

**Tid och plats** Onsdag den 26 februari 2020, kl 09.00, Kf-salen, kommunhuset

**Ordförande** Ricard Söderberg

**Sekreterare** Majvor Smedberg

Öppet sammanträde, utom i de punkter som markerats med "sluten del" eller där ordföranden så beslutar. Länk till information om öppna sammanträden:  
<https://www.lysekil.se/kommun-och-politik/politik-och-demokrati.html>.

## Ärende

- Upprop och val av justerare

<b>Sluten del</b>	<b>Föredragande</b>
1. Redovisning av delegationsbeslut Dnr 2020-000005	
2. Anmälan av inkomna skrivelser, beslut och domar Dnr 2020-000015	
3. Information om sociala avvikelser - lex Sarah, lex Maria och synpunkter/klagomål - Socialnämnden 200226 Dnr 2020-000099	
4. Ansökan om tillstånd att servera alkoholdrycker på uteservering - Havings skafferier Dnr 2020-000043	Klaus Schmidt Kl 10.30
<b>Öppen del</b>	
5. Tillsyn enligt alkohollagen under 2019 Dnr 2020-000072	Klaus Schmidt
6. Tillsynsplan enligt alkohollagen för åren 2020-2021 Dnr 2020-000024	
7. Berättelse för kvalitet och patientsäkerhet 2019 Dnr 2020-000086	Maria Granlund Kl 11.00
8. Årsbokslut 2019 Dnr 2019-000019	Catarina Ross Kl 13.00
9. Revisorernas granskning - Privata utförare, kommunens insyn och uppföljning - Revisionsrapport Dnr 2020-000049	Eva Andersson
10. Sammanställning - Budgeterade placeringar inom vuxen-, barn- och ungdomsenheten Dnr 2020-000002	Marianne Sandsten
11. Sammanställning - Beslut om särskilt boende Dnr 2020-000003	Marianne Sandsten
12. Återrapport - Ärendetyngdsmätning inom BoU Dnr 2020-000093	Ann-Catrin Wldén
13. Information från förvaltningschef, ordförande och vice ordförande Dnr 2020-000048	
14. Övrigt 2020 Dnr 2020-000028	



## Anmälningssärende

**Dnr 2020-000015**

Utskriftsdatum:  
2020-02-19

**Ärendemening:** Anmälan av inkomna skrivelser, beslut och domar - Socialnämnden 200226

---

Namn:

Beskrivning:

Kommunstyrelsens beslut § 9 - Utredning om framtidens äldreomsorg

Namn:

Kommunstyrelsen

Beskrivning:

Revisionsrapport - Kommunstyrelsens uppsikt över socialnämnden, Lysekils kommun, december 2019

Namn:

Kommunens revisorer / PwC

Beskrivning:

Meddelande (4/2020) - Överenskommelse om Strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025

Namn:

Sveriges Kommuner och Regioner, SKR

Beskrivning:

2020-000023 Protokollsutdrag 2020-01-29 § 7 2020 års löneöversyn inklusive strukturåtgärder

Namn:

mari-louise.dunert@lysekil.se

Beskrivning:

Remiss - Förslag till reviderad riktlinje för samordnad individuell plan (SIP)

Namn:

Fyrbodals kommunalförbund

Beskrivning:

Avtal - larmobjekt Jourtjänst Mini - 107423SOS - avtalstid 2020-02-01--2022-01-31 - handlingen finns även på papper

Namn:

SOS Alarm Sverige AB

Beskrivning:

Beslut-2020000022-LKS-§ 8

Namn:

Kommunstyrelsen

Beskrivning:

Utkast tidplan budgetprocess 2021 dat 200109

Namn:

Kommunstyrelsen

Beskrivning:

Beslut-2019000429-LKS-§ 3

Namn:

Kommunstyrelsen

Beskrivning:

Tjänsteskrivelse Lysekil 2019-08-13

Namn:

Hållbar utveckling

---

Beskrivning:

---

KS § 4 - Rapport Intern kontroll - sammanställning 2019

Namn:

Kommunstyrelsen

Beskrivning:

Meddelande (1/2020) - Överenskommelse - Insatser inom området psykisk hälsa - mellan staten och SKR, 2020 - dnr 19/01701

Namn:

Sveriges Kommuner och Regioner, SKR

Beskrivning:

Dom 2020-01-31, mål nr 1012-20 - Klagande, motpart Socialnämnden i Lysekils kommun - överklagat socialnämndens beslut 2019-12-27 - Saken Bistånd enligt socialtjänstlagen, SoL (bistånd i form av ansvarsförbindelse för kontraktsvård) - Förvaltningsrätten upphäver socialnämndens beslut och visar målet åter till socialnämnden för ny prövning - Sekretessprövning enl. OSL

Namn:

Förvaltningsrätten i Göteborg

Beskrivning:

Dom 2020-01-30, mål nr 15954-19 - Klagande, offentligt biträde - Motpart Socialnämnden i Lysekils kommun - överklagat socialnämndens beslut 2019-09-05 - Saken Upphörande av vård enligt lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU - Förvaltningsrätten avslår överklagandet - Sekretessprövning enl. OSL

Namn:

Förvaltningsrätten i Göteborg

Beskrivning:

Beslut 2020-01-27, mål nr 877-20 - Underställande myndighet Socialnämnden i Lysekils kommun - Motparter vårdnadshavare 1. och 2. offentligt biträde, Den unga 3., offentligt biträde - Saken Omedelbart omhändertagande enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU - Förvaltningsrätten fastställer det underställda beslutet - Sekretessprövning enl. OSL

Namn:

Förvaltningsrätten i Göteborg

Beskrivning:

Beslut 2020-01-23, mål nr 727-20 - Underställande myndighet Socialnämnden i Lysekils kommun - Motparter vårdnadshavare 1. offentligt biträde, 2. offentligt biträde, Den unga, ställföreträdare och offentligt biträde - Saken Omedelbart omhändertagande enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU - Förvaltningsrätten fastställer det underställda beslutet - Sekretessprövning enl. OSL

Namn:

Förvaltningsrätten i Göteborg

Beskrivning:

Dom 2020-01-21, mål nr 6246-19 - Klagande, ombud och offentligt biträde - Motpart Socialnämnden i Lysekils kommun - Överklagat avgörande: Förvaltningsrätten i Göteborgs dom 2019-10-09 i mål nr 10535-19 - Saken Placering vid vård av unga, LVU - Kammarrättens avgörande: Kammarrätten avslår överklagandet - Sekretessprövning enl. OSL

---

**§ 9**

**Dnr 2020-000028**

**Utredning om framtidens äldreomsorg**

**Sammanfattning**

I den av kommunfullmäktige beslutade vård- och omsorgsplanen beskrivs ett ökat behov av insatser inom äldreomsorgen i Lysekils kommun. Samtidigt står kommunen inför ekonomiska utmaningar där skatteintäkter, statsbidrag och övriga intäkter inte bedöms komma att öka i en takt som motsvarar de ökade behoven inom hela välfärdsområdet. Därför behövs ett väl genomarbetat beslutsunderlag för att möjliggöra hållbara beslut om den framtida äldreomsorgen. Detta gäller speciellt för särskilda boenden där det finns ett prognostiserat behov av fler platser men där ledtiderna är långa och investeringarna stora.

Förvaltningen konstaterar att ett utredningsarbete behöver startas inom en nära framtid. Frågan om den framtida äldreomsorgen berör flera nämnder inom kommunen och kan komma att beröra principiella frågor varför kommunstyrelsen bör vara uppdragsgivare. Förvaltningen föreslår att kommundirektören får i uppdrag att ta fram ett projektdirektiv för en utredning om den framtida äldreomsorgen i Lysekils kommun.

**Beslutsunderlag**

Förvaltningens tjänsteskrivelse 2020-01-11

**Förslag till beslut på sammanträdet**

Ulf Hanstål (M): Tilläggsförslag, att projektdirektivet redovisas till kommunstyrelsen senast 2020-04-08.

**Beslutsgång**

Ordförande frågar om kommunstyrelsen kan ställa sig bakom förslaget att uppdra åt kommundirektören att ta fram projektdirektiv för en utredning om den framtida äldreomsorgen och finner att kommunstyrelsen beslutar enligt förslaget.

Ordförande frågar om kommunstyrelsen kan besluta enligt Ulf Hanståls tilläggsförslag och finner att kommunstyrelsen beslutar enligt förslaget.

**Kommunstyrelsens beslut**

Kommunstyrelsen uppdrar åt kommundirektören att ta fram projektdirektiv för en utredning om den framtida äldreomsorgen i Lysekils kommun som ska presenteras för kommunstyrelsen senast 2020-04-08.

**Beslutet skickas till**

Samhällsbyggnadsnämnden  
Socialnämnden  
Kommunstyrelseförvaltningen



Datum  
2020-01-11

Dnr  
LKS 2020-000028

Kommunstyrelseförvaltningen  
Leif Schöndell, 0523-61 31 01  
leif.schondell@lysekil.se

## Utredning om framtidens äldreomsorg

### Sammanfattning

I den av kommunfullmäktige beslutade vård- och omsorgsplanen beskrivs ett ökat behov av insatser inom äldreomsorgen i Lysekils kommun. Samtidigt står kommunen inför ekonomiska utmaningar där skatteintäkter, statsbidrag och övriga intäkter inte bedöms komma att öka i en takt som motsvarar de ökade behoven inom hela välfärdsområdet. Därför behövs ett väl genomarbetat beslutsunderlag för att möjliggöra hållbara beslut om den framtida äldreomsorgen. Detta gäller speciellt för särskilda boenden där det finns ett prognostiserat behov av fler platser men där ledtiderna är långa och investeringarna stora.

Förvaltningen konstaterar att ett utredningsarbete behöver startas inom en nära framtid. Frågan om den framtida äldreomsorgen berör flera nämnder inom kommunen och kan komma att beröra principiella frågor varför kommunstyrelsen bör vara uppdragsgivare. Förvaltningen föreslår att kommundirektören får i uppdrag att ta fram ett projektdirektiv för en utredning om den framtida äldreomsorgen i Lysekils kommun.

### Förslag till beslut

Kommunstyrelsen uppdrar åt kommundirektören att ta fram projektdirektiv för en utredning om den framtida äldreomsorgen i Lysekils kommun.

### Ärendet

I den av kommunfullmäktige beslutade vård- och omsorgsplanen beskrivs, mot bakgrund av den demografiska situationen, ett ökat behov av insatser inom äldreomsorgen i Lysekils kommun. Det gäller såväl hemtjänst (inkl. kommunal hälso- och sjukvård) som särskilda boenden och andra insatser som till exempel korttidsboende. Samtidigt står kommunen inför ekonomiska utmaningar där skatteintäkter, statsbidrag och övriga intäkter inte bedöms komma att öka i en takt som motsvarar de ökade behoven. Vidare kan vi se att morgondagens äldre troligen kan komma att ha andra förväntningar och önskemål när det gäller äldreomsorgen.

När det gäller särskilda boenden handlar det dessutom om stora investeringar och långa ledtider. Inför ett eventuellt beslut om ett nytt äldreboende krävs därför en noggrann analys av behov och lokalisering, finansieringsfrågor måste lösas och det kan komma att krävas en ny eller ändrad detaljplan.

Lysekils kommun står även, i likhet med övriga kommuner, inför svårigheter att klara av den framtida personalförsörjningen.

### Förvaltningens synpunkter

Mot bakgrund av de utmaningar kommunen står inför när det gäller att upprätthålla god service och kvalitet inom hela välfärdsområdet behöver ett väl genomarbetat beslutsunderlag tas fram för att möjliggöra hållbara beslut om den framtida äldreomsorgen. Särskilt med tanke på att det finns ett prognostiserat

Dnr

LKS 2020-000028

behov av fler platser för särskilt boende, där ledtiderna för att få sådana till stånd är långa, behöver ett utredningsarbete startas inom en nära framtid.

Frågan om hur den framtida äldreomsorgen ska se ut berör flera nämnder/förvaltningar inom kommunen. Självfallet är socialnämnden den viktigaste aktören som verksamhetsansvarig nämnd. När det gäller eventuella nya boenden så handlar det också om samhällsbyggnadsnämndens ansvarsområden och LysekilsBostäder AB kan vara en intressent. Övergripande resurs- och finansieringsfrågor blir kommunstyrelsens och kommunfullmäktiges ansvar. Det kan också bli fråga om principiella frågor som alternativa driftsformer, externa utförare eller samverkan med andra kommuner. Frågan om att äga eller hyra boenden/lokaler kan också bli aktuell. Förvaltningens bedömning är därför att en utredning om den framtida äldreomsorgen ska initieras och drivas som ett kommungemensamt projekt med kommunstyrelsen som uppdragsgivare och att kommundirektören som ett första steg får i uppdrag att ta fram ett projektdirektiv.

Frågeställningar som ska belysas i ett kommande utredningsarbete är till exempel:

- Mot bakgrund av de ekonomiska och personalmässiga utmaningarna behövs en djupare analys av behoven av äldreomsorg. Det är inte självklart att enbart befolkningsstatistiken ger svaren om framtida behov. Ett generellt sett allt bättre hälsoläge och funktionsnivå samt de framtida äldres och anhörigas förväntningar och preferenser har betydelse.
- Behovet av platser på särskilt boende behöver analyseras särskilt noga. Förutsatt samma nyttjandegrad som idag nås en brytpunkt där behovet av platser överstiger tillgången år 2023 – 2024. Någonstans runt år 2028 – 2029 kommer det enligt nuvarande prognoser att behövas ett fyrtiotal platser utöver de som finns idag.
- Andra boendeformer som alternativ till särskilt boende. Ytterligare trygghetsboenden, kombinationer av trygghetsboende och särskilt boende eller bostadsbedömda så kallade mellanboenden.
- Omvärldsanalys – finns goda nyskapande exempel i andra kommuner? Verksamheter där man kan driva en kostnadseffektiv äldreomsorg med bibehållen kvalitet?
- Möjligheter med välfärdsteknologi – kan den öka kvaliteten i omsorgen och samtidigt innebära effektiviseringar? Frigöra tid för de uppgifter som kräver personlig närvaro?
- Aktuell forskning inom området - vad säger den om framtidens äldreomsorg?
- Hur kommer samverkan med Västra Götalandsregionen att se ut i framtiden? Vad kommer omställningen till den ”nära vården” att innebära för kommunerna? (SOU 2019:29 God och nära vård).
- Medborgardialog för att fånga upp olika perspektiv när det gäller äldreomsorgen.
- Föreningslivets roll och volontärinsatser kommer sannolikt att behövas när ekonomin inte klarar att möta alla behov fullt ut. Hur ska detta hanteras från kommunens sida?

Dnr  
LKS 2020-000028

Ovanstående är alltså exempel på frågeställningar för en utredning. Dessa får utvecklas och kompletteras i ett projektdirektiv som kommundirektören föreslås få ansvar för att ta fram i samråd med berörda aktörer.

Kommunstyrelsen föreslås bekosta eventuella externa utredningskostnader, men arbetet kommer att kräva engagemang och interna resurser från samtliga berörda aktörer.

Tjänsteskrivelsen är framtagen i samråd med socialchef Eva Andersson.

Leif Schöndell  
Kommundirektör

**Beslutet skickas till**

Kommunstyrelseförvaltningen  
Samhällsbyggnadsnämnden  
Socialnämnden

**§ 8**

**Dnr 2020-000022**

**Tidplan för budgetprocessen år 2021**

**Sammanfattning**

Förvaltningen har utarbetat en tidplan för budgetprocessen inför år 2021.

Tidplanen är en del av kommunens styrmodell och innefattar flera olika aktiviteter i form av dialog och beslut.

Avsikten med tidplanen är att budgetprocessen ska bli tydligt och att alla ska förstå syftet med de olika aktiviteterna. I bilagan redovisas alla aktiviteter som ingår i budgetprocessen.

**Beslutsunderlag**

Förvaltningens tjänsteskrivelse 2020-01-08

Tidplan för budgetprocess 2021

**Kommunstyrelsens beslut**

Kommunstyrelsen fastställer budgetprocessen för år 2021.

**Beslutet skickas till**

Kommunstyrelseförvaltningen  
Samhällsbyggnadsförvaltningen  
Utbildningsförvaltningen  
Arbetslivsförvaltningen  
Socialförvaltningen

**Justerare**

**Utdragsbestyrkande**



## Lysekils kommuns budgetprocess för år 2021 dat 191213

Tidsplanen för budget 2021 och plan 2022–2023 är en del av kommunens styrmodell och innefattar fler olika aktiviteter i form av dialog och beslut.

I budgetprocessen budget 2020 gjordes en omvärldsanalys som gäller för mandatperioden.

Avsikten är att budgetprocessen ska bli så tydlig och effektiv som möjligt samt att alla är införstådda med syftet med de olika aktiviteterna.

Parallellt med dessa aktiviteter förutsatt att det sker en partipolitisk process kring budget 2021.

För att ge en helhetsbild redovisas nedan alla aktiviteter som ingår i budgetprocessen. Inbjudan kommer att skicka ut till berörda innan varje tillfälle.

Datum	Aktivitet	Syfte	Deltagare
Datum: 2020-01-14 Kl: inom ordinarie KLG möte Plats: Borgmästaren	Tjänstemannadialog om utvecklingsmål.	Uppföljningsdialog kring kommunfullmäktiges övergripande kritiska kvalitetsfaktorer och utvecklingsmål samt politiskt beslutade uppdrag. Förberedelse inför nulägesanalysen med politiker som är den 26 mars.	Kommundirektörens ledningsgrupp och berörda tjänstepersoner.
Datum: 2020-02-27 Kl: 15.00-17.00 Plats: KF- salen	Genomgång av ekonomiska förutsättningar, inkl. befolkning samt resursfördelningsmodell.	Syftet är att ha dialog om de preliminära förutsättningarna för budget, finansiella mål och befolkning.	Politikerna i kommunstyrelsen, nämndernas presidier och kommundirektörens ledningsgrupp.
Datum: Under februari-mars, varje förvaltningschef planerar tid och plats för respektive förvaltning och nämnd.	Nämndernas nuläges- och omvärldsanalys.	Syftet är att förbereda nämndens plan inför budget 2021 och plan för år 2022 och 2023. Omvärldsanalys ska förbättra handlingsberedskapen och ge underlag för gemensamma prioriteringar och verksamhetsutveckling. Nämndernas omvärldsanalys kan också inkludera uppföljningen av tidigare års budgetplan. Utgå ifrån den sammanställningen från kommunövergripande omvärldsanalysen.	Respektive nämnds politiker, nämndens alla chefer samt berörd nämndekonom.



Datum	Aktivitet	Syfte	Deltagare
Datum: 2020-03-26 Kl: 8.30-16.30 Plats: KF- salen	Nulägesanalys på kommunnivå samt omvärldsanalys.	Syftet är att ha dialog kring kommunens omvärld och nuläge. Skapa en gemensam bild av hur ser det ut? Hur går det med vision, utvecklingsmål och kritiska kvalitetsfaktorer? Hur går vi vidare? Vad behöver justeras? Vilka var det viktigaste områden utifrån omvärldsdagen? Sammanställning från omvärldsanalysen ska finnas. Verksamhetsresultat från tidigare år. Kommunens tjänstepersoner ger sin bild av året som gick, utmaningar och framtidsfrågor utifrån analys (kort presentation). Sammanställning ska skickas ut till politiken innan mötet.	Politikerna i kommunstyrelsen, nämndernas presidier, kommundirektörens ledningsgrupp och berörda tjänstepersoner.
Under mars månad 2020	Planera och dokumentera underlaget till budget 2021 plan 2022-2023, version 1.	Syftet är att skapa en struktur för upplägget av budgeten. Utifrån vad som kommit fram och prioriterats i tidigare dialoger arbetas fram ett budgetunderlag version 1.	Ekonomichefen, kommundirektörens ledningsgrupp som har ansvar för olika utvecklingsområden
Datum: 2019-04-08 Kl: 8.30 Plats: KF- salen  På ordinarie KS första punkten.	Informera om budgetunderlaget, och övergripande utvecklingsmål, inriktningar samt ekonomiska ramar för respektive nämnd.	Syftet är att informera om underlaget budget 2021, version 1. Förslaget bygger på prioriteringsområden från genomförd omvärlds- och nulägesanalys som gjort i tidigare dialoger. Ekonomiska beräkningar gjorda utifrån senaste skatteprognos. Grundmall har tagits fram för de politiska partiernas egna förslag. Samtidigt presenteras bokslut från året innan.	Politikerna i kommunstyrelsen, nämndernas presidier och kommundirektörens ledningsgrupp.
Under perioden april-maj	Arbeta fram nytt budgetunderlag, version 2.	Syftet är att utifrån synpunkter på första budgetunderlaget ta fram en ny version som sedan presenteras på kommunstyrelsens sammanträde den 13 maj. Förslaget behandlas också på kommundirektörens ledningsgrupp den 5 maj. Skatteprognos 4 maj	Ekonomichefen
Datum: 2020-05-13	Presentation av	Kommundirektörens slutliga underlag till budget 2021	Politikerna i



Datum	Aktivitet	Syfte	Deltagare
Kl: 9.00 Plats: Borgmästaren	budgetunderlag, version 2.	med plan för 2022–2023 presenteras.	kommunstyrelsen
Under vecka 21, 18 maj-22 maj 2020	Presentation av kommundirektörens underlag till budget 2021 med plan för 2022–2023 presenteras för de olika politiska partierna.	Syftet är att erbjuda politikerna att ha en fortsatt dialog och politikerna kan ge ytterligare återkoppling på förvaltningsförslaget. Budgetmall finns också tillgänglig för de politiska partiernas egna förslag till budget. Mallen skickas ut tidigare.	Respektive politiska partier som meddelar kommundirektören eller ekonomichefen att de önskar information
Maj 2020	De olika politiska partierna arbetar med budgeten.	Syftet är att ha en partipolitisk process i budgetarbetet.	Politikerna
25 maj och 1 juni 2020	Möte med kommunstyrelsens presidieberedning.	Genomgång av slutversion av budget 2021 med plan för 2022–2023 presenteras. Detta är avstämt med de styrande samverkanspartierna.	Kommunstyrelsens presidium, kommundirektör och ekonomichef
1 juni 2020	Presentation av budget 2021 med plan för 2022–2023.	Fackliga organisationer tar del av slutversion budget 2021 med plan för 2022–2023.	Fackliga representanter i den centrala samverkansgruppen samt genomförs MBL- förhandling
2020-06-02	Övriga politiska partiers budgetförslag ska vara klara.	Syftet är att dessa ska kunna gå med i utskicket till kommunstyrelsens sammanträde för att ge bättre förutsättningar för den politiska dialogen.	Politiska partierna
2020-06-10	Kommunstyrelsen beslutar om budget 2021 med plan för 2022–2023.	Budget 2021 med plan för 2022–2023 behandlas i kommunstyrelsen inför kommunfullmäktige den 24 juni.	Politikerna i kommunstyrelsen, kommundirektören och ekonomichefen
2020-06-24	Kommunfullmäktige beslutar om budget 2021 med plan för 2022–2023.	Syftet är att ha en beslutad budget 2021 med plan för 2022–2023.	Politikerna i kommunfullmäktige, kommundirektören och ekonomichefen



Efter beslut i kommunfullmäktiga kan nämnderna fortsätta sitt budgetarbete.

Datum	Aktivitet	Syfte	Deltagare
Juli-september 2020	Nämnddialoger, nämndernas budgetarbete, nulägesanalys. Planera och dokumentera nämndernas budget.	Från juni till september arbetar nämnderna med att ta fram verksamhetsplan med budget, utvecklingsmål och uppdrag.	Respektive förvaltningschef och chefer inom respektive nämnd.
September-Oktober 2020	Samverka nämndernas detaljbudget.	Nämnderna har samverkan och MBL-förhandling med de fackliga organisationerna om nämndernas budget och verksamhetsplaner.	Förvaltningscheferna och fackliga representanter i de olika förvaltningarna
2020-11-05 samhällsbyggnadsnämnden 2020-11-03 socialnämnden 2020-11-03 utbildningsnämnden 2019-11-04 kommunstyrelsen	Nämndernas detaljbudget på verksamhetsnivå eller avdelning presenteras och beslutas i respektive nämnd.	Beslut om budget 2021 med plan för 2022-2023 för varje nämnd.	Politiker och i respektive nämnd samt respektive förvaltningschef
November - december 2020	Verksamhetsplanering med budget för kommande år tas fram. Verksamhetsplaneringen ska bygga på dialoger och samråd med medarbetarna.	Syftet är att sammanställa en verksamhetsplan med kritiska kvalitetsfaktorer, utvecklingsmål och indikatorer inklusive budget som ligger till grund för 2021. Avsikten är att tillsammans med medarbetarna kunna följa verksamhetens systematiska kvalitetsarbete och kontinuerligt arbeta med ständiga förbättringar. Verksamhetschefer bör innan november haft dialog med medarbetarna, förarbetat verksamhetsidén, utifrån uppföljningar, gjort swotanalys samt andra analyser som är av vikt för verksamheten.	Respektive verksamhetschef och medarbetare

**§ 3**

**Dnr 2019-000429**

**Yttrande över handlingsplan för suicidprevention 2020-2025 i Västra  
Götaland**

**Sammanfattning**

Ett förslag till länsgemensam handlingsplan för suicidprevention i Västra Götaland har processats fram av Västkom och Västra Götalandsregionen i bred samverkan med andra myndigheter och civilsamhälle. Politiskt samrådsorgan, SRO, har ställt sig bakom att förslag till handlingsplan sänds på remiss till berörda nämnder och styrelser inom VGR och länets 49 kommuner samt berörda intresseorganisationer.

Förvaltningens bedömning är att handlingsplan för suicidprevention i Västra Götaland 2020-2025 är ett mycket bra stöd i det lokala arbetet med psykisk hälsa och suicidprevention. Det lokala arbetet med handlingsplan psykisk hälsa pågår och följs upp i den lokala närsjukvårdsgruppen och på samma vis kommer arbetet med handlingsplan för suicidprevention genomföras.

Lysekils kommuns ställningstagande föreslås därför vara att ställa sig bakom förslag till handlingsplan för suicidprevention i Västra Götaland 2020-2025.

**Beslutsunderlag**

Förvaltningens tjänsteskrivelse 2020-01-07

Förslag till handlingsplan för suicidprevention i Västra Götaland 2020-2025

Missiv/skrivelse från Västra Götalandsregionen och Västkom

Uppföljning av Lysekils lokala arbete med handlingsplan psykisk hälsa 2019

**Kommunstyrelsens beslut**

Kommunstyrelsen beslutar att ställa sig bakom förslag till handlingsplan för suicidprevention i Västra Götaland 2020-2025.

**Beslutet skickas till**

Fyrbodals kommunalförbund

Socialnämnden

Utbildningsnämnden

Justerare

Utdragsbestyrkande



Datum  
2020-01-07

Dnr  
LKS 2019-000429

Kommunstyrelseförvaltningen/Avdelningen för hållbar utveckling  
Anna Nyman Holgersson, 0523 – 61 31 09  
anna.nyman-holgersson@lysekil.se

## Yttrande över handlingsplan för suicidprevention 2020-2025 i Västra Götaland

### Sammanfattning

Ett förslag till läns gemensam handlingsplan för suicidprevention i Västra Götaland har processats fram av Västkom och Västra Götalandsregionen i bred samverkan med andra myndigheter och civilsamhälle. Politiskt samrådsorgan, SRO, har ställt sig bakom att förslag till handlingsplan sänds på remiss till berörda nämnder och styrelser inom VGR och länets 49 kommuner samt berörda intresseorganisationer.

Förvaltningens bedömning är att handlingsplan för suicidprevention i Västra Götaland 2020-2025 är ett mycket bra stöd i det lokala arbetet med psykisk hälsa och suicidprevention. Det lokala arbetet med handlingsplan psykisk hälsa pågår och följs upp i den lokala närsjukvårdsgruppen och på samma vis kommer arbetet med handlingsplan för suicidprevention genomföras.

Lysekils kommuns ställningstagande föreslås därför vara att ställa sig bakom förslag till handlingsplan för suicidprevention i Västra Götaland 2020-2025.

### Förslag till beslut

Kommunstyrelsen beslutar att ställa sig bakom förslag till handlingsplan för suicidprevention i Västra Götaland 2020-2025.

### Ärendet

Ett förslag till läns gemensam handlingsplan för suicidprevention i Västra Götaland har processats fram av Västkom och Västra Götalandsregionen i bred samverkan med andra myndigheter och civilsamhälle. Politiskt samrådsorgan, SRO, har ställt sig bakom att förslag till handlingsplan sänds på remiss till berörda nämnder och styrelser inom VGR och länets 49 kommuner samt berörda intresseorganisationer.

### Förvaltningens synpunkter

Psykisk ohälsa och suicid är allvarliga folkhälsoproblem. Enligt World Health Organization (WHO) kommer psykisk ohälsa att stå för den största sjukdomsburden i världen redan år 2030. Förutom de stora konsekvenserna för individen är kostnaderna för samhället betydande. Därför behövs insatser för att främja psykisk hälsa, förebygga ohälsa och stärka det suicidpreventiva arbetet från aktörer på alla samhällsnivåer (Folkhälsomyndigheten, 2018).

Under 2017 avled totalt 1 182 personer i åldern 15 år eller äldre till följd av suicid i Sverige. Nästan två tredjedelar av de som avled i suicid år 2017 var män.

Förekomsten av suicid varierar mellan olika delar av Sverige, och i vissa län är andelen självmord nästan dubbelt så hög som i andra län. På kommunnivå finns också stora skillnader. Under 2012–2016 var andelen suicid i så kallade storstadskommuner i genomsnitt hälften så hög som i landsbygdskommuner. Men resultatet gällde bara för män. För kvinnorna var suicidtalerna i princip likartade

Dnr  
LKS 2019-000429

oberoende av kommuntyp. Storstadskommuner hade under samma period en lägre arbetslöshet, högre medianinkomst och färre personer med enbart förgymnasial utbildning jämfört med avlägset belägna landsbygdskommuner. Dessa socioekonomiska skillnader är en möjlig förklaring till olikheterna i suicid (Folkhälsomyndigheten, 2018).

I Folkhälsomyndighetens statistikdatabas finns tillgång till lokal statistik över suicid. Enligt denna data begår fler män i Lysekil, jämfört med riket, suicid medan situationen är omvänt när det gäller kvinnor. Tyvärr är det en negativ utveckling/ökning av suicid som skett under 2010-talet bland männen i Lysekil.

Den sammanfattande bedömningen från förvaltningen är att suicidprevention, liksom arbete med psykisk hälsa, bör vara viktiga och prioriterade frågor för Lysekils kommun. Förvaltningen anser att förslag till handlingsplan för suicidprevention i Västra Götaland 2020-2025 kommer utgöra ett viktigt stöd i det lokala arbetet med suicidprevention. Dokumentet hänger väl ihop med handlingsplan psykisk hälsa Västra Götaland 2018-2020 och kommer underlätta det kunskapsbaserade suicidpreventiva arbetet, inte minst som stöd vid planering och uppföljning.

Handlingsplanen är dessutom framtagen i bred samverkan, vilket är viktigt för det fortsatta arbetet både på regional och lokal nivå. Det belyser vikten av samverkan och samarbete mellan kommunen och vårdaktörerna.

Den lokala närsjukvårdsgruppen ansvarar i dag för arbetet med handlingsplan psykisk hälsa Västra Götaland 2018-2020. I närsjukvårdsgruppen medverkar chefer från socialförvaltningen och utbildningsförvaltningen i Lysekils kommun samt primärvården, vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, mödra- och barnhälsovården och ungdomsmottagningen. Den lokala närsjukvårdsgruppen föreslås att också ansvara för arbetet med handlingsplan för suicidprevention då dessa två handlingsplaner går hand i hand.

Förvaltningen föreslår att Lysekils kommun ställer sig bakom förslag till handlingsplan för suicidprevention i Västra Götaland 2020-2025.

Leif Schöndell  
Kommundirektör

Anna Nyman Holgersson  
Folkhälsostrateg

## **Bilagor**

Förslag till handlingsplan för suicidprevention i Västra Götaland 2020-2025  
Missiv/skrivelse från Västra Götalandsregionen och Västkom

## **Beslutet skickas till**

Fyrbodals kommunalförbund  
Socialnämnden  
Utbildningsnämnden

**§ 4**

**Dnr 2018-000599**

**Rapport Intern kontroll - sammanställning 2019**

**Sammanfattning**

Sammanställning av nämndernas och de kommunala bolagens uppföljningar av den interna kontrollen redovisas till kommunstyrelsen som har det övergripande ansvaret för den interna kontrollen.

Alla nämnder och de flesta kommunala bolag har utifrån kommunfullmäktiges riktlinjer utfört intern kontroll. Inom de områden där det framkommit brister har det beslutats om åtgärder.

**Beslutsunderlag**

Förvaltningens tjänsteskrivelse 2019-12-09

Sammanställning av nämndernas och de kommunala bolagens interna kontroll 2019

**Kommunstyrelsens beslut**

Kommunstyrelsen tar del av sammanställning av intern kontroll för år 2019.

**Beslutet skickas till**

Samtliga nämnder

Kommunala bolag

Kommunrevisionen

Kommunstyrelseförvaltningen

# Sammanställning av intern kontroll

## Kommunstyrelsen

### Process/rutin som granskats

Rekrytering av medarbetare.

#### Granskningsaktivitet 1

Kontrollera att vikariat som är längre än 3 månader annonserats internt eller externt.

#### Syfte med granskning

Kontrollera att kommunstyrelsen följer kommunens rekryteringsrutin.

#### Tillvägagångssätt

Söka ut vikariat längre än tre månader under 2018 och jämföra med annonsering i Varbi.

#### Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen

Det har under perioden september 2018 till och med juni 2019 förekommit sex lediga vikariat längre än tre månader. Två av vikariaten har annonserats enligt rekryteringsrutinen.

De fyra övriga har tillsatts av personer med LAS-företråde.

Kommunstyrelseförvaltning följer rekryteringsrutinen och lagen om anställningsskydd (LAS).

#### Brister

Inga brister har iakttagits.

#### Förslag till åtgärder

Inga brister – ingen åtgärd.

#### Granskningsaktivitet 2

Undersöka om det skickats varsel till vid anställningar som enligt LAS, upphört under 2018.

#### Syfte med granskning

Syftet är att undersöka att kommunen efterlever lagen om anställningsskydd.

#### Tillvägagångssätt

Uppgifterna hämtas från systemet Winlas.

#### Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen

Granskning är gjord gällande 2018. Det har inte förekommit någon avslutad tjänst där varselbrev skulle skickas ut.

Det har endast förekommit avslutade tillsvidarejänster.

Noteras bör att det saknas rutin för hur kommunen hanterar varsel och företråde enligt LAS.

### **Brister**

Inga fel har uppmärksammats inom kommunstyrelseförvaltningen men en brist är att kommunen saknar rutin för varsel och företräde enligt LAS.

### **Förslag till åtgärder**

Ta fram en rutin för hur lagen om anställningsskydd (LAS) ska hanteras i kommunen. Detta arbete är påbörjat och förväntas implementeras redan under hösten 2019. Rutinen bör följas upp.

### **Process/rutin som granskats**

Fakturahantering – korrekt referenskod

### **Granskningsaktivitet**

Undersöka under fyra månader hur många fakturor som är ogiltiga på grund av att referenskod saknas samt orsak till att den saknas.

### **Syfte med granskning**

Syftet är att se om det är många fakturor som saknar referenskod och i så fall utreda orsaken.

### **Tillvägagångssätt**

Ekonomiadministratören på ekonomiavdelningen noterar hur många fakturor som är ogiltiga på grund av att referenskod saknas och utreder orsaken.

### **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

Iakttagelse som gjorts vid granskning är att referenskod saknas av olika orsaker. Dels kan det bero på att den ej uppgetts vid beställning, dels kan det bero på att leverantören inte anger den alls, skriver koden fel (till exempel ihop med text) eller anger den på fel ställe på fakturan.

### **Brister**

Vid granskning av fakturor under perioden januari-april 2019 framkom att 104 fakturor av totalt 741 fakturor var ogiltiga, det vill säga 14 %.

### **Förslag till åtgärder**

Nytt beställningssystem - Visma Proceedo - Övergång till nya beställningssystemet Visma Proceedo kommer att underlätta, effektivisera och kvalitetssäkra fakturahanteringen så att det fungerar korrekt.

Beställarorganisation - Varje förvaltning ska ha en särskild beställarorganisation vilket innebär att färre personer kommer att ha behörighet att beställa. Beställare kommer att få utbildning. I samband med beställning är det viktigt rätt referenskod anges och att endast siffrorna anges.

Vid felaktig referenskod är det viktigt att kommunicera detta med berörd beställare och/eller leverantör för att kvalitetssäkra nästa beställning.

## Process/rutin som granskats

Fakturahantering – attestering i tid.

### Granskningsaktivitet

Undersökning av hur många fakturor och summan av kostnader som har kontoförts med kod 8550 under 2018 och under perioden 1 januari - 31 maj 2019.

### Syfte med granskning

Syftet är att kontrollera om det är många fakturor som inte betalats i tid samt öka medvetenheten om vilka orsaker som medför dröjsmålsränta.

### Tillvägagångssätt

Räkna antalet fakturor totalt i kommunen samt antal inom kommunstyrelsens verksamhetsområde som kontoförs med kod 8550 i Raindance. Ekonomiadministratören söker ut uppgifterna i ekonomisystemet Raindance.

### Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen

Vid granskning av kommunstyrelsens betalningspåminnelser under 1 januari-31 maj 2019 framkom att det fanns betalningspåminnelser på fyra fakturor. Då detta är ett begränsat antal granskades därför alla fakturor med betalningspåminnelseavgift. Det visade sig då att det under samma period upptäcktes totalt i kommunen 45 fakturor med betalningspåminnelseavgift till en summa av 14 879 kr.

Vidare utfördes även granskning av betalningspåminnelseavgifter för år 2018, antal 112 fakturor. Resultatet visade en total kostnad på 42 706 kr fördelat enligt nedan:

Januari - 170,25 kr

Februari - 920 kr

Mars - 727,73

April - 3 190,48

Maj - 12 174,68 kr (ränta på Västtrafikfaktura gjorde att det blev högt belopp)

Juni - 2 988,26 kr

Juli - 645,55 kr

Augusti - 12 862,39 kr (betalningspåminnelser på grund av semester, fakturorna har inte hanterats i tid)

September 966,25 kr

Oktober 1 062,06 kr

November 4 339,15 kr

December 2 658,72 kr

De flesta betalningspåminnelserna kommer från Tele2 som lägger på 450 kr (lagstadgad maxavgift) på den vanliga betalningspåminnelsen. Den vanligaste betalningspåminnelse-avgiften är 60 kr. Betalningspåminnelse kan bero på att originalfakturan ej kommit fram eller att fakturan godkänts men inte attesterats före förfalldatum.

Det är viktigt att godkännare och attestanter dagligen kontrollerar om det ligger något i systemet som ska hanteras. E-postpåminnelse skickas ut från eBuilder när det inkommit en faktura för godkännande eller attest. När godkännare och attestanter har semester är det viktigt att se till att någon annan får behörighet att gå in och godkänna och attestera.

### Brister

Inga brister har identifierats.

### Förslag till åtgärder

### Information och utbildning för godkännare och attestanter.

## Samhällsbyggnadsnämnden (IT-avdelningen)

### Process/rutin som granskats

Besvarande av synpunkter, klagomål och felanmälan.

### Granskningsaktivitet

Granskning av 10 avslutade ärenden i systemet Vision.

### Syfte med granskning

Se över att rutinen för besvarande av synpunkter, klagomål och felanmälan fungerar och att service getts utan onödigt dröjsmål enligt förvaltningslagen 2017:900.

### Tillvägagångssätt

Undersöka att rutinen fungerar och att medborgaren fått svar på inlämnade synpunkter, klagomål eller felanmälan.

### Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen

Tio slumpmässigt utvalda ärenden, mellan 1 januari-31 augusti 2019, har granskats. Kortaste svarstiden för mottagningsbevis var 1 dag, den längsta var 176 dagar.

Snitttiden för besvarande ärenden var 72 dagar.

Vanligast svarstiden var 1 vecka, vilket ligger inom rimlig svarstid.

7 ärenden påvisar avvikelser.

Följande 10 ärenden granskades:

1. Synpunkt om slyröjning
2. Rapportering av farlig brygga
3. Synpunkt om enskild väg
4. Klagomål om cruising
5. Påtalad skaderisk på brygga
6. Synpunkt om fler cykelställ
7. Trasigt staket
8. Synpunkt om renhållningstaxan
9. Missnöje av parkeringsplatser
10. Rapportering om trasig bänk

### Övriga iakttagelser

Ärenden gällande synpunkter/felanmälan kan idag rapporteras av allmänheten på två sätt.

Förutom rapportering till kommunens handläggare kan även medborgaren rapportera i en app "Fixa Min Gata" (fixamingata.se). Vem som helst kan rapportera problem i gatumiljön, till exempel ett hål i gatan, trasig belysning eller nedskräpning. Systemet skickar direkt till LEVA i Lysekil AB som är utförare av samhällsbyggnadsförvaltningens driftarbete.

## **Brister**

Följande brister har framkommit:

- Av 10 granskade ärenden har inget ärende varit komplett med mottagningsbevis, svar på åtgärd och avslutningsdatum.
- Förvaltningen lever inte upp till förvaltningslagen att service ska ges utan onödigt dröjsmål.
- Det tar lång tid tills ärendet är nåt ett avslut.
- Brist på dokumentation när åtgärden är slutförd och om anmälaren fått svar.
- Det saknas en "lokal rutin" i verksamheten för inkommande synpunkter, missnöje och klagomål.
- Idag är det en otydlighet när det finns "flera vägar in" för att lämna sin synpunkt/ klagomål. Det är lätt att ärendet hamnar fel, hamnar mellan stolarna eller inte rapporteras vidare till LEVA i Lysekil AB.
- I hälften av ärendena har mottagningsbevis och svar på åtgärd skickats samtidigt.

## **Förslag till åtgärder**

- Förtydligande av rutin utifrån ett kundperspektiv.
- Förslag till åtgärd är att förvaltningen ska hänvisa till Fixa Min Gata.
- Ytterligare utredning och uppföljning av rutinen för att säkerställa att den fungerar och att det sker en återkoppling till kunden.

## **Process/rutin som granskats**

Lagersaldo för digitala verktyg (iPad och datorer) IT-avdelningen.

### **Granskningsaktivitet 1**

Inventering mars.

#### **Syfte med granskning**

Granska att lagersaldot stämmer.

#### **Tillvägagångssätt**

Inventering av 3 stycken lagerhyllor.

#### **Brister**

Digitala verktyg saknades på förväntad plats samt att det fanns för många digitala verktyg på några hyllor.

#### **Förslag till åtgärder**

Förtydliga rutiner och arbetssätt.

### **Granskningsaktivitet 2**

Inventering april.

#### **Syfte med granskning**

Granska att lagersaldot stämmer.

#### **Tillvägagångssätt**

Inventering av 3 stycken lagerhyllor.

### **Brister**

Datorer tas från lagret för installation samt placeras i lager, utan att samtliga tekniker känner till rutiner för hur de ska registreras vid in- och utlämning.

### **Förslag till åtgärder**

Se över etikethantering. Förenkla avläsning av serienummer för de digitala verktygen genom QR-kod.

Automatisera lagerstatus. Automatisera hanteringen av lagerstatus vid utleverans.

## **Granskningsaktivitet 3**

Inventering juni.

### **Syfte med granskning**

Granska antal digitala verktyg i hela lagret.

### **Tillvägagångssätt**

Inventering av alla lagerhyllor och jämföra om antalet stämmer eller inte.

### **Brister**

Lagersaldo enligt register 341 stycken.

Lagersaldo enligt inventering 328 stycken.

Antal inventerade lagerhyllor 22 stycken. Antal lagerhyllor med rätt lagersaldo 8 stycken.

### **Förslag till åtgärder**

Process-kartlägga hanteringen av digitala verktyg. Inventerings-App. Inventering ska vara lätt att genomföra med en mobilapp, där det går att kontrollera lagersaldot.

## **Granskningsaktivitet 4**

Inventering september.

### **Syfte med granskning**

Genomföra en smidig inventering utan manuell sammanställning.

### **Tillvägagångssätt**

Med en framtagen app i verktyget PowerApps, Office 365.

### **Brister**

Hantering av in- och utregistrering av digitala verktyg till/från lager brister, vilket gör att det på vissa lagerhyllor är väldigt stora avvikelser.

### **Förslag till åtgärder**

Strukturera om så att rätt digitalt verktyg finns på rätt plats.

Minska antalet digitala verktyg i lager.

# Socialnämnden

## Process/rutin som granskats

Genomförandeplaner.

### Granskningsaktivitet 1

Kontrollera att genomförandeplanerna upprättats utifrån gällande rutin och mall.

### Syfte med granskning

Att genomförandeplanerna är upprättade utifrån gällande rutiner för att säkerställa att den enskilde får de insatser han eller hon är berättigad till.

### Tillvägagångssätt

Kontroll av 80 slumpmässigt utvalda genomförandeplaner inom avdelningen för vård och omsorg samt avdelningen för LSS och socialpsykiatri. Granskningen bygger på en särskilt upprättad granskningsmall utifrån den interna kontrollens syfte.

### Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen

I 21 % av genomförandeplanerna framgår det vilket eller vilka mål som gäller för varje aktivitet. I 13 % av genomförandeplanerna framgår det delvis vilket/vilka mål som gäller för varje aktivitet. I granskningsmallen fanns även en punkt gällande huruvida målen är individuellt utformade. I de fall det fanns mål kopplade till varje aktivitet var dessa individuellt utformade.

Enligt rutin ska genomförandeplanerna följas upp var tredje månad eller vid behov.

I 37,5 % av genomförandeplanerna finns datum för uppföljning av genomförandeplanen specificerat. I 25 % av planerna framgår det delvis. Det framgår delvis på så sätt att det finns en anteckning med ett nytt datum i kanten vid genomförandeplanen, det är dock oklart hur kontinuerligt det följts upp, vem som gjort uppföljningen etc.

Vid vissa enheter använder de sig av en signeringslista för genomgång av genomförandeplan, detta skulle vara att föredra att fler enheter använder sig av.

### Brister

I flertalet av genomförandeplanerna saknas det mål kopplade till varje aktivitet. Det är dock vanligt förekommande att det finns ett övergripande mål formulerat för personen. Detta mål är inte nedbrutet och kopplat till specifika aktiviteter utan är allmänt hållet.

Genomförandeplanerna bygger på olika mallar och i den senast gällande mallen som bygger på metoden IBIC (Individens behov i centrum) finns tydligt specificerat att mål ska anges kopplat till varje mål. Trots att mål ska anges kopplat till varje mål saknas det ändå i en del genomförandeplaner.

Uppföljning av genomförandeplanerna kan säkerligen ha skett oftare än vad som framgår i granskningen. Dock saknas det dokumentation om när och hur kontinuerligt uppföljning har genomförts.

### Förslag till åtgärder

1. Införa signeringslista för uppföljning och genomgång av genomförandeplan vid samtliga enheter.

I signeringslistan framgår att genomförandeplanen och uppdraget ska läsas igenom av kontaktperson. Detta bör ske var tredje månad samt vid förändring i vårdtagarens hälsotillstånd. Genomförandeplanen ska alltid vara aktuell och uppdaterad och en

signeringslista är till god hjälp för att systematiskt följa upp och kontrollera genomförandeplanernas giltighet.

2. Uppdatering av genomförandeplaner i de fall det saknas mål.

## **Granskningsaktivitet 2**

Granskning av delaktighet vid upprättande av genomförandeplan.

### **Syfte med granskning**

Säkerställa att den enskilde och/eller dennes anhörig gjorts delaktig i upprättandet av genomförandeplan och att insatserna därmed utformas utefter den enskilde.

### **Tillvägagångssätt**

Kontroll av 80 slumpmässigt utvalda genomförandeplaner inom avdelningen för vård- och omsorg samt avdelningen för LSS och socialpsykiatri. Granskningen bygger på en särskilt upprättad granskningsmall utifrån interna kontrollens syfte.

### **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

Granskningen visar att 75 % har varit delaktiga i utformningen av genomförandeplanen. Om den enskilde eller dennes anhörige inte varit delaktig i upprättandet framgår det varför i 30%.

I genomförandeplanen ska det framgå på vilket sätt den enskilde varit delaktig exempelvis genom intervjuer, bilder, observation etc. Detta framgår bara i 17 % av genomförandeplanerna.

### **Brister**

I 25 % av de granskade genomförandeplanerna har inte den enskilde eller dennes anhörige varit delaktig vid upprättandet.

Om de inte är delaktiga ska det framgå varför, i så mycket som 70 % av genomförandeplanerna saknas information om varför de inte varit delaktiga. Det ska även framgå på vilket sätt den enskilde varit delaktig i upprättandet, detta finns endast specificerat i 17 % av genomförandeplanerna. Den vanligaste formen för delaktighet är intervjuer.

### **Förslag till åtgärder**

Komplettera information om delaktighet vid nästa uppföljning.

## **Granskningsaktivitet 3**

Kontrollera genomförandeplanens innehåll.

### **Syfte med granskning**

Säkerställa tydlighet och struktur i utformandet av insatserna utifrån den enskildes behov.

### **Tillvägagångssätt**

Kontroll av 80 slumpmässigt utvalda genomförandeplaner inom avdelningen för vård och omsorg samt avdelningen för LSS och socialpsykiatri. Granskningen bygger på en särskilt upprättad granskningsmall utifrån intern kontrollens syfte.

## **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

Granskningspunkterna för att säkerställa tydlighet och struktur utifrån den enskildes behov var följande: Framgår det vem hos utföraren som ansvarar för genomförandet av varje aktivitet?

I 62,5 % av genomförandeplanerna framgick det tydligt, i 29 % av genomförandeplanerna framgår det delvis eller i de flesta fall.

Framgår det av genomförandeplanen när och hur insatsen ska genomföras?

I 54% av genomförandeplanerna framgår det tydligt, i 37,5 % framgår det delvis eller i de flesta aktiviteterna.

### **Brister**

91,5 % är det totala värdet för om det framgår i alla eller nästan alla genomförandeplaner vem som är ansvarig för genomförandet samt när och hur. Detta resultat visar att genomförandeplanerna bygger på en tydlighet och struktur utifrån den enskildes behov.

Gällande de genomförandeplaner där det framgår delvis eller i de flesta fall finns det antagligen rimliga förklaringar som att det är svårt att specificera vilken tid och hur en insats ska genomföras då den insatsen rimligtvis är mer flexibel.

### **Förslag till åtgärder**

Ingen åtgärd

## **Process/rutin som granskats**

Rutin för hantering av privata medel.

### **Granskningsaktivitet 1**

Kontrollera att kontrollräkning skett enligt upprättade rutiner.

### **Syfte med granskning**

Säkerställa att gällande rutiner följs för att minska risken för förskingring av den enskildes privata medel.

### **Tillvägagångssätt**

Avstämning av kontrollräkning och att detta skett enligt gällande rutin.

Granskning har skett på 20 slumpmässigt utvalda personer inom avdelningen för vård och omsorg samt avdelningen för LSS och socialpsykiatri.

## **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

Rutin förhantering av fickpengar på särskilt boenden och gruppboenden är upprättad 2016-03-10 av dåvarande chef för vård- och omsorgsavdelningen och är inte reviderad sedan dess. Rutinen omfattar bl.a. anvisningar för mottagande av fickpengar, maxbelopp, förvaring, redovisning och kontroller.

Enligt rutinen ska kontrollräkning ske varje månad med två personal närvarande. Båda ska då signera i kassabok eller kassablad.

Under granskningen gjordes kontrollräkning av kontanterna för 16 brukare, och där stämde kontanta saldot med kassabladet.

## **Brister**

Kontrollräkning sker på de flesta boenden men inte med den frekvens som anges i rutinen. Några brukares medel har inte kontrollräknats alls. På en boendeenhet fördes över huvud taget inte någon redovisning av brukarens privata medel, bortsett från att kvitton sparades i plånböckerna, varför det förstås inte heller var möjligt att kontrollräkna. De flesta kontrollräkningar görs enbart av en person. Enligt rutinen ska två personer närvara vid kontrollräkningen.

## **Förslag till åtgärder**

Revidera rutin för hantering av privata medel.

Rutinen behöver ses över och tydliggöras när det gäller exempelvis vilka ekonomiska händelser som ska signeras av två personer, maxbelopp och så vidare samt eventuella begränsningar av vilken personal som ska ha tillgång till brukarens privata medel.

Rutinen bör också revideras så att den innefattar anvisningar om skriftlig överenskommelse mellan brukare/ombud och kommunens personal om hantering av privata medel.

Rutinen bör revideras så att den även omfattar rutiner för kontokort, betalkort och liknande.

Upprätta och implementera rutiner för att säkerställa att både ordinarie och ny personal får kännedom om rutinen för privata medel.

## **Granskningsaktivitet 2**

Kontrollera att det tydligt framgår vem som är ansvarig för den enskildes kontanta medel. (Exempelvis: den enskilde, anhörig, god man etc.)

### **Syfte med granskning**

Säkerställa att den enskildes kontanta medel hanteras på ett säkert sätt.

### **Tillvägagångssätt**

Kontrollera att ansvarig finns tydligt angivet.

20 slumpmässigt utvalda personer inom avdelningen för vård och omsorg samt avdelningen för LSS och socialpsykiatri.

### **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

För en brukare framgick det av genomförandeplanen att personalen hade ansvar för brukarens fickpengar.

På ett boende formulerade man den skriftliga kvittensen, i samband med att ombud överlämnade brukarens fickpengar till personalen för hantering, som ett avtal.

Övriga boenden hade inte skriftliga överenskommelser om ansvaret för hantering av fickpengar utan överenskommelsen var av muntlig och mer informell karaktär och gjordes i samband med att brukare fick behov av hjälp från personalen med hantering av privata medel eller att nya brukare flyttade in. På äldreboendena var det inte enhetschef som fattade beslut om att ta emot och hantera fickpengar utan en kontaktperson

## **Brister**

För en majoritet av de personer som får hjälp av personalen med hanteringen av privata medel finns det alltså inte en skriftlig fullmakt/ överenskommelse mellan kommunen och brukare/ombud där det tydligt framgår att kommunens personal har rätt att hantera brukarens privata medel och som anger hur ansvars-fördelningen mellan kommunens personal, den enskilde och dess ombud ser ut.

Vi vill dock understryka att rutinen inte innehåller anvisningar om att ansvarsövertaget ska regleras genom en sådan fullmakt/skriftlig överenskommelse.

## **Förslag till åtgärder**

Upprätta skriftliga överenskommelser för samtliga brukare som får hjälp av kommunens personal med att hantera sina privata medel.

Revidera rutin för hantering av privata medel så att den innefattar anvisningar om skriftlig överenskommelse mellan brukare/ombud och kommunens personal om hantering av privata medel.

## **Process/rutin som granskats**

Genomförande av åtgärder utifrån lex Sarah-utredningar.

### **Granskningsaktivitet**

Säkerställa genomförandet av samtliga åtgärdsförslag som upprättats.

### **Syfte med granskning**

Minska risken för bristande kvalitet i verksamheten samt minska risken att missförhållanden upprepas.

### **Tillvägagångssätt**

Avstämning gentemot upprättad lista avseende samtliga åtgärdsförslag som upprättats under 2018.

### **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

Avdelningen för vård och omsorg kontrollerar åtgärdsförslagen årligen, en granskning har gjorts under 2018 och processen gällande implementering och genomförandet av åtgärdsförslagen fungerar väl.

Värt att betona är att avdelningen för vård och omsorg är den avdelningen som upprättat flest lex Sarah-rapporter och att processen för genomförande och uppföljning av åtgärderna fungerar väl är ett starkt kvalitetsmått.

Avdelningen för LSS och socialpsykiatri har endast upprättat fem lex Sarah-rapporter under året. Inom denna avdelning finns ingen övergripande struktur och överblick avseende uppföljning.

Granskningen visar dock att de flesta åtgärdsförslagen har genomförts med undantag av ett par.

Anledningen till detta är att det är en händelse som inträffade sent på året.

Processen avseende uppföljning och genomförande av åtgärdsförslagen bedöms fungera väl.

### **Brister**

Ett par av de åtgärdsförslag som har upprättats under 2018 har ännu inte genomförts. Detta har dock en logisk förklaring då det skett sent på året.

Även avdelningen för LSS och socialpsykiatri bör införa en övergripande kontroll för uppföljning och genomförande av dessa för att säkerställa genomförandet och därmed kvalitetsförbättring.

### **Förslag till åtgärder**

Införa kontroll avseende uppföljning av upprättade åtgärder inom avdelningen för LSS och socialpsykiatri.

Avdelningen för LSS och socialpsykiatri bör följa upp åtgärdsförslagen och säkra genomförandet liksom avdelningen för vård och omsorg gör årligen.

En förvaltningsövergripande uppföljning är att föredra för att säkra genomförandet och därmed höja kvaliteten i verksamheterna.

# Utbildningsnämnden

## Process/rutin som granskats

Föreningsbidragens tillförlitlighet och säkerhet.

### Granskningsaktivitet

Kontrollera beslutade dokument i relation till beslut och utbetalda bidrag.

### Syfte med granskning

Säkerställa att bidrag betalas ut korrekt.

### Tillvägagångssätt

Dokumenterade processer och rutiner har granskats. Intervjuer med berörda chefer har utförts.

## Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen

Det kan konstateras, efter svar från verksamheterna och genomgång av de riktlinjer och rutiner som finns fastställda, att det är svårt att ge ett övergripande svar. Anledningen till det är att föreningsstöden hanteras på väldigt olika sätt på kulturavdelningen och fritidsavdelningen. De skilda rutinerna och riktlinjerna för förenings- och verksamhetsstöd innebär olika tillvägagångssätt och därmed blir frågan om tillförlitlighet och säkerhet tvådelad.

Föreningsstödet (verksamhetsbidrag/LOK-stöd) som gäller fritidsföreningar följer tydliga rutiner och riktlinjer och är baserade på antal bidragsberättigade sammankomster och närvaro för medlemmar mellan 7–25 år. Beslut om utbetalning av detta verksamhetsstöd har sin grund i det beslut om lokalt aktivitetsstöd som fattas av Riksidrottsförbundet efter ansökningar från kommunens föreningar. Kommunens bedömning av verksamhetsstöd följer det av beslut som tidigare fattats av Riksidrottsförbundet.

På kultursidan finns inga tydliga riktlinjer för tilldelning och fördelning av verksamhetsbidragen. Kulturchefen bereder ärendet med grund i ansökt belopp, föreningens motivering och tidigare beviljat bidrag. Kulturchefen presenterar därefter ett förslag och utbildningsnämnden fattar beslut om bidragets storlek till de sökande föreningarna.

Det finns bättre förutsägbarhet av föreningsbidragets storlek för fritidsföreningarna i och med klara riktlinjer och att de har sin grund i statlig myndighets bedömning och beslut. Ansökan och beslut om föreningsstöd på fritidssidan är dock ej diarieförda. Inga formella beslut är dokumenterade utan de hanterats genom att utbetalningsordrar skickats till ekonomiavdelningen. Det blir därmed svårt att genomföra kontroll.

