



Lipplands-Bro

KOMMUNEN SOM GER PLATS

Handlingar till
Äldre- och omsorgsnämndens
sammanträde
den 22 januari 2020

Dagordning

Beslutsärenden

1 Utvärdering av projektet trygg förstärkt hemgång - slutrapport	3
2 Svar på extern revision gällande granskning av social dokumentation	28
3 Revidering av riktlinjer parboende	59
4 Utredning av rätt till vård- och omsorgsboende 85+	70
5 Rapportering av ej verkställda och verkställda beslut per den 31 okt.	103
6 Redovisning av intern kontroll 2019	107
7 Intern kontrollplan för 2020	120

Rapporter

Delegationsbeslut

Delegationslista avgiftsbeslut, 19-11-01 - 19-11-30	133
---	-----

Anmälningar

Kommunstyrelsens beslut § 150 - Revidering av Kommunstyrelsens delega	135
Avtal om musikanvändning i kommunal verksamhet 2016–2021, cirkulär 19	138
Storsthlm's nyhetsbrev nummer 8 - 2019	144
Protokollsutdrag från Kommunfullmäktiges sammanträde den 27 november	150
Kommunfullmäktiges beslut § 265 - Övergripande mål och budget 2020 me	154

Datum 2019-12-17 Vår beteckning ÅON 19/0114 Er beteckning

Äldre- och omsorgsnämnden

Utvärdering av projektet trygg förstärkt hemgång - slutrapport

Förslag till beslut

1. Äldre- och omsorgsnämnden godkänner socialkontorets slutrapport gällande utvärdering av insatsen trygg förstärkt hemgång.
2. Äldre- och omsorgsnämnden inför insatsen trygg förstärkt hemgång inom ordinarie verksamhet. Insatsen kommer att utvärderas och utvecklas fortlöpande för att möta eventuellt förändrade behov.

Sammanfattning

Projektet trygg förstärkt hemgång påbörjades i mars 2018 och löper fram till februari 2020. Bakgrunden till projektets start var att den nya lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård trädde i kraft i januari 2018. Socialkontoret fick då i uppdrag att implementera den nya lagen och tillhörande överenskommelser i verksamheterna. Efter omvärldsbevakning beslutade socialkontoret att bygga upp en organisation och ett arbetssätt kring trygg förstärkt hemgång för invånare som behöver ett extra stöd när de lämnar sjukhuset. Behovet av samverkan ansågs även vara extra stort för just dessa individer. Målet med insatsen skulle bland annat vara att trygga och möjliggöra hemkomsten från sjukhuset för den enskilde. Målgruppen för insatsen var individer som i samband med utskrivning från slutenvård på sjukhus visar stor oro över att komma hem. Under projektets gång har målgruppen vidgats.

Utvärderingen av projektet visar stora kvalitativa vinster med insatsen, såväl brukare, närstående, medarbetare som samverkanspartners är positiva i sina svar gällande insatsen trygg förstärkt hemgång. De ekonomiska delarna är mer svårbedömda, dock ser man vid granskning en kraftig minskning av antalet köpta externa korttidsplatser. Införandet av trygg förstärkt hemgång har sannolikt bidragit till att behovet av att köpa externa korttidsplatser har minskat.

Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse daterad 17 december 2019.
- Bilaga, utvärdering av insatsen trygg förstärkt hemgång – slutrapport.

Barnperspektiv

Under projektets gång har inga barn tagit del av insatsen, dock kan det finnas barn som närstående till de brukare som tagit del av insatsen. Barnperspektivet ska alltid beaktas då det finns barn med i bilden oavsett om barnet själv får insatser eller är närstående. Trygg förstärkt hemgång har rutiner för agerande vid misstanke om barn som far illa.

Socialkontoret

██████████
Socialchef

██████████
Avdelningschef, kvalitet- och verksamhetsstöd

Bilagor

1. Utvärdering av insatsen trygg förstärkt hemgång - slutrapport

Beslut sänds till

- Enhetschef biståndsenheten
- Enhetschef hemtjänst i kommunens regi
- Kommunens privata hemtjänstutförare: 3 systrar omsorg, Proffssystem och Destiny's care



Utvärdering av projektet trygg förstärkt hemgång

Slutrapport - utvärdering av projektet trygg förstärkt hemgång ur ett
ekonomiskt samt kvalitativt perspektiv

2019-11-25



Upplands-Bro i hjärtat av Mälardalen är en av Storstockholms naturskönaste kommuner med 13 mil stränder och en skärgård med 50 öar. Här möts en mångtusenårig historia med en spännande framtidsutveckling. Här kan du kombinera tryggt boende med en aktiv fritid. Allt finns på armlängds avstånd.

Slutrapport

www.upplands-bro.se
kommun@upplands-bro.se
08 581 690 00

Innehåll

1	Inledning	5
1.1	Bakgrund.....	5
1.1.1	Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård	5
1.1.2	Implementering av den nya lagen – trygg förstärkt hemgång	6
1.1.3	Kommunalisering av hemsjukvård inom region Stockholm	6
1.2	Målsättning med projektet	6
1.2.1	Övergripande mål	6
1.2.2	Effektmål	7
1.2.3	Projektmål.....	7
1.2.4	Kommentarer gällande målsättningarna	7
2	Genomförande.....	8
2.1	Projektperiod.....	8
2.2	Uppdrag – trygg förstärkt hemgång	8
2.2.1	Organisation	8
2.2.2	Bemanning.....	8
2.2.3	Samverkan	8
2.2.4	Övriga arbetsuppgifter.....	9
2.2.5	Arbetsgång från beslut till avslutad insats	9
2.3	Projektförlopp	10
2.3.1	Antal och typ av uppdrag.....	10
2.3.2	Genomförda insatser – antal dagar och timmar	10
2.3.3	Hjälpbehov efter avslut av trygg förstärkt hemgång	11
2.3.4	Följsamhet till upprättad projektplan.....	11
2.3.5	Finansiering av projektet	11
3	Resultat	13
3.1	Utvärdering utifrån ett kvalitativt perspektiv	13
3.1.1	Brukarundersökning	13
3.1.2	Bedömning av utfall – trygg förstärkt hemgång.....	15
3.1.3	Resultat av intervjuer.....	16
3.2	Utvärdering utifrån ett ekonomiskt perspektiv	17
3.2.1	Årskostnad.....	17
3.2.2	Kostnad för genomförda timmar	17
3.2.3	Korttidsvistelse på extern placering	18
3.3	Utvärdering av målsättningar.....	18
3.3.1	Övergripande mål	19
3.3.2	Effektmål	19
3.3.3	Projektmål.....	20
3.4	Sammanfattande bedömning av måluppfyllelse	20
4	Slutsatser och förslag till beslut.....	21
4.1	Slutsatser	21
4.1.1	Ekonomiskt perspektiv	21
4.1.2	Kvalitativt perspektiv	22
4.1.3	Andra kommuners erfarenheter	22
4.2	Övrigt att beakta.....	22
4.3	Förslag att införa insatsen inom ordinarie verksamhet	23

1 Inledning

1.1 Bakgrund

1.1.1 Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

I februari 2017 tog regeringen fram en proposition (Prop. 2016/17:106) gällande att Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612) införs.

Den 1 januari 2018 trädde lagen i kraft. I och med det upphävdes lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Vissa övergångsbestämmelser gällde den första tiden efter lagens ikraftträdande. Utifrån den nya lagstiftningen är kommunens betalningsansvar för en utskrivningsklar patient tre dagar efter det att den slutna vården har underrättat berörda enheter i kommunen om att patienten är utskrivningsklar, om inte annat överenskommes mellan parterna. Tidigare inträdde betalningsansvaret fem dagar efter meddelande om utskrivningsklar patient för somatisk vård.

I Stockholms län tecknades det dock en regional överenskommelse mellan region Stockholm och kommunerna i Stockholms län om att fortsätta med fem fristdagar under 2018 och 2019 samtidigt som en långsiktig överenskommelse skulle arbetas fram. I överenskommelsen framgick det att antalet fristdagar skulle minska från år 2018 till 2019. Efter förhandling mellan Stortstämman, representanter från kommunerna i Stockholms län och Region Stockholm, under 2018 och 2019, har en långsiktig överenskommelse tagits fram för utskrivningsprocessen för somatisk slutenvård. Utöver denna överenskommelse har även en övergångsregel för utskrivning från psykiatrisk slutenvård tagits fram. Diskussioner om innehållet i dessa har förts löpande med kommunerna under en lång tid för att förankra underlaget för överenskommelsen.

Överenskommelsen är en övergripande, vägledande ramöverenskommelse som utgår från en gemensam målbild. Syfte- och målskrivningar ska fungera som ett stöd för berörda aktörer i den praktiska tillämpningen. Den nya överenskommelsen träder i kraft i januari 2020. Antalet fristdagar kommer därmed att minska från fem till två.

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården. Lagen innebär att verksamheter inom socialtjänst och öppen hälso- och sjukvård tidigt måste börja planera inför patientens utskrivning från slutenvård, berörda enheter ska informeras av den slutna vården om inskrivning inom 24 timmar från det att patienten skrivits in.

Socialkontoret fick innan lagens ikraftträdande i uppdrag att implementera den nya lagen och överenskommelsen i verksamheterna. Parterna i den första överenskommelsen som gällde 2018 - 2019 uppdrogs även att fördjupa samverkan för en trygg och effektiv utskrivningsprocess där den enskildes behov och förutsättningar står i centrum.

1.1.2 Implementering av den nya lagen – trygg förstärkt hemgång

En analys av tidigare års mottagande av utskrivningsklara patienter genomfördes för att säkerställa vilka behov som kunde komma att uppstå inom Upplands-Bro kommun i och med den nya lagens införande, dock med beaktande att antalet fristdagar sannolikt skulle minska. Analyser gällande det ökade behovet av kommunens samverkan med slutenvård samt öppen hälso- och sjukvård genomfördes också.

För att möta behoven beslutade socialkontoret att bygga upp en organisation och ett arbetssätt kring trygg förstärkt hemgång för invånare som behöver ett extra stöd när de lämnar sjukhuset. Behovet av samverkan anses även vara extra stort för just dessa personer. Målet med insatsen skulle vara att trygga och möjliggöra hemkomsten från sjukhuset för den enskilde. Målgruppen för insatsen är personer, eller anhöriga, som i samband med utskrivning från slutenvård på sjukhus visar stor oro över att komma hem. Det kan vara personer som har befintliga hemtjänstinsatser och personer som inte har hemtjänstinsatser. Kontoret såg även ett behov av att införa ett arbetssätt som ger ett underlag för bedömning av fortsatta insatser. Flera andra kommuner beslutade även om att införa liknande insatser och även Stockholms FOU-enheter fanns med som stöd.

Efter genomförd omvärldsbevakning och behovsanalys startades insatsen trygg förstärkt hemgång upp i projektform. Projektet beslutades pågå mellan mars 2018 till och med februari 2020.

1.1.3 Kommunalisering av hemsjukvård inom region Stockholm

Vid tidpunkten för projektets införande fanns det på agendan att kommunalisera hemsjukvården i Stockholm med start 2020. Detta beslut kom aldrig att fattas av olika anledningar. Mål kopplade till detta kommer därmed i denna rapport bortses från.

1.2 Målsättning med projektet

Projektgruppen tillsammans med styrgruppen arbetade innan projektets införande fram målsättningar för projektet vilka preciseras nedan.

1.2.1 Övergripande mål

- Trygga och möjliggöra hemkomsten från sjukhuset för den enskilde
- Den enskilde ska våga prova att bo hemma
- Skapa arbetsmetod för underlag för rätt beslut om rätt insats

1.2.2 Effektmål

- Stödja den enskilde att bo kvar i sitt hem
- Minska behovet av korttidsplatser och särskilt boende
- Förbättrat samarbete mellan kommun, öppen vård och sjukhus
- Skapa en grund inför kommunalisering av hemsjukvården våren 2020

1.2.3 Projekt mål

- Ta fram förslag för en organisation för att kunna ta emot utskrivningsklara patienter i dennes hem från och med den 1 januari 2018 till och med kommunens övertagande av hemsjukvården våren 2020.

1.2.4 Kommentarer gällande målsättningarna

Några av målen som togs fram inför projektstart är snarare åtgärder än mål. Målen kommer utvärderas i den mån det är möjligt och utvärderingen är delvis subjektiv utifrån bland annat resultat av genomförda intervjuer och enkätundersökningar. Kvalitativa parametrar är dock alltid delvis subjektiva mått.

Det är också viktigt att belysa att antalet frist dagar enligt överenskommelsen inte var tvungna att minska under själva projektperioden utan kommer från och med januari 2020 minska från fem till två.

2 Genomförande

2.1 Projektperiod

Projektet startade i mars 2018 och planeras pågå fram till februari 2020. Innan projekttiden tar slut i februari 2020 behöver ansvarig nämnd ta beslut om insatsen trygg förstärkt hemgång ska avslutas, förändras eller bibehållas i nuvarande form.

2.2 Uppdrag – trygg förstärkt hemgång

Trygg förstärkt hemgång ska arbeta för en god omsorg och en socialtjänst av god kvalitet för den enskilde som behöver insatser från socialtjänsten. Trygg förstärkt hemgångs uppdrag är att skapa trygghet, minska oro och möjliggöra hemkomst för den enskilde efter en vistelse inom slutenvården eller i vissa fall efter vistelse på korttidsplats.

Trygg förstärkt hemgångs uppdrag är även att stödja den enskilde till att kunna bo kvar i sitt hem, minska behov av korttidsplatser, att förbättra samarbete mellan kommunen, öppenvården och sjukhusen samt att vara ett stöd i biståndsbedömningen och ge underlag för att fatta beslut om rätt insatser.

Huvudkriteriet för att beviljas trygg förstärkt hemgång är att den enskilde eller anhöriga uttrycker en stor oro över att komma hem efter en vistelse inom slutenvården eller på korttidsplats. Detta kan omfatta brukare som har befintliga hemtjänstinsatser och brukare som inte tidigare har beviljats hemtjänstinsatser.

Trygg förstärkt hemgång finns som ett extra stöd för brukaren under dagtid måndag till fredag, under en period om cirka 10 dagar. Hur många dagar den enskilde beviljas trygg förstärkt hemgång kan variera beroende på den enskildes behov.

2.2.1 Organisation

Teamet för trygg förstärkt hemgång finns organiserat under socialkontorets biståndsenhet. Chef för teamet är enhetschef för biståndsenheten, enheten har också en samordnare som arbetar deltid inom verksamheten trygg förstärkt hemgång.

2.2.2 Bemanning

Verksamheten bemannas idag av tre rutinerade undersköterskor på heltid. Därutöver finns administrativa tjänster i form av enhetschef och samordnare på totalt 0,7 tjänst.

2.2.3 Samverkan

Teamet har tillsammans med brukarens biståndshandläggare en mycket viktig roll utifrån det ökade behovet gällande samverkan. Teamet samverkar i hög grad med hälso- och sjukvården och då både slutenvården samt öppenvården,

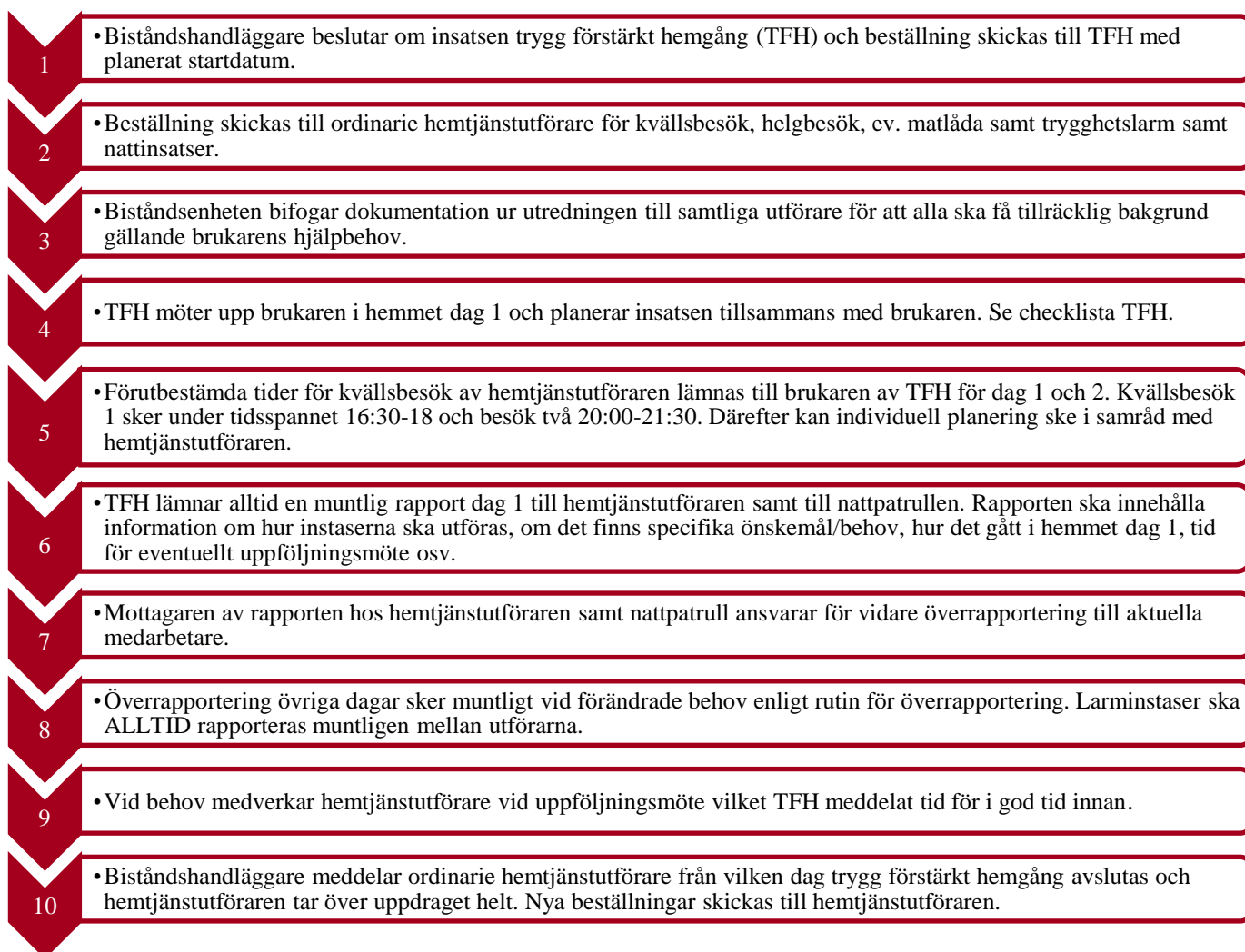
biståndsenheten, ordinarie hemtjänstutförare och vid behov andra instanser till exempel färdtjänsthandläggare eller anhörigstödjare.

2.2.4 Övriga arbetsuppgifter

Utöver direkt brukarnära arbete bistår medarbetarna i teamet den enskilde med samordning av olika slag. Under perioden brukaren beviljats trygg förstärkt hemgång fungerar medarbetarna även som spindeln i nätet. Nästan alla brukare har haft ett utökat hjälpmedelsbehov och teamet har upparbetat ett nära samarbete med hemrehab. Teamet har även besökt i stort sett alla brukare på sjukhuset innan hemgång.

Vid tidpunkter där teamet inte har haft tillräckligt många uppdrag för att fylla alla undersköterskors arbetsdagar så har andra arbetsuppgifter funnits. Undersköterskorna har bland annat hjälpt till att installera lås och larm för brukare inom hemtjänsten, gått in som extra resurs på kommunens vård- och omsorgsboenden och dagverksamhet.

2.2.5 Arbetsgång från beslut till avslutad insats



2.3 Projektförlopp

2.3.1 Antal och typ av uppdrag

Från projektstart i mars 2018 och fram till 1 september 2019 hade trygg förstärkt hemgång haft 53 uppdrag. Både brukare med demenssjukdom, somatisk sjukdom och personer med psykiska besvär har beviljats insatsen, flera brukare har även haft hög grad av samsjuklighet. Grund till beslut för att bevilja insatsen trygg förstärkt hemgång har varit att brukare eller anhöriga har uppvisat hög oro inför hemgång från slutenvården, brukare som nekat hemtjänstinsatser trots stora behov, rörig hemsituation, omfattande behov av hjälp eller otillräckligt utrett hjälpbehov. I några fall har även brukare som bor hemma beviljats insatsen utan samband med utskrivning från sjukhus. Insatsen har därmed utvidgats sedan uppstarten.

2.3.2 Genomförda insatser – antal dagar och timmar

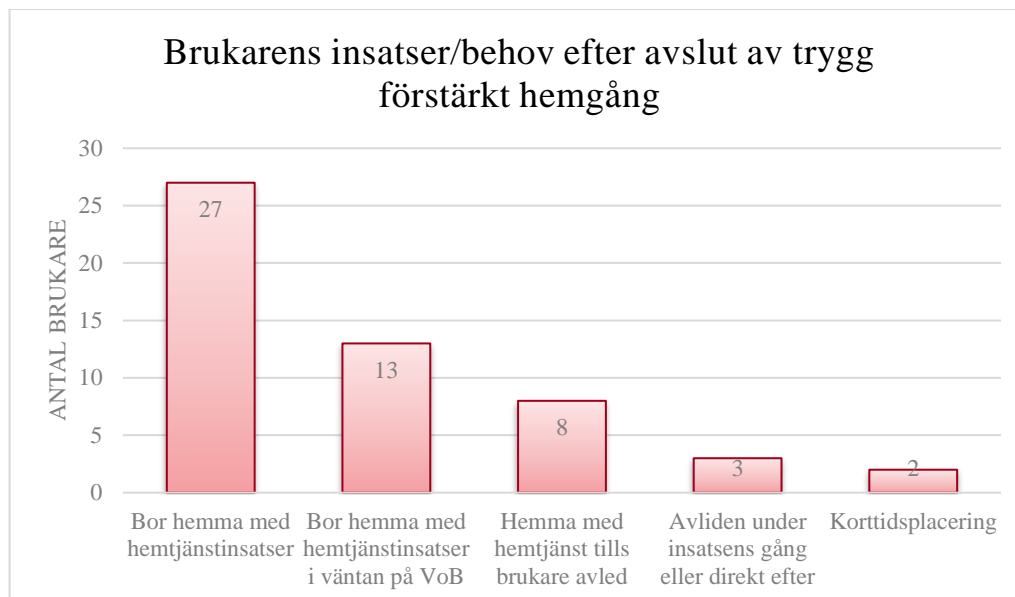
I snitt har brukarna som beviljats insatsen trygg förstärkt hemgång haft stöd från teamet under 11,3 dagar. Maxantal dagar en brukare beviljats trygg förstärkt hemgång är 34 dagar och minsta antal dagar är 4. 30 av brukarna beviljades insatsen exakt 10 dagar. I några specialfall har ett fåtal brukare beviljats fler än 10 dagar. Av enhetens sammanställning kan man dock se att det finns 11 brukare där insatsen genomförts under fler än 10 dagar. Vid genomgång med biståndsenheten beskrivs en viss osäkerhet gällande ovanstående siffror och slutsatsen är att siffrorna som är angivna ovan kan ha en viss felmarginal och att färre dagar har genomförts än vad som registrerats.

Antal genomförda timmar i direkt brukarnära arbete registrerades inte från början i projektet och när tiden började registreras så fanns ingen tydlighet i hur registreringen skulle gå till. Detta innebär att presenterad tidsregistrering inte bedöms vara helt tillförlitlig. Värt att notera är att under april – september 2019 arbetade enbart två undersköterskor då den tredje sagt upp sig och rekrytering av ny medarbetare pågick.

Månad:	Registrerad tid – antal timmar:
Januari 2019	8,35
Februari 2019	46,36
Mars 2019	53,32
April 2019	65,19
Maj 2019	40,35
Juni 2019	60,20
Juli 2019	16,25
Augusti 2019	72,45
September 2019	76,05

2.3.3 Hjälpbehov efter avslut av trygg förstärkt hemgång

En sammanställning av brukarens hjälpbehov dvs behovet av insatser efter avslut av trygg förstärkt hemgång presenteras nedan:



2.3.4 Följsamhet till upprättad projektplan

Projektet har fortlöpt väl och följsamheten till upprättad projektplan har varit relativt god. Utifrån att den omtalade kommunaliseringen av hemsjukvården i Stockholm inte blev aktuell så har vissa mål inte varit aktuella att följa upp. Dessa mål borde tidigare i förloppet ha reviderats.

I projektplanen angavs att regelbundna uppföljningar skulle genomföras för att säkerställa att insatsen gav den effekt som är avsedd både för brukare och för biståndsenheten. Biståndsenheten har genomfört uppföljningar kontinuerligt vilka finns dokumenterade i bland annat i enhetens verksamhetsberättelse. Uppföljningarna kunde ha dokumenterats tydligare och mer regelbundet under projektets gång. Riskanalyser genomfördes innan projektets införande, dessa följdes inte upp adekvat. I efterhand noteras att det hade varit bra att genomföra uppföljningar av en oberoende part, förslagsvis projektledaren. Detta hade gett ett objektiva mått och skapat bättre förutsättningar för att ytterligare kunna utveckla insatsen under projektets gång.

2.3.5 Finansiering av projektet

Projektet skulle finansieras inom ordinarie budget för biståndsenheten. Förhoppningen med införandet av insatsen trygg förstärkt hemgång var att minska behovet av att köpa platser på vård- och omsorgsboende och korttidsplatser och genom detta i stort täcka kostnaderna för insatsen.

Vissa kostnader vid uppstart av insatsen uppstod, till exempel kostnader för inköp av nya telefoner. Utöver löner tillkommer andra kostnader till exempel bilkostnader och telefonkostnader. Befintliga lokaler används.

Beräknad årskostnad – trygg förstärkt hemgång

Utifrån dagens bemanning beräknas årskostnaden till 2,5 miljoner kronor med följande fördelning:

Personalkostnader:	Övriga omkostnader:
2,2 mnkr	0,3 mnkr

3 Resultat

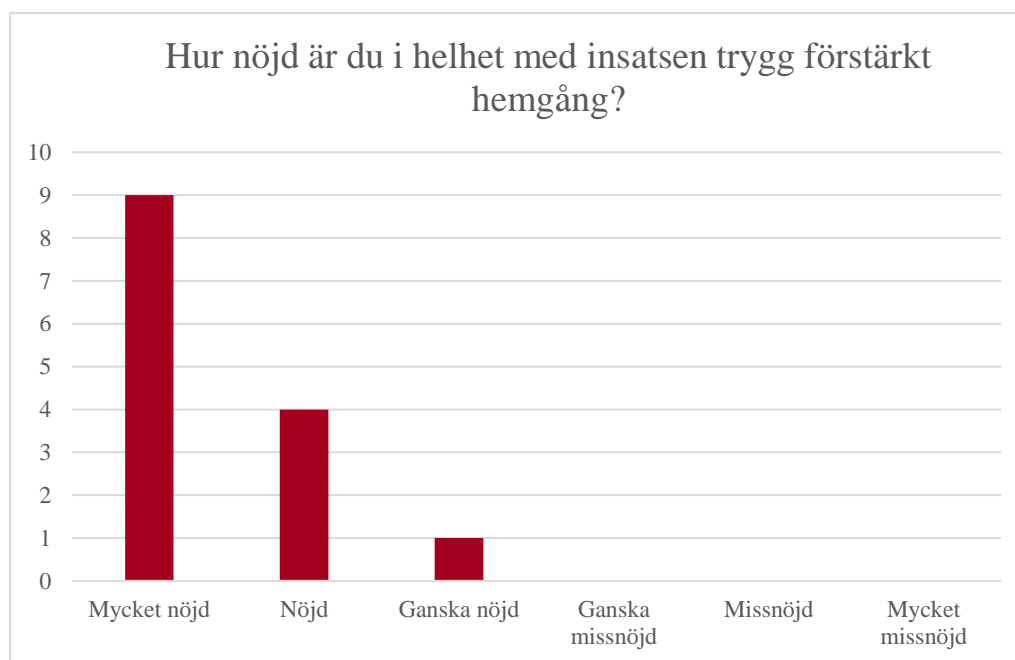
Utvärdering av projektet har gjorts dels genom intervjuer med biståndsenhetens samordnare och handläggare, medarbetare inom trygg förstärkt hemgång, kommunala och privata hemtjänstutförare samt utskick av en anonym utvärderingsenkät till brukare/närstående som tagit del av insatsen. Vidare har granskning utifrån ekonomiska aspekter genomförts.

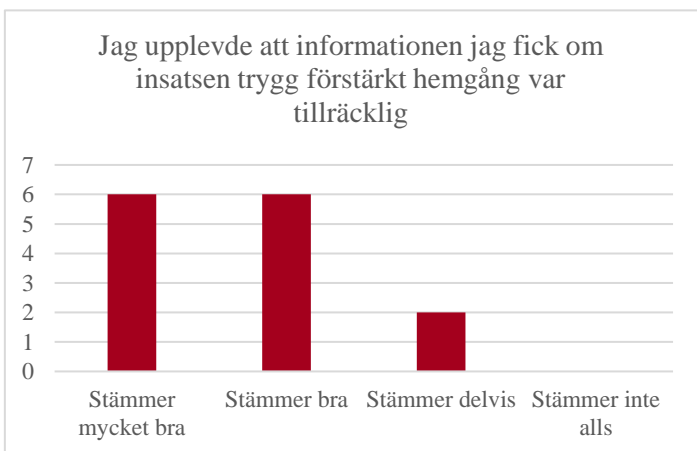
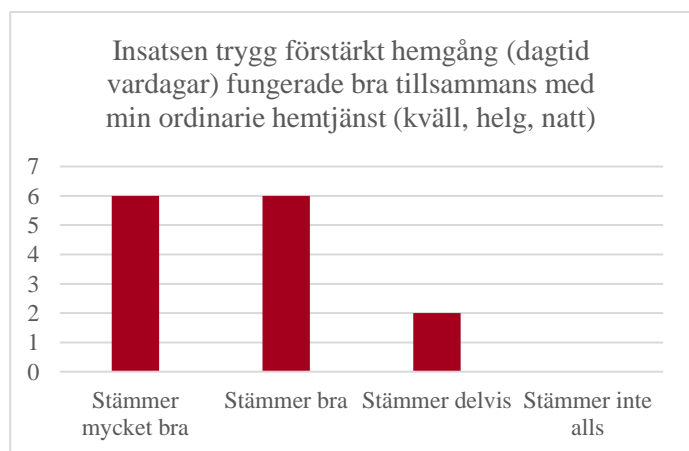
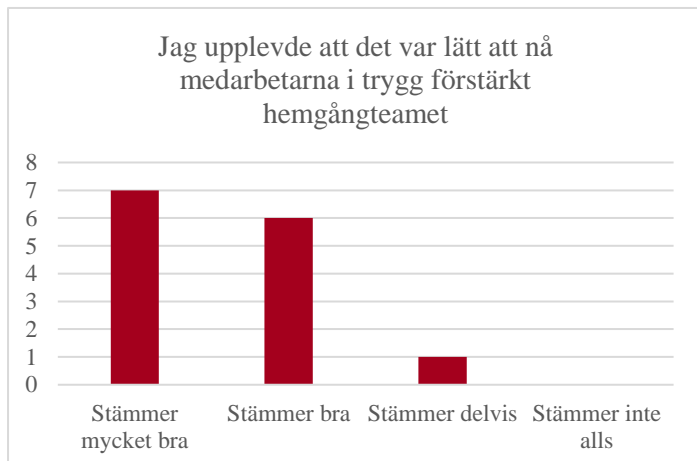
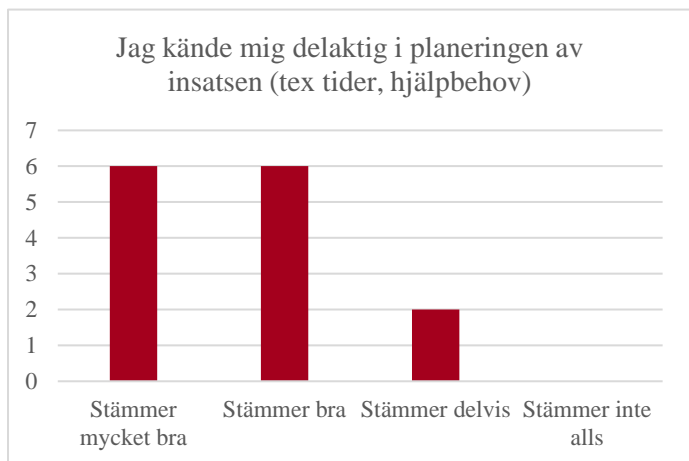
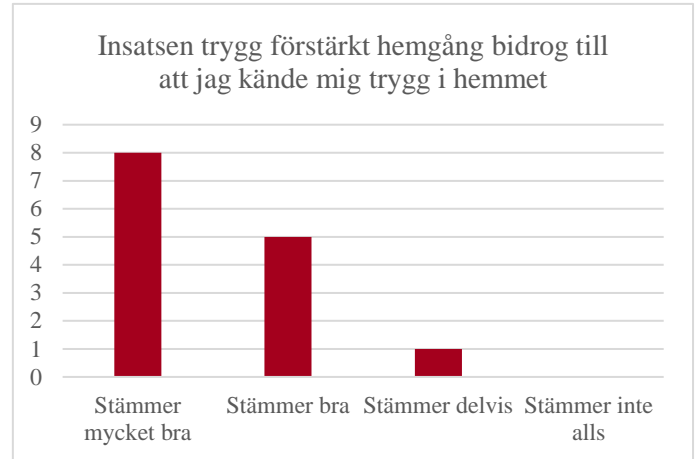
3.1 Utvärdering utifrån ett kvalitativt perspektiv

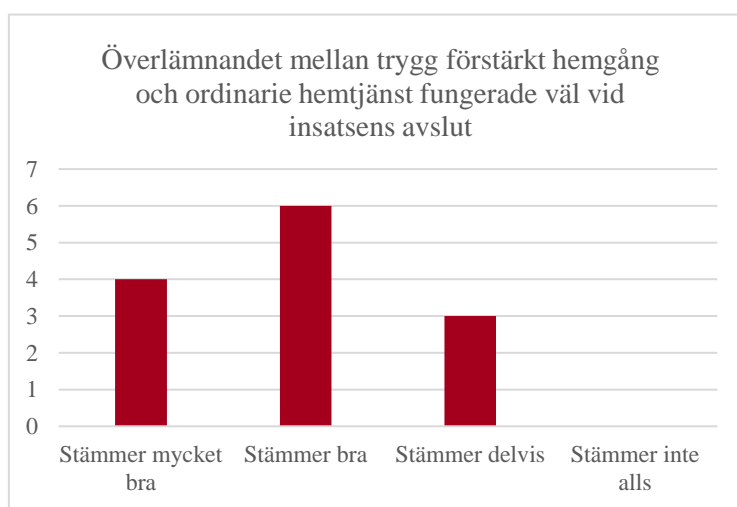
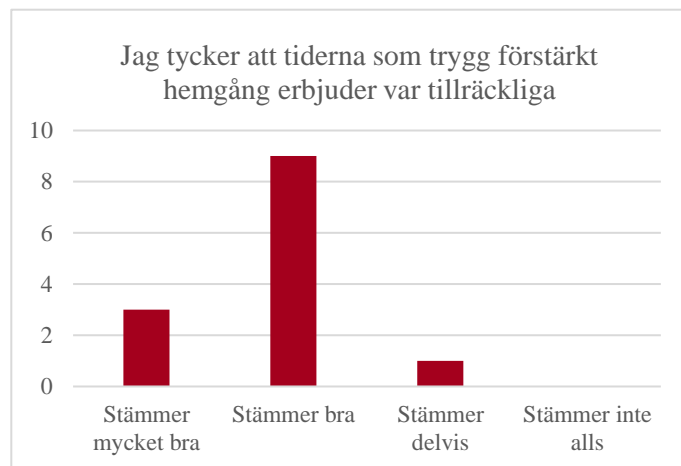
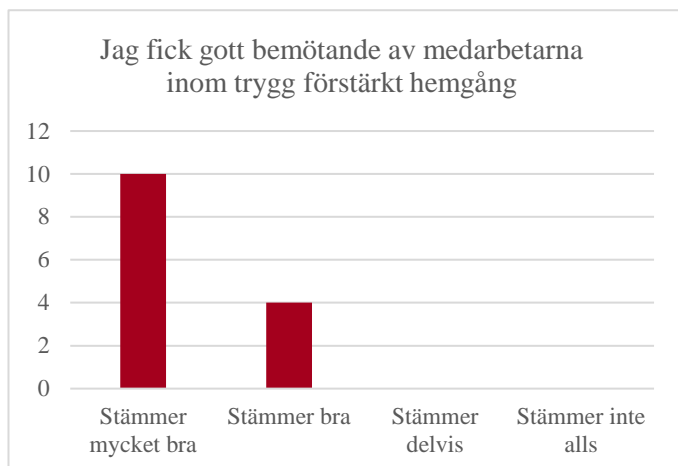
3.1.1 Brukarundersökning

En anonym brukarundersökning i enkätform skickades per post till samtliga brukare som tagit emot insatsen trygg förstärkt hemgång och som inte avlidit. Brukarundersökningen besvarades i hög grad av brukaren själv och i några fall av brukare och närstående tillsammans eller enbart av närstående.

