Instans: Socialnämnden

Tid: Tisdag den 29 mars 2016, kl. 13.00

Plats: Nossan (A-salen), Kommunhuset, Herrljunga

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 § 60/2013. Kom gärna en halvtimme före sammanträdets början för genomläsning.

Lennart Ottosson
Ordförande

Daniel Hellström
Sekreterare

Ca kl.	*Nr*	*Ärende*	*DNR*	*Föredragande/ Kommentar*
13.00		Sammanträdets öppnande		Ordförande
		Upprop		Nämndsekreterare
		Informationsärenden, sekretess		
13.05	1	Utredning Lex Maria	SN 11/2016	MAS/kvalitetssamordnare ***Handlingarna delas ut på sammanträdet***
		Beslutsärenden, sekretess		
13.15	2	Yttrande till Inspektionen för vård och omsorg	SN 21/2016	TÖS/kvalitetssamordnare ***Handlingarna delas ut på sammanträdet***
		Informationsärenden		
13.25	3	Kommande samråd för översiktsplan	KS 115/2015	planeringssekreterare
13.45	4	Förvaltningen informerar	-	socialchef m.m.
13.55	5	Månadsuppföljning 2016	SN 8/2016	controller
14.10	6	Ensamkommande flyktingar	-	verksamhetschef socialt stöd
14.20	7	Uppföljning chefers arbetsmiljö	SN 24/2016	utredningssekreterare
		Beslutsärenden		
14.50	8	Kvalitetsberättelse 2015	SN 30/2016	TÖS/kvalitetssamordnare
15.10	9	Riktlinjer trygghetskamera	SN 119/2015	TÖS/kvalitetssamordnare
15.20	10	Revidering av socialnämndens delegeringsordning	SN 109/2015	utredningssekreterare
15.25	11	Val av tredje beslutsfattare i brådskande ärenden	SN 18/2015	ordförande
15.30	12	Riktlinjer för socialnämndens kontaktpolitiker	SN 34/2016	ordförande

Nr	*Ärende*	*DNR*
	Meddelandeförteckning	
1	Beslut KF § 35 Avsägelse av uppdrag som ledamot av socialnämnden	-
2	Information med anledning av bosättningslagen	-
3	Avtal om ungdomsmottagning i Herrljunga	SN 35/2016
4	Protokoll FSG	-
5	Domar inkomna under tidsperioden 2016-03-01 − 2016-03-28	-
1	Anmälan av delegeringsbeslut under tidsperioden 2016-03-01 − 2016-03-28	

2016-03-10 Dnr SN 2016-8

HERRLJUNGA KOMMUN

Månadsuppföljning avseende Socialnämnden feb 2016

SAMMANFATTNING

Socialförvaltningens första prognos för året 2016 visar på ett underskott på 3 275 tkr. Det är främst vård och omsorg och hemtjänsten som redovisar utfall utöver budget.

Inom hemtjänsten startades ett förändringsarbete upp under hösten 2015. Någon effekt av detta arbete syns ännu inte i den ekonomiska redovisningen. Enheterna har haft en hög sjukfrånvaro under årets två första månader.

Korttidsenheten har haft en beläggning utöver budget årets första månader. Kommunen har köpt platser av Vårgårda kommun, detta gör att kostnaden är högre än i egen regi men lägre än kostnad för utskrivningsklara.

Socialt stöds verksamheter redovisar sammanlagt ett litet överskott men enheten IFO vuxen redovisar ett underskott beroende på fler placeringar än budgeterat. Detta är placeringar som kvarstår från föregående år. Arbete pågår med att placera så kostnadseffektivt som möjligt.

IFO Barn och familj prognosticerar ett överskott. Svårigheter att rekrytera 1:e sekreterare är en orsak. Färre placeringar än budgeterat är en annan.

Ensamkomna är från 2016-01-01 en egen enhet. Verksamheten beräknas hålla budget. Nytt avtal är tecknat att ta emot ensamkomna. Från 1 mars är avtalat 63 platser (1 jan-29 feb var det 10). Idag är boendena inte fullbelagda.

I förslag till hantering av över- och underskott har socialnämnden att få med till 2016 1 276 tkr. Om beslut tas att dessa medel får överföras används de till att täcka delar av prognosticerat underskott.

Driftredovisning

Utfall/Budget tom 29 feb

RSUM	Ack Utfall	Ack Budget	Ack Diff	Diff % Ack	År Prognos	År Budget	År Diff
1 Intäkter	-4 484	-13 615	-9 131	0,33	-70 670	-70 345	325
3 Personalkostnader	25 151	24 669	-481	1,02	164 110	161 610	-2 500
4 Lokalkostnader, energi, VA	2 637	3 175	538	0,83	19 059	19 059	0
5 Övriga kostnader	8 458	11 990	3 532	0,71	73 069	71 969	-1 100
6 Kapitalkostnad	0	44	44	0,00	266	266	0
	31 762	**26 264**	**-5 498**	**1,21**	**185 834**	**182 559**	**-3 275**

Vhtområde	Ack Utfall	Ack Budget	Ack Diff	Diff % Ack
10 Nämnd- och styrelseverksamhet	61	154	92	0,40
26 Miljö- och hälsoskydd	-2	18	20	-0,09
50 Social verksamhet gemensamt	1 274	2 407	1 132	0,53
51 Vård och omsorg	14 235	14 647	412	0,97
52 LSS	3 325	4 477	1 152	0,74
53 Färdtjänst	532	456	-75	1,16
59 IFO	3 714	4 049	335	0,92
60 Flyktingmottagande	7 517	-285	-7 802	-26,38
61 Arbetsmarknadsåtgärder	1 104	341	-763	3,24
Summa Socialnämnd	**31 762**	**26 264**	**-5 498**	**1,21**

Utfallet är inte periodiserat, kostnader och intäkter saknas

Prognos per verksamhet

Vhtområde	År Prognos	År Budget	År Diff
10 Nämnd- och styrelseverksamhet	922	922	0
26 Miljö- och hälsoskydd	108	108	0
50 Social verksamhet gemensamt	14 660	14 985	325
51 Vård och omsorg	112 013	108 263	-3 750
52 LSS	28 754	28 584	-170
53 Färdtjänst	2 740	2 740	0
59 IFO	24 357	24 677	320
60 Flyktingmottagande	0	0	0
61 Arbetsmarknadsåtgärder	2 280	2 280	0
Summa Socialnämnd	**185 834**	**182 559**	**-3 275**

Ytterligare detaljer finns i bilaga 1

Prognos per ansvar

Ansvarsområde	Ansvar	År Prognos	År Budget	År Diff
40 Nämnd	400 Nämnd	922	922	0
Summa Nämnd		**922**	**922**	**0**
41 Förvaltningsledning/Stab	410 Förvaltningsledning	10 359	10 684	325
Summa Förvaltningsledning/Stab		**10 359**	**10 684**	**325**
42 Bistånd	420 Bistånd	12 370	12 370	0
Summa Bistånd		**12 370**	**12 370**	**0**
44 Vård och omsorg	440 Vård och omsorg	4 836	4 836	0
44 Vård och omsorg	441 Hemtjänst Herrljunga	21 899	20 399	-1 500
44 Vård och omsorg	443 Hemtjänst Ljung	14 102	12 602	-1 500
44 Vård och omsorg	444 Stöd i ord.boende	11 531	11 031	-500
44 Vård och omsorg	445 Hagen säbo	17 587	17 587	0
44 Vård och omsorg	446 Hemgården säbo	21 863	21 863	0
44 Vård och omsorg	447 Hälso och sjukvård	17 475	17 225	-250
Summa Vård och omsorg		**109 293**	**105 543**	**-3 750**
46 Socialt stöd	460 Socialt stöd	2 551	2 551	0
46 Socialt stöd	461 Funktionshinder	17 150	16 980	-170
46 Socialt stöd	463 IFO Barn och familj	9 172	11 042	1 870
46 Socialt stöd	464 IFO Vuxen	17 801	16 251	-1 550
46 Socialt stöd	466 Ensamkommande	0	0	0
46 Socialt stöd	467 Sysselsättning	6 216	6 216	0
Summa Socialt stöd		**52 890**	**53 040**	**150**
Summa Socialnämnd		**185 834**	**182 559**	**-3 275**

Redovisning av orsaker och åtgärder

Socialnämnd

Prognos: enligt budget

Orsak: Det finns 370 tkr budgeterat för återbetalning av underskott. Dessa pengar kommer at användas under året.

Åtgärd:

Förvaltningsledning och stab

Prognos: +325 tkr

Orsak: Inför 2016 ramväxlades pengar till IT. Denna ramväxling ska tillbaka.

Bistånd

Inom verksamheten finns biståndshandläggning, Färdtjänst, LSS i extern regi i form av boende, daglig verksamhet samt kontaktpersoner.

Prognos: För hela år 2016 prognosticeras att hålla verksamheten totalt inom rambudget.

Orsak: Efter endast två månaders utfall är det bästa bedömning att verksamheten ska klara årsbudget.

Åtgärd: Arbete pågår med kontroll och justeringar av löner, konteringar och placeringar.

Gemensam verksamhet vård och omsorg

Prognos: enligt budget

Orsak:

Åtgärd:

Stöd i ordinärt boende

Verksamheten inkluderar korttidsboende och dagverksamhet.

Prognos: - 500 tkr

Orsak: Producerat 143 dygn mer än budget Jan-feb. Köpt korttidsplatser i Vårgårda för ca 300 tkr på grund av att det varit fullt på vårt eget korttidboende och för att minska kostnaden mot betalningsansvar på sjukhus. Under januari köpte Herrljunga kommun 83 dygn av Vårgårda. Kostnadsbesparing mot att haft betalningsansvar på sjukhus är 124 tkr.

Åtgärd: Fortsätta att arbeta på ett flexibelt sätt med korttidsplatser och verksamheten. Så snart Hagens nya platser öppnas kommer de som står i kö till demensplatser att flytta från korttidsenheten.

Hemtjänst, Ljung, Herrljunga tätort och landsbygd

Prognos: -3 000 tkr

Orsak: Fortsatt hög sjukfrånvaro samt lägre effektivitet än budget

Åtgärd: Arbeta vidare med sjuktalen, aktivt rehab arbete, Arbetsmiljöarbete i samverkan, effektivisering arbetet.

Särskilt boende, Hagen och Hemgården

Prognos: Enligt budget

Orsak: På hemgården skedde schema anpassning till nya budgeten 17/1

Åtgärd: fortsatt anpassning av personal, samordning över huset.

Hälso- och sjukvård

Prognos: -250 tkr

Orsak: Har fått använda dyrare lösningar, verksamheten kräver mer personal än budget.

Åtgärd: Hela tiden arbeta med att ej ersätta om det är möjligt, hitta bemaningslösningar som är billigare än bemanningsföretag. Testar en ny schemaläggning för en person för att se om det kan effektivisera.

Gemensam verksamhet Socialt Stöd

Prognos: enligt budget

Funktionshinder

Inom verksamheten finns personlig assistans, gruppbostad, servicebostad.

Prognos: -170 tkr

Orsak: På grund av nytt barnärende

Sysselsättning

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

Prognos: enligt budget

Individ och familjeomsorg, Barn och familj

Verksamheten inkluderar barn och familj samt boende för ensamkomna.

Prognos: +1 870 tkr

Orsak: Har hittills varit få placeringar. En 1:e socialsekreterare rekryteras men det är svårt, räknar inte med att ha någon på plats innan till hösten. Även kontaktpersonskontot barn och familj prognostiserar ett överskott.

Individ och familjeomsorg, Vuxen

Verksamheten inkluderar vuxenvård missbruk, psykiatri, försörjningsstöd samt introduktionsenheten

Prognos: -1 550 tkr

Orsak: Vuxenplacering över budget pga tvångs- och skyddsplaceringar som är kostsamma. Detsamma gäller kontaktperson vuxen. Dessa ökade kostnader kontaktperson, täcks av budget för familjehemsplaceringar.

Åtgärd: Arbeta mer hemmaplansinriktat i de ärenden det är möjligt.

Ensamkommande

Prognos: enligt budget

Investeringsredovisning

PROJ	Ack Utfall	År Prognos	År Budget	År Diff
5420 Inventarier SN	0	400	400	0
5421 Trygghetslarm	0	0	600	600
5423 Mobillås	0	1 500	1 500	0
SUMMA:	**0**	**1 900**	**2 500**	**600**

Införande av digitala larm kommer att göras inom ramen för driftbudgeten

SOCIALFÖRVALTNING

Magnus Stenmark — Socialchef

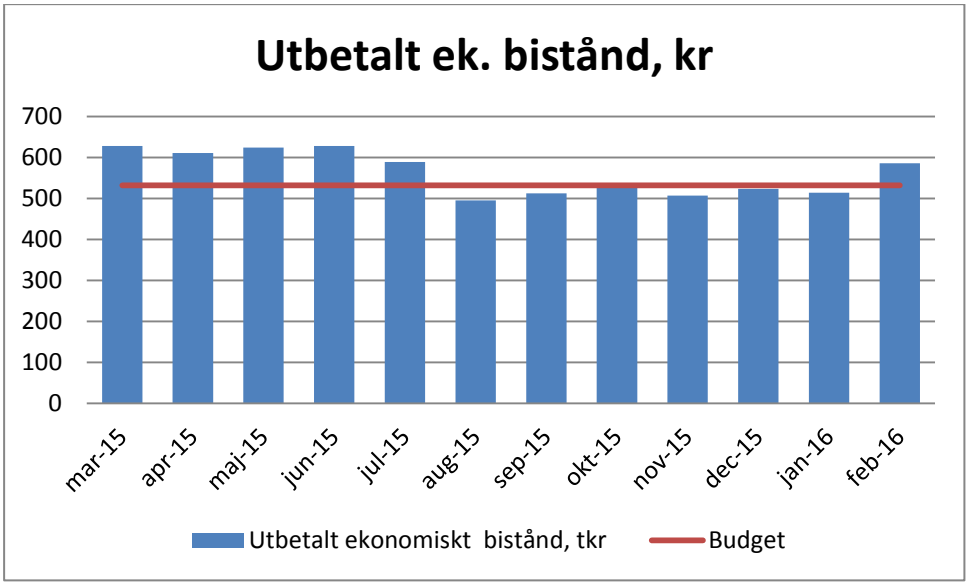
Jenny Andersson — Controller

Bilaga 1

Vhtområde	Verksamhet	År Prognos	År Budget	År Diff
10 Nämnd- och styrelseverksamhet	100 Nämnd- och styrelseverksamhet	922	922	0
Summa Nämnd- och styrelseverksamhet		**922**	**922**	**0**
26 Miljö- och hälsoskydd	267 Alkoholtillstånd	108	108	0
Summa Miljö- och hälsoskydd		**108**	**108**	**0**
50 Social verksamhet gemensamt	500 Social verksamhet gemensamt	14 560	14 885	325
50 Social verksamhet gemensamt	571 Övriga insatser till vuxna	100	100	0
Summa Social verksamhet gemensamt		**14 660**	**14 985**	**325**
51 Vård och omsorg	509 HSL	17 135	16 885	-250
51 Vård och omsorg	510 Vård och omsorg om äldre	92 099	88 599	-3 500
51 Vård och omsorg	520 Insatser till personer med funktionshinder	2 779	2 779	0
Summa Vård och omsorg		**112 013**	**108 263**	**-3 750**
52 LSS	513 Insatser enl LSS, SFB och HSL	28 754	28 584	-170
Summa LSS		**28 754**	**28 584**	**-170**
53 Färdtjänst	530 Färdtjänst / Riksfärdtjänst	2 740	2 740	0
Summa Färdtjänst		**2 740**	**2 740**	**0**
59 IFO	559 Vård för vuxna med missbruksproblematik	6 667	5 117	-1 550
59 IFO	560 IFO gemensamt	543	543	0
59 IFO	569 Barn och ungdomsvård	8 334	10 204	1 870
59 IFO	571 Övriga insatser till vuxna	125	125	0
59 IFO	575 Ekonomiskt bistånd	8 203	8 203	0
59 IFO	585 Familjerätt och familjerådgivning	485	485	0
Summa IFO		**24 357**	**24 677**	**320**
60 Flyktingmottagande	600 Flyktingmottagande	0	0	0
Summa Flyktingmottagande		**0**	**0**	**0**
61 Arbetsmarknadsåtgärder	610 Arbetsmarknadsåtgärder	2 280	2 280	0
Summa Arbetsmarknadsåtgärder		**2 280**	**2 280**	**0**
Summa Socialnämnd		**185 834**	**182 559**	**-3 275**