Det finns inga fastställda riktlinjer eller kriterier som visar hur verksamhetsbidraget för kulturföreningar bedöms och fördelas. Subjektiv bedömning riskerar att ligga bakom beslutet. Det blir därmed också svårt att kontrollera relationen ansökan-beslut.

## Brister

- Processen i fritidsavdelningens handhavande av föreningsbidragen behöver revideras och dokumenteras.
- Riktlinjer och kriterier för hur kulturbidraget ska fördelas saknas.

### **Förslag till åtgärder**

Översyn av befintliga riktlinjer och rutiner på fritidsområdet. Tydliga riktlinjer för bedömning av föreningsstöd för fritidsföreningar samt revidering av hur hanteringen av ansökan, beslut, dokumentation och utbetalning görs.

Skapande av kriterier för verksamhetsbidraget. Riktlinjerna samt kriterier för kulturföreningarna så att de blir möjligt att mäta och därmed skapa transparens för sökande förening.

### **Process/rutin som granskats**

Barnomsorgsavgifter.

#### **Granskningsaktivitet**

Kontroll av om vårdnadshavare betalar barnomsorgsavgift utifrån sin reella inkomst.

#### **Syfte med granskning**

Säkerställa att rätt barnomsorgsavgifter betalas.

#### **Tillvägagångssätt**

Jämförelse har gjorts med skatteverkets årsinkomstuppgifter för 2018 mot vårdnadshavares inlämnade inkomstuppgift till utbildningsförvaltningen 2018. Kontrollen genomfördes på vårdnadshavare till samtliga barn i fyra av kommunens förskolor, en per område.

#### **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

Granskningen är utförd på 459 vårdnadshavare. Resultatet visar att drygt 41 % av vårdnadshavarna lämnat in för låg inkomst, drygt 44 % har lämnat korrekt eller något för hög inkomstuppgift till utbildningsförvaltningen. Knappt 15 % av underlaget sorterades bort på grund av att underlag har saknats från Skatteverket.

#### **Brister**

Det finns ingen tydlig information till vårdnadshavare om när och hur de ska lämna in nya inkomstuppgifter.

Det finns inga rutiner för kontroll av om vårdnadshavares inkomstuppgifter är korrekta.

### **Förslag till åtgärder**

Information till vårdnadshavare. Rutinmässigt informera vårdnadshavare om att uppdatera sina inkomstuppgifter varje år.

Rutiner inkomstkontroll. Skapa rutiner för regelbunden inkomstkontroll.

### **Process/rutin som granskats**

Budgetera och kontrollera interna kostnader för IT.

#### **Granskningsaktivitet 1**

Kontrollera vilka underlag rektor använder för att göra budget för IT-kostnader.

#### **Syfte med granskning**

Säkerställa att rätt budget läggs.

### **Tillvägagångssätt**

Alla rektorer och förskolechefer ombads beskriva hur de gör för att budgetera IT-kostnaderna för kommande budgetår.

IT-avdelningen ombads att svara på frågor om beställningsrutiner, leasingavgifter, serviceavgifter och licenskostnader.

### **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

Det är komplicerat för rektor att budgetera korrekt för IT-relaterade kostnader. Det krävs att rektor har kunskap om vad som ingår i avgifter och vilka andra kostnader som finns, den kunskapen finns inte i grundskolorna idag. Även vid frågor till IT-avdelningen har det varit svårt att få svar på dessa frågor. Utöver dessa kostnader tillkommer kostnader för t ex skärmar, tangentbord, dockningsstationer och fodral vilka faktureras och betalas separat av verksamheterna. Utbildningsförvaltningen kan, enligt IT-avdelningen, endast påverka antalet digitala verktyg. I samråd med IT-avdelningen kan rektor också, till viss del, påverka datormodeller. Då IT-avdelningen själva ansvarar för upphandling av leasingavtal, vilka licenser som ska finnas och vilken standard som ska råda i kommunen är det, utifrån de processer som finns idag, omöjligt för en rektor att ha kontroll och kunna påverka IT-relaterade kostnader och underlag för att budgetera korrekt.

### **Brister**

Underlag för att göra en relevant budget saknas.

### **Förslag till åtgärder**

Underlag för budget. Implementera gemensamma processer för beställning av digitala verktyg utifrån prislistor på aktuella digitala verktyg och de tjänster IT-avdelningen tillhandahåller.

## **Granskningsaktivitet 2**

Kontrollera fakturornas användarvänlighet och tillförlitlighet.

### **Syfte med granskning**

Säkerställa att de utbetalningar som görs är korrekta.

### **Tillvägagångssätt**

Alla rektorer och förskolechefer ombads beskriva hur de kontrollerar att de betalar rätt pris och rätt antal digitala verktyg per månad.

IT-avdelningen har beskrivit faktureringsystemet.

Utbildnings-förvaltningen har följt fakturor över tid för ett antal datorer och Ipad för att kontrollera summorna samt fakturornas användarvänlighet.

### **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

Rektorerna menar att det inte, på ett tillfredsställande sätt, går att kontrollera de fakturor som kommer från IT-avdelningen då de är röriga, svåra att överblicka samt innehåller många fel.

En av felkällorna i faktureringsystemet är att verktyget faktureras från den person som senast varit inloggad på dator/Ipad. Enligt IT-avdelningen hämtas personens verksamhetstillhörighet från HEROMA för personal och för elever hämtas

informationen från annat system, oklart vilket. Grundtanken med detta faktureringsförfarande är gott men ger upphov till ett antal felkällor då såväl lärare som elever ibland loggar in på flera digitala verktyg under en månad (den som finns närmast) vilket får till följd att vid kontroll av fakturor kan en användare stå uppsatt på flera verktyg. Ett annat fel som uppstår är att då enheten är kopplad till den senaste användaren följer detta med månad efter månad trots att den individ som använt verktyget inte arbetar på enheten eller avslutat sin anställning/skolgång i Lysekils kommun.

Under 2018 ökade kostnaderna för utbildningsförvaltningen på ett okontrollerat sätt. Trots upprepade försök har det varit väldigt svårt att få kunskap vilka orsakerna till ökningarna under 2018 är. Såväl antalet personal som antalet elever har varit relativt konstant de senaste 3 åren. En orsak till kostnadsökningar är att eleverna i årskurs 4 numer har dator som digitalt verktyg vilket genererar en ökad kostnad om ca 45 kr/elev och månad. För en "kull" i Lysekils kommun innebär det en ökad kostnad om ca 78 300 kr/år. En annan orsak tros vara att IT-avdelningen kategoriserat fler personaldatorer än tidigare som administratörsdatorer då de innehåller vissa administrativa system som används i skolan (PMO). Skillnaden i serviceavgiften mellan en lärardator och en administrativ dator är 540 kr/månad. För 10 fler administrativa datorer i förvaltningen innebär det en ökad kostnad på ca 64 800 kr/år. Utöver dessa ökningarna kan förvaltningen inte förklara de ökade kostnaderna. Även utfallet för de fem första månaderna för 2019 överstiger markant såväl budget 2019 (som kan vara fel) som utfall 2018. Att de IT-relaterade kostnaderna ökar utan att förvaltningens chefer har kontroll är mycket otillfredsställande.

### **Brister**

Användarvänligheten för att kontrollera att fakturorna är korrekta är låg. Rektorer måste vara säkra på att de betalar för rätt antal produkter.

Ett framgångsrikt arbete har påbörjats i samarbete mellan IT-avdelningen och representanter från utbildningsförvaltningen med att förenkla kontrollen av fakturor gällande digitala verktyg. Arbetet bör fortsätta.

### **Förslag till åtgärder**

Förenkling av fakturor och debitering. IT-avdelningen, tillsammans med rektorerna, förenklar fakturerings-systemet. Det framgångsrika arbetet i arbetsgruppen med representanter från rektorerna och IT-avdelningen för att förenkla fakturagranskningen bör fortsätta.

### **Granskningsaktivitet 3**

Kontrollera om de processer som finns för beställning av digitala verktyg är ändamålsenliga.

### **Syfte med granskning**

Säkerställa att rektorer kan beställa de elev-verktyg de dels har råd med dels behöver.

### **Tillvägagångssätt**

Alla rektorer och förskolechefer ombads beskriva hur de väljer vilka digitala verktyg de bedömer sig behöva under kommande år.

IT-avdelningen ombads beskriva beställningsrutinerna.

### **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

Rektorerna anger att de endast beställer antal digitala verktyg. De vet inte vid beställningen vad kostnaden kommer att bli kommande år.

Valen av verktyg utgår från Ipad eller elevdator.

### **Brister**

Rektors möjlighet att välja digitala verktyg utifrån såväl ekonomiska- som pedagogiska aspekter behöver öka.

Tydliga rutiner för att beställa digitala verktyg saknas i utbildningsförvaltningen.

### **Förslag till åtgärder**

Processer för beställning av digitala verktyg. Skapa gemensamma processer för beställning av digitala verktyg utifrån underlag som IT-avdelningen tillhandahåller. Arbetsättet kan vara att en grupp tillsätts för att förutsättningslöst, ur pedagogiska och kostnads-perspektiv långsiktigt arbeta med vilka digitala verktyg som är relevanta att använda för att ha en acceptabel standard och också kunna nå läroplanernas mål. Gruppen ska bestå av representanter för utbildnings-förvaltningen och IT-avdelningen. För att utbildningsförvaltningen ska vara kostnadseffektiv ska gruppen också arbeta med vilka programvaror och licenser som är relevanta för utbildningsförvaltningen.

## **Process/rutin som granskats**

Budgetera och kontrollera interna kostnader för kost.

### **Granskningsaktivitet**

Genomgång av faktiska kostnader i jämförelse med budgeterad kostnad.

### **Syfte med granskning**

Säkerställa att rätt budget läggs.

### **Tillvägagångssätt**

Rektorerna har beskrivit hur de arbetat med budget för den rörliga delen av kostavgiften.

Granskning av gällande kostpolicy.

### **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

Det kan konstateras att några rektorer inte förhållit sig till den av kostenheten beslutade kostpolicyn.

Kostpolicyn var inte förankrad i alla verksamheter eller har åtminstone inte använts som underlag för budgeteringen.

### **Brister**

Kunskap om kostpolicyn och/eller hur den ska användas i budgetarbetet saknas.

### **Förslag till åtgärder**

Göra kostpolicyn känd.

Inför budgetarbetet 2020 går kostpolicyn igenom på ett ledningsmöte.

## **Process/rutin som granskats**

Rutiner för interkommunala intäkter och kostnader i förskola och grundskola.

### **Granskningsaktivitet**

Kontroll av om rutiner för interkommunala kostnader och intäkter fungerar.

### **Syfte med granskning**

Kontrollera om processer, information, korrekta blanketter fungerar för interkommunala intäkter och kostnader i förskola och grundskola.

### **Tillvägagångssätt**

Direktkontakt med administratörer och rektorer med frågor gällande eventuella externa elever.

Sökning i elevregistret ProCapita där en sortering går att göra på folkbokföringskommun.

### **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

Rutinerna finns men är inte beslutade eller nedtecknade i något dokument och går inte att hitta på Lysekils kommuns webb.

Rutinerna, inför fakturahantering av interkommunala ersättningar för höstterminen 2018 och vårterminen 2019, har inte varit ändamålsenliga eller tillräckliga.

Det går att nå blanketter för ansökan om förskoleplats eller fullgörande av skolgång i Lysekils kommun eller i annan kommun. på webben. På denna blankett återfinns rutin och ärendegång för ansökan och beslut.

Det fanns barn/elever som hade mottagits av en huvudman utan att meddela Lysekil.

### **Brister**

Rutiner från andra kommuner, främst grannkommunerna om att meddela Lysekil när det mottagit ett barn/elev saknades. Lysekil fick vetskap om barnen först när fakturorna inkommit.

Rutiner var inte kända på alla förskolor och skolor.

Uppdaterade blanketter saknades och fanns inte tillgängliga på kommunens webbsida.

### **Förslag till åtgärder**

Förankring av rutin till förskolor och skolor.

Informera verksamheterna om gällande riktlinjer och rutiner. Synliggöra dessa, både i direktkontakt men också via våra gemensamma plattformar.

Revidering av rutiner och blanketter

Revidera aktuella blanketter och publicera dem på webben.

## Havets Hus i Lysekil AB

### Process/rutin som granskats

Systematiskt arbetsmiljöarbete.

#### Granskningsaktivitet

Kontrollera att medarbetarna upplever att nödvändiga rutinbeskrivningar finns.

#### Syfte med granskning

Att ta reda på om det behövs kompletterande rutinbeskrivningar i verksamheten.

#### Tillvägagångssätt

Anonyma enkäter.

#### Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen

Endast tre svar har kommit än så länge varför en uppföljning bör göras. Påståendet var:

Havets Hus har tydliga rutiner för att jag ska kunna utföra mitt arbete

1-----2-----3-----4-----5

Besvara påståendena med betygsskalan 1-5 där 1 är instämmer inte alls och 5 är instämmer helt.

De inkomna svaren ger ett medel på 3,7. Ingen av respondenterna angav 1-2 vilket betyder instämmer inte alls eller instämmer delvis inte. Ingen angav heller 5 vilket betyder instämmer helt. Det tolkas därför som om det finns ett behov att göra tydligare rutiner.

Endast tre svar har kommit än så länge varför en uppföljning bör göras.

Påståendet var:

Jag har gott om tid att utföra mina arbetsuppgifter

1-----2-----3-----4-----5

Besvara påståendena med betygsskalan 1-5 där 1 är instämmer inte alls och 5 är instämmer helt.

De inkomna svaren ger ett medel på 3,3. Ingen av respondenterna angav 1-2 vilket betyder instämmer inte alls eller instämmer delvis inte. Ingen angav heller 5 vilket betyder instämmer helt. Det tolkas därför som om det inte finns gott om tid att utföra uppgifterna.

#### Förslag till åtgärd

Gå igenom vart det behövs tydligare rutinbeskrivningar.

Be om återkoppling från medarbetare om inom vilka områden som rutinerna behöver förtydligas.

## **Process/rutin som granskats**

Attestrutiner.

### **Granskningsaktivitet**

Kontrollera att de nya attestrutinerna fungerar

### **Syfte med granskning**

Att verifiera att attestrutinerna fungerar i Fortnox, och uppfyller beslutade regler för attest.

### **Tillvägagångssätt**

Stickprover på fem olika fakturor.

### **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

Granskning genomförd och alla stickprover visade att attestrutinerna följts.

## **Process/rutin som granskats**

Medelshantering.

### **Granskningsaktivitet**

Kontrollera medelshanteringen.

### **Syfte med granskning**

Att verifiera att medelshanteringen har förbättrats.

### **Tillvägagångssätt**

Kontrollera att kassadifferenserna minskat.

### **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

I delårsbokslutet per sista augusti framgår att årets kassadifferenser uppgår till cirka 2 600 kr jämfört med - 13 000 kr föregående år. Under 2018 var sammanlagda kassadiffarna 31 228 kr och 2019 totalt 23 898 kr. Siffrorna för 2019 har korrigerats för den 28-29 juli när kassorna ej fungerade på eftermiddagen den 28:e då medlen kom in men slogs in i kassan först den 29:e.

### **Förslag till åtgärder**

Införa kontantfri verksamhet.

Då kassadiffar fortsätter att vara ett problem föreslås verksamheten införa kontantfri verksamhet 2019. En koppling i kassan till swish bör också installeras.

## LEVA i Lysekil AB

### Process/rutin som granskats

Kontroll av attestförteckning.

#### Granskningsaktivitet

Kontroll av gällande attestförteckning

#### Syfte med granskning

Attestförteckning skall vara uppdaterad och stämma överens med den av styrelsen fastställda attestförteckningen.

#### Tillvägagångssätt

Kontrollera att attestförteckning är komplett och aktuell.

#### Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen

Rutinen fungerar enligt rutinbeskrivning.

#### Brister

Inga avvikelser kunde noteras vid granskningen.

#### Förslag till åtgärder

Ingen åtgärd. Attestförteckningen är komplett och korrekt.

### Process/rutin som granskats

Anläggningar.

#### Granskningsaktivitet

Kontroll av EL-näts- och VA-anläggningar som saknar kund

#### Syfte med granskning

Samtliga anläggnings-id ska stämma överens med kundregistret.

#### Tillvägagångssätt

Lista på samtliga anläggnings-id utan kund tas ut ur kundregistret (CS) för EL-nät respektive VA.

Granska lista och säkerställ varför anläggnings-id saknar kund, ex anläggning som är tillfällig/nedlagd/utflyttad verksamhet eller sammanslagning av två anläggnings-id till ett.

#### Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen

Rutinen fungerar enligt rutinbeskrivningen.

#### Brister

Inga avvikelser kunde noteras vid granskningen.

#### Förslag till åtgärder

Ingen åtgärd. Kundregistret är komplett.

## **Process/rutin som granskats**

Energiskatt.

### **Granskningsaktivitet**

Kontroll av deklarerad energiskatt.

### **Syfte med granskning**

Energiskatten skall innehålla rätt belopp och betalas rätt tid.

### **Tillvägagångssätt**

Lista på bokförda transaktioner hämtas från LEVA:s skattekonto på Skatteverkets e-tjänst.

### **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

Rutinen fungerar enligt rutinbeskrivning.

### **Brister**

Inga avvikelser kunde noteras vid granskningen.

### **Förslag till åtgärder**

Ingen åtgärd. Deklarerat belopp är korrekt och inbetalt i rätt tid.

# Lysekilsbostäder

## Process/rutin som granskats

Policy, riktlinjer och regler för inköp och upphandling

### Granskningsaktivitet 1

Granska att den av kommunfullmäktige fastställda inköspolicyn med tillhörande riktlinjer och regler är antagna av bolaget

### Syfte med granskning

Syftet med granskningen är att säkerställa att fattade beslut i KF som gäller kommunägda bolag har antagits av bolagets styrelse.

### Tillvägagångssätt

Tagit fram styrelseprotokoll där beslutet om att anta den inköspolicy med tillhörande riktlinjer och regler som beslutats i KF finns dokumenterat.

### Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen

På styrelsemöte 11 september 2019 beslutades att anta inköspolicy med tillhörande riktlinjer och regler som fattats i KF.

### Förslag till åtgärder

Ingen åtgärd.

### Granskningsaktivitet 2

Granska inköp över 100 tkr.

### Syfte med granskning

Säkerställa att upphandling skett på korrekt sätt enligt beslutad policy med tillhörande riktlinjer och bolagsspecifika regler.

### Tillvägagångssätt

Tagit fram statistik per leverantör t o m juli 2019 ifrån ekonomisystemet.

Alla leverantörer med ett verkligt inköpsbelopp eller prognostiserat inköpsbelopp över 100 tkr har identifierats. En fördjupad granskning har utförts, det vill säga uppföljning har skett om dessa upphandlingar följer beslutade policy, riktlinjer och regler. Granskningen har delats in i två nivåer:

Nivå 1 - inköp över 586 tkr

Nivå 2 - inköp över 100 tkr upp till 586 tkr.

### Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen

Efter granskning av bolagets inköpsstatistik konstateras att 84% av inköpen är högre än 586 tkr, 8% av inköpen befinner sig inom intervallet 100 tkr upp till 586 tkr.

Inköp över 586 tkr

100% av de inköp som överstiger 586 tkr har upphandlats och följer beslutad inköspolicy med tillhörande riktlinjer och regler.

Inköp över 100 tkr upp till 586 tkr

15 av 19 leverantörer har upphandlats och följer beslutad inköspolicy med tillhörande riktlinjer och regler.

Fyra leverantörer följer ej beslutad inköspolicy med tillhörande riktlinjer och regler. Nedan följer en redogörelse varför avvikelse skett:

Leverantör 1: Anlitad konsult var anställd på upphandlad firma men bytte arbetsgivare under uppdragets gång. För att inte tappa tempo och behålla specialistkompetens gjordes ett aktivt val att fortsätta anlita konsulten från ny arbetsgivare. Inköpsbelopp 182 tkr inkl. moms.

Leverantör 2: Inköpet är felhanterat, ingen konkurrensutsättning har skett. Inköpsbelopp 113 tkr inkl. moms.

Leverantör 3 och 4: Inköpen avser ett flertal småprojekt där varje inköp understiger ett prisbasbelopp. Inköpen har skett från lokala entreprenörer. Total inköpssumma t o m juli 2019 är 112 tkr från den ena leverantören och 140 tkr från den andra leverantören. Beloppen är inklusive moms.

### **Förslag till åtgärder**

Avstämning med kommunens inköpsansvarig

Upprätta ramavtal med de lokala entreprenörer där flertal inköp görs av mindre värde men där totalsumman för året överstiger 100 tkr.

Utbilda berörd personal i gällande inköpsregler.

## **Process/rutin som granskats**

Dataskyddsförordning, GDPR

### **Granskningsaktivitet**

Granska att vi har den kompetens som krävs för att följa ny lagstiftning from maj 2018.

### **Syfte med granskning**

Syftet med granskningen är att kontrollera om vi har tillräcklig kompetens för att följa den nya dataskyddsförordningen, GDPR.

### **Tillvägagångssätt**

Den nya dataskyddsförordningen har ersatt den svenska personuppgiftslagen (PuL) och utgör den största förändringen inom området sedan PuL infördes. Vi har därför granskat om vi, i den arbetsprocess som utformats, haft tillräcklig kompetens för att framställa de dokument och rutiner med utökade krav som dataskyddsförordningen kräver gällande befintliga system och rutiner.

Arbetsgång för att uppfylla ny lagstiftning:

Steg 1: Utformat styrdokument för att kunna uppfylla ny dataskyddsförordning, GDPR.

Steg 2: Skickat samtliga styrdokument till dataskyddsombud för granskning.

Steg 3: Genomfört uppföljning via telefon med dataskyddsombud. Uppdatering av styrdokument.

Steg 4: Skickat in uppdaterade dokument för ny granskning av dataskyddsombud.

Steg 5: Erhöll tillsynsrapport från dataskyddsombud med konkreta förbättringsförslag av styrdokument.

Steg 6: Arbete pågår med att uppdatera styrdokument enligt förslag i tillsynsrapport från dataskyddsombud.

Steg 7: Skicka uppdaterade styrdokument till dataskyddsombud för granskning.

## Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen

Den nya GDPR lagstiftningen som trädde i kraft maj 2018 är en stor och omfattande lag. Då vi är en liten organisation tas extern hjälp för att säkerställa vår kompetens. Vi erhåller främst stöd från ansvarig digitaliseringsstrateg på Lysekils kommun och vårt dataskyddsombud, JP Infonet. Det finns även bra riktlinjer att följa både från vår branschorganisation och Datainspektionen.

Då vi erhållit positiv feedback vid granskning av våra styrdokument från extern part, dataskyddsombud, är vår uppfattning att vi innehar rätt kompetens och därmed också följer gällande lagstiftning. En person internt har fått ansvar för att samordna GDPR. Denna person har erhållit nödvändig utbildning via Lysekils kommuns utbildningsprogram under året.

## Förslag till åtgärder

Stänga avvikelser i tillsynsrapport.

Uppdatera synpunkter i tillsynsrapport från externt dataskyddsombud för att därefter skicka in de dokument som berörs för ny granskning.

## Process/rutin som granskats

Tillbud- och olycksfallsrapportering

### Granskningsaktivitet

Granska om tillbud- och incidentrapporter sker i tillräcklig utsträckning.

### Syfte med granskning

Syftet med granskningen är att kontrollera om tillbud- och incidentrapportering sker i tillräcklig omfattning för att bolaget ska ges möjlighet att identifiera, åtgärda samt förebygga risker i arbetet.

### Tillvägagångssätt

En gång i kvartalet har vi muntligen stämt av med all personal vilka tillbud/incidenter som uppstått i verksamheten. Därefter har vi säkerställt att nämnda tillbud/incidenter blivit registrerade, enligt processbeskrivning i IT-verktyget HELP24. De rapporter som registrerats har granskats för att säkerställa att de är ifyllda enligt ny fastställd rutin.

## Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen

Kontroll har utförts vid två tillfällen under året, en per 0630 och en per 0930. Till och med september har sju incidenter rapporterats vilket kan jämföras med två stycken året innan.

De rapporter som lämnats in med efterföljande utredningar har sammanställts i ett dokument, som arkiveras i vårt arbetsmiljöverktyg HELP24. Ny rapporteringsrutin avseende tillbud/incidenter har lett till en bättre överblick över identifierade risker och vidtagna åtgärder. Den nya rutinen har också gett gott resultat med fler rapporterade tillbud/ incidenter.

Slutsatsen blir ändå att för få tillbud/incidenter inrapporterats. Rimligtvis borde fler tillbud/incidenter ha inträffat under året. Fler rapporteringar leder till att vi tillsammans bygger upp en erfarenhets- och kunskapsbank och på så vis kan identifiera, åtgärda samt förebygga risker i arbetet. Detta utgör en viktig del i vårt systematiska arbetsmiljöarbete.

Vår bedömning är att den nya processen avseende rapportering av tillbud/incidenter fungerar bra men inför 2020 fortsätter arbetet med att öka medvetenheten och viljan hos personalen att rapportera tillbud/incidenter.

## Lysekils Hamn AB

Lysekils Hamn AB redovisar inte enligt Lysekils kommuns riktlinjer för intern kontroll, de har ett eget arbetssätt för utförande av kontrollerna. Kommundirektören har fått i uppdrag från styrelsen i Stadshus AB att utreda och ta fram förslag på hamnbolagets framtida inriktning. Bolaget inväntar utredningen och har därför inte gjort några förändringar av den interna kontrollen.

Följande har redovisats:

### **Process/rutin som granskats**

Attestrutiner.

#### **Syfte med granskning**

Attestförteckningen är aktuell.

Kontroll att mottagningsattest skett inklusive kontroll av leverans och belopp. – Rutin för varje faktura.

Kontroll att VD attesterar fakturen innan den är bokförd och inlagd för utbetalning. - Rutinkontroll för varje faktura.

#### **Resultat**

Rutinen fungerar enligt rutinbeskrivningen.

### **Process/rutin som granskats**

Inköp och upphandling.

#### **Syfte med granskning**

Att regelverket för upphandling följs.

#### **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

Rutinen fungerar enligt rutinbeskrivningen. Vid upphandling görs detta i samråd med Lysekils kommun/upphandlingsenheten, till exempel vid takomläggning magasin 4 sommaren 2019.

### **Process/rutin som granskats**

Fakturering.

#### **Granskningsaktivitet**

Stickprov.

#### **Syfte med granskning**

Att avtalade priser faktureras.

Att fakturering sker snabbt, dock senast en vecka efter att tjänsten/produkten levererats.

Månadsfakturering sker enligt avtal.

#### **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

Rutinen fungerar enligt rutinbeskrivning.

## **Process/rutin som granskats**

Löner, behovsanställda.

### **Syfte med granskning**

Outsourcing hamn- och stuveriverksamheten 2019-08-01. Detta medför mindre behov av behovsanställda. Senaste utbetalningen innefattade endast två behovsanställda med några få timmar vardera.

Justeras efter varje lönrevision. Semester, övertid, kompledighet, (klädkonto kontrolleras, detta är avslutat).

### **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

Rutinen fungerar enligt rutinbeskrivning.

## **Process/rutin som granskats**

Arvoden styrelsen.

### **Syfte med granskning**

Rätt utbetalning till rätt person.

### **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

Rutinen fungerar enligt rutinbeskrivning.

## **Process/rutin som granskats**

Reseräkningar.

### **Syfte med granskning**

Kontroll av milersättning och avtalade belopp, samt att den för bolaget mest fördelaktiga resan valts.

### **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

Rutinen fungerar enligt rutinbeskrivning.

## **Process/rutin som granskats**

Representation.

### **Tillvägagångssätt**

Stickprov - syfte, deltagare, kontering, moms.

### **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

Rutinen fungerar enligt rutinbeskrivning.

## **Process/rutin som granskats**

Moms och skatter.

### **Syfte med granskning**

Att rapportering sker på rätt sätt.

### **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

Rutinen fungerar enligt rutinbeskrivning.

## **Process/rutin som granskats**

Handkassa.

### **Syfte med granskning**

Skall stämma med bokföringen.

### **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

Rutinen fungerar enligt rutinbeskrivning.

## **Process/rutin som granskats**

Inventarieförteckning.

### **Syfte med granskning**

Det skall finnas en aktuell förteckning över kontorsutrustning, truckar, kranar, lasthanteringsutrustning, övriga maskiner och utrustning.

### **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

Rutinen fungerar enligt rutinbeskrivning.

## **Process/rutin som granskats**

Räkenskapsinformation. Besök av Lysekils kommuns arkivarie, som meddelar att räkenskapsinformation skall sparas i 10 år.

### **Syfte med granskning**

Förvaras på rätt sätt och makuleras efter tidigast 7 år.

### **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

Rutinen fungerar enligt rutinbeskrivning. Kontroll med revisor Kjetil Gardshol/PWC. Mailsvar från honom 2017-02-24, där det framkommer att 7 år gäller om inget annat framgår av bolagsordning eller ägardirektiv.

Kontroll har skett och det framgår ingenting som styrker högre krav än 7 år. Räkenskapsinformation är ändå sparad 10 år, dvs 2008–2017.



## **Process/rutin som granskats**

Kontokort.

### **Granskningsaktivitet**

Stickprov.

### **Syfte med granskning**

Används på rätt sätt, dvs enbart för företagets verksamhet.

### **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

Rutinen fungerar enligt rutinbeskrivning.

## **Process/rutin som granskats**

Mobiltelefoner.

### **Granskningsaktivitet**

Stickprov.

### **Syfte med granskning**

Aktuell förteckning över mobiltelefoner, samt att avgifterna är rimliga i förhållande till vad den skall användas till.

### **Resultat och iakttagelser som gjorts vid granskningen**

Ingen notering.

Datum  
2019-12-09

Dnr  
LKS 2018-000599

Kommunstyrelseförvaltningen  
Ing-Marie Tjulander 0523 – 61 32 19  
ing-marie.tjulander@lysekil.se

## Rapport Intern kontroll - sammanställning 2019

### Sammanfattning

Sammanställning av nämndernas och de kommunala bolagens uppföljningar av den interna kontrollen redovisas till kommunstyrelsen som har det övergripande ansvaret för den interna kontrollen.

Alla nämnder och de flesta kommunala bolag har utifrån kommunfullmäktiges riktlinjer utfört intern kontroll. Inom de områden där det framkommit brister har det beslutats om åtgärder.

### Förslag till beslut

Kommunstyrelsen tar del av sammanställning av intern kontroll för år 2019.

### Ärendet

Sammanställning av nämndernas och de kommunala bolagens uppföljningar av den interna kontrollen redovisas till kommunstyrelsen som har det övergripande ansvaret för den interna kontrollen.

Alla nämnder och de flesta kommunala bolag har utifrån kommunfullmäktiges riktlinjer utfört intern kontroll. Inom de områden där det framkommit brister har det beslutats om åtgärder. Lysekils Hamn AB redovisar inte enligt Lysekils kommuns riktlinjer för intern kontroll, de har ett eget arbetssätt för utförande av kontrollerna. Kommundirektören har fått i uppdrag från styrelsen i Stadshus AB att utreda och ta fram förslag på hamnbolagets framtida inriktning. Bolaget inväntar utredningen och har därför inte gjort några förändringar av den interna kontrollen.

Följande interna kontroller är utförda under 2019 och åtgärder är beslutande i respektive nämnd/styrelse;

### Kommunstyrelsen

Granskning: Rekrytering av medarbetare

#### Åtgärder:

- Ta fram en rutin för hur lagen om anställningsskydd (LAS) ska hanteras i kommunen
- Genomarbetning och revidering av rekryteringsrutinen

Granskning: Fakturahantering – korrekt referenskod

#### Åtgärder:

- Nytt beställningssystem
- Införa beställarorganisation

Granskning: Fakturahantering - attestering i tid

Åtgärd:

- Information och utbildning för godkännare och attestanter

**Samhällsbyggnadsnämnden**

Granskning: Besvarande av synpunkter, klagomål och felanmälan

Åtgärder:

- Förtydligande av rutin utifrån ett kundperspektiv
- Förvaltningen ska hänvisa till Fixa Min Gata
- Ytterligare utredning och uppföljning av rutinen för att säkerställa att den fungerar och att det sker en återkoppling till kunden

Granskning: Lagersaldo för digitala verktyg (iPad och datorer) IT-avdelningen

Åtgärder:

- Förtydliga rutiner och arbetssätt
- Se över etikethantering
- Automatisera lagerstatus
- Processkartlägga hanteringen av digitala verktyg
- Inventerings-App
- Strukturera om så att rätt digitalt verktyg finns på rätt plats
- Minska antalet digitala verktyg i lager

**Socialnämnden**

Granskning: Genomförandeplaner

Åtgärder:

- Införa signeringslista för uppföljning och genomgång av genomförandeplan vid samtliga enheter
- Uppdatering av genomförandeplaner i de fall det saknas mål
- Komplettera information om delaktighet vid nästa uppföljning

Granskning: Rutin för hantering av privata medel

Åtgärder:

- Revidera rutin för hantering av privata medel
- Upprätta och implementera rutiner för att säkerställa att både ordinarie och ny personal får kännedom om rutinen för privata medel.
- Upprätta skriftliga överenskommelser för samtliga brukare som får hjälp av kommunens personal med att hantera sina privata medel.
- Revidera rutin för hantering av privata medel så att den innefattar anvisningar om skriftlig överenskommelse mellan brukare/ombud och kommunens personal om hantering av privata medel.

Granskning: Genomförande av åtgärderna utifrån lex Sarah-utredningar

Åtgärd:

- Införa kontroll avseende uppföljning av upprättade åtgärder inom avdelningen för LSS och socialpsykiatri

### **Utbildningsnämnden**

Granskning: Föreningsbidragens tillförlitlighet och säkerhet

Åtgärder:

- Översyn av befintliga riktlinjer och rutiner på fritidsområdet
- Skapande av kriterier för verksamhetsbidrag

Granskning: Barnomsorgsavgifter

Åtgärder:

- Information till vårdnadshavare
- Rutiner inkomstkontroll

Granskning: Budgetera och kontrollera interna kostnader för IT

Åtgärder:

- Underlag för budget
- Förenkling av fakturor och debitering
- Processer för beställning av digitala verktyg

Granskning: Budgetera och kontrollera interna kostnader för kost

Åtgärd:

- Göra kostpolicyn känd

Granskning: Rutiner för interkommunala intäkter och kostnader i förskola och grundskola

Åtgärder:

- Förankring av rutin till förskolor och skolor
- Revidering av rutiner och blanketter

### **Havets Hus i Lysekil AB**

Granskning: Systematiskt arbetsmiljöarbete

Åtgärder:

- Gå igenom var det behövs tydligare rutinbeskrivningar
- Se över prioriteringarna i verksamheten.

Granskning: Attestrutiner

Åtgärd:

- Ingen åtgärd

Granskning: Medelshantering

Åtgärd:

- Införa kontantfri verksamhet

### **LEVA i Lysekil AB**

Granskning: Kontroll av attestförteckning

Åtgärd:

- Ingen åtgärd

Granskning: Anläggningar

Åtgärd:

- Ingen åtgärd

Granskning: Energiskatt

Åtgärd:

- Ingen åtgärd.

### **LysekilsBostäder AB**

Granskning: Policy, riktlinjer och regler för inköp och upphandling.

Åtgärd:

- Avstämning med kommunens inköpsansvarig

Granskning: Dataskyddsförordning, GDPR

Åtgärd:

- Stänga avvikelser i tillsynsrapport

Granskning: Tillbud- och olycksfallsrapportering

Åtgärd:

- Ingen åtgärd

### **Lysekils Hamn AB**

Granskningar: Attestrutiner, inköp och upphandling, fakturering, löner, arvoden styrelsen, reseräkningar, representation, moms och skatter, handkassa, inventarieförteckning, räkenskapsinformation, kontokort, mobiltelefoner.

### **Förvaltningens synpunkter**

Den intern kontrollen är genomförd och fungerar förhållandevis väl. Flera förbättringsområden har kartlagts. Åtgärder har tagits fram och beslutats i respektive nämnd och styrelse.

Beslutprocessen sker i tre steg:

- Process eller rutin som ska granskas
- Plan för genomförandet
- Uppföljning av genomförd granskning

Till största delen har nämnder och styrelser följt processen för intern kontroll vilket har sammanställts i en bilaga.

Leif Schöndell  
Kommundirektör

Ing-Marie Tjulander  
Kvalitetschef

### **Bilaga**

Sammanställning av nämndernas och de kommunala bolagens interna kontroll  
2019

### **Beslutet skickas till**

Samtliga nämnder  
Kommunala bolag  
Kommunrevisionen  
Kommunstyrelseförvaltningen

2020-01-31

Patrik Sundström  
Avdelningen för vård och omsorg

Regionstyrelserna  
Kommunstyrelserna

## Meddelande från styrelsen Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om Strategi för genomförande av Vision ehälsa 2025

Ärendenr: 19/01571

### Förbundsstyrelsens beslut

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

**att** godkänna överenskommelsen med staten om Strategi för genomförande av Vision ehälsa 2025, samt

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

### Bakgrund

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Regioner beslutade den 11 mars 2016 att godkänna en överenskommelse med regeringen om Vision ehälsa 2025. Visionen utgör grunden för ett långsiktigt och gemensamt arbete med digitalisering i hälso- och sjukvården, socialtjänsten och tandvården. Den gemensamma visionen är att:

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

Visionen följdes i januari 2017 av en treårig handlingsplan för samverkan vid genomförande av Vision ehälsa 2025. Genom handlingsplanen har en med staten gemensam styr- och samverkansstruktur etablerats, samt insatser inom en rad strategiska insatsområden genomförts.

Trots att Sverige har bland de bästa förutsättningarna i världen för digitalisering finns det outnyttjad potential när det gäller att tillvarata digitaliseringens möjligheter för att skapa en mer jämlik, kvalitativ, tillgänglig och effektiv socialtjänst och hälso- och sjukvård. Därför tas nu nästa steg på vägen.

Sveriges Kommuner och Regioner och regeringen har kommit överens om en ny strategi för genomförande av Vision ehälsa 2025. Syftet med strategin är dels att fastställa hur det gemensamma arbetet mellan staten och Sveriges Kommuner och

Regioner ska utformas, dels att peka ut ett antal inriktningsmål inom vilka specifika insatser ska göras för att uppnå visionen. Strategin ska inte bara vara vägledande för det gemensamma arbetet utan även för de insatser parterna gör var för sig. Även regionala eller lokala aktörer, eller andra verksamheter inom e-hälsoområdet, som önskar vägledning i det egna digitaliseringsarbetet ska kunna använda strategin som en utgångspunkt. Inriktningsmålen är:

- Individens som medskapare
- Rätt information och kunskap
- Trygg och säker informationshantering
- Utveckling och digital transformation i samverkan

Strategin anger den strategiska inriktningen för arbetet och kommer inom kort att följas av genomförandeplaner. Syftet med genomförandeplanerna är att beskriva vilka insatser som ska genomföras inom strategins prioriterade områden, vem som ska genomföra insatserna samt hur dessa ska följas upp.

Överenskommelsen mellan Sveriges Kommuner och Regioner och staten om Strategi vid genomförande av Vision ehälsa 2025 redovisas i **bilaga 1**.

Sveriges Kommuner och Regioner



Anders Knappe  
Ordförande



Regeringskansliet  
Socialdepartementet



Sveriges  
Kommuner  
och Regioner

19/01571

# En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025

Nästa steg på vägen

## Innehåll

1. Förord .....	3
1.1 Vision e-hälsa 2025 .....	5
1.2 Syfte .....	5
1.3 Många aktörer bidrar .....	6
2. Fyra inriktningsmål för en ökad utvecklingstakt.....	6
3. Grundläggande förutsättningar .....	12
3.1 Regelverk.....	12
3.2 Enhetligare begreppsanvändning.....	13
3.3 Standarder .....	14
4. Styr- och samverkansorganisation .....	15
4.1 Organisation och ansvar .....	15
5. Uppföljning .....	17
6. Kommunikation .....	18
7. Godkännande av överenskommelsen .....	19

## 1. Förord

Digitalisering är inte ett mål i sig, utan ett medel som möjliggör förnyelse. För individen skapar digitaliseringen stora möjligheter till individuellt anpassade stöd, enklare kommunikationsvägar samt möjlighet till ökad kontroll över sin hälsa och livssituation. För verksamheterna kan digitaliseringen bidra till en mer jämställd, jämlik, effektiv och tillgänglig socialtjänst och hälso- och sjukvård, men även till bättre arbetsförhållanden för medarbetare. Det finns även en stor potential i att möta utmaningarna inom vården och omsorgen genom att använda data som en strategisk resurs och tillvarata kraften i ny teknologi.

Trots att Sverige har bland de bästa förutsättningarna i världen för digitalisering finns det outnyttjad potential när det gäller att tillvarata digitaliseringens möjligheter för att skapa en mer tillgänglig, kvalitativ, effektiv och personcentrerad hälso- och sjukvård och socialtjänst. Mot denna bakgrund gör regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) genom denna strategi en nationell kraftsamling. Syftet är att åstadkomma en stärkt samordning och samverkan samt slå fast tydliga inriktningsmål för det fortsatta arbetet med att göra Sverige bäst i världen på att tillvarata digitaliseringens och e-hälsans möjligheter.

Även om mycket återstår att göra har Sverige kommit långt i digitaliseringsarbetet. De första insatserna inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården kom att handla om utveckling av t.ex. elektroniska journal- eller ärendehanteringssystem. Detta arbete har varit framgångsrikt då Sverige jämfört med många andra länder sedan länge hanterar den mesta informationen digitalt. I och med att i princip all information numera hanteras i sådana system så har synen på digitalisering och e-hälsa på många sätt gått från att tidigare ha handlat om it till att nu handla om förmåga till omställning av arbetssätt, processer och beteenden med stöd av ny teknik.

Drivkrafterna bakom denna utveckling kommer från flera olika håll: ökade förväntningar från patienter och brukare på verksamheter och politiker, tillgången till nya digitala stöd som ger möjligheter att tillhandahålla en mer effektiv verksamhet samt en alltmer digitaliserad omvärld. Den digitala utvecklingen kommer att påverka socialtjänsten och hälso- och sjukvården i grunden och medföra konsekvenser i vardagen för såväl ledning och medarbetare som för patienter, brukare och närstående. Det går alltså inte längre att göra samma sak som vi alltid gjort utan vi måste tänka nytt.

I dag pågår en mängd initiativ i hälso- och sjukvården, såsom satsningar på digitala lösningar för monitorering av kroniska sjukdomar, införande av

olika former av digitala vårdmöten och utveckling av nationellt gemensamma kliniska kunskapsstöd. För tillfället pågår också stora satsningar i och med att samtliga regioner moderniserar sina digitala stöd antingen genom att införa nya vårdinformationssystem eller vidareutveckla de befintliga. Detta ger stora möjligheter att införa nya arbetssätt, ge medarbetare en bättre digital arbetsmiljö och skapa en mer effektiv informationshantering. Samtidigt är införandet av nya vårdinformationssystem även en utmaning som kommer att påverka de kommande årens utveckling eftersom resurser, både personella och ekonomiska, behöver avsättas för att införa dessa nya system. Parallellt med detta införande pågår flera olika processer som kommer att påverka verksamheterna i grunden. En sådan är omställningen till en god och nära vård. Denna omställning är inte möjlig utan en tydlig integration av digitala stöd.

Även inom socialtjänsten pågår ett förnyelsearbete med stöd av digitala lösningar, t.ex. med ökad användning av bl.a. automatisering. Genom smart användning av ny teknik kan medarbetares tid frigöras och handläggningstider förkortas samtidigt som rättssäkra processer upprätthålls. Samtidigt pågår ett införande av digitala tjänster inom välfärdsteknik som syftar till att ge brukare ökad trygghet, självständighet och delaktighet. Parallellt med detta är flera kommuner i färd med att utveckla eller upphandla nya och mer moderna verksamhetsstöd. Gemensamt för de satsningar som pågår är att de för med sig ett behov av att ställa om arbetsprocesser, organisering och samverkansformer. Det ställer även krav på nya kompetensområden för personalen och delvis ett nytt förhållningssätt gentemot brukarna. Även om utvecklingsarbetet pågår lokalt i socialtjänsten och hälso- och sjukvården stödjer regeringen och SKR verksamheternas arbete på en rad olika sätt.

Exakt hur digitaliseringen kommer att förändra socialtjänsten och hälso- och sjukvården på lång sikt vet vi inte i dag men vi måste vara öppna för att – som visionen fastställer – ta till vara de möjligheter som ges. Det vi med säkerhet kan säga är att samhället är på väg att förändras i grunden och att vi kan och bör vara aktiva och välja att vara med och påverka denna utveckling. Genom denna strategi tar regeringen och SKR ett gemensamt ansvar för att arbeta för att Sverige ska bli bäst både på att ta tillvara digitaliseringens möjligheter och hantera dess utmaningar. I detta ingår att särskilt beakta frågor om informationssäkerhet och behov av skydd för den personliga integriteten.

## 1.1 Vision e-hälsa 2025

År 2016 beslutade regeringen och SKR om en gemensam vision för e-hälsoarbetet fram till 2025<sup>1</sup>. Den gemensamma visionen är att:

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

Av överenskommelsen om visionen framgår att avsikten är att en eller flera handlingsplaner ska tas fram. Den första handlingsplanen som täckte 2017–2019 beslutades i januari 2017.

Parterna, dvs. staten och SKR, bedömer att Vision e-hälsa även fortsättningsvis ska vara utgångspunkten för gemensamma insatser och att det samarbete som gjorts under 2017–2019 ska fortsätta samt utvecklas. Föreliggande dokument, som täcker 2020–2022, anger den strategiska inriktningen för arbetet under de kommande åren.



Figur 1. Tidslinje för visionen och tillhörande dokument.

## 1.2 Syfte

Syftet med strategin är dels att fastställa hur det gemensamma arbetet mellan staten och SKR ska utformas, dels att peka ut ett antal inriktningsmål inom vilka specifika insatser ska göras för att uppnå visionen. Strategin ska inte bara vara vägledande för det gemensamma arbetet utan även för de insatser parterna gör var för sig. Även regionala eller lokala aktörer, eller andra verksamheter inom e-hälsoområdet, som önskar vägledning i det egna digitaliseringsarbetet ska kunna använda strategin som en utgångspunkt.

### 1.2.1 Strategin kommer att följas av genomförandeplaner

Strategin anger den strategiska inriktningen för arbetet och kommer att följas av genomförandeplaner. Syftet med genomförandeplanerna är att beskriva

<sup>1</sup> <https://www.regeringen.se/contentassets/79df147f5b194554bf401dd88e89b791/vision-e-halsa-2025.pdf>

vilka insatser som ska genomföras inom strategins prioriterade områden, vem som ska genomföra insatserna samt hur dessa ska följas upp.

### 1.3 Många aktörer bidrar

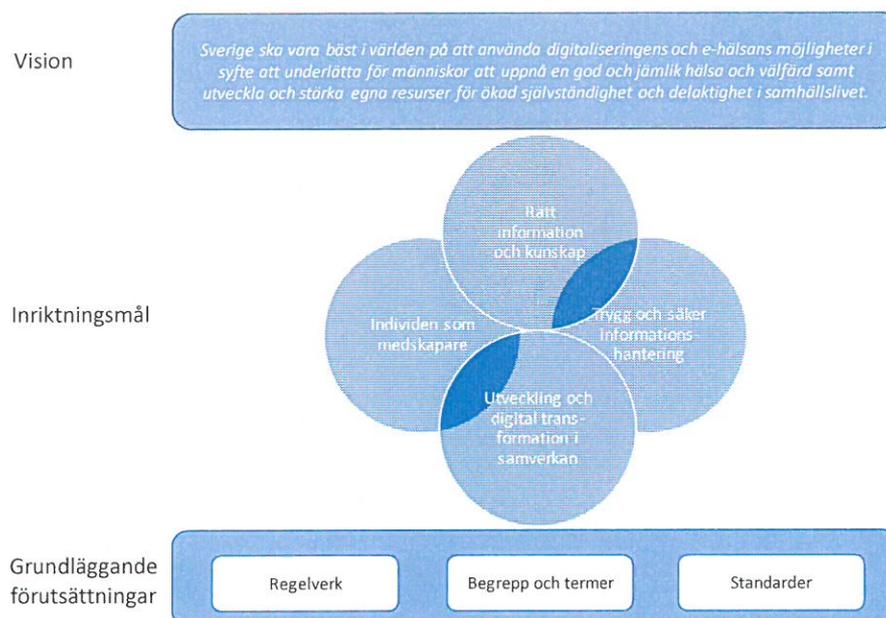
Arbetet med att nå visionen kräver insatser från en mängd aktörer. Där-ibland myndigheter, kommuner och regioner, högskola, näringsliv och idéburna verksamheter. Andra centrala aktörer är patient-, brukar- och an-hörigorganisationer, liksom professions- och personalföreträdare. Digitali-seringen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården är vidare beroende av insatser inom flera olika samhällssektorer. Det kan t.ex. handla om för-valtningsgemensamma tjänster för identifiering och behörigheter, tillgång till god internetuppkoppling och inte minst kunskap om datahantering och informationssäkerhetsfrågor. Det är viktigt att informationshanteringen inte enbart hanteras i en sektorsspecifik kontext utan att utvecklingsinitiativ samordnas med den nationella och förvaltningsgemensamma utvecklingen på området. Vision e-hälsa 2025 ligger i linje med målet för den generella di-gitaliseringspolitiken, som säger att Sverige ska vara bäst i världen på att an-vända digitaliseringens möjligheter, samt målen för digitaliseringen av den offentliga förvaltningen.

## 2. Fyra inriktningsmål för en ökad utvecklingstakt

I denna strategi fastställs fyra s.k. inriktningsmål. Genom att slå fast tydliga mål för inriktningen av arbetet kan utvecklingstakten öka och den samlade förmågan stärkas. Inriktningsmålen syftar till att skapa ett ramverk som ska vägleda parterna i arbetet med prioriteringar av insatser för att nå visionen. Under varje inriktningsmål finns ett antal åtaganden som ytterligare konkre-tiserar inriktningen för kommande arbete.

Det pågår redan i dag flertalet insatser inom dessa områden. Ambitionen är att löpande sammanställa nya och pågående insatser samt publicera dem bl.a. inom ramen för genomförandeplanerna.

I figuren nedan beskrivs hur visionen, inriktningsmålen och de grundlägg-ande förutsättningarna, som även fanns med i handlingsplanen för 2017–2019, hänger ihop på en övergripande nivå.



Figur 2. Strategins tre nivåer.

Strategins fyra inriktningssmål är:

- 1) individen som medskapare,
- 2) rätt information och kunskap,
- 3) trygg och säker informationshantering, och
- 4) utveckling och digital transformation i samverkan.

### Inriktningssmål 1. Individen som medskapare

En förutsättning för personcentrerade verksamheter är att utgå ifrån patienters och brukares behov och förutsättningar och möjliggöra för alla att vara aktiva medskapare. Patienter, brukare och närstående behöver ha förutsättningar att vara välinformerade, ges insyn i och överblick över processer och kontakter med hälso- och sjukvården och socialtjänsten, samt kunna vara delaktiga på nya sätt. Hälso- och sjukvård och socialtjänst behöver erbjudas på flera olika sätt, för att därigenom möjliggöra för människor att kunna välja det sätt som bäst överensstämmer med de egna behoven, förutsättningarna och önskemålen.

Den som kan och vill bidra mer i sin vård, hälsa eller stöd, ska kunna göra det på det sätt som den enskilde önskar. Med olika former av digitala stöd kan individers resurser tillvaratas på nya sätt, samtidigt som de gränser som idag finns inom och mellan olika delar av hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan överbryggas så att verksamheterna kan bli mer sammanhållande.

Det handlar även om att kunna erbjuda en hälso- och sjukvård och socialtjänst som är nära och som i större utsträckning än idag är platsberoende. En hälso- och sjukvård och socialtjänst som erbjuds där invånare befinner sig, när invånare har behov av det och på det sätt invånare önskar.

För att stödja en utveckling där människor får nya möjligheter till trygghet, delaktighet och självständighet utifrån sina egna förutsättningar och preferenser kommer parterna under 2020–2022 att prioritera följande insatser.

- **Digitala tjänster för ökad trygghet och självständighet:** Med ny teknik kan vård, omsorg och andra stöd ges utanför de traditionella miljöer som exempelvis vårdcentraler, sjukhus och särskilda boenden. Det behöver bland annat skapas förutsättningar för äldre eller personer med funktionsnedsättningar att med digitala stöd kunna leva självständigt i det egna hemmet med bibehållen trygghet. För personer med kronisk sjukdom kan det handla om att själv mäta sina vitala parametrar, som t.ex. blodtryck och puls samt via digitala lösningar få stöd i att bibehålla hälsa. För barn och unga i utsatta situationer kan digitala lösningar ge möjligheter till tillgänglig och anpassad information om samhällets stöd.
- **Digitala tjänster som gör verksamheterna tillgängliga och närvarande:** Socialtjänsten och hälso- och sjukvården bör i större utsträckning erbjuda möjligheten att använda digitala tjänster. Det kan t.ex. handla om att kunna boka tid, beställa provtagningar, få egenvårdsråd, ta del av dokumentation, ansöka om stöd eller bistånd eller fylla i information om hälsa och livssituation inför en kontakt eller ett besök. För många innebär det en ökad trygghet och känsla av delaktighet att själva kunna lösa sitt behov när som helst på dygnet och var ifrån som helst.
- **Sammanhållen infrastruktur samt bastjänster:** Det finns ett behov av att utveckla den nationella infrastrukturen och bastjänsterna som erbjuds i första linjens vård, t.ex. att förnya de tjänster som tillhandahålls via 1177 Vårdguiden. Fokus behöver ligga på infrastruktur, bastjänster och medicinskt innehåll, som tillsammans kan ge förutsättningar för mer sammanhållna flöden där relevant information för invånare finns tillgänglig. Det finns även ett behov av att undersöka förutsättningar och behovet av en liknande nationellt gemensam infrastruktur för kommunala tjänster.

## **Inriktningsmål 2. Rätt information och kunskap**

En förutsättning för en jämlik och jämställd hälso- och sjukvård och socialtjänst av god kvalitet är att medarbetare har rätt information och kunskap i mötet med patienter och brukare. Det ska vara lätt att få del av den information som behövs för att kunna utföra arbetsuppgifterna och bästa möjliga

kunskap eller evidens ska finnas tillgänglig i varje möte. Den digitala arbetsmiljön behöver stödja de processer som medarbetarna verkar i. Flera regioner och kommuner har påbörjat ett arbete med att modernisera sina digitala stöd, antingen genom att införa nya vårdinformationsmiljöer eller utveckla befintliga system och lösningar. Syftet är en modernare it-miljö, där all relevant information smidigt kan göras tillgänglig i den situation den behövs, och därigenom underlätta för både patienter och medarbetare.

Även inom socialtjänsten pågår insatser i flera kommuner för att införa mer moderna verksamhetssystem. Samtidigt har många av landets kommuner system som är förhållandevis gamla och som inte i tillräcklig utsträckning ger stöd för en informationshantering som på ett effektivt och ändamålsenligt sätt möjliggör nya arbetssätt, kvalitetsutveckling och lärande.

För att stödja en mer ändamålsenlig och effektiv informationshantering, där medarbetare har tillgång till rätt information och kunskap kommer parterna under 2020–2022 att prioritera följande områden.

- **Stöd till effektivare informationshantering:** Fokus ligger på att främja en ändamålsenlig och effektiv informationshantering som ger vårdens och socialtjänstens medarbetare goda förutsättningar att utföra sitt arbete. Det handlar exempelvis om att tillhandahålla nationella kataloger och register över verksamheter och dess utbud eller ge säker digital tillgång till information som behövs i mötet med patienter och brukare. Sammantaget är det sådant som ger potential till effektivisering genom att digitaliseringen av olika verksamhetsnära processer underlättas och påskyndas.
- **Digitala kunskapsstöd:** En jämlik socialtjänst och hälso- och sjukvård kännetecknas bland annat av att varje patient och brukare får vård och stöd utifrån bästa tillgängliga kunskap. Fokus ligger på att stödja styrningen med kunskap i verksamheterna på ett sådant sätt att medarbetare har enkel och situationsanpassad tillgång till bästa tillgängliga kunskap.
- **Datadriven utveckling:** För att i snabbare takt utveckla och omsätta ny kunskap i verksamheterna bör data omsättas till information och kunskap som kan användas för att utveckla nya arbetssätt och smarta tjänster. Även om socialtjänsten och hälso- och sjukvården är två av de mest informationsintensiva sektorerna i samhället finns fortfarande ett stort behov av att öka förmågan att tillämpa resultaten från databearbetning för att skapa ny kunskap med potential att förändra processer, organisationer och system till det bättre.

### Inriktningsmål 3: Trygg och säker informationshantering

Förmågan att hantera och skydda information på ett ändamålsenligt sätt behöver ständigt utvecklas i takt med att omvärlden förändras. Individer vill att uppgifter om t.ex. hälsa och livssituation ska finnas tillgängliga i mötet med verksamheterna. Samtidigt är det viktigt att uppgifterna hanteras säkert och skyddas från att obehöriga får tillgång till uppgifterna. Det är även viktigt att uppgifterna är korrekta, att den enskilde kan påverka hur uppgifterna används samt att det är möjligt för den enskilde att få veta vilka uppgifter som finns, hur de används och av vem. Därför är en trygg och säker informationshantering central för att behålla och stärka tilliten i digitaliseringsarbetet. Ett systematiskt informationssäkerhetsarbete är inte endast centralt för att undvika incidenter och förebygga sådant som it-intrång och informationsläckage, utan även en grundförutsättning för att möjliggöra digital verksamhetsutveckling.

För att stödja en trygg och säker informationshantering kommer parterna under 2020–2022 att prioritera följande områden.

- **Systematiskt informationssäkerhetsarbete:** Socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens systematiska informationssäkerhetsarbete ska stärkas. Ett lyckat informationssäkerhetsarbete bygger på att resurser och kompetens finns tillgängliga i organisationerna. För socialtjänsten och hälso- och sjukvården, som består av tusentals olika verksamheter, finns stora möjligheter till lärande, samarbete och utbyte av erfarenheter.
- **Säkert informationsutbyte:** Inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården hanteras stora mängder känsliga personuppgifter. Det gör det särskilt viktigt att säkerställa att endast rätt personer får åtkomst till uppgifterna. En förutsättning för åtkomst till information över organisationsgränser är bl.a. att det finns gemensamma principer för identitets- och behörighetsstyrning. Fokus ligger bl.a. på att verka för en gemensam identitets- och behörighetsfederation, dvs. samverkan som ska underlätta inloggning för användare över verksamhetsgränser, som möjliggör ett säkert informationsutbyte inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård men även med andra organisationer i offentlig sektor. Det är även viktigt att i kommande arbete beakta de processer och initiativ som pågår på EU- och nordisk nivå.

### Inriktningsmål 4. Utveckling och digital transformation i samverkan

Digitaliseringen förändrar förutsättningarna för verksamheter i alla sektorer. Teknikutvecklingen gör att människor såväl ändrar beteende som får nya förväntningar på t.ex. olika välfärdstjänster. Rådande organisationskulturer, regelverk, kompetenser, synsätt, gränser och relationer utmanas därmed vilket gör att förändringsförmågan hos olika verksamheter sätts på prov.

