



Instans: Socialnämnden
Tid: Tisdag den 26 september kl. 13:15
Plats: Nossan (A-sal), kommunhuset, Herrljunga

Dag för justering: torsdag, 28 september 2023
Förslag på justerare: Magnus Lennartsson (SD)

Samtliga ärenden har beretts av socialnämndens presidium.

Observera att sekretesshandlingar delas ut för genomläsning innan sammanträdet i enlighet med beslut på socialnämndens sammanträde den 21 maj 2013, § 60/2013.

Carina Fredriksen (S)
Ordförande

Markus Larsson
Sekreterare

Information:

- SN= slutgiltigt beslut fattas i socialnämnden
- KS = slutgiltigt beslut fattas i kommunstyrelsen.
- KF = slutgiltigt beslut fattas i kommunfullmäktige.
- Info = Information.
- Ett X markerar att handlingar finns bifogade i kallelsen.
- VS markerar att handlingar presenteras vid sammanträdet.

<i>KL</i>	<i>NR</i>	<i>Besluts -organ</i>	<i>Ärende</i>	<i>DNR</i>	<i>Handlingar bifogas</i>	<i>Föredragande/ Kommentar</i>
13.15			Sammanträdets öppnande			Ordförande
			Upprop			Nämndsamordnare
			Val av justerare och tid för justering			Ordförande
			Godkännande av dagordningen			Ordförande
13.20			<i>Inläsning av ärenden</i>			
13.45	1	SN	Ansökan om vårdnadsöverflytt enligt 6 kap 8 § Föräldrabalken – <i>sekretessärende</i>	--	VS	Enhetschef Barn och familj
14.00	2	SN	Ansökan om vårdnadsöverflytt enligt 6 kap 8 § Föräldrabalken – <i>sekretessärende</i>	--	VS	Enhetschef Barn och familj
14.15	3	SN	Yttrande till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	SN 2023/120	VS	SAS
14.25	4	SN	Yttrande till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	SN 2023/132	VS	SAS
14.35	5	INFO	Förvaltningen informerar	--	--	T.f. Socialchef
14.45	6	KF	Delårsrapport 2023-08-31 Socialnämnden	SN 2023/7	X	Controller
15.05	7	SN	Uppföljning av åtgärdsplan för budget i balans	SN 2023/6	X	T.f. Socialchef
15.15	8	SN	Hyressättning nya Hagen inklusive översyn av samtliga hyror inom särskilda boenden för äldre	SN 2023/134	X	T.f. Socialchef
15.25	9	SN	Halvårsrapport 2023 – avvikelser	SN 2023/118	X	SAS
15.35	10	KS	Internkontrollplan 2024 för socialnämnden	SN 2023/8	X	SAS/MAS
15.45	11	INFO	Lex Sarah utredningar	SN 2023/117 SN 2023/123 SN 2023/124 SN 2023/125 SN 2023/126	VS	SAS
15.55	12	SN	Punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler 2023	SN 2023/121	X	MAS
16.05	13	INFO	Återrapport från kontaktpolitiker	--	--	Ordförande

<i>NR</i>	<i>Meddelandeförteckning</i>	<i>DNR</i>	<i>Handlingar bifogas</i>
1	Boråsregionens nätverk anhörigstöd, BorNA, bjuder in till en gemensam dialogföreläsning om anhörigperspektiv	--	X
2	Styrelseprotokoll från Mediapoolen Västra Götaland AB 2023-08-29	SN 2023/94	X
3	Beslut från IVO	SN 2023/64	X

<i>NR</i>	<i>Delegeringsbeslut</i>	<i>DNR</i>	<i>Handlingar bifogas</i>
1	Anmälan av delegeringsbeslut under tidsperioden 2023-08-01 – 2023-08-31	--	VS
2	Tillfälligt serveringstillstånd för utökad serveringstid	SN 2023/72	VS
3	Tillfälligt serveringstillstånd för utökad serveringstid	SN 2023/72	VS



Delårsrapport 2023-08-31 Socialnämnden

Sammanfattning

Socialnämndens prognos per den siste augusti visar ett underskott på 11 600 tkr, för helåret 2023. 1 700 tkr avser resultatföring av flyktingmedel från 2018 års flyktinggrupp vilket bidrar positivt till resultatet. Övriga verksamheter visar en negativ prognos på 13 300 tkr.

Prognosen är en förbättring med 3 560 tkr jämfört med april. Förbättringen sker inom individ och familjeomsorg, förvaltningsledningen och socialt stöd och beror främst på omvandling av externa placeringar till interna placeringar samt finansiering av statsbidrag.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2023-09-15
Delårsrapport per 2023-08-31

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner delårsrapporten.

Malin Rickardsson
Controller

Expedieras till: Kommunstyrelsen

**Bakgrund**

Enligt gällande verksamhets- och ekonomistyrningsprinciper ska förvaltningen upprätta en delårsrapport per augusti månads utgång, som presenteras för nämnden. Delårsrapporten ska innehålla ett resultat per den siste augusti samt en prognos för helåret.

Ekonomisk bedömning

RSUM	Utfall 220831	Utfall 230831	Budget 230831	Avvikelse utfall vs budget	Budget 2023	Prognos 2023	Avvikelse prognos vs budget
Intäkter	-40 021	-40 327	-33 208	7 119	-49 842	-56 123	6 281
Personalkostnader	131 854	140 102	132 430	-7 672	205 169	211 569	-6 400
Lokalkostnader, energi, VA	9 807	11 075	10 192	-883	15 290	16 380	-1 090
Övriga kostnader	46 225	50 011	45 333	-4 678	68 006	78 397	-10 391
Kapitalkostnad	506	622	621	0	856	679	0
Nettokostnad	148 370	161 482	155 369	1 887	239 479	251 079	-11 600
Kommunbidrag	150 257	155 369			239 479		0
Resultat	1 887	-6 113					0

Ansvarsområde	Utfall 220831	Utfall 230831	Budget 230831	Avvikelse utfall vs budget	Budget 2023	Prognos 2023	Avvikelse prognos vs budget
Nämnd	297	388	381	-7	571	571	0
Förvaltningsledning	9 035	7 393	10 427	3 033	15 952	13 502	2 450
Individ och familjeomsorg	21 953	28 152	28 131	-22	43 056	43 006	50
Vård och omsorg	86 213	89 744	84 867	-4 877	131 487	139 037	-7 550
Socialt stöd	30 873	35 804	31 564	-4 240	48 413	54 963	-6 550
	148 370	161 482	155 369	- 6 133	239 479	251 079	-11 600

DIARIENUMMER: SN-2023-7
FASTSTÄLLD/INSTANS: 2023-09-26 SN
VERSION: 1
SENAST REVIDERAD: 2023-09-14

Delårsrapport 2023-08-31

Socialnämnd

Innehåll

Sammanfattning	2
Ansvar och uppdrag	3
Verksamhetsberättelse per 31 augusti	3
Nämnd och förvaltningsledning.....	3
Individ och familjeomsorg	4
Vård och omsorg.....	5
Socialt stöd.....	7
Framtid	10
Nämnd och förvaltningsledning.....	10
Individ och familjeomsorg	11
Vård och omsorg.....	12
Socialt stöd.....	13
Mål	14
En hållbar och inkluderande kommun.....	14
En välkomnande och attraktiv kommun	15
En utvecklande kommun.....	16
Personalredovisning	18
Ekonomi	18
Drift.....	18
Investeringar.....	23
Bilaga fördelning per ansvarsnivå	25

Sammanfattning

Socialnämnden gick in i året 2023 med ett redan identifierat budgetunderskott. Detta medförde att redan i januari beslutade förvaltningsledningen om en anställningsprövning där alla anställningar prövas innan de tillsätts. För att ytterligare bromsa underskottet infördes under våren ett förtydligande om anställningsprövning, vikarieprövning, inköpsprövning, utbildningsstopp och konsultstopp. En åtgärdsplan togs fram för de enheter som uppvisade ett underskott och har presenterats för SN och KS. Förvaltningen fortsätter att arbeta med denna plan under hösten.

Året har fortsatt att generera ett budgetunderskott och i april aviserades en prognos på helår på - 14 950 tkr. I prognosen i augusti har förvaltningen med gemensamma resurser lyckas att bromsa in sitt underskott och hämta tillbaka 3 300 tkr och prognosticerat underskott på helår uppskattas i delåret till - 11 600 tkr.

De främsta anledningarna till förvaltningens underskott är extern köpt LSS, kostnader för personlig assistans, ökade volymer i hemtjänst, ökade personalkostnader på särskilt boende och kostnader för placerade barn.

Förvaltningen har saknat en fast controller sedan hösten 2022 och har tilldelats hjälp av olika personer på ekonomi och av extern konsult. Sedan juni 2023 har förvaltningen sin nya controller på plats.

Under juni månad invigdes kommunens nya demenscentrum Hagen. Under september kommer brukare från Hemgården att flytta in på nya Hagen och kommunens hälso-och sjukvårdsenhet/rehab kommer att samlokaliseras på plan två. Under hösten påbörjas även projektet Hagen etapp 2 samt projekteringen av ombyggnation på Hemgården.

Individ- och familjeomsorgen (IFO) har fortsatt ett underskott för placerade barn men underskottet har minskat sedan föregående prognos. IFO har fortsatt minskat antalet dygn som barn placeras på HVB hem från 2 421 dygn år 2020, till 1 110 dygn år 2021, 543 dygn år 2022 och hittills i år 329 dygn. Ett fortsatt arbete pågår för att fler barn och familjer skall kunna få stöd på hemmaplan.

Socialt stöd gick in i 2023 med ett underskott för personlig assistans i egen regi samt kostnader för externa placeringar. Ny gruppboende och korttidsvistelse förväntas stå färdigt i mars 2024 där de externa placeringarna har erbjudits plats. Förvaltningen kommer då att klara verkställa sina korttidsvistelsebeslut vilket varit en svårighet under flera år.

Under hela 2023 pågår tillsammans med Vårgårda en upphandling av nytt verksamhetssystem. Ett omfattande arbete kommer att påbörjas för att byta eller behålla system. Förvaltningens första e-tjänst har lanserats i form av återansökan för försörjningsstöd.

Förvaltningens resultat förbättras tack vare statsbidrag och utfall från flyktingbufferten. Förvaltningens utvecklingsarbete och kvalitetsarbete är beroende av statsbidragen då flertalet projekt inte ryms inom ordinarie budgetram. Under 2023 fram tills augusti har **21 110 187 tkr** inkommit i statsbidrag. Av dessa har några kommit automatiskt, några har rekvirerats, några har bifallits utifrån projektansökan, 5 363 000 av dessa är statsbidrag överförda från 2022 som används till redan pågående projekt i verksamheten.

Ansvar och uppdrag

Socialnämnden har till uppgift att fullgöra kommunens uppgifter inom socialtjänsten och se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som kommunfullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som kan finnas i lag eller förordning. Socialtjänsten omfattar myndighetsutövning - utredning och beslut om insatser för enskilda individer inom äldreomsorg, personer med funktionsnedsättning samt inom individ- och familjeomsorg. Socialnämnden arbetar också med förebyggande verksamhet och deltar i samhällsplaneringen i kommunen. Insatserna utförs med stöd av en omfattande lagstiftning som till exempel Socialtjänstlagen, Föräldrabalken, Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, Hälso- och sjukvårdslagen, Lagen om vård av unga (LVU), Lagen om vård av missbrukare (LVM) Färdtjänstlagen och Alkohollagen.

Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människors

- ekonomiska och sociala trygghet,
- jämlikhet i levnadsvillkor,
- aktiva deltagande i samhällslivet.

Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupper egna resurser. Verksamheten skall bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet.

Verksamhetsberättelse per 31 augusti

Nämnd och förvaltningsledning

2023 efter valet har en ny sammansättning av socialnämnden och myndighetsutskottet tillträtt, nämnden har en ny ordförande och ny vice ordförande. Flera nämndsledamöter är nya i socialnämnden och förvaltningen har därför genomfört tre utbildningstillfällen under våren.

Förvaltningsledningen/stab har varit intakt under 2023, dock har två enhetschefer slutat, en för arbete i annan kommun och en som intern projektledare inom

Socialförvaltningen i Herrljunga. Introduktion av tre nya enhetschefer inom Vård och omsorg har genomförts.

Alla chefer inom socialförvaltningen har gått en tvådagars utbildning under våren i tillitsbaserat ledarskap. Förvaltningsledningen har fortsatt som mål att skapa en tillit både till förvaltningsledning, politiker, enhetschefer och medarbetare. Ledningen har försökt att skapa god dialog och involvera enhetschefer och stab i de processer som pågår strategiskt. Arbete att involvera medarbetarna i olika processer har också fått ökat fokus. Socialchef har under våren besökt nio enhetschefer APT för att träffa medarbetare i vardagen och skapa goda dialoger samt svara på medarbetares frågor. Planen har varit att besöka alla enhetschefer APT under 2023, denna plan har fått skjutas något på framtiden då socialchef under augusti-oktober arbetat som tillförordnad kommundirektör. Det har och är viktigt att alla förstått och känner att förvaltningen leder tillsammans och att förvaltningen är en förvaltning oavsett ansvarsområden.

Det har tagit mycket tid i anspråk att arbeta med de ekonomiska förutsättningarna då stödet från ekonomienheten inte har varit stabilt. Arbete för budget i balans har varit överordnat samtidigt som verksamhetens behov behövt prioriteras. Kvalitet och målarbetet har fortgått under året men har fått stå tillbaka till viss del utifrån det ekonomiska läget. Under året 2023 har ett fortsatt arbete lagts ner på att planera ut och använda alla inkomna statsbidrag. Flera av dessa statsbidrag har kunnat ge verksamheterna viss guldkant även i år.

Individ och familjeomsorg

Individ- och familjeomsorgen (IFO) har sedan flera år ett långsiktigt och aktivt strategiskt målarbete kring att skapa stabilitet i arbetsgrupperna och öka tilliten till varandra och till organisationen. Som ett led i det arbetet deltog enhetscheferna inom IFO tillsammans med samtliga chefer inom förvaltningen i en två dagars kurs kring tillitsbaserat ledarskap. I februari och under april månad fick samtliga medarbetare på IFO en möjlighet att i dialog och i grupparbete arbeta med begreppet tillit. Fokus under den dagen var tillitsbaserat ledarskap och de vetenskapliga teorierna kring hur tillit kan skapas och stärkas i en organisation.

I syfte att uppnå både stabilitet i arbetsgrupperna och en budget i balans har ett flertal åtgärder och aktiviteter vidtagits och dessa fortgår. Till exempel har åtgärder vidtagits för att genom processinriktat arbete säkerställa kvaliteten i handläggningen vad gäller utredningar, bedömningar och beslut. Även arbetet med att kartlägga de processer som finns i syfte att öka följsamhet till rutiner och skapa en högre kvalitet i våra insatser och strukturerad måluppföljning av beslutade insatser fortgår.

Ett fortsatt arbete pågår internt inom IFO och i samverkan, till exempel med Bildningsförvaltningen och Västra Götalands Regionen, för att fler barn och familjer skall kunna erbjudas tidiga och kvalitativa insatser på hemmaplan.

Med fokus på våld inom IFO så har det genomförts en rad olika utbildningsinsatser internt. Ny strategisk plan för arbetet mot våld i nära relationer har tagits fram och en nystart för det övergripande team som arbetar enhetsöverskridande i våldärenden har genomförts för att anpassa arbetet efter det att IFO omorganiserats.

Flertalet medarbetare har gått utbildningen 'Efter barnförhöret' som är en manualbaserad metod som är framtagen av Stiftelsen Allmänna Barnhus för att säkerställa en trygg och säker process för de barn som varit på polisförhör och deras familjer.

Inom familjehemsvården har ett genomgripande arbete skett för att skapa tydlighet och struktur både i arbete med placerade barn och deras vårdnadshavare och till familjehemmen som uppdragstagare. Det finns fortsatt möjlighet till effektivisering och kvalitetshöjande åtgärder genom fortsatt arbete med struktur och rutiner samt ett fortsatt strategiskt utvecklingsarbete inom området. Detta arbete kommer att fortgå men det finns redan nu exempel på goda resultat av det arbete som pågår. Till exempel har kvaliteten på det strukturerade uppföljningsarbetet med de placerade barnen som barnsekreterarna gör har ökat markant. Enskilda ärenden följs upp på ett mer strukturerat och kontinuerligt vilket gett positiva resultat både vad gäller kvalitet i beviljade insatser och i minskade kostnader över tid. Goda resultat kan också ses i att antalet vårddyggn för barn på HVB har minskat varje år sedan 2020 och den trenden håller i sig även i år.

Vård och omsorg

Verksamhet Vård och omsorg har under maj månad tillsammans med Vårgårda blivit certifierade inom Vård och omsorgcollege. Detta innebär att Herrljunga nu har kvalitetssäkrade utbildningar till undersköterska.

Nya Hagen etapp 1 med fyra enheter (38 platser) stod klart i början av juni. Hagen etapp 2 påbörjas i november. Under början av september kommer överflyttning från Hemgården demens ske till Nya Hagen och hela hälso- och sjukvårdsorganisationen (HSL) inklusive deras chefer kommer flytta in i gemensamma lokaler på plan 2.

En äldreomsorgsstrategi håller på att tas fram av KPMG för att kunna möta framtida behov.

Verksamheten har under våren rekryterat tre nya enhetschefer, en till hemtjänsten landsbygd, en till Hagen och en till Hemgården. I maj var alla vård- och omsorgs enhetschefer på plats. Tidigare enhetschef på Hagen har rekryterats för att projektleda Hagen etapp 1 inklusive flytt, Hagen etapp 2 samt Hemgårdens ombyggnad.

En demenssjuksköterska har rekryterats till förvaltningen. Hon skall utbilda och handleda personal och chefer i komplicerade ärenden inom demenssjukdom samt utbilda bland annat i BPSD.

Hälso- och sjukvårdsenheten har arbetat med rekryteringar för att minimera behovet att ta in bemanningsföretag, vilket föll väl ut. Med de extra anställningarna har enheten arbetat mer resurseffektivt och utvecklat samplanering. Bemanningsföretag har anlåtats i begränsad omfattning under sommaren för att klara av att upprätthålla en god och säker vård, samt att medarbetarna ska kunna få ut sin lagstadgade semester.

Nära vård konceptet är på frammarsch och förvaltningen har skapat egna möten i syfte att förbättra samverkan med vårdgrannar. Man möts på de olika nivåerna för att kunna ge den bästa vård till patienten i hemmet i stället för på sjukhus.

Inom hemtjänsten görs ett fortsatt arbete för en mer kostnadseffektiv hemtjänst. Detta arbete pågår löpande med täta avstämningar beträffande effektivitet, planering och bemanning för att få bukt med de ökade kostnaderna. År 2020 hade Herrljungas hemtjänst en total effektivitet på 51% den har nu ökat till 60,1% (juli 2023). För att vara en kostnadseffektiv hemtjänst behöver Landsbygd och Ljung uppnå en effektivitet på 66% och Tätort 70 %. Under juli månad nådde en av tre hemtjänstgrupperna, Tätort, för första gången sitt uppsatta mål på 70% effektivitet, detta firades i arbetsgruppen med tårta.

Förändringen i effektivitet, alltså hur mycket tid personalen lägger hos brukaren ser ut på följande sätt för de tre grupperna i snitt på året: Tätort 57% (2020) ökat till 62,4% (tom juli 2023), Landsbygd 54% (2020) ökat till 58,6% (tom juli 2023) och Ljung 46% (2020) ökat till 55,4% (tom juli 2023).

Digital tillsyn på natten är i gång och förnuvarande verkställs detta hos sju brukare.

Fortsatt arbete med att kunna ta hem brukare/ patienter från sjukhus utan att betalningsansvarsdagar träder i kraft kräver snabb omställning både från HSL – organisationen samt från hemtjänsten.

Inom ramen för äldreomsorgslyftet har 11 personal genomgått utbildning under en tvåårsperiod och är nu färdigutbildade (både grundutbildning undersköterska två stycken, samt som specialistundersköterska inom demens, äldre och välfärdsteknik nio stycken). Verksamhetschef har tagit fram en befattningsbeskrivning för specialistundersköterska och utifrån denna ska varje verksamhet ta fram en plan för hur det fortsatta arbetet ska löpa på i verksamheten för att till vara ta kompetens och nytt kunnande. En sjuksköterska håller på att vidareutbilda sig till distriktsköterska och en enhetschef utbildar sig på heltid i konflikthantering inom ramen för detta bidrag.

Demenssjuksköterska samt bitr. enhetschef HSL har utbildats inom BPSD. Dessa är nu certifierade utbildare och har haft en första utbildningsomgång under maj. Ytterligare utbildningsinsatser är planerad i höst för omvårdnadspersonal.

Ung omsorg har fallit väl ut på både Hemgården och Hagen. Konceptet innebär att ungdomar på högstadiet rekryterats för att skapa en guldkant för brukarna genom att erbjuda helgaktivitet.

Ledningsgruppen arbetar med att se över bemanningen inför 11 timmars dygnsvila och delade turer. Det är ett stort arbete att schematekniskt få ihop ett schema som uppfyller kraven på 11 timmarsdygnsvila samt 47 timmars veckovila. Det kommer medföra ökade kostnader då fler personer idag arbetar 100 % heltid och med delade turer. Det kommer att krävas fler personer för att kunna täcka på helger.

Ett omfattande arbete pågår för att få bukt med budgetunderskottet i verksamheten och för att samarbeta över gränserna.

Socialt stöd

Socialt stöd gick in i året med en fulltalig enhetschefsgrupp. Fokus har därmed lagts på kvalitet och förbättringsarbete på samtliga enheter. Ledningsgruppen hade en planeringsdag i maj där gruppens ledningsidé utvecklades.

Socialdokumentation är verksamhetsområdets stora fokus där utbildningar har genomförts internt och förbättringar har skett i den dagliga journalföringen.

Verksamhetschef för Socialt stöd har deltagit i ett managementprogram för chefer inom Offentlig sektor Toppledarprogrammet. Kunskaper och erfarenheter därifrån har direkt kunnat implementeras i verksamheten och planerats in i det fortsatta utvecklingsarbetet kring ledarskap.

På Ringvägens gruppbostad har enhetschef genomfört en grundlig genomlysning över bemanningsgrafan (antal medarbetare som behöver vara i tjänst), arbetsmetoder/arbetssätt och gått igenom brukartid på individnivå. Utifrån detta har enhetschef sedan tillsammans med arbetsgruppen gjort en risk och konsekvensanalys om att kunna gå ned i bemanning. Detta har inneburit att verksamheten inte går med ett underskott som tidigare samt att personalen har funnit nya rutiner och arbetssätt.

Arbetet med att planera för och starta upp de nya verksamheterna, (gruppbostad samt korttidsvistelse enl. LSS) har fortlöpt under första halvan av 2023.

Verksamheterna skall stå klara i mars 2024. Kontinuerliga möten har bokats in under våren tillsammans med fastighetsförvaltaren för genomgång gällande ritningar/planlösning och färgsättning. Enhetschefer har även gjort studiebesök i närliggande kommun på en liknande nybyggd gruppbostad för att hämta kunskap och utbyta erfarenheter kring uppstart av ny verksamhet.

Inom personlig assistans har enhetschef implementerat planeringsverktyget TES-assistans som gett goda resultat avseende planering av arbetstid.

Stöd och resursenheten har skapat en ny mötesplats för kommunmedborgare på Tors hus, "Öppet hus på Tors hus". Öppet hus på Tors hus är en mycket uppskattad mötesplats för medborgarna. Social samvaro med andra människor samt att få möjlighet att ta till sig samhällsnyttig information från personalen är verksamhetens utgångspunkt och syfte. Temadagar har genomförts med intern personal och framöver planeras temadagar med tex Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

På servicebostaden Nästegårdsgatan fokuserar enhetschef och medarbetare på de olika aktiviteter som brukarna efterfrågar både i grupp och enskilt.

Tre personal från Stöd och resurs har gått utbildningen Grunden som bedrivs i samverkan med Boråsregionen, inriktning mot omsorgspersonal som arbetar med stödande insatser till personer med psykisk ohälsa och funktionshinder.

På daglig verksamhet ökar antalet personer med beviljad insats kontinuerligt. Idag är det 36 personer med beslut om dagligverksamhet. Utifrån ökningen av antalet personer i verksamheten men även utifrån kvalitetsförbättringar har verksamheten fokuserat på att utveckla och skapa fler aktiviteter. Samverkan mellan arbetsmarknadsenheten och dagligverksamhet har utvecklats så att fler deltagare utför sina aktiviteter och sysselsättning på arbetsmarknadsenheten. Aktuellt för dagligverksamhet är den kommande flytten till nya tillfälliga lokaler på Nya Hagen. Flytten beräknas ske under oktobermånad och planering inför flytten sker tillsammans av personal och enhetschef.

Arbetsmarknadsenheten (AME) arbetar uteslutande med att stötta deltagare till utveckling som ska leda till egen försörjning. Samverkan med interna aktörer så som IFO har inletts och utvecklats under första halvan av 2023. Samverkan har även etablerats med nya näringslivsstrategen i kommunen. Enheten har under året fått färre projekt knutna till sig i samband med nedskärningar och förändringar inom arbetsförmedlingen. Det har lett till att fler aktiviteter utförs internt och enheten har fått minskade bidrag.

Enheten arbetar även aktivt med mottagning av ukrainska flyktingar. Mottagandet planeras och hanteras av introduktionssamordnare och alla erbjuds ett boende på f.d. Gäsenegården. I samverkan med Länsstyrelsen pågår ett projekt under 2023 form av ett Språk café. Projektet riktar sig till nyanlända och flyktingar från Ukraina. Ett lyckat koncept som gett mervärde åt målgruppen.