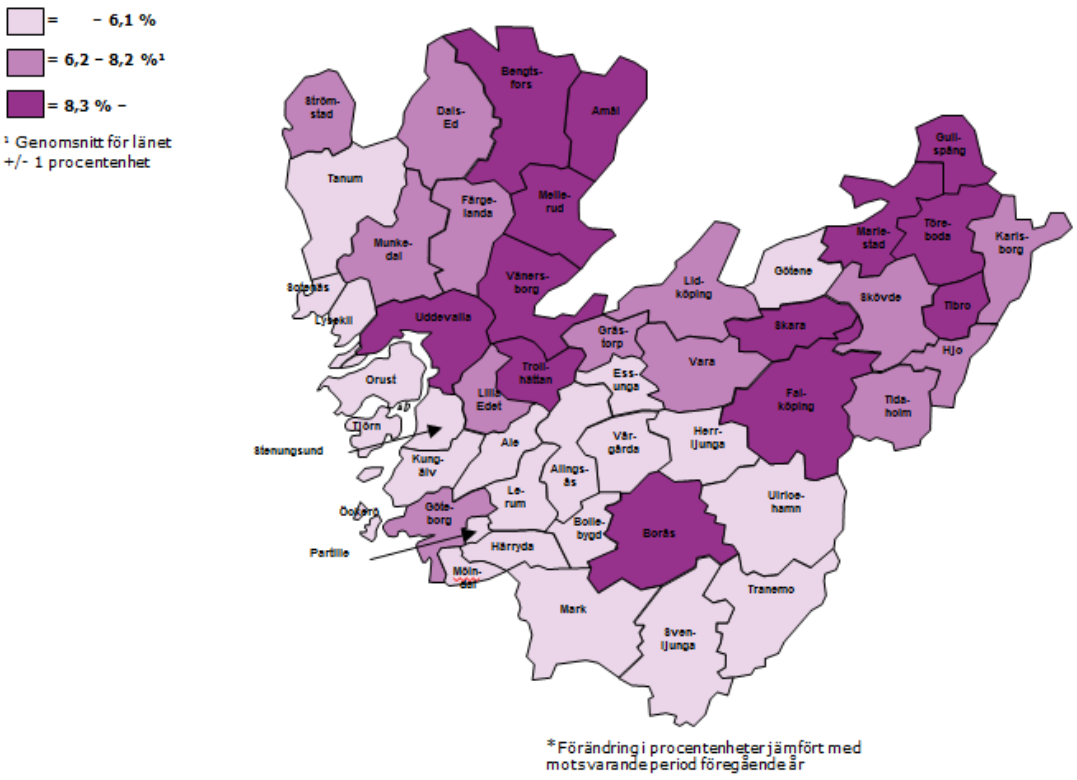
Bilaga 2

Försörjningsstöd

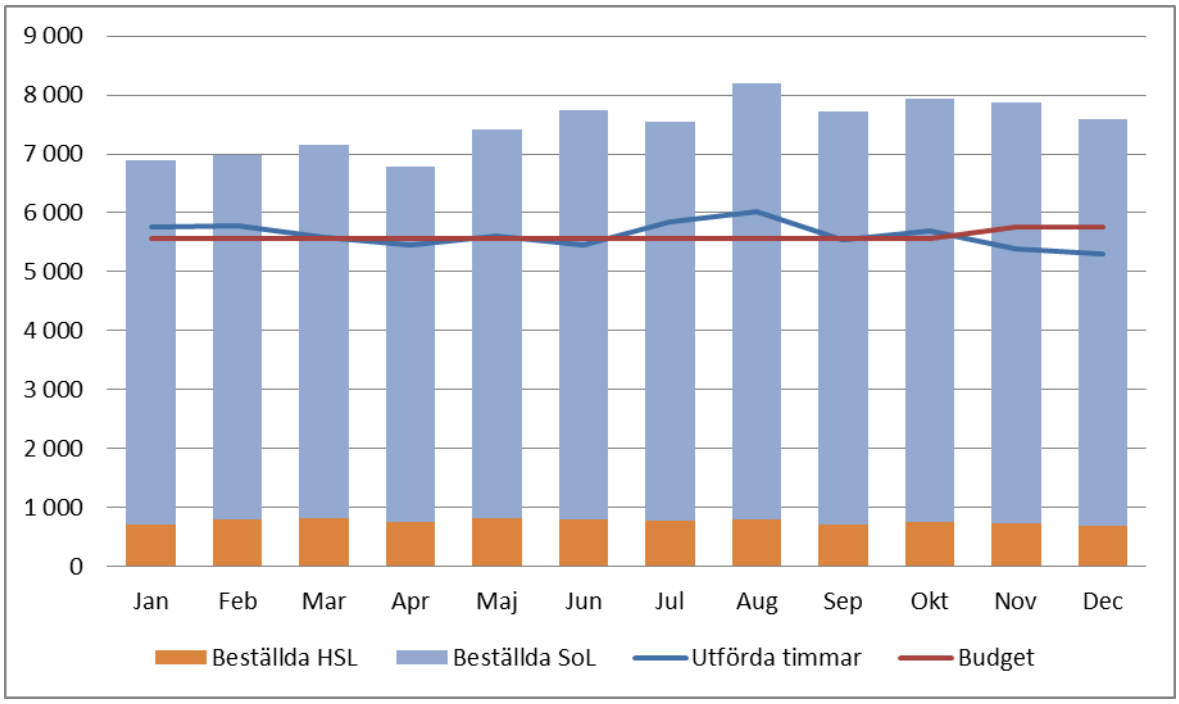


Inskrivna arbetslösa i januari 2016 som andel (%) av den registerbaserade arbetskraften 16 – 64 år

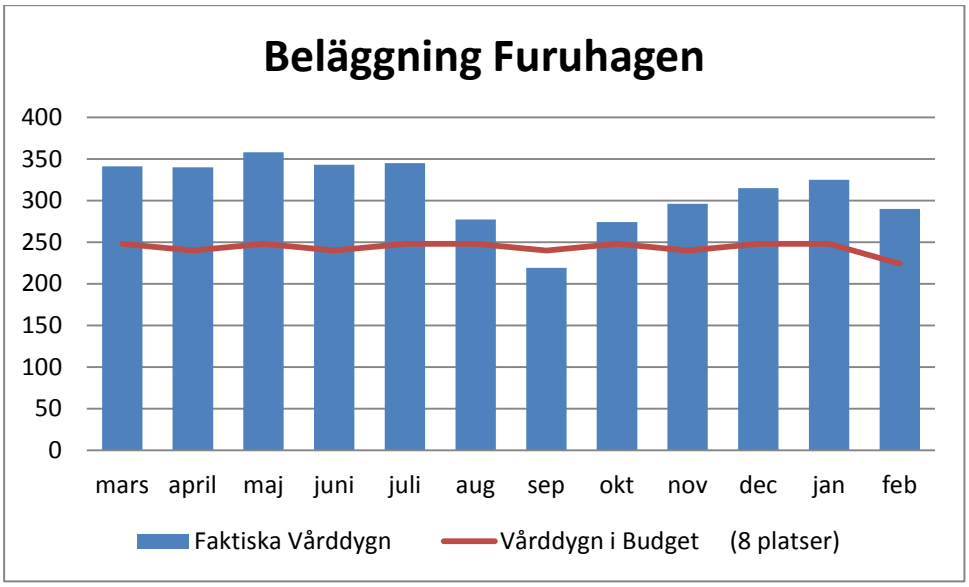
Herrljunga 4,9% (-1,1%)



Hemtjänst

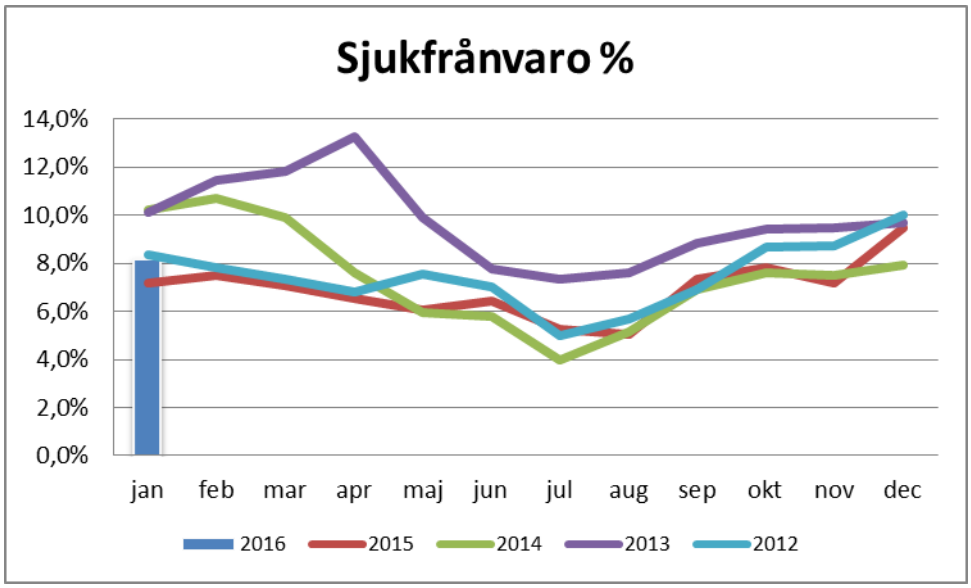

9 000
8 000
7 000
6 000
5 000
4 000
3 000
2 000
1 000
0
Jan
Feb
Mar
Apr
Maj
Jun
Jul
Aug
Sep
Okt
Nov
Dec
Beställda HSL
Beställda SoL
Utförda timmar
Budget

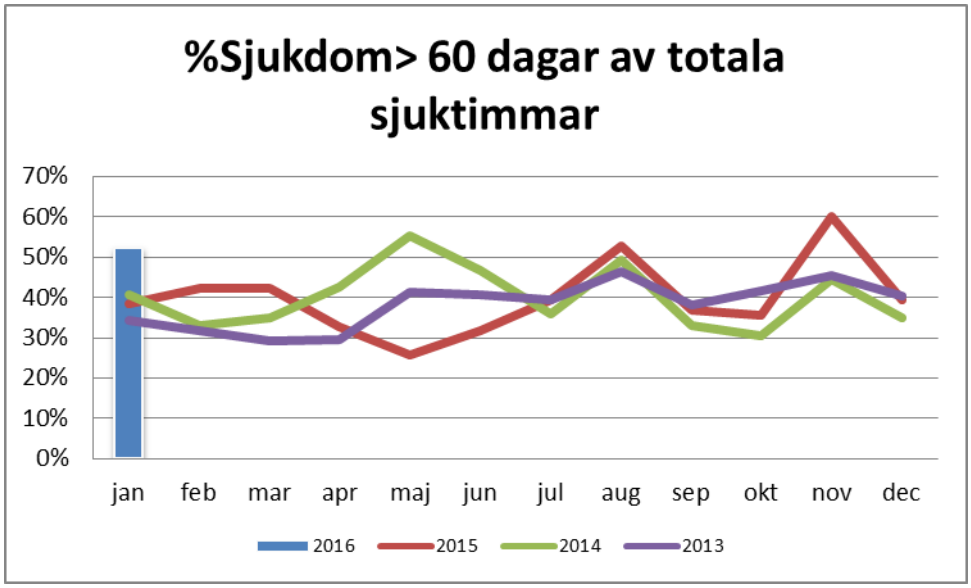
Korttid



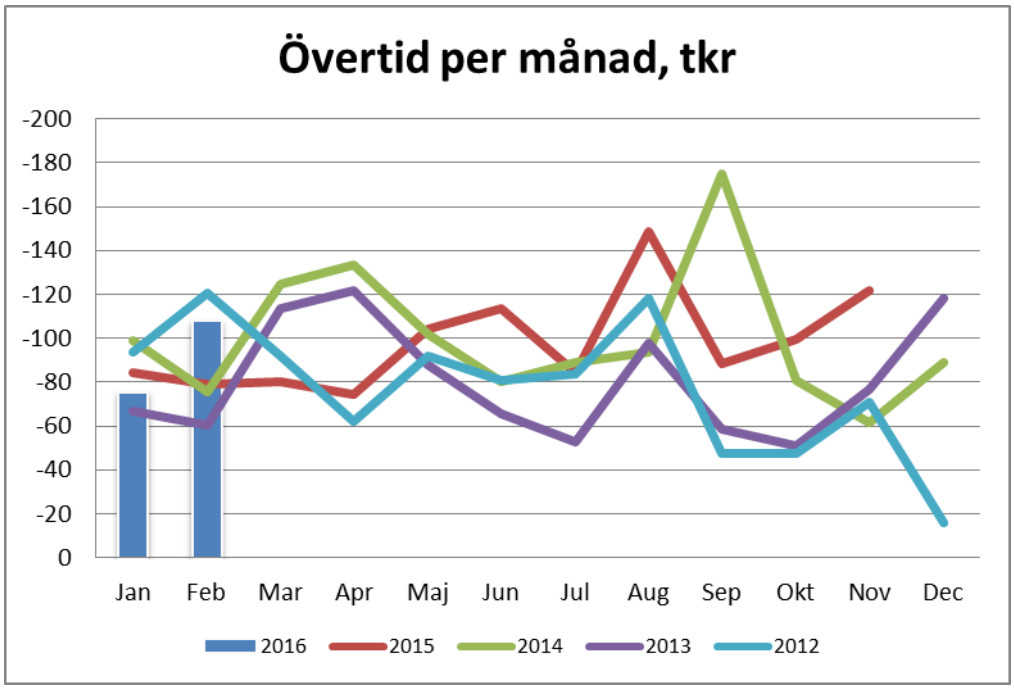
	mars	april	maj	juni	juli	aug	sept	okt	nov	dec	jan	feb
Beläggning %	137,5	141,7	144,4	142,9	139,1	111,7	91,3	110,5	123,3	127,0	131,0	129,5
Dygn över budget	93	100	110	103	97	97	-21	26	56	67	77	66

Sjukfrånvaro





Övertid


Övertid per månad, tkr
-200
-180
-160
-140
-120
-100
-80
-60
-40
-20
0
Jan
Feb
Mar
Apr
Maj
Jun
Jul
Aug
Sep
Okt
Nov
Dec
2016
2015
2014
2013
2012

HERRLJUNGA KOMMUN

FÖRVALTNING
Linnea Holm

Tjänsteskrivelse
2016-03-09
DNR SN 24/2016 7700

Uppföljning chefers arbetsmiljö - Psykosociala mätstickan och chefsenkät

Sammanfattning

Socialnämnden beslutade i slutet av 2015 att överlämna ett svar till kommunens revisorer där nämnden listade åtgärder de planerade att vidta för att följa upp enhetscheferna inom vård och omsorgs arbetsmiljö. Åtgärderna nämnden angav var att förvaltningen kvartalsvis skulle redovisa resultatet från den psykosociala mätstickan som enhetscheferna inom vård och omsorg får svara på varje månad. Utöver detta ska förvaltningen halvårsvis redovisa svaret från chefsenkäten. Förvaltningen har sammanställt båda och bifogar till denna tjänsteskrivelse resultatet.

Beslutsunderlag

Sammanställning av psykosociala mätstickan samt chefsenkäten

Förslag till beslut

Socialnämnden lägger informationen till handlingarna.

Linnea Holm
Utredningssekreterare

Expedieras till:
För kännedom till:

Samverkan

Ärendet samverkades på FSG 2016-03-17.

HERRLJUNGA KOMMUN

SOCIALFÖRVALTNINGEN
Linnea Holm

Rapport
2016-03-11
DNR SN 24/2016 7701

Bakgrund

Socialnämnden beslutade att överlämna ett svar till kommunens revisorer om vilka åtgärder nämnden planerade att ta för att följa upp enhetscheferna inom vård och omsorgs arbetsmiljö. I beslutet ingick att förvaltningen kvartalsvis ska överlämna resultatet från psykosociala mätstickan för cheferna inom Vård och omsorg samt att cheferna inom socialförvaltningen halvårsvis ska besvara chefsenkäten som sedan ska sammanställas och överlämnas till nämnden.

Uppföljning psykosociala mätstickan

Enhetscheferna inom vård och omsorg har i januari, februari och mars besvarat psykosociala mätstickan.

Månad	Snittvärden	
	Arbetsbelastning	Hur mår du
Januari	7,85	7,71
Februari	8,8	6,8
Mars	8	7,25

Utöver ovanstående snittvärden har ett antal av cheferna besvarat frågan om att de behöver stöd med ja. På frågan om de vill prata med någon, vem? Så svarar de chef samt kollega. De flesta som svarade ja anger även att de redan har bokade samtal. På frågan: Har du behov av stöd? Vad i så fall? Är det lite skilda svar. Några nämner att de behöver hjälp från stödfunktioner så som lön och personal samt chef. Någon annan har nämnt samordnare. Någon vet inte vad de behöver för hjälp.

Analys av psykosociala mätstickan

Förändringen i såväl arbetsbelastning som mående från januari till februari påverkas troligen av Vab-ruari samt höga sjukskrivningstal samt att enhetscheferna genomförde bedömningssamtal med medarbetarna. Till detta kommer att en enhetschef sagt upp sig.

HERRLJUNGA KOMMUN

SOCIALFÖRVALTNINGEN
Linnea Holm

Uppföljning på chefsenkäten

Enkäten har gått ut till alla socialförvaltningens 15 chefer, inte bara de som arbetar inom vård och omsorg.