En av de svarande hade lämnat kommentarer under frisvarsfrågan som ger uppfattningen av att hen utvärderat den ordinarie hemtjänsten och inte insatsen trygg förstärkt hemgång. Denna svarande hade i hög grad svarat ”Stämmer delvis”. Antal svaranden var 14. Resultatet av brukarundersökningen presenteras nedan:

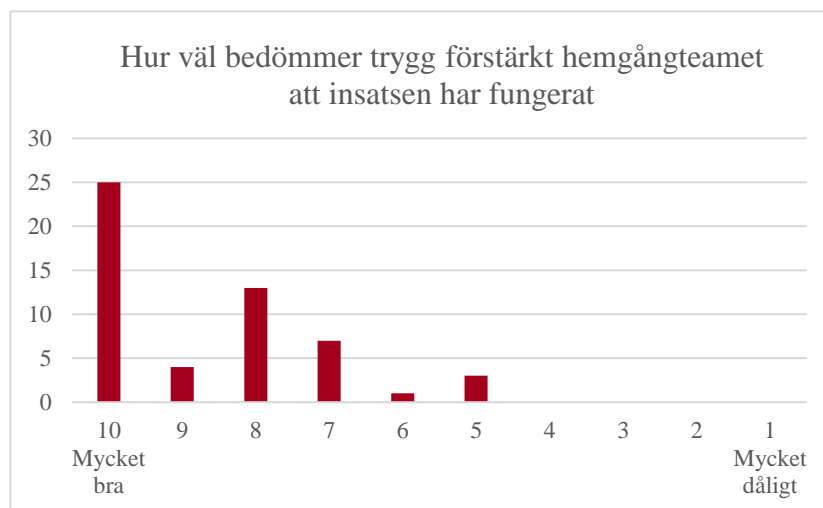






3.1.2 Bedömning av utfall – trygg förstärkt hemgång

Trygg förstärkt hemgångsteamet har efter varje avslutad insats gjort en egen bedömning hur väl de själva ansåg att insatsen fungerade. Skalan som användes var 1–10 där 10 innebär mycket bra och 1 är mycket dåligt.



3.1.3 Resultat av intervjuer

Biståndsenheten

I intervjuer framkommer att en mycket god samverkan nu är upparbetad mellan trygg förstärkt hemgång teamet och biståndsenhetens medarbetare. Samordnare och handläggare ser en stor vinning av att trygg förstärkt hemgång är organiserade inom biståndsenheten, dels så teamet är oberoende av vilken ordinarie hemtjänstutförare brukaren har valt kvälls- och helgtid (vilket även ger ökad konkurrensneutralitet) dels för att möjliggöra nära samarbete.

Trygg förstärkt hemgång bedöms vara en stor tillgång vid bedömning av brukarens fortsatta hjälpbehov efter avslutad insats. Teamet har kunnat bistå med relevant information så det nya beslutet blir så korrekt som möjligt och detta gör även att tid sparas för handläggaren.

Biståndsenheten framför att det tar en hel del tid att skriva dubbla beslut då brukaren ska åka hem från sjukhuset. Beslut för den ordinarie hemtjänsten som ska genomföras kväll och helg är svårberäknat och tar tid att skriva men beslutet för trygg förstärkt hemgång går fort att skriva då inga exakta timmar behöver anges. Funderingar finns om det skulle vara möjligt att införa trygg förstärkt hemgång även kväll och helg för att bara behöva skriva ett beslut. Detta skulle även kunna bidra till att ge en bättre helhet för brukaren och möjligheten att eventuellt kunna ta hem brukare snabbare från sjukhus. Dock framkommer även positiva delar med att redan tidigt arbeta in ordinarie hemtjänst i samverkan med trygg förstärkt hemgång. Biståndsenheten framför vidare att det fungerat bra med 10 dagar som gräns, men att det för några brukare behövs fler och för andra brukare färre dagar. I början av insatsen har teamet varit mer hos brukaren för att allteftersom glesa ut besöken. Vid frågan om antalet dagar skulle kunna minskas så tror biståndsenheten att det är möjligt i flera fall men inte för alla. De framför även att det underlättar arbetet att från början veta hur många dagar som planeras för respektive brukare och att antal dagar inte är flytande.

Trygg förstärkt hemgångsteamets medarbetare

Medarbetarna beskriver att arbetssättet fungerat mycket bra och att de upplever att brukarna tycker att insatsen är mycket bra. En oro som fanns från början vara att övergången mellan trygg förstärkt hemgång och ordinarie hemtjänst skulle uppfattas av brukarna som jobbig och bli en stor omställning. Dock så har en bra samverkansmodell arbetats fram mellan teamet och de ordinarie hemtjänstutförarna och övergången har för de flesta fungerat mycket bra då samverkan startar upp redan dag ett av insatsen. Teamet beskriver att samverkan fungerar väl med de flesta men en utförare beskrivs det fungera sämre med och detta är ett utvecklingsområde. Teamet upplever att fler och fler brukare skickas hem från sjukhusen i allt sämre skick och de gör bedömningen att detta ökat mot slutet av projektet. Ibland har det varit svårt att samverka med primärvården och då både hemsjukvården samt öppenvården dock undantaget hemrehab där en mycket god samverkan beskrivs. Teamet beskriver att en målgrupp som är svår men även viktig att jobba med är de brukare med

bristande självinsikt tex vad gäller hjälpbehov. Utifrån hur inflödet av uppdrag har sett ut under projektperioden så beskriver teamet att det funnits ganska mycket tid att utföra andra arbetsuppgifter på. Teamet beskriver att de bland annat har varit på vård- och omsorgsboenden, dagverksamhet, arbetat med rutiner, lås- och larminstallationer med mera. Det har inte varit speciellt strukturerat kring vad de ska jobba med under tiden som uppdragen inte är tillräckliga. Arbetstiden har under projekttiden varit 7–17, teamet beskriver att det hade räckt att arbeta 7–16 utifrån nuvarande situation. Bedömningen är vidare att det för de allra flesta brukare räcker med 10 dagar, några har behov av fler och andra färre antal dagar. Teamet har lite olika uppfattning om behovet finns av att minska eller utöka insatsen där någon i teamet tycker att det vore bra att ha insatsen klockan 7–22 veckans alla dagar för att skapa kontinuitet och någon annan tycker det är bra som det är idag då samverkan med hemtjänsten kan initieras omgående efter uppstart av insatsen.

Ordinarie hemtjänstutförare

Ordinarie hemtjänstutförare har fått svara på hur de tycker samverkan har fungerat vid insatsen trygg förstärkt hemgång. Samtliga utförare utom en (samma som omnämns ovan) beskriver en mycket god samverkan och att även överrapportering och planering har fungerat mycket bra.

3.2 Utvärdering utifrån ett ekonomiskt perspektiv

3.2.1 Årskostnad

Årskostnaden för insatsen trygg förstärkt hemgång i nuvarande utformning är beräknad till 2,5 mnkr. Detta ger en månadskostnad på 0,21 mnkr.

3.2.2 Kostnad för genomförda timmar

En hemtjänsttimme kostar idag 395 kr och teamet har registrerat brukarnära arbetstider under januari - september 2019. Därutöver tillkommer flera timmar för samordning och andra arbetsuppgifter så kallad kringtid, tiden för denna finns inte registrerad. Notera även att ordinarie hemtjänst utför insatser under kväll, natt och helg. Tid för ordinarie hemtjänst är inte uppmätt.

Månad:	Antal ärenden:	Registrerad tid – antal timmar:	Kostnad:	Kostnad/brukare:
Januari 2019	4	8,35	3298 kr	825 kr
Februari 2019	6	46,36	18 312 kr	3052 kr
Mars 2019	4	53,32	21 061 kr	5265 kr
April 2019	5	65,19	25 750 kr	5150 kr
Maj 2019	3	40,35	15 938 kr	5313 kr
Juni 2019	6	60,20	23 708 kr	3951 kr
Juli 2019	5	16,25	6419 kr	1284 kr

Augusti 2019	4	72,45	28 618 kr	7155 kr
--------------	---	-------	-----------	---------

Notera att antal ärenden kan löpa över månadsskiftet och därmed dokumenteras under flera månader.

3.2.3 Korttidsvistelse på extern placering

En placering på extern korttidsplats kostar i snitt 2600 kr/dygn.

Snitt på antal dygn per brukare redovisas nedan:

Period:	Snitt antal dagar:	Kostnad per brukare och plats:
Jan – Juni 2017	58,9	153 140 kr
Jan – Juni 2018	29,7	77 220 kr
Jan – Juni 2019	36,2	94 120 kr

Biståndsenheten har fått göra en bedömning gällande hur många av brukarna som skulle ha beviljats korttidsplats alternativt vård- och omsorgsboende ifall insatsen trygg förstärkt hemgång inte funnits. Handläggarna har gjort bedömningen att det kan handla om cirka 20 brukare. I efterhand noteras att det hade varit bra att följa detta i nutid för varje ärende för att få en så rättvisande bild som möjligt.

Om dessa 20 brukare hade beviljats korttidsplacering och varit på kortis antalet snittdagar för ovanstående perioders genomsnitt skulle dessa placeringar kostat $41,6 \times 2600 = 108\ 160$ kr per placering och totalt 2,16 mnkr för perioden 1 mars 2018 till 1 september 2019.

Övriga 33 personer som inte bedömdes ha beviljats korttidsplats ifall insatsen trygg förstärkt hemgång inte hade funnits skulle istället ha beviljats ordinarie hemtjänst. Det är oklart hur många timmar hemtjänst som skulle beviljats.

Redovisade kostnader för externa korttidsplatser över tid

I nedanstående tabell har en snittkostnad på 2600 kr/vårddygn använts.

Period:	Antal vårddygn:	Kostnad:
April – December 2017	4449	11,6 mnkr
April – December 2018	588	1,5 mnkr
April – December 2019	1288	3,3 mnkr

Införandet av trygg förstärkt hemgång kan sannolikt ha bidragit till att antalet vårddygn på extern korttidsplats minskat. Detta går dock inte att säga med säkerhet.

3.3 Utvärdering av målsättningar

Flera av målen har varit svåra att utvärdera då målen inte är riktigt mätbara utan mer är beskrivna som åtgärder. Subjektiva bedömningar har till viss del

använts. Målen har inte utvärderats på ett strukturerat sätt under projektets gång.

3.3.1 Övergripande mål

Trygga och möjliggöra hemkomsten från sjukhuset för den enskilde

Brukarintervjuer visar att de personer som fått ta del av insatsen trygg förstärkt hemgång i hög grad har upplevt ett tryggt mottagande i hemmet efter vistelse på sjukhus. Målet beskriver inte om det gäller enbart för de personer som fått insatsen trygg förstärkt hemgång eller om det gäller att brukare som kommer hem från sjukhusvistelse.

Med tolkningen att målet avser de personer som haft insatsen trygg förstärkt hemgång bedöms **målet vara uppnått**.

Den enskilde ska våga prova att bo hemma

I målformuleringen framgår det inte vem/vilka målet gäller för. Såttillvida målet gäller för de brukare som erbjudits insatsen tryggförstärkt hemgång bedöms **målet vara uppnått**.

Skapa arbetsmetod för underlag för rätt beslut om rätt insats

I intervjuer framkommer det att trygg förstärkt hemgångsteamet varit en stor tillgång för biståndshandläggaren när det kommer till att ge underlag för att fatta rätt beslut om fortsatta insatser. Biståndshandläggare och medarbetarna har haft ett nära samarbete gällande bedömning av hjälpbehov hos brukaren. Samtliga biståndshandläggare beskriver att metoden har förenklat beslutsfattandet gällande fortsatta insatser. **Målet bedöms vara uppnått**.

3.3.2 Effektmål

Stödja den enskilde att bo kvar i sitt hem

I ovanstående avsnitt framgår att fler än hälften av brukarna som tagit del av insatsen trygg förstärkt hemgång efter avslut bor kvar hemma med hemtjänstinsatser. Ytterligare en stor andel bodde kvar i hemmet tills plats på vård- och omsorgsboende kunde erbjudas. Målet är svårt att utvärdera då det inte tydligt framgår vad ”stödja den enskilde att bo kvar i sitt hem” innebär, det skulle kunna tolkas som att målet är att alla ska kunna bo kvar hemma med hemtjänstinsatser. **Målet bedöms vara delvis uppnått**.

Minska behovet av korttidsplatser och särskilt boende

Behovet av korttidsplatser kan variera kraftigt från år till år och är inget som kan förutses, det kan också finnas många anledningar till att behovet ökar eller minskar. Sammanställningar visar att kostnaderna för externa korttidsplaceringar kraftigt minskade från 2017 till 2018 för att därefter öka något under 2019. Bedömningen är att införandet av trygg förstärkt hemgång sannolikt har bidragit till ett minskat behov av att köpa externa korttidsplatser. **Målet bedöms vara uppnått**.

Förbättrat samarbete mellan kommun, öppenvård och sjukhus

Detta mål är formulerat på ett sådant sätt att subjektiva tolkningar blir nödvändiga. Intervjuer med såväl biståndsenheten som medarbetare inom trygg förstärkt hemgång beskriver upplevd förbättrad samverkan. Samverkan beskrivs ännu inte fungera optimalt, framför allt finns förbättringspotential gällande samverkan med öppenvården, men utifrån formuleringen av målsättningen så **bedöms målet vara uppnått**.

Skapa en grund inför kommunalisering av hemsjukvården våren 2020

Målet är inte aktuellt att utvärdera då kommunalisering av hemsjukvården inte längre är aktuellt.

3.3.3 Projekt mål

Ta fram förslag för en organisation för att kunna ta emot utskrivningsklara patienter i dennes hem från och med den 1 januari 2018 till och med kommunens övertagande av hemsjukvården våren 2020.

Målet är delvis inte aktuellt då kommunalisering av hemsjukvården inte längre är aktuellt. I och med införandet av trygg förstärkt hemgång har en organisation för att på ett tryggt sätt kunna ta emot utskrivningsklara patienter från slutenvården skapats. Arbetsättet behöver fortsatt ses över för att optimera arbetet och för att använda resurserna så effektivt som möjligt. **Målet bedöms vara delvis uppnått**.

3.4 Sammanfattande bedömning av måluppfyllelse

Målen som sattes inför införande av projektet har i hög grad uppnåtts. Ur kvalitetssynvinkel bedöms insatsen trygg förstärkt hemgång väl ha uppnått målsättningarna för de brukare som mottagit insatsen. Intervjuerna visar också hög samstämmighet gällande att införandet av trygg förstärkt hemgång har effektiviserat arbetet gällande bedömning av hjälpbehov samt gett goda förutsättningar för ett tryggt och säkert mottagande i hemmet efter utskrivning från slutenvården. Ekonomiska mått har varit svårare att utvärdera även om det är sannolikt att insatsens införande har bidragit till en minskning av antalet köpta vård dygn på extern korttidsplacering.

Det som kan noteras i efterhand är att skulle det ha varit bra att ha satt tydligare mål och att målen i högre grad kunde mätas både vad gäller kvalitativa och ekonomiska mått. Projektet borde även ha följts närmare och mer regelbundet helst av en oberoende part för att möjliggöra en objektiv utvärdering av målen/insatsen samt ge förutsättningar för att, under projektets gång, arbeta med ständiga förbättringar. Ekonomiska delar kunde ha dokumenterats och följts närmare för att utvärdera om verksamheten är kostnadseffektiv.

4 Slutsatser och förslag till beslut

4.1 Slutsatser

Den övergripande slutsatsen är att projektet har fallit ut väl. De kvalitativa aspekterna kan med säkerhet beskrivas som framgångsrika, ekonomiska mått har varit svårare att utvärdera. I tidigare samt i detta avsnitt beskrivs förbättringsförslag inför kommande projekt.

4.1.1 Ekonomiskt perspektiv

Ur ett ekonomiskt perspektiv är det svårt att dra relevanta slutsatser. Det är svårt att göra rättvisande beräkningar gällande denna typ av insats, dels för att ekonomiska mått inte var givna från början dels för att många faktorer spelar in. Det är omöjligt att bedöma i efterhand vilken annan typ av insats brukaren skulle fått ifall trygg förstärkt hemgång inte hade funnits, detta borde ha dokumenterats i samband med beslutet för att lättare kunnat beräkna kostnadseffektiviteten. Alla typer av biståndsbeslut är kostnadsdrivande och hjälpbehoven hos brukarna varierar över tid. I några fall hade det kanske räckt med att bevilja ordinarie hemtjänst och i andra fall skulle behov av korttidsplats eller vård- och omsorgsboende funnits ifall brukarens inte hade beviljats trygg förstärkt hemgång.

Ett mål var att minska behovet av korttidsvistelse och vård- och omsorgsboende. Sammanställningar visar att antal köpta platser på extern korttidsplats har minskat markant efter införande av trygg förstärkt hemgång. Det går dock inte med säkerhet att säga att minskningen beror på införandet av insatsen även om det är högst sannolikt att detta påverkat resultatet.

Biståndsenheten har gjort en bedömning att 20 av brukarna som beviljats trygg förstärkt hemgång skulle ha beviljats en korttidsplats istället om insatsen inte funnits, kostnaden för detta hade blivit uppskattningsvis 108 tkr per brukare. Insatserna som ges genom trygg förstärkt hemgång är inte lika kostsamma.

Teamet har registrerat antalet genomförda brukarnära arbetstimmar under några månader som redovisats ovan. Några frågetecken uppstår dock utifrån att antalet brukarnära arbetstimmar är väldigt få relaterat till antal timmar som undersköterskorna är anställda på. Den så kallade kringtiden är inte registrerad. Det har varit ostrukturerat gällande vad undersköterskorna gör på sin arbetstid när det inte finns tillräckligt med uppdrag. Ur ett ekonomiskt perspektiv är det viktigt att vidare utreda hur arbetsgruppen ska arbeta så effektivt som möjligt.

Efter avslut av insatsen trygg förstärkt hemgång kunde fler än hälften av brukarna bo kvar hemma, det går dock inte att säga hur stor andel av brukarna som hade haft behov av mer kostnadsdrivande insatser om trygg förstärkt hemgång inte funnits. Möjligen har det skett en minskning av behov av vård- och omsorgsboende.

Införandet av insatsen bedöms av de intervjuade inom biståndsenheten sannolikt kunna bidra till att brukare kan möjliggöras att komma hem snabbare från sjukhus. Detta skulle kunna bidra till att kommunen slipper

betalningsansvar då brukare inte kan planeras hem inom tiden för angivna fristdagar, detta är dock en subjektiv bedömning.

Slutsatsen är att ekonomiska mått behöver beskrivas och mätas tydligare om insatsen ska fortlöpa inom ordinarie verksamhet.

4.1.2 Kvalitativt perspektiv

Ur ett kvalitativt perspektiv beskriver både, brukare, medarbetare och samverkanspartners mycket goda erfarenheter. Brukarundersökningen visar på hög nöjdhet hos i princip samtliga brukare samt hög upplevd trygghet vid hemkomst från sjukhus. Samverkansmodeller är framtagna och upplevs fungera väl. Insatsen erbjuder stor trygghet för brukare och förutom att erbjuda stöd i hemmet utifrån exempelvis hygien så bedöms det även finnas stora vinster med att teamet bidragit till samordning inom flera olika områden. Biståndsenheten bedömer också att teamet har medverkat till att mer rättvisande och tidseffektiva bedömningar av nya biståndsbeslut har kunnat göras.

Ur ett kvalitativt perspektiv är slutsatsen att insatsen ger stora vinster för den enskilde som beviljas insatsen. Insatsen är även i hög grad bidragande till att en god samverkan mellan flera olika parter har upprättats.

4.1.3 Andra kommuners erfarenheter

Insatsen har inom flera kommuner bedrivits i projektform, de flesta av kommunerna har valt att införa insatsen inom ordinarie verksamhet när projekttiden tagit slut. Vid en genomlysning år 2017 fanns insatsen i någon form i 119 kommuner i Sverige. *(Att komma hem från sjukhus och få ett tryggt mottagande – Rapport Stockholms läns äldrecentrum 2019:1 ISSN 1401-5129)*

De utvärderingar som granskats visar på liknande resultat som denna utvärdering dvs de kvalitativa aspekterna visar goda resultat och de ekonomiska aspekterna är mer svårbedömda. I Stockholms stad har man bedömt trygg hemgång som lika kostnadsdrivande som korttidsplacering. I Järfälla är bedömningen att trygg förstärkt hemgång är mindre kostsamt än korttidsplacering. Järfälla har även beslutat om att minska antal dagar till fem.

4.2 Övrigt att beakta

Utvärderingen visar mycket goda resultat utifrån kvalitetsperspektivet. Det ekonomiska perspektivet är mer svårbedömt. Det finns en del utvecklingsområden att ta med sig i framtiden vilka beskrivits ovan och kan sammanfattas i nedan lista:

- Medarbetarna i trygg förstärkt hemgångsteamets arbetsuppgifter behöver ses över framförallt vid tidpunkter då det inte finns tillräckligt med uppdrag. Arbetsuppgifterna behöver struktureras upp bättre för att effektivisera arbetet och för att säkerställa att medarbetarnas tid används där de gör mest nytta såväl kvalitativt som ekonomiskt. Ett förslag är att trygg förstärkt hemgångsteamet skulle kunna arbeta mer strukturerat med lås och larm för kommunens hemtjänstbrukare.

- Ekonomiska samt kvalitativa parametrar behöver följas upp mer strukturerat och regelbundet. Mätvärden behöver tas fram och följas.
- Vid uppstart av liknande projekt bör en oberoende part (förslagsvis projektledaren) regelbundet följa upp projektets mål för att möjliggöra arbete med ständiga förbättringar under projektets gång.
- Mätbara mål behöver formuleras i kommande projekt för att lätt kunna mäta resultatet objektivt.

En del som är viktig att beakta inför beslut kring insatsens framtida utformning är att antalet fristdagar faktiskt inte har minskat under projektperioden utan denna minskning av antal fristdagar från fem till två (inkluderat dag 0) träder i kraft i januari 2020. Detta innebär att insatsen bör följas noga framöver för att kunna möta eventuella förändrade behov som kan uppstå. Möjligen kommer patienter som har större hjälpbehov än tidigare skrivas ut från slutenvården snabbare. Antal dagar för insatsen föreslås kvarstå vid dagens 10 dagar, men detta bör utvärderas löpande. Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård gäller även patienter som skrivs ut från psykiatrisk slutenvård. Insatsen trygg förstärkt hemgång kan därmed även bli aktuell för andra målgrupper.

4.3 Förslag att införa insatsen inom ordinarie verksamhet

Utifrån insamlat faktaunderlag, ekonomisk och kvalitativ granskning är bedömningen att insatsen trygg förstärkt hemgång ger många positiva effekter, därmed föreslår socialkontoret att insatsen ska införas i ordinarie verksamhet. Insatsen behöver dock utvärderas fortlöpande och eventuellt förändras för att kunna möta aktuella behov.

Datum 2019-12-19 Vår beteckning ÅON 19/0077 Er beteckning

Äldre- och omsorgsnämnden

Svar på extern revision gällande granskning av social dokumentation

Förslag till beslut

Äldre- och omsorgsnämnden godkänner socialkontorets redogörelse gällande genomförda och planerade åtgärder för att säkerställa en rättssäker social dokumentation.

Sammanfattning

Förtroendevalda revisorer i Upplands-Bro kommun har lämnat ett uppdrag till Ernst & Young att granska äldre- och omsorgsnämndens verksamheter avseende den sociala dokumentationen i såväl myndighetsutövning som i utförardelar. Revisionen är slutförd och överlämnad till Upplands-Bro kommun den 3 september år 2019.

Av granskningen framkommer att arbetet i sin helhet fungerar tillfredsställande och möter de krav som lagen föreskriver. Några områden behöver dock förbättras. Aktuella områden är egenkontroll av dokumentation, anpassat verksamhetssystem, förankring av rutiner och riktlinjer samt inom utförarsidan genomförandeplaner.

I rubrikform redogör socialkontoret för de åtgärder som under år 2020 kommer att vidtas för att säkerställa verksamhetens kvalitet och rättssäkerhet.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 19 december 2019.
- Revisionsrapport 4/2019 från Ernst & Young-Upplands-Bro kommun, Granskning av social dokumentation

Ärendet

Förtroendevalda revisorer i Upplands-Bro kommun har lämnat ett uppdrag till Ernst & Young att granska äldre- och omsorgsnämndens verksamheter avseende den sociala dokumentationen i såväl myndighetsutövning som i utförardelar. Revisionen är slutförd och överlämnad till Upplands-Bro kommun den 3 september år 2019.

Av granskningen framkommer att arbetet i sin helhet fungerar tillfredsställande och möter de krav som lagen föreskriver. Några områden behöver dock

förbättras. Aktuella områden är egenkontroll av dokumentation, anpassat verksamhetssystem, förankring av rutiner och riktlinjer samt inom utförarsidan genomförandeplaner.

Revisionen visar att myndighetsenheterna, vilket för äldre- och omsorgsnämnden innebär biståndsenheten, har en tillfredsställande dokumentation i enlighet med lagstiftningens krav samt att det finns egenkontrollplaner som mäter detta.

Revisionen visar dock att det inom vissa utförarenheter finns behov av förbättringar. I rubrikform redogörs för de brister som framförts samt för de åtgärder som under år 2020 kommer att vidtas för att säkerställa verksamhetens kvalitet, där rättssäkerhet i dokumentation utgör en del av det omfattande arbete som god kvalitet utgör.

Äldre- och omsorgsnämndens utförarenheter

Äldre- och omsorgsnämndens utförarenheter i egen regi innefattar vård- och omsorgsboenden, servicehus, hemtjänst och förebyggande verksamhet. Revisionen har granskat ett urval journaler, granskade enheter är Norr- och Allégårdens vård- och omsorgsboenden. Översyn av arbetssätt samt granskning av riktlinjer och rutiner har också genomförts. Socialkontoret har dock valt att innefatta alla utförarverksamheter i förbättringsarbetet.

Lokala rutiner för social dokumentation

I revisionen beskrivs delvis avsaknad av lokala rutiner. Samtliga verksamheter kommer under år 2020 se över sina rutiner gällande social dokumentation. Rutinerna ska finas lättillgängliga för samtliga medarbetare, vara lättlästa och innefatta samtliga moment från att motta beställning till avslut av insats.

Genomförandeplaner

Under år 2019 har samtliga vård- och omsorgsboenden säkerställt att alla brukare har en aktuell genomförandeplan.

Förbättringsarbete gällande innehållet i genomförandeplanen är planerat på förebyggande enheten.

Inom hemtjänst och servicehus krävs ett omtag gällande genomförandeplaner då det i dagsläget saknas för flera brukare. Inom hemtjänsten pågår en större omorganisation och när den har trätt i kraft är ett av de prioriterade områdena att vidareutveckla arbetet med genomförandeplaner. Biståndsenhetens beställningar är tydliga både gällande beskrivning av insatsen samt vilka insatser som ska genomföras vilket säkerställer att brukaren får sina beviljade insatser utförda.

Åtgärder för att säkra kvaliteten gällande social dokumentation

Av en ändamålsenlig egenkontroll ska framgå vad en mätning innehåller, när den ska göras, vilket resultat den har givit samt vilka eventuella åtgärder som behöver vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet.

För att säkra kvalitet är det lämpligt att mäta grad av tillgänglighet genom att kontrollera att insats startas inom föreskriven tid. Andra viktiga mått kan vara att uppföljning görs inom föreskriven tid och att språket som används i skrift i den sociala journalen är respektfullt.

För att avhjälpa de brister som revisionen visar är det lämpligt att skapa en egenkontrollplan med regelbunden och återkommande kontroll av att det finns genomförandeplaner samt kontroll av att de upprättas inom den tid som är angiven i processen. Egenkontroll bör även innefatta granskning av den löpande sociala dokumentationen.

Under år 2020 kommer äldre- och omsorgsnämndens utförarverksamheter med stöd av avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd, att utarbeta relevanta kontrollmoment.

Intern kontroll

Revisionen beskriver hur Äldre- och omsorgsnämndens verksamheter årligen upprättar en internkontrollplan. I 2019 års kontrollplan står beskrivet att en översyn av egenkontroller ska göras, tillsammans med en plan för hur detta ska presenteras. Under 2019 har arbete genomförts för att tydliggöra både skillnaderna och samverkan mellan egenkontroll enligt SOSFS 2011:9 samt intern styrning och kontroll som lagstadgas i kommunallagen.

Verksamheten kommer, med denna plan för egenkontroll som underlag, att år 2020 dokumentera de kontroller som ska göras i den upprättade mall för egenkontroll som sedan november år 2019 finns i systemet Stratsys. Samtliga verksamheter kommer dokumentera sina egenkontroller i samma system och mall, vilket tidigare dokumenterats på respektive verksamhet enligt eget system. Det är enhetschef/enhetsledare/samordnare som ansvarar för val av mätningar, utifrån de behov som finns i den egna verksamheten, samt som ger svar på när och av vem mätningar ska göras. Dessa ska möta socialtjänstlagens kvalitetsparagraf och innefattar fler kvalitetsindikatorer än nu uppmärksammade brister avseende dokumentation. Utöver nämnda brister ska en heltäckande egenkontrollplan mäta bland annat hur väl samverkan fungerar, grad av brukarinflytande, hur kunskapsbaserad verksamheten är samt att verksamheten är jämlik och tillgänglig. Detta enligt de indikatorer på kvalitet som finns angivna i socialtjänstlagen, kap 3.

Socialkontoret kommer under år 2020 att tydliggöra ansvar för dokumentation i Stratsys gällande flera delar. Det finns ett behov av att beskriva och följa upp sin verksamhet mer i detalj där det snarare är verksamhetsområde än organisation som ska styra den dokumentation som behövs för att säkerställa kvaliteten.

