



## Sammanträde för Socialnämnden

Tid tisdagen den 12 mars 2024 kl. 13:15

Plats Kommunhuset - Nossan

Utbildning kommer att ske i Ciceron assistent. Det är därför viktigt att alla närvarande tar med sig sin Surface go dator.

Carina Fredriksen  
Ordförande

Förslag på justerare  
Magnus Lennartsson

Markus Larsson  
Sekreterare

Tid	Ärende	Diarienummer
13.15	<b>Sammanträdet öppnande</b> Föredragande: Ordförande	
	<b>Upprop</b>	
	<b>Val av justerare och tid för justering</b>	
	<b>Förändring av dagordningen</b>	
1. 13.20	<b>Umgängesbegränsning enligt 14 § 2 stycket LVU</b> (sekretessärende) Föredragande: Socialsekreterare	
2. 13.50	<b>Utbildning i Ciceron assistent</b> Föredragande: Utredningssekreterarna	
3. 14.45	<b>Förvaltningen informerar</b> Föredragande: Socialchef	
15.00	<b>PAUS</b>	



	Tid	Ärende	Diarienummer
4.	15.10	<b>Förvaltningsberättelse (bokslut) för socialnämnden 2023</b> Föredragande Controller	SN-2024-00009
5.	15.20	<b>Ombudgetering av investeringar 2023 för Socialnämnden</b> Föredragande Controller	SN-2024-00003
6.	15.30	<b>Socialnämndens investeringsäskanden 2025-2027</b> Föredragande Controller	SN-2024-00012
7.	15.40	<b>Socialnämndens Förändrade förutsättningar, demografi och omvärldsbevakningar 2025-2027</b> Föredragande Controller	SN-2024-00015
8.	15.50	<b>Månadsuppföljning per 2024-02-29 för socialnämnden</b> Föredragande Controller	SN-2024-00004
9.	16.00	<b>Svar på revisionens granskning av kommunens bilar</b> Föredragande Socialchef	SN-2024-00031
10.	16.05	<b>Förnyad rekommendation (2025–2028) för det gemensamma arbetet med stöd för en kunskapsbaserad socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård</b> Föredragande Socialchef	SN-2024-00029
11.	16.10	<b>Beslut om andrahandskontrakt vid anvisning enligt bosättningslagen</b> Föredragande Verksamhetschef IFO	SN-2024-00040
12.	16.15	<b>Uppföljning av Internkontrollplan 2023 för socialnämnden</b> Föredragande SAS/MAS	SN-2022-00104
13.	16.20	<b>Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen 2023</b> Föredragande SAS	SN-2024-00036
14.	16.30	<b>Återredovisning tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO)</b> Föredragande Verksamhetschef vård- och omsorg	SN-2022-00128

Tid	Ärende	Diarienummer
15. 16.35	<b>Återrapport från kontaktpolitiker</b> Föredragande Ordförande	
	<b>Meddelanden</b>	
1.	<b>Verksamhetsberättelse Utväg Södra Älvsborg</b>	SN-2024-00042
2.	<b>FSG Protokoll 2024-03-07</b>	SN-2024-00030
	<b>Delegeringsbeslut</b>	
1.	<b>Anmälan av delegeringsbeslut under tidsperioden 2024-02-01 – 2024-02-29</b>	

## **Förvaltningsberättelse för socialnämnden 2023**

### **Förslag till beslut**

Socialnämnden godkänner förvaltningsberättelsen för 2023.

### **Sammanfattning av ärendet**

Socialnämnden visar ett överskott på 573 tkr för 2023. I överskottet ryms resultatföringen av 2018 års flyktinggrupp om 1 734 tkr. Det är bland annat dessa medel tillsammans med tillkommande statsbidrag som gör att socialnämnden kan presentera ett överskott för 2023.

Socialnämnden har under 2023 erhållit många olika statsbidrag av olika karaktär som har till stor del använts i den ordinarie verksamheten. För kommande år kan inte förväntas samma goda utfall av statsbidragen i verksamheten vilket innebär att pågående arbetet med effektiviseringar och prioriteringar måste fortsätta. I början av året visade prognosen på ett stort underskott. Verksamheten har aktivt jobbat med att hålla igen kostnader för personal samt för att minska inköp. Ett stort arbete har varit att se över effektiviteten i hemtjänsten. Förvaltningen har även arbetat med att påbörja hemflytt av externa placeringar LSS vilket har lett till lägre kostnader.

### **Bakgrund**

Herrljunga kommuns räkenskapsår är 1 januari till 31 december. För varje räkenskapsår ska nämnderna upprätta en verksamhetsberättelse som sedan fastställs av kommunfullmäktige.

### **Beslutsunderlag**

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2024-02-20  
Förvaltningsberättelse 2023-12-31 Socialnämnden

### **Beslutet ska skickas till**

Kommunstyrelsen

Malin Rickardsson  
Controller



# Förvaltningsberättelse 2023-12-31

## **Socialnämnden**

Underlag till beslut med diarienummer:  
SN-2024-00009



**Herrljunga  
kommun**

# Innehåll

## Innehållsförteckning

Förvaltningsberättelse .....	3
Ansvar och uppdrag.....	3
Organisationsskiss.....	4
Översikt över verksamhetens utveckling .....	5
Viktiga förhållanden för resultat och ekonomisk ställning .....	6
Händelser av väsentlig betydelse 2023 .....	9
God ekonomisk hushållning och ekonomisk ställning .....	10
Måluppfyllelse .....	10
Ekonomisk ställning .....	15
Driftredovisning.....	15
Investeringsredovisning.....	20
Väsentliga personalförhållanden .....	21
Förväntad utveckling.....	22
Bilaga 1 - Fördelning per ansvarsnivå .....	23

# Förvaltningsberättelse

## Ansvar och uppdrag

Socialnämnden har till uppgift att fullgöra kommunens uppgifter inom socialtjänsten. Det är de förtroendevalda i socialnämnden som beslutar kring hur kommunen ska arbeta inom området. Socialförvaltningens tjänstemän ska sedan genomföra nämndens beslut tillsammans med alla medarbetare i förvaltningen.

Socialnämnden skall arbeta förebyggande, ha medborgardialoger och delta i samhällsplaneringen.

Socialnämnden skall säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som kommunfullmäktige har beslutat om samt utifrån gällande lagstiftning, förordningar och föreskrifter.

Socialtjänsten omfattar myndighetsutövning och verkställighet inom **äldreomsorg, personer med funktionsnedsättning, individ- och familjeomsorg, arbetsmarknadsenhet och integration.**

Insatserna som erbjuds skall vara av god kvalitet och evidensbaserade.

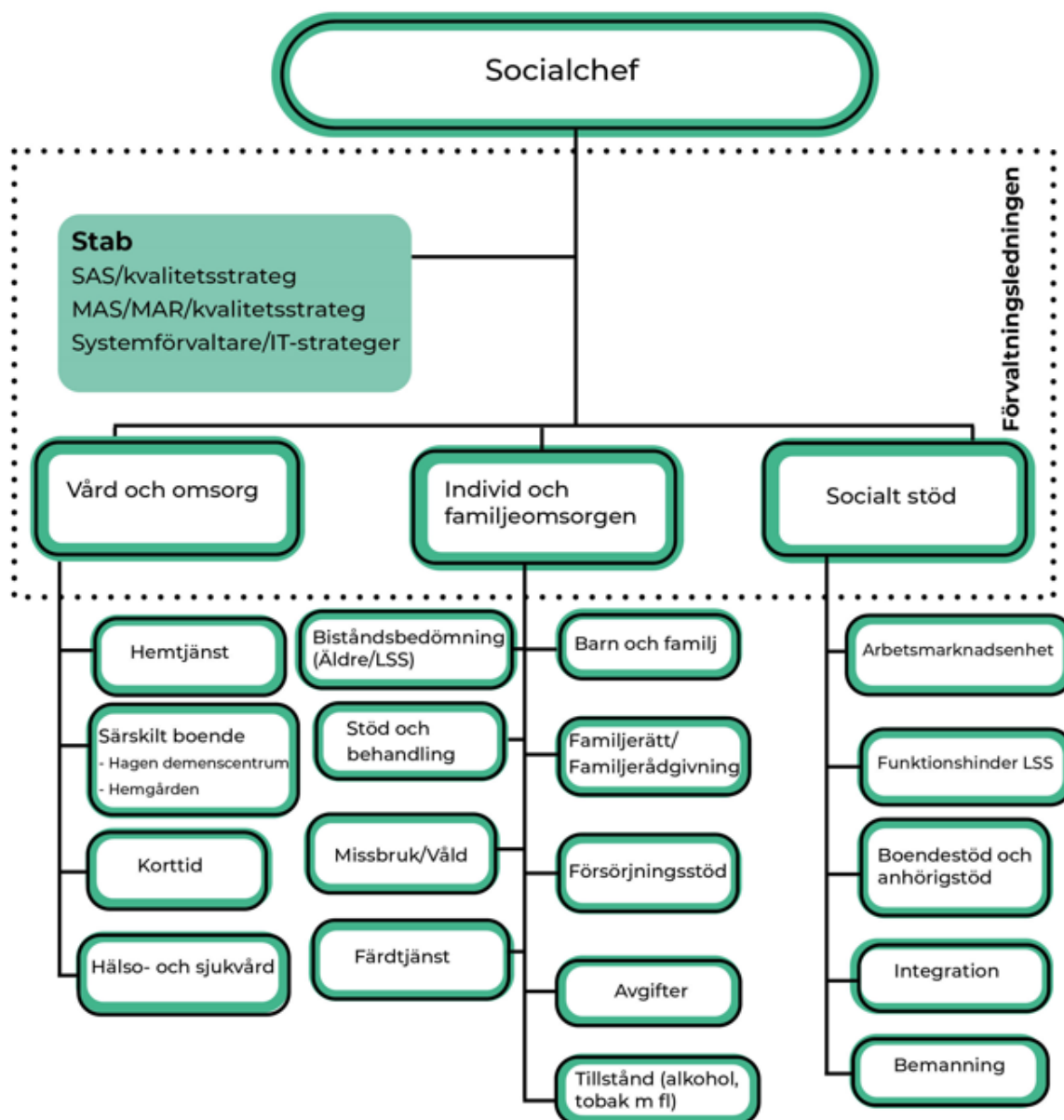
Socialtjänsten skall med hänsyn till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser.

Verksamheten skall bygga på frivillighet och respekt för människors självbestämmande och integritet.

En grund för socialtjänstens arbete är principen om människors lika värde och allas rätt till trygghet. De övergripande målen och grundläggande värderingarna för socialtjänsten regleras i portalparagrafen 1 kap. 1 § Socialtjänstlagen (SoL).

# Organisationsskiss

## Socialförvaltningen





## Översikt över verksamhetens utveckling

Socialnämnden gick in i året 2023 med ett stort identifierat budgetunderskott utifrån tilldelad budget. Detta medförde att fokus främst under året har varit på en budget i balans. I januari beslutade förvaltningsledningen om en anställningsprövning där alla anställningar prövades innan de tillsattes. 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 denna presenterades löpande för socialnämnden och kommunstyrelsen under året. Alla medarbetare i socialförvaltningen har bidragit till att arbeta för ett minskat underskott och en budget i balans. Förvaltningen har effektiviserat, utvecklat och provat nytt. Detta för att skapa en god och säker vård och verksamhet för kommuninvånarna med begränsade resurser.