Fråga	**nov-14** **–** 13 besvarande	**maj-15** **–** 13 besvarande	**mar-16** - 15 besvarande
Uppdrag			
1. Finns det en tydlig uppdragsbeskrivning för din enhet?	71 % *	69%	75 % *
2. Det finns en antagen uppdragsbeskrivning för chefer inom socialförvaltningen. Har du fått skriva på denna?	64 % *	54%	80 %
3. Stämmer den beskrivningen med ditt chefsuppdrag?	92%	77%	75 %
4. Finns det tydlig ledning och styrning i förvaltningen?	57 % *	77 % *	65 % *
Mål och planering			
5. Finns det tydliga mål för din enhet?	71 % *	85%	93 % ***
6. Gör du uppföljning av målen?	86 % *	92%	88 %
7. Gör du en övergripande planering för din enhet?	100%	92%	100%
8. Med vilken tidsram gör du denna planering?	10 chefer har svarat att de planerar årsvis. 1 har svarat att de planerar dygnsvis och 2 har svarat att de planerar månadsvis.*	Alla chefer utom 1 har svarat att de planerar årsvis. Ett antal har även angivit att de planerar dygn och månadsvis.*	Alla förutom 1 chef har angett att de planerar årsvis. Ett antal har även angett att de planerar dygns- och månadsvis.

HERRLJUNGA KOMMUN
SOCIALFÖRVALTNINGEN
Linnea Holm

Rapport
2016-03-11
DNR SN 24/2016 7701

Fråga	**nov-14** **–** 13 besvarande	**maj-15** **–** 13 besvarande	**mar-16** - 15 besvarande
Ekonomi och ansvar			
9. Förstår du din budget?	76 % *	92 % *	82 % *
10. Gör du en månatlig uppföljning av budgeten?	100%	100%	100 %
11. Arbetar du med åtgärder om prognosen visar på ett underskott?	100%	100%	94 % *
12. Är du medveten om vilken attesträtt du har?	62%	77 % *	80 %
13. Är du medveten om vilken delegering du har?	69%	77%	87%
Stöd			
14. Får du det stöd du behöver från staben? ** 1 = aldrig 5 = alltid	67 % *	1 – 0 % 2 – 21 % 3- 29 % 4 – 36 % 5 – 14 %	1 - 7 % 2 - 13 % 3 - 27 % 4 - 40 % 5 - 13 %
15. Får du det chefsstöd du behöver? ** 1 = aldrig 5 = alltid	65 % *	1 – 0 % 2 – 25 % 3 – 17 % 4 – 25 % 5 – 33 %	1 - 0 % 2 - 7 % 3 - 27 % 4 - 40 % 5 - 27 %
16. Får du den information du behöver ha för att kunna utföra ditt uppdrag? ** 1 = aldrig 5 = alltid	73 % *	1 – 0 % 2 – 0 % 3 – 39 % 4 – 31 % 5 – 31 %	1 - 0 % 2 - 20 % 3 - 27 % 4 - 27 % 5 – 27 %

Fråga	**nov-14** **–** 13 besvarande	**maj-15** **–** 13 besvarande	**mar-16** - 15 besvarande
Kvalitetsledningssystem			
17. Känner du till socialförvaltningens ledningssystem och handbok?	85%	100%	100 %
18. Använder du handboken?	62%	85%	93 %

** På denna fråga har vissa chefer angett mer än ett svar*
*** 2014 var dessa frågor ja och nej frågor. Efter feedback från 2014 har frågorna gjorts om till att vara en skala från 1-5 där 1 är aldrig och 5 är alltid.*
**** På denna fråga har inte alla chefer angett ett svar.*

Analys av chefsenkäten

Alla förvaltningens 15 chefer har svarat på enkäten. Av dessa är det 5 personer som inte svarade på enkäten i maj 2015 eftersom de tillträtt som chef efter dess.
Två chefer har angett att de anser att enkäten är undermålig och att nämnden borde ta hjälp av forskare.

Alla chefer
På totalen kan sägas att cheferna anser att uppdraget är tydligare i år jämfört 2015. Däremot kan man se en försämring av tydlig styrning och ledning i förvaltningen. Cheferna har större kännedom om målen och fler följer upp dessa. Vad avser ekonomi och ansvar så är det en längre procent som förstår sin budget och som vidtar åtgärder vid eventuellt underskott. Det är fler som anser att de får bra chefsstöd än 2015 men färre som tycker de får den informationen de behöver.

HERRLJUNGA KOMMUN

SOCIALFÖRVALTNING
HELÉNE BACKMAN CARLSSON

TJÄNSTESKRIVELSE
2016-03-16
DNR 30/2016

Kvalitetsberättelse 2015

Sammanfattning

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

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

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

Ett annat avsnitt beskriver den avvikelserapportering som varit under året. Avvikelser enligt Sol, LSS har rapporterats i en betydligt högre grad än tidigare år, vilket är positivt då bland annat avvikelser är centralt när det gäller förbättringsarbete. Bedömningen är att det fortfarande förekommer händelser som inte rapporteras. Ett par verksamheter står för majoriteten av rapporteringen. Under året har 11 lex Sarah rapporter skrivits.

Socialnämnden har också varit föremål för externa granskningar utifrån enskildas klagomål till Inspektionen för vård och omsorg samt tillsynsmyndighetens egen initierade tillsyn.

Beslutsunderlag

Kvalitetsberättelse 2015

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner Kvalitetsberättelsen för 2015

Heléne Backman Carlsson
TÖS/Kvalitetssamordnare

DIARIENUMMER: 30/2016

FASTSTÄLLD: 2016-03-29

DOKUMENTANSVAR:
TÖS/kvalitetssamordnare
Heléne Backman Carlsson

Kvalitetsberättelse 2015

Beslutsinstans, Socialnämnden
Omfattar socialförvaltningens olika verksamheter

HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

Sammanställd av: Heléne Backman Carlsson
Datum: 2016-03-16

Innehållsförteckning

1 SAMMANFATTNING 4

2 BAKGRUND 5

2.1 ÖPPNA JÄMFÖRELSER 5

3 SYFTE 6

4 ORGANISATORISKT ANSVAR OCH ROLLER I KVALITETSARBETET 7

4.1 SOCIALNÄMND 7

4.2 SOCIALCHEF 7

4.3 VERKSAMHETSCHEF ENL 29 § HSL 7

4.4 MEDICINSKT ANSVARIG SJUKSKÖTERSKA, MAS 7

4.5 TÖS/KVALITETSSAMORDNARE 7

4.6 VERKSAMHETSCHEF 7

4.7 ENHETSCHEF 7

4.8 PERSONAL I VERKSAMHET 7

5 VIKTIGA HÄNDELSER UNDER ÅRET 8

5.1 ORGANISATION 8

5.2 VERKSAMHET 9

5.3 INDIVID 9

6 MÅLUPPFYLLELSE 11

7 RISKANALYS 12

8 EGENKONTROLL 13

9 NATIONELLA UPPFÖLJNINGAR 13

9.1 ÖPPNA JÄMFÖRELSER 14

9.1.1 ÄLDREOMSORG 14

9.2 ÖPPNA JÄMFÖRELSER 16

9.2.1 LSS 16

9.3 ÖPPNA JÄMFÖRELSER 18

9.3.1 SOCIALPSYKIATRI 18

9.4 ÖPPNA JÄMFÖRELSER 19

9.4.1 IFO 19

10 LOKALA UPPFÖLJNINGAR 22

10.1 INTERNKONTROLL 22

10.2 AVVIKELSER 22

10.2.1 SYNPUNKTER OCH KLAGOMÅL 23

10.2.2 AVVIKELSER SoL/LSS/lex Sarah 23

Bakgrund 23

Sammanfattning 24

10.2.3 LEX SARAH 25

10.2.4 INTERN TILLSYN 25

11 EXTERNA GRANSKNINGAR 26

11.1 INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG 26

11.1.1 EJ VERKSTÄLLDA BESLUT 26

11.1.2 ENSKILDAS ANMÄLAN TILL INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG 26

11.1.3 TILLSYN AV INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG 27

12 PERSONALENS MEDVERKAN I KVALITETSARBETET 27

12.1 KOMPETENSUTVECKLING 28

13 KVALITETSARBETE 29

13.1 FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN 29

1 Sammanfattning

Enligt Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS[1]) 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[2] varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Detta bör göras med dokumentationen som utgångspunkt.

Under 2015 har en rad aktiviteter pågått inom socialnämndens samtliga verksamheter med fokus på ett fortsatt målinriktat kvalitetsarbete. Vakanser på vissa tjänster har inneburit en sårbarhet i organisationen och i avvaktan på att nya medarbetare är på plats har situationen krävt viss omfördelning av personal och utvidgat ansvarsområde. Det tar också tid att som ny medarbetare sätta sig in i verksamheternas olika delar.

Ett fortsatt, ständigt pågående arbete med riktlinjer och rutiner i ledningssystemet har skett under året. Handboken med de styrande dokumenten finns på intranätet tillgänglig för samtlig personal. Kvalitetssamordnarna har under året fokuserat på verksamheternas fortsatta förbättringsarbete, i samarbete med förvaltningsledning och enhetschefer bl.a. genom kontinuerliga träffar med enhetscheferna, genom deltagande på arbetsplatsträffar och nätverk, samt genom tillsyn och kontroll. Kvalitetssamordnare och systemförvaltare håller i stödanvändarträffar gällande verksamhetssystemet VIVA och dokumentation. Två till tre stödanvändarträffar per termin har genomförts.

Införandet av ett nytt verksamhetssystem, VIVA som vid årsskiftet 2014/2015 övergick från projekt till förvaltning har krävt fortsatta utbildningsinsatser i verksamheterna. Biståndshandläggare har haft en workshop med systemleverantör där frågor för system kunde ställas. Utbildning i Handläggning och dokumentation i socialtjänsten har varit i fokus under året. Kontinuerliga träffar tillsammans med alla olika professioner har skett i samarbete med Vårgårda kommun, för att fastställa rutiner för dokumentation och kommunikation. Med det nya systemet säkerställs myndighetsutövning och dokumentation. Systemförvaltarna har varit länken mellan verksamhet och verksamhetssystem,

Hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål är av stor betydelse i kavalitetsarbetet. En stor ökning av antalet avvikelserapporter enligt socialtjänstlagen, SoL och LSS har skett 2015. Avvikelser kring läkemedel och fallrapporter står fortfarande för den större delen av rapporterade avvikelser, dessa tas upp i Patientsäkerhetsberättelsen 2015.

Några ärenden hos tillsynsmyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg, IVO, har förekommit såsom enskildas klagomål samt tillsynsmyndighetens egeninitierade tillsyn.

Resultat från internkontroll, synpunkter och klagomål, avvikelsehantering, tillsyn och på annat sätt uppmärksammade händelser ligger bland annat till grund för socialnämndens fortsatta förbättringsarbete 2016.

[1] *Föreskrifter och Allmänna råd* – Ledningssystem för systematiskt Kvalitetsarbete
[2] Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

2 Bakgrund

Enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9, 7 kap. 1 § ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet dokumenteras.
Vårdgivare som omfattas av 1 kap. 1 § 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå

- *hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår,*
- *vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och*
- *vilka resultat som uppnåtts*

2.1 ÖPPNA JÄMFÖRELSER

Inom äldreomsorgen har Socialstyrelsen under ett flertal år, årligen lämnat ut en omfattande enkät till samtliga 65 år och äldre, boende i särskilt boende eller med insatser från hemtjänsten. Denna enkät handlar till stor del om den äldres uppfattning om kvaliteten i vården och omsorgen. Liknande nationella enkäter finns inte generellt, ännu för övriga målgrupper. Inom äldreomsorgen finns därmed ett mera omfattande resultat, med brukarperspektiv, att ta del av än motsvarande för övriga verksamheter. Behovet kan därför finnas inom övriga verksamheter att på lokal nivå följa upp brukares uppfattning om socialtjänsten. Några verksamheter har i 2015 års Arbetsplaner/Verksamhetsplaner gällande uppföljning av vissa mål, tagit med att det t.ex. ska ske genom brukarenkät.

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

3 Syfte

Syfte med kvalitetsberättelsen är att ge en bild av de viktigaste resultaten under året och ska fungera som ett underlag för politikens arbete. Den ska också ge stöd för att utveckla och förbättra verksamheten och ses som ett led i den kontinuerliga uppföljningen och utvärderingen. Kvalitetsberättelsen är en del av styr- och ledningssystemet.

4 Organisatoriskt ansvar och roller i kvalitetsarbetet

4.1 SOCIALNÄMND

Socialnämnden är ytterst ansvarig för verksamheten.

4.2 SOCIALCHEF

Socialchef har ett övergripande ansvar och rapporterar till socialnämnden.

4.3 VERKSAMHETSCHEF ENL 29 § HSL

Verksamhetschef ansvarar för den löpande verksamheten inom sitt område och ser till att det fungerar på ett tillfredsställande sätt. Enligt socialnämndens delegeringsordning medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

4.4 MEDICINSKT ANSVARIG SJUKSKÖTERSKA, MAS

MAS arbetar fram riktlinjer, ansvarar för att ledningssystemet följs upp, följer aktuell lagstiftning och ser till att uppföljning och utveckling sker inom området hälso- och sjukvård.
MAS och socialchef samt verksamhetschefer ska samverka kring hälso- och sjukvårdsfrågor. Rapporterar till socialchef. MAS arbete sker i nära samarbete med TÖS[3].

4.5 TÖS/KVALITETSSAMORDNARE

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

4.6 VERKSAMHETSCHEF

Verksamhetschef för bistånd, socialt stöd inklusive individ- och familjeomsorg samt vård- och omsorg har ett övergripande ansvar att leda och utveckla sin verksamhet. Verksamhetschef har ett ledningsansvar tillsammans med socialchef och ska samverka kring socialtjänst och hälso- och sjukvårdsfrågor tillsammans med MAS/Kvalitetssamordnare och TÖS/Kvalitetssamordnare.

4.7 ENHETSCHEF

Enhetschef har ansvar för att leda och utveckla sin enhet. Har ansvar för att ta fram rutiner på enhetsnivå och se till att dessa följs. Rapporterar till verksamhetschef.

4.8 PERSONAL I VERKSAMHET

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

[3] Tillsynsansvarig över socialtjänsten

5 Viktiga händelser under året

5.1 ORGANISATION

Det har under 2015 varit omsättning på chefsnivå vilket innebär en sårbarhet och verksamheten tappar fart i vardagsarbetet när nya medarbetare ska introduceras och lära sig verksamheten. Verksamhetschef för Vård- och omsorg slutade i februari 2015 och under rekryteringsperioden för ny verksamhetschef delade kvalitetssamordnarna på uppdraget, i vissa delar. Ny verksamhetschef var på plats i maj 2015.

På enhetschefsnivå har följande förändringar skett 2015.
Hemtjänst
Ny enhetschef till hemtjänsten i Herrljunga var på plats i april. Ny enhetschef till hemtjänsten i Ljung var på plats i oktober. Hemtjänsten i Herrljunga kom att ha en enhetschef, från att ha haft två enhetschefer en tid. Nattpatrullen flyttades senare bort från hemtjänsten till verksamhet stöd i ordinärt boende.

Stöd i ordinärt boende
En ny enhetschef tillträdde tjänsten i september och ansvarar för verksamheterna korttidsboende, dagverksamhet samt kommunens nattpatrull i samband med flytt av korttidsenheten till Ljung.

Särskilt boende
Inom ett av de särskilda boendena för äldre uppstod vakant tjänst. I samband med vakansen inrättades två enhetschefstjänster på boendet. Tillförordnad enhetschef fanns på plats under tiden. De nya enhetscheferna var på plats från juni respektive september månad 2015.

Socialt stöd
Enhetschefsbyte har skett inom Socialt stöd, IFO vuxen under hösten 2015. Ytterligare en enhetschefstjänst tillsattes i december 2015 med ansvar för boende för ensamkommande barn och unga.

Personalomsättning på enhetschefsnivå har varit forum för revisionsgranskning. Det finns idag ett strukturerat stöd såväl på individ- som på gruppnivå. Nämnden har både inom äldreomsorg och socialt stöd under ett par års tid, utökat antalet enhetschefer vilket har inneburit att enhetscheferna generellt har fått ett mindre ansvarsområde med ett mindre antal medarbetare.

Inom Individ- och familjeomsorgen, IFO har handläggare slutat och nya har rekryterats under året. Det har tidvis varit svårt att rekrytera erfarna handläggare både inom Barn och familj samt försörjningsstöd. Herrljunga kommun är inte ensam om detta problem det är en svår situation även på nationell nivå. Inom biståndsenheten har nya handläggare kommit under året bland annat på grund av pensionsavgång och föräldraledighet.

5.2 VERKSAMHET

Med nya fördelningstal från Migrationsverket gällande mottagande av ensamkommande barn, öppnades ett nytt hem för vård eller boende, HVB i Herrljunga tätort i maj 2015 och därmed fanns två boende i drift 2015. Behov av ett tredje boende konstaterades och en planering för ett tredje boende påbörjades.

Ombyggnad av särskilt boende, Hagen etapp två var klar för inflyttning under första kvartalet 2015. Fortsatt ombyggnation pågår under året. Ombyggnationen innebär bland annat nya och mera ändamålsenliga lokaler. Ett led i ombyggnationen på Hagen innebar en flytt av korttidsenheten. Korttidsenheten flyttade sin verksamhet till Ljung, i augusti 2015. Där fanns sedan tidigare biståndsbedömd dagverksamhet för personer med minnesproblematik. Dessa båda verksamheter lyder under samma enhetschef och även nattpersonal i kommunens nattpatrull.

