



## Kallelse till möte för vård- och omsorgsnämnden

**Tid:** 2021-03-15, **Kl:** 18:30

**Plats:** Munkhättevägen 49, lokal Sillen alternativt digitalt via Teams

**Ordförande:** Tuva Lund (S) Botkyrka Kommun

**Sekreterare:** Kerstin Frimodig

### Ärenden:

		Dnr:
	<b>Ärende för beslut</b>	
1.	Information från förvaltningen	VON/2021:00003
2.	Verksamhetsberättelse vård- och omsorgsnämnden 2020	VON/2020:00329
3.	Patientsäkerhetsberättelsen 2020 Patientsäkerhetsplan 2021	VON/2021:00017
4.	Uppföljning internkontroll 2020	VON/2021:00053
5.	Uppdragsbeskrivning grupp- och servicebostad	VON/2021:00049
6.	Svar på revisionsrapport - Granskning av samordning värdering och hantering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten	VON/2020:00333
7.	Svar på remiss: Utbetalning av ersättning för personlig assistans endast vid tillstånd	VON/2020:00334
8.	Yttrande till IVO: Tillsyn av medicinsk vård och behandling av misstänkt eller konstaterad covid-19 <i>-handlingarna skickas ut 12 mars</i>	VON/2021:00044
9	Ekonomisk månadsuppföljning <i>-handlingarna skickas ut 12 mars</i>	VON/2021:00006
10	Nämnduppdrag – Mötesplats Alby <i>-handlingarna skickas ut 9 mars</i>	VON/2021:00080
<b>11.</b>	<b>Anmälningsärenden</b>	
<b>12.</b>	<b>Delegationsärenden</b>	



**1**

**Information från förvaltningen(von/2021:00003)**

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden noterar till protokollet att de tagit del av informationen.

**Sammanfattning**

**Verksamhetsinformation Allégården - enhetschef Pia Åsberg och Elisabeth Hagberg**

**Information från omsorgsdirektören**

- Statusuppdatering Corona

**Presentation av Verksamhetsberättelse, Patientsäkerhetsberättelse och Uppföljning internkontroll**



**Referens**

*Kerstin Frimodig*  
*kerstin.frimodig@botkyrka.se*

**Mottagare**

Vård- och omsorgsnämnden

## Information från förvaltningen

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden noterar till protokollet att de tagit del av informationen.

### Sammanfattning

**Verksamhetsinformation Allégården** - enhetschef Pia Åsberg och Elisabeth Hagberg

### Information från omsorgsdirektören

- Statusuppdatering Corona

### Presentation av Verksamhetsberättelse, Patientsäkerhetsberättelse och Uppföljning internkontroll



2

**Verksamhetsberättelse 2020 (VON/2020:00329)****Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden godkänner verksamhetsberättelse 2020.
2. Vård- och omsorgsnämnden föreslår kommunfullmäktige att ombudgetera överskottet på 2,7 miljoner kronor från kompetensfonden till år 2021.

**Sammanfattning**

Varje år tar kommunen fram ”Mål och budget med flerårsplan” som uttrycker de ambitioner som kommunfullmäktige har bestämt för de kommande fyra åren. Utifrån de mål och ambitioner som finns i planen följer nämnden upp hur arbetet har bedrivits under året och i vilken utsträckning kommunfullmäktiges respektive nämndens uppsatta mål har nåtts.

Vård- och omsorgsförvaltningen kan konstatera ett förbättrat eller oförändrat resultat kopplat till 33 av 41 mått i jämförelse med föregående års utfall. Inom de sju målområden som vård- och omsorgsnämnden är berörd av bedömer nämnden trots det att målluppfyllelsen 2020 bara är god inom ett område, godtagbar inom tre och ej godtagbar inom tre. Av nämndens tolv mål är tre uppfyllda, fem bedöms att vara på god väg att uppfyllas och resterande fyra är något längre från att nås.

Det ekonomiska resultatet för 2020 visar ett överskott på 31,5 miljoner kronor. I princip samtliga verksamheter har ett positivt eller nära nollresultat förutom externa platser inom SoL. Stor del av det ekonomiska resultatet har sina förklaringar i en god ekonomisk hushållning och effekterna av coronapandemin.

**Referens**

Emma Åberg  
emma.berg@botkyrka.se

**Mottagare**

Vård- och omsorgsnämnden

## Verksamhetsberättelse 2020

### Förslag till beslut

1. Vård- och omsorgsnämnden godkänner verksamhetsberättelse 2020.
2. Vård- och omsorgsnämnden föreslår kommunfullmäktige att ombudgetera överskottet på 2,7 miljoner kronor från kompetensfonden till år 2021.

### Sammanfattning

Varje år tar kommunen fram ”Mål och budget med flerårsplan” som uttrycker de ambitioner som kommunfullmäktige har bestämt för de kommande fyra åren. Utifrån de mål och ambitioner som finns i planen följer nämnden upp hur arbetet har bedrivits under året och i vilken utsträckning kommunfullmäktiges respektive nämndens uppsatta mål har nåtts.

Vård- och omsorgsförvaltningen kan konstatera ett förbättrat eller oförändrat resultat kopplat till 33 av 41 mått i jämförelse med föregående års utfall. Inom de sju målområden som vård- och omsorgsnämnden är berörd av bedömer nämnden trots det att måluppfyllelsen 2020 bara är god inom ett område, godtagbar inom tre och ej godtagbar inom tre. Av nämndens tolv mål är tre uppfyllda, fem bedöms att vara på god väg att uppfyllas och resterande fyra är något längre från att nås.

Det ekonomiska resultatet för 2020 visar ett överskott på 31,5 miljoner kronor. I princip samtliga verksamheter har ett positivt eller nära nollresultat förutom externa platser inom SoL. Stor del av



det ekonomiska resultatet har sina förklaringar i en god ekonomisk hushållning och effekterna av coronapandemin.

## Ärendet

Varje år tar kommunen fram ”Mål och budget med flerårsplan” som uttrycker de ambitioner som kommunfullmäktige har bestämt för de kommande fyra åren. Mål och budget med flerårsplan är ett styrande dokument för planering och uppföljning som innehåller både mål och en ekonomisk plan för den aktuella tidsperioden. Utifrån de mål och ambitioner som finns i planen följer nämnden upp hur arbetet har bedrivits under året och i vilken utsträckning kommunfullmäktiges respektive nämndens uppsatta mål har nåtts.

Vård- och omsorgsförvaltningen har berett ärendet.

## Uppföljningen i korthet

Vård- och omsorgsförvaltningen kan konstatera ett förbättrat eller oförändrat resultat kopplat till 33 av 41 mått i jämförelse med föregående års utfall. Inom de sju målområden som vård- och omsorgsnämnden är berörd av bedömer nämnden trots det att måluppfyllelsen 2020 bara är god inom ett område, godtagbar inom tre och ej godtagbar inom tre. I tabellen nedan framgår hur måluppfyllelsen är inom de olika målområdena och inom nämndens mål. Av nämndens tolv mål är tre uppfyllda, fem bedöms att vara på god väg att uppfyllas och resterande fyra är något längre från att nås.



Vård- och omsorgsnämndens egen värdering av måluppfyllelse 2020 utifrån Kommunfullmäktiges målområden	
■	Möjliggöra Botkyrkabornas medskapande av samhället
■	Organisationen möjliggör medskapande
■	Delaktighet i lokala demokratin
◆	Möjliggöra Botkyrkabornas livslånga lärande
●	Möjliggöra arbete och företagande för Botkyrkaborna
■	Möta Botkyrkabornas behov av stöd för att leva ett självständigt liv
■	Nöjdhet med stödet
◆	Rättssäker verksamhet av god kvalitet
■	Möta Botkyrkabornas behov av gemenskap, rörelse och ett rikt kulturliv
■	Meningsfull fritid och socialt liv inom särskilda boenden
◆	Botkyrkabor med stöd har god hälsa
◆	Skapa en god och trygg livsmiljö för Botkyrkaborna
◆	Effektiv organisation
●	Klimat
◆	Ekonomi
●	Personal

Det ekonomiska resultatet för 2020 visar ett överskott på 31,5 miljoner kronor. I princip samtliga verksamheter har ett positivt eller nära nollresultat förutom externa platser inom SoL. Stor del av det ekonomiska resultatet har sina förklaringar i en god ekonomisk hushållning och effekterna av coronapandemin.

Ur den interna kompetensfonden har förvaltningen fått 3,5 miljoner kronor år 2020 för utbildningar avseende undersköterskor samt språksatsning. Av dessa medel har cirka 2,7 miljoner kronor inte använts. Överskottet beror på att de undersköterskeutbildningar och språkutbildningar som planerats inte har kunnat genomföras i planerad omfattning på grund av den pågående coronapandemin. Överskottet föreslås ombudgeras till 2021 för fortsatta utbildningsinsatser.

## Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Beslutet får inga ekonomiska konsekvenser då ärendet är en rapportering av vad som redan har genomförts under året.

Petra Oxonius  
Omsorgsdirektör

Christina Almqvist  
Kvalitetschef



## **Bilaga**

1. Verksamhetsberättelse vård- och omsorgsnämnden 2020

### **Expedieras till:**

Kommunstyrelsen



**DET HÄR ÄR  
BOTKYRKA**

# Verksamhetsberättelse 2020

Vård- och omsorgsnämnden



## Innehållsförteckning

<b>1. Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Måluppföljning och analys</b> .....	<b>5</b>
2.1 Möjliggöra Botkyrkabornas medskapande av samhället.....	5
2.2 Möjliggöra Botkyrkabornas livslånga lärande .....	10
2.3 Möjliggöra arbete och företagande för Botkyrkaborna .....	11
2.4 Möta Botkyrkabornas behov av stöd för att leva ett självständigt liv .....	12
2.5 Möta Botkyrkabornas behov av gemenskap, rörelse och ett rikt kulturliv .....	18
2.6 Skapa en god och trygg livsmiljö för Botkyrkaborna.....	22
2.7 Effektiv organisation .....	24
<b>3. Betydelsefulla händelser</b> .....	<b>31</b>
<b>4. Ekonomisk uppföljning och analys</b> .....	<b>34</b>
<b>5. Volymer och nyckeltal 2020</b> .....	<b>46</b>
<b>6. Personalredovisning</b> .....	<b>49</b>

# 1. Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för att ge stöd och service till äldre och personer med funktionsnedsättning. Stödet och servicen ges enligt socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

## 1.1 Resultat och måluppfyllelse

Inom de sju målområden som vård- och omsorgsnämnden är berörd av bedömer nämnden att måluppfyllelsen 2020 är god inom ett område, godtagbar inom tre och ej godtagbar inom tre. I tabellen nedan framgår hur måluppfyllelsen är inom de olika målområdena och inom nämndens mål. Av nämndens tolv mål är tre uppfyllda, fem bedöms att vara på god väg att uppfyllas och resterande fyra är något längre från att nås.

Vård- och omsorgsnämndens egen värdering av måluppfyllelse 2020 utifrån Kommunfullmäktiges målområden	
■	Möjliggöra Botkyrkabornas medskapande av samhället
■	Organisationen möjliggör medskapande
■	Delaktighet i lokala demokratin
◆	Möjliggöra Botkyrkabornas livslånga lärande
●	Möjliggöra arbete och företagande för Botkyrkaborna
■	Möta Botkyrkabornas behov av stöd för att leva ett självständigt liv
■	Nöjdhet med stödet
◆	Rättssäker verksamhet av god kvalitet
■	Möta Botkyrkabornas behov av gemenskap, rörelse och ett rikt kulturliv
■	Meningsfull fritid och socialt liv inom särskilda boenden
◆	Botkyrkabor med stöd har god hälsa
◆	Skapa en god och trygg livsmiljö för Botkyrkaborna
◆	Effektiv organisation
●	Klimat
◆	Ekonomi
●	Personal

### 1.1.1 Brukarnas uppfattning om verksamheten

Inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter genomförs årligen brukarundersökningar. Detta för att brukarna ska ges möjlighet att uttrycka sitt omdöme om omsorgen och på så sätt påverka förbättringsarbetet inom verksamheten. Nämnden har under året valt att särskilt följa och sätta upp mål för självbestämmande och sammantaget nöjd inom nio av nämndens verksamheter. De brukarundersökningar som genomfördes under 2020 visar att andelen brukare som är nöjda med omsorgen inom dessa områden över lag har ökat något sedan förra året. Till följd av omständigheterna kring coronapandemin har dock svarsfrekvensen samtidigt gått ner, vilket påverkar tillförlitligheten i utfallet. Utifrån de mål som nämnden har satt upp för de målsatta måtten kopplade till dessa områden uppnås knappt en tredjedel. Flest mål nås kopplat till självbestämmande.

### 1.1.2 Rättssäkerhet och verksamhet av god kvalitet

Inom området rättssäkerhet och god kvalitet har nämnden valt att följa andelen överklaganden som går emot fattade beslut, väntetid till vård- och omsorgsboende respektive till boende enligt LSS samt personalkontinuiteten inom hemtjänsten. Utfallet för tre av fyra mått har förbättrats markant sedan förra året och samtliga tre uppsatta mål nås. I det fjärde fallet, personalkontinuiteten i hemtjänsten, har dock en försämring skett, mycket till följd av yttre omständigheter.

### 1.1.3 Personal

Inom personalområdet följs åtta olika mått. Nämndens uppsatta mål nås inom sex av dem.

#### *Förbättring i svenska språket*

Till följd av pandemin ställdes utbildningen in under en period under våren, men övergick sedan till digital undervisning. Då delar av gruppen valde att avbryta utbildningen i och med detta, har inte nämndens mål kunnat nås.

### *Korttidssjukfrånvaro*

Förvaltningen har inte lyckats sänka korttidssjukfrånvaron utan nivån är i princip densamma som föregående år och målet på 2,8 procent nås inte. Pandemin har medfört att fler inom omsorgspersonalen har varit frånvarande under kortare perioder (vid lättare symtom) än vad som tidigare har varit fallet.

### *Omsorgspersonal med formell kompetens*

Förvaltningen har fortsatt att öka andelen omsorgspersonal med formell kompetens och nämndens uppsatta mål nås med god marginal. Förvaltningen har ett tydligt mål att vid nyanställning eftersträva att rekrytera personer med rätt utbildning för befattningen, för att på så sätt höja kompetensnivån successivt.

### *Frisknärvaro*

Pandemin har drabbat verksamheter och enheter väldigt olika, med perioder av mycket hög sjukfrånvaro för vissa och normal eller ovanligt låg sjukfrånvaro för andra. På övergripande nivå går det dock inte att utläsa någon påverkan på frisknärvaron under året. En viss ökning i frisknärvaro har skett sedan förra året och uppsatta mål nås precis.

### *Andelen tillsvidareanställda*

Andelen tillsvidareanställda minskade marginellt under året men nämndens mål nås. Orsakerna till minskningen är dels att pandemin medfört ett ökat behov av timanställd personal, dels att införandet av valmöjlighet inom hemtjänsten och den behovsminskning det kommer att innebära, har gjort att färre lediga tjänster har tillsatts.

### *Personalomsättning (avslutade och nyanställda)*

En minskning har skett i både andelen avslutade och andelen nyanställda, och uppsatta mål nås i båda fallen. En förklaring till minskningen av nyanställda kan vara att förvaltningen, med tanke på införandet av externa hemtjänstutförare, har valt att begränsa antalet nya tillsvidareanställningar. Minskningen av avslutade kan i sin tur vara en effekt av pandemin och den minskade viljan att byta arbete under den.

### *Hållbart medarbetarskap*

Förvaltningen har förbättrat HME-resultatet sedan föregående år från 79 till 80 (av 100 möjliga) och uppsatt mål nås precis. Att HME har ökat något jämfört med år 2019, visar på ett stort engagemang från medarbetarna trots de svåra förutsättningar som varit under året.

## **1.1.4 Ekonomi**

<b>Verksamhet (i miljoner kronor)</b>	<b>Bokslut 2019</b>	<b>Utfall 2020</b>	<b>Budget 2020</b>	<b>Avvikelse 2020</b>
Intäkter (+)	205 482,0	346 182,2	402 576,8	56 394,6
Kostnader (-)	-1 334 333,0	-1 526 801,2	-1 551 666,6	-24 865,4
Netto (+/-)	-1 128 851,0	-1 180 619,0	-1 149 089,8	31 529,2
Nettoinvesteringar (+/-)	-5,8	-8,9	-6,7	4,0

Det ekonomiska resultatet för 2020 visar ett överskott på 31,5 miljoner kronor. I princip samtliga verksamheter har ett positivt eller nära nollresultat förutom externa platser inom SoL. Stor del av det ekonomiska resultatet har sina förklaringar i en god ekonomisk hushållning och effekterna av coronapandemin.

## 2. Måluppföljning och analys

Målområde/Process:

### 2.1 Möjliggöra Botkyrkabornas medskapande av samhället

#### Analys

En del i att känna sig delaktig i och medskapande av samhället och den verksamhet som kommunen bedriver, är att som brukare av vård- och omsorgstjänster kunna påverka det egna stödet och uppleva självbestämmande.

Stora delar av måluppfyllnaden inom målområdet mäts utifrån den subjektiva upplevelsen av självbestämmande som brukarna uttrycker i nämndens brukarundersökningar. Nämnden kan konstatera en ökad brukarnöjdhet när det kommer till självbestämmande inom så gott som alla verksamheter (7 av 8). Ökningen sker dock från relativt låga nivåer vilket gör att nämndens uppsatta mål bara nås i 3 av 8 fall kopplade till brukarundersökningen (ett av måtten har räknats bort då utfall saknas), vilket ger knappt 40 procents måluppfyllelse.

Under året har många verksamheter haft ett ökat fokus på hantering av synpunkter, vilket har gett resultat. Kommunstyrelsens uppsatta mål på att minst 50 procent av inkomna synpunkter ska hanteras inom 10 dagar nås med god marginal.

Till följd av rådande pandemi har dock inte dialogen med externa brukarorganisationer och inflytanderådet kunnat genomföras enligt plan. Bara tre av fyra dialogforum har genomförts. Detta gör att nämndens mål kopplat till delaktighet i den lokala demokratin bara anses vara delvis uppfyllt.

Sammantaget uppnås 4 av 10 uppsatta mål inom målområdet vilket gör att området som helhet inte anses vara uppnått.

För att förtydliga innebörden i kommunens stöd tar förvaltningen varje år fram broschyren ”Din guide till äldreomsorgen”. Broschyren innehåller information om kommunens stöd, omsorg och service och vänder sig till medborgare över 65 år och deras anhöriga. Broschyren skickas hem till medborgare som fyllt 75 år tillsammans med en kupong som ger en gratis lunch på Tornets restaurang. Broschyren finns även hos biståndshandläggare och samhällsvägledare på medborgarkontoren. Förvaltningen tar även fram en broschyr om avgifter inom vård och omsorg. Båda broschyrerna tas fram på finska och svenska.

#### Positiva iakttagelser

Som en del i att öka Botkyrkabornas självbestämmande beslutade Kommunfullmäktige i maj 2019 att införa ökad valmöjlighet inom hemtjänsten, genom att ge medborgarna möjlighet att välja utförare av hemtjänst. Under året har många delar av nämndens verksamheter arbetat intensivt för att få införandet av ökad valmöjlighet att ske så smidigt, tryggt och positivt som möjligt för både brukare och personal. I september månad gavs samtliga drygt 1300 hemtjänsttagare i Botkyrka möjlighet att välja utförare för 2021.

## Förbättringsområden

Brukarundersökningen är ett viktigt verktyg för att följa hur nöjdheten utvecklas mellan åren, men för att undersökningen ska vara tillförlitlig är det viktigt att tillräckligt många besvarar enkäten. I flera av årets brukarundersökningar är svarsfrekvensen markant lägre än vad den varit föregående år. Den största anledningen till försämringen är de försvarande möjligheterna att besvara enkäten till följd av rådande restriktioner. Även 2021 ser ut att påverkas av pandemin och förvaltningen behöver därför se över möjliga, smittsäkra, sätt att öka deltagandet i undersökningen.

### Nämndens mål:

#### Botkyrkaborna är mer delaktiga i den lokala demokratin (KF)



#### Analys

En förutsättning för att ha möjlighet att vara delaktig i den lokala demokratin är att känna till vad som händer inom kommunen och att kommunen erbjuder olika forum för dialog. Ett sådant forum är de dialogmöten som kommunens brukarorganisationer bjuds in till regelbundet. Till följd av pandemin har dessa möten inte kunnat genomföras på sedvanligt sätt. Två möten har istället skett digitalt och ett utomhus. Nämndens uppsatta mål på fyra dialoger under året nås dock inte.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Antal dialogmöten per år som brukarorganisationer bjuds in till ska öka				4	4	3

Målet är att verksamheterna ska bjuda in brukare, brukarorganisationer, anhöriga och gode män, samt andra samarbetspartners till dialogmöten under året. Till följd av pandemin har inte dialogen med brukarorganisationerna kunnat genomföras i önskad omfattning under året. Två dialoger har genomförts med FuB (Riksförbundet för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning), ett utomhus och ett digitalt. Förvaltningen har bjudit in till digital dialog men övriga brukarorganisationer har tackat nej till detta. Däremot har inflytanderådet anordnats digitalt, i november 2020. Inflytanderådet består av pensionärer som bjuds in för dialog, något som är tänkt att ske en till två gånger per år och som även i mars 2021 planeras att ske digitalt. Nämndens mål nås bara delvis.

### Nämndens mål:

#### Botkyrkaborna upplever att den kommunala organisationen möjliggör medskapande (KF)



#### Analys

För att känna medskapande i den kommunala organisationen är det som brukare av vård- och omsorgstjänster viktigt att uppleva en hög nivå av självbestämmande. Vård- och omsorgsförvaltningen genomför årligen en enkätundersökning bland förvaltningens samtliga brukare där frågor om upplevt självbestämmande ställs, för att mäta i vilken utsträckning så är fallet. Inom hemtjänst och vård- och omsorgsboende genomförs undersökningarna på våren och inom funktionsnedsättningsområdet, Myndighet och dagverksamhet strax efter sommaren. I år har samtliga undersökningar utom inom dagverksamheten genomförts.

Vid delår 2 gjorde förvaltningen analysen att rådande pandemi skulle få påverkan på brukarnas

upplevelse av självbestämmande i omsorgen. Detta är dock ingenting som syns i resultatet inom vare sig äldreomsorgens eller funktionsnedsättningsområdets verksamheter. Istället uttrycker en större andel brukare i jämförelse med föregående år, nöjdhet med självbestämmandet inom så gott som samtliga områden. Samtidigt är det viktigt att vara medveten om att svarsfrekvensen har minskat kraftigt inom de flesta verksamheter och att undersökningen inom äldreomsorgen genomfördes i början på pandemin.

Rådande omständigheter har lett till minskade möjligheter att arbeta i grupp för att utveckla verksamheten, när många möten har fått ske digitalt. Det har gjort att exempelvis arbetet med de sju dialogerna<sup>1</sup> har fått skjutas på framtiden inom många verksamheter. Samtidigt har kunskapen om digitala verktyg stärkts markant och med ett stort fokus på smittsäkerhet har kunskaper inom basala hygienrutiner ökat under året. Även arbetet med att öka brukarnas delaktighet i genomförandeplanen har fortsatt under året och en större satsning har gjorts på att ändra arbetsätten och att hålla planen uppdaterad.

De yttre omständigheterna har begränsat brukarna, i form av minskade möjligheter att styra den egna vardagen, inställda sociala aktiviteter och arrangemang, och minskad tillgång till daglig verksamhet och dagverksamhet. Verksamheterna har dock lyckats hitta sätt att skapa ökade möjligheter till självbestämmande.

Trots förbättrat resultat kopplat till åtta av nio mått nås bara nämndens uppsatta mål i fyra av dessa fall, vilket gör att nämndens mål inte anses vara uppnått.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel personer inom boendestöd som är nöjda med självbestämmandet ökar (procent)	<b>Totalt</b>	74 %	88 %	82 %	90 %	84 %
	<b>Män</b>	88 %	86 %	82 %		
	<b>Kvinnor</b>	56 %	89 %	83 %		

Andelen nöjda med självbestämmandet inom boendestöd har ökat med två procentenheter sedan förra året. Nämndens mål på 90 procent nås dock inte. Nöjdheten är sex respektive tre procentenheter lägre än i länet och riket. Någon skillnad mellan könen uppmäts inte.

Verksamheten har nått ett bättre resultat än tidigare år trots att många av de aktiviteter som hade planerats för året inte har gått att genomföra. Detta visar att det arbete som sker hemma hos brukaren i hög grad styrs av det som brukaren själv upplever som viktigt att få bestämma över. Under året har verksamheten arbetat hårt för att förtydliga vad som ingår i insatsen boendestöd och att skapa en samsyn mellan personal, brukare och anhöriga om detta.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel personer inom dagverksamheten som är nöjda med självbestämmande ökar (procent)	<b>Totalt</b>			77 %	80 %	
	<b>Män</b>					
	<b>Kvinnor</b>					

Utfall saknas till följd av att brukarundersökningen inte genomfördes under 2020 som ett resultat av att dagverksamheten var stängd en stor del av året. Från slutet av september och framåt har verksamheten hållit öppet men i anpassad form för att minska smittspridningen. De analyser som har gjorts av stängningen av dagverksamheten visar på vikten av att tillgodose det behov av dagverksamhet som finns bland Botkyrkaborna, även om det tillfälligt får ske i lägre omfattning. Ett arbete med att tillgodose självbestämmandet genom att i högre utsträckning schemalägga aktiviteter enligt daggästernas önskemål och intressen har inletts och kommer att fortgå under kommande år.

<sup>1</sup> De sju dialogerna är baserade på ett underlag av Socialstyrelsen men som har arbetats om av förvaltningen för att passa samtliga verksamheter. Syftet är att lära sig mer om och föra dialog om totalt sju olika områden. Utifrån materialet studeras och diskuteras frågor i grupp och tas upp med brukarna för att i slutändan bli till konkreta åtgärder. Arbetet har pågått sedan hösten 2018.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel personer inom gruppboende som är nöjda med självbestämmandet ökar (procent)	<b>Totalt</b>	73 %	83 %	77 %	86 %	82 %
	<b>Män</b>	77 %	82 %	67 %		89 %
	<b>Kvinnor</b>	71 %	91 %	73 %		74 %

Årets brukarundersökning visar på en kraftig förbättring i jämförelse med föregående år, från 77 till 82 procent. Resultatet är även högre än såväl utfallet i länet (79 procent) som i riket (77 procent). Dock kvarstår några procentenheter innan verksamheten når nämndens uppsatta mål. Utfallet bland kvinnorna, som utgör 47 procent av de svarande, är markant lägre än bland männen. Även i relation till totalen för länet och riket svarar kvinnorna lågt. Hur det kommer sig att skillnaden i nöjdhet mellan kvinnor och män är påtaglig är något verksamheten behöver undersöka vidare. En utmaning för verksamheten framöver blir även att öka svarsfrekvensen, från årets 55 procent, så att resultatet blir representativt för fler.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel personer inom hemtjänsten som är nöjda med självbestämmandet ökar (procent)	<b>Totalt</b>	71 %	74 %	74 %	78 %	73 %
	<b>Män</b>	69 %	77 %	73 %		70 %
	<b>Kvinnor</b>	73 %	73 %	74 %		74 %

Resultatet i brukarundersökningen visar att andelen som är nöjda med självbestämmandet inom hemtjänsten har minskat marginellt i jämförelse med förra året (en procentenhets minskning). Nämndens uppsatta mål nås inte och utfallet är i jämförelse med länet och riket 12 respektive 14 procentenheter lägre. I likhet med föregående år är kvinnorna något mer nöjda än männen. Någon förklaring till hur detta kommer sig har inte förvaltningen. En förutsättning för att öka självbestämmandet inom hemtjänsten är att fler känner sig delaktiga i upprättandet av genomförandeplanen och att brukaren känner att hen kan påverka utformningen av insatserna. Hemtjänsten har under den andra delen av året förändrat sitt arbetssätt för uppdatering av genomförandeplanen, vilket har resulterat i att andelen aktuella genomförandeplaner har ökat med cirka 30 procent.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel personer inom personlig assistans som är nöjda med självbestämmandet ökar (procent)			77 %	80 %	82 %	93 %
						100 %
						88 %

Självbestämmande är en hörnsten i LSS-lagstiftningen. En viktig förutsättning för att utformningen av insatsen personlig assistans ska tillgodose detta, är att som brukare själv få bestämma vem som utför insatsen. Resultatet i årets brukarundersökning visar att 93 procent av de svarande uppger att de har varit med och bestämt alla sina assistenter, och resterande sju procent anger att de delvis gjort det. Detta är en ökning med 13 procentenheter sedan förra året och ett resultat som ligger klart över såväl länets (75 procent) som rikets (50 procent). Under året har ett arbete med att upprätta aktuella genomförandeplaner utifrån hur brukaren vill ha sitt stöd pågått och arbetet med de sju dialogerna fortsatt, om än i mindre omfattning till följd av pandemin.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel personer inom serviceboende som är nöjda med självbestämmandet ökar (procent)	<b>Totalt</b>	87 %	86 %	86 %	90 %	91 %
	<b>Män</b>	88 %	83 %	87 %		91 %
	<b>Kvinnor</b>	86 %	100 %	82 %		91 %

Inom förvaltningens serviceboenden har en markant förbättring skett i andelen som är nöjda med sitt självbestämmande i jämförelse med förra året. Det ökade resultatet gör att nämndens uppsatta mål precis nås. Även i jämförelse med länet och riket är Botkyrkaborna mer nöjda med självbestämmandet än övriga. Den genomförda analysen visar på ett aktivt arbete med att identifiera mål i genomförandeplanen och aktiviteter för att uppnå dessa för att kunna öka de boendes självbestämmande. Under 2021 behöver verksamheten fortsätta arbetet med att öka självbestämmandet och bibehålla resultatet.



Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel personer inom vård- och omsorgsboende som är nöjda med självbestämmandet ökar (procent)	<b>Totalt</b>	68 %	74 %	70 %	78 %	71 %
	<b>Män</b>	65 %	71 %	72 %		67 %
	<b>Kvinnor</b>	69 %	75 %	69 %		73 %

Andelen boende inom vård- och omsorgsboende som upplever att de är nöjda med sitt självbestämmande har ökat med en procentenhet i jämförelse med föregående år. Störst förbättring har skett bland kvinnorna, som i motsats till året före, är nöjdare än männen. Utfallet är dock markant lägre än såväl nämndens uppsatta mål som resultatet för länet (77 procent) och riket (79 procent).

Pandemin har inneburit stora begränsningar i de boendes liv med inskränkta möjligheter att träffa anhöriga, färre aktiviteter och mindre social kontakt med övriga boende. Pandemin har även påverkat arbetssättet med större avstånd mellan de boende och mellan personal och boende för att minska smittspridningen. Den omfattande omställningen har medfört att planerade aktiviteter, som att öka kunskapen om vad självbestämmande innebär genom att arbeta med de sju dialogerna och att genomföra regelbundna brukarråd, har fått skjutas på framtiden.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel personer under 65 år inom Myndighet som är nöjda med självbestämmandet ökar (procent)	<b>Totalt</b>	50 %	63 %	63 %	70 %	72 %
	<b>Män</b>	53 %		61 %		69 %
	<b>Kvinnor</b>	43 %		65 %		76 %

Andelen brukare som är nöjda med självbestämmandet i sin kontakt med Myndighet har ökat kraftigt sedan förra årets brukarundersökning och nämndens mål på 70 procent uppnås. Undersökningen visar att kvinnorna, som utgör 44 procent av de svarande, anser sig få beskriva sin situation och sina behov med egna ord i något högre utsträckning än männen. Hur detta kommer sig är något verksamheten bör analysera vidare. I likhet med det förbättrade resultatet inom Myndighet över 65 visar analysen att förbättringen tros komma av det arbete som skett för att förtydliga och utveckla handlägningsprocessen.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel personer över 65 år inom Myndighet som är nöjda med självbestämmandet ökar (procent)	<b>Totalt</b>	63 %	67 %	67 %	75 %	71 %
	<b>Män</b>		64 %	60 %		69 %
	<b>Kvinnor</b>		68 %	68 %		76 %

Årets brukarundersökning visar på en ökning av andelen personer över 65 år som är nöjda med självbestämmandet i sin kontakt med förvaltningens myndighetsutövning. I undersökningen svarar 71 procent att de helt fick beskriva sin situation och vad de behöver hjälp med i egna ord, medan 22 procent anser att de delvis fick göra detsamma. Den stora förändringen i jämförelse med föregående år ligger i att fler nu uppgett "helt" på frågan istället för "delvis". Ännu kvarstår dock några procentenheter för att nå nämndens uppsatta mål på 75 procent nöjdhet. Verksamheten har under året arbetat med att förbättra de brister som identifierades vid 2019 års genomlysning. En viktig del av arbetet handlar om att förtydliga handlägningsprocessen och hur vi bedömer brukarens individuella behov. Analysen av året visar att detta troligtvis har bidragit till att fler är nöjda med sitt självbestämmande i kontakten med Myndighet än året före, men att arbetet med att öka tillgängligheten, tydligheten och kontinuiteten i handläggningen behöver fortgå kommande år.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andelen synpunkter som besvaras inom 10 dagar ökar (%) (KF)		44,7 %	36 %	63 %	50 %	78 %

Vård- och omsorgsnämnden har under år 2020 fått in 70 skriftliga synpunkter som har diarieförts. Vissa av synpunktslämnarna är anonyma och besvaras därför inte, men av samtliga inkomna synpunkter har 50 besvarats. Av dessa har 78 procent, det vill säga 39 stycken, besvarats inom 10 dagar. Målet på 50 procent besvarade inom tio dagar nås därmed. Utöver de synpunkter som skickas till kommunen får de enskilda verksamheterna även synpunkter via bland annat e-post, telefon, brukarråd och möten med brukare eller deras anhöriga. Dessa synpunkter ingår inte i ovanstående utfall men ska besvaras skyndsamt i enlighet med gällande riktlinje.

Målområde/Process:

## 2.2 Möjliggöra Botkyrkabornas livslånga lärande



### Analys

Att behärska det svenska språket är en förutsättning för att vara delaktig i samhället och därför en avgörande pusselbit för att skapa ett livslångt lärande. Vård- och omsorgsnämndens satsning på att utbilda de medarbetare inom omsorgen som har bristande kunskaper i svenska, är ett viktigt bidrag till området.

Behovet av att utbilda medarbetare i det svenska språket inventerades i början av året inom förvaltningen och varje verksamhet har utifrån det anmält deltagare till SFI-utbildning. Utbildningar inleddes i början av året men på grund av pågående pandemi har målet dock inte kunnat uppnås helt. Måluppfyllnaden är 90 procent varför målområdet anses vara delvis uppfyllt.

### Positiva iakttagelser

Att kunna hantera digitala system är idag en förutsättning för att vara delaktig i samhället och ett viktigt hjälpmedel för att uppnå ett livslångt lärande. Under pandemin har samtliga verksamheter inom vård- och omsorgsnämnden gjort ett stort tekniksprång - med ökad kunskap om digitala möten, mer erfarenhet av att använda datorer inom områden som tidigare inte gjort det lika frekvent, och början till en vana att ta till sig kunskap genom digitala kurser.

### Förbättringsområden

Trots utbildningsinsatser i svenska under flera år är bristerna inom vissa verksamheter stora. Detta är något nämnden kommer att fortsätta att arbeta med även framöver.

### Nämndens mål:

Botkyrkaborna har goda förutsättningar för livslångt lärande som stärker egenmakten och skapar jämlika livschanser (KF)



### Analys

Goda kunskaper i det svenska språket är en viktig förutsättning för att kunna arbeta patientsäkert inom vård och omsorg. Det är avgörande att som omsorgspersonal kunna förstå såväl brukare som medarbetare och chefer samt att själv göra sig förstådd. Goda kunskaper i svenska språket är även en förutsättning för att kunna vara delaktig i det svenska samhället. Att utbilda i svenska blir därför både en kompetenssatsning för att höja kvaliteten på omsorgen och ett effektivt sätt att stärka den enskildes egenmakt. Möjligheten som ges att studera svenska språket uppskattas av många medarbetare.

Kommunfullmäktiges mål nås till 90 procent, varför det anses vara delvis uppfyllt.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel medarbetare som förbättrat sig i svenska språket efter genomförd SFI-utbildning.					50	45

Inför varje år görs en inventering av vilka medarbetare inom förvaltningen som ska erbjudas utbildning i svenska språket. Efter genomgången utbildning genomgår samtliga deltagare ett kunskapstest för att utvecklingen ska bli mätbar. Den utbildning som inleddes i början på året ställdes tillfälligt in under våren, på grund av pandemin, men återupptogs sedan i form av distansundervisning. Övergången till digital undervisning gjorde dock att flera medarbetare valde att pausa sin utbildning då det blev för svårt att genomföra den på distans. De som tillfälligt avbrutit utbildningen kommer att återuppta den så fort det blir möjligt att genomföra den fysiskt. Förvaltningen ser ett stort behov av fortsatta utbildningsinsatser även om behoven varierar något mellan verksamheterna. På grund av pågående pandemi har målet inte uppfyllts i önskad utsträckning.

Målområde/Process:

## 2.3 Möjliggöra arbete och företagande för Botkyrkaborna



### Analys

Nämndens mål inom målområdet är kopplat till att fler medarbetare ska känna trygghet i sin anställning genom att vara tillsvidareanställda. Förvaltningens målsättning är att använda så få timanställda som möjligt för både brukarnas och medarbetarnas skull. Verksamheterna arbetar därför aktivt för att tillsvidareanställa fler medarbetare. Under coronapandemin har även deltidsanställda erbjudits möjlighet att gå upp i tid, vilket har bidragit till en ökad kontinuitet i omsorgen. Detta är också en viktig pusselbit för att fler medarbetare ska kunna försörja sig utan att tvingas kombinera flera olika arbeten. Samtidigt som antalet heltidsanställda har ökat har omständigheterna under året gjort att förvaltningens utförarverksamheter har haft behov av att öka antalet visstidsanställda för att kunna fylla upp vid ökad sjukfrånvaro. Sammantaget gör detta att andelen arbetad tid som utförs av tillsvidareanställda är densamma som föregående år. Nämndens mål nås med knapp marginal vilket innebär att målområdet anses vara uppfyllt.

### Positiva iakttagelser

Vid årsskiftet 2019/2020 infördes bemanningsenheten, en enhet som ska hantera behov av vikarier för korttidsfrånvaro och som resursförstärkning. Syftet med att införa en bemanningsenhet är främst att effektivisera personalanvändandet, minska antalet timvikarier och höja kontinuiteten för brukarna. En bemanningsenhet är också en förutsättning för att kunna införa rätten till heltid för medarbetarna. Enheten har till en början införts för verksamheterna inom övrig OF (det vill säga personlig assistans, serviceboende, mobila teamet, korttidsboende och kost- och måltidsenheten) och inom en hemtjänstenhet. På sikt ska samtliga utförarverksamheter (med undantag för sjuksköterskeheten) få sin korttidsbemanning från bemanningsenheten.

I och med införandet av valmöjlighet inom hemtjänsten har externa utförare fått ökade möjligheter att etablera sig i kommunen, något som bidrar till att möjliggöra arbete och företagande för Botkyrkaborna.

### Förbättringsområden

Förvaltningen kan i dagsläget inte identifiera några konkreta förbättringsområden kopplat till målområdet då frågan ligger lite utanför nämndens uppdragsområde.

Nämndens mål:

Botkyrkaborna kan försörja sig på eget arbete eller företagande (KF)



### Analys

En ökning av antalet personer som utför arbete på heltid bidrar till ökade möjligheter att förbättra kvaliteten inom nämndens verksamheter. Förvaltningen har arbetat för att öka andelen tillsvidareanställda under ett antal år och arbetet har långsamt gett resultat. Trots coronapandemin och det ökade behovet av visstidsanställda i samband med denna, har förvaltningen lyckats bibehålla samma nivå som föregående år. En bidragande orsak kan vara den översyn samtliga vård- och omsorgsboenden gjort av personer med visstidsanställning och beslutet att erbjuda alla tillsvidareanställda heltid.

Som nämndes ovan har förvaltningen under året startat upp en bemanningsenhet i syfte att steg för steg samla samtlig visstidsanställd omsorgspersonal under denna. Genom ett mer effektivt och organiserat användande av personalresurser kommer verksamhetens behov av visstidsanställda minska på längre sikt.

Då nämndens uppsatta mål för måttet nås anses målet vara uppfyllt.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andelen arbetad tid som utförs av tillsvidareanställda ökar (procent)		60 %	65,3 %	68,5 %	67 %	68,1 %

Förvaltningens målsättning är att använda så få timanställda som möjligt för såväl brukarnas som medarbetarnas skull. Förvaltningen arbetar för att öka andelen arbetad tid som utförs av tillsvidareanställda genom att vid nya tillsvidareanställningar alltid erbjuda heltid och genom att erbjuda samtliga deltidsanställda heltid. Trots detta ligger andelen arbetad tid som utförs av tillsvidareanställda kvar på samma nivå som föregående år. Analysen visar att främst två saker har påverkat: införandet av ökad valmöjlighet inom hemtjänsten och coronapandemin.

Som en konsekvens av införandet av valmöjlighet inom hemtjänsten minskade kommunen vid årsskiftet 2020/2021 sin hemtjänst med 20 procent. För att undvika uppsägningar som ett resultat av anpassningen, har verksamheten valt att inte tillsätta lediga tjänster utan istället ersätta dem med vikarier. Även pandemin har ökat behovet av visstidsanställda för att kunna täcka upp vid sjukskrivning och behov av ökad personaltäthet. Sammantaget har detta påverkat möjligheterna att öka andelen tillsvidareanställda.

Under året har samtliga chefer genomgått utbildning i bemanningsoptimering. Förvaltningen behöver även fortsatt arbeta med optimal bemanning och ökad kompetens hos både medarbetare och chefer kring schemaläggning och planering. Systemstöd för att använda flexibel och avancerad planering är på väg att införas, och kommer att underlätta arbetet, men kommer att vara på plats först senare under 2021.

Målområde/Process:

## 2.4 Möta Botkyrkabornas behov av stöd för att leva ett självständigt liv



### Analys

Vård- och omsorgsnämnden bedömer sig bidra i mycket stor omfattning till målområdet utifrån att detta är den medborgarprocess inom vilken stora delar av förvaltningens arbete bedrivs.

Vård- och omsorgsnämnden bidrar till målområdet genom följande mål:

- "Botkyrkas medborgare i behov av vård och omsorg är nöjda med det stöd som de får"
- "Vård- och omsorgsnämnden ger en verksamhet som är rättssäker och har god kvalitet".

Målen inom målområdet består till stor del av brukarupplevda mått, som mäts utifrån resultatet i olika brukarundersökningar (9 mått), men även genom mer objektiva mått utifrån rättssäkerhet och kvalitet (4 mått). Då bara fem av tolv nämndmål som det finns utfall på nås, anses dock inte målområdet vara uppfyllt.

Nedan följer några delar som förvaltningen arbetat med för att öka kvaliteten inom verksamheten.

- Som en del i införandet av ökade valmöjligheter inom hemtjänsten har även uppdraget till kommunens hemtjänst i egenregi tydliggjorts i form av uppdaterad uppdragsbeskrivning. Då samma krav ska ställas oavsett utförare av hemtjänst följer uppdragsbeskrivningen de krav som ställts vid upphandlingen av externa hemtjänstutförare.
- För att följa att verksamheterna lever upp till uppsatta krav och levererar en omsorg av god kvalitet har förvaltningen under året tagit fram en uppföljningsmodell för samtliga verksamheter. Modellen innebär att varje verksamhet följs upp minst var tredje år. Som en del i införandet av modellen kommer även samtliga uppdragsbeskrivningar att ses över för att det ska vara tydligt vilka krav en verksamhet förväntas uppnå.
- Arbetet med att följa upp förvaltningens processer har fortsatt under året och resulterat i att samtliga processer nu är uppdaterade.
- Redan innan coronapandemin hade förvaltningen påbörjat arbetet med att mer och mer gå över till digitala utbildningar och lathundar, för att göra stödet mer tillgängligt. Till följd av de förändrade förutsättningarna för att utbilda har arbetet snabbats på ytterligare och en serie digitala utbildningar tagits fram, som stöd för chefer och medarbetare.
- Övergången från verksamhetssystemet Procapita till Lifecare har fortsatt under året i form av två delprojekt – modulen för handläggare respektive för utförare. Till följd av att inte alla utredningar fanns uppföljda i tid och möjliga att föra över till Lifecare handläggare förlängdes projekttiden och projektet avslutades vid årsskiftet 2020/2021. Under projekttiden har systemet utvecklats med nya funktioner vilket har möjliggjort att även överklagan, yttranden och ärenden utifrån socialförsäkringsbalken, samt generella utredningar som inte utreds i enlighet med IBIC (Individens behov i centrum) kan hanteras i systemet. Införandet av Lifecare utförare pausades något under våren men återupptogs efter sommaren i digital form. Alla enheter i förvaltningen förutom hemtjänst har övergått från Procapita till Lifecare utförare under 2020, samt samtliga enheter inom daglig verksamhet.

### **Positiva iakttagelser**

Ett arbete med att förtydliga och förbättra handlägningsprocessen har pågått under året. Förvaltningen kan konstatera att färre överklaganden har gått emot förvaltningen och att nöjdheten med kontakten med Myndighet har ökat som ett möjligt resultat av detta.

### **Förbättringsområden**

Mycket av det förbättringsarbete som var planerat för året har ersatts av mer akuta behov av förändring, som inom basala hygienrutiner och följsamheten till rutiner. Bristen på tid och omställningen till att "träffas" digitalt har gjort att exempelvis arbetet utifrån de sju dialogerna har fått skjutas upp inom många verksamheter. Så fort möjlighet ges kommer arbetet med dessa att tas upp igen.

## Nämndens mål:

Botkyrkas medborgare i behov av vård och omsorg är nöjda med det stöd som de får



### Analys

En del i att vara trygg och att leva ett självständigt liv, är att som brukare av vård- och omsorgstjänster vara nöjd med de insatser som utförs. För att kunna möta våra medborgares individuella behov är det viktigt att brukare och anhöriga ges möjlighet att vara aktiva medskapare av stödet och att vara delaktiga i både planering och genomförande. Hur nöjda kommunens brukare är med det stöd som de får mäts genom förvaltningens olika brukarundersökningar som genomförs under året. I årets resultat går det inte att se någon negativ effekt av pandemin i hur nöjda brukarna är med stödet. Istället har sex av sju utfall förbättrats sedan förra året, vilket tyder på att utvecklingen trots allt går åt rätt håll. Som framgått tidigare är det viktigt att notera att svarsfrekvensen samtidigt har gått ner kraftigt inom de flesta verksamheter vilket påverkar resultatets tillförlitlighet.

Verksamheten har arbetat för att stärka nöjdheten exempelvis genom aktiviteter (anpassade utifrån pandemin) och god kontakt och dialog med anhöriga. Fokus har även legat på hanteringen av synpunkter och avvikelser, på innehållet i genomförandeplanen och på att förtydliga uppdraget som kontaktman.

Även om brukarna är mer nöjda än föregående år är förvaltningen en bit ifrån att nå nämndens uppsatta mål. Då uppsatta mål bara nås i två av åtta fall anses inte nämndens mål vara uppfyllt.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel personer inom boendestöd som är nöjda med stödet i sin helhet ökar (procent)	<b>Totalt</b>	51 %	69 %	85 %	75 %	82 %
	<b>Män</b>	76 %	71 %	94 %		
	<b>Kvinnor</b>	25 %	67 %	75 %		

Andelen brukare som är nöjda med det boendestöd de ges har i år minskat något efter att ha ökat kraftigt två år i rad. Nämndens uppsatta mål nås dock fortfarande med stor marginal. Resultatet är sju respektive fem procentenheter lägre än för länet och riket. Något resultat uppdelat på kvinnor och män finns tyvärr inte i år annat än för Botkyrkas samlade boendestöd, där även socialtjänstens brukare ingår.

Under året har verksamheten arbetat utifrån den handlingsplan som togs fram efter förra årets brukarundersökning och genomfört flertalet av aktiviteterna kopplade till den. En av aktiviteterna som boendestödet har fokuserat på är att informera brukarna om vem de ska kontakta vid synpunkter, en fråga som stack ut i förra årets brukarundersökningsresultat. För att förbättra kommunikationen har en broschyr skickats ut till samtliga brukare med boendestöd och varje stödperson har fått i uppdrag att säkerställa att informationen har nått fram och förstås. Tyvärr har många av de övriga aktiviteter som var inplanerade behövt ställas in till följd av pandemin såsom brukarråd, inflytanderåd och fredagsträffar, vilket har resulterat i mindre gemenskap och sociala kontakter. Flera brukare har varit sjuka till och från och flera har inte vågat ta emot stödpersonalen av rädsla för att bli smittade och öka smittspridningen av covid-19. Detta har resulterat i att fysiska stödpass har ställts in och vissa stödpass har istället ersatts av promenadstöd eller stöd via telefon. Samtidigt har återkopplingen från brukare varit att verksamheten har varit flexibel i utformningen av stödet, då flera medborgare haft behov av annan typ av stöd. Något som har uppskattats av brukarna.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel personer inom dagverksamheten som är nöjda med stödet i sin helhet ökar (procent)	<b>Totalt</b> <b>Män</b> <b>Kvinnor</b>		86 %	93 %		

Då dagverksamheten var stängd mellan mars och september till följd av pandemin, genomfördes ingen brukarundersökning inom detta område. Sedan verksamheten öppnat på nytt, i begränsad omfattning, har tidigare påbörjade satsningar på bemötande, kontaktmannaskap och delaktighet fortsatt.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel personer inom gruppboende som är nöjda med stödet i sin helhet ökar (procent)	<b>Totalt</b>	66 %	74 %	72 %	80 %	72 %
	<b>Män</b>	66 %	83 %	78 %		78 %
	<b>Kvinnor</b>	67 %	82 %	67 %		65 %

Resultatet i brukarundersökningen visar att andelen boende inom gruppboende som är nöjda med det stöd som ges är densamma som året innan. Den stora skillnaden mellan de båda åren är svarsfrekvensen, som sjunkit från 86 procent till 55 procent. Förklaringen till den minskade andelen svarande ligger främst i pandemins påverkan på möjligheterna att ha frågeassistenter. Den minskade svarsfrekvensen medför att många gruppboenden i år inte får något utfall att analysera och att de samtal som genomförs med brukarna inom nästan alla gruppboenden varje månad blir ännu viktigare.

I likhet med föregående år är männen, som utgör den något större andelen av de svarande, markant mer nöjda med stödet än kvinnorna, och i nivå med både nämndens mål, resultatet för länet (83 procent) och riket (81 procent). Att kvinnorna är mindre nöjda bekräftas också i övriga delar av brukarundersökningens resultat - som i frågorna om trygghet och självbestämmande - och är något verksamheten kommer att undersöka vidare.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel personer inom hemtjänsten som är nöjda med stödet i sin helhet ökar (procent)	<b>Totalt</b>	75 %	78 %	73 %	84 %	77 %
	<b>Män</b>	75 %	79 %	73 %		77 %
	<b>Kvinnor</b>	75 %	77 %	73 %		77 %

Andelen personer som uttrycker att de är nöjda med stödet från hemtjänsten har ökat med fyra procentenheter sedan förra årets brukarundersökning. Trots förbättringen är det en bit kvar för att nå nämndens mål och ett utfall i nivå med det för länet (85 procent) respektive riket (88 procent). Utfallet är detsamma för kvinnor som för män och någon skillnad i nöjdhet utifrån kommundel syns inte.

Under året har hemtjänsten främst haft fokus på genomförandeplanen och kontaktmannaskapet, två delar som är avgörande för om hemtjänsttagaren känner sig delaktig och trygg. Satsningen har resulterat i förbättrade arbetssätt och rutiner för uppdatering av genomförandeplanen och medfört att andelen aktuella genomförandeplaner har ökat. Kontaktmannaskapet är i sin tur tänkt att bidra med trygghet och kontinuitet för brukaren och vara bidragande till att det som beskrivs i genomförandeplanen blir verklighet. Brukaren ska känna sig trygg och ha tillit till all personal men kontaktmannen är extra viktig.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel personer inom personlig assistans som är nöjda med stödet i sin helhet ökar (procent).	<b>Totalt</b>		85 %	90 %	90 %	100 %
	<b>Män</b>					100 %
	<b>Kvinnor</b>			83 %		100 %

Inom personlig assistans har andelen som anser sig få den hjälp de vill ha av sina assistenter ökat med tio procentenheter, vilket är ett resultat som ligger tio procentenheter över nämndens uppsatta mål. Analysen visar att nöjdheten har ökat från 85% (2018) till 90% (2019) och nu till 100% (2020). Utfallet kan jämföras med resultatet för länet och riket som är sex respektive nio procentenheter lägre. Framgångsfaktorer för att nå detta goda resultat är dels att närheten till chefen har ökat, både för brukare, god man och anhörig. Dels att verksamheten har arbetat för att förändra synsättet på genomförandeplanen till att alltid ses som brukarens redskap som har som syfte att utgå från vad brukaren tycker om stödet, inte personalen. I de ärenden där brukaren inte kan kommunicera har istället en nära dialog förts med anhöriga.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel personer inom serviceboende som är nöjda med stödet i sin helhet ökar (procent)	<b>Totalt</b>	71 %	62 %	64 %	72 %	70 %
	<b>Män</b>	67 %	61 %	74 %		76 %
	<b>Kvinnor</b>	86 %	75 %	27 %		55 %

Andelen brukare inom serviceboende som anser sig få den hjälp de vill ha av boendepersonalen har ökat med sex procentenheter sedan förra undersökningen, ett resultat som ligger två procentenheter under nämndens uppsatta mål. Trots ökningen är dock resultatet i underkant i jämförelse med länet (76 procent) och riket (75 procent). Det förbättrade resultatet ligger främst i att kvinnorna, som utgör en tredjedel av de svarande, uppger sig vara mer nöjda än tidigare. Samtidigt sker ökningen från en väldigt låg nivå och nöjdheten bland kvinnorna ligger fortfarande långt under den bland männen. Hur det kommer sig att kvinnorna är påtagligt mindre nöjda två år i rad är något som verksamheten behöver och kommer att analysera vidare.

Analysen av brukarundersökningsresultatet visar även på stora individuella skillnader mellan de fyra serviceboendena, där rejäla förbättringar skett i vissa fall och kraftiga försämringar i andra. Förhoppningen är att nöjdheten ska öka när det blir tydligare för de boende vad insatsen serviceboende innebär och vad de kan förvänta sig av verksamheten. Som en del i det har en ny folder tagits fram under året där det framgår hur verksamheten arbetar för att tillgodose brukarens behov.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel personer inom vård- och omsorgsboende som är nöjda med stödet i sin helhet ökar (procent)	<b>Totalt</b>	69 %	76 %	75 %	80 %	76 %
	<b>Män</b>	71 %	76 %	74 %		72 %
	<b>Kvinnor</b>	69 %	75 %	76 %		79 %

Inom vård- och omsorgsboende har brukarnas nöjdhet med tjänsten ökat marginellt sedan föregående år. Målet på 80 procent nås inte riktigt och förvaltningen ligger fyra respektive fem procentenheter under resultatet för länet och riket. Viktigt att notera är att kvinnorna, som utgör en övervägande majoritet av de svarande, är markant mer nöjda än männen och i nivå med länet och riket. I likhet med tidigare år är gruppen som är 80 år eller äldre nöjdare än den något yngre gruppen (78 procent i jämförelse med 72 procent) och de som anser sig ha ett mycket eller ganska gott hälsotillstånd är mer nöjda än de med sämre hälsa (89 procent mot 72).

Under perioden har verksamheten arbetat för att stärka nöjdheten exempelvis genom aktiviteter (anpassade utifrån pandemin) och god kontakt och dialog med anhöriga. I likhet med övriga verksamheter har ett arbete pågått med inkomna synpunkter och avvikelser, förtydliga innebörden i kontaktmannaskapet och arbeta med genomförandeplanen.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel personer under 65 år inom Myndighet som är nöjda med stödet i sin helhet ökar (procent)	<b>Totalt</b>	62%	61%	61%	70%	63%
	<b>Män</b>	60%		67%		74%
	<b>Kvinnor</b>	65%		55%		51%

Andel personer under 65 som är nöjda med kontakten med Myndighet har ökat något sedan förra året. Nämndens mål på 70 procent nöjdhet nås dock inte på totalen men däremot av männen. Analysen av resultatet visar att kvinnorna, som utgör 44 procent av de svarande, har blivit något mindre nöjda och männen markant nöjdare. Hur det kommer sig att kvinnorna även i år är mindre nöjda än männen och att skillnaden i nöjdhet är så markant mellan könen är något "Myndighet under 65" behöver analysera vidare.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel personer över 65 år inom Myndighet som är nöjda med stödet i sin helhet ökar (procent)	<b>Totalt</b>	62 %	65 %	66 %	74 %	69 %
	<b>Män</b>	59 %		60 %		66 %
	<b>Kvinnor</b>	62 %		70 %		70 %

Andelen brukare som är nöjda med kontakten med "Myndighet över 65 år" har ökat med tre procentenheter sedan föregående år, men nämndens mål på 74 procent nås inte riktigt. Männen nöjdhet har ökat med sex procentenheter sedan föregående år men är trots det något lägre än kvinnornas nöjdhet. Något utfall för länet eller riket finns inte att jämföra med. Arbetet med att klargöra handlägningsprocessen och skapa bättre samverkan med utförarna samt att öka tillgängligheten till handläggarna ses som bidragande till den ökade nöjdheten.



## Nämndens mål:

Vård- och omsorgsnämnden ger en verksamhet som är rättssäker och har god kvalitet



### Analys

En förutsättning för att förvaltningens brukare ska uppleva sig nöjda med omsorgen är en rättssäker verksamhet av god kvalitet. Med kvalitet avses att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och föreskrifter för verksamheten samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Utfallet för tre av fyra mått har förbättrats markant sedan förra året och samtliga tre uppsatta mål nås. I det fjärde fallet, personalkontinuiteten i hemtjänsten, har en försämring skett, mycket till följd av yttre omständigheter, och uppsatt mål nås inte. Utifrån att 75 procent av målen nås blir bedömningen att målet är delvis uppfyllt.

För att säkerställa att myndighetsutövningen inom vård- och omsorgsnämnden är effektiv och rättssäker genomfördes 2019 en genomlysning av Myndighet. Som ett svar på genomlysningen – där brister bland annat konstaterades inom handläggning, dokumentation och samarbetet med utförarverksamheterna – tog Myndighet fram en handlingsplan för år 2020 och framåt. I början av 2020 genomfördes även en omorganisering av verksamheten som en del i denna. Under året har Myndighet arbetat vidare utifrån handlingsplanen och den nya organisationen. Fokus har legat på att skapa en tydligare handlägningsprocess, roller och ansvar mellan beställare och utförare samt på samverkan, för att underlätta kontakten och ge ökad trygghet och tydlighet åt medborgarna.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel överklaganden som går emot fattade beslut (procent)		28 %	23,6 %	21,1 %	20 %	15,5 %

Att beslut som fattas på Myndighet överklagas är i grunden ett tecken på rättssäkerhet. Samtidigt är det viktigt att noggrant följa vilka domslut som går emot Myndighets fattade beslut för att kunna höja kvaliteten på handläggningen. Ärendedragningar i grupp har under året återstartats. På dragingarna kan relevanta domar delas med hela gruppen med syfte att vara ett juridiskt stöd för den enskilde handläggaren att göra mer korrekta bedömningar. På så sätt minskar risken för att göra bedömningar som går emot förvaltningsrättens bedömningar. Andelen överklaganden som går emot fattade beslut har minskat med drygt fem procentenheter sedan förra året och nämndens uppsatta mål på 20 procent nås med god marginal.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Personalkontinuiteten i hemtjänsten ökar (antal)				14,99	12	16 16 15

Att som brukare få möta ett begränsat antal individer är en viktig kvalitetsaspekt, dels för att öka brukarens trygghet, dels på grund av möjligheterna att som personal ha kännedom om hur brukaren önskar få sitt stöd utfört. Därför är personalkontinuiteten inom hemtjänsten en prioriterad fråga som följs upp regelbundet. Uppföljningen sker genom att mäta hur många olika individer från hemtjänsten en brukare möter under 14 dagar. Utifrån uppföljningen kan förvaltningen konstatera att personalkontinuiteten har blivit lägre (det vill säga att brukaren har mött fler olika individer) än samma period förra året. Nämndens uppsatta mål nås därmed inte.

Det försämrade utfallet har flera anledningar. Dels har sjukfrånvaron periodvis varit hög under året, som en konsekvens av pandemin och uppmaningen att stanna hemma vid minsta symtom. Den höga sjukfrånvaron har gjort att fler timvikarier har fått tas in, vilket har påverkat kontinuiteten negativt. Dels har hemtjänsten stått inför att anpassa verksamheten till införandet av externa utförare och en minskning på 20 procent av beviljade hemtjänsttimmar. För att undvika övertalig tillsvidareanställd personal när behovet minskar har lediga tjänster vakanshållits (inte tillsatts) och istället ersatts med timvikarier.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende (vård- och omsorgsboende) (median)		85	44	31		21 14 23

En del i en rättssäker verksamhet är att de personer som är i behov av stöd får det så snart som möjligt. Förvaltningen kan konstatera att medianen för antalet dagar från ansökan om vård- och omsorgsboende till erbjudande om plats har minskat med tio dagar i jämförelse med förra året. Perioden som mäts är 1 januari till 30 juni. Under samma period var medelvärdet för antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum 44 dagar att jämföra med 53 dagar året innan. Medelvärdet är så pass mycket högre än medianen till följd av ett antal komplexa ärenden som har varit extra tidskrävande. Avgörande orsaker till att väntetiden har minskat är den ökade tillgången på lägenheter i vård- och omsorgsboende under året, öppnandet av nya boenden och den påverkan coronapandemin har haft på antalet lediga lägenheter.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Väntetid i antal dagar från beslut till första erbjudna inflyttningsdatum avseende boende enligt LSS § 9.9, median (bostad med särskild service)		101	139	150	100	21

Mediantiden från beslut till erbjudande om inflyttningsdatum var under perioden 1 januari till 30 juni 21, vilket är en kraftig förbättring i jämförelse med föregående år. Medelvärdet är för samma period 30 dagar. Vid mätning av väntetid till bostad med särskild service är det viktigt att vara medveten om att varje enskilt fall får stor påverkan på utfallet i och med att underlaget innehåller så få individer (9 personer i år och 10 personer förra året). Analysen visar att den tidseffektivisering som gjorts är ett resultat av flera olika delar. Bland dessa kan nämnas större tydlighet kring vem som gör vad i processen kring in- och utflyttning, bättre flöde mellan Myndighet och utförare samt större tillgång på lediga platser.

Målområde/Process:

## 2.5 Möta Botkyrkabornas behov av gemenskap, rörelse och ett rikt kulturliv



### Analys

Vård- och omsorgsnämnden bedömer sig bidra till Botkyrkabornas gemenskap, aktivitet och kulturliv på flera viktiga sätt. Det sker bland annat genom att arbeta med frågor kopplade till att erbjuda bra mat, trivsamma måltidssituationer, meningsfulla aktiviteter och genom att arbeta för en ökad trivsel i nämndens boenden. Rådande omständigheter till följd av pandemin har dock tyvärr inneburit stora begränsningar för nämndens brukare. Trots ett stort engagemang från omsorgspersonalen och satsningar på alternativa aktiviteter uppnås inte nämndens uppsatta mål. Målområdet bedöms därför inte vara uppfyllt.

### Positiva iakttagelser

Pandemin har vänt många liv och vanor upp och ner. Inom flera av nämndens verksamheter har brukarnas behov tillfälligt kommit att förändras, vilket har ställt andra krav på omsorgspersonalen. Analyserna som gjorts i samband med uppföljningen av 2020 visar på en stor flexibilitet, kreativitet och vilja att göra det som går i en svår situation. Exempel på hur personalen har anpassat sitt stöd är det ökade samarbetet med primärvårdsrehab och vårdcentralerna, efter brukarnas önskemål. Detta är en samverkan som verksamheten uppfattar som positiv och som kan bidra till ökad upplevelse av god hälsa hos brukarna. Ett annat är hur samarbetet med kommunens frivilligorganisationer och näringsliv har stärkts under året, med satsningar på allt från hjälp med matinköp till pandemisäker underhållning.

## Förbättringsområden

För andra året i rad uttrycker de boende i vård- och omsorgsboende mindre nöjdhet med maten. Ett utvecklingsområde framöver blir att identifiera varför brukarna är mindre nöjda, även i relation till länet och riket, och hur en förbättring kan ske för att nöjdheten ska öka på detta så viktiga område.

### Nämndens mål:

Botkyrkabor på särskilda boenden har mer jämlikt och ökande deltagande i aktiviteter och sammanhang som bidrar till hälsa, en meningsfull fritid och ett aktivt socialt liv (KF)



### Analys

Att som brukare erbjudas sociala aktiviteter är viktigt för att öka upplevelsen av delaktighet, gemenskap och meningsfullhet och på så sätt främja brukarnas välmående. För att uppnå en vård och omsorg med god kvalitet är dessa delar av stor betydelse.

Nöjdheten bland nämndens brukare har minskat kopplat till samtliga mått. I vissa fall markant, som gällande nöjdheten med sociala aktiviteter. Det är rimligt att anta att nöjdheten har påverkats av pandemin och de restriktioner som har funnits med anledning av den, då utfallet tidigare år har legat mer stabilt. Även nöjdheten med måltidssituationen avviker från den tidigare mer positiva trenden. Ingen av nämndens uppsatta mål nås varför målet i sin helhet inte anses vara uppfyllt.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel personer på gruppboende som uppger att de trivs (procent)	<b>Totalt</b>	80 %	83 %	80 %	88 %	75 %
	<b>Män</b>	85 %		84 %		82 %
	<b>Kvinnor</b>	78 %		77 %		68 %

Andelen personer på gruppboende som uppger att de trivs hemma har för andra året i rad minskat. Resultatet är lägre än för såväl riket (82 procent) som för länet (86 procent) och det en bra bit kvar för att nå nämndens uppsatta mål. Pandemin har varit en rejäl utmaning för alla i samhället, att inte kunna utföra sina rutiner och intressen har påverkat många. Detta gäller framförallt de personer som uppskattar den tydliga veckan och det tydliga årshjulets aktiviteter. Om det också uppstår svårigheter i att förstå syftet med brutna rutiner, kan det skapa negativa spiraler något som även påverkar upplevelsen av trivsel.

Påtagligt i årets bedömning är att kvinnorna uttrycker att de trivs i markant lägre utsträckning än männen, vilket även var fallet förra året. Samtidigt har det även skett en stor försämring i upplevelsen av trivsel hos kvinnorna i relation till förra året. En möjlig tolkning av resultatet är att kvinnor har påverkats mer av de inskränkningar i sociala aktiviteter som har gjorts och att detta har påverkat upplevelsen av trivsel negativt.

Under året har enskilda samtal genomförts regelbundet inom de flesta boenden för att följa hur de boende mår och om de trivs, och vid behov har synpunkter tagits vidare för att kunna utforma stödet på bästa sätt. Samtliga boenden har även anordnat kontinuerligt träffar med brukarna med fokus på den enskilda brukaren och dennes genomförandeplan.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel äldre som är nöjda med maten på vård- och omsorgsboende ökar (procent)	<b>Totalt</b>	62 %	72 %	66 %	78 %	64 %
	<b>Män</b>	64 %	73 %	64 %		67 %
	<b>Kvinnor</b>	60 %	72 %	66 %		62 %

Att bli äldre innebär inte nödvändigtvis att behovet av mat och näring förändras. Däremot kan det bli svårare för en äldre person att äta. Det gör det ännu viktigare att maten som serveras är inbjudande och näringsrik och att måltidssituationen upplevs som positiv. Resultatet av brukarundersökningen inom vård- och omsorgsboende visar att nöjdheten med maten minskat med två procentenheter och att nämndens mål är långt ifrån att nås. Även i jämförelse med länet och riket (70 och 74 procents nöjdhet) är andelen nöjda klart lägre. Nöjdheten är högre bland männen, vilket är omvänt från föregående år. Hur det kommer sig att kvinnornas nöjdhet har minskat markant medan männens istället ökat, är något som får analyseras vidare av verksamheten.

Under perioden har matråd, där åsikter och förbättringsförslag kan lyftas, genomförts, dock inte i önskad utsträckning på grund av pandemin. En del enheter har anordnat tillfällen där mat från olika kulturer har tillagats och serverats på boendet, något som har varit uppskattat. Flera brukare har annan kulturell bakgrund och det finns önskemål om annan kost än den traditionella svenska maten.