Alla prognoser under året 2023 har visat på ett budgetunderskott, i april aviserades en prognos på helår på -14 950 tkr, i augusti -11 600 tkr, i oktober - 6 100 tkr för att på helåret till slut landa på ett överskott om **537 tkr**.

Förvaltningens resultat förbättras tack vare ihållande gemensamt arbete i förvaltningen, statsbidrag och utfall från flyktingbufferten. Förvaltningens utvecklingsarbete och kvalitetsarbete är beroende av statsbidragen då flertalet projekt inte ryms inom ordinarie budgetram. Under 2023 har **21,5 mkr** avvänt i statsbidrag. Av dessa har några kommit automatiskt, några har rekviderats, några har bifallits utifrån projektansökan, 5,4 mkr av dessa är statsbidrag överförda från 2022 som används till redan pågående projekt i verksamheten.

De verksamheter som uppvisat störst underskott under året är extern köpt LSS, kostnader för personlig assistans, ökade volymer i hemtjänst/effektivitet i hemtjänst, ökade personalkostnader på särskilt boende och kostnader för placerade barn.

2023 invigdes kommunens nya demenscentrum Hagen, boende på Hemgårdens demens flyttade in på det nya boendet och kommunens hälso-och sjukvårdsenhet/rehab samlokaliseras i fastigheten. Under hösten påbörjades även projektering av Hagen etapp 2 samt projekteringen av ombyggnation på kommunens andra särskilda boende, Hemgården.

Projektering för ny gruppbostad och korttidsvistelse har pågått under hela 2023 tillsammans med extern exploatör. Dessa verksamheter förväntas stå färdigt under 2024 där de externa placeringarna jml LSS har erbjudits plats. Förvaltningen kommer då att kunna verkställa sina gruppbostadsbeslut och korttidsvistelsebeslut i Herrljunga vilket varit en svårighet under flera år.

Arbetet med kvalitet, analys och uppföljning har pågått löpande under året. Enhetscheferna har haft månadsvisa möten där de följt upp kvalitén i sin verksamhet och arbetat med inkomna resultat (analys). Förvaltningsledningen följer detta arbete på sina ledningsgrupper och identifierar strategiska områden att arbeta vidare med.

Förvaltningen har fortfarande kommunens högsta personalomsättning med 19,8 % även om den förbättrat sig mot 2022 då förvaltningen hade 22,2%. Förvaltningen har ett stort uppdrag med det fortsatta arbetet för att behålla sin personal, målet är maximalt 10% personalomsättning per år. Förvaltningen når dock socialnämndens mål avseende chefsstabilitet som har varit ett prioriterat område sedan 2020.

Förvaltningens sjukfrånvaro ligger kvar på en hög nivå på 9,8 % mot målet på 5% även om sjukfrånvaron har sjunkit något från 2022.

Förvaltningen har utöver detta haft en utmaning avseende rekrytering av kompetent personal, då det råder hög konkurrens om personal.

## Viktiga förhållanden för resultat och ekonomisk ställning

### Nyckeltal för nämndens uppdrag och inriktning

#### Individ och familjeomsorgen

Område	2019	2020	2021	2022	2023
Antal inledda barnavårdsutredningar*	162	140	196	153	<b>168</b>
Familjehemsplacerade barn**	34	28	20	24	<b>27</b>
Varav konsulentstödda	2	3	2	5	<b>3</b>
Antal barn på institution**	9	3	2	1	<b>1</b>
Placeringsdygn för barn på institution**	833	1425	889	575	<b>585</b>
Snittkostnad per vård dygn för placerade barn (kr)	4535	6003	5509	5254	<b>4767</b>
Antal hushåll med försörjningsstöd**	118	119	108	86	<b>85</b>
Kostnad försörjningsstöd minus intäkter (tkr)*	5260	5911	5545	5343	<b>5240</b>
Kostnad IFO (kr/invånare) ***	4425	5637	4665	4399	****

\* helår, \*\* per den 31 december, \*\*\* Kolada, \*\*\*\* Ingen uppgift för 2023 kommer 2024

#### Kommentar till IFO:s nyckeltal:

Nyckeltalen visar att det strukturerade arbetet med att skapa tydliga rättssäkra strukturer för handläggningen inom Barn- och familjeenheten har gett resultat i att fler barn kan placeras i familjehem som kontrakteras av Herrljunga kommun som alternativ till konsulentstödda familjehem eller institution (HVB). Detta ger både en ökad kostnadseffektivitet och en ökad möjlighet att arbeta med uppföljning och kvalitet under placeringen. Antalet dygn för barn på institution har minskat under de senaste fyra åren. När det gäller snittkostnad per vård dygn för barn har den kostnaden stadigt minskat de senaste tre åren. Detta är bland annat ett resultat av ett ökat fokus på uppföljning och omförhandling av ersättningar när behoven hos en individ förändras.

Nyckeltalen visar också att antalet inledda barnavårdsutredningar har ökat jämfört med 2023 och det är en utveckling som följer den nationella utveckling och bedömningen är att en viss ökning kommer att fortgå under åren framöver. Andelen hushåll som uppbär försörjningsstöd har stadigt minskat för att jämfört med 2022 ligga på ungefär samma nivå. Här har det funnits farhågor för en ökning utifrån omvärldsbevakningen. Förvaltningen kan konstatera att Herrljunga kommun inte drabbats av den befarade ökningen under 2023. Hur pågående lågkonjunktur och den höga inflationen kommer att påverka dessa nyckeltal är svårt att bedöma. Idag ser förvaltningen dock inga tecken på att en ökning är att vänta inom kort utan bedömer att nuvarande nivå bör kunna bestå under 2024.

#### Vård och omsorg

Område	2019	2020	2021	2022	2023
Enbart hemtjänst**	20	17	13	18	<b>23</b>
Enbart trygghetslarm**	125	136	116	112	<b>126</b>
Hemtjänst och trygghetslarm**	154	144	162	163	<b>174</b>
Biståndsbedömd hemtjänst* (timmar)	71 124	66 602	65 669	68 317	<b>67 891</b>
Delegerad hälso- och sjukvård till hemtjänst* (timmar)	43 910	40 343	29 961	30 310	<b>31 532</b>
Utförda timmar hemtjänst*	73 328	69 892	67 921	74 184	<b>73 928</b>

Arbetade timmar hemtjänst*	127 561	128 758	119 655	128 586	<b>122 396</b>
Effektivitet hemtjänst (%)	57,5	54,3	56,8	57,7	<b>60,5</b>
Inskrivna i kommunal Hälso- och sjukvård**	272	236	234	234	<b>215</b>
Kostnad hemtjänst/ hemtjänsttagare (kr)***	419 679	505 714	484 987	504 745	****
Kostnad särskilt boende/brukare (kr)***	855 973	893 429	979 312	948 304	****

\* helår, \*\* per den 31 december, \*\*\* Kolada, \*\*\*\*Ingen uppgift för 2023 kommer 2024

### Kommentar till vård- och omsorgs nyckeltal:

Förvaltningen får fler och fler brukare inom hemtjänst vilket även överensstämmer med prognosticerad demografisk utveckling i kommunen. Under 2023 har nya riktlinjer för handläggning av biståndsbeslut antagits av socialnämnden vilket gett resultat på volym av minskad insatstid.

I utförda timmar ingår även timmar för dubbelbemanning som utförts under året. Under 2023 utfördes 19 229 dubbelbemannede timmar. Detta beror främst på att flera brukare i hemtjänsten har en omfattande vårdtyngd och har valt att bo kvar hemma med hemtjänst. Under 2023 har en genomlysning skett i alla hemtjänstbeslut och en brytpunkt har beslutats av socialnämnden. Brytpunkten är till för att avgöra när vården i hemmet inte längre kan anses patientsäker för brukaren och istället borde utföras på ett särskilt boende.

Kostnaden för hemtjänsten i Herrljunga är fortsatt hög och förvaltningen arbetar för att komma ner i kostnad per hemtjänsttagare och för att kunna införa Lagen om valfrihet (LOV). I Herrljunga kostade en hemtjänsttagare i snitt 505 tkr mot alla kommuner (ovägt medel) som hade en kostnad om 378 tkr/hemtjänsttagare (Kolada, år 2022). Herrljungas hemtjänst är därmed ungefär 120 tkr dyrare per hemtjänsttagare än i övriga kommuner.

Via styrgruppen för hemtjänst där förvaltningschef, verksamhetschefer och enhetschefer ingår har löpande analyser gjorts avseende kringtid (tid som ej läggs hos brukare). Detta för att öka effektiviteten och minska diskrepansen mellan utförd tid och arbetad tid.

Styrgruppen följer hemtjänsten noggsamt med månadsvisa uppföljningar. Målet är nå en effektivitet på minst 66%. Under 2023 har effektiviteten ökat med nästan 3% vilket medfört att hemtjänsten under hösten 2023 hade en budget i balans på månadsbasis.

De höga kostnaderna i hemtjänsten balanseras också upp av de lägre kostnaderna för särskilt boende. Kostnaden i Herrljunga för en särskilt boende plats är 948 tkr mot 1 110 tkr alla kommuner (ovägt medel). Herrljungas särskilda boende är därmed ungefär 160 tkr billigare/plats än andra kommuner, (Kolada, år 2022). Analysen blir således att äldre i Herrljunga bor kvar längre i sitt ordinära boende med omfattande insatser från hemtjänst, i ungefär 2,2 år längre. Medelåldern för flytt till särskilt boende i Herrljunga är 87,4 år mot alla kommuner (ovägt medel) 85,2 år (Kolada, år 2022).

2019 genomfördes en omfattande analys av antalet inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. Detta initierades pga. av de höga kostnaderna. Sedan dess har ansvarsgränserna tydliggjorts mot regionen vilket medför att enbart patienter som skall ha kommunal hälso- och sjukvård nu skrivs in. Detta har inneburit en minskning av inskrivna med 57 patienter. När en patient blir inskriven i kommunal hälso- och sjukvård kommer även kostnader för hjälpmedel och inkontinenshjälpmedel att belasta verksamheten, därför är det av största vikt att rätt personer är inskrivna.

## Funktionsnedsättning LSS/SoL

Område	2019	2020	2021	2022	2023
Bostad med särskild service LSS**	16	18	18	20	16
Varav externt placerade	2	2	2	2	1
Korttidsvistelse LSS**	5	10	7	11	11
Daglig verksamhet LSS**	31	34	34	37	33
Varav externt placerade	3	3	2	1	0
Kontaktpersoner LSS**	26	24	20	18	13
Avlösarservice LSS**	2	4	5	4	4
Personlig assistans kommun**					
LSS beslut	2	4	5	4	3
LSS/SFB beslut	3	1	1	1	1
Personlig assistans privat**					
LSS beslut	4	4	4	4	5
LSS/SFB beslut	11	10	11	10	9
Ledsagarservice LSS**	4	6	4	7	4
Korttidstillsyn (Fritids) LSS**	1	1	2	3	3
Familjehem/Gruppbostad för barn LSS**	1	1	1	2	1
Boendestöd SoL**	25	39	36	40	34
Kontaktperson SoL**	16	16	19	18	15
Elevhem/internat SoL**	2	2	3	3	2
Kostnad Personlig assistans LSS och SFB minus ersättning från FK (kr/invånare.) ***	3847	3968	4647	5270	****
Kostnad Boende LSS (kr/brukare) ***	1 001 375	1 014 118	1 211 526	1 383 524	****
Kostnad daglig verksamhet LSS (kr/brukare) ***	173 500	170 400	161 182	143 028	****

\* helår, \*\* per den 31 december, \*\*\* Kolada, \*\*\*\* Ingen uppgift för 2023 kommer 2024

## Kommentar till socialt stöds nyckeltal:

Utvecklingen inom funktionshinder har över de senaste fem åren varit relativt konstant med en trend av minskat antal brukare inom alla insatser som rör LSS. Prioriterat arbete för förvaltningen har varit att klara av att verkställa beslut om gruppbostad och korttidsvistelse på hemmaplan då externt köpta platser är dyrt med sämre kvalitet för brukaren och högre kostnader för kommunen.