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

5.3 INDIVID

Individens behov i centrum
Efter införandet av ett nytt verksamhetssystem för delar av förvaltningens verksamheter har ett fortsatt arbete med implementering pågått under året. Utbildningar och stödanvändarträffar för själva användande av systemet men också gällande dokumentationsskyldigheten. I samband med det nya verksamhetssystemet introducerades även ett annat arbetssätt ”Äldres behov i centrum”, ÄBIC. Det innebär en förändrad arbetsmodell i enlighet med Socialstyrelsens vägledning. För att kunna använda modellen gentemot en större målgrupp har förvaltningen valt att benämna modellen IBIC, individens behov i centrum.

Kortfattat innebär IBIC:

- stöd för ett behovsinriktat arbetssätt
- systematik för en mer likvärdig handläggning
- gemensamt språk, ICF[4] för dokumentation och samarbete över professionsgränserna
- strukturerad dokumentation som ger möjlighet att samla in lokal och nationell statistik och följa verksamheten.

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

[4] Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa

Från insats- till behovsstyrd verksamhet
Nationella utredningar, tillsynsrapporter under tid visar på att äldreomsorgen i alltför hög grad fokuserar på fysiska och medicinska behov, medan sociala, psykiska och existentiella behov prioriteras bort eller inte uppmärksammas.

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

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

Inom biståndsenheten har arbetet med IBIC fortsatt under året. Handläggare har forum för dialog och kollegial granskning kring utredningar och bedömningar utifrån ett nytt sätt för handläggning och dokumentation.

Inom verkställighet t.ex. hemtjänsten har inte implementering av IBIC strukturerats upp på samma sätt. Det finns bristande kunskaper i arbetssätt med strukturerad dokumentation. Ett fortsatt, strukturerat arbete planeras och ska pågå 2016.

Socialtjänstplan

Socialnämnden beslutade vid sammanträde den 3 februari 2015 om en Socialtjänstplan som ska vara ett övergripande dokument för hela nämndens verksamhet. Socialtjänstplanen anger socialnämndens grundsyn och inriktning på nämndens arbete. Socialtjänstplanen är till för medborgare i kommunen och den ska vara känd och väl förankrad i samtliga verksamheter.

TÖS/Kvalitetssamordnare och utredningssekreterare fick uppdraget att ta fram ett utbildningsmaterial som stöd för enhetscheferna, i deras implementeringsarbete som påbörjades under 2015 och fortsätter 2016.

Socialnämndens grundsyn och inriktning är bland annat att se till den enskildes egen förmåga, att den enskilde ska vara delaktig i hur hjälpen och stödet ges, vid åtgärder som rör barn ska alltid barns bästa komma i första hand.

6 Måluppfyllelse

Se Årsbokslut 2015-12-31

7 Riskanalys

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

Bedömningen är att det blivit en ökad medvetenhet under 2015, om vikten att på ett strukturerat sätt göra risk- och konsekvensanalyser i det förebyggande arbetet och att detta dokumenteras för att kunna följas upp och utvärderas.

Under året har ett antal riskanalyser genomförts främst på lokal verksamhetsnivå inom flertalet verksamheter och har omfattat bland annat:

- låg bemanning på försörjningsstöd
- vakanser på enhetschefstjänster inom äldreomsorgen
- nattpatrullen
- förändrad bemanning på Hemgården
- hemtjänsten, planerad flytt.

8 Egenkontroll

Under året har ett fortsatt, omfattande arbete genomförts gällande att upprätta riktlinjer och rutiner som är styrande för verksamheterna. Att revidera riktlinjer och rutiner är ett ständigt pågående arbete där kvalitetssamordnarna har ett särskilt ansvar. Detta arbete fortsätter vidare. Reviderade riktlinjer för handläggning enligt socialtjänstlagen beslutades i socialnämnden den 9 juni 2015 med utgångspunkt av införandet av IBIC.

Ett utvecklingsområde, generellt över alla verksamheter togs upp i 2014 års Kvalitetsberättelse gällande förvaltningens interna samverkan. Rutiner har tagits fram under 2015 och ett bra samarbete sker idag mellan t.ex. handläggare inom LSS och inom Barn och familj. Vikten av kommunikation och samarbete verksamheter emellan har även skrivits in i rutinen för skydds- och begränsningsåtgärder. Inför eventuellt beslut om skyddsåtgärder- och begränsningsåtgärder är det viktigt med ett arbetssätt där professioner samarbetar. Varje profession bidrar med sin kunskap för att nå optimalt resultat för brukaren. Detta är särskilt viktigt när t.ex. särskilda händelser inträffar eller akuta situationer uppstår.

I rutinen för egenkontrollen ingår tillsyn. Kvalitetssamordnarna har i sitt uppdrag att genomföra tillsyn av verksamheter. Inom ramen för tillsyn kan inberäknas t.ex. aktgranskning, tillsyn på plats i verksamheter. Under året har kvalitetssamordnarna i samband med enskildas klagomål till tillsynsmyndigheten IVO, följt upp vissa områden i verksamheter. I ett ärende ska de beskrivna åtgärderna, redovisade i yttrandet till IVO, följas upp kvalitetssamordnarna i början av 2016.

En omfattande verksamhetstillsyn genomfördes på Hemgårdens särskilda boende för äldre. En sammanfattande rapport skrevs, förslag till förbättringar finns med i rapporten. Uppföljning kommer att ske i början på 2016.

Under 2015 upprättades arbetsplaner/verksamhetsplaner inom respektive verksamhet. I verksamheternas planer finns bland annat beskrivet när och hur verksamheten ska följa upp huruvida målen har uppnåtts. Kvalitetssamordnarna kommer, inom ramen för sitt uppdrag att följa upp verksamheternas resultat utifrån målen i arbetsplanerna.

9 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. Rutin finns upprättad kring nämndens arbete gällande ett fortsatt utvecklingsarbete. Kvalitetssamordnarna har en central roll i analysarbetet men har 2015 inte kunnat prioritera i den omfattning som planerat vilket då är ett förbättringsarbete i sig.

9.1 ÖPPNA JÄMFÖRELSER

Inom vissa delar har förbättringar ha skett sedan underlaget/enkätsvaren till Öppna jämförelser lämnades och publicerades bland annat rutiner för förvaltningens interna samverkan på olika områden men det är fortfarande ett utvecklingsområde generellt. Tabellerna är färgade grönt gult och rött. Grönt betyder att kommunens värde för indikatorn hör till de 25 procent av kommunerna med bäst värden i förhållande till de andra kommunerna. Rött får de 25 procent av kommunerna som har sämst värde och gult är de 50 procent av kommunerna som ligger mitt emellan.

9.1.1 ÄLDREOMSORG

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting har under flera år publicerat en rapport, Öppna jämförelser, som jämför vården och omsorgen om äldre i Sveriges kommuner. Ett av syftena med rapporten är att stimulera till ett ökat lärande och förbättrade resultat. Bland annat ligger en brukarundersökning till grund för 2015 års resultat. Källa Kolada och Socialstyrelsen

HEMTJÄNST

	2013	2014	2015
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	90	87	87
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - bemötande (alltid/oftast), andel (%)	99	98	94
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg – information om förändringar, andel (%)	57	60	55
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	88	80	84
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål, andel (%)	51	51	61
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - möjlighet påverka tider, andel (%)	47	47	44
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - tillräckligt med tid, andel (%)	73	79	74
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - trygghet (mycket trygga), andel (%)	46	45	49

SÄRSKILT BOENDE

	2013	2014	2015
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	71	81	73
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - möjligheten att komma utomhus, andel (%)	36	36	44
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - sociala aktiviteter, andel (%)	56	39	48
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - bemötande (alltid/oftast), andel (%)	91	90	94
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	77	71	72
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - maten, andel (%)	77	76	74
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - måltidsmiljö, andel (%)	68	73	63
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - möjlighet påverka tider, andel (%)	41	42	46
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - tillräckligt med tid, andel (%)	69	65	48
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trygghet (mycket trygga), andel (%)	30	32	47

Sammanfattning

Inom flera delar i resultatet inom äldreomsorgen är differenserna inte särskilt stora från år till år. I vissa delar går det upp och ner över åren. Det som i hemtjänsten har ett högre, procentuellt värde mellan åren 2013 till 2015 är, de äldres uppfattning om möjligheten att framföra synpunkter och klagomål. Förhoppningen är att nämndens arbete med ständiga förbättringar där avvikelser med synpunkter och klagomål är en central del, har fått en förankring i verksamheterna som gett ringar på vattnet. Att det för fler brukare är mera känt hur synpunkter och klagomål kan framföras, att det tas om hand och att återkoppling sker till den klagande. Detta helt enligt nämndens arbete med kvalitetsarbete. Andelen brukare som *alltid eller oftast* är nöjda med personalens bemötande ligger kvar på ett fortsatt bra resultat även om det försämrats något över de tre åren. Just dessa värden är hämtade från Socialstyrelsen och inte på samma sätt i jämförelse med andra kommuner med färgmarkeringar. Ett gott bemötande är avgörande för helheten. Ett gott bemötande kan innebära att brukare har en ökad förståelse för när andra prioriteringar behöver göras eller tillfälliga ändringar sker t.ex. vid personals frånvaro och omprioriteringar är nödvändiga.

I särskilt boende har andelen som upplever möjligheten att komma utomhus ökat. Om enskilda boende har de önskemålen och behovet av detta stöd från personalen, är det positivt att det skett en ökning. Det som visar på ett negativt resultat är måltidsmiljö. Mat och måltider kan för många vara det enda som händer och sker under en dag och därför vara ett avbrott under dagen. För många kan det vara ett tillfälle att se fram emot, ett tillfälle för umgänge och samtal med såväl medboende som med personalen, vilket har getts uttryck för, från boende vid tillsynen. Personalen kan med små medel skapa en trevlig stund vid måltiderna. Små förbättringar, som för helheten, kan komma att upplevas positivt. Andelen boende som *alltid eller oftast* är nöjda med bemötande förbättras och visar ett bra resultat. Just dessa värden är hämtade från Socialstyrelsen och inte på samma sätt i jämförelse med andra kommuner med färgmarkering. De boendes upplevelse av att personalen har tillräckligt med tid att utföra sina uppgifter har markant minskat. Att personalen, till de boende uttrycker sin egen frustration över att inte hinna med, vilket har framkommit vid intervjuer med boende, kan eventuellt ha påverkat svaren. Det handlar också om förhållningssätt och bemötande.

Brukarnas bedömning i nöjdhet om helheten, har minskat inom särskilt boende och men ligger kvar på samma nivå sedan 2014 i hemtjänsten.

Ett förbättringsområde är bemötande. Mötet mellan den enskilde och personalen är kärnan i vården och omsorgen om äldre.

9.2 ÖPPNA JÄMFÖRELSER[5]

9.2.1 LSS

Personer med funktionsnedsättning enligt LSS

	Helhetssyn och samordning												
	Intern samordning						Extern samverkan						IVP[6]
	Rutiner för samordning med:						Överenskommelser för samverkan med:						Rutin för att erbjuda individuell plan
	Barn/ unga	Ek. bistånd	Miss-bruks/ beroende vård	Social-psykiatri	Våld i nära relation	Äldre-omsorg	AF[7]	FK[8]	Landsting barn-habili-tering	Landsting vuxen-habili-tering	Landsting barn-psykiatri	Landsting vuxen-psykiatri	
2014	Ja	Integ	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej
2015	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Integ.	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej

	Självbestämmande och integritet						
	Ledsagning		Brukarunder-sökning	Habiliterings-ersättning		Arbetsmarknad	
	Kommunen betalar för ledsagares omkostnad	Den enskilde kan påverka vem som ska ledsaga	Brukarunder-sökningar används för att utveckla verksamhet	Habiliteringsers ättning utgår till deltagare i daglig verksamhet	Personer har gått från daglig verksamhet till förvärvsarbete	Personer har gått från daglig verksamhet till skyddat arbete	Rutin för att pröva möjlighet till arbete
2014	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
2015	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej

	Tillgänglighet			
	Information om LSS i alternativa format			
	På kommunen/stadsdelens webbplats			
	Lättläst svenska	Inspelat på tecken-språk	Talad information	Som textfil
2014	Nej	Nej	Nej	Nej
2015	Nej	Nej	Nej	Nej

[5] Öppna jämförelser – källa Socialstyrelsen
[6] Individuell plan 10 § LSS
[7] Arbetsförmedling
[8] Försäkringskassa

LSS fortsättning

Trygghet och säkerhet		
Uppföljning av beslut		
Andel beslut om bostad med särskild service som följs upp inom ett år	Andel beslut om daglig verksamhet som följs upp inom ett år	Andel beslut om ledsagarservice som följs upp inom ett år
Delvis	88 %	Alla

Vid färre än 20 beslut presenteras andelarna som *alla*, *delvis* och *inget*. Vid 20 beslut eller fler presenteras andelar i *procent*.

	2014	2015
Utredningstid i antal dagar från ansökan till beslut om LSS-insats (alla insatser), medelvärde	79	31

	2015
Boende enl. LSS § 9.9 där den boende har möjlighet att planera matsedel, handla livsmedel mm, andel (%)	100
Boende enl. LSS § 9.9 där den boende har möjlighet till en individuellt anpassad aktivitet per dag utanför bostaden, andel (%)	30
Boende enl. LSS § 9.9 där den boende har möjlighet till internetuppkoppling i det egna rummet/ lägenheten, andel (%)	30
Boende enl. LSS § 9.9 där den boende har tillgång till egen brevlåda som posten levererar till, andel (%)	70
Boende enl. LSS § 9.9 där den boende kan bestämma över vilken mat (huvudmålet) som serveras, andel (%)	100
Boende enl. LSS § 9.9 där den boende kan ta emot gäster alla kvällar efter kl. 21.00, andel (%)	100
Boende enl. LSS § 9.9 där hot eller våld mot brukare inte förekommit på boendet under de sex senaste månaderna, andel (%)	0

Sammanfattning

Frågor gällande intern samordning, om rutiner finns så är svarsalternativen oftast Ja, Nej eller ej aktuellt (verksamheten bedrivs av samma personal och har samma ansvariga chef). När det över tid varit förändringar i chefsleden med andra ansvarsområden kan detta ha medfört olika svar på samma fråga 2014 och 2015. Gäller även andra områden inom Socialt stöd, IFO.

Rutiner för intern samverkan finns upprättade, vilket har redovisats (mars månad) i nya Öppna jämförelser för 2016. Bedömningen är dock att dessa rutiner inte är heltäckande och kan utvecklas ytterligare.

I de avvikande resultaten (mindre än 100 %) i tabellen ovan om boende LSS, är det skillnader i vissa frågor mellan på servicebostaden, Nästegårdsgatan respektive gruppbostaden, Ringvägen:

- möjlighet till en individuellt anpassad aktivitet per dag utanför boendet gäller Ringvägen
- möjlighet till internetuppkoppling gäller Ringvägen
- tillgång till egen brevlåda gäller Nästegårdsgatan
- våld mot brukare avser att det förekommit mellan boende.

