuellt av paramedicinare eller sjuksköterska och ska dokumenteras i omvårdnadsjournal. Det ska finnas bruksanvisningar på svenska i hemmet och kontroll ska ske regelbundet av formellt tekniskt utbildad personal. Det skall finnas skriftliga rutiner för dessa produkter och upphandling bör ske efter fastställda rutiner.

4.12 Rehabilitering

Alla som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård eller är på LSS daglig verksamhet har möjlighet att vid behov få bedömning/träning av arbetsterapeut, fysioterapeut och/eller Rehabassistent. Hjälpmedel utprovas individuellt av behörig personal och följs upp enligt rutiner och riktlinjer. Kommunen ansvarar för rehabiliteringsinsatser på särskilt boende, korttidsboende, ordinärt boende, LSS daglig verksamhet och LSS-boende.

Fysioterapeut ansvarar för bedömning och träning av funktionsförmåga, utbildning/handledning samt förskrivning av hjälpmedel. Åtgärderna syftar till att bibehålla, förbättra eller återfå fysiska funktioner som behövs i vardagen. Viss träningen delegeras till omvårdnadspersonal. Även TENS behandling, värme/kylbehandling och behandling med tippbräda kan delegeras till omvårdnadspersonal. Alla delegerade uppgifter till omvårdnadspersonal följs upp kontinuerligt.

Arbetsterapeut ansvarar för bedömning och träning av aktivitetsförmåga, utbildning/handledning samt förskrivning av hjälpmedel. Det kan handla om att kunna klä sig, förflytta sig och sköta vardagslivets rutiner i hemmet. Åtgärderna syftar till att bibehålla, förbättra eller återfå aktivitetsförmåga.

Arbetsterapeuterna bedömer behov av bostadsanpassning, föreslår åtgärder och skriver intyg på behovet samt bedömer och skriver intyg på funktions- och aktivitetsförmåga inför ansökan om assistans.

Rehabassistent ansvarar för träning av funktion- och aktivitetsförmåga, efter delegering av arbetsterapeut/fysioterapeut. Besiktar kommunalägda hjälpmedel. Utbildar i hjälpmedelsfunktion, felsökning och åtgärder vid fel på hjälpmedel.

Inriktning 2018

- Att genomföra regelbunden förflyttningsutbildning för anställd personal, nyanställda personal samt för vikarier genom fastställd utbildningsplan (ny från 2018)
- Att instruera personal i manuella förflyttningar, personlyft och lyftsele (kvarstår från 2016, 2017)
- Att utveckla hjälpmedelsplan i VIVA (kvarstår från 2017)

4.13 Hygien

Socialstyrelsens författning SOSFS 2015:10 Basal hygien i vård och omsorg trädde i kraft 2016-01-01. De hygienregler som redan gäller inom sjukvården ska även gälla vid arbete inom hemtjänsten, SÄBO och LSS boenden. Syftet med hygienregler är att förhindra smittöverföring. Kontaktsmitta via händer är den vanligaste smittvägen inom all vård.

Under 2017 har arbetskläder samt tvätt av arbetskläder upphandlats. I verksamheten finns för personal: omklädningsrum och klädsåp, arbetsordning för hur ren tvätt hanteras (omhändertas och plockas upp på avsedd plats för rena arbetskläder) samt arbetsordning för hur smutsig tvätt omhändertas och hanteras på ett korrekt sätt.

Under året har observationer gjorts av hygienombud där personal i patientnära arbete har observerats i sitt arbete avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Observationerna ingår i den återkommande nationella mätning av Basala hygienregler och klädregler som SKL genomför. Herrljunga deltog i vårens mätning. Under hösten har självskattning basala hygienrutiner och klädregler genomförts på boenden och i hemtjänst.

Omvårdnadspersonal har utbildats till hygienombud och utbildning av sjuksköterskor med extra hygienansvar. De har utbildats med hjälp av Vårdhygien, SÄS Borås.

För tredje året i rad deltog Herrljunga kommun i Folkhälsomyndighetens mätning av vårdrelaterade infektioner, antibiotikaförbrukning och vårdtyngdsmätning inom särskilt boende.

Inriktning 2018

- Att delta i SKL:s nationella årliga mätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler
- Att genomföra årliga egen mätningar av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler
- Att delta i Folkhälsomyndighetens årliga mätning HALT av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende

4.14 Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. En delegering skall alltid vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer. Delegering av arbetsuppgift kan exempelvis vara: läkemedelshantering, viss såromläggning, insulingivning, uppgifter enligt skriftliga träningsprogram osv. I Herrljunga kommun delegeras hälso- och sjukvårdsuppgifter till omvårdnadspersonal kontinuerligt.

Under året har Demenscentrums (demenscentrum.se) webbaserade utbildningar ”Jobba säkert med läkemedel” och ”Ge insulin” varit en teoretisk grund inför delegering. Efter teoretisk webbaserad utbildning med godkänt resultat har delegaten haft praktik utbildning av delegerande sjuksköterska.

Inriktning 2018

- Att fortsätta revidera/utveckla delegerings/utbildningsmaterial inom delegerande områden
- Att fortsätta utveckla/säkerställa rutin delegering läkemedel genom webbutbildning ”Jobba säkert med läkemedel” och läkemedel ”Ge insulin” samt den praktiska utbildningen med sjuksköterska

4.15 Skydds- och begränsningsåtgärder

Varje medborgare är skyddad mot frihetsberövande och andra frihetsinskränkningar utan lagstöd. Med frihetsberövande avses i huvudsak att mot någons vilja beröva hans/hennes rörelsefrihet. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763, 2 §) skall ”vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten” samt ”bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet”.

Beslut om skyddsåtgärd/frihetsinskränkande åtgärd skall dokumenteras i omvårdnads-/rehab-/omsorgsplan så att all involverad personal får tillgång till informationen. Dessa planer skall detaljerat beskriva användning, hur oönskade konsekvenser av skyddsåtgärden skall minimeras och när uppföljning skall ske. Av omvårdnadsplan skall det tydligt framgå vilka åtgärder som är vidtagna och att samtycke har inhämtats. Det är av stor vikt att det finns personal med rätt kompetens i tillräcklig omfattning för att minimera användande av tvångsmedel.

5. Lokal uppföljning genom egenkontroll

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg kan man förebygga fel och brister. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data och regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder.

Loggningskontroll sker regelbundet och systematiskt i syfte att förebygga, konstatera och beivra otillåten eller obefogad åtkomst till uppgifter ur det administrativa verksamhetssystemet VIVA. Inga avvikelser/överträdelser i genomförda loggningar har förekommit under året i verksamhetssystemet VIVA.

Genom att delta i de nationella mätningarna PPM i Basala hygienrutiner- och klädregler, vårdrelaterade infektioner genom nationella HALT- mätningen erhåller kommunen verktyg att följa upp kvaliteten i

vården. Egna mätningar i basala hygienrutiner- och klädregler har genomförts under året och genom registrerade avvikelser läkemedel, fall och hälso- och sjukvård samt inkomna synpunkter och klagomål i verksamhetssystemet VIVA följs systematiskt verksamhetens kvalitet upp och förbättringsområden identifieras.

Senior alert är ett kvalitetsregister där varje person registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områden fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Användning av Senior alerts register innebär våldsprevention för alla riskområden där risker identifieras, åtgärdas och följs upp.

Enligt egenkontrollplan har egenkontroll genomförts på Hagens SÄBO. Inom Hälso- och sjukvård har följande områden granskats:

- årliga läkemedelsgenomgångar
- läkemedelshantering, läkemedelsdelegering samt dokumentation signeringslistor läkemedel
- övriga delegeringsbara hälso- och sjukvårdsuppgifter uppgifter
- kvalitetsregister som Palliativa registret, Senior Alert och BPSD
- skydd och begränsningsåtgärder

Egenkontrollen hagens SÄBO kan läsas i sin helhet, Dnr 110/2017.

5.1 Internkontroll

Internkontroll har skett på ett antal olika områden och i olika omfattning enligt den internkontrollplan som beslutats av socialnämnden. Under 2017 genomfördes internkontroll inom 1. Följsamheten till Basala hygienrutiner och klädregler samt 2. Arbetskläder för personal i verksamheten.

Resultat – följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler samt arbetskläder

Mätning under vår och höst visar ett resultat av följsamheten är över riksgenomsnitt inom samtliga mätområden.

Arbetskläder och tvätt av arbetskläder har upphandlats. I verksamheten finns för personal: omklädningsrum, klädsåp, arbetsordning för hur ren tvätt hanteras (omhändertas och plockas upp på avsedd plats för rena arbetskläder) samt för hur smutsig tvätt hanteras.

6. Samverkan

6.1 Samverkan kommuner, primärvård och slutenvård

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur Socialnämndens verksamhet för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i diverse samverkansdokument och överenskommelser.

Närvårdssamverkan (NVS) Södra Älvsborg omfattas av kommunal vård, omsorg, skola och socialtjänst i Bollebygd, Borås, Herrljunga, Mark, Svenljunga, Ulricehamn och Vårgårda. Regionens närsjukvård inom primärvård, sjukhusvård och rehabilitering i Södra Älvsborg.

Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg sker på politisk-, förvaltnings- och verksamhetsnivå. Målet med samverkan är att över huvudmannagränserna gemensamt ansvara för att säkerställa befolkningens behov av samordnade insatser.

Samverkan ska ske kring patienter och grupper i befolkningen som har behov av vård- och omsorgsinsatser från både kommun och region. Närvårdssamverkan ska möjliggöra utveckling av gemensamma handlingsplaner som resulterar i samordning av olika insatser som ges och berör personer från både kommun och region oavsett ålder och diagnos.

Målet med samverkan är att skapa smidiga övergångar för patienten i kontakten mellan sjukhus, primärvård och kommuner för de patienter som har stor behov av vård- och omsorg.

6.2 Samverkan Palliativa teamet Alingsås lasarett

Vård och omsorg i livets slutskede benämns palliativ vård. Det är en aktiv helhetsvård i ett skede när det saknas möjligheter att bota patienten. Målet är att ge bästa lindrande vård och behandling och förebygga plågsamma symtom så långt som det är möjligt. Palliativ vård ges utifrån den sjukes behov och önskemål oberoende av vem som är vårdgivare. Den palliativa vården indelas i olika faser. En tidig fas som är lång, en sen fas som är kort och kan omfatta dagar, veckor eller någon månad.

Palliativa teamet Alingsås lasarett utgår från Alingsås lasarett. Team arbetar i fyra kommuner: Alingsås, Lerum, Vårgårda och Herrljunga. Arbetet sker över gränserna mellan vårdgivarna, det vill säga mellan kommunen, primärvården och Alingsås lasarett.

6.3 Samverkan Närsjukvårdsteam Alingsås lasarett och Närsjukvårdsteam SÄS

Närsjukvårdsteam vänder sig till patienter med komplexa vård- och omsorgsbehov där vården kräver en samverkan över organisationsgränserna.

Närsjukvårdsteam Alingsås lasarett utgår från Medicinkliniken Alingsås lasarett. Teamet arbetar över gränserna mellan vårdgivarna, det vill säga mellan kommunen, primärvården och Alingsås lasarett. Herrljunga kommun ingår i Alingsås lasarets upptagningsområde.

Närsjukvårdsteamet SÄS samverkar över gränserna mellan kommun, primärvård och sjukhus och utgår från Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås. Herrljunga kommun har under 2017 ingått i teamets upptagningsområde.

6.4 Samverkan Mobil hemsjukvårdsläkare

Avtal finns mellan Herrljunga kommun och Närhälsan Herrljunga om Mobil hemsjukvårdsläkare (se punkt 6.6 Läkarmedverkan). Målgruppen för mobil hemsjukvårdsläkare är vuxna patienter som är inskrivna i kommunal hemsjukvård i eget boende, med omfattade vård- och omsorgsbehov av teambaserad vård i hemmet. Teamet består av en eller flera yrkesprofessioner i kommunal hemsjukvård samt läkare från vårdcentral. Teamet arbetar personcentrerat och proaktivt, det vill säga arbetar bland annat med riskbedömningar, vårdplaner, och läkemedelsgenomgångar för att förhindra undvikbara försämringar och komplikationer. Hemsjukvårdsläkaren ska vara patientens fasta vårdkontakt.

6.5 Samverkan Samordnad vård- och omsorgsplanering - SVPL

Vid samordnad vård – och omsorgsplanering överförs det medicinska ansvaret från en vårdgivare till en annan, vanligtvis i samband med in/utskrivning sjukhus. I Västra Götalandsregionen finns det organisation för samverkan kring dessa frågor på delregional nivå samt regional nivå.

Den delregionala arbetsgruppen (DRAG) i Södra Älvsborg har i uppdrag att ansvara för att samordnad vård- och omsorgsplanering hanteras i enhetligt och i överensstämmelse med regionala krav. Gruppen består av representanter från kommuner, primärvård och slutenvård.

Det finns gemensamt upprättade rutiner för samordnad vård- och omsorgsplanering av utskrivningsklara patienter mellan kommunerna och regionen. Rutinerna beskriver bl.a. krav på information till berörda enheter i samband med in/utskrivning slutenvården. Rutin för 2-parts vårdplanering mellan primärvård och kommun gällande in och utskrivning inom hemsjukvård. Som ett led i kvalitetssäkringen skickas avvikelserapport i Närvårdssamverkan då rutinerna inte följs.

Under 2017 har vård- och omsorgsplanering via videolänk mellan Herrljunga kommun, SÄS, Alingsås lasarett utvecklats och är en fungerande vårdplaneringsform. Även 2-parts vårdplanering mellan primärvård och kommun gällande in och utskrivning inom hemsjukvård via IT-stödet är nu en fungerande vårdplaneringsform.

Den delregionala arbetsgruppen (DRAG) heter från 2018-01-01 Uppdragsgrupp Samordnad vård- och omsorgsplanering (SVOP) och syftar till att stötta och utveckla vårdprocessen samordnad vård- och

omsorgsplanering. Uppdragsgruppen är en arbetsgrupp åt Styrgrupp Närvård samt den tillfälliga uppdragsgruppen gällande den nya lagen ”Samverkan vid utskrivning”, 2017:612 som gäller från 1 januari 2018.

Uppdragsgruppens SVOP prioriterade områden under 2018 är att:

1. öka följsamheten till regiongemensam rutin
2. medverka vid införandet av ny IT-tjänst för samordnad vård- och omsorgsplanering samt
3. följa följsamheten till de rutiner som skapats gällande den nya Samverkanlagen 2017:612

6.6 Samverkan Läkarmedverkan

Regionen ansvarar för läkarinsatserna i de verksamheter som ligger inom kommunens ansvarsområde. Avtalen reglerar samarbetsformer och gemensamma mål för samverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården. Samverkansavtal mellan Herrljunga kommun och primärvården Västra Götalands Regionen finns. Avtal finns mellan Herrljunga kommun och Närhälsan Herrljunga om läkarmedverkan i kommunens hälso- och sjukvård. Under året har avtal om Mobil hemsjukvårdsläkare arbetas fram vilken är en del av avtalet (se punkt 6.4 Mobil hemsjukvårdsläkare). Uppföljning av följsamheten till avtalet sker halvårsvis och när avtal påföljande år skrivs.

Analys och bedömning av läkarmedverkan 2017

Samverkansavtalet mellan Herrljunga kommun och Närhälsan Herrljunga har fungerat bra under 2017 och bägge parter är nöjda över följsamheten till avtalet. Avtal för 2018 har skrivits.

6.7 Intern samverkan för en god och säker vård

För resultat i det förebyggande arbetet krävs ökad samverkan mellan olika professioner och verksamheter inom kommunens vård och omsorg. Den vård och omsorg som planeras och som ska ges kräver planering tillsammans med patienten.

Teammöten har genomförts på SÄBO i olika utsträckning i de olika verksamheterna under året. Teamet, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kontaktperson går tillsammans igenom riskbedömningar enligt Senior Alert och BPSD och på sittande möte kommer fram till lämpliga åtgärder att förebygga ohälsa och vårdskador för patienten.

MiniTeam möten innebär att sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kontaktperson tillsammans träffar patienten i sin hemmamiljö. Teamet går tillsammans igenom riskbedömningar enligt Senior Alert och på sittande möte kommer fram till lämpliga åtgärder att förebygga ohälsa och vårdskador för patienten.

6.8 Samverkan med externa HVB samt LSS- hem

I kontrakt ingår hälso- och sjukvården som en punkt med tydlighet vad gäller hälso- och sjukvårdsansvar.

6.9 Samverkan med patienter och närstående

Genom följsamhet till SFS 2010:659 3 kap. 4 § sker samverkan mellan patient och dess närstående vid upprättande av omvårdnadsplan/rehabplan och genomförandeplan. Patienten och i förekommande fall närstående tillfrågas om deltagande. Vid problem sammankallas berörda för diskussion och lösning av problem. Vid deltagande i nationella studier tillfrågas patienten eller i förekommande fall närstående om samtycke.

Vid utredning av vårdskada ansvarar patientansvarig sjuksköterska/MAS för att informera patienten om detta. I samband med inskrivning i Hälso- och sjukvårdsorganisationen informeras alltid vart man vänder sig för att framföra klagomål och synpunkter.

6.10 Samverkan med medborgare i övrigt

Verksamheten ska ha ett öppet förhållningssätt genom att:

- ha lätt tillgänglig information via telefon, besök och kommunens hemsida
- medverka vid information till brukarorganisationer, pensionärsorganisationer etc.

7. Riskanalys

Att analysera risker är ett proaktivt arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder innan något har inträffat. Riskanalys är en obligatorisk del av det systematiska förbättringsarbetet som ska bedrivas enligt SOSFS 2011:9. Analyser ska göras för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter och beslut. Riskanalyserna innebär att sannolikheten för att en händelse ska inträffa uppskattas samt att en bedömning görs av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden.

7.1 Analys och bedömning av risker under 2017

Personalsituationen

Bedömning av risker under 2017 handlade om risker i personalsituationen dvs. svårighet att få tag i personal, att få tag i personal med rätt kompetens såväl för legitimerad personal som omvårdnadspersonal.

Bedömning av risker för sjuksköterskor:

- brist på grundutbildade sjuksköterskor och sjuksköterskor med distrikt, demens eller äldre specialistutbildning kan innebära att optimal vård uteblir
- vid brist på sjuksköterskor, dvs. då ersättare saknas av någon anledning finns risk för att optimal vård uteblir till behövande patienter
- svårigheter för sjuksköterskor att optimalt kunna utföra och följa upp delegeringar till omvårdnadspersonal

Bedömning av risker för omvårdnadspersonal:

- brist på tillgång av omvårdnadspersonal som har gymnasiekompetens inom vård- och omsorg
- vikarierande omvårdnadspersonal saknar ofta utbildning inom vård- och omsorg vilket innebär saknad av yrkesspråket vilket kan leda till svårighet att analysera och bedöma sitt eget arbete, att kunna medverka till insatser av god kvalitet samt svårigheter att bedöma situationer/händelser där annan kompetens än den egna behövs
- vikarierande omvårdnadspersonal kan sakna kunskap och förmåga att kommunicera med närstående, att kommunicera med olika personer ut olika yrkesgrupper, hur sättet att kommunicera anpassas till olika situationer, till olika individers förutsättningar och behov samt förmåga att förstå, läsa och skriva svenska
- svårighet för Rehabenheten att ordinera/delegera insatser då personal saknar utbildning. Konsekvens innebär att Rehabpersonal får utföra insatserna själva eller att insatsen uteblir.

Bedömning av personaladministrativa:

- mindre bra samordning och kontinuitet av vikarierande omvårdnadspersonal på enheterna
- mindre bra samordning och kontinuitet av vikarierande och ordinarie omvårdnadspersonal med delegeringar på enheterna

Utbildad personal är centralt för optimal patientsäkerhet. Samordning och kontinuitet för vikarierande personal ökar säkerheten i arbetet. Sannolikheten är stor att personalsituationen kan försämra patientsäkerheten med händelser som kan medföra risk för vårdskada eller vårdskada för patienten under ovan påtalade risker.

Analys och bedömning: Ovan beskrivna risker bedöms inte ha påverkat patientsäkerheten under 2017 efter analys av registrerade avvikelser.

8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

All personal som arbetar inom socialtjänst, verksamhet enligt LSS och Hälso- och sjukvård har en skyldighet att medverka till god kvalitet och att verksamhetens systematiskt utvecklas och säkras.

Skyldigheten att medverka till god kvalitet innebär att varje medarbetare ansvarar för att uppmärksamma och rapportera avvikelser i verksamhetens kvalitet samt lämna in förslag på förbättringar. I hantering av avvikelser ingår skyldigheten att rapportera händelser som medför vård skador eller risk för vård skador inom hälso- och sjukvården.

Vid avvikelse där en patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada (Lex Maria) utreder och rapporterar MAS avvikelsen till IVO.

9. Synpunkter och klagomål

Förvaltningen har en rutin för att hantera synpunkter och klagomål från både personal, patienter och närstående. Kvartalsvis träffas enhetschefer, MAS och SAS i ett kvalitetsmöte för att analysera bland annat synpunkter och klagomål, i syfte att uppmärksamma brister i verksamheten samt att föreslå åtgärder för att säkra verksamhetens kvalitet till exempel genom att förändra processer och rutiner. Bedömning görs om det finns grund för att genomföra riskanalys.

När patienter/brukare kommer i kontakt med verksamheten för första gången i samband med inskrivning informeras om möjligheten att framföra synpunkter och klagomål.

10. Sammanställning och analys

Kvartalsvis träffas enhetschefer, MAS och SAS i ett kvalitetsmöte för att analysera synpunkter, klagomål och avvikelser i syfte att uppmärksamma brister i verksamheten samt att föreslå åtgärder för att säkra verksamhetens kvalitet t.ex. genom att förändra processer och rutiner. Gruppen bedömer om det finns grund för att genomföra riskanalys.

Enhetschefer ansvarar för uppföljning och utvärdering av avvikelser på arbetsplatsträff. MAS sammanställer avvikelser inom hälso- och sjukvård halvårsvis och i årlig patientsäkerhetsrapport vilken redovisas för socialnämnden av verksamhetschef och MAS. På ledningsnivå diskuteras och åtgärdas trender och mönster som indikerar brister i kvalitén.

Inriktning 2018

- Att på ledningsnivå fortsätta att diskutera och åtgärda trender och mönster som indikerar brister i kvalitén
- Att möjlighet finns för enhetschefer att ta med omvårdnadspersonal till kvalitetsmöte med MAS och SAS (kvarstår från 2017)

11. Samverkan med patienter och närstående

Genom följsamhet till SFS 2010:659 3 kap. 4 § sker samverkan mellan patient och dess närstående vid upprättande av omvårdnadsplan och/eller genomförandeplan. Patient och i förekommande fall anhöriga/närstående tillfrågas om deltagande.

Patient och närstående kan också vara delaktiga vid begäran. Vid deltagande i nationella studier tillfrågas vårdtagaren eller i förekommande fall närstående om samtycke. Patient/närstående ska bli informerade vid utredning av vårdskador.

12. Resultat

12.1 Strukturmått

Tredje året med det nya verksamhetssystemet VIVA är avklarat. Att arbeta i ett nytt verksamhetssystem blev mycket mer krävande än tänkt och under 2017 har kunskapen och färdigheten om alla funktioner i verksamhetssystemet börjat kännas mer bekväma. Nya rutiner och tankesätt har krävts under resans gång vilket har krävt mycket av användarna i alla verksamheter. Rutiner har reviderats, nya arbetssätt har införts, allt efter det att behov uppstått. Justeringar och ändringar har utförts på inställningarna i verksamhetssystemet vilket fortfarande pågår men dock i mindre omfattning. Arbetet med att använda verksamhetssystemet går framåt.

Överenskommelser har reviderats med Folktandvården Herrljunga och Apoteket Stjärnan Herrljunga för att förenkla och underlätta samarbetet.

All baspersonal har haft utbildning/genomgång av dokumentation i verksamhetssystemet VIVA.

Nya riktlinjer och rutiner har tillkommit under året samt att riktlinjer och rutiner har uppdaterats/reviderats under året.

Rehabenheten har utbildat personal inom verksamheten äldreomsorg och LSS samt utbildat sommarvikarier i förflyttningsteknik.

Rehabenheten har utbildats i hemrehabilitering, rehabiliteringsplan, hjälpmedel uppföljning under året.

Fysioterapeuter har deltagit i utbildningar:

Under året har Rehabenheten höjt kompetensen genom att använda surfplatta i verksamhet som att ta bilder, visa instruktionsfilmer m.m. samt för kommunikation och kognitiv träning.

Legitimerad personal har haft strokeutbildning

Andra utbildningar som har genomförts ute i verksamheterna eller en del av verksamheterna är:

- baspersonal har haft inkontinensutbildningar
- baspersonal har utbildats till hygienombud av Vårdhygien SÄS
- baspersonal har haft utbildning i munhälsa av Folktandvården Herrljunga
- baspersonal och sjuksköterskor har genomfört/genomför webbutbildning ”Allmän palliativ vård”
- baspersonal och sjuksköterskor har utbildats till administratör BPSD
- sjuksköterskor har utbildats till hygiensjuksköterska med särskilt hygienansvar av Vårdhygien SÄS

12.2 Resultat och processmått

12.2.1 Förebyggande arbete - Senior alert

Vårdprevention och utfall för Herrljunga kommun och alla enheter för hela 2017:

	Unika personer	Vårdprevention			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Herrljunga kommun	143	93%  195 av 209	79%  154 av 195	86%  168 av 195	52%  73 av 140
Björkhagen	12	100%  21 av 21	100%  21 av 21	100%  21 av 21	17%  2 av 12
Ekhagen	9	92%  12 av 13	92%  11 av 12	100%  12 av 12	50%  4 av 8
Enehagen	12	100%  18 av 18	83%  15 av 18	100%  18 av 18	28%  5 av 18
Furuhagen korttidsenhet	5	100%  6 av 6	100%  6 av 6	100%  6 av 6	43%  3 av 7
Hemgården Äldreboende	33	92%  48 av 52	73%  35 av 48	100%  48 av 48	76%  25 av 33
Hemgårdens demensboende	27	92%  35 av 38	80%  28 av 35	69%  24 av 35	73%  22 av 30
Herrljunga Hemvård	28	89%  32 av 36	78%  25 av 32	81%  26 av 32	27%  6 av 22
Herrljunga Ljung hemvård	17	89%  16 av 18	50%  8 av 16	44%  7 av 16	67%  4 av 6
Ringvägen Gruppboende	4	100%  7 av 7	71%  5 av 7	86%  6 av 7	50%  2 av 4
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %

Förklaring

Unika personer: Antal unika personer som har fått minst en riskbedömning.

Alla summor baseras på urvalsperioden

-  Minskning jämfört föregående period
-  Ökning jämfört föregående period
-  Ingen skillnad jämfört föregående period

Riskbedömningar med risk

Täljare: Antal riskbedömningar med risk
Nämnare: Antal riskbedömningar

Bakomliggande orsaker vid risk

Täljare: Antal med minst en angiven bakomliggande orsak per riskområde med risk
Nämnare: Antal riskbedömningar med risk.

Åtgärdsplan vid risk

Täljare: Minst en angiven åtgärd per riskområde med risk.
Nämnare: Antal riskbedömningar med risk

Utförda åtgärder vid risk

Täljare: Antal uppföljningar med minst en utförd åtgärd per riskområde med risk.
Nämnare: Antal riskbedömningar (som hör till samma process som uppföljningen ovan oavsett urvalsperioden) med risk för minst ett riskområde.

Vårdprevention genom riskbedömningar Senior alert:

Riskbedömningar Senior alert	2016	2017
Antal gjorda riskbedömningar	206	209
Antal gjorda riskbedömningar med risk	191	195

Källa: Senior Alert 2014 - 2017

Vårdprevention genom åtgärdsplaner/utförda åtgärder vid risk Senior alert:

	2016	2017
Åtgärdsplaner vid risk	64 %	86 %
Utförda åtgärder vid risk	55 %	52 %

Källa: Senior Alert 2014 - 2017

12.2.2 Svensk register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)

Under 2017 registrerades 42 stycken BPSD skattningar med åtgärder. Under 2016 registrerades 81 stycken BPSD skattningar med åtgärder.

12.2.3 Undvikbar slutenvård per diagnosgrupp

Begreppet undvikbar slutenvård avser slutenvårdstillfällen inom ett antal specifika diagnoser, vilka anses möjliga att förebygga om åtgärder vidtas i ett tidigt skede. Diagnosgrupperna ska i första hand kunna skötas av primärvården utan behov av slutenvården. Resultatet för 2017 är samma som för 2016 vilket är färre än 10 poster.

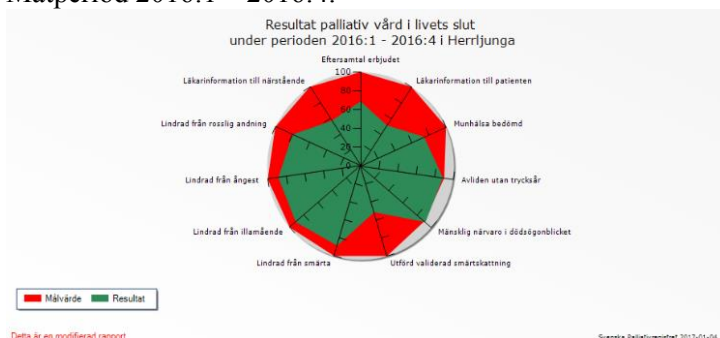
12.2.4 Munhälsa

Under 2017 har 79 personal deltagit i munhälsoutbildningar genomförda av Folk tandvården Herrljunga. År 2016 deltog 66 personal.

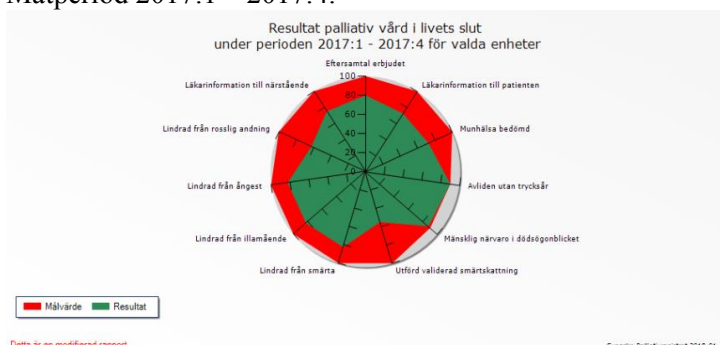
12.2.5 Palliativa registret

Kommunens samtliga enheter i vård och omsorg registrerar i palliativa registret för palliativ vård i livets slut.

Mätperiod 2016:1 – 2016:4:



Mätperiod 2017:1 – 2017:4:



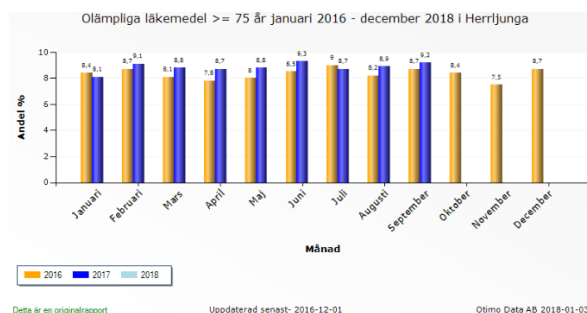
Mätperiod 2017:1 – 2017:4. Finns det inget rött i spindeldiagrammet har samtliga 11 kvalitetsindikatorers målvärden nåtts. Från föregående mätperiod har förbättring skett i 5 och försämring i 5 av 11 kvalitetsindikatorer. Fortsatt fokus under 2018 är nödvändig inom alla kvalitetsindikatorer där ”röda områden” finns i spindeldiagrammet ovan.

12.2.6 Läkemedel

Receptbelagda läkemedel som förskrivs och också hämtas ut på apotek rapporteras fortlöpande till Läkemedelsregistret på Socialstyrelsen. Den 15:e varje månad görs det datauttag som ligger till grund för dessa rapporter. För att tillräckligt många expedieringar skall ha hunnit rapporteras in så omfattar t ex datauttaget den 15 mars läkemedelsuttag mellan den 1 november och 1 februari. Därefter tar själva analysen några dagar vilket gör att tidigast den 20:e kan resultatet publiceras. Analysen innebär att varje förskrivning värderas huruvida det handlar om en stående ordination eller en vid behovsordination. Därefter plockas de individer fram som hämtat ut s.k. olämpliga läkemedel för personer som är 75 år eller äldre. Kvoten mellan individer som har under den aktuella perioden hämtat ut ett eller flera olämpliga läkemedel och alla individer i samma åldersgrupp som hämtat ut läkemedel beräknas.

[Länk till Kvalitetsportalen](#)

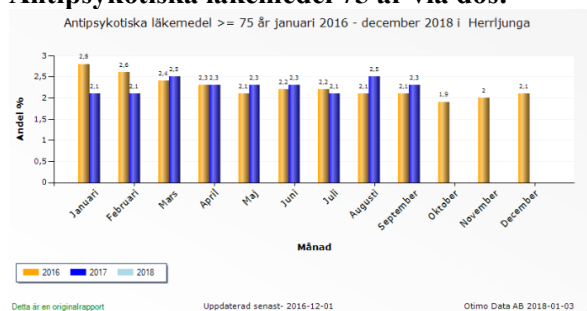
Olämpliga läkemedel 75 år.



Detta är en originalrapport Uppdaterad senast: 2016-12-01 Otimo Data AB 2018-01-03

Exempel på de vanligaste läkemedlen (substanser) som generellt bedöms som olämpliga för personer 75 år eller äldre är Tramadol, Propiomazin, Hydroxicin, Amitryptilin, Diazepam, Tolterodin, Solifenacin, Flunitrazepam och Nitrazepam. Aktuell månad jämförs med samma månad föregående år.

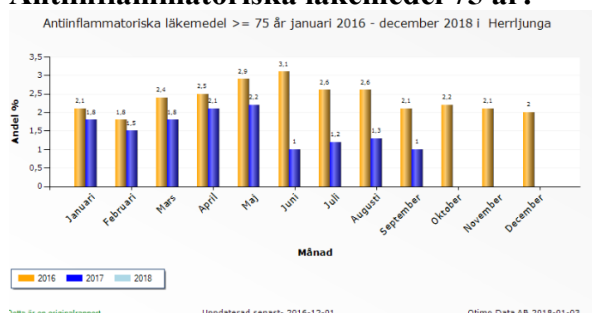
Antipsykotiska läkemedel 75 år via dos:



Detta är en originalrapport Uppdaterad senast: 2016-12-01 Otimo Data AB 2018-01-03

Exempel på de vanligaste läkemedlen (substanser) som tillhör gruppen antipsykotiska är Risperidon, Haloperidol, Olanzapin, Quetiapin, Levomepromacin, Flupentixol, Zyklopentixol, Melperon, Aripiprazol och Klorazepin

Antiinflammatoriska läkemedel 75 år:



Detta är en originalrapport Uppdaterad senast: 2016-12-01 Otimo Data AB 2018-01-03

Resultat från de tre läkemedelsdiagrammen visar på ökad förskrivning av olämpliga läkemedel och antipsykotiska läkemedel i Herrljunga kommun under 2017. I siffrorna ingår även personer som inte är inskrivna i Herrljunga hemsjukvård.

I kommunens avtal med Närhälsan i Herrljunga är läkemedel ett prioriterat område med läkemedelsgenomgång. Målet är bättre läkemedelshantering för äldre enligt "LÄR UT" metoden.

12.2.7 Hygien

Mätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler har genomförts inom kommunens äldreomsorg och LSS med två mätningar under 2017. Herrljunga kommun deltog för fjärde året i rad i den nationella punktprevalensmätningen (PPM) som genomförs årligen varje vår av SKL sedan år 2010.

Nedan visas Herrljunga kommuns resultat för mätningar genomförda under vår och höst för åren 2016 och 2017 samt resultat nationellt (Riket) för våren 2017. Röda siffror visar där Herrljunga kommun har lägre procenttal än genomsnitt i Riket från mätning våren 2017.

Område steg 1-8	2016 vår % korrekt	2016 höst % korrekt	2017 vår % korrekt	2017 höst % korrekt	2017 vår Riket % korrekt
1 Andel desinfektion före patientnära arbete	75 %	68,9 %	72,4%	75 %	65 %
2 Andel desinfektion efter patientnära arbete	100 %	97,7 %	99 %	97,2 %	91,5 %
3 Andel med korrekt användning av handskar	100 %	98,5 %	99 %	100 %	94,5 %
4 Andel använt plastförkläde patientnära arbete	100 %	89,6 %	88,8 %	88,8 %	83,1 %
Andel med korrekta basala hygienrutiner steg 1-4	75 %	68,1 %	66,3 %	72 %	56,2 %
5 Andel korrekt arbetsdräkt	100 %	94 %	100 %	97,2 %	90,4 %
6 Andel med kort eller uppsatt hår	100 %	100 %	99 %	98,6 %	97,4 %
7 Andel fria från ringar, klockor armband, bandage och stödskenor	82 %	95,5 %	95,9 %	95,8 %	91,4 %
8 Andel naglar – korta, fria från nagellack och konstgjort material	81 %	97 %	98 %	97,2 %	94,1 %
Andel med korrekta klädregler steg 5-8	75 %	90,4 %	93,9 %	96,8 %	80 %
Andel med korrekta basala hygienrutiner och klädregler steg 1-8	50 %	67,4 %	66,3 %	72 %	48,2 %

Länk till: [SKL och resultat från mätning Basala hygienrutiner och klädregler våren 2017 för kommuner](#)

12.2.8 Svenska HALT

Svenska HALT är återkommande mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet inom området. Herrljunga har deltagit i mätningar sedan 2015.

Resultat för 2017 visar att antalet vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO är 2 patienter (2 %) samt att 3 patienter (3 %) hade profylaktisk antibiotikabehandling vid mättillfället. Resultat mätning 2015 och 2016 visar för Herrljungas del att inga bekräftade vårdrelaterade infektioner

fanns som har förvärvats på Särskilt boende/LSS boende samt inga terapeutiska eller profylaktiska antibiotikabehandlingar förekom.

För alla patienter som ingår i HALT-mätningen samlas även information in om riskfaktorer. Nedan redovisas mätning av riskfaktorer för vårdrelaterade infektioner under 2015 till 2017 samt jämförelsetal med riket för 2017.

Riskfaktor	2015 Herrljunga n=73	2016 Herrljunga n=89	2017 Herrljunga n=81	2017 Riket n=24847
Urinkateter	1,4 %	5,6 %	7,4 %	9,2 %
Kärlkatater	0 %	0 %	0 %	0,3 %
Trycksår	4,1 %	3,4 %	1,2 %	4,3 %
Andra sår	4,1 %	2,2 %	3,7 %	9,1 %
Kirurgiskt ingrepp de senaste 30 dagarna	2,7 %	4,5 %	2,5 %	2,1 %

För alla patienter som ingår i HALT-mätningen samlas även information in avseende vårdtyngdsindikatorer. Nedan redovisas fördelning av vårdtyngdsindikatorer i kommunen under 2015 och 2017 samt jämförelsetal med riket 2017:

Vårdtyngdsindikator	2015 Herrljunga n=73	2016 Herrljunga n=89	2017 Herrljunga n=81	2017 Riket n=24847
Desorienterad (i tid och rum)	71,2 %	58,4 %	69,1 %	63,6 %
Inkontinenet	71,2 %	76,4 %	69,1 %	60,9 %
Sängliggande/rullstolsbunden	49,3 %	48,3 %	48,1 %	39,9 %

12.2.9 Öppna jämförelser

Syftet med öppna jämförelser är att stimulera landsting och kommuner att analysera sin verksamhet, lära av varandra, förbättra kvaliteten och effektivisera verksamheten. Där finns möjlighet att jämföra information om kvalitet, resultat och kostnader inom vissa verksamhetsområden. Herrljunga kommun lämnar regelbundet uppgifter till registret.

Länk till: [Öppna Jämförelser, Äldre om Särskilt boende 2017](#)

Observera att det är brukare som svarat mycket lätt eller ganska lätt som redovisas.	2016 Herrljunga	2017 Herrljunga	2017 Riket
Hur svårt eller lätt är det att få träffa sjuksköterska vid behov?	77 %	85 %	76 %
Hur lätt eller svårt är det att få träffa läkare vid behov?	57 %	70 %	57 %
Hur lätt eller svårt är det att få kontakt med personalen på ditt äldreboende vid behov?	79 %	83 %	84 %

Källa: Öppna Jämförelser, Äldre om SÄBO 2017

12.2.10 Rehabilitering

Rehabenheten utprovar hjälpmedel individuellt, ansvarar för rehab insatser på särskilt boende, korttidsboende, ordinärt boende, LSS daglig verksamhet och LSS-boende. Rehabenheten deltar i vårdplaneringar, teammöten och utbildar omvårdnadspersonal och nyanställda/vikarier i förflytningsteknik.

12.2.11 Nationell patientöversikt (NPÖ)

Herrljunga kommun är ansluten till Nationell Patient Översikt (NPÖ) vilket gör det möjligt för legitimerad personal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra vårdgivare.

Användare/nya användare: Användare (legitimerad personal) individer som varit inne i NPÖ dvs. tagit del av patientens journal hos andra vårdgivare. Ny användare (legitimerad personal) som under året är nya med att använda sig av NPÖ.

Patienter: Patienter som användare/nya användare sökt information på med hjälp av NPÖ.

Sökningar: Antal sökningar som användare/ny användare sökt information på med hjälp av NPÖ. Denna siffra är högre än antal patienter eftersom användare/ny användare kan ha sökt information på patient vid flera tillfällen.

Användning av NPÖ under 2015 – 2017:

NPÖ	Användare/nya användare	Patienter
2016	19/19	83
2017	33/17	169

Antal sökningar, patienter och användare/ny användare per månad under 2017:

Månad 2017	jan	febr	mars	april	maj	juni	juli	aug	sept	okt	nov	dec
Antal sökningar	126	100	128	114	118	144	82	156	152	90	62	60
Patienter	31	24	31	29	26	34	22	35	35	24	26	17
Användare/ Ny använd.	11	12	16	14	15	12	12	14	14	13	12	7

12.2.12 Avvikelse Fall

Avvikelse fall registreras i avvikelssystemet i VIVA enligt rutin. Flera personer faller upprepade gånger och registreras varje gång. Sjuksköterskan analyserar, bedömer och vidtar vid behov akuta åtgärder.

Användning av Senior Alerts register innebär att patientsäkerhetsrisker med fall identifieras, åtgärdas och följs upp på Teammöten.

Antal registrerade fall 2012 – 2017:

År	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Antal registrerade fall	548	499	495	685	528	690

- Antal registrerade fall har under året ökat med 162 fall (30,7 %) jämfört med 2016.
- Under året har 17 patienter registrerats för 10 - 49 fall (totalt 247 fall). Under 2016 registrerades 8 (åtta) patienter för 10 - 30 fall (totalt 139 fall). Under 2015 var motsvarande siffror att 10 patienter registrerats för 10 – 36 fall (totalt 334 fall).
- Antal patienter som registrerats för fall under året var 168 stycken jämfört med 167 stycken under 2016. Det innebär att patient faller mer än en gång. Antal fall delat med antal patienter som faller visar det att patient faller i snitt 4.1 gång under 2017. Motsvarande siffra för 2015 var 4.63 gånger och för 2016 3.16 gånger.
- Aktivitet vid fall/fallhändelsen under året: förflyttning in/utomhus 47 %, låg/satt i säng 20 %, toalettbesök 17 % och resterande % övriga aktiviteter. Motsvarande siffra för 2016 var: förflyttning in/utomhus 39 %, toalettbesök 23 %, låg/satt i säng 19 % och resterande % övrigt.
- Tänkbara orsaker till fallet/fallhändelsen under året: tappade balansen 61 %, förvirring 13 %, glömt gånghjälpmedel 12 %, snubblade 11 % och resterande % övriga orsaker. Motsvarande siffra för 2016 var: tappade balansen 57 %, förvirring 12 %, snubblade 12 %, glömt gånghjälpmedel 8 % och resterande % övrigt.
- Plats för fall/fallhändelsen: sovrum 50 %, kök/matsal 17 %, toalett 13 %, korridor/hall 11 % och resterande % övriga platser. Motsvarande siffra för 2016 var: sovrum 46 %, toalett 15 %, kök/matsal 15 %, korridor/hall 11 % och resterande % övrigt.

Nedan visas tabell med antal registrerade fall 2015 - 2017, områdesvis med dess enheter.

Område	Enhet	2015	2016	2017
Hagen	Enehagen	61	33	85
	Björkhagen	22	31	38
	Ekhagen	23	17	20
Korttidsboende	Furuhagen	25	46	33
Hemgården	A1	24	30	23
	A2	26	27	41
	C1	32	8	25
	C2	6	15	17
	D1	45	4	10
	D2	26	9	17
Herrljunga	Hemsjukvård tätort	106	71	107
	Hemsjukvård landsbygd	116	96	76
Ljung	Hemsjukvård Ljung	162	125	176
LSS	Hemsjukvård LSS	9	11	16
Psykiatri	Hemsjukvård psykiatri	1	4	4
Dagträffen		1	1	1
Boendestöd		-	-	1
SUMMA		685	528	690

I tabell nedan redovisas frakturer och sårskada för år 2015, 2016 och 2017.

SKADOR	2015	2016	2017
Fraktur	19 (2,8 %)	10 (1,9 %)	12 (1,7 %)
Sårskada	67 (9,8 %)	60 (11,4 %)	67 (9,7 %)

- Konsekvens av fallen är vanligtvis ingen skada. Under 2017 var konsekvensen av fallolyckan fraktur vilket drabbade 12 patienter jämfört med 2016 då 10 patienter drabbades.
- Frakturer: Bäcken/lår 6 st., knä/underben 1 st., hand/handled 3 st. och axel/överarm 2 st.

Åtgärder vidtogs av omvårdnadspersonal direkt vid fall/fallhändelsen. Förutom omedelbar omhändertagande kontaktas sjuksköterska i 51 % av fallen (349 av 690 fall).

Tidsperiod	2015	2016	2017
Kontakt med SSK	26 %	40 %	51 %

12.2.13 Avvikelser läkemedel

Avvikelser läkemedel registreras i avvikelsemodul i journalsystemet VIVA. Sjuksköterska analyserar, bedömer och registrerar inkomna avvikelser gällande läkemedel och vidtar åtgärder som oftast är samtal med personal samt att enhetschef återkopplar till enhetens personal vid APT. I de fall avvikelser handlar om fel av apoteket i exempelvis Apodos påse skickas avvikelse till apotekstjänst AB. I de fall avvikelse handlar om fel från sjuksköterska exempelvis fel delad dosett följs avvikelserna upp av enhetschef legitimerad personal.

Antal registrerade läkemedelsavvikelser har under 2017 ökat med 80 stycken (18,6, %) jämfört med 2016.

Antal registrerade läkemedelsavvikelser år 2013-2017:

År	2013	2014	2015	2016	2017
Antal registrerade avvikelser läkemedel	365	324	548	430	510

Nedan visas tabell med antal registrerade avvikelser läkemedel år 2015 till 2017, områdesvis med dess enheter:

	Enhet	2015	2016	2017
Hagen	Enehagen	6	7	9
	Björkhagen	13	11	15
	Ekshagen	7	9	17
Korttidsboende	Furuhagen	28	29	20
Hemgården	A1	19	24	32
	A2	25	17	17
	C1	9	12	20
	C2	9	15	32
	D1	13	8	15
	D2	21	19	23
Herrljunga hemsjukvård	tätort	105	64	55
Herrljunga hemsjukvård	landsbygd	83	58	57
Ljung hemsjukvård		140	120	167
LSS		2	12	14
Psykiatri		19	21	15
Personlig assistans		0	2	1
Boendestöd		0	2	1
SUMMA		500	430	510

Avglömd dos är den största orsaker till varför patienten inte får sin ordinerade läkemedelsbehandling vid ordinerad/utsatt tid. Nedan visas avglömd dos som orsak till läkemedelsavvikelse för år 2015 till 2017:

	2015	2016	2017
	Avglömd dos	Avglömd dos	Avglömd dos
Hagen	17	14	26
Korttidsboende	19	14	6
Hemgården	59	66	91
Herrljunga tätort	71	36	34
Herrljunga landsbygd	40	33	36
Ljung	82	74	94
LSS	2	7	6
Psykiatri	14	11	8
Personlig assistans	0	1	1
Boendestöd	0	1	1
SUMMA = % glömd dos	304/500 = 61 %	257/430 = 60 %	303/510 = 59,4 %

Nedan redovisas övriga rapporterade orsaker till läkemedelsavvikelse som: signerad – ej given dos, fel iordningsställd dos av sjuksköterska, icke ordinerad dos given, och fel iordningsställt av dosleverantör:

Tidsperiod	2015	2016	2017
Signerad - ej given dos	19/500 = 4 %	26/430 = 6 %	33/510 = 6,5 %
Fel iordningsställd dos av SSK	24/500 = 5 %	17/430 = 4 %	21/510 = 4,1 %
Icke ordinerad dos given	19/500 = 4 %	12/430 = 3 %	28/510 = 5,5 %
Fel iordningsställt av dosleverantör	7/500 = 1,4 %	3/430 = > 0.01 %	6/510 = 1,2 %

Nedan redovisas avvikelser för olika läkemedel som smärtstillande, blodförtunnande läkemedel och insulin:

Typ av läkemedel	2015	2016	2017
Smärtdstillande	105/500 = 21 %	61/430 = 14 %	68/510 = 13,3 %
Blodförtunnande	45/500 = 9 %	30/430 = 7 %	38/510 = 7,5 %
Insulin	31/500 = 6 %	23/430 = 5 %	20/510 = 4,9 %

12.2.14 Avvikelser övriga Hälso- och sjukvårdsavvikelser (ej fall, läkemedel eller vårdssamverkan)

Övriga avvikelser Hälso- och sjukvård avser någon form av avvikelse som avser beställd insats Hälso- och sjukvård, medicintekniska produkter eller intern informationshantering visas för 2015 och 2016:

Tidsperiod	2015	2016	2017
Hälso- och sjukvård	50	167	262
Medicintekniska produkter	13	7	2
Informationshantering internt	9	17	24
Summa:	72	191	288

Hälso- och sjukvård (ej medicin teknisk produkt eller informationshantering internt)

Under 2017 var 224 st. av 262 st. avvikelser registrerade där beställd insats av träning inte registrerats som utförd på signeringslista dvs. 85,5 % utav registrerade avvikelser HSL. Motsvarande under 2016 var 130 st. av 167 st. registrerade avvikelser dvs. 77,8 %. Slumpvis utvalda avvikelser, 20 st. under andra halvåret 2017 visar att varje avvikelse innehöll i snitt 16 st. träningstillfällen per månad som saknade signering på signeringslista.

Tabell nedan visar avvikelser utebliven träningsansats per enhet för 1:a och 2:a halvåret 2017 samt hela 2017.

Enhet	2017 1/1-30/6	2017 1/7-31/12	2017
Ljung hemtjänst	75/111 = 68 %	68/113 = 60 %	143/224 = 64 %
Hemgården	18/111 = 16 %	13/113 = 12 %	31/224 = 14 %
Herrljunga tätort	12/111 = 11 %	12/113 = 11 %	24/224 = 11 %
Herrljunga landsbygd	4/111 = 4 %	13/113 = 12 %	17/224 = 8 %
Korttidsavdelning	2/111 = 2 %	6/113 = 5 %	8/224 = 4 %
LSS	-	1/113 = 1 %	1/224 = 0,4 %

Signeringslista hos patient att signera utförd beställd insats är bristfälligt/oklart ifyllda eller saknas. Osäkerhet uppstår om beställd insats är utförd eller inte. Brister i signering på signeringslista kan bero på flera olika saker som tidsbrist för personal och/eller att personal har glömt signera utförd träning eller utfört träning men inte signerat. Det innebär stor risk för försämrade/utebliven funktion för patient.

Medicinsk teknisk produkt

Under 2017 har en (1) avvikelser medicin tekniska produkter registrerats.

Informationshantering internt

Avvikelser rörande informationshantering internt har rapporterats i 24 st. avvikelser under 2017. Det handlar om brister i intern kommunikation/information/dokumentation av patient samt brister angående signeringslistor.

12.2.15 Synpunkter och Klagomål

Inga synpunkter och klagomål har inkommit under 2017 av Hälso- och sjukvårdskaraktär

12.2.16 Delegering

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer. Delegeringarna bör inte vara fler än det finns möjlighet för den legitimerade att regelbundet följa upp. Varje enhet ska enligt § 2d HSL (1972:763) vara bemannad med formellt kompetent personal i erforderlig omfattning. Delegeringsmöjligheter ska användas i undantagsfall.

År	2016	2017
Antal personal som delegerats arbetsuppgift av sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut	420	407
Ansvarig delegering - sjuksköterska	388	390
Ansvarig delegering – arbetsterapeut/fysioterapeut	32	17

Tabell: Antal delegerade personal samt antal delegeringar

En personal kan delegerats flera olika arbetsuppgifter i samma delegeringsbeslut samt att en personal kan ha delegerade arbetsuppgifter både av sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut.

13.2.17 Lex Maria

Under 2017 har en (1) händelser inträffat vilka lett till anmälan Lex Maria.

12.2.18 Medicinteknisk avvikelse

Under 2017 har inga anmälningar gjorts till Läkemedelsverket, tillverkaren samt till IVO som information angående medicinteknisk avvikelse.

12.2.19 Avvikelser Närvårdssamverkan Södra Älvsborg

Närvårdssamverkan Södra Älvsborg i vilket Herrljunga kommun ingår i en samverkansgrupp tillsammans med övriga kommuner i Södra Älvsborg, primärvård och sjukhusen SÄS. Som ett led i kvalitetssäkringen skickas avvikelserapport i Närvårdssamverkan då gemensamma rutiner inte följs. Alingsås lasarett arbetar med kvalitetssäkring på liknande sätt som Närvårdssamverkan Södra Älvsborg. Orsak till avvikelser är överhängande brister i informationsöverföring vid SVPL och brister/felaktiga skrivna läkemedel på läkemedelslistor.

Vårdgivare	2014	2015	2016	2017
Närhälsan	0	0	2	1
Alingsås lasarett	13	7	4	16
Södra Älvsborgs Sjukhus Borås	6	5	6	12
Sahlgrenska Universitets Sjukhus	2	0	1	2

Tabell: Antal avvikelser till annan vårdgivare från Herrljunga kommun

Herrljunga kommun har erhållit tre (3) avvikelser i Närvårdssamverkan från Alingsås lasarett där vi brustit.

Från Enhet Tandvård, Västra Götalandsregionen, uppsökande folktandvården har rapport erhållits om patienten som tackar nej till munhälsobedömning trots att patienten står som ja tack i registret samt om personer vilka är registrerade på fel boende/område i kommun

13. Sammanfattning inriktning 2018

Område och inriktning under 2018	Ansvarig	Följs upp
4.1 Senior alert - Att utveckla arbetssättet teammöten inom SÄBO och LSS samt arbetssättet med MiniTeam inom Hemsjukvård i ordinärt boende (kvarstår från 2016, 2017) - Att utbilda all omvårdnadspersonal i ROAG – riskbedömning av munhälsa (kvarstår från 2017) - Att fortsätta implementera Senior Alerts femte område; blåsdysfunktion inom SÄBO/LSS (ny 2018)	EC	PSB 2018
4.2 Svenska Palliativ registret - Att sjuksköterskor ökar antal åtgärder/bedömningar/skattningar i palliativ vård samt dokumentera i journal (kvarstår från 2017) - Att personal fortsätter att genomföra webutbildning ”Allmän palliativ vård” (kvarstår från 2017) - Att efter genomförd webbutbildningen ha möten professioner emellan för diskussion kring hur allmän palliativ vård ska implementeras inom egen verksamhet för att nå optimalt resultat för patient och närstående (ny 2018)	EC	PSB 2018
4.3 Svensk register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) Att öka antal registreringar i BPSD-registret (kvarstår från 2016, 2017)	EC	PSB 2018
4.4 Nutrition - Att fortsätta arbetet med att ofrivillig nattfasta inte är längre än 11 timmar (kvarstår från 2016, 2017) - Att kartlägga hur lång nattfastan är för brukare inom kommunens SÄBO enheter (ny 2018)	EC	PSB 2018
4.5 Avvikelsehantering - Att MAS, SAS och enhetschefer har fortsatt gemensam uppföljning av avvikelser (kvarstår från 2016, 2017) - Att enhetschef analyserar och diskuterar därefter tillsammans med sin personal fram lämpliga åtgärder på arbetsplatsträffar. Syftet med detta är att säkra verksamhetens kvalitet t.ex. genom att ständigt förbättra processer och rutiner (kvarstår från 2016, 2017)	EC och MAS	PSB 2018
4.7 Läkemedelshantering - Att patienter på SÄBO, kortidsenhet erhåller läkemedelsgenomgångar enligt konceptet ”LÄR UT” vid inflyttning samt därefter minst en gång per år och/eller om behov uppstår (kvarstår från 2017) - Att patienter inskrivna i hemsjukvård ordinärt boende erhåller läkemedelsgenomgångar enligt konceptet ”LÄR UT” vid inskrivning samt därefter då behov uppstår (kvarstår från 2017) - Att sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård genomgår ”LÄR UT” utbildning om äldre och läkemedel (kvarstår från 2017)	EC och MAS	PSB 2018

4.8 Dokumentation • Att fortsätta arbetet med samstämmighet i dokumentation internt med kodning av International Klassificering Funktion (ICF) och Klassificering av Vård Åtgärder (KVÅ) (kvarstår från 2017) • Att genomföra granskning av legitimerad personals dokumentation av patientjournal inom kommunens hälso- och sjukvård med fokus på omvårdnadsplaner, anamnes och statusuppdatering (ny 2018)	MAS	PSB 2018
4.9 Nationell patient översikt (NPÖ) • Att öka användandet av NPÖ för att säkerställa patientens vård vid vårdens övergångar mellan vårdgivare (kvarstår 2016, 2017)	EC	PSB 2018
4.10 Munhälsa • Att omvårdnadspersonal inom kommunens samtliga enheter fortsätter att delta i Folktandvården Herrljungas munhälsoutbildning som erbjuds (kvarstår från 2016, 2017) • Att utbilda all omvårdnadspersonal i ROAG – riskbedömning av munhälsa enligt senior alert (se 4.1 kvarstår från 2017)	EC	PSB 2018
4.12 Rehabilitering Rehab enheten • Att genomföra regelbunden förflyttningsutbildning för anställd personal, nyanställda personal samt för vikarier genom fastställd utbildningsplan (ny från 2018) • Att instruera personal i manuella förflyttningar, personlyft och lyftsele (kvarstår från 2016, 2017) • Att utveckla hjälpmedelsplan i VIVA (kvarstår från 2017)	EC	PSB 2018
4.13 Hygien • Att delta i SKL:s nationella årliga mätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler • Att genomföra årliga egen mätningar av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler • Att delta i Folkhälsomyndighetens årliga mätning HALT av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende	MAS	PSB 2018
4.14 Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift • Att fortsätta revidera/utveckla delegerings/utbildningsmaterial inom delegerande områden • Att fortsätta utveckla/säkerställa rutin delegering läkemedel genom webbutbildning ”Jobba säkert med läkemedel” och läkemedel ”Ge insulin” samt den praktiska utbildningen med sjuksköterska	MAS	PSB 2018
6.10 Samverkan med medborgare i övrigt Att ha lätt tillgänglig information via telefon, besök och kommunens hemsida Att medverka vid information till brukarorganisationer, pensionärsorganisationer etc.	MAS	PSB 2018
10. Sammanställning och analys Att på ledningsnivå fortsätta att diskutera och åtgärda trender och mönster som indikerar brister i kvalitén Att möjligheten finns för enhetschefer att ta med omvårdnadspersonal till kvalitetsmöte med MAS och SAS (kvarstår från 2017)	MAS	PSB 2018



Revidering av plan avveckling HVB

Sammanfattning

Då allt färre personer söker asyl i Sverige måste antalet boendeplatser anpassas till de nya förhållandena. Enligt Migrationsverkets prognoser kommer utvecklingen med allt färre asylsökande att hålla i sig över tid. Ensamkommande barn har dock generellt sätt mer varierade rörelsemönster som bidrar till en osäkerhet i Migrationsverkets bedömningar.

Socialnämnden prognostiserar att Herrljunga kommer ha 14 ungdomar i augusti 2018. Dessa kommer varar i behov av en boendeform som kan tillgodoses med stödboende i form av träningslägenheter. För att tillgodose behovet behöver nämnden ytterligare 7 boendeplatser jämfört med idag. Då bedömningen görs att det är stödboende som behövs och inte HVB så föreslår förvaltningen att kommunens HVB avvecklas och att stödboende i form av träningslägenheter införskaffas.

Beslutsunderlag

Socialnämnden §45/2017-05-02

Riktlinje Placering av ensamkommande som fyller 18 år eller om Migrationsverket skriver upp åldern

Förslag till beslut

Påbörja avveckling av Sveagatans HVB för att helt stängas augusti 2018 och enbart bedriva stödboende i form av träningslägenheter för målgruppen.

Jennie Turunen

Verksamhetschef socialt stöd

Expedieras till:

För kännedom till:



Bakgrund

Då allt färre personer söker asyl i Sverige måste antalet boendeplatser anpassas till de nya förhållandena. Enligt Migrationsverkets prognoser kommer utvecklingen med allt färre asylsökande att hålla i sig över tid. Ensamkommande barn har dock generellt sätt mer varierade rörelsemönster som bidrar till en osäkerhet i Migrationsverkets bedömningar.

Utifrån den rådande situationen med minskande asylsökande behöver även Herrljunga kommun se över och anpassa verksamheten, dels utifrån antalet mottagna men främst utifrån målgruppens behov. Idag har Herrljunga kommun 15 ungdomar inskrivna på HVB jämfört med åren innan då det var 41 ungdomar inskrivna på HVB.

Kommunens ansvar för ensamkommande barn som inte beviljas permanent uppehållstillstånd (PUT) sträcker sig fram till att personen fyller 18 år, därefter övergår ansvaret till Migrationsverket. Personer som har ett omfattande vårdbehov är fortsatt kommunens ansvar, men om en sådan placering beviljas är behoven sådana att det inte går att tillgodose på kommunens HVB. Socialnämnden har antagit en riktlinje som säger att ungdomar som blivit uppskrivna i ålder av Migrationsverket får bo kvar i kommunens HVB utifrån den egna uppgivna lägre åldern.

Placeringen på kommunens HVB avslutas vid 21 års ålder. De ungdomar som bor i träningslägenheter är också inskrivna i kommunens HVB-verksamhet men bor då inte på själva HVB boendet.

Nuläge

När en genomgång av vilka behov av stöd ungdomarna har kan man tydligt se att behovet av HVB som biståndsinsats har minskat till att idag inte finnas alls. Ingen av ungdomarna, som idag är inskrivna på HVB, har behov av stödinsats som HVB boende innebär. Det kan konstateras att kommunen bedriver ett HVB enbart på grund av den rådande situationen på bostadsmarknaden. Den stora bristen på bostäder, och därigenom träningslägenheter, gör att ungdomar beviljas HVB, trots att inte behovet föreligger, för att de inte ska bli bostadslösa.

Socialnämnden i Herrljunga kommun antog i maj 2017 en avvecklingsplan som förvaltningen sedan följt. När nu en översyn görs kan konstateras att behovet av insatser som kommunen skall erbjuda har förändrats från HVB till enbart träningslägenheter.

Prognosen är att i augusti i år kommer socialnämnden ha 14 ungdomar som är i behov av en boendeform som kan tillgodoses med stödboende i form av träningslägenheter. För att tillmötesgå behovet behövs ytterligare sju boendeplatser till augusti 2018 till de sju förvaltningen har idag. Tanken är att ungdomar kommer att få dela bostad. Fem av de 15 ungdomarna som är inskrivna på HVB idag har en uppskriven ålder enligt Migrationsverkets åldersbedömning detta i enlighet med riktlinje: *Placering av ensamkommande som fyller 18 år eller om migrationsverket skriver upp åldern*. Förändras denna riktlinje kan behovet av antalet boendeplatser komma att minska.



Tabell

Placeringar (tabell 1)

Datum	Antal i träningslgh	Antal på HVB	Totalt antal	Under 18 år	Flyttat pga 21 år	Utan PUT	PUT
2018-03-07	6	9	15	8	0	6	9
2018-05-10	7	8	15	7	0	6	9
2018-08-03	7	7	14	6	0	5	9
2018-11-02	7	6	13	4	0	4	9
2018-11-30	7	5	12	3	0	3	9
2019-01-02	7	4	11	3	1	3	8
2019-02-25	7	3	10	2	1	2	8
2019-04-02	7	2	9	2	2	2	7
2019-06-23	7	2	9	1	2	1	7
2019-09-11	6	1	7	1	3	1	6
2019-09-27	6	0	6	0	3	0	6

Antalet ensamkommande barn som är placerade på kommunens HVB kommer att minska enligt tabellen ovan då de utan PUT som fyller 18 år, och de med PUT som fyller 21 år, avslutar sina placeringar.

Analys av tabell 1

Med aktuell fakta ser placeringarna ut enligt tabell 1. Kolumnen "under 18år" betyder utifrån ungdomens egna uppgivna ålder. Med fortsatt boendeform kommer utvecklingen av verksamhetens placeringar se ut enligt följande beskrivning:

2018-05-10 fyller en ungdom med PUT 18 år vilket gör att han placeras i träningslägenhet. Det innebär att alla platser i träningslägenheterna som tillhör kommunens HVB är fulla. Samma månad fyller ytterligare en ungdom med PUT 18 år men det finns inga fler träningslägenheter att tillgå i nuläget, vilket innebär en fortsatt placering på HVB.

2018-08-03 fyller en ungdom utan PUT 18 år vilket gör att antal placeringar på HVB är 7 st, varav 1 är 18 år med PUT, 1 har PUT och är 17 år, och 5 placeringar är utan PUT och alltså under 18 år. 2018-11-02 avflyttar en ungdom utan PUT och en annan ungdom med PUT har precis fyllt 18 år. Det innebär att det då är 2 placeringar på HVB som är redo för träningslägenhet men där det inte finns platser vilket gör att de har fortsatt placering på HVB tillsammans med 4 placeringar utan PUT. 2018-11-30 fyller ytterligare en ungdom utan PUT 18 år och avslutar placeringen. 2019 är året då 3 ungdomar fyller 21 år vilket gör att deras placeringar avslutas på HVB. Det sker 2019-01-02, och då flyttar en av de med PUT in i träningslägenheten. Samma mönster fortsätter 2019-04-02 då den sista med PUT som är placerad på HVB flyttar in i en träningslägenhet. 2019-09-11 fyller den tredje ungdomen 21 år och avslutar sin placering, vilket gör att en plats i träningslägenhet står tom. Under 2019 avslutas placeringarna på de som är kvar på HVB utan PUT, vilket gör att 2019-09-27 finns det ingen ungdom kvar på HVB som inte har PUT och inte heller är under 18 år. 2019-09-27 är det 6 placerade ungdomar över 18 år med PUT som bor i träningslägenhet.



Analys

Behovet av träningslägenheter kommer på sikt att minska från 14 i augusti 2018 till 6 september 2019 enligt prognosen. De ungdomar som ej klarar boendeform träningslägenhet utan behöver HVB insats eller har annat behov får kommunen köpa HVB insats i annan kommun/regi.

Idag finns det unga vuxna som fyller 21 år som bor på HVB. De behöver en egen bostad och är redo för det redan idag. Om det går att ordna innan de fyller 21 år är det endast 4 ungdomar på HVB. Om träningslägenhet är anmälda som stödboende går det att ordna tidigare då det går att placera ungdomar från 16 års ålder i stödboende. Om det också går att hitta egna boenden till de som har PUT och är 18+ och bedöms klara sig själva skulle det idag innebära avslutade placeringar på ungefär 5 ungdomar i augusti 2018.

Utan anskaffning av egna lägenheter till PUT 18+ som är redo för avslutad placering innebär det att en verksamhet i HVB-form fortsätter bedrivas utan underlag, för varken behov eller utifrån ett ekonomiskt hållbart perspektiv från augusti 2018.

Undersökning

Idag är 15 ungdomar inskrivna på kommunens HVB, varav 9 bor på HVB och 6 i träningslägenheter.

Herrljunga kommun har ett anvisningstal på 1.00 promille för år 2018, promillesatsen räknas utifrån prognosen från Migrationsverket om att Sverige tar emot 2900 ensamkommande, vilket innebär att kommunen eventuellt kommer ta emot 2-3 ungdomar. Hittills i år, januari-februari, har kommunen inte tagit emot någon ungdom. Under 2017 var anvisningstalet 1,8 promille vilket innebar ca 4 ungdomar men kommunen tog enbart emot 1 ungdom. Det har hittills i år inte anvisats någon, för innevarande år är det därför rimligt att förvänta sig att Herrljunga enbart kommer anvisa ett fåtal ungdomar.

Migrationspolitik och flyktingströmmar

Migrationsverkets prognos för år 2018 är 2900 ensamkommandebarn till Sverige. Faktorer som påverkar behovsbilden av boendeplatser som kommunens skall anordna är; andelen som får avslag på sin asylansökan, andelen som fyller 18 år under sin asylprocess, frekvens på åldersuppskrivning, handläggningstider, andelen nya barn som anvisas, samt andelen familjehemsplacerade barn som behöver HVB placering.

Behov

Förvaltningen gör bedömningen att från 31 augusti 2018 kommer det bo 14 ungdomar varav 5 utan PUT och 9 med PUT i Herrljunga. Av dessa 14 är 6 ungdomar under 18år. Utifrån den prognosen samt utifrån de ungas omsorgsbehov ser förvaltningen att kommunen kan tillgodose de ungas behov genom stödboende i form av träningslägenheter.

I augusti 2018 föreligger inget behov av att driva ett HVB i kommunens egna regi.

Behovet i augusti är, för de 14 ungdomar som är inskrivna i kommunens HVB verksamhet för ensamkommande, träningslägenheter. Nämnden behöver förutom de 6 lägenheter som finns



idag ytterligare 7 platser för 7 personer, dvs några kan bo ihop. Det behövs inte en lägenhet per person.

Nämnden behöver ta ställning till hur förvaltningen skall få behovet av träningslägenheter tillgodosett, samt att hyresförfarandet behöver justeras så att förvaltningen står på samtliga kontrakt för att kunna få till en rullans med in och utflytt. Behovet i augusti är ytterligare 7 extra platser men under perioden augusti till februari 2019 kommer behovet minska med 4 då personerna fyller 21år och inte längre är inskrivna i kommunens HVB/ träningslägenheter längre, därav behöver nämnden stå på hyreskontrakt så att lägenheterna snabbt kan lämnas tillbaka till hyresvärd utan långa uppsägningstider samt att de enskilda ungdomarna ej får besittningsrätt.

Det mest fördelaktiga för kommunens ekonomi är att driva stödboende i form av träningslägenheter och ej HVB från augusti 2018.

Om nämnden beslutar att välja alternativet att driva stödboende from 20180831 behövs 7 boendelösningar.

Samt om nämnden beslutar sig för att driva stödboende i form av träningslägenheter, kommer eventuella nya anvisningar under 2018 och 2019 ej kunna erbjudas HVB i egen regi om behovet finns. Kommunen får i de fallen köpa vårdformen HVB alt tillgodose med andra former utifrån behov, tex familjehem.

Ekonomisk bedömning

Förvaltningen lämnar fram ett förslag till nämnden att ta ställning till då det är det enda alternativet som det finns ekonomisk täckning för. Kommunen erhåller ersättning endast för barn och unga i kategorierna;

- Under 18år i asyl process 1350kr/dygn
- Under 18år med PUT 1350kr/dygn
- Mellan 18-20år med PUT 750kr/dygn avhängigt skolgång och CSN

För de två nedanstående målgrupperna; över 18år under asylprocess samt över 20 år med PUT utgår ingen ersättning, här kommer de extra medel tillsatta av staten täcka upp underskottet som den här målgruppen medför.

- Över 18år under asylprocess ingen ersättning
- Över 20år med PUT ingen ersättning

I övrigt erhåller kommunen en schablonersättning per person för de som får PUT och som stannar kvar i kommunen över 2år.

Som tabellen 1 visar har kommunen 2018-08-03 endast 7 st placeringar på HVB, varav 1 är 18 år med PUT, 1 har PUT och är 17 år, och 5 placeringar är utan PUT och alltså under 18 år samt 7 ungdomar i träningslägenheter som är över 18år och har PUT. De som är över 18år och har PUT är i stort sett alla inskrivna på gymnasiet, vissa går språkintröduktion och söker gymnasieprogram till hösten. Underlaget innebär att kommunen ej kan bedriva en HVB



HERRLJUNGA KOMMUN

SOCIALFÖRVALTNINGEN
Jennie Turunen

Ärende 9

Tjänsteskrivelse

2018-03-13

DNR SN 41/2017 7791

Sid 6 av 6

verksamhet. I beräkningen behöver man även ha med att fem av de som idag uppger att de är under 18år enl Migrationsverket fått en åldersuppskrivning och då är över 18år.



Riktlinje Placering av ensamkommande som fyller 18 år eller om migrationsverket skriver upp åldern

Sammanfattning

Socialnämnden beslutade i november 2016 om riktlinjer för placering av ensamkommande som fyller 18 år eller om Migrationsverket skriver upp åldern. Denna innebär att nämnden inte får täckning för de som Migrationsverket har skrivit upp åldern på till över 18 år. Riktlinjen behöver därför justeras då Socialnämndens kostnader för dessa ungdomar uppgår till ca 6 400 tkr/år som nämnden inte har kostnadstäckning för.

Föreslagna förändringar är markerade med blått.

Beslutsunderlag

Riktlinje Placering av ensamkommande som fyller 18 år eller om Migrationsverket skriver upp åldern

Förslag till beslut

Föreslagen förändring av Riktlinjen Placering av ensamkommande som fyller 18 år eller om Migrationsverket skriver upp åldern godkänns.

Christina Mattelin
Verksamhetschef Myndighet

Expedieras till:
För kännedom till:



Bakgrund

Socialnämnden har beslutat att låta ungdomar som anger att de är under 18 år men som får sin ålder uppskriven av Migrationsverket bo kvar i kommunens regi. I dagsläget har kommunen 11 ungdomar som har fått sin ålder uppskriven av Migrationsverket. De är placerade enligt följande:

- 1 på HVB i annan kommun
- 3 i kontrakterade föräldrahem
- 2 i socialtjänsten egna föräldrahem
- 5 på kommunens HVB

Ekonomisk bedömning

För personer som Migrationsverket anser vara över 18 år och som inte har fått PUT eller TUT får kommunen ingen ersättning.

För de 11 ungdomar som Migrationsverket har skrivit upp åldern på är Herrljunga kommuns kostnad ca 6 400 tkr. För dessa kostnaderna får kommunen ingen täckning.

Juridisk bedömning

Det finns inget krav på kommuner att följa Migrationsverket beslut om ålder, dock finns det heller ingen lag som säger att ungdomarna har rätt att stanna om de uppgett en lägre ålder än den Migrationsverket anser att de har.

DIARIENUMMER:	SN-2016-101
FASTSTÄLLD:	-
VERSION:	2
SENAS T REVIDERAD:	-
GILTIG TILL:	Tillsvidare
DOKUMENTANSVAR:	Verksamhetschef Myndighet

Riktlinje

*Placering av ensamkommande barn som fyller
18 år eller migrationsverket skriver upp åldern*

Beslutsinstans: Socialnämnden
Gäller för: Socialförvaltningen



HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

Bakgrund

Utifrån att Migrationsverket beslut om ändrad ålder inte binder andra myndigheter uppstår frågeställningar kring hur kommunens verksamheter ska förhålla sig till besluten när det gäller insatser som tillhandahålls ensamkommande barn genom kommunens försorg. Det kan röra sig om beslut om åldersuppskrivning under verkets handläggning, eller i samband med beslut i frågan om uppehållstillstånd. För att förtydliga för medarbetare vilka riktlinjer Herrljunga kommun har i frågan så har följande framtagits.

Förfrågan om åldersbestämning av ensamkommande

Vid förfrågan från migrationsverket om åldersbestämning av ungdom så ska det endast lämnas av socialsekreterare efter samråd med 1:e socialsekreterare eller verksamhetschef. Svaret ska enbart bygga på fakta. Exempelvis ett uppvisat pass eller annat dokument. Finns inte relevant fakta så har socialtjänsten ingen information att bistå med.

Placering av ensamkommande barn som fyller 18 år eller migrationsverket skriver upp åldern

A. Ensamkommande som är asylsökande och fyller 18 år

Om det inte finns omfattande vårdbehov med en påtaglig risk för den unge att skada sin fysiska och psykiska hälsa (motsvarande LVU-förhållande) avslutas insatsen och den ensamkommande flyttar till en förläggning som drivs av Migrationsverket. Den ensamkommande betraktas som vuxen.

B. Ensamkommande som har permanent uppehållstillstånd eller tillfälligt uppehållstillstånd och fyller 18 år

Individ- och familjeomsorgen har ett fortsatt ansvar för den unge. Behovet av vård ses över och ställningstagande bör göras inför att den ensamkommande fyller 18 år om det är aktuellt att flytta vidare i boendekedjan till utslussningslägenhet med stöd eller egen lägenhet. De unga som bor i familjehem bor i de flesta fall kvar i sitt familjehem till dess de är redo att flytta till mer självständiga boendeformer.

C. Beslut om ändrad ålder under migrationsverkets handläggning

Åldern kan skrivas upp under tiden Migrationsverket handlägger asylärendet för den ensamkommande. Här bör den ensamkommande hanteras enligt den ålder som migrationsverket har beslutat om tills dess annat beslut meddelas. Om inte uppenbara skäl finns att ej godta migrationsverkets bedömning. Beslut om detta fattas i samråd 1:e socialsekreterare eller verksamhetschef.

God man uppdraget avslutas efter de rutiner som ÖFM, överförmyndaren, har.

I frågan om fortsatt boende hanteras den enligt punkt A.

Övergångsregel: Ensamkommande ungdom som blivit uppskriven i ålder, är myndig enligt Migrationsverkets bedömning och har ett beslut om placering på HVB eller i familjehem, får bo kvar tills beslutet ska omprövas alternativt övervägas.

Rutin för personal på HVB hem vid familjehemsförfrågan

Personal på kommunens HVB-hem får inte vara familjehem för personer som bor i kommunens HVB-hem. Beslut som redan fattats påverkas inte.



Hyra kontorslokaler på Verkstadsgatan

Sammanfattning

Socialförvaltningen är i behov av nya lokaler då de lokalerna som förvaltningen förfogar över idag inte är anpassade för verksamheten då verksamheten växt ur lokalerna, arbetsmiljön inte är så god och säkerheten inte är optimal. Förvaltningen har fått erbjudande om att hyra lokaler på Verkstadsgatan som passar förvaltningens behov. Genom att hyra dessa lokaler kan förvaltningen lämna TB-huset. Beräknad kostnad för att byta lokaler är ca 920 tkr. Vilket är en ökad kostnad med 500 tkr utifrån dagens hyra på TB-huset.

Beslutsunderlag

Socialnämnden § 124/2017-12-19

Kommunstyrelsen § 28/2018-02-19

Förslag till beslut

Förvaltningen får i uppdrag att hyra administrativa lokaler på Verkstadsgatan 11.

Christina Mattelin
Verksamhetschef Myndighet

Expedieras till:
För kännedom till:



Bakgrund

Omorganisationen trädde i kraft den 13 november 2017. Tanken med den nya organisationen är att kommuninvånarna ska ha "en väg in" till Socialförvaltningen. Fördelen med att samla alla enheter inom Verksamhet Myndighet under ett tak är flera. Att enheterna flyttar samman, innebär att samarbetet underlättas mellan grupperna, vilket verkar för att den enskilde blir lotsad till rätt handläggare med sitt ärende och att rättssäkerheten för den enskilde ökar. Personalen kan lätt "kika in" till varandra för att diskutera frågor istället för såsom idag när man ska försöka nå varandra på telefon eller via e-post. Verksamhet Myndighet och Socialt stöd sitter i dag utspridda i tre hus, vilket är en ohållbar situation. Samverkan blir stöd och arbetsmiljön sämre. Chefer och medarbetare får tillbringa mycket tid för planering av besök och möten i olika byggnader. Både chefer och medarbetare får använda sin egen bil för att snabbt ta sig mellan arbetsplatserna. Att samla personalen har även en personalsocial betydelse, att få mötas i lunchrum och på raster, att se varandra och mötas i annat sammanhang är betydelsefullt för trivselen och bidrar till en positiv samverkan.

Andra fördelar är säkerheten. Verksamhet Myndig fattar beslut som får konsekvenser för den enskilde. I de nya föreslagna lokalerna kommer säkerheten att tillgodoses genom låst dörr till personalens kontorsrum. Besökare kommer därför aldrig in till de utrymmen där personalen har sina kontorsplatser. På första våningen, i utrymme som är skilt från kontorsrummen, kommer samtalsrum finnas samt en reception som tar emot besökande och ett väntrum med toaletter.

För personalen finns på andra våningen personalutrymmen med kök och matplats.

Kontorsutrymmen frigörs på Tors Hus, vilket innebär att Verksamhet socialt stöds enhetschefer kan flytta in och de kommer därmed närmare sina verksamheter. Om de föreslagna lokalerna blir aktuella kommer Verksamheterna Socialt stöd och Myndighet att finnas i samma område. Närheten kommer att underlätta samverkan mellan verksamheterna, vilket kommer kommuninvånarna till gagn.

Tanken med förslaget är att socialnämnden hyr lokalerna under tre år eller tills flytt till Hemgården kan ske.

Ekonomisk bedömning

Hyreskostnaden för Verkstadsgatan är 570 tkr/år utöver det tillkommer kostnader för ombyggnationen. Bedömningen är att de kostnaderna kommer uppgå till ca 350 tkr. Hyran för TB-huset är 420 tkr. Att hyra Verkstadsgatan innebär att det blir ökade kostnader på 500 tkr för nämnden. För detta finns ingen täckning i budget.

Utöver hyreskostnaderna så tillkommer en kostnad på 1 146 333 kr för upplösande av hyreskontraktet på TB-huset. Sedan menar Herbo att kommunen ska betala för utebliven hyra för dem. Detta krav finns inte med i hyreskontraktet.

Juridisk bedömning

Kommunstyrelsen har godkänt att socialnämnden får hyra lokaler externt.

Ärende 11



HERRLJUNGA KOMMUN

SOCIALFÖRVALTNINGEN
Christina Mattelin

Tjänsteskrivelse

2018-03-16

DNR SN 106/2017 7704

Sid 3 av 3

Samverkan

Ärendet är samverkat på FSG 2018-03-15. De fackliga hade inget att invända.



Avgift för medicinsk fotvård

Sammanfattning

Socialnämnden har fått in synpunkter avseende höjningen av avgiften för medicinsk sjukvård. Beslutet om avgiftsnivån är fattad av kommunfullmäktige 2016 i Riktlinje för Handläggning av taxor och avgifter för socialnämndens verksamheter. Avgiften är beslutad att följa avgiften som Västra Götalandsregionen fastställer för medicinsk fotvård vilket under 2018 uppgår till 475 kr.

Fotvård är ingen obligatorisk insats utan frivillig.

Beslutsunderlag

Riktlinje Handläggning av taxor och avgifter för socialnämndens verksamheter.

Förslag till beslut

Informationen läggs till handlingarna.

Linnea Holm
Stabschef

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



Bakgrund

Riktlinjerna för handläggning av taxor och avgifter inom socialnämndens verksamhetsområde säger:

Medicinsk fotvård erbjuds dem som fått remiss från läkare eller distriktssjuksköterska. Kostnaden fastställs enligt Västra Götalandsregionens taxa. Vid hembesök debiteras samma kostnad som för hembesök från vald vårdcentral enligt Patientavgifter i Västra Götaland.

Avgiften för detta uppgår till 475 kr. Detta har inneburit en höjning av avgiften från 361 kr till 475 kr, det vill säga en höjning med 114 kr.

Ekonomisk bedömning

Kostnaden för medicinsk fotvård är budgeterad till 550 tkr. I detta ingår inte OH-kostnader.

I Herrljungas närhet är det en kommun, Mariestad, som erbjuder fotvård inom kommunens regi. Den avgift Mariestad tar ut är 333 kr.

I Herrljunga finns det ett företag som arbetar med fotvård och de debiterar 480 kr för medicinsk fotvård. I närliggande kommuner ligger priset på runt 500 kr för medicinsk fotvård.

Juridisk bedömning

Fotvård är ingen obligatorisk insats som kommunen är skyldiga att tillhandahålla.

Enligt konkurrenslagen får en kommun inte snedvrida förutsättningarna för en effektiv konkurrens på marknaden. Konkurrensverket har i informationsbladet:

Konkurrensbegränsande offentlig säljverksamhet – så fungerar reglerna i konkurrenslagen (September 2010) förtydligat vad som omfattas av lagen.

Säljverksamheter och förfaranden som kan förbjudas med grund i konkurrenslagen är bland annat att sätta för låga priser. Undantag finns för detta bland annat om säljverksamheten är förenlig med en lag eller om det bedöms vara försvarbart utifrån allmän synpunkt. Detta innebär att man väger samhällets behov gentemot intresse av säljverksamhet och hur den drivs.



Förslag på medicinsk fotvårdsavgift

Sammanfattning

Socialnämnden erbjuder äldre medborgare fotvård. Socialnämndens arbetsutskott föreslår att fotvårdsavgiften fastställs till 425 kr/besök och höjs årligen med prisindex för kommunal verksamhet.

Kostnaden för medicinsk fotvård höjdes från 361 kr till 475 kr 15 februari 2018 utifrån riktlinje för taxor och avgifter som kommunfullmäktige antog 2016. Kommunens budgeterade kostnad för fotvården uppgår till 550 kr. I dessa kostnader ingår inte OH-kostnader.

Utifrån detta föreslår socialnämndens arbetsutskott att avgiften fastställs till 425 kr/besök.

Beslutsunderlag

Riktlinje Handläggning av taxor och avgifter inom Socialnämndens verksamhet

Förslag till beslut

Kommunfullmäktige föreslås anta taxan för medicinsk fotvård till 425 kr/besök och att den höjs årligen med prisindex för kommunal verksamhet. Förändringen föreslås gälla från 1 juli 2018 och integreras i Riktlinje Handläggning av taxor och avgifter inom Socialnämndens verksamhet.

Lennart Ottosson
Socialnämndens ordförande

Andreas Johansson
Socialnämndens vice ordförande

Anette Rundström
Ledamot Socialnämndens arbetsutskott

Expedieras till: Kommunfullmäktige
För kännedom
till:



Revidering riktlinjer - Taxor och avgifter

Sammanfattning

Socialförvaltningen har tagit fram förslag på förändringar av Riktlinjer Handläggning av taxor och avgifter inom Socialnämndens verksamhet. En del i revideringen handlar om att kommunen har rätt att ta ut avgifter för personer som är placerade på grund av missbruk och/eller psykiatri samt för föräldrar vars barn är placerade. Detta görs inte idag och därför föreslås tillägg av dessa saker. I övrigt så föreslås förändringar för att förtydliga vissa delar samt för att anpassa dem efter tidigare beslut i socialnämnden. Föreslagna förändringar innebär en preliminär ökning av intäkter med 330 tkr/år utifrån dagens avgiftspersoner.

Föreslagna ändringar är markerade blå i riktlinjerna.

Beslutsunderlag

Riktlinjer – Handläggning av taxor och avgifter inom Socialnämndens verksamhet
Socialnämnden § 169/2012-12-18

Förslag till beslut

1. Reviderade riktlinjer för handläggning av taxor och avgifter inom Socialnämndens verksamhet godkänns och överlämnas till kommunfullmäktige för fastställande.
2. Förändringen avseende matavgifter börjar gälla från 1 januari 2019 övriga förändringar börjar gälla från 1 juli 2018.

Linnea Holm
Stabschef

Expedieras till: Kommunfullmäktige
För kännedom
till:



Bakgrund

Socialnämnden och Kommunfullmäktige beslutade 2016 att anta riktlinjer för taxor och avgifter inom socialnämndens verksamhetsområde. Avgifterna justeras årligen utifrån riktlinjerna. I nuläget har Herrljunga kommun inte tagit beslut om avgifter för personer som är placerade med anledning av psykiatri eller missbruk. Herrljunga har heller inte beslutat om ersättning från föräldrar för placerade barn under 18 år. Förvaltningen föreslår därför att riktlinjerna justeras och anpassas enligt dessa tillägg. I övrigt föreslås följande förändringar:

- Hälso- och sjukvård – Kommunen erbjuder hälso- och sjukvård har en psykiatrisjuksköterska som arbetar mot patienter som är i behov av psykiatrisk behandling. Dessa patienter kan bli nervösa och oroliga vid kontakt med myndigheter och därigenom välja att inte ta emot hjälpen från psykiatrisjuksköterskan. I längden kan det leda till förhöjda kostnader för kommunen och samhället om de inte får den kontinuerliga hjälpen. Därför föreslås att patienter som har psykiatrisjuksköterskan som områdesansvarig sjuksköterska ska undantas från hemsjukvårdsavgiften.
- Frånvaro särskilt boende – Idag ska den enskilde få avdrag på 35 % av dygnskostnaden för kosten och hel dygnsavgift för personlig omsorg. Systemet stödjer inte att förvaltningen gör avdrag på detta sätt och därför föreslås att hela dygnskostnaden avseende mat sker och att man inte gör något avdrag på den personliga omsorgsavgiften.
- Höjning av matavgiften – Socialnämnden beslutade 2012 att socialförvaltningen på sikt ska arbeta för att ta bort subventioneringen av matavgiften. Genom att höja matavgiften på särskilt boende och korttiden från 72 % (85 % av den fasta kostnaden) till 85 % (av hela kostnaden) så tas ett första steg för att minska subventioneringen.
- Vård och behandling för missbruk samt Stödboende/omvårdnad för missbruk och/eller psykiska problem – Socialnämnden tar inte ut någon avgift från dessa personer idag trots att man har rätt att göra detta. Därför föreslås att dessa läggs till i riktlinjerna.
- Föräldrars ersättning till kommunen för placerade barn under 18 år - Socialnämnden tar inte ut någon ersättning från föräldrar idag trots att man har rätt att göra detta. Därför föreslås att dessa läggs till i riktlinjerna.
- Höjning av fixartjänstavgift – Höjningen föreslås ske i enlighet med prisindex för kommunal verksamhet istället för tjänsteprisindex då det är prisindex för kommunal verksamhet budgeten beräknas på.
- Jämkning av hyra – Här föreslås ett förtydligande av vilken hyra det är kommunen jämkar om den enskilde ansöker om jämkning. I dagens riktlinjer står inte detta.

Ekonomisk bedömning

De föreslagna åtgärderna innebär på totalen ökade intäkter för kommunen.

- Hälso- och sjukvård – Utifrån dagens patienter som är inskrivna hos psykiatrisjuksköterskan kommer intäkterna minska med 20 tkr/år.
- Frånvaro särskilt boende – Ingen förändring kostnads- och intäktsmässigt.
- Höjning av matavgiften – Höjningen innebär ökade intäkter på ca 700 tkr för mat. Samtidigt minskar intäkterna för personlig omsorg med ca 350 tkr. Totalt innebär det en höjning på 350 tkr/år utifrån dagens boende.



De nya delarna i riktlinjen om missbruk, psykiatri och ersättning från föräldrar kommer troligen innebära ökade intäkter dock går det inte att prognostisera med exakt summa. Övriga ändringar har ingen inverkan på budgeten.

Juridisk bedömning

Socialnämnden får enligt socialtjänstlagen ta ut avgifter för personer som har hjälp från kommunen. Detta regleras i bl.a. Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen.

DIARIENUMMER:	SN 80/2016
FASTSTÄLLD:	2016-11-21
VERSION:	1
SENAS T REVIDERAD:	-
GILTIG TILL:	2021-12-31
DOKUMENTANSVAR:	Stabschef

Riktlinje

Handläggning av taxor och avgifter inom Socialnämndens verksamhet

Beslutsinstans: Kommunfullmäktige

Gäller för handläggning och beslut om avgifter till personer som har insatser från
Socialnämnden



HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

Innehåll

1. Allmänt om avgifter	3
Bakgrund/lagstiftning	3
1.1 Socialtjänstlagen och andra lagar	3
1.2 Allmänt om handläggning	4
2. Huvudprinciper i avgiftssystemet	5
2.1 Högkostnadsskydd för avgifter - tak för högsta avgiftsnivå	5
2.2 Högkostnadsskydd	5
2.3 Avgiftsutrymme	5
3. Avgifter	5
3.1 Avgifter för Särskilt boende	5
3.2 Avgifter för hemtjänst och hemsjukvård	6
3.3 Avgifter utanför högkostnadsskyddet	7
3.4 Avgiftsfria insatser	8
3.5 Frånvaro	Fel! Bokmärket är inte definierat.
4. Avgiftsberäkning	10
4.1 Avgiftsgrundande inkomster	10
4.2 Insamling av inkomstuppgifter	10
4.3 Inkomstuppgift lämnas inte	10
4.4 Underskott i avgiftsunderlaget	10
4.4 Beslut	10
5. Avgiftsberäkning för olika hushållstyper	11
5.1 Ensamboende	11
5.2 Makar och registrerade partner	11
5.3 Sammanboende	11
6. Bostadskostnader	11
6.1 Förbehåll för bostadskostnad	11
6.2 Beräkning av boendekostnad	11
7. Förbehållsbelopp – minimibelopp	12
7.1 Kostnadsposter i förbehållsbeloppet	12
7.2 Nivån på förbehållsbeloppet – minimibeloppet	12
7.3 Individuell prövning av minimibeloppet	13
8. Nedsättning av avgifter och avgiftsbefrielse	14
8.1 Nedsättning med anledning av dubbla bostadskostnader	14
8.2 Nedsättning med anledning av att en av två makar/sammanboende flyttar	14
9. Debitering av avgifter	14

10. Omprövning och ändring av avgifter.....	15
10.1 Årlig omprövning	15
11. Överklagande.....	15
11.1 Överklagande av kommunens avgiftssystem.....	15
11.2 Överklagande av enskilt avgiftsbeslut	15

Ordbok

Make/maka – Personer som ingått äktenskap med varandra

Registrerade partner – Två personer av samma kön som låtit registrera sitt partnerskap

Sambo – Två personer som stadigvarande bor tillsammans i ett parförhållande och har gemensamt hushåll

1. Allmänt om avgifter

Bakgrund/lagstiftning

Enligt Socialtjänstlagen (2001:453) får kommuner ta ut avgifter för insatser enligt Socialtjänstlagen (SoL) (kapitel 8 SoL). För insatser enligt lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) får kommunen däremot inte ta ut avgifter.

Avgifter för hemtjänst och dagverksamhet får inte, tillsammans med avgifter som avses i 26 § tredje stycket Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), uppgå till ett så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov, boendekostnader och andra normala levnadsomkostnader.

När avgiften fastställs skall kommunen försäkra sig om att den sökandes make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation.

Alla avgifter omräknas årligen enligt gällande prisbasbelopp och fastställd riktlinje för avgiftshandläggning utan att avgifterna tas upp på nytt för beslut i Kommunfullmäktige.

Revidering och översyn av riktlinjer för avgiftshandläggning skall göras vid behov eller minst var 5:e år och då fastställas av Kommunfullmäktige.

1.1 Socialtjänstlagen och andra lagar

Kommunen får ta ut avgifter och begära ersättning från enskilda enligt 8 kap i Socialtjänstlagen (SoL). Kostnaden kommunen tar ut får inte överstiga kommunens självkostnader.

Kommunens avgiftssystem och dess tillämpningsregler för avgifter inom socialförvaltningen styrs av flera olika lagar och förordningar. Till dessa hör följande:

- SoL - Socialtjänstlagen (2001:453)
- HSL - Hälso- och sjukvårdslagen (1992:567)
- LSS - Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)
- BTPL - Lag om bostadstillägg för pensionärer (2001:761)
- IL - Inkomstskattelagen (1999:1229)
- KL - Kommunallagen (2017:725)
- FL – Förvaltningslagen (2017:900)
- SoF – Socialtjänstförordningen (2001:937)

1.2 Allmänt om handläggning

Nedanstående föreskrifter ligger som grund vid beräkning av avgifter inom socialförvaltningen. I varje enskilt ärende görs alltid en individuell beräkning. Utgångspunkten för avgiftssystemet är att avgifter för vård- och omsorgsinsatser inte får uppgå till så höga kostnader att den enskilde inte har tillräckliga medel för sina personliga behov.

Det skall vara enkelt och lättförståeligt och oberoende av var den enskilde får sin vård och omsorg, om det är i det egna hemmet eller i ett särskilt boende.

Sekretess

Samtliga uppgifter registreras, bearbetas och dokumenteras. Uppgifterna är sekretessbelagda enligt 26 kap 1 § Offentlighets- och sekretesslagen.

Myndighetsutövning

Vård- och omsorgsinsatser

Vid biståndsbeslut avseende vård- och omsorgsinsatser enligt SoL och LSS handläggs och utreds avgiftsbeslut av handläggare med biståndsbeslutet som underlag.

Avgiftstillämpning enligt dessa tillämpningsföreskrifter gäller även då vård och omsorg ges av annan vårdgivare på uppdrag av kommunen.

Den enskilde skall informeras om kommunens avgiftssystem och tillämpningsföreskrifter för vård- och omsorgsavgifter. Den enskilde skall även upplysas om sin skyldighet att lämna uppgifter till kommunen vid förändringar som påverkar vård- och omsorgsavgiftens storlek.

En ekonomisk utredning skall göras vid varje enskilt ärende. Uppgifter om inkomster och bostadskostnad skall inhämtas från den enskilde via uppgiftsblankett och via datamedia från Försäkringskassan. Lämnas efterfrågade uppgifter inte in fastställs avgift utifrån fastställda kriterier, se 4.3.

Omräkning av avgiften sker i normalfallet en gång per år vid årsskiftet på grund av förändringar i prisbasbeloppet, inkomstförhållanden och bostadskostnader, se 10.1. Kommunen är även skyldig att ändra avgiften under pågående kalenderår om något förhållande som påverkar avgiften har ändrats eller om kommunen tidigare erhållit felaktiga uppgifter. Uppgifter som lämnas av den enskilde skall kunna styrkas. Den enskilde skall ges information om möjligheten att ansöka om höjning av minimibeloppet för merkostnader, se 7.3 Höjning av minimibeloppet.

Den enskilde skall erhålla skriftligt avgiftsbeslut. Av beslutet skall det framgå hur avgiften beräknats och hur den enskilde kan besvara sig över beslutet. I beslutet skall tillämpliga lagparagrafer anges.

Om den enskilde inte är nöjd med socialnämndens avgiftsbeslut kan detta överklagas med förvaltningsbesvär.

Föräldrars ersättning till kommunen vid placering av barn under 18 år

Vid beslut om föräldrars ersättning till kommunen vid placering av barn under 18 år handläggs beräkningen av handläggare och beslut tas av socialsekreterare.

Föräldrarnas och barnets deklaraionsuppgifter, som ligger till grund för beräkningen av ersättningsnivån kommunen får ta ut, hämtas från Skatteverket. Ersättningsnivån ska räknas om årligen.

Respektive förälder ska underrättas om ersättningsbeloppet. Beslutet kan ej överklagas med förvaltningsbesvär.

Fullmakt

I det fall den enskilde saknar förmåga att föra sin egen talan skall fullmakt eller legal företrädare finnas.

2. Huvudprinciper i avgiftssystemet

Samtliga avgifter avrundas till närmaste krontal uppåt.

2.1 Högkostnadsskydd för avgifter - tak för högsta avgiftsnivå

Riksdagen har beslutat om ett högkostnadsskydd för vad olika insatser inom socialtjänst/vård och omsorg ska få kosta den enskilde. Högkostnadsskyddet ändras, vanligen en gång årligen, i takt med att prisbasbeloppet ändras.

2.2 Högkostnadsskydd

Avgiften för hemtjänst i ordinärt och särskilt boende, dagverksamhet samt kommunal hälso- och sjukvård får uppgå till högst en tolfedel av 0,5392 gånger prisbasbeloppet.

Avgiften för bostad i särskilt boende som inte omfattas av hyreslagen får uppgå till högst en tolfedel av 0,5539 gånger prisbasbeloppet.

Det är den högsta månatliga avgiften som får tas ut, oavsett hur stort avgiftsutrymmet är.

2.3 Avgiftsutrymme

För att beräkna avgiftsutrymmet skall skatt, nettobostadskostnad samt minimibelopp och ev. individuellt belopp (extra minimibelopp) räknas bort från den totala bruttointkomsten. När förbehållsbeloppet är fastställt görs en beräkning av hur stor ekonomiskt utrymme den enskilde har att betala avgift – ett så kallat avgiftsutrymme.

Avgiftsutrymmet är det belopp som kvarstår av inkomsten när förbehållsbeloppet är frändraget.

Så här beräknas avgiftsutrymmet:

Förbehållsgrundande inkomst – Förbehållsbelopp = Avgiftsutrymme

3. Avgifter

3.1 Avgifter inom högkostnadsskyddet

Alla insatser som omfattas av högkostnadsskyddet kan enbart erhållas efter beslut enligt socialtjänstlagen eller hälso- och sjukvårdslagen.

3.1.1 Avgifter för Särskilt boende

Avgiften per månad för särskilt boende är en tolfedel av 0,5392 gånger prisbasbeloppet. I avgiften ingår omsorg och hemsjukvård. Inget avdrag görs vid frånvaro.

3.1.2 Avgifter för hemtjänst

Avgift för hemtjänst tas ut beroende på omfattning.

Nivå

Nivån fastställs individuellt genom biståndsbedömning enligt socialtjänstlagen, SoL. Den som enbart har hemtjänstinsatser betalar enligt nedanstående nivåer. För den som har hemtjänstinsatser enligt nivå 1 och 2 tillkommer avgift hemsjukvård och larm för dem som även har detta.

Avgiften baseras på prisbasbeloppet som fastställs årligen. Avgiftsbeloppet avser den högsta kostnad kommunen får debitera per månad.

Nivå 1 (1 – 4 ggr/mån) – en tolfedel av 17 % av prisbasbelopp

Nivå 2 (2 – 7 ggr/vecka) – en tolfedel av 33 % av prisbasbelopp

Nivå 3 (Dagligen, kväll och natt) – en tolfedel av 53,92 % av prisbasbelopp (högkostnadsskydd)

Vid frånvaro från insats, t ex vid akut sjukhusvistelse, görs avdrag för omsorg med 1/30-del av månadsavgiften från och med första frånvarodagen till och med dagen före återkomsten. Detta innebär att inget frånvaroadrag görs vid en dags frånvaro.

Avgift för trygghetstelefon och larm

Avgiften per månad för trygghetslarm är 6,8 % av prisbasbelopp fördelat på 12 månader.

Trygghetstelefon och larm betraktas som ett abonnemang för vilket en månadsavgift tas ut. Avgiften för trygghetstelefon och larm avser per hushåll.

Larmavgiften räknas som ett abonnemang och inga avdrag görs.

Avgift för matdistribution

Utkörningsavgiften per tillfälle för matdistribution är en tolfedel av 1,2 % av prisbasbelopp.

Avgift för dagverksamhet (SoL)

Avgiften för dagverksamhet är 1/30 av högkostnadsskyddet per deltagartillfälle.

Avgift för vistelse på korttidsplats/växelvårdsplats (SoL)

Avgiften för vistelse på korttidsplats/växelvårdsplats är 1/30 av högkostnadsskyddet per vistelsedygn.

3.1.3 Avgift för hälso- och sjukvårdsinsatser, utom läkarvård.

Avgiften per månad för hälso- och sjukvårdsinsatser är en tolfedel av 8,7 % av prisbasbelopp oavsett omfattning. Hemrehabilitering enligt HSL omfattas av denna avgift.

Ingen hälso- och sjukvårdsavgift tas ut för patienter under 20 år och för patienter som har psykiatrisjuksköterskan som områdesansvarig sjuksköterska.

Avgift för hälso- och sjukvårdsinsatser tas ut så länge personen är inskriven i hemsjukvården. Den som har insatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen betalar enligt avgiftstaxa oavsett om arbetet utförs av sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut eller av personal som delegerats uppgiften.

De som har ett löpande beslut om hälso- och sjukvårdsinsats vid behov betalar varje månad oavsett om de haft insats den månaden eller inte.

Avdrag för kommunal hälso-och sjukvård görs endast vid frånvaro hel kalendermånad.

3.2 Avgifter utanför högkostnadsskyddet

Högekostnadsskyddet omfattar inte kostnader för måltider. Samtliga måltidsavgifter för personer, som har biståndsbeslut, är befriade från mervärdesskatt.

3.2.1 Måltidsavgifter

Måltidsavgift för särskilt boende

Kostnad för dygnsportioner (frukost, lunch, middag samt fika) fastställs av Tekniska kontoret.

Kostnaden per månad på särskilt boende är 85 % av det pris tekniska nämnden tar gånger 30 dagar.

Vid frånvaro på grund av sjukhusvistelse eller annan frånvaro görs avdrag på matkostnaden med 100 % av dygnskostnaden. Samma pris debiteras för sondmat.

Måltidsavgift för korttiden

Kostnad för dygnsportioner (frukost, lunch, middag samt fika) fastställs av Tekniska kontoret.

Kostnaden per vistelsedygn uppgår till 85 % av dygnsportionskostnaden. Samma pris debiteras för sondmat.

Måltidsavgift för matdistribution

Kostnaden för matdistribution per portion fastställs till den kostnad som tekniska kontoret tar ut.

Måltidsavgift för dagverksamhet SoL samt daglig verksamhet LSS

Kostnaden för lunch på dagverksamhet SoL samt daglig verksamhet LSS fastställs till 85 % av den kostnad som tekniska kontoret tar ut av socialnämnden.

Kostnaden för frukost och kaffe på dagverksamhet uppgår till den kostnad som tekniska nämnden tar ut av socialnämnden.

Kostnaden för fika på daglig verksamhet uppgår till samma kostnad som mellanmål på LSS; boende, korttidsvistelse och skolinternat.

Måltidsavgift för LSS; boende, korttidsvistelse och skolinternat

Kostnaden för helpension inom LSS; boende, korttidsvistelse och skolinternat, fastställs till 1/30 av summan av konsumentverkets beräknade kostnader för livsmedel samt förbrukningsartiklar. Matavgiften minskas med kostnaden för den måltid då den boende inte äter på boendet. Vid skolinternat innebär detta att avgiften minskas med lunchkostnaden. Fördelningen av dygnskostnaden är enligt följande:

Frukost – 20 %

Lunch – 35 %

Mellanmål – 10 %

Kvällsmat – 35 %

Måltidsavgift för KTS

Måltidsavgiften för KTS fastställs till 65 % av kostnaden för helpension inom LSS; boende, korttidsvistelse och skolinternat.

3.2.2 Egenavgifter för vuxna i hem för vård eller boende (HVB), familjehem m.m.

Vård och behandling för missbruk

Egenavgiften för vård och behandling för missbruk i HVB och familjehem är 80 kr/dygn. För personer som saknar eller har låg sjukpenning kan avgiften sänkas helt eller delvis. Om personen genom att betala kostnaden blir beroende av försörjningsstöd ska kostnaden efterges enligt 9 kap. 4 § SoL.

Stödboende/omvårdnad för missbruk och/eller psykisk problematik

Avgiften för stöd- och omvårdnadsboende för missbruk och/eller psykisk problematik vid placering på boende är 156 kr/dygn, varav 70 kr är avgift för boende och 86 kr är avgift för mat. Vid placering i familjehem är avgiften 119 kr/dygn varav 33 kr är avgift för boendet och 86 kr är avgift för mat. Beviljas som försörjningsstöd enl. 4 kap. 1 § SoL om personen saknar betalningsförmåga.

3.2.3 Föräldrars ersättning till kommunen för placerade barn under 18 år

Vid placering av barn får kommunen ta ut ersättning från föräldrarna. Beloppet får inte överstiga vad som för varje tid motsvarar högsta underhållstödsbeloppet. Summan beräknas utifrån senaste deklarasuppgifterna för respektive förälder. Beslutet kan inte överklagas.

3.2.4 Övriga kostnader utanför högkostnadsskyddet

Bostadskostnader

Hyran för boende inom kommunens regi debiteras utifrån beslut i socialnämnden.

För bostad i annan kommun debiteras det Herrljunga kommun blivit debiterade. Finns inte kostnaden för bostad angivet i avtalet beslutar socialnämndens myndighetsutskott om kostnaden.

Fixartjänst

Fixartjänst är en så kallade servicetjänst, som kommunen tillhandahåller utan individuell behovsprövning till personer som fyllt 67 år. Kostnad för 2017 fastställs till 208 kr per timme och höjs sedan årligen enligt prisindex för kommunal verksamhet.

Förbrukningsvaror

Förbrukningsvaror ska ses som kommunens utlägg för varor som redan ingår i den enskildes förbehållsbelopp på särskilt boende. En förutsättning är då att beloppen är skäliga och inte överstiger de normalbelopp som Konsumentverket beräknar i sina årliga hushållsbudgetar. Herrljunga kommun debiterar enligt Konsumentverkets beräkning av vad förbrukningsvaror för en person kostar.

Medicinsk fotvård

Medicinsk fotvård erbjuds dem som fått remiss från läkare eller distriktssjuksköterska. Kostnaden fastställs enligt Västra Götalandsregionens taxa. Vid hembesök debiteras samma kostnad som för hembesök från vald vårdcentral enligt Patientavgifter i Västra Götaland.

Vaccination

Vaccination debiteras enligt Västra Götalandsregionens taxa. Vaccination ingår inte i avgiften för hälso- och sjukvård eller i högkostnadsskyddet.

3.3 Avgiftsfria insatser

Avgiftsfri avlösning

Avlösning till anhörig upp till 10 timmar per månad tas inte ut någon avgift för.

Boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning

Boendestöd är en insats som ges utifrån socialtjänstlagen i syfte att stödja personer med psykisk funktionsnedsättning för att själv, så lång som möjligt, klara sin dagliga livsföring.

Avgifter för insatser enligt lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS.

Alla insatser enligt LSS är avgiftsfria.

Den som därutöver har beviljade insatser enligt SoL eller HSL betalar avgift enligt gällande regler för dessa insatser.

Avgifter får enligt 8 kap. 1 § SoL ej tas ut för bistånd i form av stöd- och hjälpinsatser av behandlingskaraktär.

4. Avgiftsberäkning

4.1 Avgiftsgrundande inkomster

Med avgiftsunderlag avses den inkomst som den enskilde kan antas komma att få under de närmaste tolv månaderna, fördelad med lika belopp per månad.

Den inkomst som används för att beräkna avgiftsutrymmet är den enskildes nettoinkomst samt bostadstillägg. Vid beräkning av nettoinkomsten används innevarande års inkomster.

4.1.1 Inkomster/utgifter som inte är avgiftsgrundande:

Skattefria ersättningar som inte skall tas med vid inkomstberäkningen och avgiftsunderlaget är barnbidrag, barns inkomster eller barns avkastning på förmögenhet, bistånd enligt socialtjänstlagen, introduktionsersättning för flyktingar, handikappersättning, assistansersättning och den del av vårdbidraget som utgör ersättning för merutgifter.

4.2 Insamling av inkomstuppgifter

En gång per år får samtliga en inkomstförfrågan. Ändras förhållanden under året, på grund av till exempel ändrad hyra vid byte av bostad, är var och en skyldig att lämna uppgift om detta. Uppgifter om pension och bostadstillägg som betalas ut från Pensionsmyndigheten överförs via datafil från Pensionsmyndigheten.

För att kunna fastställa avgift, krävs att kommunen har tillgång till nödvändiga inkomstuppgifter. Om begärda inkomstuppgifter inte lämnas skickas ett avgiftsbeslut med högsta avgift ut. Inkomstuppgifter inhämtas i normalfallet via uppgiftsblankett från den enskilde eller via datamedia från Försäkringskassan och Pensionsmyndigheten. Vissa uppgifter kan endast erhållas från den enskilde. Om den enskilde inte lämnar inkomstuppgifter eller avstår från att lämna uppgifter fastställs den högsta avgiften enligt gällande taxa utan inkomstprövning.

Ny avgift gäller från och med den månad inkomstuppgifter lämnats till kommunen.

4.3 Inkomstuppgift lämnas inte

Om den enskilde inte lämnar inkomstuppgifter eller avstår från att lämna uppgifter fastställs den högsta avgiften enligt gällande taxa utan inkomstprövning.

4.4 Underskott i avgiftsunderlaget

Enligt kommunallagens likställighetsprincip kan kommunen inte reducera för matkostnad eller hyra i relation till inkomst utan särskilt lagstöd. Sådant lagstöd finns inte. Den enskilde som, efter att ha betalat mat och hyra, inte har tillräckligt med pengar kvar till sin försörjning skall hänvisas till att söka försörjningsstöd enligt socialtjänstlagen. Personer som är 65 år och äldre hänvisas till Pensionsmyndigheten för ansökan om äldreförsörjningsstöd.

4.4 Beslut

Beslut om förbehållsbeloppet fattas på delegation av avgiftshandläggare.

5. Avgiftsberäkning för olika hushållstyper

5.1 Ensamboende

Samtliga inkomster, tillgångar och utgifter enligt ovan ligger till grund för avgiftsberäkning.

5.2 Makar och registrerade partner

Makars inkomster skall slås samman och delas på två. När avgifterna fastställs skall kommunen dessutom försäkra sig om att omsorgstagarens make inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation. För makar/registrerade partners i gemensamt hushåll, beräknas den sammanlagda inkomsten som därefter delas lika. Med makar jämställs personer som lever tillsammans under äktenskapsliknande förhållanden och har gemensamma barn. För makar som lever åtskilda på grund av att en av makarna bor i särskilt boende/enskilt vårdhem, skall den sammanlagda nettoinkomsten ligga till grund för avgiftsberäkningen.

5.3 Sammanboende

För sammanboende beräknas inkomsterna var för sig, då det inte finns någon lagstadgad underhållsskyldighet dem emellan. När avgifterna fastställs skall kommunen dessutom försäkra sig om att omsorgstagarens sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation.

6. Bostadskostnader

6.1 Förbehåll för bostadskostnad

För att hyran skall få tillgodoses i förbehållsbeloppet skall bostadstillägg för äldre sökas hos Pensionsmyndigheten eller bostadsbidrag för övriga hos försäkringskassan. Beslutet lämnas till avgiftshandläggaren. Inkommer inte något beslut, sätts hyreskostnaden till 0 kronor/månad.

6.2 Beräkning av boendekostnad

Nettobostadskostnad

Vid avgiftsberäkning skall den enskildes nettobostadskostnad avräknas från nettoinkomsten. Med nettobostadskostnad avses den faktiska bostadskostnaden minskad med samtliga former av bostadsbidrag som den enskilde får.

Beräkning av bostadskostnaden följer försäkringskassans norm.

Hyreslägenhet: Aktuellt hyresbelopp. Vid hyrd bostad med kallhyra beräknas värmekostnaden enligt försäkringskassans schablon för beräkning av bostadstillägg

Bostadsrättslägenhet: Aktuellt hyresbelopp + 70 % av ränta på ev låneskuld som avser bostadsrätten

Eget enfamiljshus: Kostnader för uppvärmning och drift efter ett fast krontal per kvm enligt försäkringskassans schablon. + 70 % av ränta för ev lån som avser fastigheten + fastighetsavgift.

Eget tvåfamiljshus: Samma som för enfamiljshus, men minskat med hyresintäkter för den uthyrda lägenheten.

Eget flerfamiljshus eller andelshus: Enligt belopp som framgår av senaste deklaration samt tillägg för ev uppvärmningskostnad.

Jordbruksfastighet: Driftskostnader och lånekostnader beräknas för fastighetens bostadsbyggnad enligt samma grunder som för enfamiljshus. Fastighetsavgift beräknas på den del av taxeringsvärdet som avser bostadsbyggnad dock högst 0,75 procent av bostadsbyggnadsvärdet och tomtmarksvärdet.

Fri bostad: Enligt de regler som gäller för fri bostad vid taxering till statlig inkomstskatt.

Parboende

Enligt 4 kap. 1 c § SoL har makar rätt att fortsätta sammanbo om den ena parten beviljas särskilt boende. Om den medboende beviljas hemtjänstinsatser omfattas han av avgiftsreglerna enligt sitt eget biståndsbeslut. Medboende, som inte har egna biståndsinsatser, omfattas inte av avgiftsreglerna i 8 kap. SoL. Kostnader för exempelvis mat, förbrukningsvaror etc tas ut med stöd av 8 kap kommunallagen (1991:900) och självkostnadsprincipen är styrande för storleken på beloppen i avtalet. Avgifter som tas ut för tjänster som inte anses vara social omsorg enligt mervärdesskattelagen (1994:200), omfattas som regel inte av undantaget från mervärdesskatt. Om den medboende har egen lägenhet tas hyra ut enligt hyreskontrakt. Medboende debiteras samma matkostnad som boende med biståndsbeslut.

7. Förbehållsbelopp – minimibelopp

Förbehållsbeloppet består av ett minimibelopp plus nettobostadskostnaden.

I socialtjänstlagen anges ett lägsta belopp (minimibelopp) som skall täcka den enskildes normala levnadskostnader, förutom boendekostnaden. Därutöver fastställs förbehållsbeloppet individuellt utifrån den enskildes faktiska situation.

Förbehållsbeloppet = minimibeloppet + den faktiska boendekostnaden.

Den enskilde skall utöver minimibeloppet förbehållas medel för sin nettoboendekostnad innan avgift får tas ut.

7.1 Kostnadsposter i förbehållsbeloppet

Med minimibelopp avses de medel den enskilde behöver för sitt personliga behov utöver avgifter och bostadskostnader. Beloppen för posterna beräknas enligt Konsumentverkets beräknade hushållskostnader och aktuellt basbelopp.

7.2 Nivån på förbehållsbeloppet – minimibeloppet

Det minimibelopp som gäller för ensamboende ska utgöra lägst en tolfedel av 1,3546 gånger prisbasbeloppet.

Minimibeloppet för var och en av sammanlevande makar och sambor ska utgöra en tolfedel av 1,1446 gånger prisbasbeloppet.

Yngre personer med funktionsnedsättning har i vissa fall särskilda kostnader till exempel för bosättning och familjebildning. Enligt förarbetena till socialtjänstlagens avgiftsbestämmelser bör sådana levnadskostnader för yngre personer med funktionsnedsättning, efter en individuell prövning, beräknas till en nivå som överstiger minimibeloppet med upp till 10 procent. En individuell prövning av nivån på tillägget måste dock alltid göras (proposition 2000/01:149 Avgifter inom äldre- och handikappomsorg s. 41).

Minimibeloppet är ett lagstadgat lägsta belopp som den enskilde har rätt till för personligt bruk. Minimibeloppet är baserat på konsumentverkets beräkningar av skäliga levnadskostnader för innevarande år. De skäliga levnadskostnaderna omfattar de varor och tjänster som hushållen vanligen behöver för att klara vardagens behov.

I det fall den enskilde har varaktiga merkostnader som inte ryms inom minimibeloppet skall kommunen ta hänsyn till detta i en individuell prövning av schablonbeloppet. Utgångspunkt för beräkning av minimibeloppet är det prisbasbelopp som årligen fastställs av riksdagen.

7.3 Individuell prövning av minimibeloppet

I socialtjänstlagens bestämmelser om avgifter inom äldre- och handikappomsorgen finns det utrymme för att i viss utsträckning ge den enskilde extra medel för merkostnader för de kostnadsposter som minimibeloppet ska täcka. Ett höjt minimibelopp fastställs efter en individuell prövning. Kommunen godtar den faktiska merkostnaden om den inte är oskäligt hög. En förutsättning för att den enskilde ska ha rätt till ett högre minimibelopp är dock att behovet av ytterligare medel är varaktigt (prop. 2000/01:149 s. 59).

Om en person har kostnader för god man eller andra kostnader på grund av särskilda omständigheter, som varar minst ett år och överstiger 200 kr/mån ska förbehållsbeloppet höjas i skälig omfattning efter gjord ansökan.

Som exempel kan nämnas;

- Merkostnader för livsmedel, till exempel specialkost
- Underhållskostnader för barn
- Kostnader för god man

Vid beräkning av behov utöver minimibeloppet skall hänsyn tas till att en del utgifter kan finansieras via handikappersättningen.

Hänsyn tas ej till lånekostnader och räntor (annat än vid beräkning av boendekostnader)

Höjning av minimibeloppet beviljas för högst ett år, varefter omprövning skall ske. Detta görs i samband med den årliga omräkningen av avgiftsbeslutet. Omprövning kan även ske under löpande kalenderår om förhållanden som påverkar avgiften förändras.

Kommunen får även i vissa fall minska nivån på minimibeloppet. Om kostnadsposten som föranleder minskningen ingår i Konsumentverkets beräkningar för hushållsbudget så bör minskningen baseras på deras beräkningar. Det beror på att även den schablonmässiga delen av minimibeloppet i huvudsak grundas på Konsumentverkets beräkningar (prop. 2000/2001:149 s.40-41).

Vid särskilda boende betalas en fast summa varje månad för mat. I minimibeloppet ingår SKL: s årliga kostnad för livsmedel. Den resterande summan är inte livsmedel och därför höjs minimibeloppet. Denna justering görs per automatik.

Från minimibeloppet görs avdrag för de poster som ingår i boendet samt hushållsel om den ingår i hyran.

För personer i kommunens särskilda boendeformer med boende med heldygnsomsorg skall en generell minskning av förbehållsbeloppet göras med sådana kostnadsposter som ingår i hyran och avgifter. Till dessa kan följande saker höra;

- Möbler och husgeråd
- TV-avgift, dagstidning
- Viss fritidsverksamhet
- Förbrukningsvaror

8. Nedsättning av avgifter och avgiftsbefrielse

8.1 Nedsättning med anledning av dubbla bostadskostnader

Den som fått anvisad lägenhet i särskilt boende kan få hyran jämkad. Under uppsägningstid, längst 3 månader, kan **lägsta hyresbeloppet** jämkas för de som inte har hög inkomst så att förbehållsbeloppet garanteras. De som har förmögenhet som överstiger 2x prisbasbeloppet ska ta förmögenheten i anspråk för täckande av dubbelhyra.

Eventuell jämkning påverkas av förmögenhet överstigande två prisbasbelopp.

Saknas medel till annan dubbel bokostnad än vad som avses ovan, efter nedsättning av avgift för hemtjänst, hänvisas den enskilde att söka försörjningsstöd.

8.2 Nedsättning med anledning av att en av två makar/sammanboende flyttar

Vid beräkning av inkomst för makar och registrerade partners skall den enskildes inkomst anses utgöra hälften av makarnas sammanlagda inkomster (tudelningsprincipen).

Vid beräkning av inkomst för sambor räknas inkomsterna alltid var för sig, då det inte finns lagstadgad underhållsskyldighet sambor emellan.

När en av sammanlevande makar flyttar till ett särskilt boende, beräknas pension och bostadstillägg som för ensamstående, vilket innebär en höjning av inkomsten. Vid beräkning av avgiftsunderlag gäller dock fortfarande tudelningsprincipen vad gäller inkomsterna. Tudelningsprincipen gäller dock ej för bostadstillägg (vid skilda hushåll), utan detta upptas till fastställt belopp för respektive make vid beräkningen av avgiftsunderlag.

Om den ena maken flyttar till särskilt boende och den kvarboende maken trots tudelningsprincipen, inte har tillräckliga medel för personliga behov i nivå med minimibelopp och bostadskostnad, frångår man tudelningsprincipen. Vid beräkningen av avgiftsunderlag tas hänsyn till båda makarnas inkomster och utgifter och nedsättning av hemtjänstavgiften kan ske för att tillse att den kvarboende maken har kvar medel motsvarande sin boendekostnad och förbehållsbelopp (kvarboendeskydd).

Om den kvarboende maken inte har några vård- och omsorgsinsatser enligt SoL, innebär kvarboendeskyddet att en ekonomisk utredning måste göras även för den kvarboende maken. Kvarboende make som inte har några vård- och omsorgsinsatser enligt SoL, skall förbehållas tillräckliga medel för personliga behov i nivå med minimibelopp och skälig bostadskostnad. Som skälig bostadskostnad används samma beräkningsgrund som för uträkning av högsta möjliga bostadstillägg enligt socialförsäkringsbalken. Tudelningsprincipen frångås på samma sätt som beskrivs i stycket ovan.

9. Debitering av avgifter

Alla avgifter debiteras en gång per månad, i efterskott.

Vid inflyttning till särskilt boende tas hyra ut från och med att bostaden/rummet ställs till förfogande enligt beslut. Avgifter för vård och omsorg och mat debiteras från och med verklig inflyttningsdag.

10. Omprövning och ändring av avgifter

10.1 Årlig omprövning

Omräkning av avgifterna sker årligen med tillämpning av ändrade prisbasbelopp, pensioner, skattebestämmelser och inkomstuppgifter. Avgiften skall enligt 8 kap. 9 § SoL, räknas om utan föregående underrättelse om ändringen beror på förändringar i prisbasbeloppet i enlighet med punkt 1.1.

Ändring av beslut om avgift ska ske när omständigheterna förändrats

Retroaktiv rättelse av avgifter

När försäkringskassan utbetalar retroaktivt bostadstillägg eller retroaktiv pension rättas avgiften närmaste aktuella debiteringsmånad. Rättelse avseende för låg avgift debiteras för tre månader tillbaka om den felaktiga avgiften beror på att den enskilde lämnat felaktiga uppgifter eller inte lämnat uppgift. Om för hög avgift debiterats och felet beror på kommunen återbetalas avgiften för tid upp till tio år.

11. Överklagande

11.1 Överklagande av kommunens avgiftssystem

Beslut om kommunens **avgiftssystem** för socialförvaltningen fattas av kommunfullmäktige. Kommunens taxebeslut kan överklagas (inom tre veckor) av alla kommunmedlemmar och bli föremål för s.k. laglighetsprövning enligt 10 kap. kommunallagen. Prövningen kan utmynna i att beslutet upphävs, men inte att beslutet ersätts med ett annat. Prop. 2000/01:149 sid. 50 och 61.

11.2 Överklagande av enskilt avgiftsbeslut

Socialnämndens individuella avgiftsbeslut får överklagas (inom tre veckor) hos allmän förvaltningsdomstol genom så kallat förvaltningsbesvär. Det gäller beslut om avgift och avgiftsförändring samt beräkning av avgiftsunderlag, boendekostnad och förbehållsbelopp. Överklagandet ska ske inom tre veckor från det att beslutet tillkännagivits. Beslutet kan endast överklagas av den som berörs av beslutet. Vid bifall till den klagande kan ett nytt beslut ersätta det överklagade beslutet. 16 kap. 3§, SoL, Prop. 2000/01:149 sid. 50-51 och 61.



Avgift dödsboförvaltning

Sammanfattning

Under vissa förutsättningar som anges i 18 kap 1 § ärvdabalken skall socialnämnden tillfälligt förvalta dödsbo och enligt 5 kap 2 § begravningslagen ordna gravsättning för den som saknar någon som kan ordna det. En kommun har rätt att ta ut ersättning av dödsboet för sina kostnader och åtgärder. I Herrljunga kommun saknas beslut om vilket belopp som ska gälla för sådana kostnader.

SKL har konstaterat att en rimlig timtaxa för dödsboförvaltning och åtgärder enligt begravningslagen är 0,008 av prisbasbeloppet vilket för år 2018 motsvarar 364 kr.

Beslutsunderlag

Förslag till beslut

Socialnämnden föreslår kommunfullmäktige att fastställa avgiften för dödsboförvaltning och åtgärder enligt begravningslagen till 0,008 av prisbasbeloppet. Avgiften justeras årligen enligt prisbasbeloppet.

Linnea Holm
Stabschef

Expedieras till: Kommunfullmäktige, Handläggare dödsboanmälan
För kännedom till:

**Bakgrund****Förvaltning**

När någon har avlidit ska enligt 18 kap 1§ ärvdabalken dödsbodeläggarna gemensamt förvalta den dödes egendom under boets utredning. Om inte någon kan ta hand om den dödes egendom så skall dödsfallet anmälas till socialnämnden. Socialnämnden skall då fullgöra det som krävs och vad som normalt åligger dödsbodeläggarna att tillfälligt förvalta dödsboet.

Dödsboförvaltning kan resultera i flera former av beslut som att överlämna förvaltning och avveckling till anhöriga, Allmänna arvsfonden, god man eller att med fullmakt avveckla dödsboet. Arbetet är ofta tidskrävande.

I dödsboutredning ingår att göra hembesök (2 personer) och att grundligt gå igenom bostaden för att försöka finna eventuellt testamente, gravbrev och annat som kan ha betydelse för fortsatt handläggning. Det som medtags antecknas. Om information inte finns angående om det finns djur/husdjur måste detta undersökas.

Utifrån detta är det sedan en mängd kontakter som behöver tas. Alla händelser journalförs och tidsåtgång anges.

Gravsättning/Begravning

Om den avlidne saknar anhöriga som ordnar med gravsättning har socialnämnden inom ramen för 5 kap 2§ begravningslagen skyldighet att ordna att gravsättning/begravning kommer till stånd. Utifrån den informationen som inhämtas tas erforderliga kontakter och en gravsättning/begravning ordnas.

Ekonomisk bedömning

Enligt SKL är 0,008 av gällande prisbasbeloppet en rimlig timtaxa för dödsboförvaltning. Eftersom avgiften är knuten till prisbasbeloppet justeras den årligen.

För 2018 skulle detta innebära att timtaxan blir 364 kr (45500*0,008).

Juridisk bedömning

Enligt 18 kap 2§ ärvdabalken och 5 kap 2§ begravningslagen har socialnämnden rätt ta ut ersättning av dödsboet för sina kostnader för dödsboförvaltning och åtgärder enligt begravningslagen. Den faktiska tidsåtgången för handläggningen kan debiteras dödsboet.



Förslag på behandling av motion

Sammanfattning

Kommunfullmäktige har beslutat att överlämna motionen Aktivitetscenter för alla äldre i kommunen till Socialnämnden för beredning. För att nämnden ska kunna ta ställning till motionen behöver ärendet beredas.

Beslutsunderlag

Motion inkommen 2018-01-22

Kommunfullmäktige § 30/2018-02-13

Förslag till beslut

Socialförvaltningen får i uppdrag att beredda motionen.

Lennart Ottosson
Socialnämndens ordförande

Andreas Johansson
Socialnämndens vice ordförande

Anette Rundström
Ledamot socialnämndens arbetsutskott

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



KF § 30

DNR KS 22/2018 731

Motion – Aktivitetscenter för alla äldre i kommunen

Sammanfattning

Följande motion inkom 2018-01-22 från Björn Wilhelmsson (S);

"Antalet äldre personer som bor i Herrljunga kommun är högt (ca 22%) jämfört med landet i övrigt(ca 19%). Och all statistik tyder på att antalet äldre kommer att öka.

Med en åldrande befolkning är det viktigt att kommunala insatser görs för att ge våra äldre kommuninvånare ett aktivt åldrande och därmed förebygga ohälsa och undvika behov av kommunala insatser.

Ett aktivitetscenter för alla äldre boende i kommunen inrättas, där man kan ta en fika tillsammans eller delta i olika verksamheter som erbjuds av frivilliga organisationer eller föreningar.

Bristen på aktiviteter ger dålig livskvalitet o medför ofta ohälsa o därmed ökade kostnader för äldreomsorgen inom kommunen.

Vi föreslår att:

Ett äldrecenter inrättas på Hemgården i Herrljunga."

Beslutsunderlag

I kommunfullmäktige frågar ordföranden om motionen överlämnas till socialnämnden för beredning och finner att så sker.

KOMMUNFULLMÄKTIGES BESLUT

1. Motionen överlämnas till socialnämnden för beredning.



Begäran om att få ta tidigare överskott i anspråk för Viva-app

Sammanfattning

Socialnämnden beslutade 30 januari att Viva som app (Viva omsorg) ska införskaffas och stegvis införas med start i hemtjänstområde Ljung. Nämnden beslutade att finansiering i första hand ska ske via utvecklingsmedel, i andra hand genom tidigare års ackumulerade överskott och i sista hand ur befintlig budget. Det finns inga utvecklingsmedel avsatta för socialnämnden vilket innebär att nämnden behöver begära om att få ta tidigare års överskott i anspråk. Kostnaden för införandet av Viva omsorg uppgår till 700 tkr samt 260 tkr för själva driftkostnaden.

Beslutsunderlag

Policy – Verksamhets- och ekonomistyrningsprinciper
Socialnämnden §14/2018-01-30

Förslag till beslut

Socialnämnden hemställer hos Kommunstyrelsen att få ta del av tidigare års ackumulerade överskott för att införa Viva omsorg till en kostnad av 700 tkr.

Magnus Stenmark
Socialchef

Expedieras till: Kommunstyrelsen
För kännedom
till:

**Bakgrund**

Socialnämnden beslutade 30 januari att Viva som app (Viva omsorg) ska införskaffas och stegvis införas med start i hemtjänstområde Ljung. Nämnden beslutade att finansiering i första hand ska ske via utvecklingsmedel, i andra hand genom tidigare års ackumulerade överskott och i sista hand ur befintlig budget. Det finns inga utvecklingsmedel avsatta för socialnämnden vilket innebär att nämnden behöver begära hos kommunstyrelsen om att få ta tidigare års överskott i anspråk.

Viva omsorg är en app som verkställigheten kan dokumentera i när de är ute hos brukaren detta gör att dokumentationen blir mer kvalitetssäker då den sker direkt och det inte finns risk att något glöms. Dokumentationen kan också ske genom att man dikterar för Viva omsorg. Genom att införa Viva som app minskar förhoppningsvis stressen hos personalen och arbetsmiljön förbättras. Totalt omfattas ca 135 ordinarie personal och till det kommer vikarier så runt 160 personer.

Ekonomisk bedömning

Kostnaden för införandet av Viva omsorg kan delas in i fyra delar:

- Införande kostnader
- Installations kostnader
- Hårdvara/utrustning
- Licens- och driftskostnader

Införande kostnader

Införande kostnaderna är i dagsläget svåra att beräkna. Hit hör personalkostnader som kommunen har för införandet i form av installation av server, testning, utbildning m.m. Preliminär kostnad: 150-200 tkr

Installationskostnader

Installationskostnaderna är den kostnad kommunen betalar till Ilab (Viva leverantör) för installation, konfiguration och konsultation av Viva omsorg. Fasta kostnaden för detta är 70 tkr. Till detta tillkommer omkostnader för resor, logi m.m.

Hårdvara/utrustning

För att kunna införa Viva omsorg behöver förvaltningen köpa in iPads till personalen, speciella skal till dessa så inloggning kan ske via SITHS-kort samt att SITHS-kort behöver köpas in. Kostnaden för detta beräknas till 430 tkr.

Licens- och driftskostnader

Licens- och driftskostnader är löpande driftskostnader som ska betalas årligen. I detta ingår servrar, användarlicenser m.m. Kostnaden beräknas till 260 tkr/år.

Totala kostnaden för införandet uppgår till 700 tkr. Den löpande årskostnaden sedan är 260 tkr.

Juridisk bedömning

Kommunens ekonomistyrningsprinciper säger att en nämnd kan begära hos kommunstyrelsen att få ta del av ackumulerat överskott.



Samverkansgrupp: FSG Socialförvaltningen

Sammanträdesdatum: 2018-03-15

Plats: Stensjön, kommunhuset

Tid: kl. 10.00-12.00

Närvarande

Arbetsgivarrepresentanter

Magnus Stenmark

Linnea Holm

Carolina Forsberg, § 4.1

Socialchef

Stabschef

HR-strateg

Fackliga representanter

Morgan Gunnarsson

Erica Svensson

Ingrid Johansson

Vision

Vårdförbundet

Sveriges
arbetsterapeuter

Mötet öppnades

Ordföranden, Magnus, hälsar alla välkomna.

1. Övriga frågor

2. Uppföljning föregående möte

2.1. Beslut korttidsplats

Sveriges arbetsterapeuter ställer frågan vad som gäller vid uppföljning av beslut på korttiden.

Arbetsgivaren informerar att det är förste socialsekreterare som får ta beslut om korttiden när det inte är vid vårdplanering.

3. Information – på gång

Ingen ny information

4. Arbetsmiljö

4.1. Projekt sjukfrånvaro

Carolina Forsberg, HR-strateg, informerar om nuläget kring projekt sjukfrånvaro.

5. Nämnd

5.1. Information – Månadsuppföljning februari

Arbetsgivaren informerade i ärendet.

Sveriges arbetsterapeuter ställer frågan vad som menas med att en 50 % rehab-tjänst inte tillsätts. Arbetsgivaren tar med sig frågan.

5.2. Information – Patientsäkerhetsberättelse 2017

Arbetsgivaren informerade i ärendet.

5.3. Inför beslut – Kvalitetsberättelse 2017

Arbetsgivaren informerade i ärendet.



PROTOKOLL

2018-03-15

5.4. Inför beslut – Revidering av avveckling HVB

Arbetsgivaren informerar i ärendet. De fackliga har inget att invända. Ärendet är med detta samverkat.

5.5. Inför beslut – Kontorslokaler socialförvaltningen

Arbetsgivaren informerar i ärendet. De fackliga har inget att invända. Ärendet är med detta samverkat.

6. Verksamhetsfrågor

Mötet avslutas

Ordföranden tackar för visat intresse och förklarar mötet avslutat.

Vid protokollet:

Linnea Holm

Justeras:

Magnus Stenmark
Herrljunga kommun

Morgan Gunnarsson
Vision

Ingrid Johansson
Sveriges arbetsterapeuter

Erica Svensson
Vårdförbundet



KF § 18
KS § 8

DNR KS 8/2018 7704

Målbild för socialförvaltningens lokaler 2027

Sammanfattning

Socialnämndens fattade beslut, 2017-12-19, att anta av förvaltningen föreslagen målbild för socialförvaltningens lokaler 2027 och att Socialnämndens beslut ska delges kommunstyrelsen och kommunfullmäktige.

Socialnämndens arbetsutskott har tillsammans med förvaltningsledningen sett över behoven inom nämndens verksamhetsområde de nästkommande tio åren.

Kommunstyrelsen har tagit del av Socialnämndens beslut avseende målbild för socialförvaltningens lokaler 2027 och ska i beredningen av ärendet till kommunfullmäktige ange kommunstyrelsens uppfattning i ärendet.

Målbild 2027 bygger på befolkningsprognos och anger Socialnämndens bedömning av inriktning och behov av verksamhetslokaler på tio år. Målbild 2017 är väl genomarbetad och anger färdriktningen med syfte att tillgodose Herrljunga kommuns behov av verksamhetslokaler för Socialnämndens verksamheter.

De framtida ekonomiska förutsättningarna och budgetprocesserna för Herrljunga kommun ska ange genomförandetakten avseende "Målbild 2027".

Beslutsunderlag

Socialförvaltningens underlag avseende "Målbild 2027", 2017-12-06

Socialnämndens beslut avseende "Målbild 2027", 2017-12-19

Denna tjänsteskrivelse i ärendet, 2018-01-05

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Kommunstyrelsen föreslår kommunfullmäktige att ställa sig bakom socialnämndens antagna "Målbild 2027", avseende tioårsperiodens bedömda behov av verksamhetslokaler.

Ronnie Rexwall (KV) föreslår följande tillägg:

- Beslutet ska beaktas i budgetarbetet 2019.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om samtliga förslag antas och finner att så sker.

Kommunstyrelsens förslag till kommunfullmäktige

1. Kommunfullmäktige ställer sig bakom socialnämndens antagna "Målbild 2027", avseende tioårsperiodens bedömda behov av verksamhetslokaler.
2. Beslutet ska beaktas i budgetarbetet 2019.

Meddelande 3



HERRLJUNGA KOMMUN
KOMMUNFULLMÄKTIGE

SAMMANTRÄDESPROTOKOLL

Sammanträdesdatum:
2018-02-13

Sid.
28

Fortsättning KF § 18

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

KOMMUNFULLMÄKTIGES BESLUT

1. Kommunfullmäktige ställer sig bakom socialnämndens antagna "Målbild 2027", avseende tioårsperiodens bedömda behov av verksamhetslokaler.
2. Beslutet ska beaktas i budgetarbetet 2019.

Justerandes sign

Utdragsbestyrkande



2018-03-01

Missiv

Framtaget av: Anneli Bjerde, VästKom

Till samtliga kommuner i Västra Götaland

Remiss kring **ekonomisk modell** för att reglera betalningsansvaret utifrån lagen *Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*

Bakgrund

Samverkan vid utskrivning från sluten hälso-och sjukvård är en ny lag som ersatte nuvarande betalningsansvarslag den 1 januari 2018. Syftet med den nya lagen är att patientens övergång från slutenvård till öppenvård ska vara trygg och säker. Rekommendationen är att kommuner och landsting kommer överens om samverkan och ansvarsfördelning vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård inklusive reglering av kommunens betalningsansvar.

I Västra Götaland finns en tillfällig överenskommelse inklusive riktlinje som gäller under en kortare tid, från 1 januari 2018 till och med den 24 september 2018. Under denna tid gäller 2017 års regler och belopp för kommunernas betalningsansvar.

Under sommaren 2017 var ett förslag till överenskommelse inklusive ekonomisk betalningsmodell samt riktlinje ute på remiss hos Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen. Över femtio svar kom in. Många av remissvaren kommenterade den ekonomiska modellen. Modellen uppfattades som krånglig och svår av båda huvudmännen och den har inte fått acceptans inom Västra Götalandsregionen.

Nuläge

Den samlade bedömning som Koncernkontoret och VästKom nu gör är att:

- Båda huvudmännen vill träffa en överenskommelse innehållande en ekonomisk modell för betalningsansvar från och med den 25 september 2018.
- En genomsnittsmodell är att föredra framför lagens back-upplösning med individberäkning efter tre dagar.
- Att den ekonomiska modell som var ute på remiss inte är möjlig att få acceptans för hos båda huvudmännen.

IT-stöd

Utveckling av IT-stödet för att stödja in-och utskrivningsprocessen kommer att påbörjas parallellt med remissomgången under våren 2018. IT-stödet kommer



2018-03-01

Missiv

Framtaget av: Anneli Bjerde, VästKom

att byggas på så vis att det möjliggör beräkning både utifrån ett genomsnittsvärde och på individnivå.

Överenskommelse samt riktlinjerna

Överenskommelsen samt riktlinjerna har förtydligats utifrån inkomna synpunkter. De ingår därmed inte i denna remiss. Du hittar aktuellt förslag till överenskommelse och riktlinje på VästKoms webbsida under [Samverkan vid in- och utskrivning](#).

Remiss av ekonomisk modell

Efter beredning förordar VästKom och Västra Götalandsregionen en genomsnittsmo-
dell som räknas på en månad och där betalning sker retroaktivt. Kommunerna ges genom denna remissen möjlighet att inkomma med synpunkter på den ekonomiska modellen. Alternativet till den föreslagna genomsnittsmo-
dellen är den modell som lagen föreskriver med individberäkning på tre dagar. Den ekonomiska modellen finns beskriven i bifogat underlag.

De kommuner som har ytterligare frågor och som vill göra beräkningar kan kontakta Maria Grip på Västra Götalandsregionen: maria.k.grip@vgregion.se

Psykiatri

Den statistik som finns för länet gällande psykiatri visar att dagens genomsnittstid, från utskrivningsklar till utskrivning inte överskrider 4,0 dagar. Då statistiken till viss del är bristfällig är VästKoms och koncernkontorets samlade bedömning att det inte lämpligt att gå direkt på samma antal dagar som somatiken har utan att det behövs en viss nedtrappning av antalet dagar.

Förslaget från koncernkontoret och VästKom kring betalningsansvaret för psykiatri innebär en nedtrappning i två steg.

Från och med 2018-09-25 till 2019-12-01 inträder en kommuns betalningsansvar för enskilda som vårdats inom slutna psykiatrisk vård och som omfattas av denna överenskommelse, 15 kalenderdagar efter att slutenvården meddelat att den enskilde är utskrivningsklar. Från och med 2019-12-02 regleras betalningsansvaret på samma sätt oavsett om den enskilde vårdats i psykiatrisk eller somatisk vård.

Tidsplan

Svar skickas in senast den 23 april. Vi är medvetna om att tidsramen kan vara något snäv för en politisk behandling i kommunerna, men ber om er förståelse för detta. Remisstiden är tidsmässigt så lång som möjligt i relation till det



2018-03-01

Missiv

Framtaget av: Anneli Bjerde, VästKom

ställningstagande som behöver göras av det Politiska Samrådsorganet, SRO, den 4 maj. Efter ställningstagande i SRO kommer förslaget att skickas ut för ställningstagande till kommunalförbunden samt respektive kommun.

Det Politiska samrådsorganet ställde sig 2018-02-22 bakom den fortsatta processen samt denna remiss av den föreslagna ekonomiska modellen.

Svar skickas in senast den 23 april. Ett svar per kommun kan lämnas.

[Länk till svarsformulär](#)

Vid frågor kontakta:

Anneli Assmundson Bjerde, VästKom

e-post: anneli.bjerde@vastkom.se

mobil: 073-335 85 16

Maria Grip, VGR

e-post: maria.k.grip@vgregion.se

mobil: 070-082 43 63

Vänligen

Thomas Jungbeck
Direktör VästKom

Ann Söderström
Hälso- sjukvårdsdirektör



2018-03-02

Underlag

Framtaget av: Maria Grip, VGR, och Linda Macke, VästKom

Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Västra Götaland

Föreslagen ekonomisk modell för betalningsansvar

- Kommunens betalningsansvar inträder om man har ett genomsnitt över 3,0 kalenderdagar under en kalendermånad.
- En kommun betalar retroaktivt för mellanskillnaden mellan genomsnittligt antal kalenderdagar och 3,0. (Mellanskillnaden * Antal utskrivna personer som omfattas av denna överenskommelse * 7100 kr)
- Genomsnittet summeras efter varje månad.
- För personer som ligger kvar inom slutenvården längre än 7 kalenderdagar efter bedömning om utskrivningsklar övergår genomsnittsberäkningen till individuell beräkning. Kommunen betalar då för de dagar som överskrider 3 kalenderdagar, beräknat per individ. Dessa personer ska inte räknas med i månadens genomsnitt.

I modellen räknas betalningsansvaret för en kommun ut efter varje månad och kommunen betalar för det man överskridit genomsnittet. En kommun som under en månad haft ett genomsnitt på 3,5 får betala 0,5 gånger antalet utskrivna personer gånger 7 100 kr. Denna uträkning görs efter varje månad.

Beloppet, 7100kr, fastställs årligen av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer, och motsvarar genomsnittskostnaden i riket för ett vårddygn i den slutna vården.

Bakgrund

Från 1 januari gäller en ny lag: lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Lagen reglerar:

1. Samverkan vid planering av insatser för enskilda som efter att de skrivits ut från sluten vård kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och den landstingsfinansierade öppna vården
2. Hur insatserna ska planeras för enskilda som efter utskrivning behöver insatser från flera berörda enheter inom de aktuella verksamheterna



2018-03-02

Underlag

Framtaget av: Maria Grip, VGR, och Linda Macke, VästKom

3. Kommunens betalningsansvar för vissa utskrivningsklara patienter.

Lagen ger utrymme för landsting och kommuner att träffa en överenskommelse om tidpunkt för när kommunens betalningsansvar ska inträda och med vilket belopp (kap 4, § 5).

Arbetet i Västra Götaland

I Västra Götaland finns en överenskommelse som reglerar betalningsansvaret under en kortare tid, från 1 januari 2018 till 24 september 2018. 2017 års regler för kommunernas betalningsansvar gäller under denna tid, och så också 2017-års belopp.

En beredningsgrupp med representanter från delregional vårdsamverkan tog under våren 2017 fram ett förslag till överenskommelse och riktlinje som på ett övergripande sätt reglerar in- och utskrivningsprocessen i Västra Götaland för personer med behov av samordnade insatser. Förslaget var på remiss hos kommuner, nämnder och styrelser inom VGR och andra intressenter, och över 50 remissvar kom in. En stor del av remissvaren hade synpunkter på den ekonomiska modell för att reglera betalningsansvaret som föreslogs i remissversionen av överenskommelsen. Många kommuner, och fyra av VGRs fem hälso- och sjukvårdsnämnder, såg det som positivt med en genomsnittsvärdesmodell. En genomsnittsmo­dell ger flexibilitet och incitament för snabb hemtagning samtidigt. För att undvika betalningsansvar behöver en kommun ta hem de allra flesta utskrivningsklara personer omgående. Flexibiliteten i en genomsnittsmo­dell ger samtidigt möjlighet att låta enstaka utskrivningsklara personer vara kvar inom slutenvården några extra dagar om det finns behov medan allt riggas på hemmaplan. Detta lyfts som en fördel för den enskilde, och väl i linje med ett personcentrerat arbetssätt. Det sätt som remissmodellen var utformad på uppfattades dock som krånglig och svår­förståeligt.

Några av VGRs förvaltningar menade att de ekonomiska incitamenten för effektiv hemtagning i remissmodellen var för svaga. Det fanns också oro för att flexibiliteten skulle nyttjas så att utskrivningsklara personer som blir kvar i slutenvården får vara kvar allt för länge.

Utifrån remissvaren har dialog förts med de olika intressenterna. Målsättningen för koncernkontoret och VästKom har varit att ta hänsyn till de olika remissvaren, och föreslå en modell som både går att förstå och kan bli accepterad.



Strategiska beredningsgruppen utökades med fler representanter från respektive huvudmannaled. Denna grupp har analyserat ekonomiska modeller från flera andra län. I analysen utkristalliserade sig två huvudalternativ:

- Skånes modell
- Modifiera den modell som var med i remissversionen i VG

Gruppen kom fram till att individberäkning enligt lagens backupplösning inte är något alternativ. Gruppen menade att en genomsnittvärdesmodell ger bättre incitament till tidig hemtagning, och bör stimulera samverkan kring den enskilde. Flexibiliteten för kommunerna värderades också högt. Mer komplexa varianter av genomsnittsmoeller är inte något alternativ i Västra Götaland eftersom gruppen bedömde enkelhet som viktigt.

Vad gäller Skånemodellen var gruppens bedömning att den är enkel och begriplig. Den innehåller mer flexibilitet än individberäkning och stimulerar på så sätt snabb hemtagning, men har mindre flexibilitet än VGs remissversion. Den är lätt att få till i IT-stödet och innebär enklare administration. Det kan upplevas som rättvist att en kommun betalar retroaktivt för de månader som en kommun faktiskt haft problem med hemtagningen. Månadsflöde ger avslut och rättar till direkt. Modellen har dock inte varit på remiss, något som gruppen bedömde som en nackdel.

VästKoms och Västra Götalandsregionens bedömning

Analysen har lämnats till Västra Götalandsregionen och VästKom som tillsammans förordar en genomsnittsmoeller på en månad så som Skåne har. Modellen kompletteras med en 7-dagarsregel som reglerar hur länge en person kan ligga kvar innan beräkningen övergår till individberäkning. Modellen bedöms som enkel, samtidigt som den stimulerar snabb hemtagning och ger viss flexibilitet.

VGs remissmoeller är inte ett alternativ för VGR, baserat på remissvaren.

Ett räkneexempel

Ett räkneexempel kan ge en fingervisning om modellernas likheter och olikheter rent ekonomiskt. I exemplet har en kommun 20 folkbokförda individer som blir utskrivningsklara från slutenvården varje månad. Vi har lagt in fiktiva siffror på hur länge dessa personer är kvar i slutenvården efter att de bedömts som utskrivningsklara.

Exemplet indikerar att det rent ekonomiskt är bra för kommunkollektivet att undvika lagens backup-lösning med individberäkning på 3 dagar. Sjukhusens oro



2018-03-02

Underlag

Framtaget av: Maria Grip, VGR, och Linda Macke, VästKom

för svaga incitament i VGs remissversion kan ha viss grund. En genomsnittsmo­dell på en månad ser ut som en mellanmodell rent ekonomiskt.

Betalningsansvar för psykiatri

Lagen säger att för patienter som vårdas i slut­en psykiatrisk vård ska fram till och med den 31 december 2018 kommunens betalningsansvar inträda först 30 dagar efter det att en underrättelse har skickats, om inte kommunen och landstinget har kommit överens om annat. I länet har vi kommit överens om att ekonomisk reglering fram till 2018-09-24 sker enligt tidigare lag om kommunernas betalningsansvar och med samma be­lopp som 2017.

Den statistik som finns för länet för psykiatri visar att dagens genomsnittstid, från utskrivningsklar till utskrivning, inte överstiger 4,0 dagar.

Beredningsgruppen har inhämtat bedömningar från huvudmän och verksamheter. Eftersom statistiken till viss del är bristfällig är VästKom och Koncernkontorets samlade bedömning att det inte är lämpligt att gå direkt på samma antal dagar som somatiken har utan att det behövs viss nedtrappning av antalet dagar. Samtidigt kan omställningstiden inte vara allt för lång. Det gynnar inte förändringsarbetet som kommer att behövas i alla inblandade verksamheter.

Förslaget från Koncernkontoret och VästKom kring betalningsansvaret för psykiatri innebär en nedtrappning i två steg.

Från och med 2018-09-25 till och med 2019-12-01 inträder en kommuns betalningsansvar för enskilda som vårdats inom slut­en psykiatrisk vård och som omfattas av denna överenskommelse, 15 kalenderdagar efter att slutenvården meddelat att den enskilde är utskrivningsklar.

Från och med 2019-12-02 regleras betalningsansvaret på samma sätt oavsett om den enskilde vårdats i psykiatrisk eller somatisk vård.

Uppdaterad riktlinje

I samband med beslutet om överenskommelsen som gäller fram till och med 2018-09-24, beslutades också en riktlinje. Denna riktlinje har därefter ytterligare förtydligats inför nästa beslutsomgång.

Förutom redaktionella ändringar har det förtydligats att:

- processen kan se olika ut beroende på om den enskilde har behov av samordnade insatser efter utskrivning eller inte



2018-03-02

Underlag

Framtaget av: Maria Grip, VGR, och Linda Macke, VästKom

- slutenvården har huvudansvaret för att samordning sker fram till överlämningen till den enskildes fasta vårdkontakt
- flera steg i processen behöver ske parallellt

Thomas Jungbeck
Direktör VästKom

Ann Söderström
Hälsö- sjukvårdsdirektör