Under 2023 har ett omfattande arbete genomförts där socialförvaltningen arbetat för att kunna verkställa samtliga beslut på hemmaplan. Resultatet av detta är en ny gruppbostad och en ny korttidsvistelse i Herrljunga kommun. De nya verksamheterna ger en resursbesparing och satsning på framtiden för målgruppen.

Personlig assistans har också varit relativt konstant över tid men med ökade kostnader från 2019 till 2023 med 1 423 tkr. Detta kan bero på ökade behov hos brukaren men också på nya ärenden. Det är den enskilde själv som väljer vilken utförare av sitt assistansbeslut man önskar ha, kommunen eller extern utförare. Assistansbesluten är indelade i två kategorier beroende på hur omfattande det grundläggande behovet hos den enskilde är. Överstiger det grundläggande behovet 20 timmar kan de enskilda ansöka om assistansersättning hos Försäkringskassan enligt socialförsäkringsbalken SFB. De första 20 timmarna i ett assistansbeslut står kommunen alltid för oavsett om kommunen verkställer beslutet eller om den enskilde väljer en extern utförare. Väljer den enskilde extern utförare betalar kommunen ut en timpeng motsvarande de kostnader kommunen själva har om de hade utfört insatsen (timpengen kan variera mellan kommunerna). Har den enskilde rätt till assistansersättning mottar anordnaren av assistansen utbetalningen från Försäkringskassan.

## Händelser av väsentlig betydelse 2023

Regelbundna medborgardialoger har skett via pensionärsrådet och funktionshinderrådet där förvaltningschef och verksamhetschefer är delaktiga. På råden sker en dialog kring frågor som berör målgruppen, information om vad som är på gång samt mottagande av synpunkter. Brukarundersökningar har genomförts inom äldreomsorg, LSS och på IFO. Förvaltningen arbetar med resultatet av dem. Under 2023 påbörjade förvaltningschef ett arbete med att möta alla medarbetare i förvaltningen via enheternas APT för dialog, under 2023 deltog förvaltningschef på nio APT och denna ambition kommer att fortsätta 2024. En äldreomsorgsstrategi har tagits fram med fokus på prioriteringar för att klara äldreomsorgen i kommunen 2023–2033. Förvaltningen kommer under 2024 att arbeta vidare med aktiviteter för att implementera planen i verksamheten.

Det har pågått en upphandling av nytt verksamhetssystem tillsammans med Vårgårda. En ny leverantör vann upphandlingen och ett omfattande arbete kommer att påbörjas för att byta system under 2024. Det har även påbörjats ett breddinförande av digitala läkemedelskåp i ordinärt boende i de fall kommunen övertagit läkemedelsansvaret. Detta för att öka spårbarheten och kontrollen över läkemedel som kommunen ansvarar för.

Nya Hagens demenscentrum stod färdigbyggt under 2023 och en demenssjuksköterska anställdes i början av året. En ombyggnation och projektering av Hemgården påbörjades 2023 med byggstart 2024. Efter ombyggnationen skall Hemgården inrymma särskilt boende, daglig verksamhet LSS, hemtjänst, bemanning/planerare och caféverksamhet.

Herrljunga blev tillsammans med Vårgårda certifierade och ingår numera i Vård och omsorgs college. Förvaltningen använder sig även av Praktikplatsen.se för att fördela platser och handleda nya APL-elever. HSL-organisationen tagit emot fler VFU-studenter under året.

En stort fokus har under 2023 varit schemaläggning utifrån den nya EU lagstiftningen om 11 timmars dygnsvila och 47 timmars veckovila både inom vård och omsorg och socialt stöd.

Arbetet med att planera för och starta upp två nya verksamheter inom LSS har också skett under 2023 och intensifieras i början av 2024. De nya verksamheterna är en ny gruppboende och korttidsvistelse.

Under hösten slogs bemanningsenheten, planerarna från hemtjänsten samt bildningsförvaltningens bemanningsenhet ihop i en enhet under socialt stöd. Målet är att samverka, få fler vikarier, behålla vikarier, höja kvalitén, effektivisera och optimera. Under 2023 påbörjade arbetsmarknadsenheten och hemtjänsten ett samarbete avseende inköp och en serviceenhet har startats upp på AME.

IFO har haft ett stort fokus på att behålla och rekrytera personal något som har varit svårt, det råder hög konkurrens om socialarbetare. Under 2023 har IFO haft fokus på det systematiska kvalitetsarbetet och på rättssäker handläggning. Ett stort arbete gjorts med att kvalitetssäkra de interna processerna och skapa en ökad följsamhet till riktlinjer och rutiner. För flera av de största målgrupperna har nya och reviderade riktlinjer tagits fram. IFO har även arbetat för att stärka och arbeta strukturerat med samverkan både intern och externt.

Övergripande på IFO finns sedan många år en gemensam grupp för arbetet med våld i nära relation (Vinr) Gruppen har två tydliga huvuduppgifter. En operativ uppgift att vara med i enskilda ärenden som kompetensstöd och ett strategiskt uppdrag att omvärldsbevaka, skapa och stötta strukturer för samverkan, upprätta och revidera rutiner.

## God ekonomisk hushållning och ekonomisk ställning

### Måluppfyllelse

#### En hållbar och inkluderande kommun

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

**Bedömning måluppfyllelse: Delvis uppnått**



#### Målanalys:

Socialförvaltningen har flera insatser som genomförs i samverkan i Sjuhärad. Insatser som förvaltningen samverkar extern runt är Mini Maria (missbruksbehandling barn och ungdomar), Utväg (behandling våld), Barnahus (samverkanshus där alla barnförhör genomförs), Hederscentrum (hedersvåld), familjerätt, familjerådgivning och alkoholhandläggning. Förvaltningen har även samverkat tillsammans med Vårgårda för upphandling av gemensamt nytt verksamhetssystem och kring gemensam resurs i personligt ombud (50% för Herrljunga). Ytterligare samverkan som gynnar kommuninvånarna är Forskning och utveckling (FOU), Praktikplatsen.se och Vård och omsorgscollege. Kommunens anhörigsamordnare har samverkat externt för att tillsammans med andra kommuner erbjuda anhörigrupper. Förvaltningen fortsätter att öka antalet registrerade samordnade individuella planer (SIP) för kommuninvånarna med externa parter och når 2023 upp till socialnämndens mål att öka dessa med 10 %. En samordnad individuell plan, SIP, ska upprättas tillsammans med brukare och patient om insatser från två huvudmän tex socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver samordnas.

Under året har förvaltningen fortsatt sitt arbete med att stärka den interna samverkan genom teamsamverkan i hemtjänsten och styrgrupp för hemtjänstens effektivisering. Förvaltningen har även arbetat med samplanering av sin personal över gränserna mellan vård och omsorg och socialt stöd för att på bästa sätt använda överkapacitet och inte ta in vikarier. En gemensam bemanningsenhet arbetar för rekrytering av vikarier och utplacering av vikarier. Socialt stöd och IFO har satsat på att stärka den interna samverkan genom bland annat gemensam handledning för chefer. Övergripande på förvaltningsnivå har gemensamma planeringsdagar genomförts som ett led i att stärka och utveckla samverkan. Arbetsmarknadsenheten har fortsatt utveckla och stärka samverkan externt med företagssamverkan och praktikplatser, med samordningsförbundet och internt kommunövergripande genom köp och sälj av tjänster. Att förstärka den interna samverkan kommer att vara ett stort fokusområde för förvaltningen 2024.

Av socialförvaltningens 18 budgetansvariga chefer redovisar 12 av dem en budget i balans medan sex redovisar ett underskott. Målet är att alla verksamheter skall ha en budget i balans vilket förvaltningen arbetat för under 2023. Förvaltningen har under 2023 haft anställningsprövning, inköpsstopp, konsultstopp mm. Vissa verksamheter har inte haft förutsättningar för att få budget i balans då de redan vid ingången av 2023 saknat driftsbudget för sin verksamhet fullt ut. Dessa är funktionshinder 1 och 2, IFO barn/familj och hemtjänsten. Även Nya Hagen saknade driftsbudget till hyreskostnaden för de nybyggda lokalerna. En försvårande omständighet under året har varit många byten kring controllerfunktionen och HR-strateg samt tre nya chefer inom vård och omsorg.

Mätetal för målet	2021	2022	2023	Mål 2023
Antal externt samordnade planer (SIP), upprättade*	12	26	31	Öka 10%
Alla enheter (ansvar) skall redovisa en budget i balans (%)	72	65	63	100%

\*Antalet registrerade SIP:ar i SAMSA

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

**Bedömning måluppfyllelse: Delvis uppnått**



#### Målanalys:

De externa forumen för samverkan är en viktig del av både det förebyggande sociala arbetet och det operativa arbetet som åligger förvaltningen. Här kan som exempel nämnas att den strukturerade samverkan under 2023 har stärkts med polis, skola och fritid (SSPF). Arbetet inom SSPF har under 2023 omorganiserats utifrån ny lagstiftning om kommunens brottsförebyggande arbete. Förebyggande och operativ samverkan sker också med Barnahus, Mini Maria, Utväg Älvsborg och familjecentralen. Under 2023 har Familjecentralen firat 20 års jubileum och en satsning har gjorts med utökad tillgänglighet för föräldrar i behov av föräldrastöd i form av erbjudanden av föräldraträffar utifrån modellen ABC.

Socialt stöd har arbetat med att utveckla öppet hus där både interna och externa aktörer bjuds in för att informera om sina respektive verksamheter och vart de enskilda kan söka stöd och hjälp. Öppet hus är välbesökt och uppskattat av besökarna. Socialt stöd har även arbetat med friskfaktorer på en enhet för att främja en god arbetsmiljö och kvalitet i de insatser som utförs.

Förvaltningen når inte upp till uppsatt mål att öka användningen av kvalitetsregister. Detta beror delvis på att kommunen under delar av året saknat utbildare i BPSD. Kommunen har under året tillsett att två personer utbildats som utbildare. Kommunens nyanställda demenssjuksköterska har i uppdrag att succesivt utbilda all omvårdnadspersonal i BPSD. Bedömningen är att antalet registreringar kommer att öka kommande år med denna satsning. Bedömningar i Senior Alert har gjorts i verksamhetssystemet men inte dokumenterats i registret. Detta då det medfört dubbelarbete för personalen. Flertalet kommuner går ifrån Senior Alert då samma dokumentation finns i det ordinarie verksamhetssystemet. Förvaltningen kommer att göra en bedömning framledes om det registret skall fortsätta att användas eller om förvaltningen helt kan övergå i dokumentation i sitt verksamhetssystem.

Förvaltningen kommer framledes med ny socialtjänstlag 2025 behöva utveckla både tidiga insatser och det förebyggande arbetet. En styrgrupp är utsedd att arbeta med detta under 2024.