Organisation, mandat och ansvar

Kontoret behöver inför kommande år tydliggöra operativt ansvar mellan enhetschef och enhetsledare/samordnare och ta tillvara den specifika kunskap

som finns inom kontorets olika verksamhetsområden. Kunskap om, och identifiering av, förbättringsområden finns i huvudsak inom respektive område och den kunskapen ska användas på ett effektivt sätt. På så sätt ökar kontorets förutsättningar att erbjuda god kvalitet i socialkontorets samtliga tjänster, för alla målgrupper.

Säkerställa att relevanta riktlinjer/rutiner finns och efterlevs

Revisionen visar på förbättringsbehov för hela socialkontoret avseende förankring av riktlinjer och rutiner.

Fungerade och kända rutiner, processer och riktlinjer utgör grunden för ett tillfredsställande kvalitetsarbete och är kärnan i ett kvalitetsledningssystem.

Idag förvaras enheternas olika stöddokument särskilda från varandra vilket innebär att kunskapen om andra enheters arbete går förlorad. Det betyder att det lagstyrda samverkanskravet försvåras. De nödvändiga samverkansprocesser som ska beskriva hur ansvar fördelas, vem som gör vad och när, inte med lätthet klargör vad verksamheten kan förvänta sig för resultat av det samarbete som ska ske. Risken är att verksamheten inte arbetar tillräckligt effektivt.

Socialkontoret har påbörjat en diskussion om hur ett kvalitetsledningssystem skulle kunna se ut och var det ska förvaras för att vara lättillgängligt, lätt att revidera samt lätt att förstå för alla medarbetare inom hela kontoret.

Anpassat verksamhetssystem

Revisionen beskriver en eventuell åtgärd med en anpassning i verksamhetssystemet för att beställare (=myndighetsenheterna) ska kunna få en signal om genomförandeplan inte är upprättad inom angiven tid. Den anpassning som beskrivs är inte datatekniskt möjlig att göra. Dock går det att med lämplig egenkontroll gå in i verksamhetssystemet för att säkra upp om en genomförandeplan är upprättad.

Barnperspektiv

Att socialkontoret har ett system för att säkra kvalitet får avgörande betydelse för barns rätt oavsett om barnet själv är aktuell för insatsen eller är närstående till någon som får insatser. Att i alla berörda enheter upprätta egenkontroller som tar hänsyn till barnets situation säkrar den kvalitet och de lagstyrda skyldigheter som kontoret har.

Socialkontoret

██████████
Socialchef

██████████
Avdelningschef, kvalitet- och
verksamhetsstöd

Bilagor

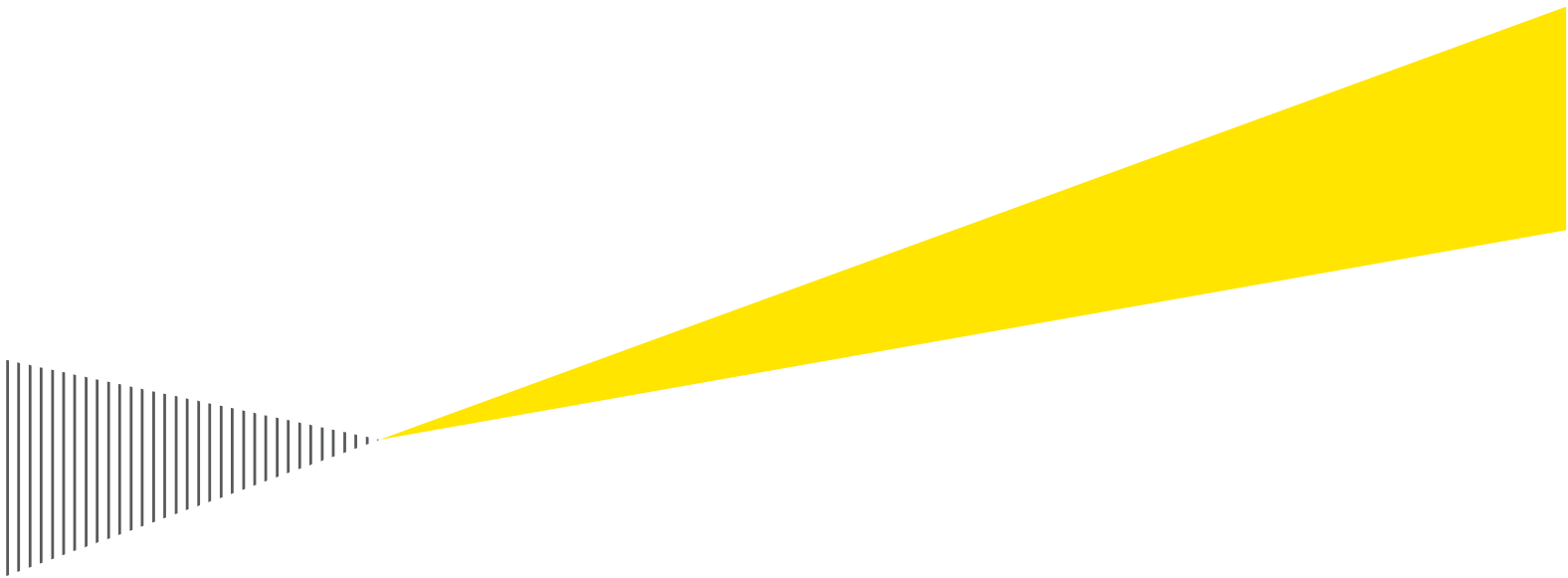
1. Revisionsrapport 4/2019 från Ernst & Young-Upplands-Bro kommun,
Granskning av social dokumentation

Beslut sänds till

- Avdelningschef utföraravdelningen
- Enhetschefer inom äldre- och omsorgsnämndens verksamheter

Upplands-Bro kommun

Granskning av social dokumentation



Building a better
working world

Innehåll

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	3
2.1. Bakgrund.....	3
2.2. Syfte och revisionsfrågor	3
2.3. Avgränsning	3
2.4. Genomförande	3
2.5. Revisionskriterier.....	4
3. Organisering av socialtjänsten	6
4. Dokumentation inom myndighetsutövningen	7
4.1. Vuxenenheten – rutiner för utredning och beslut	7
4.2. Barn och ungdom – rutiner för utredning och beslut	9
4.3. Biståndsenheten – rutiner för utredning och beslut.....	10
4.4. Bedömning	11
4.5. Myndigheternas kvalitetsråd.....	11
4.6. Egenkontroll - kollegial ärendegranskning	11
4.7. Bedömning	12
5. Rutiner för dokumentation i genomförandeplaner och social dokumentation	13
5.1. Utföraravdelningen – stöd och behandlingsenheten	13
5.2. Utförarenheten – vård- och omsorgsboende för äldre	14
5.3. Krav på privata utförare.....	16
5.4. Bedömning	16
6. Stickprovsgranskning av akter	17
6.1. Bedömning	17
7. Nämndernas uppföljning och kontroll	18
7.1. Uppföljning av dokumentation – Avdelning kvalitet- och verksamhetsstöd	18
7.2. Bedömning	20
8. Svar på revisionsfrågor	21
<i>Bilaga 1: Källförteckning</i>	<i>23</i>
<i>Bilaga 2: Resultat aktgranskning.....</i>	<i>24</i>

1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Upplands-Bro kommun granskat socialnämnden och äldre- och omsorgsnämnden i syfte att bedöma om nämnderna har säkerställt en ändamålsenlig regelefterlevnad och kontroll av social dokumentation inom socialtjänsten.

Dokumentation utgör ett viktigt instrument i kvalitets- och uppföljningsarbetet. I dokumentationen tydliggörs den enskildes behov av hjälp och stöd samt vad, hur och vem som ska tillgodose behoven. Kraven på dokumentationen inom socialtjänsten regleras främst i 31 § förvaltningslagen och 11 kap. socialtjänstlagen med förordning.

Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte och ansvarsprövningsgrunden – bristande styrning och internkontroll av verksamhet - är att socialnämnden och äldre- och omsorgsnämnden inte fullt ut har säkerställt en regelefterlevnad och kontroll av social dokumentation inom socialtjänsten.

Bedömningen grundas på att det finns ändamålsenliga riktlinjer och rutiner för dokumentation vid samtliga myndighetsenheter och utförare. I riktlinjerna behandlas den lagstiftning som verksamheten styrs av, handläggningsprocessen samt regler och syfte kring dokumentation. Däremot efterlevs inte rutinerna fullt ut i verksamheterna.

I verksamheternas egenkontroller och i vår stickprovsgranskning av akter framgår brister vad gäller dokumentationen i ärendena. Akterna innehöll, i stort, nödvändig dokumentation men i flera fall saknades genomförandeplaner som uppfyller lagstiftning och allmänna råd. Bland annat formulering av konkreta och uppföljningsbara mål, främst inom granskade SoL-ärenden med beslut om insatser inom äldreomsorgen. Vi noterar även att en av de granskade akterna saknade en dokumenterad skyddsbedömning enligt 11 kap. §1a SoL, vilket är en brist.

Sammanfattningsvis bedömer vi att socialnämnden samt äldre- och omsorgsnämnden, via kvalitetsberättelsen och de egenkontroller som ska göras i verksamheterna, har förutsättningar för att på ett systematiskt sätt följa upp att handläggning och dokumentation håller en tillräckligt god kvalitet. Det finns dock utvecklingsområden vad gäller utförarens strukturerade arbete med egenkontroll av social dokumentation (stickprovsgranskning) i enlighet med nämndernas ledningssystem för kvalitetsarbete.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi socialnämnden och äldre- och omsorgsnämnden att:

- ▶ Säkerställa att riktlinjer och rutiner är förankrade i samtliga delar av organisationen.
- ▶ Säkerställa att utföraravdelningen har tillräckligt med personella resurser för att kunna arbeta systematiskt och ändamålsenligt med egenkontroll av social dokumentation.
- ▶ Överväga att anpassa verksamhetssystemen för att på ett tillräckligt sätt signalera till myndighetsenheterna om genomförandeplan inte har inkommit inom 14 dagar.

Äldre- och omsorgsnämnden rekommenderas specifikt att:

- ▶ Säkerställa att genomförandeplaner hålls aktuella och innehåller samtliga punkter i Socialtjänstlagen 2 kap. socialtjänstförordningen.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Handläggning och dokumentation av ärenden som rör enskilda är en central uppgift inom socialtjänsten. Det gäller också skyldigheten att dokumentera genomförandet av beslut om individuellt behovsprövade insatser enligt socialtjänstlagen (SoL).

Social journal är den del av en personakt där anteckningar av betydelse för handläggning av ett ärende och genomförande av insatser görs kontinuerligt, i kronologisk ordning och utan oskäligt dröjsmål. Dokumentationen ska visa hur situationen för brukaren utvecklas och eventuellt avviker från det som planerats. Brister i dokumentationen kan medföra att beslut fattas på otillräckligt eller felaktigt underlag. Dokumentationen och den enskildes rätt till insyn i ärenden som rör myndighetsutövning stärker den enskildes skydd mot felaktig eller bristande myndighetsutövning. Den enskilde har rätt att överklaga besluten varför dokumentationen är viktig både för myndigheten och den enskilde.

Revisorerna har med utgångspunkt i genomförd riskanalys för 2019 beslutat att genomföra en granskning av regelefterlevnad och kontroll av social dokumentation inom socialtjänsten.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningens övergripande syfte är att bedöma om socialnämnden samt äldre- och omsorgsnämnden har säkerställt en ändamålsenlig regelefterlevnad och kontroll av social dokumentation inom socialtjänsten.

I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

- ▶ Säkerställer nämnden en ändamålsenlig regelefterlevnad vad gäller social dokumentation?
- ▶ Finns rutiner för upprättande av genomförandeplaner?
- ▶ Tillämpas rutinerna och är brukaren och/eller närstående delaktig i utformandet av en genomförandeplan?
- ▶ Dokumenteras verkställigheten av beslutet i enlighet med de krav som finns i socialtjänstlagen och enligt Socialstyrelsen? Omfattar dokumentationen de nödvändiga uppgifterna?
- ▶ Säkerställer nämnderna att det finns tillräcklig intern kontroll av social dokumentation inom socialtjänsten?

2.3. Avgränsning

Granskningen avgränsas till att inbegripa beslut enligt SoL, LVM och LVU. Beslut enligt LSS kommer inte att granskas.

2.4. Genomförande

Granskningen baseras på dokumentgranskning och intervjuer med ledande tjänstepersoner inom socialtjänsten, se bilaga 1.

Drygt tio akter med genomförandeplaner valdes ut för granskning mot socialtjänstlagen (SoL), LVU och LVM, samt kommunens regelverk. Initialt planerades en granskning av 12 ärenden. Aktgranskningen visade sig dock tidskrävande och med ett stort behov av stöd från verksamheternas systemförvaltare för tillgång och navigering i systemen. Med anledning av detta justerades urvalet till 10 ärenden om 9 akter, med fördelning inom respektive lagrum (SoL, LVU och LVM), se bilaga 2. Urvalet innefattade ärenden från januari 2017 – december 2018. Systemförvaltarna slumpade fram ärenden inom urvalet. Inom tidsramen fanns bara två beslut om insatser enligt LVM, vilket föranledde att vi i detta fall utökade tidsramen för urvalet.

Stickprovskontrollen syftar till att se vilken information som samlas, hur ofta uppgifter aktualiseras, innehållet i uppgifterna och formerna för uppföljning av insatserna. Stickproven fördelades mellan de två ansvariga nämnderna, äldre- och omsorgsnämnden (30 procent) och socialnämnden (70 procent).

Vi har bedömt akterna utifrån en checklista som utgår från vad utredningar och beslut om rätten till bistånd eller insatser bör innehålla enligt Socialtjänstlagen samt *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS*.

2.5. Revisionskriterier

2.5.1. Förvaltningslagen (2017:900)

I 31 § regleras att det för varje skriftligt beslut ska det finnas en handling som visar:

1. dagen för beslutet,
2. vad beslutet innehåller,
3. vem eller vilka som har fattat beslutet,
4. vem eller vilka som har varit föredragande, och
5. vem eller vilka som har medverkat vid den slutliga handläggningen utan att delta i avgörandet.

Vidare fastslås att ett beslut som kan antas påverka någons situation på ett inte obetydligt sätt ska innehålla en klargörande motivering, om det inte är uppenbart obehövligt.

2.5.2. Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)

Insatser inom socialtjänsten för barn och ungdom ska göras i samförstånd med den unge och/eller hans vårdnadshavare enligt bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453). Vård skall 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. Detta kan även vara genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.

2.5.3. Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)

Tvångsvård skall beslutas om någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk, samt att vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt SoL samt utgör en risk för sig själv eller annan i enlighet med 4 §. Mål och ärenden enligt denna lag skall handläggas skyndsamt.

2.5.4. Socialtjänstlagen (2001:453) 11 kap.

Av 11 kap. 1 a § regleras att socialnämndens bedömning som rör barn eller unga ska dokumenteras. Vidare fastslås i 3 § att en vårdplan ska upprättas när någon behöver vårdas i ett hem för vård eller boende, stödboende eller familjehem. För barn och unga som vårdas i ett hem för vård eller boende, stödboende eller familjehem ska en genomförandeplan upprättas. Planerna ska även inbegripa åtgärder och insatser som andra huvudmän har ansvar för. Dokumentationen skall utformas med respekt för den enskildes integritet.

Vårdplan

När ett barn behöver vårdas i ett annat hem än det egna ska en vårdplan upprättas över den vård som nämnden avser att ordna. En vårdplan ska även innehålla de åtgärder och insatser som andra huvudmän har ansvar för (11 kap. 3 § första och andra st. SoL). Av förarbetena framgår att det övergripande syftet med vårdplanen är att klargöra socialtjänstens mål och medel med vården, utifrån det enskilda barnets behov.

Genomförandeplan

Vårdplanen ska kompletteras med en genomförandeplan som beskriver hur vården ska genomföras (11 kap. 3 § andra st. SoL). Socialstyrelsens allmänna råd förtydligar hur genomförandeplanen ska utformas.

2.5.5. Socialstyrelsens SOSFS 2014:5

Enligt Socialstyrelsens allmänna råd *SOSFS 2014:5 Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS* skall alla verkställighetsbeslut innehålla en genomförandeplan. Denna genomförandeplan skall innehålla en redovisning av hur verksamheten tänker utföra beslutet bland annat beskriva vilka mål som gäller för insatsen, när och hur insatsen ska genomföras. Planen skall fattas i samråd med den enskilde, eller om den enskilde inte är kapabel att fatta beslut, dennes anhöriga eller utsedda goda man. Genomförandeplanen skall sedan följas upp av utföraren.

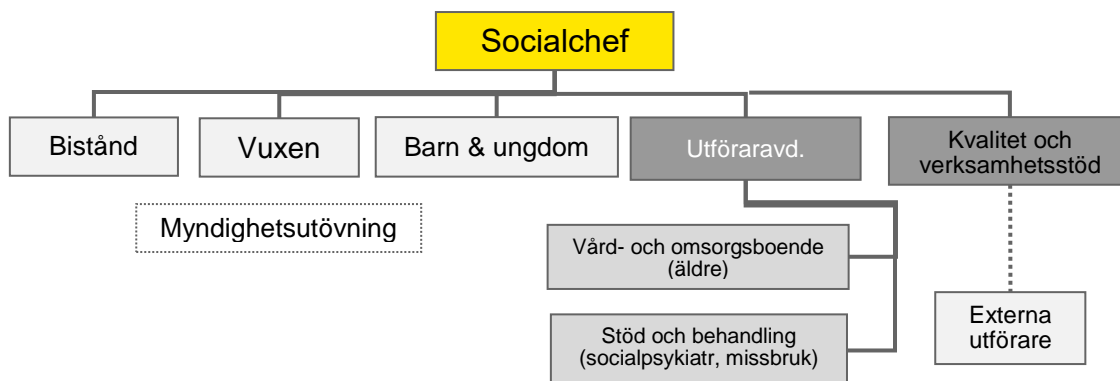
3. Organisering av socialtjänsten

Socialnämnden ansvarar för att barn och familjer får det stöd och den hjälp som regleras i den samlade lagstiftningen. Detta kan innebära insatser för ekonomiskt bistånd, insatser för personer med missbruksproblematik och boendestöd. Äldre- och omsorgsnämnden ansvarar främst för omsorg av äldre över 65 år.

Socialkontorets tre myndighetsenheter; barn- och ungdomsenheten, vuxenenheten och biståndsenheten för äldre- och funktionshinderomsorg samt socialpsykiatri, handlägger ärenden enligt SoL, LVU, LVM och LSS.

Utföraravdelningen bedriver verksamhet som bland annat a) hemtjänst samt vård- och omsorgsboenden, men även b) öppenvård som stöd för barn och unga samt deras familjer och öppenvård för personer med missbruk samt socialpsykiatriskt stöd. Avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd hanterar bland annat övergripande administration, samordning av nämndens budget och genomför kvalitets- och avtalsuppföljningar.

Nedan är en något förenklad bild av socialkontorets organisation inom det granskade området. Enbart de utförarenheter som vi har fördjupat oss i inom ramen för granskningen finns beskrivna i bilden. Därutöver tillkommer enheter för hemtjänst, hälso- och sjukvård samt utförare inom LSS.



4. Dokumentation inom myndighetsutövningen

I detta avsnitt beskriver vi de verksamhetsområden vi granskat inom socialkontorets myndighetsutövande funktioner; barn och ungdom, vuxenverksamhet (försörjningsstöd, missbruk, nyanlända) samt bistånd (äldreomsorg). Här framgår hur enheterna arbetar med rutiner och internkontroll vad gäller dokumentation.

4.1. Vuxenenheten – rutiner för utredning och beslut

Vuxenenheten består av 14 socialsekreterare fördelade på enhetens olika verksamhetsområden: nyanlända, ekonomiskt bistånd, bostäder samt missbruk och våld i hemmet. På vuxenenheten arbetar även tre samordnare. Samordnarna fördelar ärenden till socialsekreterare samt deltar i metodutveckling och kvalitetsarbetet.

Varje utredning enligt 11 kap 1 § SoL ska leda fram till ett beslut. Detta beslut kan antingen innebära att ärendet avslutas utan åtgärd, att beslut om insats fattas eller att beslut om att lämna yttrande till annan myndighet fattas.¹ Beslut om öppenvård för missbruk som tas inom kommunen gäller i sex månader. Övriga beslut är oftast mycket kortare.

Beslutsfattaren skiljer sig åt beroende på ärende och karaktär enligt nämndernas delegationsordning, se nedan.

Ärende	Lagrum	Delegat
Beslut om att inleda utredning	11 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare
Beslut om att utredning inte ska inledas	11 kap. 1 § SoL	Samordnare
Beslut om att inleda utredning om skäl för tvångsvård	7 § LVM	Enhetschef
Beslut om ansökan hos förvaltningsrätt om vård enligt LVM	11 § LVM	Arbetsutskott
Beslut om omedelbart omhändertagande av missbrukare	13 § LVM	Arbetsutskott

SOCIALNÄMNDENS DELEGATIONSORDNING

Insatserna som kan beslutas efter en utredning kan bland annat vara i öppenvården eller heldygnsverksamhet, insatser inom integration, arbetsmarknad samt försörjningsstöd. Vården kan bestå av arbetsrehabiliterande insatser samt mer intensiva terapier och inte sällan finns det någon psykiatrisk problematik vilket gör att resurser från kommunens allmänpsykiatriska verksamhet kopplas in eller i samverkan med landstingets resurser.

Socialsekreterarna får in ansökan från personen själv eller anhörig, samt anmälningar från polis, sjukvård eller annan aktör. Ärenden fördelas en gång i veckan av samordnare och öppnas upp i Procapita. Klientens situation kartläggs av en socialsekreterare genom möte med individen och innan ett beslut fattas om eventuellt frivillig insats görs vid missbruk en så kallad ASI²-intervju. Dokumentation sker enligt strukturerade mallar i Procapita. Skriftlig

¹ Riktlinjer för socialkontorets missbruksvård

² Addiction severity index (ASI) är en standardiserad och strukturerad intervju som främst är avsedd för användning i missbruks- och beroendevården och drogrelaterad behandlingsforskning. ASI mäter alkohol- och narkotikarelaterade problem.

kommunicering ska alltid ske av utredningar. I Procapita finns en kommuniceringsknapp som ska användas vid all kommunikering till klienten.

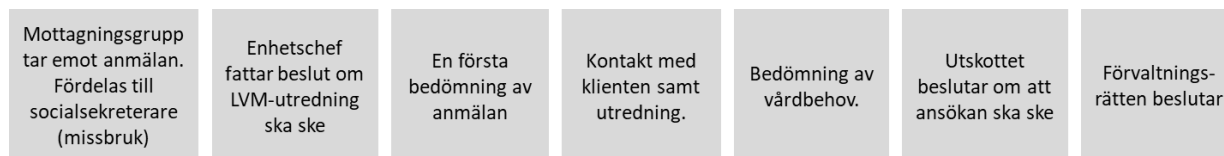
Inom vuxenenheten upprättas alltid en arbetsplan som arbetas fram med klienten³. Vid beslut om insatser genomförs ett uppstartsmöte med brukare, socialsekreterare och behandlare. Här sätts även datum för uppföljning som enligt rutin och manual ska ske inom 3 månader. Därefter upprättar utföraren en genomförandeplan. Samordnarna har genom verksamhetssystemet tillgång till socialsekreterares ärenden. Avstämning för att säkerställa att arbetsplaner och genomförandeplaner finns, görs enligt planering i årshjulet och vid individuella ärendedragningar mellan samordnare och socialsekreterare.

För att säkerställa systematisk uppföljning av ärenden finns hjälpmedel i Procapita, men det måste aktivt bevakas av en medarbetare. Systemet uppmärksammar dock socialsekreteraren på ärenden som är aktuella för avslutande av utredning. I verksamhetens processkarta för missbruk fastslås att socialsekreterare ansvarar för att beakta att genomförandeplanen kommer in inom rätt tid samt att "avvikelse" ska skickas till utföraren om genomförandeplan inte har inkommit inom 14 dagar.

Det framgår av *Rutin – manual* för handläggning inom vuxenenheten att respektive socialsekreterare ansvarar för att personakter avslutas och rensas till de ärenden som socialsekreteraren har eller har haft aktuella. Personakten ska bestå av samtliga inkomna handlingar samt vissa upprättade handlingar bland annat undertecknade beslut, underskrivna arbetsplaner och genomförandeplaner. Det får inte finnas handlingar i pappersakten som inte registrerats och infogats i Procapita. I granskningen framkommer att akter bör stängas ca 2 månader efter beslut om avslutande av insatser. Enheten gjorde en egenkontroll i december 2018 för att säkerställa att ärenden stängts inom denna tid. Det framkommer i analys av kontrollen att handläggarna ibland dröjer med att stänga akter då individer förmodas återkomma.

4.1.1. LVM - utredning och beslut

Beroende på om det är frivilliga insatser som är aktuella eller om tvångsvård är aktuellt ser processerna olika ut. Vid LVM-ärenden är det enhetschef som beslutar om att inleda utredning om skäl för tvångsvård, se processkarta nedan. Dessförinnan prövas alltid frivilliga åtgärder.



Förenklad processbeskrivning av utredningsprocess för missbruk enligt LVM (ej brådskande)

³ Det finns flera typer av planer som har olika ändamål. De begrepp som används är arbetsplan, genomförandeplan, samordnad individuell plan och vårdplan.

Om det vid utredningen visar sig att det är adekvat med tvångsinsatser enligt § 13 LVM⁴ tar socialnämndens ordförande beslut om omedelbart omhändertagande. Samma dag som beslut om vård enligt § 13 LVM beslutas faxas beslut med underlag till förvaltningsrätten. Förvaltningsrätten har sedan fyra dagar på sig att godkänna eller avslå det omedelbara omhändertagandet. Därefter skall en ansökan göras av socialnämnden inom sju dagar, för LVM-förhandling i förvaltningsrätten. Under 2018 arbetade enheten med två beslut om tvångsvård enligt LVM från förvaltningsrätten.

4.2. Barn och ungdom – rutiner för utredning och beslut

Av socialnämndens delegationsordning framgår att beslut om att inleda utredning i barn- och ungdomsärenden är delegerat till samordnare på enheten som får besluta om att genomföra utredning oavsett den enskildes samtycke. Socialsekreterare får besluta om att inleda utredning om samtycke finns.

Inom LVU är det enhetschef på barn- och ungdomsenheten som beslutar om att inleda utredning om skäl för tvångsvård. Om det vid ansökan eller tidigt i utredningsskede visar sig att det är adekvat med tvångsinsatser enligt § 6 LVU, fattar socialnämndens ordförande beslut. Därefter ska en ansökan till förvaltningsrätten beredas till nämndens arbetsutskott som fattar beslut om att till förvaltningsrätten ansöka om tillstånd till tvångsvård enligt 6 § LVU om omedelbart omhändertagande⁵. Under 2018 var 18 personer aktuella för LVU-vård.

Ärende	Lagrum	Delegat
Beslut om att inleda utredning vid samtycke	11 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare
Beslut om att genomföra utredning oavsett den enskildes samtycke. Endast i barn och ungdomsärenden	11 kap. 2 § SoL	Samordnare
Beslut om att avsluta placeringsinsats för barn/unga	4 kap. 1 § SoL	Samordnare
Beslut om ansökan hos förvaltningsrätt om vård enligt LVU	4 § LVU	Arbetsutskott
Beslut om omedelbart omhändertagande av barn och ungdom under 20 år	6 § 1 st. LVU	Arbetsutskott
Beslut om hur vården skall ordnas och var den unge skall vistas under vårdtiden	11 § 1st. LVU	Arbetsutskott
Beslut om att vården skall upphöra	21 § 1 st. LVU	Arbetsutskott

SOCIALNÄMNDENS DELEGATIONSORDNING

Mottagningsenheten tar emot alla anmälningar och gör en förhandsbedömning som går ut på att ta ställning till om en utredning ska påbörjas eller ej. Ärenden som resulterar i att utredning inte inleds registreras med beslutsfattare, beslutsdatum och beslutsmotivering samt tillförs personakt om ärendet inte är pågående. Cirka 110 nya anmälningar per månad inkommer till mottagningsenheten. De anmälningar som inkommer i pågående ärenden tas ej om hand av mottagningsenheten då det redan finns ett ärende.

⁴ Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) är en tvångslag som kompletterar Socialtjänstlagen. Lagen möjliggör sluten tvångsvård av vuxna missbrukare efter beslut av förvaltningsrätt. För missbrukare under 18 år ska istället LVU tillämpas

⁵ Enligt 13 § LVU så ska socialnämnden minst en gång var sjätte månad överväga om vården fortfarande behövs och i sådant fall hur den ska inriktas och utformas.

Barn- och ungdomsenheten arbetar i verksamhetssystemet Procapita, men kommer under 2019 att gå över till Lifecare. Dokumentation sker utifrån utredningsmodellen barns behov i centrum, BBIC.

Om utredningen visar behov av insatser av stödjande eller behandlande karaktär i öppenvård, ansvarar utredaren för att en genomförandeplan upprättas. Inför en placering utom hemmet upprättas en vårdplan. Av vårdplanen framgår socialtjänstens avsikter med den föreslagna vården och hur den ska anordnas. Planen ligger till grund för genomförandet av vården och för uppföljningen. Den upprättas därför som ett särskilt dokument i Procapita. I vårdplan, uppdrag och genomförandeplan dokumenteras mål med insats. Målområdena följer samma struktur som beslutsunderlag enligt BBIC.

Vid ärenden som berör barn och unga finns krav på delaktighet, baserat på ålder och mognad. Av *Riktlinjer för socialnämndens arbete med barn och unga* framgår att vårdnadshavaren och den unge undertecknar planen så att det klart framgår att de tagit del av den och huruvida de samtyckt till den eller inte. I flera barn- och ungdomsärenden är barnet så pass litet att delaktigheten säkerställs genom att tillsammans med barnet fylla i en illustrativ broschyr.

Ärendedragningar sker veckovis och utredare har individuella genomgångar med samordnare en gång i månaden. Antalet pågående ärenden noteras i Excel-dokument i syfte att mäta arbetstyngd.

4.3. Biståndsenheten – rutiner för utredning och beslut

Av äldre- och omsorgsnämndens samt socialnämndens delegationsordning framgår att beslut om att inleda utredning är delegerat till biståndshandläggare.

Ärende	Lagrum	Delegat
Beslut om att inleda utredning	11 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare Biståndshandläggare
Beslut om bistånd i form av särskilt boende samt korttidsboende	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef

ÄLDRE OCH OMSORGSNÄMNDENS DELEGATIONSORDNING

Vad gäller äldreomsorgen beslutar biståndshandläggare om hjälp i hemmet och enhetschef beslutar om särskilt boende. Biståndsenheten har fått ett nytt verksamhetssystem Lifecare för utredning och dokumentation. Lifecare uppges underlätta utredning och dokumentationen enligt IBIC (individens behov i centrum).



Det framgår i granskningen att alla moduler inte finns i Lifecare för att verksamhetssystemet ska vara komplett. Bland annat kan handläggaren inte se utförarens upprättade genomförandeplaner utan de måste gå in i det gamla verksamhetssystemet, Procapita. Då genomförandeplanerna inte finns tillgängliga i Lifecare kan handläggaren inte se om de beställda insatserna har beskrivits hos utföraren. Detta har dock åtgärdats under tiden för granskningen. Förbättringsförslag benämns vara att handläggaren ska få en notifikation i

systemet efter 15 dagar om genomförandeplan inte finns och därmed efterfråga denna från utförarna.

4.4. Bedömning

Vi bedömer att det inom myndigheten finns tillräckliga riktlinjer som stödjer handläggning och dokumentation av enskilda ärenden. Samtliga enheter för myndighetsutövning, (vuxenenheten, barn- och ungdomsenheten samt biståndsenheten) har fastställda rutiner och riktlinjer för dokumentation vilka tar sin grund i SoL samt SOSFS 2014:5, och innehåller hänvisning till lagrum, förslag på frastexter och ansvarsfördelning. I riktlinjerna behandlas bland annat den lagstiftning som verksamheten styrs av, handlägningsprocessen samt regler och syfte kring dokumentation. Rutinerna är levande dokument då de revideras vid behov och uppges vara väl förankrade i verksamheten.

Enheterna säkerställer klienten/brukarens delaktighet i planeringen genom bland annat underskrift. I flera barn- och ungdomsärenden är barnet så pass litet att delaktigheten säkerställs genom att tillsammans med barnet fylla i en illustrativ broschyr. Existensen av alternativa metoder för att främja barnets delaktighet bedöms som positivt.

Procapita underlättar för verksamheterna att leva upp till lagar och regler gällande dokumentation. Övergången till Lifecare förväntas av de intervjuade underlätta arbetet ytterligare. Vi delar den bedömningen. Genom BBIC finns förutsättningar att stärka den röda tråden, och efterlevnad av gällande krav i lagstiftning genom hela handlägningsprocessen.

4.5. Myndigheternas kvalitetsråd

Det systematiska förbättringsarbetet upprätthålls genom enheternas kvalitetsråd. Varje enhet har ett eget kvalitetsråd vilket fungerar som forum för att bland annat diskutera och revidera rutiner för dokumentationen. Kvalitetsråden innefattar representanter från enheternas alla arbetsgrupper vilka träffas ca en gång i månaden. Minnesanteckningar skrivs och avvikelser och förbättringsförslag återkopplas på APT. Efter genomförda egenkontroller tas prioriterade utvecklingsområden fram och förs vidare till råden där de respektive ärendestegen analyseras.

4.6. Egenkontroll - kollegial ärendegranskning

Myndighetsenheterna har sedan hösten 2013 ett gemensamt program för egenkontroll i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9). Egenkontroll genomförs årligen i november och varje handläggare tilldelas ca 3–6 ärenden att granska. Detta organiseras av enhetens samordnare. Aktkontroller görs även i nyanställdas inskolningsfas och fungerar därmed även i utbildande syfte. Detta har validerats genom att vi har tagit del av dokumentationen.

Hos samtliga enheter har man tagit fram dokumentet *Rutin - manual* med reviderbara riktlinjer, mallar och förbättringsförslag behjälpliga för dokumentationsarbetet. Här förtydligas även viss roll- och ansvarsfördelning. Egenkontroll sker efter uppställda mallar och kollegialt upprätthållna rutiner. Fokus är att se hur dokumentationen är utförd i Procapita och om den följer upprättade rutiner.

Metodiken baseras på egna checklistor för att följa frågor om beslutsordning och dokumentationsprocess. Samordnaren samlar in egenkontrollerna för vidarebefordran till Kvalitet och verksamhetsstöd, som sammanställer materialet. Förekommande utvecklingsområden återkopplas till handläggare via enhetschef och med en följande handlingsplan som följs upp under året. Iakttaga avvikelser i dokumentationsarbetet lyfts fram av handläggare, åtgärdas och dokumenteras för att behandlas i kvalitetsråd.

4.6.1. Egenkontrollen har identifierat flera utvecklingsområden

I *Resultat av egenkontroll 2018*, barn och ungdom, påvisas hur dokumenterade underlag för frågor om generell kommunikation och inkluderande enskilda samtal med barn är tydliga utvecklingsområden. Utvärderingen delar upp ärendegången i 8 dokumentationssteg där totalt 184 slumpmässigt utvalda ärenden granskats därefter.

Egenkontrollen har också visat att enheten för barn och ungdom i hög grad lever upp till andelen akter som på ett tillräckligt sätt tillmötesgår dokumentationskriterier om icke-enskilda samtal med barn, färdigställda utredningar inom 4 månader, när och hur utredning och beslut kommunicerats, utformade uppdrag till utförare, samt möjligheterna till att följa uppföljningsprocesserna i aktanteckningar.

I biståndsenhetens *kontrollmoment med åtgärder* framkommer att flera av förbättringsområdena från aktgranskningen 2018 finns inkorporerade i planering av årets kontrollmoment. Några av förbättringsområdena berör tydlighet i samtycke, tidsbegränsning av beslut, samt att datum för uppföljning inte framgår tydligt.

Noterbart är att dokumentering av upprättade genomförandeplaner och konkreta och uppföljningsbara mål uppvisar en begränsad tydlighet i akterna för både biståndsenheten och barn- och ungdomsenheten. Genomförandeplaner skrivs av verkställighetssidan men det är myndigheten som ansvarar för dem. Det är enheten som sätter målen och säkerställer att genomförandeplanerna motsvarar uppdraget. I intervjuer anges att dokumentationskraven vad gäller uppföljning är otydliga.

Det framgår att biståndsenheten som åtgärd på stickprovskontrollerna 2018 har planerat två utbildningstillfällen med kommunjurist för att säkerställa att enheten inte brister i dokumentationen.

4.7. Bedömning

SKL beskriver i *Förbättrad dokumentation* att ett eget lärande ger en förbättrad och mer effektiv dokumentation. Myndigheterna inom socialkontoret bedöms ha goda lokala lärandeprocesser där handläggare granskar varandras dokumentation samt att tid avsätts för analys och diskussion kring dokumentationen.

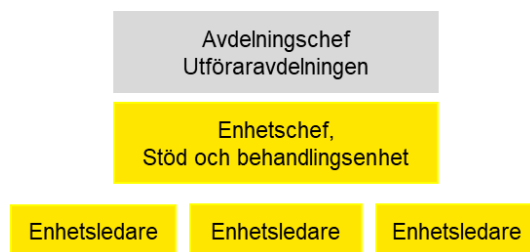
I myndigheternas årliga egenkontroller kontrolleras om aktuella genomförandeplaner finns. I egenkontroll för barn- och ungdomsenheten framgår att det finns förbättringsområden vad gäller upprättande av genomförandeplaner och formulering av uppföljningsbara mål. Vi bedömer att det finns anledning att anpassa systemen till att signalera till handläggare och socialsekreterare om genomförandeplan inte inkommit inom 14 dagar, både vad gäller kommunens utförare och privata utförare. Detta i kombination med uppföljningsbara mål underlättar myndighetens utvärdering av måluppfyllelsen för den beställda insatsen.

5. Rutiner för dokumentation i genomförandeplaner och social dokumentation

5.1. Utföraravdelningen – stöd och behandlingsenheten

Enligt Socialstyrelsens allmänna råd *SOSFS 2014:5 Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS* fastslås att genomförandeplanen skall fattas i samråd med den enskilde, eller om den enskilde inte är kapabel att fatta beslut, dennes anhöriga eller utsedda goda man. Utifrån processen med arbetsplan och inledande möten med klienten tas genomförandeplan fram av utförare/socialsekreterare i samråd med klienten och insatsens behandlare.

Under utföraravdelningens stöd- och behandlingsenhet finns ett flertal verksamheter som arbetar inom socialpsykiatri och missbruksvården.



Härnevimottagningen (missbruksenhet)

Missbruk Härnevi fokuserar på riskbruk-, missbruk- och beroendeproblematik och består av 3 heltidsarbetande missbruksbehandlare. Verksamheten är en samarbetande mottagning med mini-maria⁶ och PRIMA. Enhetsledaren är även behandlare till 50 procent. Verksamheten arbetar främst med tidsbegränsade insatser.

Enheten saknar rutiner för upprättande av genomförandeplaner, men har mallar att utgå ifrån vad gäller innehåll. Enheten saknar således rutiner för att säkerställa att det inte finns värderande eller ovidkommande information i journalen. Vid granskningen uppmärksammades att verksamheten saknar rutiner för dokumentation när en brukare avslutar insatser. Detta föranledde att enheten har initierat ett arbete med att rensa och skicka journaler för arkivering, samt att arbeta fram rutiner.

Av *Rutin och manual* för vuxenenheten framgår att berörd socialsekreterare ansvarar för att uppföljningsmöten genomförs var tredje månad tillsammans med klient och behandlare. "Berörd socialsekreterare ansvarar också för att genomförandeplan är upprättad och underskriven av behandlare och klient". Det framkommer även att uppföljning av insatsens genomförande ingår i Härnevimottagningens egenkontroll men inte har genomförts regelbundet.

⁶ Mini-Maria i Bro är en öppenvårdsmottagning för ungdomar upp till 20 år med riskbruk eller missbruk av alkohol och droger. PRIMA Beroende ansvarar för beroendevården för vuxna över 18 år som är boende i kommunen.

Solängens öppenvård

Solängen är kommunens öppenvård för barn, ungdomar och deras familjer som behöver stöd, behandling och hjälp med att lösa olika svårigheter och kriser. Verksamheten består av fem familjebehandlare. Enhetschef utgör även enhetsledare för denna verksamhet.

Beställningar kommer från myndighet till utföraren genom Procapita. Inom en månad upprättar familjebehandlare en genomförandeplan. Familjebehandlarna dokumenterar vilka som deltagit samt, var och när man träffas, teman som föräldrarna/familjen arbetar med, samt processinfo som är relevant kopplad till uppdraget. När det är strukturerad behandling med specifika program beskrivs vilka moment som är genomförda. Om bokade tillfällen avbokas, oavsett av vem, journalförs detta. När en insats avslutas lämnas pappersdokumentation av vikt till akten hos socialtjänsten. Annan pappersdokumentation kasseras enligt rutiner för sekretessmaterial.

Familjebehandlare ansvarar för att dokumentera avvikelser på kvalitetsråd. En gång per år genomförs en egenkontroll av dokumentation enligt ledningssystemet för kvalitetsarbete. Av *Kvalitetsberättelse 2017* framgår att egenkontrollen av dokumentation genom stickprovsgranskning skedde 2017. Resultatet återkopplades och enheten åtgärdade bristerna. Egenkontrollen med stickprovsgranskning uppges inte ha skett 2018 då enheten inte har en egen enhetsledare med tid och tydligt ansvar för uppföljningen.

Boendestöd Psykiatri

Verksamheten består av sex stycken boendestödjare, varav en med tjänst om 80 procent. Verksamheten för socialpsykiatri har även en träfflokal med två medarbetare. Vid tiden för granskningen uppgavs att verksamheten verkställde drygt 70 ärenden. I intervjuer framkommer att några brukare har omotiverat stort antal timmar beviljade i beslut. Det uppges finnas en viss diskrepans mellan biståndsenheten och utförarsidan gällande hur omfattande boendestöd bör vara för en brukare. Intervjuade kopplar detta till att myndighetssidan inte har tillräckliga kunskaper om insatsen och behovet hos brukare inom socialpsykiatri.

Verkställighetssidan beskriver boendestöd som föränderligt. I intervjuer framkommer att biståndsenheten fattar en hel del tillsvidarebeslut som prövas efter sex månader till ett år. Flera beställningar ligger kvar som öppna utan att avslutas av myndigheten. Enheten gjorde i augusti 2018 en översyn av samtliga öppna ärenden i Procapita. Resultatet visade att det var ett flertal avslutade ärenden som myndigheten inte hade avslutat i Procapita.

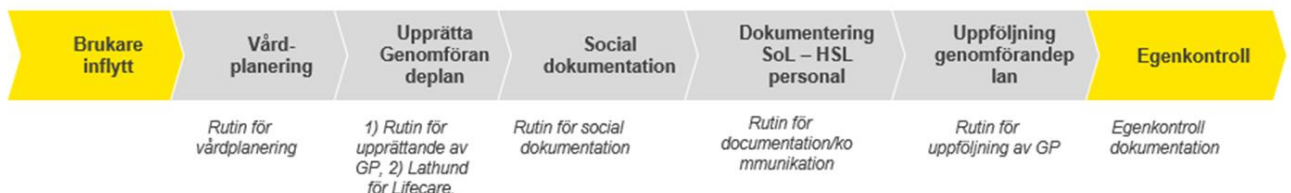
Det framkommer i *Kvalitetsberättelse 2018* att Solängen, Härnevimmottagningen och boendestöd psykiatri har gjort egenkontroller av dokumentation genom stickprovsgranskning av varandras ärenden, kollegial ärendegranskning. Resultaten har återkopplats och ansvarig personal har åtgärdat bristerna.

5.2. Utförarenheten – vård- och omsorgsboende för äldre

Norr- och allégården är vård- och omsorgsboenden förlagda under utföraravdelningen. Mellan avdelningarna finns totalt 48 brukare. Sedan 2018 upprättar utförare i egen regi genomförandeplan och socialdokumentation i Lifecare. Den inskolande fasen beskrivs ännu fortgå. Om den enskildes behov ändras ska utföraren dokumentera detta och kontakta biståndshandläggaren.

Inkommande beslut och beställningar kommer först till enhetsledare. Initierade ärenden går via samordnare vidare till vårdpersonal och rehabiliteringsteam vilka anpassar vårdplan som möter frågor om brukarens hälsa, behov, medicinering, anhörigkontakter och preferenser. Vårdplan utgör även en viss grund för genomförandeplan, vilken dokumenteras i Lifecare. Underlaget förs in i Lifecare men all berörd personal har idag ännu inte tillgång till systemet, något som dock väntas åtgärdas. Lifecare kräver medarbetares personliga elektroniska legitimering för inloggning vilket stärker rättssäkerheten och säkerheten kring brukares akter.

Social dokumentation ska ske på daglig basis i systemet och enheten har tagit fram lathund för ändamålet. Enheten använder sig av de rutiner och riktlinjer som Socialstyrelsen har arbetat fram för handläggning och dokumentation inom socialtjänsten. Uppdatering av tillgängliga formaliserade rutinbeskrivningar uppges äga rum, även om rutiner beskrivs vara väl införstådda hos personalen idag. Arbete med framtagna förprogrammerade frastexter, kompletterande veckovisa sammanställningar, morgonmöten och framförallt ett mellankollegialt lärande beskrivs som behjälpliga verktyg för arbetet. Se processkarta med rutiner nedan:



Det framkommer att verkställigheten vad gäller brukaren kan dokumenteras i veckosammanfattningar, om berörd personal under veckans gång inte har dokumenterat kontinuerligt. Detta kan innebära att annan personal än de som arbetat skriver den sociala dokumentationen.

Då hälso- och sjukvårdspersonal inte har tillgång till brukarnas akter i Lifecare, hanteras viss dokumentation i fysisk pärm (så kallad "flik 9") vilket beskrivs som en form av försäkring till att lämplig dokumentation framställs av hälso- och sjukvårdspersonal. I intervjuer framkommer att det ännu inte förekommit några större avvikelser i dokumentationsförfarandet.

Utöver samordnande dokumentansvarig vilken ansvarar för fortbildning och guidning finns bland personalen även utsedda dokumenteringsstödare för att tillse en upprätthållen lärandespridning mellan avdelningarna.

Månadsvisa stickprovskontroller förekommer och ansvarig samordnare anser sig ha en bra överblick. Även månadsvis rapportering sker mellan samordnare och ansvarig chef som tillsammans genomför kontroller av dokumenteringens innehåll. Brukares tillstånd, dagliga hälsa, aktiviteter och daglig dokumentation är frågor som ges extra uppmärksamhet.

Enhetens kvalitetsråd träffas månadsvis med representanter från samtliga vårdpersonalgrupper och avdelningar och fungerar som forum för arbetens konstruktiva diskussioner. Dokumentationsarbetet ges en egen punkt där förebyggande och uppföljande samtal kring avvikelser förekommer. Avvikelsers faktiska åtgärder beskrivs dock i regel förekomma långt tidigare ute i verksamheten. Rutiner och informationsutbyte diskuteras också i kontinuerliga APT-möten.

5.3. Krav på privata utförare

Av *Förfrågningsunderlag, Lag (2008:962) om valfrihetssystem, LOV*, antagen av socialnämnden den 18 augusti 2016, SN16/0125, framgår att utföraren är skyldig att tillsammans med den enskilde och/eller dennes företrädare upprätta en genomförandeplan utifrån de biståndsbedömda insatserna. Innehållet i genomförandeplanen ska beskrivas utifrån ÄBIC/IBIC och den enskildes önskemål. Utföraren ska följa upp genomförandeplanen regelbundet, vid förändrade behov samt vid nybeställning, dock minst två gånger per år. Genomförandeplanen ska skickas till beställaren inom 14 dagar efter påbörjat uppdrag samt efter varje uppföljning.

5.4. Bedömning

En av utförarna saknar rutiner för upprättande av genomförandeplaner, men har mallar att utgå ifrån vad gäller innehåll. Det saknas i det fallet dokumenterade rutiner för att säkerställa att det inte finns värderande eller ovidkommande information i journalen. Det framkommer dock i intervju att det är tydligt förankrat i verksamheten hur genomförandeplaner och social dokumentation ska formuleras. Införandet av Lifecare förväntas av de intervjuade ge ett betydande förbättrande inslag i dokumenteringsarbetet. Lifecare kräver även medarbetares elektroniska legitimering för inloggning vilket stärker rättssäkerheten och säkerheten kring brukarens akt.

Det framkommer att verkställigheten av brukarens insatser ibland dokumenteras i veckosammanfattningar, om berörd personal under veckans gång inte har dokumenterat kontinuerligt. Detta kan innebära att annan personal än de som arbetat de aktuella dagarna skriver den sociala dokumentationen. Vår bedömning är att utförarenheterna behöver arbeta för att medarbetare som jobbar med brukaren aktuell dag, i största möjliga mån gör anteckningar i den sociala journalen. Detta för att dokumentationen skall vara så korrekt som möjligt samt att dokumentering sker kontinuerligt.

Vid granskningen uppmärksammades även att en enhet saknade rutiner för dokumentation när en klient avslutar insatser. Detta föranledde att enheten har initierat ett arbete med att rensa och skicka journaler för arkivering, samt arbeta fram rutiner.

Det framkommer att samtliga enheter har en formaliserad struktur för egenkontroll vilket inbegriper aktgranskning. Av olika skäl genomför inte samtliga enheter stickprovsgranskningen regelbundet vilket vi bedömer är en brist.

Vi bedömer att det finns brister i utförarenheternas proaktiva arbete med kvalitetsledning, i form av aktuella och upparbetade riktlinjer, samt kontinuerlig egenkontroll och uppföljning. Nämnderna behöver säkerställa att utföraravdelningen har tillräckligt med personella resurser för att kunna arbeta ändamålsenligt med dessa delar.

Vi har i granskningen fått indikationer på att handläggare som hanterar myndighetsutövning inom boendestöd för socialpsykiatri inte har tillräcklig kunskap kring insatsens omfattning och karaktär, samt behovet hos brukare inom socialpsykiatri. Möjligen finns det behov av att se över om myndighetsutövningen bör förläggas på en annan myndighetsenhet, alternativt fortbilda befintlig personal inom biståndsenheten. Detta faller dock utanför ramen för denna granskning.

6. Stickprovsgranskning av akter

Ärendegranskning har gjorts av 10 ärenden inom de skilda enheterna under social- och äldre och omsorgsnämnden. I granskningen har vi enbart säkerställt att dokumentationen finns och i tillräcklig utsträckning uppfyller dokumentationskraven (se utvalda granskningskriterier i bilaga 2). Vi har således inte gjort någon fördjupad bedömning avseende relevans eller väsentlighet i innehållet som sådant. Det stickprov vi granskat bör endast ses som en indikator på eventuella brister i dokumentationen. Säkra slutsatser om all dokumentation kan inte enbart göras utifrån stickprovet.

Vi noterar utifrån de granskade akterna att det i ett fall saknades en dokumenterad skyddsbedömning enligt 11 kap. §1a SoL.

Vidare framgår att det i ett fall saknas information om genomförandeplan har upprättats, samt att det i ytterligare två ärenden saknas en komplett genomförandeplan i enlighet med alla punkter i 2 kap. Socialtjänstförordningen (2001:937). I de fall genomförandeplan saknas kan orsaken dock vara att en papperskopia av genomförandeplanen har inkommit via postgång men att det inte har noterats i de digitala verksamhetssystemen. I tre av de fyra granskade akterna med beslut om SoL-insatser var det otydligt huruvida enskilda brukare deltagit i upprättandet av genomförandeplanerna. Två av de granskade akterna avser SoL-insatser som biståndsenheten tagit beslut om, varav det tredje ärendet inbegriper SoL-insatser beslutade av barn- och ungdomsenheten. Detaljerad sammanställning av resultatet i aktgranskningen framgår i bilaga 2.

Mycket av det efterfrågade innehållet går att finna men är förhållandevis otydligt utan stöd från erfarna medarbetare. Detta gäller speciellt i Procapita. Vi noterar utifrån de granskade akterna att ärenden är väsentligt enklare att följa i Lifecare jämfört med Procapita, och är i linje med vad som återgetts i intervjuer med bland annat socialsekreterare, också i fråga om användarvänlighet.

6.1. Bedömning

I samtliga ärenden finns en journal i vilken socialsekreterarna löpande fört in uppgifter, både gällande utredningsarbetet och under genomförandet av beslutade insatser. Journalen innehöll anteckningar om beslut och åtgärder som vidtagits samt andra viktiga händelser. Omfattningen av dokumentationen skilde sig åt beroende på ärendets komplexitet.

Vi bedömer att det utifrån vår stickprovskontroll av akter finns brister vad gäller dokumentationen i de utvalda ärendena. Akterna innehöll, i stort, nödvändig dokumentation men i flera fall saknades genomförandeplaner som uppfyller lagstiftning och allmänna råd. Bland annat formulering av konkreta och uppföljningsbara mål, främst inom granskade SoL-ärenden med beslut om insatser inom äldreomsorgen. Vi noterar även att en av de granskade akterna saknade en dokumenterad skyddsbedömning enligt 11 kap. §1a SoL, vilket är en brist.

7. Nämndernas uppföljning och kontroll

Årligen upprättas en internkontrollplan för socialnämndens samt äldre- och omsorgsnämndens verksamheter. Utöver den interna kontrollplanen genomför samtliga verksamheter lokala egenkontroller för att säkerställa att verksamheten följer gällande lagar/förordningar och drivs med god kvalitet.

I *Intern kontrollplan 2019* för Socialnämnden samt äldre- och omsorgsnämnden finns en kategori benämnd "Efterlevnad av tillämpliga lagar och regler", vilken inbegriper riskreducerande processer i form av uppföljningar och egenkontroll, se nedan. För att kontrollera att verksamheterna genomför egenkontroll skickas frågeställning till samtliga verksamheter.

Risk	Åtgärd	Slutdatum
Olika krav på kvalitet och lagefterlevnad på intern respektive extern verksamhet	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Arbeta fram nya uppföljningsmallar ❖ Likvärdiga uppföljningsmallar för extern och intern verksamhet 	2019-12-31
Egenkontroller genomförs inte enligt föreskrift SOSFS 2011:9	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Översyn av egenkontroller och stöd till chefer att skapa årshjul för egenkontroller 	2019-12-31

Redogörelse för intern kontroll, synpunkter och utvecklingsområden inom socialnämndens verksamheter rapporteras till nämnd i *Kvalitetsberättelse 2018*, godkänd av socialnämnden den 11 april 2019. I rapporten framgår bland annat att biståndsenheten under 2019 ska "säkerställa att uppföljning av beslut sker i enlighet med gällande lag och riktlinjer (SOSFS 2014:5 [...] samt socialnämndens riktlinjer för handläggning."

Enligt ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och avtal enligt LOV och LOU ska utförare årligen upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Samtliga utförare har inkommit med en kvalitetsberättelse inom utsatt tid, den 15 februari 2018. I utförarnas kvalitetsberättelser framgår bland annat hur de har arbetat med social dokumentation och intern kontroll av dokumentation. I kontorets tjänsteskrivelse avseende kvalitetsberättelsen framgår att dessa håller olika kvalitet och detaljeringsgrad. Kontoret önskar bland annat tydligare redogörelser gällande formerna för utförarnas egenkontroll. Några utförare beskriver att de genomför aktgranskningar. Socialnämnden godkände kvalitetsrapport 2018 för privata utförare med upphandling enligt LOV och LOU den 11 april 2018.

7.1. Uppföljning av dokumentation – Avdelning kvalitet- och verksamhetsstöd

Avdelningen Kvalitet-och verksamhetsstöd är förlagd inom socialkontorets organisation och består av 14 medarbetare, bland annat två kvalitetsutvecklare och en utredare. Avdelning har för avsikt att utöka verksamheten med ytterligare en kvalitetsutvecklare.

Kvalitetsuppföljning inom socialkontorets organisation sker idag hos samtliga verksamheter en gång per år. Idag arbetar avdelningen för kvalitet- och verksamhet efter en uppföljningsplan och en mall som kan liknas vid ett årshjul. Avdelningen kan genomföra händelsestyrda uppföljningar vid behov. Dessa kan initieras efter begäran från verksamheterna eller inkomna synpunkter. Det framkommer dock att detta arbete blivit något eftersatt med anledning av resursbrist. På grund av rådande personalbrister ser avdelningen

ett behov av att revidera processen för att frigöra tid för exempelvis mer platsbesök och effektiviserade utredningsarbeten.

Metodikerna för uppföljningarna består främst av verksamhetsbesök hos de olika utförarna. Det ingår även i uppföljningarna att intervjua ett antal medarbetare. Brukardelaktigheten fångas delvis upp genom stickprovskontroll av genomförandeplaner i samband med aktgranskningar och granskning av social dokumentation. Detta är en separat aktgranskning oberoende av verksamheternas egenkontroller. Kvalitetsutvecklaren granskar ca fem procent av akterna för respektive myndighetsenhet.

Av *Kvalitetsberättelse 2018* framgår att aktgranskningen för barn- och ungdomsenheten överlag visat att handläggningen fungerar väl och rättssäkert med bland annat korrekta och tidssatta beslut, vård- och genomförandeplaner, att utredningar inleds skyndsamt och att handläggning sker inom lagstadgad tid. Resultatet visar också att barn görs delaktiga genom samtal. Förbättringsområden som framkommit genom aktgranskningen är bland annat formalia kring akuta skyddsbedömningar (*återkommande från 2017*), rutiner kring utredningsplan och kommunikering (*återkommande från 2017*).

Vuxenenhetens granskning av akterna visar på förbättringsområden rörande bland annat utredning, uppföljning, insatser och uppdrag. Vuxenenheten har arbetat vidare med resultatet från egenkontrollen och aktgranskningen genom att tillsammans gå i genom resultatet både på APT men också på metodmöten.

Biståndsenheten och kvalitets- och verksamhetsstöd delade 2017 inte synen på vilka brister som förekom i dokumentationen. Aktgranskning som genomförs av kvalitet- och uppdragsenheten, enligt internkontrollplanen, har i rapporten "*Aktgranskning 2017*" konstaterat brister vad gäller uppföljning av mål samt dokumentation om samtycke. Biståndsenheten upplevde inte samma brist som i rapporten, vilket föranledde att bristerna inte analyserades och åtgärdades. I samband med detta planerades ett samtal mellan enheterna för att skapa samsyn gällande på vilket sätt dokumentation sker och hur akten ska granskas. I *Kvalitetsberättelse 2018* framkommer att aktgranskningen för 2018 byggde vidare på föregående års aktgranskning. Förbättringsområden rör bland annat samtycke, kommunikering, tidsbegränsning av beslut, SIP, uppföljning av beslut och insats samt att kunna följa ärendets gång i den löpande dokumentationen.

För att inge förståelse hos enheterna till vikten av lokalt inarbetade dokumentationsrutiner erbjuder avdelningen utbildningstillfällen främst för enhetsledare och chefer. Stor vikt läggs vid att säkerställa en brukarorienterad dokumentering.

7.1.1. Avtalsuppföljning

Avtalsuppföljning sker även hos de upphandlade privata utförarna av hemtjänst samt vård- och omsorgsboenden enligt LOV och LOU. Utifrån förfrågningsunderlag och de definierade krav och kvalitetsnivåer som legat till grund för avtalet avgörs uppföljningens innehållsmässiga inriktning. I avtal och lagstiftning framgår dokumentationskrav för genomförandeplaner och journaldokumentering.

7.2. Bedömning

Vår bedömning är att socialnämnden samt äldre- och omsorgsnämnden, via kvalitetsberättelsen och egenkontroller som **ska** göras i verksamheterna enligt nämndernas ledningssystem, har förutsättningar för att på ett systematiskt sätt följa upp att handläggning och dokumentation håller en tillräckligt god kvalitet. Vår bedömning är att nämnderna håller sig tillräckligt informerade.

Vi ser positivt på att det finns goda strukturer för uppföljning och stickprovskontroller hos samtliga enheter. Det är angeläget att kvalitet- och verksamhetsstöd och producenterna av dokumentationen har samsyn gällande hur dokumentationen bör utformas. Detta för att myndigheterna och utförarna ska kunna åtgärda eventuella brister som identifieras. Vi belyser även vikten av att kunna genomföra händelsestyrda uppföljningar vid inkomna synpunkter, klagomål och avvikelser.

8. Svar på revisionsfrågor

Nedan beskrivs i komprimerad form svaren på revisionsfrågorna och de bedömningar som görs utifrån respektive revisionsfråga.

Revisionsfråga	Svar
Säkerställer nämnden en ändamålsenlig regelefterlevnad vad gäller social dokumentation?	Delvis. Vår bedömning är att det finns ändamålsenliga riktlinjer och rutiner för dokumentation vid samtliga myndighetsenheter och utförare. Myndighetsenheterna har tagit fram sina rutiner och riktlinjer med utgångspunkt från Socialstyrelsen rekommendationer för handläggning och dokumentation inom socialtjänsten. Procapita underlättar för verksamheterna att leva upp till lagar och regler gällande dokumentation. Rutinerna efterlevs däremot inte fullt ut i verksamheterna, främst på utförarsidan. Denna bild vidimeras av vår stickprovsgranskning som visar på vissa brister vad gäller upprättande av genomförandeplaner i enlighet med gällande lagstiftning.
Finns rutiner för upprättande av genomförandeplaner?	Ja. Det finns rutiner för upprättande av vårdplan och genomförandeplan vid samtliga myndigheter och utförare. En utförare saknade dokumenterade rutiner men hade vägledningar och frastexter till stöd. I verksamheternas egenkontroller samt vår stickprovsgranskning noteras att genomförandeplaner inte alltid är upprättade och aktuella vilket innebär att rutinerna inte alltid efterlevs.
Tillämpas rutinerna och är brukaren och/eller närstående delaktig i utformandet av en genomförandeplan?	Delvis. Vi bedömer att rutinerna inte fullt ut följs i verksamheterna. I verksamheternas egenkontroller samt vår stickprovsgranskning noteras att genomförandeplaner inte alltid är upprättade och aktuella. Samtliga intervjuade beskriver att närstående och brukare alltid är delaktiga i utformningen av genomförandeplaner. I vissa fall undertecknar brukaren genomförandeplanerna för att säkerställa delaktighet. I de fall genomförandeplan har upprättats är vår bedömning att brukaren är delaktig i utformandet av genomförandeplanen.
Dokumenteras verkställigheten av beslutet i enlighet med de krav som finns i socialtjänstlagen och enligt Socialstyrelsen? Omfattar dokumentationen de nödvändiga uppgifterna?	Delvis. Verksamheternas egenkontroller och vår stickprovsgranskning visar på att dokumentationen, i stort, efterlever relevant lagstiftning. Det finns dock brister vad gäller upprättande av genomförandeplaner, formulering av konkreta och uppföljningsbara mål, främst inom granskade SoL-ärenden med beslut om insatser inom äldreomsorgen.
Säkerställer nämnderna att det finns tillräcklig intern kontroll av social dokumentation inom socialtjänsten?	Delvis. Vår bedömning är att socialnämnden samt äldre- och omsorgsnämnden, via kvalitetsberättelsen och de egenkontroller som ska göras i verksamheterna, har förutsättningar för att på ett

systematiskt sätt följa upp att handläggning och dokumentation håller en tillräckligt god kvalitet. Vår bedömning är att nämnden i allt väsentligt håller sig tillräckligt informerad. Några utförare har däremot inte kontinuerligt arbetat med egenkontrollen (stickprovsgranskning) i enlighet med nämndernas ledningssystem för kvalitetsarbete.

Upplands-Bro den 3 september 2019


EY


EY


EY

Bilaga 1: Källförteckning

Intervjuade funktioner:

- ▶ Socialchef, Socialkontoret
- ▶ Enhetschef, Biståndsenheten
 - Handläggare
- ▶ Enhetschef, Vuxenenheten
 - Handläggare
- ▶ Enhetschef, Barn- och ungdomsenheten
 - Handläggare
- ▶ Vik. Enhetsledare, Stöd och Behandlingsenheten (Utföraravdelningen)
 - Familjebehandlare, Stöd och Behandlingsenheten
 - Missbruksbehandlare, Stöd och Behandlingsenheten
- ▶ Enhetschef, Allégården & Norrgården (Utföraravdelningen)
 - Undersköterska, Allégården & Norrgården
 - Samordnare, Allégården & Norrgården
- ▶ Avdelningschef, Avdelningen Kvalitet-och verksamhetsstöd
 - Kvalitetsutvecklare, Avdelningen Kvalitet-och verksamhetsstöd

Dokument:

- ▶ Intern kontrollplan 2019, Socialnämnden, SN 18/0139
- ▶ Intern kontrollplan 2019, äldre- och omsorgsnämnden
- ▶ Äldre och omsorgsnämndens delegationsordning, Antagen av Äldre och omsorgsnämnden den 2 januari 2019, § 3, ÄON 19/ 0010
- ▶ Socialnämndens delegationsordning, antagen av socialnämnden den 31 januari 2019, § 117, SN 18/0050
- ▶ Riktlinjer för socialnämndens arbete med barn och unga, SN 17/0144
- ▶ Riktlinjer för socialkontorets missbruksvård
- ▶ Inspektionen för vård och omsorg (IVO) "Bilaga 3 - mall för aktgranskning av socialtjänstdokumentation, HVB/utförare av missbruksvård"
- ▶ Socialnämnden, Kvalitetsberättelse 2017
- ▶ SKL, Förbättrad dokumentation – utvecklingsarbete: förbättrad dokumentation inom den sociala barn- och ungdomsvården. Juni 2018.
- ▶ Rutin och manual, handläggning, verkställighet och uppföljning, vuxenenheten, reviderad 2019-02-05
- ▶ Rutin och manual, barn- och ungdomsenheten, reviderad 2019-03-07
- ▶ Processkarta missbruk
- ▶ Vägledning för grundutredning
- ▶ Handlingsplan 2019, barn- och ungdomsenheten, 2018-11-30
- ▶ Resultat av egenkontroll 2018, barn- och ungdomsenheten, februari 2019
- ▶ Socialkontorets kvalitetsuppföljningar 2018
- ▶ Planera kontrollmoment & åtgärder – 2019, biståndsenheten
- ▶ Kvalitetsberättelse 2018 socialnämnden, 2019-02-14, SN 19/0030
- ▶ Kvalitetsberättelse 2018 – privata utförare med upphandling enligt LOV och LOU, 2019-03-11, SN 19/0068

Bilaga 2: Resultat aktgranskning


Tabell 2: Resultat för aktgranskning av socialtjänstdokumentation


Aktgranskning	Krav enligt lag (SoL, FL) samt föreskrifter och allmänna råd om dokumentation (SOSFS 2014:5)									
Granskningskriterium 11 kap 5 § SoL, 23 § FL	LVU			LVM			SoL			
	1	2	3*	4	5	6	7	8	9	10*
Utredning										
Aktualiseringsorsak (5 kap. 1 § SOFS)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Vem utredningen gäller	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Dokumenterad skyddsbedömning m. beslut 11 kap. 1a § SoL (om aktuellt)	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	x
Vilken information som lämnats till den unga, samt hur, av vem (4 kap. 13-15 § SOSFS 2014:5)	-	✓	✓							
Vem som upprättat dokumentationen samt datum (27 § FL)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Insamling av uppgifter genom hembesök eller intervjuer (27 § FL)	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Beslut (enl. 31 § FL, 11 kap. 5 § SoL)										
Dag för beslut	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Beslutets innehåll (Vilka insatser som ska utföras)	✓	-	✓	-	-	-	✓	✓	✓	✓
Vem som har fattat beslut	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mål med insatsen 5 kap. § 9 SOSFS	✓	✓		✓	✓	✓				
Hur länge beslutet gäller ⁷	FR	FR		FR	FR	FR	TV	TV	TV	-
Ytterligare										
Eventuella besvärshänvisningar 33 § FL	✓	✓		-	-	-	-	-	-	-
Uppgift om när insatsen påbörjades hos utföraren	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Uppgift om formerna för uppföljning av insatsen	✓	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Genomförandeplan/vårdplan										
Vårdplan upprättad enligt SoL 11 kap. 3 § ⁸	✓	✓		*	✓	✓	-	-	-	✓

⁷ Beslut enligt LVU ska enligt § 12a följas upp var 7:e månad vid LVU beslut med stöd av 2 §, samt var 6:e månad om LVU beslut tar stöd i 3 §. Beslut enligt LVM om tvångsvård ska enligt § 20 upphöra när syftet med vården är uppnått alternativt när vården pågått i sex månader.

⁸ Inför en placering utom hemmet upprättas en vårdplan

Genomförandeplan upprättad och innehåller alla punkter i 2 kap. Socialtjänstförordningen (2001:937)	✓	✓	-	-	-	*	✓	✓	x
Att den enskilde deltagit i upprättandet av genomförandeplanen (3 kap. 5 § SoL)	-	-	-	-	-	x	✓	x	x
Genomförandeplanen har följts upp och uppdaterats	✓	x	-	-	-	-	-	✓	x
Vem som upprättat dokumentationen samt datum (27 § FL)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	x
Avslut									
Om insatsen har avslutats, datum och skäl för avslut	✓	-	✓	✓	✓	-	-	-	✓

 = Ärenden med beslut om insatser för äldre. Äldre- och omsorgnämnden ansvarig nämnd.

 = Ärenden med beslut om insatser för barn och unga eller missbruksvård. Socialnämnden ansvarig nämnd.

- ✓ Finns att se
- Inte aktuellt
- X Saknas
- FR Förvaltningsrättsligt beslut, krav på uppföljning
- TV Tillsvidarebeslut
- * Se asterisk under aktnummer

Akt 1.

Barnet i ärendet är vid tiden i 4-års åldern varför frågor om delgivning och delaktighet utelämnas.

Akt 2.

Individen är för ung för att delta. Original genomförandeplan från 2014 saknas men en uppdatering finns att se från 2015.

Akt 3.

Efter utredning följer beslut om att inte ta ärendet vidare under LVU, men övergår till SoL-ärende (akt3 blir akt 10). Därav upphör granskning av akt 3.

Akt 4.

*Finns ingen notering från SiS, men vårdplan är upprättad i HVB. Akt 4-6: Genomförandeplaner enbart när uppdrag har lämnats till Härnevi, öppenvård. I detta fall var insatserna ej i Härnevi.

Akt 7.

*Genomförandeplan finns men är bristfällig. Ärendet är dokumenterat i procapita-systemet (äldre ärende) och är därmed inte kopplat till IBIC så som Lifecare är idag. Därmed möts inte alla efterfrågade punkter, då delaktiviteter saknar mål.

Dokumentation för den enskildes deltagande saknas och det framgår inte varför.

Akt 9.

Den enskildes delaktighet saknas och utan motiv.

Akt 10.

Ej skyddsbedömning. Ej aktuell utredning. Genomförandeplan saknas.

Datum 2019-12-17 Vår beteckning ÅON 19/0116 Er beteckning

Äldre- och omsorgsnämnden

Revidering av riktlinjer parboende

Förslag till beslut

Äldre- och omsorgsnämnden godkänner revidering av riktlinjer för parboende. Riktlinjerna kommer vara giltiga tills det sker någon förändring i aktuella lagar eller förordningar.

Sammanfattning

Revidering av riktlinjer för parboende ska ske årligen eller vid behov. Verksamheten har dock inte haft anledning att förändra sina riktlinjer förrän nu på grund av förändrad lagstiftning eller uppdrag. De tillägg och ändringar som gjorts är en beskrivning av metod som används i utredningsarbetet gällande parboende när den ena parten har behov av vård- och omsorgsboende.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2019-12-17
- Riktlinjer för parboende

Ärendet

Riktlinjerna för parboende har reviderats utifrån metod och syfte med lagen. Syftet med parboende är att par ska kunna fortsätta bo tillsammans även om den ena parten behöver så omfattande stöd, vård och omsorg att han eller hon behöver bo i ett vård- och omsorgsboende. Det anges i socialtjänstlagen att det ingår i skälig levnadsnivå att kunna sammanbo med sambo eller make/maka. Rätten till medboende gäller då den biståndsberättigade beviljats eller sedan tidigare beviljats ett boende som avses i 5 kap 5 § SoL, det vill säga särskild boendeform för service och omvårdnad för äldre människor. Lagar som är aktuella för parboende är hyreslagstiftningen och socialtjänstlagen.

Är personen med beviljad insats i behov av boende med inriktning mot demens, placeras med fördel den andra parten på boende i samma byggnad med somatisk inriktning.

Vidare beskrivs hur den enskilde ska gå till väga för att göra en ansökan och de dokumentationskrav som gäller vid myndighetsutövning. Det är den enskilde eller den enskildes partner som kan göra ansökan. Så länge den medboende inte har något stöd enligt SoL dokumenteras det inte i journal. Skulle den medboende få insatser via SoL ska en enskild journal upprättas. I utredning är

det viktigt att utreda om paret varaktigt har sammanbott och dels om båda makarna, samborna vill fortsätta bo med varandra i det särskilda boendet. Båda parter bör erbjudas enskilda samtal för att diskutera frågan.

Beslut skickas sedan till den biståndsberättigade. Det framgår då i beslutet att de beviljas att bo tillsammans. Insatsen ska sedan utformas tillsammans med den enskilde men den enskilde har inte en oinskränkt rätt att få ett boende precis som han eller hon vill.

En taxa tas ut för medboende då särskilda boenden inte är utrustade så att de som bor där kan sköta matlagning och tvätt på egen hand. Taxan för medboende utgår från taxan för serviceinsatser inom hemtjänsten samt taxan för mat på särskilt boende vilka beslutas av Kommunfullmäktige. De avgifter som den medboende betalar räknas inte med i högkostnadsskydd för den medboendes avgifter. Skulle den medboende bli sjuk får den medboende söka sjukvård som andra i samhället då kommunen inte har något hälso- och sjukvårdsansvar för den medboende.

Om situationen ändras för den medboende kan den medboende ansöka om insatser. Ärendet handläggs då som att den medboende bor i ordinärt boende.

Den medboende ska teckna eget hyresavtal med aktuellt hyresbolag. När det gäller parboende finns villkor i hyresavtalet om att när den biståndsberättigade avlider sägs hyresavtalet upp. Handläggaren ska informera den medboende vid ansökan om parboende att det preciseras i hyreskontraktet att det är frågan om ett kategoriboende och att avtalet kan komma att sägas upp i det fall hyresgästen inte tillhör kategorin eller inte är i behov av bostad för parboende. Den medboende har då tre månader på sig att flytta ut. Myndighetssidan kan vara behjälplig att kontakta bostadsbolag men den enskilde ansvarar själv för att söka bostad.

Barnperspektiv

För att barnen i familjer med demens eller andra funktionshinder hos den vuxne, ska bli uppmärksammade är det viktigt att det finns uppdaterade och väl kända riktlinjer.

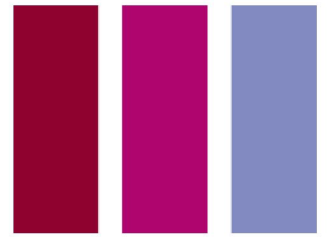
Socialkontoret

██████████
Socialchef

████████████████████
Avdelningschef Kvalitets- och
verksamhetsutveckling

Bilagor

1. Revidering av Riktlinjer handläggning av parboende



Riktlinjer handläggning av parboende

Revidering av riktlinjer

2020-01



Innehåll

1	Rätten att bo i särskilt boende.....	3
1.1	Syfte med parboende.....	3
1.2	Vad säger lagen.....	3
1.3	Vem gäller den.....	3
1.4	Hyreslagstiftningen reglerar också parboende	3
1.5	Olika former av parboende	3
2	Utredning och beslut	4
2.1	Ansökan	4
2.2	Dokumentation.....	4
2.2.1	Dokumentation medboende.....	5
2.3	Utredning	5
2.3.1	Är det bådass vilja att få bo tillsammans	5
2.4	Beslut	6
2.4.1	Den biståndsberättigade är den som får beslut om parboende....	6
2.4.2	Önskemål ger ingen oinskränkt rätt att välja	6
2.4.3	Avgifter för medboende.....	6
2.4.4	Kö till särskilt boende.....	6
2.4.5	Provboende	6
3	När den medboende klarar sig utan stöd	7
3.1	Den medboende är i behov av stöd	7
4	Hälso- och sjukvårdsinsatser	7
5	Ersättning till utförare	7
6	Hyresavtal vid parboende	7

1 Rätten att bo i särskilt boende

1.1 Syfte med parboende

Syftet med rätten att få bo tillsammans i särskilt boende eller serviceboende är att par ska kunna fortsätta bo tillsammans även om den ena parten behöver så omfattande stöd, vård och omsorg att han eller hon behöver bo i ett särskilt boende. Denna möjlighet ingår i en skälig levnadsnivå för äldre personer som varaktigt bor eller har bott tillsammans. Insatsen är frivillig och förutsätter att båda parter vill fortsätta bo tillsammans.

1.2 Vad säger lagen

I socialtjänstlagstiftningen finns två bestämmelser som reglerar rätten till parboende i särskilt boende.

I socialtjänstlagens 4 kap. 1 c § framgår följande: *För den som har beviljats eller beviljas bistånd i form av boende i en sådan särskild boendeform som avses i 5 kap. 5 § ska det ingå i en skälig levnadsnivå att kunna sammanbo med make eller sambo. Detta gäller under förutsättning att paret varaktigt har sammanbott eller, om den ena parten redan bor i ett sådant boende, att paret dessförinnan varaktigt har sammanbott. Första stycket gäller oavsett om maken eller sambon har behov av boende i särskild boendeform.*

I socialtjänstförordningen (2001:937) framgår det i 2 kap 2 § *För det fall makar, sambor eller registrerade partner beviljas boende i en sådan särskild boendeform som avses i 5 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453) skall med skälig levnadsnivå förstås att båda bereds plats i samma boende, om de begär det.*

1.3 Vem gäller den

Enligt Socialstyrelsens vägledning för tillämpning av socialtjänst- och hyreslagstiftningen framgår att rätten till medboende gäller då den biståndsberättigade beviljats eller sedan tidigare beviljats ett boende som avses i 5 kap 5 § SoL, det vill säga särskild boendeform för service och omvårdnad för äldre människor. Med särskilt boende avses ett boende för äldre från 65 år och uppåt som inte kan bo kvar i sin egen bostad på grund av att behovet av tillsyn eller kravet på trygghet och säkerhet inte längre kan tillgodoses.

1.4 Hyreslagstiftningen reglerar också parboende

Förutom socialtjänstlagstiftningen reglerar även hyreslagstiftningen parboende. Det är viktigt att hålla isär tillämpningen av de olika lagstiftningarna.

1.5 Olika former av parboende

Parboende kan tillgodoses på olika sätt och i olika boendeformer. Det kan vara i samma lägenhet i ett särskilt boende, i sammankopplade

parlägenheter eller i separata lägenheter inom samma boende/byggnad. Makar och sambor som så önskar ska få hjälp att hitta en lämplig boendelösning enligt deras önskemål och förutsättningar.

Även personer med demenssjukdom har rätt att ansöka om och beviljas att få sammanbo med sin make eller sambo. Parboende är dock oftast inte lämpligt **inom ett särskilt boende** med demensinriktning, om inte båda makarna eller samborna har behov av ett sådant boende. Man bör i dessa situationer försöka hitta flexibla lösningar. Ett alternativ om endast den ena maken eller sambon har behov av ett sådant boende är att hitta olika lägenheter inom samma boende/byggnad där den medboende **med fördel** placeras med inriktning på boende med somatisk inriktning. En helhetsbedömning med utföraren av vilken boendeform som bäst kan tillgodose behovet får göras i varje enskilt fall.

2 Utredning och beslut

2.1 Ansökan

Ansökan om parboende kan göras i samband med att den biståndsberättigade ansöker om särskilt boende efter att den biståndsberättigade flyttat till vård och omsorgsboende eller efter en längre tid i särskilt boende.

Den person som har behov av särskilt boende alternativt dennes legala företrädare är de som i första hand ansöker om att ha en medboende. Det finns dock inga begränsningar om vad en person kan ansöka om enligt socialtjänstlagen. Ansöker en make, maka eller sambo som inte själv behöver insatsen om särskilt boende om att få flytta med ska även den ansökan behandlas. Däremot kan inte vuxna barn eller någon annan göra en ansökan.

2.2 Dokumentation

I 11 kap 5 § SoL fastställs att handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling ska dokumenteras. Dokumentationen ska ange beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Detta innebär att såväl den som fattar beslut om insatser som den som utför dem har skyldighet att dokumentera. Dokumentationen ska utformas med respekt för den enskildes integritet och beskrivningen av den enskildes förhållanden ska präglas av saklighet och objektivitet. Dokumentationen ska innehålla de uppgifter som behövs för att kunna fatta beslut, varken mer eller mindre. Den enskilde bör hållas underrättad om de journalanteckningar som förs och om andra dokument som rör honom/henne. Om personen i fråga anser att någon uppgift i dokumentationen är oriktig ska detta antecknas. Handlingar

som rör enskildas personliga förhållanden ska förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem.

Dokumentationen har olika syften. Den är av avgörande betydelse för att den biståndssökande ska kunna få insyn i ärende som gäller myndighetsutövning. Dokumentationen ska vara så utformad att den möjliggör en korrekt bedömning och utgör en tillräcklig grund för beslut. För att en biståndssökande ska ha möjlighet att begära rättelse och överklaga ett beslut är det extra viktigt att alla förhållanden mellan honom/henne och socialtjänsten har dokumenterats i nödvändig utsträckning.

Dokumentationen ska också kunna användas för tillsyn, uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring, statistik och för forskning. För att enskilda klientinsatser ska kunna följas upp krävs att arbetet dokumenteras systematiskt. Det finns inga tydliga riktlinjer i lagstiftningen vad gäller systematisk klientdokumentation

2.2.1 Dokumentation medboende

Så länge den medboende inte har något stöd enligt SoL dokumenteras det inte i journal. Om den medboende har beslutade biståndsinsatser som utförs i det särskilda boendet ska dokumentation ske i en egen personakt och ha en egen genomförandeplan.

2.3 Utredning

1 § SoL anges att socialnämnden utan dröjsmål ska inleda utredning när något kommit till nämndens kännedom genom ansökan eller på annat sätt och som kan föranleda någon åtgärd från nämnden.

Utredningen ska vara tillräckligt omfattande för att kunna ge tillfredsställande underlag för beslut, men inte vara mer genomgripande än vad som är nödvändigt för utredningens syfte.

Varje utredning enligt 11 kap 1 § SoL ska leda fram till ett beslut. Detta beslut kan antingen innebära att ärendet avslutas med ett avslag eller med att ansökan beviljas.

Handläggaren ska när det gäller en ansökan om parboende dels utreda om paret varaktigt har sammanbott och dels om båda makarna eller samborna vill fortsätta att bo tillsammans i det särskilda boendet.

2.3.1 Är det bådas vilja att få bo tillsammans

Båda parter behöver var för sig få möjlighet att ta ställning till om de vill bo tillsammans i ett särskilt boende. Båda parter bör erbjudas egna samtal av handläggaren för att diskutera frågan. Att utreda viljan hos en person som har svårt att uttrycka den kräver lyhördhet och kompetens hos handläggaren för att kunna göra en bedömning.

Om endast anhöriga eller en i paret vill ha parboende, finns inte förutsättningarna för att en ansökan om medboende ska bifallas

2.4 Beslut

2.4.1 Den biståndsberättigade är den som får beslut om parboende

Beslutet om medboende ställs till den biståndsberättigade och fattas enligt 4 kap. 1 och 1 c §§ SoL. När makar, sambor eller registrerade partner beviljas särskilt boende båda två ska det framgå i beslutet att de beviljas att bo tillsammans om det ingår i ansökan. Vid ett bifall ska även en genomförandeplan upprättas med den enskilde.

Ett gynnande beslut kan inte återkallas enbart av anledningen att den enskilde tackar nej till erbjudet boende. Den enskilde får fortsätta att ha ansökan aktuell och ett nytt erbjudande ges så snart det är möjligt.

2.4.2 Önskemål ger ingen oinskränkt rätt att välja

Generellt ska kommunen ytterst tillse att erbjudandet tillgodoser den enskildes behov och tillförsäkrar en skälig levnadsnivå. Arbetsmiljön ska också säkerställas så att den biståndsberättigades behov av stöd kan tillgodoses. Det ska finnas plats för personalen att kunna hjälpa den enskilde och det ska finnas plats för hjälpmedel.

Så långt det är möjligt ska den biståndsberättigandes önskemål om hur beslutet ska verkställas beaktas, till exempel om man vill bo i samma lägenhet eller i varsin lägenhet. Insatser ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde och personen ska ha inflytande över hur en beslutad insats verkställs. Den enskilde har dock inte en oinskränkt rätt att få som han eller hon vill.

2.4.3 Avgifter för medboende

Taxan för medboende utgår från taxan för serviceinsatser inom hemtjänsten samt taxan för mat på särskilt boende vilka beslutas av Kommunfullmäktige. De avgifter som den medboende har ingår inte i högkostnadsskydd för den medboendes avgifter.

2.4.4 Kö till särskilt boende

Verkställighet av beslut gällande särskilt boende måste först prioriteras dem som behöver insatsen. Den enskilde kan därför komma att erbjudas plats först, och den medboende i ett senare skede, om det inte är möjligt för dem att dela en lägenhet/ett rum och på så sätt kunna flytta in samtidigt.

2.4.5 Provboende

Det kan vara svårt att förutse vilka påfrestningar det kan innebära att dels bo tillsammans i begränsade utrymmen och att bo inom ett **särskilt boende**. Den medboende ska därför ges möjlighet till provboende i tre månader. Detta kan utformas som ett förbehåll i den enskildes beslut om parboende. Vid handläggning av parboende ska handläggaren

rekommendera den medboende att behålla parets tidigare bostad under minst tre månader, under den så kallade provboendetiden.

3 När den medboende klarar sig utan stöd

Eftersom de särskilda boendena (med undantag servicehus) inte är utrustade så att de som bor där kan sköta matlagning och tvätt på egen hand är det obligatoriskt för den medboende att ta del av dessa insatser samt få tillgång till larm och hjälp med städning och betala en avgift för detta.

Den som flyttar med till ett särskilt boende utan egna biståndsinsatser omfattas inte av avgiftsbestämmelserna i SoL och därför gäller inte högkostnadsskyddet för den medboendes avgift.

Om den medboende beviljas hjälp enligt 4 kap 1 § SoL med serviceinsatser utöver det som ingår som ett obligatorium, och/eller hjälp med personlig omvårdnad, erläggs avgift också för dessa insatser enligt hemtjänsttaxa. Högkostnadsskydd gäller för denna avgift.

3.1 Den medboende är i behov av stöd

Om den medboendes situation förändras så att denne ansöker om särskilt boende handläggs detta som när personen bor i ordinärt boende. Om den medboende beviljas särskilt boende kan han eller hon bo kvar i sin lägenhet med beslut om serviceinsatser enligt 4 kap 1 § SoL. Den medboende kommer då erläggas avgifter för de insatser som beviljas.

4 Hälsa- och sjukvårdsinsatser

Kommunen har inte hälso- och sjukvårdsansvar för den medboende eftersom det ansvaret endast gäller den som har beslut om insatsen särskilt boende. Den medboende får söka sjukvård som andra i samhället.

5 Ersättning till utförare

Utifrån dagens privata och kommunala aktörer så får man se till varje enskilt avtal gällande ersättningar.

6 Hyresavtal vid parboende

Den medboende ska teckna eget hyreskontrakt med **aktuellt hyresbolag** om personen bor i ett separat rum **eller som medboende i servicehus**. Bor makarna/samborna i samma rum så har i normalfallet den medboende rätt att överta den gemensamma lägenheten efter separation eller dödsfall, även om de inte hör till den kategori som har rätt till boendet. Eftersom den kvarvarande hyresgästen också har besittningsrätt till lägenheten kommer hyresavtalet i normalfallet att förlängas även om uppsägning sker från kommunens sida. Hyreslagens

bestämmelser gällande besittningsskydd m.m. gäller även för lägenheter inom ett särskilt boende.

När det gäller parboende finns villkor i hyresavtalet om att när den biståndsberättigade avlider sägs hyresavtalet upp. Handläggaren ska informera den medboende vid ansökan om parboende att det preciseras i hyreskontraktet att det är frågan om ett kategoriboende och att avtalet kan komma att sägas upp i det fall hyresgästen inte tillhör kategorin eller inte är i behov av bostad för parboende. Den medboende har då tre månader på sig att flytta ut. Myndighetssidan kan vara behjälplig att kontakta bostadsbolag men den enskilde ansvarar själv för att söka bostad.

Det åligger handläggare att skicka över ”Bilaga till hyreskontrakt avseende parboende i kategoriboende” till kontraktskrivaren hos Upplands-Brohus vid varje aktuellt tillfälle.

I vissa fall kommer parterna dock inte att kunna komma överens. För att få tillgång till lägenheten i ett sådant fall måste kommunen säga upp hyresgästen för avflyttning till hyrestidens utgång och - om hyresgästen inte flyttar - senast en månad efter hyrestidens utgång överlämna tvisten till hyresnämnden för prövning. Hyresnämnden får sedan göra en prövning om det föreligger något skäl för att bryta hyresgästens besittningsskydd i det enskilda fallet. En kontraktstext enligt ovan innebär inte att besittningsskyddet har avtalats bort, men det innebär att parterna är överens om att det är frågan om ett kategoriboende och denna omständighet väger tungt vid en eventuell förlängningstvist i hyresnämnden.

Om den medboende har avyttrat sin tidigare bostad kan personen efter beslut från Äldre- och omsorgsnämnden få förtur till kommunens trygghetsboende eller till annan lägenhet inom Upplands-Brohus. Den medboende ska dock ha visat upp intyg om köande till egen bostad eller om att den tidigare bostaden är uthyrd i andra hand, vid tillfället för ansökan om parboende.

Datum 2019-12-16 Vår beteckning ÄON 19/0107 Er beteckning

Äldre- och omsorgsnämndens arbetsutskott

Utredning av rätt till vård- och omsorgsboende 85+

Förslag till beslut

Äldre- och omsorgsnämnden godkänner socialkontorets utredning om rätten till vård- och omsorgsboende 85+.

Sammanfattning

Den 13 juni år 2018 inkom en motion från Liberalerna innehållande en rad förslag till förbättringar för äldre i Upplands-Bro kommun.

Ett av förslagen i motionen beskriver att ålder ska vara ett kriterium för rätt till vård- och omsorgsboende. Detta föreslås gälla för kommuninvånare från 85 års ålder.

Motionen har följande lydelse:

Alla över 85 år ska om de så önskar erhålla förtur till servicehus/trygghetsboende. Dagens grundregel att sökanden ska ha varaktiga och grundläggande behov av vård och omsorg som inte kan tillgodoses i det egna hemmet behöver såldes mjukas upp.

Motionens argument för förslaget berör områden som möjlighet till valfrihet i boendeform, ökad trygghet samt minskad byråkrati.

I ett remissyttrande från Äldre- och omsorgsnämnden den 25 januari år 2019 finns en redogörelse över det som socialkontoret har yttrat sig om (ÄON 19/0014). Socialkontoret för fram att ett svar på önskan i motionen behöver föregås av en utredning som ska göras under år 2019.

Nu aktuell skrivning tillsammans med bifogad rapport *Vård- och omsorgsboenden i Upplands-Bro kommun - En rapport om nuläget och prognos för framtida behov*, utgör grund för den bedömning som socialkontoret redogör för i nu aktuell fråga.

Socialkontorets bedömning är att en så kallad trygghetsgaranti, som ska ge alla kommuninvånare över 85 år förtur för flytt till ett vård- och omsorgsboende, inte bör införas. Kontoret redovisar sina argument under specifika rubriker i denna tjänsteskrivelse.

Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse den 3 december år 2019 ÄON 19/0107
- Socialkontorets tjänsteskrivelse den 25 januari år 2019 (ÄON 19/0014)
- Rapport Vård- och omsorgsboende i Upplands-Bro kommun - En rapport om nuläget och prognos för framtida behov

Ärendet

Den 13 juni år 2018 inkom en motion från Liberalerna innehållande en rad förslag till förbättringar för äldre i Upplands-Bro kommun.

Ett av förslagen i motionen beskriver att ålder ska vara ett kriterium för rätt till vård- och omsorgsboende. Detta föreslås gälla för kommuninvånare från 85 års ålder.

Motionen har följande lydelse:

Alla över 85 år ska om de så önskar erhålla förtur till servicehus/trygghetsboende. Dagens grundregel att sökanden ska ha varaktiga och grundläggande behov av vård och omsorg som inte kan tillgodoses i det egna hemmet behöver såldes mjukas upp.

Motionens argument för förslaget berör områden som möjlighet till valfrihet i boendeform, ökad trygghet samt minskad byråkrati.

I ett remissyttrande från Äldre- och omsorgsnämnden den 25 januari år 2019 finns en redogörelse över det som socialkontoret har yttrat sig om (ÄON 19/0014). Socialkontoret för fram att ett svar på önskan i motionen behöver föregås av en utredning som ska göras under år 2019.

Nu aktuell skrivning tillsammans med bifogad rapport *Vård- och omsorgsboenden i Upplands-Bro kommun - En rapport om nuläget och prognos för framtida behov*, utgör grund för den bedömning som socialkontoret redogör för i nu aktuell fråga.

Socialkontorets bedömning är att en så kallad trygghetsgaranti, som ska ge alla kommuninvånare över 85 år förtur för flytt till ett vård- och omsorgsboende, inte bör införas. Kontoret redovisar sina argument under specifika rubriker i denna tjänsteskrivelse.

Socialkontorets yttrande

Innebörd av begreppet trygghetsgaranti

Frågan om äldres ökade behov av, och möjligheter, till god omsorg och trygghet är aktuell i många kommuner. En så kallad trygghetsgaranti och vad en sådan ska innehålla tolkas olika. I vissa kommuner i landet vill man att äldre garanteras en plats i boende från en viss ålder och också utan biståndsbeslut. I

andra kommuner vill man komplettera sina riktlinjer och tillföra ålder som ett viktigt kriterium för ett bifallsbeslut.

Garantin beskriver ofta även att ett beslut om boende ska verkställas inom tre månader.

Lydelsen i Liberalernas motion, att förtur till boende ska erhållas från 85års ålder, tolkas i lydelsen som att insatsen inte ska behöva föregås av utredning och biståndsbeslut.

Valfrihet och delaktighet

Införandet av LOV (lagen om valfrihet) inom särskilda boenden har gjort det möjligt för den enskilde som beviljas bistånd att välja utförare. Endast 21 av Sveriges 290 kommuner har infört LOV inom särskilt boende. Upplands-Bro är en av dessa.

Det kösystem som tillämpas gör att den enskilde kan ställa sig som intresserad till fem olika boenden: Norrgården, Allégården, Kungsgården, Hagtorp och Lillsjö badväg.

För att underlätta möjligheter till boende i annan kommun är Upplands-Bro en av länets femton kommuner (av totalt 26) i Stockholms län som har ingått överenskommelse om bibehållet kostnadsansvar vid flytt till annan kommun.

Boende för äldre är ett generellt begrepp som omfattar olika boendeformer och som innefattar andra boendeformer än de som föregås av biståndsbedömning. I Upplands-Bro kommun finns hos det kommunala bostadsföretaget Upplands-Brohus trygghetsboende där den enskilde själv hyr sin bostad. För att komma ifråga för detta boende ska den enskilde ha fyllt 75 år. I trygghetsboendet finns möjlighet till gemensamma måltider, en dagcentral för aktiviteter i medverkan av frivilligorganisationer samt en träfflokal för anhörigföreningen och volontärer.

Socialkontoret anser med ovanstående beskrivning, och i jämförelse med andra kommuner, att äldres möjlighet till valfrihet och delaktighet är god.

Trygghet

Kommunen har idag en viss kö till några specifika boenden men erbjudande om plats kan ges utan dröjsmål. Det råder en god balans i utbud och efterfrågan. Bedömning och beslut om boendeform föregås av en utredning hos biståndsenheten vilket tillförsäkrar att insatser möter de behov som den enskilde har för att skänka trygghet i sitt boende.

De äldre som inte har behov av den tillsyn som ett vård- och omsorgsboende tillhandahåller kan få sina behov av trygghet tillgodosedda på andra sätt.

För att ge äldre i kommunen ett värdigt och innehållsrikt liv finns många möjligheter till såväl social gemenskap, aktiviteter som trygghetskapande

insatser. Förebyggande enheten vänder sig till alla över 65 år i kommunen och erbjuder ett stort och varierat utbud av aktiviteter.

Fördelar med biståndsprövat bistånd

De olika former av boende som kommunen kan tillhandahålla föregås av en utredning och biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen. En noggrann utredning tillförsäkrar ett välgrundat och rättssäkert beslut så att rätt insats ges till de som är i störst behov av den.

Ett eventuellt avslagsbeslut med hänvisning till socialtjänstlagens bedömning av skälig levnadsnivå tillförsäkrar en rättssäker prövning vid ett överklagande vilket ytterligare tryggar den enskilde.

Konsekvenser av en generösare bedömning

Kommunens olika boendeformer innehåller olika grad av stöd, omsorg och aktivitet och är en kostnadskrävande och personaltät verksamhet. Den ska ges till de som behöver den bäst och prövas mot de kriterier som finns angivna i lagstiftning och riktlinjer.

Den risk som verksamheten ser med ålder som ett kriterium för bifallsbeslut är att de som bäst behöver den omsorg som ett vård- och omsorgsboende tillhandahåller, får vänta längre på insats då konkurrensen om platser kan öka. Det kan vidare tvinga kommunen att köpa dyra vårdplatser utanför kommunen.

De resurser som kommunen har ska användas på ett kostnadseffektivt sätt.

Prognos och befolkningsstruktur

Enligt den prognos som Boverket har gjort år 2019 beräknas Upplands-Bro få ett underskott på boende för äldre redan inom en femårsperiod. Det betyder att kommunen bör arbeta för att de med störst vårdbehov får prioritet. Om ålderskriteriet blir ett skäl för bifallsbeslut för vård- och omsorgsboende finns risk för att kommunen inte kan tillhandahålla boende till de som mest behöver det och därmed stå med icke verkställda beslut. Utöver det vite som kommunen riskerar att få betala kan många med stora behov riskera att stå utan boendeplats.

Kommunens lokalresursplan

I den lokalresursplan som revideras två gånger per år ges Äldre- och omsorgsnämnden möjlighet att redogöra för kommande lokalbehov för verksamheter och målgrupper. Planen används för att göra en prioritering av de åtgärdsförslag som finns och är ett styrinstrument i budgetberedningen.

Socialkontoret ser, med befolkningsprognosen som underlag, ett kommande behov av att utveckla fler mellanboendeformer som trygghetsboende och seniorboende. Sådana former möjliggör för äldre personer att välja ett boende utan biståndsbeslut, som kan bidra både till gemenskap och trygghet samt ge möjlighet till ett aktivt och självständigt liv.

Beskrivna behov av varianter av mellanboendeformer tillhandahålls av fastighetsägare och är inte en fråga för socialkontoret.

Socialkontorets sammantagna bedömning

Stöd och hjälp, vård och omsorg ska alltid finnas när den enskilde har behov av det. Detta omfattar både insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Med stigande ålder ökar behovet av skydd, stöd och omsorg. Behovet är dock inte styrt av ålder och de bedömningar som verksamheten gör utgår från andra kriterier.

I en alltmer ansträngd ekonomi för landets kommuner blir behovet av prioriteringar, utan att ge avkall på rättssäkerheten, en verklighet.

Socialkontoret gör, i en nationell och regional jämförelse, bedömningen att äldre i kommunen har en situation med god valfrihet och trygghet i sin tillvaro.

Kontorets sammantagna bedömning är att införande av en trygghetsgaranti med garanterat boende från 85 års ålder, i nuvarande läge, inte ska införas i Upplands-Bro kommun.

Socialkontoret följer kontinuerligt utvecklingen över målgruppen avseende volymer och behov för att förbereda för eventuella förändringar. Här spelar kommunens lokalresursplan en stor roll vid sidan av de ekonomiska förutsättningar som socialkontoret har. Den översyn av socialtjänstlagen som pågår är ytterligare en parameter som kan komma att påverka socialkontorets arbete.

Barnperspektiv

Barnperspektivet i enlighet med barnkonventionen ska alltid beaktas vilket innebär att barnets bästa alltid är högst prioriterat. För socialkontorets verksamhet gäller detta i första hand ärenden där den vuxne är förälder till minderårigt barn. Barnperspektivet har ingen särskild relevans för detta ärende.

Socialkontoret

██████████
Socialchef

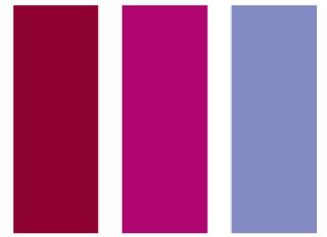
██████████
Avdelningschef kvalitets- och
verksamhetsstöd

Bilagor

1. Rapport Vård- och omsorgsboende i Upplands-Bro kommun -En rapport om nuläget och prognos för framtida behov

Beslut sänds till

- Socialchef
- Avdelningschef kvalitets- och verksamhetsstöd
- Enhetschef ██████████



Vård- och omsorgsboenden i Upplands-Bro kommun

En rapport om nuläget och prognos för framtida behov



Upplands-Bro i hjärtat av Mälardalen är en av Storstockholms naturskönaste kommuner med 13 mil stränder och en skärgård med 50 öar. Här möts en mångtusenårig historia med en spännande framtidsutveckling. Här kan du kombinera tryggt boende med en aktiv fritid. Allt finns på armlängds avstånd.

[Klicka och skriv rapporttyp]

Text: [Klicka här och skriv] , Upplands-Bro kommun
Layout: [Klicka här och skriv] , Upplands-Bro kommun
Original/layout: [Klicka här och skriv]
Tryck: [Klicka här och skriv]
Omslagsbild: [Klicka här och skriv]

Fotografer

[Klicka här och skriv]

www.upplands-bro.se
kommun@upplands-bro.se
08 581 690 00

Innehåll

1	Inledning	5
2	Särskilda boendeformer för äldre	6
2.1	Boenden med biståndsbeslut.....	6
2.1.1	Förstärkt trygghetsboende	6
2.1.2	Särskilda boendeformer	6
2.1.3	Vård- och omsorgsboende med heldygnsomsorg.....	6
2.1.4	Servicehus.....	7
2.1.5	Parboende	7
2.1.6	Korttidsplats	7
2.2	Ökad hemtjänst och minskade beslut om särskilt boende.....	7
2.3	Trygg/förstärkt hemgång.....	8
3	Kommuninterna och kommunexterna biståndssökande	9
3.1	Ansökan och utredning enligt 4 kap. 1 § SoL.....	9
3.2	Utlandssvenskar	9
3.3	Ansökan om att flytta till annan kommun.....	10
3.4	Lägesbild – ansökan om att flytta till annan kommun	10
3.5	Överenskommelse om bibehållet kostnadsansvar vid flytt till särskilt boende för äldre	10
4	Lagen (2008:962 om valfrihetssystem (LOV)	12
4.1	LOV i Upplands-Bro kommun	12
4.1.1	LOV hemtjänst	12
4.1.2	LOV Vård- och omsorgsboende.....	12
4.2	Vad innebär LOV för den enskilde?	13
4.3	Vad innebär LOV för Upplands-Bro kommun?.....	14
5	Lägesbild särskilt boende för äldre i Upplands-Bro kommun.....	15
5.1	Prognoser och statistik	15
5.1.1	Befolkningsprognos.....	15
5.1.2	Andelen brukare av befolkningen.....	15
5.1.3	Medelålder, medianvårdtid och väntetid	16
5.2	Avgifter och kostnader.....	18
5.2.1	Avgifter för den enskilde.....	18
5.2.2	Kostnader för kommunen	18
5.3	Lägesbild antalet platser på vård- och omsorgsboende i Upplands-Bro kommun	19
5.4	Lägesbild på vård- och omsorgsboendet Lillsjö Badväg	20
6	Omvärldsbevakning – Upplands-Bro i regionen	21
6.1	Möjligheter för ett förstärkt prognosarbete	21
6.1.1	Bostadsmarknadsenkäten.....	21
6.2	Process för prognos av behov av särskilda boenden.....	21
7	Konsekvensanalys och slutsats	24
8.1.	Hur ser kommunens behov av platser på särskilt boende för äldre ut på en flerårshorisont?.....	24
8.2.	Hur ser utbudet av platser på särskilt boende för äldre ut i regionen?	25
8.3.	Vilka ekonomiska konsekvenser får införandet av LOV av särskild boende för kommunen och hur kan kommunen hantera dessa?.....	26
8.4.	Hur kan kommunen hantera ett potentiellt kostsamt inflöde av brukare från annan kommun?.....	27

1 Inledning

Under de senaste decennierna kan vi se en utveckling där allt fler äldre lever längre och med bättre hälsa. Antalet invånare i Sverige som är 80 år eller äldre förväntas öka från 520 000 år 2018 till 900 000 år 2040. Detta ställer krav på kommunernas prognosarbete vad gäller behov av och beslut att bygga nya särskilda boenden samt att bygga ut annan typ av äldreomsorg. Sådana beslut föregås ofta av en längre politisk diskussion varför ett gott prognosarbete är ett viktigt redskap för att kunna möta invånarnas olika behov av äldreomsorg i tid och inom rimliga personella och ekonomiska gränser. SKL redogör i sin rapport ”Prognos av särskilda boenden” att erfarenhet visar att det är svårt att prognostisera rätt. Det finns således mycket att vinna med ett strukturerat arbetssätt och tydliga rutiner inom kommuners prognosarbete.

Denna rapport tar sikte på att beskriva vilka resursmässiga krav insatsen särskilt boende för äldre, enligt socialtjänstlagens 4 kap. 1 §, ställer på kommunen med utgångspunkt i främst 4 frågeställningar.

1. Hur ser kommunens behov av platser på särskilt boende ut på en flerårshorisont?
2. Hur ser utbudet av platser på särskilt boende ut i regionen?
3. Vilka ekonomiska konsekvenser får införandet av LOV av särskilt boende för kommunen och hur kan kommunen hantera dessa?
4. Hur kan kommunen hantera ett potentiellt kostsamt inflöde av brukare från annan kommun?

2 Särskilda boendeformer för äldre

Det finns ett antal insatser under benämningen särskilda boenden för äldre. Vissa av dessa kräver ett biståndsbeslut och andra berättigas genom andra kriterier. Exempel på sådana boende som inte kräver ett biståndsbeslut från socialtjänsten är seniorboenden som hyrs eller köps av individen själv och trygghetsboenden som man kan köa till via Upplands-Brohus när man fyllt 70 år.

2.1 Boenden med biståndsbeslut

2.1.1 Förstärkt trygghetsboende

Sedan den 2 april 2019 har kommuner en möjlighet att inrätta biståndsbedömt trygghetsboende som en särskild boendeform. Boendeformen är till för äldre människor som främst behöver stöd och hjälp i boendet samt annan lättåtkomlig service. Den äldre har en önskan utav att bryta oönskad isolering och upplever att det inte känns tryggt att bo kvar hemma. Den äldre ska ha ett vårdnadsbehov som understiger heldygnsomsorg.

Kommunen har inte ansvar för hälso- och sjukvård i förstärkt trygghetsboende men ska erbjuda hemsjukvård (gäller inte kommunerna i Stockholms län som inte ansvarar för hemsjukvård). För att bedriva förstärkt trygghetsboende krävs tillstånd ifrån IVO.

2.1.2 Särskilda boendeformer

Särskilda boendeformer är ett samlingsbegrepp för de former av boenden som benämns som servicehus och vård- och omsorgsboende med heldygnsomsorg. Ansökan om bostad i särskilt boende prövas som bistånd enligt 4 kap. 1 § Sol.

De särskilda boendena är till för dem som inte längre kan bo kvar i ordinärt boende på grund av att behovet av tillsyn eller kravet på trygghet och säkerhet inte längre kan tillgodoses i det egna hemmet.

Avslag på en ansökan om bostad i särskilt boende kan enligt 16 kap. 3 § SoL överklagas till domstol genom förvaltningsbesvär.

2.1.3 Vård- och omsorgsboende med heldygnsomsorg

Boende med heldygnsomsorg är normalt till för personer som har fyllt 65 år. Plats på boende beviljas som bistånd enligt socialtjänstlagen 4 kap 1 § SoL.

För att beviljas plats i vård- och omsorgsboende med heldygnsomsorg skall den sökande ha varaktiga och omfattande behov av vård och omsorg som inte kan tillgodoses i det egna hemmet.

De som främst behöver heldygnsomsorg är personer med demenssjukdom samt de med omfattande fysiska funktionsnedsättningar och multidiagnoser.

Principen om kvarboende gäller särskilt boende med heldygnsomsorg. Vård- och omsorgsboende går även under benämningarna särskilt boende för äldre samt äldreboende.

Vård- och omsorgsboende i Upplands-Bro kommun

I Upplands-Bro kommun finns det tre boenden inom kommunal regi, Allégården, Norrgården och Kungsgården. Hagtorp drivs på entreprenad av Attendo och Humana driver Lillsjö Badväg inom LOV vård- och omsorgsboende.

2.1.4 Servicehus

Lägenhet i servicehus beviljas som bistånd enligt socialtjänstlagen 4 kap 1 § SoL. Hjälpbehovet tillgodoses genom hemtjänst och trygghetslarm och i servicehusen finns nattbemanning (SoL).

Boende i servicehus innebär att den enskilde har egen lägenhet och tillgång till kommunens hemsjukvård (gäller ej kommunerna i Stockholms län). Insatsen beviljas normalt för de som fyllt 65 år.

Servicehus i Upplands-Bro kommun

Det finns servicelägenheter både i Kungsängen och i Bro. Servicehuset i Kungsängen är under avveckling och varje lägenhet som blir ledig omvandlas till trygghetsboende.

2.1.5 Parboende

Beslut om parboende fattas enligt 4 kap 1 § SoL. Beslutet innebär att den som har beviljats plats på vård- och omsorgsboende ska kunna bo tillsammans med sin partner oavsett om bägge individer har samma vårdbehov. När parboendebeslutet upphör ska den medboende flytta ifrån det särskilda boendet om inget annat anges när avtalet skrivs.

2.1.6 Korttidsplats

Beslut om korttidsplats fattas enligt 4 kap 1 § SoL. Korttidsplats kallas ibland även för växelvård. Insatsen innebär att en brukare vistas en kortare tid på ett vård- och omsorgsboende efter en sjukhusvistelse i väntan på permanent plats på boende eller när en brukare behöver växelvård vilket innebär att brukaren är hemma till exempel två veckor per månad och på vård- och omsorgsboende resterande två veckor. Växelvård kan även beviljas som insats för att ge avlastning/avlösning till den som vårdar brukaren i hemmet. Det förutsätter då att ni är sammanboende.

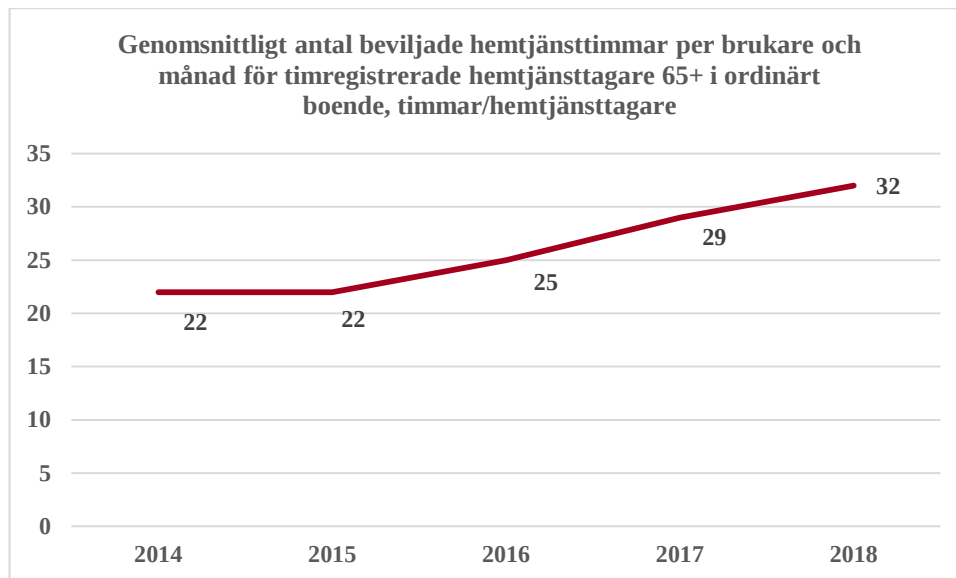
Korttidsplatser i Upplands-Bro kommun

Hagtorp är det vård- och omsorgsboende i kommunen som har nio korttidsplatser. Insatsen korttidsplats kan annars köpas utav biståndsenheten på vård- och omsorgsboenden utanför kommunen om behov uppstår.

2.2 Ökad hemtjänst och minskade beslut om särskilt boende

En faktor som kan påverka behovet av antalet platser på vård- och omsorgsboende är hemtjänst. Enligt SKL så var antalet personer 80 år eller äldre och som erhöll hemtjänst eller särskilt boende oförändrat mellan perioden 2007–2018, omkring 185 000 individer per år. Under tidsperioden har det

enligt SKL skett ett skifte från särskilt boende till hemtjänst. Andelen över 80 år som bodde på särskilt boende minskade från 41 procent 2007 till 35 procent 2018, vilket motsvarar 11 000 personer. SKL definierar omfattande hemtjänst som fler än 50 hemtjänsttimmar i månaden, vilket är den högsta särredovisade kategorin hos Socialstyrelsen.



Tabellen ovan visar genomsnittligt antal beviljade hemtjänststimmat per brukare och månad för individer över 65 år i Upplands-Bro kommun. Det finns ej tillgänglig statistik för målgruppen över 80 år på Kolada. 2014 var genomsnittligt antal timmar 22 per brukare. 2018 var genomsnittet 32 vilket är en ökning med 10 timmar per månad och brukare. Statistiken visar på att Upplands-Bro kommun följer den rådande trenden i riket med att bevilja mer hemtjänstinsatser.

2.3 Trygg/förstärkt hemgång

Projektet Trygg/förstärkt hemgång pågår sedan mars 2018 till och med 28 februari 2020 i kommunen.

Syftet med projektet är bland annat att göra det möjligt att möta upp de nya lagkraven i samverkan kring utskrivningsklara som trädde i kraft den 1 januari 2018. Ett annat syfte är att hjälpa brukare eller anhöriga som har en stor oro om att klara sig i hemmet efter utskrivning från sjukhus. Insatsen beviljas i maximalt 10 dagar under dagtid. Övrig tid så arbetar kommunens hemtjänst eller tidigare vald hemtjänst.

Trygg/Förstärkt hemgång har under år 2018 haft 26 uppdrag för brukare i åldern 62-96 år. En utvärdering av projektet kommer att göras under våren 2019. Cirka 15 av uppdragen hade troligtvis beviljats korttidsplats vilket innebär att Trygg/förstärkt hemgång avlastar kommunens vård- och omsorgsboenden samt bidrar till minskade kostnader för placeringar.

3 Kommuninterna och kommunexterna biståndssökande

3.1 Ansökan och utredning enligt 4 kap. 1 § SoL

Ett beslut om vård- och omsorgsboende ska föregås av en ansökan från den enskilde samt av en behovsutredning. Bistånd ges enligt socialtjänstlagen (SoL) gällande äldre och personer med funktionsnedsättning och handläggs av biståndsenheten inom socialkontoret. Plats på boende beviljas som bistånd enligt socialtjänstlagen 4 kap 1 § SoL. Avslag på en ansökan om bostad i särskilt boende kan enligt 16 kap. 3 § SoL överklagas till domstol genom förvaltningsbesvär.

I biståndsbeslutet ska framgå att den enskilde ges bifall till ansökan om vård- och omsorgsboende och till vilken boendekategori, till exempel demens eller somatisk. I samband med att den enskilde beviljas bistånd informerar biståndshandläggaren om rätten att välja boende och möjligheten att ställa sig i kö till önskat boende. Biståndshandläggaren är sedan behjälplig så att den enskilde kan göra ett aktivt val från de boenden som finns inom kommunens valfrihetssystem, det vill säga kommunens egen regi, övriga boenden som kommunen har avtal med samt de boenden som ingår i valfrihetssystemet.

Eftersom alla boenden har ett begränsat antal platser, har kommunen utformat ett köhanteringssystem. I systemet har varje vård- och omsorgsboende och boendekategori sin egen kö. I enlighet med kommunens anvisningar för köhantering får den enskilde stå i kö till maximalt tre olika boenden i prioriterad ordning. Förmedling av lediga platser sker i huvudsak efter kötid. En utförare får inte tacka nej till nya uppdrag förutsatt att det finns ledig bostad i boendet.

Den enskilde har alltid rätt att flytta till ett annat boende. I de fall den enskilde väljer att flytta, får den ursprungliga utföraren ersättning i två dagar efter att den enskilde flyttat.

En kommuns socialnämnd eller motsvarande som har ansvar för 4 kap 1 § SoL har en skyldighet att rapportera in till IVO om en beviljad insats inte verkställs inom tre månader. Kommunerna rapporterar in denna kvartalsvis till IVO.

En kommun som inte inom skälig tid tillhandahåller bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL, som någon är berättigad till enligt beslut av kommunen, kan åläggas att betala särskild avgift enligt 16 kap. 6 a- e §, SoL. Beslut om sanktionsavgift fattas av förvaltningsrätt efter anmälan från IVO. Den särskilda avgiften kan vara lägst 10 000 kronor och högst 1 miljon kronor. En repressiv avgift på 25 procent tillkommer på det framräknade beloppet.

3.2 Utlandssvenskar

Äldre- och omsorgsnämnden i Upplands-Bro har beslutat att enskild, som bor utomlands och som är svensk medborgare, ska ha rätt att ansöka om att flytta till ett vård- och omsorgsboende inom kommunen, och få sin ansökan

behandlad som om han/hon vore bosatt i kommunen. Hanteringen av ärendet och ekonomisk ansvarsfördelning skall följa samma regler som ansökningar från personer boende i andra kommuner inom Sverige.

3.3 Ansökan om att flytta till annan kommun

Enligt 2 a kap. 9 § SoL har en individ rätt att ansöka om en plats på vård- och omsorgsboende i vilken kommun den vill. Individen ska vända sig till den kommun dit den vill flytta och den kommunen är då skyldig att behandla ansökan på samma sätt som om de fick en ansökan från en person som redan är bosatt i kommunen.

Det finns idag en möjlighet i socialtjänstlagen (2a kap 10 § SoL) att begära överflyttning av ansvaret från utflyttningsskommunen till inflyttningsskommunen om den enskilde till exempel väljer att folkbokföra sig i den nya inflyttningsskommunen

3.4 Lägesbild – ansökan om att flytta till annan kommun

Biståndsenheten kan inte ta fram statistik i sitt verksamhetssystem vilken kommun som sökande bor i när de inkommer med en ansökan om boende. Detta beror på att besluten fattas inom samma lagrum och att insatser heter samma oavsett om den enskilde bor i Upplands-Bro kommun eller en annan kommun. En manuell sammanställning utav ansökningar visar på att 8 individer boende i en annan kommun ansökte om boende i Upplands-Bro kommun under 2018. Antalet hittills i år har varit 9. Detta ger en total summa på 17 brukare sedan årsskiftet 2017/2018.

3.5 Överenskommelse om bibehållet kostnadsansvar vid flytt till särskilt boende för äldre

Femton utav Stockholms läns kommuner har träffat en överenskommelse gällande bibehållet kostnadsansvar vid flytt till särskilt boende för äldre. Överenskommelsen gäller ifrån den 1 juli 2019 och det främsta syftet med överenskommelsen är att underlätta för individer att söka sig till ett vård- och omsorgsboende i en annan kommun samt för att öka samverkan mellan kommunerna. Enligt Storsthlm söker sig närmare 400 människor årligen plats på vård- och omsorgsboende med heldygnsomsorg från en kommun i länet till en annan.

Genom överenskommelsen kan kommuner köpa platser på vård- och omsorgsboenden utav varandra medan den placerande kommunen behåller ett långsiktigt kostnadsansvar. Överenskommelsen innebär ett avsteg från ansvarsfördelningen som annars regleras i socialtjänstlagen. Enligt överenskommelsen fattar utflyttningsskommunen biståndsbeslut samt behåller det långsiktiga ansvaret för både myndighetsutövning samt kostnad så länge den enskilde är i behov utav insatsen. Inflyttningsskommunen har sedan ansvaret att förmedla en plats på särskilt boende på samma villkor som om den sökande var en kommuninvånare.

Det finns idag en möjlighet i socialtjänstlagen (2a kap 10 § SoL) att begära överflyttning av ansvaret från utflyttningsskommunen till inflyttningsskommunen om den enskilde till exempel väljer att folkbokföra sig i den nya inflyttningsskommunen. Överenskommelsen innebär att denna möjlighet avtalas bort. Den enskilde kan dock fortfarande ansöka om särskilt boende i annan kommun enligt 2a kap 8 § SoL.

De kommuner som hittills har undertecknat överenskommelsen är Danderyd, Ekerö, Haninge, Lidingö, Nacka, Norrtälje, Salem, Sigtuna, Sollentuna, Täby, Upplands-Bro, Vallentuna, Värmdö, Österåker och Stockholm.

4 Lagen (2008:962 om valfrihetssystem (LOV)

Lagen om valfrihetssystem trädde i kraft den 1 januari 2009. Lagen reglerar vad som gäller när en upphandlande myndighet, till exempel kommun, konkurrensutsätter delar av sin verksamhet, genom att överlåta till individen att välja utförare bland leverantörer i ett valfrihetssystem. LOV kan ses som ett regelverk som beskriver hur privata utförare kan bli leverantörer av välfärdstjänster. Lagen bygger på grundläggande EG-rättsliga principer: konkurrens, icke-diskriminering, öppenhet och proportionalitet.

Det är frivilligt för kommuner att införa LOV men obligatoriskt för regioner inom primärvården. Kommuner kan införa lov för hälsovård- och socialtjänster så som äldreomsorg och social omsorg för personer med funktionsnedsättning.

Enligt LOV ska alla utförare ersättas på samma sätt och därmed konkurrera enbart med kvalitet. Vid upphandling enligt LOV godkänns alla leverantörer som uppfyller ställda krav och villkor, och den enskilde brukaren väljer sedan leverantör.

Enligt Valfrihetswebben så har 21 av Sveriges 290 kommuner infört LOV inom särskilda boenden (vård- och omsorgsboenden) i juli 2019. Dessa kommuner är Danderyd, Halmstad, Kommunalförbundet sjukvård- och omsorgs i Norrtälje, Kävlinge, Lidingö, Nacka, Ronneby, Simrishamn, Sollentuna, Solna, Staffanstorps, Stockholm, Sundbyberg, Sölvesborg, Täby, Upplands Väsby, Upplands-Bro, Uppsala, Uppvidinge, Växjö och Österåker.¹

4.1 LOV i Upplands-Bro kommun

4.1.1 LOV hemtjänst

Den 24 november 2011 beslutade Upplands-Bro kommun att införa lagen om valfrihetssystem (2008:962) inom hemtjänst enligt 4 kap 1 § socialtjänstlagen (SoL). Sedan våren 2013 har Upplands-Bro kommun ett valfrihetssystem inom hemtjänst som innebär att brukaren själv får välja utförare av insatserna bland de utförare kommunen har godkänt. Det finns i dagsläget fyra stycken privata utförare utav hemtjänst i Upplands-Bro kommun samt den kommunala hemtjänsten, som även är ickevals-alternativet.

4.1.2 LOV Vård- och omsorgsboende

I april 2017 beslutade Socialnämnden att föreslå för Kommunstyrelsen att införa LOV för vård- och omsorgsboende, SN 17/0090, vilket beslutades i Kommunstyrelsen den 14 juni 2017, KS 17/0148.

Socialnämnden godkände socialkontorets förslag till förfrågningsunderlag och tillika ansökningsformulär för att bli godkänd som leverantör av permanenta

¹ <https://www.valfrihetswebben.se/statistik/>

boendeplatser på vård- och omsorgsboende enligt LOV den 21 september 2017, SN 17/0126. Socialnämnden gav samtidigt socialkontoret i uppdrag att genomföra upphandlingen av permanenta boendeplatser enligt LOV.

Bakgrunden till att införa LOV inom vård- och omsorgsboende var att socialnämnden ville möta upp de kommande volymökningarna inom äldreomsorgen och det ökade behovet av platser på vård- och omsorgsboenden. Antalet platser på vård- och omsorgsboenden i kommunen hade stått still under en längre period men Norrgården byggdes ut med sex ytterligare platser under 2017 när Solrosens dagverksamhet flyttade ut ur sina lokaler. Socialnämnden ansåg att införandet av LOV skulle leda till ytterligare boendeplatser samt öka den enskildes delaktighet i sin boendesituation. De boenden som drevs i kommunal regi skulle dock fortsätta att drivas med anslagsfinansiering. Detta innebär att det från och med den 25 januari 2018 finns ett valfrihetssystem inom vård- och omsorgsboenden i Upplands-Bro kommun.

Humana är den första leverantören som inkommit med en ansökan om att bli utförare av vård- och omsorgsboende enligt LOV i Upplands-Bro kommun. Humana uppfyllde alla krav i kommunens förfrågningsunderlag och blev godkända som utförare under våren 2019.

Humana har parallellt med ansökningsförfarandet byggt ett vård- och omsorgsboende på Lillsjö Badväg i Kungsängen som har 80 platser. Boendet öppnar för inflyttning i september 2019 och är valbart för brukare med biståndsbeslut om särskilt boende.

4.2 Vad innebär LOV för den enskilde?

Invånare i kommunen som genom biståndsbeslut beviljats plats på vård- och omsorgsboende för äldre, har rätt att välja bland de utförare som kommunen tecknat avtal med, samt kommunens vård- och omsorgsboenden i egen regi.

Den enskilde som fått ett biståndsbeslut om vård- och omsorgsboende har möjlighet att ställa sig i kö till önskat boende i väntan på ledig lägenhet.

Valfrihetssystemet gäller dock vård- och omsorgsboende i enlighet med biståndsbeslutet. Detta innebär t.ex. att om behovet avser en speciell kompetens begränsas valmöjligheten till de boenden som erbjuder detta. Den enskilde ska dock som huvudregel kunna bo kvar på boendet till livets slut, även om behoven senare förändras.

För att möjliggöra valfrihet i vård- och omsorgsboenden finns ett köhanteringssystem där alla vård- och omsorgsboenden inom valfrihetssystemet ingår. Dessa tillämpningsanvisningar anger vilka regler som gäller för kommunens köhanteringssystem med beaktande av gällande lagstiftning.

Boenden kan vara valbara trots att de ligger i en annan kommun, detta gäller om kommunen tillämpar LOV. Om en individ får ett positivt biståndsbeslut om vård- och omsorgsboende kan denna flytta till ett boende i en annan kommun

om det finns ett avtal mellan kommunerna eller med kommunen och det enskilda boendet där.

4.3 Vad innebär LOV för Upplands-Bro kommun?

Då boendet Lillsjö Badväg ingår i LOV så innebär det att Humana kan skriva avtal med andra kommuner och ge möjligheten att deras invånare kan flytta in på boendet i Upplands-Bro kommun. Upplands-Bro kommun har ingen rätt eller möjlighet att ta reda på vilka andra kommuner som skrivit avtal med utföraren.

Genom att Upplands-Bro kommun har ingått överenskommelse om bibehållet kostnadsansvar så kan även kommunens invånare flytta till någon utav kommunerna Danderyd, Ekerö, Haninge, Lidingö, Nacka, Norrtälje, Salem, Sigtuna, Sollentuna, Täby, Upplands-Bro, Vallentuna, Värmdö, Österåker och Stockholm. Upplands-Bro kommun behåller då kostnadsansvaret för den boende så länge den bor kvar på ett boende utanför kommunen.

5 Lägesbild särskilt boende för äldre i Upplands-Bro kommun

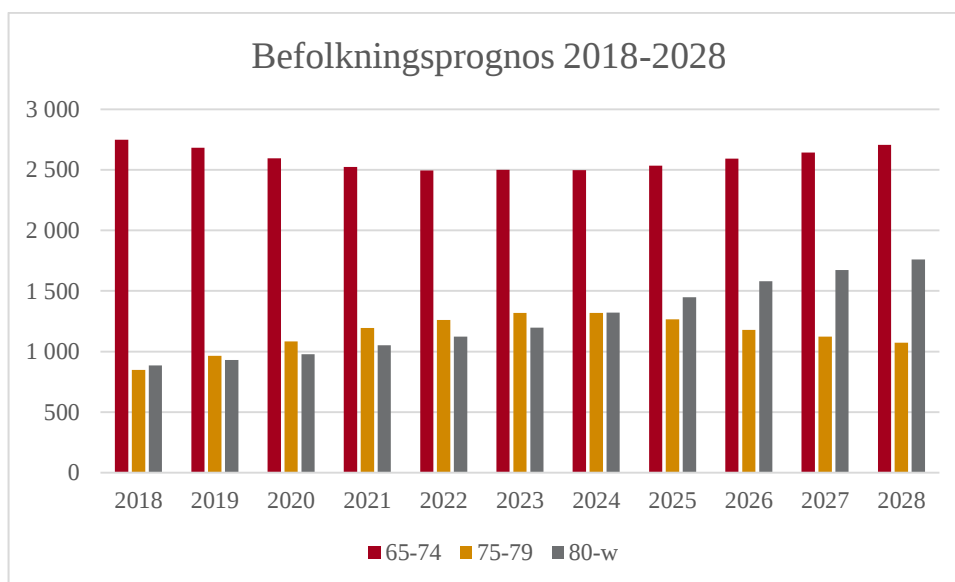
5.1 Prognoser och statistik

5.1.1 Befolkningsprognos

Tabellen nedan visar SCB:s prognos för Upplands-Bro kommun gällande målgruppen 65 år eller äldre mellan åren 2018–2028.

Gruppen 65–74 år kommer att minska till år 2022 ifrån 2018 års nivå på 2748 till 2495 för att sedan årligen öka.

Gruppen 75–79 år kommer i sin tur att öka fram till åren 2023–2024 för att sedan minska i antal. Prognosen säger att antalet 75–79 åringar i kommunen kommer att öka med 469 personer ifrån 849 stycken 2018 till 1318 stycken 2023–2024. År 2028 har gruppen minskat till 1074 individer.



Socialkontoret brukar använda sig utav prognoser framtagna av SCB och SKL när det framtida behovet av platser på vård- och omsorgsboende ska tas fram.

Tabellen nedan visar på prognosen för målgruppen 65 år eller äldre i behov av plats mellan åren 2020 till 2024. SKL:s prognos visar ett behov utav plats för 3,30 % procent av befolkningen inom denna målgrupp. Som tabellen visar så ger detta en ökning utav 19 platser fram till år 2024.

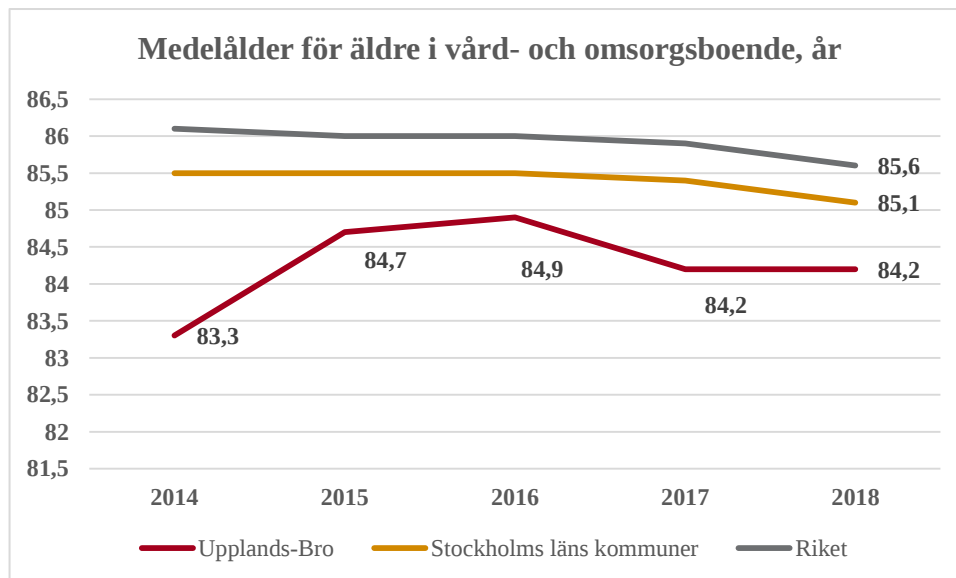
5.1.2 Andelen brukare av befolkningen

Andel brukare av befolkningen	2020	2021	2022	2023	2024	Summa 2020-2024
Särskilt boende (65 år och äldre)	156	160	163	168	172	
Ökning 2020-2024 per år	3	4	4	5	4	19

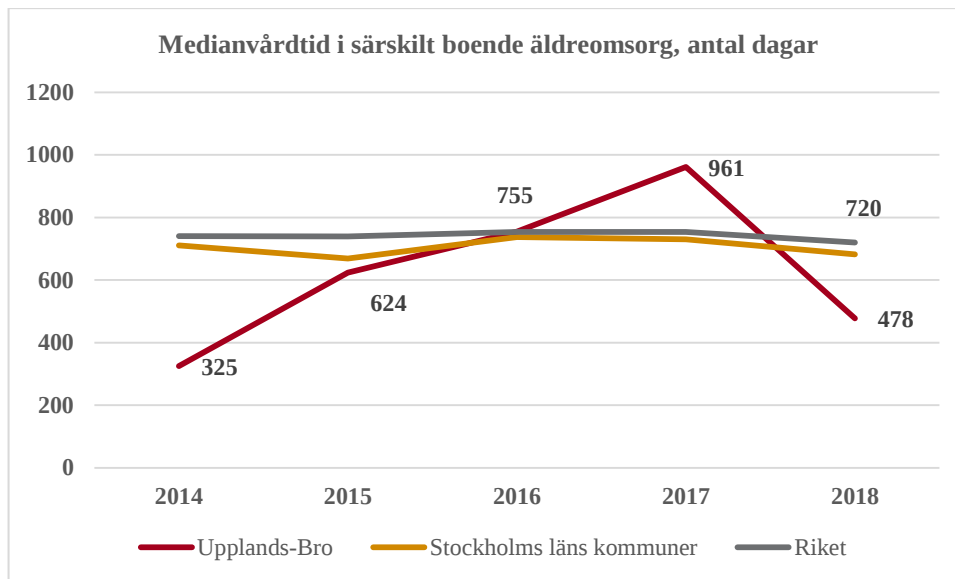
För gruppen som är 80 år eller äldre så räknar kontoret på att 12,10 procent utav befolkningen behöver en plats på boende. Som tabellen nedan visar så ger detta en ökning på 50 platser fram till år 2024.

Andel brukare av befolkningen	2020	2021	2022	2023	2024	Summa 2020–2024
Särskilt boende	126	136	145	154	170	
(80 år och äldre)						
Ökning 2020–2024 per år	6	9	9	9	16	50

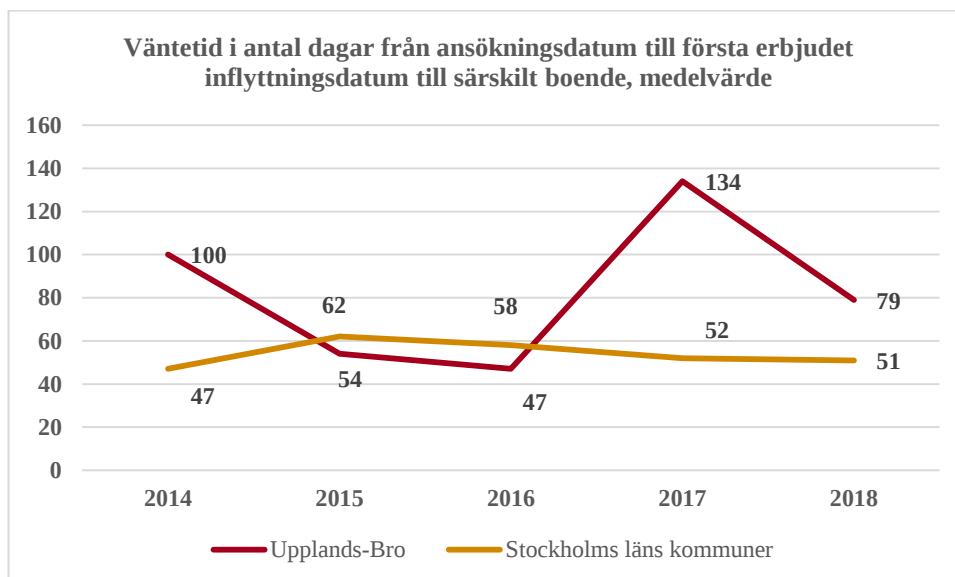
5.1.3 Medelålder, medianvårdtid och väntetid



Medelåldern för de som beviljas plats på vård- och omsorgsboende i Upplands-Bro kommun har ökat sedan 2014 med 0,9 år till 2018. Högst medelålder hade de boende med bistånd utav kommunen under 2016 på 84,9 år. Medelåldern i Stockholms läns kommuner samt i riket har legat kring 85 år mellan åren 2014–2018. Upplands-Bro kommun har såldes en lite yngre medelålder än kringliggande kommuner samt för riket.



Tabellen ovan visar medianvårdtiden i antal dagar på särskilt boende. Enligt SKL så varierar medianvårdtiden mellan kommuner. En längre medianvårdtid kan enligt SKL innebära att det i regel behövs fler platser eftersom de äldre bor en längre tid på boendet och det blir inga lediga platser. På Kolada går det att se att de kommunerna med kortast medianvårdtid har en tid på mellan 150–300 dagar. Längst medianvårdtid är över 1401 dagar. Merparten av kommunerna har en medianvårdtid på mellan 601–750 dagar och medianvårdtiden är som det framgår i tabellen 720 dagar.



Tabellen ovan visar på antal dagar (medelvärde) som en brukare får vänta ifrån den ansöker om att få en plats på ett vård- och omsorgsboende till den får sitt första erbjudande om inflyttning. 2014 fick en brukare vänta i genomsnitt 100 dagar ifrån sin ansökan till första erbjudande. Antalet dagar gick sedan ned till 54 dagar 2015 och 47 dagar 2016. 2017 ökade väntetiden markant till 134 dagar. 2018 har väntetiden gått ned igen och visar på 79 dagar i medel.

Väntetiden i Stockholms läns kommuner visar på en mer stabil trend och har leget på som minst 47 dagar till som mest 62 dagar. Medelvärdet 2018 var 51 dagar. Det saknas statistik för riket.

5.2 Avgifter och kostnader

5.2.1 Avgifter för den enskilde

Vård- och omsorgsboende

En boende på ett vård- och omsorgsboende behöver betala för omsorg och mat. Från och med den 1 januari 2018 varierar omsorgsavgiften mellan 0 - 2 044 kronor/månaden beroende på den boendes inkomst och boendekostnad. Kostnaden för mat är 2 490 kronor/månaden och ingår i avgiftsutrymme. Utöver detta tillkommer en räkning för lägenhetshyran från hyresvärden.

Biståndsenheten kan hänvisa till Pensionsmyndigheten att söka bostadstillägg.

Hyrorna på respektive boende är:

- Hagtorp - 6 025:-/månad
- Lillsjö Badväg – 7 642 kr /månad
- Allégården- 5 546 kr/månad
- Norrgården- 4 386 kr/månad till 6 167 kr/månad beroende på vilket rum.
- Kungsgården - 5541 kr/månad

Korttidsplats

Avgiften för en korttidsplats är 53 kronor per dygn och utöver detta tillkommer 80 kr per dygn för mat.

5.2.2 Kostnader för kommunen

Nettokostnader tkr	2018	2017	2016	2015	2014
Allégården	11 194	10 939	10 390	10 091	9 927
Norrgården	31 409	28 792	28 070	28 135	20 071
Kungsgården	21 737	23 296	23 316	20 780	19 739
Hagtorp	22 394	21 834	21 343	20 732	20 500
Externa placeringar	4 028	14 280	9 394	5 127	5 775
LOV särskilda boenden	41	0	0	0	0
Summa	90 803	99 141	92 513	84 865	76 012

Ersättning per vårddygn 2019 är:

- Hagtorp - 1517 kr exklusive moms per belagd boendeplats
- Lillsjö Badväg –1950 kr exklusive moms per belagd boendeplats
- Allégården- 1906 kr exklusive moms per belagd boendeplats
- Norrgården-1906 kr exklusive moms per belagd boendeplats
- Kungsgården-1906 kr exklusive moms per belagd boendeplats

Tabellen ovan visar på kommunens nettokostnader för vård- och omsorgsboende mellan åren 2014 till 2018. Kostnaden anges i tkr. Nettokostnad avser bruttokostnad minus intäkter, dvs var det kostar kommunen. Intäkter kan vara den enskildes avgift för mat eller omvårdnad. Kostnader för hälso- och sjukvård samt administration har slagits ut över samtliga utgiftsposter.

Sedan 2014 har kommunens kostnader för vård- och omsorgsboenden ökat med cirka 15 miljoner kronor. Högst kostnad för dessa boendeformer hade kommunen under 2017 på cirka 99 miljoner kronor. En stor del utav den ökade kostnaden kan förklaras utav ökade kostnader av externa placeringar, framförallt korttidsplatser, som under 2017 var cirka 14 miljoner kr. Biståndsenheten inom socialkontoret arbetade aktivt med denna post under 2018. Antalet vårddygn på extern korttidsplats hade under perioden april till december 2018 minskat från 4 449 dygn 2017 till 591 dygn, en minskning med 3 861 dygn. Baserat på en dygnskostnad på 2 500 kr skulle kostnaden för extern korttidsplats uppgått till 9,7 mnkr.

Bidragande orsaker till minskning av antalet dygn är införandet av Trygg/förstärkt hemgång, Norrgårdens öppnade av sex nya platser samt högre omsättning på samtliga vård- och omsorgsboenden, jämfört med 2017. Snittlängden på vistelsen för korttidsvård under perioden april till december har uppgått till 44 dygn per individ.

5.3 Lägesbild antalet platser på vård- och omsorgsboende i Upplands-Bro kommun

I Upplands-Bro kommun finns det fem vård- och omsorgsboenden. Tre utav dessa drivs i kommunal regi, Allégården och Norrgården som ligger i Bro och Kungsgården som ligger i Kungsängen. Allégården har 16 lägenheter, Norrgården 48 lägenheter och Kungsgården 32 lägenheter.

Hagtorp drivs på entreprenad utav Attendo sedan maj 2019 och ligger i Kungsängen. Boendet har 36 lägenheter vilket inkluderar 9 korttidsplatser. Humana kommer att öppna boendet Lillsjö Badväg i september 2019. Boendet har 80 lägenheter och ligger i Kungsängen. Lillsjö Badväg är det enda vård- och omsorgsboende som ingår i LOV i kommunen.

Totalt sett finns det 212 platser på vård- och omsorgsboende i Upplands-Bro kommun när Humana öppnar sitt boende i september. 64 platser ligger i Bro och resterande 148 ligger i Kungsängen. 80 lägenheter på ett boende ingår i

LOV. 96 platser är inom den kommunala egenregi och 36 platser är på
entreprenad.

5.4 Lägesbild på vård- och omsorgsboendet Lillsjö Badväg

Under vecka 33 2019 stod fem stycken brukare i byteskö till Lillsjö Badväg
ifrån andra boenden. Biståndsenheten har beviljat fem brukare till vård- och
omsorgsboende som står i kö och har Lillsjö Badväg som förstahandsval, varav
3 somatisk inriktning och 2 demensinriktning.

Kommunen har ingen information om brukare ifrån andra kommuner står i kö
till boendet.

6 Omvärldsbevakning – Upplands-Bro i regionen

6.1 Möjligheter för ett förstärkt prognosarbete

I juni 2019 publicerade SKL rapporten ”Prognos av särskilda boenden- stöd för att prognostisera behov av särskilda boenden för äldre”. Rapporten har tagits fram för att kunna möta upp kommunerna och dess innevånarens behov av äldreomsorg i ett led att kunna uppskatta framtida behov av särskilt boende. Rapporten och dess bifogade metodstöd har till syfte att ge ett handfast stöd i kommunernas prognosarbete och ge ett underlag till beslut.

Följande avsnitt kommer ur denna rapport.

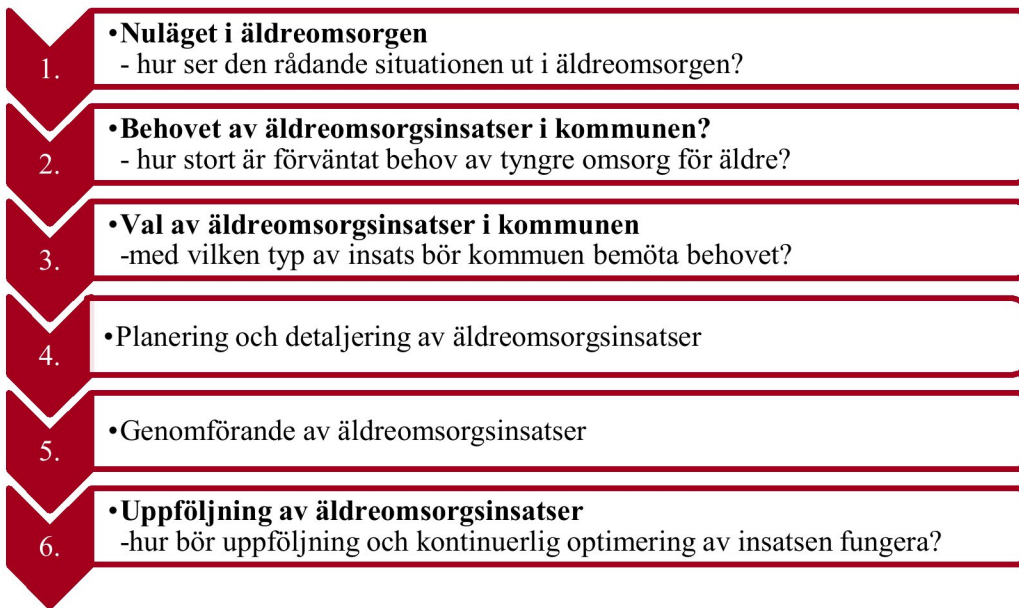
6.1.1 Bostadsmarknadsenkäten

Varje år skickar Boverket ut en bostadsmarknadsenkät till samtliga kommuner i riket. Kommunerna ombeds i enkäten att ange om de har underskott, balans eller överskott inom olika boendeformer och hur de förväntar sig att situationen kommer att utvecklas under kommande 2-års respektive 5-årsperiod. SKL har gjort en jämförelse av kommunerna uppskattning i enkäten 2013 av sina behov fem år framåt och resultaten av uppföljande enkät 2018.

I den enkät som skickades ut 2013 uppgav 79 procent av Sveriges kommuner (228 stycken) att de inom de närmaste åren förväntade sig ha en balans eller överskott av platser på särskilda boenden. I enkäten för år 2018 visades sig att denna prognos stämde för 129 utav kommunerna. 99 kommuner hade dock underskott av platser på särskilda boende. Vidare så angav 36 kommuner år 2013 att de skulle få ett underskott av platser på särskilda boenden år 2018. Det visade sig dock i svaren 2018 att denna prognos stämde för 13 av kommunerna medan resterande 23 istället hade balans eller överskott av platser på särskilda boenden. SKL menar att detta resultat visar på hur svårt det är för kommunerna att kunna göra prognoser utav platser på särskilda boenden på en femårsperiod.

6.2 Process för prognos av behov av särskilda boenden

SKL har i sin rapport tagit fram en process med sex övergripande steg, som kan användas utav kommuner för planering, prognostisering och beslut om antal platser inom särskilda boenden.



Process för att prognostisera behov av särskilda boenden för äldre, SKL, juni 2019

SKL ger följande beskrivning av processens sex steg i sin rapport:

1. Nuläget i äldreomsorgen: Det första steget är att skapa en god kännedom om nuläget och genomföra en baslinjemätning inom ett antal områden, exempelvis hur stor andel av befolkningen 80 år och äldre som får omfattande äldreomsorg och hur stor andel av dessa som får plats på särskilt boende respektive omfattande hemtjänstinsatser. Samtliga av dessa områden kan dessutom analyseras över tid samt sättas i relation med resultat i jämförbara kommuner för att skapa en fördjupad bild.

2. Behovet av äldreomsorgsinsatser i kommunen: Processens andra steg är att bedöma det samlade behovet av äldreomsorgsinsatser under prognos-perioden. Inledningsvis beräknas hur stor den åldersmässigt relevanta potentiella målgruppen väntas vara. Efter att denna har uppskattats är det lämpligt att göra en bedömning av hur många av dessa personer som väntas vara i behov av omfattande insatser (omfattande hemtjänstinsatser eller särskilt boende). Vid en förenklad analys antas andelen vara identisk med nuvarande grad av insatser till olika ålderskategorier, men detta är förknippat med antaganden om att framtidens äldre kommer ha samma vård-behov som dagens samt att man i dagsläget har en optimal fördelning av äldreomsorgsinsatser.

3. Val av äldreomsorgsinsatser i kommunen: Det tredje steget är att etablera mer specifikt vilken eller vilka sorters insatser kommuner kan möta behovet med. Målet med denna del av processen är att få en uppfattning om hur kommunens förutsättningar att leverera särskilda boenden ser ut jämfört med andra insatser, och att ta fram en strategi för hur man vill ha det framöver. För att genomföra denna analys vägs särskilda behov hos målgruppen, kommun-interna faktorer samt omvärldsfaktorer in. Fokus i detta steg är mer på kvalitativ analys, medan fokus i tidigare steg varit mer utpräglat kvantitativa.

4. Planering och detaljering av äldreomsorgsinsatser: Efter beslut om vilken utsträckning olika insatser kan erbjudas för att bäst bemöta behovet aktualiseras detta fjärde steg. I detta steg ska man planera hur insatserna bäst kan genomföras. Det här steget skiljer sig från det föregående, då det fokuserar på detaljplanering av insatsens innehåll.

5. Genomförande av äldreomsorgsinsatser: Efter detta genomför man insatserna enligt plan, exempelvis byggande av ett nytt boende eller upphandling av hemtjänst. Denna del är inte fokus för denna rapport. För mer information kring detta steg rekommenderas SKL:s rapporter ”Framtidens äldre-boende”²¹ och ”Strategier för vård- och omsorgsboenden”²².

6. Uppföljning av äldreomsorgsinsatser: Det avslutande steget är uppföljning av insatserna, där man bör etablera vilka faktorer som är lämpliga att följa upp, hur ofta uppföljning ska ske, och sedan lära sig löpande om vilka justeringar som är lämpliga att göra för att optimera genomförandet av insatserna.

7 Konsekvensanalys och slutsats

Denna rapport har tagit sikte på insatsen särskilt boende för äldre och vilka resursmässiga konsekvenser den innebär för kommunen. En central del har varit att belysa innebörden av insatsen för individen men också för kommunen för att kunna göra en nyanserad analys utifrån följande frågeställningar.

1. Hur ser kommunens behov av platser på särskilt boende ut på en flerårshorisont?
2. Hur ser utbudet av platser på särskilt boende ut i regionen?
3. Vilka ekonomiska konsekvenser får införandet av LOV av särskilt boende för kommunen och hur kan kommunen hantera dessa?
4. Hur kan kommunen hantera ett potentiellt kostsamt inflöde av brukare från annan kommun?

8.1. Hur ser kommunens behov av platser på särskilt boende för äldre ut på en flerårshorisont?

SKL:s prognos för behov av platser för särskilt boende för äldre visar för Upplands-Bro kommun ett behov utav plats för 3,30 % procent av befolkningen inom denna målgrupp. Det innebär en ökning utav 19 platser fram till år 2024.

Enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät för 2019 råder för närvarande obalans på bostadsmarknaden med ett underskott vad gäller särskilt boende för äldre. Enkäten redovisar att behovet kommer att vara täckt om två år men om fem år kommer det att vara ett underskott igen. Underskott på bostäder innebär inte alltid att det finns bostadssociala problem såsom trångboddhet eller omfattande andrahandsuthyrning som utbrett fenomen. Underskott på bostäder kan innebära att det i kommunen finns en dynamisk ekonomi, där ökade inkomster leder till en ökad efterfrågan på bostäder. Att en kommun uppger underskott på bostäder innebär i många fall att det är svårt att flytta till, eller inom kommunen.

Tillkommandet av det nya boendet på Lillsjö Badväg medför flera nya platser inom insatsen. Det får dock i sammanhanget inte glömmas bort att dessa platser bara kan fyllas om individen vill det, samt om boendet kan tillgodose de behov som den enskilde har. Därför behöver nödvändigtvis inte det nya boendet och de ytterligare platserna innebära en direkt lösning på den rådande obalansen.

Kommunens behov av platser på särskilt boende för äldre på en flerårshorisont är en viktig fråga för kommunen att hålla koll på. Det är en fråga som kräver ett pågående och strukturerat prognosarbete. Idag tar kommunen hjälp av SKL och SCB:s undersökningar och verktyg för prognosarbete för detta ändamål.

8.2. Hur ser utbudet av platser på särskilt boende för äldre ut i regionen?

Följande tabell är en sammanställning från Boverkets bostadsmarknadsenkät 2019.

Kommun	Utbud särskilt boende för äldre	Kommer behovet att vara täckt om 2 år?	Kommer behovet att vara täckt om 5 år?
Upplands-Väsby	Balans	Ja	-
Vallentuna	Underskott	Ja	Ja
Österåker	Balans	Ja	Nej
Järfälla	Underskott	Nej	Ja
Ekerö	Balans	Ja	Ja
Täby	Balans	Ja	Ja
Danderyd	Underskott	Nej	Ja
Sollentuna	Balans	Ja	Ja
Stockholm	Överskott	Nej	Ja
Sundbyberg	Överskott	Ja	Ja
Solna	Balans	Ja	Ja
Lidingö	Balans	Ja	Nej
Vaxholm	Underskott	Nej	Nej
Norrtälje	Underskott	Ja	Ja
Sigtuna	Underskott	Nej	Ja
Nynäshamn	Underskott	Nej	Ja
Nacka	Överskott	Ja	Ja
Södertälje	Underskott	Nej	Ja
Nykvarn	Underskott	Nej	Ja
Upplands-Bro	Underskott	Ja	Nej
Tyresö	Underskott	Nej	Ja
Haninge	Balans	Ja	Ja
Salem	Balans	Ja	Ja
Botkyrka	Underskott	Nej	Ja
Huddinge	Underskott	Ja	Ja

Värmdö	Balans	Ja	Nej
--------	--------	----	-----

8.3. Vilka ekonomiska konsekvenser får införandet av LOV av särskild boende för kommunen och hur kan kommunen hantera dessa?

Insatsen särskilt boende för äldre är en kostsam insats som föregås av ett biståndsbedömt beslut av kommunen. Införandet av LOV inom området särskilt boende för äldre innebär att kommunen skapar möjlighet för individer med biståndsbeslut om insatsen att fritt välja utförare från kommunens ”katalog”. Vilka aktörer som ska vara valbara enligt LOV avgörs av huruvida intresserade aktörer uppfyller de av kommunen uppställda kriterierna för att få ansluta sig till kommunens valfrihetssystem.

För att kommunen ska kunna köpa en boendeplats på ett visst boende krävs dels ett biståndsbeslut, dels en uttryckt önskan från individen om plats på just det boendet. Det är således inte möjligt för kommunen att köpa platser på ett boende utan att platsen skulle vara kopplad till en särskild individ. Även privata boendeaktörer i andra kommuner kan anmäla sig som LOV-utförare till kommunens utförarkatalog. Detta innebär t.ex. att boendet Lillsjö Badväg kan skriva avtal med andra kommuner och ge möjligheten att deras invånare kan flytta in på boendet i Upplands-Bro kommun. Upplands-Bro kommun har ingen rätt eller möjlighet att ta reda på vilka andra kommuner som skrivit avtal med utföraren.

Det bör föras fram att enligt avtal med Humana så betalar kommunen för max två dagars ersättning vid tomma platser som uppstår inom kommunens placeringar, tex vid inflyttning eller dödsfall. Resterande tid som det finns tomma platser på boendet bekostar Humma själva.

Enligt socialtjänstlagen finns det som sagt en möjlighet (2a kap 10 § SoL) att begära överflyttning av ansvaret från utflyttningkommunen till inflyttningkommunen om den enskilde till exempel väljer att folkbokföra sig i den nya inflyttningkommunen. Detta innebär brukare från andra kommuner kan välja ett boende i vår kommun och att ursprungskommunen sedan kan begära att kostnadsansvaret övergår till Upplands-Bro kommun.

Genom att Upplands-Bro kommun har ingått överenskommelse om bibehållet kostnadsansvar så kan dock kommuninvånare från någon av kommunerna Danderyd, Ekerö, Haninge, Lidingö, Nacka, Norrtälje, Salem, Sigtuna, Sollentuna, Täby, Vallentuna, Värmdö, Österåker eller Stockholm flytta till Upplands-Bro kommun och ursprungskommunen behålla kostnadsansvaret för den boende.

Att kommunen öppnat upp för privata utförare att ansluta sig genom LOV till kommunens utförarkatalog innebär en ekonomisk risk på grund av möjligheten att begära överflyttning av kostnadsansvaret enligt 2a:10 SoL. Införande av LOV innebär att privata utförare kan etablera sig i kommunen utan

kommunens möjlighet att påverka var eller hur, så länge de uppfyller kommunens krav ställda i förfrågningsunderlaget. Om antalet platser i kommunen, såväl privata som kommunala, överstiger kommunens efterfrågan löper kommunen en risk att få kostnadsansvar för brukare från andra kommuner, om dessa inte är någon av de kommuner som ingår i överenskommelsen för bibehållet kostnadsansvar.

8.4. Hur kan kommunen hantera ett potentiellt kostsamt inflöde av brukare från annan kommun?

Då överflyttning av kostnadsansvar är en lagstadgad möjlighet är det svårt för kommunen att förebygga att det ska kunna ske på annat sätt än genom att överse möjligheten till överenskommelser med andra kommuner. Det är viktigt att kommunen i detta sammanhang har ett pågående prognosarbete.

Datum 2019-12-23 Vår beteckning ÅON 19/0117 Er beteckning

Äldre- och omsorgsnämnden

Rapportering av ej verkställda och verkställda beslut per den 31 oktober 2019

Förslag till beslut

1. Äldre- och omsorgsnämnden överlämnar socialkontorets rapportering av ej verkställda och verkställda beslut den 31 oktober 2019 till kommunens revisorer.
2. Äldre- och omsorgsnämnden överlämnar statistikrapport av ej verkställda beslut och verkställda beslut den 31 oktober 2019 till Kommunfullmäktige.

Sammanfattning

Kommunerna har enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) skyldighet att rapportera in ej verkställda beslut till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Vid rapporteringstillfället 31 oktober 2019 fanns det tre ej verkställda beslut avseende äldreomsorg enligt SoL. Fyra beslut som tidigare inrapporterats som ej verkställda har avslutats under perioden. Besluten avser insats enligt SoL.

Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse daterad den 23 december 2019.
- Statistikrapport

Ärendet

Kommunerna har från den 1 juli 2006 genom en ändring i SoL samt från den 1 juli 2008 genom ett tillägg i LSS, skyldighet att rapportera in gynnande beslut som inte verkställts inom tre månader från beslutsdatum till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Från samma datum gäller även skyldigheten att rapportera in avbrott i verkställigheten om beslutet inte verkställts på nytt inom tre månader från dagen för avbrottet.

Alla ej verkställda beslut som rapporterats ska alltid återrapporteras när beslutet har verkställts.

Rapporteringen till IVO och kommunens revisorer ska ske på individnivå och lämnas in en gång per kvartal.

Rapporteringen till Kommunfullmäktige ska ske i form av en statistikrapport där individen är avidentifierad.

En kommun som inte inom skälig tid tillhandahåller bistånd som någon är berättigad till kan åläggas att betala en särskild avgift. Det lägsta beloppet för en sanktionsavgift är tio tusen kronor och den högsta en miljon kronor.

Nuläge vid rapporteringstillfället 31 oktober 2019

Äldreomsorg, insatser enligt SoL

Vid rapporteringstillfället den 31 oktober 2019 fanns det tre ej verkställda beslut, där samtliga ärenden avser ansökan om särskilt boende med heldygnsomsorg. Skäl till att beslut avseende särskilt boende inte verkställts är att den enskilde har tackat nej till erbjuden plats i ett fall. I det andra fallet har svar på erbjuden plats ej inkommit från den enskilde. I det tredje fallet har den enskilde dock efter viss fördröjning tackat ja till erbjuden plats och beslutet kommer därav verkställas.

Fyra tidigare inrapporterade ej verkställda beslut har avslutats under perioden.

Barnperspektiv

Socialkontoret konstaterar att denna rapport inte står i strid med barnets bästa.

Socialkontoret

██████████
Socialchef

██████████
Avdelningschef kvalitet- och verksamhetsstöd

Bilagor

1. Statistikrapport

Beslut sänds till

- Kommunfullmäktige
- Kommunens revisorer

Statistikrapport ej verkställda beslut enligt Socialtjänstlagen (SoL)

Rapporteringstillfälle 31 oktober 2019

Verkställda eller avslutade beslut som tidigare rapporterats ej verkställda (SoL)					
Beslutsdatum för gynnande beslut som ej verkställts	Äldreomsorg	Handikappomsorg	Kvinna/flicka	Man/pojke	Datum för verkställighet/avslut
2019-03-20	X		X		2019-07-08
2019-05-01	X		X		2019-08-08
2019-06-12	X			X	2019-09-17
2019-06-23	X		X		2019-09-25

Rapporteringstillfälle 31 oktober 2019

Gynnande beslut som inte verkställts inom tre månader från beslutsdatum (SoL)						
Beslutsdatum för gynnande beslut som ej verkställts	Äldreomsorg	Handikappomsorg	IFO	Kvinna /flicka	Man/pojke	Kommentar
2018-10-15	X				X	Den enskilde har tackat nej till erbjuden plats på Allégården 2018-10-16 (erbjuden 2019-10-15). Tackar nej till plats på Hagtorp 2019-01-30 (erbjuden 2019-01-28). Tackar nej till plats på Hagtorp 2019-03-29 (erbjuden 2019-03-29). Tackar nej till plats på Kungsgården 2019-05-08 (erbjuden 2019-05-07). Tackar även nej till plats på Norrgården 2019-08-16 (erbjuden 2019-08-16).
2019-04-08	X			X		Erbjuden plats på Norrgården 2019-07-15 men tackar nej. Erbjuden plats på Kungsgården 2019-09-30 och tackar ja 2019-10-08.
2019-05-28	X			X		Erbjuden plats på Norrgården 2019-08-26, men tackar nej. Erbjuden plats på Hagtorp 2019-10-04 men har ej lämnat svar. Bor tillsvidare på särskilt boende med heldygnsomsorg i annan kommun.

Datum 2019-12-18 Vår beteckning ÅON 19/0112 Er beteckning

Äldre- och omsorgsnämnden

Redovisning av intern kontroll 2019

Förslag till beslut

Äldre- och omsorgsnämnden godkänner redovisning av intern kontroll 2019.

Sammanfattning

Alla identifierade risker med tillhörande kontroller och åtgärder som togs fram för 2019 års internkontroll är påbörjade och inom flera områden har arbetet fortlöpt väl, några områden är dock ännu inte slutförda och har därmed rapporterats som mindre avvikelser från planen.

Ett övergripande arbete kring uppföljning av verksamheter i såväl intern som extern regi är påbörjat och kommer helt implementeras under 2020.

Egenkontroller är i viss mån genomförda under året men det finns behov av vidareutveckling av området inom nämndens samtliga verksamheter. Det finns väl förankrade rutiner för arbetet med icke verkställda beslut. Ett fåtal icke verkställda beslut rapporterades under året och ytterligare utvecklingsarbete för att nå målsättningen att inte ha några icke verkställda beslut kommer fortgå. Loggkontroller för året kommer genomföras retroaktivt och nya rutiner för arbetet har tagits fram för att säkerställa lagefterlevnad.

I bilagd uppföljningsrapport redovisas i sin helhet 2019 års risker, genomförda kontroller samt vidtagna åtgärder.

Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse daterad 18 december 2019
- Bilaga, Uppföljningsrapport intern styrning och kontroll 2019

Ärendet

Enligt kommunallagen är samtliga nämnder ansvariga för att genomföra intern kontroll. Kontrollen ska säkerställa att verksamheten är effektiv och produktiv samt att den efterlever krav i enlighet med tillämpliga lagar och regler. Den årliga internkontrollplanen arbetas fram genom att övergripande riskanalyser genomförs utifrån hela äldre- och omsorgsnämndens verksamhetsområde. Därefter planeras kontrollmoment och åtgärder in för att identifierade risker ska minimeras. Kommunstyrelsen gav för år 2019 samtliga nämnder direktiv om att ta fram fem prioriterade risker.

Under 2019 fokuserade socialkontoret den interna kontrollen på kvalitativa parametrar. I bilagd uppföljningsrapport redovisas prioriterade risker samt vidtagna åtgärder och genomförda kontrollmoment.

Alla identifierade risker med tillhörande kontroller och åtgärder som togs fram för 2019 års internkontroll är påbörjade och inom flera områden har arbetet fortlöpt väl, några områden är dock ännu inte slutförda och har därmed rapporterats som mindre avvikelser från planen.

Ett övergripande arbete kring uppföljning av nämndens verksamheter i såväl intern som extern regi är påbörjat och kommer helt implementeras under 2020. Egenkontroller är i viss mån genomförda under året inom de olika verksamheterna men det finns behov av vidareutveckling av området, vilket är planerat under 2020. Det finns väl förankrade rutiner för arbetet med icke verkställda beslut. Ett fåtal icke verkställda beslut rapporterades under året och ytterligare utvecklingsarbete för att nå målsättningen att inte ha några icke verkställda beslut kommer fortgå. Loggkontroller för året har inte genomförts men kommer att genomföras retroaktivt och nya rutiner för arbetet har tagits fram för att säkerställa lagefterlevnad.

Slutsatsen är att arbetat med intern kontroll under året har fungerat relativt väl. Intern kontroll genomförs även inom flera andra områden som inte nämns i denna rapport exempelvis regelbunden uppföljning av verksamhetsplan och delårsbokslut. Ett förbättringsområde är att internkontrollplanen ska vara ett mer levande dokument under hela verksamhetsåret.

Barnperspektiv

Vid arbetet med att identifiera risker och planera kontrollmoment samt åtgärder inom Äldre- och omsorgsnämndens verksamheter har barnperspektivet beaktats. Inom nämndens verksamheter förekommer barn främst som närstående till individer som beviljats insatser.

██████████

Avdelningschef kvalitet och
verksamhetsstöd

██████████

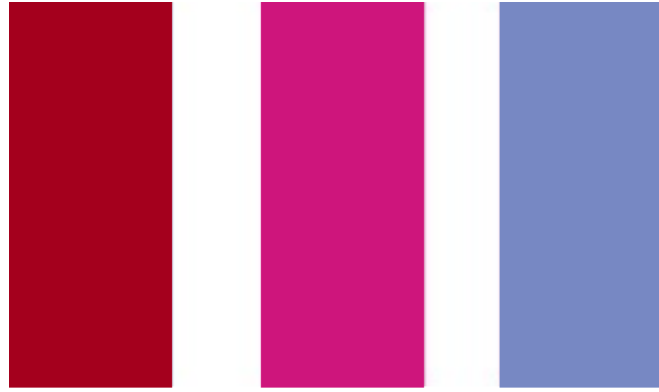
Socialchef

Bilagor

1. Uppföljningsrapport intern styrning och kontroll 2019

Beslut sänds till

- Avdelningschefer inom äldre- och omsorgsnämnden
- Enhetschefer inom äldre- och omsorgsnämnden



Uppföljningsrapport intern styrning och kontroll 2019

Äldre- och omsorgsnämnden

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	3
2	Uppföljning av kontrollmoment.....	4
2.1	Effektivitet och produktivitet i verksamheten	4
2.2	Efterlevnad av tillämpliga lagar och regler.....	5
3	Uppföljning av åtgärder.....	6
3.1	Effektivitet och produktivitet i verksamheten	6
3.2	Efterlevnad av tillämpliga lagar och regler.....	7
4	Slutsatser av uppföljning.....	10

1 Inledning

I denna rapport presenteras uppföljningen av årets arbete med intern styrning och kontroll enligt nämndens antagna interna kontrollplan för året.

- Utfall och kommentarer till årets genomförda kontrollmoment
- Status och kommentarer till de genomförda åtgärder som planerats i samband med upprättandet av den interna kontrollplanen samt de eventuella åtgärder som vidtagits under året

2 Uppföljning av kontrollmoment

Statussymbolernas betydelse för kontrollmomenten är följande:

Inte kontrollerat	—
Ingen avvikelse	●
Mindre avvikelse	◆
Större avvikelse	■

2.1 Effektivitet och produktivitet i verksamheten

Process:

2.1.1 Loggkontroll i verksamhetssystemen

Risker:

Att obehöriga har tillträde till journal/verksamhetsystem

Kontrollmoment	Kommentar
Kontroll att loggkontroller är genomförda på samtliga verksamheter ◆ Mindre avvikelse	Loggkontroller är inte genomförda år 2019, dessa kommer genomföras retroaktivt när nya skriftliga rutiner är fastställda.

Risker:

Att loggkontroll inte genomförs enligt planering

Kontrollmoment	Kommentar
Loggkontroll i verksamhetssystem (Procapita och Lifecare) ◆ Mindre avvikelse	Nya rutiner är inte klara ännu, därav kommer loggkontroll ske retroaktivt.

Process:

2.1.2 Planering av insatser/besök inom hemtjänsten

Risker:

Manuell planering sker istället för med stöd av verksamhetssystemet LC Planering.

Kontrollmoment	Kommentar
Uppföljning med enhetschef att planering sker digitalt med hjälp av planeringssystem LC Planering ◆ Mindre avvikelse	Uppföljning genomfördes via mail under våren, vid det tillfället hade arbetet med LC planering inte kommit igång.


2.2 Efterlevnad av tillämpliga lagar och regler

Process:

2.2.1 Verkställighet av beslut enligt SoL

Risker:

Att äldre- och omsorgsnämnden har ej verkställda beslut


Kontrollmoment	Kommentar
Sammanställning av beslut äldre än tre månader och som ej är verkställda.  Ingen avvikelse	Avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd har regelbundet rapporterat in ej verkställda och verkställda beslut till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Rapportering har skett enligt angivet tidschema fyra gånger per år från IVO. Ej verkställda och verkställda beslut har därefter sammanställts och rapporterats till Socialnämnden samt Äldre- och omsorgsnämnden för att sedan lämnas över till Kommunfullmäktige.

Process:

2.2.2 Egenkontroll

Risker:

Egenkontroller genomförs inte enligt föreskrift SOSFS 2011:9

Kontrollmoment	Kommentar
Kontroll att samtliga verksamheter genomför egenkontroller  Mindre avvikelse	En förfrågan ställdes till verksamheterna under våren 2019. Det framkom att alla verksamheter genomförde egenkontroller inom vissa områden, men att kunskaperna gällande egenkontroll behövde stärkas. Ledningsgruppen fick under hösten 2019 en presentation gällande egenkontroller och kommer under 2020 arbeta vidare med att identifiera verksamhetsspecifika kontrollmoment och dokumentera dessa systematiskt

3 Uppföljning av åtgärder

Statussymbolernas betydelse för åtgärderna är följande:

Avslutad	
Ej påbörjad	
Försenad	
Pågående	

De åtgärder som presenteras nedan kan dels vara planerade i samband med upprättandet av internkontrollplanen men även insatta under året på grund av avvikelser som identifierats vid genomförda kontrollmoment.


3.1 Effektivitet och produktivitet i verksamheten

Process:

3.1.1 Loggkontroll i verksamhetssystemen




Risker:

Att obehöriga har tillträde till journal/verksamhetsystem

Åtgärder	Slutdatum	Kommentar
Information till chefer på samtliga verksamheter att loggkontroll ska genomföras regelbundet  Avslutad	2019-12-31	Avdelningen för kvalitet och verksamhetsstöd har hållit en presentation på socialkontorets ledningsgrupp gällande loggkontroll. Loggkontroll planeras genomföras i samverkan mellan systemförvaltare och enhetschefer för resp verksamhet.

Risker:

Att loggkontroll inte genomförs enligt planering




Åtgärder	Slutdatum	Kommentar
Samtliga verksamheter planerar in regelbunden loggkontroll  Avslutad	2019-12-31	Ny rutin kommer implementeras under 2020. Retroaktiv kontroll för 2019 kommer då genomföras.
Loggkontroll chefer  Avslutad	2019-12-31	Ny rutin kommer implementeras under 2020. Retroaktiv kontroll för 2019 kommer då genomföras. Chef kommer ingå i det slumpmässiga urvalet.
Skapa rutin för loggkontroll  Avslutad	2019-06-30	Ny rutin är inte färdigställd. Den är påbörjad och kommer färdigställas och implementeras under 2020.

Process:

3.1.2 Planering av insatser/besök inom hemtjänsten

Risker:

Manuell planering sker istället för med stöd av verksamhetssystemet LC Planering.

Åtgärder	Slutdatum	Kommentar
Vidareutbildning i LC planering genomförs i november 2018  Avslutad	2019-12-31	Utbildningen genomfördes enligt planering.
Uppstart av arbete med LC planering  Avslutad	2019-12-31	Uppstart är genomförd och planering genomförs i systemet. Utveckling av arbetssätt kommer att ske i samband med att ny organisation startar upp 2020.
Månadsvis uppföljning och kontroll  Avslutad	2019-12-31	Kontroll görs av enhetschef och följs upp tillsammans med avdelningschef månadsvis.


3.2 Efterlevnad av tillämpliga lagar och regler

Process:

3.2.1 Verkställighet av beslut enligt SoL.

Risker:

Att äldre- och omsorgsnämnden har ej verkställda beslut

Åtgärder	Slutdatum	Kommentar
Ärendedragning  Avslutad	2019-12-31	Rutin för rapportering av ej verkställda beslut har reviderats under året. De ärenden som rapporterats som ej verkställda beslut sammanställs även i enhetens Teams och ses över på enhetens ledningsgrupp med orsak och åtgärder. För kvartal tre rapporterades sex ej verkställda beslut för insats vård och omsorgsboende, orsak är resursbrist och avböjda erbjudanden. Samtliga beslut är verkställda, en återtagen ansökan från enskild i annan kommun.

Process:

3.2.2 Uppföljningar av nämndens verksamhet

Risker:

Olika krav på kvalitet och lagefterlevnad på intern respektive extern verksamhet

Åtgärder	Slutdatum	Kommentar
----------	-----------	-----------

Åtgärder	Slutdatum	Kommentar
Se över uppföljningsförfarandet ✓ Avslutad	2019-12-31	Under året har avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd sett över arbetet med uppföljning av verksamheter inom kommunal och privat regi. En plan för uppföljning presenteras socialkontorets ledningsgrupp under 2019.
Översyn av uppföljningsmallar ✓ Avslutad	2019-12-31	Mallar för avtalsuppföljning skapas utifrån aktuella upphandlingsdokument/förfrågningsunderlag. Nya mallar för egenkontroll har skapats i Stratsys. Ett nytt arbetssätt för uppföljning av verksamhet i kommunal regi presenteras socialkontorets ledningsgrupp under året.
Överenskommelser mellan skapas med kommunens verksamheter att uppföljning kommer ske på lika villkor som kommunens privata utförare ✓ Avslutad	2019-12-31	Överenskommelser finns med hemtjänstutförare. Överenskommelser inom vård- och omsorgsboende är ett förbättringsområde.

Process:

3.2.3 Egenkontroll

Risker:

Egenkontroller genomförs inte enligt föreskrift SOSFS 2011:9

Åtgärder	Slutdatum	Kommentar
Översyn av egenkontroller och stöd till chefer att skapa årshjul för egenkontroller ✓ Avslutad	2019-12-31	Representanter från kvalitet- och verksamhetsstöd har presenterat arbetssätt gällande egenkontroller i ledningsgruppen. En flik för egenkontroller har skapats i Stratsys där verksamheterna kan dokumentera sina genomförda egenkontroller och skapa en årsplanering. Denna blev klar i november 2019.
Identifiera behov av vilka egenkontroller som behövs i verksamheten och genomföra dessa ✓ Avslutad	2019-12-31	På biståndsenheten har det genomförts egenkontroll genom aktgranskning under december månad, resultat ej klart. På enhetens kvalitetsråd sammanställs alla avvikelser, synpunkter och klagomål, åtgärdsförslag tas fram och diskuteras på enhetens APT. Egenkontroller kommer att systematiseras inom samtliga enheter under 2020. Under 2019 har hemtjänst och vård- och omsorgsboenden arbetat med handlingsplaner utifrån brukarundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen", vilket bidrar till verksamheternas utveckling. Granskning av dokumentation är ett utvecklingsområde inom samtliga verksamheter.

Process:

3.2.4 Uppföljning av privata utförare och köpta platser

Risker:

Avtalsuppföljningar sker ej i samtliga verksamheter där äldre- och omsorgsnämnden har avtal

Åtgärder	Slutdatum	Kommentar
Kartläggning av RAM-avtal och direktupphandlingar ✓ Avslutad	2019-06-20	Inga RAM-avtal finns inom äldre- och omsorgsnämnden. Myndighetsenheterna har fått i uppdrag att se över sina direktupphandlingar, detta arbete förväntas pågå även under 2020.
Planering och genomförande av avtalsuppföljning utifrån de avtal som kartlagts ✓ Avslutad	2019-12-31	Beslut fattades att detta år göra en långsiktig plan för avtalsuppföljning vilken planeras starta år 2020. Uppföljning har genomförts löpande i privata verksamheter genom bl.a. samverkansmöten.

4 Slutsatser av uppföljning

Alla moment som togs fram för 2019 års internkontroll är påbörjade och inom flera områden har arbetet fortlöpt väl, några områden är dock ännu inte slutförda och har därmed rapporterats som mindre avvikelser från planen.

Ett övergripande arbete kring uppföljning av verksamheter i såväl intern som extern regi är påbörjat och kommer helt implementeras under 2020. Egenkontroller är i viss mån genomförda under året men det finns behov av vidareutveckling av området. Det finns väl förankrade rutiner för arbetet med icke verkställda beslut. Ett fåtal icke verkställda beslut rapporterades under året och ytterligare utvecklingsarbete för att nå målsättningen att inte ha några icke verkställda beslut kommer fortgå. Loggkontroller för året kommer genomföras retroaktivt och nya rutiner för arbetet har tagits fram för att säkerställa lagefterlevnad.

Slutsatsen är att arbetat med interkontroll under året har fungerat relativt väl. Intern kontroll genomförs på flera andra områden som inte nämns i denna rapport tex regelbunden uppföljning av verksamhetsplan och delårsbokslut. Ett förbättringsområde är att internkontrollplanen ska vara ett mer levande dokument under hela verksamhetsåret.

Datum 2019-12-18 Vår beteckning ÅON 19/0113 Er beteckning

Äldre- och omsorgsnämnden

Intern kontrollplan för 2020

Förslag till beslut

Äldre- och omsorgsnämnden fastställer nämndens interna kontrollplan för år 2020.

Sammanfattning

Enligt kommunallagen är samtliga nämnder ansvariga för att genomföra intern kontroll. Kontrollen ska säkerställa att verksamheten är effektiv och produktiv samt att den efterlever krav i enlighet med tillämpliga lagar och regler. Den årliga internkontrollplanen arbetas fram genom att övergripande riskanalyser genomförs utifrån hela Äldre- och omsorgsnämndens verksamhetsområde.

I bilagd internkontrollplan för verksamhetsår 2020 redovisar socialkontoret vilka kontroller som är avsedda att genomföras. Några kontroller är hämtade från verksamhetsår 2019 då de är fortsatt viktiga för att säkra lagefterlevnad och kvalitet.

År 2020 kommer socialkontoret att arbeta målinriktat och enligt fasta rutiner med uppkomna skulder, främst hyresskulder. Samarbetet med ekonomienheten är tydliggjort i planen.

För att säkra avtals- och leverantörstrohet har verksamheten tydliggjort kontrollmoment i form av stickprovskontroll.

För år 2020 har verksamheten tydliggjort skillnaden mellan internkontroll och egenkontroll enligt SOSFS 2011:9 genom att i Stratsys ha lagt till en mall under fliken *Systematiskt kvalitetsarbete*. Under år 2020 kommer egenkontroller på en mer detaljerad nivå att skapas. De moment som kontrolleras ska möta de specifika delar som respektive verksamhet har uppmärksammat som förbättringsområden. Information för kontroller hämtas bland annat från resultat och analys av brukarenkäter, Öppna jämförelser, relevant statistik från verksamhetssystemet, revisioner samt från lex Sarah- och synpunktshantering.

Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse daterad 2019-12-18.
- Bilaga, Intern kontrollplan 2020 äldre- och omsorgsnämnden

Barnperspektiv

Barnperspektivet har beaktats vid arbetet med riskanalyserna. Socialkontoret bedömer att beslutet inte står i strid med barnets bästa.

██████████
Avdelningschef kvalitet och
verksamhetsstöd

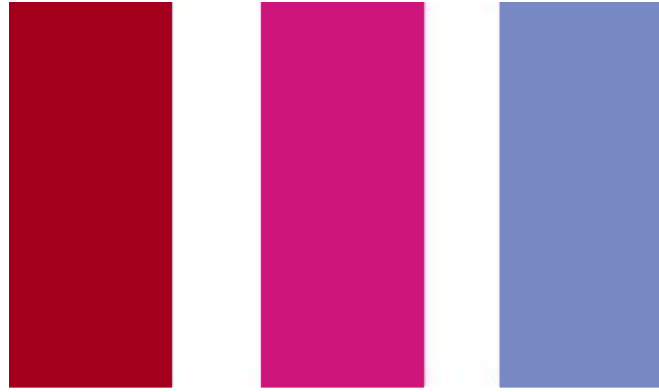
██████████
Socialchef

Bilagor

1. Intern kontrollplan för 2020.

Beslut sänds till

- Avdelningschefer inom äldre- och omsorgsnämnden
- Enhetschefer inom äldre- och omsorgsnämnden



Intern kontrollplan 2020

Äldre- och omsorgsnämnden

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	3
2	Kommunens arbete med intern styrning och kontroll	4
3	Organisation för intern styrning och kontroll	6
4	Årets prioriterade risker.....	8
5	Årets planerade kontrollmoment	10
	5.1 Effektivitet och produktivitet i verksamheten	10
	5.2 Efterlevnad av tillämpliga lagar och regler.....	10
6	Årets planerade åtgärder	11
	6.1 Tillförlitlig finansiell rapportering.....	11
	6.2 Efterlevnad av tillämpliga lagar och regler.....	11

1 Inledning

Internkontrollplanen för år 2020 beskriver socialkontorets prioriterade kontrollmoment. utöver dessa genomförs även bland annat delårsbokslut och kontinuerlig uppföljning av verksamhetsplan.

Några av årets kontroller är hämtade från verksamhetsår 2019 då de är fortsatt viktiga för att säkra lagefterlevnad och kvalitet.

År 2020 kommer socialkontoret att arbeta målinriktat och enligt fasta rutiner med uppkomna skulder, främst hyresskulder. Samarbetet med ekonomienheten är tydliggjort i planen.

För att säkra avtals- och leverantörstrohet har verksamheten tydliggjort kontrollmoment i form av stickprovskontroll.

För år 2020 har verksamheten tydliggjort skillnaden mellan internkontroll och egenkontroll (enligt SOSFS 2011:9) genom att i Stratsys ha lagt till mall under fliken *Systematiskt kvalitetsarbete*. Under år 2020 kommer egenkontroller på en mer detaljerad nivå att skapas. De moment som kontrolleras ska möta de specifika delar som respektive verksamhet har uppmärksammat som förbättringsområden. Information för kontroller hämtas bland annat från resultat och analys av brukarenkäter, öppna jämförelser, relevant statistik från verksamhetssystemet, revisioner samt från Lex Sarah- och synpunktshantering.

2 Kommunens arbete med intern styrning och kontroll

Under 2014 antogs ett uppdaterat reglemente för kommunens arbete med intern styrning och kontroll.

Syfte

Reglementet syftar till att Upplands-Bro kommun ska ha en god intern styrning och kontroll i sin verksamhet. Till reglementet finns tillämpningar samt nämndernas/bolagens anvisningar och mallar för arbetet med intern styrning och kontroll i den egna verksamheten.

Reglementet gäller för den kommunala verksamheten i sin helhet samt för de kommunägda bolagen, vilka ägs av kommunen till minst 50 %.

Definition

”Intern styrning och kontroll är generellt definierad som en process, utförd av en organisations styrelse, ledning och annan personal, utformad för att ge rimlig försäkran om att målen uppfylls inom följande kategorier:

- Effektivitet och produktivitet i verksamheten.
- Tillförlitlig (finansiell) rapportering.
- Efterlevnad av tillämpliga lagar och regler.”

Ur COSO: s ramverk för ”Internal Control” 1992

Intern styrning och kontroll (ISK) definieras som ett gemensamt angreppssätt för en organisations interna styrning (t ex mål, processer, riktlinjer och rutiner) och dess uppföljning (rapportering, analyser, kontroller och undersökningar), samt hur styrningen och uppföljningen hänger ihop och stödjer varandra.

Intern styrning och kontroll handlar om att på en rimlig nivå säkerställa:

- att verksamheten lever upp till målen och är kostnadseffektiv, det vill säga god ekonomisk hushållning,
- att informationen om verksamheten och om den finansiella rapporteringen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig,
- att de regler och riktlinjer som finns följs,
- att möjliga risker inringas, bedöms och förebyggs.

För att allt detta ska kunna säkerställas blir det uppenbart att den interna kontrollen behöver vara en integrerad del av det vardagliga arbetet, att den inte är en isolerad aktivitet. Den vävs in i och berör många delar och processer i verksamheten: – organisationen med tydliga och dokumenterade åtaganden, ansvar och befogenheter; – personalens förutsättningar, kunskaper och attityder; – verksamhetens styr- och rapporteringssystem.

Det innebär

- Genomtänkt och fungerande styr- och kontrollprocess krävs för att nå målen
- Risker att inte nå målen är fokus för processen
- Processen syftar till att ge en rimlig försäkran om att målen nås
- Processen ska vara ett stöd för och inkludera ledningen, inte reduceras till

formalia

- Processen bör utformas från en gemensam grund, för att skapa transparens och tillgodose krav från externa intressenter
- Att man tar till åtgärder det vill säga styr signaler och kontroller, för att reducera riskerna
- Att verksamhetsledningen ansvarar och stödjer

COSO-ramverket

COSO-ramverket är ett amerikanskt ramverk som vedertaget används för arbetet med intern styrning och kontroll både i privat och offentlig verksamhet, men främst inom offentlig verksamhet. Ramverket innehåller verktyg för ett systematiskt arbete med intern styrning och kontroll och är grunden för arbetet i Upplands-Bro kommun.

COSO-ramverket består av fem komponenter.

Kontrollmiljö. Det är viktigt att sätta in den interna kontrollen i sitt sammanhang, i den omgivning som den interna kontrollen verkar i och påverkas av. Kontrollmiljön utgörs bland annat av lagar och andra regelverk, organisation, ansvar och befogenheter. Informella faktorer som värdegrund, intern kultur och ledarskap är minst lika viktiga. Tillåter klimatet en öppen dialog om brister eller problem? Hur agerar ledningen i olika situationer?

Riskanalys. Det konkreta arbetet med intern kontroll behöver bygga på en riskbedömning. Vilka risker eller hot kan finnas? Hur troligt är det att dessa förekommer och hur allvarliga bedömer vi deras konsekvenser på förtroende, verksamhet och ekonomi?

Kontrollaktiviteter. Intern kontroll består i praktisk gärning av många olika rutiner och kontrollaktiviteter. Det är både sådana som är inbyggda i det löpande arbetet och särskilda uppföljande kontrollinsatser vid bestämda tidpunkter. Kontrollaktiviteterna syftar till att förebygga, upptäcka och korrigera fel och brister.

Information och kommunikation. Ett starkt system för intern kontroll behöver tydlig och löpande information och kommunikation mellan medarbetare och ledning. Informationen fungerar som smörjmedel och skapar också motivation – alla behöver veta vad som gäller. Medarbetare behöver information om uppdrag, ansvar, förutsättningar, rutiner m m. Ledningen behöver information för att kunna styra. Förtroendevalda behöver information för att kunna besluta, följa upp, omprioritera.

Tillsyn. Det är viktigt att hålla efter hur den interna kontrollen fungerar så att inte rutiner glöms bort, förringas eller blir förslappade. En kontinuerlig uppföljning och utvärdering säkrar att systemet hålls igång och förbättras.

Upplands-Bro kommun tillämpar alla komponenterna och fokus ligger på riskhantering – riskanalys, kontrollplan och tillsyn.

3 Organisation för intern styrning och kontroll

Kommunstyrelsen

Kommunstyrelsen ansvarar för den övergripande interna styrningen och kontrollen för hela kommunen. Dessutom ansvarar Kommunstyrelsen för att säkerställa tillfredsställande intern styrning och kontroll i de verksamheter de är direkt ansvariga för samt att följa upp och bedöma nämndernas och bolagsstyrelsernas hantering av den interna styrningen och kontrollen för sina verksamheter. Kommunstyrelsen ansvarar för att upprätta en övergripande organisation för att säkerställa arbetet i tjänstemannaorganisationen.

Nämnderna

Kommunallagen 6 kap 7 §:

”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.”

För Upplands-Bro kommun innebär detta att nämnderna ansvarar för intern styrning och kontroll i sina egna verksamheter genom att:

- Fastställa anvisningar för arbetet med intern styrning och kontroll i de egna verksamheterna och årligen uppdatera dessa.
- Årligen fastställa kontroll- och åtgärdsplan med bas i verksamhetens riskanalyser
- Årligen följa upp arbetet med intern styrning och kontroll
- Årligen rapportera till kommunstyrelsen nämndens arbete med intern styrning och kontroll

Bolagsstyrelsen

Bolagsstyrelserna för de kommunägda bolagen har motsvarande ansvar som nämnderna har för sin verksamhet, det innebär att

- Bolagsstyrelsen ansvarar för att bolaget, inom ramen för detta reglemente och tillhörande ramverk, säkerställer den interna styrningen och kontrollen inom bolaget
- Bolagsstyrelsen fastställer anvisningar, mallar och/eller rutiner för arbetet med intern styrning och kontroll i den egna verksamheten
- Bolagsstyrelsen rapporterar årligen till Kommunstyrelsen hur bolagets interna styrning och kontroll fungerar, vilka kontroller och åtgärder som genomförts samt resultatet av dessa

Kommundirektör

Kommundirektören ansvarar för att ta fram det underlag som årligen stödjer det övergripande arbetet med intern styrning och kontroll.

Kontorschef samt verkställande direktör

Kontorschef respektive VD har det yttersta verksamhets- och resultatansvaret inför

nämnden respektive bolagsstyrelsen samt uppgiften att tydliggöra mål och ansvar i organisationen. I detta ansvar ligger att kontorschef respektive VD ska leda arbetet med att åstadkomma och upprätthålla en god intern styrning och kontroll. Det innebär att:

- Med utgångspunkt i de fastställda tillämpningarna organisera verksamheten för att på effektivaste sätt nå målen
- Ha det yttersta ansvaret för att verksamhetens processer och rutiner finns dokumenterade och följs upp

Kontorschef respektive VD är skyldig att löpande rapportera till nämnden om hur den interna kontrollen fungerar. Eventuella avvikelser ska snarast rapporteras till nämnd eller styrelse. Det är kontorschefens eller VD:s ansvar att omgående ta initiativ till åtgärder.

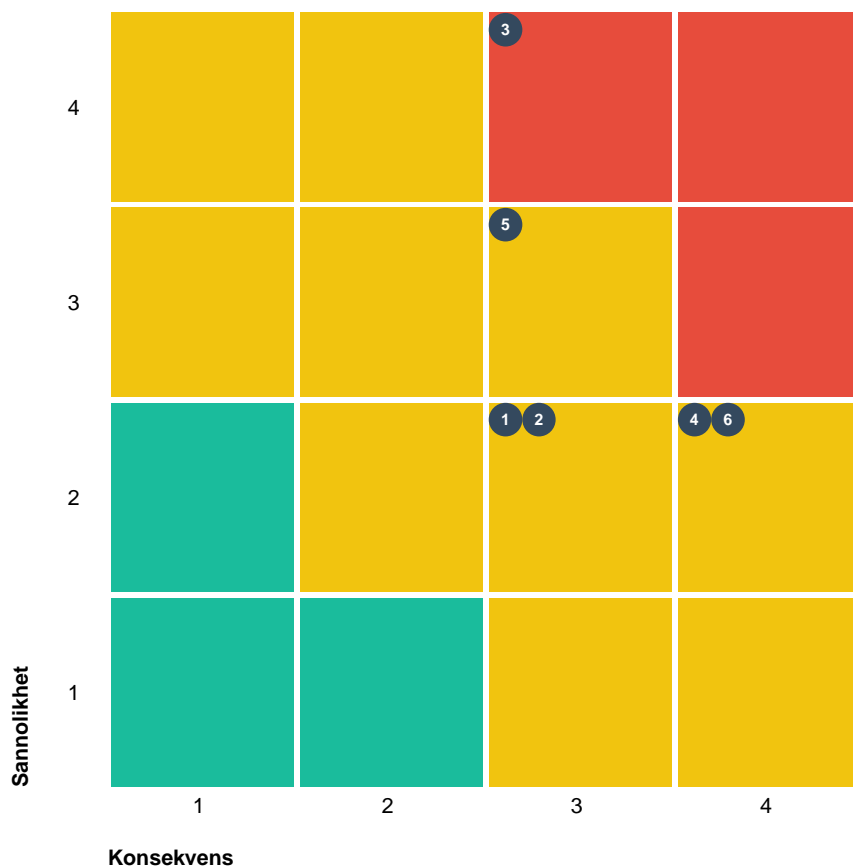
Verksamhetsansvarig

De ansvariga cheferna på olika nivåer i organisationen är skyldiga att följa beslutade regler och anvisningar om intern styrning och kontroll samt att informera medarbetare om innebörden av dessa.

Vidare ska de verka för att medarbetarna arbetar mot uppställda mål och att arbetsmetoder som används bidrar till en god intern styrning och kontroll.

Brister i den interna styrningen och kontrollen ska omedelbart rapporteras till närmast överordnad eller den funktion som är utsedd för ändamålet.

4 Årets prioriterade risker



1 Kritisk 5 Medium Totalt: 6

Kritisk
Medium
Låg

Sannolikhet	Konsekvens
4 Sannolik (det är mycket troligt att fel ska uppstå)	Allvarlig (konsekvenserna för verksamheten skulle vara allvarliga)
3 Möjlig (det finns risk för att fel ska uppstå)	Kännbar (konsekvenserna för verksamheten kan vara påtagliga)
2 Mindre sannolik (risken är mycket liten att fel ska uppstå)	Lindrig (konsekvenserna för verksamheten behöver övervägas)
1 Osannolik (risken är praktiskt taget obefintlig att fel ska uppstå)	Försumbar (konsekvensen för verksamheten är försumbar och kan negligeras)

Kategori	Process	Risker
Effektivitet och produktivitet i verksamheten	Loggkontroll i verksamhetssystemen	<p>1 ■ Att obehöriga har tillträde till journal/verksamhetsystem</p> <p>Sannolikhet 2. Mindre sannolik Konsekvens 3. Kännbar</p>

Kategori	Process	Risker
		<p>2 ■ Att loggkontroll inte genomförs enligt planering</p> <p>Sannolikhet 2. Mindre sannolik Konsekvens 3. Kännbar</p>
Tillförlitlig finansiell rapportering	Återkrav av skulder	<p>3 ■ Återkrav av skulder (främst hyresskulder) hanteras inte rättssäkert.</p> <p>Beskrivning av risk Skulderna ökar för kommunen och för enskilda brukare.</p> <p>Sannolikhet 4. Sannolik Konsekvens 3. Kännbar</p>
Efterlevnad av tillämpliga lagar och regler	Uppföljningar av nämndens verksamhet	<p>4 ■ Uppföljning av intern respektive extern verksamhet sker inte i tillräcklig utsträckning.</p> <p>Sannolikhet 2. Mindre sannolik Konsekvens 4. Allvarlig</p>
	Avtalstrohet	<p>5 ■ Att varor och tjänster köps utanför avtal.</p> <p>Beskrivning av risk Konkurrensneutraliteten kan åsidosättas samt att köp utanför avtal kan innebära kostnadsdrivande inköp.</p> <p>Sannolikhet 3. Möjlig Konsekvens 3. Kännbar</p>
	Upphandling	<p>6 ■ Rutiner kring upphandling följs inte.</p> <p>Beskrivning av risk Höga vitesbelopp och otillåtna upphandlingar</p> <p>Sannolikhet 2. Mindre sannolik Konsekvens 4. Allvarlig</p>

5 Årets planerade kontrollmoment

5.1 Effektivitet och produktivitet i verksamheten

Process:

5.1.1 Loggkontroll i verksamhetssystemen

Risker	Kontrollmoment	Vad kontrolleras?	Hur sker kontrollen?	När utförs kontrollen?	Ansvarig
<p>■ Att obehöriga har tillträde till journal/verksamhetssystem</p>	<p>■ Kontroll att loggkontroller är genomförda på samtliga verksamheter</p>	<p>Att loggkontroller är genomförda</p>	<p>Via stickprovskontroller</p>	<p>Minst en gång årligen</p>	<p>■■■■■ ■■■■■</p>
<p>■ Att loggkontroll inte genomförs enligt planering</p>	<p>■ Loggkontroll i verksamhetssystem (Procapita och Lifecare)</p>	<p>Att inga obehöriga haft tillträde till akter/journaler som hen inte ska ha tillträde till</p>	<p>Stickprov</p>	<p>Minst 2 ggr årligen</p>	<p>■■■■■ ■■■■■ ■■■■■ ■■■■■</p>

5.2 Efterlevnad av tillämpliga lagar och regler

Process:

5.2.1 Avtalstrohet



Risker	Kontrollmoment	Vad kontrolleras?	Hur sker kontrollen?	När utförs kontrollen?	Ansvarig
<p>■ Att varor och tjänster köps utanför avtal.</p>	<p>■ Stickprovskontroller som mäter avtals- samt leverantörstrohet.</p>	<p>Att rätt varor och tjänster köps enligt avtal</p>	<p>Stickprovskontroller</p>		<p>■■■■■</p>

6 Årets planerade åtgärder

6.1 Tillförlitlig finansiell rapportering

Process:




6.1.1 Återkrav av skulder

Risker	Åtgärder	Slutdatum	Ansvarig
 Återkrav av skulder (främst hyresskulder) hanteras inte rättssäkert.	 Upprätta rutiner tillsammans med ekonomistaben och verksamheterna gällande återkravshantering av skulder. Beskrivning av åtgärd <i>Utförs tillsammans med boendesamordnare och vuxenheten.</i>	2020-12-31	

6.2 Efterlevnad av tillämpliga lagar och regler





Process:

6.2.1 Uppföljningar av nämndens verksamhet

Risker	Åtgärder	Slutdatum	Ansvarig
 Uppföljning av intern respektive extern verksamhet sker inte i tillräcklig utsträckning.	 Färdigställa uppföljningsmallar och arbeta efter dem	2020-12-31	

Process:

6.2.2 Upphandling

Risker	Åtgärder	Slutdatum	Ansvarig
 Rutiner kring upphandling följs inte.	 Representant i upphandlingsforum Beskrivning av åtgärd <i>Se till att kontoret får ta del av löpande information kring upphandling, dels gällande lagkrav och också vilka upphandlingar som är på gång inom kommunen.</i>	2020-12-31	
	 Samarbete med upphandlingsenheten Beskrivning av åtgärd <i>Använder oss av expertiskunskap inom området.</i>	2020-12-31	