För att Sverige ska kunna ta till vara digitaliseringens möjligheter krävs ett långsiktigt arbete för att stödja förmågan till verksamhetsutveckling och rusta individer och verksamheter med de färdigheter, förmågor och andra förutsättningar som krävs för att påverka beteenden och möjliggöra nya arbetssätt. Det behövs kunskap och förmåga att på ett hållbart, säkert och etiskt sätt utveckla verksamheterna med stöd av nya teknologier.

En framgångsfaktor är även ett stärkt partnerskap mellan näringslivet och aktörerna inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Förmågan att samarbeta och dra nytta av varandras erfarenheter kommer att vara bärande både för att öka takten i införandet av nya arbetssätt med stöd av digitala lösningar och för att bättre kunna dra nytta av näringslivets innovationskraft.

För att stödja en digital omställning kommer parterna var för sig och tillsammans under 2020–2022 bland annat att prioritera följande områden.

- **Digital kompetens på alla nivåer:** Förutsättningar till styrning och organisering för att kunna ta tillvara digitaliseringens möjligheter och hantera de utmaningar som digitaliseringen ställer på verksamheterna som beskrivits ovan bör stärkas. Den samlade kompetensutvecklingen kring socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens förnyelse genom digitalisering behöver prioriteras. Kompetensutveckling och livslångt lärande är förutsättningar för att verksamheter kontinuerligt ska kunna omsätta ny kunskap. Det handlar även om yrkesrollers förändring och utveckling av förmågor och färdigheter att ta till sig nya arbetssätt med stöd av digital teknik. Fokus ligger på att stärka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens förutsättningar till ledning, styrning och organisering för att kunna ta tillvara digitaliseringens möjligheter och hantera dess utmaningar.
- **Stöd för införande av nya teknologier:** Den snabba teknikutvecklingen reser behov av att analysera grundläggande frågor om etik, säkerhet, transparens, förklarbarhet, representativitet i data som används för utveckling av digitala tjänster samt kvalitetssäkring. På flera håll i landet pågår projekt för att se hur t.ex. automatisering, artificiell intelligens, blockkedjeteknik och precisionsmedicin kan bidra till ökad kvalitet och effektivitet samt bättre arbetsmiljö. Fokus ligger på att åstadkomma ett mer samordnat och nationellt gemensamt stöd, i syfte att skapa förutsättningar för att nya arbetssätt och nya teknologier kan introduceras och integreras i verksamheter på ett sätt som är långsiktigt hållbart, säkert och samhällsekonomiskt effektivt.

- **Stöd för implementering:** Det finns utmaningar i att kunna bedöma vilka lösningar som är ändamålsenliga, kvalitetssäkrade, kostnadseffektiva och i övrigt lever upp till de legala förutsättningar som finns. Detta gäller inte minst inom individriktade digitala tjänster för ökad trygghet, självständighet och delaktighet. Verksamheter och näringsliv framhåller också att det är svårt att veta vad man ska förhålla sig till när det exempelvis gäller områden som juridik, informationssäkerhet, användbarhet och standarder. För att öka utvecklingstakten rörande nya arbetssätt behövs nya former av samarbete och samordning mellan statliga myndigheter, regioner, kommuner, privata utförare och näringsliv.

Det finns behov av gemensamt överenskomna riktlinjer och en mer samordnad kravbild till stöd för de olika stegen från idé och verksamhetsbehov till upphandling, införande och uppföljning. Syftet är att underlätta innovation samtidigt som det skapas trygghet och ökade förutsättningar att återanvända resultat och erfarenheter mellan verksamheter i socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Därutöver förbättras möjligheter till mer samordnade upphandlingar av digitala produkter och tjänster.

### 3. Grundläggande förutsättningar

Genom handlingsplanen för 2017–2019 lades grunden för ett mer samlat nationellt arbete inom regelverk, enhetligare begreppsanvändning och standardisering. Det är områden som kräver långsiktighet, uthållighet och förutsäbarhet. Även i denna strategi pekas därför de områdena ut som nödvändiga för att möjliggöra en hållbar förnyelse av socialtjänsten och hälso- och sjukvården med stöd av digitalisering..

De grundläggande förutsättningarna skapar inte bara förutsättningar för informationsutbyte inom eller mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Gemensam tillämpning av standarder underlättar informationsöverföring för många olika ändamål och verksamheter, t.ex. forskning och utveckling, kvalitetssäkringsinsatser samt statistikframställning. Därutöver möjliggörs en informationshantering där olika digitala lösningar kan samspela i ett standardiserat ekosystem. Det är viktigt att det finns en samordning och koordinering för det som är nationellt och förvaltningsgemensamt eftersom tillämpningen av standarder och gemensamma gränssnitt ger ökade möjligheter till sektorsövergripande informationsöverföring.

#### 3.1 Regelverk

I princip all personuppgiftshantering i socialtjänst och hälso- och sjukvård rör personers hälsa och livssituation vilket är information av integritetskänslig karaktär. Tillgången till sådana uppgifter är samtidigt en förutsättning för

att verksamheterna ska kunna ge en god vård, omsorg eller annat stöd. I arbetet handlar det om att säkerställa olika rättigheter såsom skydd för personlig integritet, jämlikhet, patientsäkerhet och tillgänglighet. Utgångspunkten för detta område är att parterna gemensamt ska identifiera förändringsbehov i regelverk som uppstår i takt med den digitala utvecklingen samt vidta initiativ till nödvändiga förändringar i syfte att bättre nyttja digitaliseringens möjligheter. Det handlar även om att utforma regleringar som är hållbara över tid men samtidigt är tydliga nog för att tillämpas. Det är även viktigt att det finns stöd för dem som tillämpar regleringarna.

Målsättningar med området:

- *skapa ändamålsenliga regelverk som såväl värnar individens integritet och säkerhet som främjar den digitala utvecklingen*
- *underlätta tillämpning och införande av dessa regelverk i berörda verksamheter.*

Parterna ska därför:

- fortsätta arbetet med att gemensamt identifiera och uppmärksamma verksamheternas behov av information om gällande regelverk eller om kommande förändringar av dessa regelverk, och
- löpande sammanställa frågeställningar utifrån t.ex. teknikutveckling, tillsynsinsatser och domstolsavgöranden, som kopplas till befintliga regelverk och som kan uppfattas försvåra digitaliseringsutvecklingen i berörda verksamheter.

### **3.2 Enhetligare begreppsanvändning**

Information i socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska utgöra ett stöd i den individriktade verksamheten, men den ska även på ett effektivt sätt kunna återanvändas för exempelvis verksamhetsuppföljning och som underlag för forskning och nationell statistik. För att uppnå detta behöver information struktureras på ett enhetligt sätt med en gemensam terminologi, oavsett var och av vem den registreras.

Inom såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården pågår en större omställning till nya informationshanteringssystem. Detta ger möjligheter till en förstärkt nationell samordning som så långt möjligt säkerställer enhetlig tillämpning i frågor som rör s.k. semantisk interoperabilitet och därigenom bidrar till en välfungerande informationsöverföring inom och mellan verksamheter.

Målsättningar med området:

- *begrepp, termer och klassifikationer som är nödvändiga för verksamheterna ska enhetligt kunna hanteras och tolkas likartat vid utbyte mellan system eller verksamheter*
- *öka takten i införande av gemensamma begrepp, termer och klassifikationer i verksamheternas it-stöd.*

Parterna ska därför:

- fortsätta hantera urval, prioritering, tillämpning och utveckling av gemensamma begrepp, termer och klassifikationer samt vid behov tydliggöra vilka organisationer som ska tillhandahålla gemensamma begrepp, termer och klassifikationer inom olika områden.

### 3.3 Standarder

Standardiseringsarbete pågår på många olika nivåer varav mycket sker inom EU. Det är viktigt i kommande arbete att beakta de processer och initiativ som bl.a. internationella och europeiska standardiseringsorganisationer gör och som kan ha bäring på standarder inom e-hälsoområdet. I den mån det är möjligt ska gemensamma och gränsöverskridande lösningar främjas för att förhindra nationella eller sektorsspecifika sär lösningar.

Målsättning med området:

- *verksamheternas informations- och kommunikationssystem ska kunna skicka och ta emot relevanta informationsmängder på ett ändamålsenligt sätt och utan behov av extra åtgärder.*

Parterna ska därför:

- fortsätta arbeta utifrån en nationell process där tillämpning och utveckling sker utifrån ett för parterna gemensamt ramverk av standarder för interoperabilitet,
- säkra en långsiktig förvaltning av ett gemensamt ramverk av standarder för interoperabilitet, och
- öka parternas engagemang i internationellt standardiseringsarbete och tydligare koppla samman detta med behoven regionalt och lokalt samt hos forskning och näringsliv.

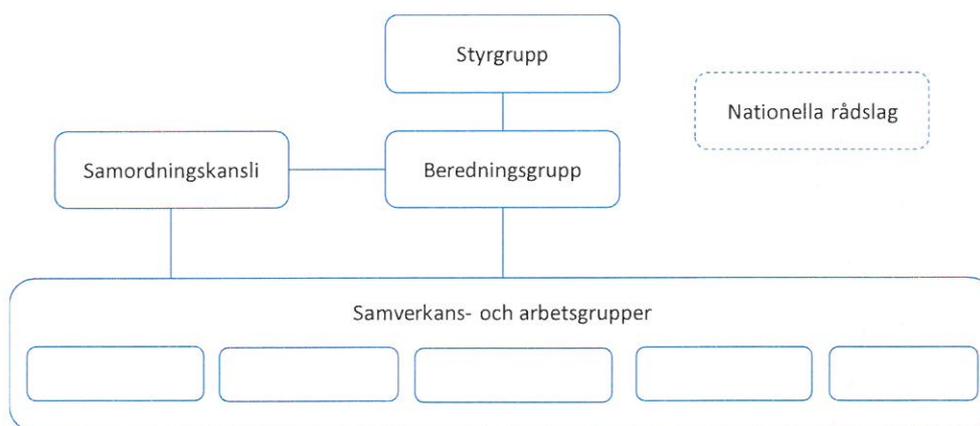
## 4. Styr- och samverkansorganisation

I handlingsplanen för 2017–2019 inrättade parterna en gemensam nationell styr- och samverkansorganisation. Syftet med organisationen var att stärka samverkansarbetet så att aktörerna, tillsammans liksom var för sig, skulle kunna bidra på bästa möjliga sätt i arbetet mot visionen. Arbetet syftade till att balansera, koordinera och i mesta möjliga mån ena intressen för att bidra till att det utvecklas en samsyn rörande prioriteringar i arbetet med handlingsplanen.

I handlingsplanen för 2017–2019 fastställdes också ett antal vägledande principer för arbetet inom styr- och samverkansorganisationen. Det handlade om likvärdigt och jämställt deltagande, tydlig rollfördelning och spelregler mellan aktörer, långsiktighet och stadga, transparens och delaktighet samt samverkan och respekt för varandras roller. Dessa principer kvarstår även för föreliggande strategi.

### 4.1 Organisation och ansvar

Styr- och samverkansorganisationens utformning förändras delvis inför kommande period. Förändringarna syftar till att tydliggöra ansvarsfördelningen inom organisationen och därigenom öka förutsättningarna för organisationen som helhet att arbeta mer effektivt och mer flexibelt utifrån verksamheternas behov. Styr- och samverkansorganisationens utformning kommer under 2020–2022 se ut enligt nedan.



Figur 3. Strategins styr- och samverkansorganisation.

#### 4.1.1 Stygrupp

Styrgruppen består av politisk representation från staten och SKR. Ordförande är en representant från staten. Gruppens ansvar är att styra den övergripande prioriteringen i arbetet för att nå visionen och följa upp strategins genomförande. Gruppen ska bl.a. hållas informerad om beredningsgruppens arbete, upprättande av nya samverkans- eller arbetsgrupper och deras syfte och bemanning.

#### 4.1.2 Beredningsgrupp

Beredningsgruppen består av tjänstepersoner från staten, SKR, regioner och kommuner. Ordförande är en representant från SKR, och vice ordförande är en representant från staten. Gruppen ansvarar för att genomföra och samordna såväl strategiska som operativa aktiviteter inom denna strategi och genomförandeplanerna. Gruppen kan även identifiera behov och ge förslag på strategier för genomförande, t.ex. analyser och utredningar.

Gruppen beslutar om inrättande av samverkans- eller arbetsgrupper samt ansvarar för att ändamålsenlig kompetens finns i respektive grupp. Samverkans- eller arbetsgruppernas uppgift, sammansättning och syfte ska rapporteras till styrgruppen. Gruppen ansvarar vidare för inriktningen på kommunikationsarbete som sker inom ramen för strategin.

#### 4.1.3 Samordningskansli

Samordningskansliet är en fristående och för parterna gemensam resurs med uppgift är att stödja och driva arbetet i styr- och samverkansorganisationen. Kansliet kopplas organisatoriskt till beredningsgruppen men ska även stödja övriga delar inom styr- och samverkansorganisationen. Kansliet har ansvar för att kommunicera gemensamma aktiviteter samt informera externa intressenter om det gemensamma arbetet inom visionen och strategin. Kansliet ansvarar även för den grafiska profilen för visionen samt för den gemensamma webbsidan. Vidare ansvarar samordningskansliet för att arrangera möten, dialoger och liknande sammankomster utifrån det arbete som sker inom ramen för strategin.

#### 4.1.4 Nationella rådslag

Nationella rådslag ska anordnas årligen. Rådslagen ska vara öppna och syftar till att upprätthålla en löpande dialog med representanter för verksamheter inom socialtjänst och hälso- och sjukvård, personal- och professionsföreträdare, näringsliv, högskola samt patient- brukar- och anhängargorganisationer. Rådslagen kommer främst fokusera på insatser inom strategins inriktningsmål men mer generella frågeställningar kan också lyftas. Därtill syftar rådslagen till att vara en plattform för att dela information om vad aktörer planerar eller skulle kunna göra för att bidra till visionens förverkligande. Beredningsgruppen ansvarar för att arrangera rådslagen men representanter för styrgruppen ska medverka då det anses lämpligt.

Utöver nationella rådslag kommer ett särskilt rådslag rörande standardisering anordnas minst en gång årligen.<sup>2</sup> Till rådslandet inbjuds deltagare från

---

<sup>2</sup> Rådslandet övertar uppgifter som tidigare låg på Nationellt forum för standardisering inom e-hälsa i handlingsplanen för 2017–2019.

berörda myndigheter, branschorganisationer, personal- och professionsorganisationer samt patient- och brukarorganisationer. Detta rådsråd syftar till att utgöra en arena för strategisk koordinering av pågående utvecklingsinsatser av nationellt gemensamt intresse inom standardiseringsområdet. Det syftar även till att öka samverkan mellan pågående utvecklingsinsatser och identifiera nya områden av betydelse för gemensamma satsningar. Rådsrådet anordnas av lämplig samverkans- eller arbetsgrupp efter uppdrag av beredningsgruppen.

#### 4.1.5 Samverkans- och arbetsgrupper

Vid behov kan samverkans- eller arbetsgrupper etableras av beredningsgruppen. Samverkansgrupperna ska stödja och verka för ett gemensamt och sammanhållet arbete i en avgränsad fråga med koppling till strategins inriktningsmål eller de grundläggande förutsättningarna. Arbetsgrupperna ska utföra en gemensam och avgränsad arbetsuppgift och ska till skillnad från samverkansgrupper ha ett tidsbestämt mandat. Vid upprättandet av grupperna ska uppgift, syfte och ordförande anges. Beredningsgruppen ansvarar för att ändamålsenlig kompetens finns i respektive samverkan eller arbetsgrupp och dessa rapporterar också sitt arbete till just beredningsgruppen.

#### 4.1.6 Ansvarsfördelning och finansiering

Strategin åsidosätter inte befintlig ansvarsfördelning mellan medverkande statliga aktörer eller mellan staten och kommunerna och regionerna utan syftar huvudsakligen till att skapa ett strukturerat samverkansarbete. Strategins genomförande förutsätter inte ökade kostnader för staten, regionerna och kommunerna utan baseras på gällande ekonomiska ramar. Finansiering för insatser eller åtaganden åläggs respektive organisation. Undantaget är finansiering av samordningskansliet som delas av staten och SKR.

### 5. Uppföljning

En kontinuerlig uppföljning rörande digitaliseringsutvecklingen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården är en förutsättning för att mäta hur arbetet med strategin och att nå visionen fortlöper. Men det bidrar även till att synliggöra områden där ytterligare insatser behövs, samtidigt som det kan utgöra underlag för att beskriva hur nyttan av digitaliseringen kan realiseras. Inom ramen för arbetet med handlingsplanen för 2017–2019 har ett indikatorbaserat ramverk för uppföljning tagits fram. Detta ramverk kommer att utvecklas med bl.a. urval av internationellt jämförbara indikatorer som möjliggör uppföljning av visionen och för att kunna utgöra grunden för kommande uppföljningar.

För att förtydliga hur e-hälsoområdet utvecklas ska det indikatorbaserade ramverket kompletteras med redovisning av vidtagna insatser, eventuella resultat m.m., som genomförs som direkt eller indirekt syftar till att uppnå visionen.

Uppföljningen kommer att publiceras årligen. Individbaserad statistik kommer att presenteras könsuppdelat.

## 6. Kommunikation

En aktiv kommunikation rörande åtaganden och insatser inom ramen för strategin är nödvändig. Digitaliseringen är ett prioriterat område för parterna och det är önskvärt med en tydlig kommunikation för att skapa bättre förståelse för vilka insatser som görs för att nå visionen. Det handlar även om att öka intresset och engagemanget hos andra berörda aktörer som, tillsammans med parterna, har viktiga roller i arbetet för att förverkliga visionen.

Ett förbättringsområde för den kommande perioden är att tydliggöra sambandet mellan en insats, t.ex. ett uppdrag eller ett projekt, och Vision e-hälsa 2025. Detta är viktigt för att beskriva helheten rörande e-hälsoområdet och hur de enskilda insatserna syftar till att nå denna helhet. Parterna ska gemensamt verka för att kopplingen mellan e-hälsoinsatser och visionsarbetet blir tydligare framöver.

Ansvar för kommunikationen åligger såväl parterna gemensamt som var för sig. I de delar de är gemensamma ska arbetet utgå från prioriteringar och riktlinjer som beslutas av styrgruppen. Samordningskansliet ansvarar dock för kommunikation kring styr- och samverkansorganisationens gemensamma aktiviteter.

I de delar som parterna gör var för sig men som har koppling till strategins olika delar åligger det parterna att säkerställa att kopplingar görs till visionen och strategin, t.ex. genom att använda visionens logotyp eller använda parts-gemensamma skrivningar.

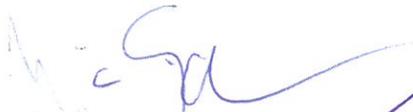
Överenskommelsen blir giltig under förutsättning att den godkänns av regeringen.

## 7. Godkännande av överenskommelsen

För regeringen genom  
Socialdepartementet

För Sveriges Kommuner och  
Regioner

Stockholm  
den 5 februari 2020



Maja Fjaestad  
Statssekreterare

Stockholm  
den 31 januari 2020



Staffan Isling  
Verkställande direktör

**§ 7**

**Dnr 2020-000023**

**2020 års löneöversyn inklusive strukturåtgärder**

**Sammanfattning**

Inför löneöversynen per 2020-04-01 finns centrala huvudöverenskommelser för samtliga fackliga organisationer utom Kommunal där centrala förhandlingar pågår mellan vår arbetsgivarorganisation Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Kommunal på nationell nivå. Utfallet av de centrala förhandlingarna kan komma att påverka löneprocessen och tidsramen för denna när det gäller Kommunal.

Det ekonomiska utrymme som i kommunens budget för 2020 är avsatt för löneöversynen ligger på 3,0 procent av lönekostnaderna.

Kommunstyrelseförvaltningen föreslår att varje förvaltning i löneöversynen får ett löneutrymme på 2,5 procent för individuell lönesättning utifrån gällande avtal och kommunens lönekriterier som är kopplade till medarbetarplattformen. Resterande 0,5 procent avsätts för strukturella satsningar på vissa yrkesgrupper. Även dessa ska fördelas individuellt utifrån lönekriterierna.

Utrymmet för strukturella åtgärder, 0,5 procent, bör satsas på de yrkesgrupper som krävs för att klara av välfärden och upprätthålla kvaliteten i våra verksamheter och som vi ser ligger lägre lönemässigt och konkurrensmässigt i förhållande till kommunerna i närområdet. För att Lysekils kommun ska vara en attraktiv arbetsgivare och ska klara sin kompetensförsörjning är detta en viktig faktor. Detta är också i linje med prioriteringarna i 2019 års löneöversyn, eftersom det är en långsiktig process att förändra lönestrukturen för dessa yrkesgrupper. Det handlar bland annat om vissa lärare, undersköterskor, stödassistenter och kockar.

**Beslutsunderlag**

Förvaltningens tjänsteskrivelse 2020-01-17

**Kommunstyrelsens beslut**

Kommunstyrelsens beslutar att varje förvaltning erhåller ett löneutrymme på 2,5 procent för individuell lönesättning i 2020 års löneöversyn. För strukturella satsningar på vissa yrkesgrupper avsätts ett löneutrymme på 0,5 procent. Kommunstyrelseförvaltningen får i uppdrag att fastställa fördelningen av struktursatsningen mellan förvaltningarna.

**Beslutet skickas till**

Kommundirektör  
HR-chef  
Förvaltningscheferna

**Justerare**

**Utdragsbestyrkande**



## Remiss

# Revidering av Riktlinje för Samordnad individuell plan för kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen

Sedan 1 januari 2010 finns i lagstiftningen, SoL och HSL, bestämmelser om att kommun och region ska upprätta en Samordnad individuell plan (SIP) när en person har behov av insatser från båda huvudmännen. I Västra Götaland finns en länsgemensam riktlinje och mall för SIP som upprättades 2015.

2018 gavs ett uppdrag att se över, och vid behov revidera, den länsgemensamma riktlinjen för SIP samt mallar och utbildningsmaterial. Efter översyn konstaterades att riktlinjen behövde revideras.

Anledning till revidering av riktlinjen:

- anpassa SIP-processen och riktlinjen till ny lagstiftning om samverkan vid utskrivning från slutenvård (2017:612)
- förtydliga SIP-processen för verksamheterna inom Västra Götalandsregionen och länets kommuner, med målet att de ska känna ett stöd i riktlinjen
- öka samsynen kring SIP-processen och huvudmännens ansvar
- öka användningen och användarvänligheten av gällande IT-system för att hantera SIP-processen
- skapa möjlighet för en bättre uppföljning av SIP

Arbetsgrupp med företrädare för Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen har tagit fram förslaget. Processledare för arbetet har varit länsgemensam SIP-samordnare, Jessica Ek.

Förslag till huvudsakliga förändringar i riktlinjen (se bilaga):

- SIP ska upprättas vid utskrivning från slutenvård om det finns insatser från de båda huvudmännen och den enskilde samtycker
- Möjligheten att likställa SIP med andra planer tas bort
- Skrivning om hur den andra huvudmannen kallas om den enskilde inte är känd i verksamheten
- SIP-processen ska genomföras i gällande IT-system

Ledningsrådet för samordnad hälsa, vård och omsorg har ställt sig bakom att förslaget till riktlinje sänds på remiss till Västra Götalandsregionen och länets 49 kommuner.

Svar senast: **2020-04-03**

Kommunerna skickar svar till [info@vastkom.se](mailto:info@vastkom.se)

**Frågor besvaras av:**

Jessica Ek, Länsövergripande SIP-samordnare, [jessica.ek@vgregion.se](mailto:jessica.ek@vgregion.se)

Riktlinje för Samordnad individuell plan för kommunerna i Västra  
Götaland och Västra Götalandsregionen

Remissversion

## Innehållsförteckning

1 Varför behövs samordnad individuell plan? (SIP) .....	4
1:1 Syfte och mål .....	4
1.2 Samarbetet mellan huvudmännen och övriga aktörer ska kännetecknas av att: .....	5
1.3 Specifikt för SIP är att: .....	5
2 Lagstadgad SIP- viktiga skillnader mellan de olika lagarna .....	6
3 Överenskommelser i Västra Götaland .....	6
3:1 SIP mellan kommun- och regionfinansierad hälso- och sjukvård .....	6
3:2 SIP med alla skolformer .....	7
4 Kommuner och region ansvarar för att arbeta enligt SIP-processen .....	7
4.1 När den enskilde inte är känd hos en verksamhet .....	7
4.3 SIP-processen ska starta utan dröjsmål .....	8
4.4 SIP-processen ska hanteras i gällande IT-tjänst .....	8
4.5 Uppföljning .....	8
5 Begreppsförklaring .....	8
6 Avgränsning .....	9
7 Undantag .....	9
Bilagor till riktlinjen .....	10

### Samordnad individuell plan enligt SoL och HSL, sedan 2010

Enligt 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, och 16 kap 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan, när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården. Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Lag (2019:909).

### Samordnad individuell plan enligt Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso-och sjukvård, sedan 2018

Enligt Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso-och sjukvård (lag 2017:612), ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna, om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst.

Om insatser behövs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska även den regionsfinansierade öppna vården medverka i den samordnade individuella planeringen.

Vid den samordnade individuella planeringen ska enheterna upprätta en individuell plan i enlighet med bestämmelserna i 16 kap. 4 § tredje och fjärde styckena hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 2 kap. 7 § andra och tredje styckena socialtjänstlagen (2001:453).

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. Lag (2019:909).

## 1 Varför behövs samordnad individuell plan? (SIP)

Dagens specialisering inom hälsa, vård och omsorg samt mångfalden av utförare ställer höga krav på professionerna kring effektiv samordning. För den enskilde kan det vara otydligt vad olika verksamheter gör eller planerar att göra.

SIP-processen<sup>1</sup> startar i och med att ett behov av samordning upptäcks och pågår till dess individens behov av samordning inte längre kvarstår. SIP-processen gör att enskilda och deras närstående blir delaktiga i planeringen av insatser från de två huvudmännen, kommun och region samt övrigt inbjudna aktörer.

Insatserna dokumenteras i SIP<sup>2</sup>, som gör det tydligt för den enskilde vad de olika verksamheterna ansvarar för, vad den enskilde själv ansvarar för utifrån egenvårdsprincipen samt vilka kontaktpersoner den enskilde har i de olika verksamheterna. Kallelse<sup>3</sup> till samordnad individuell planering och upprättande av SIP kan endast ske med den enskildes samtycke<sup>4</sup>.

### 1:1 Syfte och mål

Bestämmelserna i lagstiftningarna om SIP syftar till att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen så att alla, oavsett ålder, ska få sina behov tillgodosedda av hälsa, vård och omsorg.

Denna riktlinje ska genom förbättrad samordning ge ökat inflytande och delaktighet för de enskilda som har behov av stöd och samordning i form av en SIP. Den ska ge den enskilde, närstående, berörda hälsa, vård- och omsorgsgivare samt övrigt inbjudna aktörer en helhetsbild av den enskildes behov och situation.

SIP-processen syftar till:

- stärkt psykisk och fysisk hälsa samt livskvalité för den enskilde
- effektivt samt hållbart användande av våra gemensamma välfärdsresurser

SIP-processen har som mål att:

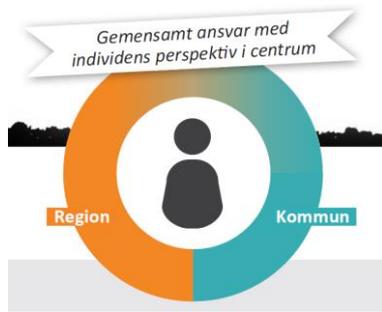
- uppnå genuin delaktighet, såväl i hälsa, vård och omsorg som delaktighet i samhället och därmed uppnå en personcentrerad hälsa, vård och omsorg
- stärka den enskildes/närståendes förmåga att förstå och engagera sig i sina insatser (medskapande)
- ge bästa förutsättningar för att insatta välfärdsresurser ska få avsedd effekt och minska risken att insatser upprepas i onödan

1. Bilaga 1 SIP-processen

2. Bilaga 4 Samordnad individuell plan

3. Bilaga 3 Kallelse till Samordnad individuell planering

4. Bilaga 2 Samtycke till Samordnad individuell planering och plan



### 1.2 Samarbetet mellan huvudmännen och övriga aktörer ska kännetecknas av att:

- den enskildes behov, inflytande och delaktighet alltid är utgångspunkt för hälsa, vård och omsorg.
- utifrån den enskildes perspektiv ska hälsa, vård och omsorg vara lättillgänglig, effektiv och säker med god kvalitet och gott bemötande.
- varje medarbetare aktivt bidrar med sin kunskap och kompetens samt samarbetar så att insatserna för hälsa, vård och omsorg upplevs som en välfungerande helhet.

### 1.3 Specifikt för SIP är att:

- den gäller barn och vuxna oavsett ålder och ärendekomplexitet
- den enskildes delaktighet och inflytande är central
- det är den enskildes situation, erfarenhet och önskemål som utgör utgångspunkten för planeringen, i kombination med professionens bedömning och alternativ som finns utifrån bästa tillgängliga kunskap
- den ska säkerställa att huvudmännen, tillsammans med inbjudna aktörer och den enskilde samarbetar och samverkar på ett sätt som främjar den enskildes hälsa, samt tillgodoser en god och jämlik vård och omsorg utifrån det samlade behovet av insatser
- den enskilde känner till huvudmännens ansvar och vilka krav den enskilde kan ställa på dem samt vilket ansvar den själv enskilde har
- det är huvudmännen som har ansvaret för att samordna insatserna
- huvudmännen, tillsammans med inbjudna aktörer och den enskilde samordnar sina insatser och ansvar i ett gemensamt dokument
- uppföljning sker gemensamt.

## 2 Lagstadgad SIP- viktiga skillnader mellan de olika lagarna

Det finns några viktiga skillnader i de olika lagarna. SIP-processen är den samma men vissa skillnader finns i tillämpningen.

	Socialtjänstlagen 2 kap. 7 § och Hälso- och sjukvårdslagen 16 kap 4 §	Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård 4 kap 1-3§§
Parter som enligt lag ska medverka	Socialtjänst och regionfinansierade hälso- och sjukvård <sup>1</sup>	Enhet inom socialtjänsten och/eller den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och den regionfinansierade öppna hälso- och sjukvården
När en samordnad individuell plan ska upprättas enligt lag	Den samordnade individuella planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas.	Om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna.  Om insatser behövs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska även den regionfinansierade öppna vården medverka i den samordnade individuella planeringen.  Vid den samordnade individuella planeringen ska enheterna upprätta en individuell plan. Planen får upprättas om patienten samtycker till det.
Sammanställande enligt lag	Sammanställande är den inom socialtjänst eller den regionfinansierade öppna vården som ser behovet.	Sammanställande är huvudansvarig Fast vårdkontakt i den regionfinansierade öppna vården.

<sup>1</sup> Enligt Regeringens proposition 2008/09:193 Vissa psykiatrifrågor m.m. sid. 22

## 3 Överenskommelser i Västra Götaland

### 3:1 SIP mellan kommun- och regionfinansierad hälso- och sjukvård

Utöver ovanstående lagstiftning i Hälso- och sjukvårdslagen, 16 kapitlet 4§ och Socialtjänstlagen 2 kapitlet 7§, ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en SIP, när den enskilde har behov av insatser från både kommunalt finansierad och regionfinansierad hälso- och sjukvård.

SIP ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas.

### **3:2 SIP med alla skolformer**

Bestämmelserna om SIP regleras i ovanstående lagstiftning, Hälso- och sjukvårdslagen, 16 kapitlet 4§ och Socialtjänstlagen 2 kapitlet 7§.

I Västra Götaland omfattas även skolan (samtliga förskole- och skolformer), som likställd samverkanspart, så som socialtjänst och regionfinansierad hälso- och sjukvård enligt nämnda lagar.

Åtagandet innebär en skyldighet att vid behov initiera och kalla till samordnad individuell planering samt skyldighet att medverka i samordnad individuell planering och plan samt uppföljningsmöten.

## **4 Kommuner och region ansvarar för att arbeta enligt SIP-processen**

Kommuner och region ansvarar för att bedöma om den enskilde behöver en SIP och det ansvaret är långtgående. Under den samordnade individuella planeringen klargörs vilka insatser den enskilde behöver från respektive huvudman och övriga inbjudna. Även om insatser ska samordnas är det viktigt att komma ihåg att ingen verksamhet har rätt att besluta om någon annan verksamhets insatser. Respektive huvudman kan bli kallad till samordnad individuell planering utan att den enskilde behöver vara känd hos huvudmannen.

### **4.1 När den enskilde inte är känd hos en verksamhet**

I det fall den enskilde inte är känd hos en verksamhet är det upp till huvudmannen att avgöra vem som ska medverka på den samordnade individuella planeringen. Skyldigheten att medverka i den samordnade individuella planeringen gäller då huvudmännen inte en enskild verksamhet.

Om en verksamhet fått en kallelse och inte är rätt instans så åligger det verksamheten att inom huvudmannen hitta rätt instans/verksamhet.

Den verksamhet som är kallad kontaktar den som kallar till samordnad individuell planering för att klargöra behovet, om det är otydligt, och meddelar därefter den som kallade vem/vilken instans/verksamhet som kommer att delta på den samordnade individuella planeringen.

Om den som mottagit kallelsen till samordnad individuell planering inte hittar någon annan som ska delta, åligger det mottagaren av kallelsen att delta på den samordnade individuella planeringen.

*Region och  
kommun är  
medspelare*

### **4.2 Avvikelse**

Om en huvudman inte deltar i SIP-processen ska det rapporteras som en avvikelse enligt rutin för avvikelser i samverkan.

#### 4.3 SIP-processen ska starta utan dröjsmål

SIP-processen ska starta utan dröjsmål, vilket ofta innebär inom några dagar från att behovet är upptäckt och bedömt. Det är viktigt att den enskildes behov avgör när den samordnade individuella planeringen hålls. Ibland kan det vara nödvändigt med en omedelbar planeringsinsats, ibland kan det vara av vikt att hitta en tid som passar de som har god kännedom om den enskilde.

#### 4.4 SIP-processen ska hanteras i gällande IT-tjänst

SIP-processen ska i första hand hanteras i gällande IT-tjänst, i andra hand används de mallar som finns framtagna i Västra Götaland, se bilagor.

#### 4.5 Uppföljning

Kvantitativa indikatorer är uppfyllande av satta mål i Gemensam riktlinje för in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård samt satta mål för Läns gemensam handlingsplan för psykisk hälsa i Västra Götaland.

Kvaliteten av upplevd SIP följs upp av årlig brukarrevision och SIP-kollen

### 5 Begreppsförklaring

#### 5.1 Samordnad individuell plan

Enligt Socialstyrelsens termbank kan termerna *individuell plan* enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen och *samordnad individuell plan* användas synonymt. I denna riktlinje används begreppet *samordnad individuell plan (SIP)*.

#### 5.2 Samordnad individuell planering

Enligt Socialstyrelsen är syftet med *samordnad individuell planering* att ta fram en samordnad individuell plan (SIP). I denna riktlinje används samordnad individuell planering istället för SIP-möte.

#### 5.3 SIP-processen

I denna riktlinje används begreppet *SIP-processen* för att beskriva processen och det personcentrerade arbetssättet som leder fram till en samordnad individuell planering och upprättande av SIP.

#### 5.4 Inbjudna aktörer

I en SIP-process finns andra viktiga än huvudmännen, kommun och region. Det finns inget som hindrar att andra aktörer är med i arbetet med SIP, även om de inte omnämns i lagstiftningen. Dessa kan t.ex. vara närstående, Försäkringskassan, Statens institutionsstyrelse (SiS) eller andra verksamheter som är involverade. I denna riktlinje används begreppet *inbjudna aktörer*

#### 5.5 Närstående

Begreppet närstående ska här ges en vid innebörd och förutom familj och släktingar även omfatta andra som den enskilde har en nära personlig relation till.

#### 5.6 Behov

Enligt lagstiftning i Hälso- och sjukvårdslagen, 16 kapitlet 4§ och Socialtjänstlagen 2 kapitlet 7§ ska en SIP ska bara upprättas om den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Bedömningen av om ett sådant behov föreligger ska göras i varje enskilt fall utifrån det som framkommer i kontakten med den enskilde och övriga uppgifter om dennes hälsotillstånd och sociala situation. Den enskildes och de närståendes uppfattning om behovet bör tillmätas stor betydelse. Skyldigheten för kommun och region att samplanera är inte begränsad till enskilda med stora och

omfattande behov, utan gäller alltid när någon har behov av insatser från både kommunen och region och dessa insatser behöver samordnas. Detta innebär att de planer som upprättas i hög grad kan variera i omfattning beroende på de enskildas behov.

## 6 Avgränsning

De två huvudmännen är kommun och region. Denna riktlinje reglerar respektive huvudmans åtaganden och inte huvudmännens interna organisering och ansvarsfördelning.

## 7 Undantag

För patienter som vid utskrivning från slutenvården behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård, ska planeringen i stället genomföras enligt bestämmelserna om en samordnad vårdplan i [7 a § lagen \(1991:1128\)](#) om psykiatrisk tvångsvård och [12 a § lagen \(1991:1129\)](#) om rättspsykiatrisk vård.

Remissversion

Bilagor till riktlinjen

**Bilaga 1:** SIP-processen

**Bilaga 2:** Samtycke

**Bilaga 3:** Kallelse till samordnad individuell planering

**Bilaga 4:** Samordnad individuell plan (SIP)

Remissversion

**Avtal**Sid:  
Datum:**107423SOS**1 (2)  
2019-12-23**Avtal mellan**SOS Alarm Sverige AB  
Box 19546  
104 32 StockholmOrg nr: 556159-5819  
Säte: Stockholm  
Vår ref: Anna Borg  
Kundsupport: 0771-505 100

Lysekils kommun Socialförvaltningen

453 80 LYSEKIL

Org nr: 212000-1389  
Kundnr: 124294  
Er Ref: Johanna Eklöf**LYSEKILS KOMMUN**  
Registraturen

SON 2020 -01- 30

Dnr. 2020-000063

Mellan SOS Alarm Sverige AB (SOS Alarm) och Lysekils kommun Socialförvaltningen (Kunden) har följande avtal träffats.

**Avtalets omfattning****Jourtjänst Mini**

SOS Alarm skall vid överenskomna tider ta emot inkommande samtal (felanmälan) för Jourtjänst Mini, handlägga och dokumentera samtliga ärenden enligt nedanstående specifikationer. Avtalets omfattning framgår av bilaga 1, Avtalets omfattning

Avtalet är baserat på en maxvolym av följande antal anrop under en löpande 12 månaders period.

Max antal anrop 70 st.

Anrop utöver avtalad volym efterdebiteras i efterhand, se avgifter nedan

Larmobjekt	Tjänst	Pris
Jourtjänst Mini	Jourtele Mini Abonnemang	700,00 kr
Jourtjänst Mini	Upplägg Grundavgift Jourtjänster Mini	2 075,00 kr

**Avgifter**

**Total månadsavgift:** (exkl moms) 700,00 kr

**Startavgift:** 2 075,00 kr

Anrop utöver avtalad volym: 134 kr/st

**För ändringar som inte omfattas av avtalets bastjänst kan följande kostnader komma att debiteras:**

Ändringsavgift Enligt aktuell prislista

**Månadspremien** avser ersättning för Jourtjänst Mini Bastjänst. Månadspremien baseras på angiven anropsvolym. Anrop utöver avtal faktureras i efterskott.

**Fakturering:** Sker årsvis i förskott  
**Betalning:** 30 dagar netto  
**Villkor:** Månadsavgiften och avgifter för tilläggstjänster justeras årligen per den 1 januari med den preliminära procentuella förändringen av arbetskostnadsindex AKI, SNI 2007 25-30, 33 per den 31 augusti föregående år. I detta avtal angivna premie och månadsersättning är baserad på index för 31 augusti föregående år. Justering sker första gången per den 1 januari nästa år. SOS Alarm har rätt att under avtalsperioden byta till likvärdigt index för prisjustering i det fall tillämpligt index upphör att gälla.

## Avtalstid

Detta avtal träder i kraft 2020-02-01 - 2022-01-31 Om avtalet ej sägs upp skriftligt av part senast tre (3) månader före avtalstidens utgång förlängs avtalet 1 år åt gången med oförändrad uppsägningstid. SOS Alarms förpliktelser enligt detta avtal inträder dock först sedan ett undertecknat avtalsexemplar kommit SOS Alarm tillhanda.

## Allmänna Villkor

För avtalsförhållandet mellan parterna och för SOS Alarms åtaganden gentemot Kunden gäller jämväl SOS Alarms "Allmänna Villkor, Jourtjänster", Bilaga 3.

## Övrigt

Till detta avtal fogade bilagor skall anses utgöra en integrerad del av Avtalet. Föreligger i Avtalet och dess bilagor motstridiga uppgifter, äger Avtalet företräde framför bilagorna. Bilagorna äger inbördes företräde i fallande nummerordning.

## Bilagor

- Bilaga 1 Avtalets omfattning
- Bilaga 2 Tjänstespecifikation
- Bilaga 3 Allmänna villkor, Jourtjänst Mini
- Bilaga 4 Åtgärdsinstruktioner Jourtjänst Mini
- Bilaga 5 Blankett Jourlista

Detta avtal har upprättats i två likalydande exemplar, varav parterna tagit var sitt.

SOS Alarm Sverige AB

Ort/datum

610 200127

Anna Borg

SOS Alarm Sverige AB är certifierade enligt ISO 9001 och 14001 samt SSF 136

Lysekils kommun Socialförvaltningen

Ort/datum

Lysekil 200115

Underskrift/Namnförtydligande

Phanna Eklöf

2020-01-31

Kommunstyrelserna  
Regionstyrelserna

## **Meddelande från styrelsen Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om psykisk hälsa 2020**

Ärendenr: 19/01701

### **Förbundsstyrelsens beslut**

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

**att** för sin del godkänna överenskommelsen med staten om psykisk hälsa 2020

**att** i en skrivelse informera kommuner och regioner om överenskommelsen.

### **Bakgrund**

Överenskommelsen mellan Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) för 2020 är en ettårig överenskommelse där parterna är överens om att det långsiktiga arbetet med att stödja utvecklingen av insatser för att främja psykisk hälsa, tidigt möta psykisk ohälsa och att ge effektiv vård och stöd till personer med allvarlig problematik behöver fortsätta. Regeringen och SKR är vidare överens om att det behövs tydliga incitament till förändring men också utrymme att genom lokala anpassningar utnyttja stimulansmedlen på mest effektiva sätt.

### **Den ekonomiska omfattningen och fördelningen av stimulansmedel**

Överenskommelsen omfattar totalt 1 716 000 000 kronor varav 1 694 000 000 kronor ska fördelas till kommuner och regioner för att möjliggöra, enskilt eller i samverkan, fortsatt långsiktigt och hållbart utvecklingsarbete inom området. 20 000 000 miljoner kronor fördelas till SKR för samordning av stöd till regioner och kommuner samt utveckling av initiativ och lösningar som kan användas som stöd till lokal och regional utveckling. Resterande 2 000 000 kronor tilldelas SKR för att hantera administration av överenskommelsen, fördelning av medel och för att ta fram anvisningar till regionerna och kommunerna för hur insatserna i överenskommelsen ska redovisas.

Stimulansmedel fördelas **till regionerna** enligt följande:

- 300 000 000 kronor för fortsatt utvecklingsarbete utifrån handlingsplaner och utveckling av mobila lösningar eller liknande. Medlen fördelas efter

befolkningsmängd.

- 370 000 000 kronor för insatser till barn och unga inklusive barn- och ungdomspsykiatri. Medlen fördelas efter befolkningsmängd.
- 100 000 000 kronor för kunskapsbaserad och säker hälso- och sjukvård. Medlen fördelas efter befolkningsmängd.
- 50 000 000 kronor för att stärka den psykiatriska traumavården. Medlen fördelas efter befolkningsmängd.

Stimulansmedel fördelas **till kommunerna** enligt följande:

- 200 000 000 kronor för fortsatt utvecklingsarbete utifrån handlingsplaner och förstärkning av kommunernas roll och utveckling av mobila lösningar eller liknande. Medlen fördelas efter befolkningsmängd.
- 100 000 000 kronor för kunskapsbaserad och säker hälso- och sjukvård och socialtjänst. Medlen fördelas efter befolkningsmängd.

Stimulansmedel fördelas **till länen** enligt följande:

- 200 000 000 kronor för att skapa en mer sammanhållen vård för personer som behöver insatser från både kommuner och regioner, bland annat personer med samsjuklighet i beroende och annan samtidig psykiatrisk diagnos. Medlen utbetalas till den aktör som regionen och länets kommuner anger med fördelningsnyckel 5 miljoner kronor per län och resten fördelat efter befolkningsmängd.
- 24 000 000 kronor för att stärka brukarmedverkan. Medlen fördelas med 1 miljon kronor per län, förutom de tre storstadslänen som får 2 miljoner kronor var. Mottagare av medlen är den aktör i ett län som kommuner och region anger.
- 200 000 000 kronor för att stärka det suicidpreventiva arbetet på lokal och regional nivå. Medlen fördelas efter befolkningsmängd. Mottagare av medlen är den aktör i ett län som kommuner och region anger.
- 150 000 000 kronor till ungdomsmottagningarna för arbete med att främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa bland barn och unga. Medlen fördelas efter andelen barn och unga 0–25 år i respektive region. Medlen till ungdomsmottagningarna utbetalas till den aktör som regionen och länets kommuner anger.

Utvecklingsmedel **till SKR**:

- 20 000 000 kronor fördelas till SKR för samordning av stöd till regioner och kommuner samt utveckling av initiativ och lösningar som kan användas som stöd till lokal och regional utveckling.
- 2 000 000 kronor tilldelas SKR för att hantera administration av överenskommelsen, fördelning av medel och för att ta fram anvisningar till

regionerna och kommunerna för hur insatserna i överenskommelsen ska redovisas.

#### **Redovisning av insatser från kommuner och regioner**

Regionerna och kommunerna ska redovisa genomförda insatser och användningen av medlen i form av en egenskriven rapport utifrån ett frågeunderlag som kommer att tas fram av SKR i samråd med Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen senast den 31 mars 2020.

#### **Utbetalning och rekvirering av medel**

Medel till SKR, för egen verksamhet och för vidare fördelning till regioner och kommuner, utbetalas engångsvis efter rekvisition ställd till Kammarkollegiet.

Överenskommelsen redovisas i **bilaga 1**.

Sveriges Kommuner och Regioner



Anders Knappe  
Ordförande



Regeringskansliet  
Socialdepartementet



Sveriges  
Kommuner  
och Regioner

19/01701

# Insatser inom området psykisk hälsa

Överenskommelse mellan staten och  
Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

2020

## Innehåll

1. Inledning.....	3
1.1 Förutsättningar för överenskommelser inom hälso- och sjukvård och folkhälsa .....	4
1.2 Överenskommelser för 2020 inom hälso- och sjukvård och folkhälsa.....	5
2. Begrepp.....	6
3. Utveckling av området.....	6
4. Exempel på relaterade överenskommelser som även omfattar delar som rör psykisk hälsa.....	6
5. Inriktning och syfte med årets överenskommelse .....	7
6. Innehåll i årets överenskommelse .....	8
6.1 Fortsatt utvecklingsarbete utifrån lokala och regionala handlingsplaner samt vård av hög kvalitet där patienterna finns – mobila lösningar .....	8
6.2 Insatser för att främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa bland barn och unga ..	10
6.3 Personer med samsjuklighet – Insatser för att skapa goda förutsättningar för samverkan	11
6.4 En god vård och omsorg är effektiv och säker, utgår från individens behov och är baserad på bästa tillgängliga kunskap.....	12
6.5 Brukare och patienter som aktiva medskapare av vården – En mer personcentrerad vård .....	12
6.6 En nollvision för suicid - suicidprevention.....	13
6.7 Psykiatrisk traumavård.....	13
7. SKR ska samordna regioners och kommuners arbete och lyfta goda exempel ....	14
Administrativa kostnader för SKR.....	14
8. Medelstildelning 2020.....	15
8.1 Specificerad uppställning av medelstildelning .....	16
8.2 Beräkningsmodell för fördelning av stimulansmedel till regionerna och kommunerna.....	17
9. Redovisning av regionernas och kommunernas utvecklingsinsatser .....	17
10. Ekonomiska villkor och rapportering .....	17
10.1 Ekonomiska villkor för medlen till regionerna, kommunerna och SKR.....	17
10.2 SKR:s rapportering.....	18
11. Uppföljning .....	18
12. Godkännande av överenskommelse.....	19
Bilaga .....	20

## 1. Inledning

Svensk hälso- och sjukvård håller hög kvalitet och står sig mycket väl i jämförelse med andra länder. Uppföljningar visar på goda medicinska resultat, att patienter överlag är nöjda med kvaliteten och att förtroendet för hälso- och sjukvården är gott. Samtidigt står svensk hälso- och sjukvård inför en rad strukturella utmaningar.

Befolkningen lever allt längre vilket är en framgång för det svenska välfärdssamhället. Antalet gamla och unga ökar dock snabbare än befolkningen i arbetsför ålder och under den kommande 10-årsperioden prognostiseras gruppen i åldern 80 år och äldre att öka med närmare 50 procent medan gruppen i arbetsför ålder endast bedöms öka med 5 procent. Den demografiska förändringen innebär stora utmaningar att finansiera och inte minst bemanna hälso- och sjukvårdens verksamheter och kommer som en del av lösningen att kräva att kommuner och regioner förändrar arbets sätt och utvecklar sina organisationer. Hälso- och sjukvården måste ställas om i hela landet för att bättre kunna möta denna utmaning – en utmaning som redan är påtaglig i stora delar av landet. Det ökade behovet av hälso- och sjukvård behöver mötas på ett kostnadseffektivt sätt, med bl.a. nya och förbättrade arbets sätt, samt ett innovativt nyttjande av teknik och digitala tjänster.

Inom ramen för det arbete som bedrivs avseende Agenda 2030 och folkhälsopolitiken är målet att skapa förutsättningar för en god och jämlik hälsa för hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Ur ett globalt perspektiv är folkhälsan i Sverige god och för stora delar av befolkningen utvecklas hälsan positivt.

Men det finns skillnader i hälsa, levnadsvanor och livsvillkor som kan noteras mellan såväl kvinnor och män, flickor och pojkar som mellan socioekonomiska grupper och vissa andra utsatta grupper. Den psykiska ohälsan ökar bland barn och unga men även i den yrkesverksamma befolkningen och hos äldre. Samhället i stort, inte minst hälso- och sjukvården, har en viktig roll både i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Att ställa om hälso- och sjukvården till ett mer effektivt, främjande, förebyggande och proaktivt arbets sätt är en av de åtgärder som kan ge ett mer ändamålsenligt och effektivt resursutnyttjande och därmed bidra till att hälso- och sjukvården kan möta den demografiska utmaningen.

Den som söker hjälp för psykisk ohälsa behöver mötas med trygghet, förståelse och kompetens. Vårdcentraler och ungdomsmottagningar behöver vara särskilt rustade. Samverkan mellan psykiatri, socialtjänsten och andra relevanta aktörer behöver fungera mer effektivt, så att den som har stora behov eller samsjuklighet i beroendesjukdomar och annan psykisk ohälsa, till exempel till följd av våldutsatthet, inte riskerar att falla mellan stolarna.

Svensk hälso- och sjukvård ska vara likvärdig och tillhandahållas på lika villkor för hela befolkningen. Det finns därför behov att skapa en närmare, mer jämlik, jämställd och tillgänglig vård i hela landet som bättre motsvarar olika människors och grupperns behov. Vikten av kontinuitet är också central, både för patienter och medarbetare. Patienternas

möjligheter till delaktighet och självbestämmande ska stärkas och principen om vård efter behov tryggas. Patientens möjlighet till information och rätt att välja ska värnas och utvecklas.

För att möta de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför, bland annat till följd av den demografiska utvecklingen, behöver vården ställas om. Denna omställning innebär en vidareutveckling av den nära vården samtidigt som andra delar av vården koncentreras och högspecialiseras.

Primärvården ska vara basen och navet i svensk hälso- och sjukvård. Den ska finnas nära invånarna och ha goda möjligheter att arbeta främjande, förebyggande och proaktivt. I primärvården byggs kontinuitet upp för att främja relationer och bidra till ökad trygghet och tillgänglighet.

Kortare väntetider och minskade köer ska ge fler patienter vård i rätt tid. Ökad tillgänglighet handlar också om geografisk närhet, öppettider, nyttjande av digital vård och digitala lösningar för kontakter med vården.

Tillgänglighet handlar också om ett bemötande som bidrar till att patienter upplever sig sedda och om att hälso- och sjukvården utformas så att den inte utestänger någon. Det kan röra sig om fysiska anpassningar eller om anpassad information och kommunikation utifrån olika patienters behov.

Rätt kompetens är en grundläggande förutsättning för att hälso- och sjukvården ska fungera väl. Att människor vill utbildas sig för att arbeta inom, och stanna kvar i vården, inte minst inom primärvården, är därför grundläggande. För att möta bland annat de demografiska utmaningarna är det avgörande att vården också arbetar för att utnyttja kompetensen bättre. Nya arbetssätt inte minst med stöd av ny teknik och ökad samverkan kan bidra till utvecklingen.

En ökad förmåga att utnyttja digitaliseringens möjligheter tillsammans med säkra och ändamålsenliga it-system är centrala faktorer för utvecklingen av hälso- och sjukvården och för att personalen i hälso- och sjukvården ska få bättre förutsättningar att tillhandahålla en god och nära vård med hög tillgänglighet och god kvalitet. Att nyttiggöra tekniska och vetenskapliga framsteg inom life science-området är centralt i ett långsiktigt perspektiv. Forskning och innovationer är grundläggande för utvecklingen av hälso- och sjukvården.

För att nå önskad utveckling behöver dock stat, regioner och kommuner arbeta med samma inriktning.

### **1.1 Förutsättningar för överenskommelser inom hälso- och sjukvård och folkhälsa**

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

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

Överenskommelserna omfattar hälso- och sjukvård och insatser som är offentligt finansierade, oavsett vem som utför dessa. Det betyder att såväl regioner och kommuner som privata aktörer som bedriver hälso- och sjukvård, som är offentligt finansierad, omfattas. Den enskildes valfrihet är en central del av den svenska välfärdsmodellen. Därför behövs en mångfald av aktörer och goda villkor för enskilt drivna verksamheter inom välfärden som underlättar den enskildes aktiva val. Alla aktörer inom välfärden oavsett driftsform ska ha likvärdiga villkor. Även offentligt finansierade privata aktörer ska därför kunna få ta del av medlen, givet att juridiska förutsättningar finns, och medverka till att insatserna som framgår av överenskommelserna genomförs.

## **1.2 Överenskommelser för 2020 inom hälso- och sjukvård och folkhälsa**

Regeringen och SKR kommer för 2020 ingå ett antal överenskommelser på centrala områden, som på olika sätt bidrar till hälso- och sjukvårdspolitiska mål på olika områden.

Det gäller t.ex. omställningen till en god och nära vård, förbättrad tillgänglighet genom kortare väntetider, stärkt kompetensförsörjning, insatser för att möta den ökade psykiska ohälsan samt en stärkt förlossnings- och cancervård. För att följa utvecklingen av den svenska hälso- och sjukvården och de satsningar som görs genom bland annat överenskommelserna behöver relevant data kunna samlas in och analyseras för att ge stöd till ökad kvalitet och effektivitet.

Inriktningen är att arbetet med överenskommelserna ska vara strategiskt och långsiktigt och bygga på en samsyn kring de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför. Arbetet bör i ökad utsträckning utgå från regionala och lokala behov, förutsättningar och utmaningar för att ge kommuner och regioner bättre planeringsförutsättningar.

Regeringen avser att utveckla arbetssättet för att uppnå ökad samordning när det gäller de styr signaler som ges till kommuner och regioner. I detta ligger bland annat att se över hur den administrativa bördan för regionerna kan minska avseende överenskommelserna.

Uppföljningen ska i högre grad fokusera på resultat och måluppfyllelse, mindre på process. Överenskommelserna utvecklas löpande tillsammans med SKR för att de ska bli så ändamålsenliga, bl.a. avseende antal och detaljeringsgrad, och så kostnadseffektiva som möjligt. Parterna avser särskilt att utveckla arbetssättet för att uppnå ökad samordning av rapportering och redovisning avseende de ingångna överenskommelserna. Utvärdering och

analys av vilka styrmedel som är mest ändamålsenliga beroende på insatsens karaktär sker löpande.

En tydlig målsättning under de kommande åren är att stärka samverkan mellan regioner och kommuner i syfte att skapa en mer sammanhållen vård och omsorg.

## 2. Begrepp

WHO definierar hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning. För att nå hälsa måste en individ eller grupp kunna identifiera och förstå sina önskemål, tillfredsställa sina behov och förändra eller hantera sin omgivning. Begreppet hälsa är därför inte bara frihet från sjukdom utan något som innefattar hela människan och formas av hennes upplevelser. Hälsa är inte något statiskt tillstånd utan en process som förändras över tid.

Psykisk ohälsa används som en övergripande term som täcker lindriga såväl som måttliga och allvarliga psykiska besvär men även kliniskt definierade psykiatriska diagnoser.

Psykiska besvär kan beskrivas som upplevelser av psykiskt lidande som inte behöver vara förenliga med kriterier för en psykiatrisk diagnos. Det är ofta normala reaktioner på en påfrestande livssituation.

Psykiatriska diagnoser fastställs med hjälp av internationella diagnossystem som bygger på att det förekommer ett antal symtom och en tydlig påverkan på funktionsförmågan.

## 3. Utveckling av området

Under de senaste decennierna har psykisk ohälsa lyfts som ett växande problem. Detta är inte unikt för Sverige utan i hela världen ses tecken på ökade behov av hjälp för psykiska besvär och psykiatriska diagnoser. Med nuvarande utveckling kommer psykiska besvär och psykiatriska diagnoser att stå för en betydande sjukdomsburden 2030.

## 4. Exempel på relaterade överenskommelser som även omfattar delar som rör psykisk hälsa

I överenskommelsen Nationella vårdförlopp – Jämlig och effektiv vård med god kvalitet framgår att under 2020 ska personcentrerade och samordnade vårdförlopp för fler sjukdomsområden tas fram. Psykiatriska diagnoser är ett prioriterat område. Implementeringen av dem kommer påbörjas under 2021.

Överenskommelsen God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården består av olika utvecklingsområden som alla syftar till att stödja utvecklingen av hälso- och sjukvården med särskild inriktning på den nära vården. Medel inom ramen för denna överenskommelse om god och nära vård kan med fördel användas till att förbättra tillgängligheten i primärvården för vuxna med psykiska besvär liksom att ta tillvara och utveckla medarbetarnas kompetens inom exempelvis psykisk ohälsa.

Överenskommelsen Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården omfattar bl.a. särskilda medel på 380 miljoner kronor riktade mot att korta köerna i barn- och ungdomspsykiatri varav 300 miljoner kronor är prestationsbaserade. Målsättningen för tillgängligheten är fortsatt 30 dagar för en första bedömning och ytterligare 30 dagar för fördjupade utredningar och behandlingar.

Överenskommelsen En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess omfattar 500 miljoner kronor till regionerna för att stimulera tillgången till rehabiliterings- och behandlingsinsatser för patienter med lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta.

I överenskommelsen om Patientsäkerhet, nationella kvalitetsregister m.m. finns bland annat en satsning på kvalitetsregister och riktade projekt inom psykiatriområdet.

## 5. Inriktning och syfte med årets överenskommelse

Det övergripande målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor. Motsvarande mål för socialtjänsten är att samhällets socialtjänst på demokratins och solidaritetens grund ska främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor samt aktivt deltagande i samhällslivet. För att nå dessa mål organiserar myndigheter och vårdgivare arbetet inom olika delområden och processer. För att möta aktuella behov i samhället behövs såväl vidmakthållande och vidareutveckling av befintliga vård- och stödsatser inom region och kommun som utveckling och innovation av nya arbetsätt.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner är överens om att det långsiktiga arbetet med att stimulera en kraftfull utveckling av insatser för att främja psykisk hälsa, tidigt möta psykisk ohälsa och att ge effektiv vård och stöd till personer med allvarlig problematik, som pågått i Sverige de senaste åren behöver fortsätta. Regeringen och SKR är vidare överens om att det behövs tydliga incitament till förändring men också utrymme att genom lokala anpassningar utnyttja stimulansmedlen på mest effektiva sätt. Främjande och förebyggande insatser ska utvecklas för att motverka ökad psykisk ohälsa samtidigt som personer med allvarliga och komplexa tillstånd ska få vård och stöd baserad på bästa tillgängliga kunskap.

Regionernas och kommunernas arbete inom ramen för överenskommelsen ska så långt det är möjligt utgå från bästa tillgängliga kunskap och Socialstyrelsens, Folkhälsomyndighetens och andra berörda myndigheters framtagna kunskap. Snabbt införande av ny kunskap och systematiskt arbete med att använda bästa tillgängliga kunskap och effektiva arbetsätt innebär bättre resultat av vård och stöd och därmed minskat lidande men också effektivare resursanvändning. Ambitionen är att åstadkomma långsiktigt hållbara resultat genom att statens och huvudmännens insatser är samordnade och förstärker varandra.

Det finns tre syften med årets överenskommelse:

- 1) Stödja ett fortsatt utvecklingsarbete utifrån de lokala och regionala handlingsplaner som tagits fram i enlighet med 2016–2018 års överenskommelser.
- 2) Bidra till bättre förutsättningar för regioner och kommuner att arbeta utifrån bästa tillgängliga kunskap.
- 3) Initiera eller utveckla särskilda vårdformer och effektiva målgruppsanpassade insatser som regeringen och SKR är överens om, inom ramen för denna överenskommelse, för att förebygga psykisk ohälsa och öka tillgängligheten och kvaliteten i vården för de som redan har drabbats.

## 6. Innehåll i årets överenskommelse

### 6.1 Fortsatt utvecklingsarbete utifrån lokala och regionala handlingsplaner samt vård av hög kvalitet där patienterna finns – mobila lösningar

För att skapa långsiktigt hållbara resultat är regeringen och SKR överens om att fortsätta stödja det utvecklingsarbete som pågår utifrån de lokala och regionala handlingsplaner som huvudmännen tagit fram i enlighet med 2016–2018 års överenskommelser. Ett antal områden återkommer i många handlingsplaner och annat utvecklingsarbete som initierats med stöd av tidigare överenskommelser på området psykisk hälsa. Det är bland annat insatser till barn och unga, till personer med samsjuklighet, behov av förbättrad tillgänglighet till såväl första linjen som specialistinsatser, gemensamt suicidpreventivt arbete samt behov av samordning och samverkan.

Arbetet med inriktning att minska behov av tvång och andra utvecklingsarbeten för att förbättra innehållet i den specialiserade psykiatrin som skett med stöd av tidigare överenskommelser behöver spridas vidare och vidmakthållas. Genom att erbjuda effektiv behandling, god omvårdnad, kontinuitet i kontakter och professionellt bemötande kan behovet av tvångsvård och tvångsåtgärder minska.

Nära vård är ett förhållningssätt till hur all hälso- och sjukvård organiseras och tillhandahålls sömlöst med utgångspunkt i patienters och brukares individuella behov och förutsättningar så att individens hela livssituation kan beaktas. Det innebär att insatser behöver samordnas. Svensk hälso- och sjukvård är sjukhusdominerad och primärvården utgör en mindre del av hälso- och sjukvårdssystemet. Hälso- och sjukvårdens strukturer behöver förändras för att åstadkomma såväl ökad kvalitet som bättre tillgänglighet och effektivare resursutnyttjande. Primärvården har en mycket viktig roll att fylla för en mer jämlik, jämställd, personcentrerad och effektiv hälso- och sjukvård. Den rollen kommer att bli allt viktigare men även andra delar av vården är relevant för att skapa en god och nära vård, anpassad för patientens behov.

Integrerade verksamheter och arbetssätt där den enskildes behov av sociala insatser såväl som medicinska och psykologiska behov kan tillgodoses samtidigt och samordnat behöver fortsätta att utvecklas. För att öka kvaliteten på och tillgängligheten till akutpsykiatriska bedömningar och omhändertagande såväl som mer planerade psykiatriska

omvårdnadsinsatser utanför sjukhuset behöver regionerna vidareutveckla mobila lösningar eller liknande arbetsmodeller. Ett sätt att öka kvaliteten i det akuta omhändertagande av patienter med psykiatrisk problematik är t.ex. inrättande av s.k. Psykiatriambulanser där bemanningen består av ambulanssjuksköterska och psykiatrisjuksköterska.

Kommuner och regioner har ett delat ansvar för hälso- och sjukvården. Den andel av hälso- och sjukvårdsåtgärder som utförs av kommunen blir allt större och kommer framgent att bli allt viktigare i omställningen till nära vård. Kortare vårdtider och snabbare utskrivning av patienter från sjukhusen leder till att åtgärder för rehabilitering och habilitering i större utsträckning behöver utföras i den hälso- och sjukvård som kommunen bedriver. Den tekniska utvecklingen gör att även patienter med svårare hälsoproblem kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhus. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) behöver goda förutsättningar för att fullgöra sitt ansvar att verka för en god och säker hälso- och sjukvård. Psykisk ohälsa finns både bland yngre och hos personer 65 år och äldre och de behöver tillgång till lämplig vård. Bland personer med varaktiga kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser hade nära 65 procent psykisk ohälsa 2016.

Personer med långvariga psykiska funktionsnedsättningar har förutom behov av sociala insatser också ofta behov av hälso- och sjukvårdsinsatser. Det är viktigt att det såväl inom hälso- och sjukvården som kommunen bedriver, som inom socialtjänsten, finns kompetens och kunskap om konsekvenser av allvarlig psykisk ohälsa. Lika viktigt är det att uppmärksamma somatiska sjukdomstillstånd hos personer med långvariga psykiska funktionsnedsättningar. Personer med allvarliga psykiatriska tillstånd drabbas oftare än befolkningen i övrigt av somatiska sjukdomar. Personalen i kommunerna kan bl.a. behöva mer kunskap om hur man kan förebygga och tidigt upptäcka somatiska hälsoproblem hos personer med psykiatriska tillstånd. Samordning och samverkan mellan den psykiatriska specialistvården, regionernas primärvård och den kommunala hälso- och sjukvården samt socialtjänsten kommer bli allt viktigare för att tillgodose den enskildes behov inte minst kring personer med kroniska sjukdomar.

Hälso- och sjukvård, socialtjänst och förskola eller skola har olika uppdrag och ansvar när det gäller att ge barn förebyggande och behandlande stöd och insatser. Socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta innebär dock ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän. Verksamheternas uppdrag måste prioritera en helhetssyn och innebära att varje verksamhet säkerställer att hjälpen ges samordnat och effektivt. Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser och främst vara förebyggande och hälsofrämjande samt stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. Elevhälsan ska också bidra i arbetet med att tillgodose elevers behov av särskilt stöd.

Regeringen och SKR är överens om att staten bidrar med 300 miljoner kronor till regionerna och 200 miljoner kronor till kommunerna för fortsatt utvecklingsarbete utifrån de lokala och regionala handlingsplanerna. Parterna är vidare överens om att medlen även ska användas för

utveckling av mobila lösningar eller liknande arbetsmodeller/funktioner samt att SKR ska stödja och konkretisera förslag för förbättrad tillgänglighet med mobila lösningar och effektiva och ändamålsenliga lösningar för transporter av patienter. SKR ska vidare följa upp utvecklingen av mobila lösningar eller liknande funktioner samt hur kommunerna ingår i verksamheten, t.ex. den kommunala hemsjukvården.

Medlen fördelas efter befolkningsmängd.

## **6.2 Insatser för att främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa bland barn och unga**

Allt fler barn och unga i Sverige rapporterar psykisk ohälsa och antalet som får psykiatriska diagnoser har ökat kraftigt. Barn och unga vuxna som tidigt får psykiatriska diagnoser såsom depression och ångestsyndrom riskerar att bli långvarigt sjuka och då ökar också risken för självmordsförsök och självmord. Flickor och unga kvinnor är överrepresenterade vad gäller självupplevd och diagnosticerad psykisk ohälsa. Ökningen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna kan även medföra en ökad grupp av unga i befolkningen som får svårt att etablera sig på arbetsmarknaden och i vuxenlivet.

Tillgänglighet till BUP har varit en prioriterad fråga men trots att regionerna har haft handlingsplaner och bedrivit lokalt förbättringsarbete, har tillgängligheten försämrats under en tioårsperiod. Fler barn har fått träffa BUP och mer vård har producerats men efterfrågan har ökat mer. Fortsatt fokus på förbättrad tillgänglighet med bibehållen kvalitet och goda behandlingsresultat ingår i denna överenskommelse men kommer även med som en del i den tillgänglighetssatsning som finns i överenskommelse Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020.

I överenskommelsen finns fortsatta satsningar på att stärka första linjens vård för barn och unga där ungdomsmottagningarna utgör en viktig arena. Satsningen syftar till att barn och unga med psykisk ohälsa ska erbjudas god och nära vård som möter deras behov inom rimlig tid. Att utveckla första linjens vård kan bidra till ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatri, genom att barn som inte har behov av specialiserad psykiatrisk vård får vård inom till exempel primärvård, ungdomsmottagning eller någon form av samtalsmottagning.

Utvecklingsarbete med att ta fram nya former för att ge effektiva insatser för barn och unga, exempelvis grupp- och individinsatser i digitala former behöver intensifieras.

Regionerna ska samverka med skola och elevhälsa för att möjliggöra förebyggande och främjande insatser. Vid behov ska samverkan även ske när det gäller åtgärdande insatser. Det kan t.ex. handla om såväl generella hälsofrämjande insatser som att förebygga och upptäcka psykisk ohälsa.

För insatser som syftar till att stärka barn- och ungdomspsykiatri, främja psykisk hälsa, samt motverka psykisk ohälsa bland barn och unga fördelas 370 miljoner kronor till regionerna.

Medlen ska gå till insatser i vårdkedjan som syftar till att korta köerna i barn- och ungdomspsykiatri och första linjens vård. Ett syfte med att stärka första linjens vård, är att möjliggöra att köerna till barn- och ungdomspsykiatri kortas och genom att tidigt möta den psykiska ohälsan bland barn och unga minska behovet av insatser via barn- och ungdomspsykiatri. Utöver detta fördelas 150 miljoner kronor till ungdomsmottagningarna för arbete med att främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa bland barn och unga.

Medlen fördelas efter andelen barn och unga 0–25 år i respektive region. Medlen till ungdomsmottagningarna utbetalas till den aktör som regionen och länets kommuner anger.

### **6.3 Personer med samsjuklighet – Insatser för att skapa goda förutsättningar för samverkan**

Samsjuklighet innebär att man har två eller flera hälsoproblem samtidigt. Det är vanligt att personer med missbruk eller beroende har ytterligare hälsoproblem. Personer med samsjuklighet i beroende och annan psykiatrisk diagnos är en särskilt utsatt grupp. Det finns även andra målgrupper som har behov av insatser från flera verksamheter. Det kan t.ex. röra sig om barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser.

Det finns möjligheter att både förbättra insatserna för individen och använda samhällsresurserna mer effektivt genom att kommuner och regioner hittar effektiva samarbetsformer både inom samma huvudman och mellan de olika huvudmännen. För att kunna erbjuda stöd utifrån individens hela livssituation krävs att verksamheter inom både socialtjänst och hälso- och sjukvård är överens om vad var och en kan erbjuda, vad som bör erbjudas gemensamt och hur de ska samverka.

Under 2019 intensifierades arbetet med att främja användningen av samordnad individuell plan (SIP) samt att stödja kommuner och regioner i utvecklingen av överenskommelserna om samverkan kring personer med missbruk och beroende. Bland annat genomförde SKR en kartläggning av hur SIP används och analyserade hur kunskapen om användningen av SIP kan öka och vidareutvecklas.

Överenskommelsen innehåller en fortsatt satsning på att skapa förutsättningar för en mer sammanhållen vård och omsorg för personer som behöver insatser från flera huvudmän. Personer med samsjuklighet i beroende och annan samtidig psykiatrisk diagnos är en särskilt prioriterad grupp. Gemensam kompetensutveckling främjar samarbete och kan öka användningen av bästa tillgängliga kunskap.

För att skapa en mer sammanhållen vård för personer som behöver insatser från både kommuner och regioner, bland annat personer med samsjuklighet i beroende och annan samtidig psykiatrisk diagnos, fördelas 200 miljoner kronor till regioner och kommuner gemensamt. Medlen utbetalas till den aktör som regionen och länets kommuner anger med fördelningsnyckel 5 miljoner kronor per län och resten fördelat efter befolkningsmängd.

#### **6.4 En god vård och omsorg är effektiv och säker, utgår från individen behov och är baserad på bästa tillgängliga kunskap**

Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ett stöd vid prioriteringar och ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på.

Under 2016 tog regionerna beslut om att etablera ett ändamålsenligt och effektivt system som långsiktigt ger stöd för kunskapsstyrning på olika nivåer. Innehållet i denna överenskommelse och det stöd SKR ger sker i samverkan med det nationella programområdet för psykisk hälsa och de regionala programområden när det är tillämpligt. Under de senaste åren har arbetsgrupper arbetat med att ta fram vård- och insatsprogram som vänder sig till både kommunernas och regionernas personal. Programmen Schizofreni och liknande tillstånd liksom Självskadeproblematik är klara och Ångest-depression, Missbruk och beroende och ADHD beräknas bli klara under 2020.

I överenskommelsen ingår en satsning på att förbättra möjligheterna för kommunerna och regionerna att bedriva en kunskapsbaserad god och säker vård och omsorg. Medel fördelas till regioner och kommuner för att stärka förutsättningar för en kunskapsbaserad liksom jämlik vård och omsorg. I detta ingår bl.a. att förstärka satsningar på arbetet med nationella riktlinjer gällande depression och ångestsyndrom, missbruk och beroende, schizofreni samt levnadsvanor. Vidare ska regioner och kommuner arbeta med implementering av den kunskap som finns kring patientsäkerhet. Medlen kan vidare användas till att förstärka regioners och kommuners arbete med systematisk uppföljning.

För att förstärka arbetet för en kunskapsbaserad och säker vård och omsorg fördelas 100 miljoner kronor till regionerna och 100 miljoner kronor till kommunerna. Medlen fördelas efter befolkningsmängd.

#### **6.5 Brukare och patienter som aktiva medskapare av vården – En mer personcentrerad vård**

Att ta tillvara den erfarenhet, kunskap och det engagemang som finns hos brukare av välfärdstjänster och hos patienter i hälso- och sjukvården är viktigt för kvaliteten i vården. Patientens rätt till inflytande handlar inte bara om mötet mellan patient och vårdpersonal eller att få göra sin röst hörd och erbjudas en skräddarsydd behandling, utan är mer komplext än så. Tillräckliga resurser, en organisation som är uppbyggd utifrån principer om patientmedverkan är förutsättningar för att brukare och patienter ska erbjudas en vård som utgår ifrån olika patientgruppers behov och anpassas efter den enskildes behov. Helhetssyn och kontinuitet är också viktigt för en personcentrerad vård.

En systematisk brukarmedverkan är viktig för att säkerställa en god kvalitet och utveckling av vården. Regeringen och SKR är överens om att det behövs förstärkta satsningar på att stödja samverkan mellan patient-, brukar- och närståendeorganisationer och andra intresseorganisationer och att det är ett gemensamt ansvar för kommun och region att stärka den enskildes inflytande över sin vård och omsorg men också stärka organisationernas delaktighet.

För att stärka brukarmedverkan fördelas 24 miljoner kronor till regioner och kommuner gemensamt. Medlen fördelas med 1 miljon kronor per län, förutom de tre storstads länen som får 2 miljoner kronor var. Mottagare av medlen är den aktör i ett län som kommuner och region anger.

## **6.6 En nollvision för suicid - suicidprevention**

Suicid är den vanligaste yttre dödsorsaken i Sverige. Död genom suicid är den yttersta konsekvensen av ett psykiskt lidande som är outhärdligt för den som är drabbad. Suicid leder ofta även till stort lidande och försämrad hälsa för närstående och andra berörda. För att minska risken för suicid behöver berörda aktörer samverka och arbeta systematiskt och förebyggande. Personer med en psykisk sjukdom har en förhöjd risk för suicid. En tredjedel av alla som tar sitt liv har en aktuell kontakt med den psykiatriska hälso- och sjukvården, men betydligt fler har haft kontakt med annan hälso- och sjukvård.

Regeringen och SKR är överens om att detta är ett prioriterat område och att det kunskapsbaserade suicidpreventiva arbetet på regional och lokal nivå behöver förstärkas. Det finns även behov av ökad samverkan i det befolkningsinriktade suicidpreventiva arbetet mellan regioner och kommuner, integrerad suicidprevention inom ramen för arbetet med psykisk hälsa/ohälsa, kompetensutveckling om suicid och befolkningsinriktat suicidpreventivt arbete hos särskilda yrkesgrupper samt implementeringsstöd av strategierna i det nationella suicidpreventiva handlingsprogrammet på regional och lokal nivå. Därutöver behövs ökad kunskap om effektiva arbetsätt inom området.

Regeringen avser ge Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen i uppdrag att stödja, följa och utvärdera satsningen. SKR ska samordna regioner och kommuner och bidra till att lyfta goda exempel inom satsningen. För att stärka det suicidpreventiva arbetet på lokal och regional nivå fördelas 200 miljoner kronor till länen. Medlen fördelas efter befolkningens mängd. Mottagare av medlen är den aktör i ett län som kommuner och region anger.

## **6.7 Psykiatrisk traumavård**

Asylsökande barn och vuxna är en riskgrupp när det gäller psykisk ohälsa. Socialstyrelsen uppskattade förekomsten av psykisk ohälsa bland asylsökande i Sverige till omkring 20–30 procent 2015. Förekomst av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är högre bland asylsökande och nyanlända jämfört med övriga befolkningen. Även bland barn, speciellt ensamkommande barn, är psykisk ohälsa, inklusive krisreaktioner och PTSD, vanligt förekommande. Socialstyrelsen med flera aktörer har rapporterat om ett ökat antal suicidförsök och fullbordade suicid bland ensamkommande barn.

Även andra grupper kan ha behov av psykiatrisk traumavård. Det kan t.ex. röra personer som blivit utsatta för våld eller sexuella övergrepp. Insatser för den gruppen bör baseras på den kartläggning av mottagningar för sexualbrottsutsatta som SKR genomför under 2019.

Tidiga insatser för krishantering och traumabehandling men även behandling i senare skede är av stor vikt. Symtom på PTSD kan visa sig långt efter den tid då själva traumat uppstod eller i samband med nya traumatiska situationer som i sig kan vara av lindrigare art. Särskilt viktigt är att uppmärksamma barn och unga och att i möjligaste mån skydda från trauma.

I syfte att stärka den psykiatriska traumavården fördelas 50 miljoner kronor till regionerna. Medlen fördelas efter befolkningsmängd.

## 7. SKR ska samordna regioners och kommuners arbete och lyfta goda exempel

22 miljoner kronor fördelas till SKR för samordning av regioner och kommuner, utveckling av initiativ och lösningar som kan användas som stöd till lokal och regional utveckling. I detta ingår:

- Samordning och erfarenhetsutbyte kring utvecklingsarbete baserat på handlingsplanerna, stöd till uppföljning och analyser som kan vara intressant för flera kommuner och regioner.
- Utvecklingsarbete och stöd kring tillgänglighet för barn och unga med psykiatrisk problematik.
- Stöd till det lokala och regionala suicidpreventiva arbetet. Insatserna ska samordnas med Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen.
- Innovationsstöd och samordning liksom uppföljning av satsningen på mobila lösningar.
- Inventering av pågående utveckling, erfarenhetsutbyte, och analys av framgångsfaktorer och hinder.
- Stöd till utveckling av traumavård, extra fokus på nyanlända, barn och unga.
- Stöd till uppföljning och systematiskt förbättringsarbete på verksamhetsnära nivå.

### Administrativa kostnader för SKR

- Hantera administration av överenskommelsen, fördelning av medel och för att ta fram anvisningar till regionerna och kommunerna för hur insatserna i överenskommelsen ska redovisas. SKR ska ta fram anvisningarna i nära samarbete med Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten och anvisningarna ska vara tillgängliga för kommuner och regioner senast den 31 mars 2020.

## 8. Medelstildelning 2020

Totalt uppgår överenskommelsen för 2020 till 1 716 000 000 kronor. Insatserna riktar sig till all offentligt finansierad vård och omsorg.

## 8.1 Specificerad uppställning av medelstildelning

Nedan redovisas utbetalade medel uppdelat per insats och mottagare.

	Belopp (kr)	Mottagare*
<i>Till regioner</i>		
Utvecklingsarbete utifrån handlingsplaner och utveckling av mobila lösningar eller liknande	300 000 000	Regioner via SKR
Insatser för barn och unga inkl. barn- och ungdomspsykiatri	370 000 000	Regioner via SKR
Kunskapsbaserad och säker hälso- och sjukvård	100 000 000	Regioner via SKR
Traumavård	50 000 000	Regioner via SKR
<i>Till kommuner</i>		
Utvecklingsarbete utifrån handlingsplaner och förstärkning av kommunernas roll och utveckling av mobila lösningar eller liknande	200 000 000	Kommuner via SKR
Kunskapsbaserad och säker hälso- och sjukvård och socialtjänst	100 000 000	Kommuner via SKR
<i>Länsgemensamma medel</i>		
Insatser för personer med samsjuklighet	200 000 000	Till länen via SKR
Insatser för stärkt brukarmedverkan	24 000 000	Till länen via SKR
Suicidprevention	200 000 000	Till länen via SKR
Ungdomsmottagningar	150 000 000	Till länen via SKR
<i>Till SKR</i>		
Stöd till samordning m.m.	22 000 000	SKR
<b>Totalt – SKR</b>	22 000 000	
<b>Totalt - Regionerna (via SKR)</b>	820 000 000	
<b>Totalt - Kommunerna (via SKR)</b>	300 000 000	
<b>Totalt - Länsgemensamma (via SKR)</b>	574 000 000	
<b>Totalt – Överenskommelsen</b>	1 716 000 000	

### \*Förklaring av mottagare

SKR innebär att medlen betalas ut till SKR för att användas av SKR.

Regionerna, kommunerna eller länen via SKR innebär att medlen betalas ut till SKR för att sedan fördelas till regionerna, kommunerna eller länen

## 8.2 Beräkningsmodell för fördelning av stimulansmedel till regionerna och kommunerna

Fördelning av medlen sker utifrån befolkningsandel, baserad på befolkningsunderlaget den 1 november 2019. För följande satsningar används andra fördelningsmodeller.

- Insatser för barn och unga inklusive ungdomsmottagningar fördelas utifrån andel av befolkningen som är 0–25 år i respektive region.
- Medel för brukarmedverkan fördelas med 1 000 000 kronor per län förutom de tre storstadslänen som får vardera 2 000 000 kronor.
- Medel för samverkan utbetalas till den aktör som regionen och länets kommuner anger med fördelningsnyckel 5 miljoner kronor per län och resten fördelat efter befolkningens mängd.

## 9. Redovisning av regionernas och kommunernas utvecklingsinsatser

Regionerna och kommunerna ska redovisa genomförda insatser och användningen av medlen i form av en egenskriven rapport utifrån ett frågeunderlag som kommer att tas fram av SKR i samråd med Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen senast den 31 mars 2020.

Överenskommelsen ska slutredovisas senast den 31 mars 2021. I redovisningen ska jämställdhetsperspektivet belysas där så är lämpligt och det ska framgå hur insatserna bidragit till det jämställdhetspolitiska delmålet jämställd hälsa.

## 10. Ekonomiska villkor och rapportering

### 10.1 Ekonomiska villkor för medlen till regionerna, kommunerna och SKR

Överenskommelsen för 2020 omfattar totalt 1 716 miljoner kronor. Kostnaderna ska belasta utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri, anslagsposten 3 Till Kammarkollegiets disposition och anslagsposten 5 Asylsökande och nyanlända. Beslut om utbetalning av medlen till SKR, regionerna och kommunerna kommer att fattas genom ett särskilt beslut.

Medel till SKR, för egen verksamhet och för vidare fördelning till regioner och kommuner, utbetalas engångsvis efter rekvisition ställd till Kammarkollegiet. Rekvisering av medel ska ske senast den 1 december 2020. Rätten till bidrag förfaller om rekvisition inte inkommit inom denna tid. Medel som SKR, regionerna eller kommunerna inte har utnyttjat ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2021.

En ekonomisk redovisning för kalenderåret som visar hur medlen använts av SKR ska lämnas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2021. Information som ska ingå i rekvisition och ekonomisk redovisning beskrivs i bilagan. Ekonomichefen (eller motsvarande) ska

granska och intyga uppgifterna under punkt tre i den ekonomiska redovisningen. Underskrift i original samt information om eventuella avvikelser och åtgärdsförslag ska finnas med i redovisningen. Om redovisning inte inkommer i tid kan regeringen återkräva stödet.

Regeringskansliets diarienummer för överenskommelsen och för regeringsbeslut om utbetalning ska framgå av samtliga handlingar.

Rekvisionen, den ekonomiska redovisningen och verksamhetsrapporterna ska vara undertecknade i original av behörig företrädare för SKR.

Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Kammarkollegiet har rätt att begära in kopior av räkenskaper och övrigt underlag som rör bidragets användning.

## **10.2 SKR:s rapportering**

SKR ska lämna en delrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 30 september 2020. I delrapporten ska SKR översiktligt beskriva den verksamhet som har bedrivits i regionerna, kommunerna och länen under första halvåret 2020. De ska även redogöra för den egna verksamheten som har bedrivits under första halvåret 2020. Vidare ska de redogöra för eventuella hinder och utmaningar som förhindrar att mål och ambitioner för insatserna inom ramen för överenskommelsen kommer att uppfyllas innan årets slut.

SKR ska lämna en verksamhetsrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2021. I verksamhetsrapporten ska SKR redogöra för den verksamhet som har bedrivits under 2020 med stöd av bidraget. I det ingår att så långt det är möjligt särredovisa kostnaderna och resultat för de olika insatser som genomförts med stöd av medel i överenskommelsen. I redovisningen ska jämställdhetsperspektivet belysas där så är lämpligt och det ska framgå hur insatserna bidragit till det jämställdhetspolitiska delmålet jämställd hälsa.

## **11. Uppföljning**

Parterna är överens om att insatserna i överenskommelsen ska följas upp och analyseras. Utöver den redovisning av insatserna som regeringen och SKR kommer överens om inom ramen för överenskommelsen, avser regeringen ge Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten i uppdrag att stödja, följa och utvärdera överenskommelsen.

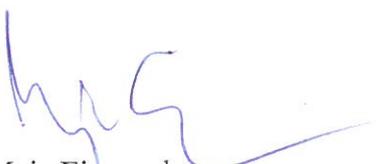
## 12. Godkännande av överenskommelse

För staten genom  
Socialdepartementet

För Sveriges Kommuner och  
Regioner

Stockholm  
den 30 januari 2020

Stockholm  
den 31 januari 2020



Maja Fjaestad  
Statssekreterare



Staffan Isling  
Verkställande direktör

## Bilaga

Information som ska ingå i rekvisition och ekonomisk redovisning avseende från Kammarkollegiet rekvirerade medel inom ramen för denna överenskommelse.

I den ekonomiska redovisningen ska SKR redogöra för den verksamhet som bedrivits under 2020 med stöd av bidraget. SKR ska verka för att omfattning och finansiering av respektive område inom överenskommelsen ska kunna redovisas i så stor utsträckning som möjligt.

Rekvisition	Ekonomisk redovisning
1. Kontaktuppgifter Bidragsmottagare Organisationsnummer Kontaktperson Postadress Telefon inkl. riktnummer Faxnummer E-postadress	1. Kontaktuppgifter Bidragsmottagare Organisationsnummer Kontaktperson Postadress Telefon inkl. riktnummer Faxnummer E-postadress
2. Bidrag som ansökan avser Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse Regeringskansliets diarienummer för regeringsbeslut avseende utbetalning Överenskommelsens benämning Belopp som rekvireras Rekvisitionen avser perioden	2. Bidrag som ansökan avser Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse Regeringskansliets diarienummer avseende regeringsbeslut för utbetalning Överenskommelsens benämning Summa bidrag enligt överenskommelsen Summa bidrag som utbetalats från regeringen/Regeringskansliet Period som den ekonomiska redovisningen avser
3. Uppgifter för utbetalning Bankgiro/Plusgiro Önskad betalningsreferens	3. Redovisning av verksamhet eller aktivitet Bidrag som erhållits av regeringen/Regeringskansliet Kostnader Kostnader (specificera större kostnadsposter) Summa kostnader Medel som inte har förbrukats (Bidrag – kostnader)

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

# Kommunstyrelsens uppsikt över social- nämnden

Lysekils kommun

*Isabelle Panasco  
Amanda Svensson*

December 2019



# Innehållsförteckning

<b>1.</b>	<b>Inledning</b>	<b>4</b>
1.1.	Bakgrund	4
1.2.	Syfte och revisionsfråga	4
1.3.	Revisionskriterier	4
1.4.	Kontrollmål	4
1.5.	Avgränsning	4
1.6.	Metod	4
<b>2.</b>	<b>lakttagelser och bedömningar</b>	<b>5</b>
2.1.	Definierad uppsiktsplikt	5
2.1.1.	lakttagelser	5
2.1.2.	Bedömning	7
2.2.	Former för uppsikten	7
2.2.1.	lakttagelser	7
2.2.2.	Bedömning	9
2.3.	Uppsiktens frekvens, omfattning och innehåll	10
2.3.1.	lakttagelser	10
2.3.2.	Bedömning	12
2.4.	Upplysningar från socialnämnden	13
2.4.1.	lakttagelser	13
2.4.2.	Bedömning	13
2.5.	Rapportering till fullmäktige	14
2.5.1.	lakttagelser	14
2.5.2.	Bedömning	14
<b>3.</b>	<b>Revisionell bedömning</b>	<b>15</b>
3.1.	Rekommendationer	15
<b>4.</b>	<b>Bedömningar utifrån kontrollmål</b>	<b>16</b>

# Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Lysekils kommun genomfört en granskning av kommunstyrelsens uppsikt över socialnämnden. Granskningen syftar till att besvara följande revisionsfråga: *Är kommunstyrelsens uppsikt över socialnämndens verksamhet och ekonomistyrning ändamålsenlig och tillräcklig?* Granskningen är avgränsad till kommunstyrelsen och socialnämnden. I tid avser granskningen främst år 2019. Vissa moment i granskningen kan omfatta en längre tidsperiod.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att kommunstyrelsens uppsikt över socialnämndens verksamhet och ekonomistyrning *inte är helt ändamålsenlig* och *inte helt tillräcklig*.

Nedan ses bedömning för varje kontrollmål. För fullständiga bedömningar se respektive kontroll i rapporten.

---

## Kontrollmål 1: Definierad uppsiktsplikt

Kommunstyrelsen har definierat sin uppsiktsplikt, det vill säga hur de tänkt fullfölja sitt uppdrag enligt kommunallagen, aktiviteter kopplade till uppsikten är spårbara, samt resultat av uppsiktens aktiviteter kan skönjas.

Vi bedömer kontrollmålet som *uppfyllt*.

---

## Kontrollmål 2: Former för uppsikten

Formerna för uppsikten är ändamålsenliga och fungerar tillfredsställande.

Vi bedömer kontrollmålet som *delvis uppfyllt*.

---

## Kontrollmål 3: Uppsiktens frekvens, omfattning och innehåll

Kommunstyrelsens uppsikt sker på ett tillräckligt sätt och med tillräcklig frekvens avseende omfattning och innehåll.

Vi bedömer kontrollmålet som *ej uppfyllt*.

---

## Kontrollmål 4: Upplýsningar från socialnämnden

Kommunstyrelsen begär upplýsningar från socialnämnden i tillräcklig utsträckning och detta fungerar tillfredsställande.

Vi bedömer kontrollmålet som *ej uppfyllt*.

---

## Kontrollmål 5: Rapportering till fullmäktige

Kommunstyrelsens rapportering till kommunfullmäktige sker i tillräcklig omfattning.

Vi bedömer kontrollmålet som *uppfyllt*.

---

## Rekommendationer

Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- Anpassa kommunstyrelsens uppsikt över socialnämnden efter rådande situation och genom det skapa förutsättningar för en tillräcklig uppsikt av socialnämndens verksamhet,
- Säkerställa att åtgärdsplaner upprättas vid prognostiserade underskott och beslutas av socialnämnden i enlighet med kommunens ekonomistyrningsprinciper,
- Uppdatera dokumenterade riktlinjer utifrån det förändrade antalet uppföljningsrapporter som från och med 2019 ska genomföras,
- Överväga att genomföra en genomlysning av kommunens budgetprocess för att undersöka dess eventuellt bidragande orsaker till den uppkomna situationen i socialnämnden.

# 1. Inledning

## 1.1. Bakgrund

Enligt kommunallagen ska kommunstyrelsen leda och samordna förvaltningen av kommunens angelägenheter och ha uppsikt över nämndernas och bolagens verksamhet. Styrelsen ska uppmärksamt följa de frågor som kan ha inverkan på kommunens ekonomiska ställning samt hos fullmäktige göra de framställningar som behövs. Styrelsen får från övriga nämnder och beredningar begära in de upplysningar som de behöver för att fullgöra sitt uppdrag.

De förtroendevalda revisorerna har i samband med sin riskanalys bedömt kommunstyrelsens uppsikt över socialnämnden ett angeläget granskningsområde, givet att socialnämnden under en rad år inte kunnat hålla sig inom tilldelade ekonomiska ramar.

## 1.2. Syfte och revisionsfråga

Följande revisionsfrågor ska besvaras:

*Är kommunstyrelsens uppsikt över socialnämndens verksamhet och ekonomistyrning ändamålsenlig och tillräcklig?*

## 1.3. Revisionskriterier

- Kommunallag (2017:725) 6 kapitlet och 10 kapitlet
- Reglementen

## 1.4. Kontrollmål

- Kommunstyrelsen har definierat sin uppsiktsplikt, det vill säga hur de tänkt fullfölja sitt uppdrag enligt kommunallagen, aktiviteter kopplade till uppsikten är spårbara, samt resultat av uppsiktens aktiviteter kan skönjas
- Formerna för uppsikten är ändamålsenliga och fungerar tillfredsställande
- Kommunstyrelsens uppsikt sker på ett tillräckligt sätt och med tillräcklig frekvens avseende omfattning och innehåll.
- Kommunstyrelsen begär upplysningar från socialnämnden i tillräcklig utsträckning och detta fungerar tillfredsställande.
- Kommunstyrelsens rapportering till kommunfullmäktige sker i tillräcklig omfattning.

## 1.5. Avgränsning

Granskningen avgränsas till kommunstyrelsen och socialnämnden. I tid avser granskningen främst år 2019. Vissa moment i granskningen kan omfatta en längre tidsperiod.

## 1.6. Metod

Granskningen har genomförts genom intervjuer med kommundirektör, socialchef, kommunstyrelsens presidium och socialnämndens presidium. Totalt har sju personer intervjuats inom ramen för granskningen.

Vidare har dokumentgranskning gjorts av till exempel ekonomistyrningsprinciper, reglemente och uppföljningsrapporter. Även granskning av kommunfullmäktiges, kommunstyrelsens, samt socialnämndens protokoll under perioden 2018-10 – 2019-11 har genomförts, samt av kommunens årsredovisningar 2013-2018.

Rapporten är sakavstämd av de intervjuade.

## 2. Iakttagelser och bedömningar

I detta avsnitt redovisas de iakttagelser och bedömningar som gjorts utifrån respektive kontrollmål.

### 2.1. Definierad uppsiktsplikt

*Kontrollmål 1: Kommunstyrelsen har definierat sin uppsiktsplikt, det vill säga hur de tänkt fullfölja sitt uppdrag enligt kommunallagen, aktiviteter kopplade till uppsikten är spårbara, samt resultat av uppsiktens aktiviteter kan skönjas*

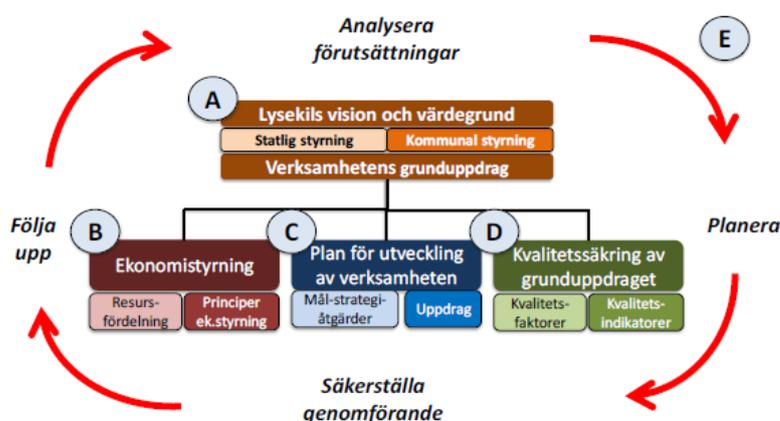
#### 2.1.1. Iakttagelser

I Lysekils kommuns styrmodell fastslås att styrmodellen bygger på mål- och resultatstyrning, vilket innebär att ansvaret för att planera och följa upp verksamhetens mål och resultat omfattar samtliga organisatoriska nivåer. Styrmodellen har sin utgångspunkt i Lysekils övergripande vision och värdegrund, samt i kommunens och verksamheternas uppdrag som finns beskrivet både i kommunala och statliga styrdokument.

I styrmodellen definieras kommunstyrelsens roll, som beskrivs enligt kommunallagen 6 kap:

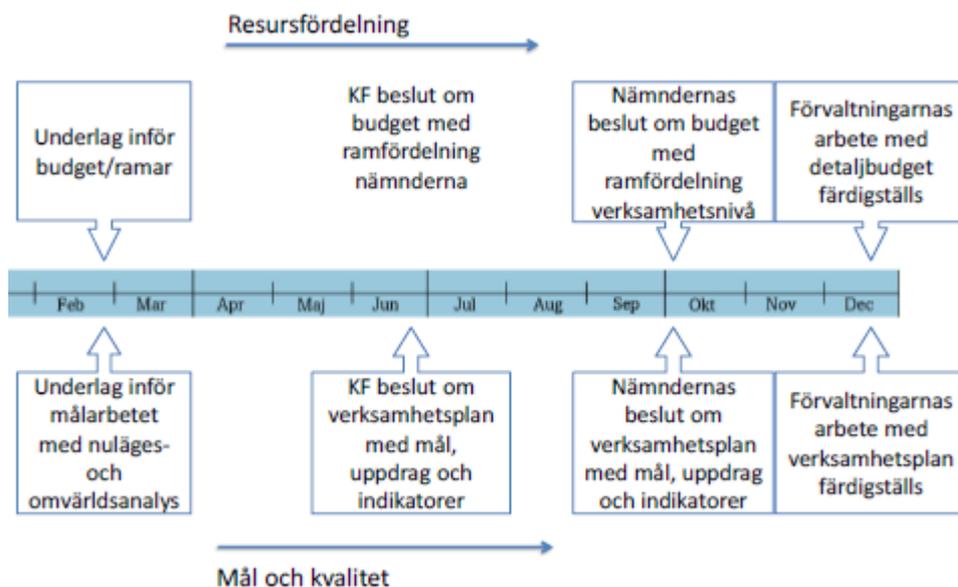
- 1 § Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen av kommunens eller landstingets angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet.
- 2 § Styrelsen skall uppmärksamt följa de frågor som kan inverka på kommunens eller landstingets utveckling och ekonomiska ställning.

I styrmodellen framgår vidare att med utgångspunkt i kommunfullmäktiges vision och värdegrund, inriktningar, mål och uppdrag har kommunstyrelsen i uppgift att leda och samordna kommunens arbete. Kommunchefen har uppgiften att operativt leda och samordna kommunstyrelsens arbete. Kommunchefens ledningsgrupp är ett viktigt forum för att säkerställa helhetssyn och delaktighet från kommunens verksamheter som helhet. Uppdraget att leda och samordna utövas genom att definiera och analysera nuläge och förutsättningar för samverkan utifrån fullmäktiges övergripande vision och värdegrund, inriktningar, mål och uppdrag. Uppdraget innebär även att arbeta fram en plan som säkerställer kommunövergripande strategier, samt säkerställa att planen genomförs. Styrmodellen sker utifrån processen som specificeras nedan.



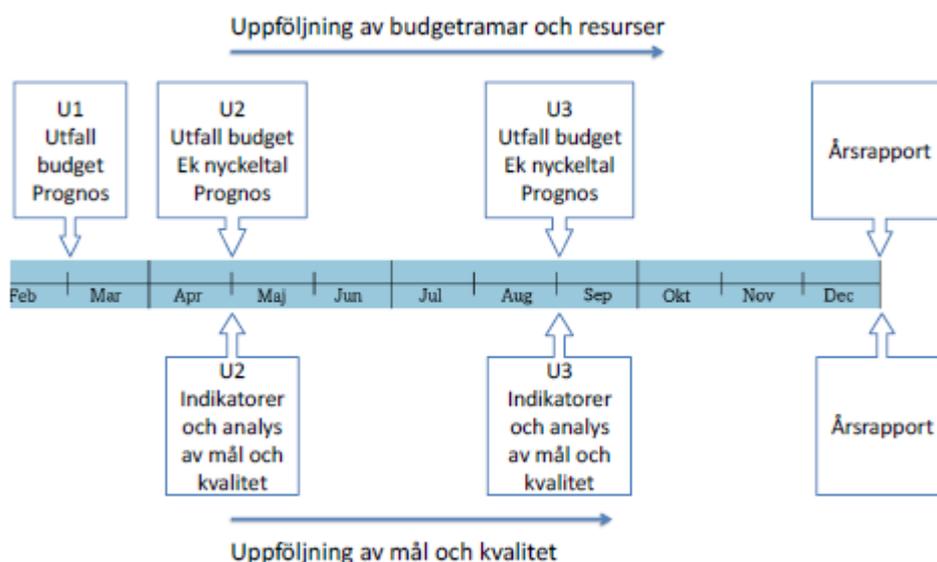
Figur 1. Styrmodell för Lysekils kommun. Bild från Styrmodell för Lysekils kommun, s. 5

Uppföljning sker utifrån upprättad tidplan för planering och uppföljning. Nedan återfinns en förklaring över styrkedjan som kopplar samman planering (beslut om nuläges- och omvärldsanalys, ramar, mål, uppdrag, indikatorer) med uppföljning från verksamhet till chef, förvaltningschef, nämnd, kommunstyrelsen och slutligen till kommunfullmäktige. Uppföljningen ska ske genom fyra rapporter per år, där den sista rapporten också är nämndens årsredovisning. I uppföljningsrapport 1 2019 fastslås att det även ska ske en femte uppföljningsrapport, uppföljningsrapport 4 per oktober. Varje nämnd ska även göra resultatuppföljning varje månad exklusive januari och juli. Resultatuppföljningar som görs varje månad inom socialnämndens verksamheter rapporteras till socialnämnden.



Figur 2. Planeringsprocessen. Bild från Styrmodell Lysekils kommun, s. 12

Nedan figur är en förklaring över när uppföljningsrapporterna ska redovisas samt vad respektive rapport ska innehålla. Figuren är inte uppdaterad med den femte uppföljningsrapporten per oktober som omnämndes ovan.



Figur 3. Uppföljningsprocessen. Bild från Styrmodell Lysekils kommun, s. 12

Kommunstyrelsens roll framgår i ett särskilt avsnitt i dokumentet där styrmodellen beskrivs. Där fastställs att kommunstyrelsens uppsiktsplikt utförs inom ramen för styrmodellen, och att uppsiktsplikten utövas genom:

- analys av förutsättningar (och omvärld)
- uppföljning av vision, värdegrund och målen
- uppföljning av finansiella mål och budget
- uppföljning av kvalitetsfaktorer/indikatorer
- uppföljning av intern kontroll och riskanalyser

Kommunstyrelsens särskilda roll fastställs också i kommunstyrelsens reglemente. I kommunstyrelsens reglemente, antaget av kommunfullmäktige 2018-05-17 § 72, senast reviderat 2018-12-13 § 72, fastställs styr- och ledningsfunktionen för kommunstyrelsen. Kommunstyrelsen ska

”leda och samordna förvaltningen av kommunens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders verksamhet. (ledningsfunktion). Styrelsen ska också ha uppsikt över kommunal verksamhet som bedrivs i kommunala företag, stiftelser och kommunalförbund”.<sup>1</sup>

Kommunstyrelsen ska vidare leda kommunens verksamhet genom en samordnad styrning samt leda arbetet i att ta fram styrdokument för kommunen.

Rapportering av uppföljningsrapporter under 2019 kan ses i genomgång av kommunstyrelsens samt kommunfullmäktiges protokoll. Rapporterna innehåller de uppföljningar som specificeras i styrmodellen. Vidare visar protokollgenomgång att den interna kontrollen återrapporteras till kommunstyrelsen i enlighet med beslutade riktlinjer för internkontroll<sup>2</sup>.

### 2.1.2. Bedömning

Vi konstaterar att kommunstyrelsens uppsiktsplikt finns definierad i kommunens styrmodell samt i kommunstyrelsens reglemente. De aktiviteter som definieras inom ramen för uppsiktsplikten, såsom omvärldsanalys och uppföljning av mål och budget, kan spåras i kommunstyrelsens protokoll, främst genom de uppföljningsrapporter som presenteras för kommunstyrelsen. Resultatet av uppsiktens aktiviteter kan också skönjas.

Vi bedömer kontrollmålet som *uppfyllt*.

## 2.2. Former för uppsikten

*Kontrollmål 2: Formerna för uppsikten är ändamålsenliga och fungerar tillfredsställande*

### 2.2.1. Iakttagelser

Som nämndes ovan framgår det i kommunens styrmodell hur kommunstyrelsens uppsiktsplikt ska utövas. Följande aktiviteter specificeras:

- Analys av förutsättningar (och omvärld)
- Uppföljning av vision, värdegrund och målen
- Uppföljning av finansiella mål och budget
- Uppföljning av kvalitetsfaktorer/indikatorer
- Uppföljning av intern kontroll och riskanalyser

Intervjuade uppger att uppföljningen främst sker genom kommunövergripande uppföljningsrapporter. I kommunens styrmodell samt i kommunens ekonomistyrningsprinciper fastställs att uppföljning

<sup>1</sup> Reglemente för kommunstyrelsen, reviderat av kommunfullmäktige 2018-12-13 § 33, s. 2

<sup>2</sup> Riktlinjer för intern kontroll, antaget av kommunfullmäktige 2017-10-19 § 128

ska sammanställas till kommunstyrelse och kommunfullmäktige fyra gånger årligen i uppföljningsrapporter (UR1-UR4). De fyra rapporterna sammanställs per sista februari, per sista april, per sista augusti, samt årsrapport per sista december. I uppföljningsrapport 1 2019 står att läsa att för år 2019 ska även en uppföljningsrapport per sista oktober (UR4) upprättas. Nämnderna upprättar egna uppföljningsrapporter som är mer omfattande än det som delges kommunstyrelsen i den kommunövergripande uppföljningsrapporten. De nämndspecifika uppföljningsrapporterna rapporteras inte till kommunstyrelsen i sin helhet. Rapportering av de kommunövergripande uppföljningsrapporterna kan spåras i kommunstyrelsens protokoll. Vid sakavstämning framkommer att rapporteringen av UR4 vid rapportering till kommunstyrelsen 2019-11-27 inte hunnit beslutas av respektive nämnd, och att det som presenteras för kommunstyrelsen således är förvaltningarnas underlag till rapporten. Enligt uppgift höll kommunstyrelsens presidium budgetdialoger med nämndernas presidier om utfallet i UR4 den 20 november. Vidare uppges att förvaltningschefer kommer att medverka på kommunfullmäktiges sammanträde i december och redovisa respektive nämnds rapport.

Intervjuade uppger att i samband med uppföljningsrapporterna hålls nämnddialoger där kommunstyrelsens presidium och respektive nämnds presidium medverkar. Det uppges vidare att kommunstyrelsens presidium har möjlighet att kalla till fler dialogmöten om uppföljningsrapporterna uppvisar stora avvikelser. Inga extra dialogmöten har hållits med socialnämndens presidium under 2019, trots att samtliga uppföljningsrapporter 2019 redovisar prognostiserat underskott.

Inför budget 2019 tilldelades socialnämnden uppdrag att minska sina kostnader till nivån för snittet för andra jämförbara kommuner: Under perioden budgetår 2019 och plan för 2020-2021 ska socialnämnden fortsätta arbeta för en kostnadsnivå i verksamheterna i enlighet med jämförelsen "kostnad per brukare". Utöver detta ska samtliga nämnder under 2019 avsätta erforderliga resurser för att kunna erbjuda heltidstjänster till de som omfattas av avtalet om den så kallade heltidsresan.

Enligt riktlinjer för intern kontroll<sup>3</sup> ska nämnden utifrån en riskanalys besluta om vilka kontrollmoment som ska granskas, nämnden ska varje år godkänna en särskild plan för den interna kontrollen, resultatet av utförd granskning ska rapporteras till nämnd, och nämnden ska rapportera resultatet från uppföljning av den interna kontrollen till kommunstyrelsen. Internkontrollplan för socialnämnden beslutas i nämnden 2019-01-23 § 3, baserad på de kontrollområden som beslutades 2018-12-18. Planen protokollförs som anmäld till kommunstyrelsen 2019-02-27 § 29. Rapportering till socialnämnden av genomförda kontrollmoment sker vid sammanträden 2019-04-24 § 42 och 2019-10-01 § 93. I den kommunövergripande UR3 står att läsa att arbetet med den interna kontrollen pågår, och att redovisning och uppföljning sker i slutet av året. 2018 års internkontroll redovisades för kommunstyrelsen 2018-11-28 § 164 med sammanställning av nämndernas interna kontroll som bilaga.

Enligt kommunens ekonomistyrningsprinciper samt protokoll<sup>4</sup> ska kommunstyrelsens presidium genomföra en bokslutsberedning efter årsbokslutet i syfte att säkerställa nämnd/styrelses ekonomiska resultat. Vidare står det att om kommunens resultat uppgår till minst två procent av kommunens totala budget kan överskjutande del av resultatet balanseras till nämnd/styrelse påföljande år. Undantag kan göras om avvikelsen beror på

- budgettekniskt fel eller extraordinär händelse som inte kunnat förutses
- budgeterad ordinarie verksamhet inom driftbudgeten som inte har verkställts eller som har verkställts senare än planerat
- budgeterad verksamhet inom driftbudgeten som är av engångskaraktär och som inte har verkställts under budgetåret och inte heller kommer att verkställas i samma syfte och form under följande budgetår

<sup>3</sup> Riktlinjer för intern kontroll. Dokument antaget av kommunfullmäktige 2017-10-19 § 128.

<sup>4</sup> Kommunstyrelsen 2019-03-27, Bokslutsberedning 2018, § 37

- budgeterat projekt inom investeringsbudgeten som inte har verkställts under budgetåret och inte heller kommer att verkställas i samma syfte och form under följande budgetår
- lagstiftning

Underskott ska enligt regelverket överföras med 100 procent som eget kapital, dock maximalt två procent av nämndens budget. Underskott ska täckas inom tre år. För 2018 var socialnämndens budgetram 371,4 mnkr och underskottet som redovisades var 15,2 mnkr. Underskott som ska överföras är maximalt 2 procent av nämndens budget, vilket ger ett belopp på 7,4 mnkr som ska överföras och återställas inom tre år för socialnämnden<sup>5</sup>. Det uppges att socialnämnden under 2018 har arbetat med anpassning till budgetram och kostnad per brukare i enlighet med budgetbeslut för 2019. Enligt protokoll från kommunfullmäktiges sammanträde 2019-04-17 § 28 (bokslutsberedning 2018) beslutar kommunfullmäktige att avskryva nämndernas underskott 2018, utan att tydliggöra vilket undantag i ekonomistyrningsprinciperna som åberopas<sup>6</sup>. I kommunstyrelseförvaltningens tjänsteskrivelse som fungerar som beslutsunderlag framkommer att kommunstyrelseförvaltningen anser att regelverket kring underskott bör följas. Vidare står i tjänsteskrivelsen att regelverket kring över- och underskott tillämpades första gången vid bokslut 2017 och att det då beslutades om ett avsteg från regelverket, i och med beslut om att socialnämnden inte behövde återställa underskottet. I intervjuer framkommer att det utökade ekonomiska utrymmet för socialnämnden som kommunfullmäktige beslutade om 2019-06-12 § 53 innebär att socialnämnden inte behöver återställa prognostiserat underskott motsvarande 12,6 mnkr år 2019. I intervjuer framförs delade meningar kring hanteringen av socialnämndens underskott.

Vidare framkommer skilda uppfattningar om metodiken för kommunens övergripande budgetberedning och dess eventuella inverkan på arbetet med en budget i balans. I socialnämndens protokoll kan ses att det i slutet av både 2018 och 2019 påtalats att nämndens tilldelade budget för nästkommande år inte kommer att kunna hållas. I samband med redovisning av ekonomiskt utfall per oktober 2018 till socialnämnden<sup>7</sup> informerar förvaltningschefen om det ekonomiska läget inför 2019. Utifrån minskade statsbidrag för bemanning informerar förvaltningschefen om att budgeten inte kommer att gå ihop för 2019. Nämnden tar del av informationen. Även vid socialnämndens sammanträde i oktober 2019<sup>8</sup> konstaterar nämnden att budgeten för nästkommande år, alltså 2020, inte kommer att hållas. Socialnämnden begär därför ett ramhöjande tillskott på 9,5 mnkr hos kommunfullmäktige för 2020. Kommunstyrelsen beslutar vid sammanträde 2019-11-27 § 197 att föreslå kommunfullmäktige en utökning av socialnämndens ram med 9,5 mnkr för 2020 och framöver avseende IFO-avdelningen. Det förtydligas att budget 2021 med plan 2022-2023 alltså ska ta sin utgångspunkt i budget 2020 som inkluderar ramhöjning med 9,5 mnkr. Samtidigt beslutar kommunstyrelsen att ge socialnämnden i uppdrag att i samband med uppföljningsrapport 1 2020 inkomma med redovisning av hur man arbetar med kommunfullmäktiges uppdrag om att minska antalet placeringar av barn och unga.

I intervjuer framkommer att socialnämnden år 2020 kommer att förtydliga budgeten genom att skilja verksamheter med myndighetsutövning från nämndens andra verksamheter. Detta för att tydligare påvisa var de ekonomiska underskotten finns.

### 2.2.2. Bedömning

Vi konstaterar att formerna för uppsikten består i de fem uppföljningsrapporter (UR) som presenteras för kommunstyrelsen och kommunfullmäktige. I samband med uppföljningsrapporterna hålls även uppföljningsdialoger där kommunstyrelsens och socialnämndens presidier medverkar. Vi noterar att kommunens dokumenterade ekonomistyrningsprinciper, i vilka antalet uppföljningsrapporter som ska genomföras under ett år specificeras, inte uppdaterats från fyra till fem i enlighet

<sup>5</sup> Tjänsteskrivelse kommunstyrelseförvaltningen 2019-03-20, i kallelse till kommunstyrelsens sammanträde 2019-03-27

<sup>6</sup> Så är även fallet vid bokslutsberedning 2017, se protokoll från kommunfullmäktiges sammanträde 2018-05-17 § 67

<sup>7</sup> Protokoll från socialnämndens sammanträde 2018-10-27 § 206

<sup>8</sup> Protokoll från socialnämndens sammanträde 2019-10-30 § 145

med det som fastslås i uppföljningsrapport 1 2019. 27 november 2019 uppdrar kommunstyrelsen åt socialnämnden att i samband med uppföljningsrapport 1 2020 inkomma med redovisning av hur man arbetar med kommunfullmäktiges uppdrag om att minska antalet placeringar av barn och unga.

Vi noterar vidare att kommunfullmäktige år 2017 och 2018 valt att göra avsteg från ekonomistyrningsprinciperna avseende hantering av socialnämndens underskott, utan att tydliggöra vilket undantag i ekonomistyrningsprinciperna som fungerar som grund för beslutet. Behovet av ett sådant tydliggörande fastslås inte i ekonomistyrningsprinciperna. Vi anser emellertid att återkommande beslut om avskrivning av underskott bör motiveras. Det utökade ekonomiska utrymmet för socialnämnden som kommunfullmäktige beslutade om 2019-06-12 § 53, uppges i intervjuer i praktiken innebära att socialnämnden inte behöver återställa underskottet motsvarande 12,6 mnrk år 2019. Vi noterar även begränsningar avseende möjligheterna att agera på de prognoser som görs i UR4 per oktober 2019, då den presenteras för kommunstyrelsen först 27 november 2019. Vid rapportering till kommunstyrelsen har inte UR4 hunnit beslutas av respektive nämnd i linje med ordinarie ärendegång, vilket riskerar innebära att eventuella förändringar eller åtgärder inte har hunnit beslutas av ansvarig nämnd.

Uppföljning av nämndernas interna kontroll till kommunstyrelsen sker i enlighet med kommunens beslutade riktlinjer för intern kontroll.

Vi bedömer att formerna för uppsikten är ändamålsenliga och delvis fungerar tillfredsställande, och bedömer kontrollmålet som *delvis uppfyllt*.

## 2.3. Uppsiktens frekvens, omfattning och innehåll

*Kontrollmål 3: Kommunstyrelsens uppsikt sker på ett tillräckligt sätt och med tillräcklig frekvens avseende omfattning och innehåll.*

### 2.3.1. Iakttagelser

Som nämndes ovan uppgavs vid intervjuer att kommunstyrelsens presidium har möjlighet att kalla till fler dialogmöten om uppföljningsrapporterna uppvisar stora avvikelser. Inga extra dialogmöten har hållits med socialnämndens presidium under 2019, detta trots att uppföljningsrapport 1, 2 och 3 uppvisat prognostiserade underskott.