Ärende 6

Område	Utfall 2021	Utfall 2022	Utfall 2023-08-31
Individ och familjeomsorg			
Antalet inledda barnutredningar (helår)	248	152	102
Antal placerade barn i familjehem per den 31:e december.	28	24	24
Antalet barn placerade på institution per den 31:e december.	2	1	1
Antalet dygn barn har varit placerade på institution (helår)	889	575	329
Snittkostnaden per vårddygn för placerade barn (helår)	5 509 kr	5 254 kr	5 339 kr
Antalet hushåll med försörjningsstöd per den 31:e december.	57	86	89
Totalt utbetalt försörjningsstöd (helår)	6 501 tkr	6 080 tkr	4280 tkr
Vård och omsorg			
Unika personer med enbart hemtjänst per 31:e december	13	18	15
Unika personer med enbart trygghetslarm per 31:e december	116	112	126
Unika personer med hemtjänst & trygghetslarm per 31:e december	162	163	161
Biståndsbedömd tid hemtjänst, SoL (helår)	65 669 timmar	66 560 timmar	45 747 timmar (jan-jul)
Delegerad hälso- och sjukvård till hemtjänst (helår)	24 927 timmar	25 966 timmar	20 336 timmar
Antal utförda timmar inklusive "bomtid"* hos brukare och delegerad hälso- och sjukvård i hemtjänst (helår)	67 921 timmar	74 184 timmar	49 431 timmar
Antal arbetade timmar hemtjänst (helår)	119 655 timmar	129 430 timmar	74 261 Timmar (jan-jul)
Utförd tid hos brukare inklusive "bomtid"*/arbetad tid hemtjänst - Effektivitet (helår)	56,8%	58,1%	59,3% (jan-juli)
Antalet inskrivna personer i kommunal hälso- och sjukvård per den 31:e december	233	249	236
Utfall kostnader betalningsansvar (helår)	0 tkr	47 tkr	0 tkr
**"Bomtid" avser tid där personal varit på plats för att utföra insats men av olika anledningar inte kunnat utföra insatsen ex sjukhusvistelse, besök av anhöriga mm			
Funktionsnedsättning LSS/SoL			
Antal beslut om gruppboende/bostad med särskild service LSS, inklusive externa per den 31:e december	18 (tre externt)	20 (två externt)	17 (två externt)
Antal beslut om korttidsvistelse LSS per den 31:e december	7	11	11
Antal beslut om daglig verksamhet LSS inklusive externa per den 31:e december	34 (två externt)	37 (en externt)	34(en externt)

Antal beslut om kontaktpersoner LSS per den 31:e december	20	18	17
Antal beslut avlösarservice LSS per den 31:e december	5	4	4
Antal beslut om boendestöd per den 31:e december	48	37	31
Personlig assistans som verkställs av kommunen			
Antal beslut personlig assistans LSS per den 31:e december	4	4	4
Antal beslut personlig assistans LSS/SFB per den 31:e december	1	1	1
Personlig assistans som verkställs av externa utförare			
Antal beslut personlig assistans LSS per den 31:e december	4	4	4
Antal beslut personlig assistans LSS/SFB per den 31:e december	11	10	10
Antal beslut ledsagarservice LSS per den 31:e december	4	7	4
Antal beslut korttidstillsyn LSS per den 31:e december	2	3	4
Antal beslut boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar LSS per den 31:e december	1 (externt)	2 (externt)	2 (externt)
Övriga			
Antal beslut kontaktpersoner enligt SoL (inkluderar äldre, vuxna och barn) per den 31:e december	40	28	34
Antal placeringar internat/elevhem enligt SoL per den 31:e december	3 (externt)	3 (externt)	2 (externt)

Framtid

Nämnd och förvaltningsledning

Det kommer att ske ett fortsatt arbete med att bygga tillit ut i vår organisation i samverkan med enhetschefer och stab. Stabilitet i chefsorganisationen är en fortsatt förutsättning för detta och följs som ett nämndmål.

Socialnämnden har en stor utmaning inför 2024 med minskad budgetram på 5 700 tkr (permanent budgetminskning på 0,9% samt budgetramminskning med 3 500 tkr). Då få drifttillägg har gjorts i socialnämndens budget inför 2024 kommer flera verksamheter inte att klara sin budget med nuvarande budgetram. Detta berör främst ny gruppboende LSS, ny korttidsvistelse LSS, personlig assistans, placerade barn inkluderat ensamkommande barn, hemtjänst samt drift av nya Hagens demenscentrum. Detta kommer att kräva fortsatt stort fokus på ekonomistyrning och statsbidrag.

Effektiviseringsprojektet inom hemtjänsten kommer att fortgå för att komma ner i rimliga kostnader för hemtjänsten. Nuvarande underskott beror ungefär 50 % på ökad volym som förvaltningen har svårt att påverka och 50 % på att hemtjänsten

inte är så effektiv som den borde kunna vara. Projektet syftar höja effektiviteten inom hemtjänsten samt identifiera utvecklingsmöjligheter.

Under 2023 går förvaltningen in i upphandling av nytt verksamhetssystem, detta kommer att ta tid och resurser av förvaltningens IT-strategier m.fl. för att planera och genomföra ett eventuellt byte av verksamhetssystem.

Nya mål togs fram 2021 och kopplat till dessa har socialnämnden beslutat om målandikatorer. Förvaltningens verksamheter har arbetat med aktiviteter för att nå upp till målen. Under 2023 kommer fortsatt fokus finnas på måluppfyllnad och analys av målandikatorernas nytta för att mäta om förvaltningen är på rätt väg.

Utveckling av verksamheten med digitala lösningar är en förutsättning för att klara framtidens omsorg då fler blir äldre. Förvaltningen har rustat sig för att kunna utreda, planera och genomföra flertalet projekt inom digitalisering. Under 2022 aviserades att framtidens vårdinformationsmiljö (FVM) skulle implementeras i kommunen, detta har förskjutits på framtiden till 2024. Systemet kommer att ersätta nuvarande SAMSA och är ett system för säkervårdinformatons överföring mellan två huvudmän.

Individ och familjeomsorg

IFO:s ledningsgrupp kommer under hösten att fortsätta att fokusera på det långsiktiga och övergripande målet att skapa stabilitet och tillit inom verksamheten. För att uppnå detta mål kommer ledningen på IFO att fokusera på tre områden;

- Ökad upplevd delaktighet för medarbetarna genom att följa upp och trygga den nya organisationen och i dialog skapa förutsättningar för det nära och tillitsbaserade ledarskapet.
- Uppnå budget i balans genom ett aktivt arbete med att lära känna sin verksamhet i siffror och på det sättet strukturerat kunna följa upp nyttjandet av budgeterade personalresurser och placeringskostnader.
- Öka reell samverkan genom gemensamma processkartläggningar som skapar en gemensam bild av uppdraget och ökar känslan av att vi gör det tillsammans.

Under hösten kommer arbetet med att kartlägga och kvalitetssäkra våra biståndsbeslut gällande korttidsvård och den samverkan som sker vid vårdplaneringen i relation till Västra Götalandsregionen genom det gemensamma verksamhetssystemet SAMSA att fortgå.

Arbetsbelastningen kommer fortsatt att mätas och följas upp kontinuerligt enligt den modell som implementerades inom BOF under 2021 och 2022. Metoden ger en tydlig systematisk uppföljning när det gäller arbetsbelastningen både på individ- och gruppnivå. Under hösten kommer metoden att implementeras även på BSA med målet att i förläggningen omfatta all handläggningen inom IFO.

Behandlingsteamets fortsatta metod- och kvalitetsutveckling har som mål att skapa fler tidiga, tydliga och kvalitativa insatser som alternativ till köpta tjänster och externa placeringar. Fokus under hösten kommer att ligga på att skapa en gemensam processkarta och tydliga rutiner för den interna samverkan mellan beslutande handläggare och verkställande behandlare vid överlämning och uppföljning av insats.

Arbetet med att ytterligare kvalitetssäkra våra beslut inom äldreomsorgen med fokus på biståndsbeslut i form av hemtjänst har påbörjats och nya riktlinjer antogs i juni. Under hösten kommer ett intensivt och omfattande arbete pågå för att implementera de nya riktlinjerna som delvis innebär helt nya delar i handläggningen i form av ekonomiska beräkningar (brytpunktsberäkningar).

De sedan länge oroande nationella prognoserna om ökad psykisk ohälsa, ökat missbruk och en ökad våldsutsatthet har visat sig stämma även för Herrljunga kommun. Den generell ökning av våldsärenden sedan 2021 har fortsatt och även när det gäller aktuella ärenden med anledning av psykisk ohälsa finns det tecken på att ökningen fortgår om än i minskad omfattning. Verksamheten följer denna utveckling och dess effekter på bland annat arbetsbelastningen inom verksamheten.

Under 2024, sannolikt från och med 1 mars kommer en ny lag att träda i kraft som ska ge ökat skydd för våldsutsatta och deras barn. Det är fortsatt mycket som är oklart kring exakt vad den nya lagstiftningen kommer att innebära för verksamheten. Klart är ändå att det kommer innebära behov av nya arbetsmetoder och sannolikt en viss ökning av arbetsbelastningen, främst inom BOF.

Att fortsätta att utveckla behandlingsteamet bedöms vara en strategiskt viktig åtgärd. Behandlingsteamet är en nyckelfunktion för att långsiktigt kunna öka kvaliteten på tidiga insatser och på evidensbaserade insatser som alternativ till externa placeringar. Utveckling som utgör en grund för att arbetet med en fortsatt minskning av kostnaderna för externa placeringar ska bli så effektiv som möjligt.

Utifrån beviljade statsbidrag kommer projektet Bostad Först och projektet stadigvarande boende för våldsutsatta kunna fortgå under hösten med plan för att ta fram underlag för samverkansavtal med olika fastighetsägare inom ramen för båda projekteten. Projektet Bostad Först kommer, under förutsättning att fortsatt statsbidrag beviljas, fortsätta med att under 2024 inleda ett pilotarbete kring faktiskt samverkan och verkställandet av insatser Bostad Först utifrån ett enskilt individärende.

Vård och omsorg

Vård och omsorgs ledningsgrupp kommer att fokusera på ekonomi, kvalitet, uppföljningar och avvikelser under hösten. Stora insatser kring schemaläggning och bemanning krävs gällande 11 timmars dygnsvila med start 1 oktober enligt gällande EU-lagstiftning. Arbetet med att införa fast omsorgskontakt i hemtjänsten kommer

löpande ses över då dess komplexitet inför rådande lagstiftning påverkar schemastrukturen.

Under hösten är planeringen att ge utbildningsinsatser för omvårdnadspersonal i handledning. Detta krävs för att kunna ta emot elever inom ramen för Vård och omsorgcollege. Utbildningen löper under fyra halvdagar.

Dessutom ska utbildningstillfällen i BPSD genomföras under oktobermånad.

Etapp 2 på Nya Hagen kommer ske under novembermånad. Det är en ombyggnation av redan befintliga lokaler som tillför ytterligare 10 lägenheter.

Hemgården planeras att byggas om för att inrymma hemtjänst, bemanningsenheten och planerare samt utökning av säboplatser riktade mot somatik på sikt.

Socialt stöd

De största händelserna under hösten kommer att vara planering inför uppstart av de två nya verksamheterna inom LSS samt att flytta daglig verksamhet till nya tillfälliga lokaler. Enhetscheferna kommer även påbörja arbetet med att ta fram en kompetenstrappa för personal inom LSS.

Två enhetschefer inom Socialt stöd kommer att fortsätta arbetet gällande det nybildade stödpedagogteamet. Stödpedagogernas uppdrag är att tillsammans arbeta för att öka kunskapen om LSS lagstiftningen, utveckla pedagogiska arbetssätt samt skapa underlag att ta med tillbaka till arbetsplatsen.

Den s.k. Grunden utbildningen fortsätter även höst- och våren 2023/2024 och personal från servicebostaden samt gruppboenden är anmälda.

Inom gruppboenden kommer enhetschefen att arbeta med att skapa en tillit i arbetsgruppen då det är flera nya medarbetare. Enhetschef kommer tillsammans med personalen gå igenom arbetsmetoder, jobba vidare med alternativ, kompletterande, kommunikation (AKK), fortsätta att arbeta med de grundläggande principerna i LSS lagstiftningen för att säkerställa att enheten arbetar med kvalitet.

Fokus på Stöd och resurs hösten 2023 kommer ligga på grupp – och individ anpassade aktiviteter för den enskilde. Enheten kommer även satsa djupare på att utveckla och förbättra den sociala dokumentationen.

På Boendestödet fortsätter arbetet med att utveckla Öppet hus på Tors hus med fler/andra interna och externa aktörer för en ökad samhällsorienterande kunskap och social samvaro för besökarna.

Inom dagligverksamhet är fokus för hösten och framöver att verka för att fler personer med insatsen får möjlighet att nå ut på den reguljära arbetsmarknaden. Enheten kommer utveckla samverkan mellan arbetsmarknadsenheten och dagligverksamhet samt hitta fler externa arbetsplatser att samverka med.

En deltagarundersökning kommer att genomföras under 2023 på daglig verksamhet samt fortsatt planering för verksamhetens permanenta lokaler.

AME kommer samverka kring en ny utredningsmodell som IFO kommer implementera. Modellen är riktad till personer i behov av ekonomiskt bistånd och AME ser utvecklingsmöjligheter internt för att arbeta än mer aktivt med individerna mot att nå egen försörjning.

Personlig assistans samt insatserna korttidstillsyn, avlösarservice samt ledsagning arbetar vidare med att kvalitetssäkra insatserna genom kompetensförstärkning och samordning.

Alla enheter arbetar med förvaltningens mål och på APT bryts aktiviteterna ned och omvandlas i praktiken.

Mål

En hållbar och inkluderande kommun

Vi tar ansvar för vår gemensamma framtid. Hållbarhetsbegreppet genomsyrar alla beslut och aktiviteter.

Nämndmål: Socialförvaltningen ska eftersträva resurseffektivitet i de insatser som erbjuds, genom att utveckla och stärka samverkan.

Mätetal	Utfall 2021	Utfall 2022	Mål 2023	Delår 2023	Prognos 2023
Antal externt samordnade planer (SIP), upprättade	12 st.	26 st.	öka 10%	33 st.	29st
100 % av alla enheter (ansvar) skall redovisa en budget i balans - mål 2021	72%	Totalt 65 % SS 60% VoO 57 % IFO 75%	100%	47%	58%

*Antalet registrerade SIP:ar i SAMSA.

** SIP:ar internt i kommunen, utanför SAMSA.

Nämndmål: Socialförvaltningen ska utveckla/förstärka det förebyggande arbetet och tidiga insatser samt bidra till medborgarnas möjlighet till aktivt liv och god hälsa.

Mätetal	Utfall 2021	Utfall 2022	Mål 2023	Delår 2023	Prognos 2023
Antal registreringar i Senior alert och Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom (BPSD)	25 SA 12 BPSD	66 SA 9 BPSD	60 SA 40BPSD	35 SA 8 BPSD	55 SA 30 BPSD

En välkomnande och attraktiv kommun

Vi arbetar för en trygg och stimulerande miljö med medborgare, företagande och besökare i fokus. En småstadsidyll nära storstad och fritid, du är i centrum!

Nämndmål: Socialförvaltningen ska skapa förutsättningar för att vara en god och attraktiv arbetsgivare.

Mätetal	Utfall 2021	Utfall 2022	Mål 2023	Delår 2023	Prognos 2023
Arbetet känns meningsfullt	4,4	4,4	4,7*	**	4,4
Sjukfrånvaro (%)	9,5%	10,4 %	5%	9,4%	9 %
Personalomsättning, chefer	5/17	6/19 varav två i pension	3/19	2/19 varav en i pension	2/19 varav en i pension
Andel heltidsanställda	90,1%	94 %	92%	98,4 %	94%
Andel arbetad tid (av total arbetad tid) utförd av timanställda.	VoO 18,9% SS 16,24%	VoO 20% SS 17%	VoO 12% SS 10%	VoO 14 % SS 15 %	VoO 15% SS 16%
Andel tillsvidareanställda undersköterskor inom vård och omsorg		149/192	100%	151/164 (204)***	75%

* Skala 1-5, där 5 är mycket meningsfullt

** Medarbetarundersökningen genomförs årligen och rapporteras ej delår

*** 1 juli 2023 infördes skyddad yrkestitel för undersköterska

Nämndmål: Socialförvaltningen ska vara förtroendeskapande och verka för ökad trygghet, jämlikhet och rättssäkerhet.

Mätetal	Utfall 2021	Utfall 2022	Mål 2023	Delår 2023	Prognos 2023
Ökad nöjdhet avseende brukarbedömning IFO (%)	20%***	*	80%	*	*
Ökad nöjdhet avseende brukarbedömning hemtjänst - helhetssyn (%)	**	82%	94%	**	**
Ökad nöjdhet avseende brukarbedömning särskilt boende - helhetssyn (%)	**	72%	86%	**	**
Ökad nöjdhet avseende brukarbedömning LSS (vartannat år), trivsel daglig verksamhet (%)	57%	*	88%	*	*
Antal personal en hemtjänsttagare möter under 14 dagar (medelvärde)	18	18	13	***	***

* Brukarundersökningen pågår tom 31 oktober

** Resultat publiceras vecka 40

*** Mätning genomförs i september och november

En utvecklande kommun

Vi skapar infrastrukturer i framkant, och tillsammans uppnår vi tillväxt genom nytänkande

Nämndmål: Socialförvaltningen ska arbeta aktivt och strategiskt med hjälp av digitala lösningar/ny teknik och utvecklande arbetssätt för att skapa nytta för välfärden, medborgare och medarbetare.

Mätetal	Utfall 2021	Utfall 2022	Mål 2023	Delår 2023	Prognos 2023
Antal nattkameror inom hemtjänsten	7	2	14	5	7
Antal digitala lösningar inom IFO	5	5	10	7	8
Antal digitala läkemedelskåp i ordinärt boende, inskrivna kommunal hälso- och sjukvård	0	13	75	18	44

Kommentarer kring aktiviteter och måluppfyllelse

Socialförvaltningen har utifrån antagna mål tagit fram aktiviteter för måluppfyllnad som kan mätas och följas över tid. Flera mål togs bort inför 2023 då de var av förvaltningen uppfyllda. Målarbete kräver uthållighet och tålamod och delårsavstämningen av målen indikerar att förvaltningen förbättrar sig i några mål och uppnår inte fullt ut ställda mål. Det finns fortfarande kvar att göra. En översyn av målen kommer att göras av förvaltningen 2023/2024 vilket eventuellt kommer att medföra nya förslag till socialnämnden.

Förvaltningen satsar också på digital utveckling både utifrån verksamhetssystem, IT strategier och digitala lösningar för att effektivisera och möta kommuninvånarnas behov.

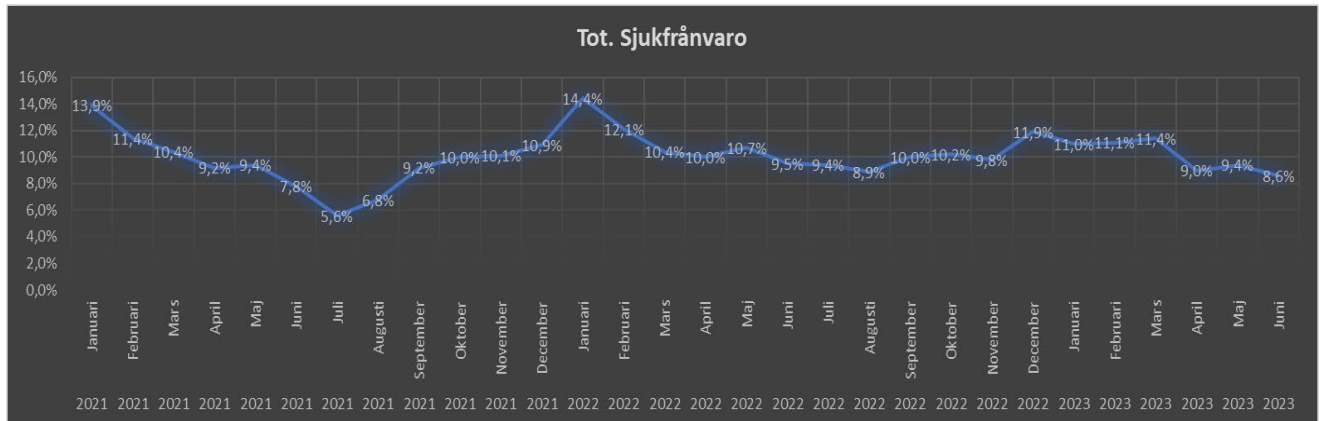
Socialförvaltningen har identifierat flera områden där evidensbaserade metoder och samverkan behöver stärkas tex i de tidiga insatserna för att nå upp till målet om att nå resurseffektivitet och att bidra till medborgarnas aktiva liv och goda hälsa.

Socialförvaltningen tar ett stort ansvar för den gemensamma framtiden. Flera av de pågående processerna handlar om framtiden och planer för att kunna möta den på ett hållbart sätt både utifrån ekonomi, socialt, miljö och kvalitet.

En stor utmaning återfinns inom ekonomin då förvaltningen redan idag ser att behoven av insatser ökar och att fler människor kommer att bli äldre de närmast tio åren. Utifrån detta pågår en framtagning av en äldreomsorgsstrategi för Herrljunga med längre planeringshorisont. Ekonomi och resurserna kommer inte att räcka till för att möta behoven och där har förvaltningen ett stort ansvar att planera långsiktigt för framtiden. Socialförvaltningen arbetar för att prognostisera behoven hos kommuninvånarna framledes och på så sätt planera och arbeta hållbart. Den gemensamma framtiden är mångt och mycket våra barn- och unga därför prioriterar förvaltningen tidiga insatser och samverkan för att barn- och unga skall få den hjälp de behöver i ett tidigt skede. De tidiga och förebyggande insatserna prioriteras även för resterande del av förvaltningen. De arbetsuppgifter och åtaganden som finns inom socialförvaltningen kräver mycket av de människor som är anställda där. Förvaltningen strävar mot och vill att arbetet inom förvaltningen skall vara ett arbete som man vill ha på heltid och där man stannar kvar, det i sin tur är bra för brukarna som då möter människor som kan sitt arbete, kan brukaren och kan kommunen.

Personalredovisning

Sjukfrånvaron ligger fortsatt på en högre nivå jämfört med innan pandemin och första halvåret 2023 har varit ansträngt för socialförvaltningen. Glädjande är dock att sjukfrånvaron har börjat att sjunka och var i juni nere på 8,6%.



Ovan diagram visar förvaltningens sjukfrånvaro över tid.

Ekonomi

Socialnämndens budgetram har utökats med nedan poster under året.

Område	Belopp (tkr)	Kommentar
Lönepott 2023	4 818	Avser lönerrevision apr-dec 2023
Kapitalkostnadspott	151	Avser kapitalkostnader jan-aug 2023
Totalt	4 969	

Drift

Delårsrapporten 2023 sträcker sig över perioden januari – augusti 2023 med prognos för helåret.

RSUM	Utfall 220831	Utfall 230831	Budget 230831	Avvikelse utfall vs budget	Budget 2023	Prognos 2023	Avvikelse prognos vs budget
Intäkter	-40 021	-40 327	-33 208	7 119	-49 842	-56 123	6 281
Personalkostnader	131 854	140 102	132 430	-7 672	205 169	211 569	-6 400
Lokalkostnader, energi, VA	9 807	11 075	10 192	-883	15 290	16 380	-1 090
Övriga kostnader	46 225	50 011	45 333	-4 678	68 006	78 397	-10 391
Kapitalkostnad	506	622	621	0	856	679	0
Nettokostnad	148 370	161 482	155 369	1 887	239 479	251 079	-11 600
Kommunbidrag	150 257	155 369			239 479		0
Resultat	1 887	-6 113					0

Fördelning per verksamhet

Ansvarsområde	Utfall 220831	Utfall 230831	Budget 230831	Avvikelse utfall vs budget	Budget 2023	Prognos 2023	Avvikelse prognos vs budget
Nämnd	297	388	381	-7	571	571	0
Förvaltningsledning	9 035	7 393	10 427	3 033	15 952	13 502	2 450
Individ och familjeomsorg	21 953	28 152	28 131	-22	43 056	43 006	50
Vård och omsorg	86 213	89 744	84 867	-4 877	131 487	139 037	-7 550
Socialt stöd	30 873	35 804	31 564	-4 240	48 413	54 963	-6 550
	148 370	161 482	155 369	- 6 133	239 479	251 079	-11 600

Kommentar till utfall och prognosdrift

Socialnämnden visar ett underskott på 6 113 tkr per den sista augusti 2023 samt en prognos med ett underskott om 11 600 tkr på helår 2023. Underskottet per augusti härleds framför allt till Vård och Omsorg samt Socialt stöd. Ordinarie verksamhet, exklusive resultatföringen av 2018 års flyktinggrupp visar ett underskott på 7 847 tkr. Under året har förvaltningen fått ta del av fler statsbidrag.

Nämnd och förvaltningsledning

Nämnden visar ett underskott på 7 tkr per augusti och prognostiseras en budget i balans för helår 2023. Förvaltningsledningen redovisar ett överskott om 3 033 tkr per den sista augusti, varav 1 734 tkr avser resultatföring av 2018 års flyktinggrupp.

Detta är i nivå med föregående årsutfall för samma period. Utfallet speglar att vissa kostnader såsom kostnader för personalrepresentation, utbildningar och hälso- och friskvårdsrelaterade tjänster ännu inte har nyttjats, men planeras för under hösten. Minskade personalkostnader på staben och förvaltningsledningen bidrar också till överskottet. Personalkostnader finansieras till viss del av statsbidrag. Prognosen för förvaltningsledningen visar på ett överskott om 2 450 tkr.

Individ och familjeomsorg

Resultatet per augustis utgång visar ett underskott på 22 tkr för IFO. IFO sammantaget visar ett prognostiserat överskott på 50 tkr på helår. Det är en förbättring av resultatet med drygt 3 000 tkr och den förbättrade prognosen beror bland annat på oväntad hög omfattning av vakanser inom verksamheten, minskade kostnader för färdtjänst, ökade intäkter från omsorgsavgifter samt färre placeringsdygn för vuxna under det första halvåret än budgeterat.

IFO övergripande prognostiseras ett överskott på 800 tkr. Överskottet beror främst på ökade intäkter för omsorgsavgifter med 750 tkr samt lägre personalkostnader än

budgeterat på grund av vakant tjänst. Även lägre kostnader för familjerådgivning bidrar till ett prognostiserat överskott.

Vuxen och bistånd prognostiserar ett överskott på 450 tkr, vilket huvudsakligen beror på färre placeringar än budgeterat för vuxen vård. Ekonomiskt bistånd prognostiserar ett underskott på 300 tkr på grund av ökade kostnader vilket beror på att riksnormen för försörjningsstöd har ökat med över åtta procent till 2023.

Barn och familj visar en negativ prognos på 2 650 tkr. Största delen av underskottet beror på ökade kostnader för vård av barn och unga med 3 500 tkr. Övrig behovsprövad vård visar ett underskott på 1 100 tkr medan kostnaderna för familjehemsvård överskrider budgeten med 2 500 tkr. Även ett mindre underskott återfinns på kontaktfamilj med 500 tkr. Totalt inom barn och familj så prognostiseras placeringar motsvarande 2 500 tkr finansieras av EKB bufferten. Medlen i denna så kallade EKB-buffert kommer från och med 2024 att vara slut. Handläggning barn och familj prognostiserar ett överskott på 850 tkr, vilket beror på vakanta tjänster och sjukskrivningar.

Bistånd stöd och administration prognostiseras ett överskott på 1 450 tkr vilket delvis beror på lägre personalkostnader på grund av vakanser och sjukskrivningar inom handläggning äldre och funktionshinder samt administration. Färdtjänst prognostiserar ett överskott på 700 tkr på grund av färre antal resor än budgeterat.

Vård och omsorg

Per den siste augusti visar vård och omsorg en avvikelse på minus 4 877 tkr jämfört med budget. Nettoutfallet ökar markant jämfört med föregående år, vilket beror på ökade personalkostnader för särskilt boende samt ökade kostnader för hemtjänsten. Underskottet per augustis utgång härrörs framför allt till hemtjänsten.

Vård och omsorg gemensamt redovisar en prognos om 1 200 tkr över budget vilket är en ökning om 800 tkr jämfört med föregående prognos. Orsaken till den förbättrade prognosen är vakanta tjänster för enhetschefer samt att delar av personalkostnaderna täcks av statsbidrag.

Korttiden har under året haft en högre bemanning än budget. Den här trenden fortsätter även under sommaren och hösten vilket gör att korttiden gör ett underskott om 800 tkr. För 2023 täcks underskottet med statsbidraget "främja ett hållbart arbetsliv". Detta innebär att verksamheten bedömer att ha en budget i balans vid årets slut. Bemanningssituationen ser oförändrad för 2024.

Särskilt boende redovisar en negativ prognos på 2 500 tkr, som härrör till alla enheter inom särskilt boende. Hagen försämrar sin prognos med 900 tkr till minus 1 300 tkr. Tidigare prognos baserades på ökade personalkostnader till följd av brukare med mer omfattande vårdbehov. Den här bemanningen har hållit i sig längre vad vi har prognostiserat, därav försämrar prognosen. Från och med oktober är bemanningen närmare budget men inte helt i balans.

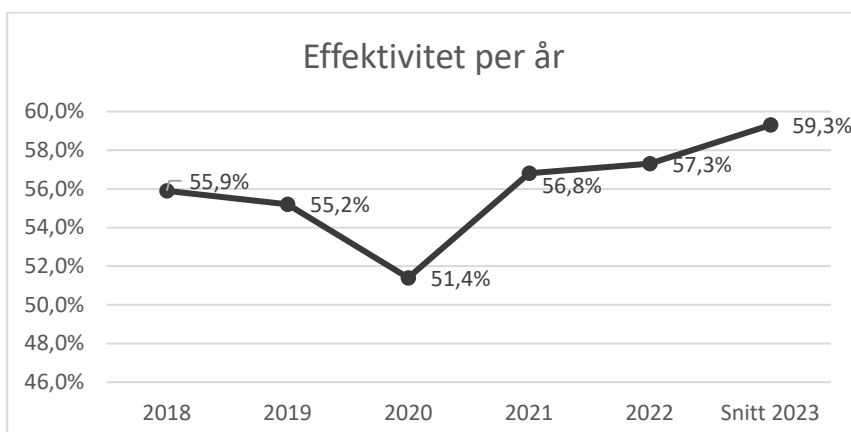
Hemgården somatik har en försämrad prognos om 600 tkr vilket också är förväntad avvikelse vid årets slut. En del av verksamheten täcks av ett statsbidrag om 967 tkr för att kunna säkerställa god och sker vård. Hemgården demens har förbättrat sin prognos från ett underskott om 1 000 tkr till en prognos på minus 600 tkr. Under våren klarade man inte god säker vård inom demensen enligt budget och har därför ökat bemanningen vilket genererar ett negativt resultat. Under sommaren och hösten beräknas personalkostnader vara i balans med budgeten och därav förbättras prognosen.

Nya hagen visar en negativ prognos om 1 050 tkr. Denna prognos baseras på den hyreskostnad som avser juli – december men som inte finns budgeterad.

Hemtjänsten visar ett fortsatt underskott. Underskottet beror på ökade personalkostnader till en följd av att ett ökat behov under året. Ökade timmar inom hemtjänsten håller i sig. Prognosen är en försämring från ett underskott om 4 500 tkr till 7 000 tkr och beror på att tendenser från våren håller i sig även under hösten. Ungefär hälften av underskottet beror på att hemtjänsten inte har den effektivitet som man budgeterat för och till hälften på grund av högre volymer än budgeterat. Försämringen beror främst på att tidigare prognos varit för optimistisk och att det varit svårt att kvalitetssäkra utfallet jämfört med budget.

	Prognos
Hemtjänst gemensamt	0
Hemtjänst landsbygd	-2 450
Hemtjänst tätort	-2 450
Hemtjänst Ljung	-2 100
Trygghetstjänster	0
Nattpatrull	0
Stationsvägen gemensamt	0
Trygghetsboende	0
Hemtjänsten totalt (tkr)	-7 000

Förvaltningen har under året haft möjlighet med att få ut statistik avseende utförd tid. Det här har lett till möjligheter att enklare kunna följa upp effektiviteten. Nedan diagram visar hur det sett ut fram till och med juni i år, jämfört med tidigare år. Målsättningen för hemtjänsten är att nå en effektivitet om 66%.



Hälso- och sjukvård redovisar ett prognostiserat överskott på 1 800 tkr, vilket beror på att enheten under året har haft flera vakanta sjukskötersketjänster och trots att det har hyrts in extern bemanning så redovisas ett positivt utfall på 1 566 tkr i förhållande till budget i augusti. Överskottet beror på lägre personalkostnader än budgeterat samt att enheten har erhållit ett statsbidrag om 1 400 tkr för att öka antalet sjuksköterskestudenter.

Socialt stöd

Resultatet per augustis utgång visar ett underskott på 4 240 tkr för socialt stöd. Vilket beror primärt på ökade kostnader för LSS extern regi. Socialt stöd gemensamt redovisar ett prognostiserat överskott på 200 tkr på grund av viss tid av chefstjänst har finansierats av statsbidrag.

Funktionshinder 1 prognostiseras ett underskott på totalt 5 850 tkr på grund av ökade kostnader för extern LSS med 5 950 tkr. Utöver detta prognostiseras ett överskott på 100 tkr för gruppboende enligt LSS till följd av lägre personalkostnader.

Funktionshinder 2 redovisar ett prognostiserat utfall på minus 2 100 tkr, beroende på ökade kostnader för personlig assistans, vilket delvis beror på tillkommande ärenden och förändrade behov samt lägre ersättning från Försäkringskassan än budgeterat. Korttidsstillsyn (KTS), ledsagning och avlösarservice prognostiserar ett mindre överskott på personalkostnader. Kontaktpersoner visar på en prognos enligt budget.

Enheten stöd och resurs har en positiv prognos på 500 tkr för helåret. Boendestöd har lägre personalkostnader än budgeterat på grund av en vakant tjänst. Serviceboende LSS visar på en prognos enligt budget.

Sysselsättning prognostiserar ett överskott på 700 tkr, vilket beror på att vakanta tjänster inom arbetsmarknadsenhetens (AME) och tvätten tillfälligt inte kommer att tillsättas fullt ut under 2023. En pensionsavgång inom tvätten bemannas med arbetsmarknadsanställda och viss utökning av ordinarie anställda. Ytterligare prognostiseras mer intäkter från arbetsförmedlingen då förvaltningen rekviderat mer jämfört med vad som är budgeterat.

Investeringar

INVESTERINGAR	Utfall	Budget	Ombudg	Summa	Prognos	Avvikelse
Belopp netto (tkr)	2023-08-31	2023	etering	Budget 2023	2023	helår
Förstudie Hagen demenscentra	0	0	-1 267	-1 267	-1 267	0
Renovering Hemgården	0	500	200	700	700	0
Brandskydd Hemgården	0	0	3 993	3 993	0	3 993
Hagen ombyggnation + nybyggnation	21 635	50 000	-2 588	47 412	37 412	10 000
S:a investeringar gm IN	43 305	50 500	338	50 838	64 166	0
Inventarier SN	269	500	0	500	500	0
Infrastruktur IT	111	200	0	200	200	0
Nytt verksamhetssystem	231	0	937	937	537	400
Hjälpmedel SN	174	200	0	200	200	0
Inventarier Hagen	373	1 925	700	2 625	2 025	600
Inv dagträff/hemtjänst	0	0	262	262	0	262
Läkemedel- och värdeskåp SÄBO	0	150	0	150	150	0
IT konf. rum IFO	6	100	0	100	100	0
Inv mm gruppbo. LSS	0	375	0	375	0	375
Inv mm kortidsvist LSS	0	750	0	750	0	750
Ombyggnad Hemgården	0	0	800	800	800	0
S:a investeringar egna	1 164	4 200	2 699	6 899	4 512	2 387

Kommentar till utfall och prognos investeringar

Av ovan investeringar förväntas fyra projekt inte bli färdigställda under 2023 och behöver ombudgeteras till 2024. Dessa är inventarier Hagen, inventarier mm gruppboende LSS, Inventarier korttidvistelse LSS samt verksamhetssystem.

Brandskydd

Budgeten för brandskyddet av hemgården kommer att flyttas till 2024.

Renovering Hemgården

Avser fönsterrenovering som kommer att utföras under året.

Hagen ombyggnation + nybyggnation

Nybyggnad nya hagen och pågående ombyggnation av hagen.

Inventarier

Inköp av inventarier som sängar, sängbord mm har köpts in till korttiden.

Infrastruktur IT

Inköp av nya skärmar. Det planeras även för byte av telefoner inom hemtjänsten.

Nytt verksamhetssystem

Uppstartskostnader för upphandling och införande av nytt verksamhetssystem. Hela budget kommer inte att nyttjas under 2023 utan resterande medel kommer nyttjas under 2024.

Hjälpmedel

Inköp av liftar till vård och omsorg.

Inventarier Hagen

Inköp sker löpande under 2023. Hela budgeten kommer inte att nyttjas under 2023 utan delar av den sak räcka till hagen etapp 2.

Inventarier dagträff/hemtjänst

Dessa medel kommer inte att nyttjas då detta investeringsbeslut ligger kvar sedan tidigare och nu har ersatts av nya planer för vård och omsorgs verksamheter.

Läkemedel- och värdeskåp SÄBO

Inköp av läkemedelsskåp och värdeskåp planeras att köpas in under året.

IT konferensrum IFO

Befintliga konferens- och mötesrum behöver utrustas med teknik för digitala möten. Det planeras därför inköp för att kunna genomföra digitala möten.

Inventarier mm gruppbostad LSS

Dessa medel kommer inte att nyttjas under 2023 då inflyt är beräknat till våren 2024.

Inventarier mm kortidsvistelse LSS

Dessa medel kommer inte att nyttjas under 2023 då inflyt är beräknat till våren 2024.

Ombyggnad Hemgården

Uppstart projektering av renovering för hemgården.

Bilaga fördelning per ansvarsnivå

Enhet	Utfall 2022-08- 31	Utfall 2023-08- 31	Budget 2023-08- 31	Budget 2023	Prognos 2023	Avvikelse helår
Nämnd	297	388	381	571	571	0
Förvaltningsledning*	9 035	7 393	10 427	15 952	13 502	2 450
IFO	21 953	28 152	28 131	43 056	43 006	50
IFO övergripande	-10	467	1 149	1 838	1 038	800
IFO vuxen o bistånd	4 593	7 510	8 150	12 469	12 019	450
IFO barn och familj	11 261	15 280	12 821	19 502	22 152	-2 650
IFO bistånd stöd o administration	6 109	4 894	6 010	9 247	7 797	1 450
Vård och omsorg	86 213	89 744	84 867	131 487	139 037	-7 550
Vård och omsorg gem	4 471	4 243	4 134	6 454	5 254	1 200
Nya Hagen säbo	0	348	0	0	1 050	-1 050
Korttid och bemanning	8 263	6 705	6 481	10 160	10 160	0
Hagen säbo	11 331	12 935	11 897	18 340	19 641	-1 300
Hemgården demens	6 838	8 168	6 778	10 546	11 146	- 600
Hälso- och sjukvård	14 747	14 778	16 344	25 309	23 509	1 800
Hemgården omvårdnad	10 476	10 543	10 323	15 911	16 511	-600
Hemtjänst	30 087	32 024	28 911	44 766	51 766	-7 000
Socialt stöd	30 873	35 804	31 564	48 413	54 963	-6 550
Socialt stöd gem	1 972	2 017	2 089	3 254	3 054	200
Funktionshinder 1	11 864	14 386	9 885	14 943	20 793	-5 850
Funktionshinder 2	8 251	9 537	8 889	13 473	15 573	-2 100
Stöd och resurs	4 732	5 317	5 719	8 766	8 266	500
Sysselsättning	4 054	4 548	4 982	7 977	7 277	700
Totalsumma	148 370	161 481	155 370	239 478	251 079	-11 600

*Inklusive resultatföring av 2018 års flyktingmedel, 1 700 tkr.



Handlingsplan för budget i balans för socialnämnden 2023

Sammanfattning

I februari presenterade socialförvaltningen i sin första prognos för helåret 2023 ett underskott på **-12 450 tkr**. Utifrån denna prognos har socialnämnden gett socialförvaltningen i uppdrag att ta fram en handlingsplan, med de åtgärder som behöver vidtas för att få en budget i balans under 2023.

I april visade socialförvaltningens ett underskott om **-13 550 tkr** en försämring med 1 100 tkr. Försämringen berodde till stor del på att tidigare prognos varit för optimistisk och att det varit svårt att kvalitetssäkra utfallet jämfört med budget.

I augusti uppvisar socialförvaltningen en förbättrad prognos och utfallet prognosticeras till **-11 600 tkr**.

Handlingsplanen presenterades till socialnämnden första gången i maj med förnyat uppdrag att presentera uppföljning på åtgärdsplanen i juni och september. I den nya prognosen finns verksamheter som gör ett bättre resultat än i april och de som har ett försämrat resultat.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2023-09-15

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialnämnden antar handlingsplan för budget i balans 2023 och skickar informationen vidare till kommunstyrelsen.
- Socialnämnden uppdrar åt förvaltningen att presentera en uppföljning av handlingsplanen på socialnämnden i november.

Sandra Säljö
Tf. kommundirektör

Expedieras till: Kommunstyrelsen
För kännedom till:



Bakgrund

Socialnämnden har gett socialförvaltningen i uppdrag att ta fram en handlingsplan som presenterar de åtgärder som måste vidtas för att försöka nå en budget i balans under 2023. Handlingsplanen togs fram efter första prognosen i februari.

Under rubriken åtgärdsplan presenteras de verksamheter som per sista augusti uppvisar en negativ prognos för 2023. Då socialförvaltningen arbetar med biståndsbedömda beslut som förändras efter faktiska behov hos kommunens medborgare, beslut som förvaltningen enligt lag är skyldiga att verkställa, kan förändringar i behovsunderlaget påverka prognosen. Förvaltningen arbetar för effektiviseringar inom samtliga verksamheter för att förbättra prognosen, utöver det som redovisas nedan.

Förvaltningen har sedan januari en anställningsprövning där alla anställningar prövas av förvaltningsledningen innan de tillsätts. Från 2023-05-17 har ytterligare beslut fattats, beslutet har samverkats på extra FSG. Följande gäller: Verksamheter som har en budget i balans eller ett överskott hjälper till att balansera upp övriga enheters underskott. Enhetschefer med ett budgetunderskott skall arbeta aktivt med sina åtgärdsplaner för budget i balans som följs upp veckovis av verksamhetschef.

Utifrån detta förtydligas beslut om:

- Anställningsprövning, alla tjänster prövas och godkänns innan de läggs ut av förvaltningschef enligt tidigare beslut 2023-01. Avstämning skall alltid ha skett med ansvarig verksamhetschef innan det skickas till socialchef av verksamhetschef för prövning.
- Stopp för konsulter i ordinarie verksamhet som inte redan är inplanerade, omstrukturering och planering av arbetsuppgifter av ordinarie personal skall ske
- Inköpsprövning (undantaget är de inköp som planeras på investeringar i innevarande år). Övriga inköp som är nödvändiga utifrån verksamhet skall godkännas av VC.
- Stopp för alla externa utbildningar som är förenade med en kostnad och som inte är inbokade per datumet 2023-05-17
- Stopp för all extern lokalhyra som är förenad med en kostnad, aktiviteter får ske i våra egna lokaler eller utomhus.
- All schemaläggning är enhetschefens ansvar.
- Innan VAB och tillfällig sjukfrånvaro ersätts av vikarie (korttidsfrånvaro) skall bedömning om arbetsuppgifter kan omstruktureras göras och prövas av enhetschef. Kontakt med övriga enheter skall tas för att hjälpa varandra om möjlighet finns.
- Budget kommer att följas som stående punkt varje vecka på alla ledningsgruppsmöten för både VC och FC.
- Risk och konsekvensanalyser görs när situationer uppstår då det kan innebära risk.

Förvaltningen söker alla aviserade statsbidrag, hittills har **21 110 tkr** tillförts budgetåret 2023 av dessa är 5 363 tkr överflyttade statsbidrag från 2022 som redan finansierar ordinarie verksamhet. Statsbidrag rekviderade 2023 är således **15 747 tkr**. Flera av statsbidragen för 2023 kan inte användas till redan pågående befintlig verksamhet utan är öronmärkta till specifika aktiviteter som innebär utökad verksamhet



Verksamheter som tagits bort ur åtgärdsplanen per sista augusti men som fanns med i april då de prognosticerade ett underskott men per sista augusti har en budget i balans är:

- Korttid/Bemanning som i april prognosticerade ett underskott om – 400 tkr har i augusti en budget i balans med tillförda statsbidrag. Utan statsbidrag hade underskottet varit – 800 tkr på helåret.

Åtgärdsplan

INDIVID OCH FAMILJEOMSORGEN (IFO)

- IFO BARN OCH FAMILJ (BoF)
Prognostiseras - **2650 tkr** (förbättrad med 1 350 tkr).

Detta på grund av kostnader för familjehemsvård, budgeten täcker kostnaden för 24 av kommunens pågående placeringar och den 31 augusti pågår **29** (32 i maj) placeringar i familjehem och **en** på HVB hem. Av dessa är sex vårdnadsöverflyttade med samma kostnad, 20 placeringar i egna familjehem och tre i konsulentstödda familjehem. Förvaltningen använder konsulentstödda på grund av att det inte har gått att rekrytera egna familjehem. Dessa placeringar är som regel tre gånger så dyra som att ha familjehem i egen regi.

Viktigt att påpeka att EKB-bufferten år 2023 finansierar kostnader för sex placeringar som inte inkluderas ovan, en på HVB hem, fyra i familjehem och en kostnad för särskilt förordnad vårdnadshavare. Till en kostnad av 2 200 tkr. År 2024 är EKB-bufferten slut och dessa **sex** placeringar skall då inkluderas i ordinarie budget. Förvaltningen kommer då att ha 36 placerade barn totalt (inkluderat familjehem, HVB och vårdnadsöverflyttade) men en budget som rymmer färre.

Planerade och vidtagna åtgärder per april:

- Månadsvisa uppföljningar, genomgång av planeringen och eventuell möjlighet till omförhandling av dygnspris på individnivå för alla pågående placeringar av enhetschef, handläggare och controller.
- Prisolternativ till nytillkomna placeringar ses över och följs upp av enhetschef och handläggare.
- Ett riktat arbete pågår nu för att minska kostnaderna för befintliga placeringar. Verksamheten arbetar för att hitta egna familjehem i de individärenden där hemgång inte bedöms rimlig på kort sikt och där det är möjligt ur ett barnperspektiv med ett byte av familjehem.
- Ett omfattande arbete med tidiga och kvalitativa insatser är inlett med behandlingsteamet som ett led i arbetet med att minska risken för nya placeringar och ett arbete pågår också för att skapa en tydlig struktur i samverkan för att kunna erbjuda förstärkt familjehemsvård i egen regi och därmed kunna minska risken för ökade kostnader i form av konsulentstödda och förstärkta familjehem i extern regi.

Planerade och vidtagna åtgärder per maj:

- Redan vidtagna åtgärder sker kontinuerligt och tillsvidare. Inga nya åtgärder har vidtagits sedan april.

Planerade och vidtagna åtgärder per augusti:

- Redan vidtagna åtgärder sker kontinuerligt och tillsvidare. Inga nya åtgärder har vidtagits sedan maj. Åtgärderna har fått effekt på utfallet och det prognosticerade underskottet har minskat.

**VÅRD OCH OMSORG**• **SÄRSKILT BOENDE (SÄBO)**

SÄBO har en prognos på – **3550 tkr** (försämrad prognos med - 2150 tkr). Tidigare prognos har varit för optimistisk och det har varit svårt att kvalitetssäkra utfallet jämfört med budget. Alla enheter har dessutom haft en högre bemanning än vad budget tillåter. Underskottet fördelar sig på följande sätt på våra två SÄBO:

Nya Hagen dit Hemgården demens flyttat uppvisar ett underskott på helår med **-1050 tkr** detta beror helt på att förvaltningen fått en hyreskostnad för sista halvåret för nya Hagen som förvaltningen inte har budget för.

Hemgården demens (nu flyttat till Nya Hagen) visar ett underskott om **-600 tkr** (förbättring med 400 tkr) på grund av personalkostnader.

Hagen demens visar en prognos om – **1300** (försämring med -900 tkr) på grund av personalkostnader.

Hemgården omvårdnad visar en prognos om – **600 tkr** (försämring med -600 tkr) på grund av personalkostnader.

Planerade och vidtagna åtgärder per april:

- Rehabiliterande insatser pågår tillsammans med HR för berörda medarbetare
- Personalkostnaderna följs upp noggrant, schema- och resursplanering sker tätare
- Planering för att minska personalresurserna

Planerade och vidtagna åtgärder per maj:

- Åtgärderna från april pågår som ovanstående
- Nya uppföljningsmallar har tagits fram tillsammans med controller för att på ett bättre sätt kunna följa hur mycket personaltimmar som finns att använda i budget i jämförelse med hur många timmar som används i verksamheten. Detta för att skapa underlag som enhetscheferna lätt kan följa och förstå samt snabbt sätta in åtgärder om personaltimmarna ökar.
- Åtgärder pågår för att komma tillbaka till årsarbetare enligt tilldelad budget
- Regelbunden uppföljning på verksamhetschefers ledningsgrupp kring ekonomi

Planerade och vidtagna åtgärder per augusti:

- Oförändrade åtgärder från april-maj.
- Schemaläggning utifrån budget har tydliggjorts för enhetschef. De nya personaluppföljningsmallarna underlättar för enhetschefer att få bättre överblick och kan lättare hantera överkapacitet mot budget.
- Planering för att minska personalresurserna pågår över hela vård och omsorg.

• **HEMTJÄNST**

Hemtjänsten har en prognos på **-7000 tkr** (försämring med – 2 500 tkr). Tidigare prognos har varit för optimistisk och det har varit svårt att kvalitetssäkra utfallet jämfört med budget. Underskottet beror ungefär hälften på ökade behov (demografi) och hälften på att effektiviteten inte är optimal. Effektiviteten har dock förbättrats till 59,3% (genomsnitt



januari-juli). Underskottet utifrån demografi motsvarar till stor del det effektiviseringsbeting på 4 200 tkr som hemtjänsten tidigare fått.

Planerade och vidtagna åtgärder per april:

- Det pågår ett effektiviseringsprojekt inom hemtjänsten som har fokus på möjliga effektiviseringar samt ändrade arbetssätt.
- Timmarna och effektiviteten följs månad för månad tillsammans med projektledare, controller, EC, VC och FC
- Ruttoptimering och schemaanalys ses över för att nyttja befintliga resurser på bästa sätt.
- Revidering av riktlinjer för äldreomsorgen pågår
- Införandet av en brytpunkt vid 100 timmars hemtjänst pågår
- Hanteringen av serviceinsatser ses över
- Hantering av ledsagning ses över
- Dubbelbemanning följs månadsvis och övervägs noggrant
- Hantering av inköp ses över
- Införandet av social dagträff ses över med möjliga statsbidrag 2023

Planerade och vidtagna åtgärder per maj:

- Oförändrade sedan april
- Nya uppföljningsmallar har tagits fram tillsammans med controller för att på ett bättre sätt kunna följa hur mycket personaltimmar som finns att använda i budget i jämförelse med hur många timmar som används i verksamheten. Detta för att skapa underlag som enhetscheferna lätt kan följa och förstå samt snabbt sätta in åtgärder om personaltimmarna ökar.
- Kvalitetsstrateg har deltagit på medarbetarnas APT för att ha en dialog om effektivitet och arbetssätt samt vad som pågår strategiskt

Planerade och vidtagna åtgärder per augusti:

- Oförändrade sedan april-maj
- De nya uppföljningsmallarna för personaltid har vidareutvecklats och visar på ett tydligare sätt om avvikelser är baserade på volymförändringar eller på effektivitet.
- Nya riktlinjer för äldreomsorgen har beslutats och implementering pågår i handläggningsprocessen samt information på APT till medarbetarna.
- Brytpunkt på 100 timmar införs och mallar för utredningsmetodik samt beräkningar tas fram för handläggning av detta.
- Nytt mötesforum för avstämning/uppföljning ytterfall (brukartid >100 timmar) med EC bistånd samt EC hemtjänst.
- Nya mötesstrukturer gällande teamträffar för en effektivare uppföljning.
- Översyn av planeringsstruktur i TES.

SOCIALT STÖD

- FUNKTIONSHINDER 1

Funktionshinder 1 prognostiserar ett underskott på totalt – **5 850 tkr** (förbättrad med 1 800 tkr). Den stora förändringen i den förbättrade prognosen är att ett externt ärende from oktober kommer verkställas på hemmaplan, förändringen medför en förbättrad prognos med ca 1000 tkr. Även Ringvägens gruppbofastad har gjort avsevärd förbättring i personalbudgeten. En bättre prognos från



-200 till +100 tkr. Arbetet med personalen har verkligen gett effekt. Även lägre kostnader för kortidsvistelse än beräknat som medför ca 300 tkr.

I verksamheten finns en gruppbostad LSS, placeringar LSS extern regi, samt boende socialpsykiatri (externa platser).

Planerade och vidtagna åtgärder per april:

- Arbetet har påbörjats för att flytta hem de externa placeringarna, Detta är ett omfattande arbete och ger ekonomiskt effekt först 2024 när ny gruppbostad i Herrljunga står klar.
- Möjligheten till att omförhandla avtalen pågår för pågående placeringar
- Gruppboستaden arbetar aktivt med bemanningskrav och schemaläggning. Nytt schema som beräknas ge effekt efter juni månad ger en minskning av bemanningen med 50%. Enhetschef och medarbetare ser samtidigt över hur personalstyrkan skall vara framöver utifrån förändrade behov.
- Samplanering mellan Ringvägens gruppbostad och andra enheter sker inom socialt stöd för att minska personalkostnaderna.
- Anställningar övervägs noga vid uppsägningar.
- Enhetschef följer upp frånvaro från första sjukdagen samt kontinuerligt under frånvaron.
- Beställning av timvikarier tas med enhetschef innan personalen lägger en beställning till bemanningen.
- Täta uppföljningar med personal som är på plats gällande vikarietillsättning, tex om möjligt utifrån behov ej tillsätta alla timmar.
- Semesteransökningar sker utifrån kommande schemaperiod och inte i den perioden som är låst.
- Enhetschef följer omgående upp frånvaro, vad skall arbetsgivare göra, vad behöver individen själv göra, en dialog förs mellan arbetsgivare och arbetstagare.
- Enhetschef samt schemaansvarig träffas och går igenom ny schemaperiod var 14:e dag där schemaläggs planerad frånvaro såsom semester, utbildning.

Planerade och vidtagna åtgärder per maj:

- Oförändrade sedan april
- Samma åtgärder som är planerade för april kvarstår även för maj månad

Planerade och vidtagna åtgärder per augusti:

- Ett externt ärende kommer from oktobermånad verkställas på hemmaplan
- Fortsatt arbete med bemanningskrav och schemaläggning på Ringvägen som ger ett positivt resultat.
- Fortsatt arbete med samplanering inom socialt stöd för att minska personalkostnaderna.
- Anställningar övervägs noga vid uppsägningar.

- **FUNKTIONSHINDER 2**

Funktionshinder 2 prognostiserar ett utfall på – **2 100 tkr** (försämring med - 750 tkr)

Stora förändringen i den försämrade prognosen utgörs av utökning av antal timmar i ett personligt assistans ärende som också gick över till extern utförare. I ärendet har den



enskilde fått en utökning av assistans timmar jmf med föregående prognos. Utökningen har stor påverkan på prognosen.

Enheten har även börjat verkställa fler kontaktpersonsärenden än tidigare under året vilket gör att den tidigare plusprognos nu i stället landar in på +/- 0.

Den tidigare ökade kostnaden för personlig assistans som en effekt av överanställning i samband med heltid som norm har även den minskat och visar på en plus prognos. Det intensiva arbetet med att fördela ut överskridande resurspass har gett effekt.

Personlig assistans är en ständigt föränderlig verksamhet och enheten har tom augusti månad startat upp ett nytt ärende, är i uppstart av två samt avslutat två (varav ett är i uppstartsfasen igen). Det nya/gamla ärendet beräknas starta upp under hösten. Enheten har fortsatt ett ärende som påverkar budgeten negativt där enheten erhåller lägre ersättning från Försäkringskassan än budgeterat.

Planerade och vidtagna åtgärder per april:

- Aktivt arbete pågår med schemaläggning och hur resurspass planeras ut och fördelas om till andra enheter.
- Aktivt arbete med att nå budget i balans avseende personalkostnader där samverkan inom främst socialt stöd sker med resurspass som används och fördelas om vilket lett till att enheterna ej behövt ta in lika mycket timvikarier.
- Vid avslut av anställningar ses behovet av exakt procent över och anställs utefter det.
- Personalrulljans har lett till att enheten kan anställa på de procent/sysselsättningsgrad som det finns beslutade timmar för vilket förväntas ge ett resultat på en minskning med 30% under juni månad.
- Ett intensivt arbete pågår fortsatt med att planera ut resterande resurspass. Nyttillkommet ärende gör att vissa resurspass kan förläggas där vilket lett till att nyanställning ej behövts.
- Överskottet av arbetade timmar som uppstår utifrån överkapaciteten utifrån heltid som norm skickas till bemanningsenheten där överskottet på personaltimmar skall användas för att täcka frånvaro inom socialförvaltningen.
- Behovet av nyanställningar ses över noggrant innan rekrytering sker.

Planerade och vidtagna åtgärder per maj:

- Oförändrade sedan april
- Avvaktar i ett assistansärende med att tillsätta en tillsvidare tjänst tills att de nya EU direktiven är klarlagda

Planerade och vidtagna åtgärder per augusti:

- Planerat ut resurspass
- Hanterat överskott av arbetade timmar både internt inom socialt stöd och förvaltningsövergripande
- Uppstart av två nya ärenden där intern samverkan ses över innan ny rekrytering sker



Hyressättning nya Hagen inklusive översyn samtliga hyror inom särskilda boende för äldre

Sammanfattning

Socialförvaltningen har inför uppstart av nya utbyggnaden på Hagens särskilda boende (SÄBO) genomfört en kartläggning av hyresnivån för samtliga lägenheter på SÄBO i kommunen. Det är socialnämnden som beslutar om hyresnivån på SÄBO och boende inom LSS bostad med särskilde service då det är socialnämnden som står som hyresvärd.

Förvaltningen föreslår att införa en gemensam och likriktad hyressättningsmodell för att uppnå en likriktad hyra inom samtliga särskilda boenden för äldre i kommunen.

Utifrån att ett nytt bruksvärde sätts på en lägenhet som blir ombyggd kommer förvaltningen även anpassa hyrorna på Hemgården i takt med att ombyggnationer sker. Förvaltningen lämnar även förslag på hur hyrorna kan anpassas i två steg.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2023-09-15

Förslag till beslut

Socialförvaltningen föreslår en hyressättning på kommunens samtliga särskilda boende för äldre om 1650 kr/kvm/år samt en kostnad om 1450 kr/kvm/år för de gemensamma ytorna på enheten samt på Hagens särskilda boende en kostnad om 275 kr för de allmänna gemensamma ytorna. Förvaltningen föreslår att hyressättningen tas i två steg.

Jennie Turunen
Tf Socialchef

Expedieras till: Namn namn, titel, organisatoriskt tillhörighet
För kännedom till: Namn namn, titel, organisatoriskt tillhörighet



Bakgrund

Socialförvaltningen har inför uppstart av nya utbyggnaden på Hagens särskilda boende (SÄBO) genomfört en kartläggning av hyresnivån för samtliga lägenheterna på SÄBO i kommunen.

Förvaltningen har utgått från rekommendationer från Sveriges kommuner och regioner (SKR) samt andra kommuners kartläggning av hyressättning. Det är socialnämnden som beslutar om hyresnivån på SÄBO och boende inom LSS bostad med särskilde service då det är socialnämnden som står som hyresvärd. Förvaltningen utgår från tidigare domar om vilket lagrum som ligger till stöd för hur hyresnivån beslutas.

Regelverk hyressättning

Genom Bostadsdomstolens beslut 1994-04-14 (RBD 1994:8) klarlades att hyreslagen (12 kap. jordabalken) är tillämplig vid upplåtelser av enkelrum i särskilda boendeformer där avgift uttas för boendet. Detta trots att boendet är förenat med omfattande vård och service. Den boendeavgift kommunen tar ut skall därför fastställas enligt hyreslagens regler.

Fastställande av hyra genom överenskommelse

Enligt hyreslagen är grundtanken att hyresvärden och hyresgästen skall komma överens om hyrans storlek. Om parterna inte kommer överens kan hyresnämnden fastställa hyran till skäligt belopp.

Enl. Jordabalken kap 12 §55 står avseende hyressättning: ”för att se om den föreslagna hyran är *skälig* görs en jämförelse med hyran för lägenheter som med hänsyn till bruksvärdet är jämförliga. Jämförelsen ska enligt andra stycket i första hand göras med lägenheter som ägs av allmännyttiga bostadsföretag.”

Hyresnämndens skälighetsprövning

Om hyresvärden och hyresgästen inte kan komma överens om hyrans storlek skall hyran fastställas till skäligt belopp. Hyran är inte att anse som skälig om den är påtagligt högre än hyran för lägenheter som med hänsyn till bruksvärdet är likvärdiga. Vid prövningen skall främst beaktas hyran för lägenheter i hus som ägs och förvaltas av allmännyttiga bostadsföretag. Om jämförelse inte kan ske med lägenheter på orten, får i stället beaktas hyran för lägenheter på en annan ort med jämförbart hyresläge och i övrigt likartade förhållanden på hyresmarknaden. (SKR Cirkulär nr: 1995:79)

I senare ärenden har hyresnämnden konstaterat att det kan vara svårt att finna godtagbara jämförelselägenheter när det gäller hyressättning av ett särskilt boende. För kategoriboende av olika slag har följande hyresrättsliga principer fastslagits. Å ena sidan skall som lägenhetsyta endast räknas den yta som hyresgästen disponerar ensam, och å andra sidan kan tillgången härutöver till gemensamma ytor och funktioner höja bruksvärdet inte i obetydlig mån. Gemensamma ytor bör därvid inte prissättas lika högt som de ytor som ingår i själva lägenheten. Förmånen att ha specialsäng, larm m.m. i kategoriboendet verkar självfallet i hyreshöjande riktning. Närhetsfaktorn och trygghetsfaktorn måste vidare få påverka hyrans storlek, eftersom de utgör grunden för att överhuvudtaget inrätta ett särskilt boende. (SKR Cirkulär 2002:54)



Regler för avgifter och inkomstberäkningar

Riksdagen beslöt den 14 november om nya regler för avgifter för äldre- och handikappomsorgen (prop. 2000/01:149 och socialutskottets betänkande 2001/2002: SoU3, SFS 2001:847).

I propositionen sägs att bostadsbidrag och särskilt bostadstillägg ska anses som inkomst. Enligt den praxis som har utvecklats i kommunerna utgår man idag vid beräkning av avgiften ifrån att den enskilde söker dessa bidrag. SKR utgår också ifrån att kommunen i fortsättningen kan räkna med bostadsbidrag och bostadstillägg vid inkomstberäkningen oavsett om den enskilde söker sådana bidrag eller inte. (SKR Cirkulär 2001:149)

Kommuner har inte rätt att subventionera hyrorna för de äldre, då de ska tillämpa självkostnadsprincipen för hyran vid särskilda boenden. En underprissättning vore gynnande av enskild och är därmed inte tillåtet. (www.skr.se/ekonomiblogg)¹

Förvaltningen har inhämtat kostnadsuppgifter från det kommunala bostadsbolaget samt efterfrågat hyressättning i närliggande kommun för att besluta om en hyresnivå i linje med likvärdig hyra för likvärdigt boende på orten i Herrljunga. Bostäder i det kommunala bostadsbolaget byggda mellan 2016 - 2023 har ett spann på kvadratmeterpris på 1400 - 1650 kr/m²/år. Förvaltningen har i sitt förslag beräknat kvadratmeterytor, både lägenhetens egna och de gemensamma utrymmena.

Förslag på hyresnivå

Förvaltningen föreslår utifrån jämförelser på orten samt med närliggande kommuner att anta en hyressättning som grundar sig på kvadratmeterpriset 1650 kr/kvm/år för lägenhet och 1450 kr/kvm/år för de gemensamma ytorna på enheten samt ett fast pris om 275 kr/mån för de gemensamma ytorna utanför enheten (se stycket om gemensamma ytor för specifiering). Priset är grundat på vad en nyproducerad lägenhet på orten kostar samt utifrån jämförelse med de övriga hyrorna på SÄBO i kommunen.

Hyrens olika delar samt räkneexempel

Förvaltningen har räknat på hyran utifrån tre olika delar. Del ett utgörs av grundhyran/månadshyran per lägenhet utifrån kvadratmeter, del två utgörs av de gemensamma ytorna på enheten som fördelas lika över alla enheter och lägenheter samt del tre som utgörs av de allmänna gemensamma utrymmena på hela boendet utslaget på alla lägenheter.

Gemensamma ytor

De gemensamma ytorna består av två olika delar, dels de allmänna gemensamma ytorna och dels den gemensamma ytan på respektive enhet.

¹ Hämtat 230911

<https://skr.se/skr/tjanster/bloggarfranskr/ekonomibloggen/artiklar/hyornainomaldreomsorgenmastesesiettsammanhang.56638.html>



Korridorer, kontor samt städutrymmen ingår ej i den enskildes hyreskostnad.

Skillnad på de gemensamma ytorna samt kostnad:

- **Allmänna ytor** utgörs av:

- Aktivitetsrum
- Verkstad
- Lounge
- Frisör
- Fotvård
- Bad
- HWC

Totalt uppnår de ytorna 157 kvm. Dessa 157 kvm fördelas på samtliga lägenheter på hela Hagen (inklusive den kommande tillbyggnaden) d v s 79 lägenheter².

- **Övriga gemensamma ytor** på respektive enhet utgörs av:

- Kök
- Matsal
- Vardagsrum

Totalt uppnår de ytorna 510,5 kvm. Dessa 510,5 kvm fördelas på de 38 nya lägenheterna på Hagen³.

Räkneexempel 1 hyreslägenhet á 38,5kvm

Kvm pris:

Lägenhet/boyta: 1 650 kr/kvm/år

Gemensamma ytor: 1450 kr/kvm/år

Räkneexempel:

- lägenhet på 38,5 kvm grundläggande månadskostnad på 5 294 kr.
- gemensamma ytor kvm ger en månadskostnad om 1 623 kr.
- allmänna gemensamma ytor 157 kvm/79 lägenheter beslutas till 275 kr/lägenhet/månad

Priset på de gemensamma ytorna beräknas till 1450kr/kvm/år vilket är en lägre kostnad än för kvadratmeterpriset på lägenheten. Förvaltningen motiverar det lägre priset på gemensamhetsytorna då de ”de facto” inte utgör en boyta samt att ytorna ej kommer utsättas för samma slitage som själva boendeytan.

² Nya och gamla Hagen kommer uppgå till totalt 79st lägenheter. Nybyggda inflyttningsklara lägenheter på Nya Hagen 38st, gamla Hagen 31st samt tillkommande 10st. De tillkommande 10st kommer att få en fördelning av gemensamhetsytorna tillhörande den enheten.

³ De gamla lägenheterna 31st har redan en hyra med fördelning av gemensamhetsytor på enheten dvs matsal, vardagsrum mm samt att de även omfattas av fördelning av de allmänna ytorna dvs de 157kvm.



Hyreskostnad för en lägenhet på nya Hagen på 38,5 kvm plus andel av gemensamma ytor samt andel av allmänna gemensamma ytor beräknas utifrån förslaget att uppnå en hyra om 7 192 kr/månad.

Ny hyressättning samtliga SÄBO

Utifrån att ett nytt bruksvärde sätts på en lägenhet som blir ombyggd kommer förvaltningen även anpassa hyrorna på Hemgården i takt med att ombyggnationer sker. Den nya hyressättningen planeras i två steg dels utifrån de nya lägenheterna på Hagen samt dels utifrån renoveringen på Hemgården.

Steg ett omfattar de helt nya lägenheterna på Hagen som är inflyttningsklara i september 2023 samt för de planerade nya tillbyggnaderna på Hagen (tio lägenheter) i takt med att de blir inflyttningsklara. Ny hyra debiteras från inflyttningsdatum.

I steg två omfattas hyrorna på gamla Hagen som anpassas utifrån den ökade tillgången till gemensamhetsytorna. En hyresökning kommer att ske från 240101 där de allmänna gemensamma ytorna på Hagen fördelas ut på samtliga lägenheter. Hyreshöjningen blir då på 275kr/månad.

En kartläggning planeras även att genomföras över hyrorna på gamla Hagen för att hitta en likvärdig modell med samma hyressättning dvs beräkning av gemensamhetsyta på enheten som nu tillämpas på nya Hagen. Den beräkningen påverkas dock inte av den ökade tillgången på de allmänna gemensamma ytorna därav att den höjningen tillkommer i januari 2024. Samma kvadratmeterpris som i räkneexemplet kommer att tillämpas.

Hyran på nya Hagen kommer initialt att skilja sig gentemot hyran på gamla Hagen om +864kr/månad. Förvaltningen motiverar hyresskillnaden med att lägenheterna på nya Hagen har tillgång till uteplats vilket lägenheterna på gamla Hagen inte har. I övrigt är det samma standard på lägenheterna och alla kommer att ha tillgång till de allmänna gemensamma ytorna.

Senare i steg två kommer även lägenheterna på Hemgården omfattas. Hemgården planeras att renoveras under 2024 och ett nytt bruksvärde kommer då att sättas och samma modell och kvadratmeterpris för hyressättning kommer tillämpas.

Förvaltningen eftersträvar att samtliga lägenheter inom särskilt boende för äldre i kommunen skall ha likvärdig standard och likvärdig hyra. Hyrorna för samtliga lägenheter kommer baseras på samma kvadratmeterpris både på boendeytan/lägenheten samt samma pris per kvadratmeter för gemensamhets ytorna på båda boendena. De stora skillnaderna kommer vara utifrån hur stora de gemensamma ytorna är på respektive boende samt tillgång till egen uteplats eller ej.

Hyrorna erläggs månaden efter. Vid utflyttning och uppsägning gäller sedvanliga regler enligt hyreslagen men enskilda överenskommelser kan göras med hyresvärderna.



Juridisk bedömning

Följande lagstiftningar har beaktats:

Jordabalken 12kap (alltjämt Hyreslagen)

Socialtjänstlagen

Cirkulär SKR

Motivering av förslag till beslut

Förvaltningen bedömer att det föreslagna kvadratmeterpriset enligt utredningen är en godtagbar nivå för vad en nyproducerad och nyrenoverad lägenhet inom särskilt boende kan kosta. Att förvaltningen även ser över och föreslår en modell för gemensam hyressättning för alla lägenheter inom särskilt boende för äldre är också att föredra för att nå likställda hyror på boendena på sikt.



Halvårsrapport 2023 - Avvikelser

Sammanfattning

Inom socialförvaltningens verksamheter rapporteras avvikelser enligt socialtjänstlagen, SoL, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS samt hälso- och sjukvårdslagen, HSL. Rutiner för avvikelserapportering finns upprättade.

För att minimera att missförhållanden och vårdskador sker krävs att händelser uppmärksammas, att orsakerna till händelserna analyseras och att det sker ett systematiskt arbete för att förebygga att liknande händelser, så långt det är möjligt inte sker igen. Det är viktigt att sammanställa och återföra erfarenheter från avvikelshanteringen till verksamhetens personal och andra berörda samt att använda erfarenheterna i det förebyggande arbetet. Detta är grunden till ett systematiskt kvalitetsarbete.

Under första halvåret 2023 har totalt 1051 avvikelser upprättats. Det är en ökning jämfört med första halvåret 2022 (987).

Av det totala antalet avvikelser utgör 918 avvikelser enligt HSL. Det är en ökning jämfört med förra halvåret 2022 som hade 751 avvikelser. Under första halvåret 2023 har sju avvikelser inkommit till Herrljunga HSV från annan vårdgivare, avvikelser i vårdsamverkan.

En minskning i år, jämfört med första halvåret 2022 av rapporterade händelser inom SoL, LSS. Den större delen av de rapporterade händelserna har skett inom äldreomsorgen, i form av brister i trygghet pga. utåtagerande bland medboende. Brister i omsorg kan dels vara i själva utförandet, att insatser inte genomförs enligt behovet och överenskommet eller kvalitetsmässigt, dels att insatser inte har utförts alls. Bedömningen är att det i vissa verksamheter saknas avvikelserapporteringar över händelser som faktiskt har hänt.

Att verksamheter har många rapporterade avvikelser eller få rapporteringar är inte alltid detsamma som att det är en dåligt fungerande verksamhet med många händelser eller en bra fungerande verksamhet utan händelser. Det kan bero på hur aktivt och medvetet eller inte aktivt och medvetet verksamheten arbetar med avvikelser. Analys av resultat såväl ökningarna som minskningarna av avvikelser är viktigt att genomföra, i berörda verksamheter, chefer och medarbetare tillsammans. Vilket sker på möten i verksamheterna. Dokumentation behöver förbättras i t.ex. uppföljningar och utredningar samt åtgärder.

Beslutsunderlag

Halvårsrapport 2023 avvikelser
Tjänsteskrivelse daterad 2023-09-01

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut att Socialnämnden godkänner Halvårsrapport 2023 gällande förvaltningens avvikelser under första halvåret. Informationen läggs till handlingarna.

Paula Wolffsohn
SAS/Kvalitetsstrateg

Mattias Olerot
MAS/Kvalitetssamordnare

DIARIENUMMER: 118/2023

FASTSTÄLLD: 2023-09-26

DOKUMENTANSVAR: SAS/Kvalitetsstrateg
MAS/Kvalitetssamordnare

Halvårsrapport

Avvikelser 2023

Socialnämnden



HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

Innehåll

Sammanställning av avvikelshantering inom socialförvaltningen – första halvåret 2023.....	2
Avvikelsehantering enligt Socialtjänstlagen, Lag om stöd och service för vissa funktionshindrade samt Hälso-och sjukvård.....	2
Avvikelse inom hälso-och sjukvård	4
Bedömning av allvarlighetsgrad och sannolikhet.....	4
Fall.....	4
Läkemedelshantering.....	7
Övriga avvikelser Hälso-och sjukvård	9
Externa avvikelser	9
<i>Avvikelse från Herrljunga kommun</i>	10
Avvikelse enligt SoL och LSS	11
Bakgrund	11
Resultat	11
Rapporterade avvikelser från verksamheter	12
Klagomål och synpunkter.....	16
Lex Sarah.....	17

Sammanställning av avvikelshantering inom socialförvaltningen – första halvåret 2023

Avvikelsehantering enligt Socialtjänstlagen¹, Lag om stöd och service för vissa funktionshindrade² samt Hälso-och sjukvård³

Rutiner och riktlinjer för avvikelserapportering finns upprättade vilka ger information om hur avvikelser ska hanteras i verksamheten, dokument återfinns i ledningssystemet på kommunens intranät. I hanteringen av avvikelser ingår skyldigheten att utreda och rapportera missförhållanden eller risk för missförhållanden inom socialtjänsten (Lex Sarah) samt skyldigheten att rapportera händelser som medfört vårdskada eller risk för vårdskada inom hälso-och sjukvård (lex Maria).

Avvikelsehantering – en del av det systematiska kvalitetsarbetet

Personal som arbetar inom verksamheter enligt SoL, LSS och HSL har en skyldighet att medverka till god kvalitet och att verksamhetens kvalitet systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Skyldigheten att medverka till god kvalitet innebär att varje medarbetare ansvarar för att uppmärksamma och rapportera avvikelser i verksamhetens kvalitet samt lämna förslag på förbättringar.

Med kvalitet menas att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar, föreskrifter och beslut. Om verksamheten inte uppfyller dessa krav föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera.

Syftet med att uppmärksamma och rapportera brister i kvalitén dvs. avvikelser är att dra lärdom av det som hänt och att med olika förbättringsåtgärder säkra verksamhetens kvalitet. Huvudsyftet är att upptäcka och åtgärda brister i verksamhetens processer och rutiner, inte att peka ut enskilda medarbetare. Det är viktigt att sammanställa och återföra erfarenheter från avvikelshanteringen, till verksamhetens medarbetare och andra berörda samt att använda erfarenheterna i det förebyggande arbetet.

Avvikelseprocessen

Att arbeta med avvikelshantering är ett gemensamt ansvar för all personal och är en del i socialförvaltningens systematiska kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9).

All personal ska rapportera händelser av betydelse för brukare/patientens säkerhet. Avvikelsen ska rapporteras i avvikelssystemet omgående efter upptäckt, samt utredas och följas upp.

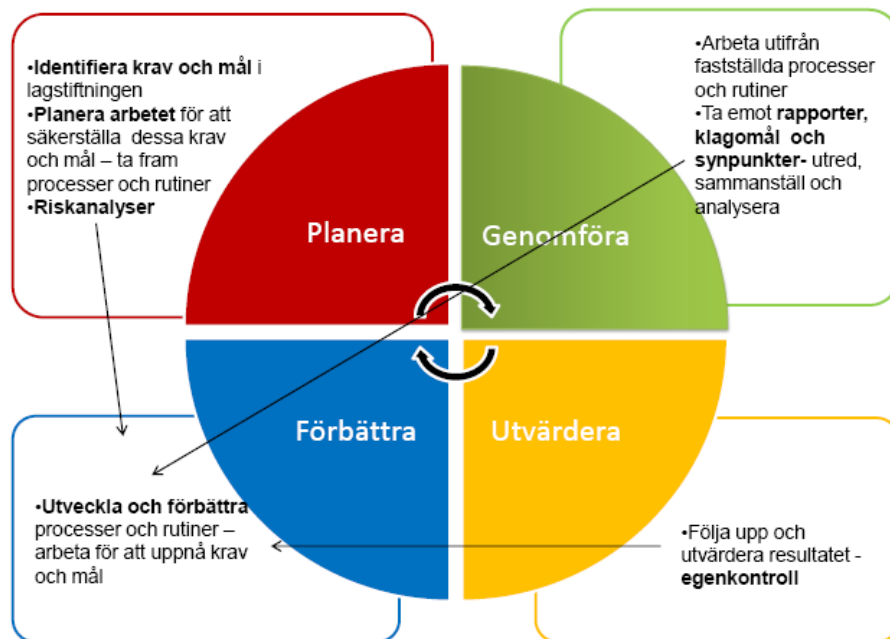
Händelse

¹ SoL

² LSS

³ HSL

1. en händelse som leder till att avvikelse upptäcks
2. den som upptäckt eller varit inblandad i händelsen ska dokumentera vad som hänt enligt avvikelsehanteringen
3. berörd ansvarig chef ska bedöma och vidta åtgärder samt dokumentera i journal och avvikelssystem
4. berörd ansvarig chef analyserar avvikelsen
5. ansvarig chef ska tillsammans med berörd personal följa upp händelsen och vidta åtgärder för att förhindra återupprepning
6. avvikelsen återkopplas till berörd personal/arbetsgrupp av ansvarig chef



Avvikelser inom hälso-och sjukvård

Socialstyrelsen definierar begreppet avvikelse enligt följande:

”En avvikelse är en händelse som medfört eller skulle kunnat medföra någon typ av skada för en patient, och som inte är förväntad utifrån patientens tillstånd eller vårdens karaktär”.

Rapportering av avvikelser gäller för samtliga patienter för vilka Herrljunga kommun har Hälso- och sjukvårdsansvar för. De personal som utför Hälso- och sjukvårdsinsatser har skyldighet att medverka till god kvalitet uppnås och att verksamhetens kvalitet systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

En avvikelse skrivs när en händelse som avviker från förväntat förlopp och som har lett till, eller risk förvårdskada. Genom att rapportera avvikande händelser kan brister och systemfel synliggöras. Syftet med avvikelser är att identifiera eventuella negativa mönster och/eller systemfel i verksamheten samt utifrån analys och sammanställning skapa underlag för arbete med kvalitetsförbättring.

Antal rapporter ger en vägledning inom vilka kategorier det finns störst behov av åtgärder. Avsaknad av eller ett lågt antal rapporter bör inte tolkas som avsaknad av problem eftersom antalet rapporterade avvikelser inte bara påvisar om det finns ett problem utan också på den enskilda individens möjlighet och kunskap att skriva en avvikelserapport. Av samma skäl bör antalet avvikelser inte användas som ett jämförande mått, till exempel för att bedöma om åtgärder haft effekt. För att kunna bedöma detta behöver avvikelserapporter följas upp, till exempel genom egengranskning och noggranna händelseanalyser.

För att kunna få ut bättre information från skrivna avvikelser bör vi arbeta fram en tydligare avvikelserapport, dels som är lätt att skriva samt att det ges möjlighet till att plocka ut användbar statistik och fakta. I verksamheterna finns en hög medvetenhet om vikten av att rapportera avvikelser och man har god följsamhet till att rapportera.

Bedömning av allvarlighetsgrad och sannolikhet

I processen att utreda avvikelser ingår att bedöma allvarlighetsgrad och sannolikhet för att en händelse skulle kunna inträffa igen. Det är en viktig del i avvikelshanteringen för att förstå vilka händelser som är allvarliga och om det finns risk för att de upprepas och patienter därmed riskerar att drabbas av vårdskada.

Fall

Varje fallolycka registreras i kommunens verksamhetssystem VIVA. Fall definieras som en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffat eller inte. Det innebär att det inte bara är att någon snubblar eller halkar som avses med fall, utan även när någon rullat eller glider ur sängen eller glider ner på golvet från en rullstol/stol. En fallskada är en fysisk och psykisk konsekvens som uppstår vid fallolycka.

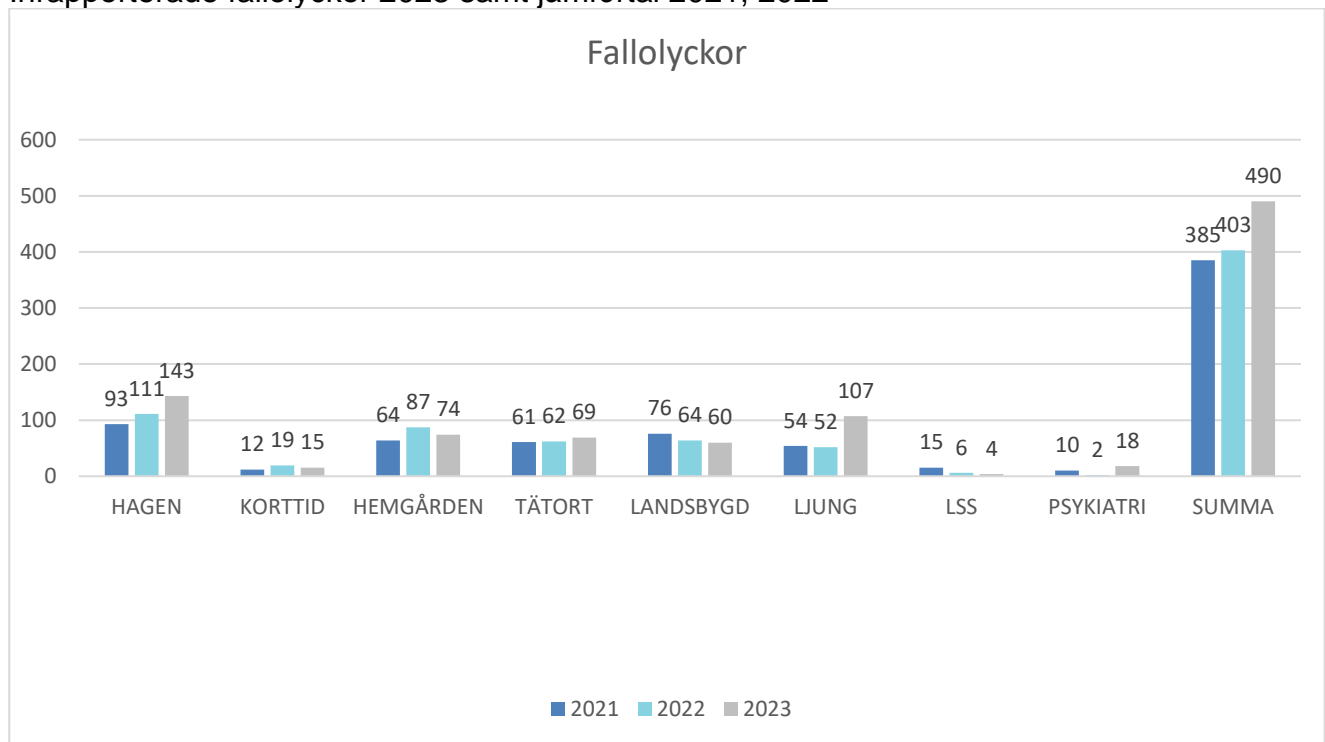
Legitimerad personal: sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut ingår i team tillsammans med enhetschef och vård- och omsorgspersonal där riskbedömningar utförs med hjälp av bedömningsinstrument i Senior alert och VIVA. Resultaten ligger i första hand till grund för det

systematiska patientsäkerhetsarbetet för fallskadeprevention för att förhindra uppkomst av eller påverka förlopp kan leda till fall/fallolycka.

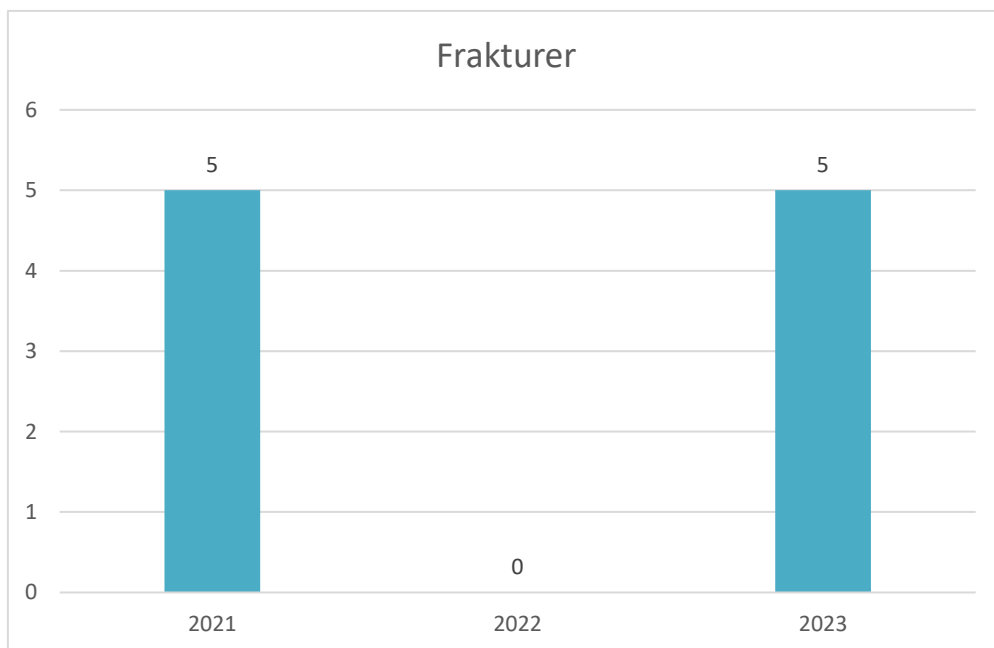
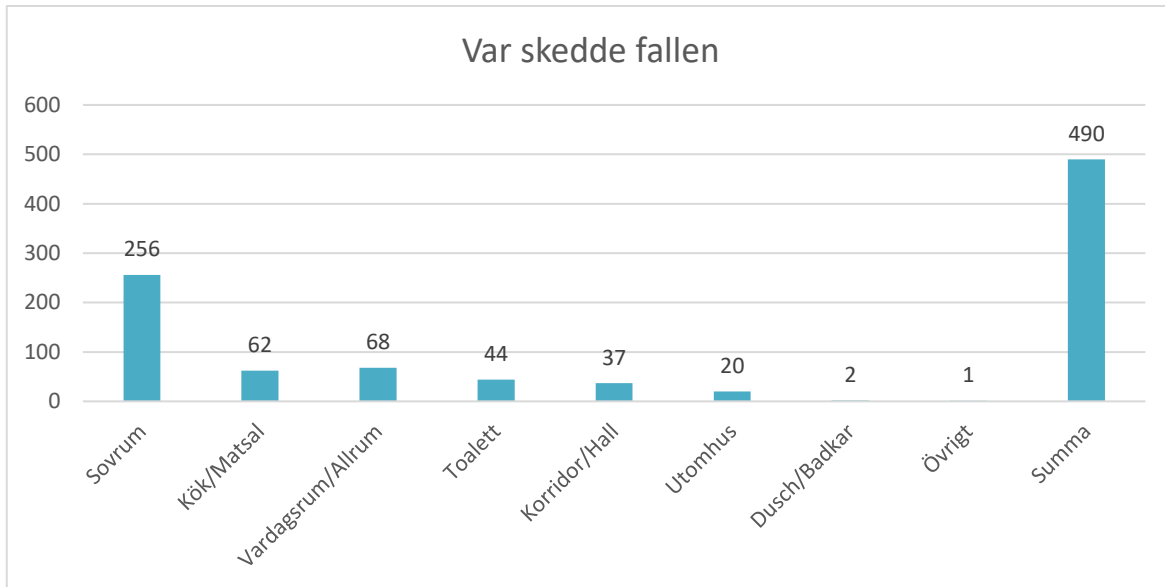
Syftet med rapporteringen är att vid varje fallolycka utföra en fallrisk-utredning vilket är en kort utredning/analys av det som inträffat samt förebygga att det inte händer igen på individnivå. På områdesnivå/enhetsnivå är syftet att registrera avvikelser på fall som en del i det systematiska förbättringsarbetet för att upptäcka och åtgärda brister i verksamhetens processer och rutiner för att verksamhetens kvalitet ska utvecklas och säkras.

Enhetschef på respektive enhet ansvarar för att fallförebyggande arbete genomförs, samt att rutin för rapportering av fallolyckor är känd och används av all personal. Ansvarig kontaktman genomför fallprevention hos sina patienter för att minimera risken för att falla. Patienter och närstående informeras om betydelsen av att förebygga fall och eventuella skador.

Inrapporterade fallolyckor 2023 samt jämförtal 2021, 2022



Fakta avvikelser fall/fallolycka första halvåret 2023



- Under första halvåret 2023 registrerades 490 fallolyckor. Här ser vi en liten ökning av dokumenterade avvikelser av fallolyckor jämfört med samma tidsperiod 2022. Det finns 5 dokumenterade frakturer i samband med själva fallet. Förebyggande arbete för att minska antalet fallolyckor med riskbedömningar utförs regelbundet i VIVA samt i kvalitetsregistret Senior alert.
- Antal unika patienter som registrerades för fall under första halvåret var 138 . Detta innebär att en unik patient faller mer än en gång.
- Vid samtliga fall var 20 av incidenterna som patienten använde höftbyxa (polstrad trosa/kalsong som ger skydd för höftpartiet vid fall).
- Av de 490 registrerade fallavvikelseerna uppgav 157 patienter att de använt gånghjälpmedel vid fallet.

Läkemedelshantering

Socialstyrelsen definierar begreppet avvikelse enligt följande: ”En avvikelse är en händelse som medfört eller skulle kunnat medföra någon typ av skada för en patient, och som inte är förväntad utifrån patientens tillstånd eller vårdens karaktär”.

Iordningsställande av läkemedel, det vill säga uppdelning av läkemedel till enskild patient sker via dosdispensering (= maskinellt eller manuellt iordningsställande av läkemedel i patientdoser, en upphandlad tjänst av Västra Götalandsregionen) alternativt att sjuksköterska delar patientens dosett veckovis ur läkemedlets originalförpackning. Administrering av läkemedel, överlämnande av en iordningsställd läkemedelsdos till patient, utförs till största del av delegerad vård- och omsorgspersonal. Delegerad vård- och omsorgspersonal kan även administrera läkemedel till patient ut originalförpackning.

De framarbetade rutinerna för läkemedelshantering som finns är lika för hela förvaltningen. Varje patient har en pärm med ordinationshandling i sitt boende. Läkemedlen förvaras i den enskildes bostad. En stor del av patienterna har låsbara läkemedelsskåp. I enstaka fall förvaras läkemedel hos hemtjänstpersonalen där det inte är möjligt att ha en säker hantering i det ordinära boendet.

Avvikelse läkemedel registreras i förvaltningens verksamhetssystem VIVA och skickas till enhetschef där händelsen inträffat. Denne utreder händelsen och om annan enhetschef bör informeras eller överta avvikelsen skickas den vidare till berörd enhetschef.

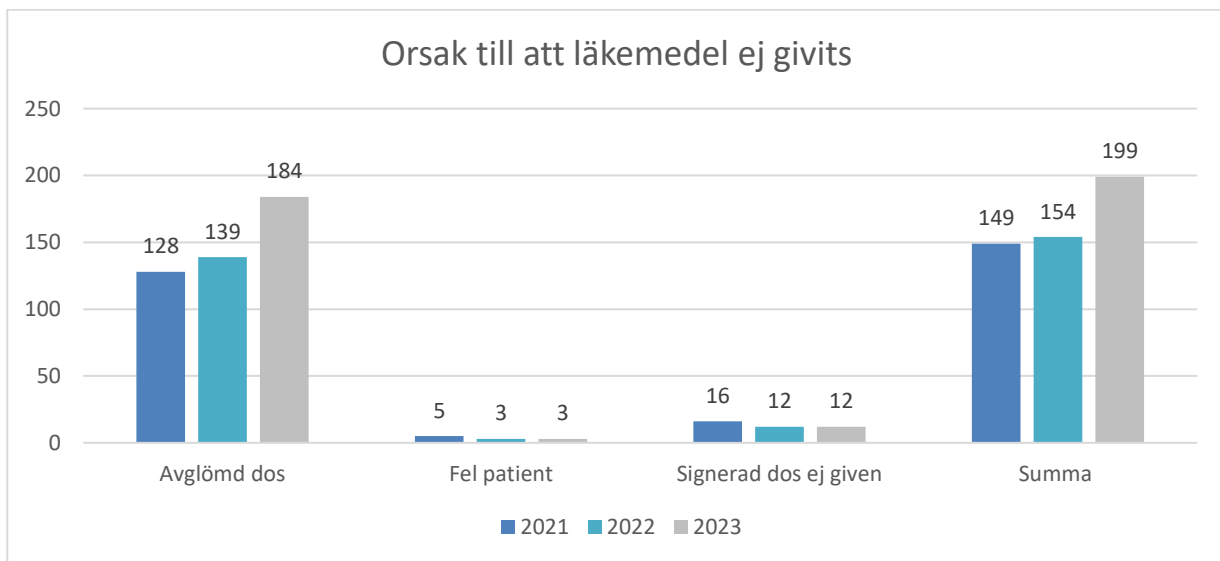
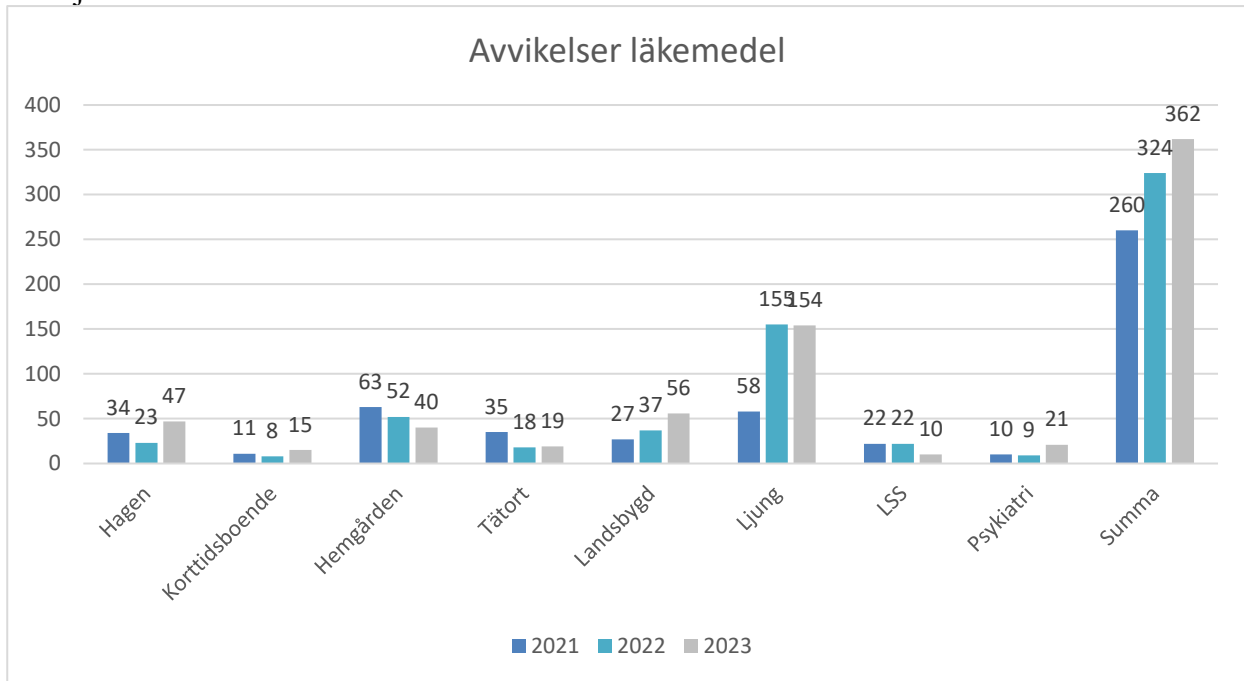
Sjuksköterskan kontaktas snarast av personal och analyserar och ger en bedömning ur ett medicinskt perspektiv. Vidtagna åtgärder återkopplas till personal samt samtal kring hur liknande händelse kan förhindras framöver. Resultat återkopplas även till enhetschef som återkopplar till enhetens personal på APT för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Fakta avvikelser läkemedel

Antal registrerade avvikelser läkemedel under första halvåret 2023 var 362, en ökning med 35 avvikelser jämfört med samma tidsperiod föregående år.

Läkemedelsavvikelser

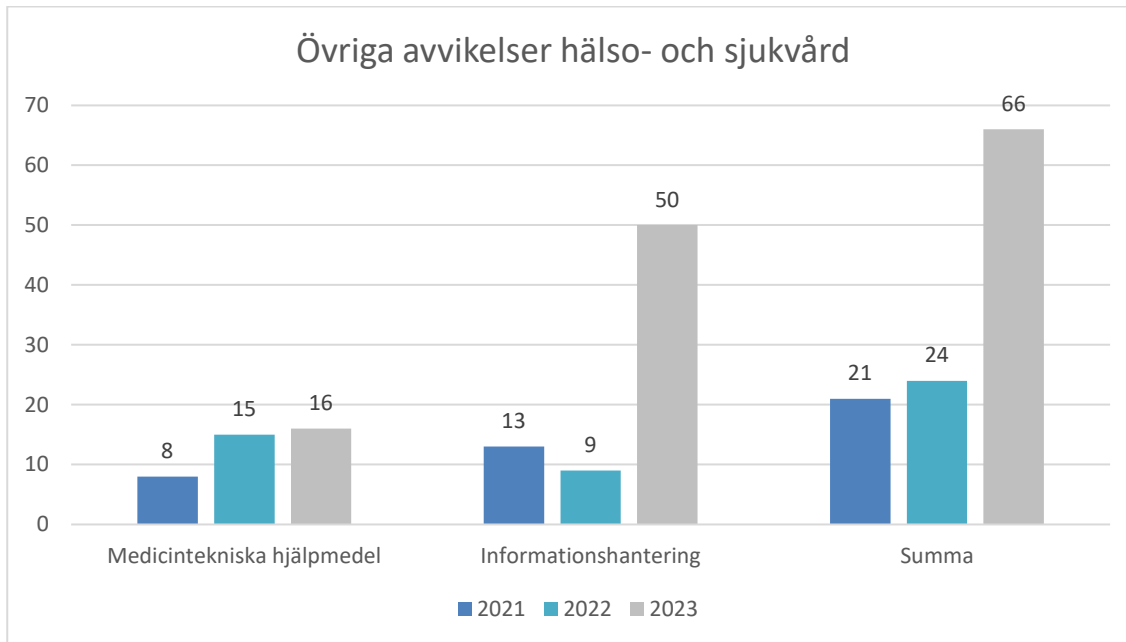
Nedan visas tabell med antal registrerade avvikelser läkemedel första halvåret 2023 enhetsvis samt jämförelsetal 2021 samt 2022.



Typ av läkemedel som glömts bort att distribueras är smärtstillande läkemedel, blodförtunnande läkemedel och insulin.

Utfallet i halvårsrapporten utgör ett underlag för verksamhetsutveckling och ett ständigt pågående förbättringsarbete gällande läkemedelshandling. Alla är informerade om att det är viktigt att rapportera negativa händelser/avvikelser. Antalet avglömd dos har ökat något sedan föregående år.

Övriga avvikelser Hälso-och sjukvård



Medicinteknisk produkt/rehab

16 avvikelser har registrerats under första halvåret 2023. Orsaker är främst bristande dokumentation samt kommunikation.

Informationshantering internt

Avvikelser rörande informationshantering internt har rapporterats i 50 avvikelser. En kraftig ökning jämfört med samma tidsperiod 2022. Flertalet av avvikelserna gäller bristande dokumentation i MCSS som är förvaltningens digitala signeringsverktyg. Ökningen kan bero på att personalen har informerats om att det är viktigt att skriva avvikelser gällande MCSS. Det är svårt att avgöra om antalet verkliga avvikelser har ökat. Ett flertal av avvikelserna har dokumenterats på felaktigt.

Inkomna klagomål/synpunkter

Klagomål inkommer från brukare, närstående, personal, andra vårdgivare/myndigheter, klagomål rör brister i verksamhetens kvalitet. Ett klagomål/synpunkt har inkommit under första halvåret 2023.

Lex Maria

Två Lex Maria anmälningar har inskickats till IVO under första halvåret 2023. Förvaltningens utredning visar på allvarlig vårdskada/risk för vårdskada.

Externa avvikelser

Externa avvikelser som rapporteras är avvikelser i närvårdssamverkan mellan vårdgivare. Avvikelserna rapporteras i IT-stödet Med Control Pro. Oftast handlar det om informationsöverföring vårdgivare emellan. Syftet är att dra lärdom av det som hänt och att med olika förbättringsåtgärder säkra verksamhetens kvalitet samt stärka patientsäkerheten.

Avvikelser från Herrljunga kommun

Under första halvåret 2023 har HSV Herrljunga kommun sänt 21 avvikelser till Västra Götalandsregionen. Skickade externa avvikelser handlar främst om bristande kommunikation, felaktiga läkemedelslistor och dokumentation.

Avvikelser till Herrljunga kommun

Under första halvåret 2023 har 7 avvikelser sänds till Herrljunga HSV från annan vårdgivare. Inkomna externa avvikelser handlar om bristande kommunikation och bemötande.

Enheterna gör alltid en analys vid inkomna avvikelser samt att avvikelser/utredning leder till förändring och förbättring i verksamheten. På individuella kvalitetsmöten med enhetschefer går vi igenom avvikelser samt halvårsrapport för respektive enhet.

Mattias Olerot
MAS/Kvalitetssamordnare

Avvikelser enligt SoL och LSS

Begreppet avvikelser innefattar:

- avvikelse enligt SoL, LSS
- klagomål och synpunkter SoL, LSS
- lex Sarah

Avvikelser ska dokumenteras i de fall verksamheten av någon anledning inte kunnat fullfölja/utföra insatser som den enskilde är berättigad till med den kvalitet som ska upprätthållas, eller där verksamheter direkt eller indirekt orsakar de händelser som sker.

Avvikelser är inte när en enskild själv tackar nej, avbokar sina beviljade insatser eller inte finns hemma på överenskommen tid. Vid sådana händelser ska det dokumenteras i den enskildes journal och en bedömning göras, om genomförandet av insatser behöver göras på ett annat sätt, ändringar i tid etc. eller i övrigt följas upp.

Bakgrund

I verksamhetssystemet Viva inhämtas uppgifterna gällande avvikelser för vård och omsorg samt verksamheter enligt LSS. Inom delar av socialt stöd samt IFO och administration dokumenteras avvikelser i lexmodul i Viva. Avvikelsehantering med rapportering, analys och åtgärder är återkommande på kvalitetsmöten med enhetschefer och förvaltningsledning. Synpunkter och klagomål är en del i avvikelsehantering, dessa kan även inkomma via Herrljunga kommuns hemsida - synpunktshantering. Synpunkter och klagomål som inkommer diarieförs i kommunens diarie- och handläggningssystem.

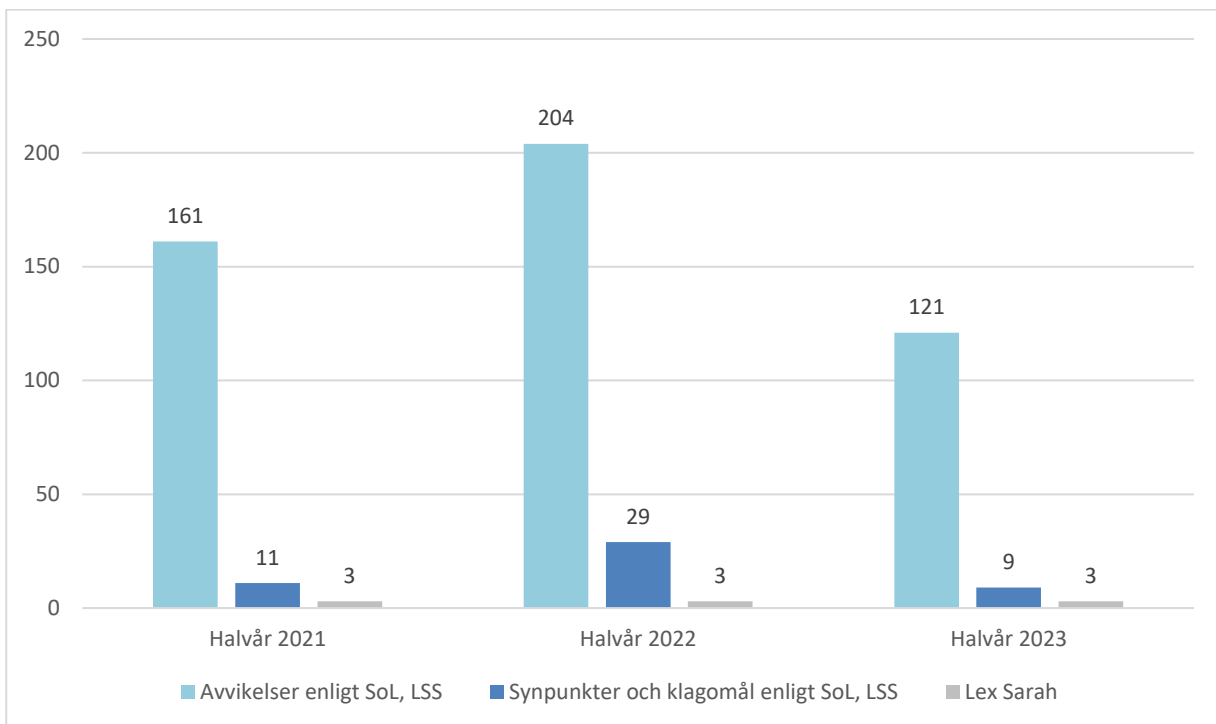
Resultat

Antalet dokumenterade avvikelser SoL, LSS samt synpunkter och klagomål har i jämförelse med halvåret 2022 minskat. Antalet lex Sarah under halvåret 2023 är detsamma som för halvåret 2022. Äldreomsorgen står för den större delen av rapporterade händelser. Under halvåret 2022 var avvikelserna inom äldreomsorgen ungefär lika fördelat på särskilt boende och på hemtjänst. Under halvåret 2023 är skillnaden mer markant, 27 avvikelser är rapporterade inom hemtjänst och 80 inom särskilt boende för äldre. Antalet avvikelser inom hemtjänst är mycket lägre än halvåret 2022. Skillnader finns mellan olika boendeenheter och hemtjänstgrupper. Att det faktiskt har skett fler avvikande händelser i vissa verksamheter, men som inte rapporterats är ett faktum. Hur många avvikelser som kan sägas vara rimligt på ett år är mycket svårt att bedöma. Ett antal om ca 350-400 avvikelser enligt SoL samt LSS per helår *kan* kanske vara rimligt i en socialförvaltning i Herrljungas storlek och enligt tidigare resultat genom åren.

Finns det en osäkerhet generellt om avvikelsehantering eller i enskild händelse kan dialog med fördel föras med SAS som kan ge råd och stöd. Det är viktigt att lagstiftning och föreskrifter kring kvalitetsarbete finns med i introduktionen av nya medarbetare och chefer. Dialog behöver föras löpande kring avvikelser, göra analys om vad, hur och varför händelser sker samt vilka åtgärder som behöver vidtas och vikten av att rapportera avvikelser, i syfte att åtgärda brister samt minimera risker i verksamheten. Systematiskt kvalitetsarbete är ett ständigt pågående arbete.

Översikt

Typ	Helår 2020	Halvår 2021	Helår 2021	Halvår 2022	Helår 2022	Halvår 2023
Avvikelse enl. SoL, LSS	307	161	309	204	309	121
Synpunkter och klagomål SoL, LSS	21	11	31	29	31	9
Lex Sarah	7	3	5	3	5	3
Totalt	335	175	345	236	345	133



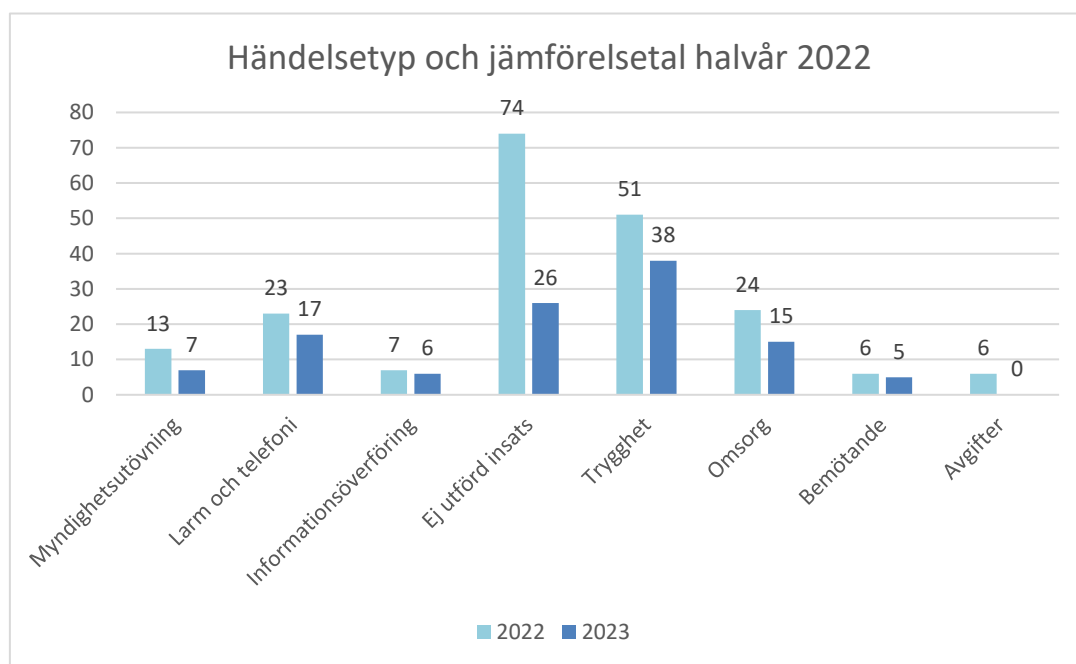
Rapporterade avvikelser från verksamheter

Viktigt att poängtera är att det faktum att verksamheter har många rapporterade avvikelser eller få rapporteringar är inte alltid detsamma som att det är en dåligt fungerande verksamhet med många händelser, eller en väl fungerande verksamhet utan händelser. Det beror som oftast på hur aktivt och medvetet eller inte aktivt verksamheten arbetar med avvikelser där det uppstår konsekvenser för brukare eller där det finns en risk för negativa konsekvenser. Detta kan påverkas av flera faktorer, så som bristande kunskap hos personal om vad som ska rapporteras och hur samt i vilket syfte, eller att det finns en kultur på arbetsplatsen som innebär att avvikande händelser inte rapporteras. Det är väsentligt att det råder ett öppet klimat och att en dialog sker på arbetsplatsen när händelser inträffar om vad som är orsaken till det inträffade och vilka förändringar/åtgärder som behöver göras för att samma typ av händelse inte ska ske igen. Vanligt är att personal uppfattar en avvikelse som en rapportering av att en enskild personal agerat felaktigt eller bristfälligt, vilket i sig inte är fallet. Det är viktigt att tydliggöra att avvikelseprocessen är en del

av kvalitetsarbetet och därmed ska fokus ligga på organisatoriska brister och risker i olika processer i verksamheten, inte att finna ”syndabocker” bland personal som berörs.

Ett ökat antal registrerade avvikelser skapar ett bättre underlag för ett utökat systematiskt kvalitetsarbete (analys och uppföljning) och möjliggör att brister samt risker åtgärdas i tid. Risk med bristande rapportering av avvikelser är att brister inte uppmärksammas förrän konsekvenser för enskilda blir stora. Några verksamheter står för den större delen av avvikelserna medan andra verksamheter har ett fåtal avvikelser av ovanstående slag. Att uppmärksamma avvikelser, rapportera, analysera, åtgärda och förbättra är en viktig del i ett aktivt systematiskt kvalitetsarbete. Upprepade händelser av samma slag är en brist i verksamheten och kan leda till en utredning och anmälan enligt lex Sarah.

Avvikelser följs upp på arbetsplatsträffar genom dialog i arbetsgruppen, orsak till händelser och åtgärder för att förhindra att samma typ av händelse ska upprepas. Dokumenterade uppföljningar av enhetschef släpar efter i några verksamheter bland annat på grund av chefer som slutat och vakanser i chefsgruppen. Det blir svårt för nya chefer att i efterhand kunna följa upp och utvärdera åtgärder. Avvikelser är en del av det som tas med till kvalitetsmöten med enhetscheferna.



Jämförelsetal för halvår 2021 är inte inkluderat då händelsetyperna benämndes på annat sätt.

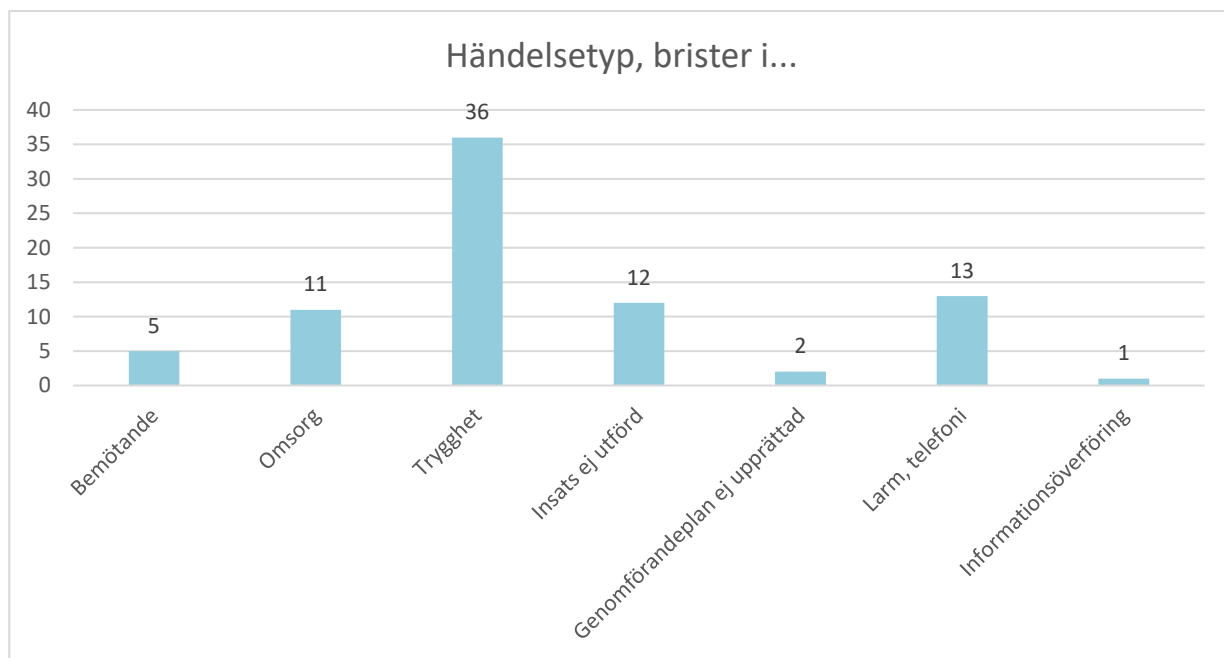
Särskilt boende för äldre

Korttidsboendet Furuhaugen har rapporterat in 5 avvikelser enligt SoL under första halvåret 2023. Utifrån antal bedöms verksamhetens följsamhet till avvikelserutiner vara tveksamt. Det finns anledning för enhetschef tillsammans med sin personal ha en dialog om avvikelserapporteringen.

Inom Hagens särskilda boende har 27 avvikelser rapporterats, 5 av dessa handlar om brister i bemötande och 5 om brister i trygghet. Vi närmre granskning handlar en del av avvikelserna avseende bemötande om boende som agerar hotfullt eller våldsamt mot medboende. Händelser av

denna form ska rapporteras som brister i trygghet, avvikelsetypen brister i bemötande är avsett att avse brister i bemötande från personal. Situationer där brukare blir skrämde eller hotade av andra brukare kan variera över tid och är svåra att förebygga under dygnets alla timmar, speciellt på ett boende med inriktning för personer med kognitiv svikt. Behovet kan variera över tid och det är viktigt att behovet hos brukarna styr vilka resurser som behövs i verksamheten för att säkerställa trygghet.

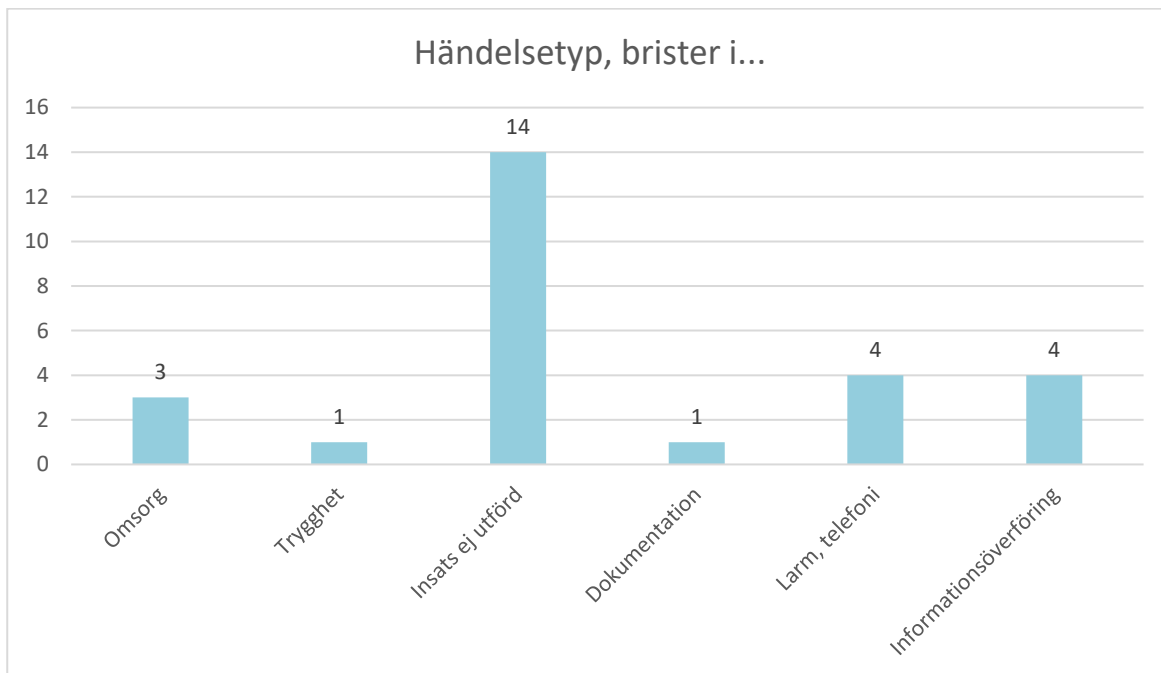
Inom Hemgårdens särskilda boende har 48 avvikelser rapporterats varav 19 av dessa handlat om brister i trygghet. 9 av dessa handlar om att medicinskåp inte låsts, stått vidöppna eller läkemedel som legat utanför skåpet. Det har i efterhand uppmärksammats att det handlat om att läkemedelsskåpen varit felaktigt konfigurerade vilket resulterat i att det krävts både kod och tagg för att stänga skåpet. Det är möjligt att detta bidragit till att personal glömt att stänga skåpen, alternativt inte vetat hur de ska göra. Detta är nu åtgärdat genom att det ska räcka att stänga skåpsluckan för att skåpet ska låsas. Ett antal avvikelser avseende brister i omsorg samt ej utförd insats berör situationer där personal inte hunnit hjälpa boende i tid; larm som inte besvarats inom skälig tid, stöd vid toalettbesök eller byte av inkontinensskydd har inte hunnits. En boende hittades av personal i sin säng med intorkad avföring. Brukares trygghet ska säkerställas under dygnets alla timmar och ska kunna få hjälp inom skälig tid. Det är viktigt att behovet hos brukarna styr vilka resurser som behövs i verksamheten.



Hemtjänst

Hemtjänst har totalt 27 rapporterade avvikelser; Ljung 15, Tätort 3 och Landsbygd 9. I Ljung har fler avvikelser rapporterats än halvåret 2022, i Tätort och Landsbygd färre. En stor del av avvikelserna inom hemtjänsten för halvåret 2022 avsåg att dubbelbemanning inte genomförts enligt plan, och då främst i landsbygd. Under halvåret 2023 finns endast en avvikelse av detta slag rapporterad.

Det är en förhållandevis jämn fördelning av olika former av brister och händelsetyper i hemtjänstgrupperna Tätort och Landsbygd. I Ljung är 9 av 15 rapporterade avvikelser händelser där insatser ej utförts i enlighet med genomförandeplan.



IFO

I verksamhet myndighet har totalt 7 avvikelser rapporterats. Typ av händelse i dessa rapporter är; 4 avvikelser gällande brister i handläggning varav 3 av dessa avser för långa utredningstider i ärenden gällande barn, 1 avser brister i handläggning av försörjningsstöd. I samtliga fall där barnutredningar inte färdigställs inom lagstadgad tid (fyra månader) och dröjsmålet ej har godtagbar orsak, ska en avvikelse upprättas.

Vidare avser 2 avvikelser beslut som gått ut i tid utan uppföljning eller förlängning. I en av händelserna handlar det om att handläggare missat att lägga en bevakning i systemet, i det andra fallet har ett uppföljningsmöte blivit inställt och senarelagt.

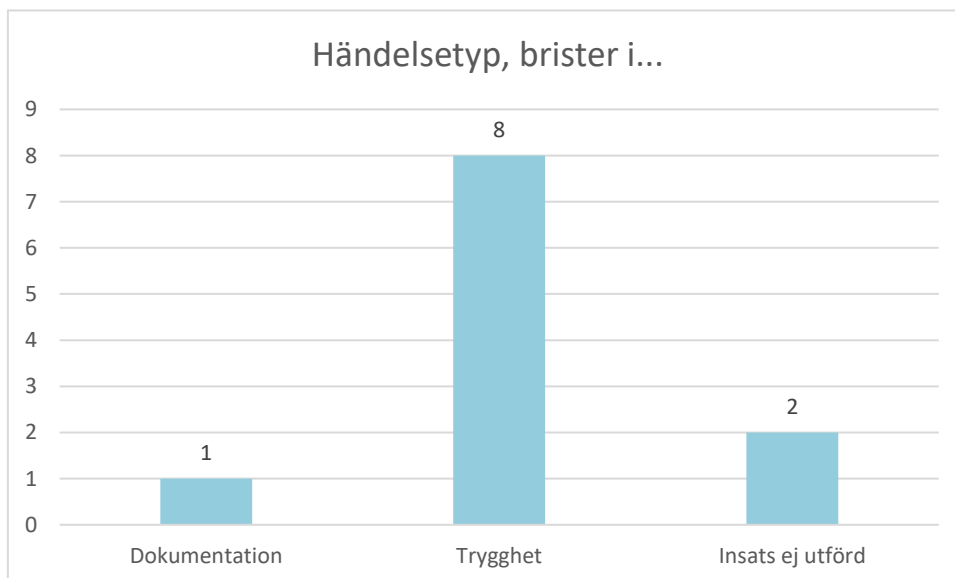
Bedömningen är att det inte upprättas avvikelser i den omfattningen som ska göras. Det har framkommit att det finns händelser som borde rapporterats som brister; avsaknad av dokumentation, beslut/förlängningar saknas, uppföljningar av insatser har inte skett innan

utgången av ett beslut. Det är viktigt att avvikelser dokumenteras för att synliggöra de brister som finns för att möjliggöra att kunna åtgärda dem.

Socialt stöd

Inom LSS, personlig assistans, boende, avlösarservice, boendestöd, daglig verksamhet samt ledsagning har det upprättats totalt 11 avvikelserapporter. Det är en minskning av antalet rapporterade avvikelser i jämförelse med 42 rapporterade avvikelser under första halvåret 2022. Av dessa 11 avvikelserapporter är 9 upprättade inom daglig verksamhet, 1 inom boende och 1 inom personlig assistans.

Den vanligaste formen av avvikelse är brister i trygghet och rör då situationer där brukare oroas/hotats av andra brukare på den dagliga verksamheten. Dessa situationer är svåra att helt och hållet förhindra, men rutiner kan anpassas för att undvika risken så långt möjligt. Under 2022 rapporterades flera avvikelser av händelsetypen bristande dokumentation. Detta har minskat, det har tidigare funnits svårigheter inom personlig assistans att dokumentera exempelvis på grund av bristande åtkomst till internetuppkoppling hos brukare. Detta är nu åtgärdat och inom socialt stöd har även en utbildningssatsning inom dokumentation påbörjats under våren 2023 och planeras fortsätta.



Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter kan inkomma på flera olika sätt, via hemsidan, muntligt eller i pappersform. Klagomål kan även ha lämnats till Inspektionen för vård och omsorg, IVO som därefter skickar till nämnden med hänvisning till huvudmannens skyldighet att utreda klagomålet.

Under första halvåret 2023 har 9 klagomål och synpunkter inkommit spridda över nämndens olika verksamheter. Det har handlat om exempelvis att det är svårt att få tag i faktureringsavdelningen, chefer och handläggare, att hemtjänsten brister i kvalitet under morgonbesöken, hantering av

signeringslista på korttidsboende samt om att matkostnaderna på särskilt boende är ovanligt höga i jämförelse med andra kommuner. Inga klagomål har inkommit via IVO.

Vissa klagomål som inkommer kan beröra olika lagrum, exempelvis både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Utredning av dessa klagomål sker oftast tillsammans med olika professioner, såsom enhetschef och legitimerad personal. Alla klagomål och synpunkter ska hanteras; det vill säga utredas, åtgärdas efter behov och återkopplas till den klagande i de fall det finns kontaktuppgifter. Bedömningen är att återkoppling sker till den klagande och att åtgärder vidtas i någon form. Det finns dock vissa brister i dokumentationen.

En utredning ska ske vid varje enskilt klagomål och synpunkt. En utredning kan vara kortare eller mer omfattande beroende på klagomålets omfattning och innehåll. Klagomål som inkommer via hemsidan eller via post hanteras genom SAS för diarieföring och SAS kontaktar ansvarig enhetschef för återkoppling till den klagande.

Uppfattningen är att det är fler klagomål och synpunkter som inkommer muntligt än vad som registreras. Det kan exempelvis bero på att dessa oftast hanteras i vardagen av chefer, exempelvis genom telefonsamtal som inkommer och där åtgärder vidtas omedelbart.

Lex Sarah

Tre rapporterade missförhållanden enligt lex Sarah har upprättats under första halvåret. Två utredningar avser brister i bemötande på särskilt boende, en på Hagen och en på Hemgården. Liknande brister identifierades i dessa utredningar; brister i följsamhet till rutiner gällande avvikelser och rapporteringsskyldigheten samt brister i professionellt förhållningssätt till brukare.

En utredning avser brister i handläggning av försörjningsstöd, där händelsen efter utredning bedömts som så allvarlig att det har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Ärendet är avslutat utan vidare åtgärd hos IVO, det är dock viktigt att långsiktiga åtgärder fortgår för att åtgärda risker och brister.

Olika lång tid efter att ärendena har avslutats gör SAS en uppföljande granskning av de planerade åtgärderna, att de har genomförts och vilka resultat de haft. En kort sammanfattning av denna uppföljning tillförs ärendet i diariet.

Anmälan*	Verksamhet	Händelsen	Åtgärder bl.a.
Nej	Hemgården	Brister i bemötande	Omedelbara åtgärder för att trygga brukaren, samtal med berörd personal, justering av rutiner samt genomgång på arbetsplatsträff
Ja Avslutad hos IVO	IFO Vuxen	Brister i handläggning – bristande beslutsunderlag, dokumentation, beslut fattade utan delegation, bristande granskning	Utbildningsinsatser planerade för hösten 2023, upprättande av nya rutiner, organisationsförändringar
Nej	Hagen	Brister i bemötande och förhållningssätt	Samtal med arbetsgruppen, utbildningsinsatser avseende rapporteringsskyldighet samt

			professionellt förhållningssätt planerade för hösten 2023
--	--	--	--

*Anmälan till IVO, missförhållandet eller risken för missförhållande har bedömts som allvarlig

Lex Sarah – kort beskrivning

Såväl *utförda handlingar* som handlingar som någon av *försummelse* eller av annat skäl har underlåtit att utföra som innebär eller har inneburit hot eller medfört konsekvenser för enskild och som har inträffat i egna verksamheten.

Den *yttersta* gränsen för den egna verksamheten går vid den egna nämnden, för att utredare behöver ha tillgång till uppgifter samt att det finns möjlighet och befogenhet att vidta de åtgärder som behövs. Egna verksamheten, mera lokalt och som ligger närmast tillhands, är där medarbetare arbetar. Där det finns kännedom om situationer och där upptäckter görs.

Det är väsentligt att identifiera bakomliggande orsaker till missförhållandet på *systemnivå*. Bakomliggande orsaker till ett missförhållande är orsaker som finns på så kallad systemnivå: något som är relaterat till organisationen i sig, ledningen och styrningen av en verksamhet och därför bidrar till varför ett missförhållande inträffat.

Syftet med att rapportera missförhållanden eller vad som ska framkomma i utredningen är alltså inte att peka ut en enskild anställd som syndabock, utan att förstå varför missförhållandet kunde inträffa i verksamheten. På så sätt kan verksamheten förhindra att något liknande inträffar igen.

1. Har missförhållandet inträffat i den egna verksamheten?
2. Berör missförhållandet någon som får eller kan komma i fråga för insatser inom den egna verksamheten?
3. Har någon utfört handlingar eller genom försummelse eller av annat skäl underlåtit att utföra handlingar?

Om utredningen visar att det inte var ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande enligt lex Sarah kan det ändå vara uppgifter, som den som bedriver verksamheten ska ta hand om, inom ramen för det systematiska förbättringsarbetet.

Bedömning är att det kan vara svårt för såväl personal som chefer att veta i vilka fall en händelse ska utredas enligt lex Sarah. Det kan ibland finnas en uppfattning av att enbart mycket allvarliga händelser ska utredas och detta är då ofta händelser som bedöms vara anmälningsskyldiga till IVO. Det är viktigt att poängtera att alla missförhållande samt risker för missförhållanden *ska* utredas och bedömas, även om de inte är så pass allvarliga att de är anmälningsskyldiga. Vid osäkerhet kan enhetschefer kontakta SAS för att diskutera händelsen och få stöd i att bedöma om en rapport enligt lex Sarah bör upprättas.

Paula Wolffsohn
SAS/Kvalitetsstrateg



Intern kontrollplan 2024

Sammanfattning

Kommunfullmäktige har antagit reglemente för intern kontroll. Kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret. Nämnderna har ansvar för intern kontroll inom sitt verksamhetsområde.

För 2024 har förslag till intern kontrollplan tagits fram för socialnämndens verksamhetsområden. Utgångspunkt för intern kontrollplan 2024 har varit en upprättad risk- och konsekvensanalys, i dialog, inom socialförvaltningens ledningsgrupp. Utifrån risk- och konsekvensanalysen som bland annat bygger på uppmärksammade brister under det gångna året och i övrigt viktiga områden som bör uppmärksammas för särskild kontroll, har ett förslag till intern kontrollplan 2024 tagits fram.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse daterad 2023-09-07
Intern kontrollplan 2024 för socialförvaltningen
Bilaga Risk- och konsekvensanalys

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till socialnämnden är att socialnämnden godkänner Intern kontrollplan 2024.

Paula Wolffsohn
SAS/Kvalitetsstrateg

Mattias Olerot
MAS/Kvalitetssamordnare

 Herrljunga kommun	Dokumentbeteckning Risk- och konsekvensanalys med åtgärdsplan för: Intern kontrollplan 2024	Dnr/Dokument ID 8/2023
	Antaget av/Ansvarig Jennie Turunen	Handläggare/Förvaltning/Arbetsplats Socialförvaltningens ledningsgrupp

Risicanalys

Beskrivning		Bedömning ¹			Nuläge	
Riskbenämning	Beskrivning	Sannolikhet	Konsekvens	Risikvärdering	Ansvar/Status	Prioritering/Åtgärd
Förutsägbara händelser som kan påverka verksamheten/miljön/säkerheten negativt.	1. Definiera, beskriv dessa förhållanden/händelser/risker.	2. Bedöm sannolikheten att händelsen inträffar. Värdera på en skala 1-4.	3. Beskriv och värdera konsekvenserna om händelsen inträffar på en skala 1-4.	4. Väg ihop risken. Multiplicera sannolikhet med konsekvens för att få ett riskvärde.	5. Kan riskerna accepteras eller minskas till en acceptabel nivå? Om svaret är nej, omdefiniera åtagande, ansvar.	6. Gör en prioritering. Behövs det en åtgärdsplan för att minska negativa konsekvenser?
1. Brist på följsamhet till Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete <i>IFO</i> <i>Socialt stöd</i> <i>Vård och omsorg</i>	Den del som avser analys av resultat från bland annat avvikelser, brukarundersökningar. Brist i analysarbete innebär svårigheter att kunna identifiera orsaker till resultat. Därmed försvåras delvis bedömningen av vilka åtgärder som behöver vidtas och delvis försvåras ett systematiskt förbättringsarbete	4	3	12	Nej	Se åtgärdsplan
2. Utredningstid, IFO barn och unga följer inte alltid lagstadgad tid <i>IFO – barn och familj</i>	Utredningstid, ska vara relevant till ärendets omfattning och pågå max 4 månader. Utredningar, uppföljningar och beslut ska ske rättssäkert utredningstid, barn ska hålla lagstadgad tid, som längst 4 månader	3	3	9	Nej	Se åtgärdsplan

¹ Sannolikhet - 1 (mycket liten), 2 (liten), 3 (stor), 4 (mycket stor).
Allvarlighetsgrad - 1 (mindre), 2 (måttlig), 3 (betydande), 4 (hög)

 Herrljunga kommun	Dokumentbeteckning Risk- och konsekvensanalys med åtgärdsplan för: Intern kontrollplan 2024		Dnr/Dokument ID 8/2023	
	Antaget av/Ansvarig Jennie Turunen		Handläggare/Förvaltning/Arbetsplats Socialförvaltningens ledningsgrupp	

3. Kvaliteten i genomförandeplaner brister <i>Socialt stöd, LSS Vård och omsorg IFO, behandlings- team</i>	Skyldighet att dokumentera i verkställighet sker bland annat i form av genomförandeplaner. Genomförandeplaner ska upprättas med brukarens delaktighet, hur brukaren varit delaktig ska framgå. Genomförandeplan är också ett verktyg för personal	3	3	9	Nej	Se åtgärdsplan
4. Kvaliteten i omvårdnadsplaner och funktions- och aktivitetsplaner brister <i>Vård och omsorg – hälso- och sjukvård</i>	Skyldighet att dokumentera i verkställighet sker bland annat i form av planer. Planer ska upprättas med patientens delaktighet. Planerna är också ett verktyg för personal	3	3	9	Nej	Se åtgärdsplan
5. Brister i dokumentation <i>Socialt stöd Vård och omsorg IFO - behandlings- team</i>	Skyldighet att dokumentera i verkställighet sker bland annat i form av löpande journalanteckningar. Dokumentationen ska ske med respekt för den enskildes integritet. Informationen ska vara saklig och utan egna värderingar. Dokumentation enligt lagstiftningarna Socialtjänstlagen, SoL Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS samt Hälso- och sjukvårdslagen	3	3	9	Nej	Se åtgärdsplan

 Herrljunga kommun	Dokumentbeteckning Risk- och konsekvensanalys med åtgärdsplan för: Intern kontrollplan 2024		Dnr/Dokument ID 8/2023
	Antaget av/Ansvarig Jennie Turunen	Handläggare/Förvaltning/Arbetsplats Socialförvaltningens ledningsgrupp	

6. Brister i följsamhet till hygienrutiner samt klädrutiner <i>Socialt stöd Vård och omsorg</i>	Riktlinjer och rutiner ska följas. Att inte följa hygienrutiner kan orsaka stor skada	4	4	16	Nej	Se åtgärdsplan
7. Ej verkställda beslut	Gynnande beslut ska verkställas omgående. Med vissa insatser kan verkställighet av olika skäl dröja. Generellt för de insatser som bygger på att det finns resurser i form av frivilliga/ lekmanuppdrag så kan det dra ut längre på tiden innan verkställighet kan ske	3	4	12	Riskerna kan inte accepteras men det finns ett bra kontrollsystem gällande ej verkställda beslut. Det är lagstiftat att en insats som överstiger en väntetid på tre månader till verkställighet från datum för beslutet, ska rapporteras till tillsynsmyndigheten, IVO varje kvartal. Det redovisas i nämnd och vidare upp i kommunfullmäktige. Ej verkställda beslut är på så vis kontrollerat och hanteras löpande. Tas inte upp som ett särskilt kontrollmoment i Interna kontrollplanen	Ingen åtgärd

 Herrljunga kommun	Dokumentbeteckning Risk- och konsekvensanalys med åtgärdsplan för: Intern kontrollplan 2024		Dnr/Dokument ID 8/2023	
	Antaget av/Ansvarig Jennie Turunen	Handläggare/Förvaltning/Arbetsplats Socialförvaltningens ledningsgrupp		Datum/Ersätter 2023-09-06

8. Utredningstid för LSS insatser <i>IFO - bistånd</i>	Utredningstiden från ansökan till beslut om LSS-insats (alla insatser), i medelvärde har stigit de senaste åren. Herrljunga kommun har avsevärt längre utredningstid än flertalet likvärdiga kommuner samt snittet för riket. Det finns ingen i lag beslutad handläggningstid för LSS-insatser, men det är angeläget att enskilda inte behöver vänta längre än nödvändigt på sin rätt att få en viss insats prövad av nämnden.	3	3	9	Nej	Se åtgärdsplan
9. Hantering av avvikelser <i>IFO Vård-och omsorg Socialt stöd</i>	Rapportering av avvikelser, främst inom SoL och LSS får konstateras vara bristande inom samtliga verksamhetsområden. Det finns kännedom om flera händelser som inte rapporterats, i vissa verksamheter rapporterades inga avvikelser under första halvåret 2023. Att inga avvikelser inträffat i dessa verksamheter under så lång tid är mycket osannolikt. Flera lex Sarah utredningar under 2023 visar på brister i följsamhet till avvikelshanteringsrutin samt rapporteringsskyldigheten. Utredning med åtgärder samt uppföljning är ofta bristande i avvikelser, för samtliga lagrum. Avvikelseprocessen är en väsentlig del av det systematiska kvalitetsarbetet, att utreda varför avvikelse sker och förhindra upprepning genom åtgärdande av risker samt brister.	4	3	12	Nej	Se åtgärdsplan

 Herrljunga kommun	Dokumentbeteckning Risk- och konsekvensanalys med åtgärdsplan för: Intern kontrollplan 2024	Dnr/Dokument ID 8/2023
	Antaget av/Ansvarig Jennie Turunen	Handläggare/Förvaltning/Arbetsplats Socialförvaltningens ledningsgrupp

Åtgärdsplan - minimera risken för fel och konsekvenser vid fel.

<i>Aktiviteter, åtgärder för att förebygga fel</i>	<i>Aktiviteter, åtgärder när det blir fel</i>	<i>Ansvar</i>	<i>Kommentar</i>	<i>Klart datum</i>
1. Månadsvisa kvalitetsmöten för EC med SAS och MAS <ul style="list-style-type: none"> Vilka resultat är aktuella att analysera? Har det/dessa analyserats och har de dokumenterats i en åtgärdsplan? 	<ul style="list-style-type: none"> Använda de verktyg (mallar) som finns Gemensamma ledningsgruppsmöten, delge varandra 	SAS/MAS/MAR EC VC FC		Löpande under året
2. Rättssäkerheten brister när utredningstid IFO, barn och unga inte alltid följer lagstadgad tid. Utredningstiden ska vara relevant till ärendets omfattning och pågå max 4 månader.	<ul style="list-style-type: none"> Kontinuerlig uppföljning av ärendegenomgång Avvikelseberättelser Analys och åtgärder Kontroll varje månad samt avstämning med EC under kvalitetsmöten 	EC SAS		Löpande under året Slumpvis valda
3-4. Skyldigheten att dokumentera i verkställighet sker bland annat i genomförandeplaner, omvårdnadsplan och funktions- och aktivitetsplan. Planerna ska upprättas med brukares/patients delaktighet. Planerna är ett arbetsverktyg för personal	<ul style="list-style-type: none"> Löpande uppföljning under året Granskning av planer, slumpvis utvalda inom respektive slag Kontakta EC när brister uppmärksammas 	EC SAS/MAS/MAR		Löpande under året
<i>Aktiviteter, åtgärder för att förebygga fel</i>	<i>Aktiviteter, åtgärder när det blir fel</i>	<i>Ansvar</i>	<i>Kommentar</i>	<i>Klart datum</i>

	Herrljunga kommun	Dokumentbeteckning Risk- och konsekvensanalys med åtgärdsplan för: Intern kontrollplan 2024	Dnr/Dokument ID 8/2023
Antaget av/Ansvarig Jennie Turunen		Handläggare/Förvaltning/Arbetsplats Socialförvaltningens ledningsgrupp	Datum/Ersätter 2023-09-06

6. Granskning av löpande journalanteckningar. Utbildning för enhetschefer och dokumentationsombud efter behov	<ul style="list-style-type: none"> - Uppföljning löpande under året med stöd av dokumentationsombuden - Loggningskontroll all personal 1 ggr/år, vid behov utökad loggningkontroll - Kontakta EC när brister uppmärksammas - Boka möten med aktuella EC och arbetsgrupper vid behov - Granskning av dokumentation, slumpvis utvalda inom respektive slag 	EC SAS/MAS/MAR	Vid behov. Minst en ggr/år Löpande under året
7. Påminnelse till arbetsgrupper om avvikelserutinen. Ett dokument för personal att skriva under att man fått information om hygienrutinen och att man förstår. Ska ingå vid introduktion av nya medarbetare. Socialstyrelsen webbutbildning – grundläggande samt inriktningar för olika grupper, intyg efter genomförd utbildning. Kolla upp i kunskapsguiden vad som finns som ytterligare stöd	<ul style="list-style-type: none"> - Enskilda samtal med personal - Samtal i arbetsgrupper - Avvikelsesrapportering - PPM mätning under våren 2024 - Av personal inhämta intyg efter genomförd utbildning. Socialstyrelsens hemsida, Hygienrutin för vård och omsorg 	EC MAS EC	Löpande under året Våren
8. Kartläggning av utredningsprocessen för LSS-insatser – vad är det som kan göra att utredningstiden kan bli lång, kan vi åtgärda?	<ul style="list-style-type: none"> - Granskning av utredningstider löpande, avstämning med EC på kvalitetsmöten månadsvis - Kontinuerlig uppföljning av ärendegenomgång - Analys och åtgärder 	SAS EC EC	

Herrljunga kommun

Intern kontrollplan 2024

Framtagen efter genomförd Risk- och konsekvensanalys 2023-09-06. Se bilaga

Socialnämnden					
Verksamhetsansvar					
Risk i rutin/process/system Rutinorienterade moment	Kontrollmoment	Risk- och väsentlighets- bedömning¹ RxV=RV			Ansvar för kontroll och rapportering Politiker/Tjänsteman
1. Följsamhet till Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete i den del som avser analyser av resultat samt åtgärder brister <i>IFO</i> <i>Socialt stöd</i> <i>Vård och omsorg</i>	Chefer använder de verktyg som finns för analys av resultat, gör bedömningar, planerar och genomför åtgärder med ett helhetsperspektiv - <i>framgår av dokumentationen</i>	4	3	12	MAS/Kvalitetssamordnare SAS/Kvalitetsstrateg
2. Utredningstid IFO, barn och unga följer inte alltid lagstadgad tid <i>IFO - Barn och familj</i>	Utredningstid, ska vara relevant till ärendets omfattning och pågå max 4 månader. Utredningar, uppföljningar och beslut ska ske rättssäkert - <i>utredningstid, barn ska hålla lagstadgad tid, som längst 4 månader</i>	3	3	9	Enhetschef SAS/Kvalitetsstrateg
3. Dokumentation ska ske på ett rättssäkert sätt <i>Socialt stöd, LSS</i> <i>Vård och omsorg</i> <i>IFO, vuxen - behandlingsteam</i>	Genomförandeplaner finns upprättade - <i>den enskildes delaktighet och uppgift om datum för uppföljning finns dokumenterat</i> - <i>mål för aktiviteterna</i>	3	3	9	Enhetschef SAS/Kvalitetsstrateg

Se skala för risk och väsentlighetsbedömning

Herrljunga kommun

Intern kontrollplan 2024

Risk i rutin/process/system Rutinorienterade moment	Kontrollmoment	Risk- och väsentlighets- bedömning ² RxV=RV			Ansvar för kontroll och rapportering Politiker/Tjänsteman
4. Dokumentation ska ske på ett rättssäkert sätt <i>Vård och omsorg - hälso och sjukvård</i>	Omvårdnadsplaner finns upprättade Funktions- och aktivitetsplaner finns upprättade - <i>patientens delaktighet och uppgift om datum för uppföljning finns dokumenterat</i> - <i>mål för insatserna</i>	3	3	9	Enhetschef MAS/Kvalitetssamordnare MAR
5. Dokumentation ska ske på ett rättssäkert sätt <i>Socialt stöd</i> <i>Vård och omsorg</i>	Dokumentation enligt lagstiftning Socialtjänstlagen, SoL Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, Hälso- och sjukvårdslagen, HSL - <i>löpande journalanteckningar</i>	3	3	9	Enhetschef SAS/Kvalitetsstrateg MAS/Kvalitetssamordnare MAR
7. Brister i följsamhet till hygienrutiner samt klädrutiner <i>Socialt stöd</i> <i>Vård och omsorg</i>	Följsamhet till rutin i lednings- systemet - <i>hygienrutinen är väl känd i verksamhet och följs</i>	4	4	16	Enhetschef Verksamhetschef MAS/Kvalitetssamordnare
8. Utredningstid för LSS insatser ska inte vara längre än nödvändigt <i>IFO - bistånd</i>	Utredningstiden ska stå i relation till ärendets komplexitet, handläggningsprocessen ska vara så enkel för den enskilde som möjligt. - <i>löpande granskning av ärendens utredningstider</i> - <i>kartläggning av orsaker till långa utredningstider</i>	3	3	8	Enhetschef SAS/Kvalitetsstrateg

Se skala för risk och väsentlighetsbedömning

Herrljunga kommun

Intern kontrollplan 2024

<p>9. Avvikelseprocessen ska vara väl fungerande i samtliga steg, från rapportering till uppföljning</p>	<p>Avvikelser rapporteras i större utsträckning och utredning samt uppföljning håller god kvalitet</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>avvikelser rapporteras i enlighet med gällande rutin</i> - <i>utredning och uppföljning finns på samtliga avvikelser</i> - <i>avvikelse, utredning och uppföljning innehåller den information som behövs för det systematiska kvalitetsarbetet</i> 	4	3	12	<p>Enhetschef SAS/Kvalitetsstrateg MAS/MAR/Kvalitetssamordnare</p>
--	--	---	---	----	--

Risk = R-värde

Sannolikhetsnivåer för fel:

Osannolik;	Risken är praktiskt taget obefintlig att fel ska uppstå.	Värde: (0)
Mindre sannolik;	Risken är mycket liten att fel ska uppstå.	Värde: (1)
Möjlig;	Det finns risk för att fel ska uppstå.	Värde: (2)
Sannolik;	Det är mycket troligt att fel kan uppstå.	Värde: (3)
Mycket sannolik;	Det är mycket troligt att fel ska uppstå.	Värde: (4)

Väsentlighet = V-värde

Påverkan på verksamheten/kostnaden om fel uppstår:

Försumbar;	Är obetydlig för de olika intressenterna och kommunen.	Värde: (0)
Lindrig;	Uppfattas som liten av såväl intressenter som kommunen.	Värde: (1)
Kännbar;	Uppfattas som besvärande för intressenter och kommunen.	Värde: (2)
Allvarlig;	Är så stor så att fel helt enkelt inte bör inträffa.	Värde: (3)
Mycket allvarlig;	Är så stor att fel helt enkelt inte får inträffa.	Värde: (4)

Risk och Väsentlighetsbedömning (R×V=RV)

Multiplicera R-värde med V-värde = Risk- och Väsentlighetsvärde

Punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler 2023

Sammanfattning

SKR genomför varje år en nationell punktprevalensmätning (PPM) av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler inom vård och omsorg. Mätningarna är observationsstudier som genomförs under en bestämd tidpunkt på medarbetare inom vård och omsorg i kommuner. En eller flera medarbetare får i uppdrag att observera sina kollegor. Medarbetarnas följsamhet till åtta grundläggande hygiensteg och klädregler observeras. Personalen informeras i förväg om att observationsstudien kommer att genomföras men inte när den ska ske.

Herrljunga deltog under våren med 79 observationer fördelat på ordinärt- och särskilt boende. Resultaten av följsamhet i riket har minskat jämfört med tidigare år. Herrljunga deltog inte i undersökningen 2022.

Analys av resultat såväl ökningarna som minskningarna av följsamhet är viktigt att genomföra med berörda verksamheter, chefer och medarbetare tillsammans. Vilket sker på möten med verksamheterna. Alla enheter har utsedda hygienombud som förmedlar och delger kunskap från hygienombudsutbildningar och träffar till personalen på arbetsplatsen.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2023-08-29
Bilaga PPM sammanfattning av mätning 2023

Förslag till beslut

Socialnämnden informeras om resultatet av PPM avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler 2023 och läggs till handlingarna.

Mattias Olerot
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Expedieras till: Namn namn, titel, organisatoriskt tillhörighet
För kännedom till: Namn namn, titel, organisatoriskt tillhörighet

Punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Sammanställning SKR-mätning Herrljunga kommun 2023

Punktprevalensmätning Basala hygienrutiner och klädregler

Mätningarna är en observationsstudier som genomförs under en bestämd tidpunkt på medarbetare inom vård och omsorg i kommuner och regioner. En eller flera medarbetar får i uppdrag att observera sina kollegor.

**Herrljunga kommun: Totalt 79 observationer fördelat på särskilt- och ordinärt boende
Herrljunga deltog inte i förra årets mätning (2022)**

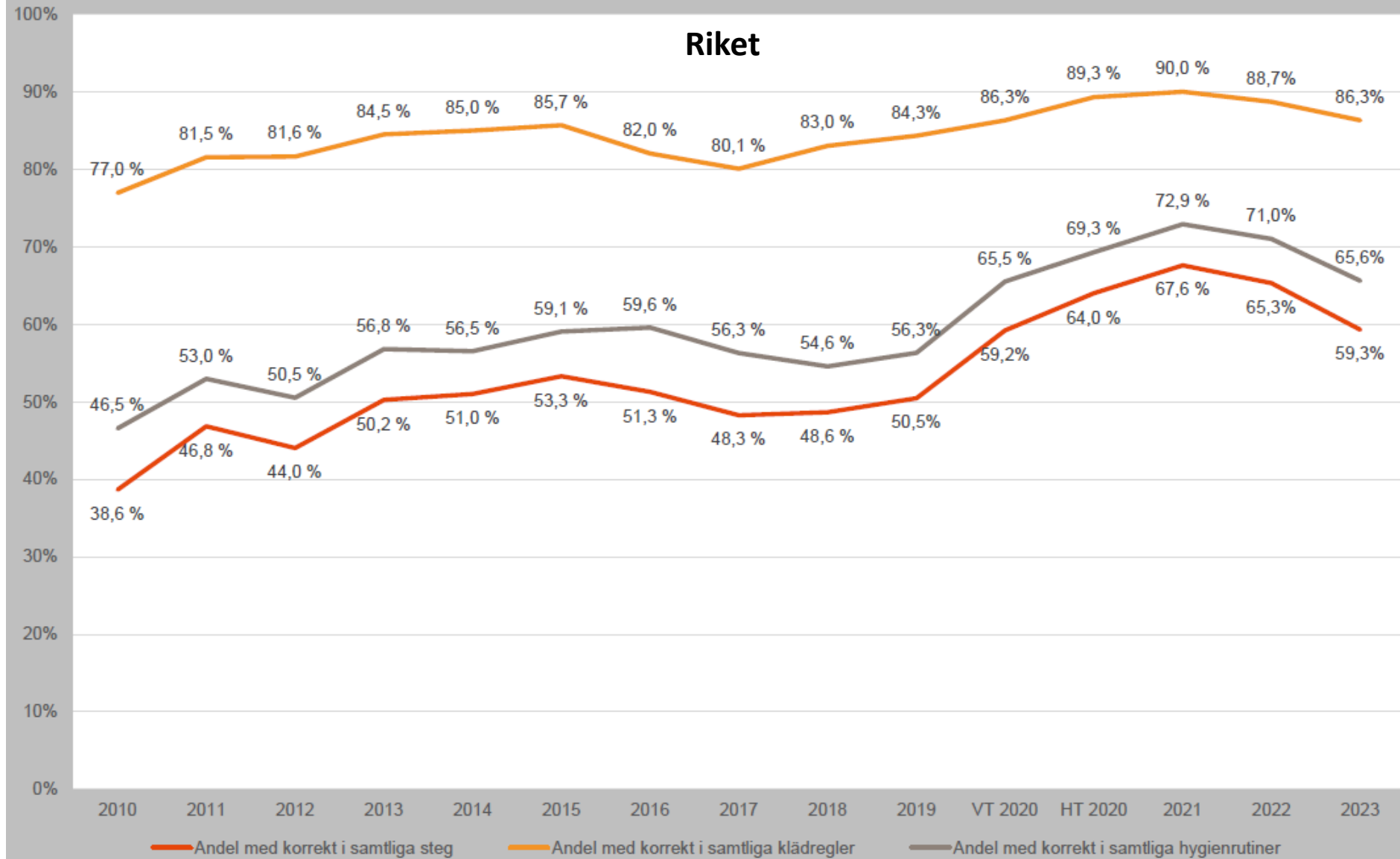
Basala hygienrutiner

Korrekt desinfektion av händerna före	Korrekt desinfektion av händerna efter	Korrekt användning av handskar vid risk för kontakt med kroppsvätskor¹	Korrekt användning av engångsförkläde av plast/patientbunden skyddsrock²	Korrekt följsamhet till basala hygienrutiner (Korrekt i samtliga fyra steg)³
--	---	--	--	--

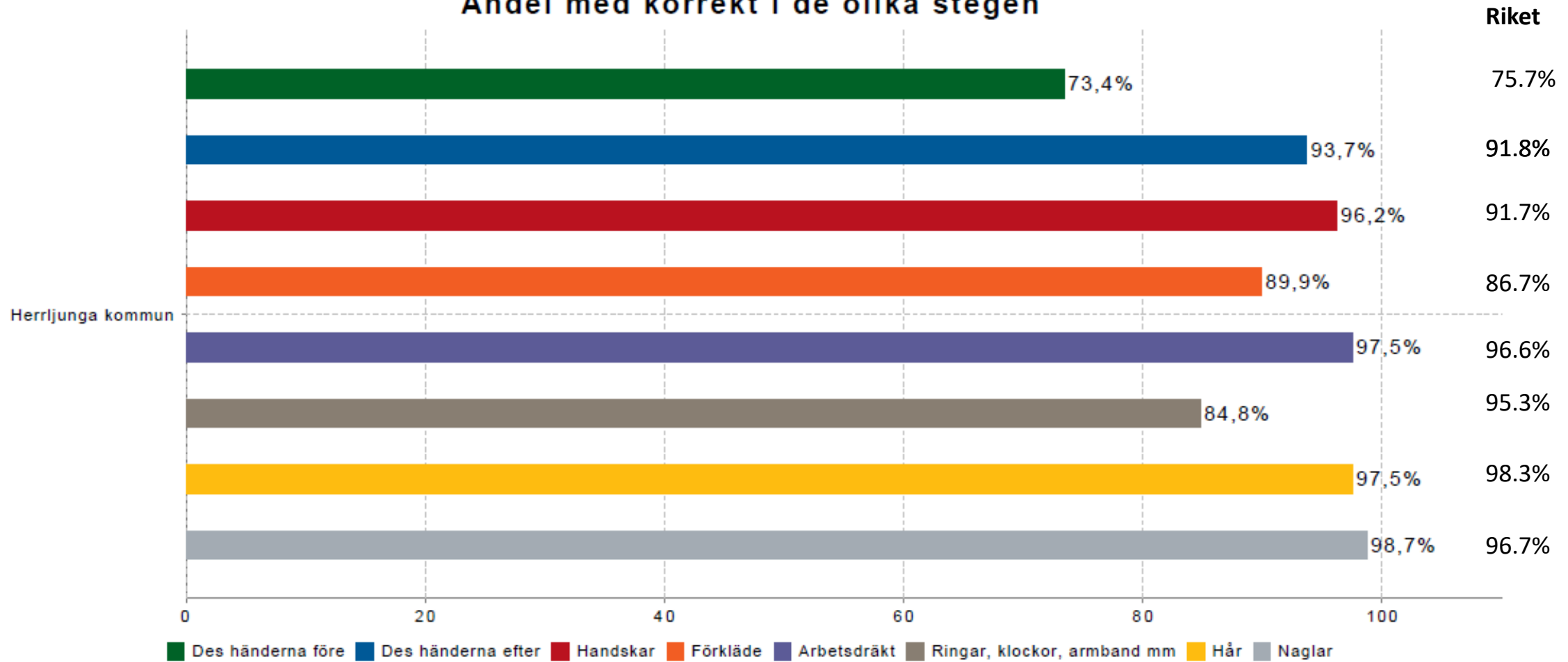
Klädregler

Korrekt arbetsdräkt	Fri från ringar, klockor, armband, bandage och stödskenor	Naglar korta och fria från nagellack och konstgjort material⁴	Kort eller uppsatt hår	Korrekt följsamhet till klädregler (Korrekt i samtliga fyra steg)
----------------------------	--	---	-------------------------------	--

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler över tid

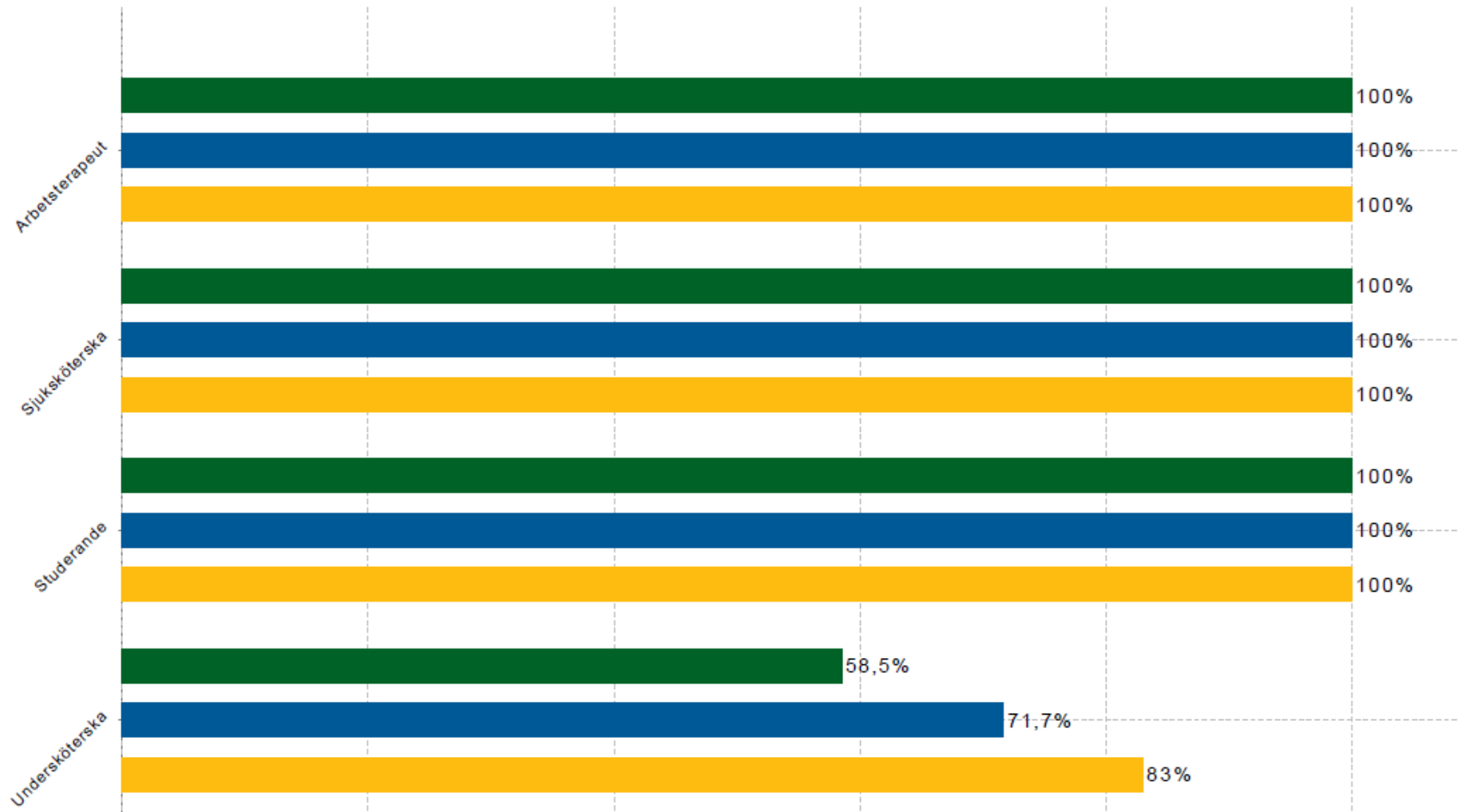


Andel med korrekt i de olika stegen



Yrkesgrupp

Ärenden
2023

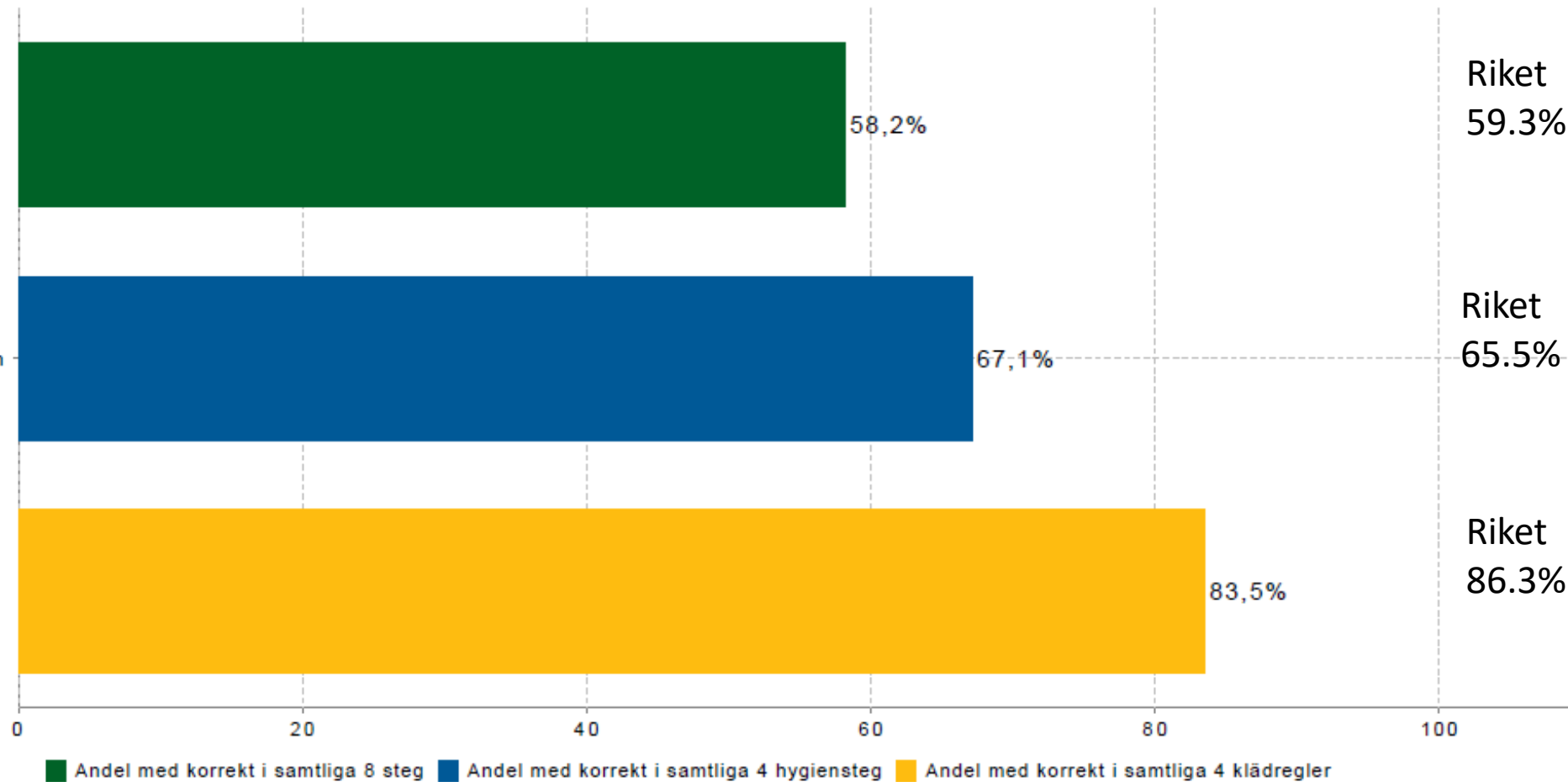


■ Andel med korrekt i samtliga 8 steg ■ Andel med korrekt i samtliga 4 hygiensteg ■ Andel med korrekt i samtliga 4 klädregler

2023

Ärende 12

Andel med korrekt



Herrljunga kommun

Boråsregionens nätverk anhörigstöd, BorNA, bjuder in till en gemensam dialogföreläsning om anhörigperspektiv



Dialogföreläsningen leds av Martina Takter, fil. lic i socialt arbete och projektledare för #anhörigperspektiv. Hon har bland annat projektlett en studie om anhörigas erfarenheter under covid 19-pandemin, och en kartläggning av kommunernas stöd till anhöriga 2019. Anhörigas Riksförbund är huvudman för projektet, som finansieras av Socialstyrelsen.

Tid: Onsdag 11 oktober, kl. 9- 12

Plats: Träffpunkt Simonsland, Borås

Varför ska vi ha ett anhörigperspektiv? Vad är ett anhörigperspektiv i vår verksamhet? Är ett anhörigperspektiv detsamma som anhörigas perspektiv? I april 2022 beslutade regeringen att en nationell anhörigstrategi ska införas i Sverige. I den påtalas vikten av ett anhörigperspektiv. Tillsammans resonerar vi kring den teoretiska och praktiska betydelsen av att ha ett anhörigperspektiv i verksamheterna i kommunerna.

Målgruppen är politiker, chefer, medarbetare och samverkanspartners inom Boråsregionens åtta kommuner.

- Kommunerna är ju experter på sin verksamhet och kan nu få stöd i att förstå vad de behöver göra. Politikerna och cheferna är de som kan skapa förutsättningar genom att ta fram policydokument och strategier så att medarbetare ska kunna utföra arbetet i mötet med människor, förklarar Martina Takter.

Begränsat antal platser och du behöver anmäla dig senast 2023-10-03.

För anmälan eller frågor:

Anhörigkonsulent Agneta Gustafsson, telefon: 033 - 35 59 23

E-post: agneta.gustafsson@boras.se



Läs mer om projektet #anhörigperspektiv på anhorigasriksforbund.se



STYRELSEMÖTE MEDIAPOOLEN VÄSTRA GÖTALAND AB

Datum: 29 augusti 2023
Tid: 13.00- 15.00
Plats: Digitalt via Zoom

Närvarande: Johan Björkman (ordförande)
Åsa Karlsson (Vice ordförande)
Ingemar Samuelsson (styrelseledamot)
Jenni Gustrand (styrelseledamot)
Tony Willner (styrelseledamot)
Kristian Sandström (styrelseledamot)
Benny Augustsson (styrelsesuppleant)
Petter Johansson (styrelsesuppleant)
Annelie Högberg (styrelsesuppleant)

Övriga närvarande: Carina Sahlén (VD)
Lennart Pehrsson (ekonomisk konsult)
Mattias Hultqvist (administrativ chef, ekonomiansvarig)
Sara Perlerot (personalrepresentant)
Linda Ekström (sekreterare)

§ 33 Val av justerare

Styrelsen beslutade:

Åsa Karlsson

§ 34 Godkännande av dagordningen

Styrelsen beslutade:

Att godkänna dagordningen.

§ 35 Föregående protokoll

Styrelsen beslutade

Att lägga föregående protokoll till handlingarna.

§ 36 Ekonomi

Lennart Pehrsson presenterade Mediapoolens delårsrapport. Lennart Pehrsson presenterade även försäljnings- och monteringsresultat, likviditetsrapport samt rapporten avstämning ekonomi. Se bilagor.

Mattias Hultqvist visade, enligt önskemål från arbetsutskottet, en topp 10-lista över försäljningens mest sålda produkter.

Styrelsen beslutade:

Att notera informationen.

§ 37 VD-rapport

Mediapoolen Play

Carina Sahlén informerade om att arbetet med att sjösätta den nya plattformen Mediapoolen Play är i full gång. Utvecklingsgruppen, som består av representanter från ägarkommunerna, har varit delaktiga i processen.

Mediapoolen skall inom kort börja testköra den nya plattformen och användarna kommer ges möjlighet att prova på i oktober. Lansering blir vid årsskiftet och den gamla plattformen kommer finnas tillgänglig parallellt under en övergångsperiod.

Ägarkommunerna har önskat fler inloggningsmöjligheter i Mediapoolen Play och för att möta behovet finns nu ytterligare SSO:er (single sign-on-varianter) som till exempel Microsoft och Google klara för test.

Marknadsföring

Vidare informerade Carina Sahlén att redaktionen jobbar vidare med marknadsföringsplanen inför lanseringen av Mediapoolen Play samt att en ny visuell identitet och hemsida är på gång.

Planer finns att börja använda LinkedIn för att nå ännu bredare ut i våra kommuner. Styrelseledamot Åsa Karlsson lyfte frågan vad som görs för att nå ut till fler följare i sociala medier och Mediapoolen avser jobba vidare med detta.

Analoga marknadsföringsutskick kommer också göras för Mediapoolen Play och den nya Seniorwebben som är lanserad. Mediapoolen kommer också marknadsföra Seniorwebben nationellt för att nå ut till externa intressenter.

Carina Sahlén berättade också att besöken i ägarkommunerna fortgår för att skapa kännedom om Mediapoolen. Planer finns på att dokumentera en del av besöken för att kunna använda i marknadsföringssyfte. Ägarkommunerna har uttryckt intresse för återbesök av Mediapoolen när nya Mediapoolen Play är lanserad.



Två ägarutskick är planerade under hösten och Carina Sahlén ställde frågan huruvida styrelsen kan skriva under dessa. En diskussion uppstod i styrelsen om det skulle vara av intresse med information och marknadsföring som är mer direkt riktad mot politikerna. Styrelsen funderar vidare på detta.

Sedan berättade Carina Sahlén att informationsfilmer kommer produceras för att påvisa styrkan och lyfta samverkanskraften som uppstår genom Mediapoolens ägarform.

På gång i bolaget är också vaktmästarträffar, SmartBoardutbildningar och deltagande vid demensdagarna i Trollhättan.

Carina Sahlén informerade styrelsen att Mediapoolens arbete och resurser presenterats för Boråsregionen och Navets personal. Mycket positiv feedback erhöles i samband med detta och beröm gavs för att Mediapoolen är i framkant, till exempel gällande kommande beredskapsvecka. Styrelseledamot Tony Willner lyfte frågan hur Mediapoolen kommer jobba framgent med digitaliseringsfrågor och undrade vilka målgrupper som Mediapoolens utbud kommer rikta sig mest mot. Carina Sahlén berättade att Mediapoolen skall vara en användar- och kompetensvänlig insats för alla användare och kurser i källkritik och AI finns med i planeringen.

Hyresavtal SPSM- SPSM i Skövde har sagt upp hyresavtalet med Mediapoolen från sista maj 2024 vilket innebär förlorad hyresintäkt.

Styrelsen beslutade

Att notera informationen samt skriva under de ägarutskick Carina Sahlén ämnar göra under hösten.

§ 38

Övriga frågor

Arvoden- diskussion uppstod kring arvoden och hur framtida mötesdeltagande skall se ut vid styrelsemöten.

TeamEngine – styrelseportalen kommer finnas kvar nästa år men Mediapoolen kommer undersöka huruvida mer kostnadsattraktiva lösningar finns att tillgå. Styrelsen tipsade om ett system som heter Netpublicator och föreslog att en prispförhandling med TeamEngine kanske kan genomföras.

Länsförsäkringar – Mattias Hultqvist informerade att återbäring på 16 000:- är att vänta från Länsförsäkringar.

Microsoftlicenser – Styrelseledamot Åsa Karlsson frågade i vilken utsträckning Mediapoolen använder sig av Microsoft-licenser och om bolaget kommer drabbas av Microsofts planerade prisökningar. Mattias Hultqvist informerade att Mediapoolen anpassar licenser utefter behov och att man samarbetar med Dialect i IT-frågor.

Styrelseledamot Jenni Strand informerade att hon ändrat sitt efternamn till Gustrand.



Styrelsen beslutade:

Att notera informationen.

§ 39

Nästa sammanträde

Styrelsekonferens 30 oktober.

Carina Sahlén föreslog att man skall se över de rekommendationer som framkom i PWC:s grundläggande granskning samt uppdatera styrelsens arbetsordning och VD-instruktion.





MEDIAPOOLEN

VÄSTRA GÖTALAND AB

Resultaträkning 2023

JANUARI - JUNI

	UTFALL	BUDGET	UTFALL (2022)
Rörelsens intäkter m m			
Nettoomsättning -Avtal	6.752.727	6.645.018	(6.741.499)
-Försäljning	10.498.081	8.253.035	(8.498.913)
-Övrigt	<u>467.267</u>	<u>150.906</u>	<u>(159.500)</u>
Summa intäkter mm	17.718.075	15.048.959	(15.399.912)
Rörelsens kostnader			
Råvaror och förnödenheter	-9.219.060	-8.047.518	(-8.086.045)
Övriga externa kostnader	-2.549.401	-2.404.046	(-2.602.458)
Personalkostnader	-6.903.660	-6.322.780	(-5.951.035)
Intäkter personal	+379.812	+342.492	(+398.994)
Avskrivningar av materiella och Immateriella anläggningstillgångar	<u>-76.120</u>	<u>-70.020</u>	<u>(-76.023)</u>
Summa rörelsens kostnader	-18.368.429	-16.501.872	(-16.316.567)
Rörelseresultat	-650.354	-1.452.913	(-916.655)
Resultat från finansiella investeringar			
Övriga ränteintäkter och liknande resultatposter	43.322	4.998	(5.039)
Räntekostnader och liknande resultatposter	0	0	(0)
Summa resultat från finansiella investeringar	43.322	4.998	(5.039)
Resultat efter finansiella poster	-607.032	-1.447.915	(-911.616)
Periodens resultat	-607.032	-1.447.915	(-911.616)

MEDIAPOOLEN

PERIODRAPPORT JANUARI-JUNI 2023

KOMMENTARER

För årets första 6 månader redovisar bolaget ett resultat på – 607 032 kr mot budgeterat resultat – 1 447 915 kr. Försäljning och montering av utrustning går fortsatt mycket bra och genererar vinster till bolagets övriga verksamheter. Under första halvåret är kostnaden för filmrättigheter under budget, vilket innebär att motsvarande kostnad andra halvåret kommer att vara högre än budgeterat.

Meddelande 2

KOPIA

Herrljunga kommun, Socialnämnden
Box 201
524 23 HERRLJUNGA

Ärendet

Anmälan enligt lex Maria från Herrljunga kommun, Socialnämnden om risk för allvarlig vårdskada vid Hagens särskilda boende i Herrljunga.

Anmälan handlar om att en patient fick sitt smärtplåster utbytt dagligen istället för en gång per vecka som läkare ordinerat. När händelsen upptäcktes hade patientens plåster blivit bytt fyra dagar i följd. I patientens läkemedelslista angavs den rätta ordinationen, byte en gång per vecka, men i den digitala signeringslistan där delegerad vård- och omsorgspersonal signerar givna läkemedel, stod angivet att plåstret skall bytas dagligen. Enligt vårdgivaren har delegerad personal endast läst den digitala signeringslistan och inte kontrollerat i patientens läkemedelslista. Enligt vårdgivaren ansvarar sjuksköterska för att rätt ordination är inskriven i det digitala signeringsystemet samt delegerad vård- och omsorgspersonal ska alltid kontrollera ordinationshandlingen när de ger läkemedel. MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) kontaktade ordinerande läkare efter händelsen och enligt vårdgivaren drabbades patienten inte av någon bestående skada.

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet och kommer inte att vidta några ytterligare åtgärder.

Skälen för beslutet

IVO bedömer att vårdgivaren, efter begärd komplettering, har fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

Enligt IVO framstår vårdgivarens slutsatser som rimliga och adekvata. Vårdgivaren har vidtagit åtgärder för att hindra att något liknande inträffar igen.

Därmed har vårdgivaren uppfyllt kraven i 3 kap. 2-5 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL och de föreskrifter som beskriver vårdgivares ansvar för systematiskt patientsäkerhetsarbete, HSLF-FS 2017:40 och anmälan till IVO av händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada, HSLF-FS 2017:41.

För att kunna säkerställa att händelsen som har anmälts till myndigheten har utretts i nödvändig omfattning utifrån 7 kap. 8 § PSL har IVO begärt in komplettering av vårdgivarens utredning.

Begärd komplettering

IVO har begärt komplettering från vårdgivaren enligt följande.

- IVO har begärt uppgift om hur vårdgivaren säkerställer att personal i verksamheten har kännedom om de processer och rutiner som beslutats och implementerats i verksamheten samt hur vårdgivaren säkerställer att det finns förutsättningar för personalen att arbeta i enlighet med verksamhetens processer och rutiner.

Vidare har IVO begärt kopia av patientjournalen från den kommunala hälso- och sjukvården, inklusive läkemedelslista, för tiden då händelsen inträffade.

Vårdgivaren har inkommit med kompletteringar.

Underlag

- Anmälan
- Vårdgivarens interna utredning samt avvikelserapport
- Kompletterande redovisning av vårdgivarens utredning
- Kopia av patientjournalen

Beslut i detta ärende har fattats av inspektören Nina Hansson. I den slutliga handläggningen har inspektören Lena Nilsson deltagit. Inspektören Anneli Bylund har varit föredragande.

Information om IVO:s uppdrag i hanteringen av anmälningar enligt lex Maria

Vårdgivaren är skyldig att utreda och till IVO anmäla händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som påverkat det. Av vårdgivarens utredning ska framgå vilka åtgärder som har beslutats i syfte att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra. Det ska även framgå att patienten har getts tillfälle att beskriva händelsen samt hur hälso- och sjukvårdspersonalen informeras om vårdgivarens analys och bedömning av händelsen i syfte att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet. IVO:s ansvar när det gäller anmälningar enligt lex Maria är att granska vårdgivarens utredning. Om IVO bedömer att vårdgivarens utredning följer gällande bestämmelser avslutar IVO ärendet.