För att åstadkomma förbättringar behöver matråden återupptas i den planerade utsträckningen så att de boende har möjlighet att påverka vilken mat som serveras.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel äldre som är nöjda med måltidssituationen på vård- och omsorgsboende ökar (procent)	<b>Totalt</b>	55 %	66 %	68 %	74 %	63 %
	<b>Män</b>	52 %	67 %	64 %		65 %
	<b>Kvinnor</b>	57 %	65 %	70 %		63 %

Nöjdheten med måltidssituationen har minskat markant sedan förra året. Minskningen gör att andelen nöjda är drygt tio procentenheter lägre än nämndens uppsatta mål och fem respektive sju procentenheter lägre än vad som är fallet i länet och riket. Precis som i bedömningen av måltidssituationen är nöjdheten högre bland männen, vilket är omvänt från föregående år. Hur det kommer sig att kvinnornas nöjdhet har minskat markant (med sju procentenheter) medan männens istället ökat marginellt, är något som får analyseras vidare av verksamheten. Under pandemin har de boende i perioder uppmanats att inta sina måltider i sina enskilda lägenheter, eller vid gemensamma måltider fått sitta med större avstånd till varandra, vilket har försvårat kommunikationen och påverkat upplevelsen av måltidssituationen. Dessa tillfälligt förändrade omständigheter kan mycket väl ha påverkat nöjdheten bland de boende. Verksamheten arbetar för ökad nöjdhet med måltidssituationen genom att anordna matråd och utse kostombud som har i uppdrag att genomföra måltidsobservationer, följa måltidsrutiner och verka för en lugn och trevlig måltidssituation för de boende. Under året har s.k. temamåltider genomförts och resulterat i bland annat grillkvällar och midsommarfirande med anpassningar utifrån pandemin. En del enheter har även anordnat tillfällen där mat från olika kulturer har tillagats och serverats på boendet. På grund av den pågående pandemin har dock kostombudens och matrådets möten inte kunnat utföras i önskad omfattning.

För att åstadkomma förbättringar behöver aktivt arbete med matråd och kostombud fortsätta. Verksamheten planerar att genomföra ytterligare temamåltider, som har varit uppskattade inslag, samt anordna flera tillfällen där mat från olika kulturer serveras.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel äldre som är nöjda med sociala aktiviteter på vård- och omsorgsboende ökar (procent)	<b>Totalt</b>	49 %	56 %	55 %	65 %	45 %
	<b>Män</b>	51 %	54 %	55 %		48 %
	<b>Kvinnor</b>	48 %	58 %	54 %		43 %

För att öka kvaliteten på den omsorg som ges kommunens äldre anordnas aktiviteter dagligen inom samtliga vård- och omsorgsboenden. Verksamheten arbetar för att andelen äldre som är nöjda med sociala aktiviteter på vård- och omsorgsboende ska öka genom att erbjuda både gemensamma och individuella aktiviteter utifrån de boendes önskemål. Utifrån resultatet i brukarundersökningen kan konstateras att nöjdheten har minskat markant (med tio procentenheter) sedan förra årets undersökning. Resultatet ligger hela 20 procentenheter under nämndens uppsatta mål och 16 procentenheter under länets respektive rikets resultat.

Kvinnorna är mindre nöjda än männen och deras nöjdhet har även minskat i högre utsträckning än männens även om de boende, oavsett kön, uttrycker ökat missnöje i jämförelse med föregående år.

Att en försämring har skett i andelen nöjda kan kanske till viss del förklaras av de förändrade förutsättningarna under året. Nämndens mål handlar om sociala aktiviteter, något som många boende har uttryckt är synonymt med de gemensamma aktiviteterna i verksamheten, vilka har varit särskilt svåra att genomföra under pandemin. Hur det däremot kommer sig att inte motsvarande minskning skett i länet som helhet är något verksamheten behöver och kommer att analysera vidare. En möjlig förklaring till den låga nöjdheten kan vara att det inom verksamheten tidigare funnits personer som arbetat med att skapa aktiviteter för de boende, men att denna funktion tagits bort, något som har skapat en upplevelse av försämring. En annan anledning kan vara att verksamheten brustit i att tillräckligt väl

informera anhöriga om de aktiviteter som genomförs.

På grund av pandemin har verksamheten delvis fått tänka om i arbetet med aktiviteter. Behovet är stort att utöka sociala aktiviteter när det sociala umgänget med anhöriga och andra närstående är mycket begränsat. Sociala aktiviteter har genomförts i mindre grupper samt individuellt, och större centralt planerade aktiviteter som har varit anpassade till pandemin, har genomförts på samtliga vård- och omsorgsboenden. Verksamheten har, under året, haft dialog med de boende om vad en social aktivitet kan vara, för att bredda definitionen. Med stöd av statsbidrag har verksamheten under det sista kvartalet kunnat utökas med personal inriktad specifikt på planering och genomförande av aktiviteter. Boendena har även kunnat utöka sortimentet av aktivitetsmaterial.

## Nämndens mål:

### Alla Botkyrkabor med stöd av vård- och omsorgsnämnden har god hälsa



#### Analys

Att en person upplever god hälsa är en komplex fråga som kan bero på olika saker, varav vissa går att påverka utifrån och andra inte. Förutsättningarna att påverka den upplevda hälsan är även olika när det kommer till vård- och omsorgsboende och hemtjänst. De flesta brukare inom vård- och omsorgsboende är multisjuka medan hälsan bland brukare med hemtjänst är generellt bättre. Under året har möjligheterna att påverka brukarnas hälsa varit mer begränsade än vanligt till följd av pandemin, och yttre omständigheter har kommit att spela en ännu större roll än tidigare. Utifrån utfallet i brukarundersökningen har brukarnas upplevda hälsa, trots detta, förbättrats i jämförelse med föregående år. På grund av den låga svarsfrekvensen och det faktum att pandemin kan ha fått de mest sjuka att inte besvara enkäten, bör vi vara försiktiga med att dra slutsatser utifrån detta.

Nämndens uppsatta mål nås kopplat till hälften av måtten (ett av två). Bedömningen blir därför att målet är delvis uppfyllt.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andelen personer inom vård- och omsorgsboenden som upplever att de har en god hälsa	<b>Totalt</b>	27 %	29 %	21 %	31 %	26 %
	<b>Män</b>			25 %		25 %
	<b>Kvinnor</b>			18 %		27 %

Resultatet i årets brukarundersökning visar att en större andel brukare inom vård- och omsorgsboende bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som mycket eller ganska gott än vad som var fallet förra året. Det gör att förvaltningen är fem procentenheter från nämndens mål och fyra respektive tre från resultatet i riket och länet. Bedömningen skiljer sig inte åt något nämnvärt mellan könen men intressant att notera är att bedömningen bland kvinnorna har förbättrats med nio procentenheter sedan förra året. På grund av den låga svarsfrekvensen och det faktum att pandemin kan ha fått de mest sjuka att inte besvara enkäten, bör vi dock vara försiktiga med att dra slutsatser utifrån detta.

Att en person upplever god hälsa är en komplex fråga som kan bero på olika saker, varav vissa går att påverka utifrån och andra inte. Många boende är multisjuka och upplever i grunden en sämre hälsa. För att ändå öka känslan av god hälsa fokuserar verksamheten på att ge god omvårdnad, på att uppmuntra de boende och ge dem stöd i att göra det som de själva klarar av att göra. Verksamheten har under året börjat införa ett mer personcentrerat arbetssätt, men har till följd av pandemin fått avvakta något med att införa det helt och fullt.

Framöver ser verksamheten behov av att säkerställa att genomförandeplanen utgår från brukarens behov och önskemål samt att enskilda samtal, boråd och boendegenomgångar fungerar tillfredställande för att fånga upp förändring i brukarens hälsotillstånd. Verksamheten behöver skapa förutsättningar för de boende att bibehålla sina funktioner i det dagliga livet genom att arbeta vidare med de sju dialogerna. Under 2021 kommer verksamheten därför att arbeta med regelbunden reflektion kring dialogerna.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andelen personer med hemtjänst som upplever att de har en god hälsa	<b>Totalt</b>	25 %	30 %	29 %	32 %	32 %
	<b>Män</b>			26 %		33 %
	<b>Kvinnor</b>			30 %		32 %

Andelen brukare inom hemtjänsten som upplever att de har en god hälsa har ökat med tre procentenheter i jämförelse med förra året. Resultatet ligger i linje med det för länet respektive riket (33 respektive 34 procent) och nämndens uppsatta mål, att minst 32 procent skulle svara "mycket gott" eller "ganska gott" på frågan om hur brukaren upplever sitt allmänna hälsotillstånd, nås. I motsats till föregående år bedömer kvinnor och män sin hälsa lika, vilket innebär att förbättringen bland männen är relativt högre än bland kvinnorna. Det är intressant i sammanhanget att notera att även andelen hemtjänsttagare som uppger att de inte besväras av ångslan, oro eller ångest har ökat från 46 till 52 procent. På grund av att andelen svarande minskat och det faktum att pandemin kan ha fått de mest sjuka att inte besvara enkäten, bör vi vara försiktiga att dra allt för långtgående slutsatser utifrån detta.

I vanliga fall anordnar hemtjänsten fika för brukare och gemensamma aktiviteter för att möjliggöra att brukarna kan delta aktivt i samhällslivet och får en meningsfull tillvaro med andra. Detta har dock inte gått att genomföra under pandemin. Många äldre har istället kommit att bli isolerade i hemmet utan att gå ut och träffa vänner eller anhöriga och då har egentiden fyllt en viktig funktion. Samtidigt är det även brukare som valt att tacka nej till egentiden av rädsla för smitta. Under året har det därför varit viktigt att som personal vara lyhörd för brukarnas hälsotillstånd för att kunna fånga upp försämringar i tid. Personalen har även fått genomgång av hur de ska gå tillväga vid försämring.

Målområde/Process:

## 2.6 Skapa en god och trygg livsmiljö för Botkyrkaborna



### Analys

Vård- och omsorgsnämnden anser sig bidra i stor omfattning till målområdet. Det sker bland annat genom att i första hand erbjuda Botkyrkabor som beviljas boende möjlighet att bo kvar i Botkyrka och genom att, i den mån det går, erbjuda boende som bor inom en särskild boendeform utanför kommunen plats i ett av kommunens boenden. På så sätt ges nämndens brukare möjlighet till en god och trygg livsmiljö inom Botkyrka.

Som en konsekvens av pandemin, med en ökning av lediga lägenheter inom kommunens vård- och omsorgsboenden som följd, har nämnden kunnat erbjuda Botkyrkabor boende i Botkyrka i större utsträckning. Under året har även behovet av att köpa korttidsplatser externt minskat kraftigt då samtliga i behov av plats har kunnat erbjudas det i kommunens boende.

Då två av nämndens tre uppsatta mål är uppfyllda anses målet vara delvis uppfyllt.

### Positiva iakttagelser

I förra verksamhetsberättelsen valde nämnden att lyfta upp användningen av hemgångsteamet som ett förbättringsområde. Under 2019 flyttade hemgångsteamet från hemtjänsten till Myndighet och har i och med det fått en tydligare roll. Syftet med hemgångsteamet är främst att skapa trygghet för brukare i ordinärt boende efter utskrivning från slutenvården. Hemgångsteamet har också på andra sätt bidragit till att skapa trygghet i ordinärt boende, särskilt som en konsekvens av coronapandemin, men också i situationer där personer har haft svårigheter att bo kvar eller flytta tillbaka till sitt boende efter exempelvis vistelse på korttidsboende.

### Förbättringsområden

Som en del för att skapa relation och trygghet för hemtjänsttagarna är det viktigt att det finns en kontinuitet i vilka brukarna träffar. Förvaltningen behöver arbeta vidare för att på alla möjliga sätt öka personalkontinuiteten i hemtjänst under kommande år.

## Nämndens mål:

### Botkyrkabor med behov av särskilt boende ska erbjudas plats i Botkyrka



#### Analys

Att åldras eller att leva med en funktionsnedsättning får inte vara en anledning att inte längre få bestämma över sitt eget liv. Precis som alla andra medborgare måste även denna grupp ges rätten att få välja om de vill bo kvar i Botkyrka eller inte. För att uppnå denna rättighet erbjuder förvaltningen boende inom Botkyrka i första hand, när möjligheten finns.

Coronapandemin har påverkat boendesituationen på olika sätt under året. Samtidigt som pandemin har lett till fler lediga lägenheter inom kommunens vård- och omsorgsboenden än beräknat, har den stundtals omfattande smittspridningen i samhället gjort att förvaltningen valt att inte arbeta aktivt för att erbjuda externt boende brukare möjligheten att flytta tillbaka. Även inom funktionsnedsättningsområdet avstannade under en tid arbetet med att erbjuda externt boende brukare att flytta tillbaka. Flyttarna har därför varit färre än planerat under året.

Då två av tre uppsatta mål nås anses målet vara delvis uppfyllt.

En förutsättning för att kunna erbjuda boende i kommunen är att mängden lägenheter motsvarar behovet. Förvaltningen tar därför årligen fram en boendeplan för att följa hur behovet ser ut inom de olika verksamheterna framöver. Under året har kommunen valt att förtydliga processen kring lokalförsörjningen och som en del av detta tar varje nämnd även fram en lokalbehovsplan.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel personer som bor på extern grupp- och servicebostad minskar (procent)		17 %	14,4 %	11,6 %	13 %	15,7 %

Genom att öppna nya gruppboendestäder, nu senast Tant gröns väg i juni månad, och när möjlighet ges även utöka antalet servicelägenheter, försöker förvaltningen erbjuda boende åt externt boende Botkyrkabor som önskar flytta tillbaka till Botkyrka. Under året har sex brukare som tidigare bodde i en extern gruppboendestad, flyttat in i en ny gruppboendestad i kommunen.

Genom att utgå från varje individ kan verksamheten tillgodose brukarnas behov på hemmaplan och således erbjuda fler externt boende Botkyrkabor boende i kommunen. Andelen personer som bodde på extern grupp- eller servicebostad var vid delår 2 18,6 procent och vid slutet av året 15,7 procent. Det innebär en minskning på nästan tre procentenheter under denna tid. I jämförelse med föregående år ser dock andelen externa platser ut att ha ökat, men ökningen kommer i själva verket av ett mer detaljerat sätt att räkna där hänsyn tas till antalet faktiska dygn och inte ett genomsnitt. Om föregående års andel räknas fram på samma sätt blir utfallet istället 16,8, det vill säga ett något högre utfall än årets andel.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel personer som bor på externt vård- och omsorgsboende minskar (procent)		32 %	17 %	22 %	22 %	12,3 %

Verksamheten har som målsättning att andelen äldre som bor på externt vård- och omsorgsboende minskar. En förutsättning är en god samverkan och dialog mellan verksamheten, handläggare på Myndigheten och boendesamordnare. Under året har regelbundna möten mellan Myndighet och verksamhetschef införts för att ytterligare förbättra samarbetet och dialogen. Vid utflytt iordningställs den tomma lägenheten skyndsamt för att möjliggöra nyinflyttning, men på grund av pandemin har flyttar från externt vård- och omsorgsboende inte kunnat fortgå som planerat. Antalet tillgängliga lägenheter i kommunens egna boenden har därför ökat, samtidigt som få flyttar från externt vård- och omsorgsboende har genomförts. Under året kontaktades samtliga Botkyrkabor boende på externt vård- och omsorgsboende för att erbjudas hemflytt och nya brukare har bara erbjudits boende externt om behovet inte har kunnat tillgodoses i kommunens egna boenden.

Andelen personer som bor på externt vård- och omsorgsboende har minskat markant under året och nämndens mål på 22 procent nås med god marginal.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andel äldre personer med extern korttidsplats minskar (procent)		34 %	52 %	31 %	30 %	0 %

Nämndens egen korttidsverksamhet har under året haft möjlighet att erbjuda plats vid behov, vilket innebär att några externa korttidsplatser inte har behövt köpas. Detta gör att uppsatt mål nås med god marginal.

Målområde/Process:

## 2.7 Effektiv organisation



### Analys

Vård- och omsorgsnämnden bedömer sig bidra till målområdet på en rad olika sätt. Det sker både genom personalrelaterade insatser, genom att effektivisera verksamheten och hushålla med nämndens resurser genom att bidra till en mer klimatneutral organisation.

En hel del förbättringar har skett kopplat till nämndens målsatta mått, som att:

- Andelen medarbetare med formell kompetens har ökat
- Personalomsättningen har minskat (både avslutade och nyanställda)
- Frisknärvaron har ökat något, trots rådande situation
- Nivån på ett hållbart medarbetarskap har ökat

Nämndens uppsatta mål nås också i sju av nio fall, vilket innebär att målområdet bedöms vara delvis uppfyllt, på god väg att uppfyllas helt.

Under året har förvaltningen bland annat arbetat med följande delar:

### Framtagande av en tydligare handlägningsprocess

Ett arbete har under året fortgått i syfte att det ska bli tydligare hur handlägningsprocessen går till, både i förhållande till medborgare och utförare eller samarbetspartners. Som medborgare är det viktigt att processen från ansökan till utförande blir tydlig, inklusive vilka olika moment som görs på Myndighet respektive hos utförarna. Genom projektet har informationen på botkyrka.se blivit tydligare och en medborgarkarta har tagits fram där informationen framgår steg för steg. Tanken är också att den sökande får kartan vid första mötet med handläggaren och att den går igenom tillsammans. På motsvarande sätt har en handläggarkarta tagits fram som beskriver vad handläggaren förväntas göra och vad som är viktigt att informera om i de olika stegen.

### Införande av en samordnare inom valmöjlighet

Förvaltningen har under året arbetat intensivt för att förbereda alla delar inför införandet av ökad valmöjlighet den 4 januari 2021. Mer i detalj vad detta arbete inneburit kan läsas om under ”Betydelsefulla händelser” senare i verksamhetsberättelsen. För att hålla ihop arbetet valde förvaltningen att införa en samordnare för valmöjligheter inom hemtjänsten. Samordnaren fungerar som en viktig länk mellan förvaltningen och de externa utförarna.



## Kvalitetsgala 2020

Upplaga fyra av förvaltningens kvalitetsgala, som var inplanerad till den 1 april 2020, kunde till följd av pandemin inte genomföras utan fick med kort varsel ställas in. För att ändå uppmärksamma alla de framgångar som skett under året och ges möjlighet att lära sig av varandra fick förvaltningen istället tänka om. Resultatet blev en digital kvalitetskalender med en lucka per vinnare som öppnades på intranätet botwebb veckorna före jul. På så sätt kunde hela förvaltningen ta del av intervjuer med vinnarna genomförda via Teams och i ett enkelt format lära av kollegorna och inspireras till nya sätt att tänka.

## Positiva iakttagelser

Andelen omsorgspersonal med formell kompetens har under året ökat markant. Detta är en viktig utveckling för att lyckas med att utveckla verksamheten och ge ett stöd av god kvalitet. Detsamma gäller hur stabil arbetsgruppen är och i vilken mån personalen trivs på arbetsplatsen. I 2020 års medarbetarundersökning uttryckte fler än föregående år att de är nöjda, samtidigt som andelen svarande var hög.

## Förbättringsområden

Förvaltningen ser ett behov av att i större utsträckning skapa gemensamma arenor för cheferna att prata ekonomi, HR och verksamhet, för att arbeta med sjukfrånvaro, personalomsättning och arbetsmiljön hos personalen. På så sätt skulle mer av ett helhetsgrepp kunna tas om frågorna.

## Nämndens mål:

Vård- och omsorgsnämnden attraherar, rekryterar, utvecklar och behåller rätt kompetens för verksamhetens behov



## Analys

I takt med att nämndens brukare ökar samt får ett förändrat vårdbehov som kräver mer kvalificerad omsorg och vård, och att högre krav ställs på verksamheten utifrån, ökar även kraven på vård- och omsorgspersonalen. Det blir allt viktigare att ha medarbetare med rätt kompetens som kan möta framtida utmaningar och bidra till en hållbar utveckling. Vård- och omsorgsnämnden kan konstatera att andelen omsorgspersonal med formell kompetens har ökat med knappt sju procentenheter sedan förra året. Förvaltningen har ett tydligt mål att vid nyanställning eftersträva att rekrytera personer med rätt utbildning för befattningen, vilket har bidragit till den stora höjningen. Förvaltningen fortsätter även att utbilda de medarbetare som saknar formell kompetens.

För att kunna uppnå högre nöjdhet bland brukarna, och för att tillgodose medarbetarens bästa, är det viktigt att förvaltningen fortsätter sitt arbete med att öka frisknärvaron. Trots kravet att stanna hemma vid mindre symtom och stor smittspridning i samhället, har frisknärvaron ökat något under året.

Verksamheterna arbetar även systematiskt med att upptäcka medarbetare med återkommande korttidssjukfrånvaro. Hälsosupporten är här ett viktigt stöd. Kraven på att stanna hemma vid minsta symtom kan ha lett till en marginellt högre korttidssjukfrånvaro än förra året.

Nämnden kan konstatera att en förbättring har skett i fem av sex fall och att lika många av nämndens uppsatta mål nås. Utifrån det kan målet anses vara delvis uppfyllt.

Förvaltningen har under året haft fokus på att stärka cheferna i deras schemaläggning för att skapa en effektivare organisation. När kommunen bytte lönesystem valde förvaltningen att göra en extra

satsning på att öka schemalägningskompetensen bland cheferna. Dels för att öka kompetensen om det nya systemet, dels för att ytterligare öka grundkompetensen kring bemanningsoptimering. Förutom enhetschefer var även HR och ekonomi inbjudna för att kunna föra ett helhetsresonemang kring frågorna. Förvaltningen avser att följa upp detta arbete i maj och planerar för nya utbildningar under 2023 för att ytterligare stärka kompetensen inom bemanningsoptimering.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andelen korttidssjukfrånvaro (dag 1–14) minskar (procent)	<b>Totalt</b>	3,4 %	3,6 %	3,6 %	2,8 %	3,7 %
	<b>Män</b>	2 %	2,7 %	2,5 %		2,8 %
	<b>Kvinnor</b>	3,6 %	3,9 %	3,9 %		3,9 %

Förvaltningen har inte lyckats sänka korttidssjukfrånvaron utan nivån är i princip den samma som föregående år. Ingen större förändring har skett i skillnaden mellan könen. Deltidsanställda har en högre korttidsfrånvaro än heltidsanställda och äldre medarbetare har högre korttidsfrånvaro än yngre medarbetare.

Under rådande pandemi har förvaltningen haft många medarbetare som har varit frånvarande kortare tid vid lättare symtom än vad som skulle ha varit fallet under vanliga omständigheter. Förvaltningens chefer har genomfört omtankessamtal med de medarbetare som har haft fyra eller fler frånvarotillfällen eller där det ansetts befogat att tillsammans med sin medarbetare diskutera hälsa och arbetsmiljö. HR-funktionen fortsätter att stödja chefer med hög sjukfrånvaro och där riktade insatser kan vara aktuella. Projektet med chefstöd, arbetsmiljö och hälsa fortsätter med fokus på det systematiska arbetsmiljöarbetet på prioriterade arbetsplatser. Hälsosupporten har varit ett viktigt stöd för att uppmärksamma medarbetarna tidigt i sjukdomsskedet och, i den mån det har varit möjligt, förebygga återkommande sjukskrivningar.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andelen omsorgspersonal med formell kompetens ökar (procent)		77,6 %	82,8 %	84,8 %	86 %	91,7 %

Trots inställda utbildningsinsatser under året till följd av pandemin, når förvaltningen det uppsatta målet med att den formella kompetensen ska öka. Förvaltningen har ett tydligt mål att vid nyanställning eftersträva att rekrytera personer med rätt utbildning för befattningen, för att på så sätt höja kompetensnivån successivt. De utbildningsinsatser av omsorgspersonal som saknar formell kompetens, som inte kunnat genomföras under våren och hösten till följd av pandemin, planeras att genomföras när läget tillåter det.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Frisknärvaron för medarbetare i Botkyrka ökar (procent) kvinnor/män	<b>Totalt</b>	91,5 %	92 %	91,4 %	92 %	92 %
	<b>Män</b>		95 %	96 %		95,3 %
	<b>Kvinnor</b>	91 %	91,3 %	90,3 %		91,2 %

Förvaltningen når precis det uppsatta målet för frisknärvaro. För utfallet utifrån kön, ligger män strax över det satta målet medan kvinnor inte når det satta målet. Frisknärvaron sjunker ju äldre medarbetarna är. Medarbetare som är 29 år har en frisknärvaro på 97,1 procent av ordinarie arbetstid medan medarbetare som är 60 år och äldre har en frisknärvaro på 88,7 procent av ordinarie arbetstid.

Någon effekt av pågående pandemi har inte visat sig på sjukfrånvarosiffrorna på övergripande nivå. Frisknärvaron år 2020 är till och med något högre än år 2019. En förklaring skulle kunna vara att personal inom vissa yrkesgrupper har valt att arbeta även under sjukdom, på grund av att distansarbetet gjort det möjligt, och att sjuktalet därmed har minskat. Omsorgspersonalen hade däremot en högre sjukfrånvaro än vanligt under våren men trenden har sedan planat ut. Pandemin har drabbat verksamheter och enheter väldigt olika, med perioder av mycket hög sjukfrånvaro för vissa och normal eller ovanligt låg sjukfrånvaro för andra. En annan förklaring till att sjukfrånvarotalen inte påverkats mer skulle kunna vara att andra sjukdomar som förkylningar och säsongsinfluensan har minskat drastiskt tack vare de skärpta kraven på hygien, minskade sociala kontakter och råden att stanna hemma vid minsta symtom.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Personalomsättning (antalet avslutade under året i procent av antalet anställda) ska minska (procent)	<b>Totalt</b> <b>Män</b> <b>Kvinnor</b>	9,5 %	10 %	10,6 % 10,1 % 10,7 %	9,5 %	7,6 %

Förvaltningen minskar avgångsomsättningen år 2020 jämfört med år 2019 och når därmed det uppsatta målet. Under 2020 har 117 tillsvidareanställda medarbetare avslutat sin anställning i förvaltningen (varav 31 har fortsatt internt inom kommunen). En bidragande orsak till minskningen kan vara att pandemin fått färre att byta arbete, både till följd av osäkerheten i samhället och de ökade möjligheterna att arbeta på distans.

Av tabellen nedan framgår vilken avgångsorsak som uppgetts, samt av hur många. Den vanligaste orsaken till att sluta är på egen begäran (56 stycken) enligt tabellen. Näst vanligast är begärd pension (20 stycken), det vill säga personer som valt att gå i pension i förtid.

Avgångsorsak	Antal avgångar
Totalvärdet	117
Intern avgång	31
40 Egen begäran ext	56
50 Egen begäran pension	20
55 Uppn pension 67	3
60 Avliden	1
75 Avsked	1
85 Öv komm särs u	5

Nedan framgår omsättningen utifrån arbetsidentifikation (gruppering utifrån arbetsuppgifter) för de senaste fyra åren. Befattningar där avgångsomsättningen har förändrats mest jämfört med föregående år är till exempel arbetsterapeut som har ökat relativt mycket och undersköterska som har minskat relativt mycket.

Arbetsidentifikation	2017	2018	2019	2020
101011 Ledning. Ekonomi	-	-	0 %	0 %
101015 Ledning. Administration	-	0 %	0 %	0 %
103510 Ledning. Individ- och familjeomsorg	50 %	0 %	-	-
103511 Ledning. Äldreomsorg	18 %	12 %	6 %	16 %
103512 Ledning. Omsorg om personer med funktionsnedsättning samt socialpsykiatriområdet	17 %	16 %	9 %	17 %
105010 Ledning. teknik. hantverk. miljö och samhällsbyggnad	-	100 %	0 %	100 %
106010 Ledning. köks- och måltidsarbete	-	0 %	0 %	0 %
151010 Handläggare. övergripande verksamhet	11 %	29 %	0 %	22 %
151011 Handläggare. ekonomi	33 %	0 %	67 %	0 %
151012 Handläggare. personal/HR	67 %	0 %	-	-
151013 Handläggare. information/kommunikation	50 %	0 %	0 %	0 %
151014 Handläggare. IT	0 %	0 %	0 %	0 %
151018 Jurist	-	-	0 %	0 %
151020 Handläggare. nämnder	0 %	0 %	0 %	100 %
151021 Handläggare. samhällsutveckling och säkerhetsfrågor	0 %	-	-	-
151023 Handläggare. loF-. äldreomsorg. funktionsnedsättn.socpsykiatri o integra.	0 %	0 %	0 %	0 %
152010 Administratör. övergripande verksamhet	-	0 %	0 %	0 %

152011 Administratör. ekonomi	0 %	-	-	-
152012 Administratör. personal/HR/löner	-	-	0 %	0 %
152014 Administratör. IT	0 %	33 %	100 %	0 %
152015 Administratör. loF-. äldreomsorg. funktionsnedsättn.soc.psykiatri o integra.	0 %	0 %	17 %	7 %
152018 Administratör. Vård	0 %	-	-	-
152090 Administratör. Annan	0 %	-	0 %	33 %
201010 Överläkare	-	-	-	0 %
206011 Distriktssköterska	20 %	25 %	50 %	0 %
206014 Sjuksköterska. Funktionsnedsättning och äldreomsorg/geriatrik	18 %	14 %	16 %	12 %
206022 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	0 %	50 %	0 %	0 %
207009 Undersköterska. Hemtjänst	0 %	7 %	8 %	7 %
207010 Undersköterska. hemvård/hemsjukvård	-	-	-	0 %
207011 Undersköterska. Särskilt boende	13 %	11 %	14 %	4 %
207020 Skötare behandlingsarbete	-	-	0 %	0 %
207021 Vårdare gruppboende	133 %	0 %	35 %	7 %
207022 Vårdare dagverksamhet	-	-	-	-
207024 Vårdbiträde. Särskilt boende	171 %	0 %	0 %	15 %
207027 Personlig assistent	125 %	-	25 %	17 %
207029 Vårdbiträde. Hemtjänst	0 %	3 %	12 %	11 %
207090 Biträdesarbete. Annat	0 %	0 %	0 %	0 %
301010 Arbetsterapeut	50 %	11 %	0 %	38 %
301011 Fysioterapeut	40 %	14 %	0 %	0 %
301012 Arbetsterapibiträde	0 %	0 %	0 %	-
301018 Dietist	0 %	-	0 %	0 %
351012 Socialsekreterare. Biståndsbedömare	38 %	17 %	21 %	5 %
351030 Stödpedagog. Funktionsnedsättning	-	-	-	-
351031 Stödassistent/Vårdare. Gruppboende. funktionsnedsättning	0 %	5 %	6 %	5 %
351033 Vårdbiträde/Stödbiträde. Funktionsnedsättning	0 %	100 %	17 %	0 %
351034 Boendestödjare. I hemmiljö inom funktionsnedsättning	0 %	3 %	7 %	4 %
351040 Personlig assistent	0 %	19 %	2 %	7 %
502013 Ingenjör. Mark. fastigheter	100 %	-	-	-
521015 Vaktmästare	0 %	0 %	0 %	20 %
601010 Kock	13 %	0 %	0 %	0 %
601012 Måltidspersonal	0 %	0 %	0 %	80 %

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Personalomsättning (antalet nyanställda under året i procent av antalet anställda) ska minska (procent)	<b>Totalt</b> <b>Män</b> <b>Kvinnor</b>	9,5%	13%	10% 11% 9,8%	11%	7,1% 5% 7,6%

Förvaltningen har under året minskat rekryteringsomsättningen och når det uppsatta målet med god marginal. Under 2020 har 79 nya tillsvidareanställningar gjorts. 18 av dessa var interna rekryteringar. Endast 9 av de nya tillsvidareanställningarna var män. 20 av de medarbetare som anställdes under året har anställts på deltid och av dessa var 19 kvinnor och 1 man. 17 av dessa deltidsanställningar har gjorts till vård- och omsorgsboende, 2 till hemtjänst samt 1 till gruppboende. En förklaring till minskningen kan vara att förvaltningen, med tanke på införandet av externa hemtjänstutvecklare, har valt att begränsa nya tillsvidareanställningar.

På grund av pandemin har förvaltningen förstärkt verksamheten med ett stort antal nyrekryterade behovsanställda. Dessa anställningar ingår inte i statistiken ovan. Förvaltningen ingår i det centrala rekryteringsprojektet och utfallet av projektet utvärderas kontinuerligt. Projektet har under 2020 stöttat förvaltningen i rekrytering av 147 personer. 131 personer rekryterades till omsorgen för att förstärka vid de behov som uppstod på grund av pandemin. För att klara det stora antal rekryteringar som behövdes så fick förvaltningen och projektet stöd av flera andra förvaltningar med intervjuer och referenstagning. Förvaltningen har under året tagit fram rutiner för arbetet med heltid som norm. Rutinen började gälla vid årsskiftet 2020/2021.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Vård- och omsorgsnämndens genomsnittliga nivå på ett hållbart medarbetarengagemang ökar	<b>Totalt</b> <b>Män</b> <b>Kvinnor</b>	79 80 79	81 83 80	79 81 79	80	80 80 80

Förvaltningen når det satta målet för HME för 2020. Indexet för Hållbart Medarbetarengagemang, HME, har tagits fram av Sveriges kommuner och regioner (SKR) och Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA). Begreppet "hållbart" markerar att detta index för medarbetarengagemang fokuserar på organisationens förmåga att främja, ta tillvara och bygga vidare på engagemanget. Medarbetarengagemanget bedöms vara en av de viktigaste förutsättningarna för en organisations förmåga att nå goda resultat. Under 2020 har pandemin medfört att andra frågor har fått verksamheternas fokus och tid. Det har därför inte funnits tid till att arbeta med medarbetarengagemanget på samma sätt som planerats i handlingsplaner för året. Under 2020 har flera utbildningsinsatser behövts ställas in till förmån för utbildningar i basala hygienrutiner och användandet av skyddsutrustning. Att HME har ökat något jämfört med år 2019, visar på ett stort engagemang från medarbetarna trots de svåra förutsättningar som varit under året.

## Nämndens mål:

### Vård- och omsorgsnämnden har en god ekonomisk hushållning



#### Analys

En förutsättning för att kunna ge medborgarna en vård och omsorg med kvalitet, är att nämndens skattemedel används på rätt sätt utifrån brukarnas behov. För att säkerställa en god ekonomisk hushållning följer därför förvaltningen upp budgeten noggrant varje månad.

I och med möjligheten att ansöka om statsbidrag för samtliga merkostnader kopplade till covid-19, har inte pandemin påverkat det ekonomiska resultatet i den utsträckning som nämnden tidigare bedömt. Resultatet för 2020 visar istället ett överskott på 31,5 miljoner kronor, vilket är inom beslutad budgetram.

Trots ett år med stor ovisshet kring både kostnader och intäkter har nämndens prognosräfsäkerhet varit stabil.

Då ett av nämndens uppsatta mål uppnås anses målet delvis uppfyllt.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Vård- och omsorgsnämndens nettoutfall är inom beslutad budgetram (%)			100 %	100 %	100 %	100 %

Då nämndens resultat visar ett överskott på 31,5 miljoner kronor ligger nettoutfallet inom beslutad budgetram.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Vård- och omsorgsnämndens prognos vid delår 1 avviker från årutfallet med max 1 procent			1,5 %	1 %	1 %	2,7 %

I jämförelse med delår 1 är prognosavvikelsen 2,7 procent. I delår 1 prognostiserades ett nollresultat för nämnden på grund av stora osäkerheter kring vilka effekter coronapandemin skulle ha på ekonomin. Till delår 2 förbättrades prognosen till +26 miljoner kronor då sjuklönekostnader och merkostnader för personal och skyddsutrustning täcktes av statliga bidrag. I november prognostiserades ett resultat på +22 miljoner kronor. Under december uteblev kostnader och förvaltningen fick intäkter, samtliga relaterade till coronapandemin, som inte hade kunnat förutses tidigare. Detta motsvarade 9 miljoner kronor. Räknas de oförutsedda intäkter bort och uteblivna kostnader som uppstod under december hade resultatet varit helt i linje med prognosen som lämnades i november.

## Nämndens mål:

### Den kommunala organisationen är klimatneutral



#### Analys

För att bidra till att den kommunala organisationen ska bli klimatneutral måste varje verksamhet inom förvaltningen se över sin miljöpåverkan. Som en del i det arbetar förvaltningen för att minska resandet, bland annat genom att optimera placeringen av olika enheter och minska behovet av att köra bil genom att köpa in eldrivna fordon som elsparkcyklar. Även utökningen av antalet trygghetskameror bidrar till mindre resande då antalet fysiska besök minskar, liksom införandet av nyckelfri hemtjänst.

Under pågående pandemi har resandet inom alla verksamheter minskat då antalet hembesök minskat till förmån för telefonkontakt och digitala möten. Den ökade digitaliseringen och möjligheterna med den, är något förvaltningen kommer att dra lärdom av även i framtida klimatsatsningar.

Målet anses var uppnått då Kommunfullmäktiges uppsatta mål nås med god marginal.

Målsatt mått	*)	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Mål 2020	Utfall 2020
Andelen fossila bränslen (bensin och diesel) i förvaltningens bilar minskar			59 %	32 %	45 %	32 %

Analysen visar att förutsättningarna att fasa ut fossila bränslen varierar inom och mellan verksamheterna men huvudinställningen är att endast använda bil när inga andra alternativ finns, samt att i första hand tanka biogas. De enheter som har nära till ett tankställe som erbjuder biogas har dock lättare att gå över till detta drivmedel, medan övriga inte har samma möjligheter. Under pandemin har bilanvändandet minskat över lag, till följd av mer digital kontakt. Även användandet av planeringsverktyget Life care planering har påverkat då bilanvändandet har kunnat planeras mer effektivt. Kommunfullmäktiges mål på 45 procent fossila bränslen nås med god marginal.

### 3. Betydelsefulla händelser

Följande händelser bedöms ha varit särskilt betydelsefulla ur ett medborgarperspektiv: Coronapandemin, ökad valmöjlighet inom hemtjänsten, digital nyckelhantering i hemtjänsten och omorganiseringen av förvaltningen.

#### **Hantering av coronapandemin**

Året har, med få undantag, präglats av coronapandemin. Pandemin har fått konsekvenser för nämndens brukare på många olika plan med sjukdom, oro för smitta, minskade möjligheter att träffa anhöriga och andra brukare, aktiviteter som ställts in eller anpassats, och personal som arbetat i full skyddsutrustning. För att även fortsatt kunna tillgodose brukarnas behov och kompensera för det som inte längre gått att göra, har förvaltningen fått skapa sätt att arbeta nära brukarna utan att riskera att smitta eller smittas. Viktiga delar för att få detta att fungera har varit att arbeta utifrån de informationspaket och utbildningar som förvaltningen tagit fram kring att arbeta säkert. I paketet ingår filmer om basala hygienrutiner och skyddsutrustning och sidor på botwebb som under året uppdaterats med aktuell information. Informationspaketet och utbildningarna är obligatoriska för samtlig omsorgspersonal. Som ett resultat har kunskapen om basala hygienrutiner ökat påtagligt inom samtliga verksamheter, ett arbete som kommer att vara värdefullt även efter coronapandemin.

Tidigt i pandemin ökade behovet och användningen av skyddsutrustning och idag är instruktionen till omsorgspersonalen att visir och munskydd ska användas under hela arbetspasset. För att säkerställa att omsorgspersonalen har tillgång till skyddsutrustning har kommunen, i ett samarbete mellan vård- och omsorgsförvaltningen och kommunledningsförvaltningen, under året infört ett lager av skyddsutrustning (ett centrallager) som enheterna kan beställa från. Detta har gjort att tillgången på alla typer av skyddsutrustning har varit god.

#### *Övergången till digitalt kontor*

Sedan i mitten på mars har medarbetare inom vård- och omsorgsförvaltningen arbetat hemifrån i den utsträckning det har varit möjligt. Förvaltningen har gått från att ha genomfört de flesta möten fysiskt, till att sköta alla möten och all kommunikation digitalt. Även omsorgspersonalen har hanterat de flesta gemensamma möten digitalt och många utbildningar har skett i digital form. Övergången har inneburit vissa utmaningar – som skämtsamt kan illustreras med frasen "nu har du inte ljudet på" – men också tvingat fram en kraftigt ökad digital mognad och nya arbetssätt som kommer att vara till nytta även efter pandemin.

#### *Personalförsörjning*

Pandemin har även inneburit ett ökat behov av att ha personal att ta in vid stor tillfällig sjukfrånvaro. Som ett resultat genomfördes under våren en stor rekryteringskampanj där drygt 150 medarbetare rekryterades av cirka 1100 sökanden. Flera förvaltningar ställde om och hjälpte till praktiskt med rekryteringsarbetet genom att telefonintervjua kandidater i ett av urvalsstegen. Personalfrånvaron var initialt hög under april och en bit in i maj där det varit kritiskt inför vissa helger. Sjukfrånvaron har sedan planat ut och varit på en normal stabil nivå. Endast några få toppar i enstaka verksamheter har förekommit under resten av året.

En personalförsörjningsgrupp aktiverades där förflyttningar mellan förvaltningar genomfördes för att säkra upp bemanningen under de tuffaste månaderna. Förvaltningen fick ett fantastiskt stöd från andra förvaltningar där de kunde avvara medarbetare med rätt kompetens och utbildning.

### *Kommunikation*

Kommunikation har varit en viktig del av förvaltningens arbete under coronapandemin för att skapa tydlighet och förmedla trygghet. Förvaltningen har informerat om vården och omsorgens arbete med covid-19 i många olika format, med hemsidan botkyrka.se som ett naturligt nav. En prioriterad grupp att hålla informerad har varit anhöriga på vård- och omsorgsboenden. För att ge samordnad information utvecklades därför ett anhörigbrev. I brevet berättade enhetschefen för respektive boende om arbetet med covid-19: till exempel om rutiner vid misstänkt eller konstaterad covid-19, alternativa kontaktvägar under besöksförbudet eller om säkra och trygga aktiviteter. Under pandemin blev även boendenas Facebooksidor en allt viktigare kanal för kontakten med anhöriga. Under 2020 skaffade samtliga boenden Facebooksidor och använde kanalen mer aktivt genom att publicera inlägg från boendets vardag och genom att interagera med de anhöriga.

Under året utvecklades kommunikationen med chefer på förvaltningen. Under tiden som förvaltningens arbete med covid-19 organiserades i krisledning skickade omsorgsdirektören mejl med samlad information till samtliga chefer på förvaltningen. Mejlen skickades efter krislednings möten med syfte att skapa tydlighet och trygghet samt att avlasta och stödja cheferna. I breven beskrev omsorgsdirektören läget kring smittspridningen, aktuella beslut och sammanfattade de viktigaste frågorna som hanterats på krisledningens möte. Många chefer använde i sin tur brevet som underlag för information till sina medarbetare. När arbetet med covid-19 övergick i ordinarie organisation ersattes chefsbrevet med en veckovis lägesrapport på botwebb för samtliga medarbetare.

### *Ekonomi*

Då staten har ersatt i princip alla ökade kostnader till följd av pandemin under året, har nämnden inte påverkats negativt ekonomiskt av pandemin.

### **Ökade valmöjligheter inom hemtjänsten**

För att ge Botkyrkaborna möjlighet att välja utförare av hemtjänst tog Kommunfullmäktige i maj 2019 beslut om att upphandla externa utförare av hemtjänst utifrån LOU. Upphandlingen genomfördes under våren 2020 och fyra externa utförare fick beslut om tilldelning. Under hela året har förvaltningen arbetat med förberedelser inför införandet av ökade valmöjligheter och de externa utförarnas uppstart i januari 2021. Förvaltningen har gjort stora informationsinsatser, både riktat till brukare och allmänheten, men även internt för att förbereda hemtjänstens medarbetare och biståndshandläggarna. Förvaltningen har också anpassat verksamhetssystemet, infört ett digitalt köhanteringssystem, tagit fram en modell för ersättning och en ny uppdragsbeskrivning för hemtjänsten i egen regi. I september startade valet av utförare för alla brukare med beviljad hemtjänst och så även administreringen kring detta. I december fick brukarna besked om tilldelad utförare och utförarna fick veta vilka brukare som de skulle ge stöd åt efter årsskiftet.

Ökade valmöjligheter inom hemtjänsten innebär att en nedtrappning av den kommunalt utförda hemtjänsten kommer att ske under fyra års tid, från 80 procent (2021) till 50 procent kommunalt utförd hemtjänst. Införandet påverkar förvaltningen på många olika plan, bland annat till följd av den minskning av antalet brukare som blir en konsekvens av införandet men också då organisationen har anpassats för att leva upp till de krav som ställs i och med införandet.

### **Digital nyckelhantering i hemtjänsten**

Under året har förvaltningen inlett och genomfört ett pilotprojekt för införande av digital nyckelhantering i hemtjänsten. Införandet innebär att hemtjänsttagaren får ett elektroniskt låsvred monterat på insidan av sin dörr, som hemtjänstpersonalen med en personlig kod kan låsa och låsa upp med hjälp av en applikation i arbetstelefonen. Målet med den digitala nyckelhanteringen är att



uppnå en trygg och säker hantering av nycklar, förkorta ledtiderna vid larm, minska miljöpåverkan och bidra till ett smidigare arbetssätt för medarbetarna inom hemtjänsten. I samband med införandet har ett omfattande informations- och kommunikationsarbete genomförts riktat mot medborgare, chefer och medarbetare inom hemtjänst, och Myndighet. Vid årsskiftet hade 282 brukare fått ett elektroniskt låsvred installerat. Målet var 40 procent av brukarna, men då möjligheterna att installera lås har påverkats av pandemirestriktionerna hade bara 28 procent installerats vid årsskiftet. I skrivande stund (11 februari) har dock 421 lås installerats, vilket motsvarar 42 procent.

### **Omorganisering av förvaltningen**

För att skapa en mer effektiv organisation som tar största möjliga hänsyn till medborgare, medarbetare, kvalitet och skattemedel genomförde vård- och omsorgsförvaltningen en organisationsförändring som trädde i kraft den 1 januari 2020. Syftet med förändringen var även att förstärka och anpassa organisationen efter behov kopplat till införandet av ökade valmöjligheter 2021. Några av förändringarna har varit att utförarverksamheten har delats upp i särskilt boende och ordinärt boende, att Myndighet tillförts en stödenhet (Myndighet stöd) och att en bemanningsenhet har byggts upp under verksamhetsområdet Övrig OF med uppgift att hantera bemanningen av timavlönad personal. I och med omorganisationen får förvaltningen en tydligare uppdelning i beställare och utförare samt mer fokus på kvalitet.

## 4. Ekonomisk uppföljning och analys

### Driftuppföljning

	UTFALL 2018 Jan - Dec	UTFALL 2019 Jan - Dec	BUDGET 2020 Jan - Dec	UTFALL 2020 Jan - Dec	AVVIKELSE Budget - Utfall
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------------------------------

Alla belopp redovisas i  
tusentals kronor

#### NÄMND

Intäkter	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2
Kostnader	-529,7	-487,9	-755,1	-463,3	291,8
<b>Netto</b>	<b>-529,7</b>	<b>-487,9</b>	<b>-755,1</b>	<b>-463,1</b>	<b>292,0</b>

#### GEMENSAM VERKSAMHET

Intäkter	1 247,1	370,7	0,0	1 438,0	1 438,0
Kostnader	-61 529,9	-58 988,7	-79 671,7	-65 527,9	14 143,8
<b>Netto</b>	<b>-60 282,8</b>	<b>-58 618,0</b>	<b>-79 671,7</b>	<b>-64 089,9</b>	<b>15 581,8</b>

#### ÄLDREOMSORG

##### MYNDIGHET SOL

Intäkter	0,0	0,8	0,0	219,2	219,2
Kostnader	-20 423,7	-22 142,0	-21 821,6	-21 624,5	197,1
<b>Netto</b>	<b>-20 423,7</b>	<b>-22 141,2</b>	<b>-21 821,6</b>	<b>-21 405,3</b>	<b>416,3</b>

<b>VÅRD- OCH OMSORGSBOENDE</b>	<b>-293 628,2</b>	<b>-297 522,8</b>	<b>-347 438,5</b>	<b>-343 431,2</b>	<b>4 007,3</b>
------------------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	----------------

- Vård- och  
omsorgsboende

Intäkter	43 755,0	44 093,3	58 557,0	68 670,5	10 113,5
Kostnader	-300 157,2	-303 611,3	-366 834,1	-372 726,4	-5 892,3
<b>Netto</b>	<b>-256 402,2</b>	<b>-259 518,0</b>	<b>-308 277,1</b>	<b>-304 055,9</b>	<b>4 221,2</b>

- Villa Riksten

Intäkter	4 424,0	4 869,8	4 653,9	4 763,6	109,7
Kostnader	-41 650,0	-42 874,6	-43 815,3	-44 138,9	-323,6
<b>Netto</b>	<b>-37 226,0</b>	<b>-38 004,8</b>	<b>-39 161,4</b>	<b>-39 375,3</b>	<b>-213,9</b>

#### EXTERNA PLATSER

Intäkter	7 962,6	11 193,7	2 702,4	7 796,8	5 094,4
Kostnader	-75 005,3	-101 470,2	-22 665,6	-63 052,3	-40 386,7
<b>Netto</b>	<b>-67 042,7</b>	<b>-90 276,5</b>	<b>-19 963,2</b>	<b>-55 255,5</b>	<b>-35 292,3</b>

#### HEMTJÄNST

Intäkter	13 096,3	26 301,5	172 449,8	189 902,1	17 452,3
Kostnader	-164 837,9	-181 475,4	-345 550,5	-343 756,1	1 794,4
<b>Netto</b>	<b>-151 741,6</b>	<b>-155 173,9</b>	<b>-173 100,7</b>	<b>-153 854,0</b>	<b>19 246,7</b>

	UTFALL 2018 Jan - Dec	UTFALL 2019 Jan - Dec	BUDGET 2020 Jan - Dec	UTFALL 2020 Jan - Dec	AVVIKELSE Budget - Utfall
<b>ÖPPEN VERKSAMHET</b>					
Intäkter	1 328,9	1 405,6	1 366,0	794,5	-571,5
Kostnader	-13 164,3	-13 581,9	-15 486,8	-9 678,1	5 808,7
<b>Netto</b>	<b>-11 835,4</b>	<b>-12 176,3</b>	<b>-14 120,8</b>	<b>-8 883,6</b>	<b>5 237,2</b>
<b>HÄLSO- OCH SJUKVÅRD, REHAB</b>					
Intäkter	34,1	65,3	0,0	3 142,1	3 142,1
Kostnader	-40 206,9	-41 068,9	-47 826,3	-47 022,3	804,0
<b>Netto</b>	<b>-40 172,8</b>	<b>-41 003,6</b>	<b>-47 826,3</b>	<b>-43 880,2</b>	<b>3 946,1</b>
<b>ÖVRIG ÄLDREOMSORG</b>					
Intäkter	17 864,6	14 481,5	14 346,7	13 808,4	-538,3
Kostnader	-43 374,6	-26 194,4	-26 031,9	-23 106,6	2 925,3
<b>Netto</b>	<b>-25 510,0</b>	<b>-11 712,9</b>	<b>-11 685,2</b>	<b>-9 298,2</b>	<b>2 387,0</b>
<b>OMSORG FUNKTIONS-NEDSÄTTNING MYNDIGHET, LSS</b>					
Intäkter	3,4	3,8	0,0	76,3	76,3
Kostnader	-14 418,3	-12 695,2	-14 696,7	-13 750,7	946,0
<b>Netto</b>	<b>-14 414,9</b>	<b>-12 691,4</b>	<b>-14 696,7</b>	<b>-13 674,4</b>	<b>1 022,3</b>
<b>BOSTAD MED SÄRSKILD SERVICE</b>					
<i>- Gruppbostad</i>					
Intäkter	9 180,0	11 399,2	10 167,0	17 411,3	7 244,3
Kostnader	-134 574,9	-146 222,3	-154 352,1	-163 475,7	-9 123,6
<b>Netto</b>	<b>-125 394,9</b>	<b>-134 823,1</b>	<b>-144 185,1</b>	<b>-146 064,4</b>	<b>-1 879,3</b>
<i>- Servicebostad</i>					
Intäkter	3 097,2	3 695,1	4 024,5	4 562,5	538,0
Kostnader	-22 277,8	-24 828,0	-29 191,7	-26 689,9	2 501,8
<b>Netto</b>	<b>-19 180,6</b>	<b>-21 132,9</b>	<b>-25 167,2</b>	<b>-22 127,4</b>	<b>3 039,8</b>
<i>- Boendestöd</i>					
Intäkter	178,3	9,5	0,0	563,1	563,1
Kostnader	-7 881,7	-7 651,3	-7 932,9	-8 960,2	-1 027,3
<b>Netto</b>	<b>-7 703,4</b>	<b>-7 641,8</b>	<b>-7 932,9</b>	<b>-8 397,1</b>	<b>-464,2</b>
<i>- Korttidshem</i>					
Intäkter	399,0	547,3	130,3	1 074,4	944,1
Kostnader	-17 637,4	-16 993,1	-17 352,8	-15 723,7	1 629,1
<b>Netto</b>	<b>-17 238,4</b>	<b>-16 445,8</b>	<b>-17 222,5</b>	<b>-14 649,3</b>	<b>2 573,2</b>

	UTFALL 2018 Jan - Dec	UTFALL 2019 Jan - Dec	BUDGET 2020 Jan - Dec	UTFALL 2020 Jan - Dec	AVVIKELSE Budget - Utfall
<i>- Övrig bostad med särskild service</i>					
Intäkter	1 776,2	1 395,4	1 153,2	1 209,2	56,0
Kostnader	-2 153,3	-1 608,5	-2 254,0	-2 192,1	61,9
<b>Netto</b>	<b>-377,1</b>	<b>-213,1</b>	<b>-1 100,8</b>	<b>-982,9</b>	<b>117,9</b>

#### EXTERNA PLATSER

Intäkter	6 459,7	6 975,9	6 780,9	7 132,7	351,8
Kostnader	-111 862,2	-117 690,2	-119 556,3	-110 929,6	8 626,7
<b>Netto</b>	<b>-105 402,5</b>	<b>-110 714,3</b>	<b>-112 775,4</b>	<b>-103 796,9</b>	<b>8 978,5</b>

<b>PERSONLIG ASSISTANS</b>	<b>-117 607,9</b>	<b>-123 997,4</b>	<b>-134 104,7</b>	<b>-132 741,2</b>	<b>2 363,5</b>
----------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	----------------

*- Personlig assistans, LSS*

Intäkter	11 729,9	13 622,2	10 692,1	15 477,7	4 785,6
Kostnader	-58 672,5	-62 925,0	-64 608,7	-68 083,0	-3 474,3
<b>Netto</b>	<b>-46 942,6</b>	<b>-49 302,8</b>	<b>-53 916,6</b>	<b>-52 605,3</b>	<b>1 311,3</b>

*- Personlig assistans, SFB*

Intäkter	64 623,9	63 983,6	59 158,4	64 082,9	4 924,5
Kostnader	-117 722,2	-119 926,4	-122 102,9	-125 954,6	-3 851,7
<b>Netto</b>	<b>-53 098,3</b>	<b>-55 942,8</b>	<b>-62 944,5</b>	<b>-61 871,7</b>	<b>1 072,8</b>

*- Ledsagning*

Intäkter	3,0	52,2	0,0	56,0	56,0
Kostnader	-7 162,6	-8 166,5	-7 746,4	-8 015,8	-269,4
<b>Netto</b>	<b>-7 159,6</b>	<b>-8 114,3</b>	<b>-7 746,4</b>	<b>-7 959,8</b>	<b>-213,4</b>

*- Avlösning*

Intäkter	452,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Kostnader	-5 070,0	-4 605,4	-4 814,2	-4 822,1	-7,9
<b>Netto</b>	<b>-4 617,5</b>	<b>-4 605,4</b>	<b>-4 814,2</b>	<b>-4 822,1</b>	<b>-7,9</b>

*- Kontaktpersoner*

Intäkter	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kostnader	-4 328,7	-4 400,0	-4 483,0	-4 022,3	460,7
<b>Netto</b>	<b>-4 328,7</b>	<b>-4 400,0</b>	<b>-4 483,0</b>	<b>-4 022,3</b>	<b>460,7</b>

*- Familjehem korttid*

Intäkter	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kostnader	-1 461,2	-1 632,1	-1 200,0	-1 460,0	-260,0
<b>Netto</b>	<b>-1 461,2</b>	<b>-1 632,1</b>	<b>-1 200,0</b>	<b>-1 460,0</b>	<b>-260,0</b>

	UTFALL 2018 Jan - Dec	UTFALL 2019 Jan - Dec	BUDGET 2020 Jan - Dec	UTFALL 2020 Jan - Dec	AVVIKELSE Budget - Utfall
<b>ÖVRIG LSS- VERKSAMHET</b>					
Intäkter	1 587,5	1 014,9	0,0	394,5	394,5
Kostnader	-18 628,3	-5 883,5	-6 050,6	-6 483,9	-433,3
<b>Netto</b>	<b>-17 040,8</b>	<b>-4 868,6</b>	<b>-6 050,6</b>	<b>-6 089,4</b>	<b>-38,8</b>
<b>ÖVRIG VERKSAMHET</b>					
Intäkter	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Kostnader	-14,6	-7 206,0	0,0	0,0	0,0
<b>Netto</b>	<b>-14,5</b>	<b>-7 206,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
<b>TOTALT</b>					
Intäkter	189 203,7	205 482,0	346 182,2	402 576,8	56 394,6
Kostnader	-1 284 745,0	-1 334 333,0	-1 526 801,2	-1 551 666,6	-24 865,4
<b>Netto</b>	<b>-1 095 541,3</b>	<b>-1 128 851,0</b>	<b>-1 180 619,0</b>	<b>-1 149 089,8</b>	<b>31 529,2</b>

Utfallet för perioden januari till december 2020 visar en nettokostnad på 1 149 miljoner kronor. Under samma period föregående år var nettokostnaden 1 129 miljoner kronor. En av de största skillnaderna beror på lokalhyror som ökat från 112,4 till 131,5 miljoner kronor. Ökningen förklaras bland annat av ett ökat antal platser i de nya vård- och omsorgsboendena Allégården och Tunängen

Nedan beskrivs de större avvikelserna mot årets budget och utfallet från föregående år samt de effekter som coronapandemin haft för respektive verksamhet.

#### **Centrala verksamheter visar ett överskott på 15,9 miljoner kronor**

Centrala verksamheter omfattar personalkostnader för förvaltningsledning och stödfunktioner, nämnd, administrativa kostnader, utbildning, IT-kostnader och ofördelade poster.

Överskottet på central förvaltning avser till största delen vakanta tjänster, utnyttjade medel från kompetensfonden samt ofördelade poster.

Ur den interna kompetensfonden har förvaltningen fått 3,5 miljoner kronor år 2020 för utbildningar avseende undersköterskor samt språksatsning. Av dessa medel har cirka 2,7 miljoner kronor inte använts. Överskottet beror på att de undersköterskeutbildningar och språkutbildningar som planerats inte har kunnat genomföras i den omfattningen på grund av den pågående coronapandemin. Överskottet föreslås ombudgeteras till 2021 för fortsatta utbildningsinsatser.

Jämfört med samma period föregående år har nettokostnaderna för centrala verksamheter ökat med 5,5 miljoner kronor. De ökade kostnaderna beror främst på en utökning av IT-tjänster till följd av pandemin. Det är framförallt kostnader för användarkonton som har ökat mellan åren då pandemin har inneburit ett ökat antal medarbetare i nämndens verksamheter vilket medfört fler användare av både system och teknisk utrustning.

#### **Äldreomsorgen inklusive myndighet visar ett underskott på 0,06 miljoner kronor**

I verksamhetsområdet äldreomsorg ingår vård- och omsorgsboenden, servicelägenheter, hemtjänst, kostorganisation, hälsa, sjukvård och rehabilitering, dagverksamheter samt externa platser och Myndighet.

#### **Myndighet SoL +0,4 miljoner kronor**

Under myndighet SoL ingår administration, personalkostnader för biståndshandläggare, samt kostnader för hemvårdsbidrag och utskrivningsklara.

Överskottet inom verksamheten beror till stor del på statligt ersatta sjuklöner i samband med coronapandemin.

#### ***Vård- och omsorgsboenden +4,0 miljoner kronor***

Nämndens vård- och omsorgsboenden, inklusive korttidsboende, servicelägenheter, servicehus och Villa Riksten visar tillsammans ett överskott på totalt 4,0 miljoner kronor. Utförarverksamheten visar ett underskott som balanseras av ett överskott på Myndighet.

Underskottet inom utförarverksamheten uppgår till 9,2 miljoner kronor och beror främst på ökade drift- och lokalkostnader för Allégårdens vård- och omsorgsboende samt ökade kostnader för sophantering och lokalvård. I utfallet finns också en intäkt för statligt ersatta sjuklöner i samband med coronapandemin. Myndighet visar ett överskott på 13,2 miljoner kronor som härleds till öppnade avdelningar på Tunängen. Anledningen till de öppnade avdelningarna och tomma platserna är både att coronapandemin har försvårat arbetet med att erbjuda externt boende brukare en lägenhet i kommunen och ett lägre intresse hos externt boende brukare att byta till ett kommunalt boende.

Överskottet inom verksamheten för vård- och omsorgsboenden på Myndighet behöver sättas i relation till underskottet på externa platser inom äldreomsorgen som prognostiserar ett stort underskott utifrån de svårigheter som beskrivits ovan.

Jämfört med samma period föregående år har nettokostnaderna ökat med 45,9 miljoner kronor. Förändringen beror bland annat på att kommunen från 1 april 2019 blockhyr hela Orrsens servicehus vilket innebär ökade lokalkostnader för nämnden. Kostnaderna för drift och lokalhyra har också ökat i samband med att Allégården och B-delen på Tunängen färdigställts i slutet på föregående år.

#### ***Hemtjänst +19,2 miljoner kronor***

Överskottet inom hemtjänsten beror på flera saker. Dels har brukare valt att tacka nej till sina hemtjänstinsatser under pandemin och all tid har därför inte planerats ut. När brukarna tackar nej har inte enheterna behövt bemanna upp i samma utsträckning. Inte heller egentiden har kunnat utföras i den utsträckning som planerats då brukare tackat nej till sina hemtjänstinsatser och inte velat ha fler besök än nödvändigt.

Överskottet beror också på att hemtjänstverksamheten har fått ersättning för all sjukfrånvaro upp till 14 dagar för perioden april till juli och överstigande sjukfrånvaro än normalt augusti till december oavsett anledningen till sjukfrånvaro. Detta innebär att även sjuklöner som nämnden har kostnader för i normala fall, har ersatts.

Ett visst överskott finns även när det gäller återsökning från migrationsverket.

Jämfört med föregående år har nettokostnaderna för hemtjänsten minskat med 1,3 miljoner kronor. Förändringen består främst av intäkter för statligt ersatta sjuklöner under året.

#### ***Öppen verksamhet +5,2 miljoner kronor***

För öppen verksamhet redovisas ett överskott. Överskottet beror på att dagverksamheterna och mötesplatserna har varit stängda stora delar av året samtidigt som en enhetschefstjänst har varit vakant under delar av året.

Jämfört med samma period föregående år visar öppen verksamhet lägre nettokostnader motsvarande 3,3 miljoner kronor. Förändringen beror på att verksamheterna varit stängda stora delar av året tillsammans med att medarbetare i verksamheten arbetade i hemtjänsten under tiden som dessa verksamheter hållit stängt.

#### ***Hälso, sjukvård och rehab +3,9 miljoner kronor***

Inom verksamheten redovisar hälso- och sjukvård ett överskott medan rehab visar ett litet underskott. Överskottet beror främst på att alla avdelningar på Tunängens vård- och omsorgsboende inte öppnat som planerat vilket innebär att det inte har behövt bemannas i samma utsträckning.

Förändringen för hälso- och sjukvård samt rehab är 2,9 miljoner kronor högre nettokostnad jämfört med föregående år. De högre nettokostnaderna beror på fler boendeplatser i egen regi och större behov av hjälpmedel och rehabilitering i verksamheterna. I förändringen mot föregående år finns också statligt ersatta sjuklöner i samband med coronapandemin.

### ***Externa platser SoL -35,3 miljoner kronor***

Verksamheten omfattar externt boende heltid, korttidsboende samt dagverksamhet.

Utfall antal externa platser för vård- och omsorgsboenden är fler än budgeterat, vilket har genererat ett underskott för verksamheten. Inför 2020 planerades åtgärder för att öka beläggningsgraden i kommunala vård- och omsorgsboenden samt att minska antalet externa platser. Få externa platser har dock avslutats under året, dels för att flyttar inte har kunnat ske som vanligt under pandemin, dels för att få brukare visat intresse för att byta från externt boende till kommunens egna boenden utifrån rådande situation. Arbetet med att motivera brukare att flytta till ett kommunalt boende har återupptagits och något fler har sagt sig vara intresserade av en flytt, men först efter coronapandemin.

I jämförelse med samma period föregående år visar externa platser SoL en lägre nettokostnad på 35,0 miljoner kronor. Förändringen beror främst på att korttidsboendet på Tunängen blev färdigt under hösten 2019 vilket minskat förvaltningens externa korttidsplatser inom äldreomsorgen.

### ***Övrig äldreomsorg +2,4 miljoner kronor***

Under övrig äldreomsorg ingår kostorganisationen, trygghetslarm samt transporter av brukare i samband med exempelvis dagverksamhet.

Övrig äldreomsorg visar ett överskott på 2,4 miljoner kronor på grund av lägre transportkostnader för turbundna resor och riksfärdtjänst än budgeterat till följd av att både dagverksamheterna och daglig verksamhet varit stängda stora delar av året. Överskottet påverkas också av att kostorganisationen haft färre måltider att tillaga då daglig verksamhet och Tornets restaurang har varit stängda stora delar av året.

Jämfört med föregående år visar övrig äldreomsorg minskade nettokostnader på 2,4 miljoner kronor. Den minskade nettokostnaden kommer främst från lägre kostnader avseende transporter och resor men påverkas också av vakanta tjänster inom kostorganisationen delar av året.

## **Funktionsnedsättningsområdet inklusive Myndighet visar ett överskott på 15,7 miljoner kronor**

I verksamhetsområdet omsorg om personer med funktionsnedsättning ingår bostad med särskild service i form av grupp- och servicebostäder. Vidare ingår personlig assistans enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och assistansersättning enligt Socialförsäkringsbalken kapitel 51 (SFB-51), ledsagning, avlösarservice och kontaktpersoner. I verksamhetsområdet ingår även boendestöd, Myndighet samt externa platser, LSS.

### ***Myndighet LSS +1,0 miljoner kronor***

Inom Myndighet LSS finns gemensam administration som prognostiserar ett överskott motsvarande 1,0 miljoner kronor. Överskottet beror främst på vakanta tjänster under året.

### ***Bostad med särskild service +3,4 miljoner kronor***

Bostad med särskild service avser gruppboenden, serviceboenden och korttidsboenden för vuxna samt barn och ungdomar, boendestöd samt annan särskilt anpassad bostad (ASAB).

Gruppboendestäder visar ett underskott på 1,9 miljoner kronor som beror på ett ökat behov hos brukarna och högre lokalkostnad för gruppboendestäder jämfört med budget.

Servicebostäder visar ett överskott på 3,0 miljoner kronor som främst beror på fler platser i budget i

förhållande till antalet tillgängliga platser.

Korttidsboenden för barn och unga visar ett överskott på 2,6 miljoner kronor som förklaras med ett minskat behov av korttidsplatser, flera som avbokat sin plats till följd av pandemin, samt arbete med schemaoptimering. Överskottet påverkas också av försäljning av en korttidsplats till en annan kommun.

I jämförelse med föregående år har nettokostnaderna för bostad med särskild service ökat med 12,0 miljoner kronor. Förändringen finns främst inom gruppboendestadsområdet som utgör 11,2 miljoner kronor av ökningen, som kan förklaras med en nyöppnad gruppboendestad på Tant gröns väg under 2020 samt med ökat behov hos brukare som har inneburit både förändrad budget och ökade kostnader jämfört med föregående år.

Utöver de ökade kostnaderna inom gruppboendestadsområdet så har nettokostnaderna för korttidsboende för barn och unga minskat i jämförelse med föregående år. En anledning är minskade lokalkostnader då en av enheterna har stängts och lägre personalkostnader då beläggningen varit lägre till följd av pandemin.

#### ***Personlig assistans +2,4 miljoner kronor***

Verksamheten ger personer med funktionsnedsättning hjälp i hemmet och på fritiden genom personlig assistans enligt LSS och SFB-51. Vidare innehåller verksamheten ledsagning, avlösarservice, kontaktpersoner samt familjehem.

Personlig assistans som helhet visar ett överskott på 2,4 miljoner kronor. Överskottet kan främst kopplas till statlig ersättning för sjuklön, mer återsökningar från migrationsverket än vad som budgeterats och färre antal brukare inom SFB-51.

Ledsagning, avlösning, kontaktpersoner och familjehem prognostiserar en budget i balans för året.

I jämförelse med samma period föregående år har kostnaderna ökat med 5,8 miljoner kronor. En förklaring till förändringen är främst merkostnader avseende skyddsutrustning kopplat till coronapandemin.

#### ***Externa platser LSS +9,0 miljoner kronor***

Verksamheten omfattar externt boende heltid, korttidsverksamhet, daglig verksamhet samt lägerverksamhet för både barn och vuxna.

Externa platser LSS, visar ett totalt överskott på 9,0 miljoner kronor. Överskottet beror på lägre dygnspris per plats än vad som har budgeterats för samt att lägerverksamheten inte utförts i den omfattning som planerats.

I jämförelse med föregående år visar externa platser LSS en lägre nettokostnad på 6,9 miljoner kronor vilket även det kan förklaras med lyckade avtalsförhandlingar inom funktionsnedsättningsområdet som genererat ett lägre dygnspris för externa platser, samt färre antal externa platser än föregående år.

#### ***Övrig LSS-verksamhet -0,04 miljoner kronor***

I övergripande verksamhet ingår kostnader för chefer, viss administrativ personal och övriga driftskostnader.

Förändringen jämfört med föregående år beror på att enhetschefer för de olika verksamheterna har belastat fel verksamhetskod vilket korrigerats till 2020.

### **Statsbidrag**

#### ***Goda förutsättningar för vårdens medarbetare***

Rekvirerade medel VOF: 1 973 120 kronor



Utnyttjade medel VOF: 297 800 kronor  
Utnyttjade medel privata utförare: 180 306 kronor

#### Vad har medlen använts till?

De rekviderade stimulansmedlen för att ge vårdens medarbetare goda förutsättningar har använts till flertalet utbildningar för nämndens sjuksköterskeenheter. De utbildningar som har genomförts är:

- Demensutbildning
- Psykiatriutbildning
- Utbildning inom kommunikation, samtal och dialog
- Utbildning inom personlig utveckling
- Utbildning ”att vara sjuksköterska och ledare”
- Utbildning inom arbetsmiljö och stress

Anledningen till att alla medel inte har utnyttjats är på grund av coronapandemin och den höga belastningen i verksamheterna.

#### ***Motverka ensamhet bland äldre och för ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom***

Rekviderade medel VOF: 3 270 037 kronor  
Utnyttjade medel VOF: 2 067 460 kronor  
Utnyttjade medel privata utförare: 121 770 kronor

#### Vad har medlen använts till?

Stimulansmedlen har både använts till att motverka ensamhet bland äldre samt till att öka kvaliteten i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom. Det som medlen har använts till är bland annat flera aktivitetsledare på våra vård- och omsorgsboenden för att kunna utveckla och utöka de sociala aktiviteterna samt en del aktivitetsmaterial. Ett särskilt uppskattat inköp för nämndens brukare med demenssjukdom har varit robotkatter som ger ifrån sig både ljud och rörelse.

Anledningen till att hela det rekviderade beloppet inte har använts är på grund av personalbrist då det i perioder har varit hög personalfrånvaro (sjukfrånvaro) i vissa av verksamheterna på grund av coronapandemin. Coronapandemin och restriktionerna från Folkhälsomyndigheterna är också en anledning till att alla aktiviteter som planerats med stimulansmedlen inte kunnat utföras.

#### ***Stärkt brukarmedverkan***

Rekviderade medel VOF: 39 799 kronor  
Utnyttjade medel VOF: 39 799 kronor

#### Vad har medlen använts till?

Medlen har delvis använts för att möjliggöra för brukare att delta i rekrytering av nya medarbetare där de har visats ansökningar, deltagit vid intervjuer i trepartssamtal samt samtal och diskussioner efteråt. Medlen har använts på flera gruppboenden och serviceboenden samt inom personlig assistans.

Medlen har också använts för att köpa in teknikutrustning så som talpuckar med syfte att öka möjligheten till delaktighet för brukarna i exempelvis rekryteringar.

#### ***Coronapandemin***

Rekviderade medel VOF: 40,9 miljoner kronor

Då nämnden haft möjlighet att ansöka om statsbidrag för i princip alla merkostnader kopplat till coronapandemin påverkades inte det ekonomiska resultatet i den utsträckning som bedömdes i början av 2020. Att staten även har ersatt sjuklönekostnader oavsett anledning till sjukfrånvaron har snarare lett till ett överskott utifrån de statliga stöden för covid-19.

Under året har nämndens verksamheter haft sjuklönekostnader inklusive arbetsgivaravgifter på

totalt 18,6 miljoner kronor vilket samma period föregående år uppgick till 12,5 miljoner kronor. För sjuklönekostnader inklusive arbetsgivaravgifter har nämnden erhållit 12,2 miljoner kronor 2020.

Coronapandemin har även inneburit ökade kostnader för personal och övriga verksamhetskostnader och då främst för skyddsutrustning. Merkostnader för personal avser främst överanställningar, övertidsersättningar och timersättning som gjorts för att minska smittspridningen men också för att kunna möta det ökade behovet i verksamheterna.

För merkostnader till följd av covid-19 gällande personal och övriga verksamhetskostnader har förvaltningen fått statsbidrag motsvarande 28,7 miljoner kronor för 2020.

## Intäkter och kostnadsanalys

	Utfall 2020	Utfall 2019	Förändring (mnkr)	Förändring (%)
<i>Alla belopp är i tusentals kronor</i>				
<u>Verksamhetens intäkter</u>				
Taxor och avgifter	44 831,0	38 427,6	6 403,4	17 %
Externa bostads- och lokalhyror	40 990,2	36 881,8	4 108,4	11 %
Försäljning av verksamhet	1 497,8	1 003,8	494,0	49 %
Bidrag från staten med flera	128 902,8	92 728,2	36 174,6	39 %
Övriga verksamhetsintäkter	6 742,2	11 415,1	-4 672,9	-41 %
<b>Summa intäkter</b>	<b>402 576,8</b>	<b>205 482,0</b>	<b>197 094,8</b>	<b>96 %</b>
<u>Verksamhetens kostnader</u>				
Personalkostnader	-763 424,7	-697 858,2	-65 566,5	9 %
Varor	-42 390,8	-20 876,5	-21 514,3	103 %
Entreprenad och köp av verksamhet	-271 786,6	-313 696,3	41 909,7	-13 %
Externa lokalhyror	-131 508,4	-112 389,5	-19 118,9	17 %
Bidrag och transfereringar	-59 058,5	-59 835,7	777,2	-1 %
Övriga verksamhetskostnader	-97 203,4	-91 003,6	-6 199,8	7 %
Kapitalkostnader	-5 673,3	-12 674,1	7 000,8	-55 %
<b>Summa kostnader</b>	<b>-1 550 729,9</b>	<b>-1 333 359,4</b>	<b>-217 370,5</b>	<b>16 %</b>
<b>Netto</b>	<b>-1 149 089,8</b>	<b>-1 128 851,0</b>	<b>-20 238,8</b>	<b>2 %</b>

Utfallet för perioden januari till december 2020 visar en nettokostnad på 1 149 miljoner kronor. Under samma period föregående år var nettokostnaden 1 129 miljoner kronor.

De största förändringarna jämfört med samma period förra året avser intäktstyp *bidrag från staten med fler* som har ökat och intäktstyp *övriga verksamhetsintäkter* som har minskat. De ökade intäkterna under *bidrag från staten med fler* beror främst på den ersättning som staten har betalat ut för sjuklöner under perioden april till december samt statsbidraget från Socialstyrelsen avseende merkostnader i samband med den pågående coronapandemin. De minskade intäkterna avseende *övriga verksamhetsintäkter* beror främst på minskade intäkter för kostorganisationen. Intäkterna har minskat på grund av att dagverksamhetens verksamhet samt daglig verksamhet på Orren inte varit öppna under stora delar av året samt att restaurangen på Tornet även den inte varit öppet som föregående år på grund av den pågående coronapandemin.

För kostnader är de största förändringarna *varor*, *lokalhyror* samt *entreprenad och köp av verksamhet*. Det ökade utfallet avseende *varor* beror på de ökade inköpen av skyddsutrustning i

samband med coronapandemin. Detta för att nämndens verksamheter ska kunna följa de riktlinjer och restriktioner som finns både nationellt och lokalt i Botkyrka kommun. Centrala inköp har gjorts tillsammans med kommunens upphandlingsenhet för att säkerställa lagerhållning och inleverans.

Förvaltningens *lokalhyror* visar ett högre utfall i år jämfört med föregående år som beror på ett ökat antal platser i de nya vård- och omsorgsboendena Allégården och Tunängen samt öppnandet av gruppbostad Tant gröns väg. För *entreprenad och köp av verksamhet* är det en lägre kostnad i år jämfört med föregående år. Det beror främst på att korttidsboendet på Tunängen blev färdigt under hösten 2019, vilket har ökat förvaltningens korttidsplatser i egen regi och därmed har förvaltningen inte köpt externa korttidsplatser som kostar betydligt mer. Det beror också på ett lägre antal brukare inom personlig assistans SFB-51 jämfört med föregående år samt lyckade avtalsförhandlingar inom funktionsnedsättningsområdet som genererat ett lägre dygnspris för externa platser än tidigare.

## Investeringsuppföljning

	Utfall 2020	Budget 2020	Avvikelse budget - utfall
<b>6-projekt</b>	-6 289	-9 792	3 503
<b>3-projekt</b>	-2 596,2	-3 100	503,8
<b>Totalt</b>	<b>-8 885,2</b>	<b>-6 692</b>	<b>4 006,8</b>

## Uppföljning och analys ettåriga investeringsprojekt

De årliga investeringsprojekten redovisar ett totalt utfall till och med december på 2,6 miljoner kronor.

Projekt	Budget 2020	Utfall 2020	Avvikelse Budget-Utfall	Slutredovisat (månad)
3500 Investeringar ÄO/OF	-1 400	-1 457,6	-57,6	December
3503 Arbetsmiljöåtgärder VOF	-200	-190,5	9,5	December
3504 Data, nätverk och tele	-500	0	500	December
3507 VOF Underhåll	-1 000	-948,1	51,9	December

### 3500 Investeringar ÄO/OF

Total budget för diverse inventarier inom äldreomsorg och omsorg om personer med funktionsnedsättning uppgår till 1,40 miljoner kronor. Utfallet är 1,46 miljoner kronor och projektet redovisar därför en avvikelse mot budget på 4%. Avvikelsen beror på att de inköp av sängar som gjorts till Silverkronans äldreboende, på grund av att de tidigare var gamla, blev dyrare än planerat på grund av efterfrågan i och med covid-19. Flertalet boenden är gamla och inventarierna i dem likaså. Dessa byts ut kontinuerligt för att det ska kunna bedrivas en fungerande verksamhet. Budgeten avser även utbyte av inventarier som går sönder.

### 3503 Arbetsmiljöåtgärder

Total budget för arbetsmiljöåtgärder för förvaltningen är 0,2 miljoner kronor. Utfallet uppgår till 0,19 miljoner kronor och projektet redovisar ett mindre överskott. Arbetsmiljöåtgärder av olika slag genomförs kontinuerligt och 2020 har en satsning genomförts inom Myndighet på bland annat kontorsmöbler och belysning.

### 3504 Data, nät och telefoni

Total budget för data, nät och telefoni uppgår till 0,5 miljoner kronor. Utfallet är 0 kronor och projektet redovisar därför ett överskott. Medlen är öronmärkta för att säkerställa att verksamheterna har en bra kvalitet på uppkopplingen till det administrativa nätverket genom att detta underhålls och uppdateras kontinuerligt. Överskottet beror på svårigheterna i att förutse vilka inköp som kan

behövas under året.

### 3507 Underhåll

Total budget för underhåll uppgår till 1,00 miljoner kronor. Utfallet är 0,95 miljoner kronor och projektet redovisar därför ett överskott på 0,05 miljoner kronor. Verksamhetsanpassningar, underhåll och renovering i samband med att brukare flyttar från boendet har stor betydelse för utfallet. Vilka åtgärder som krävs varierar och för 2020 har en del omfattande verksamhetsanpassningar behövt göras, bland annat avseende upprustning av servicelokaler i våra verksamheter samt installation av medicinskåp på alla gruppboendestäder utifrån nedslag i den apoteksgranskning som genomförts på området 2019.

### Uppföljning och analys fleråriga investeringsprojekt

De fleråriga investeringsprojekten redovisar ett totalt utfall till och med december 2020 på 13,9 miljoner kronor och ett utfall enbart för 2020 på 6,3 miljoner kronor.

Projekt	Total budget	Total prognos	Utfall totalt	Avvikelse total budget - total prognos	Budget 2020	Utfall 2020	Avvikelse Budget 2020 - Utfall 2020	Slutredovisat (månad)
6002 Allégården vob Inventarier	-5 000	-5 000	-4 673	0	1 000	2 656	-1 656	
6004 Tunängen vob Inventarier	-10 600	-10 000	-8 864	-600	3 668	3 308	360	
6269 VoB Fittja etapp 2 fastighetsinvest.	-4 100	0	0	-4 100	3 000	0	3 000	December
6271 VoB trygghetslarm utbyte	-3 000	-3 000	0	0	1 800	0	1 800	
6750 Grb Sandstugan inventarier	-424	-424	-325	0	324	324,9	-0,9	

#### 6002 Allégården vård- och omsorgsboende inventarier

Total budget för inventarier uppgår till 5,0 miljoner kronor och totalt utfall till och med december 2020 är 4,67 miljoner kronor. Anledningen till underskottet för innevarande år är att investeringarna inte har kunnat färdigställas under 2020 som planerat på grund av covid-19. Investeringsprojektet kommer inte lämna någon avvikelse mot den totala investeringsbudgeten då inköp av inventarier fortsätter under första delen av 2021.

#### 6004 Tunängen vård- och omsorgsboende inventarier

Total budget för inventarier uppgår till 10,6 miljoner kronor. Totalt utfall till och med december 2020 är 8,86 miljoner kronor varav utfallet för 2020 3,3 miljoner kronor. Projekt Tunängen vob Inventarier prognostiserar ett överskott mot budget 2020, men ingen avvikelse mot den totala investeringsbudgeten. Detta utifrån att öppnandet av B-delen i vård- och omsorgsboendet har flyttats fram till följd av det ökade antal lediga platser på övriga vård- och omsorgsboenden samt som en konsekvens av coronapandemin.

#### 6269 VoB Fittja etapp 2 fastighetsinvestering

Investeringsprojektet genererar ett överskott mot både total budget och budget 2020, då investeringen inte kommer att genomföras. Anledningen till det är att den utökning som undersöktes innebar en mycket stor osäkerhet kring leverans av boendeplatser, inflyttningsdatum och antalet platser för våra ombyggnationer på Allégårdens och Tunängens vård- och omsorgsboenden. Nu när båda dessa vård- och omsorgsboenden har blivit färdigställda är förvaltningen inte i behov av en utökning i form av en etapp på Fittja vård- och omsorgsboende.

#### *6271 VoB Trygghetslarm utbyte*

Investeringsprojektet prognostiserar ett överskott mot budget 2020, men ingen avvikelse mot den totala investeringsbudgeten. Anledningen är att projektet har fått flyttas fram på grund av coronapandemin. Utbyte av trygghetslarm på flera av nämndens vård- och omsorgsboenden kommer istället att ske under 2021 och eventuellt fortsätta in på 2022.

#### *6750 Gruppbostad Sandstugan inventarier*

Total budget för inventarier uppgår till 0,42 miljoner kronor och utfall till och med december 2020 är 0,325 miljoner kronor. Investeringsprojektet visar en budget i balans för 2020. Ingen avvikelse prognostiseras mot den totala investeringsbudgeten, men fördelningen mellan åren stämmer inte. Anledningen till att fördelningen mellan åren inte stämmer överens är för att nybyggnationen blev försenad. På grund av covid-19 har inte investeringarna kunnat färdigställas under 2020 som planerat.

## 5. Volymer och nyckeltal 2020

Volymer Äldreomsorg	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Budget 2020	Utfall 2020
---------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

### Myndighet. SoL

Antal ärende/ årsarbetare	-	-	108,1	95,4	106
---------------------------	---	---	-------	------	-----

### Vård- och omsorgsboende

Antal fysiska platser	348	346	349	422,0	382
Antal årsplatser, kommunal regi	330	316,2	332,1	413,6	335,8
Antal årsplatser, extern regi	81,7	73	87,9	19,2	70,2

### Villa Riksten

Antal fysiska platser	54	54	54	54	54
Antal årsplatser	49,9	53	53	54,0	48,7

### Korttidsboende

Antal fysiska platser	23	17	10	20	20
Antal årsplatser, kommunal regi	19	12,3	Pga. Ombyggnation saknas siffra för året	19,6	10,3
Antal årsplatser, extern regi	12	14,2	28,7	4,5	4,3

### Hemtjänst

Antal beviljade timmar	392 297,0	398 800,0	400 098,0	398 206,0	412 262
Antal brukare	-	1 046,3	973,8		934,2

Nyckeltal & resursmätt äldreomsorg	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Budget 2020	Utfall 2020
------------------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

### Vård- och omsorgsboende

- Interna platser					
Nettokostnad/ årsplats (snitt) kommunala regi, tkr	-703	-751	-777	-699	-869
Nettokostnad/ dygn (snitt) kommunala regi, tkr	-1 926	-2 057	-2 128	-1 911	-2 374

### - Externa platser inkl. Villa Riksten

Nettokostnad/ årsplats (snitt) extern regi, tkr	-717	-740	-740	-738	-771
Nettokostnad/ dygn (snitt) extern regi, tkr	-1 963	-2 028	-2 029	-2 017	-2 108

### Korttidsplatser

Nettokostnad/ årsplats (snitt) kommunal regi, tkr	-902	-1 290	-	-882	738
Nettokostnad/ dygn (snitt) kommunal regi, tkr	-24 471	-3 534	-	-2 409	2 017

Nyckeltal & resursmätt äldreomsorg	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Budget 2020	Utfall 2020
Nettokostnad/ årsplats (snitt) extern regi, tkr	-755	-761	-832	-872	-871
Nettokostnad/ dygn (snitt) extern regi, tkr	-2 061	-2 084	-2 279	-2 381	-2 380

#### Hemtjänst

Nettokostnad / beviljad timme	-348	-353	-388	-433	-373
Nettokostnad per brukare (snitt)		-145 027	-159 349		-164 691

Volymer omsorg funktionsnedsättning	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Budget 2020	Utfall 2020
-------------------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

#### Myndighet, LSS

Antal ärende/ årsarbetare	-	-	89	78	89
---------------------------	---	---	----	----	----

#### Bostad med särskild service, enligt LSS

##### -Gruppbofastad

Antal fysiska platser	121	124	127	132	132
Antal årsplatser	-	124	125	132	127,3
Antal årsplatser, extern regi (exkl. barn & unga)	-	-	32,5	-	27,7

##### - Servicebofastad

Antal fysiska platser	57	60	64	70	70
Antal årsplatser	57	59	63	70	66
Antal årsplatser, extern regi	-	-	5,5	-	8,2

#### -Externa placeringar totalt, inkl. gruppbofastad och servicebofastad

Antal årsplatser	38	39	44,6	41	43,4
------------------	----	----	------	----	------

#### Bostad med särskild service, enligt SoL

##### - Externa platser

Antal årsplatser	23,5	20,4	19,3	17,2	17,9
------------------	------	------	------	------	------

#### Personlig assistans, LSS

Antal timmar	180 840	172 661	178 461	175 000	197 157
Antal brukare	80	76	79,6		89,2
Antal timmar/ brukare	2 260,5	2 271,9	2 242,0		2 211

##### - Varav egen LSS

Antal timmar	34 542	36 708	32 904	38 000	39 195
Antal brukare			14,3		15,5
Antal timmar/ brukare	-	-	2 295,6		2 529

#### Personlig assistans, SFB 51

Antal timmar	352 032	342 336	339 385	350 952	331 705
--------------	---------	---------	---------	---------	---------

<b>Volymer omsorg funktionsnedsättning</b>	<b>Utfall 2017</b>	<b>Utfall 2018</b>	<b>Utfall 2019</b>	<b>Budget 2020</b>	<b>Utfall 2020</b>
Antal brukare	196,0	184,8	185,7	191	179,6
Antal timmar/ brukare	1 801	1 852	1 828	1 837	1 847

*- Varav egen SFB 51*

Antal timmar	185 688	176 141	170 910	186 000	177 539
Antal brukare	34	31,5	29,8	33	31,3
Antal timmar/ brukare	5 461	5 592	5 735	5 636	5 667

Boendestöd enligt SoL

Antal timmar	22 911	20 736	21 148	19 000	22 846
--------------	--------	--------	--------	--------	--------

<b>Nyckeltal &amp; resursmätt omsorg funktionsnedsättning</b>	<b>Utfall 2017</b>	<b>Utfall 2018</b>	<b>Utfall 2019</b>	<b>Budget 2020</b>	<b>Utfall 2020</b>
---	--------------------	--------------------	--------------------	------------------------	--------------------

Bostad med särskild service, enligt  
LSS

*-Gruppbostad*

Nettokostnad/ plats (snitt), tkr	-1 057	-1 082	-1 079	-1 091	-1 148
Nettokostnad/ dygn (snitt), kr	-2 887	-2 965	-2 955	-2 989	-3 136

*- Servicebostad*

Nettokostnad/ plats (snitt), tkr	-332	-323	-335	-362	-335
Nettokostnad/ dygn (snitt), kr	-910	-886	-919	-993	-916

*-Externa platser*

Nettokostnad/ plats (snitt), tkr	-1 520	-1 732	-1 729	-1 900	-1 752
Nettokostnad/ dygn (snitt), kr	-4 164	-4 745	-4 738	-5 204	-4 787

Bostad med särskild service, enligt SoL

*-Externa platser*

Nettokostnad/ plats (snitt), tkr	-1 266	-1 449	-1 297	-1 485	-1 066
Nettokostnad/ dygn (snitt), kr	-3 469	-3 969	-3 552	-4 069	-2 912

Personlig assistans, LSS

Nettokostnad/ timme, kr	-265	-270	-269	-301	-267
-------------------------	------	------	------	------	------

*- Varav egen LSS*

Nettokostnad/ timme, kr	-243	-242	-262	-302	-228
-------------------------	------	------	------	------	------

Personlig assistans, SFB 51

Bruttokostnad/ timme, kr	-345	-344	-357	-316	-379
--------------------------	------	------	------	------	------

*- Varav egen SFB 51*

Bruttokostnad/ timme, kr	-368	-364	-386	-307	-413
--------------------------	------	------	------	------	------

Boendestöd enligt SoL

Nettokostnad /timme, kr	-341	-371	-361	-416	-366
-------------------------	------	------	------	------	------



## 6. Personalredovisning

### Personalsammansättning

#### Anställningsförhållanden

Antal tillsvidareanställda inom förvaltningen har ökat något. Andelen heltidsanställda månadsavlönade, samt snittsysselsättningsgraden är densamma som föregående år medan andelen årsarbetare är något högre än tidigare år. Medelålder är i princip lika som föregående år.

	Kön	2017	2018	2019	2020
Antal anställda	Totalvärden	1 196	1 189	1 186	1 992
	Kvinna	995	987	983	1 580
	Man	201	202	204	412
Antal tillsvidare	Totalvärden	1 106	1 112	1 115	1 130
	Kvinna	923	925	922	939
	Man	183	187	192	192
Antal visstidsanställda med månadslön	Totalvärden	116	100	98	113
	Kvinna	95	78	79	87
	Man	21	22	18	26
Antal visstidsanställda med timlön	Totalvärden	186	181	190	180
	Kvinna	129	131	143	136
	Man	57	50	47	44
Antal årsarbetare	Totalvärden	1 150	1 148	1 145	1 173
	Kvinna	956	948	945	967
	Man	194	200	200	207
Årsarbetare tillsvidare	Totalvärden	1 044	1 056	1 060	1 076
	Kvinna	869	877	876	894
	Man	175	180	184	183
Andelen tillsvidareanställda av Månadslön	Totalvärden	93 %	94 %	94 %	92 %
	Kvinna	93 %	94 %	94 %	93 %
	Man	92 %	93 %	95 %	90 %
Andelen visstidsanställda av Månadslön	Totalvärden	10 %	9 %	8 %	10 %
Andelen visstidsanställda av Månadslön	Kvinna	10 %	8 %	8 %	9 %
Andelen visstidsanställda av Månadslön	Man	11 %	11 %	9 %	13 %

	Kön	2017	2018	2019	2020
Andel heltidsanställda av månadsavlönade		73,1 %	75,8 %	76,1 %	76,9 %
	Kvinna	71,8 %	74,7 %	75,2 %	76,3 %
	Man	79,4 %	81,1 %	80,4 %	79,8 %
Andel deltidanställda (1–74%) av månadsavlönade		5,3 %	4,6 %	5,7 %	6,0 %
	Kvinna	5,0 %	4,4 %	5,3 %	5,8 %
	Man	6,7 %	5,7 %	7,4 %	6,9 %
Andel deltidanställda (75–99%) av månadsavlönade		31,8 %	28,1 %	27,8 %	28,5 %
	Kvinna	33,4 %	29,4 %	28,7 %	29,4 %
	Man	23,9 %	21,9 %	23,2 %	23,9 %
Sysselsättningsgrad (%) månadsavlönade		93,0 %	94,0 %	94,0 %	94,0 %
	Kvinna	93,0 %	93,0 %	93,0 %	94,0 %
	Man	93,0 %	94,0 %	94,0 %	95,0 %

### Könsfördelning och åldersstruktur

Personalsammansättningen vad gäller ålder och kön har inte förändrats i någon större omfattning jämfört med tidigare år. Förvaltningen fortsätter arbetet med Jämlikt Botkyrka för att säkerställa att verksamheterna är fria från diskriminering och att vi har ett gott bemötande mot medborgare och kollegor.

	Kön	2017	2018	2019	2020
Antal årsarbetare	Totalvärdet	1 150	1 148	1 145	1 173
	Kvinna	956	948	945	966
	Man	194	200	200	207
Årsarbetare ≤29	Totalvärdet	9,0 %	8,8 %	8,2 %	8,1 %
	Kvinna	9,4 %	8,8 %	7,8 %	7,9 %
	Man	6,6 %	9,2 %	10,3 %	9,0 %
Årsarbetare 30–49	Totalvärdet	51 %	50 %	49 %	50 %
	Kvinna	50 %	50 %	49 %	50 %
	Man	56 %	51 %	48 %	47 %
Årsarbetare 50–59	Totalvärdet	30 %	31 %	32 %	31 %
	Kvinna	30 %	30 %	31 %	30 %
	Man	32 %	32 %	33 %	34 %
Årsarbetare ≥60	Totalvärdet	10 %	10 %	12 %	11 %
	Kvinna	11 %	11 %	12 %	12 %
	Man	6 %	8 %	8 %	10 %
Medelålder	Totalvärdet	45,1	45,7	46,7	46,1
	Kvinna	45,2	45,9	46,9	46,1
	Man	44,2	45,0	46,1	46,2

## Utländsk bakgrund

Andelen medarbetare med utländsk bakgrund inom förvaltningen har ökat marginellt jämfört med tidigare år. Det är andelen chefer som står för ökningen medan andelen medarbetare med utländsk bakgrund är densamma som föregående år. Liksom tidigare år så har förvaltningen en högre andel medarbetare och chefer med utländsk bakgrund än kommunen totalt.

Organisation	Mått	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Botkyrka kommun totalt	Andel anställda[1] med utländsk bakgrund[2]	46	47	49	51	56	57	57
	kvinnor	46	48	50	52	57	58	58
	män	44	44	46	47	53	54	55
	Andel chefer[3] med utländsk bakgrund[2]	18	18	18	19	21	20	22
	Andel medarbetare[4] med utländsk bakgrund[2]	47	49	51	52	56	57	57
Vård- och omsorgsförvaltningen	Andel anställda[1] med utländsk bakgrund[2]	62	63	64	66	74	75	76
	kvinnor	0	61	62	64	72	73	74
	män	0	77	76	76	83	84	84
	Andel chefer[3] med utländsk bakgrund[2]	23	22	24	27	33	29	33
	Andel medarbetare[4] med utländsk bakgrund[2]	64	65	67	68	74	75	75

Fotnot: 1) Månadsavlönade anställda 2020-12-31 enligt AB 01 2) Enligt SCB: s definition av utländsk bakgrund – Utrikes födda samt inrikes födda med två utrikes födda föräldrar 3) chef definieras här som anställd med personalansvar 4) Medarbetare definieras här som anställd utan personalansvar

## Personalomsättning

Andel medarbetare som slutar och medarbetare som rekryterats har minskat jämfört med föregående år. Störst förändring i personalomsättning har skett hos medarbetare under 29 år. När det gäller bristyrken har störst förändring skett i gruppen biståndshandläggare.

		2016	2017	2018	2019	2020
Andel rekryteringar	Totalvärden	9 %	10 %	12 %	10 %	5 %
	≤29	26 %	40 %	35 %	27 %	13 %
	30–49	10 %	11 %	14 %	14 %	6 %
	50–59	5 %	3 %	7 %	5 %	4 %
	≥60	4 %	4 %	5 %	2 %	1 %
Andel avgångar	Totalvärden	12 %	11 %	10 %	11 %	7 %
	≤29	15 %	27 %	11 %	17 %	6 %
	30–49	11 %	8 %	10 %	9 %	5 %
	50–59	9 %	8 %	7 %	8 %	6 %
	>=60	24 %	25 %	12 %	21 %	24 %

## Rekrytering bristyrke:

Arbetsidentifikation	2017	2018	2019	2020
206014 Sjuksköterska. funktionsnedsättning och äldreomsorg/geriatrik	26 %	23 %	18 %	9 %
207009 Undersköterska. hemtjänst	9 %	13 %	2 %	2 %
207011 Undersköterska. särskilt boende	3 %	14 %	14 %	8 %
351012 Socialsekreterare. biståndsbedömare	50 %	17 %	24 %	8 %

## Avgångar bristyrken:

Arbetsidentifikation	2017	2018	2019	2020
206014 Sjuksköterska. funktionsnedsättning och äldreomsorg/geriatrik	18 %	14 %	16 %	12 %
207009 Undersköterska. hemtjänst	0 %	7 %	8 %	7 %
207011 Undersköterska. särskilt boende	13 %	11 %	14 %	4 %
351012 Socialsekreterare. biståndsbedömare	38 %	17 %	21 %	5 %

## Tidsanvändning

År	2020
Total Sjukfrånvaro i procent	8,22 %
Semester	7,27 %
Tillfällig vård av barn (VAB)	0,43 %
Övrig frånvaro och ledighet	2,71 %
Föräldraledighet	1,72 %
Fyllnadstid	0,10 %
Övertid	0,28 %
Kompledigt	0,01 %

## Deltidsanställda som önskar arbeta heltid

Förvaltningen ser en fortsatt positiv trend gällande tidsanvändningen. Antalet tillsvidareanställda medarbetare på deltid fortsätter att minska. Även sysselsättningsgraden fortsätter att visa en positiv trend.

Förvaltningen har under året arbetat med att ta fram en rutin för heltid som norm för medarbetare inom Kommunals avtalsområde som börjar gälla från och med årsskiftet 2020/2021. Rutinen innebär att samtliga nyrekryteringar ska vara heltid och redan anställda medarbetare ska kunna öka sin tjänstgöringsgrad om så önskas.

	Kön	2016	2017	2018	2019	2020
Antal tillsvidareanställda på deltid	Totalvärden	318	291	264	249	242
	Kvinna	283	255	230	212	205

	Kön	2016	2017	2018	2019	2020
	Man	36	36	35	37	37
Sysselsättningsgrad 1–74%	Totalvärden	64	54	49	53	58
	Kvinna	51	43	39	41	45
	Man	13	11	10	12	14
Sysselsättningsgrad 75–99%	Totalvärden	189	181	173	155	154
	Kvinna	173	163	154	136	133
	Man	17	18	19	19	20
Sysselsättningsgrad (%) månadsavlönade	Totalvärden	92 %	93 %	94 %	94 %	95 %
	Kvinna	92 %	93 %	94 %	93 %	95 %
	Man	91 %	93 %	96 %	95 %	95 %

## Arbetsmiljö och hälsa

### Sjukfrånvaro och frisknärvaro

Förvaltningen har ökat frisknärvaron. Männerna är frånvarande från arbete på grund av sjukfrånvaro i mindre utsträckning än kvinnor. Frisknärvaron sjunker ju äldre medarbetarna är. Medarbetare som är 29 år har en frisknärvaro på 97,1 procent av ordinarie arbetstid medan medarbetare som är 60 år och äldre har en frisknärvaro på 88,7 procent av ordinarie arbetstid.

Någon effekt av pågående pandemi har inte visat sig på sjukfrånvarosiffrorna. Frisknärvaron år 2020 är till och med något högre än år 2019. En förklaring skulle kunna vara att vissa yrkesgrupper har, på grund av distansarbete, varit sjuka och ändå fortsatt att arbeta och sjuktalet därmed har minskat. Omsorgspersonalen hade en högre sjukfrånvaro än vanligt under våren men trenden har sedan planat ut. Pandemin har drabbat verksamheter och enheter väldigt olika, med perioder av mycket hög sjukfrånvaro för vissa och normal eller ovanligt låg sjukfrånvaro för andra. En annan förklaring till att sjukfrånvarotalen inte påverkats mer skulle kunna vara att andra sjukdomar som förkylningar och säsongsinfluensan har drastiskt minskat tack vare de skärpta kraven på hygien, minskade sociala kontakter och de skärpta råden att stanna hemma vid minsta symtom.

Förvaltningen har under året arbetat intensivt med att bemanna verksamheterna. Under våren förstärktes flera verksamheter med ytterligare medarbetare för att minska konsekvenserna av pandemin. Flertalet vikarier rekryterades för att täcka upp vid frånvaro och för det extra arbete som pandemin medför. Fokus har under året även legat på att säkerställa att samtliga medarbetare har kompetens i basala hygienrutiner, kontinuerlig information om hur skyddsutrustning ska användas, samt rätt introduktion av nya medarbetare.

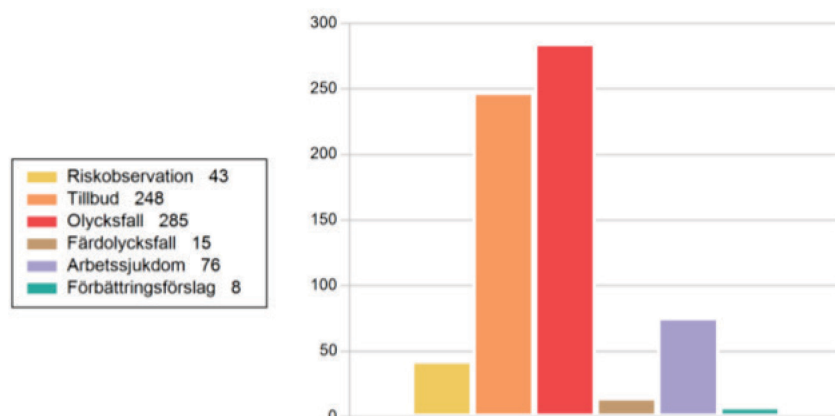
Förvaltningen har under året arbetat med att kontinuerligt riskbedöma verksamheterna med anledning av det aktuella smittläget, bemanningssituationen och i början av året även tillgång på och distribution av skyddsutrustning. Riskbedömningarna och uppföljningarna av dessa har gjorts i samverkan med medarbetare och skyddsombud.

Förvaltningens analys är att fokus på dessa områden under året har medfört delaktighet och engagemang, vilket både syns i ett högre HME och i att sjukfrånvarotalen är lägre än tidigare år.

Ar	2020
Total Sjukfrånvaro i procent	8,02
Dag 1–14	3,63
Dag 15–90	1,99
Dag ≥91	2,41
Kvinnor i procent av tillgänglig arbetad tid för kvinnor	8,81
Män i procent av tillgänglig arbetad tid för män	4,70
Ålder <29 i procent av ordinarie arbetstid	2,90
Ålder 30–49 i procent av ordinarie arbetstid	7,20
Ålder 50–59 i procent av ordinarie arbetstid	10,41
Ålder ≥60 i procent av ordinarie arbetstid	11,31

### Arbetskador och tillbud

Förvaltningen har rapporterat in 285 olycksfall och 248 tillbud. Flest av de olycksfall och tillbud som rapporterats har inträffat hos brukare i särskilt boende och hos brukare i enskilt hem. Majoriteten har angivit att skadeorsaken främst är hot och våld men här finns ett stort mörkertal då 303 händelser saknar angiven skadeorsak. Corona (smitta) anges som skadeorsak i 16 händelser.



### Medarbetarupplevelse

Indexet för Hållbart Medarbetarengagemang, HME, har tagits fram av Sveriges kommuner och regioner (SKR) och Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA). Begreppet "hållbart" markerar att detta index för medarbetarengagemang fokuserar på organisationens förmåga att främja, ta tillvara och bygga vidare på engagemanget. Medarbetarengagemanget bedöms vara en av de viktigaste förutsättningarna för en organisations förmåga att nå goda resultat.

Förvaltningen ökar indexet för HME under 2020. Förvaltningens index ligger fortsatt över det totala resultatet för kommunen.

Under 2020 har pandemin medfört att andra frågor har fått verksamheternas fokus och tid. Det har därför inte funnits tid till att arbeta med medarbetarengagemanget på samma sätt som planerats i handlingsplaner för året. Verksamheterna behövde snabbt anpassa sig till de nya förutsättningarna som pandemin medförde. Under 2020 har man behövt ställa in flera utbildningsinsatser till förmån för utbildningar i basala hygienrutiner och användandet av skyddsutrustning. Att HME har ökat något jämfört med år 2019, visar på ett stort engagemang från medarbetarna trots de svåra förutsättningar som rått under året.

Förvaltning	Mått	2019	2020
Vård- och omsorgsförvaltningen	HME* (Hållbart medarbetarengagemang)	79	80
Botkyrka kommun totalt	HME* (Hållbart medarbetarengagemang)	78	78

## Kompetensutveckling

Pandemin har medfört att förvaltningen under året till stor del fokuserat på medarbetarnas kompetens i basala hygienrutiner, skyddsutrustning och kunskap att hindra smitta.

Förvaltningen har under året tagit fram plattformen *Arbeta säkert*. Där har förvaltningen samlat information och utbildningar om att förhindra smitta och hygienrutiner. Under året har råd, riktlinjer och rutiner som rör pandemin ständigt förändrats och verksamheterna har snabbt behövt förhålla sig till dessa. Flera informationsfilmer har använts för att snabbt nå ut till samtliga medarbetare. Tre digitala utbildningar är numera obligatoriska för samtliga medarbetare inom vård- och omsorgsförvaltningen. Chefen ansvarar för och följer upp att medarbetarna genomför dessa utbildningar. Utbildningarna är:

- Socialstyrelsen utbildning i basala hygienrutiner inom vård och omsorg
- Vårdgivarguidens utbildning i basala hygienrutiner
- Karolinska Institutets utbildning om coronaviruset covid-19.

Pandemin innebar också att förvaltningen under våren behövde introducera ett stort antal nya medarbetare. Tillsammans med arbetsmarknads- och vuxenutbildningsförvaltningen planerades och genomfördes en introduktionsutbildning "Arbeta inom vården - introduktionskurs". Introduktionen syftade till att deltagarna skulle få en större förståelse för vård och omsorg och därmed kunna arbeta säkert inom området. Introduktionen fokuserade på områdena: vård- och omsorgsförvaltningens uppdrag, arbeta med äldre och med personer med funktionsnedsättning, basala hygienrutiner och förflyttningsteknik (praktiska övningar), samt covid-19. Utbildningen genomfördes under fyra halvdagar och byggde på att medarbetaren innan utbildning hade genomfört den digitala utbildningen "Arbeta säkert".

Språksatsning som görs med hjälp av arbetsmarknads- och vuxenutbildningsförvaltningen har fortsatt under året. Inför varje år görs en inventering av vilka medarbetare inom förvaltningen som ska erbjudas utbildning i svenska språket. Efter genomgången utbildning genomgår samtliga deltagare ett kunskapstest för att utvecklingen ska bli mätbar. Den utbildning som inleddes i början på året ställdes tillfälligt in under våren, på grund av pandemin, men återupptogs sedan i form av distansundervisning. Övergången till digital undervisning gjorde dock att flera medarbetare valde att pausa sin utbildning då det blev för svårt att genomföra den på distans. De som tillfälligt avbrutit utbildningen kommer att återuppta den så fort det blir möjligt att genomföra den fysiskt. Förvaltningen ser ett stort behov av fortsatta utbildningsinsatser även om behoven varierar något mellan verksamheterna.

Chefer inom samtliga utförarverksamheter har under hösten genomgått en utbildning inom bemanningsoptimering. Utbildningen har bestått av flera delar som syftat till att få en förståelse och kunskap kring hur viktigt optimerade scheman är som en resurs att driva verksamheten effektivt, hur de verksamhetssystem förvaltningen har för att kontinuerligt arbeta med rätt bemanning kan användas, samt vad som kan bidra till hälsosamma scheman.

Vård- och omsorgsboendena hade planerat för att genomföra en utbildning i lågaffektivt bemötande

under 2020. Utbildningen genomfördes för cirka 20 personer innan den var tvungen att först skjutas upp, ställas om till digital utbildning och sen slutligen ställas in på grund av pandemin.

Medarbetarna inom Myndighet har genomgått en webbutbildning inom området anhörigstöd/anhörigperspektiv samt en utbildning inom området ökade valmöjligheter och konkurrensneutralitet.





3

**Patientsäkerhetsberättelse 2020 inklusive patientsäkerhetsplan 2021 (VON/2021:00017)****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden godkänner Patientsäkerhetsberättelse 2020 inklusive patientsäkerhetsplan 2021.

**Sammanfattning**

Vårdgivaren har ett övergripande ansvar för att den hälso- och sjukvård som kommunen erbjuder uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god och säker vård. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. En gemensam patientsäkerhetsberättelse sammanställs årligen av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) för samtliga verksamheter inom vård- och omsorgsförvaltningen (VOF) som ansvarar för att tillhandahålla och utföra hälso- och sjukvård.

**Referens**

Christine Vojnovic  
christine.vojnovic@botkyrka.se

**Mottagare**

Vård- och omsorgsnämnden

## Patientsäkerhetsberättelse 2020 inklusive patientsäkerhetsplan 2021

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner Patientsäkerhetsberättelse 2020 inklusive patientsäkerhetsplan 2021.

### Sammanfattning

Vårdgivaren har ett övergripande ansvar för att den hälso- och sjukvård som kommunen erbjuder uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god och säker vård. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. En gemensam patientsäkerhetsberättelse sammanställs årligen av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) för samtliga verksamheter inom vård- och omsorgsförvaltningen (VOF) som ansvarar för att tillhandahålla och utföra hälso- och sjukvård.

### Ärendet

I patientsäkerhetslagen 3 kap § 9 och 10 anges vårdgivarens dokumentationsskyldighet. Vårdgivaren ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten. Vårdgivaren ska senast den första mars varje år upprätta patientsäkerhetsberättelsen. I patientsäkerhetsberättelsen ska det framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående år, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat har uppnåtts.

Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den. I SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, har vårdgivaren dokumentationsskyldighet ytterligare förtydligats, med egenkontroller, samverkan, riskanalys, klagomål, synpunkter, avvikelser och vårdskador. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar.



Patientsäkerhetsberättelsen ska tydligt redovisa vilka resultat och mål som uppnåtts under föregående år i form av granskningar, kontroller, mätningar, resultat i kvalitetsregister och utbildningsinsatser. Samtidigt upprättas en plan för patientsäkerhetsarbetet till innevarande år 2021. Planen för det strukturerade patientsäkerhetsarbetet ska följas av alla ansvariga medarbetare på vård- och omsorgsförvaltningen.

### **Förbättringsområden 2021**

Målen från 2020 års patientsäkerhetsplan innehöll, bortsett från hygien, ett flertal områden som identifierades under 2019. Ett av målen var att ta fram nya riktlinjer och rutiner gällande hälso- och sjukvård. Då riktlinjer och rutiner ligger till grund för stora delar av kvalitetsarbetet är det ett mål som har prioriterats under året men även fortsättningsvis.

Årets patientsäkerhetsarbete har i stora delar präglats av covid-19. De äldre och sköra medborgarna löper störst risk för att drabbas av allvarlig sjukdom eller dödsfall och under året har patientsäkerhetsarbetets fokus varit att minska smittspridning.

Under året har även verksamheterna och personalen utsatts för stora påfrestningar. Personalen har hanterat en helt ny sjukdom, tvingats improvisera och snabbt sätta sig in i nya rutiner och anpassa sig till nya rekommendationer.

Patientsäkerhetsplanen för 2021 innehåller flera av de områden som sedan tidigare ingår i en långsiktig plan för att upprätthålla och förbättra patientsäkerheten.

### **Ekonomiska konsekvenser av beslutet**

Vilka de ekonomiska konsekvenserna blir utifrån patientsäkerhetsberättelsen är svåra att avgöra. I de granskningar och inspektioner som genomförts under 2020 har ett flertal brister blivit synliga och dokumenterats. Även åtgärder från föregående års påtalade brister har följts upp under 2020 och dokumenterats mer systematiskt än tidigare. De granskningar och inspektioner som har genomförts är väl dokumenterade vilket underlättar för kommande uppföljningar som ska ske under 2021. Verksamheterna har skrivit handlingsplaner och påbörjat åtgärderna genom att se över sina förbrukningsartiklar och framtida inköp, som exempelvis är inköp av tvättkorgar och uppsättning av väggfasta hållare.

De ekonomiska konsekvenserna av att anta patientsäkerhetsberättelsen medför inga kostnader men åtgärderna kan ge kostnader separat. Det är svårt



att kunna beräkna ekonomiska konsekvenser innan beslut om åtgärder har antagits.

Petra Oxonius  
**Omsorgsdirektör**

Christina Almqvist  
**Kvalitetschef**

## **Bilaga**

Patientsäkerhetsberättelse 2020 inklusive patientsäkerhetsplan 2021

**Expedieras till:**

# DET HÄR ÄR BOTKYRKA

## Patientsäkerhetsberättelse 2020

Patientsäkerhetsplan 2021 von/2021:00017





## Innehåll

Sammanfattning .....	4
Struktur.....	5
Övergripande mål och strategier .....	5
Organisation och ansvar .....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	6
Patienters och närståendes delaktighet.....	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	7
Klagomål och synpunkter.....	8
Egenkontroll .....	8
Process.....	10
Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....	10
Riskanalys .....	14
Utredning av händelser - vårdskador .....	15
Informationssäkerhet.....	15
Resultat och analys.....	15
Egenkontroll .....	15
Punktprevalensmätningar på vård- och omsorgsboende för äldre .....	21
Avvikelse .....	24
Klagomål och synpunkter.....	26
Händelser och vårdskador .....	27
Mål och strategier för kommande år .....	27
Riktlinjer och rutiner .....	27
Hälso- och sjukvårdsorganisation .....	27
Kvalitetsgranskning.....	27
Egenkontroller.....	27
Vårdhygien .....	28
Medicintekniska produkter och skyddsutrustning.....	28
Munhälsa .....	28
Dokumentation .....	28
Informationsmaterial .....	28
Dagliga verksamheter.....	28
Nutrition inom LSS .....	28

## Sammanfattning

Botkyrka kommun har liksom stora delar av landet periodvis haft en stor smittspridning av covid-19. De äldre och sköra medborgarna är de som löper störst risk att drabbas av allvarlig sjukdom eller dödsfall och under året har patientsäkerhetsarbetets fokus varit att minska smittspridning.

Vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter har vissa perioder haft en hög personalfrånvaro, medarbetarna har hanterat en helt ny sjukdom, tvingats improvisera och snabbt sätta sig in i nya rutiner och anpassa sig till nya rekommendationer från myndigheter. Situationen har tidvis varit mycket ansträngd och samtidigt har äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården blivit granskad av såväl allmänhet, myndigheter och media.

Årets granskningar och uppföljningar har inte kunnat utföras som planerat, men samtidigt har några av målen ur 2020 års patientsäkerhetsplan verkligen lyfts fram. Ett viktigt och grundläggande område som identifierades redan föregående år var arbetet med hygienrutiner. Coronapandemin har belyst vikten av basala hygienrutiner för att bryta smittkedjor och hindra smittspridning. Förvaltningen har utfört omfattande insatser som lett till ökad kunskap och följsamhet.

Målen från 2020 års patientsäkerhetsplan innehöll, bortsett från hygien, ett flertal områden som identifierades under 2019. Ett av målen var att ta fram nya riktlinjer och rutiner gällande hälso- och sjukvård. Då riktlinjer och rutiner ligger till grund för stora delar av kvalitetsarbetet är det ett mål som prioriterats under året.

Patientsäkerhetsplanen för 2021 innehåller flera av de områden som sedan tidigare ingår i en långsiktig plan för att upprätthålla och förbättra patientsäkerheten. Bland annat kommer förvaltningen arbeta vidare med att bygga upp ledningssystemet för hälso- och sjukvård, granska patientjournaler i syfte att förbättra kvaliteten på dokumentationen och utveckla avvikelshanteringen.



## **Struktur**

### Övergripande mål och strategier

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

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården i Botkyrka kommun. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare. Ett arbete med att utveckla ledningssystemet inom den kommunala hälso- och sjukvården har påbörjats och det arbetet fortgår. Bland annat har nya riktlinjer och vägledning för rutiner tagits fram och arbetet med att förbättra rutiner för avvikelshantering och egenkontroller pågår.

### Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren har ett övergripande ansvar för att den hälso- och sjukvård som kommunen erbjuder uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Vårdgivaren ska enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå:

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

## **Vård- och omsorgsnämnden**

Vård- och omsorgsnämnden har som ansvarig vårdgivare det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls.

## **Medicinskt ansvarig sjuksköterska**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ansvar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. MAS ska upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som ska finnas i verksamheten. MAS ska utöva sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med patientsäkerhet och kvalitet. Vidare ska MAS se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända och följs, att det finns nödvändiga direktiv och instruktioner för sjukvårdsverksamheten, att personalen har den kompetens som verksamheten kräver och att patienten får den vård och behandling som ordinerats av läkare. Ansvaret avser den vård och behandling som patienten ges samt de krav som ställs på bland annat läkemedelshantering, dokumentation och anmälan av vårdskador.

I Botkyrka finns två medicinskt ansvariga sjuksköterskor som ansvarar för olika områden, äldreomsorg samt funktionsnedsättningsområdet och socialpsykiatri.

## **Omsorgsdirektör**

Omsorgsdirektören har ett övergripande ansvar för att planera, leda, samordna och utveckla verksamheten så att patientsäkerhet, god vård och omsorg säkerställs.

### **Verksamhetschef enligt 4 kap 2 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)**

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet finns en verksamhetschef som svarar för verksamheten. Verksamhetschef säkerställer att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses (4 kap. 1 § Hälso- och sjukvårdsförordningen, 2017:80).

### **Hälso- och sjukvårdspersonal**

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för hur de fullgör sina arbetsuppgifter. I Patientsäkerhetslagen (2010:659) står att hälso- och sjukvårdspersonalen har följande ansvar:

- Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet
- Patienterna ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård
- Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten
- Patienten ska visas omtanke och respekt

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska vidare bidra till en hög patientsäkerhet. Därför har de en skyldighet att rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren.

### **Stödfunktioner**

Flera olika verksamheter och funktioner bidrar till att säkerställa patientsäkerheten. Storsthlm och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) bidrar till omvärldsbevakning av hälso- och sjukvården, Patientnämnden tar emot klagomål och synpunkter, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har ett tillsynsansvar och Vårdhygien och Smittskydd bidrar med specialistkompetens inom vårdhygien och infektioner.

Enheten för kvalitet och utredning inom vård- och omsorgsförvaltningen har också viktiga funktioner och ansvarar för bland annat IT, journalsystem, kvalitetsledningssystem, viss implementering och utbildningsinsatser.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

I patientsäkerhetslagen står att en vårdskada är "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården". En vårdskada kan uppstå på grund av den vård och behandling som patienten fått men också av att patienten inte har fått den vård som behövs.

Inom den kommunala hälso- och sjukvården har flera processer identifierats där risk för vårdskada föreligger, bland annat:

- In- och utskrivning till/från slutenvården
- Ny patient på särskilt boende
- Ny patient på dagverksamhet/daglig verksamhet

Exempel på aktuella samverkansöverenskommelser och samverkanspunkter:

- Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård
- Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för äldre
- Samverkan vid vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt
- Lokal samverkansöverenskommelse avseende läkarinsatser mellan Familjeläkarna i Saltsjöbaden och Botkyrka kommun
- Uppsökande verksamhet för vissa äldre och funktionshindrade, munhälsa
- Samverkan mellan habiliteringen och Botkyrka kommun
- Samverkansmöten med Tema äldre på Karolinska sjukhuset i Huddinge. Huddinge kommun och Familjeläkarna i Saltsjöbaden deltar.
- Nestor har flera olika mötesplatser och samverkansprojekt
- Samarbete mellan biståndshandläggarna och MAS
- Samverkansmöten mellan vårdcentralerna och den kommunala hälso- och sjukvården
- Nätverksmöten för olika hälso- och sjukvårdsprofessioner

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659, 3 kap. 4 §

Patienter och närstående ska ges möjlighet till delaktighet vid vårdplaneringar, vid synpunktshantering, anhörigmöten, boendemöten eller andra möten i det dagliga arbetet. För att informationsöverföring ska kunna ske inhämtas samtycke från patienten. Patienter och närstående har även rätt att ta del av utredningar av vårdskador och anmälningar enligt lex Maria.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 5

Det är viktigt att alla medarbetare är delaktiga i kvalitetsarbetet. Risker måste uppmärksammas så att antalet vårdavvikelse minimeras genom förebyggande insatser och systematiskt förbättringsarbete i organisationen.

Rapportering av avvikande händelser är en viktig del i det systematiska förbättringsarbetet vilket består av avvikelshantering, riskanalys och egenkontroll. Alla avvikelser ska rapporteras, registreras, utredas och åtgärdas. Det är den som upptäcker något avvikande som ska rapportera detta till närmaste chef. Det kan handla om både risker, tillbud eller negativa händelser.

Akuta insatser ska åtgärdas direkt och sedan analyseras avvikelse rapporten i multiprofessionella team för att få fram bakomliggande orsaker och kunna förebygga att något liknande händer igen. Allvarliga vårdskador ska alltid utredas av MAS och skickas till IVO.

### Klagomål och synpunkter

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

Alla medborgare kan lämna klagomål och synpunkter till Medborgarcenter som ansvarar för att fördela synpunkten eller klagomålet till berörd chef och sedan återkoppla svar till medborgaren. Medborgare kan också vända sig direkt till Patientnämnden med sina klagomål och synpunkter som sedan skickar dem vidare till vård- och omsorgsförvaltningens registrator. Ärendet diarieförs då och skickas till ansvarig utredare/chef. Klagomål och synpunkter kan även lämnas direkt till verksamheten där ansvarig chef ansvarar för att utreda och återkoppla.

### Egenkontroll

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

Enligt Socialstyrelsens krav ska egenkontroller utföras i alla verksamheter som bedriver vård- och omsorg. Egenkontroller görs för att kontrollera att den egna verksamheten följer de beslutade rutiner och lagar som finns. I tabellen nedan visas de egenkontroller som har utförts under året. Resultatet från egenkontrollerna redovisas under rubriken *Resultat och analys*.

<b>Egenkontroller</b>	<b>Beskrivning</b>	<b>Verksamhet</b>
Basala hygienrutiner och klädregler	Mätning av personalens följsamhet och förutsättningar till basala hygienrutiner och klädregler.	Samtliga verksamheter där vård- och omsorgsarbete bedrivs.
Hygienrond	Kontroll av lokaler och förutsättningar för följsamhet av hygienrutiner. Utförs vid behov.	Vård- och omsorgsboende för äldre, gruppboende LSS.
BPSD-registret	Kvalitetsregister med NPI-skattning (Neuro Psychiatric Inventory Scale) för att kartlägga och åtgärda beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Bedömning/uppföljning minst var 6:e månad på vård- och omsorgsboendena.	Vård- och omsorgsboende för äldre.
Senior alert	Kvalitetsregister med riskbedömning och åtgärder för fall, trycksår, undernäring och munhälsa. Bedömning/uppföljning minst var 6:e månad på vård- och omsorgsboendena.	Vård- och omsorgsboende för äldre.
Svenska palliativregistret	Kvalitetsregister som följer upp vård i livets slut. Registrering efter dödsfall.	Vård- och omsorgsboende för äldre.
Symfoni, munhälsa	Kontroll av att munhälsobedömningar och utbildningar i munhälsa utförs på boende med särskild service enligt LSS och vård- och omsorgsboende.	Vård- och omsorgsboende för äldre, gruppboende LSS.
Läkemedelsgranskning	En extern granskning av läkemedelshandlingen utförs årligen.	Vård- och omsorgsboende för äldre, gruppboende LSS.
Fastmätning	Mätning i tre hela dygn, fyra gånger per år. Bland annat kontrolleras nattfastans längd.	Vård- och omsorgsboende för äldre.

## **Process**

Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Planen för 2020 var att arbeta med flera olika förbättringsområden som uppmärksammades under 2019. På grund av rådande pandemi fick dock flera insatser skjutas upp och planeras istället till nästkommande år. Några åtgärder har dock kunnat utföras eller påbörjats under 2020. Nedan följer åtgärder och reflektioner till följd av covid-19 pandemin, vad som gjorts utifrån patientsäkerhetsplan 2020 samt deltagande i nationella punktprevalensmätningar.

## **Minska smittspridning**

Äldre och sköra patienter är de riskgrupper som löper störst risk att drabbas av allvarlig sjukdom eller avlida om de smittas av covid-19. Därför har en stor del av patientsäkerhetsarbetet riktats mot att minska smittspridning med olika insatser. En betydande del har det handlat om åtgärder för att förbättra de basala hygienrutinerna. En annan viktig del, särskilt i början på året, var att säkra tillgången på skyddsutrustning. I Botkyrka byggdes det snabbt upp en organisation kring skyddsutrustning och andra produkter som behövs för att kunna upprätthålla hygienrutiner och idag finns det ett centrallager med dessa artiklar. I början av pandemin fanns en begränsad kunskap om covid-19 och vilka förhållningsregler som skulle gälla, vilket ledde till en oro hos såväl patienter som medarbetare. I takt med att kunskapen om smittvägar och behandlingsmetoder ökade, har även rutiner och checklistor tagits fram och används som ett stöd i verksamheterna.

Provtagning av covid-19 har också varit en stor del i att minska smittspridningen. Regionens rutiner för provtagning vid misstänkt covid-19 har ändrats under året. I början provtogs det väldigt sparsamt, men efter hand ökade kapaciteten. Vård- och omsorgsboendena för äldre deltog under våren i ett kvalitetsarbete tillsammans med Familjeläkarna där de fick möjlighet att utföra antikroppstester och symtomscreening på personalen. Det var sjuksköterskor från hälso- och sjukvårdsenheten som utförde testerna. Precis som med provtagningskapaciteten ökade allteftersom även möjligheten till smittspårning. Smittspårning med provtagning av patienter och personal på vård- och omsorgsboendena för äldre är ytterligare en del i att hindra smittspridning. På vård- och omsorgsförvaltningen följs antal smittade eller misstänkt smittade på de olika enheterna. Även personalfrånvaro följs som ett led i att upptäcka trender som kan tyda på ökad spridning.

I och med att det under våren infördes besöksförbud på vård- och omsorgsboendena krävdes också nya lösningar för att de boende skulle kunna upprätthålla sociala kontakter och minska psykisk ohälsa. Tekniska lösningar sattes in och särskilda mötesplatser anordnades. I tider utan besöksförbud togs det fram lösningar för att besöken skulle bli så säkra som möjligt. Alla boenden har tagit fram tydliga besöksrutiner, haft besöksvärdar och kunnat erbjuda skyddsutrustning till alla besökare.

## **Vårdnivå och organisation**

En stor del av vård- och omsorgsförvaltningens patienter tillhör riskgrupper som varit särskilt utsatta under pandemin. Verksamheterna har ställts inför utmaningar som öppnat upp för samtal kring den kommunala hälso- och sjukvårdens förutsättningar och organisering. Diskussioner pågår både inom kommunen och nationellt om vilken nivå det ska vara på den kommunala hälso- och sjukvården. Det är diskussioner som är avgörande för vilken kompetens, bemanning och medicinteknisk apparatur som bör finnas. De medborgare som

Idag flyttar in på ett vård- och omsorgsboende är ofta multisjuka och kräver en högre nivå av hälso- och sjukvårdsinsatser. Samtidigt har de administrativa arbetsuppgifterna för sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter ökat och tiden för att handleda och utbilda personal minskat. Utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv är det viktigt att fortsätta titta på vilka förutsättningar som finns för att bedriva en god och säker vård inom kommunen. En av åtgärderna som införts på vård- och omsorgsboendena för äldre är inköp av saturationsmätare för att kunna mäta syresättningen hos patienterna. Detta medför bland annat att rutiner vid inskrivning behöver ändras så att sjuksköterskan kan registrera ett utgångsvärde för syresättningen. Tidigare användes en klinisk bedömning av syresättningen, men detta anses inte längre vara tillräckligt.

I början på pandemin uppdagades det hur sårbar organisationen var när utrustning och material ej kom som planerat. I Botkyrka byggdes en organisation upp snabbt och ingen verksamhet behövde vara utan skyddsutrustning och annat material för att upprätthålla hygienrutiner. Kommunen behöver vara förberedd på extraordinära situationer som exempelvis en pandemi eller andra krissituationer och därför pågår planer på hur det nuvarande centrallagret även skulle kunna fungera som ett beredskapslager.

### **Riktlinjer och rutiner**

Att ha tydliga riktlinjer och rutiner är en viktig del i kvalitetsarbetet och därför har framtagandet av detta prioriterats. Medicinskt ansvariga sjuksköterskor har i en arbetsgrupp tillsammans med medicinskt ansvariga sjuksköterskor från Nykvarn, Södertälje och Nynäshamn, under 2020 tagit fram nya riktlinjer för den kommunala hälso- och sjukvården. Dessa riktlinjer är nu redo att implementeras och kompletteras med rutiner i verksamheterna. Till riktlinjedokumentet följer även en vägledning som verksamheterna kan använda som stöd i det arbetet. Implementering av nya riktlinjerna och framtagning av nya anpassade rutiner förväntas pågå under en längre period och en tidsplan för det arbetet ska tas fram i samråd med verksamheterna.

### **Kvalitetsgranskning**

Förvaltningen hade för avsikt att ta fram en ny modell för kvalitetsuppföljning för hälso- och sjukvård. Detta blev inte klart under 2020 och kvalitetsgranskningen kunde inte utföras som planerat. En hygienrond med fokus på granskning av förutsättningar för basala hygienrutiner utfördes dock av MAS på samtliga vård- och omsorgsboenden för äldre efter sommaren, resultatet presenteras under rubriken *Resultat och analys*. Vård- och omsorgsboendena för äldre har även deltagit i nationella punktprevalensmätningar under året, se rubriken nedan.

MAS inom funktionsnedsättningsområdet har genomfört granskningar på gruppboendena, daglig verksamhet och har följt upp förutsättningarna utifrån följsamhet till hygienrutiner, städning och klädregler.

### **Punktprevalensmätningar inom vård- och omsorgsboende för äldre**

Under året har vård- och omsorgsboendena för äldre deltagit i flera nationella mätningar. Svenska HALT är en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning på särskilt boende. Både Svenska HALT och trycksårsmätningen utfördes av hälso- och sjukvårdsenhetens personal.

Mätning av basala hygienrutiner och klädregler utfördes två gånger i år. Under våren utfördes den av hälso- och sjukvårdspersonal och under hösten utfördes den av de vårdhygienombud

som arbetar som omsorgspersonal på enheterna. Resultat presenteras under rubriken *Resultat och analys*.

### **Egenkontroller**

En plan för vilka egenkontroller inom hälso- och sjukvård som ska läggas in i det digitala kvalitetsledningssystemet Stratsys har tagits fram, men införandet av egenkontroller i Stratsys har skjutits fram till 2021. MAS har utformat ett nytt egenkontrollprogram för vårdhygien som innefattar både observationer, självskattning och checklistor. Både tidsplan för utförande och form för uppföljning och förbättringsarbete finns beskrivet. Planen är att alla verksamheter som bedriver vård- och omsorgsarbete ska kunna använda sig av egenkontrollprogrammets olika delar.

### **Uppföljning**

I mars 2020 planerades en omorganisation av hälso- och sjukvårdspersonalen. På grund av pandemin sköts planerna upp och diskussioner pågår kring hur en eventuell omorganisation kan komma att se ut och vad det skulle innebära. MAS följer utvecklingen för att säkerställa att en eventuell omorganisation främjar en god patientsäkerhet.

### **Klagomål och synpunkter**

Formella synpunkter och klagomål ska registreras i ett ärende i public 360. Klagomål och synpunkter som lämnas direkt till enheten hanteras lokalt. Medborgare och anhöriga informeras även om möjligheten att lämna klagomål och synpunkter via Patientnämnden. En länk till Patientnämnden har lagts upp på hemsidan.

### **Journalgranskning**

Redan i slutet på 2019 påbörjades ett arbete med MAS och hälso- och sjukvårdspersonalens dokumentationsgrupp där syftet var att ta fram mallar för att underlätta journalgranskning. Arbetet pausades då och ett nytt journalsystem ska implementeras. Journalgranskning har under året endast utförts i samband med avvikelser.

### **Riskbedömningar**

Ett av målen för 2020 var att öka andelen åtgärdsplaner och andelen utförda åtgärder vid risk i Senior alert. Målet har inte uppnåtts. En bidragande orsak har varit att hälso- och sjukvårdspersonalen har varit tvungna att prioritera de praktiska åtgärderna under pandemin. Se även rubriken *Resultat och analys*.

### **Delegering**

MAS för vård- och omsorgsboendena hade planerat att utföra slumpmässiga stickprovskontroller av medarbetarnas kompetens under året. Detta är ej utfört som planerat. MAS inom funktionsnedsättningsområdet har ställt slumpmässiga frågor utifrån medarbetarens kompetens i samverkan med farmaceut. Denna stickprovskontroll utfördes i samband med läkemedelsgranskningen under hösten.

Delegeringsrutinen för läkemedelshantering har reviderats under 2020. Till rutinen hör också material kring delegering och läkemedel samt sondmatning och insulin som är reviderat under 2020.



## **Hygien**

På grund av rådande pandemi och smittspridning har ett stort fokus under året varit att förbättra verksamheternas vårdhygienrutiner. Förvaltningen har tagit fram ett "Arbeta säkert"-paket. MAS har deltagit i utbildningsinsatser, spelat in filmer, haft fysiska och digitala möten, deltagit i införandet av vårdhygienombud i alla verksamheter, tagit fram ett egenkontrollprogram för vårdhygien, utbildat nya vårdhygienombud i basala hygienrutiner och i hur egenkontroller och punktprevalensmätningar ska utföras samt granskat förutsättningarna för medarbetarna att arbeta enligt basala hygienrutiner. Samtliga medarbetare har även utfört flera obligatoriska e-utbildningar om basala hygienrutiner.

## **Vård i livets slut, palliativ vård**

Dödsfall registreras enligt rutin i Svenska palliativregistret. Den planerade uppföljningen av vård i livets slut har inte genomförts på grund av praktiska svårigheter i samband med pandemin. Dock har andra granskningar, bland annat av Inspektionen av vård och omsorg, lett till att slumpvisa journaler innehållande vård i livets slut har granskats av MAS. Då dessa journaler fördes under en extraordinär situation planerar nu MAS istället för en riktad journalgranskning av vård i livets slut.

## **Munhälsa**

Ett mål för 2020 var att alla enheter skulle ha fått utbildning i munhälsa. Pandemin satte stopp för de fysiska utbildningarna, men nu har företagen fått ställa om och kan erbjuda digitala utbildningar istället. De flesta enheter har inte haft utbildning än, men ett flertal har nu bokat in utbildning till 2021.

## **Nutrition**

Vikt på patienter tas varje månad sedan 2020, istället för var tredje som tidigare. Syftet är att snabbare kunna upptäcka viktneigung. Fastemätningar har utförts enligt plan under året.

## **Informationsmaterial**

En arbetsgrupp tillsattes för att se över vilken information som behövs gällande den kommunala hälso- och sjukvården i Botkyrka kommun. Arbetet initierades och det finns en påbörjad webbsida på botkyrka.se och en del informationsmaterial är klart. Arbetet fortgår under 2021.

## **Samverkan**

Samverkan under pandemin har varit otroligt viktigt. Både för att få information, men även för att dela med sig av erfarenheter mellan olika verksamheter, myndigheter, vårdgivare med flera. MAS har under pandemin deltagit i olika samverkansgrupper, krisledning och har gett stöd till andra verksamheter inom förvaltningen.

Flera nya samverkansformer har inletts, bland annat med Regionen och Länsstyrelsen. MAS-nätverket har haft tätare möten. Samverkan och möten med läkarorganisationen har skett med ökad frekvens. Samtidigt har samverkan med Tema åldrande vid Karolinska sjukhuset i Huddinge och Huddinge kommun utvecklats och fortsatt.

Samverkan mellan MAS för funktionsnedsättningsområdet och MAS från Nacka, Huddinge, stadsdelarna i Stockholm har fortsatt med mycket tätare möten.

### **Medicintekniska produkter**

En inventering av samtliga hjälpmedel inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter påbörjades redan i slutet på 2019. Det krävs en tydligare ansvarsfördelning kring hanteringen av hjälpmedel och ett digitalt system för registrering av hjälpmedel skulle troligtvis underlätta hantering, skapa förutsättningar för att klara lagkraven på spårbarhet och minska kostnaderna. Arbetet har fortsatt under året med hjälp av hälso- och sjukvårdsenheten som bland annat märkt upp och registrerat befintliga hjälpmedel.

Skyddsutrustning och förbrukningsartiklar kopplat till hygienrutiner hanteras i nuläget av ett centrallager. Kommunen ser över möjligheten att ha ett centrallager/beredskapslager och tittar samtidigt på behovet av att centralt kunna lagerhålla och distribuera kommunens hjälpmedel.

### **Kompetensutveckling för hälso- och sjukvårdspersonal**

Hälso- och sjukvårdsenheten har under hösten 2020 fått statsbidrag för utbildningsinsatser till sina medarbetare. Det har varit olika temadagar med syfte att höja kompetensen. Tanken är att sjuksköterskegruppen ska kunna handleda och stötta omvårdnadspersonal inom demenssjukdomar och psykiatri. Dessa områden var prioriterade då ensamhet och isolering samt psykisk ohälsa ökade med pandemin.

Inom utvecklingsprogrammet för kommunala sjuksköterskor har de medverkat i följande utbildningsdagar: Kommunikation, Samtal och dialog, Personlig utveckling, Att vara sjuksköterska och ledare samt Arbetsmiljö och stress.

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster har genomgått utbildning i förflyttningsteknik och handledning i demens och bemötande då detta är viktigt i alla förflyttningssituationer. Syftet är att få ett gemensamt koncept för utbildning av omsorgspersonal som skapar trygghet för patienten och god arbetsmiljö för personalen.

Enligt planeringen skulle utbildningarna hållas på plats, på ett smittsäkert sätt i en stor lokal och i mindre grupper, men då covid-19 fick ny ökad spridning fick utbildningarna efter första tillfället istället hållas digitalt. Tyvärr har detta gjort att förutsättningarna inte blev som förväntat och behållningen från utbildningarna var inte desamma som om man kunde träffats fysiskt och diskutera i grupper under utbildningstillfällena.

En av sjuksköterskorna har tagit fram utbildningspaket med material om delegering samt basal omvårdnad som ska användas av sjuksköterskor i samverkan med enhetschef på enheterna för att höja omvårdnadspersonalens kompetens. Detta knyter också an till utvecklingsprogrammet för kommunala sjuksköterskor. Tanken är att stärka sjuksköterskorna och kompetensutveckla dem, för att de i sin tur ska kunna stärka och höja kompetensen hos omvårdnadspersonalen tillsammans med enhetschefen.

### **Riskanalys**

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

Individuella riskanalyser utförs på vård- och omsorgsboenden kontinuerligt utifrån BPSD-registret och Senior alert för att kunna sätta in tidiga åtgärder och förhindra vårdskador.

Riskanalys ska även genomföras inför alla förändringar i verksamheten för att säkerställa att förändringen inte drabbar patienterna på negativt sätt. Beroende på förändring sätts en arbetsgrupp ihop som bedömer risker och planerar adekvata åtgärder. En riskanalys kan också

utföras i samband med upptäckta brister, som till exempel under en hygienrond eller läkemedelsgranskning. Flera riskanalyser har utförts under året på grund av pandemin, men även vid risk i samband med värmebölja.

#### Utredning av händelser - vårdskador

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

Inom äldreomsorgen diskuteras vårdavvikelser i multiprofessionellt team på vård- och omsorgsboendena och åtgärder kan sättas in snabbt. Inom funktionsnedsättningsområdet deltar hälso- och sjukvårdspersonalen i utredningarna, även om det inte sker i samma utsträckning som på vård- och omsorgsboendena. Många utredningar efter vårdavvikelser resulterar främst i individåtgärder som till exempel läkemedelsändring eller anpassat hjälpmedel. Dock är det vissa händelser som resulterar i att rutiner behöver ändras eller att miljön behöver anpassas. Hälso- och sjukvårdspersonalen diskuterar inträffade avvikelser på APT.

#### Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

I Botkyrka har man sedan tidigare bestämt vilken behörighet som ska ges till olika personalgrupper och ingen förändring är gjord under året. Ett fåtal patientjournaler har slumpmässigt granskats under 2020. En brist i flera journaler är att bedömningar som inte lett till åtgärd sällan dokumenteras. Detta är rapporterat till ansvariga chefer och åtgärder ska sättas in kring detta i samband med att nytt system och nya rutiner införs.

Logg-kontroller utförs kontinuerlig av IT-enheten, inga avvikelser är rapporterade.

#### Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

#### Egenkontroll

##### Basala hygienrutiner och klädregler

Under 2020 har kontroller utförts i varierande grad på vård- och omsorgsboendena. Enligt granskningarna som gjordes i samband med de riktade hygienronderna framkom det att det på alla enheter utförs någon form av egenkontroll, men att det sällan förekommer återkoppling till personalgruppen. Resultaten från dessa egenkontroller har inte dokumenterats på grund av tidsbrist och presenteras därmed inte i årets patientsäkerhetsberättelse. Däremot finns resultat för basala hygienrutiner och klädregler med i resultatet från punktprevalensmätningarna.

I bostad med särskild service enligt LSS har vårdhygienombud och enhetscheferna under året arbetat vidare med att säkerställa så grunderna efterlevs utifrån de basala hygienrutinerna och klädreglerna. Införande av MAS nya uppföljningsmodell (checklistor) som arbetas fram under våren var för att underlätta att de basala hygienrutinerna följdes dagligen och enheterna har även arbetat fram egna checklistor. Detta följs upp på arbetsplatsträffarna regelbundet.

#### Hygienrond

Utifrån de brister som uppmärksammats vid tidigare kontroller och vid besiktning av nybyggnation besökte MAS under augusti och september samtliga vård- och omsorgsboenden för att se om personalen hade rätt förutsättningar för att kunna sköta de basala

hygienrutinerna. Material ska vara lättillgängligt och det ska finnas möjlighet att exempelvis tvätta sina händer där basala hygienrutiner ska följas.

På flertalet enheter saknades ett stort antal väggfasta hållare med material och möjlighet för personalen att hantera de basala hygienrutinerna på ett enkelt vis. I många lägenheter saknades helt möjlighet för personalen att tvätta sina händer och i vissa av lägenheterna användes brukarnas diskho i kokvrån till detta.

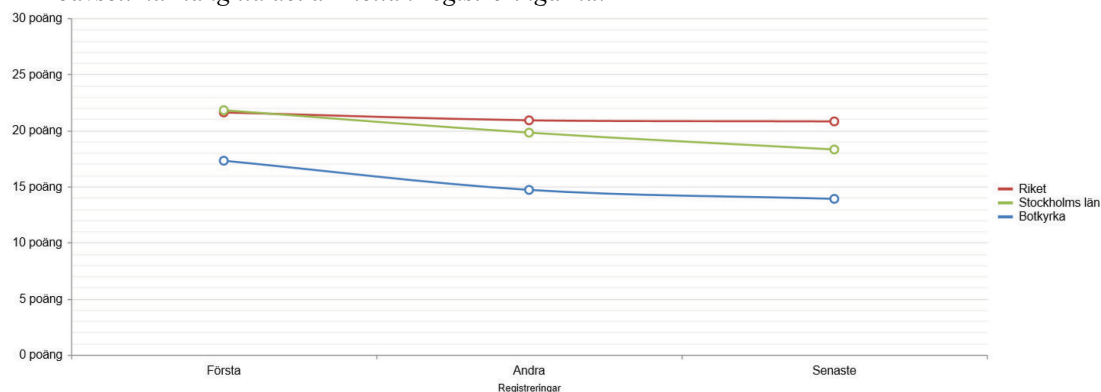
MAS har lämnat protokoll med rekommenderade åtgärder till ansvariga chefer. Verksamheten har skrivit handlingsplaner och påbörjat åtgärder som exempelvis inköp och uppsättning av väggfasta hållare.

I bostad med särskild service enligt LSS och dagliga verksamheter (DV) har MAS utfört hygienronder på samtliga enheter utifrån protokoll och då har även alltid enhetscheferna, vårdhygienombud eller samordnaren deltagit och de har själva skrivit ned åtgärder. MAS har följt upp om rutinpärmen följs, checklistor är ifyllda, att det finns förutsättningar till god handhygien, hålla avstånd, att de basala hygienrutinerna och klädregler efterlevs. Städningen har kontrollerats i tvättstugor, toaletter, förråd, omklädningsrum/utrymmen för klädbyten utifrån enheternas förutsättningar och kontroll av säkerhet och renlighet i köken har skett. Samtliga enhetschefer har fått skriftliga protokoll. Detta protokoll har även tagits upp på APT av enhetscheferna. Det finns i dag gott om skyddsmaterial, tillgång till tvål, handdesinfektion, torkduk har säkerställts. Vid MAS granskning av personal hade några fåtal glömt att ta av sig sin klocka, armband eller ring på fingret. Under året har det ofta varit brist på olika sorters material vilket har gjort att alla enheter ännu inte fått tillgång till väggfasta hållare eller tvättkorgar.

### BPSD registret

BPSD-registret är ett kvalitetsregister som används på vård- och omsorgsboenden för äldre. I registret utförs bland annat NPI-skattningar (Neuro Psychiatric Inventory Scale) för att kartlägga och åtgärda beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Under 2020 gjordes 175 registreringar i registret. Figur 1 nedan visar att symtomen minskar över tid efter insatta åtgärder i BPSD-registret.

Figur 1, medelvärdet för samtliga registrerade personer; första, andra och den senaste registreringen, oavsett hur lång tid det är mellan registreringarna.



Källa: BPSD-registret, [https://pharos.skane.se/bpsdj\\_ki#2](https://pharos.skane.se/bpsdj_ki#2) 2021-01-06

Två sjuksköterskor utbildades i september till certifierade utbildare i BPSD. Det innebär att kommunen nu har två personer som har möjlighet att utbilda och följa upp BPSD-administratörer. I tabell 2 nedan presenteras tre kvalitetsindikatorer som kan hämtas från registret. Det finns inga tydliga förändringar från tidigare år förutom när det gäller *registrering av multiprofessionellt team*. Minskningen är troligtvis en effekt av pandemin. Att registrera tillsammans i ett multiprofessionellt team är viktigt och där har Botkyrka haft en högre andel än övriga landet även tidigare år. Även om vi ligger bra till jämfört med riket krävs fortsatta åtgärder för att minska de beteendemässiga och psykiska symtomen vid demens.

Tabell 2, kvalitetsindikatorer från BPSD-registret

BPSD (svar i procent)	2020	2019	2018
Personer som upplevs smärtfria	83.7 (riket 72.2)	87.4 (riket 71.7)	77.9 (riket 71.6)
Registrering av multiprofessionellt team	48.3 (riket 40.7)	73.3 (riket 39.3)	72 (riket 30.3)
Andel personer med Alzheimers sjukdom som har symtomlindrande demensläkemedel	52.2 (riket 56.8)	53.9 (riket 54.8)	51.4 (riket 51.9)

Källa: BPSD-registret, [https://pharos.skane.se/bpsdj\\_ki](https://pharos.skane.se/bpsdj_ki)

### Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt eller att utveckla ohälsa i munnen. Riskbedömningar enligt Senior alert utförs på samtliga patienter på vård- och omsorgsboenden 2 gånger per år eller vid behov.

Figur 2 och 3 nedan visar att resultatet inte ändrats nämnvärt sedan 2019. Antal riskbedömningar i kvalitetsregistret har minskat och fortfarande registreras inte alla utförda åtgärder vid risk. En av anledningarna som uppges är att riskbedömningar registreras både i patientjournal och i kvalitetsregister, så kallad "dubbeldokumentation". Vid tidsbrist prioriteras alltid att dokumentera i patientjournalen. Enhetscheferna och hälso- och sjukvårdspersonalen upplever att riskbedömningar och åtgärder fungerar mycket väl på grund av att de arbetar i multiprofessionella team på boendegenomgångar och gemensamma möten.

Figur 2, vårdprevention Senior alert 2020

	Unika personer	Vårdprevention			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Botkyrka kommun	424	93% ↑ 592 av 638	81% ↓ 478 av 592	89% ↔ 525 av 592	57% ↓ 280 av 490
Trycksår		29% ↑ 188 av 638	86% ↓ 162 av 188	91% ↓ 171 av 188	60% ↓ 87 av 144
Undernäring		60% ↓ 380 av 638	84% ↓ 320 av 380	90% ↓ 342 av 380	61% ↓ 195 av 318
Fall		76% ↔ 487 av 638	85% ↓ 415 av 487	89% ↓ 435 av 487	63% ↓ 244 av 389
Munhälsa		60% ↑ 361 av 606	82% ↑ 296 av 361	89% ↑ 321 av 361	57% ↓ 174 av 307

Figur 3, vårdprevention Senior alert 2019

	Unika personer	Vårdprevention			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Botkyrka kommun	456	90% ↓ 676 av 748	82% ↔ 555 av 676	89% ↓ 602 av 676	68% ↓ 396 av 582
Trycksår		25% ↓ 189 av 748	87% ↑ 164 av 189	94% ↓ 178 av 189	75% ↑ 136 av 181
Undernäring		63% ↑ 474 av 748	88% ↑ 415 av 474	93% ↓ 441 av 474	74% ↔ 321 av 431
Fall		76% ↓ 571 av 748	88% ↔ 505 av 571	93% ↓ 531 av 571	73% ↓ 374 av 510
Munhälsa		54% ↑ 375 av 693	79% ↔ 297 av 375	87% ↓ 328 av 375	65% ↓ 183 av 280

Källa: Senior alert, 2021-01-06

### Svenska palliativregistret

Registrering i Svenska palliativregistret utförs av sjuksköterska efter dödsfall. Syftet är att följa upp vården i livets slut. Resultatet från Svenska palliativregistret nedan visar att värdena försämrats sedan föregående år. Det enda resultatet som förbättrats är andel utan trycksår som ökat marginellt. Fortfarande är det endast målvärdet för trycksår som är uppnått. Ett fortsatt arbete för att nå upp till målvärde krävs. Som ett led i detta har checklistor tagits fram och börjat användas av sjuksköterskorna på enheterna.

Tabell 3, kvalitetsindikatorer och målvärden från Svenska palliativregistret

<b>Kvalitetsindikator</b> (Svar i procent)	<b>2020</b>	<b>2019</b>	<b>2018</b>	<b>Målvärde</b>
Dokumenterat brytpunktssamtal	75.5	87.5	73.5	98
Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott	85.5	93.1	83.1	98
Ordinerad injektion ångestdämpande vid behov	83.6	91.7	84.3	98
Smärtskattats sista levnadsveckan	62.7	77.8	56.6	100
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	64.5	76.4	56.6	90
Utan trycksår (kategori 2–4)	96.4	94.4	85.5	90
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	79.1	79.2	80.7	90

Källa: Svenska palliativregistret 2021-01-06

## Symfoni, munhälsa

Munhälsoutbildningar för omsorgspersonalen ska utföras kostnadsfritt av den utförare som har uppdrag att utföra munhälsobedömningar. Regionens avtal gällande munhälsa gäller både funktionsnedsättningsområdet och äldreomsorg.

Utifrån förra årets patientsäkerhetsberättelse behövde personalens kompetens inom munhälsa prioriteras och samtliga enheter uppmanades att beställa utbildning i munhälsa. Oturligt nog gick utföraren av uppsökande verksamhet gällande munhälsa som ansvarar för utbildningarna i Botkyrka kommun i konkurs. Det tillsammans med att pandemin satte stopp för fysiska utbildningar gjorde att endast ett fåtal enheter kunnat ta del av utbildningen. Botkyrka kommun har nu ett avtal med en ny utförare och de erbjuder även digitala utbildningar. Målet är fortfarande att alla enheter ska kunna delta på utbildning i munhälsa en gång per år.

## Läkemedelsgranskning

### *Vård- och omsorgsboende för äldre och servicehus*

Varje år utförs en kvalitetsgranskning av läkemedelshantering av en extern utförare. 2020 års granskning utfördes under hösten av legitimerad apotekare från ApoEx. MAS och enhetschef för sjuksköterskorna har deltagit på samtliga granskningar. På grund av smittspridning av covid-19 och besöksförbud på vård- och omsorgsboenden för äldre har två granskningar skjutits upp. ApoEx erbjöd digital granskning, men MAS har beslutat att dessa två enheter har behov av fysiska besök.

Resultatet av granskningen visar att vård- och omsorgsboendena sammantaget har en god ordning på läkemedelshantering, men vissa rutiner behöver förtydligas och uppdateras. Återkommande på flera enheter är att det saknas en tydlighet på ordinationen av läkemedel som ska kunna ges akut, innan kontakt med sjuksköterska. Det behövs även gemensamma rutiner för hur byte av plåster ska dokumenteras på signeringslistan.

En annan sak som framkom under granskningen är att rutinen för hur vid behovsläkemedel delas ut och förvaras skiljer sig åt mellan olika vård- och omsorgsboenden. Sådana rutiner ska vara lika inom verksamhetsområden.

Vid granskningen framkom liksom tidigare år att läkemedelskåpen inte var ändamålsenliga och inte rymmer exempelvis läkemedelspärmen, som måste förvaras i låst skåp. På grund av flera stölder rekommenderas enheterna att använda ett system med personliga taggar för att även kunna se i en logg vem som varit inne i läkemedelsskåpen. Lås med tagg rekommenderas även till läkemedelsskåp på sjuksköterskeexpeditioner. Byte av läkemedelsskåp är påbörjat på vissa enheter och det finns en plan för att byta ut dem på övriga. Kvalitetsgranskaren från ApoEx hade också anmärkningar på att ytor och lokaler inte alltid är anpassade för arbete med läkemedel. Det saknas på vissa enheter bra arbetsbänkar och framförallt tillräckligt god ventilation.

### *LSS gruppboende*

Läkemedelsgranskningar har utförts av farmaceut och MAS. Resultatet av granskningen visar att LSS boendena sammantaget inte har några större brister på läkemedelshanteringen, men vissa rutiner behöver förtydligas och uppdateras. Några av bristerna som återkom på flera enheter är att det saknas egenkontroller/rutiner gällande narkotikahanteringsjournaler både i brukarnas läkemedelsskåp och hos sjuksköterskorna. Vidare saknas avvikelserapportering vid eventuella brister i rutiner för ordination av läkemedel som behöver skrivas i utökad frekvens av sjuksköterskorna, liksom tydligare dokumentation där egenvård helt eller delvis har tilldelats där det ska framgå vilka delar som egenvården gäller. Dokumentation saknas om handräckning där patienten har ett eget ansvar att hålla koll på sina läkemedel, personal ska signera med sina initialer när kod används för att underlätta spårbarheten. Rekommendation har lämnats att indikation, dosering, maximal dos per dygn skrivs på VB-listan, generikabyte ska dokumenteras i journalen.

Det framkom även att LSS sjuksköterskornas läkemedelsrum är för liten, det saknas bra arbetsytor, förvaringsmöjligheter och framför allt är ventilationen undermålig och man behöver hålla dörren öppen för att orka arbeta under längre tidsperiod. För att stärka patientsäkerheten rekommenderas även kommunen att använda sig av ett digitalt signeringssystem som underlättar arbetet och även kan påminna medarbetare om att läkemedel ska ges. Alla enheter har fått egna åtgärdsplaner. Det är viktigt att åtgärder när det gäller rutiner samplaneras av hälso- och sjukvårdsenheten så att arbetssätt blir lika inom hela verksamhetsområdet.

Förbättringsåtgärder runt läkemedelskåp och nyckelhantering har säkerställts på flera enheter sedan tidigare granskning, delegeringsrutiner och läkemedelskunskaper och dess rutiner har granskats av farmaceut och MAS. Alla enheter har fått egna åtgärdsplaner. Ökad kompetens och en bättre kontroll på delegeringar med stöd av webbutbildningarna har införts. Samverkans möten för att följa upp brister som framkom under läkemedelsgranskningen är inplanerade mellan sjuksköterskorna och enhetscheferna för gruppboende av verksamhetschef, MAS för uppföljning och detta kommer att ske under våren 2021.

### **Fastemätning**

Fastemätningar utförs fyra gånger per år på vård- och omsorgsboendena. Detta är en del i att uppnå Socialstyrelsens och Livsmedelsverkets rekommendationer om en nattfasta på max 11 timmar. Resultat för mätningarna under året 2020 har varit varierande, se tabell 4 nedan.



Resultatet för december 2020 är ännu inte klart, därför visas här december 2019 i stället. Medianvärdet har inte förändrats under denna period, däremot verkar trenden vara att det blir färre personer som har en ofrivillig nattfasta över 11 timmar och att personalen erbjuder måltid inom 11-timmarsspannet i högre utsträckning. Resultatet visar också att vissa boenden har gjort stora förbättringar medan andra ligger på ungefär samma nivå. Inom varje boende kan det skilja sig stort mellan olika avdelningar.

Tabell 4, *utveckling av nattfastans längd i timmar.*

	Dec-19	Mar-20	Jun-20	Sep-20
Medelvärde	11.51	11.37	11	11.22
Median	12	12	11	12
Andel ≤ 11 h nattfasta (%)	46	47	56	49
Andel > 11 h nattfasta som ej erbjudits måltid inom 11 h (%)	38	36	24	31

Dietist ansvarar för att sammanställa resultatet i en rapport och delge enhetscheferna. Där framkommer även förslag på åtgärder, exempelvis hur de kan erbjuda nattmål och förfrukost. Enhetscheferna ansvarar för att informera sin personal och skapa förutsättningar för att nattfastan inte ska överstiga 11 timmar på sina enheter. Dietist har bjudits in att delta vid APT och nattpersonalmöte för att utbilda och diskutera åtgärder på två boenden. Kostombuden har utbildats och delgivits recepthäfte som de kunnat ta med till sina enheter. Under år 2021 kommer fastemätningarna fortsätta med samma upplägg som tidigare.

Punktprevalensmätningar på vård- och omsorgsboende för äldre

Observera att jämförelser med tidigare år saknas då detta år är första gången kommunen deltar i punktprevalensmätningarna.

#### *Svenska HALT- vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning*

Mätningen inkluderade 189 vårdtagare. Av dessa var det 4 vårdtagare, motsvarande 2 procent, som hade en pågående antibiotikabehandling. Ingen av de med bekräftad infektion hade förvärvat infektionen på det särskilda boendet.

#### *PPM- trycksår*

Resultat från mätning av trycksår syns nedan i tabell 5. Mätningen inkluderade 307 vårdtagare varav 11 hade minst 1 pågående trycksår. Andelen med trycksår är mindre i Botkyrka än i jämförelse med resten av landet.

#### *Förklaring till kategorier:*

Kategori 1: Hel hud med rodnad som inte bleknar

Kategori 2: Ytligt sår, blåsa, avskavning av hud

Kategori 3: Fullhudsskada på hud eller underhudsvävnad

Kategori 4: Omfattande skada, vävnadsnekros eller skada av muskler, ben eller stödjande strukturer. Med eller utan fullhudsskada.

Tabell 5, resultat från mätning av trycksår

	Botkyrka	Riket
Antal inkluderade vårdtagare	307	59 741
Vårdtagare med risk för trycksår	82 (27%)	17 732 (30%)
Vårdtagare med pågående trycksår	11	3755
Andel med trycksår %	3.58%	5,81%
Totalt antal trycksår	16	4979
Trycksår kategori 1	6 (37.5%)	2264 (46%)
Trycksår kategori 2	4 (25%)	1567 (31%)
Trycksår kategori 3	6 (37.5%)	709 (14%)
Trycksår kategori 4	0	439 (9%)

#### PPM- basala hygienrutiner och klädregler

Vid mätningen av hygienregler observeras följande fyra steg:

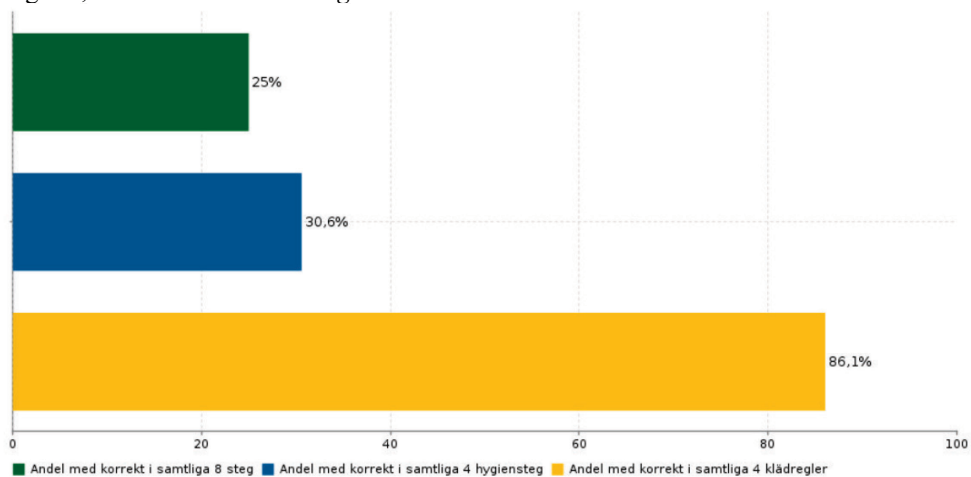
1. Desinfektion av händerna före patientnära arbete (vid undersökning, vård och behandling) samt före användning av handskar.
2. Desinfektion av händerna efter patientnära arbete (vid undersökning, vård och behandling) samt efter användning av handskar.
3. Handskar används vid kontakt med eller risk för kontakt med kroppsvätskor. Handskar byts mellan arbete med olika patienter samt mellan olika arbetsmoment hos samma patient
4. Förkläde används om det finns en risk för att arbetskläderna kommer i kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material.

Vid mätning av klädregler observeras följande fyra steg:

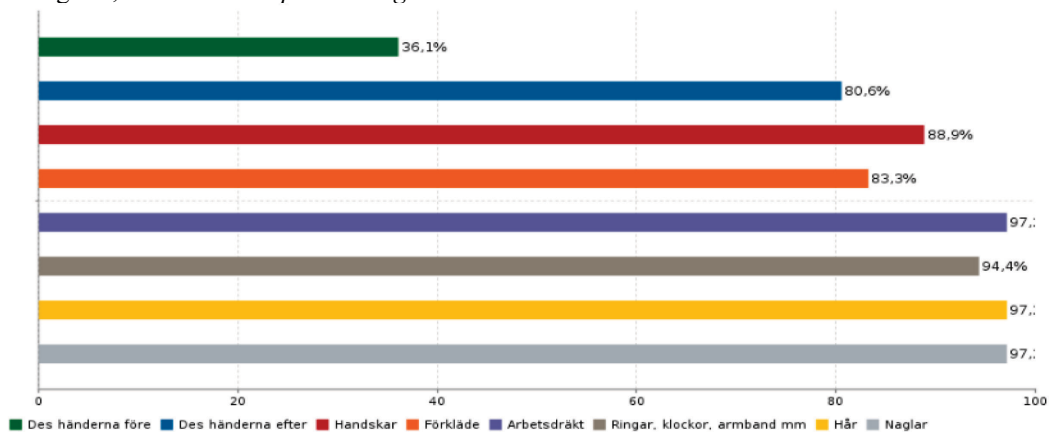
1. Arbetskläderna ska ha korta ärmar och bytas dagligen samt då de blivit våta eller synligt förorenade.
2. Händer och underarmar ska vara fria från föremål, t.ex. ringar, klockor, armbandbandage och stödskenor.
3. Naglar ska vara korta och fria från nagellack och konstgjort material. Med korta naglar menas att naglarna inte syns från handflatan. Fri från nagellack inkluderar ofärgat nagellack.
4. Hår ska vara kort eller uppsatt om det är längre än axellångt eller riskerar att hänga ner.

Vård- och omsorgsboendena deltog i två mätningar under året. Nedan följer resultatet från de båda mätningarna. I mätningen från vecka 11–12 var det endast 36 observationer och i mätningen från vecka 40–41 utfördes 71 observationer. Resultatet har avsevärt förbättrats i samtliga steg. Det sämsta resultatet återfinns fortfarande, likt tidigare, i följsamheten till att desinfektera händerna innan patientnära arbete inklusive användning av handskar.

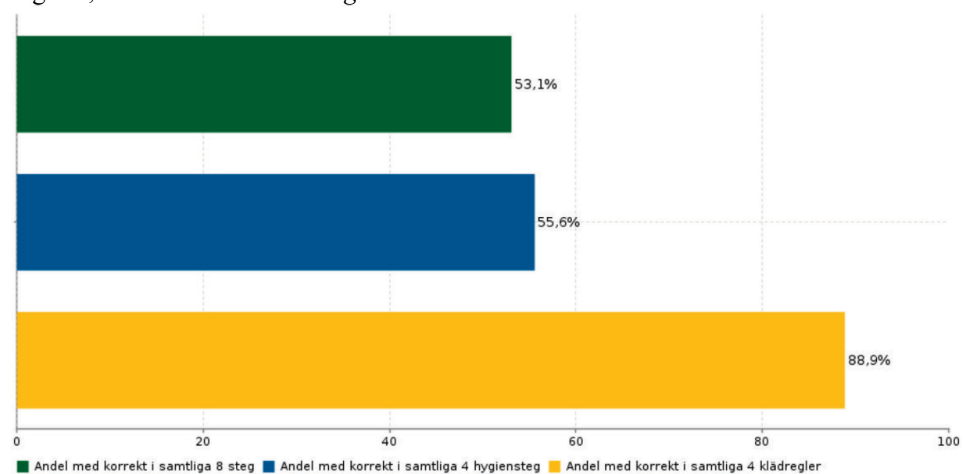
Figur 4, andel med korrekta steg vecka 11–12



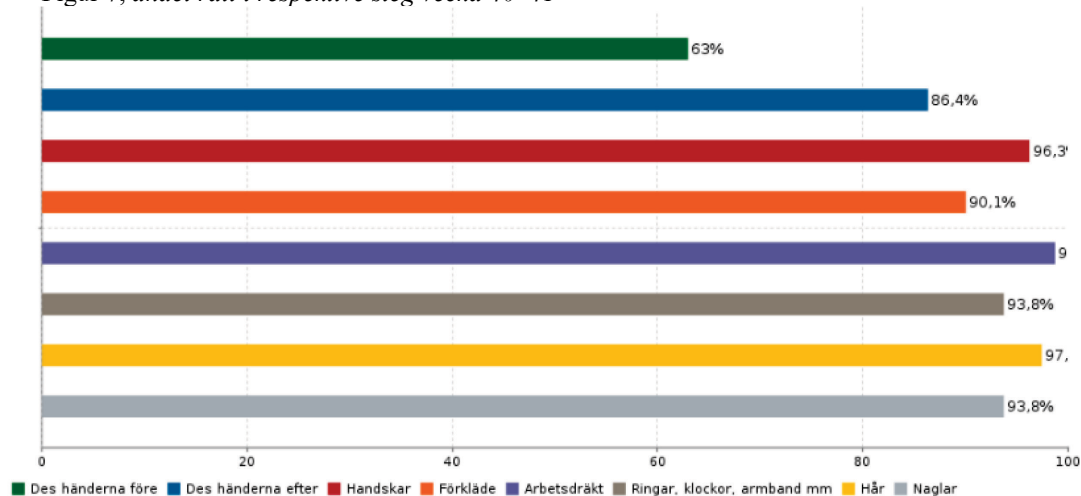
Figur 5, andel rätt i respektive steg vecka 11–12



Figur 6, andel med korrekta steg vecka 40–41



Figur 7, andel rätt i respektive steg vecka 40–41



Källa: Figur 4–7 är hämtade från SKR, PPM-databasen 2021-01-06

### Avvikelser

Enligt planeringen för 2020 skulle införandet av ett digitalt avvikelssystem för vårdavvikelser starta under hösten 2020. Tyvärr sköts införandet av det digitala systemet upp på grund av tidsbrist, men planen är att införa det i början av 2021. Observera att antal rapporterade vårdavvikelser presenteras separat för äldreomsorg och LSS från och med 2020.

### Vård- och omsorgsboende inklusive servicehus och servicelägenheter för äldre

Utifrån att det i 2019 års rapporterade avvikelser var svårt att exempelvis analysera typ av skada på fall införde MAS en rapporteringsmall i excelformat för verksamheterna. Syftet var även att de inrapporterade avvikelsetyperna skulle överensstämma med de avvikelsetyperna som senare kan väljas i det digitala systemet. Då avvikelsetyperna skiljer sig åt är det svårt att göra adekvata jämförelser från tidigare år. Av den anledningen är endast de avvikelsetyper som är likvärdiga från förra året ifyllda för år 2019. Tyvärr framkom det under insamlingen av data att redovisningen är bristfällig då det saknas avvikelser från flera avdelningar.

I en analys av antal avvikelser och vad som rapporteras är det fortfarande fallavvikelser som står för den största andelen. Fördelat på hela året innebär de rapporterade fallen i snitt två fall per dag. Av dessa fall är det 80 procent som inte leder till skada. Knappt 3 procent av fallen leder till allvarlig skada eller fraktur. Andelen rapporterade läkemedelsavvikelser har ökat marginellt. Trots detta råder med största sannolikhet en underrapportering av läkemedelsavvikelser. Utifrån en uppskattning att varje patient på vård- och omsorgsboende har tre läkemedelsdoser per dag skulle det innebära nära 450 000 dostillfällen per år. Då är bara själva överlämnandet av läkemedel inräknat. Om även beredning och signering räknas in blir siffran på tillfällen med möjliga avvikelser betydligt högre. Verksamheterna har blivit uppmanade att skriva avvikelser på allt som inte gått enligt planering och det arbetet fortsätter under implementeringen av det digitala systemet. Det finns även ett behov av utveckling och ett förtydligande av vad som innefattas i de olika kategorierna av avvikelser.

Tabell 6, antal rapporterade vårdavvikelser

AVVIKELSETYP	2020	2019
<b>FALL</b>	<b>714</b>	<b>556</b>
- Utan skada	569	*
- Mindre skada (skrapsår, mindre blåmärke)	125	*
- Allvarlig skada/fraktur	20	*
<b>LÄKEMEDEL</b>	<b>370</b>	<b>346</b>
- Utebliven dos	187	*
- Utebliven signering	109	*
- Fel dos	27	*
- Förväxling av vårdtagare	6	*
- Fel i dosett/ dospåse	41	*
- Externt fel, apotek m.fl.	0	*
<b>SAMVERKAN/INFORMATIONÖVERFÖRING</b>	<b>17</b>	<b>*</b>
- IT/telefoni	1	*
- Felaktig/utebliven journalföring	0	*
- Felaktig/utebliven information till patient/närstående	3	*
- Felaktig/utebliven rapportering/samverkan	13	*
<b>HJÄLPMEDEL/MEDICINTEKNISK PRODUKT</b>	<b>35</b>	<b>16</b>
- Handhavandefel	28	*
- Bristande underhåll	2	*
- Produktfel	5	*
- Felaktig eller ofullständig märkning/bruksanvisning	0	*
<b>VÅRDRELATERAD INFEKTION</b>	<b>46</b>	<b>1</b>
<b>OTILLRÄCKLIGA RESURSER</b>	<b>13</b>	<b>*</b>
- Bristande kompetens	4	*
- Otillräcklig bemanning	1	*
- Bristande utrustning, lokaler m.m.	8	*
<b>BRISTANDE VÅRD/BEHANDLING</b>	<b>13</b>	<b>*</b>
- Felaktigt utförd	7	*
- Utebliven/fördröjd	6	*
- Annan vårdgivare	0	*
<b>VÅRDHYGIEN</b>	<b>0</b>	<b>*</b>
<b>TRYCKSÅR</b>	<b>22</b>	<b>*</b>
- Kategori 1–2	9	*
- Kategori 3–4	13	*
<b>EXTERN AVVIKELSE</b>	<b>7</b>	<b>*</b>
- Samverkan/informationsöverföring	4	*
- Bristande vård/ behandling	3	*
<b>ÖVRIGT</b>	<b>1</b>	<b>*</b>
<b>TOTALT</b>	<b>1238</b>	<b>919</b>

\* Jämförelse ej möjlig/avvikelse typ saknas

*LSS inklusive gruppboende, servicebostad och daglig verksamhet*

Avvikelser för LSS särskildes från totala antalet avvikelser i föregående års statistik i syfte att kunna arbeta mer riktat med förbättringsåtgärder framöver. Under året 2020 fanns inte utrymme till att informera och utbilda verksamhetschef och enhetscheferna inom LSS utifrån de nya rapporteringsmallarna i excelformat, därför finns inte alla avvikelsetyper med i redovisningen.

Det framgår tydligt att antalet vårdavvikelser som rapporterats in 2020 har ökat i frekvens i jämförelse med tidigare år. Statistiken visar att det främst är avvikelser om läkemedel som rapporteras in. Några delar redovisas nedan i tabell nr 7. Det saknas i dagsläget förutsättningar för att kunna göra grundliga analyser av statistik.

Tabell 7, antal rapporterade vårdavvikelser

Avvikelseyp	2020	2019
Rutiner/riktlinje	12	*
Samverkan Teamarbete	4	*
Dokumentation/vårdplan, Hälsoplan	2	*
Fall och fallskador	8	1
Informationsöverföring rapportering	6	1
HSV-uppdrag	2	4
Läkemedel	202	78
Medicintekniska hjälpmedel/utrustning	18	3
Riskbedömning brukare/patient	5	*
TOTALT	259	87

\* Jämförelse ej möjlig/avvikelseyp saknas

Klagomål och synpunkter

Enligt Patientnämndens sammanställning av klagomål och synpunkter inom hälso- och sjukvård har det inkommit tre klagomål och/eller synpunkter till Botkyrka kommun under 2020. De klagomål och synpunkter som inkommit avser kommunens vård- och omsorgsboenden i egen regi och handlar om brister utifrån kommunikation samt vård och behandling. På grund av den ökade arbetsbelastningen under pandemin har en sammanställning av synpunkter och klagomål ej efterfrågats. Detta innebär att en övergripande sammanställning av de synpunkter och klagomål som lämnats direkt till verksamheterna saknas. För att underlätta sammanställningen av synpunkter och klagomål pågår ett arbete med att ta fram digitala lösningar som kan användas både för hantering och statistik.

Externa avvikelser, de avvikelser som skickats till andra vårdgivare, har under året hanterats av MAS och skickats vidare till respektive vårdgivare. De externa avvikelserna har uteslutande handlat om bristande samverkan/informationsöverföring.

### Händelser och vårdskador

Under året har en vårdavvikelse gällande fall resulterat i en lex Maria-anmälan. Inget beslut har inkommit från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Ett klagomål har skickats in direkt till IVO av en närstående. Klagomålet gällde ofrivillig viktnedgång på ett vård- och omsorgsboende. Händelsen är utredd av MAS och utvecklingsledare, ingen återkoppling har inkommit från IVO.

### Mål och strategier för kommande år

Utifrån 2020 års patientsäkerhetsberättelse finns det ett antal områden som ska påbörjas eller fortsätter även under 2021.

### Riktlinjer och rutiner

Riktlinjer ska presenteras och implementeras och rutiner gällande hälso- och sjukvård kommer löpande att bytas ut med start 2021. Syftet är att skapa en tydlighet kring vårdgivarens och verksamheternas ansvar samt underlätta uppföljning av den kommunala hälso- och sjukvården i de olika verksamheterna. En prioriteringsordning gällande rutinerna kommer tas fram i samarbete mellan MAS och hälso- och sjukvårdsenheten.

### Hälso- och sjukvårdsorganisation

Flera arbeten pågår både nationellt och lokalt när det gäller bland annat vårdnivåer och hälso- och sjukvårdsinsatser inom kommunal hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvården är en stor del av den kommunala vård- och omsorgen även om andelen hälso- och sjukvårdspersonal endast står för en liten del av den totala andelen medarbetare. De frågor som lyfts upp under pandemin måste fortsätta diskuteras. Vilken hälso- och sjukvård behövs i den kommunala vård- och omsorgen och vilken organisation behövs för att detta ska bli verklighet?

### Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskning av hälso- och sjukvården med verksamhetsbesök utifrån nya mallar för kvalitetsuppföljning. Detta är ett kvalitetsarbete som kommer pågå under en längre period. Ett första steg är att MAS färdigställer mallarna med stöd från utvecklingsledarna. Uppföljning i verksamheterna ska göras i samarbete med utvecklingsledarna som då granskar verksamheterna.

### Egenkontroller

MAS kommer tillsammans med utvecklingsledare fortsätta arbetet med att digitalisera egenkontroller för hälso- och sjukvård i kommunens system för mål och kvalitet (Stratsys) under 2021. Målet är att samtliga enheter med kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar enkelt ska kunna gå in i systemet för att följa upp, redovisa resultat samt lägga till aktiviteter och förbättringsåtgärder löpande under året.

### Avvikelsehantering och riskanalys

I början på 2021 planeras för implementering av det nya digitala systemet för vårdavvikelse. I samband med införandet kommer nya rutiner för avvikelsehanteringen att presenteras. För att avvikelsehanteringen även ska kunna leda till förbättring av patientsäkerheten krävs även ett nytt sätt att arbeta med avvikelser händelse- och riskanalyser. En plan för hur detta ska gå till är påbörjad.

### Vårdhygien

MAS ska under året fortsätta att stötta vårdhygienombud och verksamheterna i arbetet med egenkontroller och uppföljningar av följsamhet och förutsättningar för basala hygienrutiner. I början på året finns planerade utbildningstillfällen för bland annat egenkontroller.

### Medicintekniska produkter och skyddsutrustning

En fortsatt översyn av vård- och omsorgsförvaltningens hjälpmedel är nödvändig. Inventeringen av samtliga hjälpmedel inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter är påbörjad. Det krävs en tydligare ansvarsfördelning kring hanteringen av hjälpmedel och ett digitalt system för registrering av hjälpmedel är nödvändigt för att kunna hantera och skapa förutsättningar för att klara lagkraven på spårbarhet och minska kostnaderna. Det pågår även ett arbete kring centrallager/beredskapslager och möjligheterna till att hjälpmedel och centrallager/beredskapslager skulle kunna samplaneras övervägs.

### Munhälsa

Arbetet fortskrider gällande att få till stånd munhälsoutbildningar på alla enheter som har behov årligen.

### Dokumentation

Granskning av journaler utifrån vård i livets slut ska genomföras av MAS inom vård- och omsorgsboendena under 2021. Under kommande år kommer hela journalsystemet att uppdateras. Ett förarbete inför detta startades av dokumentationsgruppen under 2020 och ska följas upp. Inom LSS ska det säkerställas att egenvårdsbesluten dokumenteras och uppdateras årligen. Arbetet fortsätter för att se till över hela dokumentationen, journalgranskningar och så vidare.

### Informationsmaterial

Fortsatt arbete ska ske avseende informationsmaterial (det har påbörjats) då det fortfarande saknas information om den kommunala hälso- och sjukvården i Botkyrka kommun. Informationsmaterial ska publiceras på botkyrka.se, botwebb och broschyrer ska tas fram för samtliga verksamheter med kommunal hälso- och sjukvård.

### Dagliga verksamheter

Det finns ett behov av att öka samverkan mellan daglig verksamhet, gruppboendestäder och LSS-teamet. Ett led i detta är att se över befintliga rutiner och att arbeta fram nya rutiner vid kontakt med LSS teamet.

### Nutrition inom LSS

Inom boenden med särskild service enligt LSS kommer arbeten att påbörjas inom kost och hälsa utifrån syftet att öka kompetensen för stödassistenterna kring områden som övervikt och viktnedgång, läkemedelspåverkan samt utöka samverka med dietist inom habilitering.



**4****Uppföljning internkontroll 2020 (VON/2021:00053)****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden godkänner uppföljning av internkontroll 2020.

**Sammanfattning**

Syftet med intern kontroll är att säkra en effektiv förvaltning och undgå allvarliga fel och skador.

Rapporten omfattar uppföljning av vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan 2020. Nämndens internkontrollplan innehåller totalt 16 kontrollmoment inom områdena upphandling, HR, ekonomi, myndighet, omsorg och övrigt. Kommunledningsförvaltningen granskar 6 av nämndens totala antal kontrollmoment.

Uppföljningen för 2020 visar att 1 kontrollmoment bedöms som dåligt (rött), 5 som okej (gult), 7 som bra (grönt) och att 3 inte har kontrollerats. Där avvikelser har påträffats har förslag till åtgärder tagits fram vilka även presenteras i rapporten.

**Referens**

Jennifer Hultberg  
jennifer.hultberg@botkyrka.se

**Mottagare**

Vård- och omsorgsnämnden

## Uppföljning internkontroll 2020

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner uppföljning av internkontroll 2020.

### Sammanfattning

Syftet med intern kontroll är att säkra en effektiv förvaltning och undgå allvarliga fel och skador.

Rapporten omfattar uppföljning av vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan 2020. Nämndens internkontrollplan innehåller totalt 16 kontrollmoment inom områdena upphandling, HR, ekonomi, myndighet, omsorg och övrigt. Kommunledningsförvaltningen granskar 6 av nämndens totala antal kontrollmoment.

Uppföljningen för 2020 visar att 1 kontrollmoment bedöms som dåligt (rött), 5 som okej (gult), 7 som bra (grönt) och att 3 inte har kontrollerats. Där avvikelser har påträffats har förslag till åtgärder tagits fram vilka även presenteras i rapporten.

### Ärendet

Syftet med intern kontroll är att säkra en effektiv förvaltning och undgå allvarliga fel och skador.

Resultatet av uppföljningen för internkontrollen ska, med utgångspunkt från antagen plan, beslutas av nämnden i samband med att nämnden beslutar om verksamhetsberättelsen. Uppföljningen ska göras i den omfattning som fastställts i internkontrollplanen.

I uppföljningen ska även resultatet av kommunstyrelsens övergripande granskning som berör nämnden ingå. Nämnden ska samtidigt med att verksamhetsberättelsen lämnas till kommunstyrelsen rapportera resultatet från uppföljningen av den interna kontrollen inom nämnden till kommunstyrelsen. Genomförd uppföljning ska skriftligen rapporteras till



nämnden oavsett utfall. Rapporten ska innehålla omfattning av utförd uppföljning, utfallet och eventuellt vidtagna åtgärder. Rapporten ska också vid behov innehålla förslag på åtgärder för förbättringar.

Rapporten omfattar uppföljning av vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan 2020. Nämndens internkontrollplan innehåller totalt 16 kontrollmoment inom områdena upphandling, HR, ekonomi, myndighet, omsorg och övrigt. Kommunledningsförvaltningen granskar 6 av nämndens totala antal kontrollmoment. Kontrollmomenten granskas med olika frekvenser under året och uppföljningen ska rapporteras till nämnden i samband med verk-samhetsberättelsen. Rapporten redovisar först en nettolista för internkontrollplanens risker som följs av beskrivning och analys av årets kontrollmoment. För de kontrollmoment där resultatet varit dåligt (rött) eller okej, men behöver förbättras (gult) redovisas också förslag till åtgärder.

Uppföljningen för 2020 visar att 1 kontrollmoment bedöms som dåligt (rött), 5 som okej (gult), 7 som bra (grönt) och att 3 inte har kontrollerats. Där avvikelser har påträffats har förslag till åtgärder tagits fram vilka även presenteras i uppföljningsrapporten.

## **Ekonomiska konsekvenser av beslutet**

En effektiv förvaltning kan leda till lägre kostnader. Allvarliga fel och skador kan leda till negativa ekonomiska konsekvenser för verksamheterna. Denna tjänsteskrivelse avser godkännande av uppföljning av nämndens internkontrollplan för 2020. Beslutet medför ekonomiska konsekvenser som framgår av rapporten.

Petra Oxonius  
**Omsorgsdirektör**

Anna Casteberg  
**Ekonomichef**

## **Bilaga**

1. Uppföljning internkontroll 2020 VON

### **Expedieras till:**

Kommunstyrelsen

**DET HÄR ÄR  
BOTKYRKA**

# Uppföljning av intern kontroll 2020





## Innehållsförteckning

<b>1 Sammanfattning .....</b>	<b>4</b>
<b>2 Nettolista risker .....</b>	<b>6</b>
2.1 7 Effektiv organisation .....	6
<b>3 Årets kontroller .....</b>	<b>10</b>
3.1 7 Effektiv organisation .....	10
<b>4 Årets aktiviteter .....</b>	<b>22</b>
<b>5 Analys .....</b>	<b>23</b>

## 1 Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämnden följer årligen upp internkontrollplanen. Syftet med intern kontroll är att säkra en effektiv förvaltning och undgå allvarliga fel och skador. Nämndens internkontrollplan för 2020 omfattar 16 kontrollmoment och av dessa kommer 8 från den kommungemensamma internkontrollplanen och 8 kontrollmoment är specifikt identifierade för vård- och omsorgsnämnden. Som grund för internkontrollplanen har en risk- och väsentlighetsanalys gjorts, vilken ligger till grund för vilka områden som ska granskas särskilt under året.

Resultatet av uppföljningen för internkontrollen ska, med utgångspunkt från antagen plan, beslutas av nämnden i samband med att nämnden beslutar om verksamhetsberättelsen. Uppföljningen ska göras i den omfattning som fastställts i internkontrollplanen. I uppföljningen ska även resultatet av kommunstyrelsens övergripande granskning som berör nämnden ingå. Nämnden ska samtidigt med att verksamhetsberättelsen lämnas till kommunstyrelsen, rapportera resultatet från uppföljningen av nämndens interna kontroll. Genomförd uppföljning ska skriftligen rapporteras till nämnden oavsett utfall. Rapporten ska innehålla omfattning av utförd uppföljning, utfallet och eventuellt vidtagna åtgärder. Rapporten ska också vid behov innehålla förslag på åtgärder för förbättringar.

Kontrollmomenten granskas med olika frekvenser under året och rapporten redovisar först en nettolista för internkontrollplanens risker som följs av beskrivning och analys av årets kontrollmoment. För de kontrollmoment där resultatet varit dåligt (rött) eller okej, men behöver förbättras (gult) redovisas också förslag till åtgärder.

Förvaltningen kan konstatera att granskningen visar både förbättrat resultat inom vissa områden och försämrat resultat inom andra områden jämfört med tidigare år.

### Resultat av genomförd internkontroll, förvaltningsspecifika kontrollmoment

Förvaltningen har i interkontrollplanen för 2020 haft åtta förvaltningsspecifika kontrollmoment i syfte att skapa bättre rutiner och säkerställa processer. Följsamheten har förbättrats på ett kontrollmoment. Förvaltningen arbetar fortsatt för förbättring. Majoriteten av kontrollmomenten ingår i 2021 års plan för en fortsatt utveckling. Resultatet av genomförd granskning med bedömning av följsamheten samt förslag till åtgärder finns beskrivet mer detaljerat i rapporten.

● God    ◆ Godtagbar    ■ Ej godtagbar

Förvaltningsspecifika kontrollmoment	2018	2019	2020
Kontroll att rätt inrapportering görs i Procapita	-	◆	-
Kontroll att framtagen rutin för uppföljning av hemtjänst beslut följs	-	◆	◆
Kontroll att framtagen rutin för processen "beslut till erbjuden insats" följs för nämndens boenden	-	■	●
Kontroll av momsavdrag enligt gällande avdragsbegränsningar	◆	●	●
Kontroll att framtagen rutin för att säkerställa verkställda beslut inom hemtjänsten följs	-	◆	◆
Kontroll att framtagen rutin för avvikelshantering följs	-	■	■
Kontroll att samtliga chefer genomgått utbildning inom avvikelshantering	-	■	■
Konroll att framtagen rutin för genomförandeplaner följs och kombineras med utbildning	-	◆	◆

### Resultat av genomförd internkontroll, kommungemensamma kontrollmoment

Sammanlagt har åtta kommungemensamma kontrollmoment inom kommunstyrelsens uppsiktsansvar granskats. Förvaltningen konstaterar att utfallet har förbättrats på flertalet av kontrollerna jämfört med föregående års granskning. Resultatet av genomförd granskning med bedömning av följsamheten samt förslag till åtgärder finns beskrivet mer detaljerat i rapporten.

För de kommungemensamma kontrollmomenten granskas majoriteten av kommunledningsförvaltningen.

Kommungemensamma kontrollmoment	2018	2019	2020
Kontroll av ramavtal för bemanning och fastighetsunderhåll	■	◆	●
Stickprov avseende utdrag ur belastningsregister för externt nyanställda	◆	◆	■
Kontroll av ramavtalstrohet	◆	●	●
Kontroll av fakturor avseende direktupphandlingar	■	■	●
Stickprov på fakturor avseende representation, kurser och konferenser	◆	◆	◆
Kontroll av att rehabiliteringsinsats görs vid upprepad korttidsfrånvaro	■	◆	◆
Kontroll av för sent betalade fakturor	-	-	●
Stickprovskontroll av dokumentation av kartläggningen av arbetsmiljö	■	◆	●

### Förvaltningens arbete för fortsatt utveckling av riskeliminering

För förvaltningen behöver arbetet med att identifiera verksamhetsspecifika risker, kontrollmoment och riskreducerande aktiviteter fortsätta att utvecklas. Ambitionen är att internkontrollarbetet ska fokusera på ett fåtal kritiska och strategiskt viktiga risker för att dels kontrollera följsamhet och dels reducera risken för skador/brister i verksamheten.



## 2 Nettolista risker

### 2.1 7 Effektiv organisation

Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Motivering
Kommunen döms till att betala skadestånd för att rangordningen i ramavtal avseende bemanning och fastighetsunderhåll inte följs (KOMMUNÖVERGRIPANDE)	4. Mycket stor	3. Kännbar	12	Sannolikheten bedöms som mycket stor eftersom tidigare kontroller har visat på en stor andel avvikelser. Det saknas dessutom idag i stor utsträckning systemstöd för att säkerställa korrekt hantering. Konsekvensen bedöms som kännbar eftersom kommunen kan tvingas betala stora skadestånd ifall rutinen inte fungerar.
Medborgare far illa eftersom kommunen anställer personal med en brottsbelastning som gör dem olämpliga för yrket ifråga (KOMMUNÖVERGRIPANDE)	3. Stor	4. Allvarlig	12	Sannolikheten bedöms som stor eftersom tidigare kontroller har visat på avvikelser och bristande kunskap om lagstiftningen. Konsekvensen bedöms som allvarlig eftersom det ytterst handlar om barns hälsa och välmående.
Kommunen försämrar relationer och förhandlingsvillkor gentemot leverantörer och/eller döms till skadestånd på grund av bristande ramavtalstrohet (KOMMUNÖVERGRIPANDE)	4. Mycket stor	3. Kännbar	12	Sannolikheten bedöms som mycket stor eftersom systemstöd för att säkerställa korrekta inköp än så länge saknas i kommunen. Vidare har tidigare kontroller visat på bristande följsamhet. Konsekvensen bedöms som kännbar eftersom bristande avtalstrohet kan leda till skadestånd, försämrade förhandlingsvillkor i framtiden och förtroendeskada.
Kommunen drabbas av upphandlingsskadeavgift och får badwill gentemot leverantörer på grund av otillåtna direktupphandlingar (KOMMUNÖVERGRIPANDE)	4. Mycket stor	3. Kännbar	12	Sannolikheten bedöms som mycket stor eftersom systemstöd för att säkerställa korrekta inköp i dagsläget saknas och vidare har tidigare kontroller visat på bristande följsamhet. Konsekvensen bedöms som kännbar eftersom bristande avtalstrohet kan leda till skadestånd, försämrade förhandlingsvillkor i framtiden och förtroendeskada för kommunen.

## Vård- och omsorgsnämnden

Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Motivering
Kommunens anseende skadas på grund av bristande hantering av fakturor avseende representation, kurser och konferenser (KOMMUNÖVERGRIPANDE)	4. Mycket stor	3. Kännbar	12	Sannolikheten bedöms som mycket stor eftersom lagstiftningen är komplex och det lätt blir fel. Tidigare kontroller har också visat på en stor andel avvikelser. Konsekvensen bedöms som kännbar eftersom det kan skada kommunens förtroende ifall fakturor avseende representation, kurser och konferenser inte hanteras korrekt.
Personalen drabbas av allvarlig ohälsa och långvarig frånvaro på grund av att rehabiliteringsinsats inte görs vid upprepad korttidsfrånvaro (KOMMUNÖVERGRIPANDE)	3. Stor	3. Kännbar	9	Sannolikheten bedöms som stor eftersom tidigare resultat har visat på brister i rutinen. Konsekvensen bedöms som kännbar eftersom det berör de anställdas hälsa.
Kommunen försämrar relationer med leverantörer och tvingas betala förseningsavgifter på grund av för sent betalda leverantörsfakturor (KOMMUNÖVERGRIPANDE)	3. Stor	3. Kännbar	9	Sannolikheten bedöms som stor baserat på en generell uppfattning om hur väl rutinen fungerar idag. Konsekvensen bedöms som kännbar eftersom brister bl.a. kan leda till försämrade relationer med leverantörer, förtroendeskada och förseningsavgifter.
Inrapportering av individstatistik i Procapita görs inte korrekt	3. Stor	3. Kännbar	9	Sannolikheten bedöm som stor då tidigare kontroller visat avvikelser. Konsekvensen bedöms som stor då felaktig inrapportering leder till att fel statistik rapporteras till bland annat prognoser, dokument beräkningar men även den officiella statistiken som vi lämnar ifrån oss så som nationella nyckeltal och inrapporteringar till Socialstyrelsen.
Uppföljning av hemtjänstbeslut uteblir	3. Stor	3. Kännbar	9	Sannolikheten bedöms som stor utifrån tidigare kontroller som har visat avvikelser Konsekvensen bedöms som stor då brister kan påverka rättssäkerheten och innebära att medborgare inte får insatser utförda som de har behov av på grund av att beslut inte har följts upp. Det kan också innebära stora konsekvenser i samband


Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Motivering
				med att vi går in i valmöjlighet för hemtjänsten 2021 om vi inte följer rutinerna för uppföljning.
Det tar för lång tid mellan beslut och erbjuden insats för våra boenden (SoL och LSS)	3. Stor	3. Kännbar	9	Sannolikheten bedöms som stor eftersom rutinen för processen har setts över/utvecklats och tidigare kontroller visat på avvikelser. Konsekvensen bedöms som stor eftersom brister innebär att våra medborgare och deras omsorg samt rättssäkerheten påverkas
Att vi återsöker för mycket moms vid inköp och hyra av personbilar	3. Stor	3. Kännbar	9	Sannolikheten bedöms som stor eftersom tidigare kontroller har påvisat en del avvikelser Konsekvensen bedöms också som stor då felaktiga momsavdrag leder till att vi får en för hög ersättning från Skatteverket än vad vi har rätt till.
Beslut på verkställighet inom hemtjänsten avslutas inte tillräckligt snabbt eller inte alls i systemet av hemtjänstenheterna.	4. Mycket stor	4. Allvarlig	16	Sannolikheten bedöms som mycket stor utifrån kontroller tidigare perioder och frågan blir också än viktigare inför att vi går in i valmöjlighet inom hemtjänsten 2021. Konsekvensen bedöms också som mycket stor då statistik och utförda insatser påverkas mycket om inte verkställigheterna är korrekta. Detta också sett till 2021 när vi går in i valmöjlighet inom hemtjänsten.
Utredningar gällande avvikelser är bristfälliga och/eller tar för lång tid	3. Stor	3. Kännbar	9	Sannolikheten bedöms som stor då vi utifrån tidigare kontroller uppmärksammat avvikelser. Konsekvensen bedöms som stor då avvikelser i verksamheterna kan påverka medborgarna och deras vård- och omsorgsinsatser.
Ej aktuella genomförandeplaner	4. Mycket stor	3. Kännbar	12	Sannolikheten bedöms vara mycket stor då tidigare kontroller i verksamheten har visat på avvikelser. Konsekvensen bedöms som stor eftersom brister innebär att kommunens förtroende och tillit kan påverkas, lika så omsorgen för våra medborgare och

Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Motivering
				möjligheten för brukaren själv att vara med och bestämma kring hur stödet ska ges.
Det systematiska arbetsmiljöarbetet brister vilket leder till sämre arbetsmiljö, ökad ohälsa och fler olycksfall (KOMMUNÖVERGRIPANDE)	3. Stor	3. Kännbar	9	Sannolikheten bedöms som stor eftersom vetskap finns om att rutinen idag fungerar mindre bra. Konsekvensen bedöms som kännbar eftersom arbetsmiljöansvaret behöver vara tydliggjort för att säkerställa god arbetsmiljö för kommunens personal.

### 3 Årets kontroller


#### 3.1 7 Effektiv organisation

Kommunen döms till att betala skadestånd för att rangordningen i ramavtal avseende bemanning och fastighetsunderhåll inte följs (KOMMUNÖVERGRIPANDE)


Kontroll
<p><b>Kontroll av ramavtal för bemanning och fastighetsunderhåll</b></p> <p> God</p> <p>Vård- och omsorgsförvaltningen har för 2020 visat en god följsamhet till kontrollmomentet. För 2020 har kontroll genomförts för kvartal 3.</p> <p><b><u>Kommentar kommunledningsförvaltningen</u></b></p> <p>En del förändringar och åtgärder i kontrollen har bidragit till en god intern kontroll.</p> <p>Den största förändringen för 2020 jämfört med 2019 är att kontrollen har baserats på ett stickprov av slumpmässigt utvalda fakturor, 10 procent av nämndens totala fakturor eller lägst 50 fakturor har varit föremål för granskning. Tidigare har kontrollen genomförts på alla fakturor.</p> <p>Den ovannämnda förändringen, som är en del i den nya ansatsen inom internkontrollen, kombinerat med implementeringen av ett nytt inköpssystem i kommunen har bidragit till det goda resultatet. När kommunen inom kort får ett nytt upphandlingssystem och en ny avtalsdatabas (pågående aktiviteter) har flera synpunkter från verksamheterna beaktats för att underlätta att fler gör rätt och på så sätt behålla det goda resultatet.</p> <p>En annan potentiell faktor som kan ligga till grund för det goda resultatet är att det i samband med implementeringen av kommunens inköpssystem Proceedo ökat medvetandet för kommunens beställare att göra rätt vid inköp. Förvaltningarna har sedan Proceedo implementerats behövt utse en beställarorganisation för att underlätta, effektivisera och förbättra inköpen.</p> <p>Upphandlingsenheten har i samband med implementeringen av Proceedo erbjudit utbildningar och tillsammans med förvaltningarna utsett superanvändare inom respektive förvaltning för stöd med både system- och inköpsfrågor. Det nya inköpssystemet har resulterat i att det har blivit betydligt lättare att köpa från avtalade leverantörer inom kommunen jämfört med tidigare.</p> <p><b><u>Kommentar och analys vård- och omsorgsförvaltningen</u></b></p> <p>Helårsresultatet inom kontrollpunkten är oförändrat från föregående år, men följsamheten har förbättrats från 93 procent 2019 till 100 procent 2020.</p> <p>En förklaring till att resultatet fortsatt har förbättrats kan vara att förvaltningen aktivt har jobbat med nätverksträffar för fakturamottagare och behöriga beställare. Det som nätverksträffarna har fokuserat på är att förvaltningens fakturamottagare och behöriga beställare ska ha de förutsättningar som behövs för att kunna göra rätt. Utifrån det har nätverksträffarna bland annat gått igenom rutiner, förmedlat information och utbildat inom aktuella delar så som upphandling och inköp, representation, moms och fakturahanteringssystemet.</p> <p>Nätverksträffar var en av de planerade åtgärderna från uppföljningen 2019 och de kommer att fortsätta även under 2021 för att bibehålla det goda resultatet och fortsätta öka medvetenheten och kunskapen hos våra behöriga beställare och chefer.</p> <p>Ytterligare faktorer som kan ha påverkat resultatet är införandet av e-handelssystemet Proceedo som förenklats för förvaltningens behöriga beställare och chefer att göra rätt tillsammans med utbildnings- och informationsinsatser, vilka också var planerade åtgärder från föregående års uppföljning av nämndens internkontrollplan.</p>

Kontroll		
År	Korrekt andel	Resultat
2018	56 %	Icke godtagbart
2019	93 %	God
2020	100 %	God

Medborgare far illa eftersom kommunen anställer personal med en brottsbelastning som gör dem olämpliga för yrket ifråga  
(KOMMUNÖVERGRIPANDE)


Kontroll
<p><b>Stickprov avseende utdrag ur belastningsregister för externt nyanställda</b></p> <p> Ej godtagbar</p> <p>17 anställningar har kontrollerats vilket är samtliga nyanställningar av tillsvidareanställda medarbetare som gjordes under 2020 på befattningar som omfattas av kravet på uppvisat belastningsutdrag. I 65% dessa anställningar har belastningsutdrag kontrollerats vilket inte är godtagbar nivå. Vilket är en klar försämring jämför med föregående år.</p> <p>I de fall som rutinen inte följts har det visats att man inte vet vilka befattningar som omfattas av kraven och man inte har kunskap hur man ska hantera kravet på belastningsregister när medarbetare har bytt anställning.</p> <p>Förvaltningen behöver ta omtag kring rutinen i samband med både framtagandet av ny informationshanteringsplan samt i översynen av rekryteringsprocessen.</p>

Kommunen försämrar relationer och förhandlingsvillkor gentemot leverantörer och/eller döms till skadestånd på grund av bristande ramavtalstrohet  
(KOMMUNÖVERGRIPANDE)

Kontroll
<p><b>Kontroll av ramavtalstrohet</b></p> <p> God</p> <p>Vård- och omsorgsförvaltningen har för 2020 visat en god följsamhet till kontrollmomentet. För 2020 har kontroll genomförts för kvartal 3.</p> <p><b>Kommentar och analys kommunledningsförvaltningen</b></p> <p>En del förändringar och åtgärder i kontrollen har bidragit till en god intern kontroll.</p> <p>Den största förändringen för 2020 jämfört med 2019 är att kontrollen har baserats på ett stickprov av slumpmässigt utvalda fakturor, 10 procent av nämndens totala fakturor eller lägst 50 fakturor har varit föremål för granskning. Tidigare har kontrollen genomförts på alla fakturor.</p> <p>Den ovannämnda förändringen, som är en del i den nya ansatsen inom internkontrollen, kombinerat med implementeringen av ett nytt inköpssystem i kommunen har bidragit till det goda resultatet. När kommunen inom kort får ett nytt upphandlingssystem och en ny avtalsdatabas (pågående aktiviteter) har flera synpunkter från verksamheterna beaktats för att underlätta att fler gör rätt och på så sätt behålla det goda resultatet.</p> <p>En annan potentiell faktor som kan ligga till grund för det goda resultatet är att det i samband med</p>


<b>Kontroll</b>		
<p>implementeringen av kommunens inköpssystem Proceedo ökat medvetandet för kommunens beställare att göra rätt vid inköp. Förvaltningarna har sedan Proceedo implementerats behövt utse en beställarorganisation för att underlätta, effektivisera och förbättra inköpen.</p> <p>Upphandlingsenheten har i samband med implementeringen av Proceedo erbjudit utbildningar och tillsammans med förvaltningarna utsett superanvändare inom respektive förvaltning för stöd med både system- och inköpsfrågor. Det nya inköpssystemet har resulterat i att det har blivit betydligt lättare att köpa från avtalade leverantörer inom kommunen jämfört med tidigare.</p> <p><b><u>Kommentar och analys vård- och omsorgsförvaltningen</u></b></p> <p>Helårsresultatet inom kontrollpunkten är något försämrat från föregående år, men förvaltningen har fortfarande ett godkänt resultat.</p> <p>En förklaring till att resultatet är fortsatt godkänt kan vara att förvaltningen aktivt jobbar med nätverksträffar för fakturamottagare och behöriga beställare. Det som nätverksträffarna fokuserar på är att förvaltningens fakturamottagare och behöriga beställare ska ha de förutsättningar som behövs för att kunna göra rätt. Utifrån det har nätverksträffarna bland annat gått igenom rutiner, förmedlat information och utbildat inom aktuella delar så som upphandling och inköp, representation, moms och fakturahanteringsystemet.</p> <p>Förvaltningen kan konstatera att de utbildnings- och informationsinsatser som genomförts har givit resultat. Dessa insatser kommer att fortsätta även under kommande år för att bibehålla det goda resultatet.</p>		
År	Korrekt andel	Resultat
2018	94 %	Icke godtagbart
2019	99 %	God
2020	94 %	God

## Kommunen drabbas av upphandlingsskadeavgift och får badwill gentemot leverantörer på grund av otillåtna direktupphandlingar (KOMMUNÖVERGRIPANDE)

<b>Kontroll</b>
<p><b>Kontroll av fakturor avseende direktupphandlingar</b></p> <p> God</p> <p>Vård- och omsorgsförvaltningen har för 2020 visat en god följsamhet till kontrollmomentet. För 2020 har kontroll genomförts för kvartal 3.</p> <p><b><u>Kommentar och analys kommunledningsförvaltningen</u></b></p> <p>En del förändringar och åtgärder i kontrollen har bidragit till en god intern kontroll. Den största förändringen för 2020 jämfört med 2019 är att kontrollen har baserats på ett stickprov av slumpmässigt utvalda fakturor, 10 procent av nämndens totala fakturor eller lägst 50 fakturor har varit föremål för granskning. Tidigare har kontrollen genomförts på alla fakturor.</p> <p>Den ovannämnda förändringen, som är en del i den nya ansatsen inom internkontrollen, kombinerat med implementeringen av ett nytt inköpssystem i kommunen har bidragit till det goda resultatet. När kommunen inom kort får ett nytt upphandlingssystem och en ny avtalsdatabas (pågående aktiviteter) har flera synpunkter från verksamheterna beaktats för att underlätta att fler gör rätt och på så sätt behålla det goda resultatet.</p> <p>En annan potentiell faktor som kan ligga till grund för det goda resultatet är att det i samband med implementeringen av kommunens inköpssystem Proceedo ökat medvetandet för kommunens beställare att göra rätt vid inköp. Förvaltningarna har sedan Proceedo implementerats behövt utse en</p>

<b>Kontroll</b>		
beställarorganisation för att underlätta, effektivisera och förbättra inköpen.		
Upphandlingsenheten har i samband med implementeringen av Proceedo erbjudit utbildningar och tillsammans med förvaltningarna utsett superanvändare inom respektive förvaltning för stöd med både system- och inköpsfrågor. Det nya inköpssystemet har resulterat i att det har blivit betydligt lättare att köpa från avtalade leverantörer inom kommunen jämfört med tidigare.		
Under kvartal 3 har ett arbete med att utse stödpersoner som stöd vid direktupphandlingar hos förvaltningarna genomförts, dessa personer ska erbjudas en utbildning innan årets utgång. Förhoppningen är att kommunen ska genomföra fler direktupphandlingar när så är nödvändigt.		
<b><u>Kommentar och analys vård- och omsorgsförvaltningen</u></b>		
Helårsresultatet för kontrollpunkten har förbättrats från föregående år. För 2020 har genomförandet av kontrollen ändrats något och kontrollen har genomförts för kvartal tre.		
År 2019 hade vård- och omsorgsförvaltningen 50 procent följsamhet och ett "icke godtagbart" resultat, år 2020 har följsamheten ökat till 91 procent och ett godkänt resultat. En förklaring till att resultatet har förbättrats kan vara att förvaltningen aktivt har jobbat med nätverksträffar för fakturamottagare och behöriga beställare för att inköp ska göras på rätt sätt. Förtydliganden har också gjorts hur inköp ska genomföras och vad som behöver göras om upphandlad leverantör inte finns eller om andra problem uppstår. För att fortsätta bibehålla det godkända resultatet behöver förvaltningen fortsätta att löpande arbeta med utbildnings- och informationsinsatser inom frågan så att behöriga inköpare och chefer vet hur de ska gå tillväga för att göra rätt.		
År	Korrekt andel	Resultat
2018	0 %	Icke godtagbart
2019	50 %	Icke godtagbart
2020	91 %	God

## Kommunens anseende skadas på grund av bristande hantering av fakturor avseende representation, kurser och konferenser (KOMMUNÖVERGRIPANDE)

<b>Kontroll</b>
<b>Stickprovskontroll på fakturor avseende representation, kurser och konferenser</b>
<p> Godtagbar</p> <p>För 2020 visar resultatet en genomsnittlig godtagbar följsamhet till kontrollmomentet, vilket är en försämring mot föregående år då följsamheten var god. För 2020 har 77 procent hanterats korrekt och totalt har 266 fakturor granskats.</p> <p>Under året har förvaltningen genomfört de åtgärder som togs fram i uppföljningen av internkontrollplanen för 2019 i form av nätverksträffar, informationsmöten och introduktioner med förhoppning att bibehålla den goda följsamheten. Samtliga fakturor är även för 2020 granskade avseende representation, kurser och konferenser. Vid fel har återkoppling gjorts till berörd person och vid återkommande felaktigheter har även överordnad chef informerats.</p> <p>Ungefär hälften av avvikelserna avser avsaknad av syfte, program och deltagarlistor. En tredjedel avser avsaknad av attest från överordnad chef. En del konteringsfel har även upptäckts och rättats. Trots detta så är bedömningen att det finns en medvetenhet och kunskap kring regelverket, men misstag begås när fakturan hanteras.</p>



<b>Kontroll</b>			
<b>Period 2020</b>	<b>Antal fakturor</b>	<b>Antal korrekta</b>	<b>Andel korrekta</b>
Kvartal 1	79	69	87 %
Kvartal 2	73	61	84 %
Kvartal 3	47	31	66 %
Kvartal 4	67	43	64 %
<b>Totalt 2020</b>	<b>266</b>	<b>204</b>	<b>77 %</b>

En faktor till resultatet kan vara införandet av nya inköps- och fakturahanteringssystemet Proceedo som infördes i slutet av kvartal 2, då vi kan se en ökning av felaktigheter efter det. Ytterligare en tänkbar anledning till det försämrade resultatet är coronapandemin och det ansträngda läge som förvaltningen befunnit sig i där fokus troligen flyttats från fakturahanteringen.

<b>År</b>	<b>Korrekt andel</b>	<b>Resultat</b>
2018	43 %	Icke godtagbart
2019	87 %	God
2020	77 %	Godtagbart

**Planerade åtgärder**


**Månatliga rapporteringar**

Under 2021 kommer månatliga rapporteringar fortsättningsvis att lämnas till förvaltningsledningen, så att utvecklingen och resultatet kan följas.

**Informationsinsatser och utbildningar**


Förvaltningen kommer under 2021 att fortsätta med kontroll av samtliga fakturor och återkoppla vid fel till berörd person. Förvaltningen har både under 2019 och 2020 sett att arbetssättet gett resultat. Information/utbildning kommer även att ges vid olika tillfällen, bland annat i form av nätverksträffar för behöriga beställare men också genom information i verksamheternas ledningsgrupper.

Personalen drabbas av allvarlig ohälsa och långvarig frånvaro på grund av att rehabiliteringsinsats inte görs vid upprepad korttidsfrånvaro (KOMMUNÖVERGRIPANDE)


<b>Kontroll</b>
<p><b>Kontroll av att rehabiliteringsinsats görs vid upprepad korttidsfrånvaro</b></p> <p> Godtagbar</p> <p>Resultatet för kontrollen visar på en godtagbar följsamhet till kontrollmomentet för 2020, vilket är samma resultat som föregående år.</p> <p><b>Kommentar kommunledningsförvaltningen:</b></p> <p>Antal personer som varit frånvarande på grund av sjukdom fem eller fler gånger de senaste 12 månaderna är totalt 184 medarbetare. Av dem är det 126 medarbetare som har en påbörjad rehabiliteringsinsats (rehabiliteringsbevakning). Kontroll gjordes i september och resultatet motsvarar 68 procent vilket är godtagbar följsamhet.</p>

Kontroll		
År	Korrekt andel	Resultat
2018	55 %	Ej godtagbart
2019	76 %	Godtagbart
2020	68 %	Godtagbart


Kommunen försämrar relationer med leverantörer och tvingas betala förseningsavgifter på grund av för sent betalda leverantörsfakturor (KOMMUNÖVERGRIPANDE)

Kontroll
<p><b>Kontroll av leverantörsfakturor</b></p> <p> God</p> <p>Resultatet för kontrollen visar på en god följsamhet till kontrollmomentet. Då det är första året som kontrollen finns med finns ingen jämförelsesiffra för föregående år.</p> <p><b><u>Kommentar kommunledningsförvaltningen:</u></b> För 2020 (kvartal 1 till kvartal 3) har 112 verifikationer granskats. 110 av de granskade fakturorna var betalade innan förfallodatum vilket motsvarar 98 procent och god följsamhet.</p>



Inrapportering av individstatistik i Procapita görs inte korrekt

Kontroll
<p><b>Att rätt inrapportering görs i Procapita</b></p> <p> Ej genomförd</p> <p>Inför arbetet med kontroll av individstatiken så gjordes en initial bedömning att stickprovskontroller skulle fånga upp brister i underlaget. I ett försök att under året genomföra stickprovskontroller har det visat sig att kontrollmetoden inte var ett bra sätt att granska följsamheten på.</p> <p>Den felaktighet som kunde konstateras var egentligen innan kontrollmoment kom igång – att särskilt boende rapporterades som både särskilt boende och hemtjänst. I den frågan gjorde Socialstyrelsen först bedömningen att det var felaktigt, men ändrade uppfattning när de konstaterade att det inte spelade någon roll, och att samtliga kommuner som rapporterade siffror ur system från vår leverantör levererade samma typ av siffror.</p> <p>Ansvariga för kontrollmomentet har löpande under 2020 diskuterat hur kontrollen skulle kunna genomföras och kontrollmomentet föreslås därför kvarstå till 2021 men med en annan inriktning. I internkontrollplanen för 2021 ändras inriktningen på kontrollen till att istället fokusera på att potentiella felaktigheter rensas bort ur systemet, innan individstatistiken tas ut från Procapita, på en mer övergripande nivå genom uppföljning av rutinen för registervård.</p>

## Uppföljning av hemtjänstbeslut uteblir


Kontroll
<p><b>Att framtagen rutin för uppföljning av hemtjänstbeslut följs</b></p> <p> Godtagbar</p> <p>För 2020 är det genomsnittliga resultatet godtagbart. I början av året genomfördes inga granskningar på grund av att en ny rutin för uppföljning av hemtjänstbeslut precis färdigställts och inte implementerats helt i verksamheten. I april var första gången siffror togs ut och därefter har följsamheten varierat mellan godtagbar och god.</p> <p>För bedömningen god följsamhet till kontrollmomentet ska 91 till 100 procent av hemtjänstbesluten följas upp i direktkontakt med brukare och för godtagbar följsamhet ska 91 till 100 procent av hemtjänstbesluten följas upp på ett eller annat sätt. Anledningen till variationen i följsamheten för 2020 beror på att den nya rutinen för uppföljning av hemtjänstbeslut implementerats och det har tagit tid innan den förankrats i hela verksamheten. En ytterligare anledning till variationen beror på situationen med covid-19 som försvårat och utmanat möjligheten att följa upp hemtjänstbeslut i direktkontakt med brukare.</p> <p>Förändringen i resultatet under året beror också på att en bra rutin inte har funnits för att stödja de handläggare som har legat efter i sina uppföljningar, vilket är åtgärdat med rutiner och en handläggare som stödjer där behov finns.</p> <p>Kontrollmomentet kommer att finnas med i internkontrollplanen 2021 för att säkerställa fortsatt god följsamhet och därmed aktuella och uppföljda hemtjänstbeslut så att medborgare får de insatser de har behov av.</p>

## Det tar för lång tid mellan beslut och erbjuden insats för våra boenden (SoL och LSS)


Kontroll
<p><b>Att framtagen rutin för processen från beslut till erbjuden insats följs för nämndens LSS-boenden</b></p> <p> God</p> <p>För 2020 bedöms följsamheten till kontrollmomentet som god. Resultatet i de månatliga granskningarna har förbättrats under årets gång och har de senaste månaderna visat god följsamhet, vilket innebär att erbjudande om boende har skett inom 71 dagar från beslut i de allra flesta ärendena.</p> <p>Där inte boende har kunnat erbjudas inom 71 dagar har det berott på att brukaren har haft specifika önskemål och även på att inget klart besked kunde ges om när nytt boende skulle vara färdigt för inflytt. Under 2020 och 2021 pågår ett arbete, med att ta fram en rutin som är likvärdig äldreomsorgens som sedan behöver implementeras så att den goda följsamheten fortsätter att utvecklas och bibehållas. Kontrollmomentet kvarstår till 2021 för att fortsätta följa upp följsamheten till rutinen.</p>
<p><b>Att framtagen rutin för processen "från beslut till erbjuden insats" följs för nämndens boenden inom äldreomsorgen</b></p> <p> God</p> <p>För 2020 har alla årets månatliga granskningar visat god följsamhet till kontrollmomentet. God följsamhet innebär att av de verkställda besluten har i princip alla erbjudits boende inom 71 dagar. Det finns också ett par ärenden där beslut har fattats tidigare år men där brukarna löpande tackar nej till erbjudande och där handläggarna arbetar med motiveringsarbete.</p> <p>I början av året har också den rutin för ärendegenomgången som togs fram 2019 implementerats.</p>

Kontroll
Implementeringen var en framtagen åtgärd från föregående års internkontrolluppföljning för att förbättra följsamheten, vilket vi kan se har givit resultat. Kontrollmomentet kvarstår till 2021 för att fortsätta följa upp följsamheten till rutinen.

## Att vi återsöker för mycket moms vid inköp och hyra av personbilar

Kontroll												
<p><b>Kontroll av momsavdrag enligt gällande avdragsbegränsningar</b></p> <p> God</p> <p>Samtliga fakturor, 91 stycken, har kontrollerats 2020 och jämfört med föregående år är resultatet förbättrat med 9 procent. Resultatet varierar dock mellan olika verksamheter där vissa har ett bättre resultat än andra. En förklaring till att resultatet är fortsatt bra är för att förvaltningen aktivt jobbat med nätverksträffar för fakturamottagare och behöriga beställare. Det som nätverksträffarna har fokuserat på är att förvaltningens fakturamottagare och behöriga beställare ska ha de förutsättningar som behövs för att kunna göra rätt. Utifrån det har nätverksträffarna bland annat gått igenom rutiner, förmedlat information och utbildat inom aktuella delar så som representation, moms och fakturahanteringssystemet.</p> <p>Nätverksträffarna är ett arbete som kommer att fortsätta kommande år för att säkerställa att fakturamottagare och behöriga beställare har rätt information och rätt kompetens för uppdraget. Detta också för att uppnå ett jämlikt resultat mellan förvaltningens olika verksamheter.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>År</th> <th>Korrekt andel</th> <th>Resultat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018</td> <td>79 %</td> <td>Godtagbart</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>84 %</td> <td>God</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>93 %</td> <td>God</td> </tr> </tbody> </table> <p>Kontrollmomentet kvarstår till 2021.</p>	År	Korrekt andel	Resultat	2018	79 %	Godtagbart	2019	84 %	God	2020	93 %	God
År	Korrekt andel	Resultat										
2018	79 %	Godtagbart										
2019	84 %	God										
2020	93 %	God										

## Beslut på verkställighet inom hemtjänsten avslutas inte tillräckligt snabbt eller inte alls i systemet av hemtjänstenheterna.



Kontroll
<p><b>Att framtagen rutin för att säkerställa verkställda beslut inom hemtjänst följs</b></p> <p> Godtagbar</p> <p>För 2020 är den genomsnittliga följsamheten till kontrollmomentet godtagbar och en total avvikelse mellan beviljade och verkställda hemtjänststimmar på 5,7 procent. I jämförelse mot föregående år är detta en försämring då det för 2019 var totalt 3,6 procent i avvikelse.</p> <p>En anledning till avvikelserna mellan beviljade och verkställda hemtjänstbeslut kan vara att verkställigheter inte har avslutats när beslut har avslutats eller uppdaterats. I och med valmöjlighet (LOU) inom hemtjänsten har bland annat en ny rutin för hantering av verkställigheter på hemtjänstenheterna tagits fram tillsammans med köhanteringssystemet som kommer innebära att felen minimeras.</p>

## Utredningar gällande avvikelser är bristfälliga och/eller tar för lång tid

Kontroll
<p><b>Att framtagen rutin för avvikelshantering följs</b></p> <p>■ Ej genomförd</p> <p>Enligt lagkraven ska en avvikelserapport tas emot och utredas skyndsamt. Enligt vård- och omsorgsnämnden ska avvikelserapport tas emot inom två dagar och en utredning ska vara avslutad två månader efter att rapporten togs emot.</p> <p>2020 har präglats av en pågående pandemi som belastat förvaltningens enhetschefer i synnerhet. Granskningar av kontrollmomentet har på grund av arbetsbelastning inte utförts.</p> <p>Under 2020 har det tagits fram e-utbildningar inom avvikelshanteringens olika delar som finns publicerade på Botwebb som en åtgärd för att förbättra följsamheten till lagkrav och riktlinjer som finns. Kontrollmomentet kvarstår till 2021</p>
<p><b>Att samtliga chefer har genomgått utbildning</b></p> <p>■ Ej genomförd</p> <p>För 2020 har inte kontrollmomentet genomförts på grund av hög arbetsbelastning under pågående coronapandemi.</p> <p>Kontrollmomentet kvarstår till 2021.</p>
Planerade åtgärder
<p><b>Utbildningsinsatser</b></p> <p>Under 2021 erbjuds utbildningar, fortsatta workshop samt fler e-utbildningar kommer att tas fram.</p>

## Ej aktuella genomförandeplaner

Kontroll															
<p><b>Kontroll av att framtagen rutin för genomförande planer följs och kombineras med utbildning för hemtjänstverksamheten</b></p> <p>◆ Godtagbar</p> <p>Inom verksamhetsområde hemtjänst har totalt 416 ärenden granskats 2020. Granskningarna sker på 10 procent per verksamhet vid delårs- och årsbokslut. Det genomsnittliga helårsresultatet visar godtagbar följsamhet till kontrollmomentet. För verksamhetsområde hemtjänst har följsamheten förändrats från ej godtagbar vid granskningen i april till god vid granskningen i december. Nedan resultat som visas är en sammanställning för helåret.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Verksamhetsområde Hemtjänst</th> <th>Granskade genomförandeplaner</th> <th>Antal aktuella genomförandeplaner</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Delår 1 (april)</td> <td>142</td> <td>54 %</td> </tr> <tr> <td>Delår 2 (aug)</td> <td>137</td> <td>83 %</td> </tr> <tr> <td>Delår 3 (dec)</td> <td>137</td> <td>83 %</td> </tr> <tr> <td><b>Genomsnitt helår</b></td> <td><b>416</b></td> <td><b>73 %</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>Det som kan konstateras generellt utifrån granskningen inom verksamhetsområdet är att rutinen och den</p>	Verksamhetsområde Hemtjänst	Granskade genomförandeplaner	Antal aktuella genomförandeplaner	Delår 1 (april)	142	54 %	Delår 2 (aug)	137	83 %	Delår 3 (dec)	137	83 %	<b>Genomsnitt helår</b>	<b>416</b>	<b>73 %</b>
Verksamhetsområde Hemtjänst	Granskade genomförandeplaner	Antal aktuella genomförandeplaner													
Delår 1 (april)	142	54 %													
Delår 2 (aug)	137	83 %													
Delår 3 (dec)	137	83 %													
<b>Genomsnitt helår</b>	<b>416</b>	<b>73 %</b>													

<b>Kontroll</b>		
<p>övergripande riktlinjen för socialdokumentation, som innefattar genomförandeplaner, följs i större utsträckning än tidigare. Verksamhetschef och enhetschef har meddelats om specifika enheter med avvikande resultat. Som tabellen visar har det skett en förbättring från granskningen i april till granskningen i både augusti och december.</p> <p>Förbättringen under året beror på att hemtjänstens ledningsgrupp tillsammans med verksamhetsutvecklare tagit fram en handlingsplan för att förändra följsamheten. Handlingsplanen innebär en egenkontroll som består av en genomgång av alla genomförandeplaner, vilket genererat ett material för varje enhet att använda sig av för att öka kontrollen över aktualiteten.</p> <p>Det genomsnittliga helårsresultatet i förhållande till föregående år är markant förbättrat då andelen aktuella genomförandeplaner 2019 var 53 procent, vilket är en ökad följsamhet med ungefär 20 procent.</p>		
År	Korrekt andel	Resultat
2019	53 %	Ej godtagbar
2020	73 %	Godtagbar
<p>För att fortsatt arbeta mot/upprätthålla god följsamhet, aktuella genomförandeplaner samt utveckla kvaliteten i genomförandeplanerna kommer uppföljning att göras i verksamhetens egenkontroll för 2021.</p>		
<b>Kontroll av att framtagen rutin för genomförandeplaner följs kombinerat med utbildning för våra vård- och omsorgsboenden</b>		
<p> God</p> <p>Inom verksamhetsområde vård- och omsorgsboende har totalt 104 ärenden granskats 2020. Granskningarna sker på 10 procent per verksamhet vid delårs- och årsbokslut. Det genomsnittliga helårsresultatet visar god följsamhet till kontrollmomentet. Nedan resultat som visas är en sammanställning för helåret.</p>		
Verksamhetsområde Vård- och omsorgsboende	Granskade genomförandeplaner	Antal aktuella genomförandeplaner
Delår 1 (april)	34	88 %
Delår 2 (aug)	34	94 %
Delår 3 (dec)	36	86 %
<b>Genomsnitt helår</b>	<b>104</b>	<b>89 %</b>
<p>Det genomsnittliga helårsresultatet i förhållande till föregående år är något försämrat, men inom intervallet för god följsamhet. Förklaringen till den lilla försämringen mot föregående år är situationen med covid-19 samt byte av både arbetssätt och verksamhetssystem under året.</p>		
År	Korrekt andel	Resultat
2019	93 %	God
2020	89 %	God
<p>För att fortsatt arbeta mot/upprätthålla god följsamhet, aktuella genomförandeplaner samt utveckla kvaliteten i genomförandeplanerna kommer uppföljning att göras i verksamhetens egenkontroll för 2021.</p>		
<b>Kontroll av att framtagen rutin för genomförandeplaner följs kombinerat med utbildning för våra gruppboendestäder</b>		
<p> God</p>		

<b>Kontroll</b>		
<p>Inom verksamhetsområde gruppboende har totalt 41 ärenden granskats 2020. Granskningarna sker på 10 procent per verksamhet vid delårs- och årsbokslut. Det genomsnittliga helårsresultatet visar god följsamhet till kontrollmomentet. Nedan resultat som visas är en sammanställning för helåret.</p>		
<b>Verksamhetsområde Gruppboende</b>	<b>Granskade genomförandeplaner</b>	<b>Antal aktuella genomförandeplaner</b>
Delår 1 (april)	13	100 %
Delår 2 (aug)	13	100 %
Delår 3 (dec)	15	100 %
<b>Genomsnitt helår</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>
<p>Det genomsnittliga helårsresultatet i förhållande till föregående år är oförändrat, det vill säga god följsamhet till kontrollmomentet. Sett till respektive granskning är det en förbättring med föregående år då alla granskningar under år 2020 har haft god följsamhet till kontrollmomentet, vilket det inte var 2019.</p>		
<b>År</b>	<b>Korrekt andel</b>	<b>Resultat</b>
2019	97 %	God
2020	100 %	God
<p>För att fortsatt arbeta mot/upprätthålla god följsamhet, aktuella genomförandeplaner samt utveckla kvaliteten i genomförandeplanerna kommer uppföljning att göras i verksamhetens egenkontroll för 2021.</p>		
<p><b>Kontroll av att framtagna rutiner för genomförandeplaner följs kombinerat med utbildning för vår verksamhet Övrig OF</b></p>		
<p><span style="color: red;">■</span> Ej godtagbar</p>		
<p>Inom verksamhetsområde Övrig OF har totalt 171 ärenden granskats 2020. Granskningarna sker på 10 procent per verksamhet vid delårs- och årsbokslut. Det genomsnittliga helårsresultatet visar ej godtagbar följsamhet till kontrollmomentet. Nedan resultat som visas är en sammanställning för helåret.</p>		
<b>Verksamhetsområde Övrig OF</b>	<b>Granskade genomförandeplaner</b>	<b>Antal aktuella genomförandeplaner</b>
Delår 1 (april)	54	56 %
Delår 2 (aug)	59	47 %
Delår 3 (dec)	58	53 %
<b>Genomsnitt helår</b>	<b>171</b>	<b>52 %</b>
<p>Inom verksamheten Övrig OF, utifrån en helårsbedömning, är det några enheter där genomförandeplanerna är aktuella och några som behöver se över sitt arbete mer med genomförandeplanerna för att säkerställa så att de är aktuella och utifrån brukarens behov och önskemål. Nedan redovisas en sammanställning per enhet för årets tre granskningar för verksamhetsområdet:</p>		
<b>Verksamhetsområde Övrig OF</b>	<b>Granskade genomförandeplaner</b>	<b>Antal aktuella genomförandeplaner</b>
Korttidsboende LSS	20	95 %
Serviceboende LSS	21	95 %
Personlig assistans	18	78 %


Kontroll		
Mobila teamet	42	64 %
Ledsagarservice	43	14 %
Avlösarservice	27	11 %
<b>Totalt genomsnitt Övrig OF helår</b>	<b>171</b>	<b>52 %</b>

Det som kan konstateras generellt utifrån granskningen inom verksamhetsområdet är att rutinen och den övergripande riktlinjen för socialdokumentation, som innefattar genomförandeplaner, inte följs på alla enheter. En förklaring till att följsamheten till kontrollmomentet är ej godtagbart för hela verksamhetsområdet beror främst på det arbetssätt som tillämpas inom avlösarservice och ledsagarservice. Avlösarservice har också under en period haft två verksamhetssystem parallellt vilket har påverkat aktualiteten. För att förbättra detta har mallar och förtydligande av rutiner tagits fram tillsammans med verksamhetsutvecklare. Förbättring har setts mellan den granskning som gjorts i augusti och den granskning som gjorts i december för ledsagarservice som förbättrat aktualiteten från 0 procent till 43 procent.

År	Korrekt andel	Resultat
2019	61 %	Godtagbar
2020	52 %	Ej godtagbar


För att fortsatt arbeta mot/upprätthålla god följsamhet, aktuella genomförandeplaner samt utveckla kvaliteten i genomförandeplanerna kommer uppföljning att göras i verksamhetens egenkontroll för 2021.

Det systematiska arbetsmiljöarbetet brister vilket leder till sämre arbetsmiljö, ökad ohälsa och fler olycksfall (KOMMUNÖVERGRIPANDE)

Kontroll
<p><b>Stickprovskontroll av dokumentation</b></p> <p> God</p> <p>Resultatet för kontrollen visar på en god följsamhet till kontrollmomentet för 2020, vilket är en förbättring mot föregående år då följsamheten var godtagbar.</p> <p><b>Kommentar från kommunledningsförvaltningen:</b> Fem av sex är gjorda. 83 procent av den inskickade arbetsmiljöfördelningsdokumentationen är korrekt underskrivna.</p>



## 4 Årets aktiviteter

Aktiviteter Internkontroll	Status	Analys
<p><b>Nätverksträffar</b></p> <p><i>För att se till så att alla våra behöriga beställare får den information och utbildning de behöver för att säkerställa att rutiner och regler kring upphandling, inköp och fakturahantering efterlevs och hanteras på rätt sätt så kommer vi fortsätta arrangera 4st nätverksträffar per år. På nätverksträffarna går vi igenom vanligt förekommande fel, frågor från behöriga beställare, nya rutiner/riktlinjer</i></p>		För 2020 har fyra nätverksträffar genomförts med gott resultat. Nätverksträffarna syftar till att svara på frågeställningar, utbilda och informera förvaltningens behöriga beställare med rätt information och kunskap så att de har förutsättningarna för att göra rätt vad gäller inköp och fakturahantering. Nätverksträffarna kommer att fortsätta även under 2021.

## **5 Analys**

Analys av genomförd granskning med bedömning och kommentarer på följsamheten samt förslag till åtgärder finns beskrivet mer detaljerat under respektive kontrollmoment i rapporten.



5

## **Uppdragsbeskrivning grupp- och servicebostad (VON/2021:00049)**

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden godkänner uppdragsbeskrivningen för grupp- och servicebostad.
2. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att uppdragsbeskrivningen för grupp- och servicebostad gäller från och med den 1 maj 2021.

### **Sammanfattning**

Uppdragsbeskrivningen riktar sig till Botkyrka kommuns egna grupp- och servicebostad och syftet med den är att alla utförare ska ha samma uppdrag och arbeta utifrån samma krav för att säkerställa att alla medborgare som är i behov av insatsen får samma kvalitet på den. Uppdragsbeskrivningen bidrar även till att jämförelser och uppföljning av alla verksamheter kan ske på ett likartat sätt.

**Referens***Åsa Dahl**Lindha Constantinou***Mottagare**

Vård- och omsorgsnämnden

## Uppdragsbeskrivning grupp- och servicebostad

### Förslag till beslut

1. Vård- och omsorgsnämnden godkänner uppdragsbeskrivningen för grupp- och servicebostad.
2. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att uppdragsbeskrivningen för grupp- och servicebostad gäller från och med den 1 maj 2021.

### Sammanfattning

Uppdragsbeskrivningen riktar sig till Botkyrka kommuns egna grupp- och servicebostad och syftet med den är att alla utförare ska ha samma uppdrag och arbeta utifrån samma krav för att säkerställa att alla medborgare som är i behov av insatsen får samma kvalitet på den. Uppdragsbeskrivningen bidrar även till att jämförelser och uppföljning av alla verksamheter kan ske på ett likartat sätt.

### Ärendet

Syftet med uppdragsbeskrivningen är att säkerställa att alla medborgare i Botkyrka som är i behov av insatsen grupp- eller servicebostad ska få en insats av hög kvalitet, det oberoende av vilket boende man bor på. Förvaltningen kommer att följa upp varje verksamhet utifrån kraven i uppdragsbeskrivningen och ställda krav. Det underlättar också för jämförelser mellan verksamheterna.

### Uppdragsbeskrivningens innehåll

Kraven i uppdragsbeskrivningen utgår i huvudsak från lagar, föreskrifter och kommunens styrdokument. Av uppdragsbeskrivningen framgår vilka krav som ställs på utföraren och vad som utgör god kvalitet i omsorgen.



Nedanstående områden finns med:

- Ledningssystem för kvalitet
- Organisation och styrning
- Socialstyrelsens nationella brukarundersökning
- Hälso- och sjukvård
- Skyldigheter kring uppdraget
- Arbetsätt
- Social dokumentation
- Digitala system och välfärdsteknik
- Trygghet och säkerhet
- Mat och måltider
- Insyn, tillsyn och uppföljning.

### **Ekonomiska konsekvenser av beslutet**

Genom att uppdragsbeskrivningen medför att alla utförare har samma uppdrag och ställda krav bidrar den till att höja kvaliteten inom verksamheterna. Vidare skapar den en möjlighet för förvaltningen att följa upp varje verksamhet utifrån kraven. Vid en uppföljning av kvaliteten identifieras även att ekonomiska resurserna används på ett effektivt sätt för att nå god kvalitet.

Petra Oxonius

**Omsorgsdirektör**

Christina Almqvist

**Kvalitetschef**

### **Bilaga**

Uppdragsbeskrivning grupp- och servicebostad

**Expedieras till:**

# DET HÄR ÄR BOTKYRKA

## Uppdragsbeskrivning grupp- och servicebostad

Vård- och omsorgsnämnden, gäller från och med  
2021-05-01



## Innehåll

Uppdrag .....	5
Bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS.....	5
Tillgång till gemensamhetslokaler .....	6
Målgrupp .....	6
Krav på tjänstens utförande.....	7
Finskt förvaltningsområde.....	7
Lagar, förordningar och föreskrifter.....	7
Särskilt viktiga delar inom LSS .....	8
Tystnadsplikt och sekretess .....	8
Diskriminering .....	8
Ledningssystem för kvalitet .....	8
Organisation och styrning .....	10
Enhetschef.....	10
Formell kompetens och erfarenhet.....	10
Personal .....	10
Formell kompetens.....	11
Kompetensutveckling.....	11
Språkkunskaper .....	11
Bemanning .....	11
Personalkontinuitet.....	12
Introduktion.....	12
Ledsagare och tolk .....	12
Lokaler .....	12
Arbetskläder .....	12
Mutor och gåvor.....	12
God man, förvaltare eller annan företrädare .....	13
Egna medel.....	13
Hot och våld .....	13
SKR:s nationella brukarundersökning .....	13
Sammantaget nöjd med tjänsten.....	13
Självbestämmande.....	13
Tillgänglighet .....	14
Bemötande.....	14

Hälso- och sjukvård.....	14
Rutiner gällande hälso- och sjukvård .....	14
Delegering .....	15
Läkemedelshantering .....	15
Hantering av läkemedelskåp, nyckelhantering, rengöring.....	15
Egenvård.....	16
Dokumentation .....	16
Basala hygienrutiner.....	16
Munhälsa och tandvård .....	16
Medicinsk fotvård .....	17
Medicin- och arbetstekniska hjälpmedel, utrustning samt förbrukningsartiklar.....	17
Vårdavvikelsehantering, rapportering och anmälan om vårdskada eller risk för vårdskada	18
Palliativ vård och vård i livets slutskede.....	18
Dödsfall och omhändertagande av den avlidna.....	18
Patientnämnden .....	19
Skyldigheter kring uppdraget .....	19
Skyldighet att ta emot uppdrag.....	19
Förändrat behov.....	19
Inflyttning.....	19
Hemförsäkring.....	19
El-abonnemang.....	19
Nyckelhantering .....	19
Kontrakt och uppsägning av kontrakt .....	20
Byte av gruppboende/serviceboende.....	20
Arbetsätt.....	20
Utförarens ansvar i en gruppboende/serviceboende.....	20
Inflyttande, delaktighet och självbestämmande .....	20
Omvårdnaden .....	20
Fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter.....	21
Bemötande.....	21
Samarbete med anhöriga, myndigheter och andra vårdgivare .....	21
Individens behov i centrum (IBIC) .....	21
Stödperson och kontinuitet.....	22
Anhörigstöd.....	22
Våld i nära relationer.....	22
Social dokumentation och förvaring .....	22
Social dokumentation.....	22



Genomförandeplan .....	23
Förvaring .....	24
Digitala system och välfärdsteknik .....	24
Användning av digitala system .....	24
Procapita.....	24
Lifecare utförare .....	24
Lifecare meddelande .....	25
IT-utrustning.....	25
IT-system.....	25
Inloggning .....	25
Utbildning och support.....	25
Informationssäkerhet .....	26
Hantering av personuppgifter.....	26
Förändringar .....	26
Välfärdsteknik .....	26
Trygghet och säkerhet .....	26
Identifikation .....	26
När brukaren inte öppnar.....	26
Skyddsåtgärder .....	26
Riskbedömning.....	27
Kris och beredskap .....	27
Mat och måltider .....	27
Livsmedelshantering .....	27
Tvättning och städning .....	28
Insyn, tillsyn och uppföljning.....	28
Uppföljning .....	28

## Uppdrag

### Bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS

Det finns två former av bostad med särskild service för vuxna – grupp- och servicebostad samt annan särskilt anpassad bostad för vuxna enligt 9 § 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Den här uppdragsbeskrivningen rör bostad med särskild service - gruppboende och serviceboende.

Boende i gruppboende för vuxna är till för personer som har ett så omfattande tillsyns- och omvårdnadsbehov att mer eller mindre kontinuerlig närvaro av personal är nödvändig. Gruppboendet består av ett mindre antal lägenheter som är samlade kring gemensamma utrymmen. En fast personalgrupp ska täcka de boendes hela stödbehov inklusive fritids- och kulturella intressen. I gruppboendet ska det finnas bemanning som täcker den enskildes hela stödbehov. Antalet boende i en gruppboende får maximalt vara sex personer under förutsättning att samtliga personer som bor i gruppboendet tillförsäkras goda levnadsvillkor. De enskilda lägenheterna ska vara fullvärdiga och grupperade kring gemensamma utrymmen. Service och omvårdnad ska kunna ges alla tider på dygnet. De gemensamma utrymmena bör ligga i direkt anslutning till de enskilda lägenheterna och vara lätta att nå.

En serviceboende består av ett antal lägenheter som har tillgång till gemensam servicelokal och en fast personalgrupp. Lägenheterna är i regel anpassade efter den enskildes behov och ligger oftast i samma eller kringliggande hus. Lägenheterna ska vara fullvärdiga och dygnet-runt-stöd, utifrån den enskildes behov, ska kunna erbjudas i den egna lägenheten av en fast personalgrupp. Serviceboende är en insats som kan vara lämplig för den som inte klarar av att bo i ett ordinärt boende men som inte har ett så omfattande behov av stöd och service att ett boende i gruppboende är nödvändigt. I en serviceboende kan det bo fler personer än i en gruppboende. Antalet lägenheter bör dock vara så begränsat att serviceboendet integreras i bostadsområdet och att en institutionell boendemiljö undviks.

Enligt Socialstyrelsen ska det finnas en föreståndare för verksamheten som ansvarar för det dagliga arbetet och säkerställer att verksamheten bedrivs med god kvalitet och ger god omvårdnad. I Botkyrka kommun är detta enhetschefen på det specifika boendet.

### Bostadens utformning

En bostad med särskild service är personens hem och det ställer särskilda krav på bostadsstandarden. I förarbetena till LSS uttalas att huvudregeln bör vara att de generella byggbestämmelser som gäller för bostäder i allmänhet, också ska gälla för lägenheter i en gruppboende. Detta inkluderar även krav för brandskydd och systematiskt brandskyddsarbete i enlighet med gällande lagar och föreskrifter samt Botkyrka kommuns brandskyddspolicy.

Både grupp- och serviceboendet bör ligga i vanliga bostadsområden. Undantag från detta bör kunna göras då det gäller gruppboendet för en mindre grupp personer som är i så stort sjukvårdsbehov att det är nödvändigt att medicinsk vård är lättillgänglig.

För att undvika en institutionell miljö bör en bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS inte ligga i nära anslutning till en annan sådan bostad, eller andra bostäder som inte är ordinära så som till exempel korttidshem eller särskilda

boendeformer för äldre personer. Som regel bör en bostad med särskild service för vuxna inte heller samlokaliseras med lokaler för daglig verksamhet. Det anger Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:9) om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS.

### **Tillgång till gemensamhetslokaler**

Bostadens utformning skiljer sig åt mellan en gruppboende och en serviceboende. I förarbetena till LSS anges angående gruppboende att de gemensamma utrymmena bör placeras så att de kan fungera som den samlande punkten för de boende. Ytorna bör vara dimensionerade så att alla som bor i gruppboenden kan delta samtidigt i olika aktiviteter.

Gruppboendens gemensamhetslokaler bör:

- ligga i nära eller direkt anslutning till de enskilda lägenheterna
- vara lätta att nå
- vara till för dem som bor i gruppboenden och tjänstgörande personal
- endast kunna nyttjas av andra på de boendes villkor.

Det anger Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:9).

Även serviceboende har gemensamma utrymmen för service och gemenskap. Den som bor i en gruppboende kan komma till gemensamma utrymmen utanför sin lägenhets dörr och delar gemensamhetsutrymmena med andra boende samt har möjlighet att äta tillsammans med andra om så önskas. Den som bor i en serviceboende kan behöva gå en kort sträcka för att komma till gemensamhetsutrymmena.

Gemensamhetslokalerna kan ses som ett komplement till de egna lägenheterna och kan erbjuda möjligheter till samvaro och aktiviteter utifrån önskemål och intressen.

### **Målgrupp**

En person som omfattas av någon av nedan beskrivna personkretsar kan ansöka om insatser med stöd av LSS. Det är en rättighetslag som, utöver bistånd enligt SoL, vänder sig till personer med en omfattande funktionsnedsättning.

#### **Personkrets 1**

Personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.

#### **Personkrets 2**

Personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom.

#### **Personkrets 3**

Personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service

## **Krav på tjänstens utförande**

Den enskilde ska genom de särskilda insatserna i LSS tillförsäkras goda levnadsvillkor. Goda levnadsvillkor kan ses som ett övergripande begrepp som anger kvalitet och nivå på de särskilda insatserna. I grupp- och servicebostaden ska brukaren garanteras god omsorg och tillsyn alla tider på dygnet. Brukaren ska få det stöd han eller hon behöver för att klara sin tillvaro och känna sig trygg. Om det krävs ska grupp- och servicebostaden ha vaken personal nattetid, i annat fall sovande jour på plats. I en servicebostad ska brukaren ha tillgång till dygnet-runt-stöd, utifrån sina behov, i den egna lägenheten av en fast personalgrupp. Bostaden och stödet ska vara utformat så att brukarens förmågor och resurser tas till vara. De särskilda insatserna ska förebygga, minska följderna av och kompensera för funktionsnedsättningar. Insatserna ska vara samordnade och utformade så att de stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv och kunna delta aktivt i samhällslivet. Brukaren ska få hjälp att behålla och utveckla sina psykiska och fysiska funktioner samt stöd att bevara och – om brukaren önskar - utöka sitt sociala och kulturella nätverk.

Oavsett innehåll ska stödet och servicen ges på sådant sätt att den stärker brukarens tilltro till sin egen förmåga och hjälper den enskilde att maximalt utnyttja sin fysiska, intellektuella, emotionella och sociala förmåga. Stödet och servicen ska anpassas efter den enskildes individuella behov och önskemål samt kontinuerligt anpassas efter rådande omständigheter så att det hela tiden svarar mot brukarens aktuella situation. Grupp- och servicebostädernas verksamhet ska genomsyras av grundtanken att brukaren själv ska få välja hur denne vill leva sitt liv.

Alla grupp- och servicebostäder ska kunna erbjuda aktiviteter som är meningsfulla för brukaren i den egna lägenheten eller vid utevistelser. Det ska även finnas en gemensam lokal som brukaren har tillgång till för aktiviteter utifrån brukarens behov och önskemål. Insatsen ska anpassas efter den enskildes behov och kvarboendepincipen<sup>1</sup> ska gälla. Omvårdnaden ska kontinuerligt anpassas efter rådande omständigheter så att den hela tiden svarar mot den enskildes aktuella situation. En förutsättning för en sådan utformning av omvårdnaden är att den noggrant planeras, dokumenteras och följs upp.

## **Finskt förvaltningsområde**

Botkyrka kommun är en finsk förvaltningskommun, det betyder att kommunen bedriver ett särskilt arbete för att främja finska. Alla grupp- och servicebostäder har utifrån det som uppdrag att försöka tillgodose behovet av finskspråkiga medarbetare i största möjliga mån för de personer som önskar tala finska.

## **Lagar, förordningar och föreskrifter**

Verksamheten ska utföras och bedrivas i enlighet med lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), offentlighets- och sekretesslagen, arbetsmiljölagen, dataskyddsförordningen och övriga, vid varje tillfälle, tillämpliga lagar. Verksamheten ska följa befintlig, och kommande lagstiftning och andra för verksamheten aktuella gällande föreskrifter och allmänna råd.

---

<sup>1</sup> Kvarboendepincipen tillämpas när den enskilde beviljats särskilt boende. Det innebär att denne inte ska behöva flytta ytterligare en gång även om omsorgsbehovet förändras.

### **Särskilt viktiga delar inom LSS**

I 5 § LSS framgår att verksamhet enligt denna lag ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som har rätt till stöd enligt denna lag. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra.

I 6 § LSS framgår det att verksamheten enligt denna lag ska vara av god kvalitet och bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. Verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Personer som anges i 1 § LSS har rätt till insatser i form av särskilt stöd och särskild service enligt 9 § 1--9, om de behöver sådan hjälp i sin livsföring och om deras behov inte tillgodoses på annat sätt. Personer som anges i 1 § 1 och 2 har, under samma förutsättningar, även rätt till insatser enligt 9 § 10.

Den enskilde ska genom insatserna i LSS tillförsäkras goda levnadsvillkor. Insatserna ska vara varaktiga och samordnade. De ska anpassas till mottagarens individuella behov samt utformas så att de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv. Detta framgår av 9 § LSS.

### **Tystnadsplikt och sekretess**

Alla grupp- och servicebostäder omfattas av offentlighets- och sekretesslagen och all personal har tystnadsplikt. Enhetschef ansvarar för att all personal har god kunskap om offentlighets- och sekretesslagen, och ska regelbundet gå igenom vad den innebär med personalen. Enhetschef ansvarar också för att personalen undertecknar en förbindelse om sekretess. Förbindelsen avser den tystnadsplikt som gäller enligt 29 § LSS för uppgift om den enskildes hälsotillstånd, personliga tillstånd eller personliga förhållanden. Sekretessförbindelsen ska undertecknas vid varje nyanställning och det är den anställande chefens ansvar att den undertecknas. Enhetschefen ansvarar för att enhetens personal och ledning lever upp till lagsstiftningen gällande tystnadsplikt.

### **Diskriminering**

Diskrimineringslagen (2008:567) har till ändamål att motverka diskriminering och på andra sätt främja lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder. Verksamheten ska aktivt arbeta för att motverka diskriminering i enlighet med lagens syfte.

### **Ledningssystem för kvalitet**

Grupp- och servicebostäder ska ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som motsvarar kraven i SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Med stöd av ledningssystemet ska verksamheterna planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera samt förbättra verksamheten. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Enhetschef ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Detta säkerställer att alla arbetar på ett likartat sätt.

Enhetschef ansvarar för utbildningsinsatser eller andra åtgärder som behöver vidtas för att säkerställa att processer och rutiner följs.

Ledningssystem för kvalitet ska innehålla nedanstående delar:

- **Samverkan**  
Samverkan kan ske inom den egna verksamheten, till exempel mellan olika enheter eller andra organisatoriska delar, och mellan olika personalgrupper. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs mellan verksamheten och andra vårdgivare eller andra verksamheter.
- **Synpunkter och klagomål**  
Verksamheterna ska dokumentera och behandla alla inkomna synpunkter skriftligt. Alla grupp- och servicebostäder ska arbeta systematiskt med de synpunkter som inkommit från brukare och anhöriga. Återkoppling till brukare eller anhöriga ska ske inom tio dagar. Verksamheterna ska på begäran av ansvarig i kommunen när som helst kunna redovisa vilka synpunkter och klagomål som inkommit och vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa.
- **Rapporteringskyldighet – lex Sarah (24 b § LSS)**  
Av processerna och rutinerna ska det framgå hur grupp- och servicebostäderna hanterar rapporteringskyldigheten. Verksamheterna ska ha god kännedom om och följa vård- och omsorgsnämndens riktlinjer om avvikelser och missförhållanden enligt lex Sarah. Alla grupp- och servicebostäder ska ha aktuella rutiner och se till att all personal är väl förtrogna med rutinerna.
- **Utreda och avhjälpa – avvikelser och missförhållanden enligt lex Sarah (24 e § LSS)**  
Utöver rapporteringskyldigheten har verksamheten även en skyldighet att skyndsamt avhjälpa, undanröja och utreda avvikelser och missförhållanden/risker för missförhållanden.
- **Sammanställning av risker, rapporter, synpunkter och klagomål**  
Verksamheterna ska minst årligen sammanställa inkomna rapporter, klagomål och synpunkter för att kunna se om det finns mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Grupp- och servicebostäder ska fortlöpande utföra riskanalyser för att bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa i verksamheten som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.
- **Egenkontroll**  
Grupp- och servicebostäder ska fortlöpande utöva egenkontroll, det vill säga undersöka den verksamhet som bedrivs. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att enheterna och verksamheten ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.
- **Dokumentation av kvalitetsarbetet**  
Grupp- och servicebostäder ska dokumentera kvalitetsarbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Kravet på dokumentation

omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet.

- **Kvalitetsberättelse**

Grupp- och servicebostäder ska på minst verksamhetsnivå dokumentera sitt kvalitetsarbete i en årlig kvalitetsberättelse. Kvalitetsberättelsen ska omfatta hur verksamheten arbetat med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamheternas kvalitet.

## **Organisation och styrning**

Av 6 § LSS framgår bland annat att verksamhet enligt lagen ska vara av god kvalitet samt att det ska finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges.

Av 3 § förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS-förordningen, framgår att för bland annat gruppboende ska det finnas en person med lämplig utbildning som förestår verksamheten.

Av 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:9) om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS, framgår att med lämplig utbildning enligt 3 § LSS-förordningen avses en högskoleutbildning som är relevant för att en person ska kunna förestå verksamheten i en gruppboende.

### **Enhetschef**

Varje grupp- och serviceboende ska ha en utsedd enhetschef som ansvarar för den dagliga driften. Enhetschefen ska finnas i verksamheten och vara tillgänglig i sådan omfattning som krävs för uppdraget (se punkt Bemanning).

### **Formell kompetens och erfarenhet**

Enhetschef ska ha:

- Ingående kunskaper om tillämpliga lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd.
- Dokumenterad relevant utbildning om minst 180 högskolepoäng. Äldre relevant högskoleutbildning, som tidigare omfattade ett lägre antal poäng, kommer också att godkännas.
- Minst 24 månaders sammanhängande praktisk erfarenhet av arbetsledning (ekonomi-, personal- och verksamhetsansvar) inom vård- och omsorgsverksamhet under heltid, eller minst 24 månaders sammanhängande praktisk erfarenhet av myndighetsutövning med någon form av arbetsledningsansvar inom funktionsnedsättningsområdet under heltid. Erfarenheten ska vara förvärvad under de senaste tio åren.
- Datorvana, det vill säga att självständigt kunna arbeta med en dator och kunna hantera information via kommunens verksamhetssystem.
- Eftersom arbetet innebär mycket dokumentation och kontakter med brukare och anhöriga ska enhetschef ha goda kunskaper i det svenska språket i tal och skrift.

### **Personal**

Enhetschef ansvarar för att personalen kontinuerligt får nödvändig kompetensutveckling för att vid varje tillfälle vara lämpade att utföra sina arbetsuppgifter. Verksamheterna ska ha

rutiner för att fortlöpande kontrollera att den bemanning som behövs för att utföra uppdraget finns och att personalen har den kompetens som krävs för att utföra uppgifterna. Kraven utgår från SOSFS 2014:2 Socialstyrelsens allmänna råd om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning.

#### Formell kompetens

Minst 75 procent av personalen ska ha relevant utbildning. Relevant utbildning innebär att ha slutfört gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram eller motsvarande enligt Socialstyrelsens krav för den som ska arbeta med stöd, service eller omsorg till personer med funktionsnedsättning. Enhetschef svarar för att personal som saknar formell utbildning får tillräcklig, reell kompetens för sina arbetsuppgifter.

#### Kompetensutveckling

Enhetschef ska planera så att personalens kompetens utvecklas samt att utbildningsnivån generellt höjs och att personalen vid varje tillfälle är lämpade att utföra sina arbetsuppgifter. Enheten ska ha en plan för kontinuerlig kompetensutveckling av personalen som även inbegriper för uppdraget relevant vidareutbildning och möjlighet till handledning. Enhetschef ska aktivt följa utvecklingen inom sitt verksamhetsområde vad gäller lagstiftning och metodutveckling samt ansvara för att personalen har aktuell kunskap och en individuell kompetensutvecklingsplan.

Enheten ska säkerställa att personalen genomgått de utbildningar som kommunen tillhandahåller och som är obligatoriska. Vidare ska enheten delta på de möten som anordnas av central förvaltning och som vänder sig till utförare av insatsen. Enheten står för sina egna personalkostnader i samband med möten och utbildning.

#### Språkkunskaper

All personal ska behärska det svenska språket på ett sådant sätt att de kan ta emot instruktioner, samtala med brukarna, anhöriga och övrig personal, samt genomföra den dokumentation som krävs. Det innebär kunskaper i svenska motsvarande gymnasienivå. Grupp- och servicebostäderna ska erbjuda särskilda insatser för personal som behöver utveckla sina språkkunskaper i svenska.

Grupp- och servicebostäderna ska så långt som möjligt säkerställa att samtal kan ske på ett språk som brukaren förstår och vid behov tillhandahålla tolk. Enheterna ansvarar för att kunna erbjuda språkstöd på minoritetsspråken samt på teckenspråk utifrån de behov brukarna har.

#### Bemanning

Enhetschef ska säkerställa att verksamheten är bemannad årets alla dagar med sådan kompetens och sådan personalstyrka att brukarna alltid tillförsäkras en god omsorg. Grupp- och servicebostäderna ska säkerställa att det finns en tydligt utpekad verksamhetsansvarig chef på plats i verksamheten 08.00-17.00, alla vardagar, samt att det är tydligt vem som har motsvarande ansvar under övrig tid. Det ska vara känt för personal, brukare och anhöriga vem denne person är.

Bemanningen måste alltid vara sådan att brukare tillförsäkras insatser av god kvalitet utifrån individuella behov. Bemanningen måste anpassas utifrån förändringar i målgruppens behov. Detta kan innebära krav på ökad personalstyrka vid ökat omsorgsbehov, till exempel vid omsorg i livets slutskede. Enheterna ska följa Arbetsmiljöverkets gällande föreskrifter.



Ansvar för arbetsmiljön är arbetsgivarens och kan inte delegeras, enbart uppgifter kopplat till arbetsmiljöarbetet kan fördelas.

Enhetschef ska vidta åtgärder så att lagar och regler gällande rast, arbetspassens längd, dygnsvila och veckovila hålls. Enhetschef ska även informera sin personal om de lagar och avtal som reglerar de anställdas rättigheter och skyldigheter.

### **Personalkontinuitet**

Grupp- och servicebostäderna ska arbeta aktivt med personalkontinuitet för att skapa trygghet hos brukaren. Grupp- och servicebostäderna ska minimera antalet personal per brukare och se till att brukaren får sitt stöd av ett fåtal personer som han eller hon känner sig trygg med. Brukare ska om möjligt vara med i rekryteringsprocessen

### **Introduktion**

Enhetschef ska tillse att nyanställda medarbetare får introduktion och att det finns en skriftlig rutin för introduktion av nyanställda. Enhetschef ska säkerställa att nyanställd personal får ett individuellt utformat introduktionsprogram samt introduktion av erfaren personal. Med nyanställd personal avses både tillsvidareanställda och tidsbegränsat anställda.

### **Ledsagare och tolk**

Vid behov ska alltid auktoriserad tolk användas. Verksamheten står för kostnaden av tolk. I samband med myndighetsutövning är det Myndighet som anlitar tolk. Enheten ansvarar för att personal eller annan lämplig person, om brukaren behöver det, följer med vid läkar- och tandläkarbesök, besök hos frisör, och andra aktiviteter utanför verksamheten.

### **Lokaler**

Boendet ska vara ändamålsenligt för verksamheten och vara i gott skick samt utrustat för målgrupp och individuella behov. Bostaden ska vara utformad enligt de regler som gäller för bostad med särskild service för vuxna och fungera så hemligt som möjligt. I verksamheter där läkemedelshantering förekommer ska det finnas ett låsbart förråd för förvaring av narkotiska läkemedel samt individuella låsbara medicinskåp i de lägenheter där de enskilda som behandlas med läkemedel bor.

Grupp- och servicebostäderna ska följa gällande bestämmelser och allmänna råd om systematiskt brandskyddsarbete.

### **Arbetskläder**

Enheterna ska följa gällande föreskrifter från Arbetsmiljöverket och föreskrifter från Socialstyrelsen samt vård- och omsorgsnämndens riktlinjer för arbetskläder inom vård- och omsorgsförvaltningen.

### **Mutor och gåvor**

En arbetstagare eller den som utför uppdrag kan dömas för mottagande av muta om denne tar emot gåva, löfte om gåva eller begär en otillbörlig förmån för att utföra sitt arbete, detta följer av 10 kapitlet 5 § Brottsbalken. Det gäller även efter det att anställningen har upphört, exempelvis mottagande av förmån genom testamente. Inom vård- och omsorgsområdet ställs särskilt höga krav på detta och utrymmet för att ta emot gåvor är mycket litet. Undantagsvis kan gåvor såsom en enklare blomma, kakor eller choklad accepteras, i dessa fall ska den enklare gåvan gå till arbetsplatsen kollektivt och inte till enskilda anställda.

Enhetschef ansvarar för att all personal är informerad om förbud mot att ta emot gåva eller förmån. Enhetschef ansvarar även för att vidta åtgärder om personal bryter mot detta förbud.

### **God man, förvaltare eller annan företrädare**

Personal inom bostad med särskild service får inte ha uppdrag som förvaltare, god man eller annat uppdrag för brukare som får insatser från verksamheten. Om personalen uppmärksammar att brukaren har behov av god man eller förvaltare ska detta anmälas till handläggare.

### **Egna medel**

Huvudregeln är att brukaren själv bär ansvar för sin ekonomi. Brukaren, dennes ställföreträdare med fullmakt eller god man ska därför i möjligaste mån sköta hanteringen av brukarens privata medel. Om verksamheten uppmärksammar att brukaren har svårigheter att hantera sin ekonomi på egen hand, och saknar hjälp av ställföreträdare med fullmakt eller god man, ska omedelbar kontakt tas med handläggare för att meddela behovet.

I avvaktan på att god man tillsätts får verksamheten i nödfall tillfälligt hjälpa brukaren med ekonomiska göromål för att undvika att brukaren ska hamna i en svår ekonomisk situation. Ansvar för sådana insatser ligger på enhetschef som ska ha rutiner för sparade kvitton och ordnad dokumentation för insatser av denna typ. De pengar som hanteras ska i möjligaste mån begränsas och så få personer som möjligt ska ha tillgång till brukarens privata medel.

Gruppboenden/serviceboenden ska följa vård- och omsorgsförvaltningens gällande rutiner för hantering av privata medel.

### **Hot och våld**

Verksamheten ska ha metoder och rutiner för att förebygga och förhindra att egen personal såväl som brukaren utsätts för hot, våld och övergrepp.

## **SKR:s nationella brukarundersökning**

### **Sammantaget nöjd med tjänsten**

Alla personer som får stöd enligt socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) i Botkyrka kommun har rätt att leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Enheterna ska möta Botkyrkabornas behov av stöd för att leva ett självständigt liv. Verksamheten och personalen ska värna och respektera brukarens rätt till privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande och delaktighet. Personalen ska respektera brukarens privata sfär, ha ett bra bemötande, anpassa sitt arbetssätt, planering och genomförandet av insatser utifrån individens behov. Brukarens sammantagna nöjdhet mäts i SKR<sup>2</sup>:s nationella brukarundersökning för personer med funktionsnedsättning.

### **Självbestämmande**

Grupp- och serviceboendena ska inom ramen för uppdraget från Myndighet utforma insatserna tillsammans med brukaren i enlighet med gällande lagar och föreskrifter. Verksamheterna ska tillgodose brukarens önskemål och ge brukaren möjlighet att påverka och bestämma över sitt eget liv och sin egen tillvaro. Brukaren ska ges inflytande över insatsernas utformning och ha möjlighet att påverka tider för när insatserna ska utföras. Brukarens

---

<sup>2</sup> Sveriges Kommuner och Regioner

möjlighet till självbestämmande mäts i SKR:s nationella brukarundersökning för personer med funktionsnedsättning.

Verksamheten ska genom insatsen tillförsäkra den enskilde goda levnadsvillkor. Stöd och service i den dagliga livsföringen som erbjuds den enskilde ska vara individuellt anpassad och av god kvalitet. Insatserna ska kännetecknas av respekt för den enskildes rätt till självbestämmande, inflytande, integritet och delaktighet samt en helhetssyn, kontinuitet och tillgänglighet. Insatserna ska utföras i samråd med den enskilde eller dennes legala företrädare som i största möjliga utsträckning ska ha möjlighet att påverka insatsens utformning.

### **Tillgänglighet**

Verksamheterna i vilka grupp- och servicebostäderna ingår ska vara nåbara via telefon och e-post för såväl brukare, anhöriga som handläggare och andra utförare under den tid verksamheten har ansvar att utföra insatser. Grupp- och servicebostäderna ska säkerställa att det är lätt för brukaren, anhöriga och legala företrädare att komma i kontakt med boendepersonal, enhetschef och andra nyckelpersoner i organisationen. Verksamheterna ska säkerställa att information ges på ett tydligt sätt så att brukaren, anhöriga och legala företrädare förstår. Grupp- och servicebostäderna ska säkerställa att brukaren eller anhöriga och legala företrädare får svar eller återkoppling på frågor så snart som möjligt, dock senast inom två vardagar. Brukaren ska ha kännedom om hur han eller hon kan komma i kontakt med personal och chefer på boendet. Hur brukaren upplever tillgänglighet mäts i SKR:s nationella brukarundersökning för personer med funktionsnedsättning.

### **Bemötande**

Verksamheten ska säkerställa att brukaren, anhöriga och legala företrädare bemöts med värdighet och integritet. Bemötandet ska baseras på hälsofrämjande förhållningssätt samt personcentrerat och behovsorienterat arbetssätt med individens behov i centrum. Hur brukaren upplever bemötande mäts i SKR:s nationella brukarundersökning för personer med funktionsnedsättning.

## **Hälso- och sjukvård**

### **Rutiner gällande hälso- och sjukvård**

Det är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som ska skriva, implementera och följa upp rutiner gällande hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att upprätta rutiner bland annat för kontakt med hälso- och sjukvård när brukarens tillstånd kräver det och när samverkan med andra vårdgivare ska upprättas. Rutinerna ska vara kända, lättillgängliga, ändamålsenliga och ska tillämpas i det praktiska arbetet. Rutiner för följande områden ska finnas:

- Hur och när personalen på grupp- och servicebostäder ska kontakta sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/ fysioterapeut (LSS teamet)
- Läkemedelshantering
- Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter
- Egenvård
- Hantering av läkemedelskåp och nyckelhantering
- Rehabilitering och habilitering
- Handhavande av medicintekniska produkter och arbetstekniska hjälpmedel

- Vårdavvikelsehantering, rapportering och anmälan om vårdskada eller risk för vårdskada
- Basala hygienrutiner
- Palliativ vård och omhändertagande av avlidna
- Samverkan med andra vårdgivare
- Patientnämnden

För varje brukare ska det finnas en omvårdnadsansvarig sjuksköterska som ansvarar för att tillsammans med brukaren identifiera frisk- och riskfaktorer. En individuell vårdplan ska, i samverkan med den enskilde, upprättas för varje brukare som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser. Av planen ska planerade och beslutade insatser framgå.

### **Delegering**

Hälso- och sjukvårdsuppgifter kan utföras dels genom delegering, dels genom ordination eller instruktion från legitimerad personal. Alla ska följa gällande lagstiftning om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården. Rutiner ska finnas för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter samt för hur hälso- och sjukvårdsuppgifter utförs av icke legitimerad personal. I rutinerna ska det framgå hur uppföljning av delegeringar sker.

### **Läkemedelshantering**

Det är sjuksköterskan som ska säkerställa att rutiner finns för läkemedelshantering. Sjuksköterskan ansvarar för att stödassistent/boendestödare har kunskaper och kan följa gällande lagstiftning om läkemedelshantering inom de delar där delegeringar finns. Grunden för läkemedelshantering är att brukaren hanterar sina läkemedel själv, det vill säga egenvård (se punkt Egenvård). När brukaren inte klarar sin egenvård ska det finnas ett skriftligt beslut av hälso- och sjukvårdens legitimerade personal.

Sjuksköterska ska säkerställa att rutiner finns för hämtning av läkemedel, kassation av läkemedel, och återlämning. Brukare som behöver läkemedel ska kunna få dessa i dosetter eller efter förskrivares ordination, dosdispenserade från apotek.

Minst en gång per år ska en extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering och läkemedelsförråd genomföras av en legitimerad receptarie eller legitimerad apotekare. Då granskas befintliga rutiner och vid detta tillfälle bör enhetschef, arbetsledare, sjuksköterska och delegerad personal (stödassistent/boendestödare) delta.

Brukaren svarar för egenavgifter för läkarvård och individuellt förskrivna läkemedel på recept eller dosexpedition. Stödassistent/boendestödare på enheten ska vid behov vara brukaren behjälplig i hantering av högkostnadsskyddet.

### **Hantering av läkemedelskåp, nyckelhantering, rengöring**

För förvaring av uthämtade läkemedel från apoteket, i de fall då chef eller ledare i verksamheten i samråd med distriktssköterskan/sjuksköterska bedömer det olämpligt att förvara läkemedel i brukarens bostad, ska det finnas ett låsbart förvaringsskåp som endast ska innehålla läkemedel. Skåpet ska hållas låst och nyckel ska förvaras oåtkomligt för obehöriga. Nyckel till skåpet får endast innehas av den personal som har delegering på att överlämna läkemedel till brukaren.

Enhetschef för boendet ska säkerställa att det finns tydliga rutiner utifrån nyckelhantering, hantering av nyckelskåp, hantering av batteribyten om skåpen har kodlås, signeringslistor vid hämtning och återlämning av nycklar.

Enhetschefen för boendet ska säkerställa att det finns tydliga rutiner för rengöring av läkemedelskåp.

### **Egenvård**

Grundförutsättningen för egenvård är att brukaren kan ansvara för sin egenvård efter en enklare instruktion. Om brukaren på grund av sin funktionsnedsättning måste ha praktisk hjälp med egenvård kan arbetsuppgiften överlåtas till omsorgspersonal, uppgiften ska inte vara mer krävande än att en enklare instruktion/utbildning från brukaren eller vårdgivaren ska räcka.

Vid egenvård gör behandlande legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården, inom sitt ansvarsområde, en bedömning om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård eller egenvård med hjälp. Egenvårdsbedömningen i sig är att betrakta som hälso- och sjukvård, medan en arbetsuppgift som utförs som egenvård inte är att betrakta som hälso- och sjukvård. Enheten ansvarar för att upprätta rutiner för att säkerställa patientsäkerheten i samband med egenvård.

Åtgärder som kräver behörig personal, viss sjukvårdsutbildning eller mer omfattande instruktion eller handledd träning betraktas som sjukvård. I detta fall ligger ansvaret kvar hos hälso- och sjukvården.

### **Dokumentation**

Skyldighet att föra journal har bland annat den som har legitimation för yrket eller person som genom delegering biträder en legitimerad yrkesutövare med viss angiven arbetsuppgift. Personalen ska fylla i signeringslistor, checklistor mm. Enhetschef ansvarar för att rutiner för detta ska finnas.

### **Basala hygienrutiner**

Enheterna ska uppfylla krav på god vårdhygienisk standard enligt hälso- och sjukvårdslagen. Alla medarbetare ska ha kunskap om och tillämpa basala hygienrutiner i enlighet med gällande lagstiftning (SOSFS 2015:10 Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg. Aktuella vårdprogram för att förebygga smittspridning och minska vårdrelaterade infektioner ska i tillämpliga delar följas. Egenkontroller av basala hygienrutiner ska ingå i ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet.

Verksamheten ansvarar för att upprätta rutiner som säkerställer en god hygienisk standard samt en god och säker omsorg med minimal risk för spridning av smitta. Enhetschef ansvarar för att personalen har kunskap om basala hygienrutiner och smittskydd.

### **Munhälsa och tandvård**

Brukare med varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser har rätt till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska kontaktas för utfärdande av tandvårdsstödsintyg.

Enhetschef ansvarar för att medarbetare har kunskap om vilka brukare som har rätt till uppsökande och nödvändig tandvård enligt tandvårdslagen samt ansvarar för att den som är berättigad till avtal om munhälsobedömning och uppsökande verksamhet årligen informeras om detta.

Enhetschef ansvarar för att medarbetare ska tillse att berörda brukare erhåller ”Intyg om rätt till nödvändig och uppsökande tandvård enligt tandvårdslagen” från regionen. Enhetschef ansvarar vidare för att personalen följer de instruktioner som framgår av det munvårdskort som upprättas vid bedömningstillfället. Om munhälsobedömning utförs i brukarens bostad ska enhetens personal alltid vara med för att ta del av instruktioner för att hjälpa brukaren med den dagliga munvården. Enhetschef ska vidare se till att brukaren får hjälp med daglig munvård om behov finns. Enhetschef ska vara brukaren behjälplig om så krävs för en regelbunden tandvård hos tandläkare. Enhetschef ska bland annat planera munvårdsutbildning tillsammans med tandvårdspersonalen så att omsorgspersonal ska kunna delta i aktuella utbildningar. Enheten ansvarar för att upprätta rutiner för att säkerställa en god och säker munhälsa.

Regionen har avtal med olika företag av munhälsobedömningar. Det är endast det tandvårdsföretag som har avtal inom respektive kommuns geografiska område som ska anlitas. Enheten ska följa avtal som är gällande kring munhälsobedömningar och uppsökande verksamhet.

### **Rehabilitering och habilitering**

Paramedicinarna ska utforma rutiner då brukaren har behov av insatser och så att brukaren med lätthet ska få tillgång till rehabilitering och habilitering som kan utföras i hemmet inklusive tillgång till hjälpmedel och utrustning som underlättar i vardagen, ger välbefinnande och självständighet. Så långt det är möjligt är målet med rehabilitering och habilitering att vara riskförebyggande, funktionsbevarande och hälsofrämjande.

Enheten har ansvaret för rehabiliteringsinsatser och rutiner. Stödassistenter/boendestödjare ska ha ett rehabiliterande och förebyggande arbetssätt. Brukaren ska uppmuntras till aktivitet, stöttas och motiveras till att göra det som han eller hon kan göra själv, för att i så stor utsträckning som möjligt vara delaktig i sina vardagssysslor. Syftet är att bibehålla eller förbättra brukarens funktionsförmåga och aktivitetsförmåga samt ge förutsättningar för en meningsfull vardag.

### **Medicinsk fotvård**

Enhetschef ansvarar för att brukaren får medicinsk fotsjukvård i de fall en brukare fått en remiss för detta. Rutiner för detta ska tillhandahållas av hälso- och sjukvården.

### **Medicin- och arbetstekniska hjälpmedel, utrustning samt förbrukningsartiklar**

Medicintekniska produkter, tekniska och kognitiva hjälpmedel ingår i hälso- och sjukvårdens ansvar. Aktuella föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i verksamheten ska tillämpas och hälso- och sjukvården ansvarar för att rutiner finns och efterlevs. Hjälpmedel som är ordinerade av arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska ska tillhandahållas enligt gällande kostnadsfördelning/överenskommelser som finns mellan kommunen och regionen. Enhetschef ansvarar för och bekostar de arbetstekniska hjälpmedel som personal är i behov av för att kunna utföra arbetsuppgifter hos brukaren.

Enhetschef ansvarar för att det bedrivs en kvalitetssäkrad inkontinensvård. Enhetschef ska tillhandahålla och bekosta inkontinenshjälpmedel som ska vara individuellt förskrivna och utprovade av sjuksköterska. Enhetschef ska tillhandahålla och bekosta förbrukningsartiklar enligt gällande kostnadsfördelningar/överenskommelser.

Enhetschef ska utse ansvarig för medicintekniska produkter. Utsedd persons uppgifter och ansvar ska finnas väl dokumenterade och ingå i verksamhetens ledningssystem. Enheten ska ha rutiner för rengöring och funktionskontroll av hjälpmedel om brukaren inte själv kan utföra detta.

Enhetschef ansvarar för att upprätta rutiner för hjälpmedel och säkerställa att personal får kontinuerlig utbildning i förflyttningsteknik.

### **Vårdavvikelsehantering, rapportering och anmälan om vårdskada eller risk för vårdskada**

Hälso- och sjukvårdspersonal ska se till att det finns rutiner för att rapportera in vårdavvikelser av betydelse för brukarens säkerhet. Rutiner ska finnas för samverkan mellan legitimerad personal, enhetschef och stödassistenter/boendestödjare. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska säkerställa att stödassistenter/boendestödjare har ingående kunskaper om att rapportera in vårdavvikelser av betydelse för brukarens säkerhet. Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att anmäla eventuella händelser till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

### **Palliativ vård och vård i livets slutskede**

Hälso- och sjukvården ska säkerställa att enheten följer Nationellt vårdprogram för palliativ vård och Nationellt kunskapsstöd ska användas vid planering och utförande av den palliativa vården. Enhetschef ska samverka med LSS-teamet och regionens hälso- och sjukvård när det gäller personer som vårdas i livets slutskede. Brukare som vårdas i livets slutskede ska tas om hand på ett mänskligt och värdigt sätt och få basal palliativ vård. Om legitimerad personal beslutar om vak ska enhetschef säkerställa att det finns stödassistenter/boendestödjare till vaket.

Hälso- och sjukvården ansvarar för att en skriftlig vårdplan för vård i livets slutskede upprättas när en person befinner sig i palliativt skede. Särskild hänsyn ska tas till de sedvanor som kan betingas av kulturell eller etnisk bakgrund. Närstående ska om möjligt hållas informerade och göras delaktiga. Vården och omsorgen ska så långt som möjligt genomföras efter brukarens önskemål. Om brukaren själv inte kan uttrycka sina önskemål ska synpunkter inhämtas från närstående, god man eller förvaltare.

### **Dödsfall och omhändertagande av den avlidna**

Enhetschef ska, som en del av sitt åtagande i samverkan med legitimerad personal ansvara för omhändertagande av avlidna. Skriftliga rutiner ska finnas om hur personal på enheten ska agera om de finner en brukare avliden.

Ansvaret upphör i och med kistläggning. Enhetschef ansvarar för att den avlidne tas om hand på ett värdigt och respektfullt sätt och att närstående omgående underrättas samt får möjlighet att ta farväl i lugn och ro. Transport till bårhus ombesörjs av verksamhet. Transport från bårhus till kyrka eller motsvarande ombesörjs av dödsboet.

## **Patientnämnden**

Enhetschef och medarbetare på enheten ska informera brukare och närstående om möjligheten att vända sig till patientnämnden vid klagomål inom ansvarsområdet hälso- och sjukvårdslagen. Hälso- och sjukvården ska säkerställa så att det finns rutiner för detta.

## **Skyldigheter kring uppdraget**

### **Skyldighet att ta emot uppdrag**

Verksamheterna får inte tacka nej till nya beställningar/uppdrag utan särskilda skäl. Vid ärenden då detta eventuellt kan vara aktuellt har utförare och ansvarig chef på Myndighet en dialog kring hur uppdraget ska lösas på bästa sätt. Om utföraren av någon anledning inte kan utföra uppdraget så som det var beställt, ska detta skyndsamt och skriftligt rapporteras till ansvarig handläggare.

### **Förändrat behov**

Enheten får inte tacka nej till befintliga brukare som får ett utökat eller minskat stödbehov.

### **Inflyttning**

Brukaren ska inom angiven tid från det att han eller hon erbjudits bostad tacka ja eller nej. I samband med att brukaren tackat ja upprättar enhetschef hyreskontrakt med brukaren och brukaren ansvarar därefter för hyran som betalas i förskott. Brukaren och dennes närstående ansvarar för att bohag och personliga tillhörigheter kommer till bostaden och personal kan vara brukaren behjälplig att få allt på plats i lägenheten. Gruppboenden/serviceboenden ska ge brukare och deras anhöriga eller företrädare skriftlig information om verksamhetens mål enligt lagen om stöd och service (LSS). Informationen ska ges till brukaren och till dennes närstående och/eller legala företrädare vid visning av lägenheten. Brukaren ska även informeras om sina rättigheter och få upplysningar om vem som är hans eller hennes stödperson samt ges information om rätten att byta stödperson om så önskas. Stödpersonen ska ha en kontinuerlig dialog med brukaren, och om denne så önskar, med hans eller hennes närstående/företrädare för framtagande av en första preliminär genomförandeplan.

### **Hemförsäkring**

I hyresavtalet framgår det att en hemförsäkring ska vara tecknad. Verksamheten säkerställer att detta är gjort innan inflyttning. Verksamheten ansvarar för att informera den enskilde eller dennes företrädare om att hemförsäkringen ska täcka skador som brukaren själv orsakar i sin bostad och som inte täcks av kommunens ansvarsförsäkring. Den enskilde tecknar och betalar egen hemförsäkring.

### **El-abonnemang**

Den enskilde tecknar och betalar eget el-abonnemang när sådant krävs.

### **Nyckelhantering**

Verksamheten ska ha säkra rutiner för hantering av brukares nycklar. Det ska finnas tydliga rutiner för utlämning och återlämning av nycklar. Vid förlust av nycklar i verksamheten ska detta omedelbart redovisas till brukaren eller dennes företrädare. Eventuella kostnader för lås och nycklar som drabbar brukaren på grund av försumlighet hos personal bekostas av verksamheten.



## **Kontrakt och uppsägning av kontrakt**

Kontraktet är ett andrahandskontrakt. Om den boende vill flytta ska han eller hon meddela handläggare och ansvarig enhetschef på boendet. Uppsägningstiden är en månad.

## **Byte av gruppboende/serviceboende**

Brukaren kan byta lägenhet inom gruppboendet/serviceboendet eller flytta till ett annat gruppboende/serviceboende om han eller hon önskar, förutsatt att det finns en lägenhet tillgänglig. Brukaren ska då kontakta myndighet.

## **Arbetsätt**

### **Utförarens ansvar i en gruppboende/serviceboende**

Inflytande, delaktighet och självbestämmande

Brukaren ska kunna vara delaktig i det liv och i den gemenskap som tillkommer alla människor. Gruppboendet/serviceboendet ansvarar för att ge brukaren information om verksamheten och på vilket sätt han eller hon kan utöva inflytande och vara delaktig. Brukaren ska ges största möjliga inflytande och medbestämmande över det stöd som ges och insatserna skall präglas av en hög grad av individualisering. Att ha inflytande innebär dels att kunna bestämma själv i olika vardagssituationer, dels att kunna påverka beslut på olika nivåer. Alla beslut som rör brukaren ska han eller hon själv vara delaktig i. Brukaren har alltid rätt att ta del av dokumentation som rör honom eller henne.

### **Omvårdnaden**

I omvårdnaden ingår att stödja och hjälpa brukaren med dagliga personliga behov som de kan ha svårt att klara själva. Det är en nödvändig del av insatsen för att tillförsäkra den enskilde goda levnadsvillkor. Det finns inte någon allmänt vedertagen definition av omvårdnad enligt LSS och begreppet är sparsamt beskrivet i lagens förarbeten. Omvårdnad kan dock i detta sammanhang ses som ett samlingsbegrepp för allt som en person behöver hjälp med i sin dagliga livsföring. Det innebär att omvårdnad innehåller både stöd och service, och tanken är att den ska tillgodose de enskilda personernas individuella, psykiska, fysiska och sociala behov.

Omvårdnaden kan bestå av praktisk hjälp eller vara av mer vägledande natur – allt utifrån den enskildes behov och förutsättningar. Genom omvårdnaden kan hinder i den dagliga livsföringen undanröjas eller minskas. Omvårdnad ska ges med respekt för den enskildes självbestämmande och integritet och den ska vara flexibel utifrån den enskildes behov och önskemål över tid. Omvårdnad syftar till att underlätta för den enskilde att leva som andra. Oavsett innehåll ska omvårdnaden ges på ett sådant sätt att den stärker den enskildes tilltro till sin egen förmåga.

Omvårdnad kan innebära hjälp med att äta, dricka, förflytta sig, sköta personlig hygien, klä sig, sköta hemmet, tillreda måltider eller att göra ärenden och inköp. I begreppet ligger också aspekter som hjälp med att kommunicera, upprätthålla sociala kontakter, bryta isolering, göra tillvaron begriplig, förutsägbar, och trygg. Det ingår också hjälp att planera framåt, att tillgängliggöra hälso- och sjukvård, habilitering, rehabilitering och tandvård samt att se till att misstankar om övergrepp och andra brott mot den enskilde polisanmäls. Omvårdnaden ska noggrant planeras, dokumenteras och kontinuerligt anpassas efter rådande omständigheter så att den hela tiden svarar mot den enskildes aktuella situation.

### Fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter

Grupp- och servicebostäderna ska erbjuda brukaren kultur- och fritidsaktiviteter som är intressanta och passande för honom eller henne. Brukaren ska också få stöd att ta del av det kultur- och fritidsutbud som erbjuds i kommunen och i länet i övrigt. Aktiviteterna kan ske enskilt eller i grupp.

Att verka för tillgänglighet kan innebära att se till att det finns god och väl anpassad information om utbudet av olika evenemang och aktiviteter. Det kan också innebära att verka för tillgänglighet i fysisk bemärkelse – dels till själva aktiviteterna, dels till kommunikationer till och från dessa. Syftet är att i största möjliga utsträckning ge människor med omfattande funktionsnedsättning möjlighet att leva som andra, det vill säga att de kan ta del av det allmänna fritids- och kulturutbudet utifrån egna förutsättningar både som åskådare till olika evenemang och som aktiva utövare.

Fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter behöver inte alltid ske ute i samhället. Stöd kan även behövas för att få tillgång till musik, film, böcker och nyheter i hemmet. Personalens uppgift kan då vara att förmedla lättlästa böcker och tidningar eller litteratur intalad på band eller i form av punktskrift. Genom lästunder med högläsning kan de som inte själva kan eller orkar läsa få tillgång till böcker, tidningar och samhällsinformation.

### Bemötande

Grupp- och servicebostäderna ska ta hänsyn till brukarens samlade livssituation och unika behov, och alltid ha medborgarens fokus. Grupp- och servicebostäderna ska ha ett salutogent synsätt – det vill säga fokusera på de faktorer som främjar hälsa och meningsfullt liv. Verksamheterna ska möta brukaren på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes förmåga, och stärka hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv.

### Samarbete med anhöriga, myndigheter och andra vårdgivare

Grupp- och servicebostäderna ska samarbeta med brukarens närstående och företrädare, daglig verksamhet och andra personer som är viktiga för honom eller henne. Grupp- och servicebostäderna ska även samarbeta med vårdgivare/tjänstepersoner (till exempel primärvården, regionen, handläggare eller andra tjänstepersoner i kommunen) och intresse- och frivilligorganisationer som är viktiga för brukaren.

### Individens behov i centrum (IBIC)

Botkyrka kommun arbetar utifrån IBIC (individens behov i centrum) vilket ska prägla arbetet i grupp- och servicebostäderna. Ett individuellt och behovsinriktat arbetssätt ska ligga till grund för bemötande av brukaren och planering av verksamheten. Att arbeta behovsinriktat innebär att insatser utförs med fokus på individens behov, med viss flexibilitet och med en lyhördhet inför andra behov som behöver uppmärksammas och tillgodoses.

I enlighet med IBIC ska personal inom verksamheten dokumentera utifrån ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) ett internationellt fackspråk utvecklat av WHO (World Health Organization). Grupp- och servicebostäderna ska arbeta med individuella mål för varje brukare enligt IBIC. Dessa mål ska framgå av genomförandeplan och utgå från beställningen.

## **Stödperson och kontinuitet**

Stödperson är den av enhetens medarbetare som har ett extra ansvar för samordning av brukarens stöd och hjälp. Grupp- och servicebostäderna ska säkerställa att varje brukare har en stödperson och, vid behov, har möjlighet att byta stödperson. Stödpersonen ska personligen presenteras för brukaren i samband med att insatsen verkställs. Grupp- och servicebostäderna ska säkerställa att samtliga brukare får information om vem som är deras stödperson. En skriftlig rutin för stödpersonens uppdrag ska finnas.

Grupp- och servicebostäderna ansvarar för att:

- Så få personer som möjligt är inblandade i omsorgen så att brukaren får insatser utförda av personal som han eller hon känner igen.
- Insatserna planeras så att de utförs efter brukarens behov, vanor och rutiner oberoende av vem som utför dem och när de utförs.
- Informera brukaren om den planerade tiden förändras eller om det kommer någon annan personal än vad som planerats.
- Brukaren får en utsedd stödperson och har rätt att byta stödperson när önskemål finns.
- Ha rutin för hur brukaren kan byta stödperson.
- Ha rutin för hur information till brukaren vid byte av tid och/eller personal ska gå till.

## **Anhörigstöd**

Anhöriga är en viktig resurs i all omsorg och de ska känna att de vid behov kan få stöd. Grupp- och servicebostäderna ska arbeta för att ha en nära samverkan med anhöriga. Anhöriga ska bemötas med respekt och känna delaktighet. För anhörigas trygghet är det viktigt att de känner förtroende för boendepersonalen, ledningen och verksamheten.

Grupp- och servicebostäderna ansvarar för att:

- Den anhörige känner sig välkommen att vara delaktig i omsorgen om brukaren samtycker till det.
- Informera om och förmedla kontakt med Botkyrka kommuns anhörigstöd vid behov.
- Möjliggöra att stödperson regelbundet kontaktar anhörig även om inga särskilda händelser har inträffat, om brukaren samtycker till det.

## **Våld i nära relationer**

Grupp- och servicebostäderna ska vara uppmärksam på om brukaren kan vara utsatt för hot och/eller våld. Personalen ska ha kunskap om bemötande och förhållningssätt för dessa situationer samt kännedom om vilket stöd och skydd som finns att tillgå. Verksamheterna ska följa gällande riktlinjer och ha en skriftlig rutin för att uppmärksamma hot och våld i nära relationer.

## **Social dokumentation och förvaring**

### **Social dokumentation**

Grupp- och servicebostaden ska följa vård- och omsorgsnämndens riktlinjer för social dokumentation. Grupp- och servicebostäderna ansvarar för att dess personal har kunskaper om, och att dokumentation ska ske i enlighet med, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och SOSFS 2014:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

All omsorgspersonal ska föra anteckningar i journal, så att det är möjligt att gå tillbaka i dokumentationen för att kunna följa händelser av vikt och avvikelser i förhållande till genomförandeplanen. I de fall inga avvikelser eller händelser av betydelse har skett under en månads tid görs en månadsanteckning för att förtydliga att allt har genomförts enligt genomförandeplanen och att brukaren mår bra. All dokumentation ska ske utifrån IBIC.

Syftet med all dokumentation är att göra insatserna tydliga för brukaren eller dennes ställföreträdare, att vara ett arbetsredskap för personalen samt att kunna följa upp att brukaren får de insatser som han eller hon har rätt till. Vidare ska dokumentationen vara ett arbetsredskap för att möjliggöra systematisk uppföljning.

Grupp- och servicebostäderna ska dokumentera i enlighet med gällande lagkrav. Verksamheten ska dokumentera hur den insats enligt LSS som den enskilde beviljats verkställs samt den hälso- och sjukvård som ges. Dokumentation ska finnas tillgänglig för berörd personal. Det ska finnas fungerande rutiner för informationsöverföring mellan arbetspass. I ansvaret för dokumentation ligger bland annat att se till att personalen har kunskap om och följer de regler som gäller och att det finns tid avsatt för dokumentation. Verksamheten ska fortlöpande dokumentera hur arbetet med genomförandet av den enskildes beviljade insatser går och följa upp att arbetet med den enskilde bedrivs på rätt sätt enligt genomförandeplanen.

Grupp- och servicebostäderna ska vidare informera handläggaren om avvikelser från beställning, förändringar i brukarens omsorgsbehov eller andra viktiga förändringar i dennes situation, som kan föranleda behov av åtgärder från handläggaren.

#### Genomförandeplan

Grupp- och servicebostaden ska alltid upprätta en genomförandeplan tillsammans med brukaren utifrån uppdrag/beställning. Om brukaren önskar ska närstående/företrädare vara med vid upprättandet. I genomförandeplanen ska det framgå vilket stöd brukaren har behov av, samt hur han eller hon har utövat inflytande vid planeringen och vilka andra personer som deltagit. Brukare och kontaktman undertecknar och daterar genomförandeplanen. Undertecknandet visar att en planering gjorts tillsammans med brukaren eller dess företrädare. Om brukaren av olika skäl inte kan eller vill underteckna genomförandeplanen är det viktigt att detta framgår både i planen och i journalen. Om den enskilde har hälso- och sjukvårdsinsatser bör samverkan ske med legitimerad personal både internt och externt så att genomförandeplanen upprättas med hänsyn till dessa insatser. Uppföljning av genomförandeplanen ska ske vid förändrade förhållanden, dock minst en gång om året. Genomförandeplanen ska även användas vid uppföljning tillsammans med handläggare på Myndighet.

Grupp- och servicebostäderna ska ha rutiner för hur genomförandeplaner upprättas och hålls aktuella. Grupp- och servicebostäderna ansvarar för att:

- Tillsammans med brukaren omsätta uppdragen i en genomförandeplan.
- Genomförandeplanen ska vara upprättad inom en månad från det att insatsen verkställts.
- Tillsammans med brukaren och/eller dennes företrädare planera för utförandet av insatser.

- I samråd med brukaren revidera genomförandeplanen vid förändrade insatser, önskemål och behov.
- Tillsammans med brukaren följa upp genomförandeplanen vid behov, men som minst en gång per år.
- Upprätta en ny genomförandeplan vid förändringar som är mer bestående än 14 dagar (större som mindre).
- Det i genomförandeplanen framgår hur brukaren har utövat inflytande vid planeringen och vilka andra personer som deltagit.
- Brukaren ska få ett exemplar av genomförandeplanen.

Brukarens individualitet ska synas i genomförandeplan, utförande och uppföljning samt i den löpande dokumentationen. Brukaren ska ha rätt att ta del av innehållet i dokumentationen som gäller denne.

### **Förvaring**

Dokumentation om brukare ska förvaras och gallras i enlighet med gällande lagstiftning och intentioner i arkivlagen och dataskyddslagstiftning.

All dokumentation som rör brukaren ska förvaras på ett betryggande sätt så att obehöriga inte får tillgång till den. Originalhandlingar ska skyddas mot förstörelse, skada och tillgrepp. Verksamheten ska, i samband med att insats ska inledas, inhämta samtycke från brukaren att grupp- eller servicebostaden kan lämna över original eller kopior av dokumentationen som rör brukaren till vård- och omsorgsförvaltningens myndighet i samband med individuppföljning eller när Myndighet begär det.

När ett ärende har avslutats i verksamheten och slutanteckning gjorts ska den sociala journalen och den senaste genomförandeplanen skrivas ut och tillföras brukarens utföraraktt. Utförarakten får sparas hos enheten i högst två månader och ska därefter överföras till personakten som finns hos Myndighet. Utförarakten ska rensas. Det är av stor vikt att enheterna skickar avslutade utförarakter i tid och rutinmässigt till Myndighet. Detta för att säkerställa att all social dokumentation sammanförs i samma akt.

## **Digitala system och välfärdsteknik**

### **Användning av digitala system**

Grupp- och servicebostäderna ska använda sig av kommunens verksamhetssystem, Procapita och Lifecare utförare. Verksamheternas uppdrag ges via verksamhetssystemen, och det är också där grupp- och servicebostäderna dokumenterar sitt uppdrag. I sitt uppdrag ska verksamheten använda sig av nedanstående systemmoduler:

#### **Procapita**

Procapita är ett systemstöd för hantering av delegeringar av hälso- och sjukvårdsinsatser. Ansvariga chefer lägger upp sina medarbetare i delegeringsmodulen och medarbetaren signerar sitt delegeringsbeslut som kommer från legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

#### **Lifecare utförare**

Lifecare utförare är ett systemstöd för att verkställa insats, skapa genomförandeplan, läsa och skriva social journal, frånvarorapportera och administrera baspersonal.

## Lifecare meddelande

Lifecare meddelande är ett systemstöd för säker kommunikation mellan grupp- och servicebostäderna och andra verksamheter inom vård- och omsorgsförvaltningen i Botkyrka kommun.

## IT-utrustning

Verksamheten ansvarar för datorer och mobiltelefoner som tillhandahålls av förvaltningen. Om datorer eller mobiltelefoner inte hanteras aktsamt bekostas nyinköp av respektive verksamhet. Förvaltningens IT-funktion tillhandahåller och ansvarar för datorutrustning, nätverk, mobiltelefoner, programvaror och relevant kringutrustning.

Verksamheten ansvarar för samtliga abonnemangs- och trafik kostnader samt kostnader för mobiltelefoner. Verksamheten kommer att informeras om förändrade villkor.

## IT-system

För att förvaltningen ska kunna ge support installeras kommunens Mobile Device Management (MDM-verktyg) på verksamhetens mobiltelefoner för administration av kommunens applikationer. Förvaltningens IT-funktion ansvarar för att verksamheten får tillgång till kommunens IT-system och applikationer som är relevanta för utförandet av insatsen.

## Inloggning

För åtkomst till kommunens IT-system ansvarar anställande chef för beställning av behörigheter enligt gällande rutiner. Anställande chef ansvarar för att säkerställa att medarbetare kan logga in i kommunens IT-system och använder dessa enligt gällande rutiner.

## Utbildning och support

Förvaltningens IT-funktion ansvarar för att tillhandahålla och uppdatera lathundar, rutiner och utbildningsmaterial till samtliga medarbetare. Anställande chef ska ombesörja att medarbetare har kunskap i och kan använda kommunens IT-system och applikationer. Detta genom att följa upp att alla medarbetare genomför utbildningarna.

Förvaltningens IT-funktion ansvarar för andra linjens support när det gäller förvaltningsspecifika IT-system.

Verksamheten ansvarar för att:

- Beställa nya, ändra och avsluta behörigheter för tillgång till kommunens IT-system och applikationer för alla medarbetare i sin organisation enligt förvaltningens rutiner.
- Beställa ny, ändring och avslut av användare till mobiltelefoner och abonnemang.
- Säkerställa att endast behöriga användare har tillgång till systemen.
- Ha uppdaterad inventarieförteckning över datorer, mobiltelefoner och annan IT-utrustning enligt kommunens rutiner.
- Följa förvaltningens rutiner för support och felanmälan.
- Utbilda användare inom den egna organisationen.
- Delta i informationsmöten som anordnas av förvaltningens IT-funktion och sprida vidare informationen/kunskap/rutiner till den egna organisationen.

## **Informationssäkerhet**

Verksamheterna ansvarar för att säkerställa att personalen använder kommunens IT-system och applikationer enligt Botkyrka kommuns styrdokument. Anställande chef ska kontinuerligt följa upp och kontrollera behörigheter och användaraktiviteter i kommunens IT-system.

Logguppföljning ska ske regelbundet för att följa upp att endast behörig tar del av brukarinformation. IT-funktionen bistår med loggrapport enligt fastställd rutin.

Mobiltelefonen ska förvaras på ett säkert sätt som skyddar mot stöld och skyddas med pinkod. Om mobiltelefonen blir stulen eller borttappad ska den spärras hos mobiloperatören och en polisanmälan ska upprättas samt mobiltelefonen avregistreras i kommunens IT-system.

## **Hantering av personuppgifter**

Botkyrka kommuns vård- och omsorgsnämnd är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som utförs inom nämndens verksamheter.

För den praktiska hanteringen är varje enhetschef för sig ansvarig för den personuppgiftsbehandling som utförs inom respektive enhet.

## **Förändringar**

Verksamheten ska vara medveten om att förändringar inom IT sker löpande. Botkyrka kommun ansvarar för att löpande informera om förändringar. Verksamheterna ska skyndsamt anpassa sig till nya arbetssätt och digitala verktyg. Verksamheten ska i god tid meddela organisationsförändringar eftersom detta kan komma att påverka kommunens IT-system.

## **Välfärdsteknik**

Varje grupp- och servicebostad ska säkerställa att kompetens inom välfärdsteknik finns i verksamheten i syfte att skapa ett stöd som bidrar till ökad trygghet, delaktighet och självständighet hos brukaren. Om Botkyrka kommun inför och tillhandahåller välfärdsteknik ansvarar varje verksamhet för att använda den.

## **Trygghet och säkerhet**

### **Identifikation**

Verksamheten ansvarar för att anställda på servicebostad alltid bär identifikation på ett sådant sätt att de vid begäran kan visa upp det för brukaren. Identifikationen ska innehålla foto och namn på den anställde.

### **När brukaren inte öppnar**

Verksamheten ansvarar för att det finns rutiner för när en brukare inte öppnar dörren vid överenskommen tid samt att rutinerna är väl förankrade hos all berörd personal.

### **Skyddsåtgärder**

En åtgärd är en skyddsåtgärd under följande förutsättningar: brukaren samtycker till åtgärden, syftet med åtgärden är att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera brukaren. Syftet med åtgärden får inte vara att kompensera för personal eller brister i verksamheten.

Skyddsåtgärder ska in i det längsta undvikas men måste ibland få förekomma. Grupp- och servicebostäderna ska arbeta aktivt med att förebygga och undvika de situationer som kan

leda till att skyddsåtgärder används. En skyddsåtgärd kan endast genomföras om brukaren samtycker och förstår dess syfte. Grupp- och servicebostäderna ansvarar för att upprätta rutiner för hur dokumentation och beslutsprocessen kring skyddsåtgärder hanteras. Verksamheterna åtar sig att följa Socialstyrelsens meddelandeblad och gällande lagstiftning.

### **Riskbedömning**

Riskanalyser innebär att den som bedriver verksamheten är framåtblickande, det vill säga arbetar förebyggande. Riskanalyser ska omfatta verksamhetens samtliga delar och göras regelbundet, minst årligen. Analyser ska göras för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter och beslut. Riskanalyserna innebär att sannolikheten för att en händelse ska inträffa uppskattas samt att en bedömning görs av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Riskanalyser ska göras som en del av verksamhetens kvalitetsarbete men även på individuell nivå för varje brukare. En individuell riskanalys ska även alltid göras i samband med att en ny brukare flyttar in på grupp- eller servicebostaden.

### **Kris och beredskap**

Botkyrka kommun ansvarar för att tillgodose brukarnas behov även under höjd beredskap, krig, katastrof, kris/samhällsstörning eller annan extraordinär händelse. Detta ansvar framgår av vård- och omsorgsnämndens krisplan. Grupp- och servicebostäderna ska i händelse av höjd beredskap eller annan allvarlig händelse i fredstid inordna verksamheterna under kommunens krisledning.

### **Mat och måltider**

I möjligaste mån ska den enskilde delta vid tillagningen av maten. Brukaren har rätt till stöd och hjälp med inköp och tillagning av mat så att denne får näringsriktiga måltider utifrån sina egna behov och önskemål. Måltider ska omfatta frukost, lunch, mellanmål och middag i de fall den enskilde inte deltar i annan verksamhet där aktuellt mål serveras. Så långt det är möjligt ska hänsyn tas till individens önskemål. Den som är i behov av specialkost, ska få stöd och hjälp med detta. Enheten ska sträva efter att ge varje brukare med behov av måltidsstöd positiva matupplevelser.

Gemensamma måltider ska erbjudas till självkostnadspris. Brukaren ska ha möjlighet att inta måltider gemensamt eller enskilt. Personalen behöver ha ett professionellt förhållningssätt till mat och måltider. Det innebär att de råd som ges av personal ska utgå från de officiella kostråden eller individanpassade råd från dietist. Personal kan ge stöd genom att vara förebilder, inspirera och visa på bra alternativ i vardagen. Stöd till hälsosamma vanor måste dock alltid ges med största respekt för individens rätt till självbestämmande.

Skriftlig rutin ska finnas för hur personalen ska agera vid exempelvis aptitlöshet, ofrivillig viktförändring hos brukare eller om brukaren inte verkar tillgodogöra sig tillräckligt med näring. Rutinen ska bland annat innehålla hur kontakt tas med brukarens vårdgivare eller primärvård för vidare utredning samt hur utföraren förebygger undernäring.

### **Livsmedelshantering**

All livsmedelshantering ska följa gällande livsmedelslagar och förordningar. Verksamheterna ska även ha dokumenterade rutiner för livsmedelshantering. Personalen ska ha grundläggande



matlagningskunskaper samt adekvata kunskaper och dokumenterad utbildning i livsmedelshygien och näringslära. Inom varje enhet ska det finnas utsedd personal som har matfrågor som sitt ansvarsområde.

## **Tvättning och städning**

I omvårdnaden i en bostad med särskild service ingår att stödja den enskilde med att sköta hemmet och planera framåt. I omvårdnad kan även ingå hjälp med tvättning och städning, men inte mot den enskildes vilja. Om det finns risk för att det uppstår en sanitär olägenhet i bostaden så är det viktigt att arbeta pedagogiskt för att försöka förmå den enskilde att ta emot hjälp med städningen.<sup>3</sup>

## **Insyn, tillsyn och uppföljning**

### **Uppföljning**

Vård- och omsorgsnämnden har det övergripande ansvaret för att följa upp alla verksamheter som utför insatser i Botkyrka kommun. Förvaltningen genomför därför olika typer av uppföljningar och kontroller såsom uppföljningar på individnivå, brukarundersökningar, administrativa och ekonomiska uppföljningar, kvalitetsuppföljningar samt uppföljningar av avvikelser, synpunkter och klagomål.

Enheterna ska medverka i nämndens uppföljningar av grupp- och servicebostäder. Företrädare för kommunen som ansvarar för uppföljning har rätt att göra oanmälda och anmälda besök. De har också rätt att ta del av den dokumentation och de underlag som krävs för att kunna följa upp att uppdraget efterlevs och att brukarna får den hjälp de har beviljats. Vid föranmälda uppföljningsbesök ska enhetschef, eller dess ersättare, samt minst en representant ur personalen finnas på plats för att svara på uppföljningsansvarigs frågor.

Enheten kommer få ta del av sitt resultat efter genomförd uppföljning. Om en avvikelse eller brist upptäcks ska den analyseras och åtgärdas skyndsamt eller inom given tidsram, beroende på dess omfattning. Enhetschef ansvarar för att ta fram en åtgärdsplan som beskriver hur bristerna ska rättas till, som översänds till uppföljningsansvarig inom angiven tidsram. Uppföljningsansvarig bedömer i första steg om åtgärdsplanen är tillräcklig och följer i nästa steg upp att åtgärder vidtagits.

---

<sup>3</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2018-6-12.pdf>

Nedan beskrivs värdering, åtgärd och sanktionsmöjligheter kopplat till kommunens uppföljning.

Värdering	Åtgärd	Sanktion
<i>1. Tillfredställande</i> Samtliga krav uppnås. Systematik i utförandet och rutiner finns samt används.	Ingen åtgärd krävs.	Ej aktuellt.
<i>2. Med anmärkning</i> Något eller några krav uppnås bara delvis. Bra kvalitet men systematik i utförandet och rutiner saknas.	1. Dialog 2. Anmärkningarna följs upp vid nästa uppföljning. 3. Anmärkning som inte åtgärdas i tid blir ”Med avvikelse”.	Ej aktuellt.
<i>3. Med avvikelse</i> Något eller några krav uppnås ej. Fel och brister i större omfattning.	1. Dialog 2. Krav på skriftlig åtgärdsplan inom given tidsplan. 3. Åtgärdsplanen ska godkännas av vård- och omsorgsförvaltningen. 4. Avvikelsen ska vara åtgärdad inom fyra veckor. 5. Avvikelse som inte åtgärdats i tid blir ”Med allvarlig avvikelse”.	Ej aktuellt.
<i>4. Med allvarlig avvikelse</i> Ett flertal krav uppnås ej. Stora brister, ingen systematik och/eller allvarlig kritik från kommunens uppföljare och/eller verksamhetens tillsynsmyndighet.	1. Dialog 2. Omedelbar rättning och en åtgärdsplan för att avvikelsen inte ska upprepas. 3. Åtgärdsplanen och dess genomförande ska godkännas av vård- och omsorgsförvaltningen.	Ärendet går till nämnd för beslut.

**6****Svar på revisionsrapport - Granskning av samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten (VON/2020:00333)****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden antar förvaltningens svar som sitt eget.

**Sammanfattning**

Vård- och omsorgsnämnden ska till revisionen i kommunen besvara genomförd granskning av samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten. Revisionens samlade bedömning är att vård- och omsorgsnämnden **delvis** säkerställer en ändamålsenlig samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom äldreomsorgens hemtjänstverksamhet. Revisionen påvisar att rutiner och strukturer för riskanalyser, egenkontroll och avvikelshantering har förbättrats det senaste året men att det fortfarande finns brister och att resultaten i brukarundersökningarna visar på brister i upplevd kvalitet. Vidare framgår det av revisionen att det finns en otydlighet i förvaltningens nya uppföljningsmodell gällande om stickprovsmässiga kontroller kan komma att genomföras. Revisionen lämnar rekommendationerna att tydliggöra koppling mellan riskanalyser gjorda på enhetsnivå och vilka slutsatser som kan dras i en samlad analys samt att i uppföljningsmodellen genomföra stickprovsmässiga kontroller baserat på uppmärksammade risker och brister.

Förvaltningen instämmer i revisionens samlade bedömning. Arbete pågår för att hantera identifierade risker digitalt och på så sätt möjliggöra tydliga kopplingar mellan riskanalyser gjorda på enhetsnivå och slutsatser som kan dras i en samlad analys. Förvaltningen har planerat för och kommer att genomföra stickprovsmässiga kontroller baserat på uppmärksammade risker och brister i samband med verksamhetsuppföljningar.

**Referens**

*Klara Zettervall*  
*klara.zettervall@botkyrka.se*

**Mottagare**

Vård- och omsorgsnämnden

## Svar på revisionsrapport - Granskning av samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden antar förvaltningens svar som sitt eget.

### Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämnden ska till revisionen i kommunen besvara genomförd granskning av samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten. Revisionens samlade bedömning är att vård- och omsorgsnämnden **delvis** säkerställer en ändamålsenlig samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom äldreomsorgens hemtjänstverksamhet. Revisionen påvisar att rutiner och strukturer för riskanalyser, egenkontroll och avvikelshantering har förbättrats det senaste året men att det fortfarande finns brister och att resultaten i brukarundersökningarna visar på brister i upplevd kvalitet. Vidare framgår det av revisionen att det finns en otydlighet i förvaltningens nya uppföljningsmodell gällande om stickprovsmässiga kontroller kan komma att genomföras. Revisionen lämnar rekommendationerna att tydliggöra koppling mellan riskanalyser gjorda på enhetsnivå och vilka slutsatser som kan dras i en samlad analys samt att i uppföljningsmodellen genomföra stickprovsmässiga kontroller baserat på uppmärksammade risker och brister.

Förvaltningen instämmer i revisionens samlade bedömning. Arbete pågår för att hantera identifierade risker digitalt och på så sätt möjliggöra tydliga kopplingar mellan riskanalyser gjorda på enhetsnivå och slutsatser som kan dras i en samlad analys. Förvaltningen har planerat för och kommer att



genomföra stickprovsmässiga kontroller baserat på uppmärksammade risker och brister i samband med verksamhetsuppföljningar.

## Ärendet

PwC har på uppdrag av kommunens förtroendevalda revisorer genomfört en granskning av samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom äldreomsorgens hemtjänstverksamhet. I revisionsrapporten framkommer bedömningen att vård- och omsorgsnämnden **delvis** säkerställer en ändamålsenlig samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom äldreomsorgens hemtjänstverksamhet. Bedömningen baseras på att:

- Rutiner och strukturer för riskanalyser, egenkontroll och avvikelshantering har utvecklats och förbättrats under det senaste året men att det fortfarande finns konstaterade brister som bland annat uttrycks i uppföljningen av internkontrollplanen för år 2019.
- Kopplingen mellan riskområden och kontrollaktiviteter är tydlig samt att kontrollaktiviteter genomförs och följs upp. Det framgår däremot inte helt tydligt hur resultaten används för värdering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten. Granskningen har även noterat att det trots kontrollaktiviteter och uppföljning, enligt brukarundersökningarna är brister i upplevd kvalitet.
- Stickprovsmässiga kontroller enligt uppgift görs som baseras på uppmärksammade brister. Kontrollerna görs både oanmälda och föranmälda. I den nya uppföljningsmodellen nämns dock inget om stickprovsmässiga kontroller.

Vård- och omsorgsnämnden ska besvara revisionsrapporten till revisorerna i kommunen. Revisionens rekommendationer som lämnas till nämnden är:

- Tydliggör kopplingen mellan riskanalyser gjorda på enhetsnivå och vilka slutsatser som kan dras i en samlad riskanalys på motsvarande sätt som gjordes senast 2018.
- Genomför även i den nya uppföljningsmodellen stickprovsmässiga kontroller baserat på uppmärksammade brister och risker.



## Förvaltningens svar

Vård- och omsorgsförvaltningen instämmer i revisorernas samlade bedömning. Förvaltningens svar återfinns nedan och utgår från de rekommendationer som lämnats från revisionen.

### Rekommendation

Tydliggör kopplingen mellan riskanalyser gjorda på enhetsnivå och vilka slutsatser som kan dras i en samlad riskanalys på motsvarande sätt som gjordes senast 2018.

### Förvaltningens svar

Vård- och omsorgsförvaltningen har ett pågående utvecklingsarbete gällande att hantera riskanalyser digitalt. Identifierade risker ska föras in i digitala verksamhetssystem och på så sätt möjliggöra en tydlig koppling mellan riskanalyser gjorda på enhetsnivå och vilka slutsatser som kan dras i en samlad riskanalys. I övergången från manuell till digital hantering har ett mellanrum uppstått. Det fanns en intention att utveckla detta arbete redan under år 2020 men på grund av covid-19 har prioriteringarna sett annorlunda ut. Förvaltningens bedömning är att innevarande år behövs för att intensifiera och fortsätta det nu pågående arbetet. Förvaltningen omfattar en stor organisation och det är av betydelse för resultaten att arbetssätten landar väl och implementeras i samtliga delar av organisationen.

### Rekommendation

Genomför även i den nya uppföljningsmodellen stickprovsmässiga kontroller baserat på uppmärksammade brister och risker.

### Förvaltningens svar

Vård- och omsorgsförvaltningen kommer att genomföra stickprovsmässiga kontroller baserat på uppmärksammade brister och risker även i den nya uppföljningsmodellen. Stickprovsmässiga kontroller kommer att genomföras där behov uppmärksammas, antingen i samband med planerade uppföljningstillfällen eller vid uppföljning av tidigare upptäckt brist eller risk. Tillvägagångssättet för en sådan kontroll baseras på den enskilda verksamheten. Utöver den årliga uppföljningen kan förvaltningen vid indikationer på allvarliga eller upprepade brister genomföra en särskild uppföljning. Allvarliga brister är sådana brister som utgör missförhållande eller risk för missförhållande och där utföraren inte själv åtgärdat bristerna.



Det kan komma att innebära en fördjupad uppföljning där granskning sker genom oanmälda besök och kan komma att ske dag, kväll och natt. Förvaltningen har enligt ovan planerat för stickprovsmässiga kontroller, även om det inte framkommer helt tydligt i uppföljningsmodellen.

## **Ekonomiska konsekvenser av beslutet**

I enlighet med uppföljningsmodellen kommer uppföljningarna av verksamheter att genomföras av befintlig personal som en del av deras grunduppdrag. Samma sak gäller verksamheternas fortsatta arbete med riskanalyser. Inga ökade ekonomiska kostnader är därför att vänta. Ett förtydligat arbetssätt för att genomföra riskanalyser på övergripande nivå och en tydlig uppföljningsmodell är verktyg för att säkerställa att verksamheterna uppfyller ställda krav och bidrar därigenom även till att ekonomiska resurser används på ett effektivt sätt för att nå god kvalitet.

**Petra Oxonius**  
**Omsorgsdirektör**

**Christina Almqvist**  
**Kvalitetschef**

## **Bilagor**

1. Revisionskrivelse 2020-11-16
2. Revisionsrapport Granskning av samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten, PwC

### **Expedieras till:**

Revisionen

Vård- och omsorgsnämnden

### Granskning av samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Botkyrka kommun genomfört en granskning avseende kommunens hemtjänst. Granskningen har syftat till att bedöma om Vård- och omsorgsnämnden säkerställer en ändamålsenlig samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom äldreomsorgens hemtjänstverksamhet.

Efter genomförd granskning är vår bedömning att Vård- och omsorgsnämnden **delvis** säkerställer en ändamålsenlig samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom äldreomsorgens hemtjänstverksamhet.

Bedömningen baseras på följande:

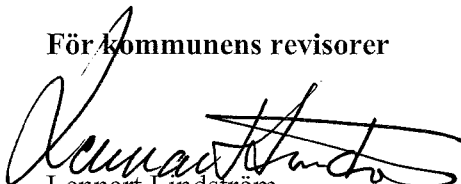
- rutiner och strukturer för riskanalyser, egenkontroll och avvikelshantering har utvecklats och förbättrats under det senaste året men det finns fortfarande konstaterade brister som bland annat uttrycks i uppföljningen av internkontrollplanen för år 2019. I kommande uppföljning av internkontrollplanen för år 2020 kommer resultatet av genomförda förändringar att kunna verifieras.
- kopplingen mellan riskområden och kontrollaktiviteter är tydlig samt att kontrollaktiviteter genomförs och följs upp. Det framgår däremot inte helt tydligt hur resultaten används för värdering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten. Vi noterar också att det trots kontrollaktiviteter och uppföljning, enligt brukarundersökningarna, är brister i upplevd kvalitet.
- stickprovsmässiga kontroller sker enligt uppgift baserat på uppmärksammade brister. Kontrollerna görs både oanmälda och föranmälda. I den nya uppföljningsmodellen nämns dock inget om stickprovsmässiga kontroller.

Mot bakgrund av noterade iakttagelser och genomförd granskning lämnar vi följande rekommendationer till nämnden:

- tydliggör kopplingen mellan riskanalyser gjorda på enhetsnivå och vilka slutsatser som kan dras i en samlad riskanalys på motsvarande sätt som gjordes senast år 2018.
- genomför även i den nya uppföljningsmodellen stickprovsmässiga kontroller baserat på uppmärksammade brister och risker.

Revisorerna översänder rapporten till Vård- och omsorgsnämnden och för besvarande. Svaret ställs till kommunens revisorer och ska vara revisorerna tillhanda senast den 2021-03-26.

För kommunens revisorer

  
Lennart Lindström  
Ordförande

  
Bengt Ericsson  
Vice ordförande

För kännedom  
Kommunfullmäktiges presidium  
Kommunledning  
Politiska sekreterare



# Granskning av samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten

*Anders Törnqvist*

*Charlotte Erdtman*



# Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	2
Inledning .....	4
Bakgrund.....	4
Syfte och revisionsfrågor.....	4
Revisionskriterier.....	4
Avgränsning och metod.....	5
laktagelser och bedömningar .....	6
Allmänt om systematiskt kvalitetsarbete .....	6
Mål, styrning och organisation.....	6
Uppnådd kvalitet .....	8
Sker en samlad värdering och analys av kvalitetsrisker inom hemtjänstverksamheten? .....	11
laktagelser .....	11
Riskanalys, egenkontroll samt avvikelse- och synpunktshantering.....	12
Bedömning.....	14
Finns det en tydlig koppling mellan prioriterade riskområden, val av kontrollaktiviteter och efterföljande uppföljning och analys?.....	14
Finns det ett tydligt mål och syfte med hur resultaten från egenutvärdering/- självskattning används för värdering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten?.....	14
laktagelser .....	14
Bedömning.....	16
Kompletteras övergripande uppföljningar i tillräcklig utsträckning med utgångspunkt från uppmärksammade risker med stickprov och kontroll av verksamheten? .....	17
laktagelser .....	17
Bedömning.....	17
Revisionell bedömning .....	18
Rekommendationer .....	19

# Sammanfattning

PwC har på uppdrag av Botkyrka kommuns revisorer genomfört en granskning av hur Vård- och omsorgsnämnden säkerställer en ändamålsenlig samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom äldreomsorgens hemtjänstverksamhet.

Granskningens syfte har varit att bedöma om Vård- och omsorgsnämnden säkerställer en ändamålsenlig samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom äldreomsorgens hemtjänstverksamhet.

Följande revisionsfrågor har besvarats av granskningen och ligger till grund för den samlade bedömningen

Revisionsfrågor:

1. Sker en samlad värdering och analys av kvalitetsrisker inom hemtjänstverksamheten?
2. Finns det en tydlig koppling mellan prioriterade riskområden, val av kontrollaktiviteter och efterföljande uppföljning och analys?
3. Finns det ett tydligt mål och syfte med hur resultaten från egenutvärdering/-självskattning används för värdering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten?
4. Kompletteras övergripande uppföljningar i tillräcklig utsträckning med utgångspunkt från uppmärksammade risker med stickprov och kontroll av verksamheten?

Under granskningen har intervjuer genomförts med omsorgsdirektör, kvalitetschef, myndighetschef, verksamhetschef för hemtjänsten, samt tre enhetschefer inom hemtjänsten. Intervjuerna genomfördes som gruppintervjuer via videolänk. Genomgång har gjorts av styrande och stödjande dokument inom området.

Sammanfattningsvis visar granskningen enligt vår bedömning att Vård- och omsorgsnämnden **delvis** säkerställer en ändamålsenlig samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom äldreomsorgens hemtjänstverksamhet.

Bedömningen baseras på att

- rutiner och strukturer för riskanalyser, egenkontroll och avvikelshantering har utvecklats och förbättrats under det senaste året men att det fortfarande finns konstaterade brister som bland annat uttrycks i uppföljningen av internkontrollplanen för år 2019. I kommande uppföljning av internkontrollplanen för år 2020 kommer resultatet av genomförda förändringar att kunna verifieras.
- kopplingen mellan riskområden och kontrollaktiviteter är tydlig samt att kontrollaktiviteter genomförs och följs upp. Det framgår däremot inte helt tydligt hur resultaten används för värdering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten. Vi noterar också att det trots kontrollaktiviteter och uppföljning, enligt brukarundersökningarna är brister i upplevd kvalitet.

- stickprovsmässiga kontroller enligt uppgift görs som baseras på uppmärksammade brister. Kontrollerna görs både oanmälda och föranmälda. I den nya uppföljningsmodellen nämns dock inget om stickprovsmässiga kontroller.

# Inledning

## Bakgrund

Revisorerna har i sin risk- och väsentlighetsanalys diskuterat och värderat vilka risker som finns kopplat till Vård- och omsorgsnämndens kvalitetsarbete inom äldreomsorgen med fokus på hemtjänsten. En granskning har även genomförts inom området som gett vägledning inför föreslagen granskningsinsats.

Det huvudsakliga riskområdet som uppmärksammas ur flera aspekter är samordning, värdering samt stöd och prioritering i efterföljande arbete med att säkra och utveckla kvaliteten inom äldreomsorgen/hemtjänsten. Avsaknaden av, alternativt brister kopplat till, ovan nämnda hantering riskerar leda till att nämnden inte på ett tillfredsställande sätt kan säkra, följa och reagera på signaler om kvalitetsbrister i verksamheten.

## Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om Vård- och omsorgsnämnden säkerställer en ändamålsenlig samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom äldreomsorgens hemtjänstverksamhet.

Revisionsfrågor:

1. Sker en samlad värdering och analys av kvalitetsrisker inom hemtjänstverksamheten?
2. Finns det en tydlig koppling mellan prioriterade riskområden, val av kontrollaktiviteter och efterföljande uppföljning och analys?
3. Finns det ett tydligt mål och syfte med hur resultaten från egenutvärdering/-självskattning används för värdering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten?
4. Kompletteras övergripande uppföljningar i tillräcklig utsträckning med utgångspunkt från uppmärksammade risker med stickprov och kontroll av verksamheten?

## Revisionskriterier

Revisionskriterier är de bedömningsgrunder som revisorerna utgår ifrån vid analys och bedömningar. Följande revisionskriterier ligger till grund för granskningen:

- Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem 2011:9
- Nämndens policys och mål inom området

### **Avgränsning och metod**

Genomgång har gjorts av dokument såsom bland annat budget och verksamhetsplan, verksamhetsberättelser, årsredovisning samt delårsrapport, patientsäkerhetsberättelse och patientsäkerhetsplan, kvalitetsredovisning, internkontrollplan och kompetensförsörjningsplan.

Intervjuer har genomförts med omsorgsdirektör, kvalitetschef, myndighetschef, verksamhetschef för hemtjänsten, samt tre enhetschefer inom hemtjänsten. Intervjuerna genomfördes som gruppintervjuer via videolänk. De intervjuade har tagit del av ett utkast till rapporten.

# Iakttagelser och bedömningar

## Allmänt om systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete trädde i kraft den 1 januari 2012. Föreskrifter är tvingande medan allmänna råd är rekommendationer. Föreskrifterna är gemensamma för hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamheter enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade).

Föreskrifterna och allmänna råden fokuserar på hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas och anger att det är den som bedriver äldreomsorg som ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Att ha ett ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete innebär att arbeta utifrån ett systemperspektiv där fokus läggs på att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning samt på att bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete av dessa strukturer. Det skall användas för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

## Mål, styrning och organisation

Botkyrka kommun har under ett antal år arbetat med att införa ett processorienterat arbetssätt för att säkra kvaliteten i grunduppdragen. Grunduppdragen är fastställda i lagar, förordningar och riktlinjer samt i nämndernas reglementen. För att säkerställa kvaliteten i grunduppdraget och för att kunna uppnå sina mål följer verksamheterna ett antal verksamhets- och resultatmål.

I kommunen består modellen för målstyrning av sju målområden - sex medborgarprocesser samt processen för en effektiv organisation, det vill säga kommunens processer för styrning, ledning och stöd.

Botkyrka kommuns målområden:

1. Möjliggöra Botkyrkabornas medskapande av samhället
2. Möjliggöra Botkyrkabornas behov av livslångt lärande
3. Möjliggöra arbete och företagande för Botkyrkaborna
4. Möta Botkyrkabornas behov av stöd för att leva ett självständigt liv
5. Möta Botkyrkabornas behov av gemenskap, rörelse och ett rikt kulturliv
6. Skapa en god och trygg livsmiljö för Botkyrkaborna
7. Effektiv organisation

År 2019 antog kommunfullmäktige för perioden 2019–2023 även 14 utvecklingsmål för kommunens nämnder och kommunstyrelsen samt 42 målsatta mål för att följa upp utvecklingen av de 14 målen. Dessutom har kommunstyrelsen och varje nämnd antagit egna mål och målsatta mål för sina förvaltningar och enheter.






I Botkyrka kommun är det Vård- och omsorgsnämnden som ansvarar för hemtjänsten. Övergripande ansvarar Vård- och omsorgsnämnden för att ge stöd och service till äldre och personer med funktionsnedsättning. Stödet och servicen ges enligt socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Vård- och omsorgsnämndens förvaltning – vård- och omsorgsförvaltningen - ansvarar för den kommunala hälso- och sjukvården, äldreomsorg samt för omsorg om personer med funktionsnedsättning med undantag för daglig verksamhet.

I verksamhetsberättelsen för år 2019 anges att nämnden bedömer att sex av kommunens målområden berör Vård- och omsorgsnämndens arbete.

Tabell 1, *Nämndens egna bedömning av måluppfyllelse 2019*

	Bedömning
<b>Målområde: Möjliggöra Botkyrkabornas medskapande av samhället</b>	
Nämndmål: Botkyrkaborna upplever att de kan påverka kommunala frågor som intresserar dem (KF)	
Antal målsatta mått	9
<b>Målområde: Möjliggöra Botkyrkabornas livslånga lärande</b>	
Nämndmål: Botkyrkaborna har goda förutsättningar för livslångt lärande som stärker egenmakten och skapar jämlika livschanser (KF)	
Antal målsatta mått	1
<b>Målområde: Möta Botkyrkabornas behov av stöd för att leva ett självständigt liv</b>	
Nämndmål: Botkyrkas medborgare i behov av vård och omsorg är nöjda med det stöd som de får	
Antal målsatta mått	8
Nämndmål: Vård- och omsorgsnämnden ger en verksamhet som är rättssäker och har god kvalitet	
Antal målsatta mått	4
<b>Målområde: Möta Botkyrkabornas behov av gemenskap, rörelse och ett rikt kulturliv</b>	
Nämndens mål: Botkyrkabor har mer jämlikt och ökande deltagande i aktiviteter och sammanhang som bidrar till hälsa, en meningsfull fritid och ett aktivt socialt liv (KF)	
Antal målsatta mått	4
Nämndens mål: Botkyrkaborna med stöd av vård- och omsorgsnämnden har god hälsa med minskade skillnader	
Antal målsatta mått	2



<b>Målområde: Skapa en god och trygg livsmiljö för Botkyrkaborna</b>	
Nämndens mål: Botkyrkabor med behov av särskilt boende ska erbjudas plats i Botkyrka	
Antal målsatta mått	3
<b>Målområde: Effektiv organisation</b>	
Nämndens mål: Vård- och omsorgsnämndens medarbetare har rätt kompetens på rätt plats och i rätt tid för verksamhetens behov	
Antal målsatta mått	7
Nämndens mål: Den kommunala organisationen är klimatneutral	
Antal målsatta mått	2

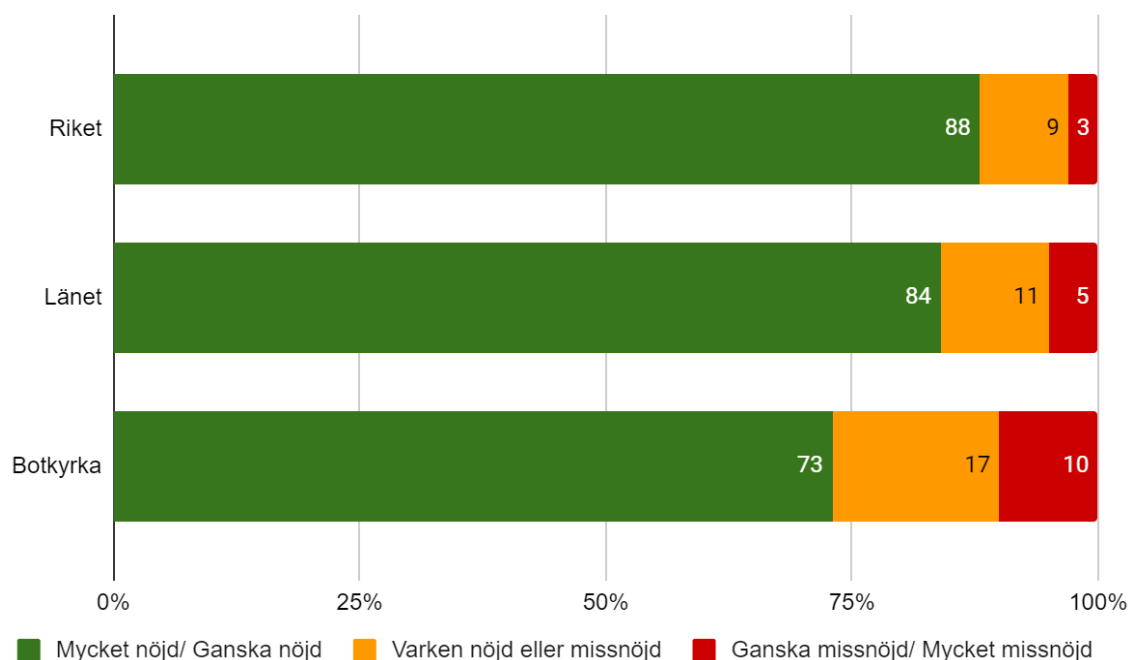
Noteras kan att de mål som bedöms vara uppfyllda är mål inom övergripande områden och ej de mål som mera tydligt är kopplade till kärnverksamheten vård och omsorg.

I kommunens årsredovisning framhålls att det under år 2019 har gjorts två satsningar som speciellt berör kommunens hemtjänst. Kommunfullmäktige fattade i maj beslut om att upphandla externa utförare av hemtjänst utifrån Lagen om offentlig upphandling, LOU. Beslutet innebär att 20 procent av hemtjänsten ska upphandlas externt från år 2021 och att andelen successivt under fyra år ska öka till 50 procent. Därutöver inledde kommunen ett pilotprojekt för att införa trygghetskamera och digital nyckelhantering i hemtjänsten. Dessa satsningar inom digitalisering har som mål att säkra brukarnas behov av trygghet, samt att omfördela resurser inom hemtjänsten.

### Uppnådd kvalitet

Socialstyrelsen genomför varje år en enkätundersökning kring vad de äldre tycker om äldreomsorgen. År 2019 besvarade 452 brukare inom hemtjänsten i Botkyrka kommun enkäten vilket motsvarar 61 procents svarsfrekvens. Svarsfrekvensen ligger i linje med länet och riket. Nedan följer några resultat från undersökningen. Generellt kan konstateras att resultaten för Botkyrka kommun som helhet faller ut något sämre jämfört med länet som helhet och riket.

Figur 1, Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med den hemtjänst du har? (andel)

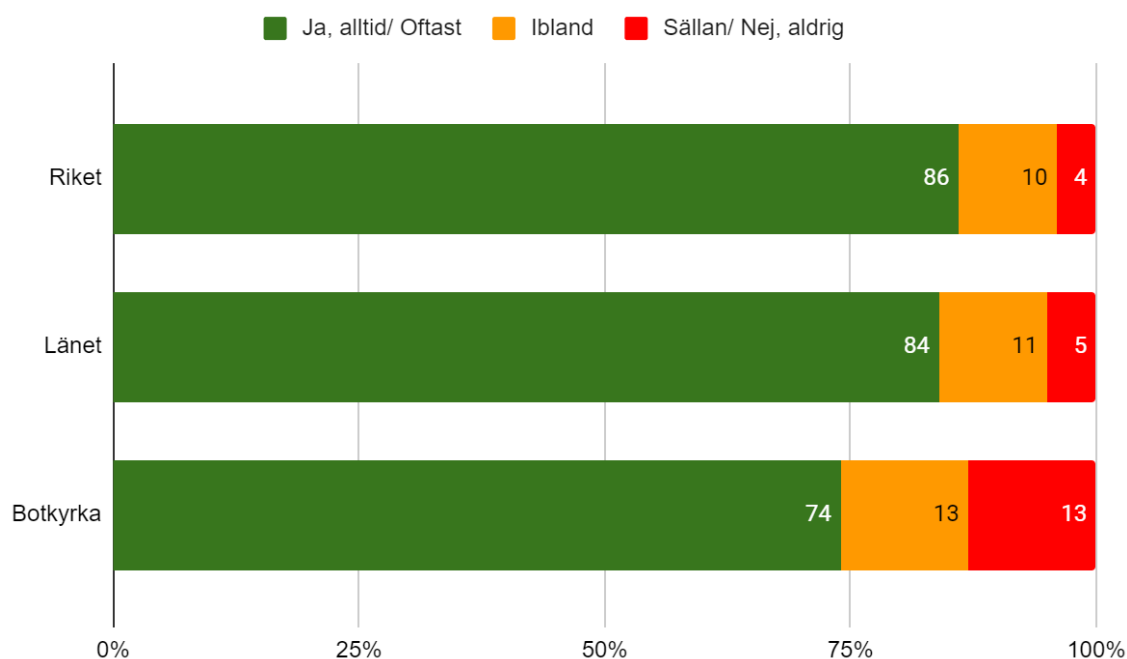


Denna fråga finns även angiven som målsatt mått under nämndens mål om att *Botkyrkas medborgare i behov av vård och omsorg är nöjda med det stöd de får*. Målet för andelen som är mycket nöjda/ganska nöjda med stödet inom hemtjänsten var år 2019 82 procent, utfallet blev 73 procent. I årsredovisningen för år 2019 anges att resultatet är en försämring jämfört med föregående år, trots att samtliga verksamheter med låga eller försämrade resultat tagit fram handlingsplaner för hur verksamheten ska förbättras. Utfallet är detsamma för kvinnor som för män. Procentandelen nöjda varierar mellan 60 procent till 92 procent mellan kommunens hemtjänstenheter vilket tyder på stora lokala skillnader inom kommunen.

Nämnden har även ett mål rörande självbestämmande - *Botkyrkaborna upplever att de kan påverka kommunala frågor som intresserar dem*. Som mått för detta mål har nämnden bl.a. andelen personer inom hemtjänsten som är nöjda med självbestämmandet. Målet för året var 73 procent och utfallet blev 74 procent. I jämförelse med länet och riket är det dock en mindre andel som är nöjda i Botkyrka.

Nedanstående fråga finns i Socialstyrelsens undersökning för år 2019. Svaren visar även här på lokala skillnader mellan enheterna på mellan 58 procent och 90 procent nöjdhet.

Figur 2, *Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen skall utföras?*



I verksamhetsberättelsen för år 2019 anges att nämnden under året speciellt valde att följa områdena självbestämmande och sammantagen nöjdhet inom åtta olika verksamheter. Hälften av de mål som nämnden satte upp för de målsatta måtten uppnåddes.

Vi noterar att det finns målsatta mått som har en negativ trend trots att speciella insatser har genomförts inom området. Inom nämndens mål - *Vård- och omsorgsnämnden ger en verksamhet som är rättssäker och har god kvalitet* - visar det målsatta måttet om kontinuitet i hemtjänsten att antal olika personer som brukare träffar under en vecka har ökat. Målet för året var 13,0 personer, utfallet blev 16,0 personer. Utfallet 2018 var 14,0 personer. Utfallet blev sämre trots att hemtjänsten år 2018 omorganiserades till mindre grupper för att öka kontinuiteten samt en satsning år 2017 på att fler deltidspersonal skulle erbjudas heltid. Det anges att utbildning i nya system och ökad andel dubbelbemanning har varit bidragande till att vikarier har fått tas in. Av delårsrapport 1 för år 2020 framgår att det under rådande pandemi varit en utmaning att hålla en hög personalkontinuitet inom hemtjänsten och verksamheten har under första delåret tillfälligt ökat andelen timvikarier. För att brukarna ändå ska träffa samma person ur personalen i så stor utsträckning som möjligt har strävan varit att knyta timvikarierna till speciella rutter.

I Socialstyrelsens undersökning om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård för 2019 mäts även verksamhetens kvalitet på strukturell nivå. Bland annat visar undersökningen att andelen personer med aktuell genomförandeplan skiljer sig mellan

kommunens hemtjänstenheter mellan 51 procent till 87 procent. Undersökningen efterfrågar även aktuella rutiner för personalen att använda i olika situationer t.ex. vad personalen ska göra om en brukare inte svarar vid dörren/på ringsignal. Även här visar undersökningen att det varierar mellan enheterna.

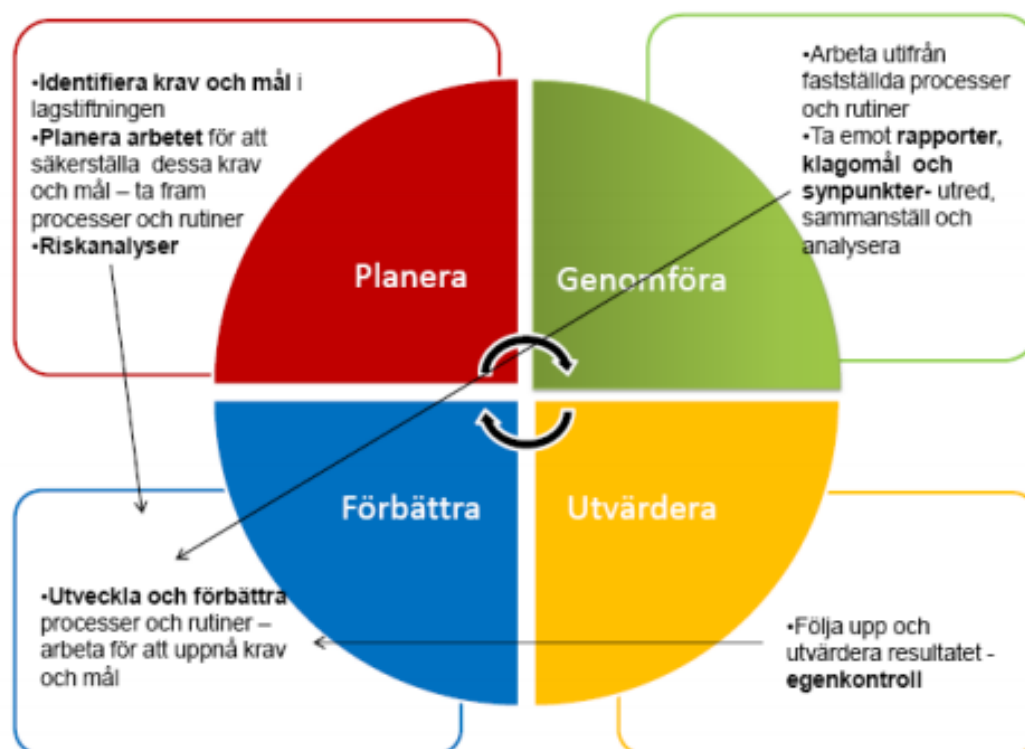
## Sker en samlad värdering och analys av kvalitetsrisker inom hemtjänstverksamheten?

### *lakttagelser*

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer och allmänna råd (SOSFS 2011:9) ska ledningssystemet anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning. Det ska bestå av de processer och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra verksamhetens kvalitet. Den som bedriver verksamhet ska bedöma vilka processer och rutiner som behövs för att säkra att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter.

Vårdgivaren kan få stöd för vilka processer och rutiner som behöver tas fram genom riskanalyser, egenkontroller och från utredningar av rapporter, klagomål och andra synpunkter på verksamhetens kvalitet. Det viktiga är att det är tydligt att processerna och rutinerna är användbara för att den som bedriver verksamheten ska kunna utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Figuren nedan illustrerar hur uppbyggnaden av ett ledningssystem kan se ut (från *Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*)

Figur 3, Uppbyggnaden av ledningssystemet samt det systematiska förbättringsarbetet



Bilden visar grunden i uppbyggnaden av ledningssystemet samt det systematiska förbättringsarbetet. De inre pilarna visar på fasernas tidsordning och att kvalitetsarbetet alltid pågår. De långa pilarna illustrerar att underlag till att utveckla och förbättra verksamhetens processer och rutiner kan komma fram direkt under varje fas (planering, genomförande och utvärdering). Eftersom kvaliteten ständigt ska utvecklas och säkras blir ett ledningssystem aldrig färdigt.

I nämndens kvalitetsredovisning från 2018 anges att nämnden sedan 2012 har ett systematiskt kvalitetsarbete som är utformat i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter. Det beskrivs att som del i det systematiska förbättringsarbetet följs verksamheten upp och utvärderas utifrån synpunkter, avvikelser och olika kvalitetsmätningar. Det anges att en årlig sammanställning av uppföljningen av kvaliteten ska sammanställas i en kvalitetsredovisning. I granskningen framkommer att en separat kvalitetsredovisning genomfördes år 2018 för vård- och omsorgsnämndens verksamhet. Avseende år 2019 har inte en sådan kvalitetsredovisning gjorts separat, utan har inkluderats i verksamhetsberättelsen för 2019.

### *Riskanalyser, egenkontroll samt avvikelse- och synpunktshantering*

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete för att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. I förbättringsarbetet läggs vikt vid förebyggande åtgärder såsom riskanalyser för att kunna förhindra att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser inträffar. Även egenkontroller betonas där den som bedriver verksamhet ska undersöka verksamhetens resultat och kontrollera kvaliteten. Därutöver ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter tas emot, utredas, sammanställas och analyseras för att säkerställa kvaliteten.

Enligt kvalitetsredovisningen genomförs årligen riskanalyser på enhetsnivå och löpande på förvaltningsnivå. Riskanalyser görs även vid planerade förändringar i verksamheten. I riskanalysen för år 2018 identifieras fyra risker, egenkontroller anges för tre av dessa samt planerade åtgärder för tre av riskerna.

Nämnden har antagit en internkontrollplan för år 2019 och år 2020 som bygger på den kommunövergripande internkontrollplanen men har inte samma kontrollområden kring kvalitet som riskanalysen för år 2018. Motsvarande riskanalys (som för 2018) finns inte dokumenterad för år 2019 eller år 2020.

På individnivå görs enligt uppgift i intervjuerna riskbedömningar i hjälpmottagarnas hem med stöd mallar och i samband med att en hjälpmottagare kommer hem från en sjukhusvistelse.

Synpunkter och klagomål från brukare och medborgare ska hanteras. Enligt kvalitetsredovisningen för år 2018 finns det en utarbetad rutin för synpunktshantering i verksamheterna. Det ska hanteras dels kammungemensamt via kommunens webb, dels via synpunktsvykort samt via en app. Värt att notera är att det i Socialstyrelsens

brukarundersökning endast är 56 procent som svarar att de vet var de ska vända sig om de vill framföra synpunkter eller klagomål på hemtjänsten.

Av Socialstyrelsens föreskrifter framgår att om en verksamhet inte når upp till krav och mål i föreskrifter och beslut så föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera. Identifierade avvikelser ska dels åtgärdas, dels ska processer och rutiner ses över så att den som bedriver verksamheten med stöd av dem kan säkra att en inträffad avvikelse inte inträffar igen. Därigenom uppnås en systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av verksamhetens kvalitet.

En sammanställning av inkomna synpunkter samt missförhållanden görs i kvalitetsredovisningen för år 2018. Här identifieras ett övergripande förbättringsområde för förvaltningen att föra korrekt statistik kring avvikelser och missförhållanden för att kunna möjliggöra förbättringsområden. Under år 2019 påbörjades implementeringen av ett nytt digitalt avvikelssystem och arbetet med att ta fram ett nytt arbetssätt kring utredning och analys av avvikelser inleddes.

I uppföljningen av 2019-års interkontrollplan får kontrollmomentet "*att framtagen rutin för avvikelsehantering följs*" bedömningen "*ej godtagbar*". Av motivering och kommentarer framgår det att enligt lagkraven ska avvikelserrapporter tas emot och utredas skyndsamt. Enligt vård- och omsorgsnämnden ska avvikelserrapport tas emot inom två dagar och en utredning ska vara avslutad två månader efter att rapporten togs emot. Det framgår också att det utifrån de granskningar som gjorts för året, tillsammans med statistik och utredningar, visar att för förvaltningen är följsamheten till kontrollmomentet "*ej godtagbar*". I uppföljningen framgår också att det lagkrav och den rutin som finns inte följs, vilket innebär att utredningarna är bristfälliga och tar för lång tid. Det uttrycks i uppföljningen att rutiner och lagkrav behöver tydliggöras så att förvaltningen säkerställer att chefer är medvetna om de lagkrav och rutiner som finns och hur avvikelserna ska hanteras.

Under intervjuerna framkommer att avvikelser nu hanteras mer systematiskt och att rapporterade avvikelser följs upp veckovis och återkoppling sker till verksamheterna av vidtagna åtgärder. Synen på upprättande och hanterande av avvikelser har enligt intervjuerna förändrats till att se detta som en viktig del i att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Rutinen för avvikelser är enligt intervju att avvikelser registreras och att verksamhetschefen utser utredare (enhetschef för berörd enhet) och medutredare för den enhet som berörs. Kvalitetsteamet tar över avvikelser som bedömts som allvarliga. Därefter bedömer ansvarig verksamhetschef om utredningen är tillräcklig och om de åtgärder som vidtagits/ska vidtas är tillräckliga. Avvikelser diskuteras också på ledningsmöten och arbetsplatsträffar (APT). I vilken mån dessa förbättrade arbetssätt leder till resultat kan bedömas först när uppföljningen av nästa års internkontrollplan är genomförd.

Inom kontrollområdet har ytterligare en kontrollåtgärd genomförts; "*att samtliga chefer genomgått utbildning*". Även för denna kontrollåtgärd görs bedömningen "*ej godtagbar*". Det konstateras att de genomgångar i ledningsgrupper och workshops som har erbjudits

inte har prioriterats i verksamheterna och att utöver detta så har ingen utbildning i avvikelsemodulen arrangerats och/eller efterfrågats under året.

De åtgärder som planeras utifrån kontrollerna är att tillämpa riktlinjer och rutiner samt att genomföra utbildningar, workshops och information i ledningsgrupper. En utbildningsinsats har genomförts för hemtjänsten under början av innevarande år.

I internkontrollplanen för år 2020 har risk identifierats att *"utredningar gällande avvikelser är bristfälliga och/eller tar för lång tid"*. Riskbedömningen görs för flera verksamhetsområden och omfattar således med än endast hemtjänsten. Sannolikheten bedöms som stor då tidigare kontroller uppmärksammat avvikelser och konsekvenserna bedöms som stora då *"avvikelser i verksamheten kan påverka medborgarna och deras vård- och omsorgsinsatser"*. I 2020-års plan uttrycks att kontroller ska genomföras en gång i kvartalet att framtagna rutiner för avvikelshantering följs. Vidare att ska kontroll ske (i oktober) att samtliga chefer genomgått utbildning i avvikelshantering.

### *Bedömning*

Vi bedömer att revisionsfrågan om det *"sker en samlad värdering och analys av kvalitetsrisker inom hemtjänstverksamheten"* är **delvis uppfylld**. Vi grundar vår bedömning på att rutiner och strukturer för riskanalyser, egenkontroll och avvikelshantering har utvecklats och förbättrats under det senaste året men att det fortfarande finns konstaterade brister som bland annat uttrycks i uppföljningen av internkontrollplanen för år 2019. I kommande uppföljning av internkontrollplanen för år 2020 kommer resultatet av genomförda förändringar att kunna verifieras.

### **Finns det en tydlig koppling mellan prioriterade riskområden, val av kontrollaktiviteter och efterföljande uppföljning och analys?**

### **Finns det ett tydligt mål och syfte med hur resultaten från egenutvärdering/-självskattning används för värdering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten?**

#### *lakttagelser*

Under hösten 2020 har vård- och omsorgsnämnden fastställt en uppdragsbeskrivning för den hemtjänst som bedrivs av kommunens egen regi. Bakgrunden är att kommunfullmäktige beslutat att införa ökade valmöjligheter inom hemtjänsten. Upphandlingen av externa utförare är nu klar och i januari 2021 ska de externa utförarna påbörja sin verksamhet. I upphandlingen av hemtjänst har krav ställts på den kvalitet som de externa hemtjänstutförarna ska leverera. Syftet med uppdragsbeskrivningen, som riktas till kommunens egen regi, är att säkerställa att alla hemtjänstutförare ska ha samma uppdrag oavsett regiform. Uppdragsbeskrivningen bidrar därmed även till att jämförelser och uppföljning kan göras av alla hemtjänstenheter på ett likartat sätt.

Av uppdragsbeskrivningen framgår bland annat att hemtjänsten ska ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och att det som en del av ledningssystemet ska finnas en sammanställning av risker, rapporter, synpunkter och

klagomål för att kunna se om det finns mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Vidare uttrycks i uppdragsbeskrivningen att hemtjänsten fortlöpande ska utföra riskanalyser för att bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

På övergripande nivå görs en bedömning av de risker som identifieras genom bland annat analys av uppgifter i Stratsys, uppföljningar från kvalitetsavdelningen och verksamheternas egenkontroller. Resultatet av detta förs därefter in i interkontrollplanen. Inom ramen för internkontrollen genomförs kontrollmoment där det som stöd finns underliggande dokument som förklarar hur underlag för kontroll ska tas fram, hur kontrollen ska genomföras, hur bedömning av resultatet ska göras samt hur resultatet ska dokumenteras och rapporteras. Resultatet av kontrollerna rapporteras till vård- och omsorgsnämnden i samband med årsredovisningen.

Enligt intervjuerna analyseras resultat från brukarundersökningen på verksamhetsnivå. Analyserna leder till aktiviteter som syftar till att förbättra resultaten. Ibland krävs dock aktiviteter och insatser, ex vis utbildning, som är svårt för en enskild enhet att genomföra.

I intervjuerna framkommer att avvikelsemodulen i Lifecare/Procapita används för att dokumentera och följa upp rapporterade avvikelser och årlig uppföljning görs i verksamhetssystemet Stratsys. Uppföljning sker enligt uppgift veckovis och återkoppling sker av vidtagna åtgärder. De samlade uppgifterna i Stratsys används som underlag för att bedöma risker i verksamheterna. Riskbedömningarna tas sedan in i internkontrollplanen. Det framkommer också att en ny uppföljningsmodell arbetats fram under våren 2020 som ska skapa en grund för en mer systematisk uppföljning av enheterna. Vård- och omsorgsnämnden beslutade i oktober 2020 att godkänna den framtagna uppföljningsmodellen. Sammanfattningsvis utgörs uppföljningsmodellen av uppföljning av strukturkvalitet, processkvalitet och resultat kvalitet vilket sammantaget ger ett helhetsresultat. Vid uppföljning av strukturkvaliteten granskas verksamhetens förutsättningar utifrån uppdragsbeskrivningar och avtal, exempelvis att kravställda rutiner finns. Uppföljning av processkvaliteten inriktas mot att granska verksamhetens prestationer och utförande. Vid uppföljning av resultat kvaliteten läggs fokus på effekterna och resultatet av det som görs. Resultaten jämförs med liknande verksamheter inom kommunen och med andra kommuner.

Uppföljningarna görs utifrån en uppföljningsmall som tagits fram specifikt för olika verksamhetsområden, exempelvis hemtjänst. Vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsteam<sup>1</sup> ansvarar för uppföljningar enligt denna modell när det är minst fem brukare inom samma verksamhet. Är det färre än fem brukare inom samma verksamhet är det förvaltningens myndighetsfunktion som svarar för uppföljningen.

Granskningen ska göras minst vart tredje år men oftare om utföraren är nyetablerad, har en åtgärdsplan eller av annan orsak bedöms behöva följas upp oftare. Metoderna för

---

<sup>1</sup> Kvalitetsteamet tillhör enheten Kvalitet och utredning inom vård- och omsorgsförvaltningen och är ett övergripande team med oberoende ställning.



uppföljningen är granskning av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete inklusive olika planer, rutiner och dokument, intervjuer med ledning och personal samt observation av verksamheten. Vid bedömning används tre kriterier; *finns*, *finns delvis* samt *saknas*. Kriteriet *finns* räknas som godkänt och de övriga två som en avvikelse som ska kommenteras. Om avvikelser eller brister upptäcks ska dessa åtgärdas skyndsamt eller inom given tidsram, beroende på dess omfattning. Utföraren ansvarar för att ta fram en åtgärdsplan som beskriver hur bristerna ska rättas till. Ansvarig uppföljare bedömer i första steg om åtgärdsplanen är tillräcklig och följer i nästa steg upp att åtgärder vidtagits. Uppföljning av att bristerna är åtgärdade ska om möjligt ske innan slutlig bedömning av resultat fastställs. En fyrgradig skala finns från *tillfredsställande* till *allvarlig avvikelse* för hur avvikelser eller brister ska värderas och vilka åtgärder som ska vidtas beroende på hur allvarlig avvikelsen eller bristen är. Om bedömningen är att en allvarlig avvikelse finns i form av att det är stora brister i verksamheten så ska ärendet rapporteras till nämnden för beslut och kan, om verksamheten upphandlats enligt LOU<sup>2</sup>, resultera i att avtalet hävs.

Den som bedriver verksamhet ska också utöva egenkontroll. Det innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat. Egenkontrollen innebär även att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Till skillnad mot riskanalyserna, som innebär att arbeta förebyggande, innebär egenkontrollen att granskning ska göras av den verksamhet som har bedrivits eller bedrivs. Egenkontrollen kan också beskrivas som en intern granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål.

I uppdragsbeskrivningen till den kommunalt drivna hemtjänsten står att det i ledningssystemet ska ingå en fortlöpande egenkontroll, det vill säga undersöka den verksamhet som bedrivs. Egenkontrollen ska utföras i den omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

### *Bedömning*

Vi bedömer att revisionsfrågorna ”*om det finns det en tydlig koppling mellan prioriterade riskområden, val av kontrollaktiviteter och efterföljande uppföljning och analys samt om det finns ett tydligt mål och syfte med hur resultaten från egenutvärdering/-självskattning används för värdering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten*” är **delvis uppfyllda**.

Vi grundar vår bedömning på att kopplingen mellan riskområden och kontrollaktiviteter är tydlig samt att kontrollaktiviteter genomförs och följs upp. Det framgår däremot inte helt tydligt hur resultaten används för värdering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten.

Vi noterar också att det trots kontrollaktiviteter och uppföljning, enligt brukarundersökningarna är brister i upplevd kvalitet. Vi vill betona vikten av att de system som finns också leder till en förbättrad och god kvalitet för dem som är föremål för systemen.

---

<sup>2</sup> Lagen om offentlig upphandling

## Kompletteras övergripande uppföljningar i tillräcklig utsträckning med utgångspunkt från uppmärksammade risker med stickprov och kontroll av verksamheten?

### *lakttagelser*

Enligt intervjuerna gör kvalitetsteamet stickprovsmässiga granskningar som baseras på uppmärksammade brister. Genomförandeplaner granskas av kvalitetsteamet vid uppföljning, stickprov kan göras via verksamhetssystemet eller på plats oavsett om besöket är föranmält. Under intervju nämns även att enhetschef kan göra kontroller av att nattpersonal inte sover. Oanmälda besök till exempel på natten kan ske vid behov även av kvalitetsteamet.

I beskrivningen av uppföljningsmodellen som antagits av nämnden finns emellertid inget nämnt om stickprovsmässiga kontroller. Där uttrycks enbart att uppföljningsbesöken ska vara föranmälda.

### *Bedömning*

Vi bedömer att revisionsfrågan om ”*övergripande uppföljningar kompletteras i tillräcklig utsträckning med utgångspunkt från uppmärksammade risker med stickprov och kontroll av verksamheten*” är **delvis uppfylld**.




Vi grundar vår bedömning på att stickprovsmässiga kontroller enligt uppgift görs som baseras på uppmärksammade brister. Kontrollerna görs både oanmälda och föranmälda. I den nya uppföljningsmodellen nämns dock inget om stickprovsmässiga kontroller.

# Revisionell bedömning

Syftet med granskningen är att bedöma om Vård- och omsorgsnämnden säkerställer en ändamålsenlig samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom äldreomsorgens hemtjänstverksamhet.

Efter genomförd granskning är vår samlade bedömning att Vård- och omsorgsnämnden **delvis** säkerställer en ändamålsenlig samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom äldreomsorgens hemtjänstverksamhet.

Bedömningen baseras på nedanstående bedömning av respektive revisionsfråga:

Revisionsfrågor	Bedömning
Sker en samlad värdering och analys av kvalitetsrisker inom hemtjänstverksamheten?	Delvis uppfyllt 
Finns det en tydlig koppling mellan prioriterade riskområden, val av kontrollaktiviteter och efterföljande uppföljning och analys? Finns det ett tydligt mål och syfte med hur resultaten från egenutvärdering/-självskattning används för värdering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten?	Delvis uppfyllt 
Kompletteras övergripande uppföljningar i tillräcklig utsträckning med utgångspunkt från uppmärksammade risker med stickprov och kontroll av verksamheten?	Delvis uppfyllt 

## Rekommendationer

- För att tydliggöra kopplingen mellan riskanalyser gjorda på enhetsnivå och vilka slutsatser som kan dras av dessa rekommenderar vi att en samlad riskanalys dokumenteras på motsvarande sätt som gjordes senast år 2018.
- Att i den nya uppföljningsmodellen tydliggöra att stickprovsmässiga kontroller ska komma att vidtas.



7

**Svar på remiss: Utbetalning av ersättning för personlig assistans endast vid tillstånd (VON/2020:00334)****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden antar vård- och omsorgsförvaltningens remissvar.

**Sammanfattning**

Vård- och omsorgsnämnden har fått i uppdrag att för kommunens räkning besvara Socialdepartementets promemoria ”Utbetalning av ersättning för personlig assistans endast vid tillstånd”. I promemorian föreslås ändringar som ska göra det möjligt för Försäkringskassan och kommunerna att neka en assistansberättigad utbetalning av ersättning för personlig assistans i de fall den utförts inom en yrkesmässig verksamhet utan tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I anslutning till detta föreslås ändringar som medför skyldighet för Försäkringskassan och kommunerna att informera IVO om en enskild kan antas bedriva verksamhet med personlig assistans utan tillstånd. IVO föreslås även få en skyldighet att informera berörda kommuner när ett tillstånd att bedriva personlig assistans återkallas samt få större möjligheter att begära in information i tillsynsärenden. Ändringarna föreslås träda i kraft den 1 november 2021.

Vård- och omsorgsförvaltningen ställer sig positiv till föreslagna förändringar och har inga synpunkter i ärendet.

**Referens**

Emma Åberg  
emma.berg@botkyrka.se

**Mottagare**

Vård- och omsorgsnämnden

## Svar på remiss: Utbetalning av ersättning för personlig assistans endast vid tillstånd

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden antar vård- och omsorgsförvaltningens remissvar.

### Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämnden har fått i uppdrag att för kommunens räkning besvara Socialdepartementets promemoria ”Utbetalning av ersättning för personlig assistans endast vid tillstånd”. I promemorian föreslås ändringar som ska göra det möjligt för Försäkringskassan och kommunerna att neka en assistansberättigad utbetalning av ersättning för personlig assistans i de fall den utförts inom en yrkesmässig verksamhet utan tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I anslutning till detta föreslås ändringar som medför skyldighet för Försäkringskassan och kommunerna att informera IVO om en enskild kan antas bedriva verksamhet med personlig assistans utan tillstånd. IVO föreslås även få en skyldighet att informera berörda kommuner när ett tillstånd att bedriva personlig assistans återkallas samt få större möjligheter att begära in information i tillsynsärenden. Ändringarna föreslås träda i kraft den 1 november 2021.

Vård- och omsorgsförvaltningen ställer sig positiv till föreslagna förändringar och har inga synpunkter i ärendet.



## Ärendet

Vård- och omsorgsnämnden har fått i uppdrag att för kommunens räkning besvara Socialdepartementets promemoria ”Utbetalning av ersättning för personlig assistans endast vid tillstånd”.

Vård- och omsorgsförvaltningen har berett ärendet.

## Förslaget

I promemorian föreslås ändringar i socialförsäkringsbalken, lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade och förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Ändringarna ska göra det möjligt för Försäkringskassan och kommunerna att neka en assistansberättigad utbetalning av ersättning för personlig assistans i de fall den utförts inom en yrkesmässig verksamhet utan tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt 23 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. I promemorian föreslås även ändringar som medför skyldighet för Försäkringskassan och kommunerna att informera IVO om en enskild kan antas bedriva verksamhet med personlig assistans utan tillstånd. IVO föreslås även få en skyldighet att informera berörda kommuner när ett tillstånd att bedriva personlig assistans återkallas samt få större möjligheter att begära in information i tillsynsärenden.

Redan idag finns krav på tillstånd för att bedriva personlig assistans, och har funnits sedan 2011, i syfte att värna tryggheten för den assistansberättigade genom att säkerställa att anordnare av personlig assistans uppfyller vissa grundläggande krav. Föreslagna förändringar i lagstiftningen görs för att stärka detta skydd.

## Påverkan på brukaren

Eftersom förslaget innebär att en anordnare som blir av med sitt tillstånd inte längre kommer att kunna få ersättning för assistans från den assistansberättigade, kan förslaget medföra att den assistansberättigade skyndsamt behöver byta anordnare, eller välja att själv anställa sina assistenter. Denna situation kan uppkomma redan i dag om en anordnare går i konkurs eller av annat skäl hastigt avbryter sin verksamhet och kommunen är alltid ytterst ansvarig för att insatsen utförs. För att minska risken för att föreslagen förändring leder till negativa konsekvenser för brukaren, ska en anordnare utan tillstånd under vissa omständigheter kunna få ersättning för assistans under en begränsad tid.



En brukare som anlitar en anordnare av personlig assistans ingår ett avtal om köp av tjänst med utföraren. Det finns idag inga formkrav i lag eller förordning gällande denna överenskommelse vilket kan innebära svårigheter för brukaren att upprätta avtal på lämpligt sätt. För att öka kunskapen hos brukaren föreslås i promemorian även att Socialstyrelsen och Försäkringskassan får i uppdrag att:

- Analysera vilka frågor som kan vara viktiga för anordnaren och brukaren att reglera i ett avtal om köp av personlig assistans
- Ta fram information om betydelsen av att dokumentera avtalsvillkoren skriftligt.

På sikt borde utförandet av ovanstående uppdrag leda till bättre avtal och en mer välfungerande relation mellan assistansberättigad och anordnare.

Ändringarna i promemorian föreslås träda i kraft den 1 november 2021.

## Förvaltningens remissvar

Vård- och omsorgsförvaltningen ställer sig positiv till föreslagna förändringar och har inga synpunkter på remissen.

## Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Förslaget innebär att kommunerna med kort varsel, med hänvisning till kommunernas grundansvar för insatsen personlig assistans, kan behöva anordna assistans för en person som anlitat en anordnare som blivit av med tillståndet. Denna beredskap har kommunen redan idag då samma situation kan uppstå av andra skäl, exempelvis att en anordnare går i konkurs. Då möjligheten att ta ut en avgift för den lämnade assistansen (enligt 18 § LSS) kvarstår, bör förslaget inte medföra någon kostnad för kommunen

## Bilagor

1. Promemoria S2020/09872. Utbetalning av ersättning för personlig assistans endast vid tillstånd.

### Expedieras till:

Kommunstyrelsen (KS/2021:00002)  
Socialdepartementet





**Socialdepartementet**

Enheten för socialtjänst och funktionshinderspolitik

Utbetalning av ersättning för personlig assistans endast vid  
tillstånd

# Innehåll

<b>1</b>	<b>Sammanfattning.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Författningsförslag.....</b>	<b>4</b>
2.1	Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken .....	4
2.2	Förslag till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade .....	6
2.3	Förslag till förordning om ändring i förordning (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade.....	9
<b>3</b>	<b>Utbetalning endast vid tillstånd .....</b>	<b>10</b>
3.1	Bakgrund till förslaget .....	10
3.2	Gällande rätt .....	11
3.2.1	Grundläggande reglering av personlig assistans ....	11
3.2.2	Kommunens har basansvar för personlig assistans .....	12
3.2.3	Utbetalning av ersättning för personlig assistans .....	13
3.2.4	Assistansanordnare måste ha tillstånd.....	13
3.2.5	IVO prövar tillstånd och utövar tillsyn över verksamheterna.....	14
3.2.6	Vid bristande tillstånd nekas bara utbetalning som går direkt till anordnaren .....	15
3.3	Utbetalning ska inte ske om tillstånd saknas .....	16
3.4	Försummad anmälningsplikt ska inte leda till nekad utbetalning.....	20

3.5	IVO ska underrätta Försäkringskassan och berörda kommuner om ett tillstånd återkallas.....	21
3.6	IVO ska ha rätt att begära information från tillståndshavare .....	22
3.7	Försäkringskassan och kommuner ska anmäla verksamheter utan tillstånd.....	23
3.8	Assistansberättigade och anordnare ska få stöd i att utforma avtal om personlig assistans.....	24
<b>4</b>	<b>Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser .....</b>	<b>26</b>
<b>5</b>	<b>Konsekvenser .....</b>	<b>27</b>
5.1	Konsekvenser för den assistansberättigade.....	27
5.2	Konsekvenser för jämställdheten .....	28
5.3	Konsekvenser för barn .....	28
5.4	Konsekvenser för personliga assistenter .....	28
5.5	Ekonomiska konsekvenser för staten .....	29
5.6	Konsekvenser för Försäkringskassan .....	29
5.7	Konsekvenser för IVO.....	29
5.8	Konsekvenser för kommunerna .....	29
5.9	Konsekvenser för företagen.....	30
<b>6</b>	<b>Författningskommentar .....</b>	<b>32</b>
6.1	Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken.....	32
6.2	Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade .....	33

# 1 Sammanfattning

I promemorian föreslås ändringar i socialförsäkringsbalken, lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade och förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Ändringarna ska göra det möjligt för Försäkringskassan och kommunerna att neka en assistansberättigad utbetalning av ersättning för personlig assistans som utförts inom en yrkesmässig verksamhet utan tillstånd enligt 23 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

I anslutning till detta föreslås ändringar som medför skyldighet för Försäkringskassan och kommunerna att informera Inspektionen för vård och omsorg när en enskild kan antas bedriva verksamhet med personlig assistans utan tillstånd. Inspektionen för vård och omsorg föreslås även få en skyldighet att informera berörda kommuner när ett tillstånd att bedriva personlig assistans återkallas. Inspektionen för vård och omsorg föreslås få större möjligheter att begära in information i tillsynsärenden.

Ändringarna föreslås träda i kraft den 1 november 2021.

## 2 Författningsförslag

### 2.1 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

Härigenom föreskrivs i fråga om socialförsäkringsbalken  
*dels* att 110 kap. 42 a § ska ha följande lydelse,  
*dels* att det ska införas en ny paragraf, 51 kap. 16 a §, av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

16 a §

*Assistansersättning enligt 14 § betalas inte ut för assistans som har utförts i en verksamhet utan tillstånd enligt 23 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.*

*Även om verksamheten saknade tillstånd betalas assistansersättning ut om*

*1. verksamheten har haft tillstånd under avtalstiden och assistansen har utförts innan den försäkrade har underrättats om att tillståndet har upphört att gälla, eller*

*2. det finns särskilda skäl.*

## 110 kap

### 42 a §<sup>1</sup>

Försäkringskassan ska anmäla till Inspektionen för vård och omsorg om det finns anledning att anta att lämpligheten för att bedriva verksamhet med personlig assistans kan ifrågasättas när det gäller någon som har tillstånd enligt 23 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Försäkringskassan ska anmäla till Inspektionen för vård och omsorg om det finns anledning att anta att lämpligheten för att bedriva verksamhet med personlig assistans kan ifrågasättas när det gäller någon som har tillstånd enligt 23 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

*Detsamma ska gälla om det finns anledning att anta att en enskild bedriver verksamhet med personlig assistans utan tillstånd.*

- 
1. Denna lag träder i kraft den 1 november 2021.
  2. Äldre bestämmelser gäller fortfarande för personlig assistans som har utförts före ikraftträdandet.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2012:962.

## 2.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Härigenom föreskrivs att 9 d, 15 och 26 c §§ lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

9 d §<sup>1</sup>

Som kostnad för personlig assistans enligt 9 § 2 anses inte ersättning för assistans som utförs av någon

1. som inte har fyllt 18 år,
2. som är bosatt utanför Europeiska ekonomiska samarbetsområdet,
3. som till följd av sjukdom, ålderdom eller liknande orsak saknar förmåga att utföra arbete som personlig assistent, eller
4. på arbetstid som överstiger den tid som anges i 2–4 §§ lagen (1970:943) om arbetstid m.m. i husligt arbete, 5–10 b §§ arbetstidslagen (1982:673) eller kollektivavtal som uppfyller kraven i 3 § arbetstidslagen.

*Kostnad för personlig assistans som har utförts i en verksamhet utan tillstånd enligt 23 § berättigar inte till ekonomiskt stöd enligt 9 § 2.*

*Även om assistansen har utförts utan tillstånd betalas ekonomiskt stöd ut om*

*1. verksamheten har haft tillstånd under avtalstiden och assistansen har utförts innan den assistansberättigade har underrättats om att tillståndet har upphört att gälla, eller*

*2. det finns särskilda skäl.*

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2012:930.

## 15 §<sup>2</sup>

Till kommunens uppgifter hör att

1. fortlöpande följa upp vilka som omfattas av lagen och vilka deras behov av stöd och service är,

2. verka för att personer som anges i 1 § får sina behov tillgodosedda,

3. informera om mål och medel för verksamheten enligt denna lag,

4. medverka till att personer som anges i 1 § får tillgång till arbete eller studier,

5. verka för att det allmänna fritids- och kulturutbudet blir tillgängligt för personer som anges i 1 §,

6. anmäla till överförmyndaren dels när en person som omfattas av 1 § kan antas behöva förmyndare, förvaltare eller god man, dels när ett förmynderskap, förvaltarskap eller godmanskap bör kunna upphöra,

7. samverka med organisationer som företräder människor med omfattande funktionshinder,

8. anmäla till Försäkringskassan när någon som har ansökt om biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till sådan assistans enligt 9 § 2 kan antas ha rätt till assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken,

9. underrätta Försäkringskassan när någon som får assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken beviljas boende med särskild service, daglig verksamhet, barnomsorg eller någon annan insats som kan påverka behovet av personlig assistans,

10. anmäla till Försäkringskassan om det finns anledning att anta att assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken används för annat än köp av personlig assistans eller kostnader för personliga assistenter, och

11. anmäla till Inspektionen för vård och omsorg om det finns anledning att anta att en tillståndshavares lämplighet för att bedriva verksamhet med personlig assistans kan ifrågasättas.

11. anmäla till Inspektionen för vård och omsorg om det finns anledning att anta att någon bedriver verksamhet med personlig assistans utan tillstånd eller att en tillståndshavares

---

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2012:961.



lämplighet för att bedriva *sådan* verksamhet kan ifrågasättas.

26 c §<sup>3</sup>

Den som bedriver verksamhet som står under tillsyn enligt denna lag är skyldig att på Inspektionen för vård och omsorgs *begäran lämna över handlingar och annat material som rör verksamheten och lämna de upplysningar om verksamheten som inspektionen behöver för sin tillsyn.*

Den som bedriver verksamhet som står under tillsyn enligt denna lag är skyldig att på *begäran av* Inspektionen för vård och omsorg lämna

- *handlingar och annat material som rör verksamheten,*
- *de upplysningar om verksamheten som inspektionen behöver för sin tillsyn, och*
- *upplysningar som inspektionen behöver för att lämna underrättelse om beslut i ett tillsynsärende.*

Inspektionen för vård och omsorg får förelägga den som bedriver verksamheten att lämna vad som begärs enligt första stycket. Ett beslut om föreläggande får förenas med vite.

- 
1. Denna lag träder i kraft den 1 november 2021.
  2. Äldre bestämmelser gäller fortfarande för personlig assistans som har utförts före ikraftträdandet.

---

<sup>3</sup> Senaste lydelse 2012:940.

## 2.3 Förslag till förordning om ändring i förordning (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Härigenom föreskrivs att det i förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade ska införas en ny paragraf, 11 e §, av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

11 e §

*Inspektionen för vård och omsorg ska underrätta Försäkringskassan och berörda kommuner när inspektionen har återkallat ett tillstånd att bedriva verksamhet med personlig assistans eller tillfälligt förbjudit sådan verksamhet.*

---

Denna förordning träder i kraft den 1 november 2021.

## 3 Utbetalning endast vid tillstånd

### 3.1 Bakgrund till förslaget

En enskild person som yrkesmässigt bedriver verksamhet med personlig assistans måste enligt 23 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ha tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Kravet på tillstånd gäller oavsett om insatsen personlig assistans har beviljas av kommunen eller av Försäkringskassan genom statlig assistansersättning (51 kap. 2 § andra stycket socialförsäkringsbalken, SFB).

Försäkringskassan kan neka att betala ut assistansersättning direkt till en anordnare som bedriver verksamhet utan tillstånd. Däremot är det enligt gällande lagstiftning inte möjligt att neka utbetalning till den försäkrade även om denne anlitar en anordnare som saknar tillstånd (se Högsta förvaltningsdomstolens dom den 21 februari 2019 i mål 6518-17). Anordnare som saknar tillstånd att utföra personlig assistans kan därmed få assistansersättning, så länge ersättningen förmedlas av den försäkrade.

Försäkringskassan har i en skrivelse till regeringen (S2019/04662) fört fram att det behövs en ändring för att myndigheten ska kunna neka att betala ut assistansersättning för assistans som utförts i verksamheter utan tillstånd. Försäkringskassan framför i samma skrivelse att de anser att assistansersättning inte ska betalas ut till en kommun som bedriver verksamhet med personlig assistans utan att ha anmält det till IVO eller till en assistansberättigad som anställer sina egna assistenter utan att ha anmält det till IVO. Försäkringskassan föreslår också att Försäkringskassan bör få möjlighet att anmäla till IVO att assistans utförs av någon som saknar tillstånd och att detsamma bör gälla för situationer där anmälan inte har gjorts.

Promemorians förslag innebär att assistansersättning respektive ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för personlig assistans inte ska betalas ut om den enskilde har anlitat en anordnare som saknar tillstånd. Nuvarande bestämmelse om utbetalning när en kommun eller region inte anmält verksamheten till IVO föreslås lämnas oförändrad. Även nuvarande bestämmelse om utbetalning när en assistansberättigad som anställer sina egna assistenter inte anmält detta till IVO föreslås lämnas oförändrad. Promemorian innehåller också förslag som innebär att Försäkringskassan och kommunerna får en skyldighet att anmäla till IVO om det finns anledning att anta att en enskild bedriver verksamhet med personlig assistans utan tillstånd. Motsvarande skyldighet föreslås inte i de fall anmälan inte gjorts.

## **3.2 Gällande rätt**

### **3.2.1 Grundläggande reglering av personlig assistans**

Assistansreformen, som trädde i kraft den 1 januari 1994, har medfört stora möjligheter till självbestämmande och inflytande över den egna livssituationen för personer med omfattande funktionsnedsättningar.

Med personlig assistans avses enligt 9 a § första stycket LSS ett personligt utformat stöd som ges av ett begränsat antal personer åt den som på grund av stora och varaktiga funktionshinder behöver hjälp med grundläggande behov, dvs. andning, personlig hygien, måltider, att klä av och på sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade. Den som har behov av personlig assistans för sina grundläggande behov har även rätt till sådan insats för andra personliga behov som inte tillgodoses på annat sätt.

Ett syfte med införandet av personlig assistans var att ge den enskilde möjlighet att själv avgöra i vilka situationer och vid vilka tillfällen som hjälp ska ges av en personlig assistent (prop. 1992/93:159 s. 64). Stödformen är knuten till personen och inte till någon viss verksamhet (prop. 1992/93:159 s. 62).

Kommunerna och staten har ett delat ansvar för kostnaden för personlig assistans. Det kommunala stödet lämnas som en insats enligt LSS och kan bestå av antingen biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans. Det statliga stödet lämnas i form av ett bidrag, assistansersättning.

Assistansersättning beviljas den person som behöver personlig assistans i genomsnitt mer än 20 timmar i veckan för sådana grundläggande behov som avses i 9 a § LSS (51 kap. 3 § SFB). När assistansersättning beviljas har staten ett helhetsansvar för den personliga assistansen, utom för de första 20 assistanstimmarna per vecka som alltid bekostas av kommunen (51 kap. 22 § SFB).

Om personen har behov av personlig assistans men de s.k. grundläggande behoven understiger 20 timmar i veckan i genomsnitt ansvarar kommunen ensam för insatsen. För den som beviljas personlig assistans av kommunen har kommunen ansvar för att bevilja tid för personlig assistans även för s.k. andra personliga behov.

Det delade kostnadsansvaret infördes i syfte att ge kommunerna avlastning för höga kostnader som kan uppstå när behovet av personlig assistans är omfattande. Bedömningen av hur omfattande den enskildes behov av personlig assistans är ska inte behöva ställas i relation till den enskilda kommunens ekonomi (prop. 1992/93:159 s. 68, 72 f.).

### **3.2.2 Kommunens har basansvar för personlig assistans**

Kommunen har ett basansvar för insatsen personlig assistans. Kommunen måste därmed alltid vara beredd att ombesörja att personlig assistans kan tillhandahållas eller, om den enskilde vill ordna insatsen på annat sätt än genom kommunen, ge ekonomiskt stöd till skäligen kostnader. Kommunen är därutöver skyldig att på den enskildes begäran anordna assistans, även när personen erhållit assistansersättning genom Försäkringskassan (prop. 1992/93:159 s. 72 f.). Kommunen har då rätt att ta ut en avgift för personlig assistans (18 § LSS). Till kommunens uppgifter hör även att anmäla till Försäkringskassan när någon som med stöd av 9 § 2 LSS har ansökt om biträde av personlig assistent, eller ekonomiskt stöd till

sådan assistans, kan antas ha rätt till assistansersättning enligt 51 kap. SFB (15 § 8 LSS).

### **3.2.3 Utbetalning av ersättning för personlig assistans**

Assistansersättning betalas ut månadsvis med ett visst belopp för det antal beviljade assistanstimmar som assistans har lämnats (51 kap. 14 § SFB) eller för ett beräknat antal timmar (51 kap. 15 § SFB). Huvudregeln är att såväl ekonomiskt stöd till assistans som assistansersättning betalas ut direkt till den assistansberättigade. Ersättningen får betalas ut till någon annan person om den assistansberättigade är ur stånd att själv ta hand om ersättningen (11 § LSS, 51 kap. 18 § SFB). Försäkringskassan får på begäran av den assistansberättigade även betala ut ersättningen till en kommun eller till någon annan som har tillstånd enligt 23 § LSS att bedriva verksamhet med personlig assistans (51 kap. 19 § SFB). Personlig assistans enligt LSS kan verkställas genom biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd för sådan assistans (9 § 2 LSS).

### **3.2.4 Assistansanordnare måste ha tillstånd**

Rätten till personlig assistans regleras i 9 § 2 LSS och rätten till assistansersättning i 51 kap. 3 § SFB. Personlig assistans kan organiseras på olika sätt, i offentlig eller privat regi. En kommun eller region som bedriver verksamhet med personlig assistans ska enligt 23 § LSS anmäla detta till IVO innan verksamheten påbörjas. Samma anmälningsskyldighet gäller för en assistansberättigad som själv anställer sina personliga assistenter. En enskild person som yrkesmässigt bedriver verksamhet med personlig assistans måste enligt 23 § LSS ha tillstånd från IVO. Enligt 28 § LSS är det straffbelagt för enskilda att uppsåtligen eller av oaktsamhet bedriva yrkesmässig verksamhet med personlig assistans utan tillstånd.

Kravet på tillstånd för att bedriva verksamhet med personlig assistans infördes för att värna den assistansberättigades trygghet vid insatsen (prop. 2009/10:176 s. 25). Förslaget lades fram av Assistanskommittén i betänkandet På den assistansberättigades uppdrag. God kvalitet i personlig assistans – ändamålsenlig användning av assistansersättning (SOU 2005:100). I betänkandet

redovisas bland annat uppgifter om att ett centralt skäl för att det i många fall inte utövades någon tillsyn av enskilda assistansanordnare var frånvaron av tillståndsplikt för dessa. I likhet med utredningen ansåg regeringen att det skydd som tillståndsplikten kunde ge den enskilde vägde upp för att valfriheten av vilken anordnare som skulle utföra assistansen begränsades (prop. 2009/10:176 s. 25).

### **3.2.5 IVO prövar tillstånd och utövar tillsyn över verksamheterna**

Tillstånd för att bedriva personlig assistans i form av ett företag utfärdas av IVO, som också utövar tillsyn över hur verksamheten bedrivs. IVO prövar årligen 80–100 tillståndsansökningar gällande personlig assistans. I september 2020 fanns det cirka 980 privata assistansanordnare med tillstånd (IVO:s rapport Förslag till åtgärder gällande oseriösa assistansanordnare, s. 11). Vid en nyansökan om tillstånd genomför IVO en lämplighetsprövning av företaget och dess företrädare och bedömer verksamhetens planerade innehåll. Alla tillståndspliktiga verksamheter enligt LSS som redan har tillstånd ska fortlöpande uppfylla kraven på insikt, lämplighet i övrigt och ekonomiska förutsättningar enligt 23 § andra stycket och 23 a § LSS. Tillstånden är inte geografiskt begränsade. IVO återkallade under 2019 tillståndet för fyra verksamheter som bedrev personlig assistans (IVO:s rapport Vad har IVO sett 2019? s. 58). Under 2018 återkallades 13 tillstånd (IVO:s rapport Vad har IVO sett 2018? s. 41) och 2017 16 tillstånd (IVO:s rapport Vad har IVO sett 2017? s. 32). Storleken på de anordnare vars tillstånd återkallats har varierat. Det finns inga uppgifter på exakt antal enskilda som berörs av att deras anordnare får sitt tillstånd återkallat och det finns heller inga uppgifter på hur många av dessa som fortsätter att anlita anordnaren även efter att tillståndet återkallats.

De vanligaste orsakerna till att tillstånd för anordnare av personlig assistans återkallas är ekonomisk misskötsamhet eller att bolaget försatts i konkurs. Under perioden 2017 till 2019 skedde det vid två tillfällen att ett tillstånd återkallades på grund av missförhållanden som innebar fara för liv, hälsa eller säkerhet. I något fall har det även funnits kopplingar till brottslighet.

I de fall ett tillstånd återkallas informerar IVO Försäkringskassan om detta. Försäkringskassan stoppar därefter utbetalningar direkt

till den anordnare vars beslut blivit återkallat. Försäkringskassan informerar även de försäkrade som berörs av beslutet. Det finns ingen motsvarande process för att informera enskilda med personlig assistans enligt LSS, dvs assistans beslutad av kommunen.

### **3.2.6 Vid bristande tillstånd nekas bara utbetalning som går direkt till anordnaren**

Efter förslag från utredningen om assistansersättningens kostnader i betänkandet Åtgärder mot fusk och felaktigheter med assistansersättning (SOU 2012:6) infördes i 51 kap. 19 § SFB ett krav på tillstånd för att assistansersättning på begäran av den försäkrade ska kunna betalas ut till någon annan (prop. 2012/13:1 utgiftsområde 9 s. 219). Saknar anordnaren som den assistansberättigade anlitat tillstånd att bedriva verksamhet med personlig assistans kan alltså Försäkringskassan vägra att betala ut ersättningen till anordnaren.

Från 1 juli 2013, då villkoret om att Försäkringskassan bara får betala ut ersättning till anordnare med tillstånd infördes i 51 kap. 19 § SFB, betalade Försäkringskassan inte ut assistansersättning om anordnaren som utfört den assistans som skulle ersättas saknade tillstånd. Detta gällde om utbetalningen skulle ske direkt till anordnaren men också om den försäkrade själv önskat vara betalningsmottagare och i sin tur betala den anlitade anordnaren.

Högsta förvaltningsdomstolen (HFD) har i sin dom den 21 februari 2019 i mål 6518-17 fastslagit att Försäkringskassan inte kan avslå en begäran om utbetalning av assistansersättning till en försäkrad med anledning av att anordnaren som anlitats för att utföra personlig assistans saknar tillstånd. Detta på grund av att ett sådant villkor saknas i socialförsäkringsbalken.

Anordnare kan därför få ersättning för utförd personlig assistans, trots att de inte har tillstånd att utföra den, så länge de erhåller ersättningen från den försäkrade istället för att få den utbetald direkt från Försäkringskassan.

Försäkringskassan kan inte heller neka utbetalning i de fall en försäkrad som själv anställer sina assistenter eller en kommun eller region som bedriver assistansverksamhet inte anmält detta till IVO.



### 3.3 Utbetalning ska inte ske om tillstånd saknas

**Förslag:** Assistansersättning ska som huvudregel inte betalas ut för personlig assistans som har utförts i en enskild verksamhet som har bedrivits utan tillstånd. Om verksamheten under avtalstiden har haft ett tillstånd som återkallats, eller på annat sätt har upphört att gälla, ska ersättning ändå betalas ut för assistans som har utförts innan den assistansberättigade har underrättats om att verksamheten saknade tillstånd.

Om det finns särskilda skäl ska ersättning för assistans få betalas ut även i andra fall där verksamheten saknar tillstånd.

Rätten att neka utbetalning ska gälla både vid kommunalt ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för personlig assistans och vid statlig assistansersättning.

**Skälen för förslaget:** Kravet på tillstånd för att bedriva verksamhet med personlig assistans infördes i 23 § LSS för att värna den assistansberättigades trygghet vid insatsen personlig assistans. Av 51 kap. 2 § andra stycket SFB följer att tillståndskravet även omfattar enskilda verksamheter som tillhandahåller personlig assistans som berättigar till statlig assistansersättning.

För att upprätthålla tillståndskravet finns möjlighet i 51 kap. 19 § SFB att neka utbetalning till en anordnare som saknar tillstånd. Som tidigare nämnts har HFD i en dom (mål nr 6518–17) konstaterat att det saknas uttryckligt lagstöd för att neka en försäkrad assistansersättning på den grunden att denne anlitar en anordnare utan tillstånd. Försäkringskassan har med anledning av HFD:s dom gjort en hemställan till regeringen om en lagändring.

Försäkringskassan framför i sin skrivelse att en effekt av att myndigheten inte kan neka utbetalning till försäkrade som anlitar anordnare utan tillstånd kan bli att antalet aktörer som inte har tillstånd och är olämpliga att anordna assistans ökar, vilket kan leda till att den assistansberättigade hamnar i en utsatt situation. Försäkringskassan ser därför en ökad risk för att assistans inte utförs eller utförs bristfälligt.

Tillståndskravets innebörd är att tjänsten personlig assistans endast får lämnas under förutsättning att anordnaren har tillstånd att bedriva verksamheten. Från och med det datum som tillståndet dras in är det inte tillåtet för anordnaren att bedriva verksamhet med

personlig assistans (28 § LSS). Det är orimligt att en statlig förmån, eller en kommunal ersättning, ska kunna användas för att ersätta en anordnare som bedriver verksamhet utan erforderligt tillstånd, något som dessutom är straffbelagt. Det bör därför endast vara möjligt att med assistansersättning eller ekonomiskt stöd för personlig assistans köpa tjänsten personlig assistans av en anordnare med tillstånd. Det bör alltså inte vara möjligt att kringgå kraven på tillstånd i 23 § LSS genom att den assistansberättigade själv ersätter anordnaren för dennes kostnader för lämnad assistans.

Förslaget innebär en begränsning i den assistansberättigades möjlighet att själv välja anordnare, men det förstärkta skydd för den assistansberättigade som förslaget innebär bedöms, i likhet med införandet av krav på tillstånd (prop. 2009/10:76 s. 25), uppväga denna begränsning.

### *Bestämmelsens placering*

Det mest lämpliga är att placera bestämmelsen som en ny paragraf i anslutning till 51 kap. 16 § SFB som föreskriver att ersättning inte betalas ut för personlig assistans som har utförts i strid med vissa i paragrafen angivna krav som ställs vid utförandet av personlig assistans. Motsvarande bestämmelse i LSS bör införas som ett nytt andra stycke i 9 d § LSS, som föreskriver att ersättning inte betalas ut för personlig assistans som har utförts i strid med vissa i paragrafen angivna krav som ställs vid utförandet av personlig assistans.

### *Den assistansberättigade måste underrättas om ändrade förhållanden*

När Försäkringskassan eller kommunen får information om att en anordnares tillstånd att bedriva verksamhet har upphört att gälla ska Försäkringskassan eller kommunen underrätta den assistansberättigade om de ändrade förhållandena. Försäkringskassan eller kommunen bör också lämpligen underrätta den assistansberättigade om avsikten att fatta beslut om att neka utbetalning av assistansersättning respektive ersättning för kostnader för personlig assistans. Skyldigheten att underrätta den assistansberättigade ska motsvara den kommunikationsskyldighet som föreskrivs i 25 §

förvaltningslagen (2017:900). Av 25 § förvaltningslagen framgår att myndigheten bestämmer hur underrättelse ska ske. Det finns inte skäl att ytterligare reglera hur underrättelsen ska lämnas.

Förvaltningsmyndigheter som Försäkringskassan och kommunal socialförvaltning har enligt 25 § förvaltningslagen en allmän skyldighet att kommunicera med den som är part i ett ärende. Paragrafen föreskriver att en förvaltningsmyndighet, om det inte är uppenbart obehövt, som huvudregel ska underrätta den som är part om allt material av betydelse för beslutet och ge parten tillfälle att inom en bestämd tid yttra sig över materialet, innan den fattar ett beslut i ett ärende. Myndigheten får avstå från kommunikation bl.a. om ett väsentligt allmänt eller enskilt intresse kräver att beslutet meddelas omedelbart.

När IVO har återkallat en anordnares tillstånd informerar inspektionen redan idag Försäkringskassan, som i sin tur underrättar den försäkrade. Många gånger kan en sådan underrättelse ske per telefon. Även kommuner som berörs av ett ärende om statlig assistansersättning får genom Försäkringskassan information när ett tillstånd har återkallats. Enligt uppgifter från Sveriges kommuner och regioner samt Försäkringskassan fungerar dessa rutiner tillfredställande och det saknas skäl att införa nya bestämmelser om detta.

Det finns idag inte motsvarande informationskedja för att underrätta assistansberättigade som är beviljade enbart kommunal assistans om ändrade förhållanden vad gäller anordnares tillstånd. Framst beror detta på att IVO saknar uppgifter om i vilka kommuner assistansanordnaren bedriver verksamhet. Att kommunen får information om IVO:s beslut att återkalla tillstånd att bedriva verksamhet med personlig assistans är en grundläggande förutsättning för att kommunerna ska kunna underrätta assistansberättigade om att en anordnares tillstånd har återkallats. Promemorian innehåller därför även förslag om att tillståndshavare som granskas av IVO ska vara skyldiga att lämna uppgifter som inspektionen kan behöva för att lämna underrättelser om beslut i ett tillsynsärende, exempelvis information om i vilka kommuner verksamhet bedrivs. Det föreslås även att IVO ska underrätta både Försäkringskassan och berörda kommuner när en anordnares tillstånd återkallas. Dessa förslag behandlas i avsnitt 3.5 och 3.6.

*Ersättning ska kunna lämnas för assistans som utförts innan den assistansberättigade har underrättats om att tillståndet återkallats*

Genom att anlita en enskild anordnare för att utföra personlig assistans träffar den assistansberättigade ett avtal med anordnaren om köp av en tjänst. I samband med att avtalet träffas bör den assistansberättigade kontrollera att anordnaren har det tillstånd som krävs enligt 23 § LSS. Om anordnaren senare förlorar sitt tillstånd att bedriva verksamhet med personlig assistans finns det risk att den assistansberättigade likafullt krävs på ersättning för kostnader för assistans som anordnaren lämnat, trots att tillståndet återkallats. Detta kan bli fallet även om ingen ersättning betalas ut från Försäkringskassan eller kommunen. Kostnaden kan bli mycket betungande för den assistansberättigade även om det rör sig om en kortare tid då assistans utförts i strid med beslutet att återkalla tillståndet.

IVO:s beslut att återkalla ett tillstånd börjar gälla omedelbart. Den assistansberättigade kan vara helt ovetande om att IVO utreder anordnarens tillstånd eller har beslutat att återkalla detta. Ersättning bör därför kunna lämnas även för assistans som har utförts efter att anordnaren förlorat sitt tillstånd, men innan den assistansberättigade har underrättats om detta. För att ersättning ska kunna lämnas bör det krävas att anordnaren under avtalstiden har haft ett korrekt tillstånd för att bedriva den överenskomna verksamheten. Tillståndet att bedriva verksamhet med personlig assistans måste exempelvis avse den assistansberättigades personkrets.

*Vid särskilda skäl bör ersättning kunna betalas ut under en begränsad tid även när tillstånd saknas*

Rätten till personlig assistans påverkas inte av om den anordnare som den assistansberättigade har anlitat mister sitt tillstånd. Den assistansberättigades behov ska tillgodoses utan avbrott, även om anordnarens tillstånd dras in. Om den assistansberättigades anordnare mister sitt tillstånd har den assistansberättigade möjlighet att vända sig till en privat anordnare med tillstånd att bedriva verksamhet med personlig assistans, till kommunen i dess egenskap av anordnare eller att själv anställa assistenter. Kommunen har alltid ett basansvar för insatsen personlig assistans och är skyldig att på

den assistansberättigades begäran anordna assistansen (prop. 1992/93:159 s. 72 f).

Att anordnarens tillstånd dragits in kan vara en både plötslig och oväntad händelse för den assistansberättigade, om inte anordnaren har informerat honom eller henne om att IVO utreder tillståndet. Majoriteten av de tillstånd som IVO återkallat 2017–2019 har återkallats pga. ekonomisk misskötsamhet, något som inte nödvändigtvis påverkar kvaliteten på den personliga assistansen och heller inte behöver innebära att den assistansberättigade uppmärksammat de missförhållanden som leder till att tillståndet dras in.

I vissa fall kan det finnas omständigheter som medför att den assistansberättigade riskerar att försättas i en utsatt situation om den personliga assistans som anordnaren tillhandahåller omedelbart skulle upphöra. Den assistansberättigade kan exempelvis ha speciella behov som bara kan tillgodoses av assistenter med viss kompetens eller erfarenhet. För att undvika allvarliga negativa följder för den assistansberättigade bör det vara möjligt att under en begränsad tid betala ut assistansersättning trots att den assistansberättigade anlitat en anordnare som saknar tillstånd. Försäkringskassan föreslår även att det i vissa speciella situationer ska kunna finnas en möjlighet att undantagsvis betala ut ersättning trots att kravet på tillstånd eller anmälan inte är uppfyllt. Utbetalning under sådana förhållanden bör inte bli aktuellt annat än under en kortare övergångsperiod som inte bör uppgå till mer än ett fåtal veckor. Undantag med stöd av bestämmelsen ska bara göras om det krävs för att tillgodose den assistansberättigades behov.

### 3.4 Försummad anmälningsplikt ska inte leda till nekad utbetalning

**Bedömning:** Det bör inte införas en bestämmelse som innebär att utbetalning av assistansersättning ska nekas i fall där en kommun eller region har försummat att anmäla till Inspektionen för vård och omsorg att den bedriver assistansverksamhet, eller i fall där en assistansberättigad som anställer sina egna personliga assistenter inte har anmält detta.

**Skälen för bedömningen:** Kommuner och regioner som bedriver assistansverksamhet och assistansberättigade som själva anställer sina assistenter ska anmäla det till IVO (23 § fjärde och femte styckena LSS). Försäkringskassan framför i sin skrivelse att utbetalning av assistansersättning bör kunna nekas även i de fall en kommun, region eller en assistansberättigad som själv anställer sina personliga assistenter försummat att göra en sådan anmälan.

Enligt 28 § LSS är det straffbelagt att som enskild anordnare bedriva verksamhet för personlig assistans utan tillstånd. Bestämmelsen om anmälningsskyldighet är däremot inte sanktionerad med straff, utan har snarare karaktären av en ordningsföreskrift. Den enskilde har en långtgående rätt att anställa egna assistenter och kommunen har genom basansvaret en långtgående skyldighet att utföra assistans. Privata assistansanordnare har varken en motsvarande rätt eller skyldighet.

Åtgärder för att motverka fusk och felaktigheter måste stå i rimlig proportion till de problem som har kunnat konstaterats. Enligt uppgift från IVO är bristande anmälan från kommuner, regioner och assistansberättigade som anställer sina egna assistenter inte ett problem av sådan omfattning att det leder till bristande möjlighet till tillsyn. Det finns därför inte skäl införa en så kraftig sanktion som att neka utbetalning av assistansersättning eller ersättning för skäliga kostnader för personlig assistans endast med anledning av att en kommun, region eller assistansberättigad försummat att göra föreskriven anmälan till IVO.

### **3.5 IVO ska underrätta Försäkringskassan och berörda kommuner om ett tillstånd återkallas**

<p><b>Förslag:</b> Inspektionen för vård och omsorg ska underrätta Försäkringskassan och berörda kommuner om beslut att återkalla ett tillstånd för en enskild att bedriva verksamhet med personlig assistans eller att tillfälligt förbjuda sådan fortsatt verksamhet.</p>
---

**Skälen för förslaget:** IVO bör åläggas att informera Försäkringskassan och berörda kommuner när ett tillstånd att bedriva assistans har dragits in. Försäkringskassan och kommunerna har, till skillnad från IVO, information om vilka assistansberättigade

som anlitar anordnaren i fråga. IVO informerar redan idag Försäkringskassan när ett tillstånd dragits in. Motsvarande sker inte med kommunerna då IVO inte har information om i vilka kommuner anordnarna bedriver verksamhet. När tillståndskrav för personlig assistans infördes (prop. 2009/10:176 s. 27) anförde regeringen att det, mot bakgrund av att kommunerna har basansvaret vid personlig assistans, skulle vara rimligt att Socialstyrelsen underrättar berörda kommuner om vilka tillstånd som beviljats respektive återkallats och om verksamheter som lagts ner, så att kommunerna kan planera sin verksamhet. Detta argument är fortfarande giltigt. Sedan dess har tillsynsansvaret flyttats från Socialstyrelsen till IVO varför denna skyldighet nu bör ligga på IVO.

I förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade föreslås en ny paragraf som medför skyldighet för IVO att informera Försäkringskassan och kommunerna om beslut att återkalla en anordnares tillstånd att bedriva verksamhet med personlig assistans.

### **3.6 IVO ska ha rätt att begära information från tillståndshavare**

**Förslag:** Den som bedriver verksamhet som står under tillsyn enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ska vara skyldig att på begäran från Inspektionen för vård och omsorg lämna uppgifter som inspektionen kan behöva för att lämna underrättelser om beslut i ett tillsynsärende.

**Skälen för förslaget:** För att kunna fullgöra sin skyldighet att underrätta kommunerna om sina beslut måste IVO ha information om i vilka kommuner en granskad tillståndshavare bedriver verksamhet. Tillstånd för att bedriva personlig assistans är inte geografiskt begränsade och idag finns inget tydligt lagstöd för IVO att begära in uppgifter om var en anordnare av personlig assistans bedriver verksamhet. Detta gör det svårt för IVO att veta i vilka kommuner en anordnare bedriver personlig assistans och därmed vilka kommuner som ska underrättas om beslut att återkalla ett tillstånd för en enskild att bedriva verksamhet med personlig assistans eller att tillfälligt förbjuda sådan fortsatt verksamhet. IVO

har möjlighet att med stöd av 26 c § LSS begära att en verksamhet som står under dess tillsyn enligt LSS lämnar de upplysningar om verksamheten som behövs för tillsynen. Information om var verksamheten bedrivs kan behövas för tillsynen. För att säkerställa att IVO får den information som behövs för att underrätta berörda kommuner när ett tillstånd återkallats bör det tydliggöras att skyldigheten att lämna upplysningar även omfattar uppgifter som IVO behöver för att kunna informera om beslut i ett tillsynsärende.

### 3.7 Försäkringskassan och kommuner ska anmäla verksamheter utan tillstånd

**Förslag:** Försäkringskassan ska anmäla till Inspektionen för vård och omsorg om det finns anledning att anta att en enskild bedriver verksamhet med personlig assistans utan tillstånd. Även kommuner ska ha i uppgift att anmäla till inspektionen om det finns anledning att anta någon bedriver sådan verksamhet utan tillstånd.

**Skälen för förslaget:** Det kan finnas situationer där Försäkringskassan respektive kommunen har anledning att anta att någon bedriver verksamhet med personlig assistans utan erforderligt tillstånd. Det kan vara oklart om de tjänster en anordnare utför är att betrakta som personlig assistans, och därmed som tillståndspliktig verksamhet, eller som en annan typ av verksamhet som inte är tillståndspliktig. Det kan också finnas situationer där det är oklart om den verksamhet som uppges bedriva den personliga assistansen faktiskt är den som också gör det. För att IVO ska kunna genomföra sitt uppdrag är det viktigt att de uppmärksammas på dessa situationer.

Försäkringskassan ska enligt 110 kap. 42 a § SFB anmäla till IVO om det finns anledning att anta att lämpligheten för att bedriva verksamhet med personlig assistans kan ifrågasättas när det gäller någon som har tillstånd. Försäkringskassan framhåller i ovan nämnda skrivelse att denna möjlighet även borde finnas när assistans utförs av någon som inte har tillstånd.

Det är av stor vikt att IVO får kännedom inte bara om misstänkta missförhållanden i verksamheter med tillstånd, utan också om



situationer där det kan finnas anledning att tro att någon bedriver personlig assistans utan tillstånd. I de fall Försäkringskassan respektive kommunen får kännedom om en sådan situation bör de därför vara skyldiga att anmäla detta till IVO.

I paragraferna 110 kap. 42 a § SFB och 15 § 11 LSS bör det därför införas en skyldighet för Försäkringskassan respektive kommunen att anmäla till IVO när det finns anledning att anta att någon bedriver verksamhet med personlig assistans utan tillstånd enligt 23 § LSS.

### **3.8 Assistansberättigade och anordnare ska få stöd i att utforma avtal om personlig assistans**

**Bedömning:** Regeringen bör lämna i uppdrag till Socialstyrelsen att i samråd med Försäkringskassan

1. analysera vilka frågor som kan vara viktiga för anordnaren och den assistansberättigade att reglera i ett avtal om köp av personlig assistans, och
2. ta fram information om betydelsen av att dokumentera avtalsvillkoren skriftligt.

**Skälen för bedömningen:** Införandet av 51 kap. 4 § SFB, som reglerar att assistansersättning endast lämnas om det används för köp av personlig assistans, innebar ett tydliggörande av att den assistansersättning som anordnaren erhåller från den försäkrade blir något som anordnaren tar emot för egen räkning och därmed också inkomster i den egna verksamheten (prop. 2007/08:61 s. 20). Det rör sig alltså om ett köp av en tjänst som förutsätter en överenskommelse mellan den försäkrade och den anordnare som han eller hon köper sin personliga assistans av.

Det finns inga formkrav i lag eller förordning gällande denna överenskommelse, men av 3 § Försäkringskassans föreskrifter om assistansersättning (FKFS 2016:4) framgår att avtalet ska vara skriftligt om betalningen av assistansersättningen på begäran av den försäkrade ska betalas ut direkt till en anordnare. För Försäkringskassans vidkommande fungerar avtalet som ett intyg på att den försäkrade under en viss period vill att ersättningen ska gå

direkt till anordnaren. Det visar även hur stor del av ersättningen som används för köp av personlig assistans.

Enligt 8 § 9 förordningen om stöd och service till vissa funktionshindrade ska den som ansöker om tillstånd att bedriva verksamhet med personlig assistans därutöver ange hur avtalet med den insatsberättigade ska utformas och hur hans eller hennes rätt till inflytande ska tillgodoses. Det finns inga krav på vilka frågor avtalet ska reglera och det ställs heller inget krav på att just det avtal som har bifogats ansökan om tillstånd också används i det individuella fallet.

För att minska risken för tvister och förbättra kvaliteten på den personliga assistansen är det viktigt att anordnare och den assistansberättigade får information om värdet av att skriftligen komma överens i frågor som exempelvis assistansens utformning, arbetsledaransvar, vad som gäller för utbildning av assistenterna, uppsägningstider samt anordnarens ansvar att se till att den har nödvändiga tillstånd för att bedriva verksamheten. Socialstyrelsen bör därför ges ett uppdrag att dels ta fram information om betydelsen av att skriftligen komma överens om vad tjänsten ska innehålla, dels lämna förslag på frågor som kan vara värdefulla att reglera mellan den assistansberättigade och anordnaren.

## 4 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

**Förslag:** Lagändringarna ska träda i kraft den 1 november 2021. Äldre bestämmelser ska fortfarande gälla för personlig assistans som har utförts före ikraftträdandet.

**Skälen för förslaget:** Det är angeläget att lagändringarna träder i kraft skyndsamt. Assistansersättning och ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för personlig assistans kan idag betalas ut till en assistansberättigad som anlitar en assistansanordnare som saknar tillstånd att bedriva verksamhet med personlig assistans. Frånvaron av en bestämmelse som hindrar utbetalningar i sådana fall bedöms öka risken för fusk och missförhållanden inom verksamheter som bedriver personlig assistans. Ändringarna i detta avseende bör således genomföras så snart som möjligt. Övriga föreslagna ändringar bör träda i kraft samtidigt. Tidigast möjliga tidpunkt för ikraftträdande bedöms vara den 1 november 2021.

Äldre bestämmelser ska fortfarande gälla för personlig assistans som har utförts före ikraftträdandet.

## 5 Konsekvenser

### 5.1 Konsekvenser för den assistansberättigade

Förslaget som lämnas innebär att Försäkringskassan respektive kommunen ges möjlighet att neka utbetalning av assistansersättning respektive ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för personlig assistans om den assistansberättigade anlitar en anordnare utan tillstånd.

Avsikten med det befintliga kravet på tillstånd för att bedriva personlig assistans, som infördes 2011, är att värna tryggheten för den assistansberättigade genom att säkerställa att anordnare av personlig assistans uppfyller vissa grundläggande krav. Syftet med det förslag som nu lämnas är att stärka detta skydd.

Eftersom förslaget innebär att en anordnare som mister tillståndet inte längre kommer att kunna få ersättning för assistans från den assistansberättigade kan förslaget medföra att den assistansberättigade skyndsamt och i vissa fall oväntat behöver byta anordnare, eller välja att själv anställa sina assistenter. Denna situation kan uppkomma redan i dag om en anordnare går i konkurs eller av annat skäl hastigt avbryter sin verksamhet. Med hänvisning till kommunernas basansvar för insatsen personlig assistans ska den assistansberättigades behov av hjälp och stöd alltid kunna tillgodoses. För att ytterligare minska risken att ett skyndsamt byte av anordnare leder till negativa konsekvenser för den försäkrade ska en anordnare utan tillstånd under vissa omständigheter kunna få ersättning för assistans under en begränsad tid.

Det går inte att utesluta att förslaget i enskilda fall kan leda till en avtalstvist mellan anordnare och assistansberättigad i de fall den assistansberättigade nekas utbetalning av assistansersättning för att betala anordnaren för avtalad assistans. Denna risk bedöms vara

liten, givet att det är straffbelagt att utföra personlig assistans utan tillstånd samt att den uteblivna betalningen beror på brister hos anordnaren.

En assistansberättigad som anlitar en anordnare av personlig assistans ingår ett avtal om köp av tjänst av denne. Det finns idag inga formkrav i lag eller förordning gällande denna överenskommelse vilket kan innebära svårigheter för assistansberättigade att upprätta avtal på lämpligt sätt. Uppdraget till Socialstyrelsen och Försäkringskassan bedöms innebära att kunskapen hos såväl den assistansberättigade som anordnaren stärks samtidigt som det motverkar informationsasymmetri. På sikt borde det leda till bättre avtal och en mer välfungerande relation mellan assistansberättigad och anordnare.

## **5.2 Konsekvenser för jämställdheten**

Förslaget bedöms inte ha några konsekvenser för jämställdheten mellan flickor och pojkar eller kvinnor och män. Pojkar och män har assistansersättning i högre grad än flickor och kvinnor. I december 2019 var 45 procent av de som hade assistansersättning flickor eller kvinnor och 55 procent var pojkar eller män (Försäkringskassans rapport Försäkringskassan, Socialförsäkringen i siffror 2020, s. 47).

## **5.3 Konsekvenser för barn**

Av de drygt 14 000 personer som i december 2019 var beviljade assistansersättning var 1 133 flickor 0–19 år och 1 547 pojkar 0–19 år. Förslaget i promemorian bedöms inte nämnvärt påverka barn annorlunda än vuxna.

## **5.4 Konsekvenser för personliga assistenter**

Förslaget bedöms gynna personliga assistenter genom att motverka att olämpliga anordnare bedriver verksamhet inom personlig assistans.

## **5.5 Ekonomiska konsekvenser för staten**

Förslaget bedöms inte ge några ekonomiska konsekvenser för staten.

## **5.6 Konsekvenser för Försäkringskassan**

Förslaget bedöms enligt uppgift från Försäkringskassan inte medföra några ökade kostnader för myndigheten då det till största delen innebär en återgång till tidigare hantering. Förslaget innebär också att Försäkringskassan, efter att ha fått information från IVO om att ett tillstånd har dragits in, ska informera den assistansberättigade om detta. Detta görs redan idag och innebär ingen förändring för myndighetens arbete. Förslaget innebär vidare en anmälningsplikt för Försäkringskassan om det finns anledning att tro att assistans anordnas av en enskild som saknar tillstånd att bedriva verksamhet för personlig assistans. Denna uppgift bedöms kunna hanteras inom nuvarande uppdrag.

## **5.7 Konsekvenser för IVO**

Förslaget innebär att IVO åläggs att informera Försäkringskassan och berörda kommuner när ett tillstånd har dragits in, så att dessa kan ge berörda assistansberättigade motsvarande information. Detta innebär att IVO dels måste undersöka i vilka kommuner den anordnare som mist tillståndet bedriver verksamhet, dels informera dessa kommuner på ett lämpligt sätt. Detta görs till viss del redan idag och denna nya skyldighet bedöms därmed kunna hanteras inom ramen för nuvarande uppdrag.

## **5.8 Konsekvenser för kommunerna**

Avsikten med förslaget om att ekonomiskt stöd till personlig assistans inte ska kunna betalas ut till den assistansberättigade om han eller hon anlitar en anordnare som saknar tillstånd är att begränsa möjligheten att kringgå kravet på tillstånd för att bedriva verksamhet med personlig assistans.

Förslaget innebär att kommunerna med kort varsel, med hänvisning till kommunernas basansvar för insatsen personlig assistans, kan behöva anordna assistans för en person som anlitat en anordnare som blivit av med tillståndet. Denna beredskap bör kommunerna dock ha redan idag då samma situation kan uppstå av andra skäl, exempelvis att en anordnare går i konkurs. Förslaget bör inte medföra någon kostnad för kommunerna, eftersom de kan ta ut en avgift för den lämnade assistansen (18 § LSS). Antalet anordnare som får sina tillstånd indragna per år är relativt lågt och det kan antas att flera av dessa troligen skulle upphöra med sin verksamhet även med nuvarande regler.

Förslaget innebär också att kommunen, efter att ha fått information från IVO om att ett tillstånd har dragits in, ska informera den assistansberättigade om detta så att hen kan byta anordnare alternativt anställa egna assistenter. Uppskattningsvis berörs i genomsnitt ca 40 assistansberättigade med kommunalt beviljad assistans per år av att deras anordnare får sitt tillstånd indraget. Om inte anordnaren själv informerar den assistansberättigade om att tillståndet dragits in måste kommunen göra det. Kommunens arbetsinsats för att göra detta bör dock vara liten, i de flesta fall kan informationen ges per telefon. Förslaget kan därmed vara förknippat med något ökade handläggningskostnader för kommunerna men dessa bedöms bli försumbara.

Förslaget innebär en begränsning i kommunernas möjlighet att betala ut ersättning för personlig assistans och är därmed en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Denna inskränkning gäller dock bara utbetalningar till anordnare som saknar tillstånd och bedöms vara proportionerlig i förhållande till förslagets avsikt om att upprätthålla kravet på tillstånd för att bedriva verksamhet med personlig assistans.

## **5.9 Konsekvenser för företagen**

Förslaget om att assistansersättning eller ekonomiskt stöd till personlig assistans inte ska kunna betalas ut till den assistansberättigade om han eller hon anlitar en anordnare som saknar tillstånd är ett förtydligande att en enskild inte får bedriva verksamhet med personlig assistans utan tillstånd. Syftet med

förslaget är att göra det svårare för företag att bedriva verksamhet utan tillstånd vilket bedöms minska konkurrensen från oseriösa aktörer, stärka tilliten till assistansanordnare och därmed gynna de seriösa aktörerna inom personlig assistans.

Uppdraget till Socialstyrelsen och Försäkringskassan bedöms innebära att kunskapen hos såväl den assistansberättigade som anordnaren stärks samtidigt som det motverkar informationsasymmetri. På sikt borde det leda till bättre avtal och en mer välfungerande relation mellan assistansberättigad och anordnare.



## 6 Författningskommentar

### 6.1 Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

#### 51 kap.

##### 16 a §

Paragrafen är ny. Av paragrafens *första stycke* följer att assistansersättning inte betalas ut för köp av personlig assistans från en yrkesmässig enskild verksamhet som inte hade tillstånd att utföra personlig assistans.

I paragrafens *andra stycke* finns undantag från huvudregeln att assistansersättning inte betalas ut för assistans som har utförts i en verksamhet utan tillstånd. Andra stycket *punkten 1* avser fall där verksamheten ursprungligen har haft tillstånd att utföra personlig assistans men där tillståndet har återkallats, eller på annat sätt förlorat sin giltighet, under avtalstiden. Assistansersättning lämnas då för assistans som har utförts innan den försäkrade har underrättats om att tillståndet har upphört att gälla. Skyldigheten att underrätta den assistansberättigade ska motsvara den kommunikationsskyldighet som föreskrivs i 25 § förvaltningslagen (2017:900).

Om det finns särskilda skäl får assistansersättning enligt andra stycket *punkten 2* även i andra fall betalas ut för assistans som har utförts i en verksamhet utan tillstånd. Med särskilda skäl avses här omständigheter som innebär att det kan få allvarliga negativa följder för den försäkrade om den personliga assistans som tillhandahålls genom verksamheten omedelbart skulle upphöra. Den försäkrade kan exempelvis ha speciella behov som kräver assistenter med viss kompetens eller erfarenhet. Assistansersättning kan då betalas ut om

den försäkrades behov annars inte kan tillgodoses på ett lämpligt sätt. Sådana särskilda skäl som här avses kan endast föreligga under en kortare övergångsperiod.

Förslaget behandlas i avsnitt 3.3.

## **110 kap.**

### **42 a §**

Enligt en ny *andra mening* ska Försäkringskassan anmäla till Inspektionen för vård och omsorg om det finns anledning att anta att någon som saknar tillstånd enligt 23 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade bedriver verksamhet med personlig assistans.

Förslaget behandlas i avsnitt 3.7.

## **6.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade**

### **9 d §**

I paragrafen införs två nya stycken, som motsvarar 51 kap. 16 a § socialförsäkringsbalken. *Andra stycket* innebär att ekonomiskt stöd inte betalas ut för kostnader för personlig assistans som har utförts i en enskild verksamhet utan tillstånd enligt 23 §.

I *tredje stycket* finns undantag från huvudregeln att ekonomiskt stöd inte betalas ut för assistans som utförts i en verksamhet utan tillstånd.

Tredje stycket *punkten 1* tar sikte på fall där den enskilda verksamheten har haft tillstånd att utföra personlig assistans, men där tillståndet har återkallats eller på annat sätt har upphört att gälla under avtalstiden. Ekonomiskt stöd lämnas då för assistans som har utförts innan den assistansberättigade har underrättats om att tillståndet inte längre är giltigt. Skyldigheten att underrätta den assistansberättigade ska motsvara den kommunikationsskyldighet som föreskrivs i 25 § förvaltningslagen (2017:900).

Av tredje stycket *punkten 2* framgår att ekonomiskt stöd även får betalas ut för assistans som har utförts i en verksamhet utan tillstånd om det finns särskilda skäl. Med särskilda skäl avses här omständigheter som riskerar att medföra allvarliga negativa

konsekvenser för den insatsberättigade om den personliga assistans som tillhandahålls genom verksamheten omedelbart skulle upphöra. I övrigt hänvisas till kommentaren till 51 kap. 16 a § socialförsäkringsbalken.

Förslaget behandlas i avsnitt 3.3.

### 15 §

I paragrafen ändras *punkten 11* på så sätt att kommuner även får i uppgift att anmäla till Inspektionen för vård och omsorg om det finns anledning att anta att någon som saknar tillstånd enligt 23 § bedriver verksamhet med personlig assistans. I övrigt har en redaktionell ändring gjorts.

Förslaget behandlas i avsnitt 3.7

### 26 c §

I paragrafens *första stycke* utvidgas skyldigheten att lämna upplysningar till Inspektionen för vård och omsorg för den som bedriver verksamhet som står under tillsyn enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Den som bedriver sådan verksamhet ska på begäran lämna de uppgifter som inspektionen behöver för att kunna underrätta andra om beslut i ett tillsynsärende. I övrigt har redaktionella ändringar gjorts.

Förslaget behandlas i avsnitt 3.6



11

## **Anmälningssärenden (VON/2021:00002)**

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden noterar till protokollet att de tagit del av anmälningssärendena.

### **Sammanfattning**

Följande ärenden anmäls till vård- och omsorgsnämnden

#### **Vård- och omsorgsförvaltningen**

Attestförteckning mars, von/2020:0009:2

Ej verkställda beslut LSS, kvartal 4 2020, von/2021:00018

Ej verkställda beslut SoL, kvartal 4 2020, von/2021:00018



**Referens**

*Kerstin Frimodig*  
*kerstin.frimodig@botkyrka.se*

**Mottagare**

Vård- och omsorgsnämnden

## **Anmälningsärenden**

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden noterar till protokollet att de tagit del av anmälningsärendena

### **Sammanfattning**

Följande ärenden anmäls till vård- och omsorgsnämnden

#### **Vård- och omsorgsförvaltningen**

Attestförteckning mars, von/2020:0009:2

Ej verkställda beslut LSS, kvartal 4 2020, von/2021:00018

Ej verkställda beslut SoL, kvartal 4 2020, von/2021:00018

Ansvar:	Namn:	Ordinare attestant	Titel:	Maxbelopp:	Ersättare attestant:	Titel:	Maxbelopp:
63010000	Nämndsekreterare	Kerstin Frimodig	Nämndsekreterare	100 000 kr			100 000 kr
63100000	Omsorgsdirektör	Petra Oxonius	Omsorgsdirektör	5 000 000 kr	Anna Casteberg	Ekonomichef	5 000 000 kr
63110000	Stöd & Utveckling, IT	Pamela Olave	IT-Samordnare	100 000 kr	Christina Almqvist	Kvalitetschef	250 000 kr
63112000	HR	Anna Casteberg	Ekonomichef	250 000 kr	Christina Almqvist	Kvalitetschef	250 000 kr
63113000	Ekonomi	Anna Casteberg	Ekonomichef	250 000 kr	Christina Almqvist	Kvalitetschef	250 000 kr
63114000	Kvalitet och Utredning	Christina Almqvist	Kvalitetschef	250 000 kr	Anna Casteberg	Ekonomichef	250 000 kr
63130000	Fastighet	Anna Casteberg	Ekonomichef	250 000 kr			250 000 kr
63131000	Lokalförsörjning	Nikola Matejic	Lokalsamordnare	250 000 kr			250 000 kr
63200000	Myndighet Centralt	Maria Jäderlund	Myndighetschef	2 000 000 kr	Petra Oxonius	Omsorgsdirektör	5 000 000 kr
63210000	Myndighet Stöd	AnnLouise Fältros	Enhetschef	250 000 kr	Vanja Pettersson	Verksamhetschef	500 000 kr
63270000	Myndighet SoL	Vanja Petterson	Verksamhetschef	500 000 kr	Mikael Holmgren	Verksamhetschef	500 000 kr
63280000	Myndighet LSS	Mikael Holmgren	Verksamhetschef	500 000 kr	Vanja Pettersson	Verksamhetschef	500 000 kr
63700000	Omsorgschef Särskilt boende	Ramona Grapenheim	Omsorgschef	2 000 000 kr	Afamia Elkhoury	Omsorgschef	2 000 000 kr
63730000	VC Vård och Omsorgsboende	Anders Olsson	Verksamhetschef	500 000 kr	Jennifer Holm	Verksamhetschef	500 000 kr
63731000	Tunängen Vob	Hans Nygren	Enhetschef	250 000 kr	Susanne Ersson	Enhetschef	250 000 kr
63732000	Tornet	Åse Vollbrecht	Enhetschef	250 000 kr	Hans Nygren	Enhetschef	250 000 kr
63733000	Strandängsgården	Leena Kusipalo	Enhetschef	250 000 kr	Eija Hattara	Enhetschef	250 000 kr
63734000	Kärsdala	Erika Hehrne	Enhetschef	250 000 kr	Tina Huskaj	Enhetschef	250 000 kr
63735000	Allegården	Pia Åsberg	Enhetschef	250 000 kr	Elisabeth Hagberg	Enhetschef	250 000 kr
63736000	Silverkronan	Ann-Christine Östlund	Enhetschef	250 000 kr	Jennie Persson	Enhetschef	250 000 kr
63737000	Alby Äng	Ann-Sofie Wähäjervi	Enhetschef	250 000 kr	Sara Burenberg	Enhetschef	250 000 kr
63739100	Sjuksköterskor	Tina Anslin	Enhetschef	250 000 kr	Anneli Hedlund	Enhetschef	250 000 kr
63739200	Rehab	Anneli Hedlund	Enhetschef	250 000 kr	Tina Anslin	Enhetschef	250 000 kr
63739300	Centrallagret	Anneli Hedlund	Enhetschef	250 000 kr	Tina Anslin	Enhetschef	250 000 kr
63853000	VC Hemtjänst	Nina Räsänen	Verksamhetschef	500 000 kr	Carin Djäken	Verksamhetschef	500 000 kr
63853100	Alby	Sara Elvér	Enhetschef	250 000 kr	Lena Österlund	Enhetschef	250 000 kr
63853200	Fittja	Lena Österlund	Enhetschef	250 000 kr	Sara Elvér	Enhetschef	250 000 kr
63853210	Hallunda	Alexander Vilafuerte	Enhetschef	250 000 kr	Nadja Santander Jimenez	Enhetschef	250 000 kr
63853320	Norsborg	Nadja Santander Jimenez	Enhetschef	250 000 kr	Alexander Vilafuerte	Enhetschef	250 000 kr
63853410	Orren	Tuire Hattula	Enhetschef	250 000 kr	Anette Mejenby	Enhetschef	250 000 kr
63853420	Grödinge	Christin Schenk	Enhetschef	250 000 kr	Lena Österlund	Enhetschef	250 000 kr
63853510	Tumba	Cathrine Coulianos	Enhetschef	250 000 kr	Johanna Dalaryd	Enhetschef	250 000 kr
63853520	Storvreten	Tuire Hattula	Enhetschef	250 000 kr	Anette Mejenby	Enhetschef	250 000 kr
63853610	Akvarellen	Johanna Dalaryd	Enhetschef	250 000 kr	Cathrine Coulianos	Enhetschef	250 000 kr
63853620	Römossen	Johanna Dalaryd	Enhetschef	250 000 kr	Cathrine Coulianos	Enhetschef	250 000 kr

63853720	Larmgruppen	Cathrine Coulianos	Enhetschef	250 000 kr	Tuire Hattula	Enhetschef	250 000 kr
63853730	Hemtjänst Natt	Cathrine Coulianos	Enhetschef	250 000 kr	Tuire Hattula	Enhetschef	250 000 kr
63853740	Dagverksamhet	Lena Österlund	Enhetschef	250 000 kr	Christin Schenk	Enhetschef	250 000 kr
63800000	Omsorgschef ordinärt boende	Afamia Elkhoury	Omsorgschef	2 000 000 kr	Ramona Grapenheim	Omsorgschef	2 000 000 kr
63740000	VC Gruppboend	Jennifer Holm	Verksamhetschef	500 000 kr	Anders Olsson	Verksamhetschef	500 000 kr
63740200	Albyvägen 9	Annelie Asp	Enhetschef	250 000 kr	Cecilia Brauer	Enhetschef	250 000 kr
63740300	Albyvägen 11	Annelie Asp	Enhetschef	250 000 kr	Cecilia Brauer	Enhetschef	250 000 kr
63740400	Albyvägen 13	Annelie Asp	Enhetschef	250 000 kr	Cecilia Brauer	Enhetschef	250 000 kr
63740500	Anna Maria Roos Väg	Susanne Jonsson	Enhetschef	250 000 kr	Maria Björnfot	Enhetschef	250 000 kr
63740600	Bergbacken, Dahlströmsv 2	Maria Björnfot	Enhetschef	250 000 kr	Susanne Jonsson	Enhetschef	250 000 kr
63740700	Brantabacken 8	Somaya Aibi	Enhetschef	250 000 kr	Somaya Aibi	Enhetschef	250 000 kr
63740900	Brantbrink, Dahlströmv 3	Susanne Jonsson	Enhetschef	250 000 kr	Maria Björnfot	Enhetschef	250 000 kr
63741000	Däldvägen 20	Ahlam Kulhan	Enhetschef	250 000 kr	Helene Hamnström	Enhetschef	250 000 kr
63741300	Grödingevägen 7a 4 trp	Laila Holmström	Enhetschef	250 000 kr	Somaya Aibi	Enhetschef	250 000 kr
63741700	Dynamiten	Laila Holmström	Enhetschef	250 000 kr	Somaya Aibi	Enhetschef	250 000 kr
63741800	Lokes Väg Nb	Cecilia Brauer	Enhetschef	250 000 kr	Annelie Asp	Enhetschef	250 000 kr
63742100	Skarpbrunnsvägen 11	Helene Hamnström	Enhetschef	250 000 kr	Ahlam Kulhan	Enhetschef	250 000 kr
63742200	Skarpbrunnsvägen 13	Helene Hamnström	Enhetschef	250 000 kr	Ahlam Kulhan	Enhetschef	250 000 kr
63742300	Tingstorget	Susanne Jonsson	Enhetschef	250 000 kr	Maria Björnfot	Enhetschef	250 000 kr
63742400	Stendalsvägen 61	Somaya Aibi	Enhetschef	250 000 kr	Laila Holmström	Enhetschef	250 000 kr
63742500	Stendalsvägen 74	Lovisa Johansson	Enhetschef	250 000 kr	Laila Holmström	Enhetschef	250 000 kr
63742600	Stendalsvägen 140	Lovisa Johansson	Enhetschef	250 000 kr	Laila Holmström	Enhetschef	250 000 kr
63742700	Storvretsvägen 2A	Ahlam Kulhan	Enhetschef	250 000 kr	Helene Hamnström	Enhetschef	250 000 kr
63742800	Storvretsvägen 2B	Ahlam Kulhan	Enhetschef	250 000 kr	Helene Hamnström	Enhetschef	250 000 kr
63742900	Skarpbrunnsvägen 19	Helene Hamnström	Enhetschef	250 000 kr	Ahlam Kulhan	Enhetschef	250 000 kr
63743200	Lövkojan	Cecilia Brauer	Enhetschef	250 000 kr	Annelie Asp	Enhetschef	250 000 kr
63743300	Lugnetsväg	Cecilia Brauer	Enhetschef	250 000 kr	Annelie Asp	Enhetschef	250 000 kr
63743400	Sandstugan	Somaya Aibi	Enhetschef	250 000 kr	Lovisa Johansson	Enhetschef	250 000 kr
63870000	VC Övrig OF	Carin Djäken	Verksamhetschef	500 000 kr	Nina Räsänen	Verksamhetschef	500 000 kr
63870200	Avl. Led.Kont.	Shamiran Zaya	Enhetschef	250 000 kr	Helena Ruschmeyer	Enhetschef	250 000 kr
63870400	Personlig Assistans 4	Helena Ruschmeyer	Enhetschef	250 000 kr	Zandra Zelenka Af Rolén	Enhetschef	250 000 kr
63870500	Personlig Assistans 5	Djamila BenAllel	Enhetschef	250 000 kr	Helena Ruschmeyer	Enhetschef	250 000 kr
63870700	Personlig Assistans 7	Shamiran Zaya	Enhetschef	250 000 kr			
63870900	Personlig Assistans 9	Zandra Zelenka Af Rolén	Enhetschef	250 000 kr	Djamila BenAllel	Enhetschef	250 000 kr
63871200	Kortidsvistelse	Kristoffer Hoflund	Enhetschef	250 000 kr	Anna Persson	Enhetschef	250 000 kr
63871310	Eriksbergs Serviceboende	Marina Palm	Enhetschef	250 000 kr	Anna Persson	Enhetschef	250 000 kr

63871320 Tullinge Serviceboende	Marina Palm	Enhetschef	250 000 kr Anna Persson	Enhetschef	250 000 kr
63871410 Alby Serviceboende	Anna Persson	Enhetschef	250 000 kr Marina Palm	Enhetschef	250 000 kr
63871420 Tumba Serviceboende	Anna Persson	Enhetschef	250 000 kr Marina Palm	Enhetschef	250 000 kr
63871700 Mobila Teamet	Kristoffer Hoflund	Enhetschef	250 000 kr Anna Persson	Enhetschef	250 000 kr
63871710 Mobila Teamet Norra	Kristoffer Hoflund	Enhetschef	250 000 kr Anna Persson	Enhetschef	250 000 kr
63871720 Mobila Teamet Södra	Kristoffer Hoflund	Enhetschef	250 000 kr Anna Persson	Enhetschef	250 000 kr
63872000 Kost och Måltid	Sarmad John	Enhetschef	250 000 kr Maria Eliasson	Enhetschef	250 000 kr
63873000 Bemanningsenheten	Maria Eliasson	Enhetschef	250 000 kr Djamila BenAllel	Enhetschef	250 000 kr





2021-01-25

Referens

Ilona Barhado  
Maria Benninger  
Sektionsledare myndighet VOF

Mottagare

Vård- och omsorgsnämnden

## **Redovisning av ej verkställda gynnande beslut och avbrott i verkställighet av gynnande beslut enligt 9 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.**

Redovisningen gäller fjärde kvartalet 2020

### **Sammanfattning**

Tre beslut gällande bostad med särskild service för vuxna, två beslut om biträde av kontaktperson, ett beslut om avlösarservice, fem beslut om daglig verksamhet samt två beslut om personlig assistans har rapporterats ej verkställda till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Vidare har två beslut om daglig verksamhet med avbrott i verkställighet rapporterats.

Totalt har sexton beslut enligt 9 § LSS rapporterats ej verkställda till IVO fjärde kvartalet 2020.

### **Bakgrund**

Kommunen har rapporteringsskyldighet enligt 28 f – g §§ LSS att till inspektionen för vård- och omsorg, IVO, och till kommunens revisorer lämna uppgifter om alla gynnande beslut enligt 9 § LSS som inte verkställts inom tre månader från dagen för beslutet. Skyldigheten gäller även för gynnande beslut som inte verkställts på nytt inom tre månader från den dag då verkställigheten avbröts. För varje beslut anges tidpunkt för beslutet och vilken typ av insats beslutet gäller samt uppge skälen till dröjsmålet.

Rapporteringen ska ske på individnivå.

Se bifogad sammanställning.

2020-02-26

Omsorgsdirektör  
Petra Oxonius

**Sammanställning av rapporterade gynnande beslut enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, som inte verkställts inom 3 månader. Samt gynnande beslut som inte verkställts på nytt inom tre månader från den dag då verkställigheten avbröts.**

<b>Gynnande beslut som inte verkställts inom tre månader</b>				
<b>INSATS OCH LAGRUM SOM BESLUTET GÄLLER</b>	<b>BESLUTS-DATUM</b>	<b>TID SOM FÖRFLUTIT FRÅN BESLUTSDAG</b>	<b>Kön</b>	<b>ÖVRIGA KOMMENTARER</b>
Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS	2020-03-10	12 MÅNADER	M	Den enskilde har tackat nej till erbjudande:  Den enskilde har valt att tacka nej till insats i hemmet under covid-19 och avvaktar med start tills verksamheterna öppnar igen.
Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS	2020-08-24	5 MÅNADER	K	Annat skäl;  Den enskilde har inte kunnat erbjudas en plats pga. Corona pandemin, en kontinuerlig kontakt finns.
Bostad med särskild service enligt 9 § 9 LSS	2020-02-24	10 MÅNADER	M	Den enskilde har tackat nej till insatsen: 2020-07-07  Den enskilde valde att tacka nej till två erbjudanden.
Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS	2020-10-16	4 MÅNADER	K	Annat skäl;  Den enskilde har inte kunnat erbjudas plats pga. rådande pandemi. Det finns en kontinuerlig kontakt samt en planering kring enskild placering.
Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS	2020-09-14	5 MÅNADER	M	Annat skäl;  Enskild har en önskan om en specifik person som ska vara kontaktperson. Utförare har försökt att nå denne utan resultat. Den enskildes mamma är informerad om detta och hon skulle själv söka kontakt och återkomma till handläggaren.
Bostad med särskild service enligt 9 § 9	2020-07-15	7 MÅNADER	M	Den enskilde har tackat nej till erbjudandet: 2020-07-20  Tackat nej, känner sig inte redo för flytt.
Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS	2020-10-01	4 MÅNADER	M	Annat skäl;  Den enskilde har inte kommit igång med sin insats då hen själv velat ta kontakt med sin tilltänka kontaktperson men inte gjort detta då hen menar att man har haft mycket att göra. Handläggaren har en dialog med den enskilde, även utförarchef har varit med i detta, man försöker motivera den enskilde att ta emot sin kontaktperson.
Bostad med särskild service enligt 9 § 9 LSS	2019-05-09	21 MÅNADER	M	Resursbrist, t ex saknar ledig bostad  Den enskilde och hans mor hans har i kontakt med boendesamordnare berättat att de önskar ett boende inom ett visst begränsat geografiskt område i

				kommunen. Han vill ha nära till föräldrahemmet, han uppger också att han inte är redo att flytta ännu utan vill ha lite mer tid på sig.
Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS	2020-01-08	14 MÅNADER	K	Insatsens verkställighet påverkades först av covid-19, samt att en intern boendeplacering letades för att flytta den enskilde från en extern placering för att kunna verkställas internt.
Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS	2020-06-11	7 MÅNADER	M	Annat skäl; Den enskilde upplever att hen har beviljats för få timmar i personlig assistans och har valt att använda sig av hemtjänstinsatser istället, en ny ansökan om personlig assistans ligger under utredning för tillfället.
Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS	2020-08-24	5 MÅNADER	M	Annat skäl; Har ej kunnat erbjuda en plats på daglig verksamhet pga. Corona. Har kontinuerlig kontakt med den enskilde genom mamman.
Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS	2020-09-02	4 MÅNADER	K	Annat skäl: Den enskilde anser arr sedan tidigare beviljade hemtjänstinsatser enligt SoL tillgodoser behovet bättre. Brukaren vill dock inte avsäga sig personlig assistans.
Avlösarservice enligt 9 § 5 LSS	2020-09-24	4 MÅNADER	M	Annat skäl: Föräldrarna önskar avvakta med insatsen pga. rådande pandemi.

### **Avbrott i verkställighet**

<b>INSATS OCH LAGRUM SOM BESLUTET GÄLLER</b>	<b>DATUM FÖR AVBROTET</b>	<b>TID SOM FÖRFLUTIT FRÅN DATUM FÖR AVBROTET</b>	<b>Kön</b>	<b>ÖVRIGA KOMMENTARER</b>
Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-10-12	4 MÅNADER	M	Annat skäl; Enskild avstår från daglig verksamhet då han tillhör riskgrupp för Covid-19. Enskild har fått utökad personlig assistans på grund av han är hemma från daglig verksamhet.
Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-03-16	10 MÅNADER	M	Den enskilde har tackat nej till erbjudande; Sökande har tackat nej till insats under pågående Corona pandemi och vill vänta tills det är över.





2021-01-28

Referens  
Ilona Abel  
Maria Benninger  
Sektionsledare

Mottagare  
Vård- och omsorgsnämnden

## **Redovisning av ej verkställda gynnande beslut och avbrott i verkställighet av gynnande beslut enligt 4 kapitlet 1 § socialtjänstlagen, SoL.**

Redovisningen gäller **fjärde** kvartalet **2020**

### **Sammanfattning**

Sex beslut gällande särskilt boende, sju ton beslut gällande dagverksamhet, ett beslut gällande boendestöd har rapporterats ej verkställda till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Totalt har 24 beslut enligt 4 kap 1 § Socialtjänstlagen rapporterats ej verkställda till IVO fjärde kvartalet 2020.

### **Bakgrund**

Kommunen har rapporteringsskyldighet enligt 16 kapitlet 6 f § SoL att till inspektionen för vård- och omsorg, IVO, och till kommunens revisorer lämna uppgifter om alla gynnande beslut enligt 4 kap 1 § SoL som inte verkställts inom tre månader från dagen för beslutet. Skyldigheten gäller även för gynnande beslut som inte verkställts på nytt inom tre månader från den dag då verkställigheten avbröts. För varje beslut anges tidpunkt för beslutet och vilken typ av insats beslutet gäller samt uppger skälen till dröjsmålet. Rapporteringen ska ske på individnivå.

Se bifogad sammanställning.

Omsorgsdirektör  
Petra Oxonius



2021-01-28

**Sammanställning av rapporterade gynnande beslut enligt Socialtjänstlagen SoL, som inte verkställts inom 3 månader. Samt gynnande beslut som inte verkställts på nytt inom tre månader från den dag då verkställigheten avbröts.****RAPPORTEN AVSER KVARTAL 4 år 2020**

<b>Gynnande beslut som inte verkställts inom 3 månader</b>				
<b>INSATS OCH LAGRUM SOM BESLUTET GÄLLER</b>	<b>BESLUTS-DATUM</b>	<b>TID SOM FÖRFLUTIT FRÅN BESLUTSDAG</b>	<b>Kön</b>	<b>ÖVRIGA KOMMENTARER</b>
Permanent boende, Särskilt boende. Kapitel 4 §1 SoL	2018-09-19	26 månader	M	Den enskilde har tackar nej till erbjudande: 2020-10-14 2020-08-12 2020-06-08 2020-05-20 2020-03-31 2020-02-05 2019-11-20 2019-08-07 2019-02-25 2019-01-02 2018-12-14
Permanent boende, Särskilt boende. Kapitel 4 §1 SoL	2019-06-24	17 månader	K	Den enskilde har tackar nej till erbjudande: 2020-10-21 2020-08-12 2020-06-08 2020-02-28 2020-01-03 2019-10-08
Permanent boende, Särskilt boende. Kapitel 4 §1 SoL	2020-01-28	10 månader	K	Den enskilde har tackar nej till erbjudande: 2020-11-18 2020-10-20 2020-06-09 2020-02-24 2020-02-05
Permanent boende, Särskilt boende. Kapitel 4 §1 SoL	2020-04-02	11 månader	K	Den enskilde har tackar nej till erbjudande: 2020-11-19 2020-09-18 2020-06-09 2020-05-18
Permanent boende, Särskilt boende. Kapitel 4 §1 SoL	2020-04-06	11 månader	K	Den enskilde har tackar nej till erbjudande: 2020-11-20 2020-08-20 2020-06-08
Permanent boende, Särskilt boende. Kapitel 4 §1 SoL	2020-04-08	11 månader	K	Den enskilde har tackar nej till erbjudande: 2020-10-26 2020-04-08
Dagverksamhet. Kapitel 4 §1 SoL	2020-02-17	10 månader	K	Ej plats sedan stängt pga Covid



Dagverksamhet. Kapitel 4 §1 SoL	2020-02-19	10 månader	K	Ej plats sedan stängt pga Covid
Dagverksamhet. Kapitel 4 §1 SoL	2020-02-24	10 månader	K	Ej plats sedan stängt pga Covid
Dagverksamhet. Kapitel 4 §1 SoL	2020-02-24	10 månader	M	Ej plats sedan stängt pga Covid
Dagverksamhet. Kapitel 4 §1 SoL	2020-02-24	10 månader	M	Ej plats sedan stängt pga Covid
Dagverksamhet. Kapitel 4 §1 SoL	2020-03-02	9 månader	K	Ej plats sedan stängt pga Covid
Dagverksamhet. Kapitel 4 §1 SoL	2020-03-05	9 månader	M	Ej plats sedan stängt pga Covid
Dagverksamhet. Kapitel 4 §1 SoL	2020-03-06	9 månader	K	Ej plats sedan stängt pga Covid
Dagverksamhet. Kapitel 4 §1 SoL	2020-03-09	9 månader	K	Ej plats sedan stängt pga Covid
Dagverksamhet. Kapitel 4 §1 SoL	2020-03-10	9 månader	K	Ej plats sedan stängt pga Covid
Dagverksamhet. Kapitel 4 §1 SoL	2020-03-12	9 månader	M	Ej plats sedan stängt pga Covid
Dagverksamhet. Kapitel 4 §1 SoL	2020-03-19	9 månader	K	Ej plats sedan stängt pga Covid
Dagverksamhet. Kapitel 4 §1 SoL	2020-03-24	9 månader	K	Ej plats sedan stängt pga Covid
Dagverksamhet. Kapitel 4 §1 SoL	2020-03-24	9 månader	K	Ej plats sedan stängt pga Covid
Dagverksamhet. Kapitel 4 §1 SoL	2020-03-25	9 månader	K	Ej plats sedan stängt pga Covid
Dagverksamhet. Kapitel 4 §1 SoL	2020-05-26	7 månader	K	Ej plats sedan stängt pga Covid
Dagverksamhet. Kapitel 4 §1 SoL	2020-09-14	3 månader	M	Ej plats sedan stängt pga Covid
Boendestöd enligt Kapitel 4 §1 SoL	2020-09-10	4 månader	K	Annat skäl. Det har ej gått att nå den enskilde för bokning av tid för en första träff, enligt boendestödets koordinator. Det har gjorts flera försök.





12

## **Anmälan av delegationsbeslut (VON/2021:00001)**

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden noterar till protokollet att de tagit del av delegationsbeslutet.

### **Sammanfattning**

Vård- och omsorgsnämnden har överlåtit sin beslutanderätt till ordförande och tjänstemän enligt vård- och omsorgsnämndens delegationsordning. Beslut som fattas med stöd av delegering ska anmälas till vård- och omsorgsnämnden.

### **Omsorgsdirektör**

B20: Riktlinje för avvikelser och missförhållanden- Rapportera och utreda, von/2021:0028

B20:Riktlinje för social dokumentation; von/2021:00029

### **Myndighet**

Delegationsbeslut fattade av handläggare för LSS, SFB och SoL, 2021-01-01 –2021-01-31



**Referens**

*Kerstin Frimodig  
kerstin.frimodig@botkyrka.se*

**Mottagare**

Vård- och omsorgsnämnden

## Anmälan av delegationsbeslut

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden noterar till protokollet att de tagit del av delegationsbesluten.

### Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämnden har överlåtit sin beslutanderätt till ordförande och tjänstemän enligt vård- och omsorgsnämndens delegationsordning. Beslut som fattas med stöd av delegering ska anmälas till vård- och omsorgsnämnden.

### Omsorgsdirektör

B20: Riktlinje för avvikelser och missförhållanden- Rapportera och utreda, von/2021:0028

B20:Riktlinje för social dokumentation; von/2021:00029

### Myndighet

Delegationsbeslut fattade av handläggare för LSS, SFB och SoL,2021-01-01 –2021-01-31



**Referens**

Åsa Dahl

asa.dahl@botkyrka.se

**Mottagare**

Vård- och omsorgsförvaltningen

## **Riktlinjer avvikelser och missförhållanden - Rapportera och utreda (SoL och LSS)**

### **Beslut**

Vård- och omsorgsnämnden godkänner riktlinjerna om avvikelser och missförhållanden

### **Sammanfattning**

Riktlinjer om avvikelser och missförhållanden har reviderats och redaktionella ändringar har gjorts såsom till exempel att byta ut medlemmar till medarbetare. Beslutet har fattats av omsorgsdirektören i enlighet med delegationsordningen punkt B20.

Delegat:

**Petra Oxonius**

Vård- och omsorgsförvaltningen

# Signatursida

Detta dokument har elektroniskt undertecknats av följande undertecknare:

---

Namn	Elin Petra Oxonius
Datum & Tid	2021-01-29 15:39:44 +01:00
Identifikationstyp	Svensk e-legitimation
Identifikations-id	_09f53b6fbd985b1e50e098cc22b77fbc0f

---



[Validera dokumentet](#) | [Användarvillkor](#)



**Referens**

Lindha Constantinou

[lindha.constantinou1@botkyrka.se](mailto:lindha.constantinou1@botkyrka.se)

**Mottagare**

Vård- och omsorgsförvaltningen

## Riktlinjer för social dokumentation

### Beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner riktlinjerna för social dokumentation.

### Sammanfattning

Riktlinjer för social dokumentation har reviderats och redaktionella ändringar har gjorts, till exempel att byta ut medledare till medarbetare. Beslut har fattats av omsorgsdirektör i enlighet med delegationsordningen punkt B20.

Delegat:

**Petra Oxonius**

Vård- och omsorgsförvaltningen

# Signatursida

Detta dokument har elektroniskt undertecknats av följande undertecknare:

---

Namn	Elin Petra Oxonius
Datum & Tid	2021-01-29 15:38:52 +01:00
Identifikationstyp	Svensk e-legitimation
Identifikations-id	_07884c1120b310e11cbf7d2f5cc197e5f8

---



[Validera dokumentet](#) | [Användarvillkor](#)

Referens  
Janna KarlssonMottagare  
Vård- och omsorgsnämnden**Beslut SOL under 65 år, januari 2021**  
Myndighet OF

Beslutsfattare	Beslutsdatum	Beslut	Anledning till avslag	Födelseår	Kön
Kebede, Lydia	20210118	Avslag Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL	Delavslag. Avslag på ansökan om boendestöd för ansökta 3 tim/v. Behovet tillgodoses med dem beviljade 2 tim/v.	1956	Man
Kebede, Lydia	20210118	Avslag Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL	Delavslag. Avslag på ansökan om boendestöd för ansökta 4 tim/v. Behovet tillgodoses med dem beviljade 3 tim/v.	1960	Kvinna
Bergkvist, Martin	20210127	Avslag Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	Delavslag. Avslag på ansökan om hemtjänst och ansökt omfattning av respektive hemtjänstinsats i övrigt. Behovet kan tillgodoses genom beviljad omfattning av hemtjänst i ca 51 timmar/mån.	1982	Man
Barhado, Ilona	20210118	Avslag Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	Delavslag. Avslag på ansökan om hemtjänst och ansökt omfattning av respektive hemtjänstinsats i övrigt. Behovet kan tillgodoses genom beviljad omfattning av hemtjänst i ca 123 timmar/mån.	2002	Man
Barhado, Ilona	20210126	Avslag Hemvårdsbidrag enligt 4 kap, 2 § SoL	Avslag på ansökan om hemvårdsbidrag. Behovet bedöms kunna tillgodoses genom hemtjänstinsatser och trygghetslarm.	1975	Kvinna
Barhado, Ilona	20210118	Avslag Hemvårdsbidrag enligt 4 kap, 2 § SoL	Avslag på ansökan om hemvårdsbidrag. Behovet bedöms kunna tillgodoses genom hemtjänstinsatser och trygghetslarm.	2002	Man
Kebede, Lydia	20210118	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL		1956	Man
Vergara Robello, Sergio	20210108	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL		1956	Man
Vergara Robello, Sergio	20210111	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL		1958	Kvinna
Elmi, Fowsia	20210125	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL		1960	Man
Kebede, Lydia	20210118	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL		1960	Kvinna
Bergkvist, Martin	20210119	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL		1963	Man
Bergkvist, Martin	20210104	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL		1963	Man
Elmi, Fowsia	20210119	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL		1970	Man
Kebede, Lydia	20210128	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL		1977	Man
Elmi, Fowsia	20210114	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL		1980	Kvinna

Kebede, Lydia	20210128	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL		1983	Man
Chamoun, Stephani	20210112	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL		1983	Kvinna
Vergara Robello, Sergio	20210108	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL		1984	Man
Elmi, Fowsia	20210126	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL		1988	Kvinna
Kebede, Lydia	20210122	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL		1994	Kvinna
Kebede, Lydia	20210111	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL		1995	Kvinna
Östman, Ylva	20210114	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL		1995	Kvinna
Silfver, Tomas	20210125	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL		1996	Kvinna
Varli, Diana	20210120	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL		1998	Kvinna
Barhado, Ilona	20210111	Bifall Endast Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL		1956	Man
Barhado, Ilona	20210125	Bifall Endast Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL		1956	Man
Barhado, Ilona	20210119	Bifall Endast Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL		1956	Man
Jaksch, Camilla	20210125	Bifall Endast Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL		1964	Kvinna
Kebede, Lydia	20210128	Bifall Endast Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL		1965	Man
Barhado, Ilona	20210111	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1956	Man
Barhado, Ilona	20210125	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1956	Man
Barhado, Ilona	20210119	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1956	Man
Sadek, Gloria	20210107	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1957	Man
Chamoun, Stephani	20210119	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1957	Kvinna
Kebede, Lydia	20210118	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1959	Man
Sadek, Gloria	20210118	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1960	Kvinna
Sadek, Gloria	20210118	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1960	Man
Bergkvist, Martin	20210113	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1960	Kvinna
Mohammadi, Ziba	20210120	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1961	Kvinna
Östman, Ylva	20210127	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1962	Kvinna
Bergkvist, Martin	20210118	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1963	Man
Kebede, Lydia	20210128	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1965	Man
Vergara Robello, Sergio	20210104	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1967	Kvinna



Vergara Robello, Sergio	20210113	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1967	Kvinna
Sadek, Gloria	20210126	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1968	Kvinna
Östman, Ylva	20210127	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1970	Man
Vergara Robello, Sergio	20210104	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1971	Kvinna
Barhado, Ilona	20210115	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1976	Kvinna
Barhado, Ilona	20210120	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1976	Kvinna
Bergkvist, Martin	20210127	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1982	Man
Barhado, Ilona	20210118	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		2002	Man
Silfver, Tomas	20210107	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		2003	Man
Barhado, Ilona	20210111	Bifall Hemtjänst Natt enligt 4 kap, 1§ SoL		1956	Man
Barhado, Ilona	20210125	Bifall Hemtjänst Natt enligt 4 kap, 1§ SoL		1956	Man
Barhado, Ilona	20210119	Bifall Hemtjänst Natt enligt 4 kap, 1§ SoL		1956	Man
Sadek, Gloria	20210114	Bifall Hemtjänst Natt enligt 4 kap, 1§ SoL		1961	Man
Silfver, Tomas	20210107	Bifall Hemtjänst Natt enligt 4 kap, 1§ SoL		2003	Man
Barhado, Ilona	20210128	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL		1957	Man
Holmgren, Mikael	20210120	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL		1993	Man
Holmgren, Mikael	20210128	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL		1996	Kvinna
Chamoun, Stephani	20210119	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1957	Kvinna
Sadek, Gloria	20210119	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1961	Man
Sadek, Gloria	20210119	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1961	Man
Sadek, Gloria	20210114	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1961	Man
Bergkvist, Martin	20210118	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1963	Kvinna
Vergara Robello, Sergio	20210104	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1967	Kvinna
Vergara Robello, Sergio	20210113	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1967	Kvinna
Sadek, Gloria	20210126	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1968	Kvinna
Bergkvist, Martin	20210127	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1982	Man
Barhado, Ilona	20210118	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		2002	Man

Referens  
Janna KarlssonMottagare  
Vård- och omsorgsnämnden**Beslut LSS SFB, januari 2021**  
Myndighet OF

Beslutsfattare	Beslutsdatum	Beslut	Anledning till avslag	Födelseår	Kön
Silfver, Tomas	20210104	Avslag Avlösarservice i hemmet enligt 9 § 5 LSS	Delavslag. Avslag på begäran om avlösarservice till resterande 8 timmar/månad med motiveringen att behovet är tillgodosett genom de beviljade 12 timmar/månad.	2010	Kvinna
Silfver, Tomas	20210104	Avslag Avlösarservice i hemmet enligt 9 § 5 LSS	Delavslag. Avslag på begäran om avlösarservice till resterande 4 timmar/månad med motiveringen att behovet är tillgodosett genom de beviljade 12 timmar/månad.	2013	Kvinna
Varli, Diana	20210126	Avslag Avlösarservice i hemmet enligt 9 § 5 LSS	Avslag på begäran om avlösarservice. Behovet av sökt insats föreligger ej.	2017	Kvinna
Sadek, Gloria	20210117	Avslag Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS	Avslag på begäran om kontaktperson. Behovet av sökt insats föreligger ej.	1993	Man
Barhado, Ilona	20210113	Avslag Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS	Delavslag. Avslag på begäran om kontaktperson till resterande ansökta träffar per månad. Behovet tillgodoses med dem beviljade 3 träffar per månad.	2006	Kvinna
Silfver, Tomas	20210104	Avslag Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS	Avslag på begäran om kontaktperson. Behovet av sökt insats föreligger ej.	2010	Kvinna
Barhado, Ilona	20210113	Avslag Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS	Delavslag. Avslag på begäran om kontaktperson till resterande ansökta träffar per månad. Behovet tillgodoses med dem beviljade 2 träffar per månad.	2004	Man
Sadek, Gloria	20210112	Avslag Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS	Avslag på begäran om kontaktperson. Rätten till sökt insats föreligger ej.	1963	Man
Barhado, Ilona	20210117	Avslag Bostad med särsk service enligt 9 § 9 LSS	Avslag på begäran om kontaktperson. Behovet av sökt insats föreligger ej.	1987	Man
Holmgren, Mikael	20210126	Avslag Bostad med särsk service enligt 9 § 9 LSS	Avslag på begäran om kontaktperson. Behovet av sökt insats föreligger ej.	1969	Kvinna
Sadek, Gloria	20210112	Avslag Bostad med särsk service enligt 9 § 9 LSS	Avslag på begäran om bostad med särskild service för vuxna. Rätten till sökt insats föreligger ej.	1963	Man

Silfver, Tomas	20210122	Avslag Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS	Avslag på begäran om ledsagarservice. Behovet av sökt insats föreligger ej.	2013	Man
Holmgren, Mikael	20210104	Avslag Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS	Avslag på begäran om personlig assistans med motivering att ansökan om sökt insats har blivit återkallad.	1974	Man
Holmgren, Mikael	20210125	Avslag Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS	Avslag på begäran om personlig assistans. Rätten till sökt insats föreligger ej.	2019	Man
Barhado, Ilona	20210111	Avslag Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS	Delavslag. Avslag på begäran om personlig assistans till resterande ansökta timmar med motiveringen att behovet är tillgodosett genom de beviljade drygt 139 timmar/mån.	1994	Man
Barhado, Ilona	20210113	Avslag Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS	Delavslag. Avslag på begäran om personlig assistans till resterande ansökta timmar med motiveringen att behovet är tillgodosett genom de beviljade drygt 126 timmar/mån.	1964	Kvinna
Silfver, Tomas	20210107	Bifall Avlösarservice i hemmet enligt 9 § 5 LSS		2011	Man
Silfver, Tomas	20210104	Bifall Avlösarservice i hemmet enligt 9 § 5 LSS		2013	Kvinna
Silfver, Tomas	20210104	Bifall Avlösarservice i hemmet enligt 9 § 5 LSS		2010	Kvinna
Jaksch, Camilla	20210104	Bifall Avlösarservice i hemmet enligt 9 § 5 LSS		2008	Man
Barhado, Ilona	20210117	Bifall Avlösarservice i hemmet enligt 9 § 5 LSS		2011	Kvinna
Ecer, Isabelle	20210119	Bifall Avlösarservice i hemmet enligt 9 § 5 LSS		2010	Kvinna
Silfver, Tomas	20210122	Bifall Avlösarservice i hemmet enligt 9 § 5 LSS		2013	Man
Barhado, Ilona	20210128	Bifall Avlösarservice i hemmet enligt 9 § 5 LSS		2010	Man
Vergara Robello, Sergio	20210108	Bifall Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS		1956	Man
Mohammadi, Ziba	20210108	Bifall Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS		1982	Kvinna
Chamoun, Stephani	20210112	Bifall Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS		1983	Kvinna
Barhado, Ilona	20210113	Bifall Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS		2006	Kvinna
Barhado, Ilona	20210117	Bifall Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS		1987	Man
Varli, Diana	20210121	Bifall Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS		1998	Kvinna
Bergkvist, Martin	20210112	Bifall Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS		1974	Kvinna
Barhado, Ilona	20210128	Bifall Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS		1992	Man

Barhado, Ilona	20210126	Bifall Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS		2003	Kvinna
Redzematovic, Emina	20210113	Bifall Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS		2002	Man
Barhado, Ilona	20210113	Bifall Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS		2004	Man
Holmgren, Mikael	20210120	Bifall Boende barn enligt 9 § 8 LSS		2007	Man
Holmgren, Mikael	20210120	Bifall Boende barn enligt 9 § 8 LSS		2005	Kvinna
Barhado, Ilona	20210122	Bifall Bostad med särsk service enligt 9 § 9 LSS		1974	Man
Silfver, Tomas	20210128	Bifall Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS		2001	Man
Varli, Diana	20210113	Bifall Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS		1993	Man
Barhado, Ilona	20210117	Bifall Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS		1987	Man
Vergara Robello, Sergio	20210118	Bifall Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS		1981	Man
Östman, Ylva	20210119	Bifall Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS		1995	Kvinna
Barhado, Ilona	20210125	Bifall Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS		1994	Man
Barhado, Ilona	20210125	Bifall Korttidsvistelse enligt 9 § 6 LSS		2002	Man
Silfver, Tomas	20210122	Bifall Korttidsvistelse enligt 9 § 6 LSS		2013	Man
Jaksch, Camilla	20210120	Bifall Korttidsvistelse enligt 9 § 6 LSS		1992	Kvinna
Silfver, Tomas	20210128	Bifall Korttidsvistelse enligt 9 § 6 LSS		2002	Kvinna
Barhado, Ilona	20210128	Bifall Korttidsvistelse enligt 9 § 6 LSS		2011	Man
Barhado, Ilona	20210128	Bifall Korttidsvistelse enligt 9 § 6 LSS		2002	Kvinna
Silfver, Tomas	20210125	Bifall Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS		2004	Kvinna
Silfver, Tomas	20210128	Bifall Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS		2002	Kvinna
Silfver, Tomas	20210125	Bifall Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS		2004	Man
Barhado, Ilona	20210125	Bifall Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS		2003	Man
Silfver, Tomas	20210118	Bifall Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS		2003	Kvinna
Barhado, Ilona	20210127	Bifall Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS		2005	Man
Barhado, Ilona	20210129	Bifall Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS		2010	Man
Barhado, Ilona	20210111	Bifall Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS		1994	Man
Barhado, Ilona	20210113	Bifall Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS		1964	Kvinna
Barhado, Ilona	20210129	Bifall tillfällig utök Pers ass enligt 9 § 2 LSS		1981	Kvinna

Barhado, Ilona	20210113	Bifall tillfällig utök Pers ass enligt 9 § 2 LSS		2000	Man
Barhado, Ilona	20210111	Bifall tillfällig utök Pers ass enligt 9 § 2 LSS		1999	Man
Barhado, Ilona	20210125	Bifall tillfällig utök Pers ass enligt 9 § 2 LSS		2005	Man
Barhado, Ilona	20210119	Bifall tillfällig utök Pers ass enligt 9 § 2 LSS		1981	Man

Referens  
Janna KarlssonMottagare  
Vård- och omsorgsnämnden**Beslut SOL över 65 år, januari 2021**  
Myndighet ÄO

Beslutsfattare	Beslutsdatum	Beslut	Anledning till avslag	Födelseår	Kön
Sepulveda Macias, Priscylla	20210118	Avslag Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	Delavslag. Avslag på ansökan om hemtjänst i form av städ 1gg/v. Behovet kan tillgodoses med beviljad insats i form av städ, var tredje vecka.	1942	Kvinna
Benninger, Maria	20210115	Avslag Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	Avslag på ansökan om korttidsboende. Behovet bedöms kunna tillgodoses genom hemtjänstinsatser och stöd i det ordinära boendet.	1944	Kvinna
Benninger, Maria	20210107	Avslag Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL	Avslag på ansökan om vård- och omsorgsboende då utredningen inte kunnat genomföras pga den enskilde inte har medverkat till utredningen.	1927	Kvinna
Benninger, Maria	20210127	Bifall Dagverksamhet enligt 4 kap, 1§ SoL		1933	Man
Zamudio, Mariom	20210127	Bifall Dagverksamhet enligt 4 kap, 1§ SoL		1939	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210113	Bifall Dagverksamhet enligt 4 kap, 1§ SoL		1943	Man
Haddad, Tibelya	20210126	Bifall Dagverksamhet enligt 4 kap, 1§ SoL		1946	Man
Zamudio, Mariom	20210120	Bifall Dagverksamhet enligt 4 kap, 1§ SoL		1948	Kvinna
Maulud, Rahela	20210111	Bifall Endast Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL		1927	Kvinna
Mustafa, Amal	20210119	Bifall Endast Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL		1933	Kvinna
Afram, Natalie	20210128	Bifall Endast Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL		1940	Kvinna
Secka, Ebrima	20210120	Bifall Endast Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL		1945	Man
Ghookas, Roland	20210105	Bifall Endast Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL		1946	Kvinna
Haddad, Tibelya	20210113	Bifall Endast Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL		1948	Kvinna
Hermez, Kara	20210121	Bifall Endast Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL		1949	Kvinna
Nuel, Merna	20210108	Bifall Endast Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL		1949	Man
Zamudio, Mariom	20210107	Bifall Endast Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL		1950	Kvinna
Lundberg, Linn	20210127	Bifall Förenkl.handläggning. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1922	Kvinna
Ghookas, Roland	20210122	Bifall Förenkl.handläggning. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1927	Kvinna
Ghookas, Roland	20210120	Bifall Förenkl.handläggning. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1929	Kvinna
Secka, Ebrima	20210127	Bifall Förenkl.handläggning. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1931	Kvinna

Ghookas, Roland	20210118	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1931	Man
Haddad, Tibelya	20210121	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1934	Man
Secka, Ebrima	20210128	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1934	Man
Ghookas, Roland	20210105	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1934	Man
Pernu, Marjo	20210108	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1935	Man
Ghookas, Roland	20210104	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1935	Kvinna
Ghookas, Roland	20210105	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1935	Kvinna
Secka, Ebrima	20210113	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1936	Kvinna
Ghookas, Roland	20210121	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1937	Kvinna
Ghookas, Roland	20210118	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1937	Man
Secka, Ebrima	20210119	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1937	Kvinna
Ghookas, Roland	20210121	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1937	Kvinna
Valverde,Linda	20210129	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1937	Kvinna
Secka, Ebrima	20210104	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1938	Kvinna
Valverde,Linda	20210108	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1938	Kvinna
Hermez, Kara	20210121	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1939	Man
Hermez, Kara	20210121	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1939	Man
Mustafa, Amal	20210112	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1939	Kvinna
Haddad, Tibelya	20210121	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1939	Kvinna
Siwertz, Jenny	20210112	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1939	Kvinna
Afram, Natalie	20210128	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1940	Kvinna
Secka, Ebrima	20210119	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1940	Kvinna
Valverde,Linda	20210129	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1940	Kvinna
Pernu, Marjo	20210107	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1941	Kvinna
Riggio, Lilia	20210111	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1942	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210119	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1942	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210119	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1942	Kvinna
Riggio, Lilia	20210112	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1943	Kvinna

Zamudio, Mariom	20210120	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1943	Kvinna
Ghookas, Roland	20210127	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1944	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210105	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1944	Kvinna
Ghookas, Roland	20210119	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1944	Man
Ghookas, Roland	20210129	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1944	Man
Zamudio, Mariom	20210121	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1945	Man
Hermez, Kara	20210121	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1945	Kvinna
Hermez, Kara	20210121	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1945	Kvinna
Ghookas, Roland	20210104	Bifall Förenkl.handlägg. Hemtj. enl 4 kap, 2§ SoL		1945	Man
Benninger, Maria	20210125	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1926	Man
Riggio, Lilia	20210111	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1927	Kvinna
Secka, Ebrima	20210118	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1927	Kvinna
Hermez, Kara	20210120	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1927	Man
Haddad, Tibelya	20210118	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1927	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210112	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1927	Kvinna
Maulud, Rahela	20210112	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1927	Kvinna
Mustafa, Amal	20210112	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1928	Kvinna
Mustafa, Amal	20210115	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1928	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210121	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1928	Man
Ghookas, Roland	20210104	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1928	Kvinna
Benninger, Maria	20210104	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1928	Man
Ghookas, Roland	20210125	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1929	Kvinna
Secka, Ebrima	20210104	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1929	Kvinna
Mustafa, Amal	20210107	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1929	Kvinna
Mustafa, Amal	20210107	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1929	Kvinna
Lundberg, Linn	20210119	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1929	Kvinna
Mustafa, Amal	20210127	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1929	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210127	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1929	Man



Benninger, Maria	20210129	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1930	Man
Zamudio, Mariom	20210105	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1930	Kvinna
Afram, Natalie	20210121	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1930	Kvinna
Pernu, Marjo	20210119	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1930	Kvinna
Ghookas, Roland	20210121	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1931	Man
Haddad, Tibelya	20210112	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1931	Kvinna
Benninger, Maria	20210125	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1931	Kvinna
Karlström, Josefin	20210115	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1931	Kvinna
Ghookas, Roland	20210105	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1931	Kvinna
Pernu, Marjo	20210129	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1931	Kvinna
Haddad, Tibelya	20210111	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1932	Kvinna
Karlström, Josefin	20210127	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1932	Kvinna
Secka, Ebrima	20210118	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1932	Man
Haddad, Tibelya	20210121	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1932	Man
Zamudio, Mariom	20210127	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1932	Kvinna
Benninger, Maria	20210127	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1933	Man
Lundberg, Linn	20210122	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1933	Kvinna
Benninger, Maria	20210112	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1933	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210104	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1933	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210125	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1933	Kvinna
Ghookas, Roland	20210125	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1933	Kvinna
Nuel, Merna	20210104	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1934	Kvinna
Nuel, Merna	20210104	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1934	Kvinna
Nuel, Merna	20210120	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1934	Kvinna
Ghookas, Roland	20210125	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1934	Kvinna
Karlström, Josefin	20210114	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1934	Kvinna
Lundberg, Linn	20210114	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1934	Kvinna
Karlström, Josefin	20210125	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL		1934	Kvinna

Maulud, Rahela	20210114	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1934	Man
Pernu, Marjo	20210122	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1934	Kvinna
Lundberg, Linn	20210126	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1935	Kvinna
Ghookas, Roland	20210125	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1935	Kvinna
Bisse, Pierre	20210104	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1935	Kvinna
Benninger, Maria	20210104	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1935	Man
Benninger, Maria	20210125	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1936	Kvinna
Riggio, Lilia	20210108	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1936	Kvinna
Benninger, Maria	20210108	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1936	Kvinna
Siwertz, Jenny	20210119	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1937	Kvinna
Ghookas, Roland	20210115	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1937	Kvinna
Ghookas, Roland	20210125	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1937	Kvinna
Afram, Natalie	20210118	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1938	Kvinna
Maulud, Rahela	20210107	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1938	Kvinna
Mustafa, Amal	20210125	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1938	Man
Bisse, Pierre	20210125	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1939	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210127	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1939	Kvinna
Pernu, Marjo	20210125	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1939	Kvinna
Karlström, Josefin	20210120	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1939	Kvinna
Benninger, Maria	20210126	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1939	Kvinna
Sepulveda Macias, Priscylla	20210129	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1939	Kvinna
Secka, Ebrima	20210119	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1939	Kvinna
Bisse, Pierre	20210105	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1940	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210105	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1940	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210107	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1940	Kvinna
Siwertz, Jenny	20210111	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1940	Kvinna
Karlström, Josefin	20210126	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1940	Kvinna
Mustafa, Amal	20210126	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1941	Kvinna

Afram, Natalie	20210119	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1941	Man
Zamudio, Mariom	20210114	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1941	Man
Ghookas, Roland	20210113	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1941	Man
Sepulveda Macias, Priscylla	20210121	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1941	Man
Benninger, Maria	20210118	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1942	Kvinna
Valverde,Linda	20210113	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1942	Kvinna
Bisse, Pierre	20210114	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1942	Kvinna
Ghookas, Roland	20210129	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1942	Kvinna
Mustafa, Amal	20210115	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1942	Man
Afram, Natalie	20210119	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1942	Kvinna
Valverde,Linda	20210128	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1942	Kvinna
Valverde,Linda	20210128	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1942	Kvinna
Ghookas, Roland	20210104	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1942	Man
Ghookas, Roland	20210128	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1942	Man
Karlström, Josefin	20210115	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1942	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210104	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1942	Kvinna
Benninger, Maria	20210112	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1942	Kvinna
Benninger, Maria	20210103	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1943	Kvinna
Nuel, Merna	20210118	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1943	Kvinna
Benninger, Maria	20210126	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1943	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210113	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1943	Man
Valverde,Linda	20210112	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1943	Man
Bisse, Pierre	20210113	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1943	Kvinna
Siwertz, Jenny	20210105	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1943	Kvinna
Benninger, Maria	20210118	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1944	Kvinna
Nuel, Merna	20210111	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1944	Man
Benninger, Maria	20210111	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1944	Kvinna
Maulud, Rahela	20210128	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1944	Kvinna

Haddad, Tibelya	20210129	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1944	Kvinna
Secka, Ebrima	20210113	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1944	Kvinna
Secka, Ebrima	20210128	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1944	Kvinna
Hermez, Kara	20210129	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1944	Man
Ghookas, Roland	20210127	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1944	Kvinna
Benninger, Maria	20210127	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1944	Man
Lundberg, Linn	20210114	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1944	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210112	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1944	Kvinna
Benninger, Maria	20210125	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1944	Kvinna
Karlström, Josefin	20210115	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1944	Man
Mustafa, Amal	20210122	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1945	Man
Mustafa, Amal	20210104	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1945	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210128	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1945	Kvinna
Haddad, Tibelya	20210128	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1945	Man
Lundberg, Linn	20210126	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1945	Kvinna
Haddad, Tibelya	20210125	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1945	Kvinna
Pernu, Marjo	20210128	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1946	Kvinna
Haddad, Tibelya	20210119	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1946	Man
Afram, Natalie	20210114	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1947	Man
Pernu, Marjo	20210107	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1947	Kvinna
Pernu, Marjo	20210104	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1947	Kvinna
Bisse, Pierre	20210121	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1947	Kvinna
Secka, Ebrima	20210111	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1948	Man
Secka, Ebrima	20210111	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1948	Man
Pernu, Marjo	20210115	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1948	Kvinna
Riggio, Lilia	20210111	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1948	Kvinna
Ghookas, Roland	20210104	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1948	Kvinna
Ghookas, Roland	20210128	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1948	Kvinna

Zamudio, Mariom	20210120	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1948	Kvinna
Secka, Ebrima	20210121	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1949	Kvinna
Secka, Ebrima	20210104	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1949	Kvinna
Haddad, Tibelya	20210114	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1949	Kvinna
Ghookas, Roland	20210112	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1949	Man
Lundberg, Linn	20210126	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1949	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210105	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1949	Man
Siwertz, Jenny	20210129	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1949	Man
Zamudio, Mariom	20210121	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1950	Man
Siwertz, Jenny	20210114	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1950	Man
Mustafa, Amal	20210118	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1951	Man
Maulud, Rahela	20210122	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1952	Kvinna
Valverde,Linda	20210126	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1953	Man
Karlström, Josefin	20210125	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1953	Man
Maulud, Rahela	20210122	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1953	Kvinna
Bisse, Pierre	20210121	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1954	Man
Secka, Ebrima	20210104	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1954	Kvinna
Pernu, Marjo	20210114	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1954	Kvinna
Nuel, Merna	20210110	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1954	Kvinna
Nuel, Merna	20210121	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1955	Man
Bisse, Pierre	20210126	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1955	Kvinna
Lundberg, Linn	20210126	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1955	Man
Valverde,Linda	20210108	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1955	Man
Mustafa, Amal	20210112	Bifall Hemtjänst Natt enligt 4 kap, 1§ SoL	1928	Kvinna
Mustafa, Amal	20210115	Bifall Hemtjänst Natt enligt 4 kap, 1§ SoL	1928	Kvinna
Benninger, Maria	20210104	Bifall Hemtjänst Natt enligt 4 kap, 1§ SoL	1928	Man
Ghookas, Roland	20210125	Bifall Hemtjänst Natt enligt 4 kap, 1§ SoL	1929	Kvinna
Ghookas, Roland	20210121	Bifall Hemtjänst Natt enligt 4 kap, 1§ SoL	1931	Man

Benninger, Maria	20210125	Bifall Hemtjänst Natt enligt 4 kap, 1§ SoL		1931	Kvinna
Benninger, Maria	20210127	Bifall Hemtjänst Natt enligt 4 kap, 1§ SoL		1933	Man
Benninger, Maria	20210112	Bifall Hemtjänst Natt enligt 4 kap, 1§ SoL		1933	Kvinna
Ghookas, Roland	20210115	Bifall Hemtjänst Natt enligt 4 kap, 1§ SoL		1937	Kvinna
Pernu, Marjo	20210125	Bifall Hemtjänst Natt enligt 4 kap, 1§ SoL		1939	Kvinna
Sepulveda Macias, Priscylla	20210129	Bifall Hemtjänst Natt enligt 4 kap, 1§ SoL		1939	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210104	Bifall Hemtjänst Natt enligt 4 kap, 1§ SoL		1942	Kvinna
Benninger, Maria	20210112	Bifall Hemtjänst Natt enligt 4 kap, 1§ SoL		1942	Kvinna
Benninger, Maria	20210126	Bifall Hemtjänst Natt enligt 4 kap, 1§ SoL		1943	Kvinna
Benninger, Maria	20210111	Bifall Hemtjänst Natt enligt 4 kap, 1§ SoL		1944	Kvinna
Benninger, Maria	20210127	Bifall Hemtjänst Natt enligt 4 kap, 1§ SoL		1944	Man
Nuel, Merna	20210110	Bifall Hemtjänst Natt enligt 4 kap, 1§ SoL		1954	Kvinna
Benninger, Maria	20210104	Bifall Hemvårdsbidrag enligt 4 kap, 2 § SoL		1943	Kvinna
Benninger, Maria	20210120	Bifall Hemvårdsbidrag enligt 4 kap, 2 § SoL		1949	Kvinna
Benninger, Maria	20210125	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL		1928	Kvinna
Maulud, Rahela	20210108	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL		1932	Kvinna
Benninger, Maria	20210118	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL		1932	Kvinna
Benninger, Maria	20210118	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL		1934	Kvinna
Benninger, Maria	20210128	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL		1934	Kvinna
Benninger, Maria	20210122	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL		1939	Man
Benninger, Maria	20210120	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL		1941	Man
Benninger, Maria	20210127	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL		1941	Kvinna
Pettersson, Vanja	20210115	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL		1942	Kvinna
Benninger, Maria	20210129	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL		1942	Kvinna
Benninger, Maria	20210101	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL		1944	Man
Benninger, Maria	20210111	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL		1944	Man
Benninger, Maria	20210119	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL		1944	Man
Benninger, Maria	20210111	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL		1945	Man

Benninger, Maria	20210113	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL		1945	Kvinna
Benninger, Maria	20210125	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL		1945	Kvinna
Benninger, Maria	20210104	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL		1947	Kvinna
Benninger, Maria	20210121	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL		1951	Kvinna
Benninger, Maria	20210119	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL		1953	Kvinna
Mustafa, Amal	20210115	Bifall Matdistribution enligt 4 kap, 1§ SoL		1928	Kvinna
Mustafa, Amal	20210119	Bifall Matdistribution enligt 4 kap, 1§ SoL		1933	Kvinna
Kebede, Lydia	20210125	Bifall Matdistribution enligt 4 kap, 1§ SoL		1951	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210118	Bifall Matdistribution enligt 4 kap, 1§ SoL		1954	Kvinna
Benninger, Maria	20210125	Bifall Servicehus enligt 4 kap, 1§ SoL		1953	Man
Benninger, Maria	20210118	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL		1925	Kvinna
Benninger, Maria	20210114	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL		1928	Kvinna
Pettersson, Vanja	20210126	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL		1929	Kvinna
Pettersson, Vanja	20210118	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL		1930	Kvinna
Benninger, Maria	20210107	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL		1931	Man
Pettersson, Vanja	20210118	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL		1932	Man
Pettersson, Vanja	20210129	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL		1934	Kvinna
Benninger, Maria	20210114	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL		1936	Kvinna
Pettersson, Vanja	20210125	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL		1938	Man
Pettersson, Vanja	20210122	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL		1939	Man
Benninger, Maria	20210111	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL		1941	Kvinna
Benninger, Maria	20210127	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL		1942	Man
Pettersson, Vanja	20210122	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL		1945	Man
Benninger, Maria	20210105	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL		1946	Man
Benninger, Maria	20210108	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL		1949	Man
Mustafa, Amal	20210114	Bifall Tillfällig Korttidsvård enl 4 kap, 1§ SoL		1928	Kvinna
Benninger, Maria	20210125	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1926	Man
Hermez, Kara	20210120	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1927	Man

Haddad, Tibelya	20210118	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1927	Kvinna
Mustafa, Amal	20210112	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1928	Kvinna
Mustafa, Amal	20210115	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1928	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210121	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1928	Man
Ghookas, Roland	20210104	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1928	Kvinna
Lundberg, Linn	20210119	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1929	Kvinna
Mustafa, Amal	20210127	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1929	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210127	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1929	Man
Benninger, Maria	20210129	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1930	Man
Zamudio, Mariom	20210105	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1930	Kvinna
Afram, Natalie	20210121	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1930	Kvinna
Pernu, Marjo	20210119	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1930	Kvinna
Ghookas, Roland	20210121	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1931	Man
Hermez, Kara	20210112	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1931	Kvinna
Benninger, Maria	20210125	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1931	Kvinna
Karlström, Josefin	20210115	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1931	Kvinna
Ghookas, Roland	20210105	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1931	Kvinna
Pernu, Marjo	20210129	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1931	Kvinna
Karlström, Josefin	20210127	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1932	Kvinna
Secka, Ebrima	20210118	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1932	Man
Benninger, Maria	20210127	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1933	Man
Lundberg, Linn	20210122	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1933	Kvinna
Benninger, Maria	20210112	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1933	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210104	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1933	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210125	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1933	Kvinna
Nuel, Merna	20210120	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1934	Kvinna
Ghookas, Roland	20210125	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1934	Kvinna
Karlström, Josefin	20210114	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1934	Kvinna



Lundberg, Linn	20210114	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1934	Kvinna
Karlström, Josefin	20210125	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1934	Kvinna
Maulud, Rahela	20210114	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1934	Man
Pernu, Marjo	20210122	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1934	Kvinna
Lundberg, Linn	20210126	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1935	Kvinna
Ghookas, Roland	20210125	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1935	Kvinna
Bisse, Pierre	20210104	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1935	Kvinna
Benninger, Maria	20210104	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1935	Man
Sepulveda Macias, Priscylla	20210125	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1936	Kvinna
Riggio, Lilia	20210108	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1936	Kvinna
Benninger, Maria	20210108	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1936	Kvinna
Siwertz, Jenny	20210119	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1937	Kvinna
Ghookas, Roland	20210115	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1937	Kvinna
Afram, Natalie	20210118	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1938	Kvinna
Maulud, Rahela	20210107	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1938	Kvinna
Bisse, Pierre	20210125	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1939	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210127	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1939	Kvinna
Pernu, Marjo	20210125	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1939	Kvinna
Karlström, Josefin	20210120	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1939	Kvinna
Benninger, Maria	20210126	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1939	Kvinna
Sepulveda Macias, Priscylla	20210129	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1939	Kvinna
Secka, Ebrima	20210119	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1939	Kvinna
Bisse, Pierre	20210105	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1940	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210105	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1940	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210107	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1940	Kvinna
Siwertz, Jenny	20210111	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1940	Kvinna
Karlström, Josefin	20210126	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1940	Kvinna
Mustafa, Amal	20210126	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1941	Kvinna

Zamudio, Mariom	20210114	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1941	Man
Ghookas, Roland	20210113	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1941	Man
Sepulveda Macias, Priscylla	20210118	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1942	Kvinna
Valverde, Linda	20210113	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1942	Kvinna
Bisse, Pierre	20210114	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1942	Kvinna
Ghookas, Roland	20210129	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1942	Kvinna
Mustafa, Amal	20210115	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1942	Man
Valverde, Linda	20210128	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1942	Kvinna
Valverde, Linda	20210128	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1942	Kvinna
Ghookas, Roland	20210104	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1942	Man
Ghookas, Roland	20210128	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1942	Man
Karlström, Josefin	20210115	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1942	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210104	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1942	Kvinna
Benninger, Maria	20210112	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1942	Kvinna
Nuel, Merna	20210118	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1943	Kvinna
Benninger, Maria	20210126	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1943	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210113	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1943	Man
Valverde, Linda	20210112	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1943	Man
Bisse, Pierre	20210113	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1943	Kvinna
Siwertz, Jenny	20210105	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1943	Kvinna
Benninger, Maria	20210118	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1944	Kvinna
Nuel, Merna	20210111	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1944	Man
Benninger, Maria	20210111	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1944	Kvinna
Maulud, Rahela	20210128	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1944	Kvinna
Ghookas, Roland	20210127	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1944	Kvinna
Lundberg, Linn	20210114	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1944	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210112	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1944	Kvinna
Sepulveda Macias, Priscylla	20210125	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1944	Kvinna

Karlström, Josefin	20210115	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1944	Man
Haddad, Tibelya	20210128	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1945	Man
Lundberg, Linn	20210126	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1945	Kvinna
Haddad, Tibelya	20210125	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1945	Kvinna
Pernu, Marjo	20210128	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1946	Kvinna
Pernu, Marjo	20210107	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1947	Kvinna
Pernu, Marjo	20210104	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1947	Kvinna
Pernu, Marjo	20210115	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1948	Kvinna
Riggio, Lilia	20210111	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1948	Kvinna
Ghookas, Roland	20210104	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1948	Kvinna
Ghookas, Roland	20210128	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1948	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210120	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1948	Kvinna
Secka, Ebrima	20210104	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1949	Kvinna
Ghookas, Roland	20210112	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1949	Kvinna
Zamudio, Mariom	20210105	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1949	Man
Siwertz, Jenny	20210129	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1949	Man
Zamudio, Mariom	20210121	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1950	Man
Siwertz, Jenny	20210114	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1950	Man
Mustafa, Amal	20210118	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1951	Man
Maulud, Rahela	20210122	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1952	Kvinna
Valverde, Linda	20210126	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1953	Man
Karlström, Josefin	20210125	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1953	Man
Maulud, Rahela	20210122	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1953	Kvinna
Bisse, Pierre	20210121	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1954	Man
Secka, Ebrima	20210104	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1954	Kvinna
Pernu, Marjo	20210114	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1954	Kvinna
Nuel, Merna	20210110	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1954	Kvinna
Nuel, Merna	20210121	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1955	Man

Valverde, Linda	20210108	Bifall Trygghetslarm Inkl. hemtjänst enligt 4 kap,		1955	Man
-----------------	----------	---	--	------	-----