

Socialnämnden

Socialnämndens sammanträde 2023-02-14

Plats och tid:	Storskär/Norrskär, kl. 17:00
Kallade:	Ledamöter
Underrättade:	Ersättare
Vid förhinder:	Meddela ersättare och nämndens sekreterare.
Information:	Ärendena har delats in i A- och B-ärenden. Detta innebär att de ärenden som är markerade med A inte kommer att föredras och att de ärenden som är markerade med B kommer att föredras under sammanträdet. Vid frågor om A-ärenden, kontakta gärna förvaltningen innan sammanträdet.

Ärende	Beskrivning	Föredragande
--------	-------------	--------------

1 B	Justering och fastställande av föredragningslista	Ordföranden
2 B	Förvaltningen informerar	Ann-Sophie Holgersson
3 A	Socialnämndens årsbokslut 2022	Jan Sjöström
4 B	Uppföljning internkontrollplan 2022	Jan Sjöström
5 B	Uppföljning privata utförare	Jan Sjöström
6 A	Svar revisionsrapport uppföljning av avtal SÄBO 2022	Jan Sjöström
7 A	Delegationsordning 2023	Jan Sjöström
8 A	Nämndinitiativ sommarjobb för ungdomar inom vård och omsorg	Camilla Lundholm
9 A	Rapportering ej verkställda gynnande beslut 2022	Jan Sjöström
10 A	Utreda service (städ) i hemtjänst	Camilla Lundholm
11 A	Reviderade riktlinjer äldrehandläggare - äldreomsorg	Camilla Lundholm



12 A	Riktlinjer handläggning barn och ungdom (unga)	Jan Sjöström
13 A	Sammanställning avvikelser synpunkter och klagomål kvartal 4, samt årsrapport 2022	Kristina Mårtensson
14 A	Fördjupad granskning HSL, Vaxholms äldreboende	Kristina Mårtensson
15 A	Utvärdering Projekt digitaliseringsombud	Angelica Holmström
16 A	Utvärdering digital inkludering	Angelica Holmström
17 A	Dataskyddsbud årsrapport 2022	Beata Rosvall
18 B	Val KPFR 2023	Beata Rosvall
19 B	Kontaktpolitiker 2023	Beata Rosvall
20 A	Redovisning av delegeringsbeslut 2023	Beata Rosvall
21 A	Utestående uppdrag 2023-02-14	Beata Rosvall

Michael Baumgarten (L)
Ordförande

Beata Rosvall
Sekreterare



Socialförvaltningen
Jan Sjöström
Verksamhetsutvecklare

Socialnämndens årsbokslut 2022

Förslag till beslut

1. Årsbokslut 2022 för socialnämnden godkänns.

Socialnämnden föreslår kommunstyrelsen besluta

Nämndens årsbokslut noteras till protokollet

Sammanfattning

Socialförvaltningen redovisar socialnämnden årsbokslut 2022.

Barnrättsperspektivet/Prövning av barnets bästa

Föreslaget beslut bedöms inte få några konsekvenser för barn.

Jämställdhetsperspektivet

Föreslaget beslut bedöms inte få några konsekvenser/effekter ur ett jämställdhetsperspektiv.

Handlingar i ärendet

- Tjänsteutlåtande, Jan Sjöström 2023-01-27
- Årsbokslut 2022

Kopia på beslutet till:

För åtgärd: Kommunstyrelsen
Koray Kahruman, ekonomichef, kommunledningskontoret
Anne-Lie Vernersson Timm, kvalitetscontroller, kommunledningskontoret



**VAXHOLMS
STAD**

Årsboks slut 2022

Socialnämnden

Innehållsförteckning

Ansvar och uppdrag.....	3
Viktiga händelser	4
Mål och måluppfyllelse.....	5
Kvalitet.....	5
Livsmiljö	7
Ekonomi.....	9
Åtgärdsplan årsbokslut	10
Driftbudget	12
Investeringar.....	14

Ansvar och uppdrag

Nämnden ska inom ramen för anvisade medel och under förutsättning av att kommunfullmäktige inte för särskilt fall beslutar, svara för kommunens uppgifter i huvudsak avseende inom:

- socialtjänstlagen, lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, lagen om vård av missbrukare i vissa fall, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade samt övriga uppgifter som enligt lag ankommer på en socialnämnd
- insatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen inom det kommunala Hälso- och sjukvårdsansvaret
- flyktingar och asylsökande (LMA, Bosättningslagen 2016:38)
- lagen om bostadsanpassningsbidrag m.m (BAB)

Målgrupper inom nämndens verksamhetsområden är:

- äldre och personer med funktionsnedsättning i såväl ordinärt som särskilt boende
- barn och unga som är i behov av stöd och omsorg
- personer som inte kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt och som har rätt till sin försörjning
- nyanlända/ensamkommande
- personer med missbruksproblem
- personer som utsatts för brott
- föräldrar med samarbetssvårigheter

Viktiga händelser

Ukraina

Kriget i Ukraina har medfört att ett stort antal flyktingar kommit och beräknas komma till Sverige. En ny lag trädde i kraft i juli 2022 som gjorde att delar av migrationsverkets skyldighet att ta emot flyktingar från Ukraina flyttades till kommunerna.

Vaxholm anvisades 44 personer för 2022 varav 38 anvisats fram till årsskiftet.

Myndigheten har arbetat intensivt med planeringen för mottagande av skyddsbehövande enligt massflyktsdirektivet. Planeringen har krävt mycket samarbete med andra berörda förvaltningar.

Digitalisering

Socialförvaltningen har arbetat kontinuerligt med att öka verksamheternas kvalitet med hjälp av digitalisering och ny teknik. På hemtjänsten egen regi har digitaliseringsombud införts i syfte att stärka hemtjänstpersonalens kompetens inom digitalisering och välfärdsteknik. Detta för att kunna främja nya arbetssätt och öka användandet av välfärdsteknik och andra IT-lösningar.

Socialförvaltningen har även påbörjat ett större arbete för digital inkludering för våra målgrupper. Fixartjänsten har utökats under året till att även inkludera hjälp till äldre med enklare IT och digitala frågor. Under året har även ett större informationssäkerhetsprojekt genomförts i syfte att öka verksamheternas kontinuitet och säkerställa arbetssätt och teknik som möjliggör säker hantering av våra informationstillgångar.

Investeringar

En elhybridbil har köpts in till dagverksamheten Kransen. Bilen används dagligen för att transportera brukare till och från dagverksamheten och även för utflykter under hela året.

Planering av ett nytt särskilt boende

Mot bakgrund av den demografiska utvecklingen i Vaxholm har Socialförvaltningen behov av ett nytt särskilt boende. Exploateringsenheten erhöll under hösten år 2017 ett uppstartsbeslut för SÄBO Norrberget, KS 2017-10-26 § 102. Exploateringsenheten tog därefter tillsammans med socialnämnden och socialförvaltningen fram en utredning på ett nytt särskilt boende med 60 lägenheter.

Socialnämnden fattade 2022-11-01 beslut om att föreslå kommunstyrelsen besluta att Stadsbyggnadsförvaltningen ges i uppdrag att utreda alternativa placeringar för byggnation av nytt SÄBO och att presentera resultatet i februari 2023.

Avtalstecknande korttidsboende

Behovet av korttidsplatser har varit stort under senaste året, speciellt inom somatik. Externa platser har köpts i andra kommuner som ligger långt från Vaxholm. Under hösten tecknades ett avtal med boendet på Muskötvägen i Österåker. Avtalet innebär ett abonnemang på 6 korttidsplatser. Avtalet innebär att placeringar på korttidsboende kan göras i närliggande kommun.

Mål och måluppfyllelse

Kvalitet

Vaxholms stads verksamheter har god kvalitet i enlighet med nationella styrdokument och invånarnas upplevelse. Kommunen ger god service som kännetecknas av god tillgänglighet och positivt bemötande.

Nämndens mål: Nöjda brukare: Invånare och närstående är nöjda med socialnämndens verksamheter.

Agenda 2030

 Fredliga och inkluderande samhällen

Analys

Avdelningen för Myndighetsutövning

Enheten för Barn och Ungdom har ett pågående samarbete med utbildningsförvaltningens enhet för samverkan och stöd, i syfte att utveckla olika samverkansformer. Arbetet fortlöper för att hitta gemensamma strukturer och resurser inom ramen för psykisk ohälsa och problematisk skolfrånvaro. Utifrån denna samverkan har ett nytt arbetssätt påbörjats, SSPF- samverkan mellan skola, socialtjänst och fritid. SSPF är ett forum för informationsutbyte med syftet att tidigt fånga upp barn och ungdomar i riskzon för kriminalitet och missbruk. Personal från skola, socialtjänst, polis och fritid samarbetar med vårdnadshavare och barnet/ungdomen för att gynna en positiv utveckling.

POSOM

POSOM gruppen har startat upp igen under hösten.

Våld i nära relationer

Utbildningen via ATV (alternativ till våld) har återupptagits efter pandemin.

Samordningsförbundet-Roslagen – Mobilisering inför arbete

Samordningsförbundets verksamhet riktar sig till individer som inte har arbetat på länge och erhåller långvarigt ekonomiskt bistånd. Verksamheten har öppnat dörrar mot arbetsmarknaden oavsett om det beror på sjukskrivning, rehabilitering eller på något annat. Verksamheten har bidragit till stegförflyttning mot ett ökat deltagande i samhället, bättre hälsa och större social gemenskap.

Tio personer från Vaxholm har deltagit. Flertalet av deltagarna har närmat sig arbetsmarknaden.

Nyanlända

Under 2022 anvisades 19 personer till Vaxholm.

För att möta behov av stöd i etablering på bostadsmarknaden har en flyktingsamordnare rekryterats. Flyktingsamordnaren har arbetat med integration och bostadssökande. Tjänsten är en projektanställning som påbörjades i mars 2022. Under året har 14 personer kunnat flytta till egen bostad tack vare stöd och hjälp från flyktingsamordnaren.

Avdelningen för utförande

Pandemin har under första delen av året fortsatt att påverka verksamheterna. Dagverksamheterna öppnade upp i ordinarie skala under våren. Alla boende på SÄBO och brukare i hemtjänsten har blivit vaccinerade med 4 doser, vilket har underlättat för arbetet i dessa verksamheter.

En tjänst som seniorstödjare startades upp i februari 2022. Seniorstödjaren arbetar 60 % och finansieras via statsbidrag. Seniorstödjaren arbetar på träffpunkt Kanonen. I uppdraget ingår bla att

stötta och hjälpa pensionärsföreningarna, pensionärer som besöker träffpunkten, hålla i olika aktiviteter samt delta på seniordagen.

Statsbidrag

Under 2022 tilldelas Vaxholms stad följande statsbidrag riktade mot äldreomsorg och kommunal hälso-och sjukvård:

- Säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer – 5,1 miljoner
- Motverka ensamhet bland äldre och ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom – 780 000kr
- Välfärdsteknik med de äldre i fokus – 250 000kr
- Överenskommelse om en god och nära vård – 664 000kr

Statsbidragen ska sammanfattningsvis bidra till ökad kompetens hos medarbetare, säkerställa en god vård och omsorg för äldre, öka digitaliseringen samt stödja kommunen i omställningen till god och nära vård.

Nedan beskrivs några av utförda åtgärder kopplade till bidragen:

- Inköp av matsalsmöbler anpassade efter målgruppen (SÄBO och LSS)
- Inköp av digitala läkemedelsskåp (LSS)
- Inköp av elcyklar (Hemtjänst)
- Utbildning av all personal inom demensvård, BPSD (SÄBO).
- Inköp av avancerad medicintekniska utrustning för att minska onödiga sjukhusbesök/inläggningar (SÄBO)
- Inköp av taklyftar för att underlätta förflyttningar (SÄBO)
- Inköp av avancerade trycksårsbehandlande madrasser (SÄBO)
- Inköp av möbler till dagverksamhet, möjliggör aktiviteter och samvaro (Dagverksamhet, Kanonen)
- Kompetensutveckling och stöd för handläggare (Myndighet)
- Utbildning bemötande (SÄBO)

Måluppfyllelse (Procent)



25%

25%

50%

Indikator	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022	Trend	Målnivå 2022	BM-värde 2022
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg -helhetssyn, andel (%)	88 %		87 %	—	90 %	83 %
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg -helhetssyn, andel (%)	68 %		59 %	—	80 %	73 %
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	38	33	25	↘	60	38
Väntetid i antal dagar från ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärde	13	12	9	↘	14	17

Livsmiljö

Vaxholms stad erbjuder en attraktiv livsmiljö där kommunen tillgodoser mänskliga behov inom ramen för jordens resurser. Livsmiljö omfattar både social- och ekologisk hållbarhet.

Nämndens mål: God hälsa främjas hos stadens invånare och deras närstående.

Beskrivning

Social hållbarhet

Agenda 2030



Hälsa och välbefinnande

Analys

Avdelningen för Myndighetsutövning

En ökning av ärendemängden inom IFO's verksamheter under året har märkts och förväntas fortsätta öka.

Ekonomiskt bistånd

En ökning av nyansökningar inom ekonomiskt bistånd har setts. Antalet förväntas fortsatt öka något under 2022 med anledning av det försämrade konjunkturläget och ökad arbetslöshet som följd. De ärenden som inkommit under året är mer komplexa och tidskrävande.

Tabell över ärendemängd inom ekonomiskt bistånd (ej nyanlända)

År	Hushåll/ individer	Bifall	Avslag
2019	81	605	36
2020	83	634	52
2021	74	670	42
2022	81	690	31

Samverkan vid utskrivning från slutenvård (LUS)

Lagen ska främja en god vård för den enskilde som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten. Ledtiderna mellan slutenvård på sjukhus och vård och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende ska hållas så korta som möjligt. Under året har ledtiderna inte överskridits.

Införandet av ett nytt verksamhetssystem har inte hållit tidplanen, varför betalningsansvarsöverenskommelsen ännu inte trätt i kraft.

Avdelningen för Utförande

Stjärnmärkta verksamheter

Samtliga medarbetare inom hemtjänsten som inte var Stjärnmärkta har utbildats under året för att verksamheten ska kunna bibehålla utmärkelsen Stjärnmärkt.

Utbildningen är en modell som svenskt demenscentrum tagit fram och ger grundläggande kunskaper om kognitiva sjukdomar samt verktyg för medarbetarna att arbeta personcentrerat

Boendestöd

Boendestödet har under 2022 startat upp en mötesplats, LYAN, för personen inom målgruppen

socialpsykiatri. Mötesplatsen ger möjligheter till nya kontakter och bryta isoleringen. Aktiviteter anordnas i form av tex spel, målning och fikastunder. Som ett resultat av aktiviteten har ett flertal av brukarna minskat sitt behov av boendestöd och ökat sin självständighet.

Personligt ombud

Personligt ombud och jobbcoachen samarbetar för att gemensamt stötta de personer som har stöd av det personliga ombudet. En ökning av personer som tar kontakt med det personliga ombudet har skett sen restriktionerna för pandemin togs bort.

Måluppfyllelse (Procent)



Indikator	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022	Trend	Målnivå 2022	BM-värde 2022
Ej återaktualiserade ungdomar 13-20 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	92 %	88 %		—	90 %	78 %
Ej återaktualiserade vuxna med missbruksproblem 21+ ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	90 %	81 %		—	90 %	74 %
Ej återaktualiserade vuxna personer med försörjningsstöd ett år efter avslutad försörjningsstöd, andel (%)	99 %	88 %	86 %	↘	95 %	82 %

BM-värde 2022 avser utfall 2019. Indikator för ej återaktualiserade ungdomar och missbrukare 21+ publiceras inte i Kolada varför indikatorn faller bort.

Nämndens mål: Socialnämnden tillvaratar digitaliseringens möjligheter för att öka självständighet, delaktighet och verksamheternas kvalitet.

Agenda 2030

Hållbar konsumtion och produktion

Analys

Socialförvaltningen har arbetat kontinuerligt med att öka verksamheternas kvalitet med hjälp av digitalisering och ny teknik samt utvecklandet av e-tjänster. Avdelningen för myndighetsutövning samt några fler enheter har utbildats i "Medvetet digitalt arbetssätt" i syfte att mer effektivt kunna använda digitala verktyg som stöd i planering och prioritering för att underlätta sitt dagliga arbete.

Under året har regionens nya verksamhetssystem för utskrivning från slutenvård implementerats för äldreomsorg, och arbetet fortgår under 2023 med implementering för individ- och familjeomsorg.

På hemtjänsten egen regi har projekt digitaliseringsombud genomförts i syfte att stärka hemtjänstpersonalens kompetens inom digitalisering och välfärdsteknik. Detta för att kunna främja nya arbetssätt och öka användandet av välfärdsteknik och andra IT-lösningar. Hemtjänsten egen regi har även upphandlat och implementerat digital tillsyn, som främst används under nattetid för att öka trygghet och nattsömnens kvalitet.

Socialförvaltningen har även påbörjat ett större arbete för digital inkludering för våra målgrupper. Fixartjänsten har utökats under året till att även inkludera hjälp till äldre med enklare IT och digitala frågor. Ett flertal IT-handledningar har genomförts, bland annat som en del i Medborgarveckan och

Kanonen har utrustat med ett flertal surfplattor för att underlätta kontinuerligt lärande för våra seniorer. Både föreningar och privata aktörer har haft möjlighet att ansöka om digitaliseringsbidrag för att motverka ensamhet bland äldre och/eller för kompetensutveckling gällande informationssäkerhet, välfärdsteknik eller digitalisering inom äldreomsorg.

Under året har även ett större informationssäkerhetsprojekt genomförts i syfte att öka verksamheternas kontinuitet och säkerställa arbetssätt och teknik som möjliggör säker hantering av våra informationstillgångar.

Måluppfyllelse (Procent)



100%

Indikator	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022	Trend	Målnivå 2022	BM-värde 2022
Digitaliseringsgrad inom socialnämndens områden	54 %	54 %	54 %	→	60 %	

Indikatorn för förvaltningens digitaliseringsgrad är ej längre tillgänglig via SKR. Förvaltningen har under året gjort en översyn över andra lämpliga metoder för att ersätta indikatorn och beslutat att från och med 2023 använda verktyget DiMiOS. Digital Mognad i Offentlig Sektor (DiMiOS) är en evidensbaserad modell, framtagen vid Göteborgs universitet, som hjälper organisationen att mäta och följa upp digital mognad. Modellen är framtagen på regeringsuppdrag av svenska forskare.

Ekonomi

Vaxholms stad har en god ekonomi i balans. Den kommunala servicen är kostnadseffektiv så att skattepengarna ger så stort värde som möjligt.

Nämndens mål: Ekonomin är långsiktigt hållbar

Beskrivning

Socialnämnden verkar för en budget i balans och därmed bidra till det kommunövergripande målet om ett överskott på 2%.

Agenda 2030

Anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt

Hållbar konsumtion och produktion


Måluppfyllelse (Procent)



25%

75%

Indikator	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022	Trend	Målnivå 2022	BM-värde 2022
Nettokostnadsavvikelse för individ- och familjeomsorg (%)	-25,3%	-23,6%	-23,6%	→	0%	-11,6%
Nettokostnadsavvikelse äldreomsorg, (%)	-6,3%	-5,8%	-5,8%	→	0%	-12,5%
Nettokostnadsavvikelse LSS, (%)	3,7%	2,4%	2,4%	→	0%	3,5%

Indikator	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022	Trend	Målnivå 2022	BM-värde 2022
 Resultatavvikelse i procent (%) av budget	3,3%	7,2%	6,1%	→	0%	

Åtgärdsplan årsbokslut

Åtgärdsplanen omfattar de mål där utfallet för en eller flera indikatorer inte når minst 85 procent av uppsatta och beslutade målnivåer. Dessa indikatorer illustreras med röd färg i årsbokslutet.

Åtgärdsplanen beskriver de åtgärder nämnden beslutar ska genomföras för att nå uppsatta och beslutade målnivåer. Planen ska kontinuerligt följas upp och status ska rapporteras vid kommande delårs- och årsbokslut.

Mål

Indikatorer

Indikatorer där utfall ej uppnått minst 85 procent av målnivån	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022	Målnivå 2020	Målnivå 2021	Målnivå 2022	BM-värde 2022	Infördes i plan (år/mån)
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	96	-	59	79	80	74	73	2021

Planerade åtgärder

Åtgärd	Ansvarig	Slutdatum
Enkätundersökning avseende Särskilt boende i Vaxholm	Camilla Lundholm	221231
Fördjupad granskning av Särskilt boende i Vaxholm	Agneta Franzén	230131

Beskrivning av planerade åtgärder

Under hösten utfördes en enkätundersökning till anhöriga till boende inom Vaxholms äldreboende. Syftet var att komplettera socialstyrelsens årliga brukarundersökning eftersom den hade lågt svarsdeltagande för Vaxholms del.

Svarsfrekvensen för den egna undersökningen var ca 50%. Resultatet indikerar vissa kvalitetsbrister och skillnader mellan de olika boendeenheterna. Fördjupad analys redovisas till nämnd under våren 2023.

Den fördjupade granskningen har fokuserat på utförd hälso och sjukvård för att säkerställa att entreprenören uppfyller ställda krav enligt avtal. Resultatet kommer att redovisas i nämnd under våren 2023.

Driftbudget

Verksamhet, belopp i mnkr	Bokslut 2022	Budget 2022	Budget-avvikelse	Bokslut 2021
Flykting barn/vuxna	1,2	0,0	1,2	-1,1
Funktionshinderomsorg	-48,7	-51,7	3,0	-48,1
Förvaltningsledning OH Stab	-6,2	-6,1	-0,1	-1,8
Individ och familjeomsorg	-13,7	-18,2	4,5	-12,6
Myndighetsutövning	-3,4	-3,3	-0,1	-2,6
Socialnämnd	-0,5	-0,6	0,1	-0,5
Äldreomsorg	-100,9	-107,8	7,0	-98,1
Övrig OH myndighet och utförare	-13,6	-13,4	-0,2	-13,4
Övrigt	-0,8	-0,9	0,0	-0,7
Periodens resultat	-186,8	-202,1	15,3	-178,9

Sammanfattning av de största avvikelserna för utfallet helåret 2022:

Utfallet för helåret 2022 visar en positiv budgetavvikelse på 15,3 mnkr.

Funktionshinderomsorgen

Verksamhetsområdet visar ett överskott på 3,0 mnkr där i huvudsak socialpsykiatrin står för överskottet (2,6 mnkr).

Detta tyngs ned av fortsatt ökade boendeplatser enligt LSS, vilket kostnadsmissigt överskrider budget med -1,8 mnkr. Boendeplatser enligt LSS för vuxna visar en negativ budgetavvikelse på -4,5 mnkr medan boendeplatser enligt LSS för barn gör ett överskott på 2,8 mnkr. LSS-verksamheten visar på helheten totalt ett utfall på 0,3 mnkr, eftersom daglig verksamhet (0,8 mnkr), personlig assistans (0,6 mnkr) och övriga insatser enligt LSS (0,9 mnkr) väger upp resultatet.

Individ och familjeomsorgen

Individ och familjeomsorgen visar ett överskott på 4,5 mnkr. Orsaken till överskottet är i huvudsak på grund av 5,1 mnkr överskott inom barn och unga där kostnaderna för familjehem har minskat med en fortsatt avsaknad av barnplaceringar. Därtill visar försörjningsstöd ett positivt budgetöverskott på 0,5 mnkr.

Överskottet tyngs dock ner av vuxna/missbruk (-0,6 mnkr) samt familjerätt och familjerådgivning (-0,5 mnkr).

Äldreomsorgen

Äldreomsorgen gör totalt ett överskott på 7,0 mnkr. Särskilt boende uppvisar ett överskott på 13,8 mnkr där överskottet i huvudsak beror på lägre volymer av externa platser (11,9 mnkr). Den egna entreprenaden i Vaxholm visar ett överskott på 1,8 mnkr.

Hemtjänsten gör samtidigt ett underskott på motsvarande -5,8 mnkr. Den egna regin visar ett underskott på -2,6 mnkr, främst som ett resultat av högre personalkostnader än budgeterat (-3,2 mnkr). Även den externa hemtjänstens ökade volymer bidrar till ett underskott på -3,1 mnkr. Verksamheten korttidsboende uppvisar totalt ett negativt utfall med -0,9 mnkr på grund av högre volymer externa korttidsplatser. Vaxholms egen entreprenad ligger positivt i linje med budget (0,2 mnkr).

Bruttoredovisning	Utfall 2022	Budget 2022	Budgetavvikelse
3. Intäkter	38,2	30,4	7,8

4. Entrepr., Konsulter & Bidrag	-146,4	-160,7	14,3
5. Kostnader För Arbetskraft	-50,8	-48,2	-2,6
6. Övriga Verksamhetskostnader	-12,2	-8,7	-3,5
7. Övriga Verksamhetskostnader	-3,4	-2,7	-0,7
8. Finansiella intäkter/kostnader	0,0	0,0	0,0
9. Internredovisning	-12,2	-12,1	0,0
Totalt	-186,8	-202,1	15,3

Här kommenteras de större avvikelserna bland kostnadsslagen:

Intäkter

Ett budgetöverskott på 7,8 mnkr som i huvudsak beror på ökade intäkter i form av statsbidrag. Bidragsposten avviker i positiv bemärkelse mot budget med 6,9 mnkr. Även intäkter för taxor och avgifter inom äldreomsorgen visar på en positiv budgetavvikelse (0,9 mnkr) samtidigt som hyresintäkterna för året är enligt budget.

Entreprenad, konsulter och bidrag

Uppvisar en positiv budgetavvikelse på totalt 14,3 mnkr. Består i huvudsak av ett överskott som avser entreprenadkostnaderna på 15,1 mnkr. Den största enskilda posten är särskilt boende som visar ett budgetöverskott på 12,7 mnkr på i entreprenadkostnader.

Kostnader för arbetskraft

Utfallet för helåret 2022 uppvisar ett underskott på totalt -2,6 mnkr. Huvudorsaken är de höga personalkostnaderna inom äldreomsorgen (-3,9 mnkr), där bland annat hemtjänsten (egen regi) visar en negativ avvikelse mot budget på -3,2 mnkr.

Investeringar

Investeringar belopp i mnkr	Bokslut 2022	Budget 2022	Budget- avvikelse
Digital utveckling	0	-0,2	0,2
Inventarier	0	-0,3	0,3
Miljöbil	0	-0,4	0,4
Summa	0	-0,8	0,8

Socialförvaltningen
Jan Sjöström
Verksamhetsutvecklare

Uppföljning av internkontrollplan 2022

Förslag till beslut

Uppföljning av nämndens internkontrollplan 2022 godkänns och överlämnas till kommunstyrelsen för information.

Sammanfattning

Förvaltningen redovisar uppföljning och resultat av socialnämndens internkontroll 2022. Uppföljningen utgår från de kontrollmoment som fastställdes i nämndens internkontrollplan 2022. Enligt Vaxholms stads riktlinjer ska nämnderna i samband med årsredovisningen rapportera resultatet av den interna kontrollen till kommunstyrelsen.

Syftet med internkontroll är att bidra till att verksamheten bedrivs effektivt och säkert samt att risker identifieras och hanteras för att undgå allvarliga fel. Den interna kontrollen innebär att på en rimlig nivå säkerställa att:

- tillämpliga lagar, föreskrifter, riktlinjer med mera följs
- finansiell rapportering och information om verksamheten är tillförlitlig, tillräcklig och ändamålsenlig
- verksamheten är ändamålsenlig och kostnadseffektiv
- allvarliga fel och brister upptäcks eller elimineras

Ansvar för internkontroll finns reglerat i kommunallagen 6 kap 6 §: "Nämnderna skall var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten". De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Barnrättsperspektivet/Prövning av barnets bästa

Förslaget beslut bedöms inte få några konsekvenser för barn.

Jämställdhetsperspektivet

Förslaget beslut bedöms inte få några konsekvenser/effekter ur ett jämställdhetsperspektiv.



Handlingar i ärendet

- Tjänsteutlåtande, Jan Sjöström, 2023-01-31
- Uppföljning internkontroll 2022 Socialnämnden

Kopia på beslutet till:

För åtgärd:

Kommunstyrelsen

För kännedom:

Anne-Lie Vernersson Timm, kvalitetscontroller, kommunledningskontoret



**VAXHOLMS
STAD**

Uppföljning internkontroll 2022

Socialnämnden

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	3
2	Uppföljning av risker och åtgärder	4
2.1	Styra, leda och utveckla verksamheten.....	4
2.2	Ge stöd, vård och omsorg	4
2.3	Bereda och fatta politiska beslut.....	5
2.4	Upphandla och köpa in	5
2.5	Administrera ekonomi.....	6

1 Inledning

Syfte

Syftet med internkontroll är att bidra till att verksamheten bedrivs effektivt och säkert samt att risker identifieras och hanteras för att undgå allvarliga fel. Den interna kontrollen innebär att på en rimlig nivå säkerställa att:

-tillämpliga lagar, föreskrifter, riktlinjer med mera följs. Det innefattar lagstiftning, kommunens interna regelverk samt ingångna avtal med olika parter.

-finansiell rapportering och information om verksamheten är tillförlitlig, tillräcklig och ändamålsenlig. Det innebär att ha tillgång till rättvisande räkenskaper, ändamålsenlig redovisning av verksamhetens prestationer avseende kvantitet, kvalitet och resursanvändning samt övrig relevant information om verksamheten.

-verksamheten är ändamålsenlig och kostnadseffektiv. Det innebär att ha kontroll över insatta resurser i förhållande till prestationer och kvalitet samt att säkerställa att fattade beslut verkställs och följs upp.

Internkontroll är en integrerad del av kommunens samtliga rutiner, processer och system. Alla, såväl förtroendevalda som tjänstepersoner, är på olika sätt involverade i arbetet med internkontroll och arbetet med att hantera risker som negativt kan påverka att målsättningar uppnås. En väsentlig del i internkontrollen utgörs dock av riskanalys och riskhantering i form av förebyggande åtgärder och kontrollmoment.

Ansvar

Kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret för att det finns en god internkontroll. Nämnderna har ansvar att se till att den interna kontrollen är tillräcklig i inom respektive verksamhetsområde.

Internkontrollplan och uppföljning

Internkontrollplanen upprättas utifrån en riskanalys som baseras på de processer/rutiner som finns inom kommunens olika verksamhetsområden. Vid riskanalys gör man en bedömning av sannolikheten för att olika risker skulle kunna inträffa samt en bedömning av vilka konsekvenser det skulle få om det sker. Bedömning av konsekvenser utgår från skada för brukare, medarbetare eller tredje part, samt konsekvenser för kommunens ekonomi och/eller förtroende/varumärke.

Risken ska omprövas varje år och en internkontrollplan ska fastställas av respektive nämnd i samband med beslut om mål och budget.

Nämnderna ska i samband med årsredovisningen rapportera resultatet av den interna kontrollen inom nämnden till kommunstyrelsen som i sin tur utvärderar kommunens samlade system och beslutar om det behöver göras förbättringar.


2 Uppföljning av risker och åtgärder


I avsnittet redovisas uppföljning av de risker som ingick i internkontrollplanen 2022 samt de eventuella åtgärder som har vidtagits under året för att minska eller eliminera risken.

2.1 Styra, leda och utveckla verksamheten


Revidera styrdokument


Risk: Att handläggning och beslut inte följer nationella mål, lagar och rättspraxis.

Kontrollmoment	Bedömning	Kommentar
Att samtliga områden för nämnden har aktuella styrdokument som revideras minst var tredje år eller vid betydande förändringar	 Mindre avvikelser	Riktlinjer för ekonomiskt bistånd, träningslägenheter, bostadsanpassningsbidrag samt föreningsbidrag är äldre än 3 år och behöver revideras.

Förebyggande åtgärder	Status	Kommentar
Att årligen följa upp att det finns relevanta och uppdaterade styrdokument i ledningsgruppen	 Pågående	

Risk: Att avväganden och inriktningsbeslut inte leder till förmån för verksamheten.

Kontrollmoment	Bedömning	Kommentar
Uppföljning av lokalförsörjningsplanen, volymer samt budget.	 Mindre avvikelser	Samverkan med ekonomienheten har utförts enligt plan för att bedöma volymer och utfall för 2023. Lokalförsörjningsplanen från 2020-09-16 behöver revideras under 2023 utefter befolkningsprognos för 2023. Volymer för budget 2022 inom främst särskilt boende överprognostiserades, vilket påverkade utfallet i alltför hög positiv riktning.

Förebyggande åtgärder	Status	Kommentar
Arbete med lokalförsörjningsplanen, planeringsdagar, omvärldsanalys	 Pågående	


2.2 Ge stöd, vård och omsorg

Utreda behov

Risk: Överbeviljande av insatser


Kontrollmoment	Bedömning	Kommentar
Uppföljning av verkställighet.	 Mindre avvikelser	Inom området hemtjänst följs inte alltid beställningar upp inom målsatt tid. Rutiner för att granska genomförandeplaner har inte efterlevts. Bristar i uppföljningsprocessen har uppmärksammats och kommer att


Kontrollmoment	Bedömning	Kommentar
		åtgärdas under 2023. Få icke verkställda beslut har inrapporterats till IVO.

Förebyggande åtgärder	Status	Kommentar
Upprättade och efterlevda rutiner och uppföljningsmoment för tidsbegränsade beslut	 Pågående	

Utföra beställning

Risk: Underutförande av insatser


Kontrollmoment	Bedömning	Kommentar
Granskning och uppföljning av synpunkter och klagomål samt kontroll vid individuppföljningar.	 Mindre avvikelser	En ny riktlinje för handläggning av synpunkter/klagomål samt avvikelser beslutades av nämnd 2022-01-18. Syftet är att lättare kunna arbeta systematisk med inlämnade synpunkter och klagomål. Under året har fokus varit på att på att överföra rapportering i verksamhetssystemet LifeCare för att kunna följa trender eller effekter av åtgärder samt att lättare kunna följa olika verksamheter. Systemet används inte fullt och under 2023 behöver myndigheten arbeta vidare förtydliga processer och rutiner.

Förebyggande åtgärder	Status	Kommentar
Upprättade och efterlevda rutiner och uppföljningsmoment för tidsbegränsade beslut	 Avslutad	

2.3 Bereda och fatta politiska beslut


Risk: Delegeringsbeslut återrapporteras inte

Kontrollmoment	Bedömning	Kommentar
Antal rapporterade delegeringsbeslut per nämnd	 Mindre avvikelser	Endast 8 delegeringsbeslut är redovisade för 2022. Antalet bedöms vara för lågt.

Förebyggande åtgärder	Status	Kommentar
Utbildning, information och påminnelse om att rapportera delegeringsbeslut	 Försenad	

2.4 Upphandla och köpa in

Risk: Bristande kvalitet och/eller felaktiga priser från leverantör/privat utförare

Kontrollmoment	Bedömning	Kommentar
Uppföljning av privat utförare enligt beslutad uppföljningsplan	 Mindre avvikelser	Under arbetet med att följa upp privata utförare har slutförts enligt plan. Gällande avtal inom LOV bedöms ha brister och

Kontrollmoment	Bedömning	Kommentar
		behöver revideras.

Förebyggande åtgärder	Status	Kommentar
Information och utbildning för berörda	✓ Avslutad	
Uppföljning av privata utförare enligt beslutade rutiner	✓ Avslutad	
Vara/tjänst och pris stämmer med beställning/avtal	✓ Avslutad	

2.5 Administrera ekonomi

Redovisa

Risk: Attestreglerna efterlevs inte

Kontrollmoment	Bedömning	Kommentar
Kontering och attest stämmer med kontoplanen och attestordningen. Attestförteckningarna är fullständiga och uppdaterade.	● Ingen avvikelse	

Förebyggande åtgärder	Status	Kommentar
Utbilda nya chefer samt tydliggöra information på intranätet.	— Ej påbörjad	

Risk: Ofullständig verifikation avseende förtroendekänsliga poster

Kontrollmoment	Bedömning	Kommentar
Förtroendekänsliga poster är rätt konterade, har datum och syfte angett och deltagarlista bifogad.	● Ingen avvikelse	

Risk: Felaktigheter kundfakturering

Kontrollmoment	Bedömning	Kommentar
Stickprov genomförs på utfärdade kundfakturor.	■ Större avvikelse	Ett flertal avvikelser har uppmärksammats i form av bland annat dubbelfakturering vilket har skapat onödigt merarbete. Även brister i hanteringen av obetalda egenavgifter har uppmärksammats och åtgärdats. Nya rutiner har införts och behöver utvärderas under 2023. Rutiner för att återkoppla brister hos upphandlade leverantörer behöver också utvecklas då det råder oklarheter kring hur fel och brister ska återkopplas till upphandlingsavdelningen.

Förebyggande åtgärder	Status	Kommentar
Alla förvaltningar tillämpar tvåhandsprincip vid kundfakturering.	✓ Avslutad	

Socialförvaltningen
Jan Sjöström
Verksamhetsutvecklare

Tjänsteutlåtande uppföljning privata utförare

Förslag till beslut

1. Uppföljning av privata utförare 2022 godkänns och överlämnas till kommunstyrelsen för information.
2. Uppföljningsplan för 2023 för privata utförare antas och överlämnas till kommunstyrelsen för information.

Sammanfattning

När en kommunal angelägenhet överlämnas till en privat utförare ska kommunen följa upp och kontrollera verksamheten.

Det är varje nämnds ansvar att säkerställa att:

- utförare följer de lagar, förordningar och föreskrifter som gäller för verksamheten,
- verksamheten bedrivs i enlighet med angivna mål och riktlinjer.

Varje nämnd ska utifrån aktuellt program för mål och uppföljning av privata utförare utarbeta en plan för när och på vilket sätt avtal och verksamhet som utförs av privata utförare ska följas upp.

Nämndens uppföljning av privata utförare ska redovisas i samband med nämndens verksamhetsberättelse som ett eget ärende. Uppföljningsplanen och resultatet av uppföljningen ska årligen delges kommunstyrelsen. Kommunstyrelsen ska i kommunens årsredovisning redovisa för fullmäktige hur arbetet med uppföljning har bedrivits och resultatet av denna.

Utfallet av kontrollmomenten för 2022 redovisas i separat bilaga.

Avtalsuppföljningen påvisar förbättrings- och utvecklingsområden för flera leverantörer.

Områden som påvisar allvarliga avtalsbrott, försummelse eller liknande som skulle ligga till grund för vite eller uppsägning av avtal saknas.

Barnrättsperspektivet/Prövning av barnets bästa

Föreslaget beslut bedöms inte få några konsekvenser för barn.

Jämställdhetsperspektivet

Föreslaget beslut bedöms inte få några konsekvenser/effekter ur ett jämställdhetsperspektiv.



Handlingar i ärendet

- Tjänsteutlåtande, Jan Sjöström, 2023-01-31
- Socialnämndens uppföljningsplan av privata utförare 2023
- Uppföljningsrapport privata utförare socialnämnd 2022
- Bilaga till uppföljningsrapport av privata utförare 2022

Kopia på beslutet till:

- Kommunstyrelsen
- Anne-Lie Vernersson Timm, kvalitetscontroller, kommunledningskontoret

Rapport uppföljning av privata utförare för Socialnämnden 2022

Inledning

Kommunfullmäktige har beslutat om ett program för mål och uppföljning av verksamhet som utförs av privata utförare. Programmet omfattar mandatperioden 2019-2022. I kap. 10 kommunallagen (2017:725) regleras kommunens ansvar för kommunala angelägenheter som har lämnats över till privata utförare.

Uppföljning är en viktig del i kvalitetsarbetet och kommunen är ansvarig för att följa upp verksamhet oavsett utförare. Kopplat till programmet ska varje nämnd utarbeta en plan för när och på vilket sätt verksamhet som utförs av privata utförare ska följas upp.

Syftet med att göra uppföljning är att:

- kontrollera att lagar, förordningar och föreskrifter följs,
- uppdragen utförs i enlighet med förfrågningsunderlag, anbud och avtal och att verksamheten utförs med god kvalitet,
- utgöra ett underlag i stadens förbättringsarbete för att utveckla och förbättra verksamhet och tjänster till medborgarna,
- analysera risker och bedöma privata utförares förmåga och beredskap att fullgöra sina avtal.

Uppföljningen rapporteras till ansvarig nämnd i samband med nämndens verksamhetsberättelse som ett eget ärende. Uppföljningsplanen och resultatet av uppföljningen ska årligen delges kommunstyrelsen.

Typer av uppföljning

Regelbunden uppföljning

Den regelbundna uppföljningen av privata utförare sker årligen inom beslutade områden. Regelbunden uppföljning beskrivs i uppföljningsplanen.

Fördjupad uppföljning

Efter en riskbedömning fastställs eventuellt fokusområde för en fördjupad/riktad uppföljning. Fördjupad uppföljning görs på förekommen anledning utifrån behov av att granska ett specifikt område eller en specifik fråga. Fördjupad uppföljning beskrivs i uppföljningsplanen.

Händelsestyrd uppföljning

En händelsestyrd uppföljning orsakas av en särskild händelse. Det kan exempelvis vara:

- upprepade klagomål/avvikelser hos samma leverantör eller enstaka klagomål/avvikelser där det föreligger en uppenbar risk att den upprepas, särskilt allvarlig händelse, till exempel medvetna avsteg från avtal eller upprepade händelser i ett tydligt mönster,
- stora olikheter i debitering och/eller fakturering.

Händelsestyrd uppföljning kan inte planeras och beskrivs därför inte i uppföljningsplanen. Om det under året uppkommer den här typen av uppföljning kommer det att rapporteras till nämnden i samband med rapportering av övrig uppföljning. Socialnämnden har egna fördjupade rutiner och system för händelsestyrd uppföljning.

Individuppföljning

Biståndshandläggarna har ansvar för planering och uppföljning av beviljade insatser till enskilda. Individuppföljningen fokuserar på vilken effekt insatsen/insatserna fått för den enskilde. Biståndsbesluten ska enligt gällande lagstiftning följas upp vid behov och minst en gång per år. Uppföljningen resulterar oftast i nytt biståndsbeslut som delges den enskilde och leverantören. Individuppföljning ingår ej i nämndens uppföljningsplan.

Uppföljning på olika nivåer

Ekonomisk status

Inför avtalstecknande kontrolleras ekonomisk status till exempel gällande kreditvärdighet, betalning av skatter och avgifter, moms mm. Inför betalning av fakturor görs kontroll av leverantör och transaktion via extern tjänst för säkra betalningar.

Avtalsuppföljning

Avtalsuppföljning styrs innehållsmässigt av det förfrågningsunderlag som legat till grund för avtalets tecknande. Kontroll sker att ska-krav på utföraren är uppfyllda och att beställda och fakturerade tjänster utförts.

Krav på ledningssystem

Alla utförare av socialtjänst är skyldiga att ha ett ledningssystem för kvalitet (SOSFS 2011:9).

Uppföljning av avvikelser

Uppföljning av avvikelser kan ske genom exempelvis kontroll hos Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Det kan också ske genom en sammanställning av inkomna klagomål och synpunkter.

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar enligt HSL omfattar de som bor i de särskilda boendeformer eller bostäder med särskild service och de som vistas i dagverksamheter och daglig verksamhet, Ansvaret omfattar insatser till och med sjuksköterskenivå, även arbetsterapeut och fysioterapeuter. Det omfattar också habilitering, rehabilitering och hjälpmedel. MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) ansvarar för uppföljning av hälso- och sjukvård, den planerade uppföljningen och utvecklingsområden beskrivs i en årlig patientsäkerhetsberättelse.

Brukarnas/invånarnas uppfattning om kvalitet

Brukarnas uppfattning kan inhämtas på olika sätt, till exempel via enkäter.

Arbetsformer och process för uppföljning

Beroende på verksamhetens omfattning och inriktning utförs följande kontrollpunkter:

- Kontroll av utförarens ekonomiska förutsättningar
- Kontroll av tillståndsbevis
- Dokumentgranskning
- Intervjuer med utförare
- Inspektioner av lokaler
- Uppföljning av årets inlämnade avvikelser samt synpunkter och klagomål

Uppföljningarna utförs som regel i slutet av året eller annan tidpunkt om inkommer uppgifter som styrker behov av en händelsestyrd uppföljning. Det kan exempelvis handla om misstanke av omfattande brister i utförd verksamhet eller ekonomiska oegentligheter. Den händelsestyrda uppföljningen syftar till att följa upp och kontrollera eventuella brister i verksamheten och sker utöver den planerade avtalsuppföljningen.

Privata utförare

Lista på privata utförare inom nämndens ansvarsområde som omfattas av uppföljningsplanen.

Verksamhetsområde	Privat utförare
Hemtjänst: LOV Omvårdnad/ service	Olir AB
Hemtjänst: LOV Omvårdnad/ service	Tisa AB
Hemtjänst: Tvätteritjänster	Samhall
Hemtjänst: Matlådor	Eatery
Hemtjänst: Matinköp	Mathem
LSS:	Nordström assistans
LSS: Entreprenad; Bostad med särskild service samt boende samt daglig verksamhet	Olivia omsorg
Särskilt boende: Entreprenad; Boende samt dagverksamhet	Förenade Care

Resultat av regelbunden uppföljning

Nedan visas utfall av kontrollpunkter som har åtgärdats/ behöver åtgärdas samt med kommentar. Utfallet att samtliga kontrollpunkter redovisas i separat bilaga: Kontrollmoment 2022.

Kontrollmoment (Olr Ab)

Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
Utföra omvårdnad SoL	Finns synpunkter och klagomål avseende insatser enligt SoL	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Anonyma klagomål har inkommit som avser brister i insatser. Arbete med att följa upp synpunkten är svår att utreda på grund av önskemål om anonymitet.
Upprätta genomförandeplan	Är genomförandeplanen upprättad inom avtalad tid.	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Utföraren har inte följt rutinerna att inlämna genomförandeplanerna inom avtalad tid.
Rapportera avvikelser HSL	Bedöms rapporteringen av fall som rimliga	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Det rapporteras fall, dock i ett lågt antal i förhållande till antal kunder, se över rutin.
Rapportera avvikelser HSL	Följer leverantören processen för avvikelshantering	■ Ej godkänd, åtgärd krävs	Rutinen för hantering av avvikelser behöver göras känd hos all personal och det behövs en tydlighet i vad som är en avvikelse och hur det ska rapporteras. Idag rapporteras ett fåtal avvikelser i ett fåtal kategorier. De avvikelser som rapporteras är adekvata men det finns risk för underrapportering.
Rapportera avvikelser SoL	Följer leverantören processen för synpunkter och klagomål	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	På grund av möjlig underrapportering behöver rutinen ses över och kvalitetssäkras.
Samverkan angående larm- och nattinsatser	Hur har samverkan med nattpatrullen fungerat	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Under året uppmärksammades brister mellan natt/ larmpersonal avseende informationsöverföring från leverantören till egen regi. Ett flertal samverkansmöten har genomförts för att säkra samarbetet.

Kontrollmoment (Tisa AB)

Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
Samtliga kontrollmoment godkända	Samtliga kontrollmoment godkända	● Godkänd, ingen åtgärd	

Kontrollmoment (Samhall)

Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
Samtliga kontrollmoment godkända	Samtliga kontrollmoment godkända	 Godkänd, ingen åtgärd	

Kontrollmoment (Eatery)

Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
Kvalitet på matlådor	Har varje matleverans en komplett följesedel med information om alla ingredienser.	 Delvis godkänd, åtgärd krävs	Brister i kvalitet är uppmärksammat. I vissa fall upplevs maten som oaptitlig.
Årsredovisning	Har utföraren finansiell stabilitet	 Ej godkänd, åtgärd krävs	Bolaget redovisar förlust för bokslut år 2021. Risk för att avtal inte förlängs och att ersättningen för matlådor behöver höjas betydligt.

Egenkontroller (Mathem)

Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
Har utföraren finansiell stabilitet	Uppföljning av årsredovisning	 Ej godkänd, åtgärd krävs	Företaget har betydande förluster över flera år. Risk för prishöjning finns.

Kontrollmoment (Nordströms assistans)

Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
Utföra omvårdnad SoL	Upprättas genomförandeplaner enligt avtal	 Ej godkänd, åtgärd krävs	Planer lämnas ej in till förvaltningen enligt avtal
Verkställa inom avtalad tid	Finns brister i verkställda inom avtalad tid	 Delvis godkänd, åtgärd krävs	Leverantören har svart att rekrytera vilket lett till icke verkställda beslut.



Kontrollmoment (Olivia)

Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
Utföra den hälso- och sjukvård som läkare förordnat	Har den hälso- och sjukvård som läkare förordnat utförts	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Går ej att bedöma hela delarna av detta område då det saknas HSL-journaler för granskning och kontroll av efterlevnad i rutiner, dessa har ej skickats in. Bedömning har gjorts av rutiner vilka har fått godkänt.
Journalföra i den omfattning som föreskrivs patientdatalagen	Journalförs det i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen?	■ Ej godkänd, åtgärd krävs	Underlag ej inlämnade.
Rapportera avvikelser HSL	Övrigt	■ Ej godkänd, åtgärd krävs	Kategorisering av vissa avvikelser behöver justeras så att färre hamnar under "övrigt". I de flesta fall hör avvikelserna hemma i någon av de andra kategorierna.
Utföra patientsäker hantering av medicintekniska produkter.	Utförs patientsäker hantering av medicintekniska produkter.	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	

Egenkontroller (Forenede Care)

Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
Utföra den hälso- och sjukvård som läkare förordnat	Har den hälso- och sjukvård som läkare förordnat utförts	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	3 av 5 områden godkända utan åtgärd. Övriga 2 områden är delvis godkända där mindre justeringar i rutiner behövs och plan för implementering av nya rutiner i verksamheten ska redovisas.
Utföra delegering	Är beslut om delegering förenliga med patientsäkerheten	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Rutinen är godkänd, alla delar finns med och den är utförligt beskriven och tydlig i ansvarsfördelning mm. Efterlevnaden av rutinen brister, det saknas dokumentation för uppföljning av delegeringsbeslut samt att det i intervju bekräftas att rutinen inte alltid efterlevs. Säkerheten kring delegering känns dock trygg och det är ett lågt antal avvikelser kopplat till delegeringar men rutinen behöver göras känd och implementeras av all personal, främst sjuksköterskor som brösttit i dokumentationen. Handlingsplan ska tas fram för åtgärd.
Utföra omvårdnad SoL	Finns synpunkter och klagomål avseende insatser enligt SoL	◆ Delvis godkänd,	Det har inkommit en del synpunkter och klagomål till verksamheten. Analys av inkomna klagomål visar återkommande på en upplevd brist i kvaliteten på



Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
		åtgärd krävs	omvårdnaden och bemötande. Vaxholms stad och ledningen på Förenade Care har tät kontakt gällande det ökade antalet klagomål och synpunkter. Handlingsplan ska tas fram.
Utföra omvårdnad SoL	Upprättas genomförandeplaner enligt avtal	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Genomförandeplaner är godkända och korrekt upprättade, dock saknades rutin för att skicka in dessa till biståndsenheten enligt avtal, rutinen är korrigerad och åtgärdad.
Utföra service enligt SoL	Finns synpunkter och klagomål avseende insatser enligt SoL gällande serviceinsatser	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Det har inkommit en del synpunkter och klagomål till verksamheten. Analys av inkomna klagomål visar återkommande på en upplevd brist i kvaliteten och felhantering av tvätt, borttappade ägodelar samt brister i bemötande. Handlingsplan ska tas fram.
Arkivera hälso och sjukvårdsjournaler	Efterlevs lagstiftning gällande arkivering av hälso- och sjukvårdsjournaler	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Finns en utförlig rutin för Förenade Cares boenden men då vi i avtal kräver att utföraren följer Vaxholms stad riktlinje för hantering och gallring av patientjournaler behöver en lokal rutin tas fram och stämmas av med riktlinjen. Hanteringen är godkänd vid granskning men rutin saknas och behöver tas fram.
Utföra gott bemötande	Finns synpunkter från anhöriga eller brukare om brister i bemötande	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Resultat från egen brukarundersökning visar på vissa upplevda brister avseende bemötande och lokaler. Leverantören arbetar kontinuerligt med frågan.
Bemanna enligt avtal	Följer leverantören utlovad bemanning	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Vid granskning av bemanning och schema följer leverantören sina åtaganden utöver att det saknas en enhetschef för tillfället, åtgärdsplan för detta är presenterad och godkänd. Bitvis har bemanning på dagverksamheten varit för låg pga. personal som slutat, rekrytering pågår.
Bemanna enligt avtal	Följer bemanningen planerat behov av stöd	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Under året har bemanning enligt avtal inte kunnat efterlevas. Delvis på grund av i riket brist på personal samt betydande svårigheter att bemanna utifrån detaljerade bemanningskrav specificerat i avtalet.
Utbilda inom vårdhygien	Säkerställer verksamheten att alla har fått kunskap om basala hygienrutiner och arbetar för att underlätta för följsamheten till rutinerna samt utför Kontrollmoment	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Systematiskt hygienarbete bedrivs och regelbundna Kontrollmoment utförs, dock hade ingen hygienrond utförts av vårdhygien sedan övertagandet vilket nu är inbokat.
Rapportera avvikelser HSL	Trycksår	■ Ej godkänd, åtgärd krävs	Vid journalgranskning noteras flera trycksår som uppkommit på enheten men det finns inga avvikelserrapporter rapporterade. Intervju med personal visar



Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
			att det saknas kännedom om gällande rutin för avvikelserapportering av vissa kategorier. Rutinen behöver förtydligas och göras känd, arbetssättet kring trycksårsavvikelser måste förtydligas och implementeras.
Årsredovisning	Har leverantören finansiell stabilitet	■ Ej godkänd, åtgärd krävs	Koncernen har låg vinstmarginal. Enheterna som omfattar entreprenaden går med förlust. Risk för uppsägning av avtal kan finnas.
Rapportera avvikelser SoL	Finns brister i utförande SoL	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Det finns ett fåtal dokumenterade avvikelser på brister i utförandet men då det inkommit en del klagomål och synpunkter om upplevda brister i omvårdnaden behöver verksamheten analysera och hantera dessa utförligt och ta fram en handlingsplan för åtgärd.
Rapportera avvikelser SoL	Finns brister bemötande SoL	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Det finns ett fåtal dokumenterade avvikelser på brister i bemötande men då det inkommit en del klagomål och synpunkter om upplevda brister inom området behöver verksamheten analysera och hantera dessa utförligt och ta fram en handlingsplan för åtgärd.
Granska fakturor	Är fakturorna korrekta	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Brister i fakturering har uppmärksammats. Nya rutiner och ökad kontroll av fakturorna har införts.
Hantera inköp läkemedel	Utförs all läkemedelshantering som berör akut- och buffertförråd på boendet på ett säkert och korrekt sätt	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Tydliga och bra rutiner har funnits men efter upptäckt av systematiskt narkotikasvinn har rutinen och hanteringen setts över då efterlevnaden inte varit helt korrekt. Stor utredning är gjord och ärendet är polisanmält och anmält till IVO, verksamheten har gjort adekvata och snabba åtgärder efter upptäckten och inga fler avvikelser har skett efter detta.
Åtgärda säkerhetsbrister i lokaler	Utförs löpande skötsel och tillsyn av lokalerna ur säkerhetssynpunkt-	■ Ej godkänd, åtgärd krävs	Skötsel och tillsyn sköts utan anmärkning av Leverantören. Samverkan med lokalägaren behöver stärkas. Ett flertal begärda åtgärder har inte slutförts inom utlovad tid vilket lett till ett flertal avvikelser relaterat till lokalernas säkerhet.

Innehåll

1	Kontrollmoment (Oliv Ab).....	2
2	Kontrollmoment (Tisa AB)	4
3	Kontrollmoment (Samhall)	6
4	Kontrollmoment (Eatery)	7
5	Kontrollmoment (Mathem)	8
6	Kontrollmoment (Nordströms assistans)	8
7	Kontrollmoment (Olivia).....	9
8	Kontrollmoment (Forenade Care)	12

1 Kontrollmoment (Olir Ab)

Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
Utföra den hälso- och sjukvård som läkare förordnat	Har den hälso- och sjukvård som läkare förordnat utförts	■ Ej aktuell	
Journalföra i den omfattning som föreskrivs patientdatalagen	Journalförs det i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen?	■ Ej aktuell	
Utföra delegering	Är beslut om delegering förenliga med patientsäkerheten	■ Ej aktuell	
Ta emot beställning	Följer leverantören kraven om att motta beställning inom avtalad tid.	● Godkänd, ingen åtgärd	
Utföra omvårdnad SoL	Finns synpunkter och klagomål avseende insatser enligt SoL	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Anonyma klagomål har inkommit som avser brister i insatser. Arbeta med att följa upp synpunkten är svar att utreda på grunda av önskemål om anonymitet.
Utföra omvårdnad SoL	Upprättas genomförandeplaner enligt avtal	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	
Utföra service enligt SoL	Finns synpunkter och klagomål avseende insatser enligt SoL gällande serviceinsatser	● Godkänd, ingen åtgärd	
Utföra insatskontinuitet	Har besöken motsvarat beställning	● Godkänd, ingen åtgärd	
Ta emot uppdrag inom avtalad tid	Har beställningarna verkställts inom avtalad tid.	● Godkänd, ingen åtgärd	
Upprätta genomförandeplan	Är genomförandeplanen upprättad inom avtalad tid.	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Utföraren har inte följt rutinerna att inlämna genomförandeplanerna inom avtalad tid.
Bemanna enligt avtal	Följer leverantören avtal avseende utbildningskrav	● Godkänd, ingen åtgärd	
Bemanna enligt avtal	Följer bemanningen planerat behov av stöd	● Godkänd, ingen åtgärd	
Utbilda inom vårdhygien	Har fortlöpande utbildning skett för att	■ Ej aktuell	

Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
	garantera god vårdhygien		
Rapportering enligt patientsäkerhetslagen	Är ruinerna för rapportering enligt patientsäkerhetslagen godkända	■ Ej aktuell	
Utbilda för uppdraget	Får personalen kontinuerlig fortbildning/utbildning	■ Ej aktuell	
Rapportera avvikelser HSL	Bedöms rapporteringen av fall som rimliga	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Det rapporteras fall, dock i ett lågt antal i förhållande till antal kunder, se över rutin.
Rapportera avvikelser HSL	Brister i utrustning	■ Godkänt, efter åtgärd	
Rapportera avvikelser HSL	Trycksår	■ Godkänt, efter åtgärd	
Rapportera avvikelser HSL	Vårdkedjeproblem	■ Godkänt, efter åtgärd	
Rapportera avvikelser HSL	Övrigt	■ Godkänt, efter åtgärd	
Rapportera avvikelser HSL	Åtgärdade anmälningar inlämnade till IV0	■ Godkänt, efter åtgärd	
Rapportera avvikelser HSL	Följer leverantören processen för avvikelshantering	■ Ej godkänd, åtgärd krävs	Rutinen för hantering av avvikelser behöver göras känd hos all personal och det behövs en tydlighet i vad som är en avvikelse och hur det ska rapporteras. Idag rapporteras ett fåtal avvikelser i ett fåtal kategorier. De avvikelser som rapporteras är adekvata men det finns risk för underrapportering.
Utföra vårdgivarens organisatoriska hälso- och sjukvårdsansvar.	Utför vårdgivaren sitt organisatoriska hälso- och sjukvårdsansvar.	■ Ej aktuell	
Årsredovisning	Har årsredovisning lämnats enligt avtal	● Godkänd, ingen åtgärd	
Rapportera avvikelser SoL	Följer leverantören processen för synpunkter och klagomål	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	På grund av möjlig underrapportering behöver rutinen ses över och kvalitetssäkras.
Rapportera avvikelser SoL	Finns brister i utförande SoL	■ Godkänt, efter åtgärd	

Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
Rapportera avvikelser SoL	Finns brister bemötande	■ Godkänt, efter åtgärd	
Hantera tillstånd enligt IVO	Granska tillstånd IVO	● Godkänd, ingen åtgärd	
Personella resurser	Grad av nödvändig kompetens	● Godkänd, ingen åtgärd	
Upprätta årsredovisning	Granska årsredovisning	● Godkänd, ingen åtgärd	
Hantera nycklar	Har utföraren skriftliga rutiner för hantering av nycklar till kundernas bostäder?	● Godkänd, ingen åtgärd	
Utföra samverkansmöten	Följer leverantören sina åtagande avseende samverkan	● Godkänd, ingen åtgärd	
Granska fakturor	Är fakturorna korrekta	● Godkänd, ingen åtgärd	
Uppfylla kreditvärdighet	Kreditvärdighet	● Godkänd, ingen åtgärd	
Fakturera	Granska fakturor och tidsrapporter	● Godkänd, ingen åtgärd	
Samverkan angående larm- och nattinsatser	Hur har samverkan med nattpatrullen fungerat	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Under året uppmärksammades brister mellan natt/ larmpersonal avseende informationsöverföring från leverantören till egen regi. Ett flertal samverkansmöten har genomförts för att säkra samarbetet.




2 Kontrollmoment (Tisa AB)

Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
Utföra den hälso- och sjukvård som läkare förordnat	Har den hälso- och sjukvård som läkare förordnat utförts	■ Ej aktuell	
Journalföra i den omfattning som föreskrivs patientdatalagen	Journalförs det i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen?	■ Ej aktuell	
Utföra delegering	Är beslut om delegering förenliga med patientsäkerheten	■ Ej aktuell	
Ta emot beställning	Följer leverantören kraven om att motta beställning inom avtalad tid.	● Godkänd, ingen åtgärd	
Utföra omvårdnad SoL	Finns synpunkter och klagomål avseende insatser enligt SoL	■ Godkänt,	

Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
		efter åtgärd	
Utföra omvårdnad SoL	Upprättas genomförandeplaner enligt avtal	● Godkänd, ingen åtgärd	
Utföra service enligt SoL	Finns synpunkter och klagomål avseende insatser enligt SoL gällande serviceinsatser	● Godkänd, ingen åtgärd	
Bemanna enligt avtal	Följer leverantören avtal avseende utbildningskrav	● Godkänd, ingen åtgärd	
Bemanna enligt avtal	Följer bemanningen planerat behov av stöd	● Godkänd, ingen åtgärd	
Utbilda inom vårdhygien	Har fortlöpande utbildning skett för att garantera god vårdhygien	■ Ej aktuell	
Rapportering enligt patientsäkerhetslagen	Är rutinerna för rapportering enligt patientsäkerhetslagen godkända	■ Ej aktuell	
Utbilda för uppdraget	Får personalen kontinuerlig fortbildning/utbildning	● Godkänd, ingen åtgärd	
Rapportera avvikelser HSL	Bedöms rapporteringen av fall som rimliga	■ Godkänt, efter åtgärd	
Rapportera avvikelser HSL	Brister i utrustning	■ Godkänt, efter åtgärd	
Rapportera avvikelser HSL	Trycksår	■ Godkänt, efter åtgärd	
Rapportera avvikelser HSL	Brister i journalföring HSL	■ Ej aktuell	
Rapportera avvikelser HSL	Vårdkedjeproblem	■ Godkänt, efter åtgärd	
Rapportera avvikelser HSL	Övrigt	■ Godkänt, efter åtgärd	
Rapportera avvikelser HSL	Åtgärdade anmälningar inlämnade till IVO	■ Ej aktuell	

Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
Rapportera avvikelser HSL	Följer leverantören processen för avvikelshantering	 Godkänd, ingen åtgärd	
Utföra vårdgivarens organisatoriska hälso- och sjukvårdsansvar.	Utför vårdgivaren sitt organisatoriska hälso- och sjukvårdsansvar.	 Ej aktuell	
Årsredovisning	Har årsredovisning lämnats enligt avtal	 Godkänd, ingen åtgärd	
Årsredovisning	Är årsredovisning inlämnad	 Godkänd, ingen åtgärd	
Rapportera avvikelser SoL	Följer leverantören processen för synpunkter och klagomål	 Godkänd, ingen åtgärd	
Rapportera avvikelser SoL	Finns brister i utförande SoL	 Godkänd, ingen åtgärd	
Rapportera avvikelser SoL	Finns brister bemötande	 Godkänd, ingen åtgärd	
Hantera nycklar	Har utföraren skriftliga rutiner för hantering av nycklar till kundernas bostäder?	 Godkänd, ingen åtgärd	
Utföra samverkansmöten	Följer leverantören sina åtagande avseende samverkan	 Godkänd, ingen åtgärd	
Granska fakturor	Är fakturorna korrekta	 Godkänd, ingen åtgärd	

3 Kontrollmoment (Samhall)

Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
Årsredovisning	Har årsredovisning lämnats enligt avtal	 Ej aktuell	
Årsredovisning	Granska årsredovisning	 Godkänt, efter åtgärd	
Följa upp kvalitet	Följa upp kvalitet på tvätteritjänsten	 Godkänt,	

Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
		efter åtgärd	
Granska fakturor	Är fakturorna korrekta	● Godkänd, ingen åtgärd	










4 Kontrollmoment (Eatery)

Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
Ta emot beställning	Följer leverantören kraven om att motta beställning inom avtalad tid.	● Godkänd, ingen åtgärd	
Leverans inom fyra veckors framförhållning	Har beställning av matlådor uppfyllt leveranskraven	● Godkänd, ingen åtgärd	
Kvalitet på matlådor	Har varje matleverans en komplett följesedel med information om alla ingredienser.	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Brister i kvalitet är uppmärksammat. I vissa fall upplevs maten som oaptitlig.
Kvalitet på matlådor	Säker mat avseende temperatur	● Godkänd, ingen åtgärd	
Årsredovisning	Har årsredovisning lämnats enligt avtal	● Godkänd, ingen åtgärd	
Årsredovisning	Har utföraren finansiell stabilitet	■ Ej godkänd, åtgärd krävs	Bolaget redovisar förlust för bokslut år 2021. Risk för att avtal inte förlängs för att ersättningen för matlådor behöver höjas betydligt.
Hantera synpunkter och klagomål	Finns synpunkter och klagomål som inte åtgärdats	■ Godkänt, efter åtgärd	
Granska fakturor	Är fakturorna korrekta	● Godkänd, ingen åtgärd	
Fakturakontroll	Felaktigheter i fakturering	● Godkänd, ingen åtgärd	
Är leverantören lätt att nå?	Hur upplevs kontakten med leverantören	● Godkänd, ingen åtgärd	

5 Kontrollmoment (Mathem)



Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
Ta emot beställning	Följer leverantören kraven om att motta beställning inom avtalad tid.	 Godkänd, ingen åtgärd	
Årsredovisning	Har årsredovisning lämnats enligt avtal	 Ej aktuell	
Granska fakturor	Är fakturorna korrekta	 Godkänd, ingen åtgärd	
	Uppföljning av årsredovisning	 Ej godkänd, åtgärd krävs	Företaget har betydande förluster över flera år. Risk för prishöjning finns.

6 Kontrollmoment (Nordströms assistans)

Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
Ta emot beställning	Följer leverantören kraven om att motta beställning inom avtalad tid.	 Godkänd, ingen åtgärd	Leverantören har svart att rekrytera vilket lett till icke verkställda beslut
Utföra omvårdnad SoL	Finns synpunkter och klagomål avseende insatser enligt SoL	 Godkänd, ingen åtgärd	
Utföra omvårdnad SoL	Upprättas genomförandeplaner enligt avtal	 Ej godkänd, åtgärd krävs	Planer lämnas ej in till förvaltningen enligt avtal
Verkställa inom avtalad tid	Finns brister i verkställda inom avtalad tid	 Delvis godkänd, åtgärd krävs	Leverantören har svart att rekrytera vilket lett till icke verkställda beslut.
Årsredovisning	Har årsredovisning lämnats enligt avtal	 Godkänt, efter åtgärd	
Årsredovisning	Är årsredovisning inlämnad	 Ej aktuell	
Rapportera avvikelser SoL	Följer leverantören processen för synpunkter och klagomål	 Ej aktuell	
Rapportera avvikelser SoL	Finns brister i utförande SoL	 Ej aktuell	
Granska fakturor	Är fakturorna korrekta	 Godkänd, ingen åtgärd	

Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
Finansiell ställning	Har företaget erforderliga tillstånd	 Godkänd, ingen åtgärd	

7 Kontrollmoment (Olivia)

Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
Utföra den hälso- och sjukvård som läkare förordnat	Har den hälso- och sjukvård som läkare förordnat utförts	 Delvis godkänd, åtgärd krävs	Går ej att bedöma hela delarna av detta område då det saknas HSL-journaler för granskning och kontroll av efterlevnad i rutiner, dessa har ej skickats in. Bedömning har gjorts av rutiner vilka har fått godkänt.
Journalföra i den omfattning som föreskrivs patientdatalagen	Journalförs det i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen?	 Ej godkänd, åtgärd krävs	Underlag ej inlämnade.
Utföra delegering	Är beslut om delegering förenliga med patientsäkerheten	 Godkänd, ingen åtgärd	
Ta emot beställning	Följer leverantören kraven om att motta beställning inom avtalad tid.	 Ej aktuell	
Utföra omvårdnad SoL	Finns synpunkter och klagomål avseende insatser enligt SoL	 Godkänt, efter åtgärd	
Utföra omvårdnad SoL	Upprättas genomförandeplaner enligt avtal	 Godkänd, ingen åtgärd	
Verka för delaktighet	Har alla brukare genomfört en AKK	 Godkänt, efter åtgärd	
Verka för delaktighet	Har samtliga brukare fått genomföra samtalsmatta	 Godkänt, efter åtgärd	
Bemanna enligt avtal	Följer leverantören avtal avseende utbildningskrav	 Ej aktuell	
Bemanna enligt avtal	Följer bemanningen planerat behov av stöd	 Ej aktuell	
Utbilda inom vårdhygien	Har fortlöpande utbildning skett för att garantera god vårdhygien	 Godkänd, ingen åtgärd	
Rapportering enligt patientsäkerhetslagen	Är rutinerna för rapportering enligt	 Godkänd,	

Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
	patientsäkerhetslagen godkända	ingen åtgärd	
Rapportering enligt patientsäkerhetslagen	Utförs rapportering enligt patientdatalagen	● Godkänd, ingen åtgärd	
Utbilda för uppdraget	Får personalen kontinuerlig fortbildning/utbildning	● Godkänd, ingen åtgärd	
Rapportera avvikelser HSL	Bedöms rapporteringen av fall som rimliga	● Godkänd, ingen åtgärd	
Rapportera avvikelser HSL	Bedömning av läkemedelsavvikelser	● Godkänd, ingen åtgärd	
Rapportera avvikelser HSL	Brister i utrustning	● Godkänd, ingen åtgärd	
Rapportera avvikelser HSL	Trycksår	● Godkänd, ingen åtgärd	
Rapportera avvikelser HSL	Brister i journalföring HSL	● Godkänd, ingen åtgärd	
Rapportera avvikelser HSL	Vårdkedjeproblem	● Godkänd, ingen åtgärd	
Rapportera avvikelser HSL	Övrigt	■ Ej godkänd, åtgärd krävs	Kategorisering av vissa avvikelser behöver justeras så att färre hamnat under "övrigt". I de flesta fall hör avvikelserna hemma i någon av de andra kategorierna.
Rapportera avvikelser HSL	Åtgärdade anmälningar inlämnade till IVO	● Godkänd, ingen åtgärd	
Rapportera avvikelser HSL	Följer leverantören processen för avvikelshantering	● Godkänd, ingen åtgärd	
Årsredovisning	Har årsredovisning lämnats enligt avtal	● Godkänd, ingen åtgärd	
Årsredovisning	Är årsredovisning inlämnad	● Godkänd, ingen åtgärd	














Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
Rapportera avvikelser SoL	Följer leverantören processen för synpunkter och klagomål	● Godkänd, ingen åtgärd	
Rapportera avvikelser SoL	Finns brister i utförande SoL	■ Godkänt, efter åtgärd	Ett ökat antal incidenter i kategorin har dokumenterats, de flesta kan härledas till att man bedrivit daglig verksamhet i hemmet på gruppboenden under en längre period i väntan på ny lokal. Problemet är nu åtgärdat.
Rapportera avvikelser SoL	Finns brister bemötande	■ Godkänt, efter åtgärd	
Hantera nycklar	Har utföraren skriftliga rutiner för hantering av nycklar till kundernas bostäder?	■ Ej aktuell	
Utföra läkemedelshantering	Utförs läkemedelshantering säkert	■ Godkänt, efter åtgärd	
Utföra patientsäker hantering av medicintekniska produkter.	Utförs patientsäker hantering av medicintekniska produkter.	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	
Utföra samverkansmöten	Följer leverantören sina åtagande avseende samverkan	● Godkänd, ingen åtgärd	
Granska fakturor	Är fakturorna korrekta	● Godkänd, ingen åtgärd	

8 Kontrollmoment (Forenade Care)

Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
Utföra den hälso- och sjukvård som läkare förordnat	Har den hälso- och sjukvård som läkare förordnat utförts	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	3 av 5 områden godkända utan åtgärd. Övriga 2 områden är delvis godkända där mindre justeringar i rutiner behövs och plan för implementering av nya rutiner i verksamheten ska redovisas.
Journalföra i den omfattning som föreskrivs patientdatalagen	Journalförs det i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen?	● Godkänd, ingen åtgärd	
Utföra delegering	Är beslut om delegering förenliga med patientsäkerheten	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Rutinen är godkänd, alla delar finns med och den är utförligt beskriven och tydlig i ansvarsfördelning mm. Efterlevnaden av rutinen brister, det saknas dokumentation för uppföljning av delegeringsbeslut samt att det i intervju bekräftas att rutinen inte alltid efterlevs. Säkerheten kring delegering känns dock trygg och det är ett lågt antal avvikelser kopplat till delegeringar men rutinen behöver göras känd och implementeras av all personal, främst sjuksköterskor som brustit i dokumentationen. Handlungsplan ska tas fram för åtgärd.
Ta emot beställning	Följer leverantören kraven om att motta beställning inom avtalad tid.	■ Godkänt, efter åtgärd	
Utföra omvårdnad SoL	Finns synpunkter och klagomål avseende insatser enligt SoL	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Det har inkommit en del synpunkter och klagomål till verksamheten. Analys av inkomna klagomål visar återkommande på en upplevd brist i kvaliteten på omvårdnaden och bemötande. Vaxholms stad och ledningen på Forenade Care har tät kontakt gällande det ökade antalet klagomål och synpunkter. Handlungsplan ska tas fram.
Utföra omvårdnad SoL	Upprättas genomförandeplaner enligt avtal	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Genomförandeplaner är godkända och korrekt upprättade, dock saknades rutin för att skicka in dessa till biståndsenheten enligt avtal, rutinen är korrigerad och åtgärdad.
Utföra service enligt SoL	Finns synpunkter och klagomål avseende insatser enligt SoL gällande serviceinsatser	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Det har inkommit en del synpunkter och klagomål till verksamheten. Analys av inkomna klagomål visar återkommande på en upplevd brist i kvaliteten och felhantering av tvätt, borttappade ägodelar samt brister i bemötande. Handlungsplan ska tas fram.
Utföra service enligt SoL	Upprättas genomförandeplan efter att den enskilde flyttat in på boendet.	■ Godkänt, efter åtgärd	
Utföra service enligt SoL	Upprättas levnadsberättelse	■ Godkänt, efter åtgärd	

Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
Arkivera hälso och sjukvårdsjournaler	Efterlevs lagstiftning gällande arkivering av hälso- och sjukvårdsjournaler	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Finns en utförlig rutin för Förenade Cares boenden men då vi i avtal kräver att utföraren följer Vaxholms stad riktlinje för hantering och gallring av patientjournaler behöver en lokal rutin tas fram och stämmas av med riktlinjen. Hanteringen är godkänd vid granskning men rutin saknas och behöver tas fram.
Begränsa fall	Utförs adekvata åtgärder för att begränsa fall	■ Godkänt, efter åtgärd	Bedömningar och fallprevention utförs korrekt och systematiskt, dock fortsätter fallen att förekomma, avvikelserna beror till stor del på att det bor individer med hög ålder samt kognitiv nedsättning som saknar sjukdomsinsikt och gör egna förflyttningar och faller frekvent.
Hantera journal	Har leverantören överlämnat samtliga handlingar och all dokumentation som rör brukaren till kommunen inom fjorton (14) dagar efter det att insatsen avslutas.	■ Godkänt, efter åtgärd	
Läkemedelshantering	Utförs säker läkemedelshantering	■ Godkänt, efter åtgärd	
Begränsa trycksår	Utförs riskbedömningar och adekvata åtgärder för att förhindra uppkomst av trycksår	■ Godkänt, efter åtgärd	
Tillgodose nutrition	Utförs riskbedömningar och adekvata åtgärder för att förhindra malnutrition och undernäring.	■ Godkänt, efter åtgärd	
Utföra gott bemötande	Finns synpunkter från anhöriga eller brukare om brister i bemötande	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Resultat från egen brukarundersökning visar på vissa upplevda brister avseende bemötande och lokaler. Leverantören arbetar kontinuerligt med frågan.
Dokumentera	Är dokumentationen utformad för att uppfylla kraven i gällande lagstiftning, t.ex. patientdatalagen och HSLF-SF 2016:40, "Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården"	■ Godkänt, efter åtgärd	
Bemanna enligt avtal	Följer leverantören utlovad bemanning	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Vid granskning av bemanning och schema följer leverantören sina åtaganden utöver att det saknas en enhetschef för tillfället, åtgärdsplan för detta är presenterad och godkänd. Bitvis har bemanning på dagverksamheten varit för låg p.g.a personal som slutat, rekrytering pågår.
Bemanna enligt avtal	Följer leverantören avtal avseende utbildningskrav	■ Godkänt,	

Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
		efter åtgärd	
Bemanna enligt avtal	Följer bemanningen planerat behov av stöd	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Under året har bemanning enligt avtal inte kunnat efterlevas. Delvis på grund av i riket brist på personal samt betydande svårigheter att bemanna utifrån detaljerade bemanningskrav specificerat i avtalet.
Utbilda inom vårdhygien	Har fortlöpande utbildning skett för att garantera god vårdhygien	● Godkänd, ingen åtgärd	
Utbilda inom vårdhygien	Säkerställer verksamheten att alla har fått kunskap om basala hygienrutiner och arbetar för att underlätta för följsamheten till rutinerna samt utför Kontrollmoment	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Systematiskt hygienarbete bedrivs och regelbundna Kontrollmoment utförs, dock hade ingen hygienrund utförts av vårdhygien sedan övertagandet vilket nu är inbokat.
Rapportering enligt patientsäkerhetslagen	Är ruinerna för rapportering enligt patientsäkerhetslagen godkända	● Godkänd, ingen åtgärd	
Rapportering enligt patientsäkerhetslagen	Utförs rapportering enligt patientsäkerhetslagen	■ Godkänt, efter åtgärd	
Utbilda för uppdraget	Får personalen kontinuerlig fortbildning/utbildning	■ Godkänt, efter åtgärd	
Rapportera avvikelser HSL	Bedöms rapporteringen av fall som rimliga	● Godkänd, ingen åtgärd	
Rapportera avvikelser HSL	Brister i utrustning	● Godkänd, ingen åtgärd	
Rapportera avvikelser HSL	Trycksår	■ Ej godkänd, åtgärd krävs	Vid journalgranskning noteras flera trycksår som uppkommit på enheten men det finns inga avvikelserrapporter rapporterade. Intervju med personal visar att det saknas kännedom om gällande rutin för avvikelserapportering av vissa kategorier. Rutinen behöver förtydligas och göras känd, arbetssättet kring trycksårsavvikelser måste förtydligas och implementeras.
Rapportera avvikelser HSL	Brister i journalföring HSL	● Godkänd, ingen åtgärd	
Rapportera avvikelser HSL	Vårdkedjeproblem	■ Godkänt, efter åtgärd	

Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
Rapportera avvikelser HSL	Övrigt	 Godkänd, ingen åtgärd	
Rapportera avvikelser HSL	Åtgärdade anmälningar inlämnade till IVO	 Godkänd, ingen åtgärd	
Rapportera avvikelser HSL	Följer leverantören processen för avvikelshantering	 Godkänd, ingen åtgärd	
Utföra vårdgivarens organisatoriska hälso- och sjukvårdsansvar.	Utför vårdgivaren sitt organisatoriska hälso- och sjukvårdsansvar.	 Godkänt, efter åtgärd	
Årsredovisning	Har årsredovisning lämnats enligt avtal	 Godkänt, efter åtgärd	
Årsredovisning	Har leverantören finansiell stabilitet	 Ej godkänd, åtgärd krävs	Koncernen har låg vinstmarginal. Enheterna som omfattar entreprenaden går med förlust. Risk för uppsägning av avtal kan finnas.
Årsredovisning	Är årsredovisning inlämnad	 Ej aktuell	
Rapportera avvikelser SoL	Följer leverantören processen för synpunkter och klagomål	 Godkänt, efter åtgärd	
Rapportera avvikelser SoL	Finns brister i utförande SoL	 Delvis godkänd, åtgärd krävs	Det finns ett fåtal dokumenterade avvikelser på brister i utförandet men då det inkommit en del klagomål och synpunkter om upplevda brister i omvårdnaden behöver verksamheten analysera och hantera dessa utförligt och ta fram en handlingsplan för åtgärd.
Rapportera avvikelser SoL	Finns brister bemötande SoL	 Delvis godkänd, åtgärd krävs	Det finns ett fåtal dokumenterade avvikelser på brister i bemötande men då det inkommit en del klagomål och synpunkter om upplevda brister inom området behöver verksamheten analysera och hantera dessa utförligt och ta fram en handlingsplan för åtgärd.
Hantera nycklar	Finns skriftliga rutiner för hantering av nycklar till kundernas bostäder?	 Godkänd, ingen åtgärd	
Utföra läkemedelshantering	Bedömning av läkemedelsgenomgångar.	 Godkänt, efter åtgärd	
Utföra patientsäker hantering av medicintekniska produkter.	Utförs patientsäker hantering av medicintekniska produkter.	 Godkänt, efter åtgärd	

Processdel	Kontrollmoment	Bedömning 2022	Kommentar 2022
Utföra samverkansmöten	Följer leverantören sina åtagande avseende samverkan	■ Godkänt, efter åtgärd	
Granska fakturor	Är fakturorna korrekta	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Brister i fakturering har uppmärksammats. Nya rutiner och ökad kontroll av fakturorna har införts.
Hantera ansvar för medicintekniska produkter och tekniska hjälpmedel	Fullgör utföraren sitt åtagande för medicinteknisk utrustning (förbrukningsprodukter), hjälpmedel och övriga utrustning	■ Godkänt, efter åtgärd	Rutinen behöver uppdateras och göras aktuell enl gällande riktlinjer.
Lokal samverkan/ brukare anhöriga	Fungerar samverkan enligt avtal	● Godkänd, ingen åtgärd	
Utföra säker livsmedelshantering	Fullgör utföraren sitt ansvar för livsmedelshantering och tillämpar egenkontroll.	● Godkänd, ingen åtgärd	
Hantera inköp läkemedel	Utförs all läkemedelshantering som berör akut- och buffertförråd på boendet på ett säkert och korrekt sätt	◆ Delvis godkänd, åtgärd krävs	Tydliga och bra rutiner har funnits men efter upptäckt av systematiskt narkotikasvinn har rutinen och hanteringen setts över då efterlevnaden inte varit helt korrekt. Stor utredning är gjord och ärendet är polisanmält och anmält till IVO, verksamheten har gjort adekvata och snabba åtgärder efter upptäckten och inga fler avvikelser har skett efter detta.
Samverkan med tredje part	Fungerar samverkan med tredje part?	● Godkänd, ingen åtgärd	
Hantera privata medel	Efterlevs rutiner för att hantera privata medel	● Godkänd, ingen åtgärd	
Utföraren ska bedriva ett systematiskt brandskyddsarbete	Utförs ett systematiskt brandskyddsarbete (SBA) enligt de lagar, förordningar och föreskrifter som gäller för verksamheten och dess lokaler.	● Godkänd, ingen åtgärd	
Åtgärda säkerhetsbrister i lokaler	Utförs löpande skötsel och tillsyn av lokalerna ur säkerhetssynpunkt-	■ Ej godkänd, åtgärd krävs	Skötsel och tillsyn sköts utan anmärkning av Leverantören. Samverkan med lokalägaren behöver stärkas. Ett flertal begärda åtgärder har inte slutförts inom utlovad tid vilket lett till ett flertal avvikelser relaterat till lokalernas säkerhet.
Hantera larmanläggning	Fullgör utföraren sitt ansvar för att fastigheternas larmanläggning hanteras i enlighet med givna instruktioner.	■ Godkänt, efter åtgärd	

Socialnämndens uppföljningsplan av privata utförare 2023

Inledning

Kommunfullmäktige har beslutat om ett program för mål och uppföljning av verksamhet som utförs av privata utförare. Programmet omfattar mandatperioden 2019-2022. I kap. 10 kommunallagen (2017:725) regleras kommunens ansvar för kommunala angelägenheter som har lämnats över till privata utförare.

Uppföljning är en viktig del i kvalitetsarbetet och kommunen är ansvarig för att följa upp verksamhet oavsett utförare. Kopplat till programmet ska varje nämnd utarbeta en plan för när och på vilket sätt verksamhet som utförs av privata utförare ska följas upp.

Syftet med att göra uppföljning är att:

- kontrollera att lagar, förordningar och föreskrifter följs,
- uppdragen utförs i enlighet med förfrågningsunderlag, anbud och avtal och att verksamheten utförs med god kvalitet,
- utgöra ett underlag i stadens förbättringsarbete för att utveckla och förbättra verksamhet och tjänster till medborgarna,
- analysera risker och bedöma privata utförares förmåga och beredskap att fullgöra sina avtal.

Uppföljningen rapporteras till ansvarig nämnd i samband med nämndens verksamhetsberättelse (men som ett eget ärende). Uppföljningsplanen och resultatet av uppföljningen ska årligen delges kommunstyrelsen.

Typer av uppföljning

Regelbunden uppföljning

Den regelbundna uppföljningen av privata utförare sker årligen inom beslutade områden. Regelbunden uppföljning beskrivs i uppföljningsplanen.

Fördjupad uppföljning

Efter en riskbedömning fastställs eventuellt fokusområde för en fördjupad/riktad uppföljning. Fördjupad uppföljning görs på förekommen anledning utifrån behov av att granska ett specifikt område eller en specifik fråga. Fördjupad uppföljning beskrivs i uppföljningsplanen.

Händelsestyrd uppföljning

En händelsestyrd uppföljning orsakas av en särskild händelse. Det kan exempelvis vara:

- upprepade klagomål/avvikelser hos samma leverantör eller enstaka klagomål/avvikelser där det föreligger en uppenbar risk att den upprepas, särskilt allvarlig händelse, till exempel medvetna avsteg från avtal eller upprepade händelser i ett tydligt mönster,
- stora olikheter i debitering och/eller fakturering.

Händelsestyrd uppföljning kan inte planeras och beskrivs därför inte i uppföljningsplanen. Om det under året uppkommer den här typen av uppföljning kommer det att rapporteras till nämnden i samband med rapportering av övrig uppföljning. Socialnämnden har egna fördjupade rutiner och system för händelsestyrd uppföljning.

Individuppföljning

Biståndshandläggarna har ansvar för planering och uppföljning av beviljade insatser till enskilda. Individuppföljningen fokuserar på vilken effekt insatsen/insatserna fått för den enskilde. Biståndsbesluten ska enligt gällande lagstiftning följas upp vid behov eller enligt lokala rutiner,

Individuppföljning ingår ej i nämndens uppföljningsplan.

Uppföljning på olika nivåer

Ekonomisk status

Inför avtalstecknande kontrolleras ekonomisk status till exempel gällande kreditvärdighet, betalning av skatter och avgifter, moms mm. Inför betalning av fakturor görs kontroll av leverantör och transaktion via extern tjänst för säkra betalningar.

Avtalsuppföljning

Avtalsuppföljning styrs innehållsmässigt av det förfrågningsunderlag som legat till grund för avtalets tecknande. Kontroll sker att ska-krav på utföraren är uppfyllda och att beställda och fakturerade tjänster utförts.

Krav på ledningssystem

Alla utförare av socialtjänst är skyldiga att ha ett ledningssystem för kvalitet (SOSFS 2011:9).

Uppföljning av avvikelser

Uppföljning av avvikelser kan ske genom exempelvis kontroll hos Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Det kan också ske genom en sammanställning av inkomna klagomål och synpunkter.

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar enligt HSL omfattar de som bor i de särskilda boendeformer eller bostäder med särskild service och de som vistas i dagverksamheter och daglig verksamhet,

Ansvaret omfattar insatser till och med sjuksköterskenivå, även arbetsterapeut och fysioterapeuter. Det omfattar också habilitering, rehabilitering och hjälpmedel. MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) ansvarar för uppföljning av hälso- och sjukvård, den planerade uppföljningen och utvecklingsområden beskrivs i en årlig patientsäkerhetsberättelse.

Brukarnas/invånarnas uppfattning om kvalitet

Brukarnas uppfattning kan inhämtas på olika sätt, till exempel via enkäter.

Arbetsformer och process för uppföljning

Beroende på verksamhetens omfattning och inriktning utförs följande kontrollpunkter:

- Kontroll av utförarens ekonomiska förutsättningar
- Kontroll av tillståndsbevis
- Dokumentgranskning
- Intervjuer med utförare
- Inspektioner av lokaler
- Uppföljning av årets inlämnade avvikelser samt synpunkter och klagomål

Uppföljningarna utförs som regel i slutet av året eller annan tidpunkt om inkommer uppgifter som styrker behov av en händelsestyrd uppföljning. Det kan exempelvis handla om misstanke av omfattande brister i utförd verksamhet eller ekonomiska oegentligheter. Den händelsestyrda uppföljningen syftar till att följa upp och kontrollera eventuella brister i verksamheten och sker utöver den planerade avtalsuppföljningen.

Privata utförare

Lista på privata utförare inom nämndens ansvarsområde som omfattas av uppföljningsplanen.

Verksamhetsområde	Privat utförare
Hemtjänst: LOV Omvårdnad/ service	Olir AB
Hemtjänst: LOV Omvårdnad/ service	Tisa AB
Hemtjänst: LOV Omvårdnad/ service	Omsorgsproffsen
Hemtjänst: Tvätteritjänster	Samhall
Hemtjänst: Matlådor	Eatery
Hemtjänst: Matinköp	Mathem
LSS: Entreprenad; Bostad med särskild service samt boende samt daglig verksamhet	Olivia omsorg
Särskilt boende: Entreprenad; Boende samt dagverksamhet	Forenade Care
LSS: Ledsagarservice/ avlösarservice samt kontaktperson	Nordström assistans:

Regelbunden uppföljning

Den regelbundna uppföljningen av privata utförare sker årligen.

Avtalsansvarig är övergripande ansvarig för uppföljning. Vilken roll/funktion som ansvarar för respektive uppföljning framgår i tabellen nedan.

Verksamhet	Vad	Hur	Vem	När	Form för återkoppling
Särskilt boende	Boende samt dagverksamhet	Årligen / höst	Avdelningschef/ MAS	I samband med årsbokslut	Uppföljningsrapport
LSS	Boende enligt LSS samt daglig verksamhet, Kontaktperson, Ledsagarservice, Avlösarservice	Årligen / höst	Avdelningschef/ MAS	I samband med årsbokslut	Uppföljningsrapport
Hemtjänst:	Omvårdnad, Service, Matlådor, Tvätteritjänster, Matinköp	Årligen / höst	Avdelningschef/ MAS(omvårdnad)	I samband med årsbokslut	Uppföljningsrapport

Socialförvaltningen
Jan Sjöström
Verksamhetsutvecklare

Svar revisionsrapport uppföljning av avtal SÄBO 2022

Förslag till beslut

Svar på revisionsrapport - Uppföljning av avtal SÄBO 2022, godkänns som nämndens eget och överlämnas till revisionen.

Socialnämnden föreslår kommunstyrelsen tillstyrka kommunfullmäktige besluta

Informationen noteras till protokollet.

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Vaxholms stad genomfört en granskning av socialnämndens uppföljning av avtal avseende särskilt boende av externa utförare. Granskningens syfte var att bedöma om Socialnämnden säkerställer en ändamålsenlig uppföljning av avtal avseende särskilt boende och om den interna kontrollen är tillräcklig.

Rapporten inkom till förvaltningen 7 december 2023. Om svar yrkades till 14 februari 2023.

Revisionen uppmärksammade ett flertal förbättringsområden och lämnade ett antal rekommendationer.

Förvaltningen bedömer lämnade rekommendationer som rimliga att arbeta vidare med. Flertalet är redan åtgärdade i separata ärenden:

- Uppföljning av privata utförare
- Fördjupad granskning HSL, Vaxholms äldreboende

Övriga punkter som inte omfattas av ovan ärenden kommer förvaltningen arbeta vidare med för att säkerställa ändamålsenlig uppföljning avseende särskilt boende.

Barnrättsperspektivet/Prövning av barnets bästa

Föreslaget beslut bedöms inte få några konsekvenser för barn.

Jämställdhetsperspektivet

Föreslaget beslut bedöms inte få några konsekvenser/effekter ur ett jämställdhetsperspektiv.



Handlingar i ärendet

- Tjänsteutlåtande, Jan Sjöström, 2023-02-01
- Revisionsrapport – Uppföljning av externa avtal SÄBO 2022, PWC

Kopia på beslutet till:

- kommunstyrelsen

För åtgärd: Camilla Lundholm, Avdelningschef socialförvaltningen

Socialnämndens uppföljning av avtal avseende särskilt boende (externa utförare)

Vaxholms stad

December 2022

Malou Olsson, projektledare







Gustaf Almqvist, projektmedarbetare

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Vaxholms stad genomfört en granskning av socialnämndens uppföljning av avtal avseende särskilt boende av externa utförare. Granskningens syfte är att bedöma om Socialnämnden säkerställer en ändamålsenlig uppföljning av avtal avseende särskilt boende och om den interna kontrollen är tillräcklig.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att Socialnämnden **inte helt** säkerställer en ändamålsenlig uppföljning av avtal avseende särskilt boende och den interna kontrollen **inte är helt** tillräcklig.

Nedan ses bedömning för varje revisionsfråga. För fullständiga bedömningar se respektive revisionsfråga i rapporten eller det avslutade avsnittet "Sammanfattande bedömningar".

Revisionsfrågor	Bedömning
1. Finns rutiner för hur uppföljning och utvärdering av befintliga avtal ska genomföras?	Delvis 
2. Har nämndens rätt till insyn reglerats i avtalen?	Ja 
3. Sker uppföljning strukturerat och i tillräcklig omfattning?	Delvis 
4. Vidtas åtgärder av nämnden med anledning av resultat av uppföljningen?	Ja 
5. Har nämnden en rutin och systematik för återrapportering av inkomna synpunkter/klagomål?	Delvis 
6. Vidtar nämnden åtgärder med anledning av inkomna synpunkter/klagomål?	Ja 

Rekommendationer

Mot bakgrund av granskningsresultatet lämnar vi följande rekommendationer:

- Att socialnämnden säkerställer att de tar del av den fördjupade analys avseende brister i avvikelshantering som nämnden givit förvaltningen i uppdrag att ta fram.
- Att socialnämnden tar del av den uppföljning som genomförs enligt beslutad plan för uppföljning av privata utförare och att nämnden i förekommande fall tar beslut om eventuella åtgärder utifrån genomförd uppföljning.

- Att socialnämnden säkerställer att genomförda uppföljningar redovisas till nämnden.
- Att socialnämnden säkerställer att nämnden får ta del uppföljning av avvikelserapportering, synpunkter och klagomål löpande för årets samtliga kvartal.
- Att socialnämnden säkerställer att en kvalitetsredovisning för år 2022 upprättas och redovisas till nämnden.
- Att socialnämnden säkerställer att de tar del av utförarens årliga patientsäkerhetsberättelse.
- Att socialnämnden säkerställer att uppföljning av privata utförare sker under avtalsperioden avseende bland annat kreditvärdighet, betalning av skatter, avgifter och moms.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Inledning	4
Bakgrund	4
Syfte och revisionsfrågor	4
Revisionskriterier	4
Avgränsning	4
Metod	5
Organisation	6
Granskningsresultat	7
Inledning	7
Iakttagelser	7
Rutiner för uppföljning och utvärdering av befintliga avtal	7
Avtal, insyn, uppföljning och åtgärder	8
Synpunkter, klagomål och avvikelser	9
Samlad bedömning	11
Rekommendationer	11
Bedömningar utifrån revisionsfrågor	12

Inledning

Bakgrund

Kommunstyrelsen har fastställt ett program för uppföljning av privata utförare i Vaxholms stad. Som en del i stadens arbete med uppföljning och detta program har socialnämnden fastställt en plan för nämndens uppföljning och hur denna ska genomföras. Revisorerna har i sin risk- och väsentlighetsanalys gjort bedömningen att det är angeläget att granska efterlevnaden av denna uppföljningsplan avseende särskilt boende.

Syfte och revisionsfrågor

Syfte med granskningen är att bedöma om Socialnämnden säkerställer en ändamålsenlig uppföljning av avtal avseende särskilt boende (externa utförare) och att den interna kontrollen är tillräcklig.

Revisionsfrågor:

- Finns rutiner för hur uppföljning och utvärdering av befintliga avtal ska genomföras?

Avtal

- Har nämndens rätt till insyn reglerats i avtalen?
- Uppföljning sker strukturerat och i tillräcklig omfattning?
- Åtgärder vidtas av nämnden med anledning av resultatet av uppföljningen?

Synpunkter/klagomål

- Har nämnden en rutin och systematik för återrapportering av inkomna synpunkter/klagomål?
- Åtgärder vidtas av nämnden med anledning av inkomna synpunkter/klagomål?

Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar.

- Socialtjänstlagen (SoL) 4 och 11 kap
- Socialstyrelsens föreskrifter, SOSFS 2014:5
- Lokala styrande och stödjande dokument
- Gällande avtal på området

Avgränsning

Granskningen avgränsas till Socialnämndens ansvar avseende särskilt boende (externa utförare).

Metod

Genomgång av för granskningen relevanta dokument avseende nämndens system och rutiner för uppföljning samt riktlinjer och övriga styrande dokument. Vidare har genomförda uppföljningar granskats.

Avstämningar har genomförts med:

- Förvaltningschef Socialförvaltningen
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)/kvalitetsstrateg
- Verksamhetsutvecklare Socialförvaltningen

De har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

Organisation

I Vaxholms stad drivs stadens vård- och omsorgsboende för äldre på entreprenad sedan september 2021 av Förenade Care. I avtalet mellan Vaxholms stad och den privata utföraren framgår det att de särskilda boendet omfattar 83 lägenheter där fem är korttidsplatser för tillfälligt boende/avlastning. Den privata utförarens åtaganden är att utföra de insatser (stöd-, service-, och omsorgsinsatser som följer av stadens biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen samt utföra den hälso.- och sjukvård som staden ansvarar för i särskilda boenden.

Granskningsresultat

Inledning

I kommunallagen och i *Vaxholms stads program för mål och uppföljning av privata utförare 2020-2022*¹ framgår att, när en kommunal angelägenhet överlämnas till en privat utförare, är det varje nämnds ansvar att säkerställa:

- att utförare följer de lagar, förordningar och föreskrifter som gäller
- att verksamheten bedrivs i enlighet med angivna mål och riktlinjer

Varje nämnd ska ta fram en plan för när och på vilket sätt avtal och verksamhet som utförs av privata utförare ska följas upp. Planen ska innehålla:

- en sammanfattande beskrivning av nämndens uppföljningsansvar,
- en förteckning över privata utförare och vilken verksamhet dessa utför,
- vad som ska följas upp, till exempel lagkrav, mål och nyckeltal,
- vilka former av uppföljning som ska användas,
- eventuellt särskilda granskningsområden under året (exempelvis utifrån ett samlat resultat av tidigare uppföljningar)
- vem eller vilka som ansvarar för att genomföra uppföljningarna,
- tidplan för uppföljningen.

I programmet framgår det att nämnden ska anpassa uppföljningen till den verksamhet som bedrivs vilket innebär att besluta om vilken typ av uppföljning som ska göras, i vilken frekvens och i vilken omfattning.

lakttagelser

Rutiner för uppföljning och utvärdering av befintliga avtal

I Vaxholms stad finns en extern utförare av särskilt boende. I *Socialnämndens uppföljningsplan av privata utförare 2021* framgår att den privata utföraren av särskilt boende ska följas upp genom följande moment:

- avtalsuppföljning: entreprenad,
- ekonomisk status (kreditvärdighet),
- synpunkter och klagomål (årlig sammanställning),
- avvikelser (exempelvis kontroll hos Inspektionen för vård och omsorg),
- brukarundersökning (jämföra med andra kommuner)

Av dokumentet framgår det att avtalsuppföljning styrs innehållsmässigt av det förfrågningsunderlag som legat till grund för avtalets tecknande. Verksamhetens betydelse för nämnden påverkar uppföljningens omfattning och inriktning. I uppföljningsplanen framgår det att frågor som kan ställas kan vara om att styrdokument finns på plats och efterlevs eller att en fullgod kvalitet mot brukare levereras. Även

¹ (beslutat av fullmäktige 2020-02-17 § 4)

brukarundersökningar eller tidigare handlingsplaner kan fungera som underlag till fördjupad frågeställning. Tjänstemän kan behöva tillfrågas hur de upplever att utföraren sköter samverkan eller hur andra krav och rutiner efterlevs. Uppföljningsplanen innehåller i övrigt ingen detaljerad checklista på frågor som ska/kan ställas vid uppföljningen.

Vid avstämning med kvalitetsstrateg beskrivs det, utöver nämndens uppföljningsplan, inte finns någon ytterligare instruktion för hur uppföljning och utvärdering av befintliga avtal ska genomföras men att en sådan håller på att tas fram. Vi noterar att den nuvarande uppföljningsplanen inte innehåller någon beskrivning kring utvärdering av avtal. I avtalet med privat utförare framgår det däremot att utföraren ska medverka i uppföljningar, när så krävs, och utan dröjsmål bistå Vaxholms stad med de uppgifter staden, eller tredje part på uppdrag av staden, efterfrågar. Utföraren ska även medverka till att den enskilde uppmuntras och ges möjlighet att svara i brukarundersökningar.

Avtal, insyn, uppföljning och åtgärder

I avtal avseende *Vaxholms stads äldreboende 2020* framgår att utföraren ska på begäran från beställaren lämna ut information om sin verksamhet utan oskäligt dröjsmål. Detta för att beställaren, som enligt lag, ska kunna ge möjlighet för allmänheten att få insyn i olika verksamhetsområden där kommunen är ytterst ansvarig. Informationen ska, om inte annat avtalats, lämnas i skriftlig form. Enligt avtalet är utföraren dock inte skyldig att lämna ut information om utlämnandet strider mot lag eller annan författning, eller om uppgifterna kommer att omfattas av sekretess eller tystnadsplikt hos beställaren. I avtalet framgår det att utföraren ska förse Vaxholms stad med information om verksamheten som ska finnas på stadens hemsida som staden ansvarar för att lägga ut på hemsidan. Vidare framgår det i avtalet, avseende uppföljning av insatser, att kommunen har rätt att få den insyn i verksamheten som är nödvändig för att garantera uppdragets utförande enligt fastställda krav. Kommunens företrädare eller annan som kommunen utser ska beredas tillträde för uppföljning och kontroll av verksamheten. Utföraren ska tillhandahålla dokumentation och underlag rörande verksamheten samt i övrigt medverka till att kommunen kan följa upp utförarens uppfyllelse av avtalet. Utföraren ska enligt avtalet aktivt medverka vid och underlätta kommunens uppföljning och kontroll. Kommunen ska även kunna ta del av nödvändig information i brukarens journal och genomförandeplan vid uppföljning eller omprövning av ett beslut.

Vi kan dock ej finna i befintligt avtal att Vaxholms stad säkerställer att den upphandlade privata utföraren har ekonomiska förutsättningar under hela avtalsperioden.

Avseende uppföljning framgår följande i avtalet:

- Parterna ska fortlöpande samverka genom beställnings- och uppföljningsarbete. Vägledande för detta arbete är att en god måluppfyllelse i verksamheten är ett gemensamt intresse. Detta medför att samsyn på mål, medel och åtaganden är av största vikt

- Parterna ska tillvarata de möjligheter till utbyte av kunskaper, erfarenheter och information som i kontraktsförhållandet erbjuder i syfte att uppnå bästa tänkbara verksamhets och utveckling
- Samverkansmöten ska hållas minst en gång per månad, eller med annan frekvens som staden beslutar. Utföraren ska representeras av verksamhetschef. Från staden medverkar tjänsteman med kvalitets- respektive utföransvar och upprättar agenda för varje möte, baserat på en stående dagordning
- Stadens ombud för protokoll vid samrådsmöte och justeras av utförare om inte annan överenskommen
- Mellan parterna är krav på skriftlighet vad gäller besked om underrättelser uppfyllt genom anteckning i protokollet från samverkansmöte
- Part är skyldig att delta i samverkansorganets möten. Staden kallar till dessa möten

I avtalet beskrivs samverkansmötet som ett forum för parterna att lösa eventuella problem.

Vid avstämning med medicinskt ansvarig sjuksköterska/kvalitetsstrateg framgår det att uppföljningen av avtalen sker kontinuerligt genom bl.a. samverkansmöten, platsbesök samt individuell uppföljning vid behov. Vi har tagit del av minnesanteckningar från samverkansmöten från december 2021 till september 2022. I minnesanteckningarna framgår det att bl.a. fastighetsfrågor, personalsituation, inköp, anonyma klagomål, stölder och organisationsförändringar diskuterats. Socialnämnden beskrivs ta del av det som lyfts i samverkansmöten om det är händelser av större vikt som exempelvis stora förändringar inom verksamheten eller ändringar i ledningen. Vid genomgång av nämndens protokoll för 2021 och fram till september 2022 finns ingen spårbarhet att nämnden tagit del av information från ovanstående samverkansmöten.

Synpunkter, klagomål och avvikelser

*Handläggning av synpunkter/klagomål samt avvikelser*² är den övergripande riktlinjen inom området. Syftet med riktlinjen är att den i huvudsak ska användas för att säkerställa att alla utförare inom socialtjänsten fullföljer sina skyldigheter enligt SOSFS 2011:9³ gällande handläggningen av synpunkter, klagomål och avvikelser. Riktlinjen ska även klargöra hur synpunkter/klagomål samt avvikelser hanteras inom socialförvaltningen inom ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

Vi har tagit del av följande dokumentet *Instruktion för statistik rapportering av avvikelser/synpunkter och klagomål till Vaxholms stad*. Enligt dokumenten ska statistik över verksamhetens synpunkter/klagomål samt avvikelser rapporteras in varje kvartal till MAS/kvalitetsstrateg. Statistikrapporten ska skickas in till senast två veckor efter månadsslut. Enlig instruktionen ska följande avvikelseområden bl.a fall,

² (antagen 2022-02-15 § 3)

³ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

läkemedelsavvikelser, journalföring samt synpunkter och klagomål sammanställas och analyseras.

I avtalet med privat utförare framgår det att avvikelser och hanteringen av dem utgör en central punkt i parternas avtalssamverkan och att det under hela avtalstiden kommer att pågå en dialog kring kvalitet/kvalitetsbrister. Alla avvikelser ska sammanställas och redovisas för Vaxholms stads representant. Avtalet innehåller även avsnitt avseende rättelse, åtgärdsplan och vite.

Vid genomgång av socialnämndens protokoll 2021 och 2022 framgår att nämnden tagit del av sammanställning av avvikelser, synpunkter och klagomål:

- 2021-05-25 § 36, kvartal 1
- 2021-09-21 § 57, kvartal 2
- 2022-02-15 § 4, sammanställning, avvikelser, synpunkter och klagomål 2021
- 2022-05-24 § 47, kvartal 1
- 2022-09-20 § 72, kvartal 2

I protokollet går det att utläsa att MAS/Kvalitetsstrateg har informerat nämnden om avvikelserapporteringen. Vid sammanträdet 2022-09-20 deltog även privat utförare av särskilt boende på nämndens sammanträde och informerade om verksamheten (vid separat punkt). I protokollen från sammanträdena går det att utläsa att begreppet avvikelser innefattar samtliga fel, brister och risker som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits. Avvikelserapporteringen utgör en del av kvalitetsarbetet och är en del i utvecklingsarbetet. I protokollen för sammanträdena 2021 framgår det att antalet läkemedelsavvikelser minskat men att antalet fallhändelser är på en fortsatt relativt hög nivå. Liknande information framgår inte i protokollen för 2022. Vid sammanträdet 2022-09-20 framgår det däremot att det funnits brister i strukturen för avvikelserapportering från utförare i privat regi och att förvaltningen får i uppdrag att återkomma till nämnden med en fördjupad analys efter årsskiftet. Vid genomgång av nämndens protokoll ser vi dock endast spårbarhet att nämnden tagit del av rapportering för kvartal 1 och 2 vid ovan nämnda datum. Vid avstämning med MAS/kvalitetsstrateg i samband med sakgranskning av rapporten beskrivs kvartal 3 och 4 år 2021 rapporterats i samband med sammanställningen som gjordes 2022-02-15. Fördröjningen beskrivs bero på att det särskilda boendet gick över i privat regi under kvartal 3 och att man bytte verksamhetssystem. Vid avstämning med MAS/kvalitetsstrateg framgår det att socialnämnden tar del av rapporteringen vid samtliga kvartal och att kvartal tre 2022 ska redovisas vid sammanträdet i november.

Vid avstämning med MAS/kvalitetsstrateg framgår det att uppföljning pågår och att det i nuläget inte finns några resultat att presentera. Då det särskilda boendet varit i drift sedan september 2021 beskrivs det ännu inte gjorts någon kvalitetsredovisning och att detta först ska lämnas våren 2023. I avtalet framgår det att utföraren årligen ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse senast den 1 mars. Utifrån protokollsgenomgång kan vi konstatera att nämnden ej tagit del av patientsäkerhetsberättelsen för år 2021.

Samlad bedömning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Vaxholms stad genomfört en granskning av socialnämndens uppföljning av avtal avseende särskilt boende av externa utförare. Granskningens syfte är att bedöma om Socialnämnden säkerställer en ändamålsenlig uppföljning av avtal avseende särskilt boende och om den interna kontrollen är tillräcklig.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att Socialnämnden **inte helt** säkerställer en ändamålsenlig uppföljning av avtal avseende särskilt boende och den interna kontrollen **inte är helt** tillräcklig.

Rekommendationer

Mot bakgrund av granskningsresultatet lämnar vi följande rekommendationer:

- Att socialnämnden säkerställer att de tar del av den fördjupade analys avseende brister i avvikelshantering som nämnden givit förvaltningen i uppdrag att ta fram.
- Att socialnämnden tar del av den uppföljning som genomförs enligt beslutad plan för uppföljning av privata utförare och att nämnden i förekommande fall tar beslut om eventuella åtgärder utifrån genomförd uppföljning.
- Att socialnämnden säkerställer att genomförda uppföljningar redovisas till nämnden.
- Att socialnämnden säkerställer att nämnden får ta del uppföljning av avvikelserapportering, synpunkter och klagomål löpande för årets samtliga kvartal.
- Att socialnämnden säkerställer att en kvalitetsredovisning för år 2022 upprättas och redovisas till nämnden.
- Att socialnämnden säkerställer att de tar del av utförarens årliga patientsäkerhetsberättelse.
- Att socialnämnden säkerställer att uppföljning av privata utförare sker under avtalsperioden avseende bland annat kreditvärdighet, betalning av skatter, avgifter och moms.

Bedömningar utifrån revisionsfrågor

1. Finns rutiner för hur uppföljning och utvärdering av befintliga avtal ska genomföras?

Delvis.

Socialnämndens uppföljningsplan av privata utförare 2021 beskriver hur uppföljning av befintligt avtal ska genomföras. Exempelvis skall privata utförare följas upp genom ekonomisk status, avvikelser, synpunkter och klagomål.

Vi har inom ramen för granskningen inte erhållit någon rutin för hur utvärdering av befintliga avtal av privata utförare skall ske i samband med eventuellt förnyelse av avtal. Exempelvis genom att säkerställa att den privata utföraren har ekonomiska förutsättningar under hela avtalsperioden.



2. Har nämndens rätt till insyn reglerats i avtalen?

Ja.

Nämnden har rätt till insyn av den privata utförare inom särskilt boende genom upprättat avtal. Utföraren ska, utan oskäligt dröjsmål, på begäran från beställaren lämna ut information om sin verksamhet. I avtalet framgår att nämnden har rätt att få den insyn i verksamheten som är nödvändig för att garantera uppdragets utförande enligt fastställda krav.



3. Sker uppföljning strukturerat och i tillräcklig omfattning?

Delvis.

Uppföljning av avtal sker genom bl.a. samverkansmöten, rapportering av avvikelser, platsbesök samt individuell uppföljning vid behov.

Vi har inom ramen för granskningen ej erhållit underlag av utförarens brukarundersökning vilket framgår i befintligt avtal ska redovisas till Vaxholms stad.

Vi noterar att nämnden till viss del erhåller uppföljning av befintligt avtal såsom rapportering av avvikelser. Vi kan dock konstatera att nämnden ej erhållit någon patientsäkerhetsberättelse och



4. Vidtas åtgärder av nämnden med anledning av resultat av uppföljningen?

Ja.
Socialnämnden har beslutat att förvaltningen till årsskiftet ska ta fram en fördjupad analys avseende avvikelserapportering från utförare i privat regi då brister identifierats.



5. Har nämnden en rutin och systematik för återrapportering av inkomna synpunkter/klagomål?

Delvis.
Vi har tagit del av rutin avseende handläggning av synpunkter/klagomål samt avvikelser och en instruktion för statistikrapportering till MAS/Kvalitetsstrateg.



Rapportering av synpunkter, klagomål och avvikelser redovisas kvartalsvis till nämnden.

Vid protokollsgenomgång för år 2021 kan vi utläsa att nämnden erhållit rapportering endast avseende kvartal 1 och 2.

I samband med sakavstämning av revisionsrapporten erhöles dock information om att rapportering av kvartal 3 och 4 rapporterades till nämnden så sent som 2022-02-15. Detta dels på grund av byte av verksamhetssystem.

6. Vidtar nämnden åtgärder med anledning av inkomna synpunkter/klagomål?

Ja.
Frågeställningen bedöms uppfylld då nämnden vidtagit åtgärder utifrån avtalsuppföljningen, vilket avsåg avvikelser, synpunkter och klagomål (se fråga fyra).



2022-12-06

Carin Hultgren

Malou Olsson

Certifierad kommunal revisor
Uppdragsledare

Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Vaxholms stad enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från 2022-02-22. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

Socialförvaltningen
Jan Sjöström
Verksamhetsutvecklare

Revidering av Socialnämndens delegeringsordning

Förslag till beslut

Reviderad delegeringsordning antas.

Sammanfattning

I samband med nya ledamöter i socialnämnden från 2023-01-09 samt ny förvaltningschef revideras punkterna 30.1 till 30.9 och 31.15. i delegeringsordningen.

Barnrättsperspektivet/Prövning av barnets bästa

Föreslaget beslut bedöms inte få några konsekvenser för barn.

Jämställdhetsperspektivet

Föreslaget beslut bedöms inte få några konsekvenser/effekter ur ett jämställdhetsperspektiv.

Handlingar i ärendet

- Delegationsordning 2022-02-14
- Tjänsteutlåtande, Jan Sjöström

Delegeringsordning för socialnämnden 2023-02-14



Innehåll

Om delegering	4
Vad innebär delegering av beslutanderätt?	4
Förutsättningar för delegering av beslutanderätt	4
Skillnaden mellan delegering och verkställighet	4
Vad och till vem kan nämnden delegera?	5
Undertecknande av handlingar	5
Delegeringsordning för socialnämnden.....	5
Övergång av delegerad beslutanderätt vid frånvaro	6
Förvaltningschefens rätt till vidaredelegering	6
Delegaten handläggare	6
Delegeringsbeslut – upprättande, anmälan av m.m.....	6
Förkortningar	7
1. Allmänt	8
2. Ekonomi	9
3. Upphandling	9
4. Ersättning till familjehem, kontaktperson etc.	10
5. Återkrav och framställningar	10
6. Anmälan vid misstanke om brott	11
7. Anmälan till överförmyndaren.....	11
8. Anmälan till smittskyddsläkaren	12
9. Hantering och handläggning av Lex Sarah och Lex Maria samt fara för patientsäkerhet	12
10. Kundval	13
11. POSOM.....	13
12. Överflyttning av ärende	13
13. Offentligt biträde, godmanskap och förvaltarskap	13
14. Yttranden m.m.	13
15. Äldre- och funktionsnedsatta - insatser med stöd av SoL.....	14
16. Äldre- och funktionsnedsatta - insatser med stöd av LSS	15
17. Äldre- och funktionsnedsatta - färdtjänst.....	16
18. Äldre- och funktionsnedsatta - bostadsanpassning	16
19. Barn och ungdomar - insatser med stöd av SoL.....	16
20. Barn och ungdomar - föräldraskap	19



21. Barn och ungdomar - vårdnad, boende och umgänge	19
22. Barn och ungdomar - adoption	20
23. Barn och ungdomar - unga lagöverträdare.....	21
24. Barn och ungdomar - insatser med stöd av LVU.....	21
25. Vuxna - allmänt	23
26. Vuxna - försörjningsstöd m.m.	24
27. Vuxna - insatser med stöd av LVM m.m.	24
28. Vuxna - ersättning till asylsökande m.fl.	25
29. Vuxna - övrigt	25
30. Kompletterande beslutanderätt.....	25
31. Socialjouren	27
Barn och ungdom	27
Akut ekonomiskt stöd och logi.....	27
Äldre och personer med funktionsnedsättning	28
Kompletterande beslutanderätt	28

Om delegering

Vad innebär delegering av beslutanderätt?

Delegering av beslutanderätt enligt kommunallagen innebär att rätten att besluta i ett visst ärende eller i en grupp av ärenden, delegeras från nämnden till någon annan. Den som har sådan rätt kallas *delegat*. Delegering får ske under de förutsättningar som anges i 6 kap. 37-39 §§ kommunallagen, KL.

De beslut som delegaten fattar med stöd av den delegerade beslutanderätten fattas i nämndens namn och kallas *delegeringsbeslut*. Ett delegeringsbeslut kan överklagas genom laglighetsprövning eller förvaltningsbesvär beroende på vilken ärendetyp det är fråga om. Nämnden kan inte ändra delegatens beslut i efterhand, däremot kan delegeringen återkallas. Även om beslutanderätten har delegerats i ett visst ärende eller grupp av ärenden har nämnden alltid rätt att fatta beslut i frågan.

Delegaten har redovisningsansvar till nämnden och bär det straffrättsliga ansvaret för besluten som fattas. Det innebär exempelvis att delegaten kan dömas för tjänstefel om beslutet är felaktigt. Delegaten har rätt att överlämna ärenden som omfattas av delegation för avgörande av nämnden.

För de beslutstyper som inte finns omnämnda i delegeringsordningen ska nämnden alltid fatta besluten.

Förutsättningar för delegering av beslutanderätt

Delegering inom en nämnd förutsätter alltid beslut i två led. Först och främst måste fullmäktige besluta om ett reglemente för nämnden, som anger vilka områden nämnden ansvarar för. Sedan kan nämnden i sin tur besluta att delegera beslutanderätten i vissa ärenden eller ärendegrupper.

Beslutanderätt i periodiskt återkommande rutinärenden brukar införas i en delegeringsordning och när det är fråga om mer särpräglade ärenden kan delegering lämnas för särskilt fall. Nämnden bestämmer själv i vilka ärenden eller ärendegrupper som beslutanderätten ska delegeras. Vissa typer av ärenden får inte delegeras (6 kap 38 § KL)

1. ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet,
2. framställningar eller yttranden till fullmäktige liksom yttranden med anledning av att beslut av nämnden i dess helhet eller av fullmäktige har överklagats,
3. ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda, om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt,
4. ärenden som väckts genom medborgarförslag och som lämnats över till nämnden, eller
5. ärenden som enligt lag eller annan författning inte får delegeras.

Skillnaden mellan delegering och verkställighet

Beslutsfattande med stöd av delegerad beslutanderätt (verklig beslutanderätt) skiljer sig från beslutsfattande som är en följd av arbetsfördelningen mellan stadens tjänstemän (verkställighet).

Det finns ingen definition av begreppen *verklig beslutanderätt* respektive *verkställighet*. Man kan dock säga att ett beslut fattat med stöd av verklig beslutanderätt kännetecknas av att det finns utrymme för bedömning medan ställningstaganden som är ett utflöde av arbetsfördelningen utgör verkställighet. Gränsen mellan delegering och ren verkställighet är ofta något flytande. I ett beslutsärende finns det utrymme för alternativa lösningar och beslutsfattaren måste göra vissa överväganden och bedömningar. Vid ren verkställighet saknas utrymme för självständiga bedömningar, som till exempel vid uttågande av

avgift efter principer som anges i en taxa. Beslut som är ren verkställighet kan inte överklagas och ska heller inte anmälas till nämnden.

Vad och till vem kan nämnden delegera?

Under förutsättning av delegeringen inte avser något som anges i 6 kap. 38 § KL kan nämnden enligt 6 kap. 37 § KL lämna delegation till:

- presidiet
- en ledamot eller ersättare i nämnden,
- en av Vaxholms stads anställda eller
- ett utskott inom nämnden.

Det är inte möjligt att delegera till:

- en grupp av anställda,
- en anställd tillsammans med en ledamot eller ersättare,
- ett kommunalt bolag eller anställd i sådant bolag eller

Nämnden får uppdra åt ordföranden eller annan ledamot att besluta i ärenden som är så brådskande att styrelsens beslut inte kan avvaktas enligt 6 kap. 39 § KL. Det får bara handla om ärenden som absolut måste avgöras omgående.

Avvikande bestämmelser finns i bland annat lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter.

Undertecknande av handlingar

Bestämmelser om vem som har rätt att underteckna handlingar på nämndens vägnar framgår av reglementet med gemensamma bestämmelser för nämnder i Vaxholms stad.

Delegeringsordning för socialnämnden

Nämnden delegerar beslutanderätten enligt denna delegeringsordning med undantag för vad som anges i 6 kap. 38 § kommunallagen, nämligen

1. ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet,
2. framställningar eller yttranden till fullmäktige liksom yttranden med anledning av att beslut av nämnden i dess helhet eller av fullmäktige har överklagats,
3. ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda, om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt,
4. ärenden som väckts genom medborgarförslag och som lämnats över till nämnden, eller
5. ärenden som enligt lag eller annan författning inte får delegeras t.ex 10 kap. 4-5 §§ socialtjänstlagen:
 - a. beslut om att inte påbörja eller lägga ned påbörjad utredning om faderskap, 2 kap 7 & 9 §§ föräldrabalken (FB),
 - b. yttrande till domstol innan domstolen beslutar i adoptionsfråga, 4 kap. 10 § FB,
 - c. förbud eller begränsning för en person som har sitt hem inom kommunen att i hemmet ta emot andras barn, 5 kap. 2 § SoL,

- d. framställning till Försäkringskassan om ändring av betalningsmottagare för barnbidrag och förlängt studiestöd enligt 16 kap. 18 § samt 18 kap. 19 § socialförsäkringsbalken.

Övergång av delegerad beslutanderätt vid frånvaro

Vid ordförandens frånvaro eller jäv övergår den beslutanderätt som delegerats till ordföranden enligt denna delegeringsordning till vice ordföranden eller annan av nämnden särskilt utsedd person.

Vid förvaltningschefens frånvaro eller jäv övergår den beslutanderätt som delegerats till förvaltningschefen enligt denna delegeringsordning till ordföranden i de fall vidaredelegering saknas.

Där chef anges som delegat avser beslutanderätten ärenden inom chefens ansvarsområde.

I övrigt anges delegat i delegeringsordningen i lägstanivå. För tjänstemannadelegat innebär detta att överordnad tjänsteman kan fatta beslut i alla ärenden delegerade till lägre tjänsteman. Sociala utskottet har rätt att besluta i alla ärenden som är delegerade till tjänsteman.

Förvaltningschefens rätt till vidaredelegering

Förvaltningschefen ges rätt att enligt 7 kap. 6 § kommunallagen vidaredelegera sin beslutanderätt till annan anställd vid Vaxholms stad, med undantag för de ärendetyper där vidaredelegering inte tillåts enligt denna delegeringsordning.

Delegaten handläggare

Delegaten handläggare innefattar följande tjänstetitlar: socialsekreterare, biståndshandläggare, familjehemssekreterare samt familjerättssekreterare.

Delegeringsbeslut – upprättande, anmälan av m.m.

Beslut fattat med stöd av delegering eller vidaredelegering ska vara skriftligt och undertecknat. Protokoll över beslut ska alltid upprättas i stadens ärendehanteringssystem Evolution i syfte att möjliggöra en systematisk återrapportering till nämnden. Av respektive beslut ska det framgå att det är fattat med stöd av delegation från nämnden och enligt vilken punkt i delegeringsordningen. Delegaten ansvarar för eventuell delgivning till den som berörs av beslutet. Anvisningar för överklagande av beslut ska som huvudregel finnas med som en upplysning i beslutet.

Delegeringsbeslut ska anmälas till nämnden genom att de redovisas genom utdrag ur ärendehanteringssystemet Evolution respektive dokumentationssystemet Procapita, vid nästföljande sammanträde. Där nämndens arbets- eller planeringsutskott är delegat ska beslut anmälas genom att utskottens beslutsprotokoll anmäls till nämnden.

Beslut fattade med stöd av vidaredelegering ska anmälas till förvaltningschefen. Anmälan sker genom att protokoll över besluten upprättas i ärendehanteringssystemet Evolution.

Förkortningar

BBL	Bidragsbrottslagen (2007:612)
BegravnL	Begravningslagen (1990:1144)
BrB	Brottsbalken (1962:700)
FB	Föräldrabalken (1949:381)
FL	Förvaltningslagen
KKL	Körkortslagen (1998:488)
KL	Kommunallagen (2017:725)
LMA	Lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl.
LOU	Lagen (2007:1091) om offentlig upphandling
LOV	Lagen (2008:962) om valfrihetsystem
LSS	Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
LUL	Lagen (1964:167) med särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare
NamnL	Namnlagen (1982:670)
OSL	Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)
PaL	Passlagen (1978:302)
PaF	Passförordningen (1979:664)
PSL	Patientsäkerhetslagen (2010:659)
RFL	Lagen (1997:735) om riksfärdtjänst
SFB	Socialförsäkringsbalken (2010:110)
SoF	Socialtjänstförordningen (2001:937)
SoL	Socialtjänstlagen (2001:453)
TF	Tryckfrihetsförordningen (1949:105)
ÄB	Ärverdabalken (1958:637)
ÄktB	Äktenskapsbalken (1987:230)



Nr	Ärendegrupp	Delegat(er)	Anmärkning
1. Allmänt			
1.1.	Ärenden som är så brådskande att nämndens beslut inte kan avvaktas	Nämndens ordförande	6 kap. 39 § kommunallagen
1.2.	Deltagande i kurser och konferenser för nämndens ledamöter och ersättare	Nämndens ordförande	
1.3.	Överklagande av beslut och domar som innefattar ändring av delegatens beslut	Enhetschef	
1.4.	Rättidsprövning av överklaganden	Delegaten i ursprungsbeslutet	
1.5.	Utfärda fullmakt att föra stadens talan inför domstolar och andra myndigheter med de inskränkningar som följer av bestämmelserna i reglementet med gemensamma bestämmelser för nämnder i Vaxholms stad	Förvaltningschef	6 kap. 15 § kommunallagen Ej vidare-delegering
1.6.	Beslut att inte lämna ut allmän handling eller att lämna ut allmän handling med förbehåll	Avdelningschef	6 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) Ej vidare-delegering
1.7.	Avvisande av ombud	Sociala utskottet	15 § FL <i>Beslut att avvisa ett ombud eller biträde får överklagas särskilt i samma ordning som det beslut varigenom myndigheten avgör ärendet.</i>
1.8.	Beslut i arkivfrågor	Förvaltningschef	Arkivlagen (1990:782)
1.9.	Utse dataskyddsbud	Förvaltningschef	
1.10.	Föra förvaltningens talan i kontakt med IVO (Institutionen för Vård och Omsorg)	Avdelningschef/ MAS	
1.11.	Beslut om personuppgiftsincidenter	Enhetschef, dataskyddssamordnare	Dataskyddsförordningen art 33-34.



2. Ekonomi			
2.1.	Överenskommelse om betalning av fordran (amorteringsplan) understigande två år och/eller femtiotusen (50 000) kr	Förvaltningschef	
2.2.	Beslut om anstånd med inbetalning av fordran inom socialnämndens ansvarsområde understigande tre månader och/eller femtiotusen (50 000) kr och avskrivning av fordran överstigande 15 000kr men inte överstigande 50 000kr	Avdelningschef	
2.3.	Avskrivning av fordran uppgående till 15 000kr inom socialnämndens ansvarsområde.	Enhetschef	
2.4.	Anstånd, nedsättning samt eftergift av ersättningsskyldighet enligt 8 kap. 1 § samt 9 kap. 1-2 §§ SoL	Enhetschef	9 kap. 4 § SoL
2.5.	Beslut rörande avgifter (med undantag för nedskrivning eller avskrivning av skuld)	Avgiftshandläggare/ Handläggare	8 kap. 1-2 SoL, 20 § LSS
3. Upphandling			
<p>Delegering av beslutanderätt inom upphandlingsområdet avser delegering av hela upphandlingsförfarandet från beslut om att genomföra upphandling till att besluta om tilldelning. Nämnden ansvarar för upphandling inom det egna ansvarsområdet. Kommunstyrelsen ansvarar för stadens gemensamma upphandlingar enligt reglementet med gemensamma bestämmelser för nämnder i Vaxholms stad.</p>			
	Upphandling av varor, tjänster m.m.		LOU
3.1.	Inom ramen för beslutad driftsbudget och ett totalt kontraktvärde om högst 1 msek	Avdelningschef	
3.2.	inom ramen för beslutad investeringsbudget ett totalt kontraktvärde om högst 2 msek	Avdelningschef	
3.3.	Upphandling av ramavtal som inte innebär en garanterad volym	Förvaltningschef	Omfattar både upphandlingar som genomförs i stadens regi och ramavtals-upphandlingar som genomförs av inköpscentral.
3.4.	Köp av enstaka plats/insats utanför ramavtal/upphandlad verksamhet för verkställande av biståndsbeslut	Avdelningschef	



3.5.	Köp av enstaka plats/insats inom ramavtal/upphandlad verksamhet för verkställande av biståndsbeslut	Enhetschef	
4. Ersättning till familjehem, kontaktperson etc.			
4.1.	Ersättning till familjehem, kontaktperson och kontaktfamilj. jourhem enligt SKR:s rekommendationer	Handläggare	6 kap. 9 § SoL, 4,6 och 8 §§ LSS
4.2.	utöver SKR:s rekommendationer	Enhetschef	
4.3.	Ersättning till särskilt förordnad vårdnadshavare som tidigare har varit familjehemsförälder	Sociala utskottet	6 kap. 11§ SoL
4.4.	Ersättning till särskilt förordnad vårdnadshavare för placerade barn Arvode maximalt upp till fem procent av prisbasbeloppet per månad. Kostnadsersättning maximalt upp till tre procent av prisbasbeloppet per år.	Handläggare	
5. Återkrav och framställningar			
5.1.	Väcka talan hos förvaltningsrätten om återkrav med stöd av 9 kap. 1-2 §§ SoL	Sociala utskottet	9 kap. 3 § SoL <i>Talan måste väckas inom tre år från det att stadens kostnader uppkom.</i>
5.2.	Föra talan i förvaltningsrätten om återkrav med stöd av 9 kap. 1-2 §§ SoL	Enhetschef	9 kap. 3 § SoL
5.3.	Framställan till Försäkringskassan om att nämnden ska uppbära sjukpenning för den som bereds vård i sådant hem för vård eller boende eller familjehem enligt SoL som ger vård eller behandling åt missbrukare av alkohol eller narkotika	Handläggare	106 kap. 13 samt 38-39 §§ SFB
5.4.	Framställning till Försäkringskassan om ändring av betalningsmottagare för barnbidrag i samband med placering av barn och ungdom i enskilt hem eller hem för vård och boende	Handläggare	106 kap. 6-7 §§ SFB



5.5.	Framställning till Försäkringskassan om ändring av betalningsmottagare för bostadsbidrag	Handläggare	98 kap. 11 § SFB
6. Anmälan vid misstanke om brott			
6.1.	Anmälan till polis, åklagare eller annan myndighet vid misstanke om brott i enlighet med de förutsättningar som framgår av 10 kap. 2 § samt 21-23 §§ OSL	Avdelningschef	11 kap. 10 § SoL, 10 kap. 2 § samt 21-23 §§ OSL, 6 § BBL <i>6 § BBL är tvingade, vilket innebär att en anmälan alltid måste göras vid misstanke om brott.</i> <i>Av 10 kap. 2 § OSL framgår att socialnämnden utan hinder av sekretess kan polisanmäla brott som hindrar nämndens verksamhet. Av 10 kap. 21-23 §§ samma lag följer att sekretess även i vissa andra fall inte hindrar att uppgifter som angår misstanke om brott lämnas till en åklagarmyndighet, polismyndighet eller annan myndighet som har att ingripa mot brottet.</i>
6.2.	Polisanmälan vid misstanke om vissa brott mot barn samt misstankar om begångna brott i övrigt	Enhetschef	12 kap. 10 § SoL, 10 kap. 2, 21-24 §§ OSL
7. Anmälan till överförmyndaren			



7.1.	Anmälan om behov samt upphört behov av god man/förvaltare till överförmyndaren	Handläggare	5 kap. 3 § SoF, 15 § 6 LSS
7.2.	Anmälan av förhållanden beträffande förvaltningen av underårigs egendom till överförmyndaren	Enhetschef	5 kap. 3 § SoF
8. Anmälan till smittskyddsläkaren			
8.1.	Lämna uppgift till smittskyddsläkare	Enhetschef	6 kap. 11 § smittskyddslagen
8.2.	Anmälan enligt smittskyddslagen	Enhetschef	6 kap. 12 § smittskyddslagen
9. Hantering och handläggning av Lex Sarah och Lex Maria samt fara för patientsäkerhet			
9.1.	Beslut om att inleda utredning eller inte, gällande missförhållande, efter inkommen eller upprättad, Lex Sarahrapport.	Avdelningschef/ enhetschef	14 kap. 7 § SoL, 24 f § LSS SOSFS 2011:5
9.2.	Beslut om grad av missförhållande efter genomförd utredning. a. Inget missförhållande b. Missförhållande c. Allvarligt missförhållande	Avdelningschef	14 kap. 7 § SoL, 24 f § LSS SOSFS 2011:5
9.3.	Anmälan av allvarliga missförhållanden eller risk för sådana till inspektionen för vård och omsorg (Lex Sarah).	Kvalitetsstrateg	14 kap. 7 § SoL, 24 f § LSS SOSFS 2011:5
9.4.	Beslut om att inleda utredning om vårdskada efter inkommen eller upprättad Lex Mariarapport.	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	3 kap. 5 § PSL HSLF-FS 2017:40
9.5.	Beslut om grad av vårdskada efter genomförd utredning. a. Ingen vårdskada b. Vårdskada c. Allvarlig vårdskada	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	3 kap. 5 § PSL HSLF-FS 2017:40
9.6.	Anmälan till IVO av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	3 kap. 5 § PSL HSLF-FS 2017:41
9.7.	Anmälan till IVO om skälig anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten.	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	3 kap. 7 § PSL



10. Kundval			
10.1.	Godkännande av anordnare	Avdelningschef	LOV och villkor för godkännande
10.2.	Hävning av avtal på anordnarens begäran	Avdelningschef	
11. POSOM			
11.1.	Grupptransport till hemort inom/utom Sverige	POSOM-chef	4 kap. 2 § SoL
11.2.	Gruppinkvartering	POSOM-chef	4 kap. 2 § SoL
11.3.	Förtäring till grupp utöver första dygnet	POSOM-chef	4 kap. 2 § SoL
11.4.	Övrig utrustning till grupp	POSOM-chef	4 kap. 2 § SoL
11.5.	Övriga beslut med stöd av 4 kap. 2 § SoL som medför kostnader	POSOM-chef	4 kap. 2 § SoL
12. Överflyttning av ärende			
12.1.	Beslut om framställning om överflyttning av ärende till nämnd i annan kommun samt beslut i fråga om mottagande av ärende	Enhetschef	2 a kap. 10 § SoL
12.2.	Ansöka om överflyttning av ärende hos IVO	Enhetschef	2 a kap. 11 § SoL
13. Offentligt biträde, godmanskap och förvaltare			
13.1.	Anmälan om behov av offentligt biträde	Handläggare	3 § lagen (1996:1620) om offentligt biträde
14. Yttranden m.m.			
14.1.	Yttrande till förvaltningsrätt med anledning av att delegeringsbeslut har överklagats	Delegaten i ursprungsbeslutet	
14.2.	Yttrande till kammarrätt/högsta förvaltningsdomstolen	Avdelningschef	
14.3.	Yttranden och ansökningar till andra myndigheter	Avdelningschef	
14.4.	Överklagan av andra myndigheters beslut	Avdelningschef	
14.5.	Yttrande i namnämnde	Handläggare	45 § 2 st. och 46 § 2 st. NamnL
14.6.	Yttrande angående äktenskapsdispens	Handläggare	15 kap. 1 § ÄktB
14.7.	Framställning till CSN om ändring av betalningsmottagare för studiebidrag	Handläggare	2 kap. 33 § 2 st. studiestödsförordningen
14.8.	Framställning till Försäkringskassan om att föräldrapenningsförmån för en förälder som	Handläggare	11 kap. 17 § SFB



	inte har fyllt 18 år ska helt eller delvis ska betalas ut till någon annan person eller till nämnden att användas till föräldrarnas och familjens nytta		
14.9.	Yttrande över ansökan om rättshjälp genom offentligt biträde samt yttrande över kostnadsräkning	Handläggare	3 § lagen (1996:1620) samt 7 § förordningen (1997:405) om offentligt biträde
14.10.	Yttranden i ärenden om anordnande av godmanskap enligt 11 kap. 4 § FB eller förvaltarskap	Handläggare	11 kap. 16 § 2 st. FB
14.11.	Yttrande till allmän domstol	Enhetschef	31 kap. 2 § BrB
14.12.	Yttrande till Åklagarmyndigheten vid åtalsprövning	Handläggare	46 § LVM
14.13.	Yttrande i körkortsärende	Handläggare	3 kap. 8 § och 5 kap. 2 § körkorts-förordningen (1998:980)

Äldre- och funktionsnedsatta

15. Äldre- och funktionsnedsatta - insatser med stöd av SoL

15.1.	Inleda eller lägga ner utredning	Handläggare	11 kap. 1 § SoL
	Hjälp i hemmet (omsorgs- och/eller serviceinsatser)		4 kap. 1 § SoL
15.2.	Upp till totalt 90 timmar/månad	Handläggare	
15.3.	Totalt 90 - 120 timmar/månad	Enhetschef	
15.4.	Över 120 timmar/månad	Avdelningschef	
15.5.	Beslut utanför gällande avtal enligt LOV	Enhetschef	
15.5.	Trygghetslarm	Handläggare	4 kap. 1 § SoL
15.6.	Måltidsservice	Handläggare	4 kap. 1 § SoL
15.7.	Särskilt boende	Enhetschef	4 kap. 1 § SoL
15.8.	Tillfälligt boende/växelvård	Enhetschef	4 kap. 1 § SoL
15.9.	Dagverksamhet	Handläggare	4 kap. 1 § SoL
15.10.	Boendestöd		4 kap. 1 § SoL
	Upp till 25 timmar/ månad Mellan 25-40 timmar/ månad Över 40 timmar	Handläggare Enhetschef Avdelningschef	



15.11.	Ledsagning	Handläggare	4 kap. 1 § SoL
15.12.	Avlösarservice i hemmet Upp till 30 timmar/månad Mellan 30-45 timmar/månad Över 45 timmar	Handläggare Enhetschef Avdelningschef	4 kap. 1 § SoL
15.13.	Kontaktperson	Handläggare	4 kap. 1 § SoL
15.14.	Placering i hem för vård och boende för psykiskt funktionshindrade Upp till 3 månader inom ramavtal	Enhetschef	4 kap. 1 § SoL
15.15.	Upp till 3 månader utom ramavtal	Avdelningschef	
15.16.	Över 3 månader	Sociala utskottet	
15.17.	Daglig sysselsättning	Handläggare	4 kap. 1 § SoL
15.18.	Träningsboende	Enhetschef	4 kap. 1 § SoL
15.19.	Upphörande av insats enligt SoL	Handläggare	
15.20.	Turbundna resor för äldre och funktionsnedsatta	Handläggare	4 kap. 1 § SoL
16. Äldre- och funktionsnedsatta - insatser med stöd av LSS			
16.1.	Personlig assistans upp till totalt 20 timmar/vecka	Handläggare	7 § samt 9 § 2 LSS
16.2.	över totalt 20 timmar/vecka	Avdelningschef	
16.3.	Tillfällig utökning av personlig assistans för den som beviljats assistansersättning enligt SFB	Handläggare	7 § samt 9 § 2 LSS
16.4.	Ledsagarservice Upp till 30 timmar/månad Mellan 30-45 timmar/månad Över 45 timmar/månad	Handläggare Enhetschef Avdelningschef	9 § 3 LSS
16.5.	Kontaktperson	Handläggare	9 § 4 LSS
16.6.	Avlösarservice Upp till 30 timmar/månad Mellan 30-45 timmar/månad Över 45 timmar	Handläggare Enhetschef Avdelningschef	9 § 5 LSS
16.7.	Korttidsvistelse	Enhetschef	9 § 6 LSS



16.8.	Korttidstillsyn	Enhetschef	9 § 7 LSS
16.9.	Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet	Avdelningschef	7 § samt 9 § 8 LSS
16.10.	Bostad med särskild service	Enhetschef	7 § samt 9 § 9 LSS
16.11.	Daglig verksamhet	Handläggare	7 § samt 9 § 10 LSS
16.12.	Förhandsbesked avseende insatser enligt LSS	Enhetschef	16 § 2 st. LSS
16.13.	Insatser under tillfällig vistelse	Enhetschef	16 § 3 st. LSS
17. Äldre- och funktionsnedsatta - färdtjänst			
17.1.	Tillstånd till riksfärdtjänst	Handläggare	4 § RFL
17.2.	Turbundna resor	Handläggare	7 § Lagen (1997:736) om färdtjänst
18. Äldre- och funktionsnedsatta - bostadsanpassning			
18.1.	Beslut avseende bostadsanpassningsbidrag, reparationsbidrag och återställningsbidrag.	Handläggare av bostadsanpassningsbidrag/Handläggare	Ansökan inkommen från och med 2018-07-01 handläggs enligt Lag (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag. Ansökan inkommen före 2018-07-01 handläggs enligt Lagen (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m.m.
Individ- och familjeomsorg			
19. Barn och ungdomar - insatser med stöd av SoL			
19.1.	Inleda utredning avseende barn	Handläggare	11 kap. 1 § SoL <i>Delegeringsförbud</i>
	Beslut att inte inleda och avsluta utredning avseende barn och ungdomar	Enhetschef	<i>råder för nedläggning av påbörjad utredning</i>



	Beslut att ej inleda utredning	Enhetschef	<i>om faderskap enligt 2 kap. 9 § FB (10 kap. 4 § SoL).</i>
19.2.	Beslut om psykiatrisk eller psykologisk utredning eller behandling som omfattas av hälso-och sjukvårdslagen när endast den ena vårdnadshavaren samtycker	Sociala utskottet	6 kap.13a § FB
19.3.	Beslut om bistånd i form av familjehemsplacering för stadigvarande vård och fostran	Sociala utskottet	4 kap. 1§ SoL/6 kap. 6§ 1 st SoL
19.4.	Förlängning av utredningstid avseende barn	Avdelningschef	11 kap. 2 § 2 st. SoL
19.5.	Beslut om öppenvårdsinsats i egen regi	Handläggare	4 kap. 1 § SoL
19.6.	Bistånd i form av kontaktperson/-familj	Handläggare	3 kap.6 b § 1st. samt ersättning enligt SKR riktlinjer
19.7.	Beslut om öppenvårdsinsats utan vårdnadshavares samtycke, för barn fyllda 15 år, om det är lämpligt och barnet begär eller samtycker till det	Enhetschef	3 kap. 6a§ SoL
19.8.	Beslut om externa öppenvårdsinsatser	Enhetschef	4 kap.1§ SoL
19.9.	Beslut om öppenvård genom ATV -Täby	Handläggare	4 kap.1§ SoL
19.10.	Beslut om bistånd i form av stödboende för ungdom 18-20 år	Enhetschef	4 kap. 1§ SoL
19.11.	Medgivande att barn tas emot för stadigvarande vård och fostran i ett enskilt hem som inte tillhör någon av hans/hennes föräldrar eller annan vårdnadshavare	Sociala utskottet	6 kap. 6 § SoL <i>Ett beslut om att bereda en underårig vård i ett visst familjehem/ enskilt hem är att betrakta som ett medgivande enligt 6 kap. 6 § SoL. Utredning av hemmet ska alltid ske. Delegering enbart tillåten till utskott enligt 10 kap. 4 § SoL.</i>



19.12.	Beslut om bistånd i form av placering/omplacering av barn i familjehem	Sociala utskottet	4 kap. 1 § SoL, 6 kap. 6 § 1st SoL <i>Medgivande krävs enligt 6 kap. 6 § SoL.</i>
19.13.	Beslut om bistånd i form av placering/omplacering av barn i HVB-hem och stödboende	Enhetschef	4 kap. 1 §, 6 kap. 1 § SoL
19.14.	Beslut om bistånd i form av tillfällig placering/akutplacering av barn i jourhem eller nätverkshem	Enhetschef	4 kap. 1 § SoL
19.15.	Övervägande av vård i annat hem än det egna	Sociala utskottet	6 kap. 8 § SoL <i>Nämnden är skyldig att minst en gång var sjätte månad överväga om vård enligt SoL fortfarande behövs. Delegering enbart tillåten till utskott enligt 10 kap. 4 § SoL.</i>
19.16.	Övervägande av om det finns skäl att ansöka om överflyttning av vårdnaden enligt 6 kap. 8 § FB	Sociala utskottet	6 kap. 8 § 2 st. SoL <i>Enligt 10 kap. 5 § SoL tillkommer beslutanderätten i fråga om att väcka talan om överflyttning av vårdnad med stöd av 6 kap. 8 § FB nämnden (delegeringsförbud).</i>
19.17.	Ekonomiskt bistånd till barn och ungdom i samband med placering/omplacering eller flyttning från familjehem eller hem för vård och boende	Handläggare	4 kap. 1 § SoL
19.18.	Schablonkostnader vid placering av barn upp till 5000 kronor utöver schablonbelopp	Handläggare	4 kap. 2 § SoL
19.19.	Uppföljning efter utredning eller placering	Enhetschef	11 kap. 4 a-b §§ SoL
19.20.	Beslut att inte lämna information till anmälare om att utredning har inletts, inte har inletts eller redan pågår.	Enhetschef	14 kap. 1 b § SoL



20. Barn och ungdomar - föräldraskap			
20.1.	Fader- samt föräldraskapsbekräftelse	Handläggare	1 kap. 4 samt 9 §§ FB
20.2.	Inleda utredning om fastställande av faderskap	Handläggare	2 kap. 1 § FB <i>Inbegriper återupptagande av nedlagd utredning. Utredningen ska vara slutförd inom ett år från barnets födelse, om ej särskilda skäl föranleder annat (2 kap. 8 § FB).</i>
20.3.	Begära att socialnämnden i annan kommun lämnar biträde vid utredning av faderskap	Handläggare	2 kap. 4 § FB
20.4.	Inleda utredning om att någon annan man än den som är gift med barnets moder kan vara far till barnet	Handläggare	2 kap. 9 § FB <i>Beslut om att inte påbörja utredning eller att lägga ned en påbörjad utredning ska fattas av socialnämnden enligt 10 kap. 5 § Sol.</i>
20.5.	Väcka talan om fastställande av faderskap	Handläggare	3 kap. 5 § 2 st. samt 3 kap. 6 § 2 st. FB
20.6.	Ge in protokoll över socialnämndens utredning till tingsrätten	Handläggare	3 kap. 8 § FB
21. Barn och ungdomar - vårdnad, boende och umgänge			
21.1.	Föräldrars avtal om vårdnad, boende eller umgänge		6 kap. 6 § 2 st., 14a § 2 st. samt 15a § 3 st. FB
21.2.	Godkänna	Handläggare	
21.3.	Inte godkänna	Sociala utskottet	
21.4.	Utse umgängesstöd	Handläggare	6 kap. 15 c § 3 st. FB



21.5.	Lämna upplysningar till tingsrätt i vårdnads- och umgänges mål	Handläggare	6 kap. 19 § FB
21.6.	Godkännande av att underhållsbidrag för framtiden ska betalas med ett engångsbelopp eller för längre perioder än tre månader	Handläggare	7 kap. 7 § FB
21.7.	Beslut att åtgärd får vidtas utan den andra vårdnadshavarens samtycke om det krävs med hänsyn till barnets bästa och åtgärden gäller 1. psykiatrisk eller psykologisk utredning eller behandling som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 2. behandling i öppna former som ges med stöd av 4 kap. 1 § SoL § 3. utseende av en kontaktperson eller en familj som avses i 3 kap. 6 § tredje stycket SoL eller 4. en insats enligt 9 § 4, 5 eller 6 LSS	Sociala utskottet	6 kap. 13 a § FB <i>Delegering enbart tillåten till utskott enligt 10 kap. 5 § SoL.</i>
21.8.	Utse utredare i vårdnadsärende när rätten uppdrar socialnämnden att verkställa utredning i frågor som rör vårdnad, boende och umgänge.	Enhetschef	6 kap. 19 § FB <i>Verkställighet</i>
22. Barn och ungdomar - adoption			
22.1.	Medgivande att ett barn tas emot för adoption samt återkallande av detsamma	Sociala utskottet	6 kap. 6, 12 samt 13 §§ SoL <i>Delegering enbart tillåten till utskott enligt 10 kap. 4 § SoL.</i>
22.2.	Beslut om huruvida adoptionsförfarande får fortsätta då barn föreslagits för adoption	Handläggare Sociala utskottet	6 kap. 14 § SoL <i>Delegering av vägrat samtycke enbart tillåten till utskott enligt 10 kap. 4 § SoL</i>
22.3.	Samtycke		
22.4.	Vägra samtycke		



23. Barn och ungdomar - unga lagöverträdare			
23.1.	Begäran om utredning av misstänkt brott begånget någon som inte fyllt 15 år	Enhetschef	31 § 2 st. LUL
23.2.	Begäran om bevistalan	Enhetschef	38 § LUL
23.3.	Företräda socialtjänsten vid förhör med den som inte har fyllt 18 år och som är misstänkt för brott på vilket fängelse kan följa	Handläggare	7 § LUL
23.4.	Yttrande till polismyndighet/ åklagarmyndighet/domstol gällande person som misstänks ha begått brott före 18 års ålder	Handläggare	11 § LUL
23.5.	Begäran om polisutredning för någon som är misstänkt för brott och är under femton år	Enhetschef	31 § LUL
23.6.	Företräda socialtjänsten vid förhör med den som inte fyllt 15 år	Handläggare	34 § LUL
23.7.	Yttrande till polismyndighet i vissa fall när barn under 15 år är misstänkta för brott	Handläggare	34 § LUL
23.8.	Yttrande till åklagarmyndighet/domstol där person under 21 år är misstänkt för brott som kan ge fängelse i mer än tre månader	Handläggare	28 § LUL
24. Barn och ungdomar - insatser med stöd av LVU			
<i>Se även kompletterande beslutanderätt</i>			
24.1.	Beslut om hur vården skall ordnas och var den unge skall vistas under tiden - om beslut inte kan avvaktas	Sociala utskottet	11 § 1 st. LVU
24.2.	Beslut om att den unge får vistas i sitt eget hem under vårdtiden - om beslut inte kan avvaktas	Sociala utskottet	11 § 2 st. LVU
24.3.	Beslut om den unges personliga förhållanden utom om beslutet är att hänföra till 11 § 1 och 2 st. LVU	Handläggare	11 § 4 st. LVU
24.4.	Övervägande om vård med stöd av 2 § LVU fortfarande behövs	Sociala utskottet	13 § 2 st. LVU
24.5.	Prövning om vård med stöd av 3 § LVU fortfarande behövs	Sociala utskottet	13 § 3 st. LVU
24.6.	Övervägande om ansökan avseende överflyttning av vårdnaden enligt 6 kap 8 § FB	Sociala utskottet	13 § 4 st. LVU
24.7.	Överväga om det finns skäl att ansöka om flyttningsförbud enligt 24 § Överväga om det finns skäl att ansöka om överflyttning av vårdnaden enligt 6 kap. 8 § FB	Sociala utskottet	13 b § LVU
24.8.	Prövning om beslut om förebyggande insats enligt 22 § 1 st. LVU skall upphöra	Sociala utskottet	13, 21 och 22 §§ LVU



24.9.	Beslut om att den unges vistelseort inte skall röjas för föräldrar eller vårdnadshavare	SN	14 § 2 st. p. 2 LVU
24.10.	Beslut om hur umgänge med den unge skall utövas under vårdtiden, när överenskommelse inte kan nås med föräldrar/vårdnadshavare	SN	14 § 2 st. p.1 LVU
24.11.	Övervägande om beslut beträffande umgänge eller hemlighållande av vistelseort enligt 14 § 2 st. LVU fortfarande behövs	Sociala utskottet	14 § 3 st. LVU
24.12.	Beslut om att vård enligt LVU skall upphöra	Sociala utskottet	21 § LVU
24.13.	Beslut om att den unge skall hålla regelbunden kontakt med en särskilt kvalificerad kontaktperson eller delta i behandling i öppna former inom socialtjänsten	Sociala utskottet	22 § 1 st. p. 1-2 LVU
24.14.	Beslut om att förebyggande insatser enligt 22 § skall upphöra	Sociala utskottet	22 § LVU
24.15.	Ansöka hos förvaltningsrätten om flyttningsförbud	Sociala utskottet	24 § LVU
24.16.	Övervägande om flyttningsförbud fortfarande behövs	Sociala utskottet	26 § 1 st. LVU
24.17.	Beslut om att flyttningsförbud skall upphöra	Sociala utskottet	26 § 2 st. LVU
24.18.	Beslut om tillfälligt flyttningsförbud - om beslut inte kan avvaktas	Sociala utskottet	27 § LVU
24.19.	Beslut om att tillfälligt flyttningsförbud skall upphöra - om beslut inte kan avvaktas	Sociala utskottet	30 § 2 st. LVU
24.20.	Beslut om den unges umgänge med föräldrar/vårdnadshavare efter beslut om flyttningsförbud eller tillfälligt flyttningsförbud - i avvaktan på utskottets beslut	Sociala utskottet	31 § LVU
24.21.	Beslut om ansökan om utreseförbud	Sociala utskottet	31 b § LVU
24.21.	Beslut/prövning om upphörande av utreseförbud	Sociala utskottet	31 c § LVU
24.22.	Beslut om tillfälligt utreseförbud	Sociala utskottet	31 d § LVU
24.23.	Beslut om tillfälligt utreseförbud	Sociala utskottet	31 d § LVU
24.24.	Beslut om upphörande av tillfälligt utreseförbud	Sociala utskottet	31 g § LVU
24.25.	Beslut om undantag från utreseförbud	Sociala utskottet	31 i § LVU
24.26.	Beslut om läkarundersökning, val av läkare samt bestämma plats för undersökningen	Handläggare	32 § LVU
24.27.	Beslut om att vårdnadshavare eller förälder inför umgänge ska uppmanas lämna blod-, urin-, utandnings-, saliv-, svett- eller hårprov	Sociala utskottet	32 a § LVU
24.28.	Beslut om ansökan hos förvaltningsrätten om vård enl LVU	Sociala utskottet	4 § LVU
24.29.	Beslut om att begära biträde av polis för att genomföra läkarundersökning	Sociala utskottet	43 § p. 1 LVU
24.30.	Beslut om att begära biträde av polis för att genomföra beslut om vård eller omhändertagande med stöd av LVU	Enhetschef	43 § p. 2 LVU



24.31.	Beslut om omedelbart omhändertagande av barn och ungdom under 20 år	Sociala utskottet	6 § LVU
24.32.	Beslut om omedelbart omhändertagande där svensk domstol inte är behörig att besluta om beredande av vård enligt LVU	Sociala utskottet	6 a § LVU
24.33.	Beslut om att hos förvaltningsrätten ansöka om förlängning av utredningstiden	Enhetschef	8 § LVU
24.34.	Beslut om att omedelbart omhändertagande skall upphöra	Sociala utskottet	9 § 3 st. LVU
24.35	Beslut om att ansöka om fortsatt vård efter ett omedelbart omhändertagande enligt 6 a § LVU	Sociala utskottet	6 a § LVU

Vuxna			
25. Vuxna - allmänt			
25.1.	Inleda eller lägga ned utredning avseende vuxen	Handläggare	11 kap. 1 § samt 2 § 2 st. SoL
25.2.	Förmedling av egna medel	Handläggare	4 kap. 1 § SoL
25.3.	Bistånd i form av kontaktperson	Handläggare	3 kap. 6b § samt 4 kap. 1 § SoL
25.4.	Öppenvårdsinsatser för missbrukare	Handläggare	4 kap. 1 § SoL
25.5.	Boende i försökslägenhet/träningslägenhet	Enhetschef	4 kap. 1 § SoL
25.6.	Placering av person som fyllt 18 år i familjehem, i hem för vård och boende eller stödboende.		4 kap. 1 § SoL
25.7.	upp till 3 månader och inom ramavtal	Enhetschef	
25.8.	över 3 månader samt utom ramavtal	Avdelningschef	
25.9.	Mellan 25–40 timmar/månad Över 40 timmar/månad	Enhetschef Avdelningschef	4 kap. 1 § SoL
25.10.	Beslut om ansvarsförbindelse vid kontraktsvård och vårdvistelse	Enhetschef	4 kap. 1 § SoL



26. Vuxna - försörjningsstöd m.m.			
26.1.	Försörjningsstöd i enlighet med riksnorm (4 kap. 3 § 2 st. SoL) samt skäligen kostnader utöver riksnorm	Handläggare Soft-handläggare	4 kap. 1 § SoL
26.2.	Ekonomiskt bistånd till livsföring i övrigt		4 kap. 1-2 §§ SoL
26.3.	i enlighet med socialnämndens riktlinjer	Handläggare Soft-handläggare	
26.4.	utöver socialnämndens riktlinjer och under ett halvt prisbasbelopp	Enhetschef	
26.5.	utöver socialnämndens riktlinjer och över ett halvt prisbasbelopp	Sociala utskottet	
26.6.	Borgensåtagande avseende hyreskontrakt	Sociala utskottet	4 kap. 2 § SoL
26.7.	Begäran att den som uppbär försörjningsstöd under viss tid ska delta i av nämnden anvisad praktik eller annan kompetenshöjande verksamhet	Handläggare Soft-handläggare	4 kap. 4 § SoL
26.8.	Sätta ner eller vägra fortsatt försörjningsstöd	Handläggare Soft-handläggare	4 kap. 5 § SoL
26.9.	Återkrav av ekonomiskt bistånd	Handläggare Soft-handläggare	9 kap. 1-2 §§ SoL
27. Vuxna - insatser med stöd av LVM m.m.			
27.1.	Inleda samt lägga ned utredning	Enhetschef	7 § LVM
27.2.	Beslut om läkarundersökning samt utse läkare för undersökningen	Handläggare	9 § LVM
27.3.	Omedelbart omhändertagande enligt LVM	Sociala utskottet	13 § LVM
27.4.	Upphörande av omedelbart omhändertagande enligt LVM	Sociala utskottet	18 b § LVM
27.5.	Ansökan om vård enligt LVM	Sociala utskottet	11 § LVM
27.6.	Ansökan om intagning på hem för vård eller boende efter beslut om vård enligt LVM eller beslut om omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM	Handläggare	12 samt 19 §§ LVM



27.7.	Begära polishandräckning för att föra en missbrukare till läkarundersökning, till LVM-hem eller sjukhus	Handläggare	45 § 1. och 2. LVM
28. Vuxna - ersättning till asylsökande m.fl.			
28.1.	Beslut om bistånd till tillståndssökande enligt Migrationsverkets riktlinjer	Handläggare/Soft-handläggare	1, 3, 17 och 18 §§ LMA
28.2.	Beslut om nedsättning av dagersättning till asylsökande	Handläggare/Soft-handläggare	10 § LMA
29. Vuxna - övrigt			
29.1.	Göra dödsboanmälan till Skatteverket	Handläggare/Softhandläggare	20 kap. 8 a § ÄB
29.2.	Beslut att ordna gravsättning (begravningskostnader)	Handläggare/Softhandläggare	5 kap. 2 § BegravnL

30. Kompletterande beslutanderätt			
<i>Kompletterande beslutanderätt får endast ges till namngivna personer.</i>			
Nr	Ärendegrupp	Delegat(er)	Anmärkning
30.1.	Omedelbart omhändertagande av person under 20 år	Michael Baumgarten Gunnel Allard Anna-Lena Nordén	6 § 1 och 2 st. LVU
30.2.	Upphörande av omedelbart omhändertagande	Michael Baumgarten Gunnel Allard Anna-Lena Nordén	9 § 3 st. LVU
30.3.	Hur vården ska ordnas och var den unge ska vistas under vårdtiden	Michael Baumgarten Gunnel Allard Anna-Lena Nordén	11 § 1 och 3 st. LVU



30.4.	Beslut att den unge får vistas i sitt eget hem under vårdtiden	Michael Baumgarten Gunnel Allard Anna-Lena Nordén	11 § 2 och 3 st. LVU
30.5.	Tillfälligt flyttningsförbud	Michael Baumgarten Gunnel Allard Anna-Lena Nordén	27 § 2 st. LVU
30.6.	Begäran om polishandräckning för att bereda en läkare, som ska genomföra läkarundersökning enligt 32 § LVU, tillträde till den unges hem eller för att föra den unge till läkarundersökningen	Michael Baumgarten Gunnel Allard Anna-Lena Nordén	43 § 1. LVU
30.7.	Omedelbart omhändertagande av missbrukare	Michael Baumgarten Gunnel Allard Anna-Lena Nordén	13 § LVM
30.8.	Upphörande av omedelbart omhändertagande av missbrukare	Michael Baumgarten Gunnel Allard Anna-Lena Nordén	18 b § LVM
30.9.	Begäran om polishandräckning för att genomföra beslut om vård eller omhändertagande med stöd av LVU	Michael Baumgarten Gunnel Allard Anna-Lena Nordén	43 § 2. LVM



31. Socialjouren			
Socialjouren beslutar om akutsatser enligt 4 kap 1 § socialtjänstlagen. Beslut av socialjouren gäller i ett dygn eller tills nästkommande ordinarie arbetsdag. Akuta beslut som inte finns i denna förteckning, t.ex. beslut enligt LVU eller LVM fattas av ordförande i socialnämnden eller av ledamot som utsetts av socialnämnden.			
Nr	Ärendegrupp	Delegat(er)	Anmärkning
Barn och ungdom			
31.1.	Beslut att inleda utredning om huruvida socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd eller stöd	Handläggare socialjouren	11 kap. 1-2 §§ SoL
31.2.	Beslut om tillfällig placering av barn eller ungdom i jourfamiljehem	Handläggare socialjouren	4 kap. 1 § SoL
31.3.	Beslut om tillfällig placering av barn eller ungdom i HVB-hem	Handläggare socialjouren	4 kap. 1 § SoL
31.4.	Beslut om skyddat boende	Handläggare socialjouren	4 kap. 1 § SoL
31.5.	Beslut om att inleda och avsluta utredning angående alkohol- och drogmissbruk hos vuxna	Handläggare socialjouren	11 kap 1 § SoL
31.6.	Beslut om bistånd åt vuxna i form av plats vid HVB i brådskande fall (LVM-grunder)	Handläggare socialjouren	4 kap 1 § SoL
31.7.	Beslut att inleda utredning	Handläggare socialjouren	7 § LVM
31.8.	Beslut om läkarundersökning samt utse läkare	Handläggare socialjouren	9 § LVM
31.9.	Beslut om polishandräkning för läkarundersökning eller för att föra missbrukaren till behandlingshem	Handläggare socialjouren	45 § LVM
Akut ekonomiskt stöd och logi			
31.10.	Beslut om försörjningsstöd vid akuta behov	Handläggare socialjouren	4 kap. 1 § SoL
31.11.	Beslut om bistånd i form av natthärbärge, vandrarhem eller	Handläggare socialjouren	4 kap. 1 § SoL



	annan inkvartering av akut bostadslösa samt upphörande av sådant bistånd		
Äldre och personer med funktionsnedsättning			
31.12.	Beslut att inleda utredning avseende äldre och personer med funktionsnedsättning	Handläggare socialjouren	4 kap. 1 § SoL
31.13.	Beslut om hjälp i hemmet för äldre och personer med funktionsnedsättning	Handläggare socialjouren	4 kap. 1 § SoL
31.14.	Beslut om korttidsboende i särskilda boendeformer för äldre och personer med funktionsnedsättning	Handläggare socialjouren	4 kap. 1 § SoL
Kompletterande beslutanderätt			
<i>Endast namngivna personer</i>			
31.15.	Begäran om polishandräckning för att genomföra beslut om vård eller omhändertagande med stöd av LVU	Annika Wallin, enhetschef barn och familj Lorentz Ogebjer, enhetschef vuxna och nyanlända Ann-Sophie Holgersson, förvaltningschef Camilla Lundholm, Avdelningschef	43 § 2. LVU



Socialförvaltningen
Camilla Lundholm
Avdelningschef

Tjänsteutlåtande

Förslag till beslut

Nämndinitiativet anses besvarat med hänvisning till vad som framförs i tjänsteutlåtandet.

Ärendebeskrivning

Förvaltningen fick den 20 september i uppdrag att utreda möjlighet att ta in ungdomar (14-15 år) som sommarjobbbara inom området hemtjänst och omsorg. Arbetsuppgifterna skulle vara utöver vård och omsorg, och kunna bestå av promenader, spela spel, läsa tidning oh umgås med de äldre i syfte att skapa intresse för vård och omsorgsyrken. Uppdraget innefattar även att undersöka finansieringen av detta.

Utifrån AFS 2012:3 (Arbetsmiljöverkets författningssamling) finns inte möjlighet till arbete för ungdomar inom omsorg om äldre. Arbete inom hemtjänst och äldreomsorg är endast tillåtet om ungdomen har fullgjort gymnasieutbildning eller har likvärdig utbildning för arbetsuppgiften.

Det krävs en handledare för varje enskild ungdom vilket är svårt under sommarperioden då hemtjänstens ordinarie personal har semester. Ungdomen får inte heller vistas eller utföra någon uppgift på egen hand inom hemtjänst. Samtycke från vårdnadshavare krävs samt att riskbedömning måste ske utifrån varje enskild ungdom.

Finansieringen har inte utretts då ungdomar inte får arbeta i hemtjänst eller äldreomsorg.

Behovet av kompetensförsörjning i hemtjänsten tas med i kompetensförsörjningsplanen.

Handlingar i ärendet

Tjänsteutlåtande Camilla Lundholm, avdelningschef

Kopia på beslutet till:



**VAXHOLMS
STAD**

Tjänsteutlåtande

2022-11-14

Änr SN 2022/63.000

2 av 2

För åtgärd: XXX@myndighet.se
Handläggarens namn XXX-förvaltningen.

För kännedom: Namn Namnsson, Namn.namnsson@kontakt.se.

§ 85 Nämndinitiativ sommarjobb för ungdomar inom vård och omsorg

Socialnämndens beslut

1. Förvaltningen får i uppdrag att utreda möjlighet att ta in ungdomar som sommarjobbare inom hemtjänst och omsorg. Arbetsuppgifterna skulle vara utöver vård och omsorg, den kan bestå av promenader, spela spel, läsa tidning oh umgås med de äldre i syfte att skapa intresse för vård och omsorgsyirken.
2. Förvaltningen får vidare i uppdrag att undersöka finansiering av detta.

Ärendebeskrivning

Lena Hallberg (C) väcker socialnämndens sammanträde 2022-09-20 nämndinitiativ i syfte att förvaltningen ska utreda möjligheten att ta in ungdomar som sommarjobbare inom området hemtjänst och omsorg.

Yrkanden

Ordföranden yrkar att:

1. Förvaltningen får i uppdrag att utreda möjlighet att ta in ungdomar som sommarjobbare inom området hemtjänst och omsorg. Arbetsuppgifterna skulle vara utöver vård och omsorg, och kan bestå av promenader, spela spel, läsa tidning oh umgås med de äldre i syfte att skapa intresse för vård och omsorgsyirken.
2. Förvaltningen får vidare i uppdrag att undersöka finansiering av detta.

Ordföranden finner bifall till eget yrkande.

Kopia på beslutet till

För åtgärd: Agneta Franzén, sf



Socialförvaltningen
Jan Sjöström
Verksamhetsutvecklare

Rapportering ej verkställda gynnande beslut 2022 kvartal 4

Förslag till beslut

Socialnämnden föreslår kommunstyrelsen tillstyrka kommunfullmäktige besluta:

Informationen noteras till protokollet.

Sammanfattning

Enligt gällande rutiner rapporteras till socialnämnden, kommunfullmäktige och stadens revisorer vad förvaltningen har rapporterat till IVO (Inspektionen för vård och omsorg) i fråga om beslut om insatser enligt SoL (Socialtjänstlagen) och LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) för kvartal 4 2022, som ej har verkställts inom tre månader efter beslut.

Inom lagrummet för SoL finns ett (2) icke verkställda beslut inom tre månader. Båda besluten avser särskilt boende. Båda har tackat nej till erbjudna platser utanför kommunen.

Inom lagrummet för LSS saknas icke verkställda beslut inom tre månader.

Barnrättsperspektivet/Prövning av barnets bästa

Föreslaget beslut bedöms inte få några konsekvenser för barn.

Jämställdhetsperspektivet

Föreslaget beslut bedöms inte få några konsekvenser/effekter ur ett jämställdhets

Handlingar i ärendet

- Tjänsteutlåtande, 2023-01-26

Kopia på beslutet till:

För kännedom: Kommunstyrelsen



Socialförvaltningen
Camilla Lundholm
Avdelningschef

Utreda service (städ) på entreprenad inom hemtjänst egen regi - utestående uppdrag.

Förslag till beslut

Förvaltningen får i uppdrag att utreda service (städ) på entreprenad inom hemtjänst egen regi.

Sammanfattning

Hemtjänsten egen regi i Vaxholm har idag biståndsbedömda serviceinsatser på entreprenad, både tvättertjänst och matinköp sedan flera år tillbaka. Utifrån detta vill vi utreda möjligheten att också införa serviceinsats städ på entreprenad.

Perspektiv att belysa i utredningen:

- Omvärldsbevakning
- Ekonomiska förutsättningar
- Kompetensförsörjning
- Attraktiv arbetsgivare
- Kvalitet

Handlingar i ärendet

Tjänsteutlåtande Camilla Lundholm

Kopia på beslutet till:

För åtgärd: Camilla Lundholm camilla.lundholm@vaxholm.se

Kopia på beslut: Marie Sagrelius marie.sagrelius@vaxholm.se

Socialförvaltningen
Camilla Lundholm
Avdelningschef

Reviderade riktlinjer för bedömning av bistånd enligt IBIC och socialtjänstlagen § 4.1 för äldre och personer med funktionsnedsättning

Förslag till beslut

Riktlinjer för bedömning av bistånd enligt IBIC och socialtjänstlagen § 4.1 för äldre och personer med funktionsnedsättning antas.

Ärendebeskrivning

Förvaltningen har reviderat riktlinjer för bedömning av bistånd enligt IBIC och socialtjänstlagen § 4.1 för äldre och personer med funktionsnedsättning som avser stödja biståndshandläggarna i bedömningen av ärenden enligt gällande lagstiftning.

Syftet med riktlinjerna är att garantera rättssäkerheten och kvaliteten vid utredning, bedömning och beslut om bistånd enligt socialtjänsten. Riktlinjerna ska vara till stöd i det praktiska arbetet med tolkning av lagstiftning i den individuella behovsbedömningen. Beslut utöver riktlinjerna kan fattas om den enskilde har behov av detta. Beslut fattas enligt delegationsordning.

Förändringar i dokumentet är tillägg av barnperspektivet och anmälningsskyldighet samt mindre redaktionella ändringar.

Handlingar i ärendet

- Tjänsteutlåtande, Camilla Lundholm sf

- Riktlinjer för bedömning av bistånd enligt IBIC och socialtjänstlagen § 4.1 för äldre och personer med funktionsnedsättning.

Kopia på beslutet till:

För åtgärd: Camilla Lundholm, sf

För kännedom: Namn Namnsson, Namn.namnsson@kontakt.se.

Riktlinjer för bedömning av bistånd enligt IBIC
och socialtjänstlagen § 4.1 för äldre och personer
med funktionsnedsättning

2022-12-08

Innehåll

1	Inledning	3
1.1	Syfte	3
1.2	Lagstiftning, föreskrifter och riktlinjer	3
1.2.1	Lagar och förarbeten	3
1.2.2	Föreskrifter och allmänna råd med mera.....	3
1.3	Rätten till bistånd.....	4
1.3.1	Skälig levnadsnivå	4
1.3.2	Barnperspektiv.....	4
1.3.3	Anmälningsskyldighet	4
1.4	Ansökan, utredning, beslut och beställning	5
1.4.1	Val av utförare för särskilt boende och hemtjänst.....	5
1.4.2	Genomförandeplan.....	5
2	Individens behov i centrum IBIC	5
3	Insatser	6
3.1	Hjälp i hemmet – Omvårdnad.....	6
3.1.1	Måltidsservice	6
3.1.2	Personlig omvårdnad	6
3.1.3	Personlig hygien	6
3.1.4	Hemmets skötsel	7
3.1.5	Promenader	7
3.1.6	Trygghetslarm	7
3.1.7	Tillsynsbesök	7
3.1.8	Ledsagning	7
3.2	Hjälp i hemmet – Serviceinsatser	7
3.2.1	Inköp/ärenden	8
3.2.2	Matdistribution	8
3.2.3	Städning	8
3.2.4	Tvätt/klädvård.....	9
3.3	Avlösning för anhöriga.....	9
3.3.1	Avlösning i form av växelvård	9
3.3.2	Avlösning i hemmet	9
3.4	Korttidsboende	10
3.5	Dagverksamhet	10
3.6	Turbundna resor	11
3.7	Särskilt boende för äldre.....	11
3.8	Parboende	12
4	Avgifter	12

1 Inledning

1.1 Syfte

Syftet med riktlinjerna är att garantera rättssäkerheten och kvaliteten vid utredning, bedömning och beslut om bistånd enligt socialtjänsten. Riktlinjerna ska vara till stöd i det praktiska arbetet med tolkning av lagstiftning i den individuella behovsbedömningen. Beslut utöver riktlinjerna kan fattas om den enskilde har behov av detta. Beslut fattas enligt delegationsordning.

1.2 Lagstiftning, föreskrifter och riktlinjer

Nedan anges de vanligast förekommande lagarna, Socialstyrelsens föreskrifter, allmänna råd och handböcker som är tillämpbara vid handläggningen av insatser till personer med funktionsnedsättning. Dessutom anges andra riktlinjer och dokument som riktlinjerna knyter an till.

1.2.1 Lagar och förarbeten

Riktlinjerna utgår främst från följande lagar och förarbeten:

- Förvaltningslagen (2017:900), FL.
- Socialförsäkringsbalk (2010:110).
- Socialtjänstlagen (2001:453), SoL.
- Socialtjänstförordning (2001:937).
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.
- Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL.
- Dataskyddsförordningen, GDPR.
- Lag (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning
- Lag om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten (2001:454).
- Föräldrabalk (1949:381) FB.
- Lag (2008:962) om valfrihetssystem, LOV.
- Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.
- Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

1.2.2 Föreskrifter och allmänna råd med mera

Här nämns några av Socialstyrelsens föreskrifter, allmänna råd och handböcker som är av betydelse vid handläggningen enligt socialtjänstlagen:

- SOSFS 2005:27 Föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i sluten vård.
- SOSFS 2014:5. Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.
- Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten.
- SOSFS 2011:9 Ledningssystem för kvalitetsarbete.
- SOSFS 2014:6 Handläggning och dokumentation av ärenden som rör barn och unga.
- SOSFS 2008:20 Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering.

- SOSFS 2011:5 Lex Sarah – föreskrifter och allmänna råd.
- SOSFS 2009:6 Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.
- Rapport från nationell psykiatrisamordning 2006:5, Vad är psykiskt funktionshinder?
- Rätten att få åldras tillsammans. Proposition 2011/12:147.
- Individens behov i centrum, behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av individens behov utifrån ICF, 2016.
- Nationell värdegrund inom äldreomsorgen

1.3 Rätten till bistånd

Enligt socialtjänstlagen har den som inte själv kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt, rätt till bistånd för sin försörjning eller för sin livsföring i övrigt. Alla människor ska få en möjlighet att leva och bo självständigt under trygga och värdiga förhållanden.

När detta inte längre är möjligt och när kraven på trygghet och säkerhet inte längre kan tillgodoses i ordinärt boende, kan särskilt boende tillgodose större omvårdnadsbehov.

1.3.1 Skälig levnadsnivå

Det bistånd som beviljas enligt socialtjänstlagen ska ge den enskilde personen en skälig levnadsnivå. Skälig levnadsnivå ger uttryck för vissa minimikrav vad gäller kvaliteten på den beviljade insatsen, det ger dock inte den enskilde någon obegränsad frihet att välja tjänster oberoende av kostnad.

Vad som är skälig levnadsnivå måste bestämmas utifrån de särskilda omständigheterna i varje enskilt fall, det vill säga den enskildes individuella behov.

1.3.2 Barnperspektiv

Barnens bästa är vägledande i socialtjänstens arbete och i beslut om insatser som rör barn (1 kap. 2 § SoL). FN:s konvention om barnets rättigheter (Barnkonventionen) gäller som lag i Sverige. Med barn avses varje människa under 18 år.

I det fall biståndshandläggaren uppmärksammar att den enskilde har hemmavarande barn under 18 år ska barnets bästa beaktas särskilt. Behov av insatser från socialtjänsten, andra verksamheter inom kommunen eller andra huvudmän ska uppmärksammas.

1.3.3 Anmälningsskyldighet

Alla medarbetare inom socialtjänsten, inkl. äldreomsorgen, är skyldiga att utan dröjsmål anmäla om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa (14 kap. 1 c § SoL).

Anmälan lämnas till den avdelning inom socialtjänstens verksamhet som utreder barnets behov.

Myndigheter som i sin verksamhet regelbundet kommer i kontakt med missbrukare, inkl.

äldreomsorgen, är skyldiga att genast anmäla om de får kännedom om att någon kan antas vara i behov av vård enligt 6 § lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Anmälan lämnas till den avdelning inom socialtjänstens verksamhet som utreder vuxnas behov av stöd för missbruk.

1.4 Ansökan, utredning, beslut och beställning

Ett ärende kan aktualiseras genom egen ansökan, anmälan eller andra omständigheter som kan föranleda en utredning. Den enskilde har alltid rätt att ansöka om olika insatser. En ansökan ska alltid behandlas och den enskildes behov utredas. Under utredningen ska den enskildes ansökan prövas mot de krav som uppställs i socialtjänstlagen och i enlighet med förvaltningslagen. Den enskildes resurser och möjlighet att själv delta ska framgå i utredningen. Vid behov behöver funktionsnedsättningen vara medicinskt styrkt.

Den enskildes behov och funktionsförmåga avgör rätten till bistånd och vad detta bistånd i så fall ska bestå av. Att ta emot insatser är frivilligt och ska alltid samrådas med den enskilde. Beslutsfattande sker i enlighet med delegationsförteckningen och skickas till den enskilde. När beslut är fattat skickas en beställning till utföraren.

1.4.1 Val av utförare för särskilt boende och hemtjänst

I Vaxholms stad tillämpas lagen om valfrihet (LOV) för hemtjänst. Det innebär att den enskilde har möjlighet att välja vilken utförare som ska utföra den beviljade insatsen utifrån de företag som är godkända av kommunen. Biståndshandläggaren lämnar en sammanställning över de godkända utförarna till den enskilde som ska välja utförare. Biståndshandläggaren får inte styra den enskilde i dennes val, eller rekommendera något företag. Om den enskilde inte själv har förmåga eller vill välja utförare ska biståndshandläggaren utgå från en turordningslista för ickevalsalternativ.

1.4.2 Genomförandeplan

Utföraren ska tillsammans med den enskilde, eller dennes företrädare, upprätta en genomförandeplan. En genomförandeplan ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den enskilde ska ges möjlighet till inflytande och få vara delaktig i upprättandet av genomförandeplanen.

Av genomförandeplanen ska det framgå:

- vad som ska göras
- när det ska utföras
- hur det ska utföras
- vem eller vilka som ska utföra insatsen
- om den enskilde har varit delaktig vid upprättandet av genomförandeplanen

Biståndshandläggaren ska försäkra sig om att det av genomförandeplanen framgår att den enskilde kommer att få stöd och hjälp med de insatser som framgår av beställningen. Genomförandeplanen är också ett viktigt instrument vid individuppföljningen.

2 Individens behov i centrum IBIC

Individens behov i centrum, IBIC, är ett metodstöd som är framtaget av Socialstyrelsen. IBIC riktar sig till handläggare och utförare av biståndsinsatser. Metodstödet ska fungera som en hjälp när den enskildes behov, resurser, mål och resultat ska beskrivas. Syftet med IBIC är att handläggare och utförare ska använda ett gemensamt och begränsat språk. På så sätt ska stödet som utförs i större utsträckning stämma överens med de faktiska behoven hos den enskilde.

Modellen bygger på att det är en enskildes behov av stöd inom nio livsområden som bedöms. I beställningen ska det även framgå den sökandens egenförmåga inom varje livsområde.

IBIC är uppbyggt utifrån informationsstrukturen som kallas för ICF, internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. ICF är ett nationellt fackspråk som används internationellt i dokumentation inom bland annat sjukvården, vilket möjliggör för ett enhetligt gemensamt språk oavsett vilken instans den enskilde är aktuell hos. Det underlättar på så sätt även vid samverkan mellan sjukvård, utförare och handläggare.

3 Insatser

Varje insats som omfattar området äldre och funktionshindrade beskrivs nedan. Frekvens och omfattning utgår efter den enskildes behov och skälig levnadsnivå.

3.1 Hjälpen i hemmet – Omvårdnad

Hemtjänst syftar till att underlätta den dagliga livsföringen i den egna bostaden. Stödet ska bidra till trygghet och möjliggöra kvarboende i det egna hemmet. Insatserna beviljas för att underlätta för den enskilde i den dagliga livsföringen och ska tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov.

Insatsen beviljas äldre och personer med funktionsnedsättning. Indelas efter:

- Omsorgsinsatser som: måltidsservice, personlig omvårdnad, personlig hygien
- Serviceinsatser som t.ex.: matdistribution, trygghetslarm och städ.

Hjälpen, motiveringen eller påminnelsen ska stärka den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv och beviljas i de avseenden som den enskildes behov inte kan tillgodoses på annat sätt.

3.1.1 Måltidsservice

Insatsen omfattar handräckning i samband med måltid, värma mat, duka/duka av, diska. Vid behov kan även sällskap vid måltid ingå för att säkerställa att den enskilde får i sig mat, även matning kan ingå. Sondmatning är en hälso- och sjukvårdsinsats och ingår inte.

3.1.2 Personlig omvårdnad

Den som inte själv klarar av att utföra sin personliga omvårdnad kan få hjälp med de moment som bedöms nödvändiga i den dagliga livsföringen. Det kan handla om aktiviteter såsom på- och avklädning, förflyttning, hämta tidning/post, handräckning av medicin eller skötsel av hjälpmedel.

3.1.3 Personlig hygien

Den som inte själv kan utföra sin personliga hygien kan få hjälp med de moment som man inte klarar. Det kan handla om hjälp med övre och nedre hygien, toalettbesök, byte av inkontinenshjälpmedel, rakning med rakapparat. Hjälp med dusch ingår.

3.1.4 Hemmets skötsel

Insatsen innebär bland annat hjälp med att bädda sängen, ta ut sopor, diska vardagsporslin samt tillsynsstädning till exempel att torka upp runt toalettstolen, matspill i kök eller vid annan plats som smutsas ner.

3.1.5 Promenader

För den som saknar förmåga att själv kunna gå ut kan promenader beviljas för att komma ut i närområdet. Insatsen syftar till att motverka social isolering och att den enskilde får en aktiv vardag.

Frekvens i normalfallet bedöms en promenadtid på upp till 4 timmar per månad tillgodose skälig levnadsnivå.

3.1.6 Trygghetslarm

Insatsen syftar till att skapa trygghet för den enskilde och dennes anhöriga. Trygghetslarm kan beviljas den som på grund av sjukdom, fysisk eller psykisk funktionsnedsättning har förhöjd risk att falla eller av andra orsaker akut behöver kunna påkalla hjälp under dygnets alla timmar.

3.1.7 Tillsynsbesök

För den som har omfattande omvårdnadsbehov och inte kan larma själv kan tillsynsbesök beviljas. Insatsen kan beviljas för den som känner stark oro.

Frekvens och omfattning utgår efter den enskildes behov.

3.1.8 Ledsagning

Ledsagning kan beviljas personer som har omfattande kognitiv, psykisk eller fysisk funktionsnedsättning som omöjliggör för den enskilde att komma ut på egen hand. Insatsen syftar till att öka den enskildes självständighet och öka delaktigheten i samhället. Biståndet innebär att den enskilde ledsagas till och från hemmet vid särskilda ärenden. Om det finns behov av personlig omvårdnad under ledsagningen ska det framgå av beslutet.

Ledsagning beviljas inte till och från sjukhusbesök, då den enskilde hänvisas till sjukresa eller sjukresa med särskild service. Särskild service innebär att den enskilde får hjälp från sin bostad till mottagningen och åter. Det ligger inte på medföljande personal att ansvara för att ta emot information som ges vid besöket.

Undantag kan göras om den enskilde har behov av stöd med omvårdnad som på- och avklädning och toalettbesök i samband med sjukhusbesök.

Frekvens ansöks och beslutas inför varje enskilda tillfälle.

3.2 Hjälp i hemmet – Serviceinsatser

Make/makas ansvar

Enligt äktenskapsbalken (ÄktB) har makar ett gemensamt ansvar för sitt hem och ska i samråd verka för familjens bästa. Det innebär att hemmets skötsel som att städa, laga mat och liknande uppgifter är makarnas gemensamma ansvar. Finns flera personer i hushållet ska samtligas förmåga att kunna utföra hushållsgemensamma insatser bedömas i utredningen. Om båda makarna/sammanboende har gjort en ansökan om bistånd utreds behovet för var och en. Om bara den ene har behov av insatser kan ansökan avslås med hänvisning till att behovet kan tillgodoses genom skyldigheten att i en hushållsgemenskap hjälpas åt med gemensamma hushållssysslor.

3.2.1 Inköp/ärenden

Insatsen avser stöd när den enskilde inte klarar av att själv göra sina inköp av dagligvaror. Hjälpt med andra inköp än dagligvaror bedöms inte ingå i skälig levnadsnivå.

I insatsen kan ingå:

- Vara behjälplig med att beställa varor via internet eller handla i närmaste livsmedelsbutik
- Skriva inköpslista
- Packa upp och ställa in varorna
- Hämta receptbelagd medicin

Apoteksärenden ingår vid behov i insatsen inköp.

Hjälpt med post och bankärenden ingår inte.

Frekvens för inköp beviljas en gång/vecka.

3.2.2 Matdistribution

Stöd ska ges till den som inte själv förmår att planera och tillaga varm mat. Insatsen innebär att få färdiglagad mat hemsänd.

Frekvens och omfattning man kan beställa upp till två matlådor per dag.

3.2.3 Städning

Den som inte kan städa kan få hjälp med det om behovet inte kan tillgodoses på annat sätt. Städning beviljas för två rum, kök, hall och ett badrum per hushåll. Städutrustning ska tillhandahållas av brukaren.

I städning ingår när den enskild inte kan även:

- Köket: våttorkning av golvet, avtorkning av bord, bänkar, diskbänk och spis samt att torka av fläckar på skåpluckor och övriga ytor
- Badrummet: Rengöring av sanitetsporlin och golv Rengöring av fria ytor, dammsugning och våttorkning vid behov

Storstädning och fönsterputs ingår inte.

Vid behov av sanering/storstädning i lägenheten skall det beställas och bekostas av den enskilde innan insatsen städning kan påbörjas. Om den enskilde inte har ekonomisk möjlighet att bekosta storstädning/sanering hänvisas den enskilde att ansöka om ekonomiskt bistånd enligt socialtjänstlagen. Ansökan om ekonomiskt bistånd handläggs av socialförvaltningen.

Vid medicinska skäl som ska styrkas i ett läkarutlåtande kan städning ske oftare.

Frekvens städning var tredje vecka tillgodoses skälig levnadsnivå.

3.2.4 Tvätt/klädvård

Den som inte kan sköta sin tvätt kan få hjälp med det om behovet inte kan tillgodoses på annat sätt. I insatsen ingår maskintvätt samt torkning av den enskildes kläder, sänglinne, sängkläder och handdukar. Brukaren står själv för sina tvättmedelskostnader.

Hjälp för att tvätta täcken, överkast, kuddar, gardiner och mattor samt att mangla bedöms inte vara en del av skäligen levnadsnivå och ingår inte.

Frekvens tvätt varannan vecka bedöms tillgodose skäligen levnadsnivå.

3.3 Avlösning för anhöriga

Avlösning syftar till att ge anhörig som vårdar sin make/maka, eller är sammanboende möjlighet till egen tid när en närstående har omfattande behov av stöd, hjälp och tillsyn under dygnet. Avlösning kan beviljas exempelvis om den anhörige har behov av vila, egna aktiviteter eller ärenden.

I bedömningen av behovet ska även andra beviljade insatser som har ett avlösningssyfte till exempel dagverksamhet eller hemtjänst beaktas. Avlösning kan erbjudas i form av korttidsvistelse/växelvård eller som avlösarservice i hemmet utförd av hemtjänsten.

3.3.1 Avlösning i form av växelvård

När behov av regelbundet återkommande perioder av avlastning uppstår, bör möjlighet till växelvård utredas. Insatsen beviljas för att underlätta för och stödja sammanboende som tar hand om och hjälper den enskilde i hemmet. För att beviljas växelvårdsboende skall den enskilde ha ett omfattande behov av omvårdnad och tillsyn som sträcker sig över hela dygnet samt att den enskilde utan den anhöriges stöd skulle ha behov av särskilt boende. Det ska bidra till att den enskilde kan bo kvar hemma i sitt ordinära boende längre än vad som annars hade varit möjligt.

Växelvårdsboende beviljas med regelbundenhet. Tanken är att man skall bo hemma minst lika lång tid hemma som man vistas på korttidsboendet. Eftersom insatsen syftar till avlastning för anhörig anses denne vara återhämtad efter två veckor. Är behovet större bör behov av permanent särskilt boende utredas.

Frekvens och omfattning utgår från den enskildes behov, upp till två veckor per månad.

3.3.2 Avlösning i hemmet

Avlösning i hemmet är till för att anhöriga som stödjer och vårdar någon med stort omvårdnadsbehov skall få egen tid och vila. Det innebär att hemtjänstpersonal avlöser den som vårdar genom att ta över omvårdnadsansvaret under denna tid. Den enskilde (anhörig) kommer överens med vald hemtjänstutförare Den och hur insatsen skall utföras.

Avlösning i hemmet behöver inte alltid utföras i den enskildes bostad. Beviljad tid som inte nyttjats en månad kan inte sparas till nästkommande månad.

Timmarna kan fritt fördelas över månaden och insatsen kan utföras mellan 07:00-22:00. Den enskilde kan ta ut maximalt åtta timmar sammanhängande tid per dygn.

Frekvens avlösning i hemmet beviljas upp till maximalt 20 timmar per månad.

3.4 Korttidsboende

Korttidsplats utgör en viktig stödinsats för personer med stora omvårdnadsbehov i ordinärt boende, antingen vid enstaka tillfällen eller i form av växelvård. För många av de personer som vårdar en anhörig kan möjligheten till korttidsplats vara en förutsättning för kvarboende. Den enskilde ska ha ett omfattande omvårdnads- och tillsynsbehov som sträcker sig över större delen av dygnet som inte kan tillgodoses med omvårdnadsinsatser i hemmet eller ha en närstående som är i behov av avlastning.

Kriterier för att beviljas korttidsplats.

Behovet av omvårdnad skall inte kunna tillgodoses med hjälp i hemmet från hemtjänst. Om personen vistas på korttidsboende eller sjukhus och tackar nej till erbjudet särskilt boende, beviljas inte korttidsboende.

- **Avlastning:** förutsätter att den enskilde tas om hand av sammanboende närstående. Det är en stödjande insats till närstående som behöver vila och återhämta kraft eller ska resa bort och där behovet av trygghet och omvårdnad inte kan tillgodoses med hemtjänst. Den vårdande partens trygghetskänsla skall vägas in. Det är en tillfällig insats som beviljas individuellt vid varje tillfälle.
- **Utredningsplats:** i det fall det inte är möjligt att fatta beslut utan att få en längre utredningstid eller i det fall den enskilde är i behov av ytterligare tid för återhämtning/mobilisering efter tex sjukhusvistelse för att återgång till ordinärt boende ska vara möjligt. Här behövs oftast utredningen kompletteras med den kompetens som arbetsterapeut, sjukgymnast och personal som följer den enskilde dygnet runt vid korttidsboendet har. Beviljas när den enskilde är utskrivningsklar från Regionens slutenvård.
- **I väntan på permanent plats på särskilt boende:** Beviljas när permanent plats inte kan verkställas omgående och omvårdnadsbehovet inte bedöms kunna tillgodoses i hemmet.

3.5 Dagverksamhet

Insatsen riktar sig till äldre personer som har en kognitiv funktionsnedsättning eller diagnostiserad demenssjukdom. Dagverksamhet innefattar funktionsbevarande insatser och syftar till social, psykisk och fysisk aktivering. Målgruppen innefattar personer som bor i eget boende och är i behov av aktiviteter och inte kan delta i det ordinarie sociala utbudet som till exempel träffpunkter. Insatsen kan även fungera som avlösning för anhörigvårdare.

Målet med insatsen är att förhindra social isolering, möjliggöra kvarboende i det egna hemmet genom att stärka och bevara den enskildes förmåga. Dagverksamhet kan erbjudas dagtid i varierande omfattning. Har platsen inte utnyttjats under en månad bör beslutet omprövas. Rätt till insatsen dagverksamhet upphör i samband med inflyttning till särskilt boende.

Frekvens och omfattning utgår efter den enskildes behov.

3.6 Turbundna resor

Insatsen beviljas äldre och personer med funktionsnedsättning som inte kan använda allmänna färdmedel och inte heller kan ordna resan på annat sätt. Syftet och utgångspunkten för insatsen är att möjliggöra den enskildes deltagande i biståndsbedömda insatser utanför hemmet. Detta under förutsättning att avståndet mellan den biståndsbedömda verksamheten och bostaden inte är sådant att förflyttningen kan göras med hjälp av ledsagare.

I bedömningen gällande turbundna resor tas hänsyn till vårdnadshavarnas föräldraansvar. Vårdnadshavarens ansvar sträcker sig till det hjälpbehov och tillsyn denne normalt ger till ett barn i motsvarande ålder som inte har funktionsnedsättning. Det hjälpbehov och den tillsyn som sträcker sig utöver det vårdnadshavaren normalt ger till ett barn utgör grunden för stödinsatser.

Frekvens och omfattning utgår efter den enskildes behov.

3.7 Särskilt boende för äldre

Huvudinriktningen för omsorg om äldre, sjuka och personer med olika former av funktionsnedsättning är att förstärka möjligheten att bo kvar i det egna hemmet. Detta bör vara utgångspunkten även i de fall den enskilde har omfattande behov av tillsyn, omvårdnad och vård. Därmed ska alltid det fysiska omvårdnadsbehovet ses över och en bedömning görs om behovet kan tillgodoses i det egna hemmet genom hemtjänst, dagverksamhet, växelvård, ledsagning eller öppna verksamheter utan biståndsbeslut.

Om den enskilde upplever otrygghet eller oro ska detta i första hand försöka tillgodoses genom trygghetslarm, tillsyn, hemtjänst, dagverksamhet, ledsagning, bostadsanpassning, byte av bostad eller dylikt.

Bostadens beskaffenhet (exempelvis bostadens placering, skick eller moderniteter) är inte grund för att bevilja särskilt boende. Den enskilde har ett eget ansvar att ordna ett ordinärt boende som fungerar med ökade behov i vardagen tex ansöka om bostadsanpassning eller byta boende.

Särskilt boende kan beviljas för personer med omfattande och varaktiga omsorgs och omvårdnadsbehov som inte kan tillgodoses med hemtjänstinsatser och trygghetslarm eller på annat sätt. Biståndsbeslutet ska utgå ifrån den enskildes behov vid ansökningstillfället och en helhetsbedömning ska göras av såväl fysiska som psykiska och sociala faktorer. En del av tillsyns- eller vårdbehovet bör i de flesta fall föreligga nattetid.

Har den sökande fyllt 100 år beviljas alltid ansökan.

Av beslut om boende ska det framgå vilken typ av boende som bedöms möta den enskildes behov samt motivering till detta till exempel somatisk plats, demensplats, profilplats etc. En begäran från den enskilde om att få bo på en viss utpekad adress bör således prövas som en del i beslutet om särskilt boende.

3.8 Parboende

Parboende är en möjlighet att få fortsätta bo tillsammans med sin make eller sambo i särskilt boende oavsett om maken eller sambon har behov av att bo i ett sådant boende.

Medboende omfattas inte av hälso- och sjukvårdsinsatser på boendet såvida den enskilde inte själv beviljats ett särskilt boende enligt socialtjänstlagen. Har medboende behov av hemtjänstinsatser för egen del, gör han/hon en ansökan om hemtjänst och får ett beslut om vilka hemtjänstinsatser som beviljats och avslagits.

Grundläggande för att kunna beviljas parboende är att:

- En av makarna är beviljad särskilt boende
- Paret dessförinnan varaktigt bott tillsammans eller om den ena parten redan bor i ett särskilt boende, att paret innan de skildes åt varaktigt bodde tillsammans (ej av kortvarig karaktär).
- Paret har en gemensam permanentbostad och ett gemensamt hushåll.
- Paret har en gemensam folkbokföringsadress, såvida inte den ene maken redan bor på ett särskilt boende.
- Båda parter önskar fortsätta bo tillsammans och att de så långt som möjligt är införstådda med vad det innebär.

Om make/maka med biståndsbeslut avlider så upphör beslutet om parboende för den medboende.

4 Avgifter

Kommunen får enligt SoL ta ut skäliga avgifter för hemtjänst, dagverksamhet och bostad i särskilt boende. Avgiften får inte överstiga kommunens självkostnader för insatstyperna. Avgifterna baseras på prisbasbeloppet som årligen fastställs av regeringen. Att utreda och besluta om den enskildes avgift är ett myndighetsbeslut som kan överklagas genom förvaltningsbesvär. Beslut om avgift utreds och fastställs enligt 8 kap. SoL. Se riktlinjer för avgifter.

Socialförvaltningen
Jan Sjöström
Verksamhetsutvecklare

Riktlinjer för handläggning inom området barn och ungdom

Förslag till beslut

Riktlinjer för handläggning inom området barn och ungdom antas.

Sammanfattning

Förvaltningens myndighetsutövande verksamheter ska tillstålla socialnämnden de riktlinjer som styr verksamheten för granskning och beslut vid förändringar sköts i enlighet med de politiska målen och ambitionerna.

Riktlinjerna för enheten för Barn och Unga reviderades 2020. Verksamheten har behov av att revidera riktlinjerna utifrån förändrade lagkrav och nya lagrum som påverkar verksamheten.

Barnrättsperspektivet/Prövning av barnets bästa

Riktlinjerna bedöms säkra att en prövning av barnets bästa görs.

Jämställdhetsperspektivet

Föreslaget beslut bedöms inte få några konsekvenser/effekter ur ett jämställdhetsperspektiv.

Handlingar i ärendet

- Tjänsteutlåtande, Jan Sjöström, 2023-01-31
- Riktlinjer för handläggning inom området barn och ungdom 2023-02-14.

Kopia på beslutet till:

- Annika Wallin, Enhetschef myndighetsutövning Barn och ungdomsenheten



VAXHOLMS
STAD

Riktlinjer för handläggning inom området barn och ungdom

2023-02-14



Innehåll

1 Inledning.....	4
1.1 Syfte.....	4
1.2 Målgrupp.....	4
1.3 Samverkan.....	4
2 Aktuell lagstiftning.....	5
2.1 Barnperspektivet, barnkonventionen och barnrättsperspektivet.....	5
3 Handläggning och dokumentation.....	6
3.1 Utredningsmetod.....	6
3.2 Anmälan och ansökan.....	6
3.3 Förhandsbedömning.....	6
3.4 Återkoppling.....	6
3.5 Utredning.....	6
3.6 KommunikERING.....	7
3.7 Beslut.....	7
3.8 Överklagan.....	7
3.9 Genomförande av insats.....	7
3.10 Uppföljning av insats.....	7
4 Våld i nära relationer.....	8
5 Ensamkommande barn.....	8
6 Vård med stöd av LVU.....	9
6.1 Omedelbart omhändertagande.....	9
6.2 Övervägande eller omprövning av LVU-vård.....	9
7 Beslut om vissa insatser mot en vårdnadshavares samtycke.....	9
8 Individuella planer.....	10
8.1 Samordnad individuella plan.....	10
8.2 Vårdplan.....	10
8.3 Genomförandeplan.....	10
9 Insatser.....	10
9.1 Förebyggande arbete och insatser.....	10
9.2 Föräldrastöd.....	11
9.3 Öppenvård.....	11
9.4 SSPF.....	11
9.5 Uppföljning av avslutad utredning samt insats.....	12
10 Placeringar.....	12



10.1 Haldygnsvård	12
10.2 Jourhem	13
10.3 Familjehem	13
10.4 Privatplacering	13
10.5 Hem för vård eller boende (HVB)	13
10.6 Stödboende	13
11 Uppföljning av placering	13
11.1 Uppföljning av familjehem	14
11.2 Eftervård och annat stöd	14
12 Unga lagövertredare	14
12.1 Ungdomsvård	15
12.2 Ungdomstjänst	15
12.3 Ungdomsövervakning	15
12.4 Slutet ungdomsvård	15
12.5 Unga brottsoffer samt medling	15
13 Överflyttning av ärende	16

1 Inledning

Det åvilar verksamheten att följa de lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd som vid varje tidpunkt gäller inom området. Socialnämnden hänvisar också verksamheten att följa de handböcker som Socialstyrelsen ger ut inom området. Kommunens riktlinjer är en vägledning och innebär inte någon inskränkning i den enskildes möjligheter att få sitt ärende individuellt prövat. Varje ansökan ska utredas och varje beslut ska baseras på den enskildes behov.

En ansökan kan inte avvisas med motiveringen att riktlinjerna inte innehåller det sökta biståndet. I takt med utveckling av rättspraxis behöver beslut om stödinsatser regelbundet ses över. Även utveckling av nya insatser och behandlingsmetoder eller samhällsförändringar kan leda till ändrade krav på nämndens verksamhet. Barnets behov ska tydligt framgå vid insatser som beslutas. Samtliga insatser som beviljas ska vara motiverade utifrån barnets behov. Insats som åligger annan huvudman ska inte beslutas/ersättas av Socialnämnden.

1.1 Syfte

Vaxholms stads riktlinjer inom området barn och ungdom är upprättade för att verka för att säkerställa rättssäkerhet och likabehandling när det gäller utredning, bedömning och insatser som ska erbjudas. Riktlinjerna ska fungera som en vägledning och ge stöd i det praktiska arbetet samt vara en hjälp i att tolka lagstiftningen i de individuella behovsbedömningarna.

Det är inte möjligt att i dessa riktlinjer beskriva alla sorters situationer eller behov som kan tänkas uppstå. Riktlinjerna beskriver vanligt förekommande situationer och behov. Riktlinjerna är vägledande i de fall lagar, föreskrifter och allmänna råd samt de handböcker som Socialstyrelsen publicerar lämnar ett behov av lokal vägledning. Riktlinjerna är inte en sammanfattning av de handböcker som berörs. Riktlinjer ska ange ramarna då handlingsutrymmet i en viss fråga lämnar plats för handläggaren själv att utforma detaljerna. Vägledning för hur arbetet rent konkret ska gå till ges i de processer och rutiner som verksamheten tagit fram.

1.2 Målgrupp

Målgruppen för dessa riktlinjer är barn och unga mellan 0 - 18 år, samt i vissa fall unga upp till och med 20 år, som kan vara i behov av skydd eller stöd. Riktlinjerna gäller även ensamkommande barn och unga.

1.3 Samverkan

Socialnämnden ska, i enlighet med 5 kap. 1 a § Socialtjänstlagen (SoL), samverka i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa. Socialnämnden har till uppgift att medverka i samhällsplaneringen, att samarbeta med andra samhällsorgan, organisationer, föreningar och enskilda personer som berörs samt att aktivt verka för att samverkan kommer till stånd.

All samverkan rörande enskilda personer ska ske med den enskildes samtycke och delaktighet. Samverkan med interna och externa parter ska syfta till att skapa en helhetssyn på den enskildes behov samt hur dessa behov ska tillgodoses för att uppnå bästa värde och nytta. Är de förutsättningar som finns reglerade i 2 och 3 §§ lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) uppfyllda kan nödvändiga kontakter tas utan den unges eller vårdnadshavares samtycke.

2 Aktuell lagstiftning

Dessa riktlinjer baseras huvudsakligen på lagstiftningen nämnd nedan. Ytterligare vägledning kan hämtas från förarbetena till respektive lag. Rättsliga utslag i domstol som blir prejudicerande måste fortlöpande beaktas. Kommunala riktlinjer är underordnade lagstiftning och föreskrifter. Ny lagstiftning och rättsliga utslag måste därmed fortlöpande beaktas.

Följande lagar är av stor betydelse för socialtjänstens arbete med barn och unga:

- Socialtjänstlagen (2001:453) (SoL)
- Socialtjänstförordning (2001:937) (SoF)
- Föräldrabalken (1949:381) (FB)
- Lag (1964:167) med särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare (LUL)
- Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)
- Lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter
- Förvaltningslag (2017:900) (FL)
- Kommunallagen (1991:900) (KL)
- Offentlighets- och sekretesslag (2009:400) (OSL)

Utöver ovanstående lagar kan även andra lagar, förordningar och konventioner vara tillämpliga. Även rättspraxis samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd är av vikt.

2.1 Barnperspektivet, barnkonventionen och barnrättsperspektivet

När det gäller åtgärder som rör barn ska det, enligt 1 kap. 2 § SoL, särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver. Av lagrummet framgår vidare att med barn avses varje människa under 18 år. Det är barnets bästa som ska vara vägledande vilka beslut som fattas och vilka åtgärder som vidtas. Barnets vilja utgör en del av beslutsunderlaget för att bedöma vad som är barnets bästa. Socialnämndens avsikt är att i så stor utsträckning som möjligt använda sig av förebyggande insatser samt öppenvårdsinsatser för att så få barn och unga som möjligt ska behöva tas om hand i heldygnsvård.

Sedan den 1 januari 2020 är barnkonventionen svensk lag. Det innebär för socialtjänsten bland annat att:

- Barns bästa ska vara utrett och motiverat i beslutsunderlag.
- Beslut ska vara grundade i barnrätten.

För verksamhetens arbete innebär detta följande:

- I varje barnavårdsutredning har barnets röst kommit till uttryck.
- Barnets synpunkter dokumenteras i varje utredning.
- Systematisk samverkan med andra verksamheter sker för att tillgodose barnets bästa.
- Det finns åldersadekvat och lättillgänglig information om hur socialtjänsten arbetar, vilket stöd och hjälp som finns att få och hur man lättast gör för att få kontakt.
- Socialsekreterare inom socialtjänsten frågar barn hur de upplever mötet med den enskilda medarbetaren.

3 Handläggning och dokumentation

Handläggning och dokumentation regleras i socialtjänstlagen och i förvaltningslagen. Vid all handläggning ska stor vikt läggas vid barnets/den unges och dennes vårdnadshavares rätt till delaktighet, inflytande och självbestämmande.

Barn ska alltid ges möjlighet att komma till tals och ta del av information utifrån ålder och mognad eller funktionsnedsättning. Kommer inte barnet till tals ska anledningen till detta tydligt framgå i dokumentationen.

3.1 Utredningsmetod

Handläggningen följer Socialstyrelsens föreskrifter, enhetens riktlinjer, processer och rutiner. Utredningar görs enligt handläggnings- och dokumentationssystemet Barns Behov i Centrum (BBiC). BBiC syftar till att stärka barnperspektivet och delaktigheten för barn, unga och deras familjer. BBiC är anpassat efter socialtjänstens regelverk, men beskriver i första hand ett arbetssätt. Den ger inte en heltäckande beskrivning av krav som ställs på handläggning och dokumentation i socialtjänsten. Även arbetsmetoden Signs of Safety används för risk- och skyddsbedömning.

3.2 Anmälan och ansökan

Alla som får vetskap om eller misstänker att ett barn kan fara illa bör anmäla det till socialtjänsten. Personal inom myndigheter vars verksamheter berör barn och ungdom och som får vetskap om eller misstänker att ett barn kan fara illa ska anmäla till socialtjänsten. Anmälan kan komma från förskola, skola, annan myndighet eller privatperson och ska handläggas utan dröjsmål. En ansökan kan lämnas skriftligen eller muntligen. Ansökan kan lämnas av den enskilde, barn som fyllt 15 år samt vårdnadshavare till barn.

3.3 Förhandsbedömning

Förhandsbedömning kallas det moment som ligger mellan mottagandet av anmälan och ställningstagande till behov av utredning. En anmälan som inkommit ska omedelbart följas av en bedömning av huruvida barnet eller den unge är i behov av omedelbart skydd. Beslut om att inleda eller inte inleda utredning ska, om det inte finns synnerliga skäl, fattas inom 14 dagar efter det att anmälan inkommit. Till stöd för bedömningen hänvisas till 11 kap. 1 a § SoL. Kapitlet beskriver ingående hur risk- och skyddsbedömningar ska gå till väga.

3.4 Återkoppling

Socialnämnden får informera den som har gjort en anmälan, enligt anmälningsplikten i 14 kap. 1 § SoL, om att utredning har inletts, inte har inletts eller redan pågår i enlighet med 14 kap. 1 § b SoL. Sådan information ska på begäran lämnas till anmälaren om det med hänsyn till omständigheterna inte är olämpligt att göra det.

3.5 Utredning

Utredning inleds enligt 11 kap. 1 och 2 §§ SoL. Utredning av vad som genom ansökan, anmälan eller som på annat sätt har kommit till socialnämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden ska inledas utan dröjsmål. Vid en utredning av om socialnämnden behöver ingripa till ett

barns skydd eller stöd får nämnden, för bedömningen av behovet av insatser, konsultera sakkunniga samt i övrigt ta de kontakter som behövs. En utredning ska inte göras mer omfattande än vad som är motiverat av omständigheterna i ärendet. Utredningen ska genomföras skyndsamt, ha ett helhetsperspektiv och vara slutförd och kommunicerad inom fyra månader. Socialnämnden får dock om det finns särskilda skäl besluta om att förlänga utredningstiden exempelvis om behov finns att inhämta och inväntar utlåtande från sakkunnig. Som regel bör utredningen vara klar senast inom tre månader för att kommunikering ska kunna genomföras.

3.6 Kommunicering

Av 10 § och 25 § FL samt 11 kap 8 § SoL framgår att ett ärende inte får avgöras utan att den som är sökande, klagande eller annan part har underrättats om en uppgift som tillförts ärendet genom någon annan och har fått tillfälle att yttra sig. Parter ska underrättas om utredningsmaterial och ges tillfälle att yttra sig innan beslut. Handläggning av ett ärende ska ske enkelt, snabbt och kostnadseffektivt men även rättssäkert till exempel genom att uppfylla kommunikationsplikten. På vilket sätt kommunikeringen sker avgör myndigheten och den kan alltså ske muntligen eller skriftligen.

3.7 Beslut

En utredning föranledd av en ansökan eller en anmälan ska utmynna i ett beslut. Av beslutet ska det framgå om och i så fall vilken insats som beviljats, omfattningen av insatsen samt hur lång tid beslutet gäller. Beslut tas enligt delegationsordning fastställd av socialnämnden. Beslut som fattas med stöd av delegerad beslutanderätt ska rapporteras till socialnämnden enligt 6 kap 37–39 §§ kommunallagen (KL).

Ett övervägande enligt 6 kap. 8 § SoL är inget formellt beslut utan enbart en information till nämnden. Finner nämnden vid övervägandet att vården bör provas i sak ska nämnden ta initiativ till att en utredning görs. Utredningen ska därefter tas till nämnden med ett förslag till beslut. Förvaltningslagens bestämmelser om kommunikering och parts rätt till insyn blir då tillämpliga.

3.8 Överklagan

Den enskilde ska alltid underrättas om sin rätt att överklaga ett beslut som gått denne emot genom att erhålla en besvärshänvisning. Beslutet ska överklagas skriftligen och inges till nämnden. Beslut om att inleda utredning kan dock ej överklagas.

3.9 Genomförande av insats

Av 3 kap. 3 § SoL framgår att de insatser som beviljas ska vara av god kvalitet och bygga på kunskap och beprövad erfarenhet. Så snart utföraren har informerats och beställningen har bekräftats ska insatsen påbörjas och en genomförandeplan upprättas.

3.10 Uppföljning av insats

Alla beslut ska följas upp och utvärderas i samråd med barnet/den unge och vårdnadshavaren i enlighet med vad som har bestämts i genomförandeplanen samt i samband med att beslut omprövas eller avslutas, dock minst två gånger per år. Om den unge är placerad med stöd av SoL ska

socialnämnden i enlighet med 6 kap. 8 § SoL minst en gång var sjätte månad, räknat från dagen för verkställighet av placeringsbeslutet, överväga om vården fortfarande behövs och hur vården bör inriktas och utformas. Det gäller även vid medgivande för privatplaceringar.

4 Våld i nära relationer

Våld i nära relationer kan ta sig många olika uttryck. De typer av våld som finns definierade är fysiskt våld, psykiskt våld, hedersrelaterat våld, sexuellt våld, ekonomiskt våld, latent våld, materiellt våld samt hot om våld och kan förekomma inom alla former av nära relationer. Socialnämnden ansvarar för att ett barn, som utsatts för brott, och dennes närstående får det stöd och den hjälp som de behöver.

Av 5 kap. 11 § SoL framgår att socialnämnden särskilt ska beakta att ett barn som bevittnat våld eller andra övergrepp, av eller mot närstående, är offer för brott och ansvarar för att barnet får det stöd och den hjälp som barnet behöver. Det kan exempelvis vara genom behandling, krisbearbetning eller skyddat boende. Den 1 juni 2021 infördes ett särskilt barnfridsbrott i Sverige. Lagändringen innebär att det är straffbart att utsätta ett barn för att bevittna vålds- och sexualbrott i nära relation.

Socialnämnden ska med utgångspunkt av barnets behov kunna erbjuda insatser enligt 4 kap. 1 § SoL till våldsutövande föräldrar, men även till andra våldsutövande vuxna, som bor tillsammans med barn. Insatser bör syfta till att våldet upphör och att våldsutövaren får en ökad förståelse för hur våld påverkar barn. De bör genomföras med beaktande av barnets behov av trygghet och säkerhet. (HSLF-FS 2022:39)

5 Ensamkommande barn

Med ensamkommande barn avses ett barn under 18 år som vid ankomsten till Sverige är skilt från båda sina föräldrar eller annan företrädare. Migrationsverket har det övergripande ansvaret för mottagandet av ensamkommande barn och kommunen ansvarar för det praktiska mottagandet av ensamkommande barn. Som stöd i handläggningen hänvisas till Socialstyrelsens handbok om socialnämndens ansvar och uppgifter; "Ensamkommande barn och unga."

För asylsökande ensamkommande barn ankommer det på den gode mannen att se till att barnets behov enligt 6 kap. 1 § FB tillgodoses. Om barnet beviljas uppehållstillstånd så ska särskilt förordnad vårdnadshavare utses.

Anvisningskommunen ansvarar för att barnet eller den unge får det stöd och den hjälp som hon eller han behöver under placeringstiden, oavsett om barnet placeras i anvisningskommunen eller i en annan kommun. Asylsökande barn kan endast placeras i den egna kommunen om inte anvisningskommunen avtalat om placering i annan kommun.

6 Vård med stöd av LVU

I de fall behövt vård inte kan genomföras i samförstånd och med samtycke av den unge eller dennes vårdnadshavare kan den unge beredas vård med stöd av lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). LVU är en skyddslag och vid beslut enligt denna lag ska vad som är bäst för den unge vara avgörande. Vård enligt LVU ska beslutas om det på grund av fysisk eller psykisk misshandel, otillbörligt utnyttjande, brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmet finns en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas.

Vård ska beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende (2 och 3 §§ LVU). Vård med stöd av denna lag beslutas av förvaltningsrätten efter ansökan från socialnämnden (4 § LVU). Gällande insatser med stöd av LVU se kommunens delegeringsordning.

6.1 Omedelbart omhändertagande

Enligt 6 § LVU får socialnämnden besluta om omedelbart omhändertagande för den som är under 20 år om det är sannolikt att den unge behöver beredas vård med stöd av LVU och beslut från rätten inte kan inväntas. Anledning till att beslut inte kan inväntas kan vara att det finns risk för den unges hälsa eller utveckling eller att den fortsatta utredningen allvarligt kan försvåras eller vidare åtgärder hindras. I de fall socialnämndens beslut inte kan inväntas får nämndens ordförande, eller någon annan ledamot som nämnden har utsett, besluta om omhändertagandet. Beslutet ska då anmälas till socialnämndens nästa sammanträde.

6.2 Övervägande eller omprövning av LVU-vård

Om den unge är placerad med stöd av 2 § LVU ska socialnämnden enligt 13 § andra stycket LVU överväga om vården fortfarande behövs minst var sjätte månad. Vård som bedrivs med stöd av 3 § LVU ska omprövas av socialnämnden inom sex månader från dagen för verkställigheten och därefter inom sex månader från senaste omprövningen (13 § andra stycket LVU).

7 Beslut om vissa insatser mot en vårdnadshavares samtycke

När ett barn står under vårdnad av två vårdnadshavare och endast den ena samtycker till en åtgärd till stöd för barnet får socialnämnden besluta att åtgärden får vidtas utan den andra vårdnadshavarens samtycke (6 kap 13 a § FB) om det krävs med hänsyn till barnets bästa och om åtgärden gäller:

- psykiatrisk eller psykologisk utredning eller behandling som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen
- behandling i öppna former som ges med stöd av 4 kap. 1 § SoL
- utseende av en kontaktperson eller en familj som avses i 3 kap. 6 b § 1 stycket SoL
- insats enligt 9 § punkt 4, 5 eller 6 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

8 Individuella planer

8.1 Samordnad individuella plan

Kommuner och regionen är enligt lag skyldiga att upprätta en samordnad individuell plan (SIP) när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. En SIP ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att en sådan behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. (2 kap. 7 § SoL)

8.2 Vårdplan

När någon behöver vårdas i ett hem för vård eller boende eller i ett familjehem ska en vårdplan upprättas för den vård som socialnämnden avser att anordna. Vårdplanen ska även ta upp åtgärder och insatser som andra huvudmän har ansvar för. (11 kap. 3 § 1 och 3 stycket SoL) I 5 kap. 1 a § 1 stycket SoF framgår vad en vårdplan ska innehålla.

8.3 Genomförandeplan

En genomförandeplan upprättas av socialsekreterare tillsammans med utföraren, barnet samt barnets vårdnadshavare. För barn och unga som vårdas i ett hem för vård eller boende eller i ett familjehem ska även en genomförandeplan upprättas över hur vården ska genomföras. Genomförandeplanen ska även ta upp åtgärder och insatser som andra huvudmän har ansvar för. (11 kap. 3 § 2 och 3 stycket SoL)

9 Insatser

Med öppenvård avses här alla former av behovsprövade insatser som inte är heldygnsvård.

9.1 Förebyggande arbete och insatser

Ett nära samarbete med polis och ungdomsstödet finns upprättat när det gäller unga som behöver stöd för att inte utveckla ett missbruk och/eller hamna i kriminalitet. Socialtjänsten har även ett tätt samarbete med Maria Ungdom vad gäller missbruk hos barn och unga.

Exempel på insatser:

- Föräldrastöd
- Ungdomsstödet
- Kontaktperson
- Familjecentrum
- Cannabis/Haschprogrammet
- Maria Ungdom
- SSPF

Samverkan sker även med andra aktörer såsom barnavårdscentralen, mödravårdscentralen, öppna förskolan, förskola, skola, polis och ungdomsmottagningen för att tidigt kunna upptäcka behov av stöd.

9.2 Föräldrastöd

Syftet med föräldrastöd är att stärka föräldrarna i deras föräldraskap. Föräldrastöd kan ges genom exempelvis familjesamtal, rådgivning och konsultation, nätverksmöten samt föräldrautbildningar.

Socialnämnden ansvarar för att familjerådgivning kan erbjudas till de som har behovet, antingen genom kommunens försorg eller genom annan lämplig yrkesmässig rådgivare. Med familjerådgivning menas samtal som syftar till att bearbeta samlevnadskonflikter i parförhållanden och familjer för att förbättra kommunikationen och relationerna. (5 kap. 3 § 2 och 3 st SoL) Socialnämnden, via familjerätten, ansvarar även för att föräldrar kan erbjudas stöd i form av samtal med sakkunnig person i syfte att nå enighet i frågor som gäller vårdnad, boende, umgänge och frågor som rör barnets försörjning (5 kap. 3 § 1 stycket SoL).

9.3 Öppenvård

Socialnämnden ansvarar för att det finns tillgång till öppna insatser för att kunna möta barns, ungdomars och vårdnadshavares olika behov (3 kap. 6 a § SoL). För de barn och unga i kommunen där det förebyggande stödet är otillräckligt kan öppna insatser komma ifråga. Stödet ska utformas i samverkan med barnet och dennes föräldrar, bygga på normalitets- och närhetsprinciperna samt utformas så att föräldrarna stöttas i sitt föräldraskap. För barn som har fyllt 15 år får nämnden besluta om öppna insatser utan vårdnadshavares samtycke, om det är lämpligt och barnet begär eller samtycker till det (3 kap. 6 a § SoL). Omfattningen på insatserna varierar utifrån behovet. Både intern och extern öppenvård kan beviljas beroende på behovet.

Kontaktperson och kontaktfamilj kan beviljas för att stötta den enskilde eller dennes närstående i personliga angelägenheter om den enskilde begär eller samtycker till det (3 kap. 6 b § 1 st SoL). Syftet med insatsen kan vara att bryta isolering genom sociala aktiviteter samt att öka barnets eller den unges nätverk. För barn som inte har fyllt 15 år får kontaktperson och särskilt kvalificerad kontaktperson bara utses om barnets vårdnadshavare begär eller samtycker till det. (3 kap. 6 b § 2 SoL) För unga under 21 år kan en särskilt kvalificerad kontaktperson utses om behov av särskilt stöd och särskild vägledning föreligger (3 kap. 6 b § 2 st SoL). Syftet med insatsen är att motverka en risk för missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.

9.4 SSPF

SSPF står för samverkan mellan Vaxholms stads skolor, socialtjänst, polis och fritid kring barn och ungdomar i åldern 11–16 år. SSPF kan även arbeta med yngre och äldre barn och ungdomar. SSPF är ett forum för informationsutbyte med syftet att fånga upp barn och ungdomar i riskzon för kriminalitet och missbruk. Personal från skola, socialtjänst, polis och fritid samarbetar med vårdnadshavare och barnet eller ungdomen för att gynna en positiv utveckling. Med SSPF vill man fånga upp barnet eller ungdomen tidigt. Samverkan enligt SSPF kan bli aktuell när en anmälan enligt

14 kap. 1 § SoL eller när en ansökan från vårdnadshavare inkommer till socialtjänsten. Socialsekreterare informerar vårdnadshavare och barnet eller ungdomen om SSPF samt inhämtar samtycke till att samverkan får ske.

9.5 Uppföljning av avslutad utredning samt insats

Socialnämnden får besluta om uppföljning av ett barns situation:

- när en utredning gällande barnets behov av stöd eller skydd avslutats utan beslut om insats
- efter det att en placering i ett familjehem eller i ett hem för vård eller boende upphört

Sådan uppföljning får ske om barnet, utan att förhållanden som avses i lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) föreligger, bedöms vara i särskilt behov av nämndens stöd eller skydd men samtycke till sådan åtgärd saknas (11 kap. 4 a och b §§ SoL).

Vid en uppföljning enligt 11 kap. 4 a eller b §§ SoL får nämnden ta de kontakter som anges i 11 kap. 2 § 1 st. SoL och samtala med barnet i enlighet med 11 kap. 10 § 3 st SoL. Uppföljningen ska avslutas senast två månader från det att utredningen som gäller ett barns behov av stöd och skydd avslutats eller placeringen har upphört eller när nämnden dessförinnan finner skäl att inleda utredning enligt 11 kap. 1 § 1 st. SoL.

10 Placeringar

10.1 Haldygnsvård

Socialnämnden ansvarar för att de barn som behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna tas emot i familjehem eller i ett hem för vård eller boende (HVB) samt att de får god vård. Vården bör främja den enskildes samhörighet med anhöriga och närstående samt kontakt med hemmiljön. (6 kap. 1 § SoL) När ett barn placeras ska det i första hand övervägas om barnet kan tas emot av någon nära anhörig eller annan närstående. Vad som är bäst för barnet ska dock enligt 1 kap. 2 § SoL alltid beaktas. (6kap. 5 § SoL)

Socialnämnden ska tillhandahålla den utbildning som det familjehem eller jourhem som anlitas behöver (6 kap. 6 c § SoL). Socialnämnden ska i fråga om de barn som vårdas i ett familjehem, jourhem eller hem för vård eller boende, lämna dem som vårdar barnen råd, stöd och annan hjälp som de behöver (6 kap. 7 a § SoL).

Mer om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem eller hem för vård eller boende finns att läsa i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2012:11 samt i Socialstyrelsens kompletterande *"Handbok Barn och unga i familjehem och HVB: Handbok om socialnämndens ansvar och uppgifter."*

10.2 Jourhem

Jourhem tar emot barn eller unga akut för tillfällig vård. Om det inte finns särskilda skäl får ett barn vårdas i ett jourhem i högst två månader efter avslutad utredning enligt 11 kap. 1 och 2 §§ SoL (6 kap. 6 § 4 st SoL).

10.3 Familjehem

Med familjehem avses ett enskilt hem som på uppdrag av socialnämnden tar emot barn och unga för stadigvarande vård och fostran och vars verksamhet inte bedrivs yrkesmässigt. (3 kap. 2 § SoF) Om barnet placeras i en konsulentstödd verksamhet ska tillstånd för att bedriva verksamheten begäras in från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) innan placering.

10.4 Privatplacering

En privatplacering är en överenskommelse mellan vårdnadshavare och det hem som är aktuellt. Överenskommelsen förutsätter att socialnämnden har lämnat ett medgivande enligt 6 kap. 6 § SoL. Vid en privatplacering bedöms barnet inte ha något vårdbehov och det utgår ingen ersättning från socialnämnden till hemmet.

10.5 Hem för vård eller boende (HVB)

Hem för vård eller boende är ett hem som tar emot enskilda barn för vård eller behandling i förening med ett boende. Verksamheten ska bedrivas yrkesmässigt med tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). (3 kap. 1 § SoF och 7 kap. 1 § SoL)

10.6 Stödboende

Stödboende kan vara aktuellt för ungdomar där boende i familjehem eller HVB inte bedöms vara lämpligt, men där ungdomen bedöms vara i behov av stöd ut i vuxenlivet. Målgruppen för stödboende är barn och ungdomar i ålder 16-20 år.

11 Uppföljning av placering

Barnets socialsekreterare ansvarar för barnets utredning samt uppföljning av barnets placering i enlighet med 6 kap. 7 b § SoL. Uppföljning ska göras minst fyra gånger per år. En särskilt utsedd socialsekreterare ansvarar för kontakten med barnet eller den unge i enlighet med 6 kap. 7 c § 1 stycket SoL. Detta är oftast den socialsekreterare som har utrett barnets behov, vilket förtydligas till barnet, vårdnadshavare och familjehem/HVB samt journalförs.

Besök i familjehem och HVB ska ske regelbundet i den omfattning som är lämplig och utifrån barnets eller den unges behov och önskemål. (6 kap. 7 c § 2 st SoL)

Vårdas ett barn i ett i ett annat hem än det egna, i familjehem, stödboende eller hem för vård eller boende, ska socialnämnden minst en gång var sjätte månad överväga om vården fortfarande behövs

och hur vården bör inriktas och utformas.

När barnet har varit placerat i samma familjehem under två år från det att placeringen verkställdes, ska socialnämnden särskilt överväga om det finns skäl att ansöka om överflyttning av vårdnaden enligt (6 kap. 8 b § SoL)

11.1 Uppföljning av familjehem

Socialnämnden ska verka för att barn och ungdomar växer upp under trygga och goda förhållanden samt arbeta förebyggande för att förhindra att barn och ungdom far illa (5 kap. 1 § SoL). Uppgifter från social- och polisregister ska alltid göras vid rekrytering av familjehem och jourhem och ska hämtas in fortlöpande en gång per år under placeringstiden. Planerade besök ska göras minst två gånger per år i de hem som socialnämnden anlitar. Vid misstanke om misskötsamhet ska även oplanerade besök göras.

11.2 Eftervård och annat stöd

Till socialtjänstens skyldighet hör att stödja en enskild vid utslussning eller återflytt efter placering. Huvudregeln är att en placering ska avslutas när målen med vården har uppnåtts. Om det finns signaler om behov av fortsatt stöd efter placering görs en utredning enligt 11 kap. 1 § SoL. När det gäller unga över 18 år sker samverkan med övriga enheter inom myndighetsavdelningen vid behov av överflyttning eller för hjälp med ansökan. Vid en hemtagning från en placering kan olika uppföljningsinsatser vara aktuella.

12 Unga lagöverträdare

Enligt 6 § lagen (1964:167) med särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare (LUL) ska socialnämnden omedelbart underrättas om ett barn under 18 år är skäligen misstänkt för ett brott som kan ge fängelse. Vid förhör med ett barn, under 18 år ska företrädare för socialtjänsten närvara om det är möjligt och kan ske utan men för utredningen (7 § LUL). Socialnämnden ska omedelbart underrättas när någon kan misstänkas för att före 15 års ålder ha begått ett brott som kan ge fängelse minst ett år. Vid förhör med den misstänkte ska företrädare för socialtjänsten närvara om det inte möter något hinder. Om misstankar kvarstår efter förhöret ska förhørsprotokollet och åtgärderna skickas till socialnämnden omgående. (34 § LUL)

På begäran från åklagare ska socialnämnden lämna ett yttrande, om ett barn under 18 år är skäligen misstänkt för att ha begått brott eller har erkänt brott. Yttrande ska begäras av åklagaren och polis innan beslut fattas i åtalsfrågan. (11 § 1 st LUL) Om förundersökningen gäller brott på vilket fängelse kan följa ska undersökningsledaren, om möjligt, begära ett sådant yttrande som avses i första stycket senast i samband med delgivning av brottsmisstanke enligt 23 kap. 18 § 1 stycket rättegångsbalken (11 § 2 stycket LUL). Vilka uppgifter yttrandet ska innehålla framgår i 11 § 3 st LUL.

12.1 Ungdomsvård

Om påföljden ungdomsvård vidtas med stöd av SoL ska rätten meddela föreskrift om att den unga lagöverträdaren ska följa ett ungdomskontrakt som upprättas av socialnämnden. Ungdomsvården nedtecknas i ett ungdomskontrakt som rätten sedan tar med i domen. Till exempel kan ungdomskontraktet innehålla samtalskontakt, lämna urinprover och genomgå ett upprättat behandlingsprogram via socialtjänsten. Unga lagöverträdare kan dömas till ungdomsvård från 15 till 21 år.

12.2 Ungdomstjänst

Enligt 5 kap. 1 b § SoL ansvarar kommunen för att påföljden ungdomstjänst enligt 32 kap. 2 § brottsbalk (1962:700) kan verkställas så snart som möjligt samt utse en handledare för den unge. Innehållet i ungdomstjänsten ska redogöras i en arbetsplan. Arbetsplanen ska innehålla uppgifter om vart arbetet ska utföras, arbetstider, det lägsta och det högsta antalet timmar som ska utföras varje vecka eller månad och om det finns några övriga villkor. Socialtjänsten ansvarar för att kontrollera att planen följs. Om arbetsplanen inte följs ska socialtjänsten underrätta Åklagarmyndigheten.

12.3 Ungdomsövervakning

Straffet ungdomsövervakning ansvarar kriminalvården i samverkan med socialtjänsten för och betyder att ungdomen ska följa en plan som görs upp för denne. I planen kan det exempelvis framgå när ungdomen måste vistas i sitt hem eller att ungdomen inte får vistas i vissa områden. I planen kan det även framgå att ungdomen ska genomföra strukturerade samtal med frivården. Unga lagöverträdare kan dömas till ungdomsvård från 15 till och med 20 år.

12.4 Sluten ungdomsvård

Sluten ungdomsvård är en påföljd för brott för unga lagöverträdare som alternativ till fängelse. Denna form av påföljd har funnits från och med 1 januari 1999 och regleras i förordning (1998:641) om verkställighet av sluten ungdomsvård (LSU). Straffet verkställs på ett särskilt ungdomshem eller SiS-hem som drivs av Statens institutionsstyrelse (SiS). Straffet är tidsbestämt och kan vara mellan 14 dagar och upp till 4 år. Kommunernas socialtjänst har det övergripande ansvaret för ungdomarna. Efter samråd med socialtjänsten bestämmer SiS till vilket ungdomshem den dömde ska komma och hur man ska planera och genomföra verkställigheten. I slutet av strafftiden har SiS möjlighet att placera den dömde utanför det särskilda ungdomshemmet, så kallad utslussning. Den unge kan under utslussningstiden bo på öppen avdelning, någon form av utslussningsboende, HVB-hem, familjehem eller liknande. Utslussningen planeras efter samråd med socialtjänsten i den unges hemkommun. SiS har möjlighet att använda elektronisk övervakning av den dömde under permissioner och utslussning.

12.5 Unga brottsoffer samt medling

Socialnämnden har till uppgift att verka för att barn, och dennes närstående, får det stöd och den hjälp de behöver. Till kommunens ansvar hör även för att tillhandahålla medling enligt lag (2002:445) om medling av brott. Medling kan erbjudas när brott har begåtts av någon som är under 21 år. (5 kap. 1 c § SoL) Medling är ett frivilligt möte mellan den som har begått brottet och den som har

drabbats med målsättningen att minska de negativa följderna av brottet. (3 § lag om medling av brott)

Stödcentrum för unga brottsutsatta erbjuder stöd till unga brottsoffer mellan 10-20 år samt medling. Stöd till unga brottsoffer kan erbjudas genom stödsamtal, vid kontakt med polis och andra myndigheter, genom praktisk hjälp samt vid förberedelse inför rättegång. Stöd erbjuds även till anhöriga och vittnen.

13 Överflyttning av ärende

Enligt 2 a kap. 10 § SoL ska överflyttning till annan kommun ske om den som berörs av ärendet har starkast anknytning till den andra kommunen och det med hänsyn till den enskildes önskemål, hjälpbehovets varaktighet och omständigheterna i övrigt framstår som lämpligt. Om kommunerna inte kan komma överens får den kommun som begärt överflyttning ansöka om överflyttning hos IVO. Se Socialstyrelsens handbok Handläggning och dokumentation inom Socialtjänsten, kapitlet "Överflyttning av ärenden enligt SoL".

Socialförvaltningen
Kristina Mårtensson
MAS/Kvalitetsstrateg

Sammanställning avvikelser synpunkter och klagomål kvartal 4, samt årsrapport 2022

Förslag till beslut

Informationen noteras till protokollet.

Sammanfattning

I begreppet avvikelser innefattas samtliga fel, brister och risker som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits.

Analyser av inrapporterade avvikelser etc. utgör en del av kvalitetsarbetet. En fungerande avvikelse-, synpunkts- och riskhantering ger information om hur verksamheten fungerar samt vilka eventuella risker som föreligger. Avvikelser, synpunkter och klagomål ska ses som en möjlighet till utveckling.

Avvikelser rapporteras från eller till verksamheter som drivs enligt Socialtjänstlagar som SoL och LSS, samt Hälso- och sjukvårdslagstiftningar som Hälso- och sjukvårdslagen, Patientsäkerhetslagen och Patientlagen.

Förvaltningen har många utförare i privat regi, inhämtning och analys av avvikelser utgör en viktig del i kvalitetsuppföljning och utvecklingsarbetet.

Förvaltningar har fått i uppdrag att inkomma med en fördjupad analys av årets avvikelser, synpunkter och klagomål enl beslut av socialnämnden (SN2022.460). En sammanställning av årets sista kvartal redovisas i ärendet tillsammans med en fördjupad analys av hela årets inkomna handlingar, redovisning görs separat för alla utförare.

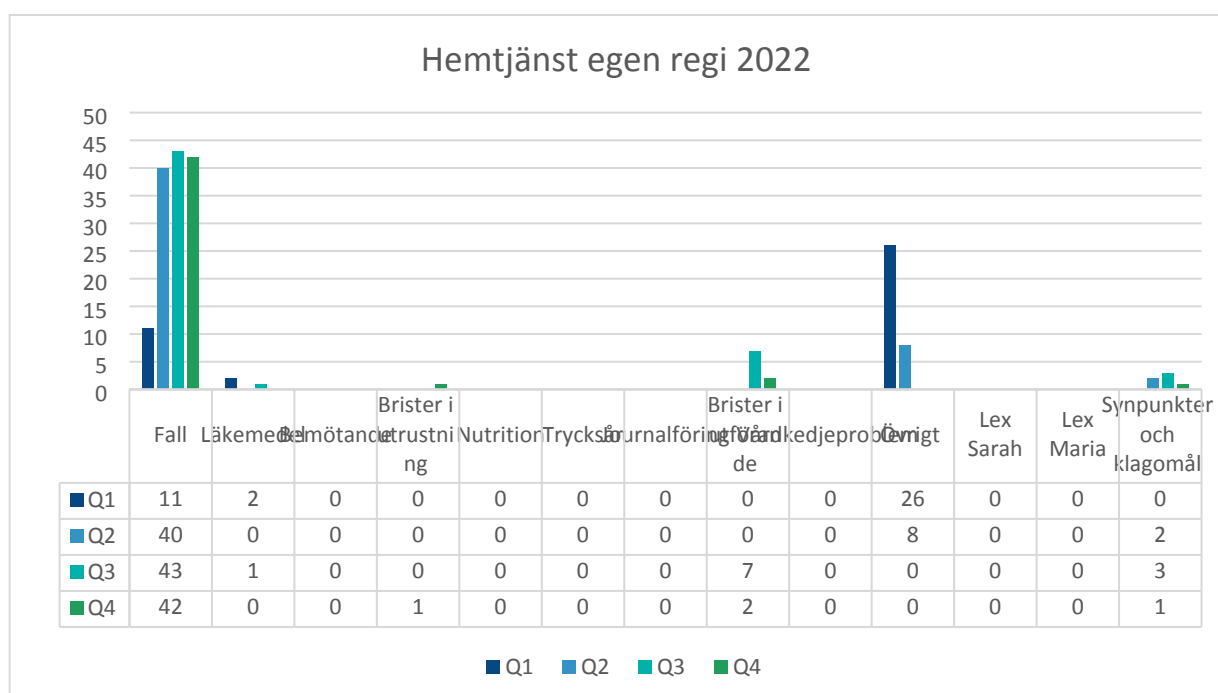
Ärendebeskrivning

En fungerande avvikelse-, synpunkts- och riskhantering ger information om hur verksamheten fungerar samt vilka eventuella risker som föreligger och är en viktig del i kvalitetsarbetet och uppföljning. Det har funnits behov av att förbättra och utveckla arbetet med rapporteringen och analyserna kring detta. En beslut från nämnd har förvaltningen sett över strukturen för detta och tagit fram en ny rutin som gäller från 1 januari 2022 där rapportering sker i strukturerad mall som är lika för alla utförare. Mallen möjliggör att strukturerat kunna följa verksamheternas arbete och göra jämförbara analyser och slutsatser. Mallen tydliggör även de områden där det föreligger en underrapportering av avvikelser och



där det finns behov av att förbättra och utveckla rutiner och arbetssätt. Sammanställning och tillhörande analys redovisas separat för alla verksamheter nedan.

Hemtjänst, egen regi



Analys:

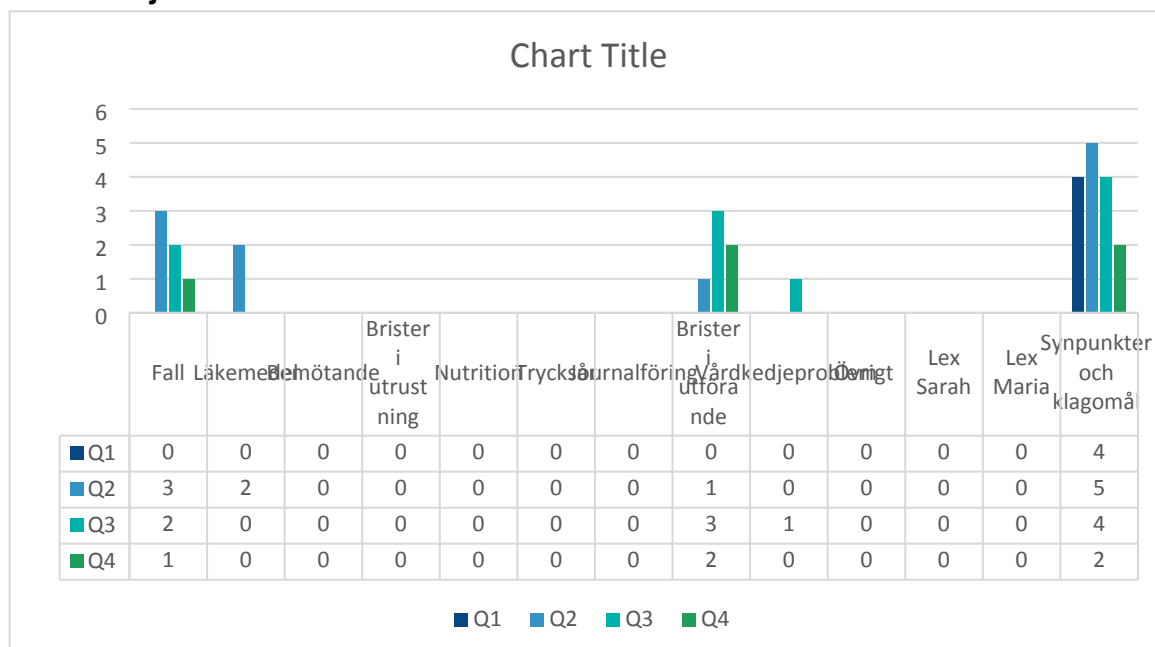
Inom hemtjänst egen regi är fallen fortsatt den kategori som dominerar, antalet fall har varit relativt konstant under året fränsett första kvartalet vilket beror på att man då hade ett annat sätt att rapportera fallavvikelse. Avvikelse beror till stor del på att det bor individer med hög ålder samt kognitiv nedsättning som saknar sjukdomsinsikt och gör egna förflyttningar och faller frekvent. De allra flesta fall sker när kunden är ensam i sitt hem vilket gör att det är svårt att utreda händelsen. I de allra flesta fall saknas även samtycke till att rapportera fallet till vårdcentralen. Vid upprepade fall ges alltid förslag på åtgärder till den enskilde som kan förhindra att fler fall sker. Exempel på åtgärder kan vara höj- och sänkbar säng, handtag på lämpliga ställen för att vara till hjälp, halkskydd under madrass samt på golv nedanför sängen, påminnelser om att använda rollator vid förflyttningar i hemmet, ta bort vissa mattor, flytta på vissa möbler, påminna om vikten av att ha trygghetslarmet på sig, ta hjälp av rehab för att få anpassade hjälpmedel, strumpor med antiglid eller stadiga inneskor mm.

De allra flesta fall leder inte till någon vårdskada, ett av fallen ledde dock till sjukhusbesök.

I helhet är antalet avvikelser lågt, inga avvikelser har varit av allvarlig karaktär och inga anmälningar har skickats in till IVO under året.



Olir Hemtjänst

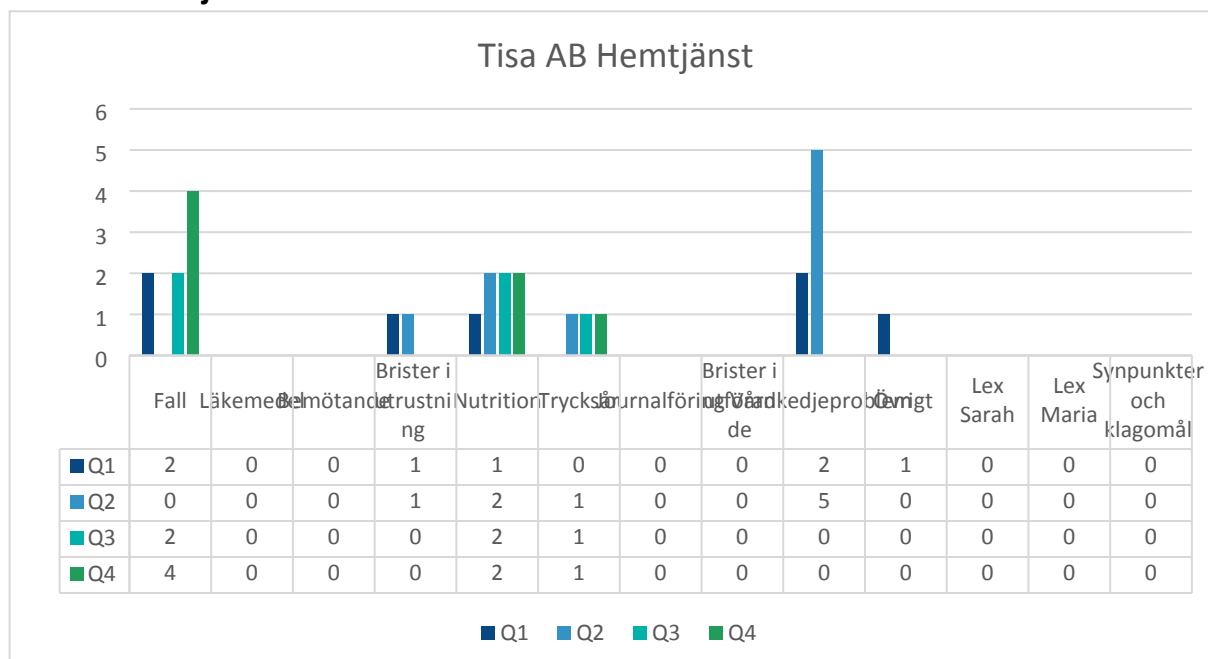


Analys:

Företaget rapporterar in ett fåtal avvikelser under året. Under sista kvartalet har företaget minskat sitt antal kunder då en ny utförare tillkommit i kommunen och en del av kunderna bytt utförare. De avvikelser som inkommit gäller fall, synpunkter och klagomål samt brister i utförandet. Inga avvikelser har varit av allvarlig karaktär och det finns inga tecken på upprepade fel och brister.



Tisa AB Hemtjänst



Analys:

Företaget har ett fåtal kunder i kommunen och har rapporterat in ett fåtal avvikelser men i en mängd som motsvarar vad man kan förvänta sig av storleken på företaget, tydligt och utförligt rapporterat vilket påvisar att företaget arbetar med avvikelser på korrekt sätt och ser det som en del av verksamhetens kvalitets och utvecklingsarbete. De avvikelser som rapporterats har gällt fall, brister i teknisk utrustning (larm) samt vårdkedjeproblem (brist på information vid hemskickning från sjukhus) och trycksår. Inga allvarliga avvikelser har rapporterats.

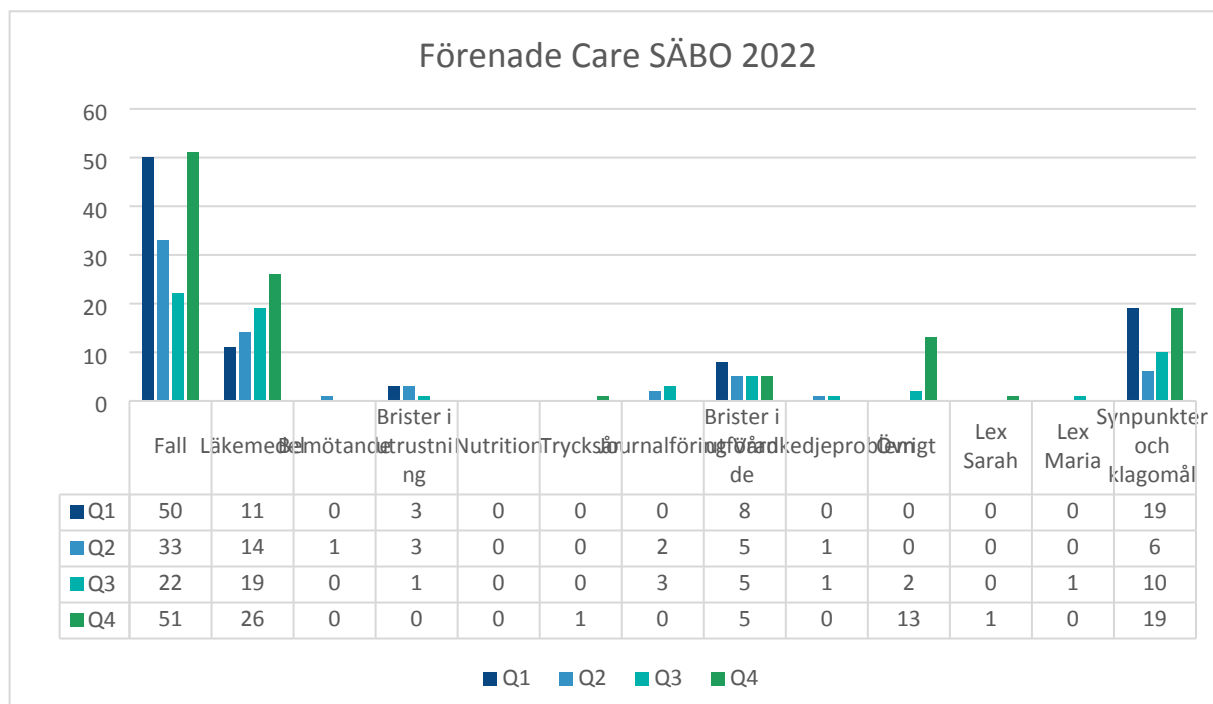
Omsorgsproffsen Hemtjänst

Analys:

Omsorgsproffsen är ett nystartat företag som gick i drift under november 2022, det finns ingen statistik att visa, företaget har ca 20 kunder och har rapporterat in två avvikelser sedan start, ingen av dessa var av allvarlig karaktär.



Förenade Care SÄBO



Analys:

Det totala antalet avvikelser har ökat under den sista perioden på året vilket dels beror på att det troligen underrapporterats en del avvikelser under sommaren då det är många vikarier i tjänst som inte har samma följsamhet i rapporteringen av avvikelser.

Antalet fallavvikelser har ökat under det sista kvartalet, det är dock få fall som lett till allvarlig vårdskada under året. Avvikelsena beror till stor del på att det bor individer med hög ålder samt kognitiv nedsättning som saknar sjukdomsinsikt och gör egna förflyttningar och faller frekvent. Ökningen kan också härledas till ett fåtal personer som under perioden drabbats av försämrat hälsotillstånd, infektion samt avsaknad av sjukdomsinsikt, detta har lett till upprepade fall. Under december månad uppmärksammas även att högtidsfirandet påverkade fallfrekvensen (trötthet, alkoholkonsumtion).

Åtgärder för att förhindra upprepning av fall utförs på individnivå, arbetet sker i team.

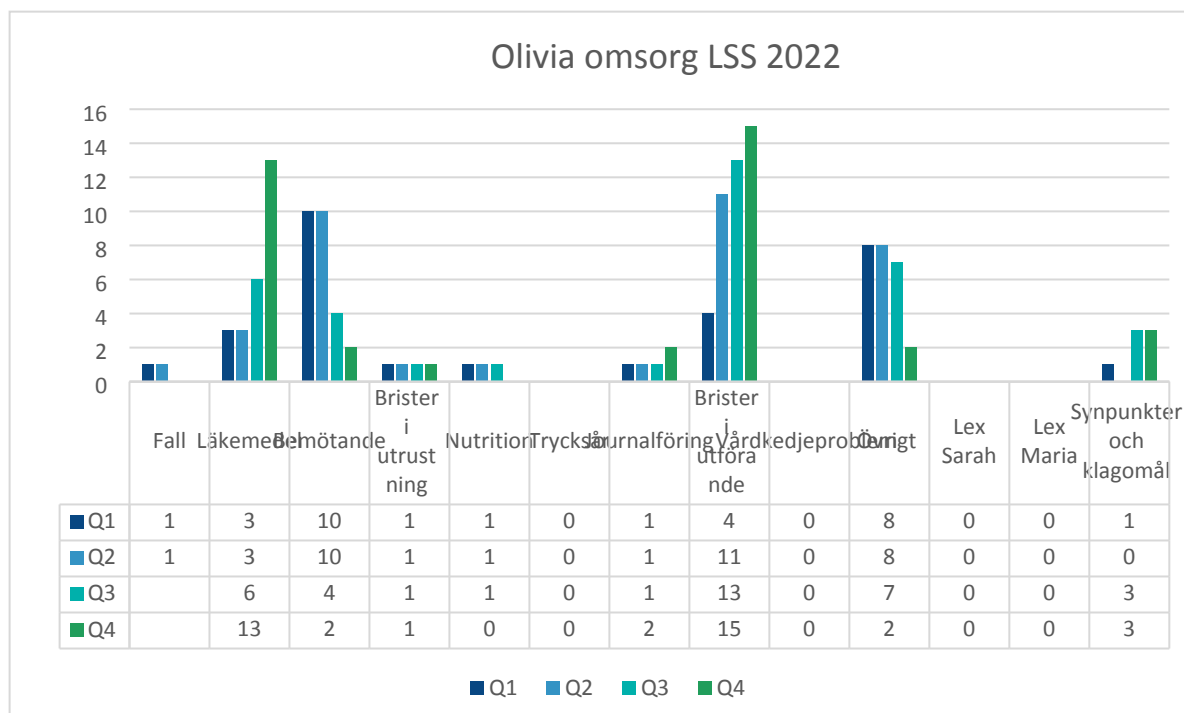
Antalet läkemedelsavvikelser har ökat under året. Analys visar förekomst av avvikelser avseende utebliven dos av läkemedel relaterad till brist i följsamhet av rutiner, brist i kommunikation mellan personal samt överrapportering vid skiftbyten. Planerade åtgärder har utförts på verksamhetsövergripande nivå (genomgång av rutiner, schemaplanering, bemanning, förändring i rapporteringsrutin).

Det har inkommit en del synpunkter och klagomål till verksamheten, både direkt från anhöriga via IVO, merparten av dessa klagomål har varit anonyma och saknat sakliga fakta vilket har gjort händelserna svåra att utreda. IVO har valt att lägga ner alla inkomna klagomål och har inte begärt svar eller utredningar i något av fallen. Alla synpunkter och klagomål har oavsett IVOs bedömning utretts då

verksamheten ser detta allvarligt och arbetar aktivt för att förbättra verksamheten. I de fall det finns en avsändare har återkoppling skett. Analys av inkomna klagomål visar återkommande på en upplevd brist i kvaliteten på omvårdnaden men även felhantering av tvätt, borttappade ägodelar samt brister i bemötande. Vaxholms stad och ledningen på Förenade Care samverkar gällande det ökade antalet klagomål och synpunkter. Förenade Cares egen analys av synpunkter/klagomål har bifogats ärendet.

En Lex Maria anmälan skickades in till IVO under augusti månad, IVO begärde en handlingsplan på åtgärder och har efter komplettering av inskickade uppgifter godkänt handlingsplanen och avslutat ärendet. Uppföljning av handlingsplan sker gemensamt med Förenade Cares kvalitetsledning samt kommunens MAS.

Under hösten uppmärksammades en avvikelse gällande svinn av narkotikaklassade läkemedel, den händelsen har lett till en stor utredning där det framkommit systematisk stöld av narkotikaklassade preparat ur boendets läkemedelsrum under en längre period. Händelsen är polisanmäld och en grundlig utredning är gjord av kvalitetsledningen på Förenade Care tillsammans med kommunens MAS. Handlingsplan är upprättad och rutiner har setts över och extra säkerhetskontroller införda, inga fler avvikelser har skett sedan händelsen upptäcktes. En Lex Sarah rapport är inskickad till IVO i slutet på december, ingen återkoppling i ärendet har inkommit ännu. Detaljer i ärendet redovisas ej pga sekretess och med hänsyn till den misstänkta i avvaktan på pågående polisutredning.

Olivia Omsorg, LSS


Det totala antalet avvikelser under årets kvartal håller sig på en konstant nivå, det finns en del variationer inom kategorierna under året vilket till största del handlar om vilken kategori man valt att lägga avvikelserna under men det finns områden som har ökat under året.

Antalet läkemedelsavvikelser har ökat under året, enl verksamheten beror detta på att ordinarie sjuksköterska slutade under våren och det bemannades med olika sjuksköterskor samt bemanningsföretag under rekryteringen, detta medföljde att delegeringar och läkemedelsrutiner inte fungerat fullt ut. Under hösten har Olivia omsorg rekryterat en sjuksköterska samt en hälso- och sjukvårdsansvarig chef och har nu en stabil organisation. I mitten av december installerades också nya medicinskåp som kommer att börja användas strax efter årsskiftet.

I kategorin bemötande ingår situationer som berör hot och våld på enheterna, det bor personer på enheterna som har utåtagerande beteende vilket ibland orsakar tillbud och avvikelser. Personal får kontinuerligt handledning samt utbildning i att bemöta utmanande beteende. Alla de boende har utarbetade bemötandeplaner för att minimera risker och öka säkerheten på boendet.

Under brister i utförande framkommer att det finns brister i följsamheten av vissa rutiner, förbättringsarbete med fokus på att följa rutiner pågår, bland annat med tydliga scheman samt utförliga introduktioner av ny personal. Det finns också avvikelser i denna kategori kopplade till att man under längre tid har bedrivit daglig verksamhet i hemmet i väntan på ny lokal.

I helhet är antalet avvikelser lågt, inga avvikelser har varit av allvarlig karaktär och inga anmälningar har skickats in till IVO under året.

Bedömning

Den nya strukturen för rapportering har fungerat bra och alla verksamheter har inkommit med rapporter och egna analyser kvartalsvis eller oftare. Mallen tydliggör och definierar avvikelser och det går att se skillnader mellan olika kategorier, kvartal men även mellan verksamheter med liknande uppdrag och ansvar.

De redovisade avvikelserna bedöms i helhet inte vara av allvarlig karaktär, eller ha en allvarlig omfattning.

De händelser som lett till rapporter till IVO har åtgärdats och hanterats på enheten, handlingsplaner följs upp kontinuerligt.

Redovisade synpunkter och klagomål har ökat, främst inom särskilt boende för äldre, de allra flesta klagomål kan härledas till brist/missförstånd i kommunikation eller en upplevd brist i omvårdnaden/utförd åtgärd. Då antalet inkomna klagomål ökat behöver verksamheten analysera och hantera dessa utförligt och ta fram en handlingsplan för åtgärd som skall redovisas till kommunens MAS.

Samarbetet med utförare, både privat och i egen regi fungerar bra och det är ett gemensamt arbete att utveckla och förbättra våra verksamheter. Rapporteringen av avviker skall ses som en viktig del i kvalitetsutvecklingen.

Handlingar i ärendet

- Tjänsteutlåtande, 2023-01-09
- Beslut SN2022.460
- Analys synpunkter Förenade Care (Worddokument)

Kopia på beslutet till:

För kännedom: Akten

§ 72 Sammanställning avvikelser, synpunkter/klagomål kvartal 2 2022

Socialnämndens beslut

1. Informationen noteras till protokollet.
2. Förvaltningen får i uppdrag att återkomma till nämnden med en fördjupad analys efter årsskiftet.

Ärendebeskrivning

I begreppet avvikelser innefattas samtliga fel, brister och risker som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits.

Analyser av inrapporterade avvikelser etc. utgör en del av kvalitetsarbetet. En fungerande avvikelse-, synpunkts- och riskhantering ger information om hur verksamheten fungerar samt vilka eventuella risker som föreligger. Avvikelser, synpunkter och klagomål ska ses som en möjlighet till utveckling.

Avvikelser rapporteras från eller till verksamheter som drivs enligt, Socialtjänstlagar som SoL och LSS, samt Hälso- och sjukvårdslagstiftningar som Hälso- och sjukvårdslagen, Patientsäkerhetslagen och Patientlagen.

Förvaltningen har många utförare i privat regi, inhämtning och analys av avvikelser utgör en viktig del i kvalitetsuppföljning och utvecklingsarbetet. Det har funnits brister i strukturen för inrapporteringarna vilket förvaltningen har arbetet aktivt för att förbättra.

Yrkanden

Ordföranden yrkar bifall till förvaltningens beslutsförslag med tillägget att förvaltningen får i uppdrag att återkomma till nämnden med en fördjupad analys efter årsskiftet.

Ordföranden finner bifall till eget yrkande.

Handlingar

Tjänsteutlåtande 2022-08-25

Data avvikelser q2 (exelfil)

Kopia på beslutet till

För kännedom: Akten

Analys synpunkter/klagomål Q4-2022

Under Q4 inkom 4 anonyma klagomål från IVO. Sedan Forenade Care AB tagit över verksamheten har ett sådant tillvägagångssätt ökat och det sker anonymt. Verksamheten har analyserat och utrett klagomålen. Vi har fått tidigare anonyma klagomål som vi kan knyta till samma avsändare då innehållet är det samma. Vi kan koppla dessa klagomål till missnöjda tidigare och nuvarande anställda.

Ärendena om anonyma klagomål till IVO har diskuterats på olika mötes forum som APT, avdelningsmöten, avvikelseråd. Vi har informerat personal om hur företaget ser på dessa anonyma klagomål och uppmuntrat till att i första hand kontakta ledningen om något inte fungerar. Det har även lämnats information kring hur vi utreder avvikelser och att det är svårt att besvara klagomål som är anonyma då vi inte vet vem som skrivit dessa. Vi kan då inte heller ställa kompletteringsfrågor vilket gör att det är svårt att få ett sammanhang.

Verksamheten har upprättat handlingsplaner där vi beskriver hur vi ska arbeta förebyggande utifrån dessa klagomål.

Det inkommit flera positiva synpunkter från anhöriga som är nöjda med vården. Det har även kommit flera förbättringsförslag från anhöriga som vi har tagit till oss.

Det har kommit en del av synpunkter/klagomål avseende brister i utförandet. Analys visar förekomst av avvikelser avseende utebliven, felaktigt utförd eller försenad insats/åtgärd. Det handlar om att personal ej besvarar larm inom avtalad tid, brister i bemötande, synpunkter på utbud på aktiviteter. En del handlar om försvunna saker hos den enskilde och otillräcklig städning.

Avvikelser är diskuterade och analyserade vid personalmöten. Planerade åtgärder utförs på verksamhetsövergripande nivån (genomgång av rutiner, förändring av arbetsrutiner, handledning, utbildning/diskussion i personalgrupp). Förtydligande av kontaktmannaskapsuppdraget med uppföljning på omvårdnadskonferenser på avdelningar.

Den externa avvikelserna handlade om brist på information mellan verksamheten och bemanningsföretaget kring akutplacering på korttidsavdelning. Samverkansmöte med berörd partner är bokad för genomgång av samverkansavtal.

Socialförvaltningen
 Kristina Mårtensson
Kvalitetsstrateg/MAS

Fördjupad granskning HSL, Vaxholms äldreboende

Förslag till beslut

Den fördjupade granskningen av Vaxholms äldreboende godkänns.

Sammanfattning

Vaxholms äldreboende övergick till privat regi 1/9 2021 då Förenade Care tog över driften. Socialförvaltningen har under hösten 2022 genomfört en fördjupad hälso- och sjukvårds granskning på Vaxholms äldreboende. Syftet med den fördjupade granskningen är säkerställa att utföraren efterlever de krav som ställts i avtal och uppdrag och att kunna identifiera brister och förbättringsområden samt för att säkerställa en patientsäker vård och omsorg. Granskningen har genomförts genom bedömning av rutiner och processer, egenkontroller, kontroll av kvalitetsregister, intervjuer med personalgrupper och chefer samt journalgranskningar. Utifrån insamlat material har verksamheten fått återkoppling i form av en rapport med förslag och krav på åtgärder. Åtgärderna följs upp löpande och skall återrapporteras till socialförvaltningen.

Ärendebeskrivning

Vaxholms stads MAS har tagit fram riktlinjer för hälso- och sjukvård. Riktlinjerna är ett övergripande dokument som utgör ramverk och minimikrav inom det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. De anger inom vilka områden lokala rutiner skall finnas och anger lägsta nivå för vad som är en god och säker hälso- och sjukvård inom det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. Granskningen har utgått från riktlinjernas ramverk och krav och alla olika delar har bedömts på en femgradig skala enl följande:

A. Mörkröd	B. Röd	C. Orange	D. Gul	E. Ljusgrön	F. Grön
Kategorin används endast på kritisk verksamhet, omedelbar åtgärd och handlingsplan krävs.	Skyndsam åtgärd samt handlingsplan kvävs	Åtgärd och handlingsplan krävs	Viss åtgärd och handlingsplan krävs	Viss åtgärd krävs	Ingen åtgärd krävs

Mallen för granskning och bedömning utgår ifrån Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) verktyg "Säkerhetskulturtrappan". Modellen är utformad för att följa upp och utveckla patientsäkerheten inom hälso- och sjukvården och har anpassats till lokala kriterier.

Verksamheten har fått en detaljerad rapport utifrån resultatet av granskningen där det framgår tydligt inom vilka områden åtgärder och förbättringar behövs. Alla åtgärder skall redovisas till socialförvaltningen inom angiven tidsram.

Resultat:

Granskat område HSL:	A	B	C	D	E	F
Vårdgivarens organisatoriska hälso- och sjukvårdsansvar						
Riktlinje 1. Patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om						
Riktlinje 2. Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen						
Riktlinje 3. Beslut om att delegering är förenliga med patientsäkerheten						
Riktlinje 4. Läkemedelshantering						
Riktlinje 5. Rapportering enligt patientsäkerhetslagen						
Riktlinje 6. Kontakt med läkare eller annan HSL när patientens tillstånd fodrar det.						
Riktlinje 7. Säker och ändamålsenlig Hälso- och sjukvård						

Det finns arbetssätt och rutiner som behöver ses över och uppdateras och ett antal rutiner som sakades eller fick sämre resultat. Nedan redovisas de områden som fått anmärkningar inom respektive riktlinje:

Riktlinje 1. Patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om

- Samverkan med vårdcentralen behöver utvecklas då det finns patienter som valt att fortfarande vara listade på sin husläkare i stället för läkarorganisationen på boendet. Samverkansrutin behövs för att säkerställa att patienten får den vård som ordinerats och att vårdcentralen tar sitt ansvar fullt ut.
- Läkarmedverkan i beslut om palliativ vård i sen fas behöver förbättras. Rutin finns men det finns förbättringsområden kring samverkan mellan yrkesgrupper på boendet i detta skede. Sjuksköterskor bekräftar att fysisk läkarmedverkan är mycket låg vid beslut om palliativ vård generellt. Läkarmedverkan är i sak inte boendets ansvar men tas med i resultatet då det behöver belysas att detta är ett område att arbeta med.

Riktlinje 2. Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen

- Lokal rutin för arkivering och gallring av patientjournaler behöver tas fram. Det finns en tydlig och bra rutin som gäller Förenade Cares verksamheter generellt men ingen lokal rutin för Vaxholms äldreboende. Då det är Vaxholms stads gallringsplan som skall efterlevas behöver ledningen på Vaxholms äldreboende ta fram en ny lokal rutin och säkerställa att den stämmer överens med kommunens riktlinje för arkivering och gallring av patientjournaler och andra dokument.
- Informationsöverföring gällande vård och omsorg kring de boende bör primärt ske via journalen. Omvårdnadsplaner skrivs och utformas men det skiljer sig mycket i hur dessa förmedlas till baspersonal och hur man använder informationen och hur man dokumenterar och följer upp. Olikheterna skapar risk för att viktiga delar i vården faller mellan stolarna och att det inte finns en tydlig spårbarhet i dokumentation och uppföljning, rutinen behöver stärkas och implementeras.
- Säkerställ att all personal dokumenterar händelser av vikt i journalen, saknas spårbarhet och röd tråd i journalerna, informationsöverföring sker ibland enbart muntligen. Det sker en del dubbeldokumentation vilket är en risk för patientsäkerheten och även ett onödigt arbetsmoment. Journalen skall alltid vara det primära dokumentationsplatsen, idag finns en del systematik av omvårdnadspersonal att inte läsa journalen varpå sjuksköterskor skriver instruktioner och information på lösa lappar, i kalendrar och olika pärmar.

Riktlinje 3. Beslut om att delegering är förenliga med patientsäkerheten

- Rutinen är godkänd, alla delar finns med och den är utförligt beskriven och tydlig i ansvarsfördelning. Efterlevnaden av rutinen brister, det saknas dokumentation för uppföljning av delegeringsbeslut samt att det i intervju bekräftas att rutinen inte alltid efterlevs. Säkerheten kring delegering känns dock trygg och det är ett lågt antal avvikelser kopplat till delegeringar men rutinen behöver göras känd och implementeras av all personal, främst sjuksköterskor som brustit i dokumentationen.

Riktlinje 4. Läkemedelshantering

- Man arbetar sedan något år tillbaka med digital signering av läkemedel på Vaxholms äldreboende. Det finns rutiner för delar av hanteringen men den lokala rutinen behöver kompletteras med tillvägagångssätt och ansvarsfördelning vid ex in och utskrivning från slutenvård, uppdateringar och hur man hanterar egenkontroller.

Riktlinje 5. Rapportering enligt patientsäkerhetslagen

- Strukturerad samverkan med jourföretag som bemannar nattetid behöver stärkas, samverkan har skett men ej i strukturad form. Det behöver säkerställas att de lokala rutinerna och arbetssätten är väl kända hos jourföretagets sjuksköterskor. Rutiner behöver tas fram.
- Kommunikation mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal sker på olika sätt på olika avdelningar, säkerställ att alla personal arbetar lika och har en tydlig rutin att följa när och vem man ska kontakta. Vid intervju nämner sjuksköterskor att omvårdnadspersonal ringer ofta med ärenden dom kan hantera själva.

Riktlinje 7. Säker och ändamålsenlig Hälso- och sjukvård.

- Saknar beskrivning för hur man arbetar evidensbaserat på utförlig nivå. Behov finns av att tydliggöra vikten av att arbeta evidensbaserat och ständigt hålla sig uppdaterad, här finns förbättringsområden och medvetenheten kan förstärkas.
- Registrering i kvalitetsregister bör förbättras. Alla system används och registreringar har skett, dock uppfylls ej målnivåer i systemen förutom i Senior Alert.

Bedömning

Granskningen har varit omfattande och inkluderat alla delar i gällande riktlinjer. Granskningen har genomförts genom bedömning av rutiner och processer, egenkontroller, kontroll av kvalitetsregister, intervjuer med personalgrupper och chefer samt journalgranskningar. Områden med alarmerande resultat har ej noterats. Vid intervju med legitimerad personal påvisas goda kunskaper och en samstämmighet i hur arbetet bedrivs. Teamarbetet mellan sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast är tydligt.

Det finns områden med förbättringsutrymme vilket redovisats. Det finns bra och säkra rutiner och styrdokument att arbeta efter, dock brister det i efterlevnaden och kännedom om dessa. Rutiner och arbetssätt behöver revideras och implementeras hos all personal. En detaljerad rapport delges utföraren som skall ta fram en handlingsplan för åtgärder. Handlingsplanen redovisas till kommunens MAS som följer upp åtgärderna inom angiven tidsram.

Handlingar i ärendet

- Tjänsteutlåtande 2023-01-16
- Detaljerat resultat granskning HSL (worddokument)

Kopia på beslutet till:

För kännedom: Akten

Innehåll

1. Vårdgivarens organisatoriska hälso- och sjukvårdsansvar	2
2. Riktlinje 1. Patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om	3
3. Riktlinje 2. Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen	9
4. Riktlinje 3. Beslut om att delegering är förenliga med patientsäkerheten	15
5. Riktlinje 4. Läkemedelshantering	20
6. Riktlinje 5. Rapportering enligt patientsäkerhetslagen.....	25
7. Riktlinje 6. Kontakt med läkare eller annan HSL när patientens tillstånd fordrar det.	35
8. Riktlinje 7. Säker och ändamålsenlig Hälso- och sjukvård.....	37

1. Vårdgivarens organisatoriska hälso- och sjukvårdsansvar

Frågor	Ram för att bedöma frågan	Kritisk verksamhet	Skyndsam åtgärd	åtgärd och handlingsplan	Viss åtgärd ink handlingsplan	Viss åtgärd	Ingen åtgärd	Bedömning/kommentar
Har IVO genomfört någon tillsyn de senaste 12 månaderna?	Ja och Nej fråga. Ja = Ivo har genomfört tillsyn Nej = Ivo har inte genomfört tillsyn						Nej	
Hur har du i din roll som verksamhetschef agerat för att verksamheten ska leva upp till de krav som finns enligt gällande lagar, förordningar och riktlinjer?	Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef).		Ingen beskrivning eller ej beskrivet utifrån ramen	Saknar 3-4 delar utifrån ramen	Saknar 2-3 delar utifrån ramen	Saknar 1 del utifrån ramen	Beskrivet utifrån ramen	
Hur många årsarbetare av respektive yrkeskategori leg. sjuksköterska, leg. fysioterapeut/sjukgymnast och leg. arbetsterapeut samt dietist har ni i verksamheten	Stäm av enl avtal							Saknas just nu en enhetschef, rekrytering pågår och en plan är presenterad och är godkänd
Vem är vårdgivare och vem är Lexmaria-ansvarig hos IVO för er verksamhet?	Ska stämma överens med det vi samlat in.		Inget beskrivet. Ingen anmälan till vårdgivarregistret finns	Anmälan till vårdgivarregistret finns men namn saknas allt är båda namnen fel	Ett namn saknas	Ett namn är fel, det andra är rätt	Stämmer överens med registerutdrag	

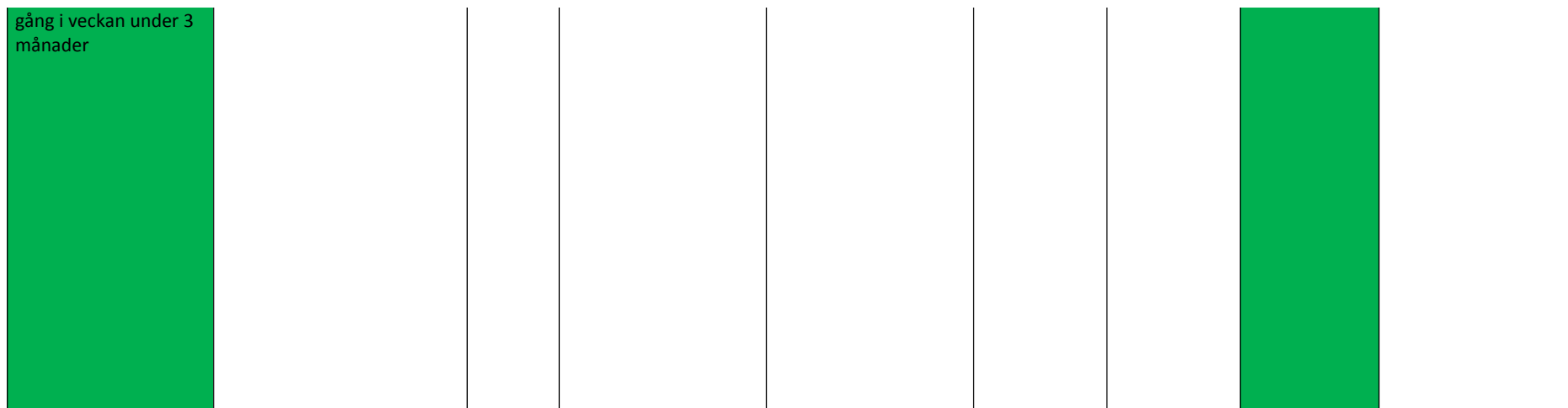
2. Riktlinje 1. Patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om

Frågor	Ram för att bedöma frågan	Kritisk verksamhet	Skyndsam åtgärd	åtgärd och handlingsplan	Viss åtgärd ink handlingsplan	Viss åtgärd	Ingen åtgärd	Bedömning/kommentar
Beskriv er rutin för samverkan med slutenvården vid in och utskrivning. Förtydligande: Rutinen ska innehålla information om allt från att patienten lämnar sitt boende till förberedelse och mottagande vid utskrivning/hemkomst. Rutinen ska täcka både legitimerad personals och baspersonals ansvarsområden.	Bedöms utifrån följande delar: - Finns rutin för vilken patientinformation som ska följas med patienten till sjukhus - Finns checklista för vad som alltid ska följas med patienten, rullstol, rullar, glasögon, hörapparat etc. - Finns rutin för beställning av transport till sjukhus, planerade och akuta situationer - hur hålls kontakt med sjukhuset under vårdtiden - Finns rutin för förberedelser innan hemkomst från sjukhus, information till sjuksköterska, till gruppboende, närstående.		Rutin saknas	rutinen finns men saknar tydliga planering inför hemgång och fortlöpande kontakt med slutenvården	rutinen finns med tydlig planering inför hemgång och fortlöpande kontakt med slutenvården, saknas beskrivning för 2 och/eller ansvarsfördelning mellan vårdgivare och verksamheten på övriga punkter .	rutinen finns med tydlig planering inför hemgång och fortlöpande kontakt med slutenvården, saknas 1-2 övriga punkter	Rutinen finns som täcker alla delar från första kontakt med sjuksköterska, uppdaterad och aktuell information och information till personal och patient/närstående	Rutin för avvikelshantering vid vårdkedjeproblem saknas, vid intervju med leg personal framkoms att man inte systematiskt skriver avvikelser vid vårdkedjeproblem.

<p>Beskriv era rutiner för de boende/patienter som valt att lista sig hos husläkarmottagning istället för den läkarorganisation som har ansvaret för läkarinsatserna i särskilt boende för äldre</p>	<p>Kontaktuppgifter finns uppdaterade och aktuella, i journal och kontaktlistor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vårdcentralen har kännedom om kontaktuppgifter till den kommunala hälso- och sjukvården - Hur kontakt ska ske vid icke akuta och planerad samverkan - Hur kontakt ska se vid akuta situationer - Rutin för vaccinationer mot årlig influensa och covid19 - Rutin vid ordinerad provtagning - Rutin för information av läkemedelsförändringar Pascal och för de patienter som inte har Pascal - Rutin vid palliativvård och dödsfall - Hur samtycken för informationsöverföring mellan olika aktörer inhämtas och dokumenteras - Hur eventuella tekniska lösningar som t.ex. videolänk etc. används 		<p>saknar helt rutiner för patienter listade hos husläkare</p>	<p>endast 1-4 punkter upptagna saknar rutin för hur kontaktuppgifter ska dokumenteras</p>	<p>kontaktuppgifter finns i både journal och övriga kontaktuppgifter samt minst 4 övriga punkter</p>	<p>Kontaktuppgifter finns både i journal och övriga kontaktuppgifter samt 5-7 övriga punkter</p>	<p>Alla 9 punkter finns med</p>	<p>Saknas hur kontakt sker, när man ska kontakta, vart man dokumenterar kontaktuppgifter, hur avvarsfördelningen går till, vem som kontaktar i akuta skeden. Vems ansvar är det med provtagningar, rehanbs ansvar mm. Rutin behöver uppdateras och göras känd för personal.</p>
--	--	--	--	---	--	--	---------------------------------	---

<p>Bifoga er samverkansöverenskommelse med er läkarorganisation enligt vårdval läkarinsatser i särskilda boenden för äldre Dokument ska laddas upp för rutiner</p>	<p>Överenskommelsen är undertecknad av båda parter - Överenskommelsen är uppdaterad senaste året - Hur kontakt ska ske vid icke akuta och planerad samverkan - Hur kontakt ska se vid akuta situationer - Rutin för vaccinationer mot årlig influensa och covid19 - Rutin vid ordinerad provtagning - Rutin för information av läkemedelsförändringar Pascal och för de patienter som inte har Pascal - Rutin vid palliativvård och dödsfall - Har samverkansmöten genomförts - Hur samtycken för informationsöverföring mellan olika aktörer inhämtas och dokumenteras - tekniska lösningar</p>	<p>Samverkansöverenskommelse är inte skriven</p>	<p>Samverkansöverenskommelse är inte uppdaterad senaste året.</p>	<p>Överenskommelse finns och är uppdaterad. Den innehåller 1-5 punkter</p>	<p>Överenskommelse finns och är uppdaterad, Den innehåller 6-7 övriga punkter</p>	<p>Överenskommelse finns och är uppdaterad. Den innehåller 8-9 övriga punkter.</p>
--	--	--	---	--	---	--

<p>Finns det rutiner för hur beslut om sen palliativ fas ska tas. I vilken omfattning har fysiska besök genomförts av läkarorganisationen hos respektive patient för att ta beslut om övergång till palliativ vård under året?</p>	<p>Bedöms utifrån hur ofta besöken sker</p>						<p>Rutin finns, finns förbättringsområden kring samverkan mellan yrkesgrupper på boendet i detta skede, teamarbete kan förstärkas mellan ssk och sjukgymnast/arbetsterapeut. Sjuksköterskor bekräftar att fysisk läkarmedverkan är mycket låg vid beslut om palliativ vård generellt. Läkarmedverkan är i sak inte boendets ansvar, bedömningen blir trots detta "gul" då det behöver belysas att detta är ett område att arbeta med.</p>
<p>Vilka kompetenshöjande insatser har genomförts för att stärka hälso- och sjukvården de senaste 12 månaderna? Förtydligande Svaret ska innehålla uppgifter berörda personalgrupper, organisatör av kompetenshöjande insatser samt längd, poäng eller annat passande mått, t ex en</p>	<p>Antal insatser/yrkesgrupp, syft</p>		<p>Inga</p>	<p>1-2, minst 1 för SSK</p>	<p>3-4, Minst 1 för SSK + en mer yrkeskategori inkl baspersonal</p>	<p>5-6: Minst 1 för alla tre yrkesgrupper alternativt minst en för hela HSL-teamet</p>	<p>Minst två insatser för alla tre yrkesgrupperna alternativt minst en för hela teamet inkl baspersonal</p>



3. Riktlinje 2. Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen

Frågor	Ram för att bedöma frågan	Kritisk verksamhet	Skyndsam åtgärd	åtgärd och handlingsplan	Viss åtgärd ink handlingsplan	Viss åtgärd	Ingen åtgärd	Bedömning/kommentar
Ange hur stor andel av patienterna som har hälsoplaner skrivna av sjuksköterska, fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut.	Bedöms utifrån andel patienter.		Under 50 %	50-60 %	60 - 70 %	70-80 %	>80 %, Man kan ju haft men inte pågående nu.	
Beskriv hur ni tar till vara på era patienters synpunkter på sin egen behandling och hur ni dokumenterar detta? Förtydligande Frågan gäller hur patienten görs delaktig i sin egen vård och vilka val patient gjort. Det gäller här inte klagomålshandlingen.	Bedöms utifrån följande delar: - Att patientens val framkommer i dokumentationen och vilka beslut som fattats av leg. personal. - Patientens samtycke finns dokumenterat vid informationsöverföring mellan olika vårdgivare och andra externa aktörer - Patientens samtycke finns dokumenterat vid skyddsåtgärder - Om SIP finns dokumenterat där samordning mellan olika aktörer genomförs.		Inget beskrivet eller otillräckligt utifrån beskrivningen	Saknar flera delar utifrån beskrivningen	Saknar några delar utifrån beskrivningen	De flesta delar med utifrån beskrivningen, Tydlig spårbarhet framgår.	Alla delar med utifrån beskrivningen	Se över rutinen och stäm av mot bedömningskriterier

<p>Beskriv rutinen för dokumentation av hälsoplaner inklusive hur dessa förmedlas till baspersonal på enheterna. Förtydligande Ni ska beskriva hela processen, från utredning, bedömning, åtgärder, uppföljning inkluderat uppföljning av de åtgärder som utförs av baspersonal. Ni ska också beskriva hur baspersonalen tar del av planen och dokumenterar utförda åtgärder.</p>	<p>Bedöms utifrån följande delar: - Hur vårdbegäran tas emot, hur man bedömer behov av utredning, utredning, bedöma behov av åtgärder, åtgärder och uppföljning/utvärdering - Hur åtgärder som ska utföras av delegerad personal ska vara åtkomliga med information om problem, målsättning och tydliga åtgärder - Åtgärderna ska vara tidsatta, när de ska genomföras, hur de ska genomföras och vem som ska genomföra. - Hur man säkerställer att delegerad personal har tagit del av de åtgärder som de ansvarar för att utföra i hälsoplanerna</p>		<p>Inget beskrivet eller otillräckligt utifrån beskrivningen</p>	<p>Saknar flera delar utifrån beskrivningen</p>	<p>Saknar några delar utifrån beskrivningen</p>	<p>De flesta delar med utifrån beskrivningen, Tydlig spårbarhet framgår.</p>	<p>Alla delar med utifrån beskrivningen</p>	<p>Omvårdnadsplaner skrivs och utformas men det skiljer sig mycket i hur dessa förmedlas till baspersonal och hur man använder informationen och hur man dokumenterar och följer upp. Olikheterna skapar risk för att saker faller mellan stolarna och att det inte finns en tydlig spårbarhet i dokumentation och uppföljning, rutinen behöver stärkas och implementeras. Idag finns en del dubbeldokumentation och även detta är en risk för patientsäkerheten och även ett onödigt arbetsmoment. Journalen skall alltid vara det primära dokumentationsplatsen, idag finns en del systematik av omvårdnadspersonal att inte läsa journalen varpå sjuksköterskor skriver instruktioner mm på lösa lappar, i kalendrar och olika pärmar.</p>
---	--	--	--	---	---	--	---	---

<p>Bifoga er rutin för förvaring, arkivering och gallring av patientjournaler Dokument ska laddas upp för rutiner</p>	<p>Det ska av rutinen tydligt framgå 1. Vem/vilken funktion som ansvarar för arkivering av avslutad journal 2. Hur länge journalen ska arkiveras efter att sista anteckning skrivits i journalen 3. Om journalen helt eller delvis arkiveras digitalt eller i pappersakt 4. Hur digital respektive pappersbunden arkivering utförs, scanning, rensning från gem och plastfickor etc. 5. Vilka delar som ska ingå i journalen, - vårdplaner/hälsoplaner, löpande anteckningar - läkemedelsordinationer, - signeringslistor läkemedel och utförda vårdåtgärder, - vård- och behandlingsmeddelande från extern vårdgivare, - symtomskattningsskalor, - egenvårdsbedömningar egna och från läkare - brevväxling av betydelse 6. Vem som ansvarar för att lämna ut avslutad journal vid förfrågan av patient eller närstående 7. Vem/vilken funktion som ansvarar för slutgallring</p>	<p>Rutin saknas</p>	<p>Rutinen innehåller endast 2 av bedömningskriterierna, saknar punkt 5</p>	<p>Rutinen innehåller punkt 5 och ytterligare 2 kriterier</p>	<p>Rutinen innehåller punkt 5 och ytterligare 3-4 kriterier, alternativt ej punkt 5 men övriga kriterier</p>	<p>innehåller samtliga kriterier inklusive komplett punkt 5</p>	<p>Det finns en tydlig och bra rutin som gäller Förenasde cares verksamheter generellt men ingen lokal rutin för Vaxholms äldreboende. Då det är Vaxholms stads gallringsplan som skall efterlevas behöver ledningen på Vaxholms äldreboende ta fram en ny lokal rutin och säkerställa att den stämmer överens med kommunens riktlinje för arkivering och gallring av patientjournaler och andra dokument.</p>
---	---	---------------------	---	---	--	---	--

<p>Bifoga rutin för dokumentation i patientjournal Dokument ska laddas upp för rutiner</p>	<p>Bedöms utifrån följande ramverk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beskrivning av hur dokumentationen ska utformas och för att uppfylla kraven i gällande lagstiftning, t.ex. patientdatalagen. • Beskrivning av dokumentationsform för samtlig dokumentation kring patienten. • Hur vårdgivare säkerställer att kraven på tillgänglighet, riktighet, sekretess och spårbarhet är tillgodosedda. • Beskrivning av journalföring och tillgång till journal vid eventuella driftstopp samt beaktade av övriga säkerhetsaspekteter och krav enligt patientdatalagen, t.ex. skydd mot brand, fukt eller obehörig tillgång. • Beskrivning av hur behörigheter delas ut, förändras, tas bort och regelbundet följs upp. • Hur innehållet i HSLF-SF 2016:40, "Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården", verkställs hos vårdgivaren. • Hänvisning till särskild rutin för arkivering och gallring. 	<p>Inget beskrivet eller otillräckligt utifrån beskrivningen</p>	<p>Saknar flera delar utifrån beskrivningen</p>	<p>Saknar några delar utifrån beskrivningen</p>	<p>De flesta delar med utifrån beskrivningen</p>	<p>Alla delar med utifrån beskrivningen, Mycket tydlig spårbarhet, hög patient/anhörig delaktighet framgår</p>	<p>Se över rutinen och stäm av mot bedömningskriterier</p>
--	---	--	---	---	--	--	--

<p>Bifoga rutin för journalgranskning Dokument ska laddas upp för rutiner</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Personuppgifter • Kontaktuppgifter till närstående • Vem som ska kontaktas i första hand • Om kontakt ska tas med närstående oavsett tidpunkt på dygnet (tex ringa nattetid vid förändringar) • Kontaktuppgifter till andra vårdgivare/uppgift om andra vårdgivare • Vem som är MAL, OAS, sjukgymn/arbetsterapeut • Samtycken för t ex skyddsåtgärder, kontakt med andra vårdgivare, NPÖ • Livsavgörande beslut. Ställningstagande till HLR. • Riskbedömningar enligt senior Alert för äldreomsorgen • Riskbedömningar enligt särskild rutin för LSS och socialpsykiatri • Hälsoplaner/vårdplaner där det finns identifierade risker enligt genomförda riskbedömningar • , bedömning av vårdåtgärder, vårdåtgärder som ska vara tidsbestämda och innehålla uppgift om vad, vem, hur, när och planerad uppföljning 		<p>Inget beskrivet eller otillräckligt utifrån beskrivningen</p>	<p>Saknar flera delar utifrån beskrivningen</p>	<p>Saknar några delar utifrån beskrivningen</p>	<p>De flesta delar med utifrån beskrivningen</p>	<p>Alla delar med utifrån beskrivningen, Mycket tydlig spårbarhet, hög patient/anhörig delaktighet framgår</p>
---	---	--	--	---	---	--	--

Hur genomförs loggkontroller av patientjournaler och vem ansvarar för uppgiften	Bedöms utifrån att nedanstående finns i rutin: - Vem som ansvarar för kontrollerna - Vilka verksamhetssystem som är aktuella för behörighetskontroller - Vilka personalkategorier som ska kontrolleras och hur många/andel av personalen - Vilka patientjournaler som ska granskas/andel av journaler - Frekvens, tidsintervall som behörighetskontroller ska genomföras		Inget beskrivet eller otillräckligt utifrån beskrivningen	Saknar flera delar utifrån beskrivningen	Saknar några delar utifrån beskrivningen	De flesta delar med utifrån beskrivningen, Tydlig spårbarhet framgår.	Alla delar med utifrån beskrivningen	Se över rutinen och stäm av mot bedömningskriterier
När genomfördes den senaste loggkontrollen	JA eller Nej fråga. JA = korrekt angivet utifrån rutinen, Delvis = finns angivet men med över en månads felmariginal utifrån rutin. Nej = saknas uppgift							December 2022. Loggkontroller utförs 4 ggr/år
När genomfördes den senaste journalgranskningen?	Ja och Nej fråga Bedöms utifrån att journalgranskning bör göras minst 1 gång/år.							SOL granskas av verksamhetschef och enhetschef enl årshjul, HSL granskas av ssk och MAS

4. Riktlinje 3. Beslut om att delegering är förenliga med patientsäkerheten

Frågor	Ram för att bedöma frågan	Kritisk verksamhet	Skyndsamt åtgärd	Åtgärd och handlingsplan	Viss åtgärd inkommande handlingsplan	Viss åtgärd	Ingen åtgärd	Bedömning/kommentar
Beskriv hur delegeringsbeslut dokumenteras och arkiveras. Beskriv vilken information som finns dokumenterade.	<ul style="list-style-type: none"> Hur dokumentation av den delegerades kunskaper kring läkemedelshantering skall ske Vem som ansvarar för förvaring och arkivering av dokumenterade beslut Vilka dokument som ska arkiveras, t ex kunskapstest, diplom, beslutsunderlag. Hur länge ska delegeringsbeslutet arkiveras 		Inget beskrivet eller otillräckligt utifrån beskrivningen	Saknar flera delar utifrån beskrivningen	Saknar några delar utifrån beskrivningen	De flesta delar med utifrån beskrivningen, Tydlig spårbarhet framgår.	Alla delar med utifrån beskrivningen	

<p>Beskriv samverkan mellan enhetschef och legitimerad personal för en trygg och säker delegeringsprocess</p>	<p>Bedöms utifrån att rutinen innehåller information om</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hur leg. personal informeras om ny baspersonal - Hur enhetschef och leg. personal samverkar för bedömning av att personen som ska ta emot delegering är lämplig. - Vem som ansvarar för att bevakning av när delegering behöver förnyas, att all personal har aktuella delegeringar - Hur hantering vid brist på personal med delegering ska ske 		<p>Inget beskrivet eller otillräcklig beskrivning av samverkan</p>	<p>Beskrivningen klargör inte ansvarsfördelningen</p>	<p>Beskrivning finns som täcker de väsentligaste delarna med ansvarsfördelning vid några tillfällen</p>	<p>De flesta delarna finns med</p>	<p>Alla delar finns med inklusive hantering vid situationer med akut personalbrist</p>	<p>Se över rutinen och stäm av mot bedömningskriterier</p>
<p>Hur många personer delegerar varje sjuksköterska till?</p>	<p>JA eller Nej fråga</p>							<p>Bedöms rimligt antal, Varje sjuksköterska delegerar i genomsnitt 20 personer</p>

<p>Hur säkerställs att den som ska ta emot delegering har rätt kompetens, kunskap och förutsättningar samt hur uppföljning sker. Beskriv processen när ett delegeringsbeslut upphör och när det förnyas.</p>	<p>Bedöms utifrån följande ramverk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vilka förutsättningar som är godtagbara för den som skall delegera samt för den som skall ta emot en delegering, exempelvis anställningslängd, utbildning och erfarenhet. • Beskrivning av vem som får delegera till vem. • Hur <i>och när</i> uppföljning och omprövning av beslut skall ske. • Hur, när och varför återkallelse av delegeringsbeslut skall ske, samt vem/vilka som har rätt att återkalla ett beslut om att delegera en hälso- och sjukvårdsuppgift. • Beskrivning av processen kring när ett delegeringsbeslut 	<p>Inget beskrivet eller otillräckligt utifrån beskrivningen</p>	<p>Saknar flera delar utifrån beskrivningen</p>	<p>Saknar några delar utifrån beskrivningen</p>	<p>De flesta delar med utifrån beskrivningen, Tydlig spårbarhet framgår.</p>	<p>Alla delar med utifrån beskrivningen</p>	<p>Rutinen är godkänd, alla delar finns med och den är utförligt beskriven och tydlig i ansvarfördelning mm. Efterlevnaden av rutinen brister, det saknas dokumentation för uppföljning av delegeringsbeslut samt att det i intervju bekräftas att rutinen inte alltid efterlevs. Säkerheten kring delegering känns dock trygg och det är ett lågt antal avvikelser kopplat till delegeringar men rutinen behöver göras känd och implementeras av all personal, främst sjuksköterskor som brustit i dokumentationen.</p>
--	---	--	---	---	--	---	--

upphör och eventuellt behöver förnyas. • Tillvägagångssätt vid eventuell delegering till elever/praktikanter.								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Vilka hälso- och sjukvårdsuppgifter får delegeras och om några uppgifter kräver särskilda förutsättningar. Ange vilka uppgifter som endast behöver instruktion och hur baspersonalen görs uppmärksamma på när det krävs delegering.</p>	<p>Bedöms utifrån att:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det ska tydligt framgå i rutinen vilka uppgifter som får delegeras utan särskilda förutsättningar/allmän delegering - Det ska tydligt framgå i rutinen vilka delegeringsbara uppgifter som avser en namngiven patient - Det ska tydligt framgå av rutinen vilka delegerade arbetsuppgifter som kräver särskild utbildning och kunskapstest. - Det ska tydligt framgå på signeringslistor att uppgiften endast får utföras av särskild delegerad personal. 		<p>Inga punkter uppfyllda, saknar svar</p>	<p>1-2 punkter uppflydda</p>	<p>3 punkter uppfyllda, Om fler punkter är delvis uppfyllda görs en sammanfattande bedömning</p>	<p>4 punkter uppfyllda</p>	<p>Samtliga punkter tydligt uppfyllda</p>	<p>Det ska tydligt framgå i rutinen vilka delegeringsbara uppgifter som avser en namngiven patient, detta saknas och behöver kompletteras enligt riktlinje.</p>
--	---	--	--	------------------------------	--	----------------------------	---	---

5. Riktlinje 4. Läkemedelshantering

Frågor	Ram för att bedöma frågan	Kritisk verksamhet	Skyndsam åtgärd	åtgärd och handlingsplan	Viss åtgärd ink handlingsplan	Viss åtgärd	Ingen åtgärd	Bedömning/kommentar
Andel läkemedelsgenomgångar av totalt antal patienter .	Bedöms utifrån andel patienter.		0	1-55%	60	65-90 %	100%	

<p>Beskriv rutin för läkemedelshandling, inkl narkotikahandling och beställning av basförråd</p>	<p>Beskrivning av hur läkemedelshandlingsprocessen är utformad hos vårdgivaren. -Beskrivning av hur ansvars- och arbetsfördelning gällande de olika momenten i läkemedelshandlingsprocessen är utformad. -Hur kontroller vid iordningställande och administrering/överlämnande av läkemedel ska ske. -Beskrivning av krav som finns på uppmärkning av läkemedel när det förbereds till för att undvika risk för förväxling. -Hur en rimlighetsbedömning av dosen ska göras. Den som iordningställer ett läkemedel utifrån läkarens ordination har ansvar för att göra en rimlighetsbedömning av om dosen stämmer. -Hur mottagande, verkställande och</p>		<p>Rutin saknas</p>	<p>Rutinen innehåller endast 2 av bedömningskriterierna</p>	<p>rutinen finns och innehåller minst 4 av 6 bedömningskriterier</p>	<p>Rutinen är i stora drag heltäckande men saknar någon del.</p>	<p>Samtliga punkter tydligt uppfyllda</p>	<p>Rutinerna är bra och relativt heltäckande men behöver ses över och rutin för handtering av basförråd och beställning måste säkras. Narkotikastölder har förekommit under året och rutinen är uppdaterad efter det och stärkt, betonar trots detta vikten av att ständigt kontrollera och säkerställa att handteringen sköts korrekt så att inga fler stölder kan ske.</p>
--	---	--	---------------------	---	--	--	---	--

	<p>dokumentation av given ordination ska ske i verksamheten.</p> <ul style="list-style-type: none">-Vilka beståndsdelar som ingår i vårdgivarens läkemedelshantering samt hur läkemedelshantering ska gå till, och vem som ansvarar för vad.-I förekommande fall ansvarsfördelning och hantering av kommunalt läkemedelsförråd.-Tillvägagångssätt när studenter som har verksamhetsförlagd utbildning eller personer som gör praktisk tjänstgöring i syfte att få svensk legitimation som sjuksköterska ska iordningställa, administrera eller överlämna läkemedel till patient.							
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rutin för digital signering skall skickas in	Bedöms utifrån: Ansvarsfördelning tydligt beskrivet, vem skriver in och ut, uppdatering, hantering av delegering i systemet, rutin för driftstopp, rutin för hantering vid in och utskrivning, egenkontroller	Rutin saknas	Rutinen innehåller endast 2 av bedömningskriterierna	rutinen finns och innehåller minst 4 av 6 bedömningskriterier	Rutinen är heltäckande men saknar tydlighet i lärande hos personal och hur patientens egenvårdsförmåga kontrolleras.	Alla delar finns med inklusive lärande hos personal och patienter	Kompletera rutinen enligt bedömningskriterier, saknas väsentliga delar i hur man hanterar in och utskrivning, egenkontroller, tydlig ansvarsfördelning mm.
--	---	--------------	--	---	--	---	--

<p>Beskriv er rutin för egenvård och hur det dokumenteras när hela eller delar av läkemedelshanteringen är bedömd som egenvård.</p>	<p>Rutinen ska minst omfatta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hur egenvårdsföreskriftens olika krav tillgodoses avseende analys av riskerna och vilka som deltar i analysen. - Hur vårdgivaren kommer att säkerställa att personal som ska utföra assisterad egenvård har kännedom och träning i den arbetsuppgift som ska utföras - Hur vårdgivaren säkerställer att egenvården fungerar på ett säkert och ändamålsenligt sätt - Ställningstagande till eventuell signering/dokumentation av genomförd egenvårdsinsats. - Beskrivning av hur egenvården skrivs i journal och kommuniceras till personalen 	<p>Rutin saknas</p>	<p>Rutinen innehåller endast 2 av bedömningskriterierna</p>	<p>rutinen finns och innehåller minst 3 av 5 bedömningskriterier</p>	<p>Rutinen är heltäckande men saknar tydlighet i lärande hos personal och hur patientens egenvårdsförmåga kontrolleras.</p>	<p>Alla delar finns med inklusive lärande hos personal och patienter</p>	<p>Se över rutinen och stäm av mot bedömningskriterier</p>
---	---	---------------------	---	--	---	--	--

Rapport från apotekets senaste uppföljningsbesök Dokument ska laddas upp för rutiner	Rapport finns och bedöms utifrån antal anmärkningar		Finns ingen rapport	Finns med många utvecklingsförslag samt ev många påvisade brister som inte utvecklats sedan förra besöket. Allvarliga brister, Brist som rutiner, Brist på säker knarkhantering	Finns där det framgår att mycket av tidigare upptagna förbättringsåtgärder ännu inte är åtgärade samt en hel del nya förslag.	Finns med endast några gjorda förbättringar och flera förslag till utveckling.	Finns med kommentarer om flera åtgärdade noteringar sedan sist samt inte många förbättringsåtgärder.	Handlingsplan på åtgärder skall lämnas in
--	---	--	---------------------	---	---	--	--	---

6. Riktlinje 5. Rapportering enligt patientsäkerhetslagen

Frågor	Ram för att bedöma frågan	Kritisk verksamhet	Skyndsam åtgärd	åtgärd och handlingsplan	Viss åtgärd inkommande handlingsplan	Viss åtgärd	Ingen åtgärd	Bedömning/kommentarer
--------	---------------------------	--------------------	-----------------	--------------------------	--------------------------------------	-------------	--------------	-----------------------

<p>Beskriv er process för klagomålshanteringen. Förtydligande Beskrivningen ska innehålla allt från hur den som klagat vet vart hen ska vända sig till hur klagomålen besvaras och hanteras</p>	<p>Vilka kontaktvägar och sätt som finns för patienten eller dennes närstående/företrädare att framföra klagomål i den egna verksamheten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vilka kontaktvägar och sätt för patienten eller dennes närstående/företrädare som finns för att framföra klagomål till annan vårdgivare. - Hur klagomål ska besvaras och utredas. - Hur och till vilka svar/återkoppling ska ske efter genomförd utredning. 		<p>beskrivning saknas eller innehåller inga delar som bedöms som relevanta</p>	<p>endast 2-3 punkter finns med</p>	<p>klagomålshandling finns men saknar väsentliga delar som t.ex. analys och utredning, vart de kan vända sig om de inte är nöjda med svaren</p>	<p>Klagomålshandling finns men någon del saknas</p>	<p>Alla punkter finns med som täcker en säker klagomålshandling</p>	<p>Se över rutinen och stäm av mot bedömningskriterier</p>
---	---	--	--	-------------------------------------	---	---	---	--

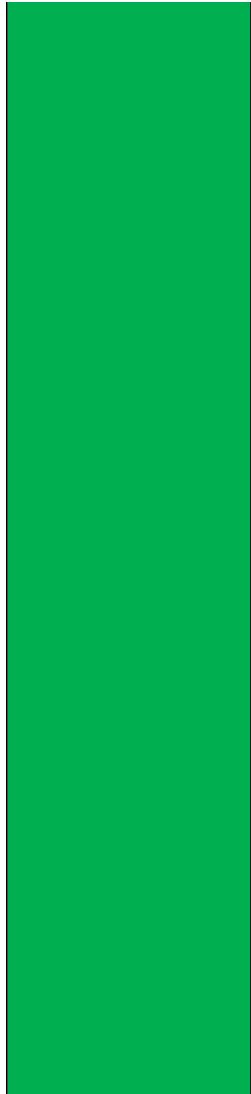
	<p>- Vilka tillvägagångssätt som finns om patienten eller dennes närstående/företrädare inte är nöjd med svaret/återkopplingen eller innehållet i utredningen.</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Bifoga förra årets patientsäkerhetsberättelse Dokument ska laddas upp för rutiner</p>	<p>Bedöms utifrån att den innehåller</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verksamhetens mål med patientsäkerhetsarbetet - Verksamhetens organisation av patientsäkerhetsarbetet - Hur verksamheten arbetar för att identifiera risker i verksamheten - Vilka egenkontroller som har genomförts - vilka har varit de viktigaste lärdomarna utifrån utförda egenkontroller - Viktigaste åtgärder som genomförts utifrån egenkontroller, avvikelser, klagomål - Vilka 		<p>innehåller ingen information som är relevant för patientsäkerhetsarbetet</p>	<p>Innehåller endast 1-2 punkter som är relevanta för patientsäkerhetsarbetet</p>	<p>Innehåller tydlig redogörelse över hur man har arbetat med patientsäkerheten utifrån avvikelser, klagomål och egenkontroller men de flesta övriga punkter saknas tydlighet vilka åtgärder som vidtagits och hur de följs upp,</p>	<p>Innehåller 6-7 punkter som tillsammans ger en tydlig bild över årets patientsäkerhetsarbete</p>	<p>Innehåller tydliga uppgifter om hur man har arbetat med patientsäkerheten i alla steg och vilka problemområden man har fokuserat på</p>	<p>Patientsäkerhetsberättelse för förra året saknas då driften togs över 1/9 så bedömningen är ej aktuell</p>
--	---	--	---	---	--	--	--	---

	<p>utbildningsinsats er som personalen har genomgått i patientsäkerhets arbete - Hur har verksamheten samverkat i den egna verksamheten och med andra vårdgivare för att förebygga vårdskador. - Hur verksamheten har arbetat med informationssä kerhet</p>							
--	---	--	--	--	--	--	--	--

<p>Bifoga rutin som beskriver det systematiskt arbetet med avvikelserapportering, analys och åtgärder för att undvika att avvikelser återupprepas. Dokument ska laddas upp för rutiner</p>	<p>Rutinen ska minst innehålla information</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hur medarbetarna utbildas i avvikelserapportering och patientsäkerhetsarbete 2. Hur medarbetarna rapporterar avvikelser, tillgängligt system, pappersform etc 3. Vem som tar emot avvikelserrapporterna och gör en första bedömning av allvarlighetsgrad och hur man ska undvika återupprepning av avvikelserna 4. Vem som beslutar om och ansvarar för om fördjupad händelseanalys 	<p>Saknar helt struktur för en adekvat avvikelshantering</p>	<p>Saknar viktiga delar om hur avvikelser analyseras, återkopplas och ligger till grund för förändringsarbete.</p>	<p>Innehåller alla väsentliga delar men saknar rutin för fördjupad händelseanalys och systematiskt förbättringsarbete.</p>	<p>Innehåller de flesta delar från avvikelserapportering från rapportering till analys och åtgärder. Saknar några väsentliga delar, t ex återkoppling till rapportör och information till patient.</p>	<p>Innehåller alla delar från en hög medvetenhet hos alla medarbetare om vikten av avvikelserapporteringar till lärande om organisationens brister och ett förbyggande arbete med avvikelserapporterna som grund.</p>
--	--	--	--	--	--	---

	ska genomföras 5. Vem som ansvarar för bedömning om avvikelsen ska anmälas till IVO enligt Lex Maria och som anmäler. 6. Hur återkoppling sker till rapportören 7. Hur patient som drabbats av vårdskada informeras om händelsen 8. I vilka forum, kvalitetsråd eller motsvarande avvikelser analyseras och hur man ska undvika återupprepning av avvikelsen 9. Hur man arbetar med att förändra processer, rutiner och strukturer för att						
--	---	--	--	--	--	--	--



stärka
patientsäkerhet
en utifrån
inkomna
avvikelse-
rapport
er

--	--	--	--	--	--

<p>Förekommer regelbunden samverkan mellan OAS och journalsjuksköterskor kring rutiner, genomgång av avvikelser etc.? Förtydligande Beskriv hur ofta strukturerad samverkan sker och vilka som ska vara närvarande. Samverkan gäller inte enbart den dagliga rapporteringen mellan olika arbetspass.</p>	<p>Bedöms utifrån hur ofta samverkan sker</p>		<p>aldrig</p>	<p>1 gång/år</p>	<p>v.b 2-3 ggr/år</p>	<p>4-6 ggr/år</p>	<p>7-12/ggr år</p>	<p>Det har skett samverkan men inte i någon strukturerad form, rutin för strukturerade samverkansmöten som protokollförs skall tas fram för att säkerställa att alla sjuksköterskor tar del av samma information. Framkommer vid intervju att överrapportering sker olika mellan sjuksköterskorna och att rutin för detta saknas. En inkommen avvikelse visar att journalsjuksköterska inte har haft vetskap om viktiga rutiner.</p>
<p>Hur många avvikelser har inkommit senaste året och hur många av dessa har anmälts till</p>	<p>Bedöms JA eller Nej. Ja = uppskattat normalvärde utifrån gruppstorlek, ca 1 - 1,5</p>							<p>Normalt antal avvikelser i förhållande till förgående årsstatistik, en Lex Maria inskickad till ivo hösten 2022,</p>

IVO enligt lex Maria	avvikelse/ patient, Delvis = under 0,5 - 1 avvikelse/ patient och år. Nej = 0 eller över 1,5 avvikelse/brukare och år.							avskrevs efter handlingsplan som godkänts av ivo, uppföljning sker
I vilket/vilka forum och hur ofta diskuteras avvikelse som endast berör legitimerad personal?	Bedöms utifrån frekvens och att de genomförs strukturerat på möten där berörd leg. personal deltar. Detta bör ske minst 10 ggr år.		aldrig	Diskuteras inte i särskilda möten utan tas somant upp på APT eller liknande möten	Saknas särskild agenda men diskuteras ofta och fortlöpande	Diskuteras i regelbunda möten vid färre tillfällen än 10 ggr/år	diskuteras i regelbundna möten minst 10 ggr/år.	
I vilket/vilka forum och hur ofta diskuteras avvikelse som berör baspersonal och legitimerad personal?	Bedöms utifrån frekvens och att de genomförs strukturerat på möten där berörd leg. personal och baspersonal deltar. Detta bör ske minst 10 ggr år.		aldrig	Diskuteras inte i särskilda möten utan tas somant upp på APT eller liknande möten	Saknas särskild agenda men diskuteras ofta och fortlöpande	Diskuteras i regelbunda möten vid färre tillfällen än 10 ggr/år	diskuteras i regelbundna möten minst 10 ggr/år.	Görs på APT och omvårdnaskonfer enser samt på avvikelseråd

7. Riktlinje 6. Kontakt med läkare eller annan HSL när patientens tillstånd fodrar det.

Frågor	Ram för att bedöma frågan	Kritisk verksamhet	Skyndsamt åtgärd	Åtgärd och handlingsplan	Viss åtgärd i handlingsplan	Viss åtgärd	Ingen åtgärd	Bedömning/kommentar
Beskriv rutin för kontakt med akutsjukvården vid livshotande tillstånd.	Bedöms utifrån att rutinen innehåller information om - Beskrivning av vad som räknas som akuta tillstånd - Vem som beställer ambulans - Vad som ska förberedas inför att ambulansen anländer och vad som ska skickas med i ambulanstransporten - Vilka som ska informeras om det inträffade - Vem som ansvarar för att informera närstående		Finns ingen rutin	Innehåller endast 1-2 punkter i beskrivningen	Innehåller 3-4 punkter i beskrivningen	innehåller 5 punkter i beskrivningen men är innehållet är inte alltid relevant	Innehåller alla fem punkterna i beskrivningen med tydligt och korrekt innehåll	

<p>Bifoga er rutin för HLR. Förtydligande Rutinen ska innehålla information om hur utbildningsbehov bedöms och genomförs samt ansvar för hantering av hjärtstillestånd i verksamheten</p>	<p>Bedöms utifrån att rutinen innehåller information om</p> <ul style="list-style-type: none"> • vårdgivarens ställningstagande kring personalens HLR-kompetens/utbildningsbehov • vårdgivarens ställningstagande till användning av hjärtstartare i verksamheten samt rutiner kring hjärtstartare, om sådan finns i verksamheten, och ska användas av personal • handlingsplan vid hjärtstopp/andningsstopp för patient utan behandlingsbegränsning • handlingsplan vid hjärtstopp/andningsstopp hos personal eller besökare • ansvarsfördelning vid ställningstagande till behandlingsbegränsning • rutin för dokumentation och kommunikation till berörda av ställningstagande till behandlingsbegränsning • plan för kommunikation kring etiska ställningstaganden och individuella bedömningar. 	<p>Finns ingen rutin</p>	<p>Innehåller endast 1-2 punkter i beskrivningen</p>	<p>Innehåller 3-4 punkter i beskrivningen</p>	<p>innehåller 5-6 punkter i beskrivningen men är inte alltid relevant</p>	<p>Innehåller alla 7 punkterna i beskrivningen med tydligt och korrekt innehåll</p>
---	---	--------------------------	--	---	---	---

<p>Bifoga er rutin för kontakt mellan baspersonal och kommunal hälso- och sjukvårdspersonal dygnet runt. Dokument ska laddas upp för rutiner</p>	<p>Bedöms utifrån att rutinen innehåller information om</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vem som ska kontakta vem - Under vilka förutsättningar kontakt ska ske, t.ex. akuta tillstånd, hälsoförändringar etc. - Vad som ska informeras om, och till vem, exempelvis information från läkarbesök, journalsköterska etc. - Hur kontakter och information ska dokumenteras - Hur kontakten ska ske - Vem som bär ansvaret för olika bedömningar och åtgärder - Vem som bär ansvaret för att uppdatera kontaktlistor, telefonnummer etc. 		<p>finns ingen rutin</p>	<p>innehåller endast 1-3 av 9 punkter i beskrivningen</p>	<p>innehåller 4-5 av 9 punkter i beskrivningen</p>	<p>innehåller 6-7 punkter i beskrivningen</p>	<p>innehåller 8-9 punkter i beskrivningen med relevant innehåll för en effektiv kommunikation</p>	<p>Rutinen behöver ses över och kompletteras, saknas delar i rutinen enligt bedömningskriterier. Kommunikation sker på olika sätt på olika avdelningar, säkerställ att alla personal arbetar lika och har en tydlig rutin att följa när och vem man ska kontakta. Vid intervju nämner sjuksköterskor att omvårdnadspersonal ringer ofta med ärenden dom kan hantera själva.</p>
--	--	--	--------------------------	---	--	---	---	---

8. Riktlinje 7. Säker och ändamålsenlig Hälso- och sjukvård.

Frågor	Ram för att bedöma frågan	Kritisk verksamhet	Skyndsam åtgärd	Åtgärd och handlingsplan	Viss åtgärd i handlingsplan	Viss åtgärd	Ingen åtgärd	Bedömning/kommentar
--------	---------------------------	--------------------	-----------------	--------------------------	-----------------------------	-------------	--------------	---------------------

<p>Beskriv er rutin för medicintekniska produkter så att patientsäkerheten säkerställs.</p>	<p>Bedöms utifrån att rutinen innehåller information om</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vilka produktgrupper som ska kunna förskrivas som hjälpmedel • Vilka produktgrupper som är att betrakta som grundutrustning • Beskrivning av ansvarsfördelning i förskrivningsprocessen; bedöma behovet, prova ut, anpassa och välja lämplig specifik produkt, specialanpassad vid behov, informera, instruera och träna samt följa upp och utvärdera funktion och nytta • Hur dokumentation på individnivå respektive verksamhetsnivå för grundutrustning sker • Hur kontakter för service, besiktning och reparation dokumenteras och finns tillgänglig för personalen. • Beskrivning av vilka säkerhetskontroller som ska utföras i samband med att respektive produkt ska användas. 	<p>Ingen beskrivning och ingen rutin</p>	<p>Innehåller endast 1-2 punkter i beskrivningen</p>	<p>Innehåller 3-4 punkter i beskrivningen</p>	<p>innehåller 4-5 punkter i beskrivningen</p>	<p>Innehåller alla 6 punkterna i beskrivningen med tydligt och korrekt innehåll</p>	<p>Rutinen behöver ses över och kompletteras, saknas delar i rutinen enligt bedömningskriterier.</p>
---	--	--	--	---	---	---	--

<p>Beskriv rutin för munhälsobedömningar och daglig skötsel hos de som patienter som är i behov av hjälp med mun- och tandvård</p>	<p>Bedöms utifrån</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beskrivning av hur daglig skötsel och inspektion av munhålan ska ske för de patienter som behöver hjälp med sin mun- och tandvård - Hur dokumentation och vårdplaner ska skrivas och följas upp gällande mun- och tandvård - Vem som kan utfärda tandvårdsstödintyg - Hur samverkan sker med de som på Regionens uppdrag utför munhälsobedömningar avseende såväl munhälsobedömningar som utbildning för personalgrupperna - Rutin som beskriver ansvarsfördelningen är mellan legitimerad personal, tandvården och personal på gruppbostad. 		<p>beskrivning saknas eller innehåller inga delar som bedöms som relevanta</p>	<p>Endast 2-3 punkter i beskrivningen finns med</p>	<p>Beskrivning av hur daglig skötsel och inspektion av munhålan ska ske för de patienter som behöver hjälp samt hur samverkan med Regions uppsökande verksamhet sker finns med.</p>	<p>Beskrivning av hur daglig skötsel och inspektion av munhålan ska ske för de patienter som behöver hjälp samt hur samverkan med Regions uppsökande verksamhet sker finns med samt ytterligare 2-3 punkter.</p>	<p>Alla punkter i beskrivningen finns med på ett adekvat och korrekt sätt</p>
--	--	--	--	---	---	--	---

<p>Beskriv er rutin för rehabilitering/habilitering</p>	<p>Bedöms utifrån att rutinen innehåller information om</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur samverkan ska ske med andra berörda aktörer • Hur ansvarsfördelning mellan arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast ser ut • Hur vårdgivaren säkerställer att samtliga patienter får en arbetsterapeutisk respektive fysioterapeutisk bedömning och adekvata åtgärder när behov föreligger av arbetsterapi eller fysioterapi • Vårdgivarens definitioner av vad som är att betrakta som vardagsrehabilitering/vardagsrehabilitering respektive rehabilitering/habilitering ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv • Hur träningsprogram, ordinationer etc. ska komma patienten tillgodo • Vilka arbetsuppgifter som arbetsterapeut respektive fysioterapeut kan/bör delegera. 		<p>beskrivning saknas eller innehåller inga delar som bedöms som relevanta</p>	<p>Endast 2-3 punkter i beskrivningen finns med</p>	<p>hur vårdgivaren säkerställer att alla patienter som är i behov av rehabinsatser får en professionell bedömning och adekvata åtgärder, finns med samt ytterligare 2-3 punkter i beskrivningen</p>	<p>hur vårdgivaren säkerställer att alla patienter som är i behov av rehabinsatser får en professionell bedömning och adekvata åtgärder, finns med samt ytterligare 4-5 punkter i beskrivningen</p>	<p>Alla punkter i beskrivningen finns med på ett adekvat och korrekt sätt</p>	<p>Rutinen behöver uppdateras då den hänvisar till gamla riktlinjer, se över rutinen och komplettera enligt bedömningskriterier.</p>
---	---	--	--	---	---	---	---	--

<p>Beskriv hur ni arbetat för att förhindra smittspridning av covid19 och andra smittsamma sjukdomar enligt smittskyddslagen. Ange minst 3 smittsamma sjukdomar utöver covid19 som kan vara akutella i era verksamheter ska rapporteras enligt smittskyddslagen. Förtydligande: Beskriv hur ni håller er uppdaterade och hur ni samverkar med baspersonalen och enhetschefer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rutiner för smittskyddsarbete hämtas från vårdgivarguiden/smittskydd stockholm - Aktuella rutiner följs upp på APT, avdelningsmöten - Beskrivning av var och hur personalen görs uppmärksamma på vad som gäller just idag - Tid avsätts för utbildning och genomgång av hur skyddsutrustning och smittförande avfall ska hanteras - På vilket sätt ny personal och personal som varit frånvarande snabbt informeras om vilka rutiner som gäller - Man ska känna utöver covid19 känna till Calici, ESBL, MRSA, VRE och Legionella. Det finns fler handlingsprogram med dessa bedöms som de vanligaste i kommunal vård. 		<p>Saknas helt rutiner som är adekvata för att förhindra smittspridning</p>	<p>Väsentliga delar saknas, te x reglebunden uppdatering och tydliga vägar för hur alla får vetskap om vad som gäller just idag.</p>	<p>4 av punkterna finns med. Krävs dock att man vet att vårdhygien har aktuella rutiner och handlingsprogram</p>	<p>5 punkter finns med. Krävs dock att man vet att vårdhygien har aktuella rutiner och handlingsprogram</p>	<p>Alla punkter är med. Det finns stor kunskap om vikten av att minimera risken för smittspridning och när man ska anmäla enligt smittskyddslagen.</p>	
---	--	--	---	--	--	---	--	--

<p>Beskriv hur ni säkerställer att alla på enheten följer basala hygienrutiner och att enheten har en god hygienisk standard.</p>	<p>Bedöms utifrån:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hur man säkerställer att alla har fått kunskap om basala hygienrutiner - Hur verksamheten arbetar för att underlätta för följsamheten till rutinerna, t ex handfat och handsprit, handskar och plastförkläden tillgängliga inför alla vårdmoment - Rutiner för handhavande av arbetskläder, inte blanda arbetskläder och brukarnas tvätt, rutin för byte vid varje arbetspass samt när de blir nersmutsade <p>Genomförda egenkontroller, analyserade och åtgärdade. Egenkontroller minst en gång per år</p> <ul style="list-style-type: none"> - Egenkontroller, checklista för chef och arbetsledning vårdhygienisk egenkontroll - Egenkontroll självskattnig av följsamhet till basala hygienrutiner - Egenkontroll observation om förutsättning för basala hygienrutiner - Egenkontroll observation om följsamhet till basala hygienrutiner 		<p>Saknas helt rutiner som är adekvata förföljsamhet till basala hygienrutiner</p>	<p>Man genomför endast en av egenkontrollerna/å r.Endast en av övriga punkter är uppfyllda.</p>	<p>Man genomför 2-3 av egenkontrollerna minst 1 gång/år. Det finns endast svar på en ytterligare punkt</p>	<p>Man genomför 3-4 av egenkontrollerna minst 1/g per år. Man uppfyller två av övriga punkter</p>	<p>Alla pnkter är uppflyllda och man visar har man arbetar systematiskt med att hålla en god hygienisk standard</p>	
---	---	--	--	---	--	---	---	--

<p>Beskriv hur tillgängliga och evidensbaserade kunskapsstöd implementeras i verksamheten. Hur ser man i dokumentationen att man har tagit evidensbaserade beslut på åtgärder och utvärderingar.</p>	<p>Bedöms utifrån</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hur man tar till vara erfarna kollegors erfarenheter - Hur man tar tillvara patientens och närståendes erfarenheter - Vilka kunskapsstöd som verksamheten regelbundet använder, t ex Nationella kunskapsstöd SoS, Vårdguiden- vårdhandboken- vårdhygienska rutiner – Demenssjukdom riktlinjer för vård och omsorg – FASS, kunskapsguiden etc - Hur man tillsammans utvecklar tillgänglig kunskap, olika forum för professionellt kunskaps- och erfarenhetsutbyte - Hur man använder sig av evidensbaserade bedömnings- och utvärderingsinstrument inför planering av vårdåtgärder. - Att man i journalen återfinner evidensbaserade vårdåtgärder utifrån socialstyrelsens KVÅ och klassificeringar ICF (tvingande för verksamheter inom kommunal egen regi våren 2022)) 		<p>Saknas helt strategier för att arbeta evidensbaserat och att dra nytta av ny erfarenhet och kunskap saknas</p>	<p>Saknas i stora drag förståelse eller strategier för detta, endast ett område nämns.</p>	<p>Man beskriver kortfattat och ej ingående, endast 2-3 punkter nämns</p>	<p>Det en hög medvetenhet om evidensens betydelse och beskriver 4-5 punkter på ett adekvat sätt.</p>	<p>Versksamheten strävar efter att hitta nya evidensbaserade arbetsätt och har god kännedom var och hur man finner ny kunskap</p>	<p>Saknar beskrivning för hur man arbetar evidensbaserat på utförlig nivå, nämns at tman arbetar med riskbedömningar men inte så mycket mer, leg personal svarade inte heller utförligt. Behov finns av att tydliggöra vikten av att arbeta evidensbaserat och ständigt hålla sig uppdaterad, här finns förbättringsområden och medvetenheten kan förstärkas. Se bedömningskriterier.</p>
--	--	--	---	--	---	--	---	---

<p>Beskriv kortfattad rutin för samverkan med dietist och hur ni arbetar förebyggande med risk för undernäring och övervikt.</p>	<p>Bedöms utifrån nedanstående</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hantering av samtycken och hur de dokumenteras - Patientens och ev närståendes delaktighet - Ansvarsfördelning sjuksköterska, arbetsterapeut och dietist - Rutin som beskriver hur riskbedömningar för undernäring och övervikt genomförs och dokumenteras - Tydlig rutin för när dietist ska kontaktas vid risk för undernäring respektive övervikt - Dokumentation, hur dokumenteras planerade och vidtagna åtgärder och de följs upp. 		<p>beskrivning saknas eller innehåller inga delar som bedöms som relevanta</p>	<p>Endast 2-3 punkter i beskrivningen finns med</p>	<p>Rutin för hur riskbedömningar för undernäring och övervikt genomförs och dokumenteras och när dietist ska kontaktas finns med.</p>	<p>Rutin för hur riskbedömningar för undernäring och övervikt genomförs och dokumenteras och när dietist ska kontaktas samt ytterligare 4-5 punkter finns med.</p>	<p>Alla punkter i beskrivningen finns med på ett adekvat och korrekt sätt</p>
--	--	--	--	---	---	--	---

<p>Beskriv rutinen för förskrivning av inkontinenshjälp medel.</p>	<p>Bedöms utifrån att rutinen innehåller information om</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hur individuell bedömning av förmåga att kontrollera och tömma tarm och urinblåsa ska göras - Hur vårdgivaren säkerställer att patienten får korrekt diagnos för sina inkontinensproblem - Hur dokumentation och upprättande av vårdplaner vid inkontinensproblem ska göras - Hur och av vem förskrivning och individuell utprovning av inkontinensskydd ska göras - Hur och när uppföljning och utvärdering av förskrivna produkter och dokumenterade vårdplaner ska ske - Hur skötsel och hantering av kvarvarande urinkateter, KAD ska kvalitetssäkras 		<p>beskrivning saknas eller innehåller inga delar som bedöms som relevanta</p>	<p>Endast 2-3 punkter i beskrivningen finns med</p>	<p>Beskrivning av hur och av vem som förskrivning och individuell utprovning av inkontinensskydd ska göras finns med.</p>	<p>Beskrivning av hur och av vem som förskrivning och individuell utprovning av inkontinensskydd ska göras samt ytterligare 2-3 punkter i beskrivningen finns med.</p>	<p>Alla punkter i beskrivningen finns med på ett adekvat och korrekt sätt</p>	<p>Rutinen behöver uppdateras och kompletteras då den saknar några punkter enl bedömningskriterierna och hänvisar till gamla riktlinjer.</p>
--	--	--	--	---	---	--	---	--

<p>Bifoga rutin för skyddsåtgärder och hur ni säkerställer att användandet av skyddsåtgärder minimeras. Dokument ska laddas upp för rutiner</p>	<p>Rutinen ska minst omfatta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur vårdgivaren arbetar med att aktivt förebygga och minimera användning av skydds- och begränsningsåtgärder • Hur riskbedömningar görs och värderas • Hur samtycke hanteras och tolkas • Hur beslutsprocessen kring eventuella skyddsåtgärder ser ut. • Hur eventuella skyddsåtgärder dokumenteras • Hur egenkontroll, uppföljning och utvärdering av vidtagna skyddsåtgärder utförs • Beskrivning hur vårdgivaren arbetar med följande utmaningar <ul style="list-style-type: none"> - personalens kunskap och kompetens - information till, och samverkan med anhöriga och närstående. • Hur arbetet med en lokal handlingsplan utformas så att det går att följa hur olika yrkesrollers ansvar fördelas och hur olika samverkande 		<p>Dest saknas helt rutiner för skyddsåtgärder</p>	<p>endast 2-3 av de 8 punkterna är uppfyllda</p>	<p>minst 4-5 av de 8 punkterna är uppfyllda</p>	<p>minst 6-7 av de 8 punkterna är uppfyllda</p>	<p>Alla 8 punkter är beskrivna på ett adekvat och korrekt sätt.</p>	<p>Se över rutinen enl beskrivningen, säkerställ att ni arbetar i team kring skyddsåtgärder.</p>
---	--	--	--	--	---	---	---	--

	vårdgivares ansvar samordnas och prioriteras.							
--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Vilka riskbedömningar genomförs regelbundet och vilka mätinstrument används systematiskt för att förhindra skador och sjukdomar. Hur ofta genomförs dessa. Bifoga gärna rutin. Förtydligande Riskbedömningar kan t ex gälla Downton förhindra fall, Norton för att förebygga trycksador etc.</p>	<p>Bedöms utifrån antal typer av riskbedömningar som genomförs enligt Senior Alert: Fall: Downton Fall Risk Index (DFRI) eller SKRs patientsäkerhet - fall Trycksår: Modifierad Norton skala (Mod Norton) eller Risk Assessment Pressure Ulcer Sore (RAPS) Undernäring: Mini Nutritional Assessment (MNA) eller SKRs patientsäkerhet - nutrition Munhälsa: Revised Oral Assessment Guide (ROAG)</p>		<p>Inga riskbedömningar genomförs</p>	<p>Riskbedömningar utförs men dokumenteras inte i journal</p>	<p>Riskbedömningar genomförs inom samtliga 4 områden, men de är inte kompletta och utförs inte alltid regelbundet</p>	<p>Riskbedömningar genomförs i stort sett helt korrekt, några smärre detaljer saknas</p>	<p>Riskbedömningar genomförs alltid minst 14 dagar efter inflytt och därefter minst 1 gång/år och validerade mätinstrument används-</p>	<p>Finns förbättringsutrymme för frekvens på uppföljning av åtgärder</p>
<p>Vilket eller vilka kvalitetsregister registrerar ni i?</p>	<p>Bedöms JA, Nej, delvis. Enligt avtal ska SÄBO för äldre registrera i Senior Alert, Palliativregistret, Svedem och BPSD</p>							<p>Alla system används och registreringar har skett, dock uppfylls ej målnivåer i systemen förutom Senior Alert.</p>

<p>Finns rutin för palliativ vård?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hur vårdgivaren arbetar med kvalitetsregistret Svenska Palliativregistret, samt hur resultat från detta kopplas till det arbete som bedrivs på enheten. • Hur vårdgivaren arbetar med följande. • Vårdplan/dokumentation och informationsöverföring. • Lindring av svåra symtom som till exempel smärta, illamående och oro. • Teamarbete, ansvarsfördelning och samverkan mellan sjukvård och socialtjänst. • Kontakt och stöd till närstående. • Personalens kunskap och kompetens gällande palliativ vård. • Transport och förvaring av avliden. 	<p>beskrivning saknas eller innehåller inga delar som bedöms som relevanta</p>	<p>Endast 2-3 punkter i beskrivningen finns med</p>	<p>hur vårdgivaren säkerställer att alla patienter som är i behov av palliativ vård får en professionell bedömning och adekvata åtgärder finns med samt ytterligare 2-3 punkter i beskrivningen</p>	<p>hur vårdgivaren säkerställer att alla patienter som är i behov av palliativ vård får en professionell bedömning och adekvata åtgärder, finns med samt ytterligare 5-6 punkter i beskrivningen</p>	<p>Alla punkter i beskrivningen finns med på ett adekvat och korrekt sätt</p>	<p>Se över rutinen och stäm av mot bedömningskriterier</p>
--	--	--	---	---	--	---	--

Socialförvaltningen
Angelica Holmström
E-strateg

Utvärdering projekt Digitaliseringsombud

Förslag till beslut

Informationen noteras till protokollet.

Ärendebeskrivning

För att bättre möta de demografiska utmaningar som äldreomsorgen står inför behöver äldreomsorgen utvecklas genom att ta tillvara potentialen i att använda tekniska lösningar så som välfärdsteknik och utrustning för digitala arbetssätt. Som ett led i detta arbete har projekt digitaliseringsombud initierats inom hemtjänst egen regi i syfte att snabba på den digitala utvecklingen och öka den digitala kompetensen. Målet med Projekt Digitaliseringsombud (DigO) är att stärka hemtjänstpersonalens kompetens inom digitalisering och välfärdsteknik för att kunna främja nya arbetssätt och öka användandet av välfärdsteknik och andra IT-lösningar. Projektet har initialt pågått från 1 november 2021 till 31 december 2022. Tre personer inom hemtjänsten egen regi har fått lägga 10% av sin arbetstid som digitaliseringsombud under projektets gång. Projektet har kostat cirka 195 000kr och finansierats av statsbidrag. Kostnaden översteg budgeterad kostnad med cirka 25 000kr och berodde främst på lönerevision under året.

Under projekttiden har digitaliseringsombuden fått utbildning i digitalisering och välfärdsteknik samt haft ett stort fokus på att öka den digitala kompetensen hos både kollegor, brukare samt stadens seniorer. Under eMedborgarveckan genomfördes 3st IT-handledning på olika öar, dock med väldigt få deltagare. Utifrån behovsinventering samt ny marknadsföringsstrategi genomfördes ytterligare en IT-handledning för seniorer på Kanonen i december, vilket var väldigt uppskattat och cirka 25 seniorer deltog. Majoriteten efterfrågade fler tillfällen kontinuerligt på Kanonen.

Digitaliseringsombuden har även praktiskt arbetat med att effektivisera inköpsprocessen genom att erbjuda enskilda utbildningstillfälle för brukare med inköp i syfte att inspirera brukarna att mer självständigt kunna hantera sina digitala inköp. Totalt har cirka 60 brukare inköp genom hemtjänst egen regi, cirka 8 brukare behöver i dagsläget enbart enklare vägledning/granskning för att kunna hantera sina inköp självständigt. Det finns fortfarande minst ca 10 brukare som förväntas kunna bli mer självständiga gällande inköp ifall de får individuell utbildning och coachning i detta.

Digitaliseringsombuden själva har varit väldigt positiva över projektet. Att få möjlighet att delta i projektet har varit en ögonöppnare över att man med små och enkla medel kan generera betydelsefulla

resultat för våra brukare och hemtjänstens verksamhet. Digitaliseringsombuden har sett vad mer de kan göra i verksamheten för att öka självständighet och delaktighet och uppskattat möjligheten att få utrymme att diskutera och arbeta vidare med dessa frågor. Mycket av digitaliseringsarbetet sprids mellan de äldre och behöver finnas en långsiktighet och kontinuitet i arbetet för att kunna få mer resultat. Digitaliseringsombuden anser själva att det praktiska arbetet just påbörjats och att intresset hos både brukare och seniorer är stort för fortsatt arbete.

Arbetet med att effektivisera och digitalisera hemtjänstens processer med ett nära verksamhetsstöd av personer som de äldre redan har en etablerad relation med behöver fortgå. Den självständigheten som digitala inköp kan generera behöver efter pandemin återinföras genom att hemtjänstens personal avsätter tid till individuell utbildning för de individer som har förutsättningarna att klara av inköpen mer självständigt. Som ett led i förvaltningens arbete med digital inkludering (se ärende SN 2021:102.730) finns även ett behov av kontinuerlig IT-handledning för seniorer på Kanonen. Digitaliseringsombuden har numera både kompetens samt vanan att leda sådana handledningar och detta behöver socialförvaltningen fortsatt ta tillvara på.

Behovet kvarstår dock från förvaltningens sida att upprätta en struktur för kontinuerliga behovsundersökningar gällande digitalisering och införande av välfärdsteknik. Det är viktigt för dessa utvecklingsområden att ha med ett användarperspektiv, både gällande brukarnas behov och kompetens, men också ur personalens perspektiv och det kan digitaliseringsombuden bidra med.

Utifrån detta kommer projekt digitaliseringsombud förlängas i 6 månader, för att säkerställa att projektets mål och delmål uppnås för att arbetet med digital kompetens, IT-handledning samt behovsinventeringar kan fortgå. Projektets förlängning beräknas kosta cirka 80 000 kr och kommer fortsatt finansieras av statsbidrag.

Barnrättsperspektivet/Prövning av barnets bästa

Föreslaget beslut bedöms inte få några konsekvenser för barn.

Jämställdhetsperspektivet

Föreslaget beslut bedöms inte få några konsekvenser/effekter ur ett jämställdhetsperspektiv.

Finansiering

Kostnaden för att förlänga projektet ytterligare 6 månader beräknas bli cirka 80 000kr. Projektet finansieras i första hand av statsbidrag.

Handlingar i ärendet

Tjänsteutlåtande *Utvärdering projekt digitaliseringsombud*, 2023-01-30, Angelica Holmström

Utvärdering projekt digitaliseringsombud, 2023-01-18, Angelica Holmström



**VAXHOLMS
STAD**

Utvärdering projekt Digitaliseringsombud

Hemtjänsten egen regi

Angelica Holmström
2023-01-18

Bakgrund

För att bättre möta de demografiska utmaningar som äldreomsorgen står inför behöver äldreomsorgen utvecklas genom att ta tillvara potentialen i att använda tekniska lösningar så som välfärdsteknik och utrustning för digitala arbetssätt. Den stora utmaningen för oss i offentlig verksamhet är inte tekniken i sig utan att skapa goda förutsättningar för nya beteenden och arbetssätt i våra verksamheter, med stöd av tekniken. Eftersom digitalisering handlar om förändring av beteenden behöver vi flytta fokus från teknik till vilka förutsättningar som krävs för att förändra beteenden. För att komma vidare i digitaliseringsarbetet krävs således inte enbart implementeringen av ny teknik, utan större fokus på förändringsledning samt inspirera våra medarbetare till att våga tänka nytt. Tre av våra egna mål i förvaltningens handlingsplan för digitalisering är dessutom:

- Verksamheterna har personer med utpekad ansvar att stötta och fortbilda medarbetarna i användningen av IT-stöd
- Förvaltningen har en strategi/handlingsplan för kompetenssäkring gällande digitala lösningar och nya arbetssätt för att kunna stötta och uppmuntra användning av välfärdsteknik och andra IT-lösningar
- Verksamheten arbetar med att ge brukare kompetens att använda digitala lösningar

Ett flertal regioner och kommuner har redan infört digitaliseringsombud inom sina utförarverksamheter i syfte att snabba på den digitala utvecklingen och öka den digitala kompetensen hos sina medarbetare, vilket även socialförvaltningen ämnar göra genom införande av projekt Digitaliseringsombud (DigO) inom Hemtjänst egen regi.

Projektbeskrivning

Målet med Projekt Digitaliseringsombud (DigO) är att stärka hemtjänstpersonalens kompetens inom digitalisering och välfärdsteknik för att kunna främja nya arbetssätt och öka användandet av välfärdsteknik och andra IT-lösningar. Projektet har pågått från 1 november 2021 till 31 december 2022. Tre personer inom hemtjänsten egen regi har fått lägga 10% av sin arbetstid som digitaliseringsombud under projektets gång. Projektledare är E-strateg inom socialförvaltningen och projektets styrgrupp består av avdelningschef samt enhetschef för hemtjänst egen regi. Projektet har finansierats av stadsbidrag och beräknades kosta 170 000kr.

Arbetsbeskrivning för DigO:

- Får extra kunskap och utbildning inom digitalisering och välfärdsteknik
- Ambassadörer – inspirera och fånga upp behov hos personal och brukare och förmedla vidare till projektledare
- Hjälpa till extra vid nyanställningar med våra digitala produkter/program
- Vara behjälpliga vid implementering av nya digitala produkter eller välfärdsteknik
- Genomföra behovsundersökningar (hos både personal och brukare) kring framtida behov av välfärdstekniklösningar

- Hålla ex. inspirationsföreläsningar och enklare utbildningstillfällen om digitalisering för seniorer
- Öka den digitala kompetensen hos brukare med inköp, så att fler utför inköp självständigt

Projektplanen beslutades vara ett levande dokument där innehåll och aktiviteter kunde förändras under projektet gång utifrån kontinuerliga behovsinventeringar, men med projektets målbeskrivning i fokus. Initialt delades planerade aktiviteter in i tre delprojekt:

Delprojekt 1 – Utbildning gällande digitalisering/välfärdsteknik

- Sammanställa utbildningsmaterial för personalgruppen gällande digitalisering/välfärdsteknik
- Genomföra utbildningar för personalgruppen gällande digitalisering/välfärdsteknik

Delprojekt 2 – ökad digital kompetens hos stadens seniorer

- Effektivisera processen för inköp med fokus på brukarens delaktighet och självständighet
- Öka den digitala kompetensen hos brukare med inköp, så att fler utför inköp självständigt
- Genomföra enklare utbildningstillfällen om digitalisering för seniorer på kanonen

Delprojekt 3 – Behovsundersökningar kring framtida behov av välfärdstekniklösningar

- Struktur för kontinuerliga undersökningar gällande digitalisering /välfärdsteknik för målgrupperna: Anställda inom socialförvaltningen, Brukare, Seniorer/medborgare
- Genomförande, sammanställning samt analysering av undersökningarna

Utvärdering av projektet

Utbildning gällande digitalisering/välfärdsteknik

Under projektets första halvår var fokus på att öka personalens kompetens kring digitalisering och välfärdsteknik. Digitaliseringsombuden fick en utbildningsplan som bestod av både e-utbildningar, egen inläsning, diskussionsfrågor, seminarium och konferensdeltagande. Avstämningar med e-strateg genomfördes månadsvis för att genom inlämningsuppgifter och diskussioner säkerställa ökad kompetens. Därefter fick digitaliseringsombuden i uppdrag att själva sätta ihop utbildningsmaterial för att kunna genomföra utbildningar för sina kollegor. Detta moment skulle genomförts innan sommaren, men på grund av hög personalfrånvaro inom hemtjänsten egen regi denna period senarelades detta moment till hösten.

Ökad digital kompetens hos stadens seniorer

Under hösten påbörjades även delprojekt 2 med fokus på att öka den generella digitala kompetensen hos stadens seniorer. För detta utfördes specifika utbildningstillfällen/inspirationstillfällen för att digitaliseringsombuden skulle känna sig trygga i att hålla digitala träffar för seniorer. Detta prövades sedan under eMedborgarveckan där 3st IT-handledning genomfördes på olika öar, dock med väldigt få deltagare. Utifrån behovsinventering samt ny marknadsföringsstrategi genomfördes ytterligare en IT-handledning för seniorer på Kanonen i december, vilket var väldigt uppskattat. Vid detta tillfälle deltog ca 25-30 personer och

majoriteten efterfrågade fler kontinuerliga träffar på Kanonen. Behoven var väldigt spridda och gällde både telefon, surfplatta och mobil och behovet av hjälp gällde ex ladda ner appar, skaffa e-mail, e-handel, facetime, hantering av bilder etc.

Digitala inköp

Under senhösten arbetade digitaliseringsombuden även praktiskt med att effektivisera inköpsprocessen genom att erbjuda enskilda utbildningstillfälle för brukare med inköp i syfte att inspirera brukarna att själva kunna hantera sina digitala inköp (delprojekt 2). Intresset för enskilda utbildningstillfällen har varit större än vad vi initialt hade räknat med, samt att antalet utbildningstillfällena per individ också har behövt bli flera för att skapa en känsla av trygghet att klara av inköpen mer självständigt.

Totalt har cirka 60 brukare inköp genom hemtjänst egen regi. Cirka 8 brukare behöver i dagsläget enbart enklare vägledning/granskning för att kunna hantera sina inköp självständigt. Det finns fortfarande ca 10 brukare som förväntas kunna bli mer självständiga gällande inköp ifall de får individuell utbildning och coachning i detta. En lämplig genomsnittlig utbildningstid har konstaterat vara 1tim/vecka i cirka 4 veckor. Det har initialt funnits en rädsla hos brukarna att göra fel, men de som har fått individuellt stöd har sedan upplevt glädjen i att klara av att göra en beställning själv och den självständigheten som detta ger. Flera av brukarna har också känt sig inspirerade till att testa andra typer an digitala inköp själva, exempelvis apoteksinköp.

Behovsundersökningar

Delprojekt 3 har ej genomförts enligt ursprunglig plan. I stället har digitaliseringsombuden kontinuerligt haft samtal med brukare och seniorer och kartlagt deras behov, vilket resulterat i större fokus på praktiskt arbete med seniorer/brukares digital kompetens istället för att arbeta med strukturerade undersökningar.

Digitaliseringsombuden tankar kring projektet

Att få möjlighet att delta i projektet har varit en ögonöppnare över att man med små och enkla medel kan generera betydelsefulla resultat för våra brukare och vår verksamhet.

Digitaliseringsombuden har sett vad mer de kan göra i verksamheten för att öka självständighet och delaktighet och uppskattat möjligheten att få utrymme att diskutera och arbeta vidare med dessa frågor.

De upplever att det är en process att komma vidare i digitaliseringsfrågan, man behöver starta igång i små skalor och acceptera att det inte ger stora resultat på en gång utan att det kommer allt eftersom arbetet fortgår. Mycket av digitaliseringsarbetet sprids mellan de äldre och behöver finnas en långsiktighet och kontinuitet i arbetet för att kunna få ökade resultat.

Digitaliseringsombuden upplevde dock att utbildningsplanen kunde ha komprimerats, för det viktiga har varit att prata, analysera och inspirera varandra samt att praktiskt arbeta med frågan tillsammans med brukarna, vilket blir en lärdom till kommande projekt.

Överlag anser digitaliseringsombuden att det praktiska arbetet just påbörjats och att intresset hos både brukare och seniorer är stort för fortsatt arbete.

Resurser

Kostnaderna för projektet blev cirka 195 000kr. Kostnaden för projektet översteg således budgeterad kostnad med 25 000kr och berodde på att digitaliseringsombudens reella lön var något högre än schablonlönen på hemtjänsten samt lönerevisionen som genomfördes i april 2022. Utöver detta tillkom kostnader för fika etc. i samband med IT-handledningarna.

Digitaliseringsombuden upplevde själva att det skulle varit mer effektivt att avsätta mer koncentrerad tid (ex en heldag) för att arbeta i projektet istället för lite timmar här och där, vilket var projektets utgångspunkt för att verksamhetens schemaläggning skulle komma i första hand och ingen budget avsattes för att kunna ta in timvikarier.

Förslag på fortsatt arbete

Arbetet med att effektivisera och digitalisera hemtjänstens processer med ett nära verksamhetsstöd av personer som de äldre redan har en etablerad relation med behöver fortgå. Den självständigheten som digitala inköp kan generera, vilket var huvudmålet men införandet av digitala inköp från start, behöver efter pandemin återinföras genom att hemtjänstens personal avsätter tid till individuell utbildning för de individer som har förutsättningarna att klara av inköpen mer självständigt. Hemtjänsten behöver även kunna motivera och inspirera de brukare som själva kanske upplever att de saknar förutsättningar att klara av detta, att våga testa att beställa själv under individuell handledning.

Som ett led i förvaltningens arbete med digital inkludering (se ärende SN 2021:102.730) finns även ett behov av kontinuerlig generell IT-handledning i grupp för seniorer på Kanonen. Digitaliseringsombuden har numera både kompetens samt vanan att leda sådana handledningar och detta behöver förvaltningen fortsatt ta tillvara på.

Behovet kvarstår även från förvaltningens sida att upprätta en struktur för kontinuerliga behovsundersökningar gällande digitalisering och införande av välfärdsteknik. Det är viktigt för dessa utvecklingsområden att ha med ett användarperspektiv, både gällande brukarnas behov och kompetens, men också ur personalens perspektiv. Digitaliseringsombuden kan med fördel medverka i detta arbete för att säkerställa användarvänliga metoder.

Socialförvaltningens behov är således att under våren fortsätta projektet, med fortsatt finansiering av statsbidrag. För 6 månaders förlängning beräknas kostnaden bli cirka 80 000kr. Projektet bedöms inte kunna förlängas längre än till 30 juni i dagsläget, då det är svårt under semesterperioden att schemalägga in denna extra tid. I oktober kommer sedan en ny lagförändring träda i kraft som påverkar schemaläggningen och resultatet av detta är ännu inte känt. Till oktober bör arbetet med digitala inköp samt struktur för behovsundersökningar vara slutfört varav dessa arbetsuppgifter blir en del av ordinarie verksamhet.

Gällande IT-handledning bör en ny behovsinventering och utvärdering genomföras till hösten som underlag för det fortsatta arbetet. Detta kommer inkluderas i förvaltningens handlingsplan för digitalisering som en aktivitet för att öka digital inkludering.



Fokus för projektet VT 2023:

- Införa kontinuerliga IT-handledningar på Kanonen under våren
- Fastställa och dokumentera en utbildningsprogram/upplägg för brukarna gällande digitala inköp via Mathem
- Fortsätta genomföra individuell utbildning för de brukare som bedöms självständigt kunna klara av digitala inköp
- Se över möjlighet att utöka digitala inköp att även inkludera apoteksärenden
- Se över möjligheten att digitalisera beställningsprocessen för matlådor
- Bidra vid framtagandet av en struktur för kontinuerliga undersökningar gällande digitalisering /välfärdsteknik för målgrupperna: Anställda inom socialförvaltningen, Brukare, Seniorer/medborgare

Socialförvaltningen
Angelica Holmström
E-strateg

Utvärdering digital inkludering

Förslag till beslut

Informationen noteras till protokollet.

Sammanfattning

Socialnämnden har som mål att tillvarata digitaliseringens möjligheter för att öka självständighet, delaktighet och verksamheternas kvalitet. Som en grund för att socialförvaltningen ska kunna arbeta vidare med digitaliseringens möjligheter krävs digital kompetens hos våra medborgare för att kunna vara delaktiga och självständiga i dagens allt mer digitaliserade samhälle. För att kunna öka digital inkludering behövs aktiviteter på flera olika nivåer för att säkerställa att Staden bidrar till att våra medborgare både motiveras, ges tillgång till digitala verktyg samt får möjlighet att främja sina digitala färdigheter.

Utifrån det uppskattade projektet *Mer digital* som genomfördes i Vaxholms stad under våren 2020 uppmärksammades ett fortsatt behov av digitalt stöd för seniorer i utvärderingen av projektet. Socialförvaltningen fick i uppdrag av socialnämnden i november 2021 att utreda olika möjligheter till en fortsättning av arbetet med att minska det digitala utanförskapet. Socialnämnden beslutade sedan under våren 2022 att införa ett flertal aktiviteter, med möjlighet till förlängning under 2023, i syfte att öka digital inkludering. Aktiviteterna har finansierats av statsbidrag och utvärderas nedan.

Gällande stöd till privata utförare och föreningar har nuvarande struktur inte gett någon effekt, då inga ansökningar inkommit gällande vare sig digitaliseringsbidrag eller ekonomiskt stöd för uppstart av SeniorNet-förening. Förvaltningen kommer istället för nuvarande struktur, fortsatt ha dialoger kring behov och önskemål kring stöd för fortsatt arbete med digitalisering med privata aktörer, KPFR samt civilsamhället.

Under året har ett närmare samarbete med Vaxholms stadsbibliotek påbörjats i syfte att fånga upp medborgarnas behov samt kunna inventera gemensamma verksamhetsbehov, bland annat medverkan i eMedborgarveckan. Samverkan kommer fortgå, och likaså arbetet med att kontinuerligt uppdatera och utveckla lämpliga informationskampanjer kring digitalisering. Socialförvaltningen har som målsättning att delta i eMedborgarveckan 2023 med ändamålsenliga aktiviteter.

Sedan juni 2022 har digital fixartjänst införts och nästan hälften av antalet utförda fixartjänster sedan dess handlade om digitala tjänster, vilket indikerar ett behov från målgruppen. Utifrån detta samt att den upphandlade tiden/kostnaderna med leverantören ej har överstigits trots inkludering av digitalt stöd, kommer digitalt stöd inkluderas som en ordinarie del i stadens fixartjänst för seniorer under 2023. Genom att kunna erbjuda en servicefunktion i hemmet som seniorer kan vända sig till med tekniska problem ökar seniorernas möjligheter att kunna delta i det digitala samhällslivet. Detta är även ett bra komplement till de generella IT-handledningarna i grupp som kommer fortgå under våren, som en del av projekt Digitaliseringsombud. Till hösten 2023 behöver dock en behovsinventering och utvärdering genomföras som underlag för det fortsatta arbetet med IT-handledning. Detta kommer inkluderas i förvaltningens handlingsplan för digitalisering som en aktivitet för att öka digital inkludering.

Sedan 2022 är digital inkludering ett målområde i Socialförvaltningens handlingsplan för digitalisering. Fortsatt arbete med frågan samt uppföljning av resultat och effekter kommer således kontinuerligt ske, både genom punktinsatser samt mer omfattande projekt. En avgörande punkt för vilka mer omfattande projekt och initiativ som sker inom området beror på vilka statsbidrag samt dess ändamål som tillfaller socialförvaltningen kommande år.

Socialförvaltningen ser dock ett fortsatt behov av att lyfta frågan gällande digital inkludering till en kommungemensam fråga. Många olika målgrupper kan ha behov av digitalt stöd på olika nivåer för att kunna delta i det allt mer digitala samhällslivet. I takt med att kommunen arbetar fram fler digitala tjänster behöver också perspektivet med digital inkludering säkerställas hos alla förvaltningar, annars riskerar Vaxholms stads medborgare ett digitalt utanförskap med begränsade möjligheter att ta del av kommunens service och tjänster.

Bakgrund

Utifrån det uppskattade projektet *Mer digital* som genomfördes i Vaxholms stad under våren 2020 uppmärksammades ett fortsatt behov av digitalt stöd för seniorer i utvärderingen av projektet. Socialförvaltningen fick i uppdrag av socialnämnden i november 2021 att utreda olika möjligheter till en fortsättning av arbetet med att minska det digitala utanförskapet. Socialnämnden beslutade sedan under våren 2022 att införa ett flertal aktiviteter i syfte att öka digital inkludering, varav aktiviteterna skulle utvärderas efter årsskiftet 2022/2023.

Tidigare utredning *Digital inkludering - med fokus på digitalt utanförskap hos Vaxholms stads seniorer*, visar på ett behov av digitalt stöd riktad mot seniorer på en för dem välkänd arena, träffpunkt Kanonen. Där kan både aktiviteter för att öka motivation och färdigheter äga rum samt ge möjlighet till kontinuerligt praktiskt stöd i användandet av digitala verktyg. Alla har dock inte möjlighet att ta sig till Kanonen, samt att det finns behov av en servicefunktion i hemmet som seniorer kan vända sig till med tekniska problem. Gällande personer med olika funktionsvariationer behöver insatser för digital inkludering genomföras av resp. utförare som bör inkludera digitalisering och digital kompetens i genomförandeplan. Utförare bör även ges möjlighet att utöka sina aktiviteter för digital inkludering genom ex. tillgång till projektmedel. Trots att seniorer verkar vara en överrepresenterad målgrupp för digitalt utanförskap så visar ex. StorSthlms förstudie att digitalt utanförskap drabbar flera målgrupper, bland annat nyanlända och personer som är långtidsarbetslösa. Ett långsiktigt arbete med digital inkludering kan således inte enbart rikta in sig mot seniorer. Staden behöver säkerställa att tillgång till

digitala verktyg finns samt möjlighet för alla medborgare att kunna få stöd och hjälp i att öka sin digitala kompetens. Detta arbete lämpar sig bättre på Vaxholms stadsbibliotek, där IT-handledning redan erbjuds idag och där mer fokus kan läggas på dessa målgrupper ifall seniorer istället kan få stöd och hjälp på Kanonen

Ärendebeskrivning

Socialnämnden har som mål att tillvarata digitaliseringens möjligheter för att öka självständighet, delaktighet och verksamheternas kvalitet. Som en grund för att socialförvaltningen ska kunna arbeta vidare med digitaliseringens möjligheter krävs digital kompetens hos våra medborgare för att kunna vara delaktiga och självständiga i dagens allt mer digitaliserade samhälle. För att kunna öka digital inkludering behövs aktiviteter på flera olika nivåer för att säkerställa att Staden bidrar till att våra medborgare både motiveras, ges tillgång till digitala verktyg samt får möjlighet att främja sina digitala färdigheter. Socialförvaltningen har redan pågående samt planerade aktiviteter som bidrar till digital inkludering som ligger inom ramen för ord. verksamhet och budget. Exempel på detta är informationskampanjer, revidering av riktlinjer, kompetenshöjande insatser via digitaliseringsombud inom hemtjänst egen regi etc.

Socialförvaltningen har under 2022 genomfört ytterligare ett flertal aktiviteter gällande digital inkludering, bland annat:

- Utformat en struktur för privata utförare och föreningar att ansöka om digitaliseringsbidrag hos socialförvaltningen
- Erbjudit ekonomiskt stöd till uppstart av en lokal SeniorNet-förening
- Inhandlat surfplattor till ett flertal olika verksamheter
- Utökat fixartjänst till att även inkludera tekniskt stöd i hemmet för seniorer över 67år
- Erbjudit ett flertal IT-handledningstillfällen för både medborgare och seniorer

Aktivitetserna har finansierats av stadsbidrag. Socialnämnden har även beslutat att insatserna kan komma att förlängas för 2023 ifall stadsbidrag för ändamålet även tillfaller Vaxholms stad nästa år samt ifall behoven kvarstår.

Utvärdering av insatserna

Digitaliseringsbidrag och SeniorNet-förening: Inga ansökningar har inkommit gällande digitaliseringsbidrag från varken privata utförare eller föreningar. Bidraget har kommunicerats ut genom hemsidan, mail till relevanta privata utförare samt delgetts KPFR vid två tillfällen. Ingen förening har kontaktat socialförvaltningen för att få stöd i uppstart av en SeniorNet-förening.

Samverkan med Vaxholms stadsbibliotek: Under året har ett närmare samarbete med Vaxholms stadsbibliotek påbörjats i syfte att fånga upp medborgarnas behov samt kunna inventera gemensamma verksamhetsbehov mellan Socialförvaltningen och stadsbiblioteket, bland annat inför eMedborgarveckan. Stadsbiblioteket köpte själva in surfplattor, vilket har ökat medborgares möjlighet till tillgång till digitala verktyg.

Digital Fixartjänst: Sedan juni 2022 har digital fixartjänst införts på prov. Nästan hälften av antalet utförda fixartjänster sedan dess handlade om digitala tjänster, vilket indikerar ett behov från målgruppen. Vi ser även en större ökning under december månad, vilket kan indikera att fler och fler

seniorer numera känner till digital fixartjänst. Kostnaden för den digitala fixartjänsten uppgår till cirka 17 500kr. Ett klagomål har inkommit under året gällande digital fixartjänst. Klagomålet gällde konkurrensutsättningen mellan lokala företag samt kommunen, utifrån att tjänsten är kostnadsfri. Upphandling har dock skett i enlighet med LOU (lagen om offentlig upphandling).

Digitaliseringsombud och IT-handledning: Projekt digitaliseringsombud kommer förlängas under våren 2023 och inkluderar även kontinuerliga IT-handledningsträffar för seniorer på Kanonen. IT-handledningen som erbjudits på öarna under året har inte haft effekt, då inga medborgare närvarat. Till hösten 2023 behöver intresset och behovet av fortsatta IT-handledning utvärderas på nytt.

Övrigt: Arbetet med att uppdatera riktlinjer, rutiner och arbetssätt är ett kontinuerligt arbete och där det digitala perspektivet behöver ses som en naturlig del i verksamheternas utveckling. Detta arbete sker redan i dag och kommer fortgå. Vaxholms stadsbibliotek har på sin hemsida uppdaterat med enkla självhjälpsguider för att öka medborgares digitala kunskaper. Socialförvaltningen har även beställt broschyrer med tips och självhjälpsguider som finns att tillgå på ett flertal platser i kommunen. Surfplattor har inhandlats till Kanonen och boendestöd för att kunna underlätta IT-handledning samt andra forum där digital kompetens förstärks. En översyn har även gjorts av annan digital utrustning på Kanonen som kan behövas för att öka digital kompetens.

Framtida arbete med digital inkludering

Varken ansökan om digitaliseringsbidrag eller önskemål om uppstartsförmåner till en SeniorNet-förening har inkommit under 2022, vilket genererar att förvaltningen inte kommer administrera detta vidare genom den framtagna strukturen. Under 2023 kommer inte heller statsbidrag för digitalisering att utannonseras. Önskemål och diskussioner kring stöd för fortsatt arbete med digitalisering kommer dock fortgå med privata aktörer på samverkansmöten samt med KPFR. Civilsamhällets involvering för att kunna öka digital kompetens kommer utredas vidare.

Samverkan med Vaxholms stadsbibliotek kommer fortgå, och likaså arbetet med att kontinuerligt uppdatera och utveckla lämpliga informationskampanjer kring digitalisering. Socialförvaltningen har som målsättning att delta i eMedborgarveckan 2023 med ändamålsenliga aktiviteter. Även arbetet med riktlinjer, rutiner och arbetssätt pågår som en del av socialförvaltningens kontinuerliga kvalitetsarbete.

Då digital fixartjänst har varit en uppskattad tjänst, samt att den upphandlade tiden och kostnaderna med leverantören ej har överstigits trots inkludering av digitalt stöd, kommer digitalt stöd inkluderas som en ordinarie del i stadens fixartjänst för seniorer under 2023. Genom att kunna erbjuda en servicefunktion i hemmet som seniorer kan vända sig till med tekniska problem ökar seniorernas möjligheter att kunna delta i det digitala samhällslivet. Detta är även ett bra komplement till de generella IT-handledningarna i grupp som kommer fortgå under våren, som en del av projekt Digitaliseringsombud. Till hösten 2023 behöver dock en behovsinventering och utvärdering genomföras som underlag för det fortsatta arbetet med IT-handledning. Detta kommer inkluderas i förvaltningens handlingsplan för digitalisering som en aktivitet för att öka digital inkludering.

Sedan 2022 är digital inkludering ett målområde i Socialförvaltningens handlingsplan för digitalisering. Fortsatt arbete med frågan samt uppföljning av resultat och effekter kommer således kontinuerligt ske genom både kortare punktinsatser samt mer omfattande projekt. En avgörande punkt för vilka mer

omfattande projekt och initiativ som sker inom området beror på vilka statsbidrag samt dess ändamål som tillfaller socialförvaltningen kommande år.

Socialförvaltningen ser dock ett fortsatt behov av att lyfta frågan gällande digital inkludering till en kommungemensam fråga. Många olika målgrupper kan ha behov av digitalt stöd på olika nivåer för att kunna delta i det allt mer digitala samhällslivet. I takt med att kommunen arbetar fram fler digitala tjänster behöver också perspektivet med digital inkludering säkerställas hos alla förvaltningar, annars riskerar Vaxholms stads medborgare ett digitalt utanförskap med begränsade möjligheter att ta del av kommunens service och tjänster.

Barnrättsperspektivet/Prövning av barnets bästa

Föreslaget beslut bedöms inte få några konsekvenser för barn.

Jämställdhetsperspektivet

Utifrån att olika typer av insatser föreslås införas på olika arenor ökar förutsättningarna för att medborgare ges mer jämlika möjligheter för att kunna minska sitt digitala utanförskap. Föreslaget beslut bedöms inte få andra effekter ur ett jämställdhetsperspektiv.

Måluppfyllelse

Socialnämnden har som mål att tillvarata digitaliseringens möjligheter för att öka självständighet, delaktighet och verksamheternas kvalitet. Som en grund för att socialförvaltningen ska kunna arbeta vidare med digitaliseringens möjligheter krävs digital kompetens hos våra medborgare för att kunna vara delaktiga och självständiga i dagens allt mer digitaliserade samhälle. Att arbeta med digital inkludering är således en förutsättning för att socialnämnden ska kunna uppnå sitt digitaliseringsmål.

Finansiering

Finansiering sker inom ram.

Handlingar i ärendet

Tjänsteutlåtande *Utvärdering digital inkludering*, 2023-01-31, Angelica Holmström

Utvärdering digital inkludering, 2022-11-15, Angelica Holmström



**VAXHOLMS
STAD**

Utvärdering digital inkludering

Angelica Holmström
2022-11-15

Bakgrund

Utifrån det uppskattade projektet *Mer digital* som genomfördes i Vaxholms stad under våren 2020 uppmärksammades ett fortsatt behov av digitalt stöd för seniorer i utvärderingen av projektet.

Regeringens digitaliseringsstrategi, som innebär att Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter, ställer förväntningar på att alla medborgare ska vara förtrogna med digitala verktyg och tjänster samt ha förmåga att följa med och delta i den digitala utvecklingen utifrån sina förutsättningar. Alla är dock inte förtrogna med detta eller har förmågan att delta vilket leder till att ju större andel av befolkningen som ökar sin digitala kompetens, desto större blir även exkluderingen för de individer som inte hänger med. Var femte pensionär använder inte internet alls idag, och bland de äldsta har inte ens hälften använt sig av samhällets olika e-tjänster. Av de som är födda på 1920- och 30-talet använder 4 av 10 inte internet alls och drygt 3 av 10 anser sig själva behöva digital hjälp.

Men även andra målgrupper än pensionärer befinner sig i ett digitalt utanförskap, StorSthlm:s förstudie visar att även bland annat nyanlända, långtidsarbetslösa och individer med funktionsvariationer och psykisk ohälsa riskerar att hamna i digitalt utanförskap. Förstudien visar även att bristande motivation/självförtroende, tillgång till digitala verktyg och brister i digitala kunskaper/färdigheter i kombination med låg socioekonomisk status bidrar till digitalt utanförskap. Digital delaktighet är således en fråga för socialtjänsten – eftersom det påverkar människors levnadsförhållanden, ekonomisk och social trygghet samt delaktighet i samhället.

Det finns många goda exempel på insatser för att öka digital delaktighet ute i landet, som både innefattar individuell assistans, fortbildning, kompetensutveckling samt tillgänglighetsgörande av digital teknik och information. Exempel på detta är IT-guider på bibliotek/träffpunkter, Digidelcenter, studiecirkel, välfärdsbibliotek m.m.

Behovsinventeringen i Vaxholms stad visar på ett behov av digitalt stöd riktad mot seniorer på en för dem välkänd arena, träffpunkt Kanonen. Där kan både aktiviteter för att öka motivation och färdigheter äga rum samt ge möjlighet till kontinuerligt praktiskt stöd i användandet av digitala verktyg. Alla har dock inte möjlighet att ta sig till Kanonen, samt att det finns behov av en servicefunktion i hemmet som seniorer kan vända sig till med tekniska problem. Gällande personer med olika funktionsvariationer behöver insatser för digital inkludering genomföras av resp. utförare som bör inkludera digitalisering och digital kompetens i genomförandeplan. Utförare bör även ges möjlighet att utöka sina aktiviteter för digital inkludering genom ex. tillgång till projektmedel. Trots att seniorer verkar vara en överrepresenterad målgrupp för digitalt utanförskap så visar ex. StorSthlms förstudie att digitalt utanförskap drabbar flera målgrupper, bland annat nyanlända och personer som är långtidsarbetslösa. Ett långsiktigt arbete med digital inkludering kan således inte enbart riktas in sig mot seniorer. Staden behöver säkerställa att tillgång till digitala verktyg finns samt möjlighet för alla medborgare att kunna få stöd och hjälp i att öka sin digitala kompetens. Detta arbete lämpar sig bättre på Vaxholms stadsbibliotek, där IT-handledning redan erbjuds idag och där mer fokus kan läggas på dessa målgrupper ifall seniorer istället kan få stöd och hjälp på Kanonen.

För att kunna öka digital inkludering behövs aktiviteter på flera olika nivåer för att säkerställa att Staden bidrar till att våra medborgare både motiveras, ges tillgång till digitala verktyg samt får

möjlighet att främja sina digitala färdigheter. Socialförvaltningen har redan pågående samt planerade aktiviteter som bidrar till digital inkludering som ligger inom ramen för ordinarie verksamhet och budget. Exempel på detta är informationskampanjer, revidering av riktlinjer, kompetenshöjande insatser via digitaliseringsombud inom hemtjänst etc. Ytterligare aktivitetsförslag i syftet att öka digital inkludering har införts under 2022:

- Utformat struktur för privata utförare och föreningar att ansöka om digitaliseringsbidrag hos socialförvaltningen
- Erbjudit ekonomiskt stöd till uppstart av en lokal SeniorNet-förening
- Inhandlat surfplattor till olika verksamheter
- Utökat fixartjänst till att även inkludera tekniskt stöd i hemmet för seniorer över 67
- Erbjudit IT-handledning på Kanonen samt utvalda öar för att förbättra tillgängligheten för IT-handledning

Dessa aktiviteter har finansierats av stadsbidrag. Socialnämnden har även beslutat att insatserna kan komma att förlängas för 2023 ifall stadsbidrag för ändamålet även tillfaller Vaxholms stad nästa år samt ifall behoven kvarstår.

Utvärdering av insatser

Digitaliseringsbidrag

Inga ansökningar har inkommit gällande digitaliseringsbidrag från varken privata utförare eller föreningar. Bidraget har kommunicerats ut genom hemsidan, mail till relevanta privata utförare samt delgetts KPFR vid två tillfällen.

SeniorNet-förening

Ingen förening har kontaktat socialförvaltningen för att få stöd i uppstart av en SeniorNet-förening. En senior har varit i kontakt med E-strateg med önskemål om att vara medlem i en SeniorNet-förening. Seniorens var dock inte själv intresserad av att starta upp en förening utan hänvisades istället till IT-handledning eller Fixartjänstens utbud för enskilt stöd.

Samverkan med Vaxholms stadsbibliotek

Under året har ett närmare samarbete med Vaxholms stadsbibliotek påbörjats i syfte att fånga upp medborgarnas behov samt kunna inventera gemensamma verksamhetsbehov mellan Socialförvaltningen och stadsbiblioteket, bland annat inför eMedborgarveckan. Biblioteket köpte själva in surfplattor, vilket har ökat medborgares möjlighet till tillgång till digitala verktyg.

Fixartjänst

Sedan juni 2022 har digital fixartjänst införts på prov. Nästan hälften av antalet utförda fixartjänster sedan dess handlade om digitala tjänster, vilket indikerar ett behov från målgruppen. Vi ser även en större ökning under december månad, vilket kan indikera att fler och fler seniorer numera känner till digital fixartjänst och väljer att utnyttja tjänsten. Kostnaden för den digitala fixartjänsten uppgår till cirka 17 500kr.

**Fixartjänst i
Vaxholm år 2022**

Månad	Analoga		Digitala	
	Tim	Antal	Tim	Antal
Jan				
Feb	10	16		
Mar	6	8		
Apr	8,5	13		
Maj	7,5	16		
Jun	7	11	4,5	5
Jul	4,5	8	5	5
Aug	5,5	10	6	8
Sep	8	15	2,5	3
Okt	16	25	4	5
Nov	12,5	20	6	7
Dec	12,5	16	13,5	14
Summa	98	158	41,5	47

Ett klagomål har inkommit under året gällande digital fixartjänst. Klagomålet gällde konkurrensutsättningen mellan lokala företag samt kommunen, utifrån att tjänsten är kostnadsfri. Upphandling av fixartjänst har dock gjorts utifrån LOU, och lokala företag har möjlighet att lämna anbud vid nästa upphandling.

Digitaliseringsombud och IT-handledning

Projekt digitaliseringsombud kommer förlängas under våren 2023 och inkluderar även kontinuerliga IT-handledningsträffar för seniorer på Kanonen. IT-handledningen som erbjudits på öarna under året har inte haft effekt, då inga medborgare närvarat. Till hösten 2023 behöver intresset och behovet av fortsatta IT-handledningar på Kanonen utvärderas på nytt.

För mer detaljerad information, se utvärdering av projekt Digitaliseringsombud i ärende SN 2022/30.730.

Övrigt

Riktlinjer, rutiner och arbetsätt

Arbetet med att uppdatera riktlinjer, rutiner och arbetsätt är ett kontinuerligt arbete och där det digitala perspektivet behöver ses som en naturlig del i verksamheternas utveckling. Detta arbete sker redan i dag och kommer fortgå.

Informationskampanjer

Vaxholms stadsbibliotek har på sin hemsida uppdaterat med enkla självhjälpsguider för att öka medborgares digitala kunskaper. Socialförvaltningen har även beställt broschyrer med tips, självhjälpsguider samt kontaktuppgifter som finns att tillgå i kommunhuset, på Vaxholms stadsbibliotek samt Kanonen.

Digital utrustning

Surfplattor har inhandlats till Kanonen och boendestöd för att kunna underlätta IT-handledning samt andra forum där digital kompetens förstärks. En översyn har även gjorts av annan digital utrustning på Kanonen som kan behövas för att öka digital kompetens.

Förslag på fortsatt arbete

Då varken digitaliseringsbidrag eller önskemål om uppstartsfrämjanden till en SeniorNet-förening inkommit till förvaltningen under året, ser förvaltningen inget behov av att administrera detta vidare genom den framtagna strukturen. Det riktade statsbidraget för digitalisering har också meddelats ej kommer fortgå för 2023. Önskemål och diskussioner kring stöd för fortsatt arbete med digitalisering kommer dock fortgå med privata aktörer på samverkansmöten samt med KPFR. Civilsamhällets involvering för att kunna öka digital kompetens kommer utredas vidare.

Samverkan med Vaxholms stadsbibliotek kommer fortgå, och likaså arbetet med att kontinuerligt uppdatera och utveckla lämpliga informationskampanjer kring digitalisering. Socialförvaltningen har som målsättning att delta i eMedborgarveckan 2023 med ändamålsenliga aktiviteter. Även arbetet med riktlinjer, rutiner och arbetsätt pågår som en del av socialförvaltningens kontinuerliga kvalitetsarbete.

Då digital fixartjänst har varit en uppskattad tjänst, samt att den upphandlade tiden och kostnaderna med leverantören ej har överstigit trots inkludering av digitalt stöd, kommer digitalt stöd inkluderas som en ordinarie del i stadens fixartjänst för seniorer under 2023. Genom att kunna erbjuda en servicefunktion i hemmet som seniorer kan vända sig till med tekniska problem ökas seniorernas möjligheter att kunna delta i det digitala samhällslivet. Detta är även ett bra komplement till de generella IT-handledningarna i grupp som kommer fortgå under våren, som en del av projekt Digitaliseringsombud. Till hösten 2023 behöver dock en behovsinventering och utvärdering genomföras som underlag för det fortsatta arbetet med IT-handledning. Detta kommer inkluderas i förvaltningens handlingsplan för digitalisering som en aktivitet för att öka digital inkludering.

Sedan 2022 är digital inkludering ett målområde i Socialförvaltningens handlingsplan för digitalisering. Fortsatt arbete med frågan kommer således ske, genom både kortare punktsatser samt mer omfattande projekt. En avgörande punkt för vilka mer omfattande projekt och initiativ som sker inom området beror på vilka statsbidrag samt dess ändamål som tillfaller socialförvaltningen kommande år.

Socialförvaltningen ser också fortsatt behov av att lyfta frågan gällande digital inkludering till en kommungemensam fråga. Många olika målgrupper kan ha behov av digitalt stöd på olika nivåer för att kunna delta i det allt mer digitala samhällslivet. I takt med att kommunen arbetar fram fler digitala tjänster behöver också perspektivet med digital inkludering säkerställas hos alla förvaltningar, annars riskerar Vaxholms stads medborgare ett digitalt utanförskap med begränsade möjligheter att ta del av kommunens service och tjänster.



Kommunledningskontoret
Beata Rosvall
Dataskyddsombud/Nämndsekreterare

Dataskyddsombud årsrapport 2022

Förslag till beslut

Informationen noteras till protokollet.

Ärendebeskrivning

Dataskyddsförordningen¹, förkortad GDPR, gäller i hela EU och trädde i kraft 2018. Förordningen har som syfte att skydda enskildas grundläggande rättigheter och friheter, särskilt deras rätt till skydd av personuppgifter. Förordningen ställer krav på att myndigheter och organisationer som hanterar personuppgifter anpassar sina verksamheter för att leva upp till förordningens krav.

Kommunfullmäktige fattade 16 november 2020 beslut om att policy och riktlinje för dataskydd i Vaxholms stad. Riktlinjer för dataskydd och hantering av personuppgifter i Vaxholms stad föreskriver att dataskyddsombud årligen ska redovisa för de personuppgiftsansvariga nämnderna det arbete som verksamheten gör gällande efterlevnaden av dataskyddsförordningen, nationell dataskyddslagstiftning och lokala styrdokument.

I årsrapport för 2022 informerar dataskyddsombud om personuppgiftsincidenter, utbildningsåtgärder och deltagande vid ledningsgruppsmöten, granskningar och övriga iakttagelser.

Barnrättsperspektivet/Prövning av barnets bästa

Föreslaget beslut bedöms inte få några konsekvenser för barn.

Jämställdhetsperspektivet

Föreslaget beslut bedöms inte få några konsekvenser/effekter ur ett jämställdhetsperspektiv.

Handlingar i ärendet

Dataskyddsombud årsrapport 2022, tjänsteutlåtande 2023-01-31

Dataskyddsombud årsrapport 2022.

¹ Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning).



**VAXHOLMS
STAD**

Tjänsteutlåtande

2023-01-31

Änr SN 2023/11.000

2 av 2

Kopia på beslutet till:

För kännedom: Ann-Sophie Holgersson, sf



VAXHOLMS
STAD

Dataskyddsbud årsrapport 2022

Socialnämnden

Beata Rosvall
2023-01-31



Innehåll

Inledning	3
Årsrapport 2022	3
Dataskyddsbudets roll	3
Utbildningsåtgärder	4
Ledningsgruppsmöten	4
Dataskyddsbudets granskningar	4
Personuppgiftsincidenter.....	5
Övriga iakttagelser	6

Inledning

Dataskyddsförordningen¹, förkortad GDPR, gäller i hela EU och trädde i kraft 2018. Förordningen har som syfte att skydda enskildas grundläggande rättigheter och friheter, särskilt deras rätt till skydd av personuppgifter. Förordningen ställer krav på att myndigheter och organisationer som hanterar personuppgifter anpassar sina verksamheter för att leva upp till förordningens krav.

Kommunfullmäktige fattade 16 november 2020 beslut om policy och riktlinje för dataskydd i Vaxholms stad. Riktlinjer för dataskydd och hantering av personuppgifter i Vaxholms stad föreskriver att dataskyddsombud årligen ska redovisa för de personuppgiftsansvariga nämnderna det arbete som verksamheten gör gällande efterlevnaden av dataskyddsförordningen, nationell dataskyddslagstiftning och lokala styrdokument.

I riktlinjen framgår att dataskyddsombud ska rapportera om följande punkter:

- Vilka interna och externa utbildningsåtgärder som förvaltningen genomfört på området.
- Vid vilka ledningsgruppsmöten som dataskyddsombudet har beretts tillfälle närvara vid för att avlägga rapport över förvaltningens hantering av personuppgifter.
- Dataskyddsombudets granskningar
- Personuppgiftsincidenter.
- Övriga iakttagelser.

Denna rapport behandlar punkterna enligt ovan, med ett inledande stycke kring dataskyddsombudets roll. Årsrapporten avser endast socialnämnden.

Årsrapport 2022

Dataskyddsombudets roll

I samband med att förordningen trädde i kraft skapades en ny roll, dataskyddsombud.

Dataskyddsombudets uppgifter framgår av artikel 39 dataskyddsförordningen och innebär bland annat att övervaka att dataskyddsförordningen följs inom organisationen genom att till exempel utföra kontroller, bistå med rådgivning och informationsinsatser.

¹ Europaparlaments och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG.

Rollen är oberoende och granskande. Dataskyddsombudet har inget eget ansvar för att organisationen följer dataskyddsförordningen. Det ansvaret ligger alltid hos den personuppgiftsansvariga². Dataskyddsombudet får inte motta instruktioner för hur arbetet ska utföras, eller bli utsatt för bestraffning eller repressalier för att ha utfört sina arbetsuppgifter.

Dataskyddsombudet är även kontaktperson för de registrerade³, personal inom organisationen samt Integritetsskyddsmyndigheten (vid myndighetens eventuella inspektion eller tillsyn av verksamheten).

Utbildningsåtgärder

Dataskyddsombudet håller utbildningar varje halvår för nya medarbetare och nya chefer i samband med stadens övergripande introduktion. Utöver introduktionsutbildningarna som hålls kommungemensamt erbjuds möjligheten att boka in dataskyddsombud för interna utbildningsåtgärder anpassat för respektive verksamhet. Under 2022 har även utbildningar skett webbaserat via verktyget Draftit e-Learning.

Ledningsgruppsmöten

Under 2022 har dataskyddsombudet haft kontakt med främst administrativ chef men även kommunchef i samband med granskningar.

Dataskyddsombudets granskningar

Dataskyddsombudet genomför granskningar löpande under året. I normalfall ska fyra granskningar ske per år, men mot bakgrund av ändring av utsett dataskyddsombud för nämnden skedde enbart tre granskningar under 2022. Granskningsfrågorna väljs utifrån de aktuella utmatningarna i verksamheten, Integritetsskyddsmyndighetens tillsynsplan och förändringar i gällande rätt. Granskningarna sker samtidigt för förvaltningarnas verksamheter med tanken att skapa synergieffekter och mervärde. Deltagande i granskningarna är frivilliga och riktas till enhetschefer eller de med liknande roller. Grundsytet med granskningarna är att klarlägga regelefterlevnad på området men det är även viktigt att granskningarna sker med respekt för verksamhetens behov och samtidigt syftar till att skapa en höjning av kunskapen inom området.

Under 2022 genomfördes det tre granskningar, en självutvärdering, en granskning av sociala medier samt granskning av samtycke och publicering. Självutvärderingen är återkommande från tidigare år och belyser flera av de nyheter eller större arbetsmoment som infördes i samband med förordningen. Granskningen innebär en möjlighet för respektive deltagare att se vilka moment som

² Personuppgiftsansvarig är den organisation som bestämmer för vilka ändamål personuppgifterna ska behandlas och hur behandlingen ska gå till. Nämnderna är personuppgiftsansvariga för de behandlingar som sker inom respektive förvaltningsverksamhet.

³ En registrerad är den som en personuppgift avser, det vill säga handlar om.

återstår, tilldela ansvar och följa upp föregående års självvärdering. Självvärderingen hade högt deltagande. Medvetenheten om vilka arbetsmoment som kvarstår har även ökat.

Dataskyddsombudet återkopplade med anpassade rekommendationer till respektive enhet efter inskickade utvärderingar. Genomgående fick verksamheten svar på de moment där man har svarat delvis eller nej. En önskan och behov av vidare utbildning framgick även från granskningen.

Den andra granskningen gällde användande av sociala medier. Många enheter fick omfattande rekommendationer som ett resultat av granskningen. Dessa rekommendationer rörde främst vidareutbildning av ansvariga för social media samt upprättande av skriftliga rutiner för dess användningen för att navigera de svåra dataskyddsfrågeställningar som uppstår vid användningen av sådana plattformar. Det saknas en kommunövergripande rutin eller annat styrdokument kring användningen av sociala medier. Sådana rutiner finns i begränsade fall enbart på enhetsnivå vilket leder till stora skillnader i användningen av sociala medier. Dataskyddsombudet lämnade som rekommendation att det upprättas kommunövergripande styrdokument gällande användningen av sociala medier och liknande plattformar samt att det vid behov även inrättas enhetsspecifika styrdokument för användningen av sociala medier.

Den tredje granskningen avsåg att kontrollera hur samtycke inhämtas och när samt vilka enheter som använder samtycke som grund när det gäller behandlingar som sedan publicerar personuppgifterna. Dataskyddsombudet kontrollerade även de blanketter och rutiner som finns kring samtycke inom enheterna och kommunen.

Många enheter fick ett flertal mindre men även några omfattande rekommendationer som ett resultat av granskningen. Dessa rekommendationer rörde främst användningen av samtycke när annan rättslig grund är tillämplig, kompetenshöjande åtgärder, publiceringskanal samt att bristande eller inaktuell information lämnats till de registrerade.

Av granskningen har det även framkommit ett stort behov av vidareutbildning och kompetenshöjande insatser för medarbetare som i det dagliga arbetet sysslar med samtycke. Vidare rekommenderade dataskyddsombudet att en inventering och uppdatering av blanketter genomförs för de behandlingar där samtycke används som grund för behandling och för publicering.

Personuppgiftsincidenter

Dokumentation av incidenter sker i diarietätningssystemet Evolution. Socialnämnden har under 2022 haft åtta incidenter. Fyra av dessa incidenter har anmälts till tillsynsmyndigheten. IMY har avslutat samtliga inskickade ärenden.

Antalet incidenter som har rapporterats är i linje med föregående år (fem incidenter 2021, nio incidenter 2020, elva incidenter 2019). Det är av stor vikt att incidenter rapporteras och registreras, då dataskyddsförordningen ställer krav på dokumentation och transparens. Dataskyddsombudet

planerar att genomföra kunskapshöjande åtgärder för nämndens verksamheter avseende personuppgiftsincidenter och rekommenderar förvaltningen att fortsatt arbeta för att upptäcka och rapportera incidenter.

Rutin och process för hantering av personuppgiftsincidenter är etablerad och finns tillgänglig på förvaltningens intranät. Förvaltningen följer fastställd rutin vid upptäckt incident, dokumenterar alla incidenter och anmäler vid behov till tillsynsmyndigheten inom 72 timmar från det att incidenten upptäckts. Övriga incidenter dokumenteras, men utan att skickas in till tillsynsmyndigheten. Under 2022 har en e-tjänst för personuppgiftsincidenter skapats för att underlätta hanteringen samt ge dataskyddssamordnare en tydligare roll i åtgärdande och anmälan av incidenter. Vidare är delegeringsordningar uppdaterade med anledning av anmälan av incidenter till tillsynsmyndigheten.

Övriga iakttagelser

Coronapandemin har inneburit att en del arbetsmoment har skjutits upp eller förlängts men också att annat än planerat dataskyddsarbete har prioriterats. Nya utmaningar har uppkommit kring digital säker kommunikation på distans och kring möjligheten att använda olika molnbaserade tjänster.

Slutligen noterar dataskyddsombudet att vissa områden fortfarande kräver vidare arbete, både på övergripande nivå för kommunens verksamheter men även på enhetsnivå. Arbetet med förordningen kan vara tidskrävande och komplicerat men behövs tas i beaktning även i det dagliga arbetet för att säkerställa efterlevnad.



Kommunledningskontoret
Beata Rosvall
Dataskyddsombud/Nämndsekreterare

Val KPFR 2023

Förslag till beslut

Socialnämnden utser en representant från oppositionen till KPFR för perioden 2023-01-01-2023-12-31.

Socialnämnden utser även ordförandens samt oppositionens representants ersättare för samma period.

Sammanfattning

KPFR är ett rådgivande organ i beredningen av ärenden som rör seniorer och personer med funktionsnedsättning. Rådet lämnar förslag och deltar i beredningen av ärenden i syfte att ge en allsidig belysning av de frågor som remitteras till rådet. Ordförande för rådet är socialnämndens ordförande.

Stadens representanter ska utses enligt nedan:

- Socialnämnden, två representanter (ordföranden) samt en representant från oppositionen
- Nämnden för teknik, fritid och kultur, en representant

Varje ordinarie deltagare rekommenderas ha en (1) ersättare. Denne utses av respektive organisation/nämnd. Ersättare närvarar endast vid ordinarie representants frånvaro. Deltagarna företräder sina organisationer och dess medlemmar.

Barnrättsperspektivet/Prövning av barnets bästa

Föreslaget beslut bedöms inte få några konsekvenser för barn.

Jämställdhetsperspektivet

Föreslaget beslut bedöms inte få några konsekvenser/effekter ur ett jämställdhetsperspektiv.

Handlingar i ärendet

Val KPFR 2023, Tjänsteutlåtande, 2023-01-31

Kopia på beslutet till:

För åtgärd: Annika Kjellberg, sf



Kommunledningskontoret
Beata Rosvall
Dataskyddsombud/nämndsekreterare

Kontaktpolitiker 2023

Förslag till beslut

1. Kontaktpolitiker fastställs för respektive verksamhetsområde för 2023.
2. Återrapportering av verksamhetsbesök ska ske vid förutbestämda nämndsammanträden.
3. Personen som står först i respektive grupp ska vara sammankallande inför studiebesöken.

Sammanfattning

Socialnämnden beslutade 2011-08-30 att införa kontaktpolitiker för socialförvaltningens verksamhetsområden. Socialnämnden utser årligen nya kontaktpolitiker.

En kontaktpolitikers uppgift är att:

- planera besök tillsammans, oavsett politisk färg,
- besöka verksamheterna en gång per år,
- informera sig om verksamheternas innehåll
- återkoppla till nämnden.

För att samtliga ledamöter och ersättare ska ha möjlighet att besöka så många verksamheter som möjligt har uppdraget som kontaktpolitiker roterat i förbestämda grupper. Förvaltningen föreslår nämnden att besluta om nya grupper för respektive verksamhetsområde 2023 enligt följande:

- **Individ- och familjeomsorg samt myndighetsutövning**
Socialjouren - återrapportering 25 april.
Maria Abrahamson Spångberg (VD), Fredrik Bennich (KD), Bi Dahlborg Reichel (WP)
- **Äldreomsorg**
 - Vaxholms äldreboende – återrapportering 23 maj.
Kjetil Rindal (KD), Bodil Siggelin (V), Marie-Louise Westerberg (S), Maude Ekenberg (C)
 - Privata utförare inom hemtjänsten – återrapportering 13 juni.
Anna-Lena Nordén (WP), Anna Hansson (M), Madelaine Wallén (S), Margita Gustafsson (V)

- **Omsorg funktionsnedsatta**
 - Gruppbostad för vuxna - Ullbergs väg – återrapportering 19 september.
Gunnel Allard (M), Katarina Carlsson (WP), Carina Östergren (C), Leslie Öqvist (L)
 - Serviceboendet på Fredriksstrandsvägen samt daglig verksamhet - återrapportering 7 november.
Michael Baumgarten (L), Christina Granberg (WP), China Stenholm (VD)

Förvaltningen föreslår därtill att återrapporteringen av verksamhetsbesöken sker vid förutbestämda tidpunkter.

Handlingar i ärendet

Tjänsteutlåtande, Beata Rosvall, 2023-01-31

Kopia på beslutet till:

För åtgärd: Ledamöter och ersättare i socialnämnden



Kommunledningskontoret
Beata Rosvall
Dataskyddsombud/nämndsekreterare

Redovisning av delegeringsbeslut till 2023-02-14

Förslag till beslut

Informationen noteras till protokollet.

Sammanfattning

Socialnämnden har överlåtit beslutanderätt till utskott, ordförande och tjänstepersoner i enlighet med socialnämndens delegeringsordning.

I kommunallagen (6 kap 40 § samt 7 kap. 8 §) framgår att nämnden ska besluta i vilken utsträckning beslut som har fattats på delegation ska anmälas till den. Beslut som inte anmäls ska protokollföras särskilt, om beslutet får överklagas enligt bestämmelserna i 13 kap.

Socialnämnden har beslutat att endast beslut som överklagas med laglighetsprövning ska redovisas till nämnden (SN 2020/§56).

Till socialnämndens sammanträde 2023-02-14 redovisas följande delegeringsbeslut:

Rapport delegeringsbeslut Evolution till 2023-02-14 §§ 1-2

Barnrättsperspektivet/Prövning av barnets bästa

Föreslaget beslut bedöms inte få några konsekvenser för barn.

Handlingar i ärendet

Tjänsteutlåtande 2023-01-31

Rapport delegeringsbeslut Evolution till 2023-02-14

Delegeringsbeslut

Utskriftsdatum: 2023-02-01

Utskriven av: Beata Rosvall

Diarienummer:	Socialnämnden
Beslutsfattare:	Alla
Kategori:	Alla
Beslutsinstans:	Socialnämnden
Sammanträdesdatum:	2023-02-14
Sekretess:	Visas ej

Id	Beskrivning	Paragraf
Datum	Avsändare/Mottagare	Beslutsfattare
Ärendenummer	Ärendemening	Kategori
		Ansvarig
174315	Delegeringsbeslut	SN del. §1/2023
2023-01-09		Agneta Franzen
SN 2021/73.380	Utnämning av ersättare för dataskyddsombud-Socialnämnden	SN del.
		Agneta Franzen
2023.40	Delegeringsbeslut direktupphandling digital signering	SN del. §2/2023
2023-01-20	Socialjour.se	Camilla Lundholm
SN 2022/79.757	Avtal digital signering socialjour.se	SN del.
		Camilla Lundholm



Utestående uppdrag till förvaltningen

Uppgifter markerade med * är obligatoriska

Nr.*	Rubrik*	Beskrivning*	Beslutsdatum*	Status	Förvaltningens kommentar	Förvaltning	Uppskattad tidsåtgång (intern)	Uppskattade externa kostnader	Klart senast*
10	Förvaltningen får i uppdrag att utreda förutsättningarna för en gemensam familjerätt med andra nordostkommuner och återrapportera förslag på åtgärder.		2022-03-15 § 22	Pågående		Socialförvaltningen			
11	Sammanställning avvikelse, synpunkter/klagomål kvartal 2 2022. Förvaltningen får i uppdrag att återkomma med en fördjupad analys efter årsskiftet.		2022-09-20/§ 72	Pågående		Socialförvaltningen			
12	Förvaltningen får i uppdrag att utreda möjlighet och lämplighet av en representant från socialnämnden i anhörigrådet på stadens SÄBO.		2022-09-20/§ 84	Pågående		Socialförvaltningen			
13	1. Förvaltningen får i uppdrag att utreda möjlighet att ta in ungdomar som sommarjobbbara inom hemtjänst och omsorg. Arbetsuppgifterna skulle vara utöver vård och omsorg, den kan bestå av promenader, spela spel, läsa tidning och umgås med de äldre i syfte att skapa intresse för vård och omsorgsyrken. 2. Förvaltningen får vidare i uppdrag att undersöka finansiering av detta.		2022-09-20/§ 85	Pågående		Socialförvaltningen			
14	Svar på revisionsrapport-uppföljning av hemtjänst	Förvaltningen får i uppdrag att återkomma i samband med uppföljning av internkontrollplan 2022 och framföra en fördjupad information om utförandet av hemtjänst i egen regi.	2022-11-08/§98	Pågående		Socialförvaltningen			
15	Utvärdering av insatser för digital inkludering presenteras för socialnämnden Q1 2023.		2022-12-13/§112	Pågående		Socialförvaltningen			