Mätetal för målet	2021	2022	2023	Mål 2023
Antal registreringar i Senior alert och svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom (BPSD)	25 SA 12 BPSD	66 SA 9 BPSD	52 SA 22 BPSD	60 SA 40 BPSD

### En välkommande och attraktiv kommun

**Socialnämndens mål:** Socialförvaltningen ska skapa förutsättningar för att vara en god och attraktiv arbetsgivare.

**Bedömning måluppfyllelse: Delvis uppnått**



#### Målanalys:

Under åren 2020 - 2023 har förvaltningen arbetat strukturerat med det strategiska arbetet på ledningsnivå och med ett fokus på chefsstabilitet. Stabilitet hos chefer är en förutsättning för att leda verksamheten och hålla ihop påbörjade projekt och processer samt för att skapa en trygghet hos medarbetarna. Under året har två enhetschefer av 19 chefer slutat och förvaltningen når för första gången socialnämndens mål kring personalomsättning för chefer. Under 2023 har alla chefer utbildats

i tillitsbaserat ledarskap, alla chefer har extern handledning och flera utvecklingsdagar har genomförts med fokus på kvalitet och patientsäkerhet, mål och vision mm. Förvaltningschef och verksamhetschefer har ledningsgrupper varje vecka för att mötas, skapa dialog, fatta beslut och planera verksamheten. Under året har förvaltningschef och verksamhetschefer genomfört planeringsdagar med sina chefer.

Förvaltningen har en stor utmaning i att behålla sin personal. Antalet medarbetare som slutat år 2022 var 73 personer (9 i pension) av 340 anställda, 2023 har siffran minskat något till 65 personer (10 i pension) av 335 anställda. Förvaltningen har fortfarande kommunens högsta personalomsättning med 19,8 % även om den förbättrat sig mot 2022 då förvaltningen hade 22,2%. Förvaltningen har ett kommande arbete att genomföra för att behålla sin personal, målet är maximalt 10% personalomsättning.

Omsättningen har medfört att förvaltningen i större utsträckning behövt förlita sig på vikarier under vakanser vilket medför att förvaltningen fortsatt inte lyckas minska vikarieanvändningen i nivå med målet. Andelen vikarier har trots detta minskat för vård och omsorg men ökat för socialt stöd. Utvecklingen går åt rätt håll för vård och omsorg medans på socialt stöd fortsätter från år 2021 att succesivt öka sitt vikarieanvändande. Inom vård och omsorg har enhetscheferna lagt ner ett stort arbete med att se över och ansvara för all schemaplanering. På socialt stöd har det ökade antalet timvikarier dels berott på enskilda ärenden som kräver mer personal samt att vissa ordinarie pass behövts tillsättas med timvikarier innan rekrytering har skett vilket beror på att den interna rutinen för hantering av LAS (lagen om anställningsskydd) inte fungerat optimalt.

Andelen undersköterskor av all anställd omvårdnadspersonal har under året minskat från föregående år, en analys är att undersköterska har under 2023 blivit en skyddad yrkestitel som medarbetaren själv får ansöka om hos Socialstyrelsen. Utan detta intyg får medarbetaren inte bli anställd som undersköterska utan anställs istället som vårdbiträde. De medarbetare som var tillsvidareanställda som undersköterska 1 juli 2023 men inte fått sin utbildning validerad har via ett undantag kvar sin titel i 10 år om de inte byter arbete.

Positivt är att medarbetarna i socialförvaltningen tycker att deras arbete är meningsfullt även om förvaltningen inte fullt ut når upp till målsättningen som är högt satt. Enhetschefer ser behov av att dels tydliggöra uppdragen för medarbetarna men även att förstärka arbetet i team där flera professioner möts och samverkar som en del i att behålla personal och skapa arbetsglädje. Regelbunden och återkommande kompetensförstärkning är också en framgångsfaktor tillsammans med att identifiera och arbeta med friskfaktorer på arbetsplatsen vilket är givande både för personal och chefer.

Ett led i att behålla personal är att fler får möjlighet att utbilda sig på arbetstid via statsbidrag (äldreomsorgslyftet) som även fortsätter kommande år.

Införandet av renodlad helgtjänstgöring har skett under hösten för att täcka behovet av utbildad personal på helger. Detta för att lösa bemanningen kring ny lagstiftning om dygns/veckovila.

En workshop har genomförts i Sjuhärad tillsammans med alla socialchefer och HR chefer för att tillsammans arbeta med den kompetensutmaningen som socialförvaltningen står i och för att gemensamt lyfta detta till kommundirektörerna i Sjuhärad som en prioriterad fråga. Förvaltningarna i Sverige har svårt att både rekrytera och behålla personal då det finns för få människor att tillgå på arbetsmarknaden med rätt kompetens. Allt fler konkurrerar om samma personal. Socialförvaltningen i Herrljunga saknar en övergripande kompetensförsörjningsplan.

Förvaltningen har arbetat för att nå det politiska målet med heltid som norm och deltid som möjlighet. Från 2022 till 2023 har andelen heltidsanställda ökat och förvaltningen har 93,2 % som har anställning på heltid och förvaltningen når upp till det politiska målet om 92% år 2023.

Fler medarbetare som tilldelats friskvårdsbidrag använde glädjande sitt bidrag, 546 av 1185 mot 410 av 1027 medarbetare 2022 och 226 av 1006 medarbetare 2021. Förvaltningen har arbetat för att uppmuntra sina medarbetare att använda sig av sin friskvård som en del i ett hållbart arbetsliv.



resurser, vilket har resulterat i att fler resursspass kunnat fördelats om ute i verksamheten. Dock finns det behov av fler timvikarier då ökat behov finns för att täcka kortare frånvaro.

Mätetal för målet	2021	2022	2023	Mål 2023
Arbetet känns meningsfullt*	4,4	4,4	4,3	4,7
Sjukfrånvaro (%)**	9,5	10,5	9,8	5
Personalomsättning, chefer	5/17	6/19	2/19	3/19
Personalomsättning, Socialförvaltning (egen begäran, pension, avliden, avtal) (%) ***	****	22,2	19,8	10%
Andel heltidsanställda (%)	90,1	90,4	93,2	92
Andel arbetad tid (av total arbetad tid) utförd av timanställda (%)				
Vård och omsorg	19	20	14	12
Socialt stöd	16	17	20	10
Antal tillsvidareanställda undersköterskor inom vård och omsorg av all omvårdnadspersonal*****	139/216	145/226	138/220	100%

\* Skala 1–5, där 5 är mycket meningsfullt, \*\*november-november, \*\*\*Helår, \*\*\*\* Uppgift saknas, \*\*\*\*\*Per sista december

**Socialnämndens mål:** Socialförvaltningen ska vara förtroendeskapande och verka för ökad trygghet, jämlikhet och rättssäkerhet.

**Bedömning måluppfyllelse: Delvis uppnått**



#### Målanalys:

Förvaltningen har förbättrat sitt resultat på samtliga målandikatorer från år 2022 men når inte fullt ut målet för 2023. Analyser pågår av resultatet för att ytterligare kunna förbättra nöjdheten hos kommuninvånarna. Somliga resultat kräver mer analys för att förstå än andra.

SAS har haft en genomgång av resultaten från brukarundersökningarna med enhetschefer på en utvecklingsdag avsedd för kvalitet under hösten 2023, samt vid månatliga kvalitetsmöten. För IFO är den största utmaningen att arbeta med att få en högre svarsfrekvens och större urval i brukarundersökningarna, för att nå ett resultat som kan analyseras. Med nuvarande svarsfrekvens är urvalet så pass litet att det är ett otillräckligt underlag för analys. Brukarnöjdhet i hemtjänst och på särskilt boende har förbättrats, viss variation finns mellan de olika hemtjänstgrupperna och mellan Hagen och Hemgården.

På daglig verksamhet har ett omfattande arbete gjorts vad gäller trivsel och trygghet, vilket också ger resultat.

Hemtjänstkontinuiteten är fortsatt utmanande, generellt sett är det ett mindre antal individer som träffar ett mycket stort antal personal under 14 dagar vilket skapar ett högt medelvärde. Detta är oftast individer som har stödinsatser som kräver dubbelbemanning. För individer som inte har dubbelbemannade insatser är medelvärdet något lägre än tidigare år. Dessutom har en ny lagstiftning kring fast omsorgskontakt i hemtjänsten tillkommit. Den fasta omsorgskontakten ska vara undersköterska. Skyddad yrkestitel har också införts under 2023 men medarbetaren har möjlighet att söka skyddad yrkestitel från Socialstyrelsen 10 år framåt.

Förvaltningens myndighetsutövning har tillgång till rättsdatabaser samt juridiskt stöd för att säkra sina beslut. Handläggarna har även handledning. Förvaltningen samarbetar med andra kommuner i viss handläggning så som alkoholhandläggning och familjerätt för att öka rättssäkerheten och minska sårbarheten i en liten kommun.

Mätetal för målet	2021	2022	2023	Mål 2023
Ökad nöjdhet avseende brukarbedömning IFO (%)	20**	*	100**	80
Ökad nöjdhet avseende brukarbedömning hemtjänst – helhetssyn (%)	*	82	84	94
Ökad nöjdhet avseende brukarbedömning särskilt boende – helhetssyn (%)	*	72	77	86
Ökad nöjdhet avseende brukarbedömning LSS, trivsel daglig verksamhet (%)	57	*	86	88
Antal personal en hemtjänsttagare möter under 14 dagar (medelvärde)	18	18	17	13

\*Inga resultat då inga undersökningar gjordes. 2021 gjordes inte Socialstyrelsens "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" och 2022 deltog förvaltningen inte i SKR:s brukarundersökning för IFO och LSS

\*\*Resultat baserat på väldigt låg svarsfrekvens/litet antal svar

## En utvecklande kommun

**Socialnämndens mål:** 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.

**Bedömning måluppfyllelse: Delvis uppnått**



**Målanalys:** Socialförvaltningen har inom äldreomsorgen sedan tidigare infört digital signering av läkemedel och rehab insatser, digital nattillsyn med kamera, nyckelfria lås i hemtjänsten, hotellås och digitala läkemedelsskåp med spårbarhet inom särskilt boende.

Under 2023 har digitala läkemedelsskåp med spårbarhet börjat att införas inom ordinärt boende (hemtjänst). Inom hemtjänsten pågår också ett utvecklingsarbete där förvaltningen arbetar för att införa inköp online. Detta innebär att omsorgspersonal tillsammans med brukaren gör en beställningslista digitalt i digital butik på orten, listan skickas därefter till en nystartad servicegrupp inom AME som gör inköpen och levererar matvarorna till brukaren. Detta frigör tid för undersköterskor att fokusera på omsorgsarbetet. Under 2024 skall en kampanj genomföras för att öka användandet av Bank-id hos våra brukare då Bank-id medför en ökad självständighet.

Inom vård och omsorg har Ipads införts på säbo där personalen snabbt kan se över dagens bemanning och om tillgängliga resursspass finns i annan verksamhet vid personalbrist i den egna verksamheten. Detta är kostnadseffektivt och tar vara på alla redan tillgängliga resurser och leder till minskad användning av timvikarier.

I mobiler som medarbetare använder i det dagliga arbetet har appar skjutits ut som tex SMHI väder samt FASS för vårdpersonal för att underlätta i deras arbete. En Facebook samt Instagram sida har startats upp för vård och omsorg för att kommunicera till kommuninvånarna och dess anhöriga vad som händer i verksamheten.

Inom socialt stöd har en utökning av digitala hjälpmedel för kommunikation skett där verksamhetsområdet nu kan arbeta övergripande och nå ut till fler med behov av alternativ kompletterande kommunikation.

Inom IFO tillämpas digitala lösningar i form av e-tjänster för orosanmälan, avgifter, ekonomiskt bistånd, färdtjänst, äldre och funktionsnedsättning samt LSS, intresseanmälan för familjehem, kontaktfamilj samt kontaktperson och överklagan av beslut. E-tjänster finns också för ansökan om serveringstillstånd för alkohol, försäljning och servering av folköl, försäljningstillstånd för tobak samt försäljning av receptfria läkemedel. Det finns också en digital lösning, SEFOS, som möjliggör säkra digitala möten med medborgare. Utbudet har ökat under 2023 och medför att socialnämndens mål om ökad digital service för medborgaren inom IFO uppnås.

Mätetal för målet	2021	2022	2023	Mål 2023
Antal nattkameror inom hemtjänsten*	7	2	5	14
Antal digitala lösningar inom IFO	5	5	12	10
Antal digitala läkemedelsskåp i ordinärt boende, inskrivna kommunal hälso- och sjukvård*	0	13	72	75

\*Per 31 december

## Ekonomisk ställning

### Driftredovisning

RESULTATRÄKNING (tkr)	Bokslut 2021	Bokslut 2022	Budget 2023	Utfall 2023	Avvikelse
Intäkter	-85 916	-96 262	-49 842	-63 544	13 702
<b>Summa intäkter</b>	<b>-85 916</b>	<b>-96 262</b>	<b>-49 842</b>	<b>-63 544</b>	<b>13 702</b>
Personalkostnader	190 224	190 773	205 169	211 793	-6 624
Lokalkostnader, energi, VA	10 984	11 788	15 290	17 550	-2 260
Övriga kostnader	104 383	103 083	68 006	72 286	-4 280
Kapitalkostnad	452	655	943	943	-
<b>Summa kostnader</b>	<b>306 043</b>	<b>306 299</b>	<b>289 408</b>	<b>302 573</b>	<b>-13 165</b>
<b>Summa Nettokostnader</b>	<b>220 127</b>	<b>210 037</b>	<b>239 566</b>	<b>239 029</b>	<b>537</b>
Kommunbidrag	212 115	216 175	239 566	239 566	-
<b>Resultat</b>	<b>-8 012</b>	<b>6 138</b>	<b>-</b>	<b>537</b>	

### Organisatorisk fördelning

RESULTAT NETTO (tkr)	Bokslut 2021	Bokslut 2022	Budget 2023	Utfall 2023	Avvikelse
Nämnd	489	559	571	570	1
Förvaltningsledning	11 411	16 482	15 964	12 340	3 624
Individ och familjeomsorg	45 457	36 939	43 056	41 443	1 613
Vård och omsorg	120 072	130 456	131 561	132 251	-690
Socialt stöd	32 608	45 162	48 414	52 425	-4 011
<b>Summa verksamhet</b>	<b>210 037</b>	<b>229 598</b>	<b>239 566</b>	<b>239 029</b>	<b>537</b>
Intäkter	-85 916	-96 262	-49 842	-63 544	13 702
Kostnader	306 043	306 299	289 408	302 573	-13 165
<b>Nettokostnad</b>	<b>220 127</b>	<b>210 037</b>	<b>239 566</b>	<b>239 029</b>	<b>537</b>

\*Budget 2023 inkl. tilläggsanslag

### **Kommentar till utfallet på drift**

Socialnämnden visar ett överskott på 573 tkr för 2023. I överskottet ryms resultatföringen av 2018 års flyktinggrupp om 1 734 tkr. Det är bland annat dessa medel tillsammans med tillkommande statsbidrag som gör att socialnämnden kan presentera ett överskott för 2023.

Socialnämnden har under 2023 erhållit många olika statsbidrag av olika karaktär som har till stor del använts i den ordinarie verksamheten. För kommande år kan inte förväntas samma goda utfall av statsbidragen i verksamheten vilket innebär att pågående arbetet med effektiviseringar och prioriteringar måste fortsätta. I början av året visade prognosen på ett stort underskott. Verksamheten har aktivt jobbat med att hålla igen kostnader för personal samt för att minska inköp. Ett stort arbete har varit att se över effektiviteten i hemtjänsten. Förvaltningen har även arbetat med att påbörja hemflytt av externa placeringar LSS vilket har lett till lägre kostnader.

#### **Nämnd och förvaltningsledning**

Nämnden visar ett överskott på 1 tkr per december 2023 vilket är ett resultat i nivå med budget.

Förvaltningsledningen redovisar ett överskott på 3 624 tkr. Större delen av överskottet härleds till lägre systemkostnader och kostnader för hälso- och friskvårdsrelaterade tjänster. Minskade personalkostnader bidrar också till överskott på grund av delar av personalkostnaderna har finansierat av statsbidrag. I resultatet för förvaltningsledningen finns resultatföringen av flyktingpotten om 1 734 tkr.

#### **Individ och familjeomsorg**

IFO som helhet visar ett överskott på 1 613 tkr. Överskottet beror framför allt på överskott för omsorgsavgifter, färdtjänst, handläggare Barn och familj samt vuxen vård.

IFO övergripande redovisar ett överskott på 1 171 tkr. Överskottet kan härledas till ökade intäkter från omsorgsavgifter med 751 tkr men även lägre personalkostnader än budgeterat på grund av vakant tjänst om 475 tkr.

IFO vuxen och bistånd redovisar ett överskott om 1 543 tkr vilket beror på färre placerade än budgeterat för vuxen vård. Ekonomiskt bistånd gör också ett litet överskott om 196 tkr. Handläggarna gör ett underskott om 434 tkr vilket till större del beror på andel inköpta konsulttjänster samt inhyrd personal under året på grund av vakanta tjänster och svårighet att rekrytera rätt personal med rätt behörighet. Under året har även kostnader för handledning varit högre vilket beror på ökat behov.

IFO barn och familj redovisar ett underskott om 2 871 tkr. Största delen av underskottet beror på ökade kostnader för vård av barn och unga om 3 645 tkr inklusive finansiering av placeringar genom EKB-bufferten med 2 426 tkr. Av detta underskott utgörs till största del av placeringar i familjehemsvård men även kontaktfamiljer och övrig behovsprövad vård gör ett underskott. Inom HVB har placeringarna minskat under året med ett litet överskott som följd. Handläggning barn och familj visar ett överskott om 774 tkr vilket beror på vakanta tjänster och sjukskrivningar.

Bistånd, stöd och administration visar ett överskott om 1 770 tkr. Färdtjänsten visar ett överskott om 1 005 tkr, vilket beror på färre antal resor under året. Resterande del av överskottet inom bistånd, stöd och administration beror på vakanser samt sjukskrivningar inom handläggning äldre och funktionshindrade samt administration.

#### **Vård och omsorg**

Totalt visar vård och omsorg ett underskott på 689 tkr. Resultatet är bättre än vad som prognosticerats under året. Under året har förvaltningen erhållit statsbidrag samt kontinuerligt arbetat med effektiviteten och rätt bemanning inom hemtjänsten. Erhållna statsbidrag har starkt bidragit till det förbättrade resultatet i verksamheten på olika sätt. Samma utfall av statsbidragen kan inte förväntas kommande år vilket gör att arbetet med effektiviseringar och prioriteringar måste fortsätta.

Vård och omsorg gemensamt redovisar ett litet överskott om 241 tkr. Under året har det funnits vakanta tjänster samt att delar av personalkostnaderna har finansierats av statsbidrag vilket har lett till överskottet.

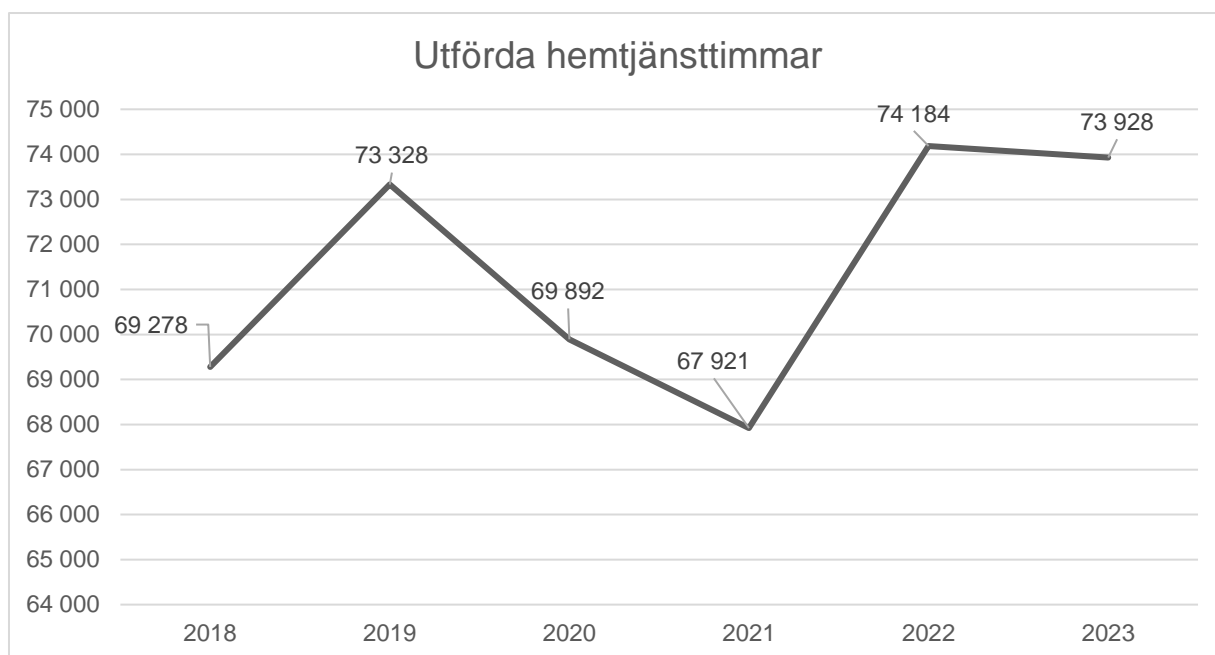
Korttidsenheten och bemanningen har ett positivt utfall med 972 tkr. Under året har korttiden haft högre bemanning än budget. Den här trenden fortsatte större delen av året vilket gjorde att man beslutade att öka bemanningen och täcka underskottet med hjälp av statsbidraget "främja ett hållbart arbetsliv". Korttiden har haft det lugnare i slutet av året då belastningen inte har varit lika intensiv vilket gör att korttiden gör ett mindre överskott. Bemanningen har också finansierats till viss del av statsbidrag vilket gör att bemanningen har en budget i balans vid årets utgång.

Särskilt boende har ett underskott med 2 936 tkr. Hemgården demens gör ett underskott med 1 555 tkr. Under början av året hade enheten hög belastning vilket gjorde att personalkostnaderna ökade. Flytten till Nya Hagen har också bidragit till ökade kostnader under året. Under året har även hyran för Nya Hagen inte erhållits i kommunbidraget vilket gav ytterligare ett underskott med 1 050 tkr. Hemgården somatik redovisar ett överskott med 465 tkr. I överskottet ingår ett statsbidrag om 967 tkr för att kunna säkerställa god och säker vård. Verksamheten hade det tuft i början av året med högre vårdtyngd vilket resulterade i högre personalkostnader än budget. Under senare delen av året sågs bemanningen över och genom större samverkan mellan avdelningarna hämtade man hem det beräknade underskottet. Hagen redovisar ett underskott om 801 tkr, boende har haft ett omfattande vårdbehov och det har medfört en högre bemanning än budget. Även här har bemanningen setts över och ett gott resultat har resulterat i en budget i balans i slutet av året.