9.3 ÖPPNA JÄMFÖRELSER

9.3.1 SOCIALPSYKIATRI

Personer med psykisk funktionsnedsättning

	Intern samordning						Extern samverkan	
	Rutiner för samordning med:						Överenskommelser för samverkan med:	
	Barn & unga	Ekonomiskt bistånd	Miss-bruk	LSS	Våld i nära relationer	Äldre-omsorg	AF	FK
2014	Integ.	Nej	Integ.	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
2015	Ja	Integ.	Integ.	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

	Brukarinflytande					Meningsfull sysselsättning		
	Brukarinflytes-samordnare (Bisam)	Råd för funktions-hinderfrågor	Brukar-revision	Brukar-under-sökningar	Personligt ombud	Strukturerad syssel-sättning	Socialt kooperativ /Fontänhus	Öppen verksamhet
2014	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej
2015	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja

	Arbetsmarknad			Boende	Stöd i vardagen	
	Arbetslivs-inriktad rehabilitering	Gått från sysselsättnings-insats till förvärvsarbete	Gått från sysselsättning till skyddat arbete	"Bostad först"	Social färdighets-träning	Stöd i föräldraskap
2014	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
2015	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja

	Tillgänglighet					Trygghet/ säkerhet
	Uppsökande verksamhet	Information via:				IT-system som stödjer verksamhets-uppföljning
	Funktion för uppsökande verksamhet	Annonser i massmedia	Kommunens webbplats	Informations-blad	Informations-guide	
2014	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
2015	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja

9.4 ÖPPNA JÄMFÖRELSER

9.4.1 IFO

Ekonomiskt bistånd

	Intern samordning i enskilda ärenden		
	Rutin med barn- och ungdomsvården	Rutin med vuxenvården	Rutin med arbetsmarknads-verksamhet
2014	Integrerat	Integrerat	Nej
2015	Nej	Integrerat	Nej

	Extern samverkan i enskilda ärenden				
	Överenskommelse med Arbetsförmedlingen	Överenskommelse med Försäkringskassan	Överenskommelse med primärvården	Överenskommelse med öppenpsykiatrin	Utredningsmall med barnperspektiv
2014	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
2015	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja

	Genomförandeplaner			
	Genomförandeplan upprättas inom tre månader	Genomförandeplan undertecknas av den enskilde	Genomförandeplan följs upp minst var tredje månad	Väntetid för nybesök
2014	Ja	Nej	Nej	Inom 8-14 dagar
2015	Nej	Nej	Nej	Inom 8-14 dagar

	Tillgång till insatser		
	Arbetsmarknadsinsatser till unga vuxna inom en månad	Arbetsmarknads-insatser till personer över 24 år	Hushållsekonomisk rådgivning
2014	Ja	Ja	Ja
2015	Ja	Ja	Ja

	Trygghet och säkerhet						
	Trygg och säker ärendehantering					Följsamhet till lagstiftningen	
	Aktuell rutin när barn misstänks fara illa	Aktuell rutin vid våld i nära relationer	Aktuell rutin vid skyddade person-uppgifter	Aktuell rutin för att förebygga avhysningar av barnfamiljer	Analyserat synpunkter /klagomål från enskild för att utveckla verksamheten	Juridiskt stöd	Löpande genomgång av nya rättsfall
2015	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej

	2015
Väntetid i antal dagar från första kontakttillfället för ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, väntat längre än 14 dagar (%).	26

Barn och ungdomsvård

Självbestämmande och integritet **Helhetssyn och samordning**

	Använt föräldrars uppfattn. för att utveckla öppenvård	Använt föräldrars uppfattn. för att utveckla familjehem	Använt föräldrars uppfattn. för att utveckla hem för vård eller boende	Rutin för samordn. med verksam-heten ekonomiskt bistånd	Rutin för samordn. med verksam-heten missbruk	Rutin för samordn. med verksam-heten social-psykiatri	Rutin för samordn. med verksam-heten - våld i nära relationer	Rutin för samordn. med verksam-heten LSS/barn	Rutin för samordn. med verksam-heten LSS/vuxna	Rutin för samordn med verk-samhet-en familje-rätt
2014	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
2015	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja

	Extern samverkan i enskilda ärenden – hälsa **Överenskommelse om:**							Extern samverkan i enskilda ärenden - utbildning		Extern samverkan i enskilda ärenden - kriminalitet		Extern samverkan i enskilda ärenden - migration
	– om sam-verkan med tandvård	– om sam-verkan med mödra-vård	– om sam-verkan med barn-hälsovård	– om sam-verkan med primär-vård	– om sam-verkan med barn- och ungdoms-psykiatrin	– om sam-verkan med barn- och ungdoms-medicin	– om sam-verkan med barn- och ungdoms - habiliterin g	– om sam-verkan med förskola	– om sam-verkan med skola	– om sam-verkan med polis	– om sam-verkan med Kriminal-vården	– om sam-verkan med Migrations-verket
2014	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
2015	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej

	Systematisk bedömning – användning av standardiserade bedömningsinstrument:			**Tillhandahålls manualbaserade insatser i öppenvård**					**Resultat från systematiska uppföljningar har använts för verksamhets-utveckling av:**	
	Utagerande beteende	Missbruk	Föräldra-förmåga	För föräldrastöd i grupp som biståndsbeslutad insats	För föräldrastöd i grupp som service insats	För psyko-social-behandling som biståndsbeslutad insats	För stödgrupps verksamhet som biståndsbeslutad insats	För stödgrupps verksamhet som service insats	insatser i öppen-vård	insatser i dygns-vård
2014	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
2015	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja

	Trygghet och säkerhet för placerade barn	**Familjehemmens kompetensutveckling**	
	Information till placerade barn om barnets rättigheter och kontakt-uppgifter till ansvariga	Samlad plan för familjehemmens kompetens-utveckling	Genomfört grund-läggande utbildning till familjehem
2014	Ja	Ja	Ja
2015	Ja	Ja	Ja

Missbruk och beroende

	Intern samordning i enskilda ärenden						**Extern samverkan**	**Brukarinflytande**					**Standardiserade bedömningsmetoder**
	Aktuella rutiner för intern samordning med:						Överenskom. om samarbete med landsting	Rutin att erbjuda enskild att ha stödperson på möten	Rutin för dokumentation av enskildas delaktighet	Undertecknade genomförandeplaner	Brukarstyrd brukarrevision	Brukarundersökning	som underlag till behov av insats
	Ek. bistånd	Barn o unga	Personer med funktionsnedsättning	Socialpsykiatri	Våld mot närstående	Äldreoms.							
2014	Integ	Nej	Nej	Integ	Integ	Nej	Nej	Nej	Nej	Vissa	Nej	Nej	Nej
2015	Integ.	Nej	Nej	Integ.	Integ.	Nej	Nej	Nej	Nej	Vissa	Nej	Nej	Nej

	Systematisk uppföljning				**Stöd till närstående**			
	Följt upp resultat av insatser utifrån mål - på individnivå	Sammanställning på gruppnivå: 1. klienternas behov 2. resultat av insats	Samarbete med FoU-verksamhet/ universitet/ högskola	Strategi för unga vuxna	Erbjuder strukturerad öppenvård	Tid till första besök	Rutin att erbjuda stödinsatser till vuxna	Rutin att erbjuda stödinsatser till barn
2014	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	*Inom 8-14 dagar*	Ja	Ja
2015	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	*Inom 8-14 dagar*	Ja	Ja

	Tillgänglighet utanför kontorstid	**Info. på kommunens webbplats**		**Informera om enskildas rättigheter**		
	Socialjoursverksamhet	Information om hur beslut överklagas	Uppföljningssystem för verksamheter som inte kräver biståndsbeslut	Skriftliga rutiner för att delge enskilda information om:		
				få samordnad individuell plan (SIP)	ta ut sin journal	överklagan
2014	Delvis	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
2015	Delvis	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej

	2015
Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad utredning för vuxna med missbruksproblem 21+, medelvärde	43

10 Lokala uppföljningar

10.1 INTERNKONTROLL

Internkontroll har skett på ett antal olika områden och i olika omfattning enligt den internkontrollplan som beslutats av socialnämnden. Interkontrollens granskningsområden som bland annat socialtjänstlagstiftningen och LSS ligger till grund för är:

- social dokumentation i form av upprättande av genomförandeplaner har granskats gällande insatsen kontaktperson, inom IFO, inom boende LSS samt inom hemtjänst
- personalens kännedom om ledningssystem och rutiner för avvikelsehantering och lex Sarah har granskats i samtliga verksamheter
- att uppföljning av beslut genomförs.

Annat som ingått i internkontrollen 2014 har varit granskning om ersättningar och utbetalningar till kontaktpersoner samt information på hemsidan.

Granskningar inom IFO och hemtjänst visar att det saknas upprättade genomförandeplaner i en viss omfattning i verksamheter. Inom boende LSS finns genomförandeplaner upprättade. Kvaliteten i upprättade genomförandeplaner kan och behöver genomgående utvecklas.

Generellt är det bristande kunskaper och osäkerhet kring avvikelserutiner och dess innebörd, lex Sarah rutinen är dock mera känd hos flertalet personal.

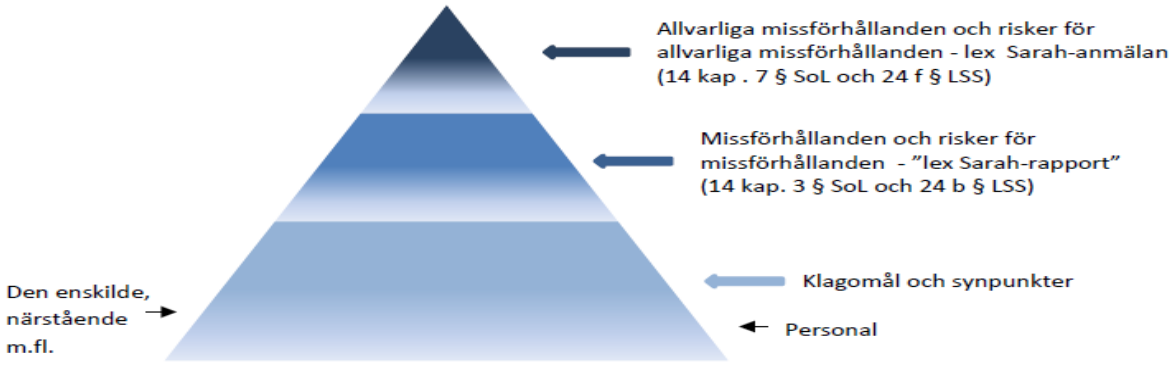
Gällande uppföljning av beslut så har uppföljning skett inom utsatt tid i samtliga 27 granskade ärenden.

10.2 AVVIKELSER

Enligt socialtjänstlagen ska insatserna inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Beroende av avikelsens betydelsegrad hanteras den på olika sätt. Antalet rapporterade avvikelser enligt SoL/LSS/lex Sarah samt enskildas synpunkter och klagomål, har för helår ökat markant i jämförelse med år 2014. Vilket är positivt då detta är ett viktigt underlag för ett förebyggande arbete och på så sätt ett förbättrat kvalitetsarbete inom verksamheterna. Det är viktigt med dialog på arbetsplatserna gällande bl.a. avvikelserapportering, hantering, orsaker, förändringar och förbättringar. Detta kan utvecklas.

I Socialstyrelsens handbok för tillämpning av bestämmelserna om lex Sarah illustreras *avvikelser* som ett samlingsbegrepp i en pyramid. Där den större mängden avvikande händelser som sker kan rapporteras/inkomma från enskilda, närstående, personal m.fl. Ett mindre antal avvikande händelser är missförhållanden och risker för missförhållanden och ett mindre antal av dessa missförhållanden är av allvarlig art och ska därmed anmälas till tillsynsmyndigheten.

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



Källa: Socialstyrelsens Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah

10.2.1 SYNPUNKTER OCH KLAGOMÅL

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

- handläggning – handläggningstiden har dragit ut på tiden förekommit både inom IFO och bistånd
- dokumentation – i handläggning och i verkställighet inom äldreomsorg
- brister i vård och omsorg inom hemtjänst och särskilt boende
- avgifter.

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

10.2.2 AVVIKELSER SoL/LSS/lex Sarah

Begreppet avvikelser innefattar:

- avvikelser enligt SoL[9], LSS[10]
- klagomål och synpunkter SoL, LSS
- lex Sarah

Bakgrund
I verksamhetssystemet VIVA inhämtas uppgifterna gällande avvikelser för Vård och omsorg samt verksamheter enligt LSS. Inom Individ och familjeomsorgen samt bistånd/administration dokumenteras avvikelser på pappersblanketter för sammanställning. I statistiken hämtad från VIVA kan det förekomma felaktiga rapporter, vilket bedöms vara en liten, begränsad del i sammanställningen (ca ett tiotal). Felrapporteringar kan vara t.ex. personalens arbetsmiljö som i stället skulle skrivas som tillbud utanför detta system eller en dubbelrapportering har skett om

[9] Socialtjänstlag
[10] Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade

samma händelse. Synpunkter och klagomål kan även inkomma via Herrljunga kommuns hemsida - synpunktshantering.

I avvikelsesystemet finns/kan flera alternativ på brister väljas och även ett alternativ ”annat”. Om statistiken ska kunna läsas mera tydligt vad det handlar om, finns det behov av att förfina rapporteringsunderlaget i mallarna, eventuellt begränsa valen, en utveckling i systemet.

Sammanfattning
Av 2015 års totala antal avvikelser (ca 1350) utgör ovanstående punkter, enligt SoL, LSS och lex Sarah ca 33 % av totala antal avvikelser för perioden, vilket kan tolkas som att det nu råder en större förståelse för avvikelserapportering och en ökad insikt om personalens medverkan i förbättringsarbete. Enligt redovisningar per halvår för 2013 och 2014 är motsvarande siffror
9 % respektive 17 %.

Enhetschefernas uppföljningar, analys och åtgärdsarbete utifrån avvikelser kan utvecklas.

Typ	**Halvår 2014**	**Helår 2014**	**Halvår 2015**	**Helår 2015**
Avvikelser enl. SoL, LSS	36	103	80	406
Synpunkter och Klagomål SoL, LSS	5	15	15	25
Informationshantering SoL, LSS*	2	2		
Lex Sarah	2	2	2	11
Totalt	45	122	97	**442**

*Informationshantering särredovisades i förra verksamhetssystemet. I nya systemet (2015) ingår det i totalen avvikelser enligt respektive SoL och LSS.

Av totala antalet avvikelser står hemtjänsten för den större delen av rapporterna (258). Av dessa handlar ett större antal (141) om ej utförda insatser. Hemtjänsten har även ett stort antal registrerade rapporter gällande ”annat”, även där är större delen ej utförd insats på grund av personalbrist, ej utförd dubbelbemanning. Av det totala antalet handlar 27 rapporter om brister i omsorg t.ex. sen frukost och morgonmediciner 10.30, smutsig - inte fått hjälp med hygien, larmet fungerar inte.

Särskilt boende för äldre svarar för en mindre del av avvikelser – 55 rapporterade händelser varav 40 stycken handlar om uteblivna insatser såsom promenad och ej utförd aktivitet.

Synpunkter och klagomål handlar bland annat om brister i omsorgen och bristande personal- och tidskontinuitet, handläggning, posthantering m.m.

Inom boendestöd har rapporterats 68 avvikelser varav en större del handlar om kortare besök, avkortade insatser på grund av resursbrist. Personalen har även rapporterat när enskilde själv tackar nej. Dessa händelser är viktigt att dokumentera i den enskilde journal och inte som en avvikelse i verksamhetssystemet.

10.2.3 LEX SARAH

När en händelse har rapporterats enligt lex Sarah görs efter utredning en bedömning om händelsen är ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande. Om bedömningen är att händelsen är ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande skickas, efter beslut i socialnämnden, en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

År 2015 inkom 11 rapporter enligt lex Sarah, motsvarande siffra 2014 var två rapporter. Resultatet kan tolkas att det blivit en ökad medvetenhet om rapporteringsskyldigheten i verksamheterna, det är dock enhetscheferna som skrivit samtliga dessa rapporter och inte personal själva. Hemtjänsten och Hemgården är de verksamheter som rapporterat flest händelser. I åtta av 11 ärenden har det bedömts vara en allvarlighetsgrad och därmed anmälan till IVO.

Inom IFO förekommer få rapporterade händelser/avvikelser överhuvudtaget.

Följande gällande de inkomna lex Sarah rapporterna:

	Verksamhet	**Händelse**	**Beslut**	**Anmälan IVO**	**IVO beslut**
1	Bistånd/adm	Post i sekretessärende skickat till hemadress	Påtaglig risk för allvarligt	Ja	Avslutat
2	Hemgården	Skador uppkomna natt	Allvarligt missförhållande	Ja	Avslutat
3	Hemtjänsten	Glömd morgoninsats	Missförhållande	Nej	Avslutat
4	Hemgården	Halsband borta	Allvarligt missförhållande	Ja	Avslutat
5	Hemtjänsten	Befarat ej fått insats under ett halvår	Ej missförhållande	Nej	
6	Hemgården	Ej kallat på sjuksköt	Allvarligt missförhållande	Ja	Avslutat
7	Hemgården	Pengar borta	Allvarligt missförhållande	Ja	Avslutat
8	Hemtjänsten	Åker inte på larm	Missförhållande	Nej	
9	Personlig ass	Utan personal, dagtur	Påtaglig risk för allvarligt	Ja	Avslutat
10	ÄO natt	IT, telefoni störning	Påtaglig risk för allvarligt	Ja	
11	Hagen	Boende gått ut nattetid	Påtaglig risk för allvarligt	Ja	

10.2.4 INTERN TILLSYN

Helt enligt egenkontrollsrutinen har tillsyn genomförts på förekommen anledning t.ex. vid enskildas synpunkter och klagomål till förvaltningen eller när särskilda händelser inträffat. En omfattande tillsyn genomfördes på Hemgården i september 2015 av TÖS/Kvalitetssamordnare och MAS/Kvalitetssamordnare genom besök i verksamheten, intervju med personal, chefer och boende samt aktgranskning. Tillsynen omfattade:

- mål för verksamheten
- kvalitetsarbete
- riktlinjer och rutiner

- boendes delaktighet
- mat och måltider
- dokumentation
- boendes synpunkter

En tillsynsrapport lämnades till nämnden med en beskrivning av nuläget samt förbättringsförslag. Tillsynsrapporten bör också vara ett underlag som stöd för enhetschefen i dennes fortsatta kvalitetsarbete.

11 Externa granskningar

11.1 INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG

11.1.1 EJ VERKSTÄLLDA BESLUT

Under året har 21 beslut rapporterats som ej verkställda till Inspektionen för vård och omsorg, motsvarande siffra 2014 var 27 ärenden. Besluten enligt nedan (siffra inom parentes för motsvarande insats 2014).

Enligt SoL – ÄO	**11**
	Särskilt boende 9 (7)
	Parboende 1 (1)
	Trygghetslarm 1
Enligt SoL – IFO	**4**
	Boendestöd 1 (2)
	Råd och stöd 1
	Familjebehandlare 1 (1)
	Trygghetslarm 1
Enligt LSS	**6**
	Kontaktperson 5 (7)
	Korttidsvistelse 1 (4)

Resursbrist är den främsta orsaken till ej verkställda beslut. Det har framförallt varit brist på särskilt boende och verkställigheten har dragit ut på tiden. Vid årsskiftet kvarstod två av ovanstående, rapporterade ärenden gällande boende, som ej verkställda. I två av de rapporterade besluten gällande särskilt boende inom äldreomsorgen, drog verkställigheten ut på tiden på grund av enskilda tackat nej till tidigare erbjudande om boende. Nya beviljade beslut om boende finns där datum för beslutet, vid årsskiftet inte ligger tre månader tillbaka i tiden och ännu inte rapporterats.

11.1.2 ENSKILDAS ANMÄLAN TILL INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG

Under 2015 har sex enskilda anmält sitt ärende till IVO motsvarande siffra 2014 var fem ärenden.
Av årets sex ärenden har IVO valt att i ett ärende inte öppna tillsynsärende. De övriga fem handlar om:

- bristande samtycke i barnaärende

- brister i verksamheten Ringvägens gruppboende
- hantering av skyddade personuppgifter
- rutiner kring mat och måltider på Nästegårdsgatans boende, LSS,
- personalens klagomål gällande hemtjänstens verksamhet och Hemgårdens särskilda boende innehållande bland annat rutiner, planering, bemanning, läkemedelshantering etc.

Samtliga fem ärenden är avslutade utan kritik från IVO.
I IVOs beslut i tillsynsärendet som innefattar Hemgården konstaterar de ”att på natten finns det tre personal i tjänst och att dessa tre ansvarar för sex enheter varav vissa enheter för personer med demenssjukdom”. IVO skriver vidare att ”IVO gör den bedömningen att personer med demenssjukdom lämnas utan tillsyn kortare och längre perioder varje natt och att personal inte har den överblick som ska finnas i denna typ av verksamhet. Avgörande är att det finns personal inne på enheten för personer med demenssjukdom som hör, ser och uppmärksammar de enskildas behov och utan dröjsmål kan hjälpa och stödja dem vid olika tillfällen under dygnet”.

Regeringen har beslutat att en ny bestämmelse om tillgång till personal i särskilda boenden för äldre införs i socialtjänstförordningen. Ändringen innebär ett förtydligande av ansvaret om att det ska finnas tillgång till personal dygnet runt som utan dröjsmål kan uppmärksamma om en boende behöver stöd och hjälp. Den nya bestämmelsen börjar gälla 15 april 2016.

11.1.3 TILLSYN AV INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG

Under året har fyra tillsyner genomförts av IVO. Ett tillsynsärende gällande överenskommelse om samarbete samt individuella planer för personer aktuella för missbruk och beroende. Ett tillsynsärende avseende förhandsbedömningar och utredningar barn och unga. Dessa tillsyner ingick i regionala tillsyner. Två tillsyner av HVB för ensamkommande barn och unga på Stationsvägen varav ett av dessa som ett oanmält besök. I dessa båda beslut är bedömningen att IVO inte har funnit några brister i de delar som har granskats. Tillåtelse gavs av IVO att två ungdomar fick bo i varje rum på HVB. Detta som en tillfällig "lättnad" av föreskriften, under rådande läge nationellt.

12 Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Av lagstiftningen framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. Att aktivt, i varje verksamhet arbeta med avvikelser, synpunkter och klagomål som en del i vardagsarbetet är ett sätt att arbeta förebyggande och kvalitetsförbättrande. I flera verksamheter är detta återkommande på arbetsplatsträffar. I internkontrollen framkom dock att personalens medverkan i ett systematiskt kvalitetsarbete kan förbättras genom ett mera strukturerat och kontinuerligt arbeta med kvalitetsutveckling.

TÖS/Kvalitetssamordnare och MAS/Kvalitetssamordnare har kvartalsvisa så kallade kvalitetsmöten med enhetschefer, var och en för sig gällande uppföljningar, analys och åtgärder av avvikelser. TÖS och MAS deltar även vid tillfällen på verksamheternas arbetsplatsträffar. Detta arbete har varit fokus under de senaste två åren och fortsätter 2016. Vid uppföljning av årets sista kvartal fanns från

hemtjänsten även två representanter från personalgrupper med, tillsammans med enhetschef. Det blev en bra dialog tillsammans med representanterna. Att personal finns med i kvalitetsarbetet är viktigt, representanterna i denna grupp kan bli ett stöd för enhetschefen i det fortsatta arbetet ut i grupperna.

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

12.1 KOMPETENSUTVECKLING

Kompetensutvecklingsplaner på individnivå finns i vissa verksamheter. Varje enhetschef sammanställer efter medarbetarsamtal behov och önskemål av kompetensutveckling. Prioriteringar sker på ledningsnivå. Inom IFO, barn och ungdom har vissa nationella utvecklingsmedel kunna rekvireras vilket har inneburit utbildningssatsningar för handläggargruppen.

En rad informationstillfällen och utbildningar har genomförts för olika grupper under året.

- I januari genomfördes en enhetschefsdag om mål och planer på verksamhetsnivå samt kvalitetsarbete med avvikelsehantering.
- Under maj och juni har Kvalitetssamordnare informerat om ledningssystem, avvikelser med lex Sarah till hemtjänst, daglig verksamhet samt HVB ensamkommande.
- Utbildning i MI (motiverande intervju) för personal inom socialt stöd.
- Ett flertal utbildningar för chef och samordnare HVB gällande ensamkommande och mottagandet.
- Extern utbildning om handläggning och dokumentation för nya enhetschefer samt nya handläggare inom barn och familj i september.
- En webutbildning inom missbruk och psykiatri som sträcker sig över ett år.
- En utbildning i SIP tillsammans med Vårgårda och psykiatriska öppenvårdsmottagningen.
- I oktober utbildning i social dokumentation för enhetschefer – VIVA, rapport lex Sarah, journalanteckningar genomfördes av TÖS och systemförvaltare.
- Utbildning i verksamhetssystemet SOFIA för personal på introduktionsenheten.
- Introduktion för enhetschefer om socialtjänstplanen med dess grunder hölls av TÖS/Kvalitetssamordnare.
- Chefshandledning har pågått för enhetscheferna över året.
- Utbildning för personal inom LSS i ESL (ett självständigt liv) en evidensbaserad metod.
- Inför starten av implementeringsarbetet av socialtjänstplanen anordnades i oktober en uppskattad föreläsning för samtlig personal inom socialförvaltningen - ”Jobbar vi ihop eller bara samtidigt” om samarbete, kommunikation och inre ledarskap.
- Förflyttningsutbildning för all personal inom LSS samt för grupper inom äldreomsorgen.

- I december genomfördes en intern utbildning i social dokumentation för nya enhetschefer – på grundläggande nivå, kommunens ansvar, vad man kan få hjälp med, gynnande beslut, ej verkställda beslut, värdegrund. TÖS/Kvalitetssamordnare höll i utbildningen.

13 Kvalitetsarbete

13.1 FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN

Bemötande
Ett förbättringsområde är bemötande. Mötet mellan den enskilde och personalen är kärnan i vården och omsorgen inom socialnämndens samtliga verksamheter. Ett gott och professionellt bemötande är en förutsättning för brukares upplevelse av välbefinnande samt möjlighet till delaktighet och inflytande. Om personalen uttrycker sin egen frustration över att t.ex. inte hinna med att utföra sitt arbete kan skapa otrygghet hos brukare.

- Ett fortsatt arbete med implementering av nämndens antagna socialtjänstplan är en central uppgift.
- En ständigt pågående dialog på arbetsplatserna om förhållningssätt och bemötande.

Brukarinflytande
Inom äldreomsorgen genomförs nationellt brukarenkäter vilket ger ett resultat som ger indikation på eventuella bristområden och kan vara en bra grund för förbättringar. Motsvarighet finns inte inom andra verksamheter i nuläget. Någon verksamhet har i sin arbetsplan tagit fasta på att vid uppföljning gällande bemötande lämna enkät till brukare. Uppföljningar i intervjuform kan vara ett kompletterande alternativ.

- För verksamhetsområden identifiera vilka relevanta uppföljningar som är viktiga och utforma brukarenkäter/frågor för uppföljning inom olika delar. Gemensamma frågor för flera verksamheter är t.ex. bemötande, delaktighet och inflytande.
- Individen har inflytande genom delaktighet utifrån sina förutsättningar, i när, var och hur stödet ska ges. Ett fortsatt arbete med att tillsammans med brukaren upprätta genomförandeplaner och vid behov tillsammans följa upp dessa.

Resultat och analysarbete
Det systematiska förbättringsarbetet görs genom riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser samt förbättrande åtgärder och förbättring av processer och rutiner. Riskanalys ska fortlöpande göras för att bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som innebär brister i verksamhetens kvalitet. Klagomål och synpunkter ska tas emot och utredas. Uppgifterna ska analyseras för att mönster eller trender som indikerar brister ska ses. Om riskanalysen och/eller utredningen av avvikelser visar på brister ska de åtgärder som krävs vidtas och processerna och rutinerna förbättras så att verksamhetens kvalitet säkras.

- Ett fortsatt samarbete genom bland annat kvartalsvisa uppföljningar med MAS, TÖS och enhetschefer.
- MAS och TÖS gör en första analys på uppgifter från nationella resultat och jämförelser för vidare analys i ledningsgruppen.

- Resultat från verksamheternas egna uppföljningar och egenkontroller enligt arbetsplanerna, vilket enhetscheferna ansvarar för, följs upp i olika former t.ex. intervjuer, tillsyn av MAS och TÖS.

Social dokumentation

För att socialtjänsten ska kunna förbättras och utvecklas och för att det ska gå att systematiskt undersöka om arbetet bedrivs på föreskrivet sätt är det en grundläggande förutsättning att verksamheten dokumenteras på ett tillfredsställande sätt. Att insatser som ges dokumenteras och följs upp på ett tillfredsställande sätt är också en förutsättning för att systematiskt kunna undersöka om de leder till resultat som innebär förbättringar för den enskilde. Det innebär att dokumentationen ska tillgodose flera syften. Dokumentation är viktig för bland annat den enskildes rättssäkerhet dvs. att den enskilde ska få en korrekt handläggning och insats av god kvalitet, att ha ett underlag för den individuella planeringen, att möjliggöra uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring, för de anställdas rättssäkerhet och att möjliggöra tillsyn. I vissa verksamheter uppfylls inte kraven på ett tillfredsställande sätt vilket visat sig i uppföljningar och internkontroll.

- Dokumentation ingår i arbetsuppgifterna och måste förbättras. Tid för dokumentation måste avsättas. Stödanvändarträffar behöver fortsätta. Enhetscheferna ska kunna stödja och handleda i dokumentationsarbetet.
- Genomförandeplaner ska upprättas tillsammans med brukaren och vid behov följas upp och revideras.
- Utbildningsinsatser genomförs av TÖS vid behov på uppdrag av enhetscheferna.
- Att renodla dokumentationen gällande socialtjänsten och hälso- och sjukvården är ett pågående arbete som fortsätter.

IBIC i verkställighet inom äldreomsorgen

Inom verkställighet t.ex. hemtjänsten har inte implementering av IBIC strukturerats upp på samma sätt som inom myndighetsutövning. Det finns bristande kunskaper i arbetssätt med strukturerad dokumentation. Nya enhetschefer på plats har begränsade kunskaper om IBIC. Ett fortsatt, strukturerat arbete planeras och ska fortsätta 2016.

- TÖS tillsammans med systemförvaltare upprättar förslag till handlingsplan för det fortsatta arbetet i verkställigheten. Avstämning och beslut i ledningsgruppen.

Interna samarbetsformer

Ett arbete har påbörjats men kan utvecklas. Inför svåra beslut är det viktigt med ett arbetssätt där professioner samarbetar. Varje profession bidrar med sin kunskap för att nå optimalt resultat för brukaren. Detta är särskilt viktigt när t.ex. särskilda händelser inträffar eller akuta situationer uppstår.

- Ett fortsatt arbete med att identifiera interna processer och utveckla former för den interna samverkan behövs.

Personalens medverkan i kvalitetsarbete

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

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

Vilka personella och ekonomiska resurser krävs
Dessa förbättringsarbeten bedöms vara inom ramen för befintlig verksamhet och kräver inte ökade personella eller ekonomiska resurser. Utrymme för dialog på arbetsplatsen bör vara en naturlig del i vardagsarbetet. I vissa avseenden kan t.ex. ökad medverkan ge förståelse och förändring, som i nästa led ger förbättrat resultat. Som stöd finns stabsfunktioner som resurser. Så även för utformning av bland annat enkäter, utföra intervjuer och göra analys och sammanställningar av resultat, vara behjälplig i arbetet med riktlinjer och rutiner.

Övrigt
Regeringens nya bestämmelse i frågan om tillgång till personal dygnet runt på äldreboende, som införs i socialtjänstförordningen, kan komma att bli en fråga som uppmärksammas inom tillsynsmyndigheten. En genomgång och en beskrivning av våra boenden, om vilken inriktning de olika enheterna har för personer med demenssjukdom respektive omvårdnad, eventuella krav på diagnos av läkare när det gäller demens för att undvika att personer kommer till enhet för personer med demenssjukdom på grund av bedömningar om demensliknande tillstånd, behöver de boendes individuella behov på ett bra sätt mätas över tiden för att personalbemanningen ska kunna fördelas på bästa sätt inom boendet. Tankar att beakta i det fortsatta arbetet. Bemanningsfrågor kan gälla dagtid men framförallt natt i nuläget.

Gällande bemanning nämner Inspektionen för vård och omsorg, IVO främst boende för personer med demenssjukdom i sitt beslut utifrån enskilt klagomål.

HERRLJUNGA KOMMUN

SOCIALFÖRVALTNING
HELÉNE BACKMAN CARLSSON

TJÄNSTESKRIVELSE
2016-03-18
DNR 32/2016

Trygghetskamera

Sammanfattning

Digital fjärrtillsyn nattetid menas stöd på distans via någon form av tekniklösning. Digital fjärrtillsyn innebär tillsyn nattetid via webbkamera. Dessa tjänster kan beviljas efter biståndsbeslut. Syftet är att utöka former för stöd och möjliggöra kvarboende hemma för äldre personer och/eller personer med funktionsnedsättning i behov av stödinsatser. Viktigt att den enskilde förstår syftet med insatsen samt kan förstå vad den innebär. Hemtjänsten kan, genom fjärrtillsyn via kamera, göra tillsyn enligt överenskommelse i genomförandeplanen, utan att riskera att störa användaren som vid ett besök av nattpatrull.
För den med beviljad tillsyn som sover oroligt, är lättväckt eller inte vill ha besök i sitt hem är tillsyn via trygghetskamera ett nytt alternativ eller komplement till traditionell tillsyn och helt frivilligt.

En komplettering skrivs in i socialnämndens riktlinjer *Handläggning enligt socialtjänstlagen, äldreomsorg och funktionshinder* under avsnittet Trygghet om nya alternativet – nattetid tillsyn via trygghetskamera.

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

Samverkan

Ärendet samverkades på FSG den 17 mars 2016. De fackliga hade inget att invända.

Beslutsunderlag

Riktlinje Trygghetskamera

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner förvaltningens förslag till riktlinje.

Heléne Backman Carlsson
TÖS/Kvalitetssamordnare

DIARIENUMMER:	32/2016
FASTSTÄLLD:	2016-03-29
VERSION:	1
SENAS T REVIDERAD:	
GILTIG TILL:	2018-12-01
DOKUMENTANSVAR:	Socialchef

Riktlinje

Trygghetskamera

Beslutsinstans: Socialnämnd
Dokumentet gäller för: Hemtjänsten, Vård och omsorg

HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

Innehåll

Bakgrund 2
Trygghet 2
Tillsyn nattetid via trygghetskamera 2
Så fungerar tillsynen 2
Kostnad 3
Särskilda villkor 3
Handläggning och beslut 3
Avgränsning 3
Verkställighet 3
Samtycke 5
Överenskommelse 6

Bakgrund

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

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

Trygghet

Kunnig personal arbetar på ett sätt som skapar förtroende och trygghet. Den som känner oro i vardagen kan få en daglig telefonkontakt, trygghetsbesök eller nattetid tillsyn via trygghetskamera. Omfattningen är individuell efter behov och syfte.

Tillsyn nattetid via trygghetskamera

Webbaserad nattillsyn kan vara ett alternativ eller ett komplement till traditionell nattillsyn i Herrljunga kommun.

Alla uppskattar kanske inte hembesök nattetid och kan bli störda i sin nattsömn när hemtjänstpersonal kommer på besök. Är man lättväckt kan dörrar som öppnas och lampor som tänds vara störande.

De personer som beviljas nattillsyn kan själva kunna välja om de vill att tillsynen ska utföras genom ett personligt besök eller via kamera. För de personer som har flera tillsynsbesök kan kameran ersätta något eller några av dessa besök, utifrån den enskildes önskemål.

Så fungerar tillsynen

Vid tillsyn via trygghetskamera tillhandahåller och installerar kommunen en webbkamera i sovrummet. Kameran är mörkerseende och bilden rörlig. Ingen ljudavlyssning eller lagring av bildsekvenser sker. Det går heller inte att kommunicera via kameran.

Hemtjänstens nattpersonal utför tillsynen via webbkamera, på de tider som den enskilde och hemtjänsten kommit överens om. Insatsen innebär att personalen kontrollerar att allt är väl. Kameran är bara aktivt på överenskomna tider och all annan tid är tjänsten avstängd och låst.

Kostnad

För tillsyn via trygghetskamera betalas samma avgift som för ett vanligt hembesök enligt, i Herrljunga kommun fastställd taxa. Någon form av abonnemang krävs hos den enskilde.

Särskilda villkor

Insatser enligt socialtjänstlagen bygger på frivillighet och förutsätter den enskildes samtycke[1] att larmet installeras. Samtycke kan inte inhämtas från anhöriga, god man/förvaltare eller läkare.

Nattpersonalen kan se om den enskilde ligger i sin säng, om han eller hon verkar lugn eller orolig och om allt i övrigt verkar vara i sin ordning.

Handläggning och beslut

Behov av nattillsyn utreds i enlighet med Herrljunga kommuns riktlinjer *Handläggning enligt socialtjänstlagen, äldreomsorg och funktionshinder*[2]
Av utredningen ska det framgå den enskildes behov av tillsyn, tillsynens art och vilka åtgärder som kan bli aktuella.

Handläggare har därefter möjlighet att erbjuda den enskilde traditionell nattillsyn eller digital fjärrtillsyn som insats[3].

Digital fjärrtillsyn ska i första hand erbjudas personer som:

- vanligtvis sover under natten och därmed inte är i behov av aktivt stöd
- är lättväckta
- otrygga med att släppa in andra i sitt hem
- ej kan använda trygghetslarm
- bor med närstående och det finns risk att denna får störd nattsömn.

Avgränsning

Tillsyn med kamera kan erbjudas generellt upp till två tillfällen per natt. Utifrån enskildas individuella behov kan extra tillsyn ske.

Verkställighet

Nattillsynen utförs med stöd av kameran inom ett tidsintervall på 30 minuter i anslutning till den tidpunkt som överenskommits. Angivet tidsintervall ska vara mellan klockan 21.00–07.00.

[1] Bilaga 1 – blankett Samtycke
[2] Enligt 4 kap 1 § SoL
[3] Insats – fjärrtillsyn via webbkamera

En överenskommelse[4] ska träffas kring hur personalen ska agera om brukaren ej återfinns i sin säng när personalen gör tillsynen. Ska personalen titta igen efter en kort tid eller agera genom att göra ett personligt besök.

I den del av ***genomförandeplanen*** som anger nattillsynen ska brukarens vanliga nattvanor även framkomma t.ex. nattliga toalettbesök.

Nycklar till bostaden lämnas av brukaren och hanteras enligt gällande nyckelhanteringsrutin *Nyckelhantering inom hemtjänsten.*

[4] Bilaga 2 – blankett Överenskommelse

HERRLJUNGA KOMMUN
Socialförvaltningen

Bilaga 1

Samtycke
Till montering av kamera

Jag - (namn och personnummer)

……

Samtycker till att kamera med tillbehörande internetuppkoppling monteras i min bostad.

- kamera installeras i min bostad med översikt över min sovplats
- kameran får lova att monteras på väggen om bokhylla ej finns att placera den i
- kameran skall användas till utförande av insatsen webbaserad nattillsyn som jag har beviljats
- kameran är endast aktiv enligt överenskommelse
- kameran kommer att monteras och demonteras genom Vård och Omsorgs försorg
- kameran får inte tas ned eller hanteras oaktsamt.

Jag är medveten om att jag kan återkalla detta samtycke när som helst om jag så önskar.

Ort och datum

……

Underskrift

……

Samtycket gäller så länge du har beviljad insats i form av webbaserad nattillsyn.

Denna samtyckesblankett upprättas i tre exemplar. Ett till den enskilde som sätts in i brukarens pärm under övrigt, ett till vård- och omsorgspersonal förvaring i grupplokalen samt ett till enhetschef för att läggas i personakten.

HERRLJUNGA KOMMUN
Socialförvaltningen

Bilaga 2

Överenskommelse

Detta gäller för nattillsyn hemma hos:

……

Nattillsynen kommer att ske……gånger/natt, med start den……

Tillsynen görs mellan följande klockslag……...

……

Om du inte är i sängen vid den avtalade tidpunkten väntar personalen 10-15 minuter därefter görs en ny tillsyn. Om du inte är i sängen åker nattpatrullen ut på ett tillsynsbesök hemma hos dig.

Om tekniken inte skulle fungera vill du att vi:

Utför ett tillsynsbesök på plats i ditt hem ❑

Ej utför ett tillsynsbesök på plats i ditt hem ❑

Ort och datum

……

Underskrift och personnummer

……

Namnförtydligande

……

Denna överenskommelseblankett upprättas i tre exemplar. Ett till den enskilde som sätts in i brukarens pärm under övrigt, ett till vård- och omsorgspersonal förvaring i grupplokalen samt ett till enhetschef för att läggas i personakten.

HERRLJUNGA KOMMUN

FÖRVALTNING
Linnea Holm

Tjänsteskrivelse
2016-03-02
DNR SN 109/2015 700

Revidering av Socialnämndens delegeringsordning

Sammanfattning

Socialnämndens delegeringsordning behöver förtydligas avseende paragraf 1.1 och 1.2

Förslag till ändring innebär att den rödmarkerade texten nedan läggs till:

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Anteckning
1.1	Beslut i ärenden som är så brådskande att nämndens eller utskottets beslut inte kan avvaktas	6 kap 36§ KL	Ordförande	Vid ordförandes frånfälle är i första hand vice ordförande ersättare, och vid dennes frånfälle övergår ansvaret till den av nämnden utsedde tredje beslutsfattare
1.2	Beslut om vägran att lämna ut handling samt att lämna ut handling med förbehåll i samband med utlämnande till enskild - Avseende dokument sekretess-belagda enligt 25 kap. OSL - Avseende dokument sekretess-belagda enligt 26 kap. OSL	2 kap 14 § TF 10 kap 4, 11 -13 §§ OSL 12 kap 2 § OSL	US TÖS MAS	Ersättare VC för området

HERRLJUNGA KOMMUN

FÖRVALTNING
Linnea Holm

Tjänsteskrivelse
2016-03-02
DNR SN 109/2015 700

Beslutsunderlag
Socialnämndens delegeringsordning

Förslag till beslut
Punkt 1.2 i Socialnämndens delegeringsordning komplementeras enligt förslag.

Linnea Holm
Utredningssekreterare

Expedieras till:
För kännedom till:

HERRLJUNGA KOMMUN

SOCIALNÄMNDEN

Presidieskrivelse
2016-03-17
DNR SN 18/2015

Val av 3:e beslutsfattare i brådskande ärenden.

Sammanfattning

Beslut i ärenden som är så brådskande att nämndens eller utskottets beslut inte kan avvaktas är delegerat till socialnämndens ordförande enligt 1.1 i delegeringsordningen. Vice ordföranden går automatiskt in i ordförandens ställe och fattar dessa beslut om ordföranden inte är i tjänst.
Det har under tidigare mandatperioder också beslutats om att utse en 3:e beslutsfattare i dessa ärenden, när varken ordföranden eller vice ordföranden är i tjänst.

Beslutsunderlag

Gemensamma reglementsbestämmelser för nämnderna i Herrljunga kommun.
Reglemente för socialnämnd.
Delegeringsordning socialnämnden.

Förslag till beslut

Anette Rundström utses som 3:e beslutsfattare i brådskande ärenden när varken ordföranden eller vice ordföranden är i tjänst.

Lennart Ottosson
Socialnämndens ordförande

Andreas Johansson
Socialnämndens vice ordförande

Expedieras till:
För kännedom till:

HERRLJUNGA KOMMUN

SOCIALNÄMNDEN

Presidieskrivelse
2016-03-17
DNR

Riktlinjer för Socialnämndens kontaktpolitiker

Sammanfattning

Det har visat sig att det råder osäkerhet om vad uppdraget som kontaktpolitiker innebär. För att tydliggöra uppdragets innebörd för både politiker och verksamhet har presidiet utarbetat ett förslag till riktlinjer.

Beslutsunderlag

Riktlinjer för Socialnämndens kontaktpolitiker.

Förslag till beslut

Riktlinjer för Socialnämndens kontaktpolitiker antas.

Lennart Ottosson
Socialnämndens ordförande

Andreas Johansson
Socialnämndens vice ordförande

Expedieras till:
För kännedom till:

HERRLJUNGA KOMMUN
Socialnämnden

Riktlinjer för Socialnämndens kontaktpolitiker

Uppdraget att vara kontaktpolitiker innebär att man i kontakterna representerar socialnämnden och dess beslut oavsett partitillhörighet eller uppfattning i en enskild fråga.

Kontaktpolitikeruppdraget syftar till att:

- Ge socialnämnden en ökad kunskap och förståelse för verksamheten.
- Ge socialnämnden en bild av verksamhetens kvalitet.
- Vara en länk mellan socialnämnden och verksamheten.
- Vara en länk mellan nämnden och brukare, deras närstående samt med för verksamhetsområdet aktuella intresseorganisationer.

Kontaktpolitikers uppgift:

- Ger brukare, deras närstående och intresseföreningar inom kontaktområdet ”ett känt ansikte med lyssnande öron” som representerar socialnämnden.
- Håller sig särskilt väl insatt i verksamheten och brukarnas villkor inom sitt kontaktområde.
- Tydliggör politikerrollen för målgrupp och verksamheten.
- Informerar om socialnämndens arbete.
- Tar del av verksamhetes arbetsplan och nedbrutna mål.

Genomförande

Kontakterna med verksamheten, brukare och närstående samt intresseorganisationer kan ske genom att kontaktpolitikern:

- Besöker verksamheten han/hon har som kontaktområde.
- Tar del av verksamhetens arbetsplan.
- Informerar socialnämnden om aktuella frågor samt andra funderingar eller synpunkter som framkommer vid kontakter och besök. Informationen ges i form av skriftlig eller muntlig rapport till socialnämnden.

Kontakter kan ske genom deltagande vid brukarråd och informationsmöten men också genom deltagande i för kontaktområdet viktiga kurser eller konferenser. Vid brukar- och anhörigträffar på arbetsplatser kan ansvarig enhetschef bjuda in verksamhetens kontaktpolitiker.

Besök ute i verksamheten ska ske efter att ha bokat tid med enhetschef. I uppdraget ingår att besöka verksamheten minst 1 gång per år. Enligt kommunens arvodesreglemente kan en ledamot genomföra ”praktik” i den egna verksamheten med max 8 timmar per år.

Att tänka på

När socialnämndens ledamöter och ersättare uppträder som kontaktpolitiker är det viktigt att de följer ett gemensamt förhållningssätt gentemot målgrupp/verksamhet. Man ska också vara uppmärksam på krav eller önskemål från personal och tydligt hänvisa verksamhetsfrågor till ansvarig chef och förvaltningsledningen.

HERRLJUNGA KOMMUN
Socialnämnden

Kontaktpolitiker ska vara medveten om sin roll som kontaktpolitiker i förhållande till chefens roll. Problemställningar inom verksamheten ska enheten själv hantera inom ramen för sin ledningsorganisation. Problem i den löpande verksamheten, personalfrågor mm är inte frågor för kontaktpolitikeruppdraget.

Kontaktpolitikern möter ibland osäkerhet, klagomål eller missuppfattningar om verksamhetens organisation och den politiska styrningen i kommunen och har därmed en viktig uppgift i att förklara till vem man skall vända sig i olika frågor. Men det är verksamheten själv som i första hand har ansvar för att lämna upplysningar, vägledning, råd och annan sådan hjälp till enskilda i frågor som rör verksamheten.

Kontaktpolitikeruppdraget ska ses som ett sätt att öka nämndens samlade kunskaper om och kontakter med de verksamheter den leder samt att göra nämndens ledamöter kända bland verksamheter, brukare, brukares närstående och brukarnas intresseorganisationer.

√TROMAN

Meddelande 1

KF § 35 DNR KS 5/2016 111

Avsägelse av uppdrag som ledamot i socialnämnden

Sammanfattning

Uno Sanfridsson (C), Skölvene Björkäng 1, 524 93 Herrljunga, har i skrivelse daterad 2016-03-08 begärt entledigande från sitt uppdrag som ledamot i socialnämnden.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om Uno Sanfridssons (C) begäran om entledigande som ledamot i socialnämnden godkänns och finner att så sker.

KOMMUNFULLMÄKTIGES BESLUT

1. Uno Sanfridssons (C), Skölvene Björkäng 1, 524 93 Herrljunga, begäran om entledigande som ledamot i socialnämnden beviljas.

Meddelande 2

LÄNSSTYRELSEN
VÄSTRA GÖTALANDS LÄN

Information	Diarienummer	Sida
2016-03-10	851-9145-2016	1(1)

ERKLJUNGA KOMMUN
Kommunstyrelsen
2016 -03- 14
Dnr 92/2016 | Beteckning 109

Kommunstyrelsen

Information med anledning av bosättningslagen

Den 1 mars trädde *Lag (2016:38) om mottagande av vissa nyanlända invandrare för bosättning* i kraft. Lagen innebär en skyldighet för kommuner att ta emot nyanlända för bosättning och etablering. Den nya bosättningslagen innebär också att överenskommelsen om mottagande och bosättning av nyanlända som tecknats mellan er kommun och Länsstyrelsen upphör att gälla.

Förändringen innebär att kommunens mottagande via anvisning framöver styrs av kommuntal som regleras via förordning istället för överenskommelse. Kommuntalen, som anger den länsvisa fördelningen av anvisningar 2016 i Västra Götalands län, återfinns i bilaga 1. Länstalen för 2017 beslutas senare under året av regeringen och därefter beslutar Länsstyrelsen om kommuntal för 2017.

Länsstyrelsen kommer även fortsättningsvis att stödja länets kommuner i arbetet med mottagande och bosättning av nyanlända. Bland annat genom att föra dialog med kommuner kring årsplanering och mottagande, verka för samverkan mellan kommuner och andra aktörer samt fördela medel.[1]

Vi vill tacka för ett gott samarbete så här långt och vill nu fortsätta arbetet tillsammans med er för bästa möjliga mottagande, bosättning och etablering av nyanlända i Västra Götalands län.

Med vänliga hälsningar

Lars Bäckström

Lars Bäckström

[1] Mer information och ansökningshandlingar av medel utifrån (37 § SFS 2010:1122) återfinns på http://www.lansstyrelsen.se/vastragotaland/Sv/manniska-och-samhalle/integration/Pages/utvecklingsmedel.aspx

Postadress: 403 40 Göteborg | Besöksadress: Södra hamngatan 3 | Telefon/Fax: 010-224 40 00 (vxl) (fax) | Webbadress: www.lansstyrelsen.se/vastragotaland | E-post: vastragotaland@lansstyrelsen.se

LÄNSSTYRELSEN
VÄSTRA GÖTALANDS LÄN

Datum 2016-03-10
Diarienummer 851-9145-2016
Sida 1(2)

Bilaga 1: Kommuntal 2016 Västra Götalands län

Kommun	Kommuntal 2016
Ale	98
Alingsås	102
Bengtsfors	10
Bollebygd	32
Borås	177
Dals-Ed	10
Essunga	18
Falköping	15
Färgelanda	10
Grästorp	14
Gullspång	10
Göteborg	880
Götene	30
Herrljunga	31
Hjo	25
Härryda	147
Karlsborg	10
Kungälv	186
Lerum	170
Lidköping	109
Lilla Edet	34
Lysekil	34
Mariestad	48
Mark	107
Mellerud	10
Munkedal	13
Mölndal	232
Orust	59

Postadress: 403 40 Göteborg
Besöksadress: Södra hamngatan 3
Telefon/Fax: 010-224 40 00 (vxl) (fax)
Webbadress: www.lansstyrelsen.se/vastragotaland
E-post: Esh.vastragotaland@lansstyrelsen.se

Partille	133
Skara	10
Skövde	94
Sotenäs	46
Stenungsund	104
Strömstad	52
Svenljunga	10
Tanum	39
Tibro	10
Tidaholm	10
Tjörn	53
Tranemo	28
Trollhättan	47
Töreboda	10
Uddevalla	83
Ulricehamn	57
Vara	46
Vårgårda	31
Vänersborg	10
Åmål	10
Öckerö	73

SN
Dnr 35/2016 7700

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

HERRLJUNGA KOMMUN

Diarienummer HSNS 2015-00041

Avtal om ungdomsmottagning i Herrljunga

mellan

Södra hälso- och sjukvårdsnämnden

och

Herrljunga kommun

Meddelande 3

Innehåll

1 Avtalsparter 3
2 Avtalsförutsättningar 3
3 Avtalsvillkor 3
3.1 Avtalstid 3
3.2 Ändring och tillägg i avtalet 3
3.3 Hävning av avtalet 4
3.4 Tvist 4
4 Utgångspunkter, inriktning och förutsättningar 4
5 Avtalets omfattning, syfte och mål 4
6 Huvudmannaskap 4
7 Samverkan 5
8 Verksamhetens innehåll 5
8.1 Rådgivning, undersökning och behandling 6
8.2 Utåtriktat och uppsökande arbete 6
9 Kompetens 7
10 Tillgänglighet och öppettider 8
10.1 Jämlik vård 8
10.2 Valfrihet 8
11 Utveckling av ungdomsmottagningen 8
12 Lokaler och utrustning 9
13 Patientavgifter 9
14 Verksamhetschef och medicinskt ledningsansvar 9
15 Tolkkostnader 9
16 Verksamhetens kvalitet 9
17 Uppföljning och resultat 10
18 Ersättning 10
19 Avtalstecknare 11

1 Avtalsparter

Detta avtal har träffats mellan Västra Götalands läns landsting (Västra Götalandsregionen, VGR), genom Södra hälso- och sjukvårdsnämnden, nedan kallad Regionen, och Herrljunga kommun, nedan kallad kommunen.

Parterna utser var sin kontaktperson med ansvar för åtagandet. När part byter kontaktperson eller kontaktuppgifter meddelas detta skriftligen den andra parten.

Regionens kontaktperson:
Lena Ekeroth
Planeringsledare
Koncernkontoret Västra Götalandsregeionen

Tel: 076-84 30 681
E-post: lena.ekeroth@vgregion.se

Kommunens kontaktperson:
Magnus Stenmark
Socialchef
Herrljunga kommun

Tel: 0513-17140
E-post: Magnus.Stenmark@admin.herrljunga.se

2 Avtalsförutsättningar

Detta är ett avtal om Ungdomsmottagningsverksamhet i Herrljunga kommun som reglerar samtliga villkor under avtalsperioden.

3 Avtalsvillkor

Avtalet är bindande endast under förutsättning att det är undertecknat av båda avtalsparter.

3.1 Avtalstid

Avtalet gäller från och med 2016-01-01 till 2016-12-31.

Avtalet kan förlängas med maximalt 24 månader. Parterna skall ha beslutat om förlängning senast 2016-04-30.

3.2 Ändring och tillägg i avtalet

Om det under avtalsperioden skulle inträffa väsentliga förändringar i förutsättningarna för ingånget avtal äger endera parten rätt att begära förhandlingar om ändringar och tillägg i avtalet. Sådana väsentliga förändringar kan vara nya lagar, förordningar, politiska beslut som ingen av parterna kan råda över eller ändring av medicinsk praxis avseende den vård som avtalet omfattar.

Ändringar och tillägg till detta avtal skall för att vara gällande skriftligt godkännas av parterna.

3.3 Hävning av avtalet

Envar av parterna äger rätt att häva avtalet till omedelbart upphörande om den andra parten bryter mot någon väsentlig bestämmelse i detta avtal och inte vidtar rättelse efter skriftlig anmaning därom.

3.4 Tvist

Tvist mellan parterna rörande tillämpning och tolkning av detta avtal skall i första hand avgöras i förhandling mellan parterna och först därefter i allmän domstol.

4 Utgångspunkter, inriktning och förutsättningar

Utgångspunkten för ungdomsmottagning är det för VGR och kommunen gemensamma inriktningsdokumntet "Inriktningsdokument för Ungdomsmottagningar i Västra Götaland". Detta inriktningsdokument skall ligga till grund för lokala avtal och överenskommelser om ungdomsmottagning.

Ett inriktningsdokument för närvårdssamverkan i södra Älvsborg är politiskt antaget. Närvårdssamverkan är en funktion som inbegriper samverkan mellan kommun och region.

Ungdomsmottagningen skall utifrån helhetssyn möta unga kvinnor och män och utgå från ungdomars behov oavsett religion, kulturell bakgrund, funktionsnedsättning eller sexuell läggning. Kommunen och VGR samverkar genom ungdomsmottagningen kring den gemensamma målgruppen ungdomar. 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.

5 Avtalets omfattning, syfte och mål

Avtalet omfattar Ungdomsmottagningen i Herrljunga kommun.

Syftet med detta avtal är att reglera samverkan kring drift av ungdomsmottagning i Herrljunga kommun. Avtalet skall tydliggöra samarbetets omfattning och former samt parternas ansvar. Avtalet syftar även till att ta tillvara på möjliga samverkansfördelar.

Målet med avtalet är att skapa förutsättningar för att kunna planera och genomföra hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och behandlande insatser med god kvalitet och med god tillgänglighet.

6 Huvudmannaskap

Västra Götalandsregionen är huvudman för ungdomsmottagningen och har driftansvaret för verksamheten.
Herrljunga kommun har ett tydligt ansvar för att medverka i ungdomsmottagningens verksamhet.

7 Samverkan

Myndigheter har enligt lag skyldigheter att samverka, särskilt i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa. Socialtjänsten har en lagstadgad skyldighet att ansvara för att samverkan kommer till stånd i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa. Även hälso- och sjukvårdslagen, skollagen och polislagen innehåller krav på samverkan. Samverkan skall ses som ett medel att nå målen om att barn/unga skall få hjälp så tidigt som möjligt och att stöd och skydd skall ges utifrån en helhetssyn på barnets situation och behov.

En gemensam plattform för att utveckla närvårdssamverkan i Södra Älvsborg har tagits fram för att inspirera, stödja och styra den samverkan som dagligen äger rum i närvårdsområdet. Närvårdssamverkan är en funktion som inbegriper samverkan mellan kommun och region.

Ledningsgruppen för samverkan i Närvårdsområde Herrljunga består av tjänstemän från kommunen och regionen. Ledningsgruppen utgör styrgrupp för ungdomsmottagningen.

8 Verksamhetens innehåll

Ungdomsmottagningen är en basverksamhet som skall ses som ett komplement till övrig hälso- och sjukvård och till kommunens hälsofrämjande och förebyggande arbete.

Ungdomsmottagningen skall genom ett salutogent[1] förhållningssätt främja en god fysisk och psykisk hälsa samt stärka, stödja och motivera ungdomar i övergången mellan ungdom och vuxenliv. Ungdomarna skall ges förutsättningar för att kunna göra hälsosamma val av levnadsvanor. Ungdomsmottagningen skall kännetecknas av hög kvalitet, god tillgänglighet, gott bemötande och valfrihet. Verksamheten vänder sig till ungdomar till och med 24 år (avsteg kan ske i särskilda fall).

Verksamhetsformer som skall ingå är:

- Öppen mottagning
- Individuella besök
- Gruppverksamhet
- Telefonrådgivning
- Uppsökande och utåtriktat arbete
- Informationsarbete
- Samverkan med andra verksamheter i närområdet
- Samverkan i individärenden

[1] Det salutogena perspektivet fokuserar på vilka faktorer som orsakar och vidmakthåller hälsa mer än vad som orsakar sjukdom (patogenes).

Den psykosociala verksamheten vid ungdomsmottagningen skall utvecklas i samverkan med vårdcentral, elevhälsa, psykiatriska enheter och andra aktörer på orten som arbetar med ungdomar.

8.1 Rådgivning, undersökning och behandling

Ungdomsmottagningen har ett folkhälsoperspektiv med uppdrag att arbeta med grundläggande hälsofrågor som hör till ungdomstiden och att bli vuxen. Arbetet på ungdomsmottagningen omfattar både fysisk hälsa, psykisk hälsa och sexuell hälsa. Verksamheten skall utgå från lokala förutsättningar och ungdomars behov. Verksamheten skall präglas av helhetssyn och bedrivas både på individ- och gruppnivå.

Ungdomsmottagningen skall för unga män och unga kvinnor:

- främja sunda levnadsvanor
- uppmärksamma och medvetandegöra riskfyllda levnadsvanor
- erbjuda adekvat kunskap om sexualitet
- stärka ungdomar i deras naturliga nyfikenhet kring sexualiteten samt stödja deras självkänsla och integritet
- erbjuda preventivmedelsrådgivning och förskrivning av preventivmedel
- tillhandahålla subventionerade eller kostnadsfria preventivmedel
- förebygga och ge stöd vid oönskade graviditeter samt vid abortsituation
- förebygga, erbjuda provtagning, behandla och smittspåra sexuellt överförbara infektioner (STI)
- arbeta med ungdomars fysiska och psykiska utveckling samt kroppsuppfattning och självbild samt främja en allsidig personlighetsutveckling hos barn och ungdomar
- tidigt upptäcka, ge råd, stöd och behandling vid sociala problem, psykisk ohälsa samt risk- och missbruk
- lotsa ungdomar till annan aktör/vårdgivare vid behov

Ungdomsmottagningen är inte en remissinstans. Huvudregeln är att sjukvårdande behandling och utredning av läkare, undantaget STI, skall ske på aktuell vårdenhet, t.ex. vårdcentral, gynekologiskmottagning, barn och ungdomsmedicin med flera.

8.2 Utåtriktat och uppsökande arbete

Syftet med det utåtriktade arbetet är att ungdomar skall få ökad kunskap om grundläggande hälsofrågor som hör till ungdomstiden, känna till var ungdomsmottagningen finns och ha vetskap om vad de kan få hjälp med på mottagningen.

Ungdomsmottagningen skall arbeta utåtriktat tillsammans med skolor där även särskolorna omfattas. Målsättningen är att alla i årskurs 8 eller 9 i upptagningsområdet skall ha besökt ungdomsmottagningen. Ungdomsmottagningen skall även ha besökt alla klasser under gymnasietiden.

Ungdomsmottagningen skall arbeta med att utveckla metoder för att ge information och rådgivning till ungdomar och unga vuxna med funktionsnedsättning.

Uppsökande verksamhet på andra arenor ingår i det utåtriktade arbetet, bland annat föreningar och fritidsgårdar.

Det utåtriktade och uppsökande arbetet bör utgöra ca 20 procent av verksamheten.

9 Kompetens

Regionen svarar för att personal har den utbildning och erfarenhet som krävs för att möta ungas behov och utföra de olika arbetsuppgifter som förekommer på ungdomsmottagningen. Medicinsk, psykologisk och psykosocial kompetens skall knytas till mottagningen och samverka i team. Både manlig och kvinnlig personal skall eftersträvas. Verksamheten skall ha kompetens om funktionsnedsättningar och inom HBTQ-området[2]. Ungdomsmottagningen skall ha som mål att bli HBT-diplomerad. Regionen svarar för att kontinuerlig kompetensutveckling sker för personalen.

Ungdomsmottagningens bemanning skall omfatta följande kompetenser:

- Barnmorska
- Kurator
- Läkare
- Psykolog/psykoterapeut

Ungdomsmottagningen i Herrljunga skall ha följande bemanning.

Funktion/antal	Timmar/v.	Övrigt
Barnmorska	11 tim./v	0,325 % tjänst. Öppet två dagar/v, (en dag jobbar två bm för att kunna assisterar vid ev "ingrepp" och drop-in)
Kurator	11 tim./v	0,225 tjänst
Läkare	0 tim./v	Tillgänglig i Alingsås
Psykolog/psykoterapeut	0 tim./v	Tillgänglig i Alingsås

Läkare och psykolog finns tillgängliga i Alingsås.

Omdisponeringar inom ram kan beslutas i lokal Närvårdssamverkan "barn och unga" i Herrljunga kommun.

[2] HBTQ är en förkortning för homosexuella, bisexuella, transpersoner och queer.

10 Tillgänglighet och öppettider

Alla ungdomar skall ha god tillgänglighet till ungdomsmottagningen. Ungdomsmottagningen skall vara en så kallad "lågtröskelverksamhet", vilket innebär att det är lätt att söka hjälp och att man kan vända sig till mottagningen med olika slags frågor.

Ungdomsmottagningen är öppen för tidsbokade besök och drop in tisdagar 09.30 -15.30. Samverkan, nätverksträffar samt utåtriktad verksamhet kan ske på andra tider i veckan. Ungdomsmottagningen kan också nås för rådgivning, tidsbokning mm. under hela veckan på telefon. Förändringar i öppettider eller andra väsentliga förändringar i tillgängligheten ska ske i dialog mellan parterna.

Ungdomsmottagningen skall svara för att det finns lättillgänglig och lättförståelig information om öppettider och tidsbeställning. Ungdomsmottagningen skall vara länkad till www.umo.se (ungdomsmottagning på nätet).

Ungdomsmottagningen skall kunna nås per telefon under sina öppettider. Telefonsvarare skall finnas. Den som lämnar meddelande till ungdomsmottagningen på telefonsvarare eller via Mina Vårdkontakter skall bli kontaktad inom tre arbetsdagar.

Vid de tider då ungdomsmottagningen inte har öppet skall telefonsvarare ge information om mottagningens öppettider samt vid behov hänvisa till Sjukvårdsrådgivningen 1177 på telefon och Internet.

Ungdomsmottagningen skall göra verksamheten i alla avseenden tillgänglig för personer med olika funktionsnedsättningar.

10.1 Jämlik vård

Alla ungdomar skall uppleva att de bemöts och behandlas på ett likvärdigt sätt och får likvärdig tillgång till ungdomsmottagningen oavsett kön, ålder, sexuell identitet, funktionsnedsättning, social ställning, etnicitet eller religiös tillhörighet.

Att arbeta jämlikt innebär dels att erbjuda generella insatser till samtliga ungdomar i upptagningsområdet, men också att anpassa insatserna på ett sådant sätt att de motsvarar olika ungdomars olika behov och förutsättningar.

10.2 Valfrihet

Det skall råda valfrihet för ungdomar att välja den ungdomsmottagning de önskar besöka inom Västra Götaland oavsett huvudman. I det fall det finns andra verksamheter som kan tillgodose den unges behov är det den unge själv som väljer vilken verksamhet hon/han vill vända sig till.

11 Utveckling av ungdomsmottagningen

Regionen skall öka tillgänglighet för information och kommunikation via internet och sociala medier i enlighet med *"Inriktningsdokument för Ungdomsmottagningar i Västra Götaland "*.

12 Lokaler och utrustning

Regionen tillhandahåller lokaler och svarar för att de är ändamålsenliga och uppfyller gällande krav. Ungdomsmottagningen skall vara lokaliserad till Torget 3 B, Herrljunga. Förändring av mottagningens adress skall ske i samråd med Herrljunga kommun. Lokalerna skall vara tillgängliga för personer med olika typer av funktionsnedsättningar.

Lokalerna kan samutnyttjas med andra verksamheter eller vara mobil.

13 Patientavgifter

För besök hos hälso- och sjukvårdspersonal på ungdomsmottagning skall patientavgift erläggas i enlighet med beslut i Västra Götalandsregionen.

Ungdomsmottagningen debiterar och behåller patientavgifter.

14 Verksamhetschef och medicinskt ledningsansvar

Verksamhetschef skall finnas för varje ungdomsmottagning. Verksamhetschefen skall svara för att verksamheten har en personal- och kompetensstruktur som tillgodoser god vårdkvalitet, hög patientsäkerhet och främjar kostnadseffektivitet.

Regionen ansvarar för att verksamhetschefen har kompetens för uppgiften och att medicinskt ledningsansvarig finns.

15 Tolkkostnader

Ungdomsmottagningen ansvarar för och skall tillhandahålla tolk till patient som inte förstår eller kan uttrycka sig på svenska språket. Regionen ansvarar för tolkservice åt döva, dövblinda, gravt hörselskadade och talskadade personer.

16 Verksamhetens kvalitet

Regionen skall tillhandahålla vård i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen samt i enlighet med vad som gäller inom specialiteten vad avser bl.a. kvalitetskrav och medicinsk praxis.

Regionen skall anpassa undersöknings- och behandlingsmetoder till utvecklingen på området liksom till övergripande inriktningsbeslut som kan komma att tas inom regionen och som generellt berör den typ av vård som avtalet avser.

Regionen skall bedriva ett fortlöpande, systematiskt och dokumenterat arbete med kvalitets- och verksamhetsutveckling så att hälso- och sjukvårdslagens krav på god kvalitet i hälso- och sjukvård tillgodoses. Arbetet skall uppfylla de krav på kvalitetsledningssystem och kontinuer-

ligt utvecklingsarbete som anges i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (f.n. SOSFS 2011:9) uppfylls.

17 Uppföljning och resultat

Ungdomsmottagningarna skall analysera och synliggöra verksamhetens kvalitet och resultat utifrån ett ungdomsperspektiv.

Parterna skall inom ramen för Närvårdssamverkan "barn och unga" i Herrljunga kommun följa upp och bidra till att verksamheten utvecklas i önskvärd riktning.

Regionen skall varje år sammanställa en verksamhetsberättelse för ungdomsmottagningen i Herrljunga kommun senast den 31 januari. I denna uppföljning skall ungdomsmottagningen lämna en redovisning och analys baserat de variabler som finns angivna i det för regionen och kommunen gemensamma inriktningsdokumntet *"Inriktningsdokument för Ungdomsmottagningar i Västra Götaland"* samt analysera kvalitén, använda metoder och arbetssätt. All statistik skall redovisas och analyseras ur ett jämställdhetsperspektiv.

18 Ersättning

Verksamheten vid ungdomsmottagningen i Herrljunga samfinansieras av regionen och Herrljunga kommun. Kommunen ersätter regionen med 15 kr/invånare (SCB, 31 december föregående år).

Från 2016-01-01 justeras ersättningen årsvis med vårdprisindex (VPI) som fastställs och publiceras av Sveriges Kommuner och Landsting. Det VPI som används är föregående års indexsiffra, dvs. för år 2016 används VPI för 2015.

Herrljunga kommuns betalning skall ske mot fakturor från regionen, beloppet faktureras kvartalsvis i februari, maj, augusti och november 30 dagar netto. Fakturerings- och expeditionsavgifter skall inte utgå. Eventuell dröjsmålsränta skall utgå enligt lag.

Meddelande 3

19 Avtalstecknare

Avtalet har upprättats i två (2) likalydande exemplar av vilka parterna tagit var sitt.

För södra hälso- och sjukvårdsnämnden

Ort: Borås Datum: 11/3 2016

Christina Brandt
Ordförande
Södra hälso- och sjukvårdsnämnden

För Herrljunga kommun

Ort: Herrljunga Datum: 20160302

Johnny Carlsson
Ordförande
Kommunstyrelsen Herrljunga