Vid rapportering till kommunstyrelsen av uppföljningsrapport 1 2019-03-27 § 53 presenterar socialnämnden ett prognostiserat underskott på 12,6 mnrk. Nämnden har presenterat verksamheternas planerade åtgärder motsvarande 9,8 mnrk i sin rapport och dessa är inarbetade i prognosen. Vid sammanträdet föreslår kommunstyrelsen kommunfullmäktige att uppmana socialnämnden att återkomma med ytterligare åtgärder för budgetbalans i enlighet med ekonomistyrningsprinciperna. Kommunfullmäktige beslutar i enlighet med kommunstyrelsens förslag vid sammanträde 2019-04-17 § 30. Datum för återrapportering av uppdraget specificeras inte. Vid sakavstämning av granskningsrapporten, framhålls att nämnden ansvarar för att hantera avvikelser och att de åtgärder som nämnden fattar beslut om ska följas upp och rapporteras i den löpande uppföljningen till kommunstyrelsen. Det framhålls även att detta således anses vara i linje med ekonomistyrningsprinciperna. Samtidigt visar granskningen att åtgärder inte beslutas av socialnämnden, utan att åtgärderna endast beslutas på förvaltningsnivå och därefter delges nämnden.

I socialnämndens protokoll 2019-04-24 § 45 presenterar förvaltningen förslag till åtgärdsplan för socialnämnden. Socialnämnden beslutar att inte gå vidare med åtgärdsplanen utifrån de konsekvenser som den innebär, och begär istället att kommunfullmäktige ökar socialnämndens ekonomiska utrymme för 2019 med 11,1 mnrk. Beloppet uppges motsvara den ökning av placeringar inom enheten för barn och unga samt inom LSS som tillkommit efter det att socialnämndens budget fastställts. Uppdrag om att ta fram nya åtgärder beslutas inte.

Ärendet om ökat ekonomiskt utrymme behandlas vid kommunstyrelsens sammanträde 2019-05-29 § 86 och vid kommunfullmäktiges sammanträde 2019-06-12 § 53. I kommunstyrelsens protokoll uppges att

”Socialnämndens beslut att inte gå vidare med den framlagda handlingsplanen utan att istället hos kommunfullmäktige begära en utökad ekonomisk ram för 2019 innebär ett avsteg från kommunens ekonomistyrningsprinciper. Om nämnden inte kan acceptera den handlingsplan för budget i balans som redovisats ska nämnden ge ett uppdrag till förvaltningschefen att ta fram alternativa åtgärder.”

Protokollgenomgång visar att socialnämnden inte har uppdragit förvaltningschefen att ta fram alternativa åtgärder.

Kommunfullmäktige beslutar att utöka det ekonomiska utrymme för socialnämnden vid sammanträde 2019-06-12 § 53 med 12,6 mnkr, vilket motsvarar nämndens prognostiserade underskott. I protokoll står vidare att läsa att kommunfullmäktige i och med beslutet förväntar sig att socialnämnden uppvisar ett mindre överskott räkenskapsåret 2019. Utgiften finansieras genom ianspråktagande av kommunens prognostiserade överskott för 2019. I underlag till kommunstyrelsens förslag till kommunfullmäktige<sup>9</sup> tydliggörs att det i 2019 års budget för Lysekils kommun inte finns medel avsatta som kommunfullmäktige kan anvisa för en utökad ram för socialnämnden, och att det utökade ekonomiska utrymme därmed finansieras genom ianspråktagande av kommunens prognostiserade överskott för 2019. I intervjuer framkommer att det utökade ekonomiska utrymme i praktiken innebär att kommunfullmäktige godkänner att nämnden presenterar ett underskott motsvarande beslutad utökning.

Utöver att kommunfullmäktige förväntar sig att socialnämnden uppvisar ett mindre överskott räkenskapsåret 2019, villkoras inte det utökade ekonomiska utrymme. Någon ytterligare uppföljning eller återkoppling till följd av det utökade ekonomiska utrymme beslutas inte.

Vid rapportering till kommunstyrelsen av både uppföljningsrapport 2, 2019-05-29 § 85, och uppföljningsrapport 3, 2019-10-09 § 153, framhålls att ”en viktig del i prognosen är att socialnämnden genomför åtgärder *i enlighet med beslutad handlingsplan* [egen kursivering] och att deras prognos på -12,6 mnkr är stabil.” Samtidigt kan i genomgång av socialnämndens protokoll 2018-11 – 2019-10 inte ses att någon handlingsplan eller åtgärdsplan beslutats av nämnd. I intervjuer framhålls att de åtgärder som löpande åsyftas i protokoll arbetades fram på socialchefens initiativ i slutet av 2018 tillsammans med respektive enhet, och att nämnden inte fattat beslut om åtgärdsplan.

I kommunens ekonomistyrningsprinciper står att läsa att:

”Innan nämnd/styrelse tar ställning till respektive uppföljningsrapport ska samtliga avvikelser, så väl positiva som negativa, i förhållande till budgetens ekonomiska mål analyseras och förklaras skriftligen av förvaltningschef. Kravet gäller på såväl drift- som investeringsverksamhet.

Nämnd/styrelse ansvarar för att hantera samtliga avvikelser avseende drift- och investeringsverksamhet på lämpligt sätt. Vid negativa avvikelser ska förvaltningschef lämna förslag på åtgärder för att nå ekonomisk balans. Förslag på åtgärder ska upprättas och delges nämnd/styrelse senast 30 dagar efter att avvikelsen blivit känd. Åtgärdsförslagen ska vara utformade så att nämnden senast till utgången av innevarande budgetår når överenskommelse med det ekonomiska målet.

*De åtgärder som nämnden/styrelsen fattar beslut om ska följas upp och rapporteras i den löpande uppföljningen till kommunstyrelsen [Egen kursivering].”<sup>10</sup>*

Då inga åtgärder beslutats av socialnämnden under perioden januari-oktober 2019, finns inga av nämnd beslutade åtgärder att följa upp i den löpande uppföljningen till kommunstyrelsen. I intervjuer framhålls samtidigt att de åtgärder som socialförvaltningen arbetat med sedan slutet 2018 delges kommunstyrelsen vid de dialogmöten som hålls mellan socialnämndens och kommunstyrelsens presidier. I uppföljningsrapport 2 och 3 som presenteras för kommunstyrelsen och kommunfullmäktige vid sammanträde 2019-05-29 § 85 respektive 2019-10-09 § 153 framgår ett antal enhetsspecifika åtgärder som efter genomförande väntas få effekt på årets resultat. Vidare framgår av socialnämndens protokoll 2019-10-30 § 144 vid

<sup>9</sup> Kallelse till kommunstyrelsens sammanträde 2019-05-29 § 86

<sup>10</sup> Ekonomistyrningsprinciper Lysekils kommun, fastställd av Kommunfullmäktige 2016-12-15 § 198, s. 11

ekonomisk uppföljning per september att en ekonomisk åtgärdsplan kommer att upprättas till socialnämndens sammanträde i november. Enligt socialnämndens sammanträdesprotokoll 2019-11-27 § 159 godkänner socialnämnden framtagna åtgärdsplaner för 2019, vilket bland annat innebär köpstopp i hela förvaltningen. I underlag till beslutet framkommer att socialnämndens prognostiserade underskott per oktober 2019 är -15,3 mnkr. Vidare framkommer i underlaget att "årsprognosen är beräknad efter att verksamheterna lagt sina egna åtgärdsplaner (på enhetsnivå) motsvarande 9,8 mnkr".<sup>11</sup>

Som nämndes i kontrollmålet ovan uppdrar kommunstyrelsen åt socialnämnden att i samband med uppföljningsrapport 1 2020 inkomma med en redovisning av hur man arbetar med kommunfullmäktiges uppdrag om att minska antalet placeringar av barn och unga. Detta görs i samband med kommunstyrelsens beslut 2019-11-27 § 197 att föreslå kommunfullmäktige om en utökad budgetram för socialnämnden om 9,5 mnkr för 2020.

Vid kommunfullmäktiges prövning av ansvarsfrihet för verksamhetsåret 2018 vid sammanträde 2019-05-15 § 43 beslutas att fullmäktiges presidium under 2019 ska ha minst ett dialogmöte med socialnämnden. Detta till följd av att kommunfullmäktige vid prövning av ansvarsfrihet för verksamhetsåret 2018 riktar kritik mot kommunstyrelsen för att ha brustit i sin tillsyn av socialnämnden, samt riktar anmärkning mot socialnämnden för de stora budgetunderskotten samt bristande ekonomistyrning. Vid sakavstämning av revisionsrapporten framkommer att dialogmöte hållits mellan kommunfullmäktiges presidium och socialnämndens presidium 26 november 2019.

### 2.3.2. Bedömning

Vi konstaterar att de uppföljningsrapporter som enligt styrmodellen ska ske inom ramen för uppföljning, samt de tillhörande dialogmötena mellan kommunstyrelsens och socialnämndens presidier har genomförts. Ytterligare dialogmöten mellan kommunstyrelsens och socialnämndens presidier har inte ägt rum. De dialogmöten som enligt fullmäktigebeslut 2019-05-15 skulle genomföras med socialnämndens presidium under 2019 till följd av den anmärkning som fullmäktige riktat mot socialnämnden, har inte ägt rum vid tidpunkt för granskningen och är heller inte kända av socialnämnden. Vid sakavstämning framkommer att dialogmöte hållits mellan kommunfullmäktiges presidium och socialnämndens presidium 26 november 2019.

Med anledning av de underskott som socialnämnden presenterat under ett flertal år, anser vi att kommunstyrelsen bör begära en tätare ekonomisk uppföljning än de som i nuläget genomförs, för att på ett ändamålsenligt sätt utöva sin uppsiktsplikt. Vi anser vidare att en mer frekvent och ingående uppföljning av socialnämndens åtgärdsplaner bör genomföras då det i nuläget fastslås i kommunstyrelsens sammanträdesprotokoll att det är viktigt att "socialnämnden genomför åtgärder i enlighet med beslutad handlingsplan", samtidigt som granskningen visar att socialnämnden inte beslutat om någon handlings- eller åtgärdsplan under perioden januari-oktober 2019 trots att uppföljningsrapport 1, 2 och 3 visar på prognostiserade underskott. Kommunstyrelsen konstaterar att socialnämnden gör avsteg från kommunens ekonomistyrningsprinciper i och med nämndens beslut att inte gå vidare med den handlingsplan som presenterades för socialnämnden i april 2019. Trots detta uppdrar inte kommunstyrelsen åt socialnämnden att säkerställa att ekonomistyrningsprinciperna följs, och det görs ingen uppföljning av huruvida socialnämnden vid senare tillfälle beslutar om ny handlingsplan. En åtgärdsplan beslutas vid socialnämndens sammanträde 27 november 2019.

I linje med kommunens ekonomistyrningsprinciper som fastslår att av nämnd beslutade åtgärder ska rapporteras till kommunstyrelsen, anser vi det vara av stor vikt att socialnämnden mer aktivt medverkar i arbete och beslut kring åtgärder för en budget i balans. Det arbete som görs löpande på verksamheterna ingår i nämndernas ordinarie uppdrag om att arbeta inom tilldelad ekonomisk ram, och det är därför av stor vikt att nämnden genom beslut tydliggör sitt ansvar för de åtgärder som krävs för att hantera den uppkomna situationen med fleråriga underskott. Med anledning av den rådande ekonomiska situationen anser vi det motiverat att kommunstyrelsen begär tydligare uppföljningar om huruvida handlings-/åtgärdsplaner beslutas av socialnämnden eller inte.

<sup>11</sup> Uppföljningsrapport 4 2019 Socialnämnd, socialnämndens sammanträde 2019-11-27 § 158

Utifrån rådande situation med fleråriga underskott och avsaknaden av beslutade åtgärdsplaner i socialnämnden under perioden november 2018-oktober 2019, anser vi att kommunstyrelsens uppsikt inte sker på ett tillräckligt sätt eller med tillräcklig frekvens avseende omfattning och innehåll.

Vi bedömer kontrollmålet som *ej uppfyllt*.

## 2.4. Upplysningar från socialnämnden

*Kontrollmål 4: Kommunstyrelsen begär upplysningar från socialnämnden i tillräcklig utsträckning och detta fungerar tillfredsställande.*

### 2.4.1. Iakttagelser

Av kommunstyrelsens protokoll under perioden januari 2019 till och med oktober 2019 kan inte utläsas att kommunstyrelsen begär särskilda upplysningar från socialnämnden till kommande styrelsesammanträden. I intervjuer framgår att det ytterst sällan kommer förfrågningar från kommunstyrelsen där de begär ytterligare upplysningar från socialnämnden. Det går inte heller att utläsa av protokollen när nämnden blir inbjudna för att redovisa eventuell information. Enligt protokoll framkommer inte heller att någon representant från socialförvaltningens ledning deltagit under sammanträden för kommunstyrelsen. Vid kommunstyrelsens sammanträde 2019-11-27 § 197 beslutar kommunstyrelsen att ge socialnämnden i uppdrag att i samband med uppföljningsrapport 1 2020 inkomma med en redovisning av hur man arbetar med kommunfullmäktiges uppdrag om att minska antalet placeringar av barn och unga.

I protokoll från kommunstyrelsen går att utläsa att kommunstyrelsen får ta del av protokollsutdrag från socialnämndens sammanträden. Detta bekräftas i intervjuer.

Som nämndes ovan hålls det i samband med uppföljningsrapporterna nämnddialoger där kommunstyrelsens presidium och respektive nämnds presidium medverkar. Intervjuade uppger att nämnddialogerna i grunden fungerar bra men att det lätt blir ett stort fokus på ekonomi. Intervjuade uppger vidare att kommunstyrelsens presidium har möjlighet att kalla till fler dialogmöten om uppföljningsrapporterna uppvisar stora avvikelser. Inga extra dialogmöten har hållits med socialnämndens presidium under 2019.

### 2.4.2. Bedömning

Vi konstaterar att kommunstyrelsen får upplysningar från socialnämnden främst vid de uppföljningsrapporter samt tillhörande dialogmöten som genomförs i enlighet med kommunens styrmodell. Granskningen visar att kommunstyrelsen under perioden januari-oktober 2019 inte begär ytterligare upplysningar från socialnämnden eller kallar till extra dialogmöten med anledning av de prognostiserade underskotten. 27 november 2019 uppdrar kommunstyrelsen åt socialnämnden att i samband med uppföljningsrapport 1 2020 inkomma med redovisning av hur man arbetar med kommunfullmäktiges uppdrag om att minska antalet placeringar av barn och unga.

Utifrån rådande situation med fleråriga underskott anser vi att kommunstyrelsen inte begär upplysningar från socialnämnden i tillräcklig utsträckning för att på ett ändamålsenligt sätt utöva sin uppsikt.

Fram till och med oktober 2019 är beslutsgången sådan att kommunstyrelsen föreslår kommunfullmäktige att till exempel godkänna uppföljningsrapporterna, samt att föreslå kommunfullmäktige att uppdra åt socialnämnden att inkomma med ytterligare åtgärder för budgetbalans i enlighet med ekonomistyrningsprinciperna. Denna ärendegång riskerar försena arbetet med åtgärder och att nå en ekonomi i balans. 27 november 2019 uppdrar kommunstyrelsen åt socialnämnden att i samband med uppföljningsrapport 1 2020 inkomma med redovisning av hur man arbetar med kommunfullmäktiges uppdrag om att minska antalet placeringar av barn och unga.

Vi bedömer kontrollmålet som *ej uppfyllt*.

## 2.5. Rapportering till fullmäktige

*Kontrollmål 5: Kommunstyrelsens rapportering till kommunfullmäktige sker i tillräcklig omfattning.*

### 2.5.1. Iakttagelser

I kommunstyrelsens reglemente fastslås följande:

”Styrelsen ska följa de frågor som kan inverka på kommunens utveckling och ekonomiska ställning och fortlöpande i samråd med nämnderna följa upp de fastställda målen och återrapportera till fullmäktige.”<sup>12</sup>

Enligt de intervjuade är det tydligt i de fall ett ärende ska vidare i ärendebehandlingen från socialnämnden till kommunfullmäktige.

Utifrån protokoll framgår att kommunfullmäktige bland annat tagit beslut avseende budget med plan, finansiering, uppföljningsrapporter 2019 samt årsredovisning 2018 för Lysekils kommun. Följande är exempel på ärenden som har beslutats i fullmäktige under år 2019 med anledning av att det avser återrapportering om kommunkoncernens ekonomi, verksamhet eller annan information som berör verksamheten:

- Kommunrevisionens revisionsberättelse för 2018
- Uppföljningsrapport per februari, april, augusti samt oktober
- Bokslut och årsredovisning 2018
- Bokslutsberedning 2018
- Budget 2019 med plan 2020-2021
- Revidering av reglemente för socialnämnden
- Budget för kommunstyrelsen 2019
- Protokollsutdrag för socialnämnden - Ej verkställda beslut enligt SoL och LSS

Uppföljningsrapport intern kontroll 2018 redovisas inte till kommunfullmäktige. Detta i enlighet med kommunens riktlinjer för internkontroll.

Förutom ovanstående exempel handlar flera ärenden om avsägelse av uppdrag som ersättare inom nämnderna eller fyllnadsval av uppdrag som ledamot. Samtliga revisionsrapporter kommer upp som anmälningsärenden på kommunfullmäktige.

Socialchef deltar inte på några fullmäktigesammanträden för att återrapportera måluppfyllelse eller eventuella uppdrag. Som nämndes tidigare beslutades vid kommunfullmäktiges prövning av ansvarsfrihet för verksamhetsåret 2018 vid sammanträde 2019-05-15 § 43 att fullmäktiges presidium under 2019 ska ha minst ett dialogmöte med socialnämnden. Intervjuade uppger att något sådant möte inte ägt rum till och med oktober 2019. Vid sakavstämning av revisionsrapporten framkommer att dialogmöte hållits mellan kommunfullmäktiges presidium och socialnämndens presidium 26 november 2019.

### 2.5.2. Bedömning

Vi konstaterar att kommunstyrelsen löpande återrapporterar till kommunfullmäktige gällande socialnämndens verksamhet. Under 2019 beslutar kommunfullmäktige regelbundet i olika frågor som rör socialnämnden.

Vi bedömer kontrollmålet som *uppfyllt*.

---

<sup>12</sup> Reglemente för kommunstyrelsen, reviderat av kommunfullmäktige 2018-12-13 § 33, s. 2

## 3. Revisionell bedömning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Lysekils kommun genomfört en granskning av kommunstyrelsens uppsikt över socialnämnden. Granskningen syftar till att besvara följande revisionsfråga: *Är kommunstyrelsens uppsikt över socialnämndens verksamhets och ekonomistyrning ändamålsenlig och tillräcklig?* Granskningen är avgränsad till kommunstyrelsen och socialnämnden. I tid avser granskningen främst år 2019. Vissa moment i granskningen kan omfatta en längre tidsperiod.

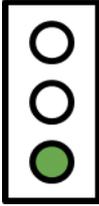
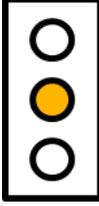
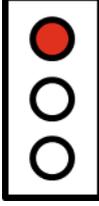
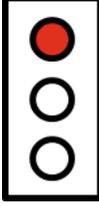
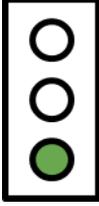
Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att kommunstyrelsens uppsikt över socialnämndens verksamhet och ekonomistyrning *inte är helt ändamålsenlig* och *inte helt tillräcklig*.

### 3.1. Rekommendationer

Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- Anpassa kommunstyrelsens uppsikt över socialnämnden efter rådande situation och genom det skapa förutsättningar för en tillräcklig uppsikt av socialnämndens verksamhet,
- Säkerställa att åtgärdsplaner upprättas vid prognostiserade underskott och beslutas av socialnämnden i enlighet med kommunens ekonomistyrningsprinciper,
- Uppdatera dokumenterade riktlinjer utifrån det förändrade antalet uppföljningsrapporter som från och med 2019 ska genomföras,
- Överväga att genomföra en genomlysning av kommunens budgetprocess för att undersöka dess eventuellt bidragande orsaker till den uppkomna situationen i socialnämnden.

## 4. Bedömningar utifrån kontrollmål

Kontrollmål	Kommentar	
Kommunstyrelsen har definierat sin uppsiktsplikt, det vill säga hur de tänkt fullfölja sitt uppdrag enligt kommunallagen, aktiviteter kopplade till uppsikten är spårbara, samt resultat av uppsiktens aktiviteter kan skönjas.	Uppfyllt	
Formerna för uppsikten är ändamålsenliga och fungerar tillfredsställande.	Delvis uppfyllt	
Kommunstyrelsens uppsikt sker på ett tillräckligt sätt och med tillräcklig frekvens avseende omfattning och innehåll.	Ej uppfyllt	
Kommunstyrelsen begär upplysningar från socialnämnden i tillräcklig utsträckning och detta fungerar tillfredsställande.	Ej uppfyllt	
Kommunstyrelsens rapportering till kommunfullmäktige sker i tillräcklig omfattning.	Uppfyllt	

2019-12-03

Johan Osbeck

---

*Uppdragsledare*

Isabelle Panasco

---

*Projektledare*

---

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Lysekils kommun enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 2019-06-13. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

**§ 9**

**Dnr 2020-000028**

**Utredning om framtidens äldreomsorg**

**Sammanfattning**

I den av kommunfullmäktige beslutade vård- och omsorgsplanen beskrivs ett ökat behov av insatser inom äldreomsorgen i Lysekils kommun. Samtidigt står kommunen inför ekonomiska utmaningar där skatteintäkter, statsbidrag och övriga intäkter inte bedöms komma att öka i en takt som motsvarar de ökade behoven inom hela välfärdsområdet. Därför behövs ett väl genomarbetat beslutsunderlag för att möjliggöra hållbara beslut om den framtida äldreomsorgen. Detta gäller speciellt för särskilda boenden där det finns ett prognostiserat behov av fler platser men där ledtiderna är långa och investeringarna stora.

Förvaltningen konstaterar att ett utredningsarbete behöver startas inom en nära framtid. Frågan om den framtida äldreomsorgen berör flera nämnder inom kommunen och kan komma att beröra principiella frågor varför kommunstyrelsen bör vara uppdragsgivare. Förvaltningen föreslår att kommundirektören får i uppdrag att ta fram ett projektdirektiv för en utredning om den framtida äldreomsorgen i Lysekils kommun.

**Beslutsunderlag**

Förvaltningens tjänsteskrivelse 2020-01-11

**Förslag till beslut på sammanträdet**

Ulf Hanstål (M): Tilläggsförslag, att projektdirektivet redovisas till kommunstyrelsen senast 2020-04-08.

**Beslutsgång**

Ordförande frågar om kommunstyrelsen kan ställa sig bakom förslaget att uppdra åt kommundirektören att ta fram projektdirektiv för en utredning om den framtida äldreomsorgen och finner att kommunstyrelsen beslutar enligt förslaget.

Ordförande frågar om kommunstyrelsen kan besluta enligt Ulf Hanståls tilläggsförslag och finner att kommunstyrelsen beslutar enligt förslaget.

**Kommunstyrelsens beslut**

Kommunstyrelsen uppdrar åt kommundirektören att ta fram projektdirektiv för en utredning om den framtida äldreomsorgen i Lysekils kommun som ska presenteras för kommunstyrelsen senast 2020-04-08.

**Beslutet skickas till**

Samhällsbyggnadsnämnden  
Socialnämnden  
Kommunstyrelseförvaltningen



Datum  
2020-01-11

Dnr  
LKS 2020-000028

Kommunstyrelseförvaltningen  
Leif Schöndell, 0523-61 31 01  
leif.schondell@lysekil.se

## Utredning om framtidens äldreomsorg

### Sammanfattning

I den av kommunfullmäktige beslutade vård- och omsorgsplanen beskrivs ett ökat behov av insatser inom äldreomsorgen i Lysekils kommun. Samtidigt står kommunen inför ekonomiska utmaningar där skatteintäkter, statsbidrag och övriga intäkter inte bedöms komma att öka i en takt som motsvarar de ökade behoven inom hela välfärdsområdet. Därför behövs ett väl genomarbetat beslutsunderlag för att möjliggöra hållbara beslut om den framtida äldreomsorgen. Detta gäller speciellt för särskilda boenden där det finns ett prognostiserat behov av fler platser men där ledtiderna är långa och investeringarna stora.

Förvaltningen konstaterar att ett utredningsarbete behöver startas inom en nära framtid. Frågan om den framtida äldreomsorgen berör flera nämnder inom kommunen och kan komma att beröra principiella frågor varför kommunstyrelsen bör vara uppdragsgivare. Förvaltningen föreslår att kommundirektören får i uppdrag att ta fram ett projektdirektiv för en utredning om den framtida äldreomsorgen i Lysekils kommun.

### Förslag till beslut

Kommunstyrelsen uppdrar åt kommundirektören att ta fram projektdirektiv för en utredning om den framtida äldreomsorgen i Lysekils kommun.

### Ärendet

I den av kommunfullmäktige beslutade vård- och omsorgsplanen beskrivs, mot bakgrund av den demografiska situationen, ett ökat behov av insatser inom äldreomsorgen i Lysekils kommun. Det gäller såväl hemtjänst (inkl. kommunal hälso- och sjukvård) som särskilda boenden och andra insatser som till exempel korttidsboende. Samtidigt står kommunen inför ekonomiska utmaningar där skatteintäkter, statsbidrag och övriga intäkter inte bedöms komma att öka i en takt som motsvarar de ökade behoven. Vidare kan vi se att morgondagens äldre troligen kan komma att ha andra förväntningar och önskemål när det gäller äldreomsorgen.

När det gäller särskilda boenden handlar det dessutom om stora investeringar och långa ledtider. Inför ett eventuellt beslut om ett nytt äldreboende krävs därför en noggrann analys av behov och lokalisering, finansieringsfrågor måste lösas och det kan komma att krävas en ny eller ändrad detaljplan.

Lysekils kommun står även, i likhet med övriga kommuner, inför svårigheter att klara av den framtida personalförsörjningen.

### Förvaltningens synpunkter

Mot bakgrund av de utmaningar kommunen står inför när det gäller att upprätthålla god service och kvalitet inom hela välfärdsområdet behöver ett väl genomarbetat beslutsunderlag tas fram för att möjliggöra hållbara beslut om den framtida äldreomsorgen. Särskilt med tanke på att det finns ett prognostiserat

Dnr

LKS 2020-00028

behov av fler platser för särskilt boende, där ledtiderna för att få sådana till stånd är långa, behöver ett utredningsarbete startas inom en nära framtid.

Frågan om hur den framtida äldreomsorgen ska se ut berör flera nämnder/förvaltningar inom kommunen. Självfallet är socialnämnden den viktigaste aktören som verksamhetsansvarig nämnd. När det gäller eventuella nya boenden så handlar det också om samhällsbyggnadsnämndens ansvarsområden och LysekilsBostäder AB kan vara en intressent. Övergripande resurs- och finansieringsfrågor blir kommunstyrelsens och kommunfullmäktiges ansvar. Det kan också bli fråga om principiella frågor som alternativa driftsformer, externa utförare eller samverkan med andra kommuner. Frågan om att äga eller hyra boenden/lokaler kan också bli aktuell. Förvaltningens bedömning är därför att en utredning om den framtida äldreomsorgen ska initieras och drivas som ett kommungemensamt projekt med kommunstyrelsen som uppdragsgivare och att kommundirektören som ett första steg får i uppdrag att ta fram ett projektdirektiv.

Frågeställningar som ska belysas i ett kommande utredningsarbete är till exempel:

- Mot bakgrund av de ekonomiska och personalmässiga utmaningarna behövs en djupare analys av behoven av äldreomsorg. Det är inte självklart att enbart befolkningsstatistiken ger svaren om framtida behov. Ett generellt sett allt bättre hälsoläge och funktionsnivå samt de framtida äldres och anhörigas förväntningar och preferenser har betydelse.
- Behovet av platser på särskilt boende behöver analyseras särskilt noga. Förutsatt samma nyttjandegrad som idag nås en brytpunkt där behovet av platser överstiger tillgången år 2023 – 2024. Någonstans runt år 2028 – 2029 kommer det enligt nuvarande prognoser att behövas ett fyrtiotal platser utöver de som finns idag.
- Andra boendeformer som alternativ till särskilt boende. Ytterligare trygghetsboenden, kombinationer av trygghetsboende och särskilt boende eller bostadsbedömda så kallade mellanboenden.
- Omvärldsanalys – finns goda nyskapande exempel i andra kommuner? Verksamheter där man kan driva en kostnadseffektiv äldreomsorg med bibehållen kvalitet?
- Möjligheter med välfärdsteknologi – kan den öka kvaliteten i omsorgen och samtidigt innebära effektiviseringar? Frigöra tid för de uppgifter som kräver personlig närvaro?
- Aktuell forskning inom området - vad säger den om framtidens äldreomsorg?
- Hur kommer samverkan med Västra Götalandsregionen att se ut i framtiden? Vad kommer omställningen till den ”nära vården” att innebära för kommunerna? (SOU 2019:29 God och nära vård).
- Medborgardialog för att fånga upp olika perspektiv när det gäller äldreomsorgen.
- Föreningslivets roll och volontärinsatser kommer sannolikt att behövas när ekonomin inte klarar att möta alla behov fullt ut. Hur ska detta hanteras från kommunens sida?

Dnr  
LKS 2020-000028

Ovanstående är alltså exempel på frågeställningar för en utredning. Dessa får utvecklas och kompletteras i ett projektdirektiv som kommundirektören föreslås få ansvar för att ta fram i samråd med berörda aktörer.

Kommunstyrelsen föreslås bekosta eventuella externa utredningskostnader, men arbetet kommer att kräva engagemang och interna resurser från samtliga berörda aktörer.

Tjänsteskrivelsen är framtagen i samråd med socialchef Eva Andersson.

Leif Schöndell  
Kommundirektör

**Beslutet skickas till**

Kommunstyrelseförvaltningen  
Samhällsbyggnadsnämnden  
Socialnämnden



## Sociala avvikelser – lex Sarah, lex Maria och synpunkter/klagomål

Socialnämnden 2020-02-26

Dnr 2020-000099

Utskriftsdatum:  
2020-02-19

**Ärendemening:** Information om sociala avvikelser - lex Sarah, lex Maria och synpunkter/klagomål - Socialnämnden 200226

---

Namn:

Beskrivning:

Synpunkt/klagomål - missnöje över lång väntetid vid påkallande av hjälp inom vården på äldreboende

Namn:

Privatperson

Beskrivning:

Synpunkt/klagomål - missnöje över hemtjänsten Brastad, gällande omvårdnad av vårdtagare, samt skaderisk på grund av glömt larm

Namn:

Privatperson

Beskrivning:

Synpunkt/klagomål - missnöje över hemtjänstens bilkörning i hög hastighet i bostadsområde på Skaftö

Namn:

Privatperson

Beskrivning:

Överlämnande av klagomål på socialtjänstens verksamhet, äldreomsorg korttidsboende, som bedrivs enligt socialtjänstlagen, SoL, inom Lysekils kommun

Namn:

IVO

Beskrivning:

Synpunkt/klagomål - beröm av trygg hemgång

Namn:

Privatperson

Beskrivning:

Synpunkt/klagomål - missnöje över personlig omvårdnad av vårdtagare, från hemtjänsten

Namn:

Privatperson

Beskrivning:

Synpunkt/klagomål - missnöje över bristande information från beslutsfattare

Namn:

Privatperson

Beskrivning:

Överlämnande av klagomål på socialtjänstens verksamhet, äldreomsorg korttidsboende, som bedrivs enligt socialtjänstlagen, SoL, inom Lysekils kommun

Namn:

IVO

Beskrivning:

Synpunkt/klagomål - över svårighet att få kontakt vid sökande av arbete i Lysekils kommun

Namn:

Privatperson

Beskrivning:

Överlämnande av klagomål på socialtjänstens verksamhet, individ- och familjeomsorg, som bedrivs enligt

---

---

socialtjänstlagen, SoL, inom Lysekils kommun

Namn:

IVO

Beskrivning:

Synpunkt/klagomål - missnöje över omsorg och hjälp på korttidsboendet vid Skärgårdshemmet

Namn:

Privatperson

Beskrivning:

Synpunkt/klagomål - beröm av enhetscheferna på Skaftö hemtjänst

Namn:

Privatperson

Beskrivning:

Synpunkt klagomål - Synpunkter på anhörigs boende på Lysekilshemmet

Namn:

Privatperson

Beskrivning:

Rapport lex Sarah om missförhållande inom äldreomsorg, hemvården Brastad, händelse 2020-01-23 i vårdtagarens bostad, stöld av läkemedel (60 tabl.), vårdtagaren fått betala för ej nyttjade läkemedel) - Sekretessprövning enl. OSL

Namn:

Socialförvaltningen

Beskrivning:

Rapport lex Sarah om missförhållande inom äldreomsorg, hemvården Brastad, händelse 2020-01-10 i vårdtagarens hem, ekonomiskt övergrepp (morgonapodos saknades, vårdtagaren får betala för nya läkemedel) - Sekretessprövning enl. OSL

---



Datum  
2020-02-05

Dnr  
SON 2020-000072

Socialförvaltningen  
Klaus Schmidt, 0523 - 61 34 89  
klaus.schmidt@lysekil.se

## Tillsyn enligt alkohollagen under 2019

### Sammanfattning

Alkohollagen är en skyddslag som syftar till att begränsar alkoholens skadeverkningar. Bestämmelserna i alkohollagens 8 kap ger tillståndsmyndigheter rätt att utöva kraftfull tillsyn över försäljning av alkoholdrycker.

Förvaltningen genomförde tillsyn av serveringsställen i kommunen året 2019 med sammanlagt 39 tillsynsbesök avseende restauranger med serveringstillstånd samt 12 tillsynsbesök avseende folkölsförsäljning.

### Förslag till beslut

Socialnämnden tar del av redovisningen av tillsyn enligt alkohollagen under 2019.

### Ärendet

Alkohollagen är en skyddslag som syftar till att begränsar alkoholens skadeverkningar. Bestämmelserna i alkohollagens 8 kap ger tillståndsmyndigheter rätt att utöva kraftfull tillsyn över försäljning av alkoholdrycker.

All försäljning av alkoholdrycker skall skötas på ett sådant sätt att skador i möjligaste mån förhindras och servering av alkoholdrycker får endast ske i sådan omfattning och i sådana former att skador eller brister i ordning och nykterhet inte föreligger eller att särskild risk för människors hälsa inte uppstår. Som ett särskild skydd för ungdomen finns dessutom åldersgränser.

Enligt alkohollagen är det kommunen samt polismyndigheten som har det direkta ansvaret för tillsynen i kommunen. Länsstyrelsen i sin tur är tillsynsmyndighet för Kommunen.

Förvaltningen genomförde tillsyn av serveringsställen i kommunen året 2019 med sammanlagt 39 tillsynsbesök avseende restauranger med serveringstillstånd samt 12 tillsynsbesök avseende folkölsförsäljning.

### Serveringstillstånd i Lysekils kommun

I januari 2019 finns det 38 restauranger med tillstånd för stadigvarande servering till allmänheten samt 1 restaurang med tillstånd för servering till slutna sällskap.

De flesta restaurangerna ha en renodlad matprofil medan några har en mer publik karaktär under kvällstid. Det finns ingen nattklubb eller dansrestaurang men dans kan förekomma.

Stängningstiderna varierar mellan klockan 01:00 och 03:00 på fredagar samt lördagar och dag före helgdag.

Under 2019 inkom fem ansökningar om stadigvarande tillstånd till allmänheten.

Tillfälliga serveringstillstånd för slutna sällskap kan gälla förenings- och företagsfester och liknande. Ansökningar om tillfällig servering till allmänheten, vid exempel festivaler eller konserter förekommer regelbunden varje år i Lysekils kommun.

Under 2019 inkom nio ansökningar om tillfälliga tillstånd till allmänheten samt en ansökning gällande serveringstillstånd till slutna sällskap.

Man skiljer mellan yttre och inre tillsyn.

Yttre tillsyn genomförs med besök på serveringsställe där man kontrollerar nykterhet och ordning samt att serveringen bedrivs enligt tillstånd.

Yttre tillsyn kan man dela in i:

Påkallad tillsyn. Anmälan om att serveringen inte bedrivs enligt lagen.

Rutintillsyn

Utökad tillsyn med andra myndigheter

Målet är att alla krogar och restauranger ska få minst ett tillsynsbesök.

Urvalet av serveringsställen sker i första hand genom deras popularitet samt omsättning.

Tillsynen genomförs på dag och kvällstid.

Under år 2019 genomfördes 39 tillsynsbesök på serveringsställen med tillstånd till allmänheten, samt 12 tillsynsbesök med Folkölsförsäljning.

Tillsynen ledde till en återkallelse av serveringstillstånd enligt 9 kap 18 § alkohollagen. Ett serveringstillstånd återkallades på egen begäran.

Inre tillsyn genomförs kontroll av den ekonomiska skötsamheten. Remisser till skatteverket samt kronofogdemyndigheten.

Förvaltningen genomförde också en inre tillsyn avseende alla restauranger med serveringstillstånd.

Inre tillsyn innebär bland annat att en kontroll sker av om förutsättningarna för tillstånd fortfarande föreligger d.v.s. att kraven i 8 kap. 12 § alkohollagen fortfarande är uppfyllda. Detta sker via Skatteverket, kreditupplysningsinstitut och polismyndigheten. Kontroll görs också över tillståndshavarnas marknadsföring.

Inre tillsynen ledde till en varning enligt 9 kap 17 § alkohollagen.

### **Serveringsställen som har besökts under våren och sommaren samt hösten 2019:**

Brodalens Bed/Breakfast - inga anmärkningar

Café Havets Hus - inga anmärkningar

Krog & Café Brygghuset - inga anmärkningar

Pelles Rökeri- inga anmärkningar

Restaurang Pråmen - inga anmärkningar

Restaurang Peking- inga anmärkningar

Pizzeria Skaftö- inga anmärkningar

The Old House Inn- inga anmärkningar

Skaftö Golfkrog- inga anmärkningar

Rågårdsviks Pensionat- inga anmärkningar

Havsbadshavens restaurangen- inga anmärkningar

Restaurang Brygghuset - inga anmärkningar

Luna Café- inga anmärkningar

Norra Hamnen 5 - inga anmärkningar

Café Kungsgatan – åtgärd varning

Kvarterskrogen i Lysekil- inga anmärkningar



Brasseri Sjökantén- åtgärd återkallelse  
Restaurang Smultron & Tång- inga anmärkningar  
Restaurang Oasen- inga anmärkningar  
Restaurang la Mer- inga anmärkningar  
Publik Mat & Bar-- inga anmärkningar  
Kajmagasinet (Hotel Lysekil) -inga anmärkningar  
Terrassen Kök & Bar-inga anmärkningar  
Grand Hotel-inga anmärkningar  
Bastevik Bar & Café-inga anmärkningar  
Havsbadsparken -inga anmärkningar  
Vann Spa Hotel & Konferens-inga anmärkningar  
Hotel Gullmarstrand-inga anmärkningar  
Havsbadsparken-inga anmärkningar  
Bengt Fisk-inga anmärkningar  
Brasseri vid Siviks Camping- inga anmärkningar

Krögens Fiskdelikatesser - inga anmärkningar

### **Genomförd Folkölstillsyn 2019**

Coop Extra Lysekil  
Ekdals Mack i Lysekil AB  
Ica Brastad  
Ica Grundsund  
Konsum Brastad  
Siviks Camping  
Skaftöhallen  
Ica Supermarket  
Konsum Rosviksgatan  
Brodalens Närlivs AB  
Holma Golf  
Bengt Fisk

Eva Andersson  
Förvaltningschef

Klaus Schmidt  
Alkoholhandläggare

### **Beslutet skickas till**

Alkoholhandläggare för vidarebefordran



Datum  
2020-02-05

Dnr  
SON 2020-000024

Socialförvaltningen  
Klaus Schmidt, 0523 - 61 34 89  
klaus.schmidt@lysekil.se

## Tillsynsplan enligt alkohollagen 2020-2021

### Sammanfattning

Alkohollagen är en skyddslag som syftar till att begränsa alkoholens skadeverkningar. Bestämmelserna i alkohollagens 9 kap ger tillståndsmyndigheterna rätt att utöva kraftfull tillsyn över försäljningen av alkoholdrycker.

### Förslag till beslut

Nämnden godkänner upprättad Tillsynsplan 2020/2021 enligt det förslag som presenterats.

### Ärendet

En tillsynsplan är ett hjälpmedel för kommunen i en effektivare tillsyn av restauranger med serveringstillstånd. Den skall hjälpa till med prioriteringar och styra upp tillsynen i tid och inriktning.

### Ekonomiska konsekvenser

Tillsynsverksamheten finansieras av olika typer av avgifter som är kopplade till näringsidkarnas verksamheter. Godkännande av tillsynsplanen medför därmed inga ekonomiska konsekvenser för kommunen.

### Bakgrund

Alkohollagen är en skyddslag som syftar till att begränsa alkoholens skadeverkningar. Bestämmelserna i alkohollagens 9 kap ger tillståndsmyndigheterna rätt att utöva kraftfull tillsyn över försäljningen av alkoholdrycker. Med alkohol förstås en dryck som innehåller mer än 2,25 volymprocent alkohol.

Servering av spritdrycker, vin, starköl och andra jästa alkoholdrycker får endast ske av den som meddelats serveringstillstånd. Av alkohollagen framgår att servering endast får ske i sådan omfattning och sådana former att skador eller brister i ordning och nykterhet på serveringsställena inte uppstår. Som ett särskild skydd för ungdomar finns även åldersgränser angivna i lagen. De förutsättningar som gäller för att beviljas serveringstillstånd skall vara uppfyllda även efter det att serveringstillstånd meddelats.

### Serveringstillstånd i Lysekils kommun

I januari 2020 finns det 36 restauranger med tillstånd för stadigvarande servering till allmänheten samt 1 restaurang med tillstånd för servering till slutna sällskap.

De flesta restaurangerna ha en renodlad matprofil medan några har en mer publiknande karaktär under kvällstid. Det finns ingen nattklubb eller dansrestaurang men dans kan förekomma.

Stängningstiderna varierar mellan klockan 01:00 och 03:00 på fredagar samt lördagar och dag före helgdag.

Under 2019 inkom fem ansökningar om stadigvarande serveringstillstånd till allmänheten.

Dnr  
SON 2020-000024

Tillfälliga serveringstillstånd för slutna sällskap kan gälla förenings- och företagsfester och liknande. Ansökningar om tillfällig servering till allmänheten, vid exempel festivaler eller konserter förekommer regelbundet varje år i Lysekils kommun.

Under 2019 inkom 9 ansökningar om tillfälliga tillstånd till allmänheten samt ett serveringstillstånd till slutna sällskap.

### **Målsättning med tillsynsverksamheten enligt alkohollagen**

#### **Alkohollagen**

All försäljning av alkoholdrycker skall skötas på ett sådant sätt att skador i möjligaste mån förhindras och servering av alkoholdrycker får endast ske i sådan omfattning och i sådana former att skador eller brister i ordning och nykterhet inte föreligger eller att särskild risk för människors hälsa inte uppstår. Som ett särskilt skydd för ungdomen finns dessutom åldersgränser.

#### **Tillsynsmyndigheter**

I Lysekils kommun har kommunstyrelsen delegerat den lokala tillsynen enligt alkohollagen till Socialnämnden som i sin tur har delegerat tillsynen till ansvarig tjänsteman.

Förutom kommunen har även polismyndigheten skyldighet att kontrollera att lagen följs.

Regional tillsynsmyndighet enligt alkohollagen är länsstyrelsen och ska bland annat ge kommunerna vägledning men också utöva tillsyn av kommunernas verksamhet avseende alkohollagens efterlevnad. Central tillsynsmyndighet är Folkhälsoinstitutet som ska följa utvecklingen och vara vägledande vid tillämpningen av lagen.

Syftet med all tillsyn är att förebygga och korrigera felaktigheter och rättelser kan i vissa fall ges s.k. erinran, då det gäller mindre allvarliga överträdelse, ske på frivillig väg genom tillståndshavarens egen försorg, men serveringstillståndet kan återkallas i de fall som anges AL 9 kap. 18 §.

Det är viktigt att det förs en löpande dialog mellan kommunen och tillståndshavaren.

Om felaktigheter i hanteringen uppmärksammas kan tillsynsmyndigheten ofta genom samtal med tillståndshavaren åstadkomma att bristerna omedelbart rättas till. Vid dessa samtal är det ofta nödvändigt att gå igenom aktuella bestämmelser och tillämpningen av dessa.

Det är bl.a. därför nödvändigt att de som utövar tillsyn själva har mycket god kunskap om bestämmelserna och är medvetna om kravet på noggrann dokumentation.

Jämför uttalanden i propositionen (1976/77:108 s.39) till den tidigare lagstiftningen på området, Lagen om handel med drycker (LHD) där det bl.a. anförs att ”tjänstemannen ska vara expert på ärenden om försäljning av drycker. Tyngdpunkten i hans/hennes arbete bör ligga på rådgivande och förebyggande verksamhet”.

Genom rådgivande verksamhet och en smidig handläggning av ärendena bör det kunna undvikas att administrativa tvångsmedel kommer till annat än begränsad användning. Dessa tankar bör vara vägledande även i dag.

### Förebyggande tillsyn

- Tillsynsbesök på serveringsställen.
- Informationsmaterial om bestämmelserna i alkohollagen är aktuella och hålls tillgängliga för näringsidkare och allmänheten.
- Genomföra utbildningen ansvarsfull alkoholservice för tillståndshavare samt personal.
- Planering under året
- Vid folkölstillsynen ska genomgång av egentillsynsprogrammen göras.

### Yttre tillsyn

Yttre tillsyn avser den tillsyn som sker på serveringsstället i syfte att följa upp att verksamheten bedrivs enligt alkohollagens bestämmelser.

- Att ordning och nykterhet råder på serveringsstället.
- Att servering inte sker till minderåriga.
- Att servering inte sker till märkbart påverkade personer.
- Att lagad mat tillhandahålls på serveringsstället.
- Att det finns ett allsidigt matutbud.
- Att serveringsansvarig person finns på plats.
- Att utbudet av alkoholdrycker överensstämmer med beviljat tillstånd.
- Att det finns alkoholfria alternativ.
- Att serveringslokalerna och kökets beskaffenhet överensstämmer med bestämmelserna i alkohollagen.
- Att den som serverar alkohol är anställd av tillståndshavaren eller inhyrd av bemanningsföretag.
- Att marknadsföringen inte är påträngande.
- Att animeringsförbudet respekteras.
- Att serveringen sker återhållsamt.
- Att serveringen inte sker före eller efter serveringstid.
- Att försäljningen bokförs enligt alkohollagens bestämmelser.
- Att meddelade villkor följs.
- Att förvarings- och förtäringförbudens efterlevs.

## Händelsestyrd yttre tillsyn

### Serveringstillstånd

Vid indikation om oegentligheter, störningar från verksamheten i form av bråk, bullerstörningar, överservering, ekonomisk brottslig verksamhet skall tillsyn göras så fort som möjligt efter aktuell händelse och då i de flesta fall tillsammans med annan berörd myndighet. Efter ett första besök planeras tillsyn med större insats under perioden.

Till den händelsestyrda yttre tillsynen räknas även tillfälliga serveringstillstånd till allmänheten.

### Folköl

Det är av stor vikt att kommunen vid signaler om oegentligheter/försäljning till minderåriga gör en yttre tillsyn och informera om vad som gäller. Besök ska ske snarast.

### Samordnad yttre tillsyn

Med samordnad tillsyn avses ett fördjupat tillsynsarbete som flera berörda myndigheter planerar och/eller genomför tillsammans. Dessa deltar med stöd av den lagstiftning som gäller för deras respektive sakområde. Vid samordnad tillsyn inom kommunen sker planering av inspektioner i samråd med Livsmedelsinspektörer, Räddningstjänst och Polismyndighet.

### Planerad yttre tillsyn

Den yttre tillsynen innebär en kontroll av att restaurangens alkoholservice sker i enlighet med dess tillstånd och inte bryter mot gällande lag i övrigt. Den yttre tillsynen görs enligt en särskild plan som upprättas varje år. Vid kontrollbesök bör verksamheten som ska kontrolleras störas så lite som möjligt.

Den som utför kontroll ska alltid kunna styrka att han/hon företräder tillsynsmyndigheten. Alkoholhandläggaren förbereder och planerar inspektioner i samråd med inspektörer om sådana finns.

Det krävs olika tillsynsinsatser beroende på verksamheten som bedrivs i restaurangen. Prioritering utifrån en riskanalys ger följande värdering av insatser:

1. Objekt med liten insats är:

Tillståndshavare som endast vänder sig till slutet sällskap, lunchrestauranger, låg alkoholförsäljning, inget nöjesutbud, inga kända störningar från verksamheten.

2. Objekt som kräver något större insats:

Restauranger/tillståndshavare med tillstånd till allmänhet.

Restauranger/tillståndshavare med hög alkoholförsäljning, tillfälliga nöjesutbud.

3. Objekt som kräver mycket stora insatser:

Restauranger/tillståndshavare med tillstånd till allmänhet med låg matförsäljning och hög alkoholförsäljning och återkommande störningar.



<b>ORDINARIE TILLSYN SERVERINGSTILLSTÅND</b>	<b>När ska tillsynen göras</b>
<b>Yttre tillsyn av serveringstillstånd (inspektioner)</b>	
Första besök vid nytt serveringstillstånd	Inspektion och information inom tre månader
Restauranger och cateringverksamheter	En gång per år
Restauranger med serveringstid till kl. 03:00	Ytterligare en inspektion/år
Restauranger som ordnar dans för allmänheten	Ytterligare en inspektion/år
Stadigvarande serveringstillstånd för slutna sällskap	Vartannat år
Tillfälligt tillstånd för servering till allmänheten	Vid behov
Tillfälligt serveringstillstånd för slutet sällskap	Vid behov
<b>Inre tillsyn av stadigvarande serveringstillstånd</b>	
Granskning av restaurangrapport	Varje år
Kontroll av skatteskulder, årsredovisningar och ändringar i bolagets sammansättning (i system Infotorg)	Varje år
Kontroll av betalningsuppmaningar och kontrollavgifter (uppgifter från Skatteverket)	Varje år
Kontroll av personlig lämplighet (uppgifter från polisens brott-och misstankeregister)	Vartannat år
Kontroll av nya företrädares ekonomiska och personliga lämplighet, samt granskning av finansiering	Efter anmälan om ändring
<b>Extra tillsyn</b>	
Utredning om påföljd enligt alkohollagen -enklare utredning(exempelvis frånvaro av serveringsansvarig, brott mot villkor eller mindre ekonomisk misskötsamhet)  - omfattande utredning ( exempelvis granskning av ekonomiska förhållanden, olagliga alkoholdrycker, servering till minderårig, brottslighet på serveringsstället eller flera olika brister)	Vid brister som kan leda till påföljd. Kan även innefatta extra tillsynsbesök.



Uppföljande tillsyn efter beslut om erinran eller varning	Inom sex månader
<b>Förebyggande Tillsyn</b>	
Utbildning för serveringspersonal i Ansvarsfull alkoholserving	En gång per år

<b>Ordinarie tillsyn försäljningsställen för folköl</b>	<b>När ska tillsyn göras</b>
Första besök i butik med ny innehavare	Inspektion och information inom tre månader
Försäljningsställe	En gång per år
Granskning av egenkontrollprogram	En gång per år
Uppföljande tillsynsbesök efter tillsynsrapport med påpekande om väsentliga brister (till exempel felaktig märkning, otillräckligt matsortiment, otillåten marknadsföring)	Inom två månader
Beslut om föreläggande eller förbud	Om brister inte åtgärdats
Tillsynsutredning om varning eller försäljningsförbud	Vid allvarliga eller upprepade brister
Uppföljande tillsyn efter beslut om föreläggande, varning eller försäljningsförbud	Omgående efter att beslutet börjat gälla/utsatt datum passerat

Eva Andersson  
Förvaltningschef

Klaus Schmidt  
Alkoholhandläggare

**Beslutet skickas till**

Länsstyrelsen



Datum  
2020-02-11

Dnr  
SON 2020-000086

Socialförvaltningen  
Maria Granlund,  
maria.granlund@lysekil.se

## **Berättelse för kvalitet och patientsäkerhet 2019**

### **Sammanfattning**

Förvaltningen har upprättat en gemensam berättelse för kvalitet och patientsäkerhet för 2019. I berättelsen beskrivs hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under 2019.}

### **Förslag till beslut**

Socialnämnden beslutar att godkänna förvaltningens förslag till berättelse kvalitet och patientsäkerhet för 2019

### **Ärendet**

Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivare senast den 1 mars varje år upprätta en *patientsäkerhetsberättelse*.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras. Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse.

Förvaltningen har upprättat en gemensam berättelse för kvalitet och patientsäkerhet för 2019. I berättelsen beskrivs hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under 2019.

Eva Andersson  
Förvaltningschef

Maria Granlund  
Handläggare

### **Bilaga/bilagor**

Berättelse för kvalitet och patientsäkerhet 2019

### **Beslutet skickas till**

Förvaltningschef SOF  
MAS  
Avdelningschefer SOF  
Utredare



# **Berättelse för kvalitet och patientsäkerhet 2019**

## **Socialnämnden**



## Innehåll

Inledning .....	3
Organisation och ansvar.....	4
Styrmodeller för kvalitetsutveckling .....	4
Ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet .....	5
Arbetet med kvalitet och patientsäkerhet 2019 .....	6
Händelser av betydelse 2019 .....	6
Processer och rutiner.....	6
Egenkontroller.....	7
Intern kontroll .....	9
Avvikelse rapportering och hantering.....	9
Intern och extern samverkan .....	12
Kompetensutveckling och fortbildning.....	15
Åtgärder av betydelse för kvalitetsförbättring.....	16



## Inledning

Förvaltningen har för fjärde gången en gemensam berättelse för kvalitet och patientsäkerhet. I fokus är det arbete som har en direkt koppling till de personer som får insatser från oss. Kvalitet och patientsäkerhetsberättelsen beskriver förvaltningens kvalitetsarbete under föregående kalenderår. I berättelsen framgår det vad förvaltningen har vidtagit för åtgärder för att säkra en god kvalitet samt för att minimera risker och negativa händelser.

Vårdgivaren ska enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse där strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten tydligt ska redovisas.

I patientsäkerhetsberättelsen redogörs för:

- hur vårdgivaren har arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården under föregående kalenderår
- hur vårdpersonalen har bidragit men även hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats
- vidtagna åtgärder för att öka patientsäkerheten samt uppnådda resultat från föregående år

Kvalitetsberättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 1 §



## Organisation och ansvar

### Styrmodeller för kvalitetsutveckling

Hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt LSS är komplexa verksamheter. För att hålla en god kvalitet i verksamheterna är det viktigt att det finns tydliga dokumenterade strukturer för mål och verksamhetsstyrning och för systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete.

Socialnämndens kvalitetsarbete utgår från kommunens styrmodell och från nämndens kvalitetsledningssystem. Båda styrmodellerna syftar till att säkerställa att verksamheterna utför sitt grunduppdrag med god kvalitet. För att uppnå en resurseffektiv och koordinerad styrning följer uppbyggnaden av Lysekils ledningssystem i stora drag styrmodellens uppbyggnad och är också, där det är tillämpligt, integrerad med styrmodellen.

### Kommunens styrmodell

Med utgångspunkt från kommunens och verksamheternas grunduppdrag delas styrmodellen in i tre delar:

1. Ekonomistyrning och resursfördelning (ramstyrning)
2. Mål och uppdrag för utvecklingsarbete
3. Kvalitetssäkring av grunduppdraget

Kvalitetssäkringen av grunduppdraget görs genom att varje verksamhet följer upp verksamheten utifrån ett antal faktorer som är kritiska för verksamheternas kvalitet samt ett antal indikatorer som ska visa om verksamheterna når upp till sina kvalitetsfaktorer. Visar resultatet av kvalitetsindikatorerna (3) att kvaliteten behöver förbättras kan det göras genom ekonomistyrning (1) och/eller målstyrning (2).

### Socialnämndens kvalitetsledningssystem

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska Socialnämnden se till att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Föreskrifterna gäller för samtliga verksamheter enligt SoL, LSS och HSL, inklusive LVU och LVM. Föreskrifterna ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt PSL.

Socialnämnden antog under april 2017 riktlinjer för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

I stora drag innebär ett ledningssystem för kvalitet att:

- verksamheten identifierar och arbetar utifrån de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet
- verksamheten följer upp och förbättrar sina resultat, processer och rutiner med hjälp av riskanalys, egenkontroll och avvikelshantering.

### Uppföljning av verksamheternas kvalitet

Nämndens och verksamheternas verksamhetsplaner och budget följs upp fem gånger per år. Vid uppföljning 1, 2 och 4 följs endast budget upp medan uppföljning 3 och 5 (årsuppföljningen) även följer upp kvalitetsfaktorer, utvecklingsmål och uppdrag. En stor del av resultatet av Socialnämndens arbete med att utveckla och säkra kvaliteten dokumenteras därför i nämndens, avdelningarnas och enheternas årsrapporter.



Resultatet av kontroller och utredningar av verksamhetens kvalitet såsom intern kontroll-rapporter, avvikelserapporter, brukarundersökningar och tillsynsbeslut redovisas löpande till nämnden under året.

### **Ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet**

Socialnämnden har det övergripande ansvaret för verksamheternas kvalitet och säkerhet. Förvaltningschef ansvarar tillsammans med avdelningschefer och enhetschefer för att kvalitetsarbetet genomförs, följs upp och åtgärdas ute i verksamheterna. Alla medarbetare har ansvar för att aktivt delta i det systematiska kvalitetsarbetet.

Förvaltningen gör bedömningen att det behövs ett mer intensifierat arbete för att medvetengöra och förtydliga roller och ansvar i det systematiska kvalitetsarbetet eftersom det i nuläget inte är tillräckligt tydligt och känt i organisationen. Kunskapsnivån i det systematiska kvalitetsarbetet samt erfarenheten av att använda förvaltningens verksamhetsverktyg för kvalitetsarbetet ser olika ut både när det gäller chefer som medarbetare. Detta beror delvis på att det varit en hög omsättning på framförallt chefer men även svårigheter med kompetensförsörjningen av vissa yrkesgrupper. Dessa faktorer har försvårat arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet i verksamheterna.

Under 2020 behöver roller och ansvar i det systematiska kvalitetsarbetet tydliggöras. Kunskapsnivån i det systematiska kvalitetsarbetet ska höjas. Alla anställda ska aktivt delta i verksamheternas kvalitetsarbete samt ha god kännedom gällande Riktlinjen för systematiskt kvalitetsarbete. Chefer och medarbetare som har behov av att öka sina kunskaper i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ska ges förutsättningar för den kompetensutvecklingen.



## Arbetet med kvalitet och patientsäkerhet 2019

### Händelser av betydelse 2019

#### Förändring av MAS-uppdraget

Samverkan mellan Sotenäs, Munkedal och Lysekil (SML) om en gemensam medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Uppdraget är renodlat och följer 11 kap. 4 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

#### Gemensam läkemedelsutbildning

Läkemedelsutbildning inför delegering ges 1 ggr/ månad i samverkan SML. Samma behörighetskrav och gemensamt utbildningsmaterial gör att vi kan sprida utbildningstillfällena över tre kommuner. Varje kommun ger då utbildning var tredje månad istället för som tidigare varje, vilket effektiviserar och frigör tid för sjuksköterskan.

#### Skaftöhemmet Gullvivan stängs tillfälligt

Under våren blev personalbemanningen på Skaftöhemmet Gullvivan akut då all tillsvidareanställd personal, med undantag av en person, var sjukskrivna. Avdelningen fördelade under en period om personal från andra enheter för att lösa bemanningen. Inför sommarens semesterperiod, då även övriga enheter stod inför ett behov av personal med rätt kompetens och delegeringar, bedömdes läget på Gullvivan bli ännu allvarigare och den medicinska säkerheten inte längre kunna säkerställas. Socialnämnden beslutade då att tillfälligt stänga Gullvivan. Då rekryteringsproblemen kvarstått har Gullvivan ännu inte kunnat öppnas igen.

De boende på Gullvivan erbjöds platser på kommunens övriga tre äldreboenden. Den tillfälliga stängningen har inneburit stora påfrestningar för de boende, anhöriga och personal på olika sätt.

#### Kommunövergripande analysgrupp

I slutet av 2019 tillsatte kommunchefen en kommunövergripande analysgrupp bestående av tjänstemän från kommunens fyra förvaltningar. Syftet med analysgruppen är att ta fram och förmedla underlag till fullmäktige och nämnder som kan ligga till grund för uppsikt, måluppföljning och långsiktig planering. Analysgruppens första uppdrag har varit att bidra med underlag till den nulägesanalys som ska ligga till grund för Kommunfullmäktiges budget 2021.

#### Processer och rutiner

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ställer krav på att de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet är identifierade, beskrivna och fastställda. Vidare ska det utarbetas rutiner för de aktiviteter som ingår i processerna.

Processerna ska identifieras och kartläggas på alla nivåer och fastställs oftast av avdelningschef.

De övergripande rutinerna och riktlinjerna för den kommunala hälso- och sjukvården har setts över och uppdaterats under 2019 av MAS. De lokala rutinerna ansvarar enhetscheferna för och de ska uppdateras årligen.

Inom barn- och ungdomsverksamheten togs nödvändiga processer och rutiner fram 2017 men då giltighetstiden för rutinerna är två år behöver de följas upp och eventuellt revideras under 2020.

Under 2019 har arbetet med att kartlägga processer och upprätta/uppdatera rutiner för handläggning och verkställighet inom vård och omsorgsverksamheten påbörjats. Även processkartläggning av Trygg hemgång har påbörjats och beräknas avslutas under första delen av 2020.

Förvaltningens ledningsgrupp har under slutet av 2019 identifierat de processer som behöver prioriteras under 2020. Dessa är:

- samverkansprocessen för Barnahus
- handläggning och verkställighet av:
  - hemtjänst
  - särskilt boende
  - korttidsboende och växelvård
  - boendestöd
  - personlig assistans
  - insatser till vuxna missbrukare
  - trygg hemgång
  - dagverksamhet
  - våldsärenden

Det är avdelnings- och enhetschefer som ansvarar för att identifiera och beskriva processerna men förvaltningens utredare kan bistå med hjälp i kartläggningsarbetet.

Under 2020 behöver förvaltningen prioritera processkartläggning och framtagande av tillhörande rutiner för de processer som ledningsgruppen har identifierat som särskilt viktiga.

## **Egenkontroller**

Egenkontroll innebär att systematiskt och regelbundet följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat och kvalitet. Egenkontrollen innebär även att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

En del av egenkontrollen bedrivs inom ramen för kommunens styrmodell genom uppföljning av verksamheternas kvalitetsfaktorer och kvalitetsindikatorer.

## **Kvalitetsmätningar socialtjänst**

*Öppna jämförelser, ÖJ*, är ett verktyg för att analysera, följa och förbättra kvaliteten i socialtjänstens verksamheter på lokal, regional och nationell nivå. Öppna jämförelser består av tre undersökningar:

- Öppna jämförelser socialtjänst som kartlägger omfattningen och användandet av insatser, rutiner, metoder och samverkansformer.
- Enhetsundersökningarna om äldreomsorg, kommunal hälso- och sjukvård samt LSS som undersöker verksamheternas innehåll och kvalitet på enhetsnivå.
- Brukarundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" som skickas ut till alla äldre (65+) med hemtjänst eller särskilt boende.



*Kommunens kvalitet i korthet, KKiK*, är ett nationellt projekt som Lysekils kommun deltar i. KKiK består av cirka 40 nyckeltal och ambitionen är att nyckeltalen ska beskriva kommunens kvalitet och effektivitet i jämförelse med andra kommuner ur ett övergripande perspektiv. Insamlingen sker till viss del genom automatisk inläsning från befintliga datakällor såsom SCB, Socialstyrelsen och SKL. Som komplement till dessa data görs även KKiK-undersökningar i kommunerna.

Sveriges kommuner och regioner genomför årligen *brukarundersökningar* inom individ- och familjeomsorg och funktionshinderområdet.

Förvaltningen har under 2019 deltagit i Öppna jämförelser och KKiK. SKR:s brukarundersökning har genomförts inom IFO men har inte kunnat genomföras inom LSS.

Flera av nyckeltalen i Socialstyrelsens och SKR:s kvalitetsmätningar används som indikatorer till nämndens kvalitets- och utvecklingsmål. Resultaten på dessa analyseras och redovisas i samband med nämndens uppföljningar. Verksamheternas övriga resultat i öppna jämförelser och KKiK 2019 har ännu inte sammanställts och analyserats på en övergripande nivå i förvaltningen. Resultaten kommer att redovisas för nämnden under våren 2020.

På enhetsnivå rapporterar ett fåtal enheter att de arbetat med resultaten från kvalitetsundersökningarna på APT och att resultaten används som mål- och kvalitetsindikatorer i styr- och uppföljningsarbetet. Majoriteten av enheterna analyserar inte resultaten och använder dem inte i kvalitets- och utvecklingsarbetet.

Resultaten från kvalitetsmätningarna, främst KKiK, analyseras i kommunens nybildade analysgrupp där representanter från samtliga förvaltningar ingår.

Resultaten från brukarundersökningarna, enhetsundersökningarna och KKiK finns i den öppna databasen Kolada på [www.Kolada.se](http://www.Kolada.se).

### **Tillsyn**

Under året har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomfört tillsyn på fem ärenden/områden:

- äldreomsorgen vid Lysekilshemmets äldreboende
- äldreomsorgen vid Skaftöhemmet Gullvivan
- handläggning av två enskilda barnärenden
- handläggning av enskilt ärende

IVO:s beslut har redovisats för nämnden och verksamheterna har arbetat för att komma till rätta med de brister som har identifierats.

### **Nationella kvalitetsregister – svenska palliativregistret**

I registret registreras hur vården av en person i livets slutskede varit. Alla patienter som, sista veckan i livet, vårdas i hemsjukvården ska registreras i registret. Syftet är att förbättra vården i livets slutskede oberoende av diagnos och vem som utfört vården. Resultatet på vårdens kvalitet kan jämföras med andra vårdgivare i riket. Lysekils resultat ligger på riksgenomsnittet.

### **Nationella kvalitetsregister – Senior alert**

Senior alert är ett verktyg för att stödja vårdprevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med



blåsdysfunktion. Det är fem områden som hänger ihop och berör alla som möter den äldre inom hälso- och sjukvård. Med hjälp av Senior alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus. Varje enskild äldre person som möter vård och omsorg ges möjlighet till en riskbedömning, förebyggande åtgärder och uppföljning för att säkerställa att åtgärderna gör skillnad. Genom att använda Senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetssättet på individnivå, patientsäkerheten förbättras och kan som en följd även minska uppkomna vårdskador.

Alla patienter som skrivs in i den kommunala hälso- och sjukvården ska bedömas utifrån risk för fall, risk för undernäring och risk för trycksår.

### **Nationell mätning - PPM**

Punktprevalensmätningen för 2019 ägde rum 13 november 2019. Datauttaget gjordes på riskbedömningar, planerade och utförda åtgärder samt pågående trycksår.

Resultatet visar på att Lysekil har lägre andel trycksår i ordinärt boende än riksgenomsnittet och andelen trycksår i särskilt boende ligger på samma nivå som riket i övrigt.

### **Systematisk loggning**

Loggning har genomförts flertalet gånger under året när det gäller patientjournaler. Urval av loggposter har skett genom en kombination av systematik och slumpmässighet.

Granskningen omfattar vem som har öppnat journalen/akten och läst eller skrivit ut. En bedömning görs av om personen varit behörig eller inte. Under året har flertalet loggposter lett till vidare utredning.

### **Dokumentation**

Egenkontroll ska utföras genom journalgranskning med syftet att följa upp att dokumentationen fyller gällande krav samt för att identifiera utvecklingsområden. Någon övergripande granskning har inte gjorts under 2019. Vissa förbättringar görs löpande med formuleringar. Användandet av skattningsskalor har tagits upp i medarbetarsamtal. Mall för dokumentation efter bedömning med hjälp av VISAM har tagits fram.

Under 2020 behöver förvaltningens arbete med egenkontroll öka i omfattning och frekvens och göras mer systematiskt och regelbundet.

### **Intern kontroll**

Samtliga nämnder i Lysekils kommun antar varje år en intern kontrollplan med ett antal olika kontrollpunkter. Under 2019 granskades genomförandeplaner, genomförande av åtgärder efter lex Sarah-utredningar samt rutin för hantering av privata medel.

Granskningen visade på en del brister i rutiner och följsamheten till rutinerna för samtliga områden. Nämnden har beslutat om åtgärder för att hantera bristerna. Flertalet av åtgärderna har genomförts under året och förvaltningen arbetar med den åtgärd som kvarstår, att uppdatera rutin för hantering av privata medel.

### **Avvikelseberapportering och hantering**

Syftet med avvikelseberapportering och hantering är att förebygga kvalitetsbrister och lära av våra misstag.



### **Hantering av klagomål och synpunkter**

Klagomål och synpunkter utreds av berörd tjänsteman, oftast av närmaste chef. Dialog förs med berörda parter. Ett samtal sker ofta med den enskilde och därefter ses verksamheten över för att se om några förbättringar ska göras. Resultatet återförs till alla berörda. Redovisning till nämnden sker om ärendet har kommit via Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Under 2019 har 98 klagomål och synpunkter till socialnämnden registrerats. I sju av synpunkterna framfördes beröm, av dessa var tre riktade till Trygg hemgång. Majoriteten av klagomålen/synpunkterna (67 stycken) avsåg verksamheter inom avdelningen vård- och omsorg. En stor del av klagomålen, 23 stycken, handlade om stängningen av Skaftöhemmet.

### **Sociala avvikelser**

Alla avvikelser som uppstår i utförandet av verksamhet enligt SoL, LSS, LVU och LVM ska rapporteras av personalen. Inom socialförvaltningen benämns sådana avvikelser ”sociala avvikelser”. Om avvikelserna innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa räknas de som missförhållanden som ska rapporteras enligt lex Sarah. Sociala avvikelser är därför av lägre allvarlighetsgrad än missförhållanden. Sociala avvikelser ska rapporteras på en pappersblankett till närmaste chef, som ska utreda, åtgärda och följa upp avvikelserna. Avvikelsen ska återkopplas till medarbetarna på enheten där den inträffat i syfte att arbeta förebyggande och med kvalitetsförbättring.

Till skillnad från klagomål och synpunkter och lex Sarah-rapporter så diarieförs inte de sociala avvikelserna. Under slutet av år 2019 framkom det att flera avvikelser felaktigt rapporteras in i verksamhetssystemet och därför inte har hanterats. Detta i kombination med att det saknas underlag från samtliga enheter gör att det inte går att få fram en tillförlitlig siffra över antalet sociala avvikelser i verksamheterna under 2019.

De vanligaste typerna av sociala avvikelser är brister i användandet av metod, arbetsplan, rutin, genomförandeplan och brister i utförandet av insats.

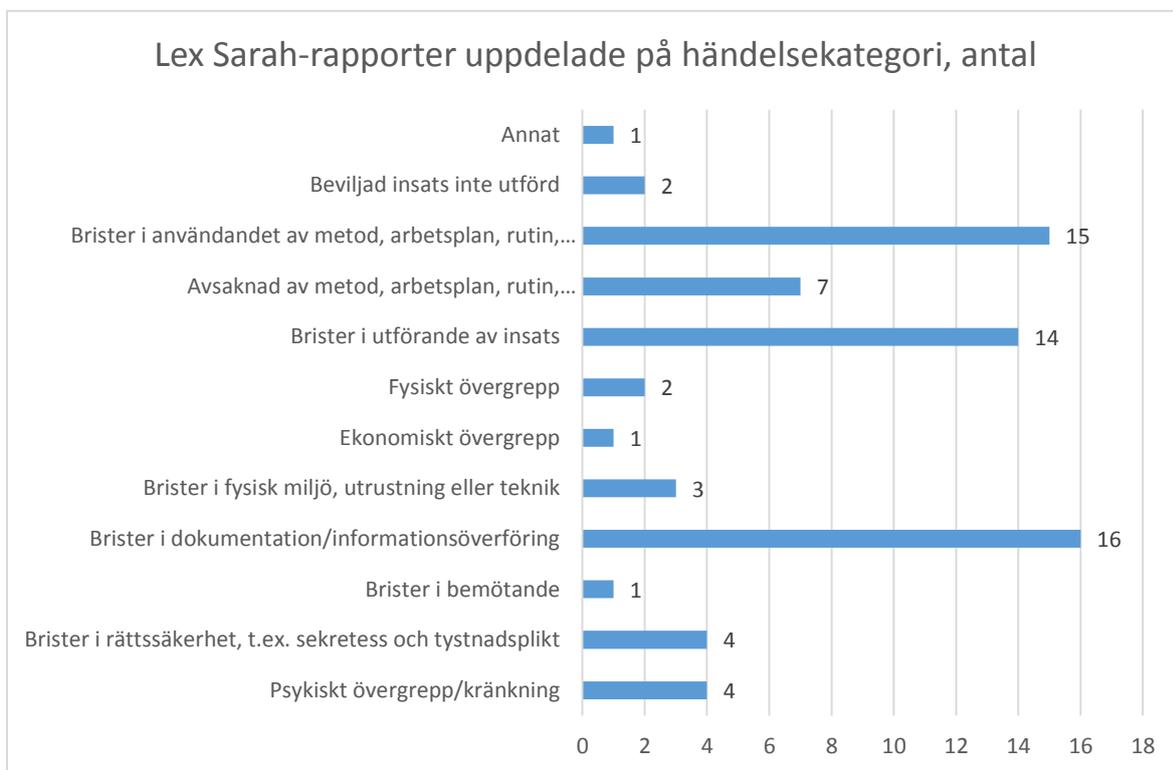
Under 2020 kommer ett nytt verksamhetssystem införas och med det kommer även ett mer digitaliserat avvikelshanteringssystem. Detta kommer att leda till en bättre rapportering, hantering och uppföljning av de sociala avvikelserna.

### **Lex Sarah**

Under 2019 upprättades 41 lex Sarah rapporter. Efter utredning bedömdes 14 av rapporterna vara sociala avvikelser. Dessa ingår därför inte i redovisningen nedan. Antalet rapporter har minskat sedan 2018 då 53 rapporter registrerades.

Efter utredning bedömdes två av de rapporterade händelserna utgöra *allvarliga* missförhållanden och anmäldes därför till IVO. IVO har bedömt att nämnden har fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet och har avslutat båda ärendena.

Majoriteten av Lex Sarah-händelserna har inträffat inom vård- och omsorgsverksamheterna (22 av 27 händelser). De vanligaste händelsetyperna är brister i dokumentation/informationsöverföring, tillämpning av rutiner eller i utförandet av insatsen. Könsfördelningen bland de brukare som har berörts av händelsen är jämn, 28 män och 28 kvinnor. Av dessa var tre under 18 år.



**Kommentar till diagram:** En lex Sarah rapport kan tilldelas mer än en händelsekategori därför överstiger antalet händelsetyper antalet inkomna rapporter.

Varje lex Sarah-utredning innehåller en åtgärdsplan framtagen i dialog mellan ansvarig chef och lex Sarah-utredare. Åtgärdsplanerna följs upp två gånger om året i samband med uppföljning av verksamhetsplaner och budget. Årsrapporten 2019 visar att Biståndsavdelningen, Individ- och familjeomsorgen och avdelningen för LSS och socialpsykiatri hade genomfört 100% av åtgärderna som identifierats under 2019. Andelen genomförda åtgärder inom Vård- och omsorgsavdelningen var 69 %. Den lägre andelen genomförda åtgärder inom Vård- och omsorgsavdelningen kan delvis förklaras av att avdelningen har ett mycket större antal åtgärder att genomföra än övriga avdelningar (69 stycken) och att vissa åtgärder tar tid att genomföra.

### Hälsa- och sjukvårdsavvikelser

All personal rapporterar avvikelser och negativa händelser i verksamheterna. En avvikelse gällande hälso-och sjukvård är något som inträffar och som inte överensstämmer med verksamhetens normala rutiner eller patientens vårdförlopp. En avvikelse kan ge större eller mindre konsekvenser för den drabbade. Två lex Maria anmälningar till IVO har skett under året.

Vid alla registrerade HSL avvikelser så kategoriseras allvarlighetsgraden, man riskanalyserar sannolikheten för upprepning, en identifiering av orsaker utförs och åtgärder planeras för att förhindra liknande händelser. Arbetet sker i samverkan och tvärprofessionellt på teamträffar. På dessa träffar finns arbetsterapeut/fysioterapeut, sjuksköterska, enhetschefer och kontaktman/vård- och omsorgspersonal med.

*Antal avvikelser kopplat till fall är 668. 14 av fallen resulterade i frakturer som ledde till ett ökat vårdbehov. Ett av fallen bedömdes som vårdskada, övriga som olycksfall. Det är olika individer som drabbats och det har skett i både ordinärt boende och i särskild boende form.*



Antalet registrerade fallavvikelser har minskat jämfört med föregående år.

Förebyggande insatser görs i team där alla professioner kan vara med. Sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter deltar i det fallförebyggande arbetet på de enheter där de har sitt patientansvar. Kvalitetsregister används som hjälpmedel för att identifiera risker och att sätta in åtgärder. Användande av kvalitetsregister har ökat och det kan vara en förklaring till att det fallförebyggande arbetet har ökat.

*Under 2019 har 689 läkemedelsavvikelser registrerats. Flertalet klassificeras som mindre betydande avvikelser. Ingen klassas som katastrofal men många händelser ses som betydande och dessa har utretts. Åtgärder för att förhindra att det sker igen har tagits fram i respektive arbetsgrupp ihop med leg personal, enhetschef och MAS.*

Vanliga avvikelser är till exempel utebliven dos, fel dos, förväxling, att läkemedel saknas, att rätt ordinationshandling saknas, att kontrollräkning av kontrollpreparat ej är utfört eller att personal har överlämnat läkemedel utan att ha delegering. Rutin för läkemedelshantering

Under 2020 behöver verksamheterna intensifiera arbetet med att fortlöpande och kontinuerligt arbeta med uppföljning och utvärdering av de åtgärder som tas fram utifrån uppkomna avvikelser.

finns men följsamheten brister.

## Intern och extern samverkan

Samverkan får, som processer och rutiner, ses som ett ständigt pågående arbete. Uppföljning kring hur samverkan fungerar och om det finns aktuella avtal och överenskommelser kan ske mer eller mindre planerat och systematiskt. Strukturer och rutiner för såväl intern som extern samverkan skiljer sig åt mellan enheterna. Samverkan sker såväl internt som externt och är en förutsättning för att säkra kvaliteten på de insatser som ges inom socialtjänsten, verksamhet inom LSS och socialpsykiatri samt för att förebygga vårdskador i hälso- och sjukvården. Hur förvaltningen representeras externt beror på verksamhetsområde, sakfråga och mandat. En beskrivning av förvaltningens samverkansarbete kan därför aldrig vara heltäckande eller på något sätt ge mer än exempel på pågående samverkan.

I Västra Götaland utgör Hälso- och sjukvårdsavtalet grunden för samverkan och ansvarsfördelning mellan Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvård och kommunernas hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Till avtalet är flera andra underavtal och överenskommelser kopplade, till exempel samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården.

Västra Götalandsregionen (VGR) är en av de stora samverkansparterna för socialförvaltningen. Samverkan och samarbete sker framför allt genom länsgemensamma samverkansavtal där Lysekil kommun driver utvecklingsfrågor och kompetensutvecklingsinsatser via kommunalförbundet Västkom och delregionala kommunalförbundet Fyrbodalen. Lokalt sker samverkan i via den lokala Närsjukvårdsgruppen



NSG). Exempel på områden som socialförvaltningen samverkat med VGR under året är till exempel Handlingsplan för psykisk hälsa 2018-2020, suicidprevention och SIP. Flertalet verksamheter har en upprättat rutin för information om SIP (i syfte att brukarna ska få mer information om sina rättigheter vid SIP).

I Socialtjänstlagen, SoL, och Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, finns en generell skyldighet att samverka kring barn och unga på individnivå när behov finns av insatser från både kommun och VGR.

Det är viktigt att involvera brukare, patienter och närstående i omvårdnaden. Samverkan med anhöriga sker via anhörigverksamhet med anhörigrupper och enskilda stödsamtal.

Det finns i dagsläget inget väletablerat och strukturerat forum för medverkan av patienten och deras närstående i patientsäkerhetsarbetet. Det finns en möjlighet att lämna klagomål och synpunkter via nätet, telefon eller brevlades.

Lysekil kommun är medlem i Samordningsförbundet i Väster, övriga medlemmar är Västra Götalandsregionen, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och ytterligare ett antal kommuner. De insatser som förbundet finansierar kompletterar myndigheternas ordinarie verksamheter. Samordningsförbundens samverkar för att rehabilitera människor och hitta åtgärder för att förebygga ohälsa och utestängning från arbetsmarknaden.

Inom räddningstjänsten sker samverkan med Mundeldals och Uddevallas kommuner inom kommunalförbundet "Mitt Bohuslän" som till exempel startat upp ett arbete med individanpassat brandskydd.

Utifrån kommunens roll i totalförsvaret har Lysekils kommun bildat ett krisberedskapsråd där flera olika samhällsaktörer ingår, till exempel räddningstjänst, kustbevakning, polis, försvarsmakten, Preemraff, hälso- och sjukvården med flera.

Samverkan med civilsamhället finns vidare inom anhörigstöd, Psykiskt och socialt omhändertagande vid stora olyckor och katastrofer (POSOM) och trygghetsvandrare.

I SML-samverkan med de närliggande kommunerna Sotenäs och Munkedal bedrivs olika verksamheter och gemensamma utvecklingsfrågor med Lysekil. Målsättningen är att byta erfarenheter, utöka och fördjupa samarbetet. Exempel på verksamheter som drivs i SML-samverkan är socialjouren, personligt ombud och anhörigstöd. Läkemedelsutbildning inför en eventuell delegering och MAS uppdrag.

Samverkan internt består mestadels av arbetssamtal och möten mellan de tvärprofessionella inom enheten eller mellan enheter eller/och avdelningen/avdelningar i form av möten eller genom kommunikationsplattformar Skypemöte eller TEAMS. Det finns framtagna rutiner för samverkan när det gäller utskrivning, myndighetsutövning och verkställighet. Även riktlinjer för samverkan kring personer med demenssjukdom och deras anhöriga.

SSPF står för socialtjänst, skola, polis och fritid och är en samverkansmodell för dessa olika aktörer. Målgruppen för denna metod är ungdomar mellan 13-18år som behöver stöd och hjälp med riskbeteenden så som skolfrånvaro, missbruk, våld och kriminalitet. SSPF-arbetet påbörjades 2017. SSPF-arbetet pågår med ny styr- och arbetsgrupp sedan senhösten 2019 samt förnyad arbetsmetod. Detta för att nå en kvalitetsökning gällande dokumentation och åtgärdsplanering utifrån den aktuella målgruppens behov.



### Utvecklingsbehov i samverkan

Avtal, överenskommelser och riktlinjer som finns gällande samverkan mellan olika verksamheter upplevs fungera bättre då viljan, personliga kontakter eller kunskapen finns. Verksamheterna uttrycker en önskan om en förbättrad samverkan mellan bland annat primärvård, elevhälsa, BUP och socialtjänst. De största hindren som nämns för samverkansproblem mellan de olika aktörerna är tids- och resursbrist, behov av metod och system för att utveckla samverkan samt en önskan att brukare blir mer involverade i vården omsorgen som ges. Verksamheterna uttrycker ett behov av ökad kunskap när det gäller användningen av SIP och implementeringen av metoden.

Omställning till den nära vården kommer att innebära en förskjutning av vårdgivargränser och redan nu ser vi ökade krav på den kommunala hälso- och sjukvården. Multisjuka patienter med mer intensiva vårdbehov kommer att vårdas i hemmen. Den nära vården gör att Lysekils kommun kommer att behöva förstärka och utöka personalens vårdkompetens/kunskapsnivå.

Under kommande år behöver socialförvaltningen intensifiera utvecklingsarbetet med samverkan inom SML, andra kommuner och NSG. Ett ytterligare steg behöver också tas för att utreda möjligheten till integrerade verksamheter inom SML till exempel inom LSS, socialpsykiatri, barn och unga samt externa placeringar.

### Kompetensutveckling och fortbildning

Sjuksköterskorna har genomfört läkemedelsutbildningar för vård- och omsorgspersonalen inför delegering.

Nytt för 2019 är att vi erbjuder läkemedelsutbildning 1 ggr/ månad i samverkan SML. Samma behörighetskrav och gemensamt utbildningsmaterial gör att vi kan sprida utbildningstillfällena och frigöra mer tid för sjuksköterskan

*Tabell 1 översikt antal utbildad vård- och omsorgspersonal*

Typ av delegeringsutbildning	2017	2018	2019
Läkemedelshantering	230	172	137
Insulin	43	54	29
Totalt	273	226	166

Antal personer som genomgått utbildning inför eventuell delegering har minskat 2019. En stigande trend hade noterats under några år och en toppnotering noterades vid slutet av 2016. Åtgärder vidtogs i form av en skärpning i delegeringsrutinen. Därtill har utbildning i hostmaskin, bukdiyalys, förflyttning, provtagning, stomi och SAMSA<sup>1</sup> givits.

Fyra delegeringar har återkallats på grund av bristande följsamhet till ansvaret.

Nedan redovisas en del av den kompetensutveckling som har genomförts under året som ett led i att kvalitets höja och säkra verksamheterna:

- uppdatering av läkemedelsutbildning

---

<sup>1</sup> SAMSA är ett IT-stöd för att stödja kommunikationen mellan sjukhus, primärvård och kommuner i Västra Götaland. Tjänsten omfattar både omsorgsperspektivet samt betalningsperspektivet.



- handledarutbildning
- utbildning för hygienombud
- grundläggande PAS ansvar för sjuksköterskan
- valideringsutbildning till undersköterska
- grundläggande utbildning av patientansvar för att stärka sjuksköterskans uppdrag
- hygienombudsutbildning
- utbildning/uppföljning för rehabombud
- utbildning för palliativombud
- utbildning i hjärt- och lungräddning (HLR).

### **Åtgärder av betydelse för kvalitetsförbättring**

I underlaget till kvalitets- och patientsäkerhetsrapporten har följande kvalitetsförbättrande åtgärder rapporterats:

- kontinuerlig genomgång av avvikelser tillsammans med berörd personal
- grundläggande genomgång av rutiner och regelverk för läkemedelshantering som styr sjuksköterskans dagliga arbete
- extern granskning av KAF och läkemedelshantering
- teambaserade möten med samtliga professioner
- tryckavlastande madrasser finns på boendena (enligt socialtjänstlagen) med målet om färre trycksår.
- prioritera teambaserade möten och uppföljning av avvikelser
- mätning av nattfastan vid särskilda boenden
- dokumentationsgranskning SOL
- uppdatering av genomförandeplaner
- uppdatering av delegeringsutbildning för omvårdnadspersonal.



Datum  
2020-02-11

Dnr  
SON 2019-000019

Socialförvaltningen  
Eva Andersson, 0523 - 61 33 89  
eva.b.andersson@lysekil.se

## Årsrapport 2019

### Sammanfattning

Årsrapport 2019 avseende Socialnämndens verksamhet redovisas.

### Förslag till beslut

Nämnden tar del av och godkänner redovisat material för nämndens verksamhet 2019.

### Ärendet

Förvaltningen lämnar redovisning av 2019 års verksamhet och ekonomiska resultat i bilagd rapport. Rapporten innehåller verksamhetsbeskrivning, måluppfyllelse, ekonomisk analys samt beskrivning av verksamhetens utmaningar inför de kommande åren.

Eva Andersson  
Förvaltningschef

### Bilaga/bilagor

1. Årsrapport 2019
2. Nyckeltal till nämndens årsbokslut 2019  
"[Klicka och skriv text här]"

### Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen  
Kommunchefen  
Ekonomichef  
Förvaltningsekonomer  
Avdelningschefer



# Årsbokslut 2019

# Utfall

Enhet: Tkr				Fördelning avvikelser						
Socialnämnden	Budget Ack	Utfall Ack	Ack Avvikelse	Intäkter	Pers.kostn	Tillfälligt inhyrd personal*	Lokalkostnad	Köp av verksamhet	Övr.kost	Summa avv. per 2019
60 Stab, nämnd och ledning	-25 653	-15 817	9 836	252	5 979		116	-293	3 782	9 836
61 Avd Bistånd	-51 606	-45 183	6 423	20	466	-58		81	5 914	6 423
63 Avd Lss Psykiatri	-87 950	-93 339	-5 389	410	-2 067	-437	205	-3 613	114	-5 389
64 Avd Vård och omsorg	-159 182	-169 928	-10 746	48	-4 676	-4 817	-40	-630	-631	-10 746
S:a verksamheter	-324 391	-324 267	124	730	-298	-5 312	280	-4 455	9 178	124
62 Avd Individ- och familjeomsorg	-62 197	-78 459	-16 262	5 353	4 729	-1 604	-87	-18 593	-6 060	-16 262
S:a 6 Socialnämnden	-386 588	-402 726	-16 138	6 083	4 431	-6 916	194	-23 048	3 118	-16 138

# Utfall

Enhet: Tkr				Fördelning avvikelser									
Socialnämnden				Budget Ack	Utfall Ack	Ack Avvikelse	Intäkter	Pers.kostn	Tillfälligt inhyrd personal*	Lokalkostnad	Köp av verksamhet	Övr.kost	Summa avv. per 2019
<b>60 Stab, nämnd och ledning</b>				<b>-25 653</b>	<b>-15 817</b>	<b>9 836</b>	<b>252</b>	<b>5 979</b>		<b>116</b>	<b>-293</b>	<b>3 782</b>	<b>9 836</b>
<b>61 Avd Bistånd</b>				<b>-51 606</b>	<b>-45 183</b>	<b>6 423</b>	<b>20</b>	<b>466</b>	<b>-58</b>		<b>81</b>	<b>5 914</b>	<b>6 423</b>
<b>63 Avd Lss Psykiatri</b>				<b>-87 950</b>	<b>-93 339</b>	<b>-5 389</b>	<b>410</b>	<b>-2 067</b>	<b>-437</b>	<b>205</b>	<b>-3 613</b>	<b>114</b>	<b>-5 389</b>
<b>64 Avd Vård och omsorg</b>				<b>-159 182</b>	<b>-169 928</b>	<b>-10 746</b>	<b>48</b>	<b>-4 676</b>	<b>-4 817</b>	<b>-40</b>	<b>-630</b>	<b>-631</b>	<b>-10 746</b>
<b>S:a verksamheter</b>				<b>-324 391</b>	<b>-324 267</b>	<b>124</b>	<b>730</b>	<b>-298</b>	<b>-5 312</b>	<b>280</b>	<b>-4 455</b>	<b>9 178</b>	<b>124</b>
<b>62 Avd Individ- och familjeomsorg</b>				<b>-62 197</b>	<b>-78 459</b>	<b>-16 262</b>	<b>5 353</b>	<b>4 729</b>	<b>-1 604</b>	<b>-87</b>	<b>-18 593</b>	<b>-6 060</b>	<b>-16 262</b>
<b>S:a 6 Socialnämnden</b>				<b>-386 588</b>	<b>-402 726</b>	<b>-16 138</b>	<b>6 083</b>	<b>4 431</b>	<b>-6 916</b>	<b>194</b>	<b>-23 048</b>	<b>3 118</b>	<b>-16 138</b>

# Utfall med prognos

Enhet: Tkr

Socialnämnden	Ack Avvikelse	Resultat 2019	Prognos lagd i nov	Prognos lagd i okt	Prognos lagd i sep	Prognos lagd i aug	Prognos lagd i juni	Prognos lagd i maj	Prognos lagd i april	Prognos lagd i mars	Prognos lagd i feb
60 Stab, nämnd och ledning	9 914		10 380	9 700	9 300	8 806	4 600	4 000	2 951	2 600	1 600
61 Avd Bistånd	6 423	6 423	6 300	6 100	5 900	5 800	5 700	5 700	5 500	4 700	4 400
63 Avd Lss Psykiatri	-5 389		-5 966	-5 675	-5 238	-4 225	-4 106	-4 106	-3 892	-3 952	-3 728
64 Avd Vård och omsorg	-10 746		-10 833	-10 246	-10 054	-10 678	-9 447	-10 501	-9 563	-8 874	-8 626
S:a verksamheter	202		-118	-121	-92	-297	-3 253	-4 907	-5 004	-5 526	-6 354
62 Avd Individ- och familjeomsorg	-16 263		-15 680	-15 216	-13 931	-12 303	-10 271	-7 594	-7 594	-7 017	-6 097
S:a 6 Socialnämnden	-16 061		-15 798	-15 337	-14 023	-12 600	-13 524	-12 501	-12 598	-12 543	-12 451
Beslut KF 2019-06-12 § 53 Dnr: LKS 2019-182		12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600
S:a Socialnämnden efter beslut			-3 198	-2 737	-1 423	0	-924	99	2	57	149

# Utfall med prognos

Enhet: Tkr

Socialnämnden	Ack Avvikelse	Resultat 2019	Prognos lagd i nov	Prognos lagd i okt	Prognos lagd i sep	Prognos lagd i aug	Prognos lagd i juni	Prognos lagd i maj	Prognos lagd i april	Prognos lagd i mars	Prognos lagd i feb
60 Stab, nämnd och ledning	9 914		10 380	9 700	9 300	8 806	4 600	4 000	2 951	2 600	1 600
61 Avd Bistånd	6 423	6 423	6 300	6 100	5 900	5 800	5 700	5 700	5 500	4 700	4 400
63 Avd Lss Psykiatri	-5 389		-5 966	-5 675	-5 238	-4 225	-4 106	-4 106	-3 892	-3 952	-3 728
64 Avd Vård och omsorg	-10 746	-10 746	-10 833	-10 246	-10 054	-10 678	-9 447	-10 501	-9 563	-8 874	-8 626
S:a verksamheter	202		-118	-121	-92	-297	-3 253	-4 907	-5 004	-5 526	-6 354
62 Avd Individ- och familjeomsorg	-16 263		-15 680	-15 216	-13 931	-12 303	-10 271	-7 594	-7 594	-7 017	-6 097
S:a 6 Socialnämnden	-16 061		-15 798	-15 337	-14 023	-12 600	-13 524	-12 501	-12 598	-12 543	-12 451
Beslut KF 2019-06-12 § 53 Dnr: LKS 2019-182		12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600
S:a Socialnämnden efter beslut			-3 198	-2 737	-1 423	0	-924	99	2	57	149

# Utfall med prognos

Enhet: Tkr

Socialnämnden	Ack Avvikelse	Resultat 2019	Prognos lagd i nov	Prognos lagd i okt	Prognos lagd i sep	Prognos lagd i aug	Prognos lagd i juni	Prognos lagd i maj	Prognos lagd i april	Prognos lagd i mars	Prognos lagd i feb
60 Stab, nämnd och ledning	9 914		10 380	9 700	9 300	8 806	4 600	4 000	2 951	2 600	1 600
61 Avd Bistånd	6 423	6 423	6 300	6 100	5 900	5 800	5 700	5 700	5 500	4 700	4 400
63 Avd Lss Psykiatri	-5 389	-5 389	-5 966	-5 675	-5 238	-4 225	-4 106	-4 106	-3 892	-3 952	-3 728
64 Avd Vård och omsorg	-10 746	-10 746	-10 833	-10 246	-10 054	-10 678	-9 447	-10 501	-9 563	-8 874	-8 626
S:a verksamheter	202		-118	-121	-92	-297	-3 253	-4 907	-5 004	-5 526	-6 354
62 Avd Individ- och familjeomsorg	-16 263		-15 680	-15 216	-13 931	-12 303	-10 271	-7 594	-7 594	-7 017	-6 097
S:a 6 Socialnämnden	-16 061		-15 798	-15 337	-14 023	-12 600	-13 524	-12 501	-12 598	-12 543	-12 451
Beslut KF 2019-06-12 § 53 Dnr: LKS 2019-182		12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600
S:a Socialnämnden efter beslut			-3 198	-2 737	-1 423	0	-924	99	2	57	149

# Utfall med prognos

Enhet: Tkr

Socialnämnden	Ack Avvikelse	Resultat 2019	Prognos lagd i nov	Prognos lagd i okt	Prognos lagd i sep	Prognos lagd i aug	Prognos lagd i juni	Prognos lagd i maj	Prognos lagd i april	Prognos lagd i mars	Prognos lagd i feb
60 Stab, nämnd och ledning	9 836	9 836	10 380	9 700	9 300	8 806	4 600	4 000	2 951	2 600	1 600
61 Avd Bistånd	6 423	6 423	6 300	6 100	5 900	5 800	5 700	5 700	5 500	4 700	4 400
63 Avd Lss Psykiatri	-5 389	-5 389	-5 966	-5 675	-5 238	-4 225	-4 106	-4 106	-3 892	-3 952	-3 728
64 Avd Vård och omsorg	-10 746	-10 746	-10 833	-10 246	-10 054	-10 678	-9 447	-10 501	-9 563	-8 874	-8 626
S:a verksamheter	124	124	-118	-121	-92	-297	-3 253	-4 907	-5 004	-5 526	-6 354
62 Avd Individ- och familjeomsorg	-16 262		-15 680	-15 216	-13 931	-12 303	-10 271	-7 594	-7 594	-7 017	-6 097
S:a 6 Socialnämnden	-16 138		-15 798	-15 337	-14 023	-12 600	-13 524	-12 501	-12 598	-12 543	-12 451
Beslut KF 2019-06-12 § 53 Dnr: LKS 2019-182		12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600
S:a Socialnämnden efter beslut			-3 198	-2 737	-1 423	0	-924	99	2	57	149

# Utfall med prognos

Enhet: Tkr

Socialnämnden	Ack Avvikelse	Resultat 2019	Prognos lagd i nov	Prognos lagd i okt	Prognos lagd i sep	Prognos lagd i aug	Prognos lagd i juni	Prognos lagd i maj	Prognos lagd i april	Prognos lagd i mars	Prognos lagd i feb
60 Stab, nämnd och ledning	9 836	9 836	10 380	9 700	9 300	8 806	4 600	4 000	2 951	2 600	1 600
61 Avd Bistånd	6 423	6 423	6 300	6 100	5 900	5 800	5 700	5 700	5 500	4 700	4 400
63 Avd Lss Psykiatri	-5 389	-5 389	-5 966	-5 675	-5 238	-4 225	-4 106	-4 106	-3 892	-3 952	-3 728
64 Avd Vård och omsorg	-10 746	-10 746	-10 833	-10 246	-10 054	-10 678	-9 447	-10 501	-9 563	-8 874	-8 626
S:a verksamheter	124	124	-118	-121	-92	-297	-3 253	-4 907	-5 004	-5 526	-6 354
62 Avd Individ- och familjeomsorg	-16 262	-16 262	-15 680	-15 216	-13 931	-12 303	-10 271	-7 594	-7 594	-7 017	-6 097
S:a 6 Socialnämnden	-16 138	-16 138	-15 798	-15 337	-14 023	-12 600	-13 524	-12 501	-12 598	-12 543	-12 451
Beslut KF 2019-06-12 § 53 Dnr: LKS 2019-182		12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600	12 600
S:a Socialnämnden efter beslut		-3 538	-3 198	-2 737	-1 423	0	-924	99	2	57	149



# Utfall med prognos

Enhet: Tkr		Resultat 2019	Utfall 2018	Utfall 2017
<b>Socialnämnden</b>	<b>Ack Avvikelse</b>			
<b>60 Stab, nämnd och ledning</b>	<b>9 836</b>	<b>9 836</b>	<b>7 999</b>	<b>3 623</b>
<b>61 Avd Bistånd</b>	<b>6 423</b>	<b>6 423</b>	<b>4 345</b>	<b>309</b>
<b>63 Avd Lss Psykiatri</b>	<b>-5 389</b>	<b>-5 389</b>	<b>-7 113</b>	<b>-7 163</b>
<b>64 Avd Vård och omsorg</b>	<b>-10 746</b>	<b>-10 746</b>	<b>-16 421</b>	<b>-5 987</b>
<b>S:a verksamheter</b>	<b>124</b>	<b>124</b>	<b>-11 190</b>	<b>-9 218</b>
<b>62 Avd Individ- och familjeomsorg</b>	<b>-16 262</b>	<b>-16 262</b>	<b>-3 999</b>	<b>-13 147</b>
<b>S:a 6 Socialnämnden</b>	<b>-16 138</b>	<b>-16 138</b>	<b>-15 189</b>	<b>-22 365</b>
<b>Beslut KF 2019-06-12 § 53 Dnr: LKS 2019-182</b>		<b>12 600</b>	<b>10 000</b>	<b>0</b>
<b>S:a Socialnämnden efter beslut</b>		<b>-3 538</b>	<b>-5 189</b>	<b>-22 365</b>

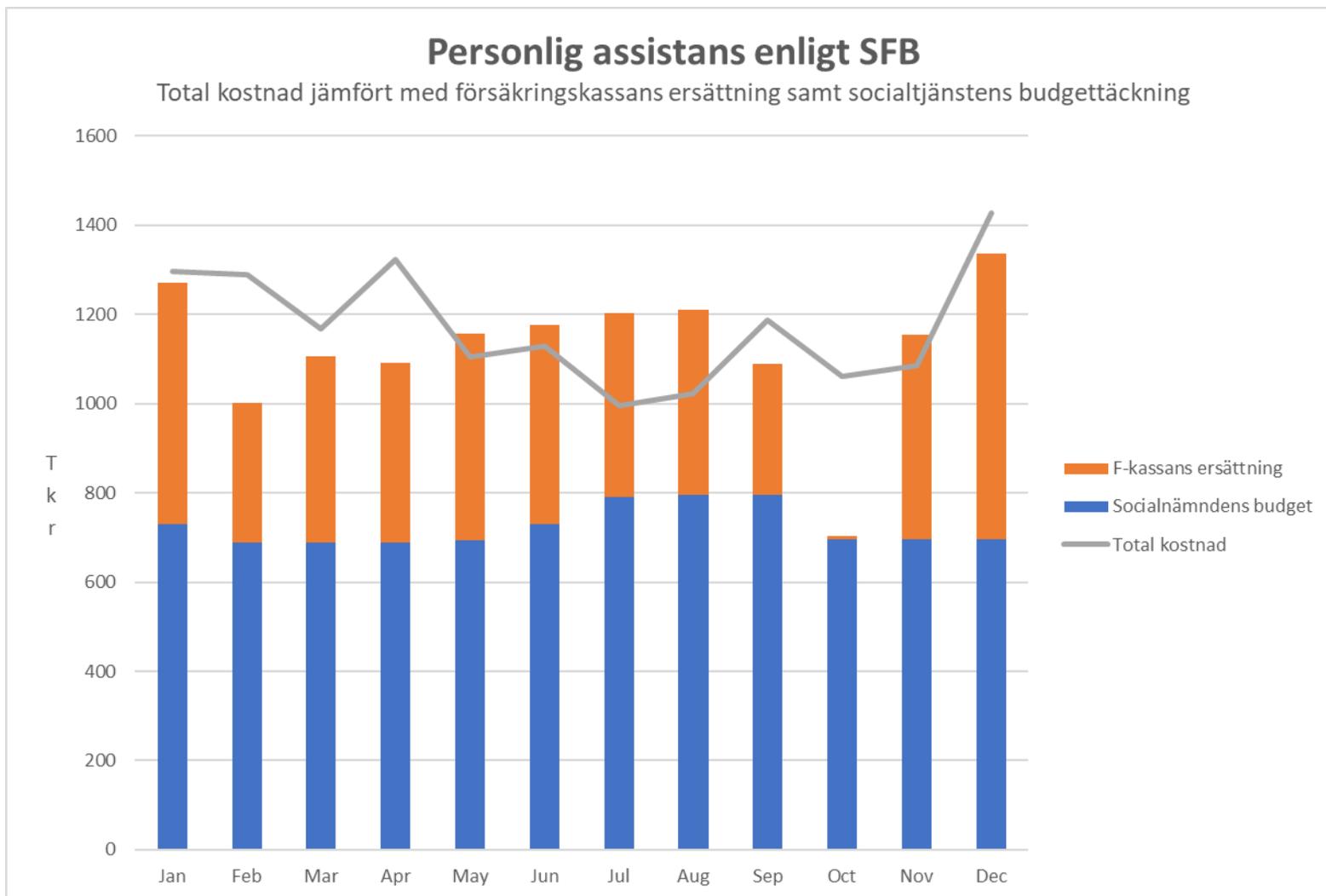
# Sammanfattning

- Resultat för 2019 -16 138 tkr
- Beslut KF 2019-06-12 § 53 +12 600 tkr
- Uppföljningsprognos efter beslut -3 538 tkr

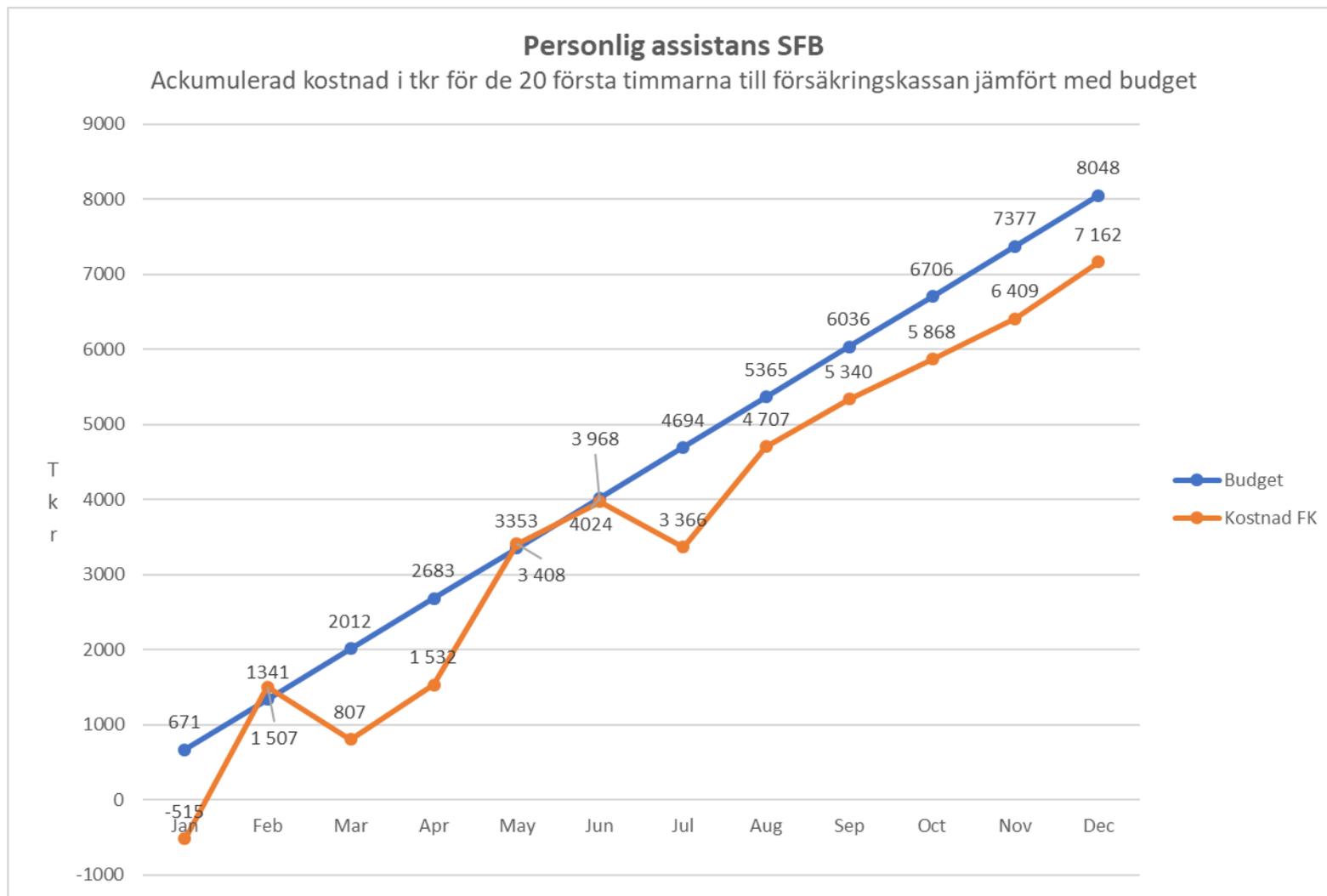
# Bilagor

- Inför 2020 utfall 2019

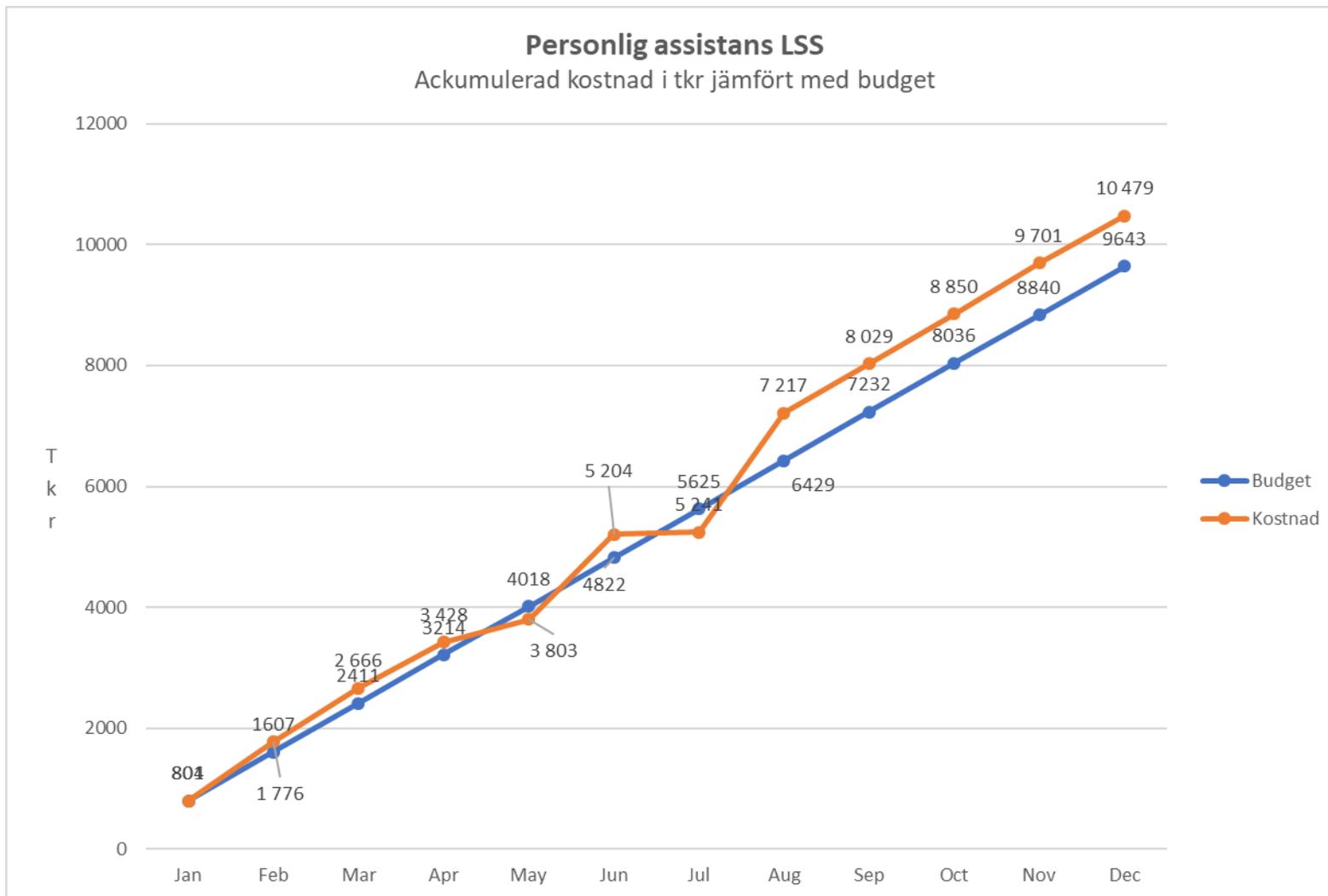
# Personlig assistans SFB



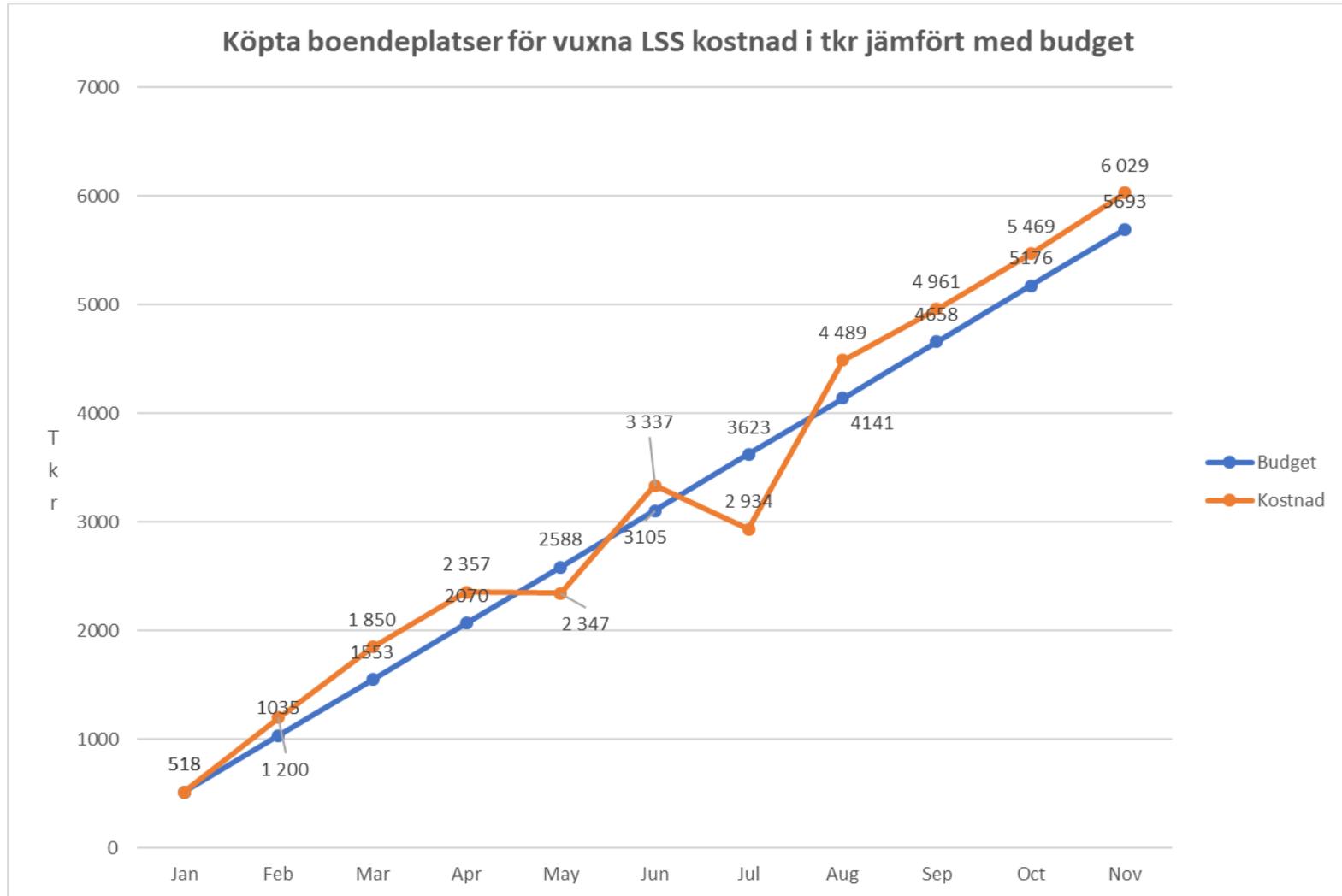
# Personlig assistans SFB



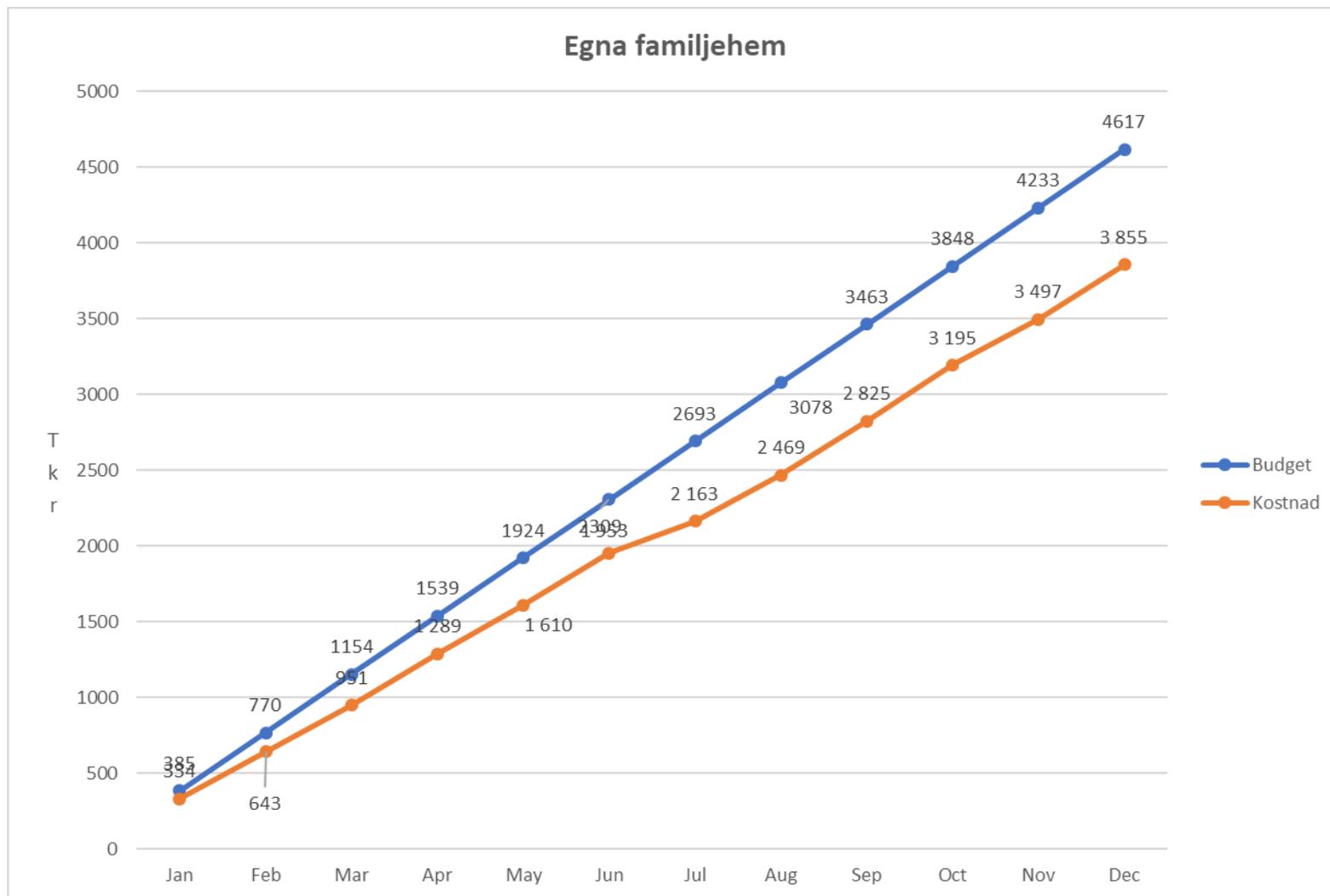
# Personlig assistans LSS



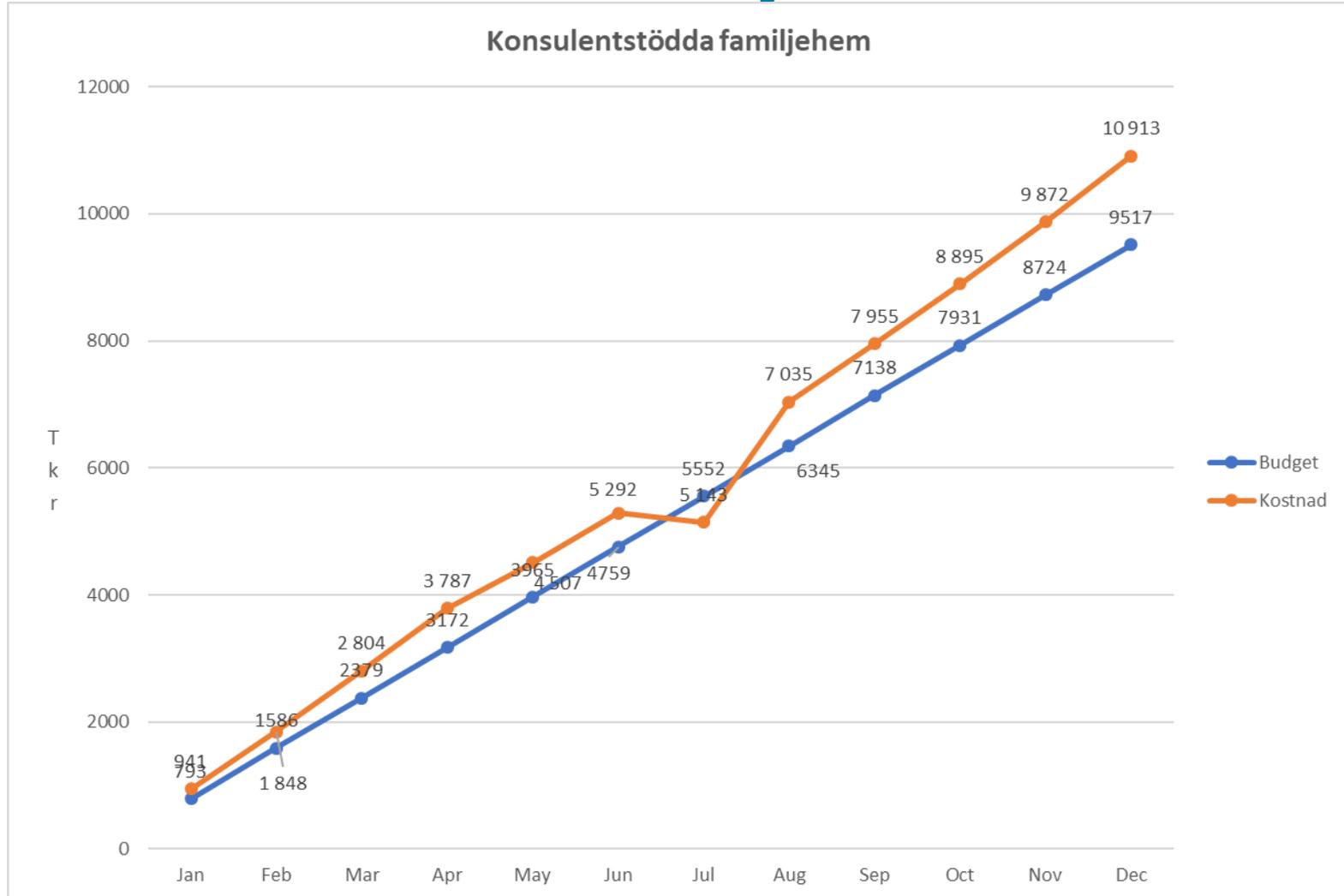
# Köpta platser LSS



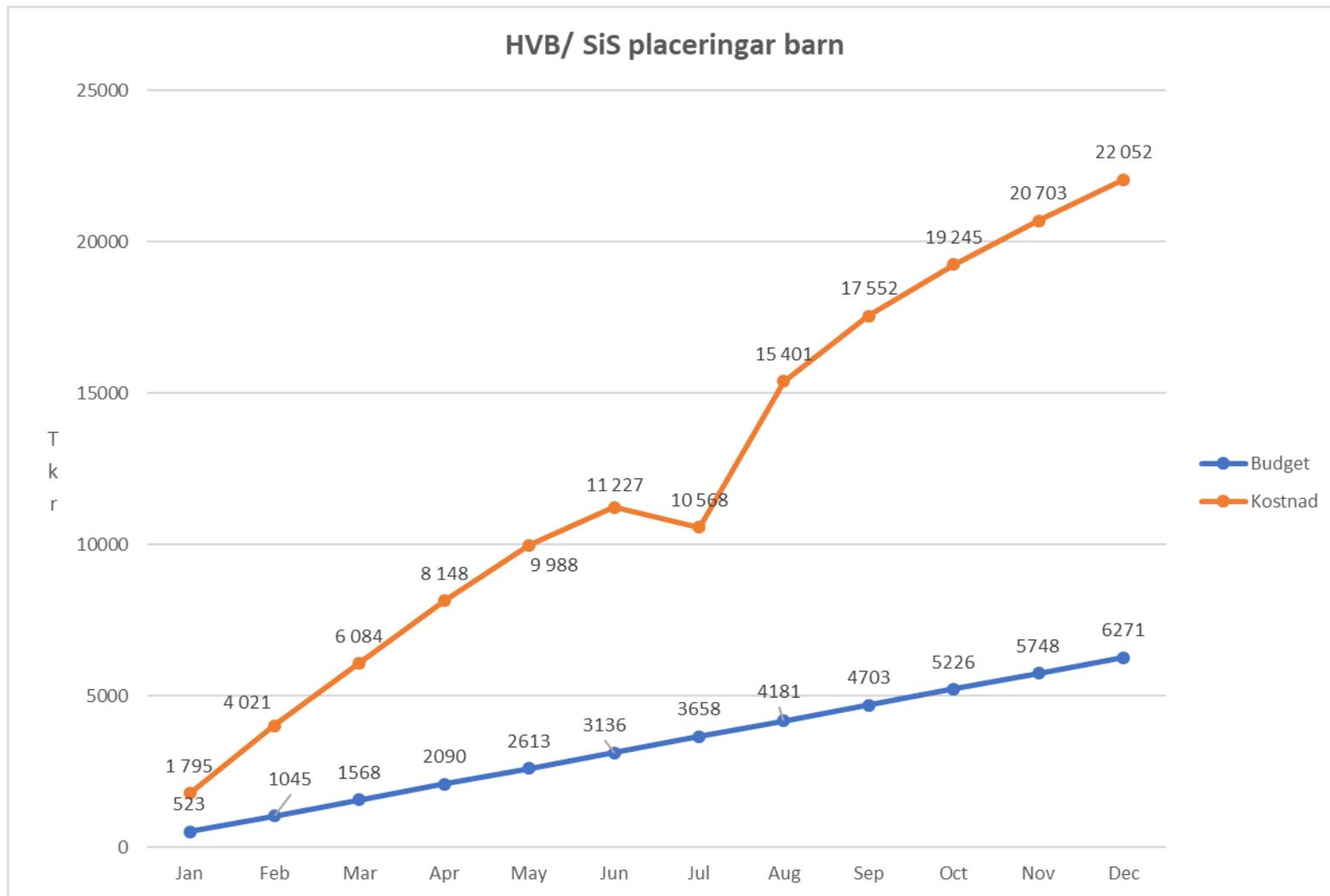
# Egna familjehem



# Konsulentstödda familjehem



# HVB/ SiS placeringar barn





# Årsrapport 2019

Socialnämnd

# Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Verksamhet</b> .....	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Väsentliga händelser under perioden</b> .....	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>Verksamhetens grunduppdrag</b> .....	<b>8</b>
4.1	Verksamhetens kritiska kvalitetsfaktorer och kvalitetsindikatorer.....	9
4.1.1	Målgrupp.....	9
4.1.2	Verksamhet .....	10
4.1.3	Medarbetare.....	11
4.1.4	Ekonomi .....	12
<b>5</b>	<b>Utvecklingsområden</b> .....	<b>13</b>
5.1	Verksamhetens utvecklingsmål och indikatorer .....	13
5.1.1	Kompetensutveckling .....	13
5.1.2	Digitala verktyg och välfärdsteknik .....	13
5.1.3	Personalförsörjning .....	14
5.1.4	Förebyggande och tidiga insatser .....	15
5.1.5	Sammanfattande analys och slutsats av utvecklingsmål .....	15
<b>6</b>	<b>Uppdrag</b> .....	<b>15</b>
<b>7</b>	<b>Ekonomi</b> .....	<b>16</b>
7.1	Resultaträkning nämnd .....	16
7.2	Nettokostnad .....	16
7.3	Budgetavvikelse per verksamhet.....	17
7.4	Uppföljning av åtgärder för budget i balans .....	17
7.5	Nettoinvesteringar/Anläggningstillgångar .....	18
7.6	Ekonomisk analys .....	18
<b>8</b>	<b>Framtid</b> .....	<b>21</b>

## Bilagor

*Bilaga 1: Nyckeltal till nämnd årsrapport*

# 1 Sammanfattning

## **Grunduppdraget:**

Socialnämnden har ett yttersta ansvar för kommuninnevånare och andra som vistas i kommunen när de har behov av stöd och insatser som inte kan tillgodoses på annat sätt eller via annan huvudman.

Kvalitetsfaktorerna vad gäller grunduppdraget visar godkända resultat på alla områden utom sjukfrånvaron och det ekonomiska utfallet för 2019.

Sjukfrånvaron har stigit från 10,3 till 12,4 procentenheter under 2019. Ökningen identifieras främst till vård och omsorg samt LSS/ socialpsykiatriavdelningen och bedöms ha ett samband med de effektiviseringar och förändringar som gjorts i verksamheten men också med sjukdomstillstånd av annan karaktär. Förvaltningen har intensifierat arbetsmiljöarbetet och handlingsplaner vad gäller att minska sjukfrånvaron utarbetas på alla arbetsplatser i samarbete mellan arbetsledning, fackliga representanter och medarbetare.

Socialnämnden har en negativ budgetavvikelse på -16,1 mkr. Den största orsaken till det negativa resultatet är ökat antal barn- och ungdomsplaceringar, ökade kostnader för försörjningsstöd och kostnader för inhyrd personal, främst hälso- och sjukvårdspersonal. Förvaltningen har intensifierat arbetet med utveckling av ledning och styrning i alla led i syfte att säkerställa alla medarbetares ansvar utifrån deras roller och uppdrag så att verksamheten bedrivs på ett effektivt sätt och ger kvalitetsmässigt bra resultat.

## **Utvecklingsområden:**

Socialnämnden har för 2019 antagit fyra utvecklingsområden: *Kompetensutveckling, personalförsörjning, förebyggande och tidiga insatser samt utveckling av välfärdsteknik och digitala lösningar*. Dessutom har kommunfullmäktige gett nämnden två uppdrag, *att avsätta resurser till heltidsresan samt att sänka verksamheternas kostnader till genomsnittet för jämförbara kommuner*.

Under året har det varit personalomsättning på flera olika chefsbefattningar vilket resulterat i att utvecklingsarbetet bromsats upp, främst inom LSS/socialpsykiatriavdelningen. Tillfälligt inhyrd personal har använts. Främst gäller det hälso- och sjukvårdspersonal då flera tjänster varit vakanta under andra halvåret men även i viss mån socialsekreterare inom IFO och chefsvikarier inom LSS.

Under året har kompetensutveckling/utbildning pågått vad gäller utredning, genomförande och dokumentation enligt arbetssättet IBIC (individens behov i centrum). Ledarutveckling och handledning har pågått i verksamheterna och annan verksamhetsanknuten utbildning har genomförts.

De digitala lösningarna har fördubblats under året i jämförelse med 2018. Alla särskilda boenden har utrustats med internetuppkoppling under det gångna året. Fler utvecklingsområden planeras under kommande år.

Förvaltningen arbetar också med att förbereda utbytet av verksamhetssystemet för handläggning och dokumentation som skall sjösättas 2020.

Socialförvaltningen har omorganiserat sin verksamhet och har sedan 2020-01-01 minskat ner avdelningarna till totalt tre i syfte att skapa en lättillgänglig verksamhet för kommuninnevånarna, samla kompetens och säkra en effektiv verksamhet.

## **Verksamhet / avdelningar:**

Biståndsavdelningen har under året 2019 haft stort fokus på lagstiftningen om trygg och effektiv utskrivning från slutenvården. Rutiner har tagits fram för ökad samverkan både internt och externt. Socialförvaltningen har inga betaldagar till sjukhus under 2019.

Antal hemtjänsttagare och antal hemtjänsttimmar har minskat med ca 10% sedan 2017.

Orsak till minskning av hemtjänstbeslut beror på en mer kvalitativ utredningsprocess. Även om både brukare och timmar minskar märks samtidigt en förändring för de kvarvarande brukarna, vilka har mer omfattande och stora omvårdnadsbehov.

Under 2019 har inflödet av ärenden till IFO varit högt. Många ärenden har rört våld i nära relationer. Vuxenenhetsens placeringar för såväl våldsutsatta som missbrukare har ökat jämfört med 2018.

Försörjningsstödet har tyvärr ökat, så också de långvariga biståndsärendena. Detta trots en satsning på ökat samarbete med Arbetsmarknadsenheten. Trenden är att försörjningsstödet ökar i de flesta kommuner på grund av Arbetsförmedlingens minskade insatser och på att många personer kommer ur etableringen för nyanlända utan annan försörjning.

Inom Barn- och ungdomsenheten har det varit ett högt tryck på ärenden in på enheten vilket har gjort att andelen utredningar som blivit klara inom de lagstadgade fyra månaderna har varit oroväckande låg i perioder.

Barn- och ungdomsenheten har haft ett stort antal barn och unga placerade under 2019. Det har också skett ett intensivt arbete med att utveckla öppenvården och i flera ärenden har man kunnat undvika placering helt, eller förkorta placeringar, tack vare utvecklad kompetens inom behandlingsarbetet. Det förebyggande arbetet har fortsatt och utvecklats. En familjecoach har kunnat anställas, med hjälp av projektmedel från Länsstyrelsen. Hon arbetar med att stödja föräldrar med barn i åldrarna 7-12, i samverkan med familjens hus och skolan.

För området förebyggande och tidiga insatser rapporteras att arbete med att planera för en familjecentral pågår. Samtidigt utreds nu möjligheterna till att starta en ungdomscentral i framtiden.

Nämnden har anpassat sin verksamhet för ensamkommande barn och stängt det sista stödboendet i slutet av 2019.

Inom vård och omsorg pågår arbete med avdelningens utvecklingsmål. Öppna jämförelser undersökning gällande trygghet och bemötande visar på ett något högre nöjdhet inom särskilt boende och en något lägre nöjdhet inom hemvård jämfört med 2018.

Byggnation av det nya äldreboendet i Fiskebäck har pågått under året och fortsätter även 2020.

LSS-avdelningen genomgår en förändring utifrån att fokus har varit på insatser med vård- och omsorg till ett mer stödjande pedagogiskt förhållningssätt. De utvecklingsmål som finns att arbeta med framåt är att brukare ska ges en ökad delaktighet och självbestämmande, samverkan internt och externt samt personalförsörjning och kompetens.

Boendestrukturen ses över, för att tillskapa en mer brukaranpassad boendestruktur.

### **Uppdrag:**

Heltidsresan har påbörjats under året men arbetet stannade av och påbörjades igen under december månad inom LSS/ socialpsykiatri.

Verksamheterna har arbetat med uppdraget att sänka sina kostnader i paritet med medelkostnaden för respektive verksamhet i KPB(kostnad per brukare). För 2019 har vård- och omsorgsavdelningen minskat personalkostnaderna med 11 mkr jämfört med 2018. De särskilda boendena har uppnått målet avseende KPB. LSS/socialpsykiatri boendena har lägre kostnader än medelkostnaden i KPB medan personlig assistans är högre. Inom IFO är försörjningsstödet och missbruksvården lägre medan barn och ungdomsplaceringarna ligger högre än medelkostnaden i KPB. Dock har IFO sänkt sina kostnader markant mellan 2017 och 2018.

## 2 Verksamhet

### Verksamhetsbeskrivning

Socialnämnden ansvarar för att Lysekils kommuns invånare får stöd, vård och omsorg. Nämnden har ett särskilt ansvar för att stödja utsatta individer och familjer som har behov av kompletterande samhällsinsatser. Verksamheten är relativt detaljreglerad med avseende på kommunens skyldigheter och den enskildes rättigheter.

### **Ansvaret för socialtjänst**

I socialtjänstlagen regleras det kommunala ansvaret. Här anges att kommunen ansvarar för att tillhandahålla sociala tjänster för de som bor i kommunen och för andra som vistas där. Detta yttersta ansvar innebär dock ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän.

### **Insatser för barn och deras familjer.**

Nämnden ansvarar för förebyggande insatser men också för utredningar och beslut om barn far illa eller på annat sätt behöver insatser. Det finns insatser i form av familjebehandling, aktiviteter på familjens hus och fältassistenter. Nämnden svarar också för familjerättsliga frågor t.ex. i samband med vårdnad och umgänge. Nämnden arbetar också med serveringstillstånd för restauranger och tillsyn i samband med alkoholförsäljning.

### **Ensamkommande och nyanlända.**

Socialnämnden ansvarar för mottagande av ensamkommande flyktingbarn och nyanlända personer. Nämnden har även ansvaret för mottagande av flyktingar efter etablering.

### **Insatser för missbrukare.**

Nämnden arbetar med rådgivning, stöd och behandlingsinsatser.

### **Övriga insatser för vuxna.**

Nämnden bistår de som behöver hjälp med sin försörjning och samverkar med andra i social och arbetslivsinriktad rehabilitering. Nämnden har genom samarbete med Uddevalla kommun en socialjour.

### **Insatser för äldre och funktionshindrade**

Socialnämnden verkar för att personer som på grund av ålder eller andra skäl har särskilda behov, får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Insatserna består av dagverksamhet, äldreboende, gruppboende, hemtjänst, trygghetslarm, korttidsvård, nattpatrull m.m. Nämnden bistår även anhörigvårdare.

### **Ansvaret för hälso- och sjukvård**

Socialnämnden ansvarar för hälso- och sjukvård i särskilda boenden. Ansvaret omfattar även de personer som bor i ordinärt boende och som har ett funktionshinder som gör att det medför stora olägenheter att ta sig till en vårdcentral. Hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar de insatser som sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast ansvarar för. Arbetet utförs dock till stor del på delegation av övrig vård- och omsorgspersonal. Läkarinsatser svarar regionen för. Socialnämnden ansvarar för tidig rehabilitering i hemmet och har team för trygg hemgång.

### **Ansvaret för stöd och service till vissa funktionshindrade - LSS och socialpsykiatri**

Socialnämnden ansvarar för service och omvårdnad till personer med begåvningshandikapp, autism, autismliknande tillstånd och s.k. vuxenhjärnskadade samt andra med varaktiga och betydande funktionshinder som orsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen. Insatserna består bl.a. av boende i gruppboende, personlig assistans, ledsagarservice och

korttidsvistelse. Nämnden ansvarar också för insatser inom socialpsykiatri i form av boendestöd eller stödboende.

Nämnden har genom samarbete inom Fyrbodals inrättat funktionen personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder.

### 3 Väsentliga händelser under perioden

#### Allmänt:

Under hösten påbörjades planeringen kring en ny organisation på socialförvaltningen som trädde i kraft 2020-01-01. I den nya organisationen slogs verkställande delar samman från IFO och LSS till en avdelning benämnd socialt stöd. Likaså slogs alla myndighetsdelar för alla målgrupper samman i en avdelning med namnet mottagning och utredning.

Under hösten har förberedelser och uppbyggnad av det nya verksamhetssystemet Combine påbörjats. Införandet planeras att starta inom vård och omsorg, LSS samt hälso- och sjukvård efter sommaren 2020.

Under 2019 har ett samarbete i SML pågått med gemensam MAS-funktion. Resultatet har hittills upplevts som gott och vissa delar såsom läkemedelsutbildningar genomförs nu i samverkan i de tre kommunerna.

Det har varit ett oroligt år i Lysekil beträffande den rådande ungdomssituationen. Arbetet med det trygghetsskapande arbetet i staden, samarbetet i SSPF (samarbete skola, socialtjänst, polis och fritid) och utvecklingsarbetet med utbildningsförvaltningen har haft stor prioritet. Dock har flera incidenter inträffat där akuta omhändertaganden och andra insatser behövt sättas in. Placeringskostnaderna har stigit i höjden och otrygghet har spridit sig bland kommuninnevanorna.

**Biståndsenheten** har under året fortsatt utveckla arbetet med utredningsmetoden IBIC som resulterar i tydligare utredningar när det gäller den enskildes behov.

Arbete med *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård* har fortsatt under året och omfattar nu utskrivningsklara patienter från somatisk och psykiatrisk slutenvård.

**Vård och omsorgsavdelningen** Under 2019 har samtliga enheter bedrivit ett intensivt arbete med att anpassa verksamheten till tilldelad ram, detta har resulterat i att avdelningen har minskat sina personalkostnader med 11 mkr för 2019 jämfört med 2018. De särskilda boendena visar totalt sett ett resultat på +-0. Hemvården har minskat sina personalkostnader men i takt med att de beviljade timmarna minskat så har inte hemvården hunnit ställa om bemanningen.

Under året har 5 nya enhetschefer börjat på avdelningen och dessa har anslutit till den ledarskapsutveckling som avdelningen påbörjade hösten 2018. En av de nya enhetscheferna har en s.k. "resurschefstjänst" vilket innebär att denna person går in och tillfälligt ersätter ordinarie chef vid längre frånvaro, under rekrytering av ny enhetschef, vid arbetstoppar och liknande. Tre enhetschefer har under 2019 slutat sina tjänster av olika anledningar.

Planeringsarbete för Bemanningseenheten har pågått under 2019 och enheten startade 2020-01-01.

Appva, ett system för digitala signeringslistor i mobilen, har köpts in med hjälp av statliga stimulansmedel och det kommer att göra läkemedelshanteringen enklare och säkrare.

Under våren blev personalbemanningen på Skaftöhemmet Gullvivan akut då all tillsvidareanställd personal, med undantag av en person, var sjukskrivna. Avdelningen fördelade under en period om personal från andra enheter för att lösa bemanningen. Inför en stundande sommar och semesterperiod bedömdes läget än mer allvarligt då det inte var möjligt att fortsätta att omfördela personal eftersom alla enheter stod inför semesterperiod och brist på personal med rätt kompetens och delegeringar. Socialnämnden beslutade därför

att tillfälligt stänga Gullvivan p.g.a. att den medicinska säkerheten inte kunde säkerställas. Den tillfälliga stängningen har fortsatt resterande del av 2019 då rekryteringsproblemen kvarstår.

De boende på Gullvivan erbjöds platser på de andra tre särskilda boendena i Lysekils kommun. Den tillfälliga stängningen har inneburit stora påfrestningar för de boende, anhöriga och personal på olika sätt.

Det har under året varit mycket svårt att rekrytera fysioterapeuter. Avdelningen står i dagsläget helt utan fysioterapeut och är beroende av bemanningsföretag för att klara hälso- och sjukvårdsansvaret. Även Sjuksköterskeenheten har haft stora utmaningar att rekrytera sjuksköterskor vilket har resulterat i att bemanningsföretag har anlåtats för att klara bemanningen och uppdraget. Mot slutet av året har situationen förbättrats och nya sjuksköterskor har anställts.

**LSS/socialpsykiatri avdelningen** Under 2019 har en avdelningschef och en enhetschef rekryterats till avdelningen. Under hösten fick två konsulter uppdrag som enhetschefer för att klara den akuta situationen. Avdelningens medarbetare har påverkats av chefsbyten och avdelningen behöver stabilitet i chefsleden för att kunna arbeta med utvecklingsfrågor.

Under hösten har personalsituationen på ett av boendena varit svår. Flera medarbetare har sagt upp sig och det finns svårigheter med att introducera ny personal. Flera nya har anställts och introduktion pågår, men den måste göras försiktigt, utifrån brukarens behov.

Idag köper Lysekils kommun boende utanför kommunen för 7 barn och 5 vuxna. Avdelningen har påbörjat ett arbete med att se över vilka som under 2020 kan erbjudas plats i kommunens egna boenden.

Under året har avdelningen fortsatt att utveckla samarbetet med bl.a. Munkedals kommun inom enheten korttidsboende för barn och unga och utökat antalet sålda platser till annan kommun.

De kommunala boendena ses över för att försöka få boendestruktur som är anpassad till målgrupperna och individerna. Samtidigt har ett arbete med att beskriva kvalitetsnivåer på boendeinsatserna påbörjats.

Heltidsresan har påbörjats inom LSS under året, men det är först under vintern som vi kunnat börja se resultat. I inledningsskedet låg fokus mycket på att informera medarbetare och undersöka vilka som skulle vilja arbeta heltid. I slutet av året har Föreningsgatorna gått före och sett över scheman som skulle kunna tillgodose heltidstjänster för de som vill gå upp i tid. Arbetet sker med stöd av HR-enheten och Kommunals fackförbund.

**Individ och familjeomsorgen Vuxenheten** Våld i nära relation har ökat och fler ansökningar och anmälningar kommer in med anledning av våld. Fler våldsutsatta (ofta med barn) har behövt placeras på skyddade boenden. Under 2019 har IFO:s två enheter skapat ett nytt arbetssätt, där en samordnare fått i uppdrag att samordna insatserna i dessa ärenden. Kompetenshöjande insatser kring våld i nära relation har också genomförts.

Under 2019 har Lysekil, tillsammans med andra Fyrbodalskommuner, bidragit till ett forskningsprojekt kring metoden BIM (Barnhusets insatsmodell) som används i samband med brott mot barn. De tidiga resultaten visar att kommunernas socialtjänster har positiva erfarenheter av modellen.

Sedan 2018 ingår Försörjningsstödsgruppen i ett utvecklingsprojekt drivet av SKR (tidigare SKL). Även AME (Arbetsmarknadsenheten) ingår som en del i projektet. Nya arbetssätt har testats, bland annat en förenklad handläggning av försörjningsstödsärenden. och syftet med Lysekils deltagande i SKR-projektet är att antalet långtidsärenden (och framför allt barnfamiljer med lång tid i bistånd) ska minska, att de sökande fortare ska få hjälp ut i sysselsättning och egen försörjning.

Under året har det blivit klart att försörjningsstödsarbetet från årsskiftet ska ske i en ny förvaltning, Arbetslivsförvaltningen. I denna förvaltning ska även AME och

vuxenutbildningen ingå. Syftet är att brukaren ska få tillgång till fler verktyg, att man i samverkan mellan de olika delarna ska få den hjälp man behöver för att snabbare komma ut i egen försörjning. Arbetet med att planera, förbereda och förhandla inför denna förändring har upptagit mycket tid. De berörda socialsekreterarna och enhetschefen är positiva till förändringen och ser fram emot den nystart som detta innebär för försörjningsstödsarbetet.

**Barn- och ungdomsenheten samt förebyggandet** Inom Barn- och ungdomsenheten har fokus legat på att klara handläggningen med egna socialsekreterare, med så lite inhyrd personal som möjligt och att hålla handläggningstiderna. Det har varit ett högt tryck på ärenden in på enheten, detta tryck har dock sjunkit under årets sista månader. Det stora trycket, i kombination med att flera av socialsekreterarna fortfarande är nya i sina yrken, har gjort att andelen utredningar som blivit klara inom de lagstadgade fyra månaderna har varit oroväckande låg i perioder. I september blev 1:e socialsekreterare sjukskriven. En tillförordnad 1:e socialsekreterare har anställts i väntan på rekrytering. Samtidigt sker ett arbete med den psykosociala arbetsmiljön.

Familjehemsgruppen har haft många ärenden att hantera, både nya familjehemsplaceringar och uppföljningar av de redan placerade. Utvecklingsarbetet och marknadsföringen för att få nya familjehem har fått nedprioriteras till förmån för den lagstadgade myndighetsutövningen och uppföljningen av placerade barn.

Det förebyggande arbetet har fortsatt att utvecklas. En familjecoach har kunnat anställas med hjälp av projektmedel. Hon arbetar med att stödja föräldrar med barn i åldrarna 7-12, i samverkan med familjens hus och skolan. Familjecoachen har arbetat med att stärka en grupp föräldrar och hjälpt dem att skapa ett nätverk där de kan diskutera gränssättning och stötta varandra. Tillsammans med en fältassistent har hon öppnat familjens hus för läxläsning tillsammans med föräldrar en gång i veckan.

Föräldrautbildningarna i ABC har fortsatt och familjebehandlarnas rådgivningstelefon har funnits öppen för den som vill ha telefonsupport kring sitt föräldraskap. På familjens hus har föräldrastöd erbjudits i såväl enskilda kuratorssamtal och genom öppna förskolan och familjeförskolan (en mindre grupp föräldrar med större behov av stöd).

I slutet av 2019 har vi påbörjat total avveckling av stödboendet. De ensamkommande som fortfarande har visst behov av stöd bedöms inte längre ha behov av formen stödboende. De kommer att få fortsatt stöd utifrån sina behov, av personal som de känner. Detta innebär också att Lysekil nu inte driver vare sig eget HVB eller stödboende och att kommunen får köpa plats om någon ny ungdom skulle komma, som har behov av någon av de insatserna.

**Familjecentral** Förberedelserna inför familjecentral har fortsatt, och en lämplig lokal har identifierats. Ritningar har studerats och inventarielistor tagits fram. Den planerade ombyggnationen och uppstarten har tyvärr fått skjutas framåt då hyran för renoverade lokaler enligt hyresvärden behöver bli betydligt högre än man tidigare räknat med. Arbetsgruppen kommer att fortsätta arbeta tillsammans med kommunens fastighetsansvarige, för att se över vilka krav man behöver ställa på lokalen och vad man kan kompromissa med.

## 4 Verksamhetens grunduppdrag

### Inledande text

En kritisk kvalitetsfaktor är av särskild betydelse för verksamhetens kvalitet och service. Den kritiska kvalitetsfaktorn utgår från verksamhetens grundläggande uppdrag. Kvalitetsfaktorerna är indelade i fyra perspektiv; målgrupp, verksamhet, medarbetare och ekonomi.

De kritiska kvalitetsfaktorerna följs upp genom kvalitetsindikatorer. En indikator är ett mätvärde som visar om verksamheten är på rätt väg eller inte.

### Bedömning

Bedömning av hur det går med utvecklingsmål och kritiska kvalitetsfaktorer har gjorts med hjälp av färgade symboler enligt nedan.



Svårbedömt.



Ingen eller negativ utveckling, verksamheten når inte önskvärd nivå.



Viss utveckling, verksamheten når en acceptabel nivå.



Positiv utveckling, verksamheten når en fullt godkänd nivå.

Trendpilen visar indikatorns utveckling i relation till tidigare utfall, går pilen uppåt betyder det att det är en positiv utveckling, och går pilen nedåt är utvecklingen negativ, ingen förändring visar vågrätt pil.

## 4.1 Verksamhetens kritiska kvalitetsfaktorer och kvalitetsindikatorer

### 4.1.1 Målgrupp

Kvalitetsfaktor	Kvalitetsindikator	År 2018	År 2019	Trend
<p>Den enskilde skall få stöd till de behov hen inte själv eller på annat sätt kan få tillgodosedda. Stödet ska vara individuellt anpassat.</p>	Antal dagar från ansökan till beslut, vård och omsorg	4	4	→
	Antal dagar från ansökan till beslut LSS och Socialpsykiatri	26	30	↘
	IFO BoU: Andel upprättade genomförandeplaner inom 1 månad från uppstartsmöte		37 %	—
<p>Stödet skall alltid inriktas på att ta tillvara, utveckla och frigöra den enskildes egna förmågor och resurser.</p>	IFO BoU: Antal familjer som fått föräldrastöd under året (ej biståndsbedömt).	28	26	↘
	Ej återaktualiserade barn 0-12 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	42	44	↗
	Ej återaktualiserade ungdomar 13-20 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	71	57	↘
	Ej återaktualiserade vuxna med missbruksproblem 21+ ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	83	35	↘
<p>Respekt skall råda för den enskildes självbestämmande och integritet.</p>	Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	89	82	↘
	Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	69	79	↗
	Brukarbedömning boendestöd SoL - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)	73%		—
	Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	71%		—
<p>Insatserna skall ges utifrån ett evidensbaserat arbetssätt</p>	Antal evidensbaserade arbetssätt som används inom Vård- och omsorgsavdelningen			—
	Antal evidensbaserade arbetssätt som används inom avdelningen för Individ- och familjeomsorg			—
	Antal evidensbaserade metoder som används inom avdelningen för LSS och socialpsykiatri			—
	Antal evidensbaserade metoder som används inom Biståndsavdelningen		1	—

Värden saknas för brukarbedömning boendestöd och gruppboendestöd eftersom Lysekil inte deltog i undersökningen 2019.

## Analys och slutsats

Förvaltningens resultat för väntetid för utredning bedöms som bra för vård och omsorg samt LSS. Tiden för upprättande av genomförande planer inom BoU är för lång men beror på den arbetsbelastning som förelagat under 2019 på barn och unga. Dock behöver en förbättring ske under 2020.

Resultaten för ej återaktualiserade personer har försämrats för ungdomar 13-20 år och vuxna missbrukare vilket återspeglas i de åtgärder som gjorts under året. Antalet föräldrar som fått öppna insatser under året är i stort sett oförändrat men då ingår inte de insatser som givits via familjens hus. Här finns förbättringspotential.

Resultatet av öppna jämförelserns frågor om personal tar hänsyn till brukarnas önskemål och synpunkter har förbättrats för särskilt boende medan det försämrats i något i hemtjänsten. Resultaten för särskilt boende är särskilt glädjande eftersom en effektivisering gjorts under året. Samtidigt är vård- och omsorgsavdelningens utvecklingsområde värdegrundfrågorna vilka är viktiga för mätningområdet. Det försämrade resultatet i hemtjänsten bedöms ha samband med den striktare biståndsbedömning som görs och hemtjänstens effektiviseringsprocess. Dock är betyget på frågan i hemtjänsten fortfarande relativt högt.

LSS har inte deltagit i 2019 års undersökning vilket gör att resultat fattas för innevarande år.

När det gäller evidensbaserat arbetssätt och metoder finns begränsat resultat redovisat på grund av oklarheter i anvisningarna. Dock används olika evidensbaserade metoder i verksamheterna i olika grad. T.ex. används IBIC och BBIC som bedömningsverktyg i hela socialförvaltningen.

### 4.1.2 Verksamhet

Kvalitetsfaktor	Kvalitetsindikator	År 2018	År 2019	Trend
 Vi förebygger kvalitetsbrister och arbetar med systematiskt förbättringsarbete.	VoO: Andel åtgärder i lex Sarah-utredningar som har implementerats.	89 %	69 %	↘
	IFO: Andel åtgärder i lex Sarah-utredningar som har implementerats.		100 %	—
	Biståndsavdelningen: Andel åtgärder i lex Sarah-utredningar som har implementerats.		100 %	→
	Avd. LSS & Socialpsykiatri: Andel åtgärder i lex Sarah-utredningar som har implementerats.		100 %	—
 Rättssäker myndighetsutövning	IFO Barn och Unga: Andel utredningar som har avslutats inom 122 dagar.	76 %	46 %	↗
	IFO vuxnenheten: Andel överklagade beslut som har fastställts i förvaltningsdomstol	95 %	90 %	↘
	Andel granskade utredningar där mål för den beslutade insatsen framgår i beslutet, LSS och socialpsykiatri		95 %	—
	Andel granskade utredningar där mål för den beslutade insatsen framgår i beslutet, vård och omsorg		75 %	↗
 Samverkan är utgångspunkten för att skapa bra individuellt stöd till den enskilde	Antal personer som är inskrivna på Arbetsmarknadstorg	70	153	↗
 Verksamheten skall utvecklas mot tillitsbaserad styrning med hög grad av dialog och delaktighet	Förvaltningens medelvärde på frågan "min närmsta chef visar förtroende för mig som medarbetare" i medarbetarenkäten (skala 1-5).	4,09	3,92	↘
	Förvaltningens medelvärde på frågan "mina tankar, idéer och kunskaper om arbetet tas tillvara på ett bra sätt" i medarbetarenkäten (skala 1-5).	3,54	3,47	↘

## Analys och slutsats

Verksamheterna arbetar på ett mycket målmedveten sätt med uppföljning av inkomna avvikelser och implementerar åtgärder i hela verksamheten för att förebygga dem.

Utredningarna görs rättssäkert i stora delar men utredningstiden för ärenden hos barn och unga har inte varit tillfyllest under 2019. Det har varit en stor ärendeinströmning av ärenden och relativt nyutbildade medarbetare som påverkat utfallet av detta. Enheten arbetar med detta och har fått förstärkning av personal för att komma ikapp med arbetet.

Antal personer inskrivna på arbetsmarknadstorgen har mer än fördubblats under året och bedöms ha ett samband med det gemensamma utvecklingsarbete som IFO och AME har ingått i tillsammans med SKR (Sveriges kommuner och regioner) och andra kommuner under 2018-2019. Resultatet är mycket gott och har kunnat förebygga att behovet av försörjningsstöd kunnat bromsas upp även om utbetalningen av försörjningsstöd ökat under 2019.

Resultatet för de tillitsbaserade frågorna i medarbetarenkäten visar på en svag försämring jämfört med 2017 års mätning. Utvecklingsarbete pågår i alla led avseende att förankra chefs- och medarbetarplattformar och öka delaktigheten.

### 4.1.3 Medarbetare

Kvalitetsfaktor	Kvalitetsindikator	År 2018	År 2019	Trend
 Attraktiv arbetsgivare	Andel långtidsfriska.	21,4 %	22,2 %	↗
 God arbetsmiljö	Sjukfrånvaro	10,3 %	12,4 %	↘
 Medarbetarna skall rekryteras utifrån rätt kompetens och ha en fortlöpande kompetensutveckling för verksamheten	Individ och Familjeomsorg: Andel tillsvidareanställda medarbetare med relevant utbildning för uppdraget	96 %	96 %	→
	LSS/Socialpsykiatri: Andel tillsvidareanställda medarbetare med relevant utbildning för uppdraget.	87 %	73 %	↘
	Vård och omsorg: Andel tillsvidareanställd baspersonal med relevant utbildning för uppdraget.	95 %	96 %	↗
	Biståndsavdelningen: Andel biståndshandläggare med relevant utbildning för uppdraget	100 %	100 %	→

## Analys och slutsats

Andelen långtidsfriska har ökat något jämfört med 2018 vilket är positivt men andelen är fortfarande låg.

Sjukfrånvaron har ökat med 2,1 procentenheter jämfört med 2018 och ligger nu i medeltal på 12,4 procent räknat på ett år tillbaka i tiden. Hälften av sjukfrånvaron utgörs av långtidssjukskrivning. Vård och omsorg samt LSS/socialpsykiatri ökar med 2,3 procentenheter respektive 3 procentenheter medan IFO minskar sjukfrånvaron med 0,3 procentenheter. Märkas bör att variationen avseende sjukfrånvaron på de olika arbetsplatserna är stor.

Den ökade sjukfrånvaron bedöms delvis ha samband med effektiviseringar och förändringar i verksamheterna vilket leder till nya och ökade krav i verksamheten och förändrade arbetsförhållanden. Det pågående arbetet med tydliggörande av chefs- och medarbetarplattformen, utveckling av det tillitsbaserade ledarskapet samt mer utvecklade arbetsplatsträffar med högre grad av dialog och delaktighet förväntas minska sjukfrånvaron i socialförvaltningens verksamheter. Den nya styrmodellen ger också bättre förutsättningar för medarbetarna i det dagliga arbetet. Påverkansmöjligheter och handlingsutrymme leder enligt all forskning till en bättre arbetsmiljö och större tillfredsställelse i arbetet.

Alla chefer har också upprättat handlingsplaner i syfte att sänka sjukfrånvaron på sina

enheter och arbetar aktivt med frågan.

Medarbetarnas kompetens för arbetet är god och medarbetarna har till största delen föreskriven utbildning för sina befattningar. LSS avdelningen har något lägre resultat än övriga.

#### 4.1.4 Ekonomi

Kvalitetsfaktor	Kvalitetsindikator	År 2018	År 2019	Trend
 Budget i balans	Budgetavvikelse	-4 %	-4 %	→
 Resurserna skall användas på det mest effektiva och ändamålsenliga sättet.	Medelkostnad per beviljad hemtjänsttimma. Avvikelse i procent från KPB-kommunernas medelvärde.	2 %	13,4 %	↘
	Medelkostnad per dygn i särskilt boende. Avvikelse i procent från KPB-kommunernas medelvärde.	11 %	2,6 %	↗
	Nettokostnadsavvikelse äldreomsorg, (%)	0,93		—
	Medelkostnad per dygn LSS-gruppboende, avvikelse i procent från KPB-kommunernas medelvärde.	-4 %	-16,2 %	↗
	Medelkostnad per timma, personlig assistans enligt SFB, egen regi. Avvikelse i procent från KPB-kommunernas medelvärde.	-17 %	20,6 %	↘
	Medelkostnad per dygn boende för psykiskt funktionshindrade enligt SoL. Avvikelse i procent från KPB-kommunernas medelvärde.	-27 %	-26,5 %	↘
	Nettokostnadsavvikelse LSS, (%)	0,06		—
	Medelkostnad per hushåll försörjningsstöd. Avvikelse i procent från KPB-kommunernas medelvärde.	-13 %	-17,6 %	↗
	Medelkostnad per brukare, vuxna missbrukare. Avvikelse i procent från KPB-kommunernas medelvärde.	-19 %	-35,2 %	↗
	Medelkostnad per brukare, Barn och unga. Avvikelse i procent från KPB-kommunernas medelvärde.	85 %	34,7 %	↗
	Nettokostnadsavvikelse individ- och familjeomsorg, (%)	10,42		—

Resultat för KPB avser verksamhetsår 2018.

Resultat för nettokostnadsavvikelse 2019 publiceras i juni/juli 2020

#### Analys och slutsats

Förvaltningen visar ett resultat för 2019 motsvarande -16,1 mkr för hela verksamheten. Underskottet beror främst på ökat antal barn och ungdomsplaceringar, ökat behov av försörjningsstöd samt kostnad för tillfälligt inhyrd personal främst avseende hälso- och sjukvårdspersonal.

Resultatet för 2018 visar på bra resultat avseende uppdraget om kostnadsminskning vilket har skett i alla mätområden utom hemtjänst och personlig assistans.

Uppdraget som förvaltningen fått att arbeta med under 2019-2021 avseende att sänka kostnaderna i paritet med medelkostnaden i KPB har således kommit en bra bit på väg.

Uppgifter om nettokostnadsavvikelsen i riket som mäts i Kolada kommer att levereras först veckan 35.

Om man utgår från 2018 års siffror var Lysekils resultat i paritet med nettokostnaden inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet. IFO hade minskat sitt överskridande jämfört med nettokostnaden från + 46% till + 10% vilket får anses som mycket bra. Under 2019 har

kostnaderna för placeringar av barn och unga ökat mycket i likhet med de flesta av landets kommuner.

## 5 Utvecklingsområden

Ett utvecklingsområde är identifierat område som fokuseras på under en längre period. Till utvecklingsområdet finns formulerade utvecklingsmål som utgör grunden för förbättrings-, förändrings- och utvecklingsarbete.

### 5.1 Verksamhetens utvecklingsmål och indikatorer

#### 5.1.1 Kompetensutveckling

Utvecklingsmål	Indikator	Utfall år 2018	Utfall år 2019	Trend
 Socialförvaltningen ska vara en attraktiv och kompetent arbetsgivare där medarbetare växer och utvecklas och kvalitet präglar tjänster.	Vård och omsorg: Andel tillsvidareanställd baspersonal med relevant utbildning för uppdraget.	95 %	96 %	↗
	Biståndsavdelningen: Andel biståndshandläggare med relevant utbildning för uppdraget	100 %	100 %	→
	LSS/Socialpsykiatri: Andel tillsvidareanställda medarbetare med relevant utbildning för uppdraget.	87 %	73 %	↘
	Individ och Familjeomsorg: Andel tillsvidareanställda medarbetare med relevant utbildning för uppdraget	96 %	96 %	→
	Medarbetarnas bedömning av om de vet vad som förväntas av dem i arbetet. Skala 1-5. Medelvärde.	4,28	4,35	↗
	Medarbetarnas bedömning av om de har tillräcklig kompetens för arbetet. Skala 1-5. Medelvärde.	4,36	4,43	↗
	Medarbetarnas bedömning av om de utvecklas i sitt arbete. Skala 1-5. Medelvärde.	3,85	3,82	↘

Det finns hög utbildningsgrad och god kompetens hos medarbetarna i socialförvaltningen även om målet alltid är att 100% skall ha relevant utbildning för uppdraget.

LSS avdelningens medarbetare ligger lägre än övriga avdelningar vilket delvis beror på en lägre utbildningsnivå för yrkesgruppen personliga assistenter.

Kompetensutvecklingsplaner är framtagna i alla avdelningar.

Måtten avseende medarbetarnas bedömning av om de vet vad som förväntas av dem i arbetet och om de har tillräcklig kompetens för arbetet har ökat något i jämförelse med föregående mätning som gjordes 2017 och resultatet är mycket gott. Resultatet bedöms också ha samband med satsningen på ny styrmodell i kommunen.

När det gäller deras bedömning om de utvecklas i arbetet är i stort sett likartat med 2017 års resultat. Arbetet med det tillitsbaserade ledarskapet förväntas leda till bättre resultat i denna fråga.

#### 5.1.2 Digitala verktyg och välfärdsteknik

Utvecklingsmål	Indikator	Utfall år 2018	Utfall år 2019	Trend
 Socialtjänstens användning av välfärdsteknik och digitala lösningar ska öka	Antal digitala verktyg enligt Socialstyrelsens enkätundersökning "E-hälsa i kommunerna".	39	63	↗
	Antal påbörjade digitaliseringslösningar under året.	3	8	↗

Efter samtal med Socialstyrelsen framkommer att enkäten inte ser likadan ut mellan åren utan att den följer utvecklingen och fortlöpande uppdateras med nya digitala verktyg. Detta är en möjlig förklaring till vårt förbättrade resultat som således får tolkas med stor försiktighet.

Utvecklingen vad gäller digitala verktyg har varit stor och antalet använda digitala verktyg och välfärdsteknik har mer än dubblats i jämförelse med föregående år vilket är mycket glädjande.

Fortsatt införande av TES har pågått under 2019. Projektet har haft ett antal svårigheter gällande integration och hur beslut ska utformas för att överföras på rätt sätt till TES. Under hösten 2019 har arbetet intensifierats vilket resulterat i att det nu finns en införandeplan för TES i hela hemtjänstverksamheten under första halvåret 2020.

Appva - ett system för digitala signeringslistor i mobilen - har köpts in med hjälp av statliga stimulansmedel och kommer att göra läkemedelshandlingen enklare och säkrare.

Förvaltningen har också köpt in ett antal digitala läkemedelsskåp för att ytterligare säkra hantering kring läkemedel.

### **Just nu är följande ny teknik i drift:**

1. TES
2. Nyckelfria lås
3. Taligenkänning
4. Trippel-A
5. Appva
6. Tovertafel
7. Pilotprojekt med Digitala vårdmöten mellan kommunal sjuksköterska och läkare vid vårdcentralen via "Närhälsan online"
8. Digitala kunskapstest vid medicindelegering

### **5.1.3 Personalförsörjning**

Utvecklingsmål	Indikator	Utfall år 2018	Utfall år 2019	Trend
 Socialförvaltningen är en attraktiv arbetsgivare.	Personalomsättning (extern)	12%		—
	Kostnad för tillfälligt inhyrd personal, Tkr	2 976	6 916	↗
	Kostnad för inhyrd personal i procent av total personalkostnad (%).	1 %	2 %	→
	Kostnad för tillfälligt inhyrda chefer i procent av total kostnad chefer	8 %	2 %	—
	Genomsnittlig tjänstgöringsgrad	86 %	86 %	→
	Andel tillsvidareanställda med heltidsanställning.	38 %	38 %	→

Kommunens gemensamma personalomsättning är 9,5% för 2019. Resultat för socialförvaltningen har inte gått att få fram för 2019.

Kostnaden för tillfälligt inhyrd personal har ökat jämfört med 2018 och uppgår till 6,9 mkr. Den största kostnaden avser hälso- och sjukvårdspersonal, främst sjuksköterskor där det varit många vakanser under andra halvåret 2019.

Arbetet med heltidsresan har blivit försenat och har återupptagits sista kvartalet 2019. LSS/ socialpsykiatriavdelningen är den avdelning som startar i socialförvaltningen. Förvaltningen har en låg andel heltidsanställningar (38%). Dock är den genomsnittliga tjänstgöringsgraden 86% vilket får räknas som högt.

Bemanningsenheten startar från och med 2020-01-01.

### 5.1.4 Förebyggande och tidiga insatser

Utvecklingsmål	Indikator	Utfall år 2018	Utfall år 2019	Trend
 Det behovsriktade arbetssättet "Individens Behov i Centrum", IBIC, ska i hela socialförvaltningen vid utgången av 2019 vara implementerat i såväl utredningen som i planeringen och genomförandet av insatser	Andel nya ärenden som handläggs enligt IBIC, Vård och omsorg.		100 %	→
	Andel nya ärenden som handläggs enligt IBIC, LSS och Socialpsykiatri.		100 %	→
	Andel nyupprättade genomförandeplaner inom hemtjänsten som görs enligt IBIC		100 %	→
	Andel nyupprättade genomförandeplaner inom boendestödet som görs enligt IBIC			—

Förvaltningen arbetar utifrån IBIC (individens behov i centrum) i såväl biståndsbedömningen som i upprättande av genomförandeplan för verkställighet av insatser.

Resultatet är gott för alla verksamheter där värden finns tillgängliga. För boendestödet finns inga tillförlitliga siffror att redovisa.

### 5.1.5 Sammanfattande analys och slutsats av utvecklingsmål

Arbetet vad gäller utvecklingsmålen har gått bra under 2019. Utbildningsgraden är hög hos medarbetarna och resultatet på medarbetarenkäten visar att de tycker sig ha god kompetens för sitt uppdrag. De har god uppfattning om vad som är deras uppdrag och de utvecklas i sitt arbete.

Utvecklingen av digitala verktyg och digitala lösningar har mer än dubblerats jämfört med föregående år vilket får anses som mycket bra.

Det finns inga separata siffror på socialförvaltningens personalomsättning att redovisa men känslan är att den har minskat under 2019 och att en större stabilitet råder med undantag av hälso- och sjukvårdspersonal. Även de rekryteringsbehoven ser nu ut att ha stabiliserat sig.

Heltidsresan har blivit försenad och är nu omstartad. En bemanningsenhet har tillskapats och startats 20200101 vilket är en viktig del i arbetet med heltidsresan inom socialförvaltningens verksamheter.

Inom förvaltningen arbetar nu alla verksamheter i enlighet med IBIC och BBIC som är de nu gällande verktygen för biståndsbedömning och genomförandeplaner i verksamheterna. Verktyget säkrar individuellt beslutade och utformade stödinsatser där den enskildes egna resurser ständigt tas tillvara och utvecklas.

## 6 Uppdrag

-  Ej påbörjad
-  Pågående enligt plan (Pågående)
-  Pågående med avvikelse
-  Avslutad

Uppdrag	Status	Kommentar
Genomföra en översyn av titulaturen för baspersonal omsorg enligt Fyrbodals rekommendationer	 	Arbetet pågår och en av avdelningens enhetschefer har nu uppdraget att arbeta vidare med detta tillsammans med HR avd och repr från Kommunal.
Avsätt resurser till heltidsresan.	 	Resurser för heltidsresan har avsatts för 2019. Arbetet har påbörjats vad gäller planering av start för avdelningen LSS och socialpsykiatri. På grund av vakanser i chefsbefattningarna inom avdelningen

Uppdrag	Status	Kommentar
		har arbetet avstannat och nu tagit fart igen från och med december 2019.
Socialnämndens kostnader ska ner till snittet för andra jämförbara kommuner.	 	<p>Arbetet med anpassning av kostnaderna pågår och kostnadsminskningar har uppnåtts.</p> <p>Nettokostnadsavvikelsen är nu på rätt nivå inom äldreomsorgen (+0.93) och inom LSS (+ 0.06). IFO ligger över nettokostnaden (+10.42) men de har åstadkommit en mycket stor minskning av sina kostnader då verksamheten föregående år var (+45,52) över nettokostnaden för riket.</p> <p>Inom vård och omsorgsavdelningen har särskilt boende minskat sina kostnader i enlighet med uppdrag. Hemtjänsten har också minskat sina kostnader men har en bit kvar då de dels hade längre uppstartsperiod och dels fick minskade uppdrag vad gäller biståndsbedömd tid. Arbetet pågår.</p> <p>LSS har låga kostnader inom sina boenden men har högre kostnad inom personlig assistans. En översyn av boendestrukturen har påbörjats under sista kvartalet 2019. Schemaöversyn pågår också i samband med att arbetet med heltidsresan har startat i LSS-avdelningen. Den höga kostnaden för personlig assistans hör samman med att stor del av assistansen utförs av extern utförare. Kommunen har då ansvar för sjukpenning för den personalen vilket medför kostnader som ej täcks av försäkringskassans ersättning.</p> <p>IFO har låga kostnader för försörjningsstöd och missbruksvård men höga kostnader för barn och unga. Kostnaderna för barn och unga har dock sänkts under 2018 för att sedan åter stiga 2019 på grund av oroligheter och stora behov hos målgruppen.</p>
Ta fram en handlingsplan för hur avdelningen/enheten ska arbeta mer förebyggande och hälsofrämjande.	 	<p>Arbetet har delvis genomförts genom att avdelningarna har arbetat fram handlingsplaner på sina enheter för att minska sjukfrånvaron . Kommunens rutiner för rehabilitering används alltid.</p> <p>Under 2020 planeras ett utvecklat hälsoarbete göras i samverkan med personalavdelningen då sjukfrånvaron under 2019 har ökat ytterligare jämfört med 2018.</p>

## 7 Ekonomi

### 7.1 Resultaträkning nämnd

Belopp i tkr	2019	2018	2017
Intäkter	104 521	115 911	106 397
Personalkostnader	-293 209	-306 726	-325 525
Övriga kostnader	-212 637	-194 563	-166 944
Kapitalkostnader	-1 401	-1 256	-1 260
<b>Verksamhetens nettokostnader</b>	<b>-402 726</b>	<b>-386 634</b>	<b>-387 332</b>
Budget nettokostnader	-386 588	-371 447	-365 033
<b>Budgetavvikelse</b>	<b>-16 138</b>	<b>-15 187</b>	<b>-22 299</b>
Andel av kommunens nettokostnader (%)	43,7	43,7	44,9

### 7.2 Nettokostnad

#### Nettokostnad per verksamhet

Verksamhet/enhet belopp i tkr	2019	2018	2017
-------------------------------	------	------	------

Verksamhet/enhet belopp i tkr	2019	2018	2017
60 Stab, nämnd och ledning	-15 817	-10 511	-8 822
61 Avd Bistånd	-45 183	-47 864	-6 337
62 Avd Individ- och familjeomsorg	-78 459	-65 083	-69 254
<b>63 Avd Lss Psykiatri</b>	<b>-93 339</b>	<b>-91 259</b>	<b>-87 477</b>
64 Avd Vård och omsorg	-169 928	-171 918	-215 507
<b>Summa</b>	<b>-402 726</b>	<b>-386 635</b>	<b>-387 397</b>

### 7.3 Budgetavvikelse per verksamhet

Belopp i tkr	2019			2018		
	Utfall	Budget	Avvikelse	Utfall	Budget	Avvikelse
<b>Verksamhet</b>						
<b>60 Stab, nämnd och ledning</b>	-15 817	-25 653	9 836	-10 511	-18 510	7 999
<b>61 Avd Bistånd</b>	-45 183	-51 606	6 423	-47 864	-52 209	4 345
<b>62 Avd Individ- och familjeomsorg</b>	-78 459	-62 197	-16 262	-65 083	-61 084	-3 999
<b>63 Avd Lss Psykiatri</b>	-93 339	-87 950	-5 389	-91 259	-84 147	-7 112
<b>64 Avd Vård och omsorg</b>	-169 928	-159 182	-10 746	-171 918	-155 497	-16 421
<b>Summa</b>			-16 138			-15 188

### 7.4 Uppföljning av åtgärder för budget i balans

Sparåtgärd belopp i tkr	Beslut	Effekt	Not
<b>Schemaöversyn och anpassning av personal till befintlig budgetram VoO</b>	4 300	4 300	
Schemaöversyn och anpassning av personal till befintlig budgetram LSS/Socialpsykiatri	950	0	
<b>Familjehem övergår till egen regi</b>	200	200	
Förhandla om familjehemsavtal	105	105	
Ingen handledning under våren BoU	40	40	
Vakanshållande 2 deltidstjänster BoU	406	406	
Kortare vårdkedja, hemmaplan BoU	3 677	2 204	
Vakanshållande tjänster Vuxen	387	562	
Sänka placeringskostnader juni-dec Vuxen	894	0	
Sänka utbetalt försörjningsstöd juni-dec Vuxen	300	0	
<b>Summa</b>	11 259	7 817	

**Totalt har åtgärder motsvarande 11,3 mkr tagits fram i avdelningarnas egna ekonomiska åtgärdsplaner. Av dess har 7,8 mkr kunnat genomföras under året i socialförvaltningen.**

Planerade åtgärder för att hålla budget i balans har fullgjorts inom *vård och omsorg* där den planerade personalminskningen (rad 1) motsvarande 4,3 mkr har genomförts.

Avdelningen har minskat personalkostnaderna med totalt 11 mkr för 2019 jämfört med 2018 men ändå inte lyckats nå en budget i balans på grund av kostnader för bemanningssköterskor samt att hemvården ej lyckats anpassa bemanningen fullt ut till beviljade timmar.

Hemtjänstersättningen för 2019 har heller inte varit i nivå med de löner som undersköterskorna har och ersättningen har utgått från en utförandegrad motsvarande 85% av beviljade timmar.

Åtgärderna inom *LSS/ socialpsykiatrin* (rad 2) ej kunnat genomföras på grund av ökade vårdbehov inom boendena.

Inom *IFO* har minskningar av kostnader som gjorts på *barn- och ungdomsenheten* redovisats på rad 3-7 i tabellen ovan.

Åtgärd 7, kortare vårdkedja, har inte lyckats fullt ut. Resultatet blev 2,2 mkr som lyckats genom att man kunnat flytta hem ungdomar tidigare och erbjuda hemmaplanslösningar. Det som inte lyckats handlar om främst tre LVU-ärenden som inte kunnat förkortas såsom planerat då de återfallit i tidigare beteende.

Utöver dessa åtgärder på barn- och ungdomssidan har man undvikit nya placeringskostnader med ca 4,4 mkr.

Dessa ingår inte i den ovanstående ekonomiska handlingsplanen. Det handlar om sex familjer (varav några har flera barn) där man gjort observationer eller genomfört familjebehandling på hemmaplan. I den typen av ärenden hade kommunen tidigare köpt plats på utredningshem eller behandlingshem för förälder och barn. Detta har man kunnat undvika genom att vi rekryterat en 1:e socialsekreterare till utförargruppen. Denna 1:e socialsekreterare har kunnat utbilda och arbetsleda familjebehandlarna så att dessa insatser kunnat utföras i egen regi på hemmaplan.

*Vuxenheten* redovisar sina åtgärder och resultat på rad 8 - 10 i tabellen ovan.

De har vakanshållit tjänster i perioder och lyckades på så sätt spara 562 tkr inkl. P.O.

De planerade åtgärderna att sänka försörjningsstödet och hålla nere placeringskostnaderna gick inte att genomföra då behov hos brukarna omöjliggjorde detta.

## 7.5 Nettoinvesteringar/Anläggningstillgångar

Belopp i tkr	2019	2018	2017
Nettoinvesteringar	-946	-989	-530
Anläggningstillgångar bokfört värde	4 770	4 732	5 183

### Kommentar

Socialnämndens reinvesteringsram har använts till gemensamma inköp av arbetstekniska hjälpmedel såsom sängar, madrasser och läkemedelsskåp till brukare i hemtjänsten, boendestöd och särskilt boende. Dessutom har utbytesmöbler köpts in till boenden och kontor samt olika typ av tekniskt material såsom projektorer, skärmar, skypeutrustning m.m.

Investeringsmedel har också använts för inköp av moduler och annan utrustning som behövts för det nya verksamhetssystemets införande.

## 7.6 Ekonomisk analys

### ***Socialnämndens totala resultat är -16,1 mnkr.***

Nämnden har under hela året haft en negativ prognos, men avvikelsen blev -3,7 mnkr större än befarat i U1.

KF beslutade 190612 att under 2019 medge socialnämnden ett utökat ekonomiskt utrymme motsvarande 12,6 mkr för att täcka kostnaderna för de barn och ungdomsplaceringar som tillkommit i nämnden under 2019. Under året har verksamheterna dessutom haft egna åtgärdsplaner för att sänka kostnaderna vilka till största delen klarats av. Dock har nya kostnader som ej kunnat förutses tillkommit.

Kostnaderna för pågående institutions- och familjehemsplaceringar inom barn och unga har sänkts under året och insatser i öppen vård i egen regi har ökat. Dock har många nya barn och ungdomsplaceringar tillkommit som trots kostnadsminskningar i de befintliga ärendena ej har kunnat rymmas inom budget. Placeringarna kan delvis kopplas till den oroliga ungdomssituation som rått i Lysekil under 2019.

Försörjningsstödet har ökat under året med 10% och visar minusresultat. Många nyanlända har gått ur etableringsfasen och arbetsförmedlingens ändrade organisation har också påverkat detta. Arbetslösheten har ökat i Lysekil.

Verksamhet inom LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) visar ett underskott även om årskostnaden har minskat jämfört med 2018 års utfall.

Orsaken är fler ärende personlig assistans och ökade personalkostnader i egen verksamhet.

Det har varit svårt att rekrytera personal inom vissa områden (socialsekreterare och sjuksköterskor). Detta har inneburit att kostnader för inhyrd personal har varit höga, främst för hälso- och sjukvårdspersonal vilket på verkat resultatet negativt.

Inom vård och omsorg har det pågått ett omställningsarbete under året som resulterat i att äldreboendena nu är i balans och att hemtjänsten sänkt sina kostnader till stor del. Då antalet hemtjänsttimmar minskat under året har hemtjänsten ett ständigt uppdrag att kontinuerligt anpassa sig till nya nivåer.

### ***Intäkter:***

I utfallet mellan de två sista åren märks en tydlig trend att intäkterna från migrationen fortsätter att minska. Dessutom upphörde Stimulansmedlen från staten till vård och omsorg under 2018. De interna intäkterna i hemvården har också minskat under året vilket återspeglas i raden för "Övriga kostnader".

Jämförelsen av utfall mot budget 2019 visar på en ökning av intäkter. Främst beror det på högre bidrag från migration än budgeterat. Även försäljning av verksamhet har ökat beroende på intäkter avseende sommargäster och internförsäljning mellan Vård och omsorg och LSS.

Utfallet avseende övriga intäkter går minus vilket beror på den interna försäljningen mellan Bistånd och Hemvård. Den förändringen orsakas av att beställningen av hemtjänsttimmar minskat med ca 10% under 2019 jämfört med vad som budgeterades som förväntad intäkt i hemtjänstens budget.

### ***Personalkostnader:***

Mellan 2017 och 2019 har utfallet av personalkostnader minskat med 32,3 mnkr. En av de två största orsakerna till detta är neddragningarna av personal på IFO som till största delen är kopplade till boenden för ensamkommande i egen regi (17,7 mnkr). Den andra orsaken är schemaomläggning på Särskilda boende samt omorganisation inom Hemvården (13,3 mnkr).

Jämförelse av utfallet av personalkostnader gentemot budget 2019 visar + 4,4 mnkr vilket kan förklaras med att heltidsresan inte kommit igång än. Inom förvaltningen är det främst IFO som visar positivt resultat motsvarande + 4,7 mnkr vilket kan förklaras med att de haft vakanser i verksamheten under året. Vård och omsorg har fortfarande en utmaning inom Hemvården liksom inom LSS/ psykiatri och båda avdelningarna visar ett minusresultat vad gäller personalkostnader.

### ***Övriga kostnader.***

Utfallet 2017 jämfört med 2019 syns en stor ökning av kostnader med 45,5 mnkr. Den främsta orsaken är den nya resursfördelningen för hemvården. Bortsett från den interna posten är det kostnader för köp av vårdplatser som har ökat.

När det gäller jämförelsen av utfall mot budget 2019 är det köpt vård för barn och ungdomar som är den största posten som förklarar differensen mot budget på -26,2 mnkr.

### ***Verksamhet / Avdelningar.***

#### ***Förvaltningsledning + 9,9 mnkr.***

Det positiva resultatet beror på utökning av rambudgeten på 5 mnkr som avsattes för heltidsresan/omställningsarbetet inte har förbrukats fullt ut då planeringen och arbetet med heltidsresan försenats under året. Åtgärderna kommer att starta först under 2020. Vidare har reserverade medel för utbyte av verksamhetssystemet inte heller nyttjats då även det arbetet blivit försenat och införandet startar andra halvåret 2020.

### **Biståndsavdelningen + 6,4 mnkr.**

Det positiva resultatet beror främst på att resursfördelningen visar ett positivt resultat. Antalet beviljade hemtjänsttimmar är 115 000 och har minskat med ca 10% i jämförelse med 2018.

Biståndsavdelningen har betalat ut 39 mnkr till verksamheterna totalt för hemvård. Utbetalad ersättning har minskat med ca 3 mnkr jämfört med 2018. Det avser 85% av beviljad schablon och för hemtjänstinsatser. Under 2020 kommer ersättningen att förändras och 100% av schablonen skall betalas ut.

Personalkostnader visar ett överskott på 0,4 mnkr och beror på att avdelningen har inte tillsatt partiella ledigheter fullt ut.

Avdelningen har också en liten budget för färdigbehandlade patienter men socialförvaltningen har inte haft några betaldagar till sjukhuset under året.

### **Vård och Omsorgsavdelningen -10,8 mnkr.**

Avdelningen har minskat personalkostnaderna med 11 mnkr för 2019 jämfört med 2018, men har ändå inte lyckats att minska personalkostnader så mycket att avdelningen går plus minus noll mot budget.

Hemvården har fått minskade intäkter från biståndsenheten vilket resulterat i ett underskott på 4,7 mnkr i personalkostnader. Timersättningen är för lågt satt i förhållande till rådande löneläge och ersättningen betalas utifrån att 85% av den beviljade tiden utförs. Som nämns under Biståndsavdelningens avsnitt så kommer ersättningsnivån att ändras inför 2020 så att den ger förutsättningar att klara uppdraget inom tilldelad ersättning.

De särskilda boendena visar ett nollresultat för 2019. Inhyrd personal till hemsjukvården samt kostnader för nattpatrull som ej kunnat tas bort står för det resterande underskottet på 6,1 mnkr.

### **LSS/socialpsykiatri avdelningen -5,4 mnkr.**

Intäktssidan går plus 0,4 mnkr på hela avdelningen i förhållande till budget. Det är högre intäkter i form av hyresinbetalningar, högre momsbidrag för köpt vård och att Korttids säljer mer platser till andra kommuner jämfört med tidigare år. Ersättning från Försäkringskassan för personlig assistans har varit lägre än budgeterat trots utförda timmar.

Personalkostnaderna överstiger budget med 2 mnkr och är nu 2 mnkr högre i utfallet än mot 2018. En del av ökningen beror på fler ärenden på korttids därtill ett nytt assistansärende, samt utökat behov av bemanning på grund av ökat omsorgsbehov hos brukare. Det behovet består bland annat av att flera brukare har blivit äldre och kan inte gå till daglig verksamhet som tidigare. Det innebär även att de behöver mycket hjälp, exempelvis vid förflyttning.

Under övriga kostnader ligger köpta platser som är en stor bidragande orsak till överskridandet mot budget. Med en ny placering, en placering som har fördyrats avsevärt under året och ett nytt assistansärende som tillkommit så ligger utfallet på -3,6 mnkr mot budget.

### **Individ och familjeomsorgen -16,3 mnkr.**

Avdelningen Individ- och familjeomsorgen visar en budgetavvikelse på -16,3 mnkr under 2019. Till största del beror underskottet på en kraftig kostnadsökning av placerade barn och unga, främst på HVB/SiS men även till följd av en kraftig ökning av utbetalt försörjningsstöd pga av ett ökat inflöde.

Intäkterna har minskat med 31,2 mnkr mellan 2017 och 2019, vilket till största del beror på minskade intäkter från Migrationsverket. 2019 fick IFO 12,7 mnkr i driftsbidrag från Migrationsverket att jämföra med 45,3 mnkr 2017.

Personalkostnaderna har sjunkit under åren 2017-2019, från 48,6 mnkr 2017 till 30,9 mnkr 2019. Till största del beror detta på nedläggning av HVB-hem för ensamkommande barn

(EKB) och även Stödboendet som har minskat i antal.

I övrigt är det vakanshållning av tjänster, svårrekrytering av socialsekreterare och svårigheter att rekrytera nya familjehem som påverkar. Delar av detta återspeglas under övriga kostnader då tjänsterna har behövts köpas.

Jämfört med budget så är det till största del köpta placeringar som påverkar det negativa utfallet för IFO som helhet, ett arbete med översyn kring detta är redan igång.

Även utbetalt försörjningsstöd påverkar till en viss del, men kommer inte påverka förvaltningen framöver.

## 8 Framtid

### Lagstiftning

En översyn av socialtjänstlagen pågår och skall presenteras 2020-06-01. Lagen har varit oförändrad sedan införandet och uppdraget är nu att se över den utifrån dagens förutsättningar. Bland annat utreds om äldrefrågorna skall särskiljas och vara en egen lag samt att se över begreppet skälig levnadsnivå. Förebyggande, kvalitet, förenklad biståndsbedömning och kompetensfrågor ingår också.

En översyn av insatser enligt LSS har gjorts och presenterades för regeringen 2019. Förändringarna föreslogs gälla från 2022-01-01. De förändringar som föreslås är bl.a. att den personliga assistansen skall gälla för personer över 16 år samt att staten tar över hela ansvaret för insatsen. För barn under 16 år skall den personliga assistansen tas bort och kommunen åläggs då att ansvara för andra insatser som skall täcka motsvarande behov. Det innebär en uppbyggnad av verksamheter och en kostnadsökning för kommunerna som beräknats till 400 mkr i landet.

Arbetet med omställning till den nära vården fortsätter och ett slutbetänkande skall lämnas 2020-03-01. Målsättningen är att flytta ut vården så nära befolkningen som möjligt och att minska slutenvårdens insatser för att istället arbeta mer med förebyggande insatser. Det innebär ett utökat ansvar till primärvården och kommunerna och att en allt mer avancerad hälso- och sjukvård kommer att förläggas till primärvård och kommuner. Såväl kostnader som behov av kompetent personal kommer att öka i kommunerna.

Arbetet fortsätter med den nya lagstiftningen, Trygg och effektiv utskrivning från slutenvården. Lagstiftningen har ändrats under 2019 vad gäller psykiatripatienter och förändringen fortsätter under 2020. Från och med 1 januari har kommunen 7 dagars planeringstid för att erbjuda kommunalt stöd innan betaldagar utfaller. Från och med 1 april 2020 minskas det ytterligare till att bli 3 kalenderdagar. Det är en utmaning att möta den snabba process som nu blir aktuell också för denna målgrupp. Uppdraget är att klara av planeringen utan att betaldagar faller ut och samtidigt genomföra en utredningsprocess med garanterad rättssäkerhet i nära samverkan internt och externt. Förvaltningen har en pågående arbetsgrupp tillsammans med primärvården för det arbetet.

Barnkonventionen har börjat gälla från och med 2020-01-01. Socialtjänstens verksamheter har arbetat med det tidigare också eftersom det ingår i handläggningen av ärenden som rör barn och unga men utbildningsinsatser behövs ändå för att säkra barns rätt. En kommunövergripande projektanställning kommer att inrättas för att utbilda under 2020.

### Ekonomiska resurser

Kommunens resurser är ändliga och det finns en stor utmaning i att planera verksamheten både ur ett ekonomiskt effektivt sätt och samtidigt kompetensmässigt kunna möta brukarnas skiftande behov. Verksamheten behöver fortsätta att implementera välfärdsteknik vilket är ett sätt att möta dessa utmaningar.

Det är också en framtida utmaning att få ekonomi i balans genom att använda tilldelade medel på ett effektivt och optimalt sätt. När vi är tydliga med att vi har en god ekonomisk

hushållning så är det lättare för politiken att fördela de resurser som krävs för framtida utveckling och volymförändringar.

### **Personalförsörjning**

De utmaningar vi står inför handlar om att ha en personalförsörjning som tryggar den verksamhet vi har ansvar för genom att personal har den kompetens som krävs för att kunna arbeta mot uppställda mål. Vi måste bli en attraktiv arbetsgivare som kan erbjuda en trygg anställning där verksamheterna präglas av en positiv syn på utveckling och förändring.

En ledarskapsutvecklingsinsats pågår för alla ledare i hela kommunen under 2020. En förutsättning för framtidens arbetsmarknad är att omvandla ledningsstrukturen till en tillitsbaserad styrning där medarbetarna ges ansvar och möjlighet att påverka sitt arbete och vara kreativa i hur arbetet skall utföras. Att alla kan arbeta utifrån sin fulla potential är en av framgångsfaktorerna i framtidens socialtjänst.

Vi behöver marknadsföra våra yrken och fortsätta att ta emot praktikanter och vikarier under sommaren och studentmedarbetare under terminerna.

Utöver insatser för att underlätta rekrytering, behöver strategier för introduktion utvecklas så att nya medarbetare lätt kommer in i arbetet. Vi behöver identifiera vad som får medarbetare att trivas och stanna kvar i sitt arbete i kommunen.

### **Digitalisering**

Lysekils kommun kommer att fortsätta ha en ökning av antal äldre. Redan nu ligger Lysekil 10% högre än övriga landet när det gäller personer över 65 år. Detta innebär troligen en ökning av omvårdnadsbehov och beslutade insatser kommer att kräva mycket samverkan både internt och externt.

Att digitalisera där det är möjligt i socialtjänsten kommer att vara helt avgörande under de närmaste åren. Att minska manuell hantering och använda personalresurser till insatser som kräver mänsklig närvaro är nödvändigt. Inom nämndens ansvarsområde kommer digitalisering inom avgiftshandläggningen att införas. Att göra ansökan och enklare utredningar digitalt ger snabbare och enklare service till brukarna. Upphandling av varuhemsändning och kyld mat till brukare i ordinärt boende pågår och förväntas starta efter sommaren 2020.

### **Ny organisation**

Socialnämndens organisation har förändrats och försörjningsstödet har flyttas från socialförvaltningen för att tillsammans med AME och vuxenutbildning bilda en egen förvaltning. En av framtidens utmaningar är att öka individens möjligheter till egen försörjning och boende.

I samband med detta har förvaltningen omorganiserats till en mottagning och utredningsenhet och två verkställighetsavdelningar. Framtiden bär med sig ett behov av samverkan i alla led för att bättre kunna stödja människor då de behöver samhällets stöd. Efter den omorganisation som genomförts behöver de nya enheterna och avdelningarna forma sina arbetssätt och samverkansmetoder tillsammans.

I den nya organisationen förväntas samverkansvinster för brukaren uppstå genom att exempelvis barn och unga samt LSS-handläggare är samorganiserade. Samma sak gäller dem som arbetar med socialpsykiatri och missbruk då de ofta arbetar med samma människor.

Serviceinsatser och förebyggande insatser behöver öka i syfte att låta personer som vill ha stöd i sitt föräldraskap, hjälp med sitt missbruk o.s.v. själva välja insats och delta i öppna former av behandling eller stöd i grupp. Det ligger i tiden att öka tilltron till kommuninvånarnas förmåga att själva kunna vara delaktiga i att val av insats.

Samverkan behöver hela tiden utvecklas såväl inom som utom den egna förvaltningen/kommunen. Närsjukvårdsgruppen och dess arbete behöver ständigt utvecklas vad gäller samverkan och metodutveckling.

## **Heltidsresan**

Arbete med att erbjuda alla anställda heltider har startat 2019 och fortsätter 2020. Det arbetet kommer att vara resurskrävande, inte bara ekonomiskt utan också schemamässigt och planeringsmässigt så att man kan använda personalens kompetens och vara flexibel på ett bra sätt.

## **Vård och omsorgsboende**

Nytt boende för äldre, Fiskebäck, är under uppförande och beräknad inflyttning är november 2020. Samtidigt behöver ytterligare planering ske av särskilda boendeplatser för att möta kommande behov. I utredningen kring "Framtidens äldreomsorg på Skaftö" visar prognosen på att år 2024 kommer behovet överstiga tillgången på särskilda boendeplatser.

## **Området funktionshinder**

Rikets ambitionsnivå är att alla människor ska ha samma förutsättningar oavsett kön, sexuell läggning, kulturell härkomst eller funktionsnedsättningar. Lagar och förordningar som riksdag och regering fattat beslut om reglerar detta. För att nå målet krävs det att vi som har uppdraget att arbeta och utveckla verksamheter riktade till människor med olika typer av funktionshinder på det lokala planet, ser och uppmärksammar de behov som finns och ger insatser på rätt nivå med god kvalitet. Avdelningen kommer under den närmaste femårsperioden arbeta utifrån de utvecklingsområden som planen för framtida insatser tagit fasta på utifrån självständighet och normalisering.

En översyn av boenden för målgruppen har startats för att bättre kunna använda tillgängliga resurser för de personer som behöver anpassat boende inom LSS/socialpsykiatri. En översyn av de externa placeringarna planeras i syfte att ta hem de placeringar som är möjligt till verkställighet i egen regi.

Behovet av personlig assistans och insatser inom funktionshinderområdet fortsätter att öka.

## **Hemmaplanslösningar och rekrytering av egna familjehem**

Under 2019 har mycket fokus legat på att utveckla stödet på hemmaplan, till såväl vuxna med missbruksproblematik som till barn och familjer. En kartläggning visar att vi har en bred palett av stöd till barn och föräldrar, men den oroliga ungdomssituationen i kommunen kräver att vi fortsätter att utveckla detta för att förebygga problem under barn och ungas uppväxt och senare i vuxenlivet. Under 2020 fortsätter utvecklingsarbetet med att arbeta med barn och deras föräldrar i nära samverkan med utbildningsförvaltningen och externa parter i syfte att utveckla det förebyggande arbetet.

I de fall då tillräckligt stöd inte kan ges till barn och föräldrar på hemmaplan, utan en placering blir nödvändig, är målet att i så stor utsträckning som möjligt placera i ett eget familjehem. Vi behöver utveckla rekryteringen av egna familjehem och erbjuda befintliga familjehem tillräckligt stöd i sitt uppdrag.

## **Arbete med våldsutsatta**

Antalet våldsutsatta som söker hjälp har ökat, och det är en trend som visat sig även i andra kommuner. Våldsärenden kräver en hög kompetens, ett tidigt ingripande och ett stöd som fortsätter finnas kvar över tid. I familjer med barn behövs också en god samverkan mellan handläggare och enheter. Under 2020 fortsätter en del av en tjänst att användas för att koordinera socialtjänstens insatser i ärenden som rör våld.



Datum  
2020-02-14

Dnr  
SON 2020-000049

Avdelningen för verksamhetsstöd  
Majvor Smedberg, 0523 - 61 31 05  
majvor.smedberg@lysekil.se

## **Svar till revisorerna gällande vilka åtgärder kommunstyrelsen och socialnämnden avser att vidta med anledning av revisorernas granskning avseende uppföljning och insyn i verksamheter som utförs av externa utförare**

### **Sammanfattning**

PwC har på uppdrag av Lysekils kommuns förtroendevalda revisorer granskat om kommunstyrelsen och socialnämnden säkerställer en ändamålsenlig uppföljning av och insyn i verksamheter som utförs av externa utförare.

Bedömningen är att kommunstyrelsen och socialnämnden i nuläget inte säkerställer detta.

Det saknas även rutin och riktlinjer som säkerställer att kommunen upprättar avtal som reglerar insyn och kontroll av verksamheter som genomförs på entreprenad.

Revisorerna önskar svar gällande vilka åtgärder kommunstyrelsen och socialnämnden avser vidta med anledning av rekommendationerna i rapporten, senast 2020-03-16.

### **Förslag till beslut**

Nämnden godkänner förslag till gemensamt svar gällande vilka åtgärder kommunstyrelsen och socialnämnden avser vidta med anledning av de brister som identifierats i PwC:s rapport och avger därmed svaret till revisorerna.

### **Ärendet**

PwC har på uppdrag av Lysekils kommuns förtroendevalda revisorer granskat om kommunstyrelsen och socialnämnden säkerställer en ändamålsenlig uppföljning av och insyn i verksamheter som utförs av externa utförare. Granskningen har syftat till att besvara följande revisionsfråga:

Har kommunstyrelsen och socialnämnden säkerställt en ändamålsenlig uppföljning av avtal och verksamheter och därmed vet om externa utförare levererar i enlighet med tecknade avtal?

Bedömningen är att kommunstyrelsen och socialnämnden i nuläget inte säkerställer detta.

I granskningen har noterats att kommunfullmäktige inte antagit ett program som anger hur fullmäktiges mål och riktlinjer samt övriga föreskrifter inom aktuell verksamhetsområde ska följas upp och hur allmänhetens insyn ska tillgodoses, vilket kommunfullmäktige, enligt kommunallagen, skall göra inför varje mandatperiod.

Det saknas även rutin och riktlinjer som säkerställer att kommunen upprättar avtal som reglerar insyn och kontroll av verksamheter som genomförs på entreprenad. Vidare saknas rutiner för uppföljning av upprättade avtal och leverantörer.

Dnr  
SON 2020-000049

Utifrån granskningens resultat rekommenderar PwC att kommunstyrelsen säkerställer:

- att det finns kommunövergripande riktlinjer och rutiner som reglerar kommunens insyn och kontroll av de privata utförarnas verksamheten
- att det finns kommunövergripande riktlinjer och rutiner för uppföljning av avtal avseende verksamheter som genomförs av privata utförare
- Utifrån granskningens resultat rekommenderar PwC att socialnämnden säkerställer:
  - att avtal med privata utförare reglerar insyn och kontroll av verksamheten.
- tillräcklig uppföljning av rådande avtal avseende verksamheter som genomförs av privata utförare

Revisorerna önskar svar gällande vilka åtgärder kommunstyrelsen och socialnämnden avser vidta med anledning av rekommendationerna ovan, senast 2020-03-16.

### **Förvaltningens synpunkter**

Gällande revisorernas bedömning att socialnämnden saknar rutiner och riktlinjer för de avtal som kommunen upprättar, som säkerställer en ändamålsenlig uppföljning av, och insyn i, verksamheter som utförs av externa utförare, ska i detta sammanhang nämnas att detta är något som regleras i socialtjänstlagens 6 kapitel (vård utanför hemmet) och som styr socialnämndens löpande arbete. Vidare framgår av 5 kap. 1 b § SoF Allmänna råd, att följa vården genom personliga besök mm vilket kommunen gör.

Då revisorernas granskning oavsett ovanstående visade på tydliga brister i kommunens formella uppföljning av externt utförd kommunal verksamhet, och att kommunen inte lever upp till kommunallagens bestämmelser gällande allmänhetens insyn i denna del, avser kommunstyrelsen och socialnämnden att snarast och gemensamt se över regelverket samt uppdatera detsamma med relevanta rutiner och riktlinjer, samt utarbeta ett program för uppföljning av verksamhet som utförs av privata utförare.

Socialnämnden har dessutom beslutat att uppföljning av utomkommunala placeringar i socialtjänsten skall vara ett internkontrollsområde för 2020.

Eva Andersson  
Förvaltningschef

Dnr  
SON 2020-000049

**Bilaga/bilagor**

- 1 Granskningsrapport, Privata utförare – kommunens insyn och uppföljning.
- 2 Svar till revisorerna gällande vilka åtgärder kommunstyrelsen och socialnämnden avser vidta med anledning av revisorernas granskning avseende uppföljning och insyn i verksamheter som utförs av externa utförare.

**Beslutet skickas till**

Revisorerna  
Kommunstyrelsen  
Kommunchefen  
Ekonomichef  
Förvaltningsekonom  
Avdelningschefer

# Privata utförare – kommunens insyn och uppföljning

Lysekils Kommun

December 2019

*Projektledare: Nina Törling*

*Projektmedarbetare: Elinore Fahlgren*



# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b>	<b>2</b>
<b>1. Inledning</b>	<b>4</b>
1.1 Bakgrund	4
1.2 Syfte och revisionsfråga	4
1.2.1 Syfte	4
1.2.2 Revisionsfråga	4
1.3 Revisionskriterier	4
1.4 Kontrollmål	4
1.5 Avgränsning	4
1.6 Metod	5
<b>2. Iakttagelser och bedömningar</b>	<b>6</b>
2.1 Kommunen har utarbetat mål och riktlinjer avseende hur kontroll och insyn, gällande externa utförare, ska garanteras.	6
2.1.1 Iakttagelser	6
2.1.2 Bedömning	7
2.2 Kommunen upprättar avtal som reglerar insyn och kontroll i verksamheter som genomförs på entreprenad	7
2.2.1 Iakttagelser	7
2.2.2 Granskning av avtal	8
2.2.3 Slutsats av avtalsgranskning	9
2.2.4 Bedömning	9
2.3 Kommunstyrelsen och nämnderna genomför tillräcklig uppföljning av externa utförare av kommunala tjänster	9
2.3.1 Iakttagelser	9
2.3.2 Bedömning	9
<b>3. Revisionell bedömning</b>	<b>11</b>
3.1 Rekommendationer	11
<b>4. Bedömningar utifrån kontrollmål</b>	<b>12</b>
<b>5. Rekommendationer</b>	<b>13</b>

# Sammanfattning

PwC har fått i uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Lysekils kommun att granska om kommunstyrelsen och socialnämnden säkerställer en ändamålsenlig uppföljning av och insyn i verksamheter som utförs av externa utförare, det vill säga i enlighet med lagstiftning, regelverk och kommunfullmäktiges anvisningar.

Vi bedömer att kommunstyrelsen och socialnämnden i dagsläget inte säkerställer en ändamålsenlig uppföljning och insyn i verksamheter som utförs av externa utförare.

I granskningen har vi noterat att kommunfullmäktige inte antagit ett program som anger hur fullmäktiges mål och riktlinjer samt övriga föreskrifter inom aktuellt verksamhetsområde ska följas upp och hur allmänhetens insyn ska tillgodoses, vilket kommunfullmäktige, enligt kommunallagen, skall göra inför varje mandatperiod.

Det saknas även rutin och riktlinjer som säkerställer att kommunen upprättar avtal som reglerar insyn och kontroll av verksamheter som genomförs på entreprenad. Vidare saknas rutiner för uppföljning av upprättade avtal och leverantörer.

Vår bedömning bygger på avstämning av kontrollmålen enligt nedan.

## Kontrollmål 1

Kontrollmålet bedöms som ej uppfyllt.

Det saknas program med mål och riktlinjer avseende hur kontroll och insyn, gällande externa utförare, ska garanteras. Det saknas riktlinjer för kontroll, uppföljning och insyn i avtal med externa utförare.

## Kontrollmål 2

Kontrollmålet bedöms som ej uppfyllt.

Det saknas rutiner och riktlinjer som säkerställer att kommunen upprättar avtal som reglerar insyn och kontroll av verksamheter som genomförs på entreprenad. Den kontroll som sker, sker på individbasis. Det saknas helt en övergripande kontroll av leverantörer.

## Kontrollmål 3

Kontrollmålet bedöms som ej uppfyllt.

Det saknas strukturerad och systematisk uppföljning av externa utförare. Den uppföljning som sker på basis av klient, och inte utförare, vilket kan ge ett felaktigt fokus vid genomförande av uppföljning.

## Rekommendationer

Bedömningen resulterar i följande rekommendationer:

- Att kommunstyrelsen säkerställer att det finns kommunövergripande riktlinjer och rutiner som reglerar kommunens insyn och kontroll av de privata utförarnas verksamhet.
- Att socialnämnden säkerställer att avtal med privata utförare reglerar insyn och kontroll av verksamheten.

- Att kommunstyrelsen säkerställer att det finns kommunövergripande riktlinjer och rutiner för uppföljning av avtal avseende verksamheter som genomförs av privata utförare.
- Att socialnämnden säkerställer tillräcklig uppföljning av rådande avtal avseende verksamheter som genomförs av privata utförare.

# 1. Inledning

## 1.1 Bakgrund

Kommunens förutsättningar för styrning och kontroll av verksamheter har förändrats i och med att kommunen genomför upphandling av entreprenader. I kommunallagen anges att kommuner ska kontrollera och följa upp verksamheter som lämnats över till privat utförare. Vidare ska kommunen tillförsäkra sig information som gör det möjligt för allmänheten att få insyn i den verksamhet som lämnas över.

För verksamheter som lagts ut på entreprenad genom LOU ska kommunen reglera möjligheter och insyn i avtal. Kommunens kontroll av privata utförare har stor betydelse för att säkerställa kvaliteten i tjänster som kommunen svarar för gentemot invånarna.

Kommunens revisorer har utifrån sin riskanalys beslutat att genomföra en granskning av kommunens insyn och kontroll i verksamheter som utförs av privata utförare.

## 1.2 Syfte och revisionsfråga

### 1.2.1 Syfte

Granskningen syftar till att bedöma om kommunstyrelsen och socialnämnden säkerställt en ändamålsenlig uppföljning av och insyn i verksamheter som utförs av externa utförare, det vill säga i enlighet med lagstiftning, regelverk och kommunfullmäktiges anvisningar.

### 1.2.2 Revisionsfråga

Har kommunstyrelsen och socialnämnden säkerställt en ändamålsenlig uppföljning av avtal och verksamheter och därmed vet om externa utförare levererar i enlighet med tecknade avtal?

## 1.3 Revisionskriterier

Revisionskriterier för denna granskning har hämtats ur:

- Kommunallagen
- LOU
- Lokala anvisningar

## 1.4 Kontrollmål

Revisionsfrågan besvaras genom följande kontrollmål:

- Kommunen har utarbetat mål och riktlinjer avseende hur kontroll och insyn, gällande externa utförare, ska garanteras.
- Kommunen upprättar avtal som reglerar insyn och kontroll i verksamheter som genomförs på entreprenad.
- Kommunstyrelsen och nämnderna genomför tillräcklig uppföljning av externa utförare av kommunala tjänster.

## 1.5 Avgränsning

Granskningen avgränsas till kommunstyrelsen och socialnämnden.

Avtal med externa utförare gällande 2019.

## 1.6 Metod

Genomgång av styrande dokument, granskning av sju avtal inom socialnämnden, planer för uppföljning, tillsyn och insyn samt resultat och återrapportering av genomförd tillsyn och insyn.

Intervjuer med personer som svarar för det praktiska genomförandet av upphandling, avtalshantering, insyn och kontroll hos privata utförare.

## 2. Iakttagelser och bedömningar

### 2.1 Kommunen har utarbetat mål och riktlinjer avseende hur kontroll och insyn, gällande externa utförare, ska garanteras.

#### 2.1.1 Iakttagelser

I kommunallagen (2017:721) 10 kap. 7 § definieras en privat utförare som en juridisk person eller enskild individ som har hand om skötseln av en kommunal angelägenhet. Av 10 kap. 8 § följer vidare att en kommunal verksamhet som genom avtal överlämnas att utföras till en privat utförare ska kontrolleras och följas upp av kommunen. Av 9 § i samma kapitel framgår att när kommunen slutit avtal med en privat utförare ska den genom avtalet tillförsäkra sig information som ger allmänheten möjlighet till insyn i den överlämnade verksamheten.

Av kommunallagen 5 kap. 3 § framgår att fullmäktige för varje mandatperiod ska anta ett program med mål och riktlinjer för sådana kommunala angelägenheter som utförs av privata utförare. I programmet ska det också anges hur fullmäktiges mål och riktlinjer samt övriga föreskrifter inom aktuellt verksamhetsområde ska följas upp och hur allmänhetens insyn ska tillgodoses. Detta krav infördes i Kommunallagen 2015.

Enligt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) bör programmet för privata utförare omfatta all verksamhet som kommunen lämnat över till privata utförare. Däremot ska programmet inte omfatta fristående skolor och förskolor eftersom den verksamheten regleras genom kommunens tillståndsgivning. Programmet ska fastslå hur och av vem uppföljningen av mål och riktlinjer ska göras. En annan viktig parameter i programmet gäller allmänhetens insyn, programmet ska regleras hur allmänheten ska få möjlighet till skälig insyn i verksamheten i praktiken.

Avtal med externa utförare bör också följas upp för att inte strida mot upphandlingslagstiftningen. Utan uppföljning riskerar kommunen att bryta mot likabehandlingsprincipen och kravet på ett öppet och objektiva upphandlingsförfarande. Uppföljning bör inkludera kraven på leverantören och tjänsten, upphandlingens utvärderingskriterier samt eventuella övriga kontraktsvillkor.

Kommunen har i dagsläget inga riktlinjer för avtal med externa utförare. Kommunen har en upphandlingsriktlinje och en upphandlingspolicy<sup>1</sup> som klargör bland annat samordnad upphandling, hållbar utveckling samt affärsetiskt förhållningssätt.

Upphandlingspolicyn saknar hänvisning till upphandling av privata aktörer för kommunal verksamhet.

Kommunens upphandlingsenhet som arbetar centralt kan bistå verksamheter vid framtagande av avtal med externa utförare samt bistå med erfarenheter och kunskaper kring avtalsframställan. Upphandlingsfunktionen ansvarar också för kommunövergripande upphandlingar i enlighet med LOU, Lagen om Offentlig Upphandling. Övrig upphandling ansvarar varje nämnd för, det vill säga upphandlingar

---

<sup>1</sup> Policy för inköp och upphandling. Lysekils kommun. Dnr: LKS 2017-000719

som är nämndspecifika. Det framkommer vid intervjuer att det i och med detta blir extra viktigt att kunskap finns inom nämnden kring de områden som ska upphandlas.

Kommunen har en internkontrollplan<sup>2</sup> som fastställer det interna arbetet med intern kontroll för nämnder och förvaltningar. 2019-03-18 fastställde socialförvaltningen internkontroll-planen för 2019 med följande områden:

- Perspektiv målgrupp: genomförandeplaner
- Perspektiv verksamhet: rutin för hantering av privata medel
- Perspektiv verksamhet: genomförande av åtgärder utifrån lex Sarah utredningar

Vid intervjuer med förvaltningspersonal inom socialförvaltningen framkommer att det saknas kunskap kring mål och riktlinjer som förvaltningen har avseende kontroll och insyn, gällande externa utförare.

För direktupphandling finns rutiner och riktlinjer att nå via kommunens intranät.

### 2.1.2 Bedömning

Kontrollmålet bedöms som ej uppfyllt.

Det saknas program med mål och riktlinjer avseende hur kontroll och insyn, gällande externa utförare, ska garanteras. Kommunfullmäktige har inte antagit något sådant program vid den nya mandatperioden, i enlighet med kommunallagen. Det saknas riktlinjer för kontroll, uppföljning och insyn i avtal med externa utförare.

## 2.2 Kommunen upprättar avtal som reglerar insyn och kontroll i verksamheter som genomförs på entreprenad

### 2.2.1 Iakttagelser

Vid framtagande av avtal, kan anställd vid förvaltningen och verksamhetsrepresentanten antingen göra det själv, eller be upphandlingsenheten om hjälp. Upphandlingsenheten tar fram standardiserade avtal utifrån SKL:s mallar. Kommunen kan också vid upphandlingar välja att använda de privata utförarnas avtalsmallar.

Upphandlingsenheten kan vid nämndspecifika avtal ta hjälp av en förvaltningsrepresentant med kunskap och insyn i verksamheten.

Upphandlingsenheten annonserar alla kommunens upphandlingar. Förvaltningar kan genomföra egna upphandlingar och be upphandlingsenheten att annonsera dem. Vid kommunövergripande upphandlingar ligger ansvaret för upphandling på kommunstyrelsen, och faller vidare på upphandlingsenheten. Förvaltningen ansvarar för att bistå upphandlingsenheten med sakkunskap kring krav på deras område.

Inom socialförvaltningens arbete med externa utförare av kommunal verksamhet står socialsekreterarna för kontinuerlig kontakt med leverantören. I samband med uppföljning av individer sker en insyn och kontroll av leverantören i fråga och deras verksamhet. Det

---

<sup>2</sup> Riktlinjer för Intern kontroll. Lysekils kommun. DNR: LKS 2017-588.

framkommer vid intervjuer att det saknas rutiner för sådan insyn och kontroll. Dokumentation av genomförd kontroll sker i individens akt. Det saknas enhetlig kontroll och arkivering på basis av bolag, och inte individ.

### *2.2.2 Granskning av avtal*

I granskningen har sju avtal valts ut, tecknade av socialnämnden med privata utförare. Dessa sju avtal har granskats för att se om avtalen reglerar insyn och kontroll av den verksamhet som respektive avtal omfattar.

#### *Nytida- individavtal behandlingshem*

Här beskrivs kortfattat avtalets omfattning, vilken person avtalet gäller samt behandlingshemmets ansvar att bedriva verksamheten enligt aktuella lagar och regler. Därefter följer reglering kring ersättning, avtalstid, försäkring, betalning, hävande av avtal och tvist. Avtalet innehåller ingen reglering kring kontroll, uppföljning och insyn i den verksamhet leverantören ska bedriva.

#### *Ingen slår ingen- Offert.*

Detta är en offert från leverantören där enbart priser för vägledning till ett familjehem och förhållningssätt för trauma anges. Det framgår inte om det överhuvudtaget har upprättats ett avtal efter angiven offert. Det saknas reglering kring omfattning, avtalstid, försäkring och betalning men också kring insyn, uppföljning och kontroll. Offerten är från 2017.

#### *Humana- avtal*

Den privata utföraren ska här bereda personer vård, boende och sysselsättning i enlighet med den målsättning som parterna har kommit överens om. Här finns det sedan en punkt kring uppföljning och utvärdering där det anges att uppföljning och utvärdering av klienten sker efter placerarens önskemål och överenskommelse. Vårdlägesstatus ska skickas var tredje månad med aktuell status om hur vårdplanen fortlöpt.

#### *Nytida individavtal*

Detta avtal är ett avrop på befintligt ramavtal gällande familjeboende eller bostad med särskild service för barn och ungdom. Här framgår att verksamheten ska bedrivas enligt gällande lagstiftning och av att systematiskt kvalitetsarbete ska ske i enlighet med gällande lagstiftning. I avtalet finns ett avsnitt kring tillsyn och insyn där det anges att beställaren äger rätt till sådan fortlöpande insyn i verksamheten som krävs för fullföljande av myndighetsutövning enligt lämplig lagstiftning. Här anges alltså att beställaren, kommunen, äger rätt till viss insyn i verksamheten men på vilket sätt anges inte.

#### *Familjelänken- avtal familjehem*

Avtalet ger den privata utföraren uppdraget att bedriva familjehem. Här finns ingen reglering av vare sig insyn, kontroll eller uppföljning av den privata utförarens verksamhet

#### *Placeringsavtal*

Avtalet är väldigt kortfattat, och beskriver uppdragets omfattning. Här finns ingen reglering kring insyn, uppföljning och kontroll eller på vilket sätt detta ska göras.

## *Placeringsbeslut- stödboende*

Här beskrivs uppdraget som den privata utföraren ska utföra och den placerades förpliktelser i stödboendet. Det finns ingen övrig reglering kring insyn, kontroll och uppföljning.

### *2.2.3 Slutsats av avtalsgranskning*

Granskningen av dessa sju avtal visar på att sex av sju avtal är direktupphandlade, där avtalsregleringen är kortfattad. Avtalen beskriver främst uppdraget, prissättning samt vilken person avtalet rör. Enbart ett av de sju avtalen berör uppföljning och utvärdering, men här riktas uppföljningen snarare mot klienten än uppföljning av den verksamhet utföraren bedriver. Ett av sju avtal reglerar rätt till tillsyn och insyn från kommunen sida, men det anger inte på vilket sätt insynen ska ske. Övriga avtal reglerar inte insyn, kontroll eller uppföljning överhuvudtaget. Ett avtal är inget avtal utan mer att anse som en offert.

### *2.2.4 Bedömning*

Kontrollmålet bedöms som ej uppfyllt.

Det saknas rutiner och riktlinjer som säkerställer att kommunen upprättar avtal som reglerar insyn och kontroll av verksamheter som genomförs på entreprenad. Den kontroll som sker, sker på individbasis. Det saknas helt en övergripande kontroll av leverantörer. Avtalsgranskningen visar på att det saknas reglering kring insyn, kontroll och uppföljning i socialnämndens avtal med privata utförare.

## **2.3 Kommunstyrelsen och nämnderna genomför tillräcklig uppföljning av externa utförare av kommunala tjänster**

### *2.3.1 Iakttagelser*

Uppföljning av externa utförare av kommunala tjänster sker på individbasis, och inte per utförare. Vid intervju framkommer att rutinen är att det är varje enhetschef som är ansvarig för verksamheten som den privata utföraren arbetar inom som ansvarar för uppföljning av externa utförare av kommunala tjänster. I kommunens riktlinje för upphandling samt dokumentet. Regler för inköp och direktupphandling saknar hänvisning till ansvar vid uppföljning av avtal.

Den uppföljning av verksamheten som sker, sker på basis av felindikationer. Dokumentation av uppföljning sker även det på individnivå, i klienten som utnyttjar utförarnas verksamhetsakt.

Vid intervjuer framkommer att det tidigare uppstått problem med en leverantör. I det specifika fallet levererade inte utföraren vad som avtalats. Detta upptäcktes vid uppföljning av klienten av en socialsekreterare. Kritiken riktades mot bolaget. Någon ytterligare uppföljning eller rapportering av situationen skedde inte.

Vid intervjuer fastställs det att personal vid förvaltningen gärna skulle se tydligare rutiner och riktlinjer för uppföljning av externa utförare av kommunal verksamhet.

### *2.3.2 Bedömning*

Kontrollmålet bedöms som ej uppfyllt.

Det saknas strukturerad och systematisk uppföljning av externa utförare. Den uppföljning som sker, sker på basis av klient, och inte utförare, vilket kan ge ett felaktigt fokus vid genomförande av uppföljning.

## 3. Revisionell bedömning

Vi bedömer att kommunstyrelsen och socialnämnden inte säkerställer en ändamålsenlig uppföljning av och insyn i verksamheter som utförs av externa utförare. Kommunfullmäktige har inte antagit något program med mål och riktlinjer avseende hur kontroll och insyn för mandatperioden. Det saknas rutiner och riktlinjer som säkerställer att kommunen upprättar avtal som reglerar insyn och kontroll av verksamheter som genomförs på entreprenad. Det saknas även rutin för strukturerad och systematisk uppföljning av fastställda avtal.

I granskningen har vi noterat att kommunfullmäktige inte antagit ett program som anger hur fullmäktiges mål och riktlinjer samt övriga föreskrifter inom aktuellt verksamhetsområde ska följas upp och hur allmänhetens insyn ska tillgodoses, vilket kommunfullmäktige, enligt kommunallagen, skall göra inför varje mandatperiod.

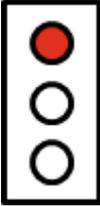
Vår bedömning bygger i övrig på avstämning av kontrollmålen, se kapitel 4.

### 3.1 Rekommendationer

Bedömningen resulterar i följande rekommendationer:

- Att kommunstyrelsen säkerställer att det finns kommunövergripande riktlinjer och rutiner som reglerar kommunens insyn och kontroll av de privata utförarnas verksamhet.
- Att socialnämnden säkerställer att avtal med privata utförare reglerar insyn och kontroll av verksamheten.
- Att kommunstyrelsen säkerställer att det finns kommunövergripande riktlinjer och rutiner för uppföljning av avtal avseende verksamheter som genomförs av privata utförare.
- Att socialnämnden säkerställer tillräcklig uppföljning av rådande avtal avseende verksamheter som genomförs av privata utförare.

## 4. Bedömningar utifrån kontrollmål

Kontrollmål	Kommentar	
Kommunen har utarbetat mål och riktlinjer avseende hur kontroll och insyn, gällande externa utförare, ska garanteras.	<b>Ej Uppfyllt</b> Det saknas program med mål och riktlinjer avseende hur kontroll och insyn, gällande externa utförare, ska garanteras. Det saknas riktlinjer för kontroll, uppföljning och insyn i avtal med externa utförare.	
Kommunen upprättar avtal som reglerar insyn och kontroll i verksamheter som genomförs på entreprenad	<b>Ej uppfyllt</b> Det saknas rutiner och riktlinjer som säkerställer att kommunen upprättar avtal som reglerar insyn och kontroll av verksamheter som genomförs på entreprenad. Den kontroll som sker, sker på individbasis. Det saknas helt en övergripande kontroll av leverantörer.	
Kommunstyrelsen och nämnderna genomför tillräcklig uppföljning av externa utförare av kommunala tjänster.	<b>Ej uppfyllt</b> Det saknas strukturerad och systematisk uppföljning av externa utförare. Den uppföljning som sker på basis av klient, och inte utförare, vilket kan ge ett felaktigt fokus vid genomförande av uppföljning.	

## 5. Rekommendationer

Bedömningen resulterar i följande rekommendationer:

- Att kommunstyrelsen säkerställer att det finns kommunövergripande riktlinjer och rutiner som reglerar kommunens insyn och kontroll av de privata utförarnas verksamhet.
- Att socialnämnden säkerställer att avtal med privata utförare reglerar insyn och kontroll av verksamheten.
- Att kommunstyrelsen säkerställer att det finns kommunövergripande riktlinjer och rutiner för uppföljning av avtal avseende verksamheter som genomförs av privata utförare.
- Att socialnämnden säkerställer tillräcklig uppföljning av rådande avtal avseende verksamheter som genomförs av privata utförare.

2019-12-09

---

---

*Johan Osbeck*  
*Uppdragsledare*

---

*Nina Törling*  
*Projektledare*

---

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

Revisorerna

Till: Kommunstyrelsen och  
Socialnämnden

Lysekils kommun

För kännedom: Kommunalfullmäktige

#### MISSIV

PwC har på uppdrag av Lysekils kommuns förtroendevalda revisorer granskat om kommunstyrelsen och socialnämnden säkerställer en ändamålsenlig uppföljning av och insyn i verksamheter som utförs av externa utförare. Granskningen har syftat till att besvara följande revisionsfråga:

*Har kommunstyrelsen och socialnämnden säkerställt en ändamålsenlig uppföljning av avtal och verksamheter och därmed vet om externa utförare levererar i enlighet med tecknade avtal?*

Vi bedömer att kommunstyrelsen och socialnämnden i dagsläget inte säkerställer en ändamålsenlig uppföljning och insyn i verksamheter som utförs av externa utförare.

I granskningen har vi noterat att kommunfullmäktige inte antagit ett program som anger hur fullmäktiges mål och riktlinjer samt övriga föreskrifter inom aktuellt verksamhetsområde ska följas upp och hur allmänhetens insyn ska tillgodoses, vilket kommunfullmäktige, enligt kommunallagen, skall göra inför varje mandatperiod.

Det saknas även rutin och riktlinjer som säkerställer att kommunen upprättar avtal som reglerar insyn och kontroll av verksamheter som genomförs på entreprenad. Vidare saknas rutiner för uppföljning av upprättade avtal och leverantörer.

Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi att *kommunstyrelsen* säkerställer:

- att det finns kommunövergripande riktlinjer och rutiner som reglerar kommunens insyn och kontroll av de privata utförarnas verksamheten
- att det finns kommunövergripande riktlinjer och rutiner för uppföljning av avtal avseende verksamheter som genomförs av privata utförare

Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi att *socialnämnden* säkerställer:

- att avtal med privata utförare reglerar insyn och kontroll av verksamheten.
- tillräcklig uppföljning av rådande avtal avseende verksamheter som genomförs av privata utförare

Revisorerna finner de identifierade bristerna som uppseendeväckande.

För ytterligare detaljer hänvisas till bifogad granskningsrapport.

Revisorerna önskar svar gällande vilka åtgärder *kommunstyrelsen* och *socialnämnden* avser vidta med anledning av rekommendationerna ovan, senast **2020-03-16**.

**Bilaga:** Granskningsrapport *Privata utförare – kommunens insyn och uppföljning*.

**Svar till revisorerna gällande vilka åtgärder kommunstyrelsen och socialnämnden avser vidta med anledning av revisorernas granskning avseende uppföljning och insyn i verksamheter som utförs av externa utförare.**

PwC har på uppdrag av kommunens revisorer granskat om kommunstyrelsens och socialnämnden säkerställer en ändamålsenlig uppföljning av avtal och verksamheter, och därmed vet om externa utförare levererar i enlighet med tecknade avtal.

Granskningen pekade sammanfattningsvis på att man bedömde att kommunstyrelsen och socialnämnden inte säkerställer en ändamålsenlig uppföljning av, och insyn i, verksamheter som utförs av externa utförare.

Bristerna kan sammanfattas enligt följande;

- Kommunfullmäktige saknar ett program som anger hur fullmäktiges mål och riktlinjer ska följas upp, samt hur allmänhetens insyn ska tillgodoses.
- Rutiner och riktlinjer saknas som säkerställer att de avtal som kommunen upprättar med externa leverantörer, reglerar insyn och kontroll av den verksamhet som utförs.

Det stipuleras i kommunallagens 5:e kapitel att fullmäktige för varje mandatperiod ska anta ett program med mål och riktlinjer för sådana kommunala angelägenheter som utförs av privata utförare. Av 10:e kapitlet framgår att kommunal verksamhet som genom avtal överlämnas att utföras till en privat utförare ska kontrolleras och följas upp av kommunen.

Gällande revisorernas bedömning att socialnämnden saknar rutiner och riktlinjer för de avtal som kommunen upprättar, som säkerställer en ändamålsenlig *uppföljning av, och insyn i*, verksamheter som utförs av externa utförare, ska i detta sammanhang nämnas att detta är något som regleras i socialtjänstlagens 6 kapitel (vård utanför hemmet) och som styr socialnämndens löpande arbete. Vidare framgår av 5 kap. 1 b § SoF Allmänna råd, att följa vården genom personliga besök mm vilket kommunen gör.

Då revisorernas granskning oavsett ovanstående visade på tydliga brister i kommunens formella uppföljning av externt utförd kommunal verksamhet, och att kommunen inte lever upp till kommunallagens bestämmelser gällande allmänhetens insyn i denna del, avser kommunstyrelsen och socialnämnden att snarast och gemensamt se över regelverket samt uppdatera detsamma med relevanta rutiner och riktlinjer, samt utarbeta ett program för uppföljning av verksamhet som utförs av privata utförare.

## Placeringar Vuxna 2020

2020-02-07

i TKR

<b>Vårdform</b>	<b>I budget 2020</b>	<b>Prognos per 200207</b>	<b>Förändring</b>
Institutionsvård missbruk	1 450	436	(avser 3 placeringar under första kvartalet)
Missbruksboende m inslag av vård	325	59	(avser 1 placeringar 30 dgr tom 29/2)
Konsulentstöttat Familjehem	0	0	
Extern öppenvård	0	0	
<b>Summa</b>	<b>1 775</b>	<b>495</b>	

i TKR

<b>Skyddat boende</b>	<b>I budget 2020</b>	<b>Prognos per 200207</b>	<b>Förändring</b>
Pga Våld i nära relationer	0	503	(avser ett ärende 4,5 månader: beslut taget ill 18/2 + 1 mån men räknar med ytterligare 2 månader till som är föreslaget till beslut).

För kännedom: I sammanställningen ingår INTE momsättersök på 6 % till privata aktörer

# Placeringar Barn och ungdom 2020

2020-02-07

i TKR

Vårdform	I budget 2020	Prognos per 20207	Förändring (sedan årets början)
Familjehem, kons.	9 334	9 868	Större förändringar under 2020: En ny placering fr om 17/1-20 (motsvarande 600 tkr) och ett förlängt ärende 11 mån i prognos jmf med när budgeten lades (motsvarar 750 tkr) men också 825 tkr lägre kostnader på konsulentstött FH än i prognos vid årets ingång pga flytt av 3 barn till eget FH.
Familjehem, egna	4 644	5 340	Prel. prognos. Under januari månad har ett FH för 3 barn övergått från att vara konsulentstött familjehem till eget FH under januari. Högre kostnader med ca 1,1 mnkr under 2020 (men nettobesparing = 0,9 mnkr då kostnad på kons.FH = ca 2,1 mnkr på helår.
Institution LVU & SOL (SiS/HVB)*	19 890	16 548	OBS! Prognosen avser beslutade ärenden. Dvs det finns ännu en buffert för drygt 1 helårsplacering. Sedan senaste nämnden i januari har prognosen utifrån nuvarande placeringar sänkts något då planen/förhoppningen att ett par placeringar på SiS ska övergå till HVB eller FH under senare delen av 2020.
Korttidsvård	0	0	
Köpt öppenvård	0	0	
<b>Summa</b>	<b>33 868</b>	<b>31 756</b>	

\*I prognosen för SiS/HVB är beräknad skolkostnad avdragen (som vidarefaktureras till skolan)

För kännedom: I sammanställningen ingår INTE momsättersök på 6 % till privata aktörer

### Delegationsrapport till socialnämnden enligt 4 kap 1 § socialtjänstlagen (SoL)

Enhet	Antal lediga lägenheter		Rutin
Lysekilshemmet	3 demens – 1 somatik		Biståndshandläggare rapporterar på blankett till nämndsekreteraren vid bestämt datum då handlingar ska lämnas in till nämnd.  Avser 20220-02-10
Skärgårdshemmet	2 demens – 1 somatik		
Stängenäshemmet	1 demens – 2 somatik		
Skaftöhemmet			

Område	Antal beslut om plats, SÄBO	Orsak till beslut	Väntar över tre månader	Väntar på Kompassen
Lysekil/centrum	1	Somatik	Ja (har fått erbjudande)	Nej
Lysekil/centrum väst	1	Somatik	Nej	Ja
Lysekil/Slätten	2	Somatik	Nej	Nej
Lysekil/Mariedal				
Brastad	5	2 somatik – 3 demens	Nej	Ja, 3 personer
Skaftö				
Kompassen	9	Fyra personer får erbjudande om lgh		

Det är i dagsläget sju lägenheter som erbjuds personer på listan ovan

Lysekil 2020-02-10

**Anette Nyfjäll**  
Biståndshandläggare



Datum  
2020-01-10

Dnr  
SON 2020-000003

Socialförvaltningen  
Marianne Sandsten, 0523 - 61 33 33  
marianne.sandsten@lysekil.se

## **Information om lediga platser på SÄBO och korttidsboende enligt SoL**

### **Sammanfattning**

Socialförvaltningen lämnar information om antal lediga platser på särskilt boende samt ger en lägesrapport om aktuell beläggning på kommunens korttidsboende.

### **Förslag till beslut**

Socialnämnden tar del av redovisad information.

### **Ärendet**

Socialförvaltningen lämnar en lägesbeskrivning om de lediga platser som finns inom särskilt boende.

Socialförvaltningen lämnar en beskrivning om beläggningsgraden på kommunens korttidsboende Kompassen

Eva Andersson  
Förvaltningschef

Marianne Sandsten  
Avdelningschef Mottagning och utredning

### **Bilaga/bilagor**

Rapport på antal lediga platser på särskilt boende  
Rapport på aktuell beläggning på Kompassen

### **Beslutet skickas till**

Avdelningschefer



Datum  
2020-02-13

Dnr  
SON 8

Socialförvaltningen  
Marianne Sandsten, 0523 61 33 33  
marianne.sandsten@lysekil.se

## Tjänsteskrivelse

### Sammanfattning

Ärendetyngd inom enheten barn och unga för perioden  
2020 01 22-2020 02-12

### Förslag till beslut

Socialnämnden tar del av redovisad information

### Ärendet

Enheten Barn och unga mäter ärendetyngd enligt Göteborgsmodellen. En sammanställning av resultatet görs av enhetschef som också lämnar information vilka åtgärder som skall ske utifrån resultat av rapporten.

### Förvaltningens synpunkter *eller* utredning

Namn  
Förvaltningschef  
Eva Andersson

Marianne Sandsten  
Handläggare  
Marianne Sandsten

### Bilaga/bilagor

### Beslutet skickas till

Förvaltningschef  
Avdelningschef Mottagning och Utredningsavdelningen