Hälso- och sjukvård redovisar ett överskott med 2 977 tkr som till nära hälften beror på vakanta tjänster för sjuksköterskor. Trots överskottet har flertalet sjuksköterskor hyrts in under året och då i större omfattning än budgeterat. Även statsbidrag bidrar till överskottet med 1 400 tkr som är till för att öka antalet sjuksköterskestudenter.

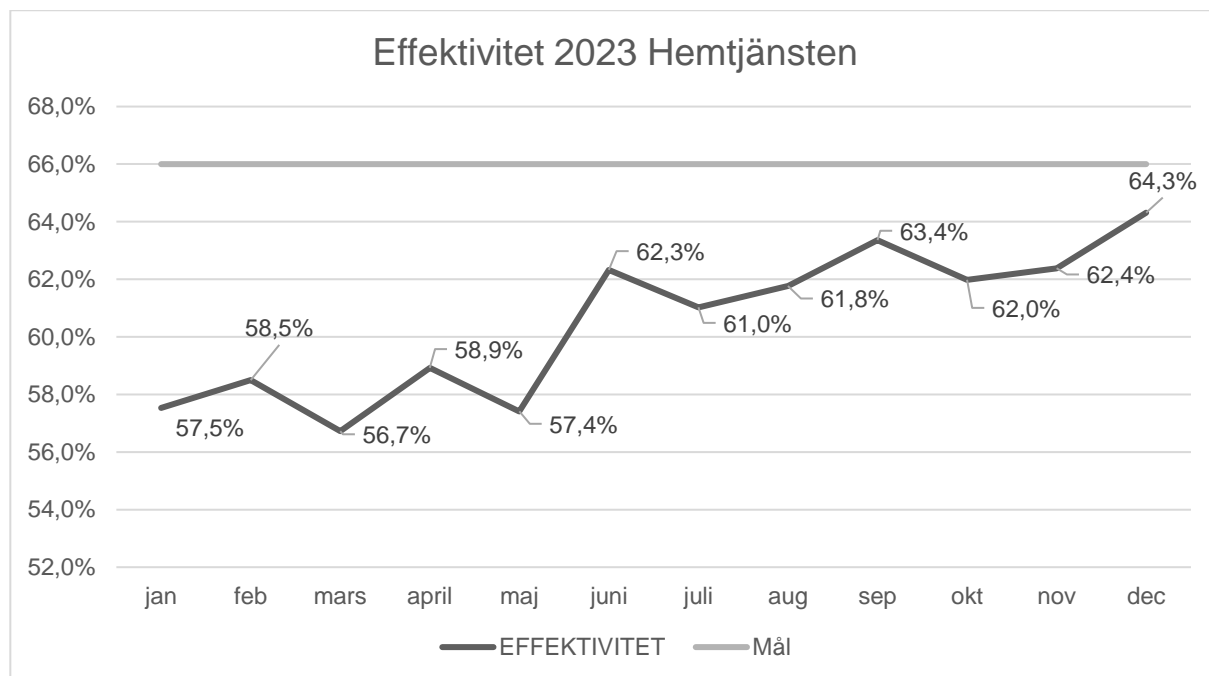
Hemtjänsten visar totalt ett underskott med 1 944 tkr på grund av mer personalkostnader. Under året har hemtjänsten fortsatt att jobba för en ökad effektivitet och följer varje månad upp utfall i förhållande till budget. Hemtjänsten tätort har under året ökat sin effektivitet och under årets sista 4 månader har hemtjänsten tätort uppfyllt sitt mål om 70 procent effektivitet. Hemtjänsten landsbygd har under december månad uppfyllt sitt mål med en effektivitet om 66 procent vilket är en stor förbättring jämfört med tidigare månader. Hemtjänsten Ljung har ett mål om en effektivitet med 66 procent men har endast nått 57 procent under året. Underskottet i hemtjänsten beror till hälften på lägre effektivitet än uppsatta mål men även på grund av högre volymer än budgeterat.

tkr	Prognos okt 2023	Utfall 2023	Utfall 2022
Hemtjänst gemensamt	500	434	312
Hemtjänst landsbygd	-1 950	-842	-1 878
Hemtjänst tätort	-1 750	-1 424	-1 305
Hemtjänst Ljung	-1 450	-853	-468
Trygghetstjänster	100	107	-95
Nattpatrull	300	459	367
Stationsvägen gemensamt	100	132	84
Trygghetsboende	0	43	135
<b>Hemtjänsten totalt (tkr)</b>	<b>-4 150</b>	<b>-1 944</b>	<b>-2 848</b>



Tabellen visar utvecklingen av utförd tid inom hemtjänsten 2018–2023. Förändring i mätetalet har skett. Utförda timmar omfattar även bomtid. Även åren 2018–2021 har reglerats för att möjliggöra jämförelse.

Mellan 2021 och 2022 har det skett en kraftig ökning i utförda hemtjänsttimmar vilket märks tydlig på det underskott som hemtjänsten visar 2022 och 2023. Under året har förvaltningen följt effektiviteten inom hemtjänsten och arbetat hårt för att uppnå sitt mål om en effektivitet om 66 procent för hela hemtjänsten. Den genomsnittliga effektiviteten för hemtjänsten 2023 är 61 procent vilket är en ökning från 2020 med 6 procentenheter.



#### **Socialt stöd**

Totalt visar Socialt Stöd ett underskott med 4 011 tkr. Underskottet beror primärt på ökade kostnader för LSS extern regi. Socialt stöd gemensamt redovisar ett överskott med 526 tkr på grund av viss del av en chefstjänst har finansierats av statsbidrag så som ett hållbart arbetsliv samt till viss del av statsbidraget motverka psykisk ohälsa.

Funktionshinder 1 (eget boende och placeringar) gör ett underskott med 4 459 tkr på grund av ökade kostnader för extern LSS. Kommunens egen gruppboende för LSS gör i år ett överskott då gruppboendet har sett över den överanställning som fanns föregående år vilket har lett till lägre personalkostnader än budget.

Funktionshinder 2 redovisar ett underskott med 1 540 tkr, vilket till största del beror på ökade kostnader för personlig assistans för både extern och intern regi. Underskottet beror på tillkommande ärenden under året vilket delvis också är en effekt av överanställning i samband med heltid som norm, deltid som möjlighet, samt lägre ersättning från Försäkringskassan än budgeterat. Kontaktpersoner visar ett mindre underskott, vilket beror på fler tillkommande ärenden som har verkställts i slutet av året. Korttidstillsyn (KTS), ledsagning och avlösarservice visar ett mindre överskott för personalkostnader.

Enheten stöd och resurs visar ett överskott med 602 tkr. Boendestöd har lägre personalkostnader än budgeterat på grund av minskat behov samt på grund av en vakant tjänst. Serviceboende LSS visar ett mindre underskott vilket beror på högre hyreskostnader då det periodvis har varit vakanta lägenheter.

Sysselsättning redovisar ett överskott med 860 tkr. Enheten har under året fått flera statsbidrag utöver de som finns budgeterade. Detta tillsammans med ökade ersättningar från Arbetsförmedlingen väger upp att personalkostnaderna för ordinarie verksamhet samt bidragsanställningar ökar. Reprisen och fixartjänster redovisar ett överskott då intäkterna är högre budgeterat. Tvätten gör även de ett överskott på 427 tkr detta på grund av lägre personalkostnader än budgeterat till följd av en pensionsavgång.

Flykting- och EKB medel har finansierat stora delar av verksamheten under 2023, både i form av tjänster och placeringskostnader, men framför allt på grund av resultatföringen av medel kopplade till 2018 års flyktinggrupp, 1 734 tkr. Socialförvaltningen har en stor utmaning i att anpassa befintlig verksamhet för att finansiera den utan flykting- och EKB medel när de är slut. En översyn för hur ordinarie verksamhet ska finansieras exklusive dessa medel, pågår. Utgående balans för avräkningskonto ensamkommande barn per 231231 är 404 tkr. Utgående balans för avräkningskonto flyktingverksamhet per 231231 är 1 452 tkr.

## Investeringsredovisning

RESULTAT NETTO (tkr)	Ursprungs budget 2023	Tillägg/ ombudg 2023	Summa Budget 2023	Utfall 2023	Avvikelse 2023
4150 Inventarier	500	-	500	463	37
4151 Infrastruktur IT	200	-	200	52	148
4152 Nytt verksamhetssystem	-	937	937	478	459
4250 IT konferensrum IFO	100	-	100	67	33
4450 Hjälpmedel	200	-	200	219	-19
4451 Inventarier Hagen	1 925	700	2 625	1 436	1 189
4452 Inventarier dagträff/hemtjänst	-	262	262	-	262
4453 Läkemedel- och värdeskåp SÄBO	150	-150	-	-	-
4454 Läkemedels- och värdeskåp HSV	-	150	150	15	135
4651 Inventarier gruppbostad LSS	375	-	375	-	375
4652 Inventarier korttidsvist LSS	750	-	750	-	750
5434 Ombyggnad Hemgården	-	800	800	327	473
<b>TOTALA INVESTERINGAR</b>	<b>4 200</b>	<b>2 699</b>	<b>6 899</b>	<b>3 057</b>	<b>3 842</b>

### Kommentar till utfall investeringar

#### Investeringar genom samhällsbyggnads förvaltningen

- Hagens demenscentrum: Nybyggnad och ombyggnad av gamla Hagen:** Under 2023 har den nybyggda delen av Hagens demenscentrum färdigställt och invigts i september. Det planeras även för en ombyggnad i Hagen etapp 2 (2024). Projektet är slutfört i första etappen av två, vilket innebär tillbyggnaden av 38 boendelägenheter med tillhörande ytor för personal så som kontor och samvaro är klara. Sjuksköterskor och rehabpersonal samt chefer har samlokaliseras på plan två.
- Projekt 5434 -Ombyggnation/Renovering Hemgården:** Under 2023 har en projektering skett utifrån ombyggnad av Hemgårdens lokaler. Styrgrupp, referensgrupp och projektledare har utsetts och arbetat under året. Upphandling av entreprenader sker under 2024. När Hemgården står klart skall byggnaden inrymma avdelningar för särskilt boende, daglig verksamhet LSS, hemtjänst, bemanning/planering, caféverksamhet och gemensamhetsytor. När byggnaden är renoverad kommer fastigheten även att ha ett fullgott brandskydd via sprinklersystem som kommer att installeras via annat projekt.

#### Investeringar inom socialförvaltningen

- Projekt 4150 - Inventarier:** Under 2023 har det köpts in nya vårdsängar och madrasser då flera av de gamla var uttjänta. Förvaltningen har även inrett ett rum på korttidsavdelningen för de patienter som vårdas palliativt och deras anhöriga. Detta för att skapa en fin miljö i livets slutskede. Det har köpts in ett digitalt reservnyckelskåp där alla reservnycklar till digitala läkemedelsskåp förvaras säkert.
- Projekt 4151- Infrastruktur IT:** Teknisk utrustning och infrastruktur.
- Projekt 4152 - Nytt verksamhetssystem:** Uppstartskostnader för upphandling av nytt verksamhetssystem. Resterande medel begärs ombudgerade till 2024.
- Projekt 4250- IT-konferensrum IFO:** Utrustning till ett av befintliga konferensrum. Resterande medel begärs ombudgerade till 2024 då sista fakturan kom 2024.



- **Projekt 4450-Hjälpmedel:** Nya liftar och vårdsängar och madrasser till särskilt boende har köpts in.
- **Projekt 4451-Inventarier Hagen:** Etapp 1 har under året färdigställts och inventarier till det nya demenscentrumet har köpts in. Etapp 2 av Hagen kommer att påbörjas under 2024 och resterande medel begärs ombudgeterade till 2024.
- **Projekt 4452-Inventarier dagträff/hemtjänst:** Dessa medel har inte nyttjats då detta investeringsbeslut ligger kvar sedan tidigare och nu har ersatts av nya planer för vård och omsorgsverksamheter. Dessa medel begärs därför ombudgeteras till 2024.
- **Projekt 4453-Läkemedel- och värdeskåp SÄBO:** Felbudgeterat flyttades under året till läkemedel och värdeskåp inom ordinärt boende HSV (hemtjänst) Läkemedels och värdeskåp har redan köpts in till särskilt boende.
- **Projekt 4454-Läkemedel- och värdeskåp HSV:** Budget flyttad från SÄBO då det blev fel. Läkemedels och värdeskåp har köpts in till ordinärt boende (hemtjänst) för förvaring av mediciner där kommunen har tagit över ansvaret. Det finns en spårbarhet då skåpen är digitala. Dessa medel begärs därför ombudgeteras till 2024 då fakturan kom 2024.
- **Projekt 4651-Inventarier gruppboestad LSS:** Inventarier till ny gruppboestad. Dessa medel begärs ombudgeterade då gruppboestaden inte står klar förens 2024.
- **Projekt 4652-Inventarier korttidsvistelse LSS:** Inventarier till ny korttidsvistelse. Dessa medel begärs ombudgeterade då gruppboestaden inte står klar förens 2024.

## Väsentliga personalförhållanden

Redovisning av personalförhållande i procent*	Nov 2022	Nov 2023
<b>Total sjukfrånvaro %</b>	<b>10,5</b>	<b>9,8</b>
För kvinnor	11,2	10,5
För män	7,4	7,0
<b>Långtidssjukfrånvaro (&gt;60 dagar) %</b>		
Total sjukfrånvarotid	46,6	50,4
för kvinnor	48,0	52,7
för män	37,3	35,9
<b>Andel heltid %</b>	<b>90,4</b>	<b>93,2</b>
för kvinnor	90,7	93,8
för män	88,2	89,3

\*Statistiken avser perioden 2021-12-01-2022-11-30 resp. 2022-12-01 – 2023-11-30

Den totala sjukfrånvaron ligger på ungefär samma nivå som föregående år men har minskat något från 2022. Glädjande är att både kvinnor och män minskar sin sjukfrånvaro. Långtidsfrånvaron har ökat något från året innan. Den totala sjukfrånvaron ligger dock på en betydligt högre nivå än förvaltningens mål på 5%. Andelen heltid har ökat med 2,8 procentenheter från 2022. Ökningen har skett både för kvinnor och män.

Enhetscheferna arbetar aktivt med sjukfrånvaron i sitt dagliga arbete. De arbetar tillsammans med HR-strateg i de fall den enskilda behöver en rehabiliteringsplan. Sedan covid har personalen blivit mer uppmärksam på att inte gå till sitt arbete med ens mindre förkylningssymtom något som ökat sjukfrånvaron. Då förvaltningen flera gånger fått en ny HR-strateg har det varit svårt för förvaltningsledning och enhetscheferna att arbeta långsiktigt med sjukfrånvaron. Inför 2024 är detta ett prioriterat område och fokus kommer att flyttas till friskfaktorer i arbetslivet något som redan provas i mindre skala i vissa arbetsgrupper.

## Förväntad utveckling

Förvaltningen har inför 2024 en utmaning att klara en budget i balans. Inför 2024 har förvaltningen en högre kostnad för sin personliga assistans och placerade barn än vad som är budgeterat.

Förvaltningen saknar även driftbudget fullt ut till nybyggd gruppbostad och korttidsvistelse samt hyreskostnad för nya Hagen. Detta medför att alla chefer har fokus på att följa sin utveckling på månadsbasis och omgående upprätta en åtgärdsplan om de uppvisar ett underskott. Förvaltningen kommer fortsatt att söka alla tillgängliga statsbidrag.

Under 2024 prognosticeras fler kommuninvånare vara i behov av insatser från vård och omsorg främst hemtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, detta är en utveckling som följer den demografiska utvecklingen i kommunen. Även behoven av säbo beräknas öka något.

Behoven inom LSS och IFO bedöms ligga kvar på ungefär samma nivå som 2023. Inför 2023 skapades en resursfördelningsmodell för placerade barn i familjehem där en genomsnittlig kostnad för ett placerat barn i familjehem räknades fram till 330 tkr/placerat barn. Inför 2023 fick IFO en budget som täckte kostnader för 30 placerade barn å 330 tkr. IFO har i ingången till 2024 ökat till 31 placerade barn, av dessa 31 placerade barn är tre placerade i konsulentstödda familjehem och kostar 3,6 gånger så mycket som ett eget familjehem. Dessa tre barn kostar lika mycket som 11 egna familjehem. IFO kommer under året att arbeta med att se över dessa kostnader.

Under 2024 har förvaltningsledningen utöver att hantera pågående verksamhet prioriterat följande projekt och aktiviteter:

- Införande av nytt verksamhetssystem
- Förberedelse för införande av ny socialtjänstlag 1 juli 2025
- Införande av Millenium (gamla SAMSA) hösten 2024
- Centralt övertag av digital teknik från verksamheten till staben
- Utveckla och öka den interna samverkan i socialförvaltningen
- Minska personalomsättning/sjukfrånvaro samt skapa strategier för detta
- Hagens utbyggnad, etapp 2
- Hemgårdens ombyggnad
- Digitala läkemedelsskåp införande i ordinärt boende för de som har kommunal HSL
- Hemtjänstens effektivisering med tillhörande aktiviteter
- Resursfördelningsmodell hemtjänst som är klar att lansera 2025
- Implementera äldreomsorgsstrategin (plan i verksamheten)
- Lyckan gruppbostad och korttidsvistelse
- Utveckla bemanningsenheten

## Bilaga 1 - Fördelning per ansvarsnivå

RESULTAT NETTO (tkr)	Bokslut 2021	Bokslut 2022	Budget 2023	Utfall 2023	Avvikelse
Nämnd	489	513	571	570	1
Förvaltningsledning*	11 411	14 140	15 964	12 340	3 624
<b>IFO</b>	<b>45 458</b>	<b>32 697</b>	<b>43 056</b>	<b>41 443</b>	<b>1 613</b>
IFO övergripande	1 765	-73	1 838	668	1 170
IFO vuxen	23 421	8 189	12 469	10 925	1 544
IFO barn och familj	20 272	16 964	19 502	22 373	-2 871
IFO bistånd stöd/administration	-	7 617	9 247	7 477	1 770
<b>Vård och omsorg</b>	<b>120 072</b>	<b>128 965</b>	<b>131 561</b>	<b>132 250</b>	<b>-689</b>
Vård och omsorg gem	40 250	7 553	6 519	6 278	242
Nya Hagen Säbo	-	-	-	1 045	-1 045
Korttid och bemanning	11 251	10 019	10 160	9 188	972
Hagen Säbo	14 754	17 522	18 340	19 141	-801
Hemgården demens	15 551	10 387	10 554	12 109	-1 555
Hälso- och sjukvård	21 499	21 216	25 309	22 332	2 977
Hemgården omvårdnad	9 008	15 960	15 911	15 447	464
Hemtjänst	7 759	46 307	44 767	46 711	-1 944
<b>Socialt stöd</b>	<b>32 609</b>	<b>49 015</b>	<b>48 414</b>	<b>52 425</b>	<b>-4 011</b>
Socialt stöd gem	2 299	2 818	3 255	2 729	526
Funktionshinder 1	16 363	19 577	14 943	19 402	-4 459
Funktionshinder 2	-	12 734	13 473	15 013	-1 540
Stöd och resurs	8 588	7 256	8 766	8 163	603
Sysselsättning	5 359	6 630	7 977	7 117	860
<b>Summa verksamhet</b>	<b>210 039</b>	<b>225 330</b>	<b>239 566</b>	<b>239 027</b>	<b>539</b>
Intäkter	-85 916	-96 262	-49 842	-63 544	13 702
Kostnader	306 043	306 299	289 408	302 573	-13 165
<b>Nettokostnad</b>	<b>220 127</b>	<b>210 037</b>	<b>239 566</b>	<b>239 029</b>	<b>537</b>

\*Budget 2023 inkl. tilläggsanslag

## **Ombudgetering av investeringar 2023 för Socialnämnden**

### **Förslag till beslut**

Kommunfullmäktige föreslås godkänna överföring av socialnämndens outnyttjade investeringsmedel för 2023 till 2024.

### **Sammanfattning av ärendet**

I budget och verksamhetsplanen för 2023 fanns investeringsmedel (både i ursprungsbudgeten samt tilläggsbudgeten) för investeringar som inte är slutförda under 2023. I budget och verksamhetsplanen för 2024 finns inga resurser för dessa investeringar, dessa begärs därför ombudgeterade till 2024.

### **Beslutsunderlag**

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2024-02-20  
Ombudgetering investeringar 2023-12-31 Socialnämnden

### **Beslutet ska skickas till**

Kommunstyrelsen

Malin Rickardsson  
Controller



# Ombudgetering Investeringar 2023-12-31

Socialnämnden

Underlag till beslut med diarienummer:SN-2024-00003



Herrljunga  
kommun

# Innehåll

## Innehållsförteckning

Sammanställning .....	3
Projektbeskrivning .....	3
Projekt 4152 Nytt verksamhetssystem .....	3
Projekt 4451 Inventarier Hagen .....	3
Projekt 4452 Inventarier dagträff/hemtjänst.....	3
Projekt 4454 Läkemedel- och värdeskåp HSV .....	4
Projekt 4651 Inventarier till gruppbofastad LSS .....	4
Projekt 4652 Inventarier till korttidsvistelse LSS.....	4
Projekt 5434 Ombyggnad Hemgården .....	4

## Sammanställning

Projekt tkr	Ursprungs- budget 2023	Tillägg/ ombudg 2023	Summa Budget 2023	Utfall 2023	Avvikelse 2023	Äskat till 2024
4152 Nytt verksamhetssystem	0	937	937	478	459	459
4451 Inventarier Hagen	1 925	700	2 625	1 436	1 189	1 189
4452 Inventarier dagträff/hemtjänst	0	262	262	0	262	262
4454 Läkem och värdeskåp HSV	0	150	150	15	135	135
4651 Inv mm gruppb. LSS	375	0	375	0	375	375
4652 Inv mm korttidsvist LSS	750	0	750	0	750	750
5434 Ombyggnad Hemgården	0	800	800	327	473	473
<b>Socialnämnd</b>	<b>3 050</b>	<b>2 849</b>	<b>5 899</b>	<b>2 255</b>	<b>3 644</b>	<b>3 644</b>

Ovan sammanställning visar de projekt som socialnämnden äger beslutanderätt i, de projekt som går genom internservicenämnden (tex. Ombyggnad Hagen) tas upp för ombudgetering i internservicenämnden.

## Projektbeskrivning

### **Projekt 4152 Nytt verksamhetssystem**

Upphandling och implementering av nytt verksamhetssystem.

#### **Skäl för ombudgetering**

Upphandlingen av nytt verksamhetssystem var klart i slutet av 2023. Implementeringen kommer att ske under 2024. Medel om 459 tkr begärs därför ombudgeterade till 2024 för implementeringen.

### **Projekt 4451 Inventarier Hagen**

Inventarier till om- och nybyggda Hagen

#### **Skäl för ombudgetering**

Etapp 1 har under året färdigställts och inventarier till det nya demenscentrumet har köpts in. Etapp 2 av Hagen kommer att påbörjas under 2024 och resterande medel begärs ombudgeterade till 2024. Medel om 1 189 tkr begärs därför ombudgeterade till 2024.

### **Projekt 4452 Inventarier dagträff/hemtjänst**

Inventarier till dagträff/ hemtjänsten.

#### **Skäl för ombudgetering**

Dessa medel har inte nyttjats då detta investeringsbeslut ligger kvar sedan tidigare och nu har ersatts av nya planer för vård och omsorgsverksamheter. Medel om 262 tkr begärs därför ombudgeteras till 2024.

**Projekt 4454 Läkemedel- och värdeskåp HSV**

Läkemedelsskåp för ordinärt boende

**Skäl för ombudgetering**

Läkemedel- och värdeskåp har köpts in till ordinärt boende (hemtjänst) för förvaring av mediciner där kommunen har tagit över ansvaret. Det finns en spårbarhet då skåpen är digitala. Medel om 135 tkr begärs därför ombudgeteras till 2024 då fakturan kom 2024.

**Projekt 4651 Inventarier till gruppboestad LSS**

Inventarier till Lyckans gruppboestad LSS

**Skäl för ombudgetering**

Fastigheten där gruppboestaden ska ha sin verksamhet kommer att färdigställas under 2024. Inga inköp av inventarier har därmed genomförts under 2023. Medel om 375 tkr begärs därför ombudgeterade till 2024.

**Projekt 4652 Inventarier till korttidsvistelse LSS**

Inventarier till Lyckans korttidsvistelse

**Skäl för ombudgetering**

Fastigheten där korttidsvistelsen ska ha sin verksamhet kommer att färdigställas under 2024. Inga inköp av inventarier har därmed genomförts under 2023. Medel om 750 tkr begärs därför ombudgeterade till 2024.

**Projekt 5434 Ombyggnad Hemgården**

Ombyggnation av hemgården

**Skäl för ombudgetering**

Under 2023 har en projektering skett utifrån ombyggnad av Hemgårdens lokaler. Styrgrupp, referensgrupp och projektledare har utsetts och arbetat under året. Upphandling av entreprenader sker under 2024. När Hemgården står klart skall byggnaden inrymma avdelningar för särskilt boende, daglig verksamhet LSS, hemtjänst, bemanning/planering, caféverksamhet och gemensamhetsytor. Medel om 473 tkr begärs därför ombudgeterade till 2024.



## **Socialnämndens investeringsäskanden 2025-2027**

### **Förslag till beslut**

Socialnämnden tar del av investeringsäskandet och skickar denna vidare till ekonomiavdelningen för sammanställning och fortsatt arbete i budgetberedningen

### **Sammanfattning av ärendet**

Som en del i budgetarbetet för 2025-2027 ska socialnämnden överlämna de investeringsäskanden som nämnden ser till kommunfullmäktige. Socialförvaltningen har sammanställt de behov som kan förutses för de närmaste åren. För detaljerad beskrivning se bifogat underlag.

### **Beslutsunderlag**

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2024-02-20  
SN Investeringsbehov 2025-2027

### **Beslutet ska skickas till**

Ekonomiavdelningen och till kommunfullmäktige för kännedom.

Malin Rickardsson  
Controller

# Investeringsbehov

Underlag till budget och verksamhetsplan 2025–2027

## Sammanställning

Benämning	Investeringsutgift			Drift start	Driftkost /år
	2025	2026	2027		
1:1 Spoldesinfektorer SÄBO	240 tkr			2025–2026	0 tkr
1:2 Inventarier SN	500 tkr	500 tkr	500 tkr	2025–2027	0 tkr
1:3 Hjälpmedel SN	300 tkr	400 tkr	400 tkr	2025–2027	0 tkr
1:4 Infrastruktur IT	300 tkr	300 tkr	300 tkr	2025–2027	0 tkr
1:5 Inventarier tvättenheten	200 tkr	200 tkr	200 tkr	2025–2027	0 tkr
1:6 Läkemedelsskåp till ordinärt boende med digital teknik HSV	100 tkr	100 tkr		2025–2026	Kostnad 25 kr st/mån
1:7 IT konferensrum IFO	100 tkr			2025	0 tkr
1:8 Ombyggnad Hemgården	11 500 tkr (tidigare 10 500)			2025	0 tkr
1:9 Implementering nytt verksamhetssystem	1 500 tkr			2025	605 tkr/år
<b>Summa</b>	<b>14 740 tkr</b>	<b>1 500 tkr</b>	<b>1 400 tkr</b>		

- Blåmarkerade celler indikerar tillkomna behov/ belopp
- Gulmarkerade celler indikerar förändrade belopp
- Orangemarkerade celler indikerar att det kanske borde finnas ett belopp
- Ej färgmarkerade celler är beslutade belopp enl. budget 2024–2026. Här kan förvaltningen lagt ett lägre belopp än budget.

### 1:1 Investeringsbeskrivning

Benämning	<i>Spoldesinfektorer SÄBO</i>
Ansvarig nämnd	<i>Socialnämnd</i>
Nämnd som utför	<i>Socialnämnd</i>

Investeringsutgift (tkr)	240 tkr
Driftkostnad i projektet	0 tkr
Driftkostnader i verksamheten (efter driftstart)	Pågående serviceavtal
Beräknas starta upp ( <i>utgift uppstår</i> )	Löpande 2025
Beräknas tas i drift (aktiveras)	Löpande 2025

#### Beskrivning av investeringen

Det finns en spoldesinfektor på respektive avdelning på särskilt boende (SÄBO). Tre av dessa planeras att bytas ut under 2024 (en på Hemgården och två på Hagen). Under 2025 behöver det bytas ut två (en på Hemgården och en på Hagen). Respektive spoldesinfektor kostar ca 80 tkr inklusive inköp och inkoppling. Bedömningen är att ingen ytterligare behöver bytas under 2026–2027.

#### Behov som initierar investeringen

Nuvarande spoldesinfektorer behöver bytas när de inte är funktionsdugliga. Detta då det saknas reservdelar pga. ålder. En spoldesinfektor är avsedd för tömning av vätskor som avföring, urin eller andra kroppsvätskor/vätskor och ger samtidigt möjlighet till renspolning, rengöring och desinfektion.

#### Driftkostnader på grund av investeringen

Inga

#### Vilka kostnader uppstår om investeringen genomförs förutom kapitalkostnader.

Inga

#### Löpande driftkostnader efter projektet är klart:

Inga tillkommande förvaltningen har redan ett pågående serviceavtal

#### Driftkostnader under genomförandefasen:

Inga

### 1:2 Investeringsbeskrivning

Benämning:	<i>Inventarier</i>
Ansvarig nämnd:	<i>Socialnämnd</i>

Nämnd som utför	<i>Socialnämnd</i>
-----------------	--------------------

Investeringsutgift (tkr)	500 tkr/år
Driftkostnad i projektet	0 tkr
Driftkostnader i verksamheten (efter driftstart)	0 tkr
Beräknas starta upp ( <i>utgift uppstår</i> )	Löpande 2025–2027
Beräknas tas i drift (aktiveras)	Löpande 2025–2027

**Beskrivning av**

**investeringen**

Investeringen innebär inköp av inventarier i form av kontors-, konferens – och verksamhetsmöbler.

**Behov som initierar investeringen**

Behov av ergonomiska kontorsmöbler för anställda, ej ändamålsenliga möbler i verksamhetslokalerna.

**Driftkostnader på grund av investeringen**

Inga

**Vilka kostnader uppstår om investeringen genomförs förutom kapitalkostnader. Löpande driftkostnader efter projektet är klart:**

Inga

**Driftkostnader under genomförandefasen:**

Inga

**1:3 Investeringsbeskrivning**

Benämning:	<i>Hjälpmedel</i>
Ansvarig nämnd:	<i>Socialnämnd</i>
Nämnd som utför	<i>Socialnämnd</i>

Investeringsutgift (tkr)	300 tkr/år 2024–2025 400 tkr 2026–2027
Driftkostnad i projektet	0 tkr
Driftkostnader i verksamheten (efter driftstart)	0 tkr
Beräknas starta upp ( <i>utgift uppstår</i> )	Löpande 2024–2027
Beräknas tas i drift (aktiveras)	Löpande 2024–2027

**Beskrivning av**

**investeringen**

Mobila personlyftar behöver köpas in på särskilt boende detta då befintliga är gamla och utdömda och inte kan repareras ytterligare. Dessa behövs om det blir strömavbrott eller om taklyftar ej fungerar samt vid akuta lyft vid tex fall.

Inköp av nya sängar och madrasser till SÄBO. Löpande utbyte måste ske av vårdsängar och madrasser då de beräknas ha en hållbarhet på maximalt 10 år. Nuläges bedömningen är att 14 befintliga sängar/

madrasser behöver bytas ut och 39 sängar/madrasser behöver köpas in till nya avdelningar på Hagen och Hemgården. En säng med madrass kostar år 2023 ca 25 tkr.

Övriga hjälpmedel för arbetsmiljöskäl är en del som ständigt måste köpas in, Turner till exempel är ett vanligt hjälpmedel som används vid uppresningar och vridningar. Dessutom tillkommer fler digitala lösningar för att göra patienterna mer oberoende, tex läkemedelsrobotar mm.

#### Behov som initierar investeringen

Inköp av egna hjälpmedel i stället för att hyra innebär att minska kostnader på sikt. Personlyftarna är uttjänade och måste ersättas. Vårdsängar och madrasser har ett bäst före datum och behöver köpas in och bytas ut på rullande årsbasis. Hjälpmedlen behövs för patienters hälsa och för personalens arbetsmiljö.

#### Driftskostnader på grund av investeringen

Inga

#### Vilka kostnader uppstår om investeringen genomförs förutom kapitalkostnader

Inga

#### Löpande driftkostnader efter projektet är klart:

Pågående befintligt serviceavtal på sängar och övriga hjälpmedel

#### Driftkostnader under genomförandefasen:

Inga

#### 1:4 Investeringsbeskrivning

Benämning:	<i>Infrastruktur IT</i>
Ansvarig nämnd:	<i>Socialnämnd</i>
Nämnd som utför	<i>Socialnämnd</i>

Investeringsutgift (tkr)	300 tkr/år 2025–2027
Driftkostnad i projektet	0 tkr
Driftkostnader i verksamheten (efter driftstart)	0 tkr
Beräknas starta upp ( <i>utgift uppstår</i> )	Löpande 2025–2027
Beräknas tas i drift (aktiveras)	Löpande 2025–2027

#### Beskrivning av investeringen

IT-infrastrukturen inom socialnämndens lokaler ansvarar socialