



Instans: Socialnämnden  
Tid: Tisdag 2020-03-24 kl. 13.00  
Plats: Nossan (A-salen), kommunhuset

Förslag på justerare: Magnus Lennartsson (M)  
Dag för justering: 2020-03-25 kl. 16.00

**Samtliga ärenden har beretts av socialnämndens presidium. I samtliga beslutsärenden föreslår socialnämndens presidium 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.**

Eva Larsson  
Ordförande

Linnea Nilsson  
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			Nämndsamordnare
			Val av justerare och tid för justering			Ordförande
13.05	1	INFO	Socialförvaltningen informerar	--	--	Socialchef
13.35	2	SN	Kvalitetsberättelse 2019	SN 32/2020	X	SAS/kvalitets- samordnare
13.55	3	SN	Patientsäkerhetsberättelse 2019	SN 45/2020	X	MAS/MAR/ kvalitetssamordnare
14.15	4	INFO	Information om statsbidrag 2019-2020	SN 40/2020	X	SAS/kvalitets- samordnare
14.25	5	SN	Månadsuppföljning per 2020-02-29	SN 8/2020	X	Controller
14.40	6	SN	Uppföljning av handlingsplan för att hantera utmaningar i budget och verksamhetsplan 2020	SN 120/2019	X	Controller
14.50	7	SN	Yttrande till Inspektionen för vård och omsorg, IVO	SN 76/2019	X	SAS/kvalitets- samordnare
15.00	8	SN	Svar på skrivelse från FUB angående brister i kommunens dagliga verksamhet	SN 93/2019	X	SAS/kvalitets- samordnare
15.05	9	SN	Beslut om att utse dataskyddsbud enligt brottsdatalagen	SN 41/2020	X	Stabschef
15.25	10	INFO	Återrapport från kontaktpolitiker	--	--	Ordförande

<i>NR</i>	<i>Meddelandeförteckning</i>	<i>DNR</i>	<i>Handlingar bifogas</i>
1	Domar inkomna under tidsperioden 2020-01-28- -2020-03-23	--	VS
2	Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus	SN 27/2020	X
3	Verksamhetsberättelse för Tillståndsenheten i Samverkan 2019	SN postlista 7/2020	X
4	Årsrapport från Ungdomsmottagningen i Herrljunga 2019	SN 35/2020	X
5	KF § 17/2020-02-18 Avsägelse av uppdrag som ersättare i socialnämnden	SN postlista 8/2020	X
6	KF § 16/2020-02-18 Avsägelse av uppdrag som ledamot i socialnämnden	SN postlista 9/2020	X
7	KF § 37/2020-03-09 Avsägelse och fyllnadsval av uppdrag som ersättare i socialnämnden	SN postlista 10/2020	X
8	KF § 13/2020-02-18 Revidering av riktlinjer för färdtjänst	SN 100/2019	X

<i>NR</i>	<i>Delegeringsbeslut</i>	<i>DNR</i>	<i>Handlingar bifogas</i>
1	Anmälan av delegeringsbeslut under tidsperioden 2020-02-25- -2020-03-23	--	VS
2	Ansökan om tillfälligt tillstånd till allmänheten, Herrljunga Folkets Park	32-2020-00029	X



## Kvalitetsberättelse 2019

### 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 hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och vilka resultat som har uppnåtts.

Kvalitetssamordnare har återkommande kvalitetsmöten med enhetschefer där uppföljning sker av t.ex. avvikelser och hur planering för fortsatt arbete för förbättringar ska ske. Verksamhet Myndighet har 2019 rapporterat ett stort antal avvikelser gällande brister i myndighetsutövningen. En anmälan enligt lex Sarah har gjorts till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Ett omfattande förbättringsarbete har påbörjats.

Regelbundna träffar med dokumentationsombuden har skett under året. I övrigt delaktighet på arbetsplatsträffar och andra tillfällen för information och utbildning. Processer och rutiner upprättas och revideras, vilket är en ständigt pågående process. Interkontroll, granskningar i enskilda ärenden samt verksamhetsgranskning har skett.

Det finns brister i den delen, utifrån ledningsföreskriften om systematiskt kvalitetsarbete som handlar om att arbeta med riskbedömningar och analyser. Det systematiska kvalitetsarbetet ska dokumenteras. Genomgång har skett, verktyg/mallar som stöd för dokumentation av riskbedömningar finns. Chefer använder inte de verktyg som finns i sitt arbete med analyser av resultat och planering av åtgärder – det dokumenteras inte. Tre riskanalyser inför verksamhetsförändringar finns upprättade 2019.

Resultatet från Socialstyrelsens årliga nationella brukarenkät inom äldreomsorgen visar att nämnden inte nådde upp till alla inriktningsmålen 2019. Bemötandet från personalen får en hög andel positiva svar. Verksamhet Myndighet har inte deltagit i årets brukarundersökning. Inom daglig verksamhet, LSS har den nationella brukarundersökningen genomförts. Resultatet visar att brukarna upplevelse är att personalen bryr sig om dem och att de får den hjälp de behöver. Resultaten tas om hand, ingår i dialoger på arbetsplatserna för fortsatt utveckling.



Ett fortsatt förbättringsarbete behövs för att säkra en god vård och omsorg i enlighet med gällande lagar och föreskrifter. Bland annat gällande:

- risk- och konsekvensbedömningar
- att analysera resultat
- dokumentation
- interna samarbetsformer

Resultat från bland annat avvikelser, internkontroll, granskning och på annat sätt uppmärksammade händelser bör ligga till grund för socialnämndens fortsatta förbättringsarbete år 2020.

Under avsnittet bilagor finns nationella uppföljningar. Bland annat en del av de sammanställningar och färdiga presentationer i Kolada. Dessa sammanställningar kan utgöra ett underlag för kvalitetsarbete inom verksamheterna.

#### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2020-02-24

Kvalitetsberättelse 2019

#### Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut. Socialnämnden godkänner Kvalitetsberättelsen för 2019 och lägger den till handlingarna.

Heléne Backman Carlsson  
SAS/Kvalitetssamordnare

Expedieras för  
kännedom till:  
Revisorerna

# Ärende 2

DIARIENUMMER: 32/2020

FASTSTÄLLD: 2020-03-24

## Kvalitetsberättelse 2019

**Beslutsinstans, Socialnämnden**  
**Omfattar socialförvaltningens samtliga verksamheter**



HERRLJUNGA KOMMUN

*Våga vilja växa!*

---

2020-02-21

Sammanställd av: Heléne Backman Carlsson  
SAS/Kvalitetssamordnare

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>SAMMANFATTNING</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>BAKGRUND</b>	<b>5</b>
2.1	KVALITET I VERKSAMHET	5
<b>3</b>	<b>ORGANISATORISKT ANSVAR OCH ROLLER I KVALITETSARBETET</b>	<b>6</b>
3.1	SOCIALNÄMND	6
3.2	FÖRVALTNINGSCHEF	6
3.3	SAS/KVALITETSSAMORDNARE	6
3.4	VERKSAMHETSCHEF	6
3.5	STABSCHEF	6
3.6	ENHETSCHEF	6
3.7	PERSONAL I VERKSAMHET	6
<b>4.</b>	<b>MÅL OCH MÅLUPPFYLLELSE</b>	<b>7</b>
4.1	VISION OCH MÅL	7
4.2	MÅLUPPFYLLELSE	7
<b>5</b>	<b>SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE</b>	<b>9</b>
5.1	RISKANALYS	9
5.2	EGENKONTROLL	9
5.2.1	INTERNKONTROLL	9
5.3	UTREDNING AV AVVIKELSER	10
5.3.1	KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER	11
5.3.2	AVVIKELSER SoL/LSS	11
5.3.3	LEX SARAH	12
<b>6</b>	<b>EXTERNA GRANSKNINGAR</b>	<b>13</b>
6.1	INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG	13
6.1.1	EJ VERKSTÄLLDA BESLUT	13
6.1.2	ENSKILDAS ANMÄLAN TILL INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG	14
6.1.3	TILLSYN AV INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG	14
<b>7</b>	<b>PERSONALENS MEDVERKAN I KVALITETSARBETET</b>	<b>14</b>
<b>8</b>	<b>UTMANINGAR</b>	<b>15</b>



<b>8.1</b>	<b>INRIKTNING 2020</b>	<b>15</b>
	<b>BILAGOR</b>	<b>18</b>
	<b>NATIONELLA UPPFÖLJNINGAR</b>	<b>18</b>
	<b>KVALITET OCH RESULTAT</b>	<b>18</b>

## 1 Sammanfattning

Enligt Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS<sup>1</sup>) 2011:9, 7 kap. 1 § bör vårdgivare som omfattas av 1 kap. 1 § 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS<sup>2</sup> 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.

Av kvalitetsberättelsen bör det framgå:

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och
- vilka resultat som har uppnåtts.

Kvalitetsberättelsen omfattar i huvudsak socialtjänstlagen, SoL och lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, områden.

Uppdateringar av riktlinjer och rutiner i ledningssystemet är ett fortsatt och ständigt pågående arbete. Ytterligare en processkartläggning, hemtjänst har genomförts under året och uppföljningar av andra processer. Handboken med de styrande dokumenten finns på intranätet, tillgänglig för samtlig personal. Information ska naturligt ingå bl.a. vid introduktion för samtliga personalkategorier.

Ett fortsatt arbete och förankring gällande avvikelserapportering med synpunkter och klagomål sker i introduktion av nya medarbetare och chefer. Fokus under flera år har varit på medarbetarnas skyldighet att rapportera, vad och hur det ska dokumenteras. Avvikelsehantering generellt behöver nu lyftas till enhetschef/chefsnivå för ett förbättrat analys- åtgärds- och uppföljningsarbete. Lex modulen i verksamhetssystemet har införts vilket innebär att samtliga verksamheter nu kan rapportera avvikelser i Viva vilket bättre säkerställer processen.

Återkommande träffar med dokumentationsombud, har genomförts. Dokumentationsombud är särskild utsedd personal, som finns för stöd till kollegor och har så kallad spetskompetens gällande dokumentation och verksamhetssystemet Viva. Den planerade webbutbildningen i handläggning och dokumentation för socialsekreterare inom barn och unga fullföljdes inte. Dokumentation på handläggningsnivå och verkställighetsnivå är ett fortsatt utvecklingsområde.

Kvalitetssamordnarna har till uppgift och har deltagit i verksamheternas fortsatta förbättringsarbete, i samarbete med förvaltningsledning och enhetschefer bl.a. genom återkommande träffar med enhetscheferna, deltagande på APT<sup>3</sup> samt genom utbildning, granskning och kontroll.

Resultatet från Socialstyrelsens årliga nationella brukarundersökning inom äldreomsorgen visar att nämnden inte nådde upp till alla inriktningsmål 2019. Verksamhet Myndighet, har år 2019 inte genomfört den nationella brukarundersökningen inom individ och familjeomsorg, IFO. Daglig verksamhet, LSS har år 2019, för första gången deltagit i den årliga nationella brukarundersökningen. Resultat från bland annat brukarundersökningar, avvikelser, internkontroll, granskningar och på annat sätt uppmärksammade händelser bör ligga till grund för socialnämndens fortsatta förbättringsarbete 2020.

---

<sup>1</sup> Föreskrifter och Allmänna råd – Ledningssystem för systematiskt Kvalitetsarbete

<sup>2</sup> Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

<sup>3</sup> Arbetsplatsträff

## 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.

Kvalitetsbegreppet omfattar socialtjänstens verksamhet på alla nivåer: strukturinriktade, 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 lagstiftningen 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 tillsyn, öppna jämförelser mm. Kommunfullmäktige ställer krav om mål för verksamheten. Nämnden har beslut om målindikatorer, dessa ska följas upp i egenkontroll. Enskilda brukares uppfattning följs upp via synpunkt- och avvikelshantering.

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 FÖRVALTNINGSCHEF**

Förvaltningschef har ett övergripande ansvar och rapporterar till socialnämnden.

### **3.3 SAS<sup>4</sup>/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 förvaltningschef samt verksamhetschefer ska samverka kring socialtjänstfrågor. Rapporterar till respektive ansvarig verksamhetschef samt förvaltningschef. SAS arbete sker i samarbete med medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS.

### **3.4 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 förvaltningschef och ska samverka kring socialtjänst och hälso- och sjukvårdsfrågor tillsammans med MAS/Kvalitetssamordnare och SAS/Kvalitetssamordnare. Rapporterar till förvaltningschef.

### **3.5 STABSCHEF<sup>5</sup>**

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 förvaltningschef.

### **3.6 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.

### **3.7 PERSONAL I VERKSAMHET**

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

---

<sup>4</sup> SAS Socialt ansvarig samordnare

<sup>5</sup> Funktionen upphör 2020

## 4. Mål och måluppfyllelse

### 4.1 VISION OCH MÅL

Kommunfullmäktige har antagit övergripande mål för Herrljunga kommun. Med dessa som underlag beslutar nämnderna om sina inriktningsmål. Socialförvaltningens mål utifrån visionen är utifrån brukarperspektivet följande två mål:

- en välmående verksamhet skall präglas av ett hälsofrämjande förhållningssätt som skapar trygghet och delaktighet
- förbättra integrationen av nyanlända med positiva effekter på samhällsutveckling genom medverkan och delaktighet av anställda och medborgare.

Socialnämnden har inom vissa verksamheter brutit ner målen till målandikatorer med andel nöjdhet i procent. Resultat år 2018 inom parentes.

Äldreomsorg	Mål 2019 (%)	Resultat 2019 (%)
Brukare inom äldreomsorgen ska känna förtroende för den personal som kommer hem till dem	100	88 (91)
Brukare inom äldreomsorgen ska vara delaktig i planering av hjälpen och kunna påverka vid vilken tid personalen kommer hem	74	71 (72)
Närstående/brukare i äldreomsorgen upplever ett bra bemötande i kontakten med personal	100	98 (89)
Andelen avvikelser inom SoL och LSS gällande utebliven insats ska minskas och högst utgöra % andel av samtliga avvikelser med	28	22 (34)

Daglig verksamhet enligt LSS		
Bemötande	100	85
Delaktighet	74	62

### 4.2 MÅLUPPFYLLELSE

Varje verksamhet har en upprättad arbetsplan där socialnämndens övergripande mål finns dokumenterade. Målandikatorerna eller andra mätbara mål är inte, i alla verksamheter, kända och dokumenterade i arbetsplanerna. Resultaten från egenkontrollerna/uppföljningarna i förhållande till mätbara målen saknas i en del av arbetsplanerna men ett arbete pågår inom verksamheterna.

#### Vård och omsorg

Resultatet från Socialstyrelsens årliga nationella brukarenkät inom äldreomsorgen visar att andel positiva svar inom hemtjänsten har ökat på 11 av 14 frågor och inom särskilt boende en ökad andel positiva svar på 8 av 20 frågor i jämförelse med 2018 års resultat. Resultaten för målandikatorerna i tabellen ovan är hämtade från denna nationella brukarundersökning inom äldreomsorgen<sup>6</sup>.

- ✚ Andel positiva svar gällande helhetsbedömningen om hemtjänsten är **88** procent (86)
- ✚ Andel positiva svar gällande helhetsbedömningen om särskilt boende är **77** procent (88)

<sup>6</sup> Socialstyrelsen lämnar årligen ut en omfattande enkät till samtliga personer 65 år och äldre i särskilt boende eller med insatser från hemtjänsten. Enkäten handlar till stor del om den äldres uppfattning om kvaliteten i vården och omsorgen.

# Ärende 2

Svarsfrekvensen för hemtjänsten är 50 % och antalet svarande är 70 personer, för särskilt boende är motsvarande siffror 48 % och 35 personer som svarat. Både hemtjänst och boende ligger på en lägre svarsfrekvens än riket.

Upplevelsen om att det är ett bra bemötande från personalen har förbättrats markant. En alltid pågående dialog på arbetsplatserna har bidragit till det. En återkommande punkt på APT. En försämring har skett gällande brukares/anhörigas kännedom om vart man vänder sig med synpunkter och klagomål vilket är oroväckande. Enhetschefer informerar och uppmuntrar i stor utsträckning och är bekymrade för ett sviktande resultat. Att känna till bör ju alla göra, att ha orsak att lämna synpunkter och klagomål är en annan sak. Den nationella mätningen av personalkontinuitet sker en gång per år. Vid tidpunkten för årets mätning genomförde hemtjänsten en organisationsförändring vilket innebar att många timvikarier fick sättas in. Detta sägs ha påverkat resultatet. Det finns en hel del deltidstjänster vilket innebär ett glapp mellan dagen och kvällen och det kan bli ytterligare annan personal som kommer till brukaren. Att viss personal saknar delegeringar kan vara en annan orsak. Enhetschefer tror inte att heltidsprojektet kan förbättra resultatet. En fördjupad analys av resultatet kan behöva göras.

Att resultaten i brukarundersökning går upp och ner från ett år till ett annat kan ha sin naturliga förklaring. Nya brukare, nya boende som har en annan upplevelse. Närstående som är sina anhöriga behjälplig i svaret kanske inte känner till eller är insatta i sin närståendes vardag och lämnar svar utifrån sin egen bedömning. Att följa resultaten över flera år, se trender är mera realistiskt och viktigt att beakta.

## *Myndighet*

År 2018 var ett första år när förvaltningen deltog i den nationella brukarundersökningen inom Myndighets områden missbruk/beroende, barn och familj/vårdnadshavare och unga 13 år och äldre samt ekonomiskt bistånd. Svarsfrekvensen var låg och en analys gjordes med en handlingsplan för att inför 2019 års mätning kunna förbättra svarsfrekvensen. I 2019 års brukarundersökning finns inget resultat att rapportera in nationellt. Endast ett fåtal enkätsvar har inkommit. Orsaken uppges bero på att handläggare inte lämnat enkäter vid besök.

Inom Myndighet pågår ett omfattande förbättringsarbete. Avsaknad av chefer och handläggare är en bidragande, kanske avgörande orsak till att uppföljningar, analyser och förbättringar inte har skett i den utsträckning som behövts. De uppgifter, öppna jämförelser som nu rapporteras in till Socialstyrelsen kommer att bli ett bra underlag för vilka prioriteringar som behöver göras i det fortsatta förbättringsarbetet. Att återigen delta i den nationella brukarundersökningen 2020 (hösten) bör vara självklart.

## *Socialt stöd, verkställighet*

Daglig verksamhet enligt LSS har deltagit i den nationella brukarundersökningen. Resultatet baserar sig på 13 inkomna enkätsvar. Flera positiva svar t.ex. att personalen bryr sig om brukarna och att de får den hjälp de behöver. Till en av frågorna med en lägre andel positiva svar var frågan om upplevelsen av om det är meningsfulla uppgifter/innehåll på den i dagliga verksamheten. En förklarande orsak kan vara att det finns personer som är i gränslandet för att kunna vara ute på den reguljära arbetsmarknaden eller alternativet är att vara på daglig verksamhet. Det finns även förbättringsområden såsom delaktighet och trygghet. Resultatet har presenterats i berörd personalgrupp och resultatet har tagits omhand. En fortsatt dialog sker på arbetsplatsen.

I övrigt se Verksamhetsberättelse 2019-12-31

## 5 Systematiskt kvalitetsarbete

### 5.1 RISKANALYS

Att analysera risker är ett arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder innan något har inträffat. En riskanalys kan göras på lokal- och på verksamhetsnivå eller på en övergripande organisatorisk nivå. Att arbeta med risk- och händelseanalyser ska också ses som en del i arbetet med ständiga förbättringar. 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 förändring t.ex. schemaändringar eller i mindre eller större organisationsförändringar. 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 för att kunna följa upp och utvärdera, så har endast ett fåtal riskanalyser gjorts strukturerat 2019. Risk- och händelseanalyser med handlingsplaner ska dokumenteras.

År 2019 har tre risk- och händelseanalyser upprättats som har identifierats som händelser som kan inträffa och som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet och innebära konsekvenser för brukare.

### 5.2 EGENKONTROLL

Socialförvaltningens ledningsgrupp har antagit en rutin som ger SAS/MAS ett ansvar, i samarbete med andra funktioner, att analysera uppgifter från olika nationella jämförelser och register. Resultaten från dessa analyser är en del av det som ligger till grund för kommande, årliga inriktningar på förbättringsområden där egenkontrollen blir en del i det systematiska kvalitetsarbetet.

#### *Granskning*

Uppföljning av SAS/MAS kan ske genom besök i verksamhet eller vid dator när det gäller till exempel granskning av dokumentation. Rutinen ger SAS/MAS mandat att avgöra vilka granskningsområden som blir aktuella utifrån till exempel indikationer på brister i verksamhet samt vilka metoder och urval som väljs. Granskning och kontroll sker också utifrån särskilda uppdrag.

Inom hemtjänst och särskilt boende samt AME har egenkontroller med egna, utformade enkäter genomförts under 2019.

#### 5.2.1 INTERNKONTROLL

Egenkontroll utifrån socialnämndens internkontrollplan har genomförts inom en rad områden. Förutom risk- och analysarbete som beskrivs ovan så har den kontrollen även omfattat bl.a. rättssäkerhet i myndighetsutövning och följsamhet till riktlinjer och rutiner.

#### *Myndighet*

Stort fokus gällande granskning har det varit på Myndighet under 2019. Vid årets början beslutades det om att en genomlysning av verksamheten skulle göras, denna påbörjades i juni 2019.

SAS/Kvalitetssamordnare har genomfört granskning i ca 85-90 enskilda ärenden. Inom LSS kontaktperson, aktuella beslut, gällande avtal etc. Brister som framkommit t.ex. verkställigheten har fortsatt utan biståndsbeslut, långa handläggningstider. Felaktigt dokumenterat, förväxling av namn på personer vilket kan antas uppstå om det i dokumentationen kopieras från ett ärende till ett annat.

Vid granskning av 17 avslutade utredningar i augusti, hade tre av dessa överskridit 4 månaders gräns och i inget av dessa fanns beslut om förlängd utredningstid.

I övrigt har granskningar i myndighetsutövning och verkställighet skett i samband med lex Sarah utredningar eller utifrån synpunkter och klagomål.

### *Boendeformerna*

Gällande mat och måltider har en granskning skett inom de olika boendeformerna äldreomsorg samt gruppboende enligt LSS. En rapport är upprättad med resultatet från granskningen. Bedömningen är att det generellt fungerar bra med kost och måltider. En medvetenhet finns om vikten av tätare mål och begränsad nattfasta. Det finns en medvetenhet hos de flesta om miljöns betydelse, att göra skillnad på vardag och helg. Om boende har särskilda behov och önskemål gällande kost och måltider är det viktigt att detta framgår i den enskildes genomförandeplan. Detta är ett förbättringsområde. Kostombuden känner inte till rutinen kost och måltider och dess innehåll vilket är en brist.

## **5.3 UTREDNING AV AVVIKELSER**

Enligt socialtjänstlagen ska insatserna inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. När avvikelser sker och beroende av händelsens konsekvens/sannolikhetsgrad att upprepas, hanteras den på olika sätt.

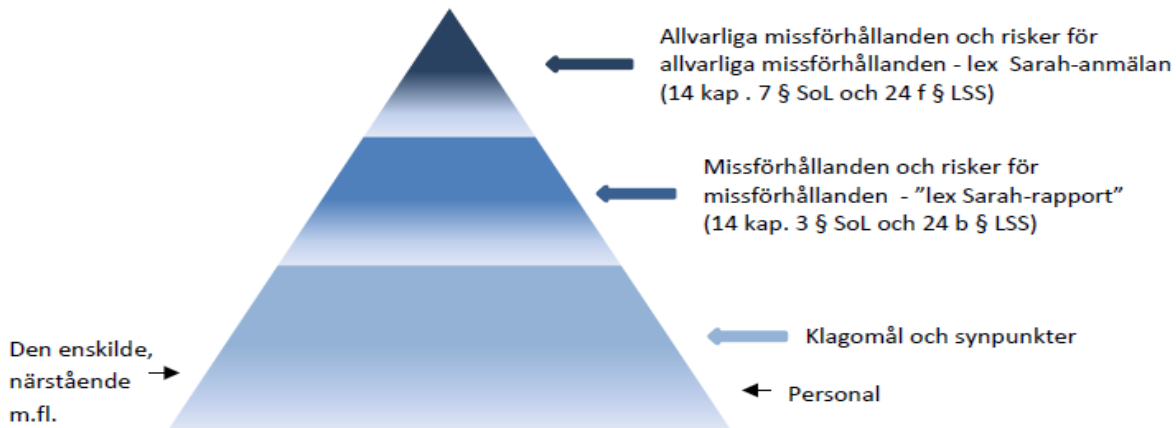
Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att verksamheten ska kunna se mönster eller trender som indikerar på brister i verksamhetens kvalitet.

Rapporterade händelser enligt SoL/LSS/lex Sarah samt synpunkter och klagomål, har minskat i antal i jämförelse med de senaste åren. 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.

Kvalitetssamordnare har tillsammans med enhetschefer haft genomgångar, kvalitetsmöten. Verktyg till stöd vid riskbedömningar och analysarbete har lämnats ut, dessa finns också i handboken i ledningssystemet. Vid uppföljning hos enhetschefer så har det visat sig att det inte i någon utsträckning görs analyser på ett strukturerat och dokumenterat sätt gällande avvikelser. För nya enhetschefer är detta okänt för dem.



## 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 *Klagomål och synpunkter SoL, LSS, Avvikelse rapport SoL, LSS* och *Lex Sarahrapport*.

Typ	Helår 2015	Helår 2016	Helår 2017	Helår 2018	Helår 2019
Klagomål och synpunkter SoL, LSS	25	48	55	24	19
Avvikelser enl. SoL, LSS	406	301	308	303	295
Lex Sarah	11	15	14	6	9
Totalt	442	364	377	333	323

### 5.3.1 KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER

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

- synpunkter på hemtjänstens organisation, personalens kompetens, bristande ansvarstagande
- brister i myndighetsutövning LSS
- informationsbrist i samband med korttidsboende
- brister i omvårdnad
- stöder

Flera positiva synpunkter har inkommit gällande personal inom vård och omsorg.

Biståndshandläggare har som praxis att lämna blankett och information om hur enskild kan framföra klagomål och synpunkter. Inga synpunkter på verksamhet har inkommit från personal.

### 5.3.2 AVVIKELSER SoL/LSS

#### Bakgrund

I verksamhetssystemet Viva inhämtas uppgifterna gällande rapporterade händelser för Vård och omsorg samt verksamheter enligt LSS. Inom Socialt stöd och Myndighet samt administration dokumenteras händelser på pappersblanketter fram till halvårsskiftet, då lex modul i Viva infördes

vilket innebär att avvikelserna för de verksamheter som rapporterat på papper nu kan dokumentera i systemet. Förenklar vid uppföljningar och statistik inhämtning samt säkrar processen.

Inom Myndighet har det skett en ökning i antal rapporterade avvikelser. Det har rapporterats ca 20-25, vilket kan tolkas som att det finns en ökad medvetenhet om ansvaret för att rapportera missförhållanden. Inom myndighet handlar dessa avvikelser om bl.a.

- utredningar som drar ut på tiden
- brister kring handläggning av orosanmälan
- ej journalförda arbetsanteckningar.

Orsakerna till bristerna sägs vara bristande resurser/tid och personalomsättning. Åtgärder har i senare delen av året 2019 varit att hyra in konsulter och se över organisationen.

Äldreomsorgen står för den större delen av de rapporterade händelserna och hemtjänsten brukar stå för den större andelen. Av årets rapporterade avvikelser är det fler inom särskilt boende. Förklaringen är att 77 rapporter (ca 31 % av avvikelserna) upprättades i samband med att trygghetslarmen på Hemgården stängdes ner vid en helg.

Den typ av avvikelser som handlar om brister i omsorg gäller bl.a. handgemäng mellan boende vilket skapar rädsla och otrygghet, om brister vid matdistribution och om städning. I övrigt handlar avvikelserna om uteblivna insatser, på grund av resursbrist, glömska eller brister i informationsöverföring. En mindre del handlar om brister i dokumentationen, inte upprättad, aktuell genomförandeplan. Akuta händelser åtgärdas. Mer personal, är ofta förslag på åtgärder för att hindra negativa händelser, men även information och utbildning inom olika områden.

Från socialt stöd, boende LSS, personlig assistans har 14 avvikelser rapporterats, flertalet handlar om uteblivna insatser på grund av resursbrist och brister i informationsöverföring.

### **5.3.3 LEX SARAH**

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

Av 2019 års rapporterade missförhållanden har ett missförhållande bedömts vara av den allvarlighetsgraden att det har föranlett en anmälan till tillsynsmyndigheten, IVO. Allvarlighetsgrad bedöms utifrån en bedömningsmatris med konsekvenser för brukaren och sannolikhet för upprepning. Den anmälan som gjordes avsåg brister i myndighetsutövning gällande avsaknad av/brister i utredning och beslut gällande familjehem.

De flesta lex Sarah rapporterna upprättas av enhetscheferna själva och inte av personal. Det är viktigt att verksamheten fullföljer de planerade åtgärderna som redovisas. SAS följer upp de planerade åtgärderna innan ärendet avslutas.

Det är viktigt att det i verksamheten finns kunskap om rapporteringsskyldighet samt syftet med lagstiftningen. 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 händelserna kan innebära, dels ur ett individperspektiv och dels ur ett verksamhetsperspektiv.

# Ärende 2

En viktig förutsättning för ett systematiskt kvalitetsarbete är en verksamhet, där chef och personal är uppmärksam på avvikelser och dess hantering, är väl förtrogen med ansvaret och syftet med rapportering.

Följande lex Sarah rapporter har inkommit.

	Verksamhet	Händelse	Bedömning/Beslut	Anmälan
1	Hemtjänst	Brister i omsorg	Missförhållande	Nej
2	Hemgården	Ekonomisk	Ej missförhållande	Nej
3	Hemgården	Brister i omsorg	Missförhållande	Nej
4	Hagen	Brister i omsorg	Missförhållande	Nej
5	IFO, myndighet	Brister i rättssäkerhet, utredning	Missförhållande	Nej
6	IFO, myndighet	Brister i rättssäkerhet, utredningstider	Missförhållande	Nej
7	IFO, myndighet	Brister i rättssäkerhet, familjehemsutredning och beslut	Missförhållande	Ja
8	LSS	Brister i bemötande och i omsorg	Missförhållande	Nej
9	LSS	Brister i bemötande och i omsorg	Missförhållande	Nej

## 6 Externa granskningar

### 6.1 INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG

#### 6.1.1 EJ VERKSTÄLLDA BESLUT

Siffror inom parentes avser 2018 års rapporteringar. Under året 2019 har 34 (28) personer omfattats av ej verkställt beslut vilket har rapporterats till IVO. Besluten enligt nedan.

Enligt SoL – ÄO	<b>12</b> (6)
	Särskilt boende 12 (4)
Enligt SoL - handikappomsorg	<b>2</b>
	Sysselsättning 2
Enligt SoL – IFO	<b>7</b> (13)
	Kontaktfamilj 5 (6)
	Kontaktperson 2 (5)
Enligt LSS	<b>13</b> (9)
	Kontaktperson 6 (8)
	Ledsagarservice 1 (1)
	Korttidsvistelse 2
	Avlösarservice 1
	Korttidstillsyn 1
	Personlig assistans 1
	Boende barn och unga 1

Resursbrist är den främsta orsaken till ej verkställda beslut. Av de rapporterade ej verkställda besluten gällande särskilt boende för äldre har väntetiden varit från 3,5 månader upp till över 1 års väntan hittills i ett enskilt ärende.

Nämnden har ett pågående ärende hos IVO i Jönköping, gällande korttidsvistelse där IVO överväger att hos domstol ansöka om särskild avgift. Inget beslut har ännu fattats. Väntetiden för den enskilde är hittills över 1 år.

Det är viktigt att det dokumenteras i enskilda ärendet om vad som görs under väntetiden, hur nämnden arbetar med rekrytering, resurser och vilka eventuella insatser som den enskilde har under väntetiden, det kan vara avgörande för om IVO går vidare eller ej i sina övervägande om att söka särskild avgift för ej verkställt beslut. Här brister det i dokumentationen i många fall.

## **6.1.2 ENSKILDAS ANMÄLAN TILL INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG**

Tio personer har gjort anmälan till IVO, gällande sitt specifika ärende. Anmälan har handlat om missnöje med bl.a. handläggning, umgänge, bemötande, tillgänglighet, brister i omsorg. Några personer har till IVO gjort flera anmälningar, gällande samma ärende, totalt 23 anmälningar till IVO. Kvinnohuset Cassandra har gjort en anmälan. IVO har öppnat tillsyn i tre ärenden, varav i två ärenden avslutat utan kritik. I ärendet från kvinnohuset har IVO påtalat brister om att nämnden inte har inlett utredning efter orosanmälningar som innehållit uppgifter om att barn kan ha utsatts för eller bevittnat våld eller andra övergrepp samt att beslut om att inleda utredning har överskridit fjorton dagar utan synnerliga skäl.

## **6.1.3 TILLSYN AV INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG**

I juli 2019 har en tillsyn genomfört på stödboendet med en uppföljning på tillsynen i oktober 2019. Fokus för tillsynen var på lokaler, personal och bemanning. IVO har inte fattat beslut i ärendet.

## **7 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 genom bl.a. rapporteringsskyldighet. Att aktivt, i varje verksamhet arbeta med avvikelser, synpunkter och klagomål som en del i vardagsarbetet, är ett sätt att arbeta förebyggande och kvalitetsförbättrande.

De flesta verksamheter arbetar med förbättringar i enlighet med ledningsföreskrift gällande avvikelser. Men flertalet verksamheter behöver utveckla sitt arbete med rapportering av avvikelser och den fortsatta handläggningen av dessa i enlighet med upprättade rutiner. Fokus behöver nu riktas till enhetschefernas uppföljningar, analys och åtgärdsarbete utifrån avvikelser.

Att ta om hand även andra resultat t.ex. öppna jämförelser, brukarundersökningar och utifrån dessa analysera och förbättra verksamheten behöver även det få ett större fokus framöver.

Kvalitetssamordnarna har kvartalsvisa så kallade kvalitetsmöten med enhetschefer. Enhetscheferna har bland annat fått med vissa verktyg och stöd för dokumentationen i sitt analysarbete. Under 2019 har färre möten skett på grund av sjukdom och vissa vakanser.

SAS har under året deltagit på vissa arbetsplatsträffar för genomgång gällande systematiskt kvalitetsarbete, dokumentation etc. SAS har tillsammans med systemförvaltare regelbundna möten med dokumentationsombuden och erbjuder dokumentationsutbildning för nya medarbetare. Det har saknats dokumentationsombud inom LSS verksamheter.

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 i en *Handbok* som finns tillgänglig för samtlig personal. Bedömningen är att personal inom vård och omsorg samt socialt stöd, generellt har kunskap om *Handboken* och att det där finns rutiner och andra styrande dokument. Inom Myndighet har många nya medarbetare tillkommit under hösten 2019 och där kan råda okunskap om ledningssystemet, med riktlinjer och rutiner.

## 8 Utmaningar

### 8.1 INRIKTNING 2020

Inriktning under 2019	Ansvarig	Följs upp
<b>Ledningssystem</b> Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet		
<b>Processer</b> Ett fortsatt arbete behövs med att <i>identifiera</i> interna processer, <i>kartlägga</i> processer och på så sätt utveckla former för den interna samverkan, för att tydliggöra ansvar samt för att säkerställa information mellan berörda och för rättssäkerheten	SAS/Kvalitetssamordnare Förvaltningschef Verksamhetschefer Enhetschefer	<ul style="list-style-type: none"> <li>förvaltningens ledningsgrupp, FLG</li> </ul>
<b>Dokumentation</b> Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Dokumentation i form av bland annat: <ul style="list-style-type: none"> <li>riskbedömningar, analyser</li> <li>handlingsplaner, uppföljning</li> </ul>	Enhetschef Verksamhetschef Förvaltningschef  <i>Chef vars verksamhet det gäller</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>kvalitetsmöten</li> <li>granskning och kontroll</li> </ul>
<b>Riskanalyser</b> <b>Risakanalys</b> är att identifiera och värdera risker, identifiera bakomliggande orsaker och att föreslå åtgärder som minskar riskerna eller dess konsekvenser. Riskanalys – Rutin	Enhetschef – <i>enhetsnivå</i>  Verksamhetschef – <i>verksamhetsnivå</i>  Förvaltningschef - <i>förvaltningsnivå</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>kvalitetsmöten</li> <li>granskning och kontroll</li> </ul>
<b>Analyser</b> <b>Utredning och analys</b> av olika slag gällande resultat (kan även vara positiva	Enhetschef Verksamhetschef	<ul style="list-style-type: none"> <li>kvalitetsmöten</li> <li>granskning och kontroll</li> </ul>

<p>resultat) och vid behov upprätta en handlingsplan för det fortsatta arbetet. Verktyg för analys och förbättringsarbete ska användas. Resultat kan t.ex. vara från:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• avvikelser</li> <li>• brukarundersökningar</li> <li>• måluppfyllelse</li> <li>• nationella enkäter, statistik</li> </ul>	<p>forts. -"-</p>	
<p><b>Personalens medverkan i kvalitetsarbetet</b> Personal ska arbeta i enlighet med processerna och rutinerna i ledningssystemet. Uppdatera rutiner/riktlinjer vid förändring eller innan utgångsdatum</p>	<p>Enhetschef</p> <p>Dokumentansvarig</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kontroll</li> </ul>
<p><b>Dokumentation på brukarnivå</b> Rättssäkerhet. Förbättra dokumentationen där brister har framkommit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• i handläggning Myndighet</li> <li>• i verkställighet</li> </ul>	<p>Enhetschef</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• granskning och kontroll</li> </ul>
<p><b>Övrigt</b> <b>Nationella brukarundersökningar</b> <i>Vård och omsorg</i> Brukarundersökningar inom äldreomsorgen ger en bild av hur brukare/boende upplever äldreomsorgen. Ett viktigt resultat att jämföra över tid och anvisning åt vilket håll utvecklingen går. <i>Myndighet</i> År 2018 var första året när socialtjänsten, IFO deltog. År 2019 inget deltagande. Målet bör vara att åter igen delta 2020. Resultatet från dessa undersökningar kan vara ett verktyg för förbättringsarbete och bör vara återkommande. <i>LSS</i> År 2019 var första året daglig verksamhet, LSS deltog. Resultatet ger en bild av nuläge och kan ligga till grund för ett förbättringsarbete. Ett årligt deltagande bör ske.</p>	<p>SAS/Kvalitetssamordnare <i>- förarbete och sammanställningar</i></p> <p>Verksamhetschef</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• förvaltningsledning</li> <li>• nämnd</li> </ul>

# Ärende 2

Att ha utrymme att arbeta systematiskt och strukturerat är förutsättningar för förbättringsarbeten. Att arbeta förebyggande och på så sätt kunna förhindra att händelser uppstår igen är viktigt. I vardagen kan akuta behov uppstå, omprioriteringar behöva göras vilket innebär ytterligare en dimension på vikten av att göra rätt saker och att göra saker på rätt sätt, redan från början.

Som stöd i förbättring- och kvalitetsarbete finns stabsfunktioner som resurser. Så även för utformning av bland annat enkäter, information, utföra intervjuer och göra analys och sammanställningar av resultat, vara behjälplig i arbetet med riktlinjer och rutiner – verksamhetsutveckling.

## Bilagor

### 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 men det måste främst ske inom berörd verksamhet med stöd av kvalitetssamordnare.

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 för de 25 procent av kommunerna som har sämst värde och gult är de 50 procent av kommunerna som ligger mitt emellan.

### KVALITET OCH RESULTAT

#### *Brukarundersökning i Hemtjänst*

	2016	2017	2018	2019
Sammantaget nöjd med hemtjänsten – helhetssyn, andel (%)	89	85	86	88
Känner förtroende för personalen som kommer	90	91	88	88
Får bra bemötande av personalen	96	99	97	97
Har lätt att få kontakt med personalen vid behov	79	86	76	79
Personal tar hänsyn till brukares egna åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras	86	89	82	89
Brukar kunna påverka vilka tider personalen kommer	44	47	43	48
Personalen kommer på avtalad tid	75	81	79	88
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	63	58	59	54
Personalkontinuitet, (ett genomsnitt) antal personal	18	18	-	21

#### *Brukarundersökning i Särskilt boende*

	2016	2017	2018	2019
Sammantaget nöjd med boendet – helhetssyn, andel (%)	84	89	88	77
Känner förtroende för personalen som kommer	88	89	94	88
Får bra bemötande av personalen	88	94	94	97
Har lätt att få kontakt med personalen vid behov	79	83	82	82
Personal tar hänsyn till brukares egna åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras	86	88	90	81
Brukar kunna påverka vilka tider personalen kommer	52	66	71	63
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	41	38	40	31
Tycker att maten smakar bra	69	69	65	59
Upplever måltiderna som en trevlig stund	63	73	69	64
Möjlighet till sociala aktiviteter	52	61	54	56



## Verksamhets- och brukarundersökning IFO, myndighet

	2018	2019
Hur lätt eller svårt är det att få kontakt med socialsekreteraren (till exempel via telefon, sms eller e-post)?	65	-
Hur lätt eller svårt är det att förstå informationen du får av socialsekreteraren?	83	-
Hur stor förståelse visar socialsekreteraren för din situation?	65	-
Frågar socialsekreteraren efter dina synpunkter på hur din situation skulle kunna förändras?	73	-
Hur mycket har du kunnat påverka vilken typ av hjälp du får av socialtjänsten i kommunen?	33	-
Hur har din situation förändrats sedan du fick kontakt med socialtjänsten i kommunen?	56	-
Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med det stöd du får från socialtjänsten i kommunen?	67	-
<b>Ekonomiskt bistånd</b>		
Ej återaktualiserade vuxna personer med försörjningsstöd ett år efter avslutat försörjningsstöd, andel (%)	-	91
Väntetid i antal dagar från ansökan till beslut om försörjningsstöd, medelvärde	-	22
Väntetid i antal dagar från ansökantill beslut inom försörjningsstöd, väntat längre än 14 dagar (%).	-	55
<b>Barn och ungdomsvård</b>		
Ej återaktualiserade barn 0-12 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	-	20
Ej återaktualiserade ungdomar 13-20 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	-	58
Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad utredning inom barn och ungdom 0-20 år, medelvärde	-	79
<b>Missbruk och beroendevård</b>		
Ej återaktualiserade vuxna med missbruksproblem 21+ ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	-	72
Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad utredning för vuxna med missbruksproblem 21+, medelvärde	-	118
<b>Äldreomsorg</b>		
Är handläggares beslut anpassade efter dina behov, andel (%)	73	76

## Brukarbedömning

LSS – daglig verksamhet	2019	Alla kommuner
Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)	38	73
Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)	85	85
Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)	92	88
Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)	77	76
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	69	81
Brukaren är aldrig rädd för något på sin dagliga verksamhet, andel (%)	69	73
Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet, andel (%)	46	82
Verksamheten är viktig för brukaren, andel (%)	38	82
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt, andel (%)	100	90



## Patientsäkerhetsberättelse

### Sammanfattning

Patientsäkerhetslagen säger att vårdgivaren har ett tydligt ansvar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Varje medarbetare ska ges möjlighet 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.

Patientsäkerhetsarbetet har under året belysts genom upprättande av nya rutiner samt revidering av befintliga riktlinjer och rutiner. Patientsäkerhetsarbetet har under 2019 följts upp på olika sätt i verksamheterna, bland annat genom analyser och reflektioner av inkomna avvikelser.

Statistik av avvikelserna visar ett tydligt behov av att verksamheterna ökar sin följsamhet till rutin för avvikelshantering. Ett flertal verksamheter har anmärkningsvärt låga siffror för inkomna avvikelser gällande exempelvis läkemedelsavvikelser.

För att säkerställa och öka kvalitén i vården och patientsäkerheten används nationella kvalitetsregister bland annat Senior alert, BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens), Svenska Palliativregistret. Egna mätningar till följsamheten till hygienrutiner och klädregler har genomförts samt egenkontroll enligt egenkontrollplan.

### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2020-03-06

Patientsäkerhetsberättelse 2019

### Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut. Socialnämnden godkänner patientsäkerhetsberättelsen för 2019 och lägger den till handlingarna.

Berith Källerklint

MAS/MAR/kvalitetssamordnare

DIARIENUMMER: 45/2020  
FASTSTÄLLD: 2020-03-24  
DOKUMENTANSVAR: Jennie Turunen Verksamhetschef  
Vård och Omsorg  
Berith Källerklint MAS

## Patientsäkerhetsberättelse 2019

*Socialförvaltningen Herrljunga kommun*



HERRLJUNGA KOMMUN

*Våga vilja växa!*

## Innehåll

Sammanfattning .....	3
Struktur.....	4
Övergripande mål och strategier.....	4
Organisation och ansvar.....	4
<i>Verksamhetschefens ansvar.....</i>	5
<i>Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar .....</i>	5
<i>Enhetschefens ansvar .....</i>	5
<i>Medarbetarens ansvar .....</i>	6
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	6
<i>Samverkan mellan kommuner, primärvård och slutenvård.....</i>	6
<i>Samverkan Palliativa teamet Alingsås lasarett.....</i>	7
<i>Samverkan Närsjukvårdsteamerna Alingsås lasarett och SÄS.....</i>	7
<i>Samverkan Mobil hemsjukvårdsläkare.....</i>	7
<i>Samverkan Samordnad vård- och omsorgsplanering – SVPL .....</i>	8
<i>Samverkan Läkarmedverkan.....</i>	8
<i>Intern och extern samverkan för en god och säker vård.....</i>	9
Patienters och närståendes delaktighet.....	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	9
Klagomål och synpunkter.....	10
Egenkontroll.....	10
Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheter.....	11
Riskanalys.....	11
Utredning av händelser – vårdskador.....	12
Informationssäkerhet.....	12

Resultat och analys.....	12
<i>Nationell punktprevalensmätning basala hygienregler.....</i>	12
Senior alert.....	13
<i>Svenska palliativ registret.....</i>	14
<i>BPSD.....</i>	14
<i>Delegering.....</i>	15
Egenkontroll.....	15
<i>Skydds- och begränsningsåtgärder.....</i>	16
Avvikelse.....	16
<i>Avvikelse i Närvårdssamverkan.....</i>	17
Klagomål och synpunkter.....	18
Händelser och vårdskador.....	18
Riskanalys.....	18
Mål och strategier för kommande år.....	18

## Sammanfattning

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

Varje patient skall känna sig trygg och säker i kontakten med vårdgivaren och vårdgivaren skall 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.

Patientsäkerhetsarbetet har under året belysts genom upprättande av nya rutiner samt revidering av befintliga riktlinjer och rutiner. Patientsäkerhetsarbetet har under 2019 följts upp på olika sätt i verksamheterna, bland annat genom analyser och reflektioner av inkomna avvikelser.

Statistik av avvikelserna visar ett tydligt behov av att verksamheterna ökar sin följsamhet till riktlinjen för avvikelshantering. Ett flertal verksamheter har anmärkningsvärt låga siffror för inkomna avvikelser gällande exempelvis läkemedelsavvikelser.

För att säkerställa och öka kvalitén i vården och patientsäkerheten används nationella kvalitetsregister så som Senior alert, BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens), Svenska Palliativregistret.

Egna mätningar på följsamheten till rutin Skydds- och begränsningsåtgärder samt rutin Kost och måltider har genomförts enligt egenkontrollplan.

## Struktur

### Övergripande mål och strategier

*SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.*

Enligt 3 kap 1 § i patientsäkerhetslagen skall vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård och en vård på lika villkor för hela befolkningen i hälso- och sjukvårdslag (2017:30) upprätthålls.

Ledningssystemet skall tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för patienter, personal och övriga medborgare. Varje patient skall känna sig trygg och säker i kontakten med vården. För varje år beskrivs ett antal mål inom de olika verksamhetsgrenarna på olika detaljerad nivå. Gemensamt för samtliga verksamhetsgrenar är att upprätthålla och utveckla kvalitet och säkerhet inom ramen för det kvalitetssystem som finns i verksamheten samt att ansvara för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet.

Ett ledningssystem för systematisk kvalitetsarbete enligt "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9" ingår i det ordinarie arbetet. 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 skall vara grunden för arbete inom socialförvaltningen. Planen ska vara ledstjärna för hela socialnämndens verksamhet och allt arbete skall genomsyras av socialnämndens värdegrund.

Likaså skall varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en god och säker vård kan ges.

### Organisation och ansvar

*SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1*

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.

Yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har vårdgivaren som skall 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.

## *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.

## *Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar*

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) skall det i den kommunala hälso- och sjukvården finnas en legitimerad sjuksköterska som har det övergripande medicinska ansvaret, MAS. MAS ansvarar för att patienten får 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 skall anmälas till Inspektion för Vård och Omsorg (IVO) enligt lex Maria.

## *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 skall leda till reflektion samt ligga till grund för det förbättringsarbete som skall öka patientsäkerheten i kommunen.

Enhetschef för respektive område har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav, utifrån Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Socialtjänstlagen (SOL) samt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), som ställs utifrån att patienten ska tillförsäkras en god och säker vård.

I enhetschefens hälso- och sjukvårdsansvar ingår att göra personal delaktig i patientsäkerhetsarbetet, rapportering av avvikelser samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Enhetschef ansvarar för att de rutiner som MAS och SAS framtagit är väl kända i verksamheten.



## ***Medarbetarens ansvar***

I Patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att hälso- och sjukvårdspersonal skall 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.

Alla medarbetare skall aktivt medverka i och bidra till utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet som är en integrerad del i den dagliga verksamheten genom att följa de riktlinjer och rutiner som styr samt genom att uppmärksamma och rapportera avvikelser. Personal som utför delegerade uppdrag efter att erhållit delegering av legitimerad personal är, enligt Hälso- och Sjukvårdslagen, hälso- och sjukvårdspersonal och har det särskilda yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att hälso- och sjukvården följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Alla anställda som utför hälso- och sjukvård är skyldiga till att bidra så att hög patientsäkerhet upprätthålls.

## **Samverkan för att förebygga vårdskada**

*SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3*

Vårdskador kan förebyggas genom att arbeta strukturerat med avvikelshantering. Förvaltningen hanterar interna och externa avvikelser. Interna avvikelser hanteras framför allt på enhetsnivå men kan också ske över enhetsgränser beroende på vem/vilka som varit delaktiga. En intern avvikelse avslutas efter att planerade åtgärder har följts upp.

Externa avvikelser hanteras enligt en framtagen instruktion mellan huvudmän eller annan utförare av vården. Framför allt hanteras avvikelser mellan sjukhusen, vårdcentralerna och kommunen, Närvårdsavvikelser.

## ***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 samverkansdokument och överenskommelser.

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

Närvårdsamverkan 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 skall ske kring patienter och grupper i befolkningen som har behov av vård- och omsorgsinsatser från både kommun och region. Närvårdssamverkan skall 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 stort behov av vård- och omsorg.

## ***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. Teamet arbetar i fyra kommuner: Alingsås, Lerum, Vårgårda och Herrljunga. Arbetet sker över gränserna mellan vårdgivarna, det vill säga mellan kommunen, primärvården och Alingsås lasarett.

## ***Samverkan Närsjukvårdsteamet Alingsås lasarett och 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.

## ***Samverkan Mobil hemsjukvårdsläkare***

Avtal finns mellan Närhälsan Herrljunga och Herrljunga kommun om Mobil hemsjukvårdsläkare. 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 skall vara patientens fasta vårdkontakt.

## ***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- och utskrivning på sjukhus. I Västra Götalandsregionen finns det organisation för samverkan kring dessa frågor på delregional nivå samt regional nivå.

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

Under 2019 har vård- och omsorgsplanering via videolänk gjorts mellan SÄS eller Alingsås lasarett och Herrljunga kommun. Det är en väl fungerande vårdplaneringsform. Även två-parts vårdplanering mellan primärvård och kommun gällande in och utskrivning inom hemsjukvård via IT-stödet är en fungerande vårdplaneringsform.

## **Samverkan Läkarmedverkan/Närhälsan**

Västra Götalandsregionen 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 primärvården Västra Götalandsregionen och Herrljunga kommun finns. Avtal finns mellan Närhälsan Herrljunga och Herrljunga kommun om läkarmedverkan i kommunens hälso- och sjukvård. Uppföljning av följsamheten till avtalet sker halvårsvis och när avtal påföljande år skrivs.

Samverkansavtalet mellan Närhälsan Herrljunga och Herrljunga kommun har fungerat bra under 2019 och bägge parter är nöjda över följsamheten till avtalet.

Samverkansmöte med Närhälsan har genomförts tre gånger per termin. Deltagare vårdcentralschef, enhetschef HSL och MAS. Möte med kommunens sjuksköterskor samt läkare och sjuksköterskor på Närhälsan har genomförts en gång under 2019.

## ***Intern och extern 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 skall ges kräver planering tillsammans med patienten.

Teammöten har genomförts på särskilda boenden i olika utsträckning i de olika verksamheterna under året. Teamet som består av 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.

## Patienters och närståendes delaktighet

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

I Patientsäkerhetslagen 2010:659 sker samverkan mellan patient och dess närstående vid upprättande av omvårdnadsplan/rehabplan och genomförandeplan så långt som möjligt. Patienten, och i förekommande fall närstående, tillfrågas om deltagande. För att uppnå optimal delaktighet för patient och närstående sammankallas berörda till vårdplanering eller SIP (Samordnad Individuell Plan).

Vid deltagande i nationella studier tillfrågas alltid patienten, i förekommande fall närstående om samtycke. Vid deltagande i kvalitetsregister tillfrågas alltid patienten, i förekommande fall närstående.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5*

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

Personal inom verksamheten har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser genom att skriva avvikelser. De dominerande rapporterade avvikelserna handlar om fallincidenter och läkemedel. Arbetet med avvikelser är grunden för patientsäkerhetsarbetet och innebär att utveckla den kommunala vården och omsorgen, därför uppmuntras all personal att registrera avvikelser och händelser.

Antal registrerade fallolyckor/fallavvikelser har under 2019 ökat med 162 fall jämfört med föregående år. Konsekvens av fallen är vanligtvis skrubbsår, blåmärken, sårskada, svullnad och i sex av fallen har det uppstått frakturer.

Antal registrerade läkemedelsavvikelser har under 2019 minskat jämfört med året innan genom återkommande diskussion i arbetsgrupperna. Vanligast förekommande orsak är avglömd given läkemedelsdos.

Under 2019 är det fortfarande avvikelser där beställd träningsinsats från Rehab inte har signerats på signeringslistor hos patient jämfört med tidigare år. Rehab har valt att minimera antalet skrivna avvikelser utan gör en uppskattning av antalet händelser som borde lett till skrivna avvikelser. Osäkerhet uppstår om beställd insats är utförd eller inte. Konsekvens blir svårighet att utvärdera träningsinsatsen samt stor risk för försämrad/utebliven funktion för patient.

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 vårdskador eller risk för vårdskador inom hälso- och sjukvården.

Då patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada utreder och rapporterar MAS avvikelsen till IVO. MAS tar beslut om en Lex Maria-anmälan skall upprättas.

Inkomna avvikelser utreds och sammanställs. Under året analyseras och återkopplas till enhetschefer vid gemensamma sittningar tillsammans med SAS och MAS kontinuerligt. Här söker man efter mönster eller trender som kan ge indikation på brister i verksamhetens kvalitet, det vill säga systematiskt kvalitetsarbete.

Verksamhet	Antal avvikelser rapporter HSL	Antal avvikelser ej givna läkemedelsdoser	Antal avvikelser fallolyckor	därav antal allvarliga fallolyckor
Hemsjukvård 2018	785	784	887	3
Hemsjukvård 2019	458	458	1049	6

## Klagomål och synpunkter

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 6 §, 7 kap 2 § p 6*

Förvaltningen har en rutin för att hantera synpunkter och klagomål från både personal, patienter och närstående. När patienter/brukare kommer i kontakt med verksamheten för första gången i samband med inskrivning informeras om möjligheten att framföra synpunkter och klagomål.

Inkomna klagomål kan även leda till att avvikelser skrivs in i avvikelshanteringssystemet. Återkoppling ges så fort som möjligt till den som lämnat synpunkt eller klagomål. Beroende på vad som har hänt görs förbättringsåtgärder och uppföljning på ändrat arbetssätt/rutin.

Under 2019 har inkommit ett klagomål/synpunkt inom HSL.

## Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheten

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

Arbetet med kvalitetsregistren BPSD samt Senior alert har under 2019 visat en uppgång i inrapportering och registrering .

### ***VISAM***

Under 2019 infördes ViSam, en samverkansmodell för planering och informationsöverföring. Beslutsstödet är ett verktyg för sjuksköterskan inom kommunal vård och omsorg som ska

användas när en patients hälsotillstånd försämrats. Detta gäller patienter inskrivna i hemsjukvård, oavsett boendeform. Samtliga sjuksköterskor i Herrljunga kommun har gått utbildning för att kunna arbeta med ViSam. ViSam består av ett strukturerat beslutsstöd där sjuksköterskan fyller i olika parameterar. Utifrån vad som fylls i fås ett värde fram som påvisar om patienten kan stanna kvar i hemmet, åka till primärvård eller till akutmottagning med ambulans. ViSams ifyllda checklista skickas sedan med ambulans till sjukhus. ViSam är kompatibelt med arbetsmodellen SBAR.

## SBAR

Kommunikationsmodell för att säkerställa god informationsöverföring. Många vårdskador sker för att man inom vården missar eller tappar information. SBAR ger möjlighet till att kommunicera strukturerat i vården vilket ger en säkrare överrapportering mellan vårdgivare.

Samtliga sjuksköterskor och undersköterskor har fått utbildning i kommunikationsmodellen SBAR och rapporterar utifrån den strukturen. Även ambulans och akutmottagningar arbetar utifrån kommunikationsmodellen SBAR vilket gör att mottagande av information och överrapporteringar ges en ökad säkerhet.

Det ger också en säkerhet till vad som är relevant att rapportera och inhämta kunskap om.

Nedan ses ett exempel på så kallat SBAR-kort, som samtlig personal har och arbetar utifrån.

### SBAR – akut situation

<p><b>S</b> <b>Situation</b> Vad är problemet/ anledningen till kontakt?</p>	<p><b>Ange</b> Eget namn, titel, enhet patientens namn, ålder, eventuellt personnummer. <b>Jag kontaktar dig för att ...</b></p>
<p><b>B</b> <b>Bakgrund</b> Kortfattad och relevant sjukhistoria för att skapa en gemensam helhetsbild av patientens tillstånd fram tills nu.</p>	<p><b>Informera om</b> Tidigare och nuvarande sjukdomar av betydelse. Kort rapport av aktuella problem och behandlingar tills nu. Eventuell allergi. Eventuell smittorisk.</p>
<p><b>A</b> <b>Aktuellt tillstånd</b> Status</p> <p>Bedömning</p>	<p><b>Rapportera</b> <b>A:</b> luftväg <b>B:</b> andning <b>C:</b> puls, blodtryck, saturation <b>D:</b> medvetandegrad, smärta, orienterad till tid/ rum/person <b>E:</b> temperatur, hud, färg, buk, urinproduktion, yttre skador. <b>Jag tror att problemet/ anledningen till patientens tillstånd är ...</b></p>
<p><b>R</b> <b>Rekommendation</b> Åtgärd</p> <p>Tidsram</p> <p>Bekräftelse på kommunikationen</p>	<p><b>... därför föreslår jag:</b> omedelbar handläggning övervakning/överflyttning utredning behandling. <b>Hur ofta ska jag ... ?</b> <b>Hur länge ... ?</b> <b>När ska jag ta kontakt igen?</b> Finns fler frågor? Är vi överens?</p>

## ***Nationell patientöversikt, NPÖ***

Nationell patientöversikt gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra landsting, kommuner eller privata vårdgivare. Att arbeta med NPÖ har förenklats arbetet genom att sjuksköterskan kan söka information om vårdtagare och ha tillgång till slutenvårdens och primärvårdens dokumentation, provsvar etc. Samtliga sjuksköterskor i Herrljunga kommun arbetar i NPÖ.

## **Risakanalys**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4*

En riskanalys skall alltid genomföras vid:

- organisationsförändringar
- personalförändringar: vid väsentliga förändringar av kompetens och/eller resurser

En riskanalys kan också behöva göras:

- på resultat från olika analyser
- på uppgifter som framkommer genom omvärldsbevakning på uppgifter som kommer från Personal Ekonomi Genomgång (PEKG)
- på processer som bedöms innehålla många risker vid införande av ett nytt arbetssätt
- när en ny metod eller teknik ska införas

För att förebygga risker så att patient inte drabbas av vårdskada samverkar ett flertal vårdgrannar. Uppkomna händelser har bedömts utifrån sannolikhet att händelsen skall inträffa igen samt vilka negativa händelser som skulle kunnat bli följden av händelsen.

## **Utredning av händelser – vårdskador**

*HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket*

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.

Det finns kritiska punkter som återkommer generellt oavsett inom vilket område för händelsen. De kritiska punkterna för vårt förbättringsarbete som vi behöver jobba vidare med och säkerställa är brister i information, kommunikation och dokumentation.

En avvikelse har under 2019 varit föremål för utredning som kunde lett till vårdskada. Denna avvikelse ledde till anmälan till IVO enligt Lex Maria.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Systemförvaltare har ansvar för att loggning sker enligt rutin i nätverket och dokumentationsprogram.

Slumpmässiga systematiska loggkontroller görs kontinuerligt sex gånger per år av systemförvaltare och enhetschef i dokumentationsprogrammet VIVA för hälso- och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal enligt rutin. Under 2019 inrapporterades inga incidenter .

För vårdtagares samtycke i NPÖ (Nationell PatientÖversikt) inregistreras underskriven blankett i VIVA, anpassad enligt GDPR.

## Resultat och analys

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

MAS sammanställer rapporterade avvikelser efter första halvåret samt i årlig patientsäkerhetsberättelse vilka redovisas för nämnden.

Enhetschef ansvarar för uppföljning och utvärdering av avvikelser på arbetsplatsträff, samt framtagande av handlingsplan i ett förbättringsarbete.

En halvårsrapport gällande avvikelser sammanställdes av MAS och SAS och rapporterades till nämnden under hösten 2019.

### ***Nationell punktprevalensmätning av basala hygienrutiner och klädregler***

På uppdrag av Sveriges kommuner och landsting (SKL) har landsting och kommuner medverkat i mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete. Mätningen baseras på Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvård mm. (SOSFS 2007:19).

Mätning har gjorts under året på enheterna angående basala hygienrutiner och klädregler med gott resultat och påvisat god följsamhet i verksamheterna.

### ***Senior alert***

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Det är fem områden som hänger ihop och berör alla som möter den äldre inom hälso- och sjukvård. Med hjälp av Senior alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus. Varje enskild äldre person som möter vård och omsorg ges möjlighet till en riskbedömning, förebyggande åtgärder och uppföljning för att säkerställa att åtgärderna gör skillnad. Senior alert ska användas inom alla de vård- och omsorgsenheter som möter äldre personer med behov av vårdprevention, både inom kommunal- privat- och landstingsverksamheter. Enheterna kan vara särskilda boenden, korttidsboenden, hemvård, LSS, sjukhusavdelningar och vårdcentraler.



Det förebyggande arbetssättet och logiken i Senior alert bygger på vård- och omsorgsprocessens steg:

- identifiera risker och analysera orsaker för fall, trycksår, viktminskning, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion.
- planera och genomföra förebyggande åtgärder
- följa upp åtgärder och utvärdera resultat

Genom att använda Senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetssättet på individnivå och varje vårdgivare ges möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten från individnivå till övergripande nivåer. Detta förbättrar patientsäkerheten och kan som en följd även minska uppkomna vårdskador.

Verksamhet	Antal patienter	Riskbedömda tryckskada	Riskbedömda fall	Riskbedömda malnutrition	Riskbedömda munhälsa
Särskilt boende/LSS	39	12	21	19	16
Demens	9	3	0	4	7
Korttidsenhet	8	1	0	5	1
Hemvård	29	9	5	8	15

## *Svenska palliativ registret*

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister vars syfte är att successivt förbättra vården i livets slutskede. På patientnivå mäts definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stöds ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos. Palliativ vård ska enligt Världshälsoorganisationen (WHO) tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov. Patienten, de närstående och vårdpersonal kan gemensamt, utifrån patientens önskemål, komma fram till vad som är viktigast för den enskilda patienten och dennes livskvalitet. Ett gemensamt mål sätts upp. Oavsett sjukdom så är det kvalitetsregistrets mål att alla som dör en av sjukvården väntad död skall känna en trygghet inom följande punkter

Jag...

- och mina närstående är informerade om min situation
- är lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- är ordinerad läkemedel vid behov
- får god omvårdnad utifrån mina behov
- vårdas där jag vill dö
- behöver inte dö ensam
- vet att mina närstående får stöd

Verksamhet	Antal registreringar i pall reg	Munhälso-bedömning sista levnadsveckan	Ordinerat ångestdämpande vid behov	Närvarande vid dödsögonblicket <i>Förväntat dödsfall</i>
Herrljunga kommun	26	49,5 %	100 %	91,5 %

Målvärde	-	90 %	98 %	90 %
----------	---	------	------	------

## ***BPSD-registret***

BPSD står för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens. BPSD drabbar någon gång c:a 90 % av alla som lever med en demenssjukdom. Symptom på BPSD kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal.

För verksamheter med inriktning för personer med demenssjukdom ska det beskrivas hur verksamheten arbetar med registrering i BPSD-registret, för att minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD.

En ökning av registrerade ärenden har skett under 2019, från föregående års 27 registreringar till 48 registreringar 2019.

## ***Delegering***

*SOSFS 1997:14.*

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. Den som är legitimerad och delegerar ska vara såväl formellt som reellt kompetent, vilket t.ex. innebär att man inte delegerar en arbetsuppgift man inte själv kan praktisera (utföra). Delegering av arbetsuppgift kan exempelvis vara: läkemedelshantering, viss såromläggning, insulingivning, uppgifter enligt skriftliga träningsprogram, viss hantering av hjälpmedel och TENS- behandling (transkutan elektrisk nervstimulering).

Legitimerad personal i Herrljunga kommun har under året kontinuerligt delegerat omvårdnadspersonal enligt ledningssystemets rutin för delegering. Tillfällen för teoretisk utbildning har funnits jämnt fördelat över året.

Första delen av delegationsutbildning består av en webbutbildning, vilken ska göras av varje ny personal innan delegering kan ges. Personal erhåller diplom som intyg på avklarad webbutbildning. Därefter kan steg II i delegationsutbildning gå, utbildningen ges av legitimerad sjuksköterska.

Revidering av delegerings/utbildningsmaterial för ny personal, vikarier och sommarvikarier har genomförts enligt mål för året. Webbutbildning läkemedel har lagts till som obligatoriskt moment inför delegering.

## Egenkontroll

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 kap. 2 § p 2*

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.

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.

Egna mätningar till följsamheten till hygienrutiner och klädregler har genomförts samt egenkontroll enligt egenkontrollplan. Under 2019 har kontinuerliga mätningar genomförts på enheterna på hygien. Självskattning på följsamhet av basala hygienrutiner har gjorts och dokumenterats. Resultatet visar god följsamhet i nära patientarbete av personalgrupperna.

Internkontroll har skett på ett antal olika områden och i olika omfattning enligt den internkontrollplan som beslutats av socialnämnden. Under 2019 genomfördes internkontroll inom skydds- och begränsningsåtgärder.

### ***Skydds- och begränsningsåtgärder***

Svensk grundlag förutsätter att ingen medborgare ska kunna utsättas för samhälleligt tvång utan lagstöd. Varje medborgare är gentemot det allmänna skyddad enligt grundlag mot påtvingat kroppsligt ingrepp och frihetsberövande och andra frihetsinskränkningar.(2 kap. 6 och 8 §§ RF). Med frihetsberövande avses i huvudsak att mot någons vilja beröva hans rörelsefrihet. Enligt hälso- och sjukvårdslagen 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”.

HSL, SoL och LSS bygger på frivillighet och innebär att man inte kan vidta åtgärder mot den enskildes vilja. Verksamheten skall utgå från respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Beslut om skyddsåtgärd/frihetsinskränkande åtgärd dokumenteras i vård/rehabplan samt genomförandeplan 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. I vårdplaner skall också 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.

Internkontroll har gjorts under hösten 2019 på skydds- och begränsningsåtgärder för boende på särskilt boende och korttidsenheten. Mättningsresultat visar att vi använder oss av få skydds- och begränsningsåtgärder på boende och korttid. Dokumentationen runt beslut om begränsningsåtgärder är inte tillfredsställande då det ej dokumenterats orsak till beslut om begränsningsåtgärd likaså uppföljning under tid då begränsningsåtgärd används.

## Avvikelser

Avvikelse är ett samlingsbegrepp för negativa händelser och tillbud som sker i verksamheten. Rapportering av avvikande händelser är en av grundpelarna i arbetet med att förbättra kvalitet och säkerhet inom vård och omsorg. Avvikelserrapportering bidrar till att undvika att negativa händelser upprepas samt att rutiner förbättras för att höja kvaliteten.

En stor del i det systematiska kvalitetsarbetet är avvikelshantering. All personal inklusive studenter/elever och volontärer har skyldighet att medverka till god kvalitet och att verksamhetens kvalitét systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras genom att uppmärksamma och rapportera brister i kvalitet det vill säga genom att skriva avvikelser. Hur arbetet med avvikelshantering skall utföras beskrivs i rutin "Avvikelshantering", samt rapportera sådant som motverkar eller utgör hot mot att brukaren:

För att minimera avvikelser krävs att de uppmärksammas, att orsakerna analyseras och att det sker ett systematiskt arbete för att, så långt det är möjligt, förebygga att liknande avvikelser sker igen. Det är viktigt att sammanställa och återföra erfarenheter från avvikelshandlingen till verksamhetens personal och andra berörda samt att använda erfarenheterna vid förebyggande arbete.

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 fallolyckor/fallavvikelser har under 2019 ökat med 162 fall jämfört med föregående år. Konsekvens av fallen är vanligtvis skrubbsår, blåmärken, sårskada, svullnad och i sex av fallen har det uppstått frakturer.

Antal registrerade läkemedelsavvikelser har under 2019 minskat jämfört med året innan. Vanligt förekommande orsak är avglömd given läkemedelsdos.

Under 2019, tillika 2018 har det skett en ökning av avvikelser där beställd träningsinsats från Rehab inte har signerats på signeringslistor hos patient jämfört med tidigare år. Osäkerhet uppstår om beställd insats är utförd eller inte. Konsekvens blir svårighet att utvärdera träningsinsatsen samt stor risk för försämrad/utebliven funktion för patient.

Patientsäkerhetsarbetet har under året belysts genom upprättande och revidering av ett flertal riktlinjer och rutiner.

Enhetschefer, SAS och MAS har under året genomfört kvalitetsmöte för att analysera bland annat avvikelser, i syfte att uppmärksamma brister i verksamheten samt att föreslå åtgärder för att säkra verksamhetens kvalitet till exempel genom att förändra processer och rutiner.

## ***Avvikelseberättelse i Närvårdssamverkan***

Det finns gemensamt upprättade rutiner för samordnad vårdplanering (SVPL) samt rutin för samordnad individuell plan (SIP) mellan kommunerna och regionen. Rutinerna beskriver bland annat krav på information till berörda enheter i samband med in/ut skrivning slutenvård. Orsak till avvikelser i vårdssamverkan skulle kunna vara exempelvis brister i informationsöverföring SAMSA och aktuella läkemedel.

All personal ska rapportera händelser som kunnat leda till eller har lett till negativ händelse för brukaren, där leverantörer och andra huvudmän exempelvis statliga myndigheter, kommunal förvaltning, sjukhus, primärvård eller annan likartad organisation helt eller delvis har ansvaret för händelsen. Vård- och omsorgsförvaltningen har utrett händelser påtalade av ovanstående aktörer.

Under 2019 har det skrivits 22 avvikelser i samverkan. De flesta avvikelser gäller ej aktuella läkemedelslistor samt ej tydlighet vid vårdplanering och SIP (Samordnad Individuell Plan). 12 avvikelser till Herrljunga kommun har mottagits.

## **Klagomål och synpunkter**

Förvaltningen har en rutin för att hantera synpunkter och klagomål från både personal, patienter och närstående. När patienter/brukare kommer i kontakt med verksamheten för första gången i samband med inskrivning informeras om möjligheten att framföra synpunkter och klagomål.

## **Händelser och vårdskador**

Vid utredning av vårdskada ansvarar patientansvarig sjuksköterska/MAS för att informera patienten om detta. Diskussion i personalgrupp sker efter utredning för ett lärande i organisationen.

En utredning lett till Lex Maria-anmälan till IVO under 2019.

## **Riskanalys**

Legitimerad personal har observerat flertalet risker som man signalerat/skrivit avvikelser till enhetschef och MAS där arbete nu pågår i olika samverkansgrupper t.ex. med landstinget. Exempelvis

- det saknas plan för fortsatt vård från landstinget
- SIP behöver göras på fler patienter innan ankomst till korttidsenhet
- brister i informationsöverföring/rapport från landstinget
- brister i ordinationer, utsättning, maxdoser
- avsaknad av/felaktiga läkemedelslistor

## Mål och strategier för kommande år

### *Avvikelser*

- minska antal fallincidenter. Alla ska ha riskbedömning samt ordentlig vårdplan med åtgärder som ska vara väl kända och jobbas efter av omvårdnadspersonal. Fallavvikelser ska utredas enligt ledningssystem för kvalitet.
- att enhetschefer, SAS och MAS har fortsatt gemensam uppföljning av avvikelser
- sänka antalet avvikelser

### *Egenkontroller*

Vi behöver utarbeta en struktur och tydlighet i egenkontroller för att få bättre underlag för analys och utveckling av verksamheten.

### *Hygien*

100 % följsamhet till de basala hygienreglerna. Öka kunskap och förståelse av vikten av att arbeta efter basala hygienrutiner.

### *Kvalitetsmöte*

Bygga vidare på arbetet tillsammans med enhetschefer och omvårdnadspersonal analysera brister i verksamheten för att förebygga vårdskador.

### *Kvalitetsregistren*

- att öka bedömningar i kvalitetsregistren BPSD och Senior alert.
- öka antalet utbildade personal i BPSD

### *Avvikelser*

Öka kunskapen om avvikelshantering, både att skriva och att analysera.

## Redovisade statsbidrag/stimulansmedel 2019

Statsbidrag	Ansökt/ Rekvirerat	Åtterrapportering
Stärkt bemanning inom sociala barn och ungdomsvården	904 094	Hela beloppet redovisat. Kostnader för administratörer och socialsekreterare. Kommunen har för statsbidraget kunnat anställa administratörer för att täcka behovet under 2019 men inte för socialsekreterare eller arbetsledare, ej tillräckligt med sökande
Kvalitetsutveckla arbetet mot hot och våld i nära relation...	107 808	Redovisas senast 31 mars 2020
Ytterligare medel - Kvalitetsutveckla arbetet mot hot och våld i nära relation...	64 685	se ovan
Psykisk hälsa (personligt ombud)	Kostnad ca 150 000 kr/ år (psykisk hälsa)	Redovisat 118 314 kr. Ingen återbetalning. Med regionen, del i finansiering av central tjänst/projektledare. Finansierar personligt ombud 50 % tjänst ( i samarbete med Vårgårda)
Psykisk ohälsa hos barn och unga	251 137	Redovisat del av erhållet belopp, 120 009 kr. Stödsamtal för barn och unga, föräldrautbildning, utbildning familjehem för att stärka dem att ta emot barnen. Nationella psykiatridagarna. Återbetalning 131 128 kr
Habiliterings-ersättning	242 796	Redovisat del av erhållet belopp, 132 679 kr. För en höjning med 40 kr/dag/deltagare. Deltagarantalet eller antalet närvarotimmar var lägre än förväntat vilket påverkade ersättningen till personerna och användningen av statsbidraget Återbetalning 110 117 kr
Stimulansmedel för 2019 för förstärkning av äldreomsorgen	499 500	Hela beloppet redovisat. Kostnader för kompetensutveckling, juristdag, genomlysning sjuksköterskeorganisationen. Investering i utrustning, trygghetskamera, mobillås.

## Statsbidrag/stimulansmedel 2020 – Budget och kriterier

Medel	Budget	Kriterier	Övrigt/förbehåll
Barn och unga med psykisk ohälsa Januari – december 2020	328 784 :-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stärka socialtjänstens insatser till barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa</li> <li>• förbättra arbetet mot psykisk ohälsa</li> <li>• öka socialtjänstens kompetens om barn och unga med psykisk ohälsa</li> <li>• stärka samverkan mellan landsting och kommun när någon behöver både hälso- och sjukvård och stöd från socialtjänsten, men också inom kommunens egna verksamheter</li> </ul>	Kommunen avgör hur medlen ska disponeras mellan ändamålen.  Återbetalning
Stärka bemanning inom den sociala barn – och ungdomsvården	493 175 :-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• öka antalet socialsekreterare</li> <li>• öka antalet arbetsledare*</li> <li>• öka antalet administratörer för att frigöra tid för socialsekreterare el. arbetsled.</li> </ul>	Kommunen avgör hur medlen ska disponeras mellan ändamålen.  Återbetalning
Habiliteringsersättning	259 170 :-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• införa dagpenning till den som deltar i daglig verksamhet enl. LSS</li> <li>• höja en låg dagpenning -"- här avses själva höjningen</li> <li>• bibehålla en nivå på dagpenning som tidigare höjts med statsbidraget. Här avses den dagpenning eller nivå på denna som till och med året innan det aktuella bidragsåret har finansierats av statsbidraget*</li> </ul> <p>*den faktiska höjningen var 40 :-/dag/person år 2019</p>	Återbetalning
Motverka ensamhet bland äldre och för ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom	661 953 :-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• motverka ensamhet bland äldre</li> <li>• öka kvaliteten i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom</li> </ul>	Kommunen avgör hur medlen kan anpassas till lokala prioriteringar och behov inom ramen för stimulansmedlens syfte  Återbetalning



# Ärende 4

Heléne Backman Carlsson/SAS/Kvalitetssamordnare 2020-03-02

Psykisk hälsa	276 002 :-	Med regionen, del i finansiering av central tjänst/projektledare. Finansierar personligt ombud 50 % tjänst ( i samarbete med Vårgårda)	Ej återbetalning
Utveckling i att använda tekniska lösningar så som välfärdsteknik och utrustning för digitala arbetsätt.  Överenskommelsen om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med äldre i fokus syftar till att ge kommunerna bättre förutsättningar att verksamhetsutveckla genom digitalisering inom äldreomsorgen.  Satsningen kommer att fortgå under 2020-2022 under förutsättning att riksdagen beslutar (beslutas årligen)	250 000 :-	<ul style="list-style-type: none"><li>riktat statsbidrag till kommunerna för investeringar i välfärdsteknik och andra tekniska lösningar</li></ul>	Beslut om medlen kommer att fattas genom särskilt regeringsbeslut*  * Heléne bevakar. Rekvirering av medel ska ske senast den 1 december 2020

2 269 084 :-

- Projektkoder finns för dessa medel.
- En planering om hur och till vad medlen ska användas till kommer att ske och en handlingsplan upprättas.

# Ärende 4

Heléne Backman Carlsson/SAS/Kvalitetssamordnare 2020-03-02

Statsbidrag etc	Söks/rekvireras hos	Ansökt/Rekvirerat	Beviljad	Period	Åtterrapportering
<b>AME</b>					
<b>PULS</b> Individuellt anpassat stöd för personer med funktionshinder, prioriterad ålder 20 – 55 år, som bedöms ha framtida arbetsförmåga. Stödet följer deltagaren genom kartläggning, aktiviteter och eventuell arbetsträning.	Sjuhärads samordningsförbund	Söker varje månad efter arbetad tid i projektet, 50 %		2019 2020 2021	Åtterrapportering varje månad
<b>Aktiv kraft</b> Valbara aktiviteter upp till halvtid för individer som initialt har låg aktivitetsförmåga. Ålder 16-64 år. Individuella samtal, föreläsningar, samhällsorientering m.m. Deltagande beräknas pågå 6-24 veckor.	Sjuhärads samordningsförbund	550 000+ 100 000	650 000	2019 2020 2021	Ingen åtterrapportering krävs
<b>DUA</b> Delegationen för unga och nyanlända till arbete	Arbetsförmedlingen	150 000 :- (300 000 :-) Sökt för gemensamt arbete med Vårgårda		2020	Åtterrapportering 2020-11-30  Återbetalning



## Månadsuppföljning per 200229

### Sammanfattning

Socialförvaltningen prognostiserar ett underskott motsvarande 6 850 tkr för 2020. Detta inkluderar resultatföring av flyktingbuffert för nyanlända med 1 200 tkr, ordinarie verksamhet har ett underskott på 8 050 tkr.

### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterat 2020-03-06  
Månadsrapport per 2020-02-29

### Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner månadsuppföljningen.

LINN MARINDER  
Controller

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



## Bakgrund

Enligt gällande verksamhets- och ekonomistyrningsprinciper ska förvaltningen upprätta en månadsuppföljning som ska presenteras nämnden. Vid prognostiserat underskott ska åtgärder presenteras för att korrigera förväntat underskott. Konsekvenser av presenterade åtgärder ska redovisas. Arbetet gällande åtgärder och handlingsplan sker kontinuerligt. Månadsuppföljning ska göras per februari, april, juli och oktober enligt ekonomistyrningsprinciperna. Socialförvaltningen kommer att göra detta oftare under 2020.

## Ekonomisk bedömning

Med februaris utfall som grund har det upprättats en helårs prognos som visar på ett underskott på 6 850 tkr. Förvaltningen jobbar vidare med att hushålla med och optimera tilldelade resurser för 2020, för att sträva mot en budget i balans.

## Samverkan

Samverkas på FSG den 12 mars.

# Ärende 5

DIARIENUMMER: SN 2020-08  
FASTSTÄLLD/INSTANS: Socialnämnden  
VERSION:  
SENAST REVIDERAD: 2020-03-05  
GILTIG TILL:  
DOKUMENTANSVAR: Socialchef

# Månadsrapport

per den 2020-02-29

***Med prognos för 2020-12-31***

*Socialnämnden*



HERRLJUNGA KOMMUN

*Våga vilja växa!*

## SAMMANFATTNING

Socialförvaltningen prognostiserar ett underskott per februari på 6 850 tkr. I denna prognos ingår resultatföring av flyktingbuffert för nyanlända med 1 200 tkr. Det är framför allt placeringar av barn och unga och inhyrda konsulter inom myndighet som står för merparten av underskottet. Utöver detta visar även vård och omsorg på en negativ prognos i och med utökat hemtjänstbehov.

Inom förvaltningen är det fortsatt stort fokus på ekonomin och det sker kontinuerliga uppföljningar och analys av både ekonomiska utfall, men också arbetade timmar, för att komma till rätta med prognostiserade underskott.

## Driftredovisning

### Prognos

Som belastar resultatet

FÖRV	RSUM	År Budget	År Prognos	År Diff
4 Socialnämnd	1 Intäkter	-77 254	-78 289	1 035
4 Socialnämnd	3 Personalkostnader	172 880	175 668	-2 788
4 Socialnämnd	4 Lokalkostnader, energi, VA	10 266	10 266	0
4 Socialnämnd	5 Övriga kostnader	99 377	104 474	-5 097
4 Socialnämnd	6 Kapitalkostnad	323	323	0
<b>Nettokostnad</b>		<b>205 592</b>	<b>212 442</b>	<b>-6 850</b>

Vhtområde	År Budget	År Prognos	År Diff
10 Nämnd- och styrelseverksamhet	559	559	0
50 Social verksamhet gemensamt	20 171	20 271	-100
51 Vård och omsorg	123 729	123 929	-200
52 LSS	29 022	28 672	350
53 Färdtjänst	2 445	2 945	-500
59 IFO	26 415	34 015	-7 600
60 Flyktingmottagande	-51	-1 251	1 200
61 Arbetsmarknadsåtgärder	3 304	3 304	0
	<b>205 592</b>	<b>212 442</b>	<b>-6 850</b>

Ansvarsområde	År Budget	År Prognos	År Diff
40 Nämnd	559	559	0
41 Förvaltningsledning	12 168	12 268	-100
42 Myndighet	42 733	48 833	-6 100
44 Vård och omsorg	119 988	121 488	-1 500
46 Socialt stöd	30 144	29 294	850
	<b>205 592</b>	<b>212 442</b>	<b>-6 850</b>

## Redovisning av orsaker och åtgärder

### *Socialnämnd*

**Prognos:** i enlighet med budget

### *Förvaltningsledning*

**Prognos:** -100 tkr, försämrad prognos med 100 tkr

**Orsak:** Systemkostnaden för Viva blir dyrare än budgeterat. Personalkostnaderna på förvaltningsledningen prognostiseras överskjuta budgeten med 338 tkr, på grund av högre lönenivåer avseende nya verksamhetschefer samt fd stabschef, jämfört med budget. En tillkommande 25% tjänst med uppdrag att se över och organisera socialförvaltningens samlade lägenhetsbestånd finns ej med i budget. De ökade personalkostnaderna finansieras av en del utav den buffert på 559 tkr som finns på förvaltningsledningen.

**Åtgärd:** Fortsatt kostnadsmedvetenhet för att spara in på kostnader där det finns möjlighet.

### *Myndighet*

Inom verksamheten handläggs all myndighetsutövning. Verksamheten är helt lagstyrd och handlägger ärenden efter ansökan från enskild eller efter anmälan om oro. Verksamheten har det yttersta ansvaret för samtliga personer som vistas i Herrljunga kommun. Ärenden som handläggs rör Barn och familj, försörjningsstöd, missbruk, bistånd, LSS, socialpsykiatri, våld i nära relation, familjerätt samt har del i Familjecentralens verksamhet. Verksamheten beviljar bistånd enligt SoL och LSS till placering i familjehem, försörjningsstöd, hemtjänst, SÄBO, behandlingshem, kontaktpersoner, vuxenbehandlare, mm. Alla förekommande ärenden inom Socialförvaltningen går via Verksamhet myndighet som efter ansökan eller anmälan och utredning tar beslut om att bevilja bistånd/insats eller besluta om avslag. Ett beslut om avslag kan gå vidare till Förvaltningsrätt och Kammarrätt för avgörande. Beslut kan även tas mot den enskildes vilja enligt LVU och LVM, då det finns en påtaglig risk för den enskildes hälsa och liv. Ansökan om vård beslutas av Förvaltningsrätten.

**Prognos:** -6 100 tkr, försämrad prognos med 1 800 tkr

**Orsak:** Under våren kommer det fortsatt finnas inhyrda konsulter, fram till att all ordinarie personal är på plats, samt för att stötta flertalet nyanställda. Detta medför ökade kostnader motsvarande 1 400 tkr. Två utav konsulterna jobbar till och med juni, medan övriga avslutas i början på året.

Personalkostnaderna blir något lägre än budgeterat på grund av att den tillförordnade enhetschefen på myndighet har slutat i förtid på grund av hälsoskäl.

Prognosen för färdtjänsten kvarstår och pekar på ett underskott på 500 tkr. Omsorgsavgifterna beräknas generera ett överskott motsvarande 100 tkr för helår 2020.

6 300 tkr avser ökade kostnader för institutionsplacerade barn och ungdomar samt familjehemsplacerade barn och ungdomar. Familjehemsplaceringarna prognostiseras vara ytterligare 1200 tkr dyrare än budgeterat, men finansieras av EKB bufferten, och är därför ej inkluderade i prognosen. Kostnaderna för externt korttidsboende visar en positiv prognos på 200 tkr. Detta gör även externt gruppboende inom LSS, på grund av att en placering har setts över och kommer att flyttas hem och hanteras inom kommunen under året. Detta medför minskade kostnader med 500 tkr inom myndighet. Ytterligare en extern placering inom vuxen har tagits hem i början av mars och medför en kostnadssänkning med 1 200 tkr för 2020.

**Åtgärd:** Arbetet med att se över placeringar avseende både barn och ungdom samt vuxen har påbörjats och är det primära fokuset för den nya verksamhetschefen som kommer senare i vår. På sikt kommer förhoppningsvis fler placeringar att kunna flyttas hem och hanteras på hemmaplan. I ovan prognos har ett sådant beslut redan fattats. Bortsett från detta så har inga övriga åtgärder räknats in i prognossiffran.

### *Gemensam verksamhet vård och omsorg*

**Prognos:** - 700 tkr, oförändrad prognos

**Orsak:** Vård och omsorgs hela underskott härrörs från hemtjänsten. I och med att utförda timmar hos brukarna beräknas överstiga budget under året, så betalas det ut mer medel till hemtjänstenheterna än budgeterat.

Under året kommer det att tillkomma ett riktat statsbidrag för att motverka ensamhet bland äldre och för ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom på 662 tkr. Dessa medel ligger ej med i prognosen och förvaltningen håller på att jobbar fram en plan för hur dessa medel ska användas.

**Åtgärd:** Utvärdering och analys av såväl arbetad tid som utförda timmar görs löpande. Under året ska förvaltningen även se över och säkerställa att de beslutade insatserna är korrekta.

### *Hemtjänst, Ljung, Herrljunga tätort och landsbygd*

**Prognos:** -300 tkr oförändrad prognos

**Orsak:** Under de två första månaderna har hemtjänsten överskridit budget, främsta orsaken till detta är ett ökat behov av hemtjänststimmar. I och med att behovet har ökat så får enheterna täckning för de ökade personalkostnaderna från vård och omsorg gemensamt, som i sin tur gör ett underskott ifall utförda timmar överstiger budget. Detta bidrar till att endast Hemtjänsten i Ljung prognostiseras göra underskott med 300 tkr. Totalt prognostiseras ett underskott på hemtjänsten på 1000 tkr, men de övriga 700 tkr ligger under ansvaret vård och omsorg gemensamt (kostnadsställe hemtjänst köp-sälj). Om den nuvarande trenden och behovet av utökad hemtjänst fortsätter under året kan underskottet bli så mycket som drygt 2 200 tkr. Men i och med att vi är medvetna om det ekonomiska läget, och har stort fokus på att följa upp och optimera arbetade timmar, men också utförda timmar. Så arbetar förvaltningen med att



kunna se över och säkerställa att de beslutade insatserna är korrekta. Detta tillsammans med att arbeta för en effektivare verksamhet gör att prognosen endast visar ett underskott på 1 000 tkr .

Vhtområde	Kostnadsställe	År Budget	År Prognos	År Diff
5110 Hemtjänst	4214 Omsorgsavgifter	-2840	-2840	0
5110 Hemtjänst	4400 Vård och omsorg gemensamt	0	0	0
5110 Hemtjänst	4404 Hemtjänst köp-sälj	36555	37255	-700
5110 Hemtjänst	4405 Matdistribution	585	585	0
5110 Hemtjänst	4410 Hemtjänst Herrlj Gem	758	758	0
5110 Hemtjänst	4411 Hemtjänst Herrljunga landsbygd	0	0	0
5110 Hemtjänst	4412 Hemtjänst Herrljunga tätort	0	0	0
5110 Hemtjänst	4413 Hemtjänst Ljung	0	300	-300
5110 Hemtjänst	4414 Hemtjänst Ljung adm	810	810	0
5110 Hemtjänst	4416 Hemtjänst Hja landsbygd admin	566	566	0
5110 Hemtjänst	4422 Trygghetslarm	816	816	0
5110 Hemtjänst	4423 Nattpatrull	4058	4058	0
		<b>41 308</b>	<b>42 308</b>	<b>-1 000</b>

**Åtgärd:** Utvärdering och analys av såväl arbetad tid som utförda timmar görs löpande. Under året ska förvaltningen även se över och säkerställa att de beslutade insatserna är korrekta. Schemaläggning och personalplanering arbetas med aktivt för att optimera verksamheten.

### *Stöd i ordinärt boende mfl.*

Verksamheten inkluderar korttidsboende, dagverksamhet, Hagen natt och timpersonal bemanning.

**Prognos:** i enlighet med budget.

### *Särskilt boende, Hagen och Hemgården*

**Prognos:** i enlighet med budget.

### *Hälso- och sjukvård*

**Prognos:** - 500 tkr, försämrad prognos med 500 tkr

**Orsak:** Det råder fortfarande stor osäkerhet kring sommarbemanningen och hur den ska hanteras för att undvika ökade kostnader på grund av inhyrda sjuksköterskor. I dagsläget hyrs det in bemanningssjuksköterskor löpande, men detta vägs upp av att det är färre anställda än budgeterat. Rekrytering och annonsering efter sjuksköterskor har pågått i omgångar sedan i höstas då det inte kommit in några sökande. Annonseringen nu verkar dock mer lovande så att en anställning av egna ssk verkar möjlig igen. Men trots kontinuerligt arbete för att hålla kostnaderna nere prognostiseras ändå ett underskott gällande sommaren då verksamheten idag bedömer att den ej kommer vara helt självförsörjande avseende sommarvikarier utan ett fortsatt behov av bemanningstjänster behövs. I mitten av april är bemanningsläget inför sommaren klarlagt och prognosen kommer att uppdateras.

**Åtgärd:** Enheten jobbar vidare med resultaten från genomlysningen i höstas och arbetar för att säkra upp bemanningen inför sommaren med egen personal i möjligaste mån.

## *Gemensam verksamhet Socialt Stöd*

Socialt stöd består av tre enhetschefsområden. Sysselsättningsenheten med arbetsmarknadsenhet, Daglig verksamhet enl. LSS och Introduktionsenheten. Verkställighet består av Boendestöd och Stödboende, Träffpunkten (öppen verksamhet) och servicebostad enl LSS. Funktionshinderverksamheten består av Gruppboende enl. LSS samt personlig assistans både intern och extern. Socialt stöd är en utförarverksamhet och styrs av inflödet av nya ärenden, vilka då påverkar budget direkt.

**Prognos:** i enlighet med budget.

## *Funktionshinder*

Inom verksamheten finns personlig assistans och gruppboende.

**Prognos:** i enlighet med budget.

## *Sysselsättning*

Verksamheten inkluderar Arbetsmarknadsenhet, Daglig verksamhet och Introduktionsenheten.

**Prognos:** + 1 200 tkr, oförändrad prognos

**Orsak:** 1 200 tkr resultatförs från 2015 års flyktinggrupp.

## *Verkställighet*

Verksamheten inkluderar: Boendestöd och Stödboende för ensamkommande, Öppen verksamhet Träffpunkten samt servicebostad.

**Prognos:** -350 tkr, försämrad prognos

**Orsak:** I och med att socialförvaltningen plockar hem en extern placering behöver det tillföras medel för att hantera ärendet i kommunens servicebostad.

Åtgärd: Det arbetas aktivt med schemaplanering och personalplanering för att optimera resurserna.

## *Ensamkommande*

1 200 tkr prognostiseras att tas från EKB bufferten för att täcka familjehemsplaceringar av barn och unga.

## SOCIALFÖRVALTNING

Sandra Säljö

Socialchef

Linn Marinder

Controller

## Bilaga 1

Ansvarsområde	Ansvar	År Budget	1902 Prognos	Avvikelse Helår
Nämnd	Nämnd	559	559	0
<b>Summa Nämnd</b>		<b>559</b>	<b>559</b>	<b>0</b>
Förvaltningsledning	Förvaltningsledning	12 168	12 268	-100
<b>Summa Förvaltningsledning</b>		<b>12 168</b>	<b>12 268</b>	<b>-100</b>
Myndighet	Myndighet	635	1 035	-400
Myndighet	Myndighet Vuxen	28 910	26 910	2 000
Myndighet	Myndighet Barn och familj	13 188	20 888	-7 700
<b>Summa Myndighet</b>		<b>42 733</b>	<b>48 833</b>	<b>-6 100</b>
Vård och omsorg	Vård och omsorg	43 309	44 009	-700
Vård och omsorg	Hemtjänst Herrljunga Landsbygd	1 382	1 382	0
Vård och omsorg	Hemtjänst Herrljunga Tätort	4 816	4 816	0
Vård och omsorg	Hemtjänst Ljung	1 048	1 348	-300
Vård och omsorg	Stöd i ord.boende	11 833	11 833	0
Vård och omsorg	Hagen säbo	13 512	13 512	0
Vård och omsorg	Hemgården demens	15 587	15 587	0
Vård och omsorg	Hälso och sjukvård	20 912	21 412	-500
Vård och omsorg	Hemgården omvårdnad	7 590	7 590	0
<b>Summa Vård och omsorg</b>		<b>119 988</b>	<b>121 488</b>	<b>-1 500</b>
Socialt stöd	Socialt stöd	2 012	2 012	0
Socialt stöd	Funktionshinder	15 186	15 186	0
Socialt stöd	Verkställighet	6 958	7 308	-350
Socialt stöd	Ensamkommande	0	0	0
Socialt stöd	Sysselsättning	5 989	5 989	0
<b>Summa Socialt stöd</b>		<b>30 144</b>	<b>30 494</b>	<b>-350</b>
<b>Summa Socialnämnden</b>		<b>205 592</b>	<b>213 642</b>	<b>-8 050</b>
Resultat flyktinggrupp 2015			-1200	1 200
<b>Prognos inkl flykting</b>	Belastar resultatet		212 442	-6 850



## Uppföljning av handlingsplan för att hantera utmaningar i budget och verksamhetsplan 2020

### Sammanfattning

Socialnämnden gav socialförvaltningen i uppdrag 17 december 2019 att ta fram en handlingsplan för att hantera de i budget- och verksamhetsplan 2020 nämnda utmaningar för 2020. Den 28 januari 2020 presenterades handlingsplanen och nämnden beslutade då också att en uppföljning av handlingsplanen skulle ske på nämndens sammanträden i mars, juni, september och december. Den första uppföljningen av handlingsplanen är nu framtagen.

### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2020-03-10  
Socialnämndens Budget- och verksamhetsplan 2020

### Förslag till beslut

Uppföljning av handlingsplan läggs till handlingarna.

Sandra Säljö  
Socialchef

Expedieras till:  
För kännedom till: Kommunstyrelsen



### Bakgrund

Socialnämnden gav socialförvaltningen i uppdrag 17 december att ta fram en handlingsplan för att hantera de i budget- och verksamhetsplan 2020 nämnda utmaningar för 2020. Den 28 januari 2020 presenterades handlingsplanen och nämnden beslutade då också att en uppföljning av handlingsplanen skulle ske på nämndens sammanträden i mars, juni, september och december. Den första uppföljningen av handlingsplanen är nu framtagen.

Nedan är de saker som socialförvaltningen bedömer är utmaningar, som är kända just nu, avseende möjligheten att hålla budget. Förhoppningen är att ett antal av dessa utmaningar kan stävjas genom handlingsplanens åtgärder samt med chefer på plats.

### Ökade placeringar

#### Bakgrund

Vid utgången av 2019 har socialnämnden fler placerade barn än vad som fanns utrymme för i budgeten. I budget 2020 har det inte tagits höjd för dessa ökade placeringar. All korttidsvistelse för barn enligt LSS köps idag av externa aktörer.  
Beräknat underskott: ca 4 000 tkr per 200108

#### Nuläge

Fler placeringar har tillkommit sedan prognosen januari 2020. Både på HVB, familjehem, mor/barn placering och extern öppenvård.  
Beräknat underskott: ca 4 300 tkr per 200310

#### Uppföljning av handlingsplan

Alla tjänster inom myndighet är tillsatta men alla är inte på plats ännu. När alla är på plats ska ett arbete med att se över samtliga placeringsbeslut inledas. Målet är att se över kostnaderna samt så långt som möjligt arbeta med hemmaplanslösningar eller hitta alternativa, likvärdiga placeringar med ett lägre pris. Alla familjehemsavtal ska ses över. Under 2020 kommer en utredning genomföras om att starta upp en korttidsverksamhet för barn i Herrljunga. Förvaltningen ser även över vuxenplaceringar enligt LSS och SoL för att se om dessa går att verkställa i Herrljunga istället för externt. Under mars månad har en placering tagits hem och det planeras för ytterligare en under sommaren. Beräknad kostnadsminskning ca 1 450 tkr.

### Ökade behov inom hemtjänst

#### Bakgrund

Under 2019 har behovet av hemtjänst ökat mer än vad som budgeterades. I budget 2020 har denna ökning inte tagits hänsyn till utan enbart den demografitilldelning som socialnämnden fått.  
Beräknat underskott: ca 2 500 tkr per 200108

#### Nuläge

Vid genomgång ser förvaltningen att underskottet minskat till 2 200 tkr men förhoppningen är att komma ner på ett underskott på årsbasis på 1 000 tkr.  
Beräknat underskott: ca 1 000 tkr per 200310



### Uppföljning av handlingsplan

En genomgång av hemtjänstbesluten planeras att göras för att kontrollera så alla beslut är korrekta utifrån behov, lagstiftning och riktlinjerna. Kameratillsyn bör användas i största möjliga mån istället för fysiska tillsynsbesök där det är möjligt. Ökat samarbete mellan bistånd och verkställighet. Serviceinsatser såsom handling och städ ses över. Alla arbetade timmar följs upp varje månad och enheterna arbetar aktivt med schemaplanering för att optimera befintliga personalresurser.

### Ökad färdtjänst

#### Bakgrund

Utifrån ett antal beslut som fattades under 2019 bedöms kostnaderna för färdtjänst överstiga budget för 2020.

Beräknat underskott: ca 500 tkr per 200108.

#### Nuläge

Oförändrat, beräknat underskott ca 500 tkr per 200310.

### Uppföljning av handlingsplan

Handlingsplanen är att fortsätta vara restriktiva i beslut samt i så stor utsträckning som möjligt fatta beslut om anslutningstaxi till allmänna kommunikationer. Revidering av färdtjänstriktningslinjerna har föreslagits och ska behandlas av Kommunfullmäktige i februari. Här föreslås att arbetsresor som reseform inte ska finnas kvar. Detta kommer innebära ökade intäkter för nämnden.

### Heltidsprojektet

#### Bakgrund

Till 31 december 2020 ska heltid som norm vara infört. Detta innebär att arbeta på nya sätt avseende schemaläggning och planering. Det kan också innebära ökade kostnader.

Beräknat underskott: Oklart

#### Nuläge

Oförändrat, beräknat underskott oklart per 200310.

### Uppföljning av handlingsplan

Delar av socialförvaltningens chefer har gått bemanningsakademin under hösten 2019. Ytterligare ett antal kommer att gå det våren 2020. Bemanningsakademin syftar till att stärka kunskaper inom schemaläggning samt att få hjälp att tänka för att kunna möta heltid som norm. Kontinuerliga avstämningar med chefer kommer ske och det kommer finnas processtöd under första delen av året. Regelbunden uppföljning och analys av arbetade timmar utförs och en omfattande genomlysning av personalscheman sker under första delen av året.



### Tomhyror

#### Bakgrund

Socialförvaltningen hyr ett antal lägenheter i Herrljunga kommun. Under 2019 har ett antal av dessa lägenheter stått tomma.

Beräknat underskott: Oklart

#### Nuläge

Tomhyrorna kostar ca 600 tkr årligen.

#### Uppföljning av handlingsplan

Alla servicelägenheter på Ringvägen, Ljung, sades upp i november 2019. Avtalet löper ut 2020-12-31. Herbo kommer redan nu börja hyra ut lägenheter till seniorer för att undvika tomhyror, i dagsläget har en lägenhet hyrts ut. Arbetet med att gå igenom samtliga hyreskontrakt har påbörjats och lett till att två bostadssociala kontrakt har övergått till första hands kontrakt, till den enskilde. Delegeringsordningen avseende att bevilja bostadssociala kontrakt ligger nu hos SNMU istället för förste socialsekreterare då socialnämnden har extremt många bostadssociala kontrakt. Samtliga kringkostnader, kopplade till ovan lägenheter ses också över.

### Minskat antal särskilt boendeplatser

#### Bakgrund

Socialnämnden beslutade i maj 2019 att minska antalet särskilt boendeplatser med 8 lägenheter för att kunna flytta korttidsenheten från Stationsvägen, Ljung till Hagen. Genom att minska antalet särskilt boendeplatser ökar risken för att inte kunna verkställa beslut om särskilt boende. Framförallt ökar behovet av demensplatser vilket är mer personalkrävande. Beräknat underskott: Oklart

#### Nuläge

Per 200310 står 11 personer i kö till särskilt boende, som förvaltningen inte kunnat verkställa. Sju av dessa bor kvar hemma med hemtjänst, vilket till viss del kan förklara ökningen av hemtjänsttimmar. Tre av dessa blir kvar på korttiden, med en konsekvens av att vi inte klarar att ta hem utskrivningsklara patienter från slutenvården. På korttiden finns det åtta permanenta platser, i dagsläget är korttiden överbelagd med tre boende. Korttiden verkställer även växelvård. Kostnad per dygn är 8 600kr för patienter som ej tas hem enligt avtal. Per 200310 finns det tre patienter som Herrljunga kommun ej klarat att ta hem. Om besluten inte verkställs inom tre månader riskerar kommunen vite från IVO. Beräknat underskott oklart per 200310.

#### Uppföljning av handlingsplan

När Hagen byggs ut kommer antalet särskilt boendeplatser öka igen. Behovet av somatiska platser behöver ses över då behovet av demensplatser är större än behovet av somatiska platser. Det är av största vikt att utbyggnationen av Hagen påbörjas så snart som möjligt. Förvaltningen undersöker möjligheten till att öppna upp tillfälliga platser.



### Systemkostnader

#### Bakgrund

Under 2020 ser förvaltningen behov av att uppdatera TimeCare. Avtal ska slutas med Västra Götalandsregionen angående Framtidens vårdinformationsmiljö (FVM), som är ett system där VGR och kommunerna kan utbyta information om patienter som rör sig mellan de två vårdgivarna, detta kan innebära kostnader för kommunen redan 2020 även om systemet först kommer implementeras 2022. Inera har tagit fram ett nytt system för säker digital kommunikation. Systemet innebär att myndigheter ska kunna skicka sekretessuppgifter mellan sig. Hälso- och sjukvård önskar ett planeringssystem. Det finns även behov av ett system för digital hälso- och sjukvårdssignering. Automatisering av försörjningsstöds handläggning är också av intresse.

Beräknat underskott: Oklart

#### Uppföljning av handlingsplan

Ovan delar innebär effektiviseringar på sikt i form av minskat behov av att öka personal samt att svårrekryterade grupper kan effektivisera sitt arbete och frigöra tid. Det kan även öka Herrljunga kommuns attraktivitet som arbetsgivare.

### Konsultkostnader

#### Bakgrund

Socialförvaltningen är tvungna att ta in konsulter inom svårrekryterade grupper såsom socionomer och sjuksköterskor. Detta för att kunna utföra det uppdrag som nämnden har då ordinarie personal varit svåra att rekrytera. Samtidigt har även flera medarbetare sagt upp sig. Konsulter behövs även under introduktionstiden till dess att nyrekryterade medarbetare kommit in i arbetet och känner sig trygga i sin yrkesroll för att kunna behålla personalen. Beräknat underskott: ca 1,6 miljoner varav 800 tkr sjuksköterskor och 800 tkr socionomer per 200108

#### Nuläge

Nuvarande prognos visar att inhyrda konsulter på myndighet är 1 400 tkr och 500 tkr för inhyrda bemanningssjuksköterskor. Totalt ger detta ett beräknat underskott på 1 900 tkr per 200310

#### Uppföljning av handlingsplan

Den tidigare planen att rekrytera personalgrupperna är verkställd. Två överanställningar inom myndighet samt två överanställningar inom hälso- och sjukvård är genomförda. Fokus är att behålla personal genom en mer hållbar arbetsmiljö och arbetsbelastning samt god introduktion.

#### Samverkan

Ärendet är samverkat den 2020-03-12.





## Yttrande till Inspektionen för vård och omsorg, IVO

### Sammanfattning

Inspektionen för vård och omsorg, IVO har genomfört en inspektion av stödboendet för barn och unga vid Sveagatan stödboende i Herrljunga. Inspektionen har varit inriktad på ungdomars trygghet och säkerhet, personal och bemanning, inskrivning samt lokaler.

IVO har funnit brister gällande att inskrivning inte följer gällande bestämmelser, brister i verksamhetens dokumentation samt kontroll av Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister inte alltid har utförts innan anställning. IVO begär att nämnden redovisar sin inställning till de brister IVO konstaterat samt eventuella vidtagna åtgärder eller planerade att vidta för att komma tillrätta med bristerna. Redovisningen ska ha inkommit till IVO senast den 30 mars 2020.

De av IVO uppmärksammade bristerna i verksamheten är adekvata. Åtgärder i form av utbildningsinsatser och översyn av befintliga rutiner kommer att ske. För ökad följsamhet till gällande rutiner ska information lämnas till berörda i gällande verksamhet.

Den bedömning i övrigt som IVO gör är att personalens kompetens möjliggör en trygg och säker insats, att bemanningen är anpassad efter de inskrivnas behov av stöd samt att lokalernas utformning ger förutsättningar för självständighet och även tillgodoser ungdomarnas behov av trygghet och säkerhet. IVO påtalar dock att all personal som har kontakt med ungdomarna bör känna till vilka behov av stöd varje ungdom har. Personalen vid hemtjänst och nattpatrull har inte den kännedomen.

### Beslutsunderlag

Yttrande enligt begäran 2020-03-05

### Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut, att socialnämnden beslutar att till Inspektionen för vård och omsorg redovisa förvaltningens förslag till yttrande.

Heléne Backman Carlsson  
SAS/Kvalitetssamordnare

Inspektionen för Vård och omsorg  
Box 53148  
400 15 GÖTEBORG

## Yttrande enligt begäran

Dnr 8.4.2-23536/2019

SN dnr 76/2019

Inspektionen för vård och omsorg, IVO har genomfört en inspektion av stödboendet för barn och unga vid Sveagatan stödboende i Herrljunga. Inspektionen har varit inriktad på ungdomars trygghet och säkerhet, personal och bemanning, inskrivning samt lokaler.

IVO begär att nämnden redovisar sin inställning till de brister IVO konstaterat samt eventuella vidtagna åtgärder eller planerade att vidta för att komma tillrätta med bristerna. Redovisningen ska ha inkommit till IVO senast den 30 mars 2020.

Följande brister konstaterar IVO:

- inskrivning följer inte gällande bestämmelser
- det finns brister i verksamhetens dokumentation
- kontroll av Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister har inte alltid utförts innan anställning

## Inskrivning följer inte gällande bestämmelser

Lämplighetsbedömningar har gjorts inför flytt från HVB till stödboendet. Detta finns dokumenterat i några ärenden. Inskrivningsbeslut saknas, verkställighet finns dokumenterat. Att det har brustit i dokumentationen kring lämplighetsbedömningar och inskrivningsbeslut till stödboendet är en brist detta kan bara beklagas. Orsaken till att inskrivningsbeslut saknas kan antas bero på bl.a. bristande följsamhet till upprättad rutin, brister i introduktion av nya chefer, kompetensbrist. För tidigare boende ungdomar finns i vissa ärenden dokumenterat både bedömningar och beslut.

Några allvarliga händelser eller incidenter har inte inträffat i verksamheten och ungdomarna i stödboendet i dag, är självständiga, ansvarstagande unga vuxna personer.

Bristen är nu synliggjord. Den upprättade rutinen som tydliggör ansvar och uppdrag kommer att ses över. Information till berörda chefer. Klart senast 2020-03-31.

## Brister i verksamhetens dokumentation

De nu fyra boende har genomförandeplaner som följs upp efter behov. Den unge är delaktig i planeringen hur stödet ska genomföras och vad det kan innefatta. Detta finns dokumenterat.

I de nu aktuella ärendena finns journalanteckningar till viss grad, oftast 1-2 anteckningar i månaden i samband med kontakter personal och ungdom såsom vid samtal, hembesök, praktiska frågor. Dokumentation kring uppföljningar, utifrån målen, med den enskilde, med handläggare saknas dock.

Dokumentationen är sparsam och i den mån insatser eller händelser av vikt har skett, så saknas det i dokumentation vilket är en brist.

Generellt i förvaltningen är dokumentation ett område där det över tid och verksamheter förekommer brister. Dokumentation ingår i introduktion, särskilda utbildningssatsningar, löpande fortbildning för olika personalgrupper etc. Nya medarbetare tillkommer och detta är alltid aktuella och pågående insatser. Kontinuerliga träffar sker med dokumentationsombud som i sin roll är ett stöd för sina kollegor.

För de personal som nu är verksam inom stödboendet har utbildningsinsatser genomförts efter IVO:s inspektion.

## **Kontroll av Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister**

Vid tidpunkten för inspektionen fanns tre anställda i verksamheten. Uppgift om kontroll av registerutdrag från Polismyndighet fanns inhämtat gällande två personal men saknades för den tillförordnade enhetschefen. Att denna kontroll på en av personalen, har skett efter anställningens början är en brist men sker numera, i de verksamheter som berörs, inför nyanställningar i enlighet med den rutin som finns upprättad sedan tidigare.

Kontroll av registerutdrag från Polismyndighet har skett efter IVO:s inspektion på de berörda personal och chefer som det saknades.

Rutinen för kontroll av Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister ses över. Klart senast 2020-04-30.

Enligt uppdrag

Heléne Backman Carlsson  
SAS/Kvalitetssamordnare

2020 -03- 0 3

Socialnämnden Herrljunga kommun  
Box 201  
524 23 Herrljunga

## Ärendet

Tillsyn av stödboende för barn och unga vid Sveagatan stödboende (nedan kallad Sveagatan) i Herrljunga.

Tillsynen har varit inriktad på ungdomars trygghet och säkerhet, personal och bemanning, inskrivning samt lokaler.

## Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har konstaterat följande brister:

- Inskrivning följer inte gällande bestämmelser.
- Det finns brister i verksamhetens dokumentation.
- Kontroll av Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister har inte alltid utförts innan anställning.

IVO begär med stöd av 13 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453) att nämnden redovisar sin inställning till de brister som IVO konstaterat. Redovisningen ska även innehålla de eventuella åtgärder som nämnden har vidtagit eller planerar att vidta för att komma till rätta med bristerna. Redovisningen ska avslutas med uppgift om när åtgärden genomfördes eller kommer att genomföras.

Redovisningen ska ha kommit in till IVO senast den 30 mars 2020.

IVO kan, om bristerna inte avhjälpas, komma att fatta beslut om att förelägga nämnden att vidta åtgärder.

## Skälen för beslutet

I de delar som granskats har tillsynen vid detta tillfälle för övrigt i huvudsak visat:

- Personalens kompetens och verksamhetens bemanning möjliggör en trygg och säker insats.
- IVO har inte, i denna tillsyn, funnit brister i lokalernas utformning för barns och ungas förberedelse för självständighet.

*Inskrivning följer inte gällande bestämmelser**Inskrivningsbeslut saknas*

IVO bedömer att nämnden har brustit eftersom det saknades inskrivningsbeslut i de granskade ärendena.

Av intervju med verksamhetschefen framgår sammanfattningsvis följande. Det saknas inskrivningsbeslut för ungdomarna. Det kan bero på att de flesta ungdomarna flyttade från kommunens HVB direkt till stödboende. Verksamhetschefen har gått igenom dokumentationen för de inskrivna ungdomarna och sett till att alla placerade ungdomar har utredningar och placeringsbeslut för insatsen stödboende.

Enligt verksamhetschefen har hon varit i kontakt med socialsekreterare med anledning av det inte helt framgår i uppdragen från nämnden vilka insatser som ungdomarna ska ha.

Av 3 kap. 11 § socialtjänstförordningen (2001:937) SoF framgår att inskrivning i ett annat hem för vård eller boende än sådant som drivs av Statens institutionsstyrelse och inskrivning i ett stödboende sker efter ansökan. Föreståndaren beslutar om inskrivning, om inte huvudmannen har bestämt annorlunda. Har huvudmannen bestämt en annan ordning för inskrivningen ska denne meddela Inspektionen för vård och omsorg vad som gäller.

Vid inskrivningsbeslutet ska det särskilt kontrolleras att hemmet eller boendet är lämpligt med hänsyn till den enskildes behov, ålder, utveckling, utbildning och personliga förhållanden i övrigt. Förordning (2015:995).

*Dokumentation av lämplighetsbedömningar saknas*

IVO bedömer att nämnden har brustit då det saknas dokumenterade lämplighetsbedömningar i de granskade ärendena. Den som skriver in barn och unga ska inför inskrivning utföra och dokumentera att boendet är lämpligt utifrån barnets eller den unges behov. Även om det rör individer som tidigare har bott i huvudmannens HVB-verksamheter så är stödboende en annan boendeform som ställer högre krav på självständighet och lämplighetsbedömningen ska utföras utifrån andra parametrar än för HVB. Brister inom detta område kan få till följd att barn och unga skrivs in i ett boende som inte motsvarar deras behov.

Av dokumentationsgranskningen framkom att det inte finns dokumenterade lämplighetsbedömningar. I ett ärende finns en anteckning 2017 om en lämplighetsbedömning.

Föreståndaren uppgav vid intervjun att tidigare föreståndare har dokumenterat lämplighetsbedömningar för fem av de sex inskrivna ungdomarna. Dock går dessa inte att finna i ungdomarnas akter.

Av 4 kap. 1 – 3 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:56) om stödboende framgår att vid lämplighetsbedömningen enligt 3 kap. 11 § SoF, ska den som beslutar

om inskrivningen av ett barn eller en ung person vid ett stödboende utgå från socialnämndens

1. bedömning av vilket behov av stöd barnet eller den unge har, och
2. redogörelse för omständigheterna i övrigt kring barnet eller den unge.

2 § Vid lämplighetsbedömningen ska den som beslutar om inskrivning särskilt beakta hur barnets eller den unges behov av stöd kan tillgodoses under trygga och säkra former med hänsyn tagen till

1. tillgången till personal,
2. personalens kompetens, och
3. boendets utformning.

Om bedömningen avser en placering i ett eget boende som ligger nära andra boenden som ingår i verksamheten eller ett boende med utrymmen som delas med andra barn eller unga som är placerade, ska det vidare beaktas om placeringen kan innebära negativ påverkan eller medföra kränkningar, våld eller övergrepp.

3 § Om ett stödboende bedöms lämpligt för ett barn eller en ung person, ska bedömningen dokumenteras.

#### *Det finns brister i verksamhetens dokumentation*

*Insatser och händelser av betydelse ska dokumenteras i ungdomarnas journaler.*

IVO bedömer att nämnden har brustit när den inte har dokumenterat insatser och händelser av betydelse i ungdomarnas journaler. Det är en grundläggande förutsättning att verksamheten dokumenterar och följer upp beslut, insatser och all annan aktivitet i ett ärende för att nämnden systematiskt skall kunna undersöka om dessa leder till resultat som innebär förbättringar för den enskilde. Den enskilda som ärendet berör ska, liksom en ny handläggare hos socialtjänsten samt tillsynsmyndigheter, genom dokumentationen kunna följa ärendets gång och förstå vad som medfört att olika åtgärder vidtagits under handläggningen samt vilka slutsatser utredningar har lett till.

Att dokumentationen görs på ett korrekt sätt är en rättssäkerhetsgaranti för den enskilde. Alla händelser av betydelse ska därför dokumenteras och utan oskäligt dröjsmål föras till personakten. Brister i dokumentationen kan medföra att beslut fattas på ett otillräckligt eller felaktigt underlag.

Dokumentationsgranskningen av ärendena visade sammanfattningsvis följande. Det saknas dokumentation om uppföljning av insatser i de granskade ärendena. Journalanteckningarna är sporadiska och det kan ha gått längre perioder utan någon dokumentation alls.

Verksamhetschefen uppgav sammanfattningsvis följande om dokumentation. Uppföljning av insatser saknas, det går inte att utläsa att insatsen har följts upp tillsammans med socialsekreterare samt att det är lite dokumentation över lag i ungdomarnas journaler.

Personalen uppgav i intervju att de kommer att erbjudas utbildning i dokumentation.

Av 11 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453) SoL, framgår att handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödsatser, vård och behandling ska dokumenteras. Av bestämmelsen framgår även att dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Av kommentarerna till bestämmelsen framgår att dokumentationen ska innehålla tillräcklig, väsentlig och korrekt information.

#### *Kontroll av Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister har inte alltid inhämtats innan anställning*

IVO bedömer att nämnden har brustit avseende att kontrollera utdrag från Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister innan anställning för en person samt för den personal som ska stödja ungdomarna vid behov bland annat på kvällar, nätter och helger när ordinarie personal inte är tillgänglig. Brister av kontroll av Polismyndighetens register inför anställning, uppdrag eller liknande medför en risk att barn och unga inte får en trygg och säker insats.

Av inhämtade uppgifter innan inspektionen framgår att den tillförordnade föreståndaren/enhetschefen inte hade lämnat utdrag ur misstanke- och belastningsregister innan hon anställdes som föreståndare. Verksamhetschefen uppgav i intervju att utdrag inte hade inhämtats avseende nattpatrull eller boendestödspersonal. Hon uppgav att det finns rutin att inhämta utdrag ur Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister innan anställning. Verksamhetschefen uppgav vid intervjun att hon snarast skulle se till att utdrag inhämtades trots att det är försent.

Enligt 1 § lagen (2007:171) om registerkontroll vid vissa boenden som tar emot barn får inte anställa någon om inte kontroll gjorts av belastningsregister och misstankeregister avseende honom eller henne. Detsamma ska gälla den som, utan att det innebär anställning, erbjuds uppdrag, praktiktjänstgöring eller liknande vid ett sådant hem under omständigheter liknade dem som förekommer vid en anställning inom verksamheten.

#### *Trygg och säker vård*

##### *Personalens kompetens möjliggör en trygg och säker insats*

IVO bedömer utifrån uppgifter inhämtade vid inspektionen att personalens kompetens möjliggör en trygg och säker insats i enlighet med vad som anges i 8 kap. 2 § HSLF-FS 2016:56. Där anges att den övriga personalen vid ett stödboende ska ha den utbildning, den erfarenhet och den personliga lämplighet som behövs för att kunna utföra sina arbetsuppgifter.

Personalen är utbildad skötare inom psykiatri och har arbetat i cirka 10 år vid ett behandlingshem som tog emot ungdomar med psykiatrisk problematik. Personalen har arbetat med ensamkommande barn vid HVB i Herrljunga sedan 2014 innan hon fortsatte arbeta med ungdomarna i stödboendet. Hon har erhållit utbildningskursningar i form av traumamedveten omsorg (TMO) samt motiverande samtal (MI). Vidare har hon gått kurser anordnade av bland annat Länsstyrelsen.

#### *Verksamhetens bemanning utgår från ungdomarnas behov*

IVO bedömer att bemanningen är anpassad utifrån de inskrivnas behov av stöd i enlighet med vad som anges i 7 kap. 1 § HSLF-FS 2016:56. Där framgår att den som bedriver verksamhet i form av stödboende ska se till att det finns särskild avdelad personal som har till sin huvudsakliga uppgift att stödja de barn eller unga som är placerade där.

Personalen uppgav vid intervjun i huvudsak följande. Bemanningen utgörs av en person som de inskrivna ungdomarna känner sedan tidigare. Personalen har cirka 25 % av sin arbetstid avdelad till ungdomarna i stödboendet. Personalen beskriver att ungdomarna har blivit så självständiga att det inte finns mer behov. Om behov skulle uppstå kan personalen öka sin arbetstid så att den möter ungdomarnas behov. Vidare uppger personalen att hon kan förlägga sin arbetstid så att det matchar när ungdomarna behöver stödet, till exempel på kvällar. Hon arbetar dagtid alla vardagar i veckan vid kommunens boendestöd. Övrig tid kan ungdomarna vända sig till kommunens hemtjänst och nattpatrull.

Personalen vid kommunens boendestöd vet till stor del vilket stöd varje ungdom ska ha. Personalen vid hemtjänst och nattpatrull har inte den kännedomen. IVO vill särskilt påtala för nämnden att all personal som har kontakt med ungdomarna bör känna till vilka behov av stöd varje ungdom har.

#### *Lokalernas utformning ger förutsättningar för självständighet*

IVO bedömer, utifrån de uppgifter som lämnats av föreståndare, personal samt en ungdom, att lokalerna är utformade på ett sådant sätt att de bidrar till inskrivna ungdomars förberedelse för självständighet och att de även tillgodoser ungdomars behov av trygghet och säkerhet i enlighet med vad som anges i 6 kap. 1 och 2 §§ HSLF-FS 2016:56.

Sveavägen består av fyra lägenheter om ett till två rum och kök. Två av ungdomarna disponerar gemensamt en lägenhet om två rum och kök, efter eget önskemål. De har varsitt låsbart rum och delar kök samt badrum. Två av de inskrivna ungdomarna har egna lägenheter.

## Underlag

IVO genomförde den 10 och 11 juli 2019 en anmäld inspektion vid Sveagatan stödboende. Den 10 juli talade vi med en ungdom. Dagen



efter, den 11 juli, intervjuade vi föreståndaren/enhetschefen samt genomförde dokumentationsgranskning av tre ungdomars ärenden. Innan inspektionen har verksamheten inkommit med uppgifter om anställd personal samt datum för kontroll av Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister. IVO genomförde ytterligare en inspektion vid Sveagatan den 15 oktober 2019. Vid inspektionen intervjuades verksamhetschefen samt en personal.

Nämnden har getts möjlighet att yttra sig över underlaget.

### Ytterligare information

IVO ska enligt 3 kap. 19 § socialtjänstförordningen (2001:937) SoF, inspektera stödboende för barn och unga minst en gång per år. Inspektionen kan vara föranmäld eller oanmäld. Den som inspekterar verksamheten ska tala med de barn och unga som samtycker till det.

Sveagatan stödboende är ett stödboende som drivs av socialnämnden i Herrljunga. Huvudmannen har till IVO anmält 4 platser för ensamkommande barn och unga vuxna i åldern 16 – 21 år. Vid inspektionstillfället den 11 juli 2019 var sex ungdomar i åldern 19 – 20 år inskrivna. Vid inspektionen den 15 oktober 2019 var fyra ungdomar i åldern 19 – 20 år inskrivna.

---

Beslut i detta ärende har fattats av inspektören Annelie Andersson. Inspektörerna Karin Nyqvist och Malin Karnå har deltagit i den slutliga handläggningen. Inspektören Gail Sjölund har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg



Annelie Andersson



Gail Sjölund

Kopia till: Sveagatan stödboende



## Svar på skrivelse från FUB angående brister i kommunens dagliga verksamhet

### Sammanfattning

Socialnämnden har fått in en skrivelse från FUB med följdfrågor på tidigare skrivelse avseende brister i daglig verksamhet vid stängning av verksamhet vid sommaresemesterledighet. De brister som FUB tidigare lyfte är att den enskilde behöver göra en ny ansökan under semesterstängda perioden på daglig verksamhet trots att kommunen är skyldiga att tillhandahålla annan sysselsättning.

Inför semesterperioden 2020 begär FUB nu svar på två frågor. Vilken LSS insats anser nämnden att den enskilde ska söka då hen redan är beviljad daglig verksamhet enligt LSS? Vilken annan insats bedömer ansvarig biståndsbedömare kan tillgodose behovet av sysselsättning och omvårdnad enligt LSS när daglig verksamhet är stängd?

Socialförvaltningen har tagit fram ett förslag till svar till FUB, se bilaga.

### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse daterad 2020-03-02

Svar på skrivelse från FUB om brister inom daglig verksamhet daterad 2020-03-02

Skrivelse från FUB daterad 2020-02-10

SN § 95/2019-10-29 Svar på skrivelse till socialnämnden angående brister i kommunens dagligverksamhet

### Förslag till beslut

Förvaltningens förslag på beslut:

- Svar på inkommen skrivelse från FUB angående brister i daglig verksamhet godkänns och överlämnas till FUB.

Heléne Backman Carlsson  
SAS/Kvalitetssamordnare

För kännedom till: Kjell Nyvaller, FUB



Tack för skrivelsen daterad 2020-02-10

I ett tidigare svar på skrivelse från till FUB gällande hur nämnden förhåller sig till daglig verksamhet under semesterperioden 2019, gav nämnden med hänvisning till lagstiftning och Socialstyrelsens uttalande bl.a. svar om att det inte i några tillämpliga bestämmelser finns något som reglerar öppethållande på daglig verksamhet. Hänsyn får tas till utformning, organisation och tillgång till adekvat personal. För brukare som inte vill vara ledig under en semesterstängning måste kommunen se till att han eller hon tillförsäkras goda levnadsvillkor på annat sätt.

Nämnden fattade ett beslut om att en ansökan om insats under semesterperioden behöver göras av den enskilde som inte har för avsikt att själv ta semesterledighet. Nämnden ändrar sig nu på den punkten.

- Ingen ny ansökan om tillfällig insats under semesterperioden, vid en eventuell stängning, kommer att krävas.
- Vilka insatser som kan komma att erbjudas för att tillgodose den enskildes behov vid en eventuell stängning kommer att utgå från enskilds individuella behov och verksamhetens organisation och tillgång till adekvat personal.

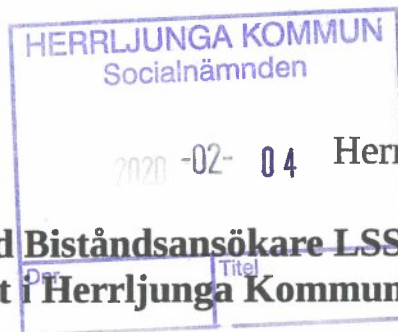
Dagliga verksamheten efterfrågar alltid behovet av insatsen hos deltagarna inför varje sommar och semesterperiod. Verksamheten gör sedan en bedömning utifrån behoven om daglig verksamhet kan hålla öppet eller ej. Verksamheten kommer att följa beslutet om att inga brukare behöver ansöka på nytt. Det är tillräckligt att de informerar personalen i tid så verksamheten kan kartlägga behoven och planera utformningen.

Semester innebär att verksamheten behöver säkerställa att det finns personal som kan arbeta under sommarperioden. Det kommer i första hand att göras genom att samverka med andra verksamheter, genom att undersöka möjligheter till att flytta befintlig personal. I andra hand kommer verksamheten att använda vikarier.

Verksamheten kommer endast att stänga om inga brukare uttrycker önskemål eller behov av insatsen daglig verksamhet under semesterperioden.

*Med vänliga hälsningar*

*Socialnämnden*



## Ärende 8

**Till Herrljunga Socialnämnd Biståndsansökare LSS och kommunala Pensions-och Funktionsrådet i Herrljunga Kommun.**

Yttrande angående Socialnämndens svar angående stängning av Dagligverksamhet enligt LSS under semesterperioden 2020.( se bilaga )

Dagverksamhet är en lagstadgad rättighet för personkrets 1 och 2 och den enskilde har själv rätt att bestämma när hen vill få semester.

Fråga 1.

Vilken LSS insats anser nämnden att den enskilde skall söka då hen redan är beviljad Dagverksamhet enligt LSS.

Fråga 2.

Vilken annan insats bedömer Ansvarig biståndsbedömare kan tillgodose behovet av sysselsättning och omvårdnad enligt LSS när Dagligverksamhet har stängt.

Önskar skriftligt svar från berörda,

FUB i Alingsås Vårgårda Herrljunga  
genom Kjell Nyvaller

## Svar på skrivelse från FUB angående brister i dagligverksamhet

Tack för skrivelsen daterad 2019-09-16.

Daglig verksamhet är en rättighet för personer som tillhör personkretsen enl 1 § 1-2 LSS. Syftet med daglig verksamhet är att den skall bidra till personlig utveckling och till att främja delaktighet i samhället. Det ska vara en meningsfull sysselsättning för den enskilde.

Socialstyrelsen säger att ”det går inte att säga i vilken omfattning en daglig verksamhet ska eller bör hållas öppen eftersom det inte finns några bestämmelser som reglerar detta, varken i lag eller förordning, eller i Socialstyrelsens föreskrifter eller allmänna råd. Det är upp till den som bedriver den dagliga verksamheten hur den är utformad och verksamheten får till exempel ta hänsyn till organisationen och tillgången till adekvat personal.” Vidare skriver Socialstyrelsen att: ”Om deltagaren inte vill vara ledig under en planerad semesterstängning av den dagliga verksamheten måste kommunen se till att han eller hon tillförsäkras goda levnadsvillkor på annat sätt.

Kommunen kan således hålla den dagliga verksamheten stängd under till exempel en semesterperiod om verksamheten ser ett behov av det. Verksamheten tar dock hänsyn till deltagarnas önskemål om ledighet när semesterstängningen planeras. Den enskilde har rätt till annan sysselsättning under denna period för att tillförsäkras goda levnadsvillkor dock behöver en ansökan om annan insats göras. Utifrån ansökan, och i dialog mellan handläggaren och den enskilde, fattas ett nytt beslut för den insats som ersätter daglig verksamhet under perioden den ordinarie verksamheten håller stängt.

Socialförvaltningen kommer att, utifrån synpunkten i den inkomna skrivelsen, bli tydligare i sin kommunikation med den enskilde om att en sådan ansökan behöver göras. Den enskildes handläggare kommer även att i god tid inför sommar och semesterperioder påminna om att en ansökan behöver göras samt efterfråga hur den enskildes behov kommer se ut under perioden som den dagliga verksamheten håller semester stängt.

*Med vänliga hälsningar*

*Socialnämnden*

Besöksadress	Telefon	E-post
HERRLJUNGA KOMMUN	0513-170 00	info@admin.herrljunga.se
Torget 1 (Box 201)	Fax	Internet
524 23 HERRLJUNGA	0513-171 33	www.herrljunga.se



SN § 95

DNR SN 93/2019

### Svar på skrivelse till socialnämnden angående brister i kommunens dagligverksamhet

#### Sammanfattning

Socialnämnden har fått in en skrivelse från FUB avseende brister i dagligverksamhet där ett skriftligt svar begärs från socialnämnden. De brister som FUB lyfter är att den enskilde behöver göra en ny ansökan under semesterstängda perioden på dagligverksamhet trots att kommunen är skyldiga att tillhandahålla annan sysselsättning. Socialförvaltningen har tagit fram ett förslag till svar till FUB, se bilaga.

#### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2019-10-18

Svar på skrivelse från FUB angående brister i dagligverksamhet daterad 2019-10-21

Skrivelse från FUB angående brister i dagligverksamhet daterad 2019-09-24

#### Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Svar på inkommen skrivelse från FUB angående brister i dagligverksamhet godkänns och överlämnas till FUB.

#### Beslutsgång

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

#### Socialnämndens beslut

1. Svar på inkommen skrivelse från FUB angående brister i dagligverksamhet godkänns och överlämnas till FUB.

\_\_\_\_\_  
För kännedom till: Kjell Nyvaller, FUB



## Beslut om att utse dataskyddsbud enligt brottsdatalagen

### Sammanfattning

Socialnämnden kan verkställa straffrättsliga påföljder om ungdomar döms till vård inom socialtjänsten. Detta enligt brottsdatalagen. Enligt brottsdatalagen § 13 ska personuppgiftsansvarige, i Herrljungas fall socialnämnden, utse ett eller fler dataskyddsbud och anmäla till tillsynsmyndigheten när dataskyddsbud utses och entledigas.

Herrljunga kommun anställer inget eget dataskyddsbud utan köper tjänsten från Boråsregionen, Sjuhärads kommunalförbund.

### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2020-03-05

### Förslag till beslut

1. Socialnämnden utser Magnus Blomqvist och Dan Bodin vid Boråsregionen, Sjuhärads kommunalförbund till Dataskyddsbud enligt dataskyddslagen.

Linnea Holm,  
Stabschef

**Expedieras till:** Boråsregionen, Sjuhärads kommunalförbund, Datainspektionen  
**För kännedom till:**



## Bakgrund

Boråsregionen, Sjuhärads kommunalförbund, fick i uppdrag av Direktionen att anställa gemensamma dataskyddsbud utifrån kraven i dataskyddsförordningen GDPR, rekryteringen är nu klar och två personer har anställts.

## *Kort om Dataskyddsbudets roll*

Dataskyddsbudets övergripande och viktigaste uppgift är att övervaka att organisationen följer dataskyddsförordningen. Det innebär bland annat att:

- samla in information om hur organisationen behandlar personuppgifter
- kontrollera att organisationen följer bestämmelser och interna styrdokument
- informera och ge råd inom organisationen.
- ge råd om konsekvensbedömningar.
- vara kontaktperson för Datainspektionen.
- vara kontaktperson för de registrerade och personalen inom organisationen.
- samarbeta med Datainspektionen, till exempel vid inspektioner.



2020-01-31

Kommunstyrelserna

## Meddelande från styrelsen Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus

Ärendenr: 19/01703

### Förbundsstyrelsens beslut

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har vid sammanträde den 31 januari 2020 beslutat

**att** för sin del godkänna överenskommelsen med staten om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus, samt

**att** i en skrivelse informera kommunerna om överenskommelsen.

### Bakgrund

För att bättre möta de utmaningar som äldreomsorgen står inför behöver äldreomsorgen utvecklas genom att ta tillvara potentialen i att använda tekniska lösningar så som välfärdsteknik och utrustning för digitala arbetssätt. För att uppnå goda resultat på området behövs större samverkan mellan staten och kommunerna.

Överenskommelsen om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus syftar till att ge kommunerna bättre förutsättningar att verksamhetsutveckla genom digitalisering inom äldreomsorgen. Genom att stödja kommunerna både ekonomiskt och i frågor om förändringsledning, upphandling, informationssäkerhet, infrastruktur m.m. ges kommunerna bättre förutsättning att utveckla och implementera nya arbetssätt med adekvata tekniska verktyg. Överenskommelsen kommer att bidra till arbetet med vision e-hälsa 2025 genom att stödja kommunerna att bättre ta tillvara teknikens möjligheter och samtidigt hantera dessa risker och utmaningar.

Överenskommelsen består av dels ett riktat statsbidrag till kommunerna för investeringar i välfärdsteknik och andra tekniska lösningar och dels medel till SKR för att kunna utforma och tillhandahålla ett kommunövergripande stöd. Stimulansmedel fördelas till samtliga kommunerna för ett minimibelopp om 250 000 kronor. Ett antal modellkommuner för äldreomsorgens digitalisering kommer att utses som kommit lite längre i att implementera digitala lösningar. Dessa kommuner får ett extra ekonomiskt stöd för att möjliggöra att de kan avsätta tid för

kunskapsspridning. En stödfunktion på SKR ska inrättas för införandet av välfärdsteknik och andra digitala lösningar för att stödja kommunerna i arbetet med att implementera digital teknik i kommunernas äldreomsorg. Överenskommelsen omfattar även utvecklade förutsättningar för säker digital kommunikation, med syfte att stödja kommunerna att införa nya digitala arbetsätt.

Överenskommelsen är en satsning på digitalisering och välfärdsteknik i kommunerna i enlighet med regeringens budgetproposition 2020. Satsningen kommer att fortgå under 2020–2022 under förutsättning att riksdagen beslutar regeringens budgetproposition för åren 2021 och 2022. Överenskommelsens inriktning och delområden beslutas årligen.

Överenskommelsen redovisas i **bilaga 1**.

Sveriges Kommuner och Regioner



Anders Knappe  
Ordförande



**Regeringskansliet**  
Socialdepartementet



**Sveriges  
Kommuner  
och Regioner**

## Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus

## Innehåll

1. Inledning .....	3
1.1 Förutsättningar för överenskommelser på området äldreomsorg .....	3
1.2 Vision e-hälsa 2025 .....	4
1.3 Agenda 2030 för hållbar utveckling.....	5
2. Bakgrund.....	5
3. Överenskommelsens övergripande inriktning .....	6
4. Överenskommelsens delområden.....	6
4.1 Övergripande stöd till kommunerna .....	7
4.1.1 Stödfunktion för införande av välfärdsteknik och andra digitala lösningar .....	7
4.1.2 Säker digital kommunikation.....	8
4.2 Ekonomiskt stöd till kommunerna.....	9
4.2.1 Stimulansmedel .....	9
4.2.2 Stöd till modellkommuner för äldreomsorgens digitalisering .....	9
5. Uppföljning av satsningen .....	9
6. Avstämningar .....	10
7. Ekonomiska villkor .....	10
7.1 Medel till kommunerna .....	10
7.2 Medel till SKR .....	11
7.3 Finansiering.....	12
8. Godkännande av överenskommelsen.....	12
Bilaga 1. Fördelning av statsbidrag till kommunerna.....	13
Bilaga 2. Information om rekvisition och ekonomisk redovisning .....	20

## 1. Inledning

Svensk äldreomsorg håller hög kvalitet och står sig mycket väl i jämförelse med andra länder. Men den demografiska utvecklingen innebär att kommunerna de kommande åren kommer att uppleva ökad efterfrågan på både hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Antalet äldre och unga ökar snabbare än befolkningen i arbetsför ålder vilket kan komma innebära utmaningar att både bemanna och finansiera äldreomsorgen. För att bättre möta de utmaningar som äldreomsorgen står inför behöver äldreomsorgen utvecklas genom att ta tillvara potentialen i att använda tekniska lösningar så som välfärdsteknik och utrustning för digitala arbetssätt.

2018 beslutade regeringen om ett statsbidrag till kommunerna om 350 000 000 kronor för investeringar i välfärdsteknik eller sådant som ökar förutsättningarna att införa välfärdsteknik. Samtliga kommuner rekviderade medel och 96 procent av medlen förbrukades. I Socialstyrelsens uppföljningsrapport framgår att satsningen har bidragit till att sätta välfärdsteknik på den kommunala dagordningen. Bl.a. framkommer att 165 kommuner hade, inom ramen för satsningen, genomfört framåtsyftande åtgärder som kartläggning av behov och planering för ökad användning av välfärdsteknik. Över 90 procent av kommunerna hade använt medel till att öka förutsättningarna för att införa välfärdsteknik.

Det finns ett stort intresse bland kommunerna att öka användningen av välfärdsteknik och att ta del av digitaliseringens möjligheter men också stora utmaningar. Kommunerna har begränsade resurser och det finns behov av kompetenshöjande insatser och erfarenhetsutbyte. För att uppnå goda resultat på området behövs större samverkan mellan staten och kommunerna.

### 1.1 Förutsättningar för överenskommelser på området äldreomsorg

En överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) är ett värdefullt verktyg för att åstadkomma förändring, eftersom den ger möjlighet att gemensamt formulera en vision och långsiktigt styra i den önskvärda riktningen.

Överenskommelser mellan regeringen och SKR kan användas inom områden där regeringen och SKR gemensamt identifierat ett utvecklingsbehov, för att stimulera en utveckling i önskad riktning. Genom överenskommelser ges förutsättningar för att insatser kan ske samordnat på nationell, regional och lokal nivå. Viktiga utgångspunkter för överenskommelser är ett tillitsbaserat förhållningssätt, hög kostnadseffektivitet och ett tydligt jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv.

Överenskommelsen omfattar offentligt finansierad omsorg, oavsett vem som utför dessa. Det betyder att såväl kommuner som privata aktörer som bedriver omsorg som är offentligt finansierad kan omfattas.

## 1.2 Vision e-hälsa 2025

I mars 2016 ingick regeringen och SKR en överenskommelse om en gemensam vision för e-hälsoarbetet fram till 2025.

*År 2025 ska Sverige vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet.*

I beslutsdokumentet *Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvård* presenteras regeringen och SKL:s gemensamma syn på digitalisering inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Parterna menar att för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens målgrupper innebär digitaliseringen helt nya möjligheter till självständighet, delaktighet och inflytande. De flesta människor vill vara oberoende och delaktiga samt ha inflytande och kontroll över frågor och beslut som rör hälsan och den sociala livssituationen.

Vidare uttrycker parterna att digitalisering är också ett verktyg för verksamhetsutveckling. Det handlar om allt från medarbetarnas tillgång till rätt information i möten med brukare eller patienter till hantering av data för uppföljning och jämförelser av verksamheternas resultat. För medarbetare och entreprenörer öppnas även möjligheter att skapa nya verktyg som kan effektivisera verksamheterna, bidra till nya och innovativa arbetssätt, utveckla verksamhetsprocesserna samt öka möjligheterna för forskning och utveckling.

Visionsarbetet ska ske utifrån ett jämställdhetsperspektiv, för att säkerställa likvärdig vård, omsorg och service, resursfördelning och inflytande mellan flickor och pojkar och kvinnor och män.

Överenskommelsen om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus kommer att bidra till visionsmålet uppfullande genom att stödja kommunerna att bättre ta tillvara teknikens möjligheter och samtidigt hantera dessa risker och utmaningar. Det sker genom att dels stärka omsorgstagarnas självständighet och delaktighet genom ökad användning av välfärdsteknik, dels ge omsorgsgivarna bättre förutsättningar att ge trygg, säker och mer individanpassad omsorg. Överenskommelsen kan även bidra till bättre arbetsmiljö för personalen.

## 1.3 Agenda 2030 för hållbar utveckling

Den här överenskommelsen om digitalisering och e-hälsa i kommunernas äldreomsorg anknyter främst till mål 10 i Agenda 2030 för hållbar utveckling. Mål 10 handlar om att bl.a. minska ojämlikheten inom länder. Delmål 10.2 är att möjliggöra och verka för att alla människor blir inkluderade i det sociala, ekonomiska och politiska livet, oavsett ålder, kön, funktionsnedsättning, ras, etnicitet, ursprung, religion eller ekonomisk eller annan ställning.

## 2. Bakgrund

Äldreomsorgen står inför stora utmaningar. Antalet äldre som är 80 år och äldre beräknas öka med 254 000 personer fram till 2029, vilket innebär en ökning med 50 procent (källa: SCB, 2019-11-12). Personer som är 80 år och äldre har de största behoven av vård- och omsorgsinsatser. Det innebär att behovet av både hälso- och sjukvård och äldreomsorg kommer att öka under den närmaste tioårsperioden och att verksamheterna behöver utvecklas och effektiviseras för att kunna möta behoven. Enligt SKR uppgår rekryteringsbehovet mellan 2013 och 2023 sammanlagt till ca 500 000 personer i kommuner och regioner. De flesta behövs inom äldreomsorgen och i omsorgen om personer med funktionsnedsättning. Inom dessa verksamheter behöver arbetsstyrkan öka med ca 24 procent, ca 67 000 personer, om ingen förändring av arbetssätt sker.

I ett arbetsmarknadsläge som förutspår en omfattande arbetskraftsbrist i välfärden behöver personalens tid och kunskaper läggas på de insatser där de behövs som bäst, dvs. på de insatser som inte kan ersättas av tekniska lösningar. Den välfärdsteknik som införs ska gynna både omsorgspersonalen i deras arbete och de äldre. Detta genom att nya tekniska lösningar kan tillgodose de äldres behov på nya sätt samtidigt som mer tid kan frigöras, exempelvis till ökat utrymme för dagliga aktiviteter för en meningsfull tillvaro och till mötet mellan den äldre och omsorgspersonalen.

Digital teknik har stor potential att bidra till att äldre personer ska kunna bo kvar hemma, känna sig trygga och delaktiga i samhället och även nå en bättre hälsa. Med rätt stöd kan äldre leva mer självständigt och behovet av omsorg minska. Digital teknik kan också bidra till mer social samvaro för att bryta upplevd ensamhet och isolering

I Socialstyrelsens rapport E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2019 - uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna framkommer att införandet av välfärdsteknik ofta sker via testverksamhet eller piloter. Även där välfärdsteknik ingår i ordinarie drift är det ett fåtal personer som får ta del av tekniken. Det finns svårigheter i att få till ett breddinförande även om ett pilotprojekt har varit framgångsrikt. Det kan

bero på en mängd olika faktorer som påverkar kommunernas arbete med e-hälsa och välfärdsteknik. Även om det finns ett stort intresse hos kommunerna att införa ny teknik så finns svårigheter med bl.a. förändringsledning, upphandling, informationssäkerhetsarbetet m.m.

### 3. Överenskommelsens övergripande inriktning

Överenskommelsen syftar till att ge kommunerna bättre förutsättningar att verksamhetsutveckla genom digitalisering inom äldreomsorgen. Genom att stödja kommunerna både ekonomiskt och i frågor om förändringsledning, upphandling, informationssäkerhet, infrastruktur m.m. ges kommunerna bättre förutsättning att utveckla och implementera nya arbetssätt med adekvata tekniska verktyg. Samtidigt bör digitaliseringen genomföras på ett sätt som säkerställer användarvänlighet för både de äldre och för personalen. Överenskommelsen omfattar även utvecklade förutsättningar för säker digital kommunikation, med syfte att stödja kommunerna att införa nya digitala arbetssätt.

Överenskommelsen består av dels ett riktat statsbidrag till kommunerna, dels medel till SKR för att kunna utforma och tillhandahålla ett kommunövergripande stöd.

I arbetet inom överenskommelsen ska SKR ta tillvara den kunskap och erfarenhet som finns hos bl.a. Socialstyrelsen, Myndigheten för delaktighet, Post- och telestyrelsen, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Upphandlingsmyndigheten, Myndigheten för digital förvaltning och E-hälsomyndigheten. Myndigheterna bistår SKR så långt det är möjligt inom sitt respektive ordinarie uppdrag och där det så är lämpligt, samverkar med SKR inom ramen för särskilda uppdrag som har koppling till äldreomsorg eller digitalisering.

I arbetet inom överenskommelsen ska SKR i relevanta delar föra dialog med utredningen Nationell samordnare för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre (S2019:04).

Överenskommelsen är en satsning på digitalisering och välfärdsteknik i kommunerna i enlighet med regeringens budgetproposition 2020. Satsningen kommer att fortgå under 2020–2022 under förutsättning att riksdagen beslutar i enlighet med regeringens förslag budgetpropositionerna för åren 2021 och 2022. Överenskommelsens inriktning och delområden beslutas årligen.

### 4. Överenskommelsens delområden

Överenskommelsen omfattar två delar uppdelade i två delområden vardera.



## *Övergripande stöd till kommunerna*

- Stödfunktion för införande av välfärdsteknik och andra digitala lösningar
- Stöd för införande av Säker digital kommunikation hos kommunerna

## *Ekonomiskt stöd till kommunerna*

- Stimulansmedel
- Stöd till modellkommuner

### **4.1 Övergripande stöd till kommunerna**

Användandet av digitala lösningar i kommunernas äldreomsorg är ojämnt fördelat i landet. Parterna är överens om att en kraftsamling behövs för att få ett större genomslag och ett mer effektivt och säkert införande av digitala lösningar i äldreomsorgen. I införandet av digitala lösningar är det av avgörande betydelse att alla inblandade aktörer bedriver ett systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete. Under senare år har många kommuner genomfört projekt för att utveckla och införa olika tjänster och arbetssätt inom äldreomsorgen med stöd av digitala lösningar. Dock förekommer de digitala lösningarna mer som enstaka inslag i många kommuner och sällan genomförs breddinförande trots ofta goda resultat i testverksamheter. Några exempel på aktiviteter som genomförts är införande av GPS-larm, digital tillsyn i ordinärt och särskilt boende samt digitalt stöd för att bryta upplevd ensamhet och isolering. Andra exempel på aktiviteter är att möjliggöra för enskilda att kommunicera digitalt med omsorgspersonal eller att förenkla personalens administration med stöd av digitala lösningar till förmån för omsorgsarbete.

#### **4.1.1 Stödfunktion för införande av välfärdsteknik och andra digitala lösningar**

SKR ska inrätta en stödfunktion för införande av välfärdsteknik och andra digitala lösningar för att stödja kommunerna i arbetet med att implementera digital teknik i kommunalt finansierad äldreomsorg. Stödfunktionen på SKR ska uteslutande arbeta med att ge råd, stöd och vägledning för att konkret stödja kommunerna i frågor som rör förändringsledning, uppföljning, infrastruktur, juridik, informationssäkerhet, upphandling, kravställning m.m. av digitala lösningar. Inom ramen för funktionens arbete ingår att ta fram stödmaterial, inrätta en helpdesk samt resa ut i landet och stödja kommuner på plats.

SKR ansvarar även för att genomföra ett särskilt nationellt projekt med syfte att bättre ta tillvara potentialen i automatisering. Det finns flera olika administrativa processer som skulle kunna hanteras maskinellt, t.ex. hanteringen om avgifter i hemtjänsten. SKR ska ge stöd till kommunerna

att kartlägga administrativa processer, införskaffa och införa en automatisering. Att införa en automatisering och effektivisering av administration där så är lämpligt är angeläget till förmån för att avsätta resurser till den faktiska omsorgen.

Parterna är överens om att arbetet ska ske i samverkan mellan SKL och relevanta statliga myndigheter.

#### 4.1.2 Säker digital kommunikation

Ineras projekt Säker digital kommunikation, (SDK), syftar till att skapa förutsättningar för enkel, säker och enhetlig hantering av känslig ostrukturerad information. Det gäller information som utbyts mellan verksamheter inom offentlig sektor inom till exempel vård, socialtjänst och skola. Projektet bygger på eDelivery, en del av EU-projektet Electronic Simple European Networked Services (E-SENS). Projektet påbörjades 2018 och planeras att avslutas 2020 med fokus på bl.a. förvaltning och införande i lokala verksamheter. Projektet har nära koppling med Myndigheten för digital förvaltnings regeringsuppdrag om effektivt informationsutbyte och myndighetens ansvar för eDelivery.

Varje dag utbyts mängder av information mellan kommuner och regioner, statliga myndigheter och privata utförare i handläggningen av ärenden och beslut. Ofta handlar det om sekretessbelagd information som exempelvis vårdplaner, behandlingsplaner m.m. Idag sker en stor del av informationsutbytet via fax, brev, telefon och vanlig e-post. Det tar tid då det är svårt att hitta rätt mottagare och att veta att informationen har nått fram. Det finns också en risk att informationen blir liggande eller kommer på avvägar. SDK ersätter inte befintliga tjänster för informationsutbyte utan är ett komplement för att kunna ersätta manuella flöden med digitala sådana på ett säkert sätt.

Finansieringen av projektet SDK delas lika mellan regioner, kommuner och statliga myndigheter. Inom ramen för den här överenskommelsen ska SKR bedriva ett utvecklingsarbete i samspel med nationella aktörer så att kommunernas socialtjänst/äldreomsorg i framtiden ska kunna upprätta en säker digital kommunikation med andra huvudmän och myndigheter. Därutöver ska SKR ge stöd till kommunerna vid ett breddinförande av SDK samt för att ta fram en struktur för hantera de adressregister som behöver upprättas för att säkerställa att information som skickas kommer till rätt mottagare.

## 4.2 Ekonomiskt stöd till kommunerna

### 4.2.1 Stimulansmedel

Den demografiska utvecklingen medför ökade kostnader för välfärden och kommunernas utrymme för nödvändigt utvecklingsarbete minskar. För att stödja kommunernas digitala verksamhetsutveckling fördelas stimulansmedel till kommunerna efter en fördelningsnyckel baserat på antal personer i kommunen som är 80 år eller äldre (*bilaga 1*). För att även de mindre kommunerna ska ges möjlighet att använda medlen till att avsätta personella resurser om de så finner det mest lämpligt avsätts medel för ett minimibelopp till samtliga kommuner om 250 000 kronor. Medlen kan även användas för investeringar i teknik eller andra investeringar som ökar förutsättningarna för att använda välfärdsteknik och andra tekniska lösningar.

### 4.2.2 Stöd till modellkommuner för äldreomsorgens digitalisering

Tio kommuner utses till modellkommuner för äldreomsorgens digitalisering. Dessa kommuner ska ha kommit lite längre i att implementera digitala lösningar och ha samlat på sig värdefull kunskap och erfarenhet. SKR föreslår vilka kommuner som ska utses till modellkommuner för äldreomsorgens digitalisering och bereder beslutet tillsammans med Socialdepartementet. SKR:s beslut om modellkommun ska tas i samråd med berörd kommun.

Modellkommunerna för äldreomsorgens digitalisering ska:

- ge stöd till andra kommuner och de regionala stödstrukturerna för digitalisering av olika tjänster,
- genomgående implementera ytterligare digitala lösningar i den egna kommunen för att generera ytterligare kunskap och erfarenhet som i nästa skede ska komma hela landet till del.

Modellkommunerna för äldreomsorgens digitalisering får ett extra ekonomiskt stöd för att möjliggöra att de kan avsätta tid för kunskapsspridning.

Stödfunktionen för införande av välfärdsteknik och andra digitala lösningar som SKR inrättat kommer att ha ett särskilt uppdrag att stödja modellkommunerna. De erfarenheter modellkommunerna gör kommer att tas tillvara vid utformning av nationella vägledningar och annat skriftligt stöd.

## 5. Uppföljning av satsningen

Socialstyrelsen har sedan 2013 haft i uppdrag att följa upp kommunernas utveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik. I myndighetens regleringsbrev

för 2020 anges att myndigheten ska ta hänsyn till regeringens satsning på att stödja kommunerna i investeringar av tekniska lösningar. Regeringen gör bedömningen att Socialstyrelsens årliga uppföljning är tillräcklig för att följa effekten av överenskommelsen på lokal nivå.

Regeringens satsning på digitalisering inom äldreomsorgen kommer även att utvärderas av annan myndighet. Utvärderingen syftar till att klarlägga om satsningen bidragit till uppfyllelse av bl.a. Vision e-hälsa 2025 och det jämställdhetspolitiska målet.

## 6. Avstämningar

Parterna förbinder sig till att göra en muntlig avstämning av arbetet i april och i september 2020.

## 7. Ekonomiska villkor

Tabell: Fördelning av medel inom ramen för överenskommelsen om äldreomsorgen – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus

	mnkr	sidor
Medel till samtliga kommuner	168,7	8
Medel till modellkommunerna	15	8–9
<b>Totalt Medel till kommunerna</b>	<b>183,7</b>	
Medel till SKR	16,3	7
<b>Totalt för Överenskommelsen</b>	<b>200</b>	

### 7.1 Medel till kommunerna

Beslut om utbetalning av medel om totalt 183 700 000 kronor till kommunerna som stimulansmedel under 2020 kommer att fattas genom särskilt regeringsbeslut ställt till Kammarkollegiet.

Av medlen ska 168 700 000 kr fördelas till samtliga kommuner. Medlen fördelas efter en fördelningsnyckel baserat på antal personer som är 80 år eller äldre i kommunen, men med ett minimibelopp om 250 000 kronor till varje kommun (*bilaga 1*).

15 000 000 kronor ska fördelas lika till de kommuner som utses till modellkommuner. SKR meddelar Kammarkollegiet om vilka kommuner som utsetts till modellkommuner.

Medlen till kommunerna utbetalas engångsvis efter rekvisition från kommunerna ställd till Kammarkollegiet. De kommuner som utses till modellkommuner efter att ha rekvirerat sin del av de stimulansmedel som fördelas till samtliga kommuner, kan rekvirera de extra medlen för modellkommuner i särskild ordning. All rekvirering av medel ska ske senast den 1 december 2020. Rätten till bidraget förfaller om rekvisition inte inkommit inom denna tid.

Kommunerna förbinder sig att svara på Socialstyrelsens enkät avseende uppföljning av utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna (se Socialstyrelsens regleringsbrev 2020).

Medel som inte har utnyttjats ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2021. En ekonomisk redovisning för kalenderåret som visar hur medlen använts (se *bilaga 2*) ska lämnas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2021. Ekonomichef/verksamhetschef ska granska och intyga uppgifterna i den ekonomiska redovisningen. Underskrift i original samt information om eventuella avvikelser och åtgärdsförslag ska finnas med i redovisningen. Om redovisningen inte inkommer i tid kan regeringen återkräva stödet.

Regeringskansliets diarienummer för överenskommelsen och för regeringsbeslut om utbetalning ska framgå av samtliga handlingar. Rekvisitionen, den ekonomiska redovisningen och verksamhetsrapporterna ska vara undertecknade i original av en behörig företrädare för kommunen.

Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Kammarkollegiet har rätt att begära in kopior av räkenskaper (samlat, inom överenskommelsens inriktningsområden) i form av ekonomisk redovisning och övrigt underlag.

För rekvisition och ekonomisk redovisning se också *bilaga 2*.

## **7.2 Medel till SKR**

Beslut om utbetalning av sammanlagt 16 300 000 kronor till SKR kommer att ske i särskilt regeringsbeslut ställt till Kammarkollegiet.

Medlen till SKR utbetalas engångsvis efter rekvisition ställd till Kammarkollegiet. Rekvireringen av medel ska ske senast den 1 december 2020. Rätten till bidraget förfaller om rekvisition inte inkommit inom denna tid.

Medel som inte har utnyttjats ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2021. En ekonomisk redovisning från SKR för kalenderåret som visar hur medlen använts (se *bilaga 2*) ska lämnas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2021. Ekonomichefen (eller motsvarande) ska granska

och intyga uppgifterna i den ekonomiska redovisningen. Underskrift i original samt information om eventuella avvikelser och åtgärdsförslag ska finnas med i redovisningen. Om redovisningen inte inkommer i tid kan regeringen återkräva utbetalda medel.

Regeringskansliets diarienummer för överenskommelsen och för regeringsbeslut om utbetalning ska framgå av samtliga handlingar. Rekvisitionen, den ekonomiska redovisningen och verksamhetsrapporterna ska vara undertecknade i original av en behörig företrädare för SKR.

Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Kammarkollegiet har rätt att begära in kopior av uppgifter i form av ekonomisk redovisning och övrigt underlag som rör bidragets användning.

För rekvisition och ekonomisk redovisning se också *bilaga 2*.

### 7.3 Finansiering

Kostnaderna ska belasta utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslag 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet, anslagspost 8 Utvecklingsmedel - Kammarkollegiet. Beslut om utbetalning kommer att ske i särskilt regeringsbeslut ställt till Kammarkollegiet.

### 8. Godkännande av överenskommelsen

Överenskommelsen har upprättats i två exemplar varav parterna tagit var sitt. Överenskommelsen blir giltig under förutsättning att regeringen godkänner den.

För staten genom  
Socialdepartementet

För Sveriges Kommuner och  
Regioner

Stockholm  
den 5 februari 2020

  
Maja Fjaestad  
Statssekreterare

Stockholm  
den 31 januari 2020

  
Staffan Isling  
Verkställande direktör

## Bilaga 1. Fördelning av statsbidrag till kommunerna

Kommun/Region	Invånare 80+, antal	Medel
Ale	1 208	367 545
Alingsås	2 345	713 488
Alvesta	1 233	375 152
Aneby	382	250 000
Arboga	913	277 789
Arjeplog	224	250 000
Arvidsjaur	489	250 000
Arvika	1 901	578 397
Askersund	727	250 000
Avesta	1 498	455 780
Bengtstors	797	250 000
Berg	532	250 000
Bjurholm	245	250 000
Bjuv	645	250 000
Boden	1 764	536 713
Bollebygd	444	250 000
Bollnäs	1 775	540 060
Borgholm	923	280 831
Borlänge	2 700	821 500
Borås	5 964	1 814 602
Botkyrka	2 759	839 451
Boxholm	336	250 000
Bromölla	772	250 000
Bräcke	431	250 000
Burlöv	808	250 000
Båstad	1 204	366 328
Dals-Ed	340	250 000
Danderyd	2 039	620 384
Degerfors	654	250 000
Dorotea	260	250 000
Eda	573	250 000
Ekerö	1 075	327 079
Eksjö	1 166	354 766
Emmaboda	703	250 000
Enköping	2 323	706 794
Eskilstuna	5 196	1 580 931
Eslöv	1 638	498 377
Essunga	366	250 000
Fagersta	896	272 616
Falkenberg	2 879	875 962
Falköping	2 153	655 070
Falun	3 270	994 928
Filipstad	824	250 710
Finspång	1 424	433 265
Flen	1 112	338 336

Forshaga	679	250 000
Färgelanda	436	250 000
Gagnef	607	250 000
Gislaved	1 662	505 679
Gnesta	561	250 000
Gnosjö	514	250 000
Gotland	3 669	1 116 327
Grums	608	250 000
Grästorp	403	250 000
Gullspång	388	250 000
Gällivare	1 269	386 105
Gävle	5 190	1 579 105
Göteborg	22 317	6 790 153
Götene	775	250 000
Habo	451	250 000
Hagfors	1 001	304 563
Hallsberg	847	257 708
Hallstahammar	1 042	317 038
Halmstad	5 666	1 723 933
Hammarö	761	250 000
Haninge	2 847	866 226
Haparanda	606	250 000
Heby	910	276 876
Hedemora	998	303 651
Helsingborg	7 091	2 157 502
Herrljunga	584	250 000
Hjo	594	250 000
Hofors	662	250 000
Huddinge	3 448	1 049 086
Hudiksvall	2 339	711 662
Hultsfred	1 060	322 515
Hylte	664	250 000
Håbo	678	250 000
Hällefors	559	250 000
Härjedalen	799	250 000
Härnösand	1 661	505 375
Härryda	1 467	446 348
Hässleholm	3 429	1 043 305
Höganäs	1 706	519 066
Högsby	401	250 000
Hörby	944	287 221
Höör	839	255 273
Jokkmokk	357	250 000
Järfälla	3 411	1 037 828
Jönköping	7 360	2 239 348
Kalix	1 210	368 154
Kalmar	3 686	1 121 499



Karlsborg	496	250 000
Karlshamn	2 189	666 023
Karlskoga	2 010	611 561
Karlskrona	3 845	1 169 877
Karlstad	5 153	1 567 848
Katrineholm	2 141	651 419
Kil	711	250 000
Kinda	667	250 000
Kiruna	1 362	414 401
Klippan	1 016	309 127
Knivsta	493	250 000
Kramfors	1 347	409 837
Kristianstad	4 934	1 501 215
Kristinehamn	1 698	516 632
Krokom	716	250 000
Kumla	1 024	311 561
Kungsbacka	4 075	1 239 856
Kungsör	477	250 000
Kungälv	2 509	763 386
Kävlinge	1 322	402 231
Köping	1 718	522 717
Laholm	1 570	477 687
Landskrona	2 273	691 581
Laxå	443	250 000
Lekeberg	417	250 000
Leksand	1 070	325 557
Lerum	1 893	575 963
Lessebo	510	250 000
Lidingö	2 818	857 402
Lidköping	2 401	730 526
Lilla Edet	604	250 000
Lindesberg	1 409	428 701
Linköping	7 882	2 398 171
Ljungby	1 885	573 529
Ljusdal	1 353	411 663
Ljusnarsberg	329	250 000
Lomma	1 386	421 703
Ludvika	1 730	526 368
Luleå	4 079	1 241 073
Lund	5 040	1 533 466
Lycksele	829	252 231
Lysekil	1 102	335 294
Malmö	14 288	4 347 255
Malung-Sälen	698	250 000
Malå	230	250 000
Mariestad	1 717	522 413
Mark	2 132	648 681

# Meddelande 2

16

Markaryd	727	250 000
Mellerud	705	250 000
Mjölby	1 526	464 300
Mora	1 320	401 622
Motala	2 617	796 246
Mullsjö	385	250 000
Munkedal	741	250 000
Munkfors	360	250 000
Möndal	2 906	884 177
Mönsterås	914	278 093
Mörbylånga	872	265 314
Nacka	3 944	1 199 998
Nora	684	250 000
Norberg	359	250 000
Nordanstig	585	250 000
Nordmaling	497	250 000
Norrköping	6 821	2 075 352
Norrtilje	3 951	1 202 128
Norsjö	301	250 000
Nybro	1 420	432 048
Nykvarn	314	250 000
Nyköping	3 516	1 069 775
Nynäshamn	1 387	422 007
Nässjö	1 811	551 013
Ockelbo	358	250 000
Olofström	1 052	320 081
Orsa	517	250 000
Orust	1 064	323 732
Osby	948	288 438
Oskarshamn	1 657	504 157
Ovanåker	828	251 927
Oxelösund	884	268 965
Pajala	553	250 000
Partille	1 827	555 882
Perstorp	444	250 000
Piteå	2 388	726 571
Ragunda	464	250 000
Robertsfors	446	250 000
Ronneby	1 972	599 999
Rättvik	946	287 829
Sala	1 417	431 135
Salem	732	250 000
Sandviken	2 380	724 137
Sigtuna	1 702	517 849
Simrishamn	1 638	498 377
Sjöbo	1 080	328 600
Skara	1 058	321 906

Skellefteå	4 453	1 354 866
Skinnskatteberg	288	250 000
Skurup	763	250 000
Skövde	2 934	892 696
Smedjebacken	678	250 000
Sollefteå	1 525	463 995
Sollentuna	2 850	867 139
Solna	3 243	986 713
Sorsele	227	250 000
Sotenäs	710	250 000
Staffanstorp	1 211	368 458
Stenungsund	1 298	394 928
Stockholm	35 238	10 721 486
Storfors	239	250 000
Storuman	484	250 000
Strängnäs	1 802	548 275
Strömstad	732	250 000
Strömsund	919	279 614
Sundbyberg	1 425	433 569
Sundsvall	5 414	1 647 259
Sunne	894	272 008
Surahammar	596	250 000
Svalöv	591	250 000
Svedala	875	266 227
Svenljunga	615	250 000
Säffle	1 236	376 064
Säter	643	250 000
Sävsjö	780	250 000
Söderhamn	1 795	546 145
Söderköping	791	250 000
Södertälje	3 947	1 200 911
Sölvesborg	1 160	352 941
Tanum	878	267 140
Tibro	759	250 000
Tidaholm	858	261 054
Tierp	1 319	401 318
Timrå	929	282 657
Tingsryd	1 073	326 470
Tjörn	950	289 046
Tomelilla	869	264 401
Torsby	972	295 740
Torsås	499	250 000
Tranemo	761	250 000
Tranås	1 394	424 137
Trelleborg	2 516	765 516
Trollhättan	2 998	912 169
Trosa	608	250 000

Tyresö	2 028	617 038
Täby	3 684	1 120 891
Töreboda	566	250 000
Uddevalla	3 373	1 026 266
Ulricehamn	1 547	470 689
Umeå	5 218	1 587 624
Upplands Väsby	1 694	515 415
Upplands-Bro	886	269 574
Uppsala	9 091	2 766 020
Uppvidinge	630	250 000
Vadstena	627	250 000
Vaggeryd	686	250 000
Valdemarsvik	545	250 000
Vallentuna	1 226	373 022
Vansbro	497	250 000
Vara	976	296 957
Varberg	3 799	1 155 881
Vaxholm	440	250 000
Vellinge	1 908	580 527
Vetlanda	1 811	551 013
Vilhelmina	460	250 000
Vimmerby	1 067	324 645
Vindeln	426	250 000
Vingåker	529	250 000
Vårgårda	583	250 000
Vänersborg	2 341	712 271
Vännäs	509	250 000
Värmdö	1 413	429 918
Värnamo	2 002	609 127
Västervik	2 697	820 587
Västerås	7 889	2 400 301
Växjö	4 613	1 403 548
Ydre	265	250 000
Ystad	2 113	642 900
Åmål	935	284 482
Ånge	717	250 000
Åre	464	250 000
Årjäng	648	250 000
Åsele	250	250 000
Åstorp	677	250 000
Åtvidaberg	794	250 000
Älmhult	1 013	308 215
Älvdalen	543	250 000
Älvkarleby	564	250 000
Älvsbyn	608	250 000
Ängelholm	2 768	842 189
Öckerö	765	250 000

Ödeshög	366	250 000
Örebro	6 732	2 048 273
Örkelljunga	604	250 000
Örnsköldsvik	3 619	1 101 114
Östersund	3 353	1 020 181
Österåker	1 775	540 060
Östhammar	1 462	444 827
Östra Göinge	843	256 490
Överkalix	309	250 000
Övertorneå	371	250 000
<b>Totalt</b>	<b>522 133</b>	<b>168 700 000</b>

## Bilaga 2. Information om rekvisition och ekonomisk redovisning

Information som ska ingå i rekvisition och ekonomisk redovisning av icke-prestationsbaserade medel inom ramen för denna överenskommelse.

Rekvisition	Ekonomisk redovisning
<p>1. Kontaktuppgifter</p> <p>Bidragsmottagare</p> <p>Organisationsnummer</p> <p>Kontaktperson</p> <p>Postadress</p> <p>Telefon inkl. riktnummer</p> <p>Faxnummer</p> <p>E-postadress</p>	<p>1. Kontaktuppgifter</p> <p>Bidragsmottagare</p> <p>Organisationsnummer</p> <p>Kontaktperson</p> <p>Postadress</p> <p>Telefon inkl. riktnummer</p> <p>Faxnummer</p> <p>E-postadress</p>
<p>2. Bidrag som ansökan avser</p> <p>Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse</p> <p>Regeringskansliets diarienummer för regeringsbeslut avseende utbetalning</p> <p>Överenskommelsens benämning</p> <p>Belopp som rekvireras</p> <p>Rekvisitionen avser perioden</p>	<p>2. Bidrag som ansökan avser</p> <p>Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse</p> <p>Regeringskansliets diarienummer avseende regeringsbeslut för utbetalning</p> <p>Överenskommelsens benämning</p> <p>Summa bidrag enligt överenskommelsen</p> <p>Summa bidrag som utbetalats från regeringen/Regeringskansliet</p> <p>Period som den ekonomiska redovisningen avser</p>
<p>3. Uppgifter för utbetalning</p> <p>Bankgiro/Plusgiro</p> <p>Önskad betalningsreferens</p>	<p>3. Redovisning av verksamhet eller aktivitet</p> <p>Bidrag som erhållits av regeringen/Regeringskansliet</p> <p>Summa kostnader</p> <p>Medel som inte har förbrukats (Bidrag – totala kostnader)</p> <p>Har svarat på Socialstyrelsens enkät avseende uppföljning av utvecklingen av e-hälsa och</p>

	<p>välståndsteknik i kommunerna (se Socialstyrelsens regleringsbrev 2020)</p>
<p>4. Underskrift i original av behörig företrädare</p> <p>Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga samt försäkrar att bidraget kommer att användas enligt den gemensamma överenskommelsen.</p> <p>Datum</p> <p>Underskrift</p> <p>Namnförtydligande</p>	<p>4. Ekonomichefens/verksamhetschefens granskning av den ekonomiska redovisningen</p> <p>Alt 1: N.N. (ekonomichefen/verksamhetschefen) intygar att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt.</p> <p>Alt 2: N.N. (ekonomichefen/verksamhetschefen) bedömer inte att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. (Avvikelserna och eventuella åtgärder ska också redovisas.)</p> <p>Namn</p> <p>Befattning</p> <p>Telefon inkl. riktnummer</p> <p>E-postadress</p>
	<p>5. Underskrift i original av behörig företrädare</p> <p>Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga.</p> <p>Datum</p> <p>Underskrift</p> <p>Namnförtydligande</p>

## Verksamhetsberättelse för Tillståndsenheten

### Samverkande kommuner

TIS, Tillståndsenheten i Samverkan, Lidköping ansvarar för sexton kommuner: Essunga, Falköping, Grästorp, Gullspång, Götene, Herrljunga, Hjo, Karlsborg, Mariestad, Skara, Tibro, Tidaholm, Töreboda, Vara, Vårgårda och Lidköping.

Samarbetet gäller riktlinjer, delegation, avgifter, utredningar och tillsyn. En chef, fyra anställda handläggare och en administratör arbetar inom TiS. Utöver det finns även fem timanställda. Ett kontinuerligt arbete sker för att utveckla enheten med bland annat digitaliserade processer.

### Uppdrag

Tillståndsenheten ombesörjer upprätthållandet och genomförandet av arbete i enlighet med alkohollagen och tobakslagen i alla fall där kommunen inte specifikt måste fatta beslut enligt lag. Uppdraget är lika för samtliga kommuner. Tillståndsenheten har också i uppdrag att genomföra tillsyn av receptfria läkemedel enligt Läkemedelslagen (2015:315).

### Beskrivning av verksamheten under året

Ny tobakslag trädde i kraft 1 juli 2019 vilket har inneburit utbildning och nya arbetsuppgifter inom tillståndsenheten. Tillståndsenheten har under året förbättrat processen från ansökan till beslut genom att digitalisera all handläggning. Processarbete kring arbetssätt är ständigt pågående för att säkerställa att kvalitén blir likvärdig gentemot alla kommuner.

### Verksamhetsmått och volymer - serveringstillstånd

	Serverings- tillstånd	Tillsyns- besök
Essunga	2	5
Falköping	32	32
Grästorp	10	11
Gullspång	8	8
Götene	14	14
Herrljunga	7	10



# Meddelande 3

Hjo	18	20
Karlsborg	23	27
Lidköping	54	74
Mariestad	42	53
Skara	26	36
Tibro	9	8
Tidaholm	11	19
Töreboda	13	15
Vara	15	27
Vårgårda	8	12
<b>Totalt</b>	<b>292</b>	<b>371</b>

## Verksamhetsmätt och volymer – Antal tobaksansökningar som inkommit/beslutats under perioden 190701-191231

	Antal Ansökningar tobakstillstånd	Antal Beslut tobakstillstånd
Essunga	2	2
Falköping	23	17
Grästorp	4	4
Gullspång	6	3
Götene	8	4
Herrljunga	6	3
Hjo	5	5
Karlsborg	7	7
Lidköping	37	13
Skara	13	9
Tibro	7	5
Tidaholm	8	7
Töreboda	7	5
Vara	14	13
Vårgårda	8	7
<b>Totalt</b>	<b>155</b>	<b>104</b>

Här mäts antalet inkomna tobaksansökningar samt antalet gjorda beslut under perioden 190701-191231. Vid ansökningstillfället ingår även ett platsbesök hos sökanden, som görs av två handläggare. Tillsynsbesök kommer att göras under 2020 och kan inte mätas ännu. I Mariestad handlägger inte tillståndsenheten Tobakstillstånden.

## Kvalitetsmätningar

En del av kommunerna genomför servicemätningar vartannat år genom Insikt. Insikt är en servicemätning av kommunernas myndighetsutövning. De myndighetsområden som kan mätas är brandskydd, bygglov, markupplåtelse, miljö- och hälsoskydd, livsmedelskontroll samt serveringstillstånd. Enkäten berör områden såsom NKI (nöjd – kund- index) samt erviceområden såsom information, tillgänglighet bemötande, kompetens, rättssäkerhet och effektivitet. Senaste mätningen genomfördes 2019.

## Personal och kompetens

Tillståndsenheten har 5,25 tjänster som är uppdelade enligt följande; 4,0 alkoholhandläggare som arbetar gentemot handläggning och tillsyn, 1,0 administratör och 0,25 enhetschef.

Personalen har fortlöpande kompetensutveckling genom deltagande på informationsträffar/utbildningar via Länsstyrelsen.

## Ekonomi för 2019

Kod		REDOVISNING Jan 19 - Mån 13 19	BUDGET INKL TA Jan 19 - Dec 19
konto			
3	INTÄKTER/INKOMSTER	-4 690 440	-4 321 653
5	PERSONALKOSTNADER	3 381 134	3 284 522
6	HYRA, IT, FÖRB MTRL	604 402	613 170
7	UTBILDNING, HANDLEDNING, ÖVRIGT	465 977	282 777
Totaler		-238 927	-141 184

## Utvecklingsområden för 2020

Planeringen kring verksamhetens organisation och bemanning är inte klar då tobakslagen trädde i kraft 1 juli 2019.

I nuläget vet vi att:

- tillsynen kommer kräva mer tid
- ansökan tar mer tid än som tidigare när det bara var anmälan
- arbetet med tobakstillstånden har pågått en kort period och alla moment i tobakslagen har inte påbörjats exempelvis överklagan, vite, återkallelse och förbud

Handläggningen av tobak jämförs med handläggning av serveringstillstånd och bedömningen är att Tillståndsenheten (TIS) har implementerat tobakshandläggningen på ett rättsäkert sätt och med hög kompetens.

Regiongemensam hälso-och sjukvård

Ungdomsmottagning Herrljunga

Västra Götalandsregionen

2020-01-17

# Ungdomsmottagningen

## Herrljunga 2019



2020-01-17

Ingela Wessbo

Områdes/verksamhetschef



GOTALANDSREG

## Uppföljning av vårdöverenskommelse HSN Södra 2019

### Ungdomsmottagningarna

Värdegrund för ungdomsmottagningarna

#### **Mänskliga rättigheter**

Vägledande för verksamheten är FN:s förklaring om mänskliga rättigheter.

#### Barnkonventionen

Barnkonventionens fyra grundprinciper är vägledande för verksamheten: barnets rätt att inte diskrimineras, barnets bästa i främsta rummet, barnets rätt till liv och utveckling samt barnets rätt att få uttrycka sina åsikter.

#### Diskrimineringsgrunderna

Alla ungdomar är välkomna till ungdomsmottagningen. Ungdomar som söker sig till mottagningen ska känna sig sedda, trygga och tillitsfulla i mötet samt att deras frågor och problem respekteras och tas på allvar. Ungdomarna ska uppleva att de bemöts och behandlas på ett likvärdigt sätt och får likvärdig tillgång till mottagningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsförmåga, sexuell läggning och ålder.

#### Normmedvetet förhållningssätt

- Ett normmedvetet förhållningssätt ska prägla verksamheten. Det innebär att personalen är medveten om och ifrågasätter de normer som påverkar uppfattningar om vad som är "normalt" och därmed oreflekterat kan uppfattas som önskvärt. Målet med normmedvetenheten är att alla unga ska känna sig inkluderade och välkomna.

#### **Hälsofrämjande arbete och förhållningssätt**

Ett hälsofrämjande, eller salutogent, perspektiv innebär att utgå ifrån det friska hos individen och se till hans styrkor och förutsättningar för en god hälsa. Hälsofrämjande arbete och förhållningssätt bör ständigt lyftas och vara ett utvecklingsområde.

Beskriv det utåtriktade arbetet. Mot vilka aktörer? Utvecklingsmöjligheter?

Året 2019 har varit ett aktivt år tillsammans med flera aktörer och inom flera områden gällande samverkan och samarbete för ungdomarnas hälsa som fokus.

Mottagningarna i området har arbetet aktivt på flera plan för att öka tillgängligheten.

På ungdomsmottagningarna (UM) möter vi både pojkar/unga män och flickor/unga kvinnor såväl på mottagningen som i den utåtriktade verksamheten. I den utåtriktade verksamheten når vi alla elever minst en gång under högstadietiden. I detta arbete ingår samtal om sexualitet, relationer, STI, mångfald mm. UM möter också särskoleelever i den utåtriktade verksamheten.

Utvecklingsmöjligheter i det utåtriktade arbetet på ungdomsmottagningarna handlar om att inom kompetensområdet anpassa metodiken till de arenor som ungdomarna befinner sig i nuläget.

Redogör för särskilda satsningar som verksamheten genomfört.

Vi har också under 2019 tagit del av särskild satsning med SKL-medel direkt riktade till UM för att främja barn och ungas psykiska hälsa. För dessa medel är en särskild plan redovisad till VVG.

Övergripande för alla Regionhälsans UM är:

- Certifiering enligt ISO 9001:2015.-kvalitetsledningssystem har skett under 2019.
- Tele Q telefonsystem visar en hög tillgänglighet. 97%.
- Utbildning ACT-grupperapi (främja psykisk hälsa) är genomfört och gruppverksamhet pågår på ett flertal mottagningar.
- Olika kompetenshöjande insatser så som sexologi/andrologiutbildning har gjorts
- Implementering av utvärderingsinstrumentet Core net för samtalspersonal pågår. Utvärdering sker fortlöpande.
- UM Online
- Lördagsöppet i olika grad på flera av områdets mottagningar

Mottagningarna är sedan 2015 HBTQ diplomerade genom Västra Götalandsregionens utbildningsprogram för ett HBTQ-kompetent bemötande.

Nyanställd personal har deltagit i så kallad catch up- utbildning kring HBTQ frågor för att verksamheten ska bibehålla sin kompetens.

Hur arbetar verksamheten för att nå:

- *Pojkar/unga män.*
- På UM möter vi både pojkar/unga män och flickor/unga kvinnor såväl på mottagningen som i den utåtriktade verksamheten.
- *Personer med självskadebeteende*
- UM, som definitionsmässigt är en lågröskelverksamhet, utgör för många ungdomar/unga vuxna en naturlig instans att vända sig till vid frågor om kropp och själ. Samtlig personal har kompetens att kunna identifiera självskadebeteende.
- *HBTQ-personer.*
- HBTQ-frågor ingår som en naturlig del i den utåtriktade undervisningen. En strävan är att väntrummen inte är hetero normativa.
- *Personer med funktionsnedsättning.*
- De arbetsmetoder som används på ungdomsmottagningarna inkluderar alla ungdomar såväl ungdomar med funktionsnedsättningar. Alla mottagningar ingår i Tillgänglighetsdatabasen.
- *Nyanlända/icke svenskfödda ungdomar.*  
En lokal samverkan sker med varje kommun för att identifiera och nå nyanlända flyktingungdomar. Samtliga mottagningar använder professionell tolk, ofta telefontolk då detta förutom att kosta mindre kan öka patientens upplevelse av sekretess.

Beskriv samverkan med vårdgrannar:

Samverkan sker med de aktörer i kommunen som har uppdrag att arbeta med målgruppen ungdomar/unga vuxna, så som skola, elevhälsa, individ och familjeomsorg mm. Samverkan sker också med barnmorske-och gynekologmottagningar, vårdcentral/Uph, kvinnoklinik, och psykiatri.

- *Problem.*
- Problem i samverkan med vårdgrannar gäller främst ungdomar med psykisk ohälsa då det finns svårigheter att remittera till psykiatri.
- *Utvecklingsmöjligheter*
- Tillgång till allmänläkare på alla ungdomsmottagningar är en utvecklingsmöjlighet.

Hur arbetar verksamheten för att tidigt upptäcka våld i nära relationer samt risk/missbruk?

Frågorna belyses alltid i det utåtriktade arbetet och är en naturlig del i det individuella samtalet. Mottagningarna våldsscreenar. Personalen har kompetens i dessa frågor.

En sammankoppling av frågemanualerna Våld och Sexit är genomförd av VKV och KSH.

Presentera resultatet av kundenkäten

I Regionhälsans kundenkät för ungdomsmottagningarna, hösten 2019 har vi nått ändå högre resultat än tidigare. I kundenkäten upplevde 99,5 % av våra kunder att de kände förtroende för mottagningen och 96,4% upplevde att det var lätt att komma i kontakt med mottagningen. Vad gäller vård och behandling kände sig 99 % av våra kunder delaktiga.

Övrigt som verksamheten vill belysa

Verksamheten följer Inriktningsdokument för ungdomsmottagningar i Västra Götaland 2018-2022.

Ungdomsmottagningarna kommer också inför 2020 få ta del av särskild satsning för att främja psykisk hälsa hos barn och unga.

## **Lokal redogörelse För utåtriktad verksamhet per kommun**

Redovisas ihop med statistiken som är färdig att hämta ut i slutet av januari -20.

## **Medarbetarperspektiv**

Ledarskap

De är två enhetschefer som har ansvar för 6 respektive 4 mottagningar. Det finns en områdes/verksamhetschef för Södra och Västra nämndområdet. För Regionhälsans 48 UM finns en regional ledningsgrupp där områdes/verksamhetschef, enhetschefer, teamsamordnare, verksamhetsutvecklare, ekonom samt HR deltar i. Områdescheferna ingår i regional ledningsgrupp för Mödrahälsovård/Gyn/Ungdomsmottagning (MUG) där även Mödrahälsovårdsöverläkare ingår. För UM:s två områdes/verksamhetschefer finns två medicinska rådgivare, en mödrahälsovårdsläkare och en överläkare barn och ungdomsmedicin tillika barnhälsovårdsöverläkare. En psykolog från UM ingår i det regionala Psykologirådet.

## Arbetsmiljö

Vårt systematiska arbetsmiljöarbete har utvecklats till ett tydligt hälso-och arbetsmiljöarbete där HR har uppdaterat riktlinjer för att tydligare arbeta med hälsoaspekten. Enhetschefer har genomgått utbildning i Rehab och i hälsosam.

Vi ser fortsatt att vi i flera verksamheter har bekymmer med våra lokaler, framförallt avseende ventilation och inomhusklimat.

## Kompetensförsörjning

Svårigheten att rekrytera barnmorskor till främst vikariat ex föräldraledighet, längre sjukskrivningar kvarstår. Handlingsplaner för att underlätta rekrytering i vissa områden/orter har upprättats. Satsning på utbildningstjänster till barnmorska fortsätter. Läkarbemanningen är på flera håll nästintill minimal. Medel för läkarresurser utifrån utredning jämlik vård 2014 har uteblivit.

## Ekonomiperspektiv

Ekonomi som medger utveckling

Budget i balans.

Ulricehamn 2019 12 18

Ingela Wessbo Områdes/verksamhetschef



Heiärsrapport 2019	Borås		Bolebygd		Mark		Svenljunga		Ulricehamn		Tranemo		Vargårda		Herrljunga		UM Online			
	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej		
Ungdomsmottagningar södra nämnden																				
Registrering i TD (Ja/Nej)	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
Öppet timmar per vecka	45,5		9,5		32,5		8,45		32,5		8,5		11		7		6			
- Dagtid/antal timmar	42,5		8		31,5		8,45		31		8,5		7+4(Gymn)		7		4			
- Kvällstid efter kl 17/antal timmar/vecka	3		1,5		1				1,5				0		0		2			
UM Online	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
Drop in/antal timmar/vecka	13		1,5		6,5		1,5		4,5		3,5		1		1		1			
Webbokning	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
Telefontid inringning dygnet runt	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
Telefontid utringning, antal timmar	27,5/vecka		Totalt i området medicinsk och psykosocial personal										20							
Antal individer som besökt mottagningen	4255		277		1103		191		822		256		228		187		417			
- Kvinna	3596		223		905		165		699		223		197		166		380			
- Man	659		54		198		26		123		33		31		21		37			
Antal besök tot	11049		553		2609		395		1955		520		420		402		520			
Antal besök, barnmorska/kvinna	6482		362		1601		304		1328		393		361		268		382			
Antal besök, barnmorska/man	483		43		170		27		119		40		36		20		28			
Antal besök, sjuksköterska/kvinna	593		0		7		0		0		3		0		0		0			
Antal besök, sjuksköterska/man	220		0		11		0		0		0		0		0		0			
Antal besök, kurator/kvinna	2014		108		513		51		391		55		14		100		84			
Antal besök, kurator/man	343		36		148		13		100		29		4		14		25			
Antal besök, psykoterapeut/kvinna	0		0		0		0		0		0		3		0		1			
Antal besök, psykoterapeut/man	0		0		0		0		0		0		0		0		0			
Antal besök, psykolog/kvinna	519		0		47		0		0		0		0		0		0			
Antal besök, psykolog/man	141		0		20		0		0		0		0		0		0			
Antal besök, läkare/kvinna	73		0		34		0		16		0		0		0		0			
Antal besök, läkare/man	21		0		8		0		1		0		0		0		0			
Antal besök, annan/kvinna	68		0		21		0		0		0		0		0		0			
Antal besök, annan/man	92		4		29		0		0		0		2		0		0			
Väntetid barnmorska mer än 1 mån	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Väntetid sjuksköterska mer än 1 mån	Ja	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Ej aktuellt	Ja	Ej aktuellt	Ja	Ej aktuellt	Ja	Ej aktuellt	Ja
Väntetid kurator mer än 1 mån	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Väntetid psykoterapeut mer än 1 mån	Ja	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Ej aktuellt	Ja	Ej aktuellt	Ja	Ej aktuellt	Ja	Ej aktuellt	Ja
Väntetid psykolog mer än 1 mån													Nej(Aås)	Ja	Nej(Aås)	Ja	Nej(Aås)	Ja	Nej(Aås)	Ja
Väntetid läkare mer än 1 mån													Nej(Aås)	Ja	Nej(Aås)	Ja	Nej(Aås)	Ja	Nej(Aås)	Ja
Utåtriktat arbete	29		6		11		14		29		6		12		6					
Antal klasser/grupper på studiebesök	Flerfart										2									
Informationsmöten där UM-personal medverkar	Flerfart		4		4		3		3		4									
Samverkans Nätverksmöten på och utanför UM	1												3		4					
ACT-grupper													Nej		Nej					

## **Verksamhetsberättelse Ungdomsmottagningen Herrljunga 2019**

### **Herrljunga**

#### **Beskriv det utåtriktade arbetet. Mot vilka aktörer? Utvecklingsmöjligheter?**

Ungdomsmottagningen har även detta år deltagit i Potatisfestivalen vilken lockar många ungdomar från närliggande kommuner. Förutom samtal med unga hade vi en mängd olika aktiviteter. Våra intervjuer med unga riktade sig i år till att bland annat få killars uppfattningar om varför de inte besöker ungdomsmottagningen i samma utsträckning som tjejer.

Efter två års deltagandet i festivalen har vi mycket positiva erfarenheter. Det är resurskrävande när det gäller förberedelser, ekonomi och personalinsatser under de två dagar vi deltar. Trots det planerar vi för fortsatt medverkan eftersom vi får positiv bekräftelse på att de unga uppskattar att vi "syns". Det ger oss också input på vad den unga tycker är viktigt och bidrar till ständiga förbättringar av vår verksamhet.

#### **Beskriv samverkan med vårdgrannar**

Enhetschef deltar i Närvårdssamverkan samt i arbetsgruppen barn och unga

#### **Redogör för mottagningarnas öppettider under sommaren**

Under sommaren 2019 var mottagningen stängd vecka 29 och 31.

#### **Antal besök under juni – juli – augusti**

Totalt antal besök under sommarmånaderna samtliga yrkesgrupper:

Juni 26, juli 21, Augusti 23

#### **Samlad bedömning av utfallet av en ökad tillgänglighet.**

Onlinemottagning, lördagsöppet i Alingsås, övergång till webbtidbokning samt möjlighet till internetbehandling innebär en ökad tillgänglighet för de unga i Herrljunga.

#### **Övrigt som verksamheten vill belysa**

Under året har Alingsåsmottagningen startat ett Instagramkonto där vi fortlöpande lägger ut information, tips och råd där även Herrljungamottagningen inkluderas.

Enhetschef deltar i regionala processteam för att förbättra vården för kvinnor med endometrios samt ungas psykiska hälsa.

Ingvor Svedjenäs  
Enhetschef Ungdomsmottagningarna  
Alingsås, Lerum, Vårgårda, Herrljunga



KF § 17

DNR KS 5/2020 111

**Avsägelse av uppdrag som ersättare i socialnämnden**

**Sammanfattning**

Sebastian Lotjörn (S) har i skrivelse 2020-01-28 begärt entledigande från sitt uppdrag som ersättare i socialnämnden med omedelbar verkan.

**Beslutsgång**

I kommunfullmäktige frågar ordföranden om Sebastian Lojärns (S) begäran om entledigande från uppdraget som ersättare i socialnämnden godkänns och finner att så sker.

**KOMMUNFULLMÄKTIGES BESLUT**

1. Sebastian Lotjärns (S) begäran om entledigande från uppdraget som ersättare i socialnämnden godkänns.

\_\_\_\_\_

Justerandes sign

FS

Utdragsbestyrkande



KF § 16

DNR KS 5/2020 111

### Avsägelse av uppdrag som ledamot i socialnämnden

#### Sammanfattning

Margaretha Yngvesson (C) har i skrivelse 2020-01-14 begärt entledigande från sitt uppdrag som ledamot i socialnämnden med omedelbar verkan.

#### Beslutsgång

I kommunfullmäktige frågar ordföranden om Margaretha Yngvessons (C) begäran om entledigande från uppdraget som ledamot i socialnämnden godkänns och finner att så sker.

#### KOMMUNFULLMÄKTIGES BESLUT

1. Margaretha Yngvessons (C) begäran om entledigande från uppdraget som ledamot i socialnämnden godkänns.

Justerandes sign

FS

Utdragsbestyrkande



KF § 37

DNR KS 5/2020 111

**Avsägelse och fyllnadsval av uppdrag som ersättare i socialnämnden****Sammanfattning**

Johannes Luiga (KD) har i skrivelse 2020-03-09 begärt entledigande från sitt uppdrag som ersättare i socialnämnden med omedelbar verkan.

**Förslag till beslut**

Kristdemokraterna föreslår Erik Hjertén (KD) till ersättare i socialnämnden.

Ove Severin (KD) föreslår att beslutsparagrafen direktjusteras.

**Beslutsgång**

I kommunfullmäktige frågar ordföranden om Johannes Luigas (KD) begäran om entledigande från uppdraget som ersättare i socialnämnden godkänns och finner att så sker.

I kommunfullmäktige frågar ordföranden om Erik Hjertén (KD) väljs som ersättare i socialnämnden och finner att så sker.

**KOMMUNFULLMÄKTIGES BESLUT**

1. Johannes Luigas (KD) begäran om entledigande från uppdraget som ersättare i socialnämnden godkänns.
2. Erik Hjerten (KD) väljs som ersättare i socialnämnden för resterande del av mandatperioden.
3. Paragrafen direktjusteras.

KF § 13  
KS § 210

DNR KS 238/2019 7762

**Revidering av riktlinjer för färdtjänst****Sammanfattning**

Färdtjänsten är ett alternativ till den allmänna kollektivtrafiken och kommunerna har stor möjlighet att själva reglera hur färdtjänst ska beviljas och bedrivas. Herrljunga kommuns riktlinjer för färdtjänst upphör att gälla 2019-12-31 och behöver därmed uppdateras. Föreslagna revideringar av riktlinjerna baseras på omvärldsbevakning av bland annat närliggande kommuner, rättsliga bestämmelser i den nya förvaltningslagen som trädde ikraft 2018-07-01 samt riktlinjer från Västtrafik.

Föreslagen revidering medför bland annat att konceptet arbetsresor, som innebär att den enskilde kan resa till arbetet med månadskort för färdtjänst, tas bort. Vidare föreslås bland annat att tillsvidarebeslut om färdtjänst endast ska beviljas personer som är över 85 år och har en varaktig funktionsnedsättning samt att regionfärdtjänstområdet utökas till att även omfatta Kungsbacka kommun, eftersom Västtrafik även trafikerar den kommunen.

**Beslutsunderlag**

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2019-10-16  
Socialnämnden § 112/2019-11-26  
Riktlinjer för färdtjänst

**Förslag till beslut**

Socialnämndens förslag till beslut:

- Riktlinjer för färdtjänst antas.

Mats Palm (S) föreslår att antalet enkelresor utökas från 10 till 16.

**Beslutsgång**

Ordföranden ställer förslagen mot varandra och finner att kommunstyrelsen beslutar i enlighet med socialnämndens förslag.

Omröstning begärs!

Ordföranden ställer följande propositionsordning:

Ja = i enlighet med socialnämndens förslag

Nej = i enlighet med Mats Palms (S) förslag

Med 7 ja-röster och 4 nej-röster finner ordförande att kommunstyrelsen beslutar i enlighet med socialnämndens förslag (omröstningsbilaga 1, KS § 210/2019-12-16).

FS



Fortsättning KF § 13  
Fortsättning KS § 210

### Kommunstyrelsens förslag till kommunfullmäktige

1. Riktlinjer för färdtjänst antas (bilaga 1 KS § 210/2019-12-16).

---

#### Reservation

Socialdemokraterna och Liberalerna reserverar sig mot beslutet till förmån för Mats Palms (S) förslag.

---

I kommunfullmäktige föreslår Mats Palm (S) att antalet enkelresor utökas från 10 till 16.

Lise-Lotte Hellstadius (S), Håkan Körberg (L) och Magnus Jonsson (V) bifaller Mats Palms (S) ändringsförslag.

Gunnar Andersson (M) bifaller kommunstyrelsens förslag till beslut.

Ordföranden ställer kommunstyrelsens förslag mot Mats Palms (S) ändringsförslag och finner att kommunfullmäktige beslutar i enlighet med kommunstyrelsens förslag till beslut.

Omröstning begärs!

Ordföranden ställer följande propositionsordning:

Ja = i enlighet med kommunstyrelsens förslag

Nej = i enlighet med Mats Palms (S) ändringsförslag

Med 18 ja-röster och 12 nej-röster finner ordförande att kommunfullmäktige beslutar i enlighet med kommunstyrelsens förslag till beslut (omröstningsbilaga 1, KF § 13/2020-02-18).

### KOMMUNFULLMÄKTIGES BESLUT

1. Riktlinjer för färdtjänst antas (bilaga 1 KS § 210/2019-12-16).

---

#### Reservation

Socialdemokraterna, Liberalerna och Vänsterpartiet reserverar sig mot beslutet till förmån för Mats Palms (S) förslag.

Expedieras till:  
För kännedom till:

Socialnämnden

DIARIENUMMER: SN-2019-100  
FASTSTÄLLD:  
VERSION: 1  
SENAST REVIDERAD: -  
GILTIG TILL: Tillsvidare  
DOKUMENTANSVAR: Socialnämnden

# Riktlinjer

## *Riktlinjer för färdtjänst*

Dokumentansvarig: *Socialnämnden*



HERRLJUNGA KOMMUN

*Våga vilja växa!*

*GA NY DAT FS*





## Innehåll

1. Inledning .....	2
2. Tillstånd för färdtjänst.....	2
2.1 Barns rättighet till färdtjänst.....	3
2.2 Olika typer av resor .....	3
2.3 Tillståndsnivåer .....	3
2.3 Begränsningar.....	4
3. Färdtjänstillståndet omfattning .....	4
3.1 Giltighetstid .....	4
3.2 Resor.....	4
3.3 Övriga föreskrifter och individuella villkor .....	5
3.5 Medföljande ledsagare .....	5
4 Färdtjänstens utförande .....	5
4.1 Beställning av resa.....	6
4.2 Medföljande resenär .....	6
4.3 Assistanshund och sällskapsdjur .....	6
4.4 Hjälpmedel, bagage och bilbarnstol .....	6
5. Område för färdtjänstresor .....	6
6. Färdtjänstresa inom annan kommun .....	7
7. Regionfärdtjänst .....	7
7.1 Tillståndsnivå i regionfärdtjänsten .....	7
7.2 Tillståndet omfattning .....	7
8. Prövning av rätt till färdtjänst .....	8
8.1 Ansökan och prövning av rätt till färdtjänstillstånd.....	8
8.2 Beslut om färdtjänstillstånd.....	8
8.3 Avslag och överklagande .....	8
8.4 Omprövning och återkallande av färdtjänstillstånd .....	8
9. Avgifter .....	9



## 1. Inledning

Färdtjänst är en särskild form av kollektivtrafik.

Den allmänna kollektivtrafiken i Herrljunga kommun utgörs av bussar, tåg och närtrafik. Närtrafik är kollektivtrafik för alla som vill åka från landsbygd till tätorternas närtrafikhållplatser eller tvärtom. Den regionala trafiken ombesörjs av bussar och tåg.

Färdtjänsten regleras i Lag om färdtjänst (1997:736) och det är folkbokföringskommunen som har ansvar att anordna färdtjänst för kommuninvånare. Färdtjänsten jämställs med den allmänna kollektivtrafiken och man försöker i så stor utsträckning som möjligt ha liknande förutsättningar. Detta innebär också att man försöker anpassa de allmänna kommunikationerna så att fler funktionshindrade kan använda sig av dessa.

I Herrljunga kommun är det socialnämnden som är ansvarig nämnd för färdtjänst och riksfärdtjänst. Kommunen kan efter erforderliga beslut överlåta sina uppgifter till regionala kollektivtrafikmyndigheten inom Västra Götalands län och genom avtal har Herrljunga kommun uppdragit till Västtrafik AB att upphandla och administrera trafiken och beställningscentralen.

## 2. Tillstånd för färdtjänst

Färdtjänst är en särskilt anpassad del av kollektivtrafiken som efter behovsprövning är tillgänglig för personer som på grund av funktionsnedsättning, som inte endast är tillfälligt,

- har väsentliga svårigheter att förflytta sig själv på egen hand eller
- att resa med allmänna kommunikationer.

Enligt domstolspraxis ska funktionsnedsättningen beräknas bestå minst tre månader för att inte betraktas som tillfälligt. Detta innebär att funktionsnedsättningar som varar under kortare tid och som för den enskilde kan ge stora svårigheter i upprättande av sociala kontakter eller för att genomföra inköp, inte faller inom lag om färdtjänst.

Vad lagen avser med väsentliga svårigheter är inte definierat. Domstolspraxis är en vägledning i bedömningen. Bristfälliga allmänna kommunikationer berättigar inte till färdtjänst, inte heller bristande förmåga att framföra eget fordon.

För färdtjänstillstånd gäller följande i Herrljunga kommun:

- Den sökande är folkbokförd i kommunen.
- Funktionshindret bedöms bestå i minst tre månader.
- Funktionshindret ska ge väsentliga svårigheter vid förflyttning eller vid resa med allmänna kommunikationsmedel.
- Det ska finnas ett tydligt samband mellan funktionsnedsättningen och svårigheterna att förflytta sig själv eller att genomföra själva resan.
- Tillstånd till färdtjänst är personligt.



## 2.1 Barns rättighet till färdtjänst

Utgångspunkten vid bedömning av barns behov av färdtjänst, är vad som kan anses gälla för andra barn utan funktionsnedsättning i motsvarande ålder.

Föreligger sådana väsentliga svårigheter som avses i färdtjänstlagen och som i huvudsak beror på funktionshinder, ska barnet beviljas färdtjänst, oavsett det faktum att barnet i vuxens sällskap skulle kunna förflytta sig eller skulle kunna resa utan väsentliga svårigheter.

Om barnets svårigheter i huvudsak beror på den för åldern typiska utvecklingsnivån och mognaden, faller barnets möjligheter att förflytta sig under föräldraansvaret.

När det gäller större barn bör utredningen klargöra om barnet på grund av funktionshindret klarar att göra resor som jämnåriga normalt kan göra på egen hand.

## 2.2 Olika typer av resor

I Herrljunga kommun kan tillstånd beviljas för;

- Färdtjänstresa med personbil eller specialfordon
- Verksamhetsresor

Med verksamhetsresa avses resa till och från daglig verksamhet enligt LSS (omsorgsresa) eller dagverksamhet enligt Sol. (dagverksamhetsresa).

## 2.3 Tillståndsnivåer

Den enskildes möjligheter att resa definieras vid utredningstillfället, vad gäller funktionshinder och resmöjligheter: att åka låggolvsbuss, åka buss med ledsagare, åka närtrafik och/eller flextrafik, åka tåg, genomföra byten, aktuella hjälpmedel med mera. Resenären ska därefter vid beställningen hänvisas till allmän kollektivtrafik på hela eller delar av resan, när den enskildes funktionsnedsättning så tillåter. Detta bedöms av kommunens handläggare och innebär att man måste ta hänsyn till exempel till ett varierat hälsotillstånd.

Någon hänsyn till den enskildes ekonomi tas inte vid bedömningen.

I följande ordning blir resenären anvisad lämpligt färd sätt utifrån sina individuella förutsättningar:

- Färdtjänst får endast användas vid de resor funktionsnedsättningen medför väsentliga svårigheter att använda annat färd sätt såsom närtrafik. Finns närtrafik att tillgå skall den nyttjas i första hand.
- En färdtjänstresenär som har förmåga att resa med allmän kollektivtrafik, men har svårigheter att gå längre sträckor kan beviljas resa med färdtjänstfordon till och från allmän kollektivtrafik, s.k. anslutningsresa.
- Färdtjänstresenär som på grund av sin funktionsnedsättning inte kan genomföra resan med byten på kollektivtrafikresa kan beviljas resa med färdtjänstfordon. Allmäntillståndet bör riskera att bli kraftigt påverkat för att resor med personbil/specialfordon ska beviljas.
- I de fall en färdtjänstresenär på grund av sin funktionsnedsättning inte kan genomföra sin resa inom ramen för tidtabell och linje kan resa beviljas med färdtjänstfordon om det finns synnerliga skäl.



- En färdtjänstresenär som på grund av funktionsnedsättning bara kan resa med personbil alt. specialfordon beviljas detta. Resorna samordnas med andra resenärer när så är möjligt.

## 2.3 Begränsningar

Färdtjänsttillstånd får inte användas för resor som görs i tjänsten, då dessa resor är ett ansvar för arbetsgivaren.

Tillståndet omfattar inte transporter som av någon anledning bekostas av det allmänna eller om annan betalningsansvarig finns. Sjukresor, ambulanstransporter, skolskjutsar och resor som bekostas av arbetsförmedlingen eller genom förordningen om aktivitetsstöd är exempel på sådana resor.

Sökande som inte är folkbokförd i riket, till exempel asylsökande flykting kan inte beviljas färdtjänst. Den sökande ska istället hänvisas till Migrationsverket.

## 3. Färdtjänsttillståndet omfattning

### 3.1 Giltighetstid

Tillstånd till färdtjänst meddelas för visst tid beroende på funktionsnedsättningens varaktighet. I normalfallet meddelas färdtjänst under 2 år varefter ny ansökan måste göras. Då osäkerhet råder om funktionsnedsättningens varaktighet ska beslutet meddelas för en kortare tid. Personer över 85 år med varaktig funktionsnedsättning kan meddelas tillstånd för färdtjänst tillsvidare.

Om behovet av färdtjänst förändras under tiden är det resenärens skyldighet att meddela detta till kommunens färdtjänsthandläggare.

### 3.2 Resor

Det är kommunen som bedömer vad som är skäligen omfattning och särskilda skäl när det gäller begränsningar av antal resor. Enligt lagens förarbeten ska begränsningar av antal resor inte ske då det gäller resor till och från arbetet eller sådana resor som kan anses vara väsentliga för tillståndshavaren.

För Herrljunga kommun gäller följande:

- Den som beviljats färdtjänst får normalt företa obegränsat antal resor.
- Färdtjänst får företas under hela dygnet och alla veckodagar i enlighet med Västtrafiks regler.
- Barn under 7 år får inte företa färdtjänstresa utan vuxens sällskap.
- Den som beviljats verksamhetsresa (omsorgsresa alt. dagverksamhetsresa) har rätt till en tur- och returresa per dag.
- Tillstånd kan meddelas under viss del av året. Vintertillstånd gäller under tiden 1/11 – 31/3.



### 3.3 Övriga föreskrifter och individuella villkor

Efter individuell prövning kan färdtjänsttillståndet innehålla undantag från samåkning, undantag från baksätessplacering samt hämtning och lämning i hemmet. Behovet ska normalt styrkas genom ett medicinskt utlåtande.

Trappklättrare kan beviljas under en övergångsperiod upp till 6 månader. En trappklättrare kan användas för att förflytta person på invändig trappa till och från den egna bostaden i ett flerbostadshus. Västtrafik utreder och beslutar om det är möjligt att använda trappklättrare på ett säkert sätt. Trappklättring utförs inte i den egna bostaden eller utomhus.

Liggande transport samt bärhjälp tillhandahålles ej. Scooter får ej medföras vid färdtjänstresa.

Färdtjänst innehavaren är skyldig att anmäla förändringar gällande hjälpbehov, hjälpmedel, behov av fordonstyp eller adressändring för att tillståndet skall bli rätt registrerat hos Kund- och resetjänst.

### 3.5 Medföljande ledsagare

Färdtjänstberättigad person som måste ha hjälp av någon annan person i fordonet för att kunna genomföra själva färdtjänstresan kan efter ansökan beviljas ledsagare. Detta avser hjälp utöver det stöd som erhålls av transportören eller som går att beställa utan kostnad för att kunna genomföra resan. Behov av hjälp före eller efter resan samt hjälp på resmålet berättigar inte till ledsagare.

För ledsagare i Herrljunga kommun gäller:

- Tillståndshavaren har behov av hjälp under själva resan.
- Ledsagaren ska stiga på och av vid samma plats som tillståndshavaren.
- Ledsagare reser utan kostnad.
- Ledsagaren ska kunna tillgodose tillståndshavarens hjälpbehov.
- Kommunen är inte skyldig att tillhandahålla ledsagare.

## 4 Färdtjänstens utförande

Färdtjänst är en samordnad transportform vilket innebär att resorna sker tillsammans med andra resenärer och att fordonet inte alltid åker den närmaste vägen, vilket gör att restiden kan påverkas.

Färdtjänsttillståndet innebär alltid att resenären får följande service vid färdtjänstresa:

- Hjälp till och från ytterdörr i markplan.
- Hjälp in i och ut ur fordon.
- Hjälp med säkerhetsbälte.
- Hjälp med hjälpmedel och bagage in i och ut ur fordonet.



#### 4.1 Beställning av resa

Den som beviljats tillstånd till färdtjänst ska själv eller med hjälp av annan beställa sin resa genom av kommunen anvisad beställningscentral.

Resan ska beställas i så god tid som möjligt, helst redan när man vet att man kommer att genomföra den aktuella resan, men minst 2 timmar före man vill resa. Beställning av återresa kan göras vid beställning av framresan. Man kan beställa flera resor samtidigt.

Färdtjänstresa ska bokas från en adress till en annan. Resor kan inte beställas med via-adress och uppehåll får inte göras under resan. Undantag kan beviljas för tillståndshavare med minderåriga barn med via-adress till förskola/fritidshem.

Vid beställning får man besked om vilken tid man blir hämtad. Denna tid kan förskjutas 10 minuter framåt.

Avbeställning och ändring av beställd resa kan göras dygnet runt och senast 60 minuter innan överenskommen tid för hämtning.

Tillståndshavare ska vid färdtjänstresa kunna uppvisa giltig legitimation.

#### 4.2 Medföljande resenär

Medresenär avser person som reser i sällskap med den färdtjänstberättigade utan att vara ledsagare. Den färdtjänstberättigade får ta med en medresenär och egna barn/syskon upp till 20 år. Detta får inte generera att större fordon måste användas. Medresenären ska vara med från resans start till dess mål.

#### 4.3 Assistanshund och sällskapsdjur

Färdtjänst är en persontransport och sällskapsdjur får inte medfölja.

Undantag gäller för certifierad ledarhund samt certifierad assistanshund. En certifierad hund får medfölja utan avgift. Certifiering eller legitimation ska kunna uppvisas på begäran.

#### 4.4 Hjälpmedel, bagage och bilbarnstol

Tillståndshavare får ta med de hjälpmedel som behövs för resans genomförande, ex. gånghjälpmedel eller rullstol.

Bagage får bestå av två kassar alternativt en resväska eller motsvarande som kan bäras av resenär på en kollektivtrafikresa.

Vid behov av bilbarnstol/bilkudde skall denna tillhandahållas av tillståndshavaren.

### 5. Område för färdtjänstresor

Färdtjänstområdet innefattar resor i Herrljunga kommun och till, från, inom och mellan kommunerna Falköping, Vara, Vårgårda, Alingsås, Borås, Ulricehamn, Essunga och Skövde.

För karta se bilaga 1.

GA KY dda FS



Färdtjänstresa till och från arbete eller studier, s. k. väsentliga resor, kan i undantagsfall beviljas även till kommuner utanför färdtjänstområdet.

## 6. Färdtjänstresa inom annan kommun

Färdtjänstberättigad som tillfälligt kommer att vistas i annan kommun kan meddelas tillstånd till att företa resor med färdtjänst i denna kommun. I Herrljunga kommun kan detta beviljas om det finns särskilda skäl. Tillstånd meddelas för ett begränsat antal resor. Särskilda skäl kan vara gymnasieelever studerande vid riksgymnasium för funktionsnedsatta eller vid tillfällig semestervistelse.

## 7. Regionfärdtjänst

Enligt 3 § lag om färdtjänst kan färdtjänstillståndet även gälla för resor mellan kommunen och en närliggande kommun än de som ingår i färdtjänstillståndet, om det finns särskilda skäl. För Herrljunga kommun gäller regionfärdtjänst i övriga kommuner inom Västra Götalands län samt Kungsbacka kommun.

För resor utanför Västra Götalands län och Kungsbacka kommun finns möjlighet att ansöka om riksfärdtjänst.

### 7.1 Tillståndsnivå i regionfärdtjänsten

De tillståndsnivåer som gäller i den kommunala färdtjänsten gäller även i regionfärdtjänsten, med några undantag. Färdtjänsthandläggare ska utreda och besluta om tillstånd som är specifika för regionfärdtjänsten, enligt nedan.

1. En färdtjänstresenär som har förmåga att resa med allmän kollektivtrafik men har svårigheter att gå längre sträckor kan beviljas resa med färdtjänstfordon till och från allmän kollektivtrafik.
2. En färdtjänstresenär som på grund av funktionsnedsättning bara kan resa med personbil beviljas detta även i regionfärdtjänsten. Resorna sker med personbil hela vägen. Resorna samordnas med andra resenärer.
3. Färdtjänstresenär som på grund av sin funktionsnedsättning inte kan genomföra resan med byten på kollektivtrafikresa kan beviljas resa med färdtjänstfordon. Allmäntillståndet bör riskera att bli kraftigt påverkat för att resor utan byten ska beviljas.

### 7.2 Tillståndets omfattning

Regionfärdtjänst meddelas för 10 enkelresor under en tolv månadsperiod, till och från samt inom kommunerna i Västra Götalands län och Kungsbacka kommun. Fler resor kan beviljas om det finns särskilda skäl. Exempel på detta är besök hos närstående, delta i möten som förtroendevald i handikappförening eller utöva handikappidrott.



## 8. Prövning av rätt till färdtjänst

### 8.1 Ansökan och prövning av rätt till färdtjänstillstånd

Rätten till färdtjänst prövas i Herrljunga kommun av Socialnämnden efter ansökan från den enskilde. Ansökan om färdtjänstillstånd kan vara skriftlig och muntlig. Utöver ansökan kan krävas utlåtande från läkare eller annan legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal. I ansökan kan samtycke ges till att färdtjänsthandläggare kan ta del av uppgifter hos andra, såsom läkare, hälso- och sjukvårdspersonal, biståndshandläggare och andra myndigheter. Personligt sammanträffande, hembesök eller telefonkontakt med beslutande tjänsteperson kan ske.

### 8.2 Beslut om färdtjänstillstånd

Beslut om färdtjänstillstånd skall fattas av den som enligt gällande delegationsförteckning är behörig. Beslut meddelas skriftligt av färdtjänsthandläggare och ska innehålla giltighetstid samt vilka färd sätt som gäller. Avslagsbeslut eller beslut som innebär inskränkningar måste motiveras och information om hur beslutet kan överklagas måste bifogas. Ett ärende får inte avgöras utan att den sökande har underrättats om en uppgift som tillförts ärendet genom någon annan än sökande själv. Vid eventuellt avslag ska underrättelse av material som är av betydelse inför beslut kommuniceras med den enskilde. Den enskilde ska ges möjlighet att yttra sig över eller komplettera materialet.

### 8.3 Avslag och överklagande

Om den sökande är missnöjd med beslutet kan det överklagas till förvaltningsrätten som gör en prövning av ärendet. Vid avslag och delavslag skickas informationen om hur man överklagar tillsammans med beslutet. Överklagandet ska skickas till socialnämnden inom tre veckor från det att den sökande fick ta del av beslutet. Om överklagandet inkommit i rätt tid och om nämnden/beslutsfattaren inte ändrar beslutet på det sätt som begärts skickas överklagan vidare till förvaltningsrätten. Om den sökande eller kommunen är missnöjd med förvaltningsrättens dom kan domen överklagas till kammarrätten. Ett överklagande ska innehålla ett yrkande om prövningstillstånd. Kammarrättens dom kan överklagas till Högsta förvaltningsdomstolen

### 8.4 Omprövning och återkallande av färdtjänstillstånd

Enligt 12 § lag om färdtjänst får ett tillstånd återkallas om förutsättningarna för tillståndet inte längre finns. Ett färdtjänstillstånd kan omprövas och återkallas om till exempel den allmänna kollektivtrafiken anpassats eller resenärens funktionsförmåga har förbättrats.

Ett tillstånd får också återkallas om tillståndshavaren gjort sig skyldig till allvarliga eller upprepade överträdelse av föreskrifter och villkor som gäller för färdtjänstillståndet. Även föreskrifter och villkor får ändras om ändrade förhållanden föranleder det.

Återkallande av färdtjänstillståndet kan föranledas av;

- upprepade icke avbokade och icke genomförda beställda resor, s. k. bomresor,
- att färdtjänstberättigad låter obehöriga nyttja färdtjänst,
- att färdtjänstberättigad ej följer beslutsordning avseende resesätt/fordonsval,
- vid hotfullt uppträde samt vållande av obehag för medpassagerare/föraren eller





- vid alkohol- och/eller drogpåverkan i den omfattningen att det kan äventyra säkerheten för färdtjänstresan,
- att färdtjänstberättigad skadar fordonet eller dess utrustning.

Om tillståndshavare folkbokfört sig i annan kommun upphör färdtjänstillståndet att gälla.

## 9. Avgifter

Avgifter för färdtjänst i Herrljunga kommun beslutas av kommunfullmäktige.

Prisförändringar och områdesindelningar inom färdtjänstområdet inom den allmänna kollektivtrafiken gäller också för färdtjänsten. Vid prisförändringar i Västtrafiks baspris, uppdateras dessa automatiskt om inte annat beslut fattas av kommunfullmäktige.

### Färdtjänstresa med personbil alternativt specialfordon

Avgiften för vuxen bygger på Västtrafiks baspris + 15 %. Barn under 7 år åker gratis, gäller både som färdtjänstresenär eller som medresenär. Från och med dagen då man fyller 7 år till dagen innan man fyller 20 år, gäller betalningen enligt Västtrafiks baspris för ungdom + 15%.

### Verksamhetsresor till daglig verksamhet och dagverksamhet

Gällande avgift för färdtjänstresa gäller för både tur och retur.

### Färdtjänstresa inom annan kommun utanför Herrljunga kommuns färdtjänstområde

Inom Västtrafiks trafikområde gäller samma egenavgift som den i Herrljunga kommun. Vid färdtjänstresa i annan kommun, utanför Västtrafiks trafikområde, är egenavgiften 30 % av taxameterbeloppet, dock lägst den egenavgift som gäller för resa inom Herrljunga kommun.

### Avgift för medresenär inom färdtjänstområdet

Medresenär ska betala avgift vid alla resor enligt vad som anges vid färdtjänstresa. Ledsagare betalar ingen avgift.

### Avgift vid utebliven färdtjänstresa

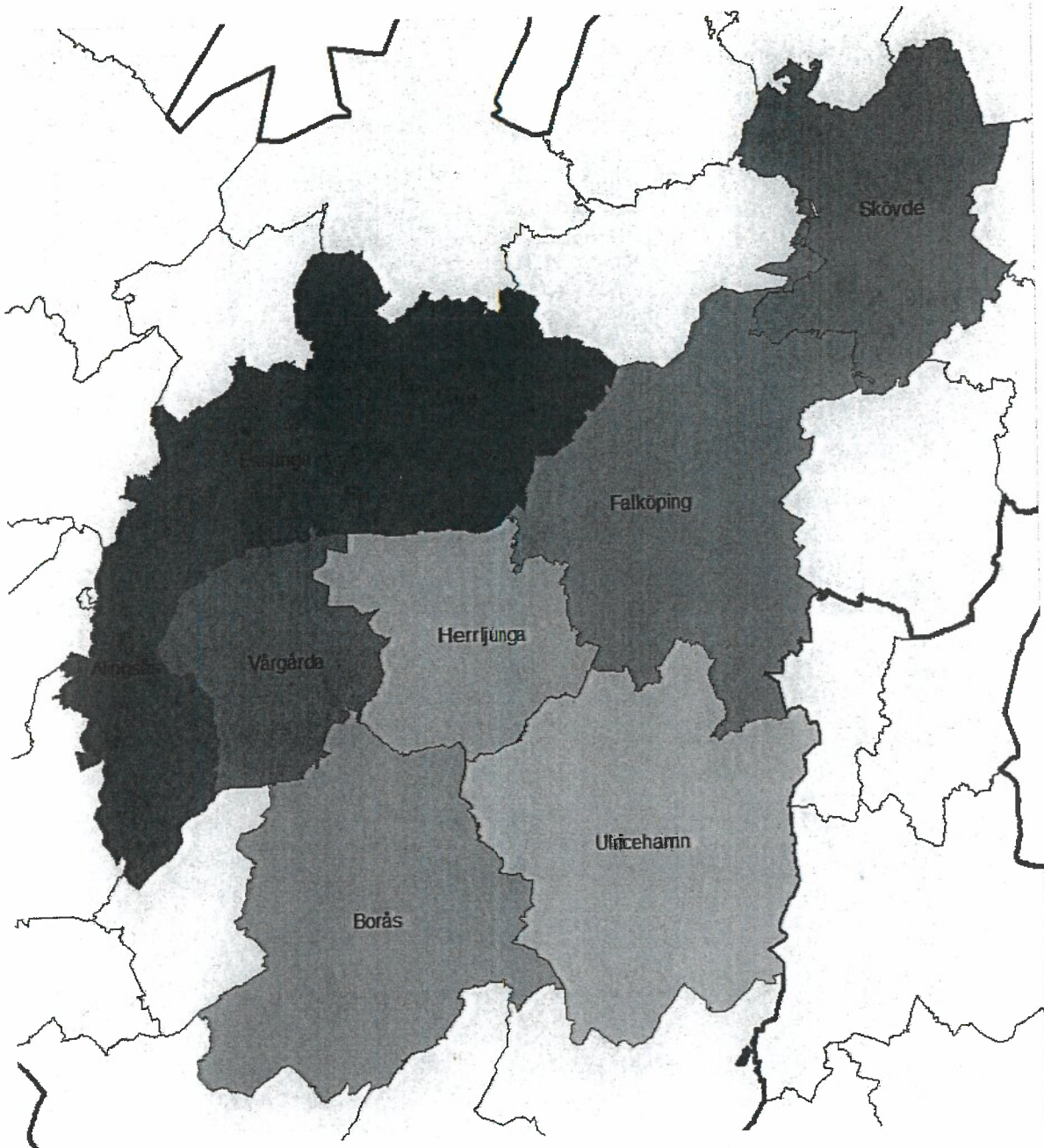
Skulle en färdtjänstresenär utebli från en beställd färdtjänstresa eller om resenären inte avbeställer sin resa inom föreskriven tid äger kommunen rätt att ta ut en ersättning med 200 kronor av resenären.

### Avgift vid allvarlig överträdelse

Vid missbruk av rätten att nyttja färdtjänstresa samt allvarliga eller upprepade överträdelser av föreskrifter och villkor har kommunen rätt att ta ut en avgift motsvarande hela transportkostnaden för den beställda resan.



HERRLJUNGA KOMMUN



Bilaga 1: Herrljunga kommuns färdtjänstområde

GA ny data FS

# Meddelande 8

## Omröstningsbilaga 1, KS § 210/2019-12-16

Omröstningsbilaga 1, KS § 210/2019-12-16	Tjänstgörande	§ 200/2019 socialnämndens förslag (JA) mot Mats Palms (S) förslag (NEJ)		
		JA	NEJ	Avstår
Gunnar Andersson, Ordförande (M)	X	X		
Jessica Pehrson, 1:e vice ordförande (C)	X	X		
Mats Palm, 2:e vice ordförande (S)	X		X	
Andreas Molin, Ledamot (C)	X	X		
Fredrik Svensson, Ledamot (KD)	X	X		
Rexwall Ronnie, Ledamot (Kv)	X	X		
Lennart Ottosson, Ledamot (Kv)	X	X		
Elin Alavik, Ledamot (L)				
Kari Hellstadius, Ledamot (S)	X		X	
Kerstin Johansson, Ledamot (S)	X		X	
Jimmie Stranne, Ledamot (SD)				
Niclas Emanuelsson, Ersättare (C)				
Simon Fredriksson, Ersättare (C)				
Peter Artman, Ersättare (KD)				
Kent Johansson, Ersättare (Kv)				
Håkan Körberg, Ersättare (L)	X		X	
Christina Abrahamsson, Ersättare (M)				
Lise-Lotte Hellstadius, Ersättare (S)				
Magnus Fredriksen, Ersättare (S)				
Jacob Brendelius, Ersättare (SD)				
Tommy Thulin, Ersättare (SD)	X	X		
Magnus Jonsson, Ersättare (V)				
<b>Summa</b>		<b>7</b>	<b>4</b>	<b>0</b>

GA KV datt FS M

# NÄRVARO/OMRÖSTNINGSLISTA KOMMUNFULLMÄNNEN Meddelande 81

Omröstning

LEDAMÖTER	NÄRVARO		Omröstning KF § 13/2020-02-18, Kommunstyrelsens förslag mot Mats Palms ändringsförslag											
	TJG	§	JA	NEJ	AV-STÄR	JA	NEJ	AV-STÄR	JA	NEJ	AV-STÄR	JA	NEJ	AV-STÄR
<b>C</b>														
Johnny Carlsson	X		X											
Simon Fredriksson	X		X											
Jessica Pehrson	X		X											
Andreas Molin														
Cecilia Frändberg	X		X											
Torbjörn Holgersson	X		X											
<b>Ersättare:</b>														
Brita Hårsmar														
Christer Amnehammar														
Susanne Marstorp	X		X											
<b>KD</b>														
Ingemar Kihlström														
Fredrik Svensson	X		X											
<b>Ersättare:</b>														
Staffan Setterberg														
Ove Severin	X		X											
<b>KV</b>														
Ronnie Rexwall	X		X											
Christina Glad	X		X											
Börje Aronsson	X		X											
<b>Ersättare:</b>														
Gun Carlsson														
Lennart Ottosson														
<b>L</b>														
Elin Alavik														
Håkan Körberg	X			X										
Charlotta Norén	X			X										
<b>Ersättare:</b>														
Inger Gustavsson	X			X										
Jan-Olof Brorson														
<b>Summa denna sida</b>	<b>14</b>		<b>11</b>	<b>3</b>										

*[Signature]*

*[Signature]* FS

# NÄRVARO/OMRÖSTNINGSLISTA KOMMUNFULLMÄKTEN Meddelande 8<sup>2</sup>


LEDAMÖTER	TJG	§	JA	NEJ	AV-STÄR	JA	NEJ	AV-STÄR	JA	NEJ	AV-STÄR	JA	NEJ	AV-STÄR
<b>M</b>														
Christina Abrahamsson	X		X											
Gunnar Andersson	X		X											
Karin Carlsson	X		X											
<b>Ersättare:</b>														
Osborn Eklundh														
Carin Martinsson														
<b>S</b>														
Mats Palm	X			X										
Anette Rundström														
Björn Wilhelmsson	X			X										
Kerstin Johansson	X			X										
Bert-Åke Johansson	X			X										
Lise-Lotte Hellstadius	X			X										
Jan Bengtsson	X			X										
<b>Ersättare:</b>														
Marie Frost														
Tomas Svennberg														
Kari Hellstadius	X			X										
Kurt Hallberg														
<b>SD</b>														
Jacob Brendelius	X		X											
Tommy Thulin	X		X											
Jimmie Stranne	X		X											
Auli Karnehed														
<b>Ersättare:</b>														
Marco Glad														
Peter Müller														
<b>Summa denna sida</b>	<b>13</b>		<b>6</b>	<b>7</b>										

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

LEDAMÖTER	NÄRVARO													
	TJG	§	JA	NEJ	AV-STÄR	JA	NEJ	AV-STÄR	JA	NEJ	AV-STÄR	JA	NEJ	AV-STÄR
<b>V</b>														
Terese Eneman	X			X										
Magnus Jonsson	X			X										
<b>Ersättare:</b>														
Bo Naumburg														
Lillemor Fritioff														
<b>Ordförande</b>														
Andreas Johansson M	X		X											
<b>Summa denna sida</b>	<b>3</b>		<b>1</b>	<b>2</b>										
<b>Totalt samtliga sido</b>	<b>30</b>		<b>18</b>	<b>12</b>										

*Handwritten signatures and initials: JAM, M, FS*

<b>Tillståndshavare</b>	Org nr/ pnr	Namn		
	Tel nr	Adress		
	E-post			
	0764139193	Föreningen Herrljunga Folkets Park		
	pascalandrow@gmail.com	Furulund Ringleden 524 32 Herrljunga		
<b>Tillståndets giltighet</b>	Giltighetstid 2020-04-30			
<b>Serveringsställe</b>	Namn		Restaurangnummer	
	Herrljunga Folkets Park			
	Gatuadress		Postnummer/postort	
	Furulund, Ringleden		524 30 Herrljunga	
<b>Serveringslokaler</b>	Lokaler inom vilka alkoholserving får ske			
	Stora salen, inomhus			
	Jämför markerad ritning betecknad	Högsta antal pers i serveringslokaler	Antal sittplatser i bordsavd/ matsal	
	2020-03-05	1000	150	
<b>Serveringens omfattning</b>	Året runt	Uteservering	Pausservering	Catering
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Årligen under perioden (fr o m - t o m)		Under perioden (fr o m - t o m)	
	–		2020-04-30	
	Servering till			
<input checked="" type="checkbox"/> Allmänheten <input type="checkbox"/> Slutet sällskap				
Alkoholdrycker som får serveras				
<input checked="" type="checkbox"/> Starköl <input checked="" type="checkbox"/> Vin <input type="checkbox"/> Spritdrycker <input checked="" type="checkbox"/> Andra jästa alkoholdrycker				
<b>Serveringstider</b>	Klockslag då servering får påbörjas resp senast skall avslutas			
	21:00 02:30			
Serveringslokalerna skall vara utrymda senast 30 min efter serveringstidens utgång.				
<b>Villkor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minst 10 ordningsvakter skall finnas på plats</li> <li>Maximalt antal personer i lokalen samtidigt är 1000 personer.</li> </ul>			
<b>Tillståndsbeslut</b>	Beslutsfattare (nämnd/befattningshavare)		Beslutsdatum (även föregående)	Nytt/ändrat tillstånd
	Socialnämnden Herrljunga Kommun		2020-03-06	Nytt
	Handläggare			
<b>Utfärdare av detta bevis</b>	Underskrift		Namn/förtydligande/befattning	Utfärdandedatum/dnr
			Annica Bringsved Handläggare	2020-03-06 32-2020-00029

2020-03-06

**Diarienummer**

32-2020-00029

**Handläggare**

Annica Bringsved

## **Ansökan om tillfälligt tillstånd till allmänheten, Herrljunga folkets Park, Herrljunga**

### **BESLUT**

Med stöd av 8 kap 2 § alkohollagen (2010:1622) bevilja Pascal Androw, organisationsnummer [REDACTED], tillstånd att servera starköl, vin och andra jästa alkoholdrycker till allmänheten torsdagen den 30 april 2020 (Valborgsmässoafton) i Herrljunga Folkets, Furuland, 524 32 Herrljunga. Serveringstiden kl. 21:00 – 02:30 med servering i stora salen.

Detta beslut kan överklagas.

### **VILLKOR**

- Minst 10 ordningsvakter skall finnas på plats.
- Maxantal personer i lokalen samtidigt är 1000 personer.

### **ÄRENDET**

Pascal Androw, organisationsnummer [REDACTED] har hos kommunen ansökt om tillstånd enligt 8 kap 2 § alkohollagen (2010:1622) om att servera starköl, vin och andra jästa alkoholdrycker vid ovan rubricerat serveringsställe. Serveringstillståndet är avsett att gälla tillfälligt till allmänheten, torsdagen den 30 april 2020 (valborgsmässoafton) med serveringstid 21:00 – 02:30.

### **SAMMANFATTNING**

Se utredning daterad 2020-03-06.

Polismyndigheten, skatteverket, räddningstjänsten och miljöenheten har yttrat sig.

Kommunicering med sökande har skett enligt § 25 förvaltningslagen.

TiS-Tillståndsenheten i Samverkan

Annica Bringsved  
Handläggare

*Detta är ett beslut i enlighet med delegationsordning*



## Ansökan om tillstånd att servera alkoholdrycker Herrljunga Folkets Park, Herrljunga

### Förslag till beslut

Bevilja Pascal Androw organisationsnummer [REDACTED], Blåbandsgatan 4, 524 30 Herrljunga tillstånd att servera starköl, vin och andra jästa alkoholdrycker med servering till allmänheten i Herrljunga Folkets Park, Furulund, 524 32 Herrljunga. Serveringstillståndet gäller med en serveringstid mellan 21:00 – 02:30 valborgsmässoafton torsdagen den 30 april 2020.

Detta beslut kan överklagas.

### Villkor:

- Minst 10 ordningsvakter skall finnas på plats.
- Maxantal personer i lokalen samtidigt är 1000 personer.

**Motivering:** För att säkerställa ordning och nykterhet har polismyndigheten förordnat om minst 10 ordningsvakter.

Enligt yttrande från räddningstjänsten är maxantalet i lokalen satt till 1000 personer.

### Ärendet

Pascal Androw, organisationsnummer [REDACTED] har hos kommunen ansökt om tillstånd enligt 8 kap 2 § alkohollagen (2010:1622) om att servera starköl, vin och andra jästa alkoholdrycker vid ovan rubricerat serveringsställe. Serveringstillståndet är avsett att gälla tillfälligt till allmänheten, torsdagen den 30 april 2020 (valborgsmässoafton) med serveringstid 21:00 – 02:30.

### Utredning

#### Sökandens lämplighet

Tillståndsenheten har utrett sökandes personliga och ekonomiska lämplighet enligt 8 kap 12 § alkohollagen.

Kunskapskravet som anges i 8 kap 12 § alkohollagen är uppfyllt då sökanden gjort kunskapsprovet med betyget godkänt.

#### Personer med betydande inflytande

Sökanden Pascal Danielsson har enskild firma. I utdrag som visar historiska och aktuella bolags- och föreningsengagemang framgår att sökanden inte har några övriga bolagsengagemang.

#### Remissyttrande

#### Räddningstjänst:

- Lokalen är lämplig till denna typ av arrangemang.
- Viktigt att ansvariga på plats har kunskap om hur utrymningslarmet fungerar.

# Delegeringsbeslut 2

- Om inte utrymmena bredvid scenen inte ska användas så bör dessa dörrar låsas och brandsläckarna som finns i dessa utrymmen placeras på annan lämplig plats.
- Viktigt att utrymningsvägar hålls fria.
- Maxantalet i lokalen är satt till 1000 personer.

## **Polismyndigheten:**

Danielsson har ansökt om danstillstånd och även inkommit med en säkerhetsplan. Minst 10 ordningsvakter skall finnas på plats. Polismyndigheten har i övrigt inget att erinra.

## **Skattemyndigheten:**

Företaget har f-skattebevis och är momsregistrerat. Finns inga aktuella eller restförda skatteskulder.

## **Miljö- och hälsa:**

Miljöenheten har inget att erinra mot att serveringstillstånd för alkoholserving beviljas Herrljunga Folkpark under perioden 2020-04-30. 2007-12-05 anmälde Herrljunga Folkpark om registrering av livsmedelsverksamhet på fastigheten Gångaren 3. 2019-04-09 fick Herrljunga Folkpark den senaste livsmedelskontrollen. Verksamheten hade inte någon avvikelse vid det tillfället. Angående risk för närboendestörningar har miljöenheten inte fått in några klagomål under de senaste 5 åren. Inga anmärkningar på verksamheten föreligger.

## **Verksamhetsbeskrivning**

Serveringstider 21:00-02:30.

Matutbud: Kycklingwrap med fetacrème, klassisk hamburgare, vegetarisk hamburare, grillad kort i surdegsbröd.

Sökanden kommer att arrangera danstillställning för ungdomar som är 18 år och över. Sökanden kommer att samarbeta med lokala föreningar i syfte av att upprätthålla ordning vid stängsel och parkering. Stängslet kommer patrulleras av föreningar som har kontakt med ordningsvakter för att förhindra plankning av minderåriga samt insmuggling av alkohol. Alla nödutgångar och utrymningsvägar från serveringsytan kommer att vaktas av entrévärdar/ordningsvakter så ingen alkohol tar sig ut och konsumeras utanför serveringsytan. Entre till området Herrljunga Folkpark kommer ha ordningsvakter som ser till att ingen alkohol utifrån tar sig in på serveringsområdet.

## **Bedömning**

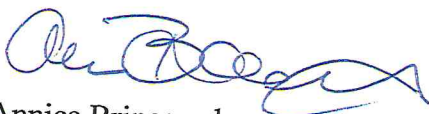
### **Sammanfattning**

Enligt 8 kap 12 § Alkohollagen får serveringstillstånd endast meddelas den som visar att han/hon med hänsyn till sina personliga och ekonomiska förhållanden, samt omständigheter i övrigt är lämplig att utöva verksamheten.

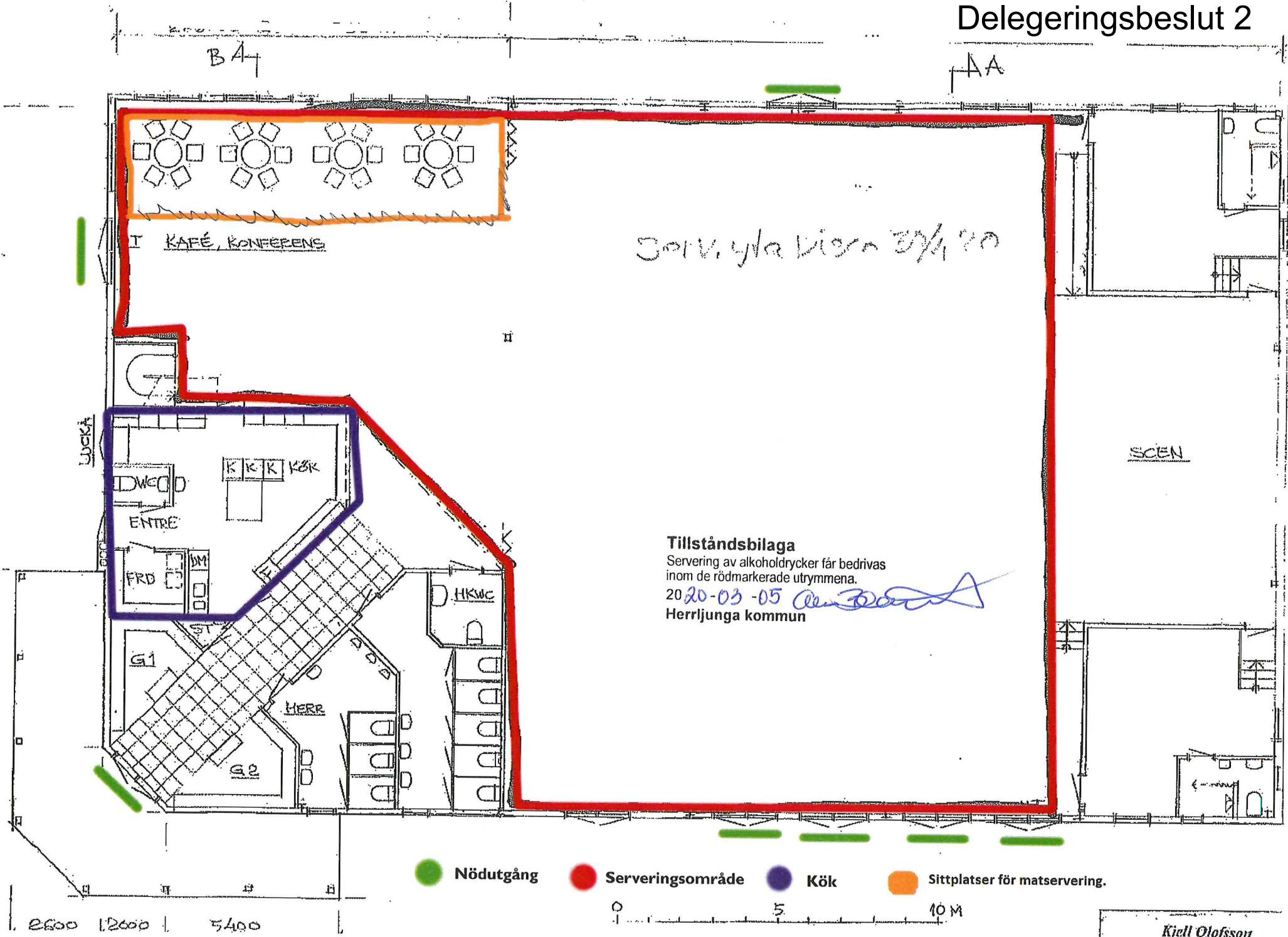
Tillståndsenheten bedömer att sökanden uppfyller kraven i 8 kap §§:14,15, 16, 17 alkohollagen.

Kommunicering har skett i enlighet med 25 § förvaltningslagen (2017:900).

TiS – Tillståndsenheten i Samverkan



Annica Bringsved  
Handläggare



- Nödutgång
- Serveringsområde
- Kök
- Sittplatser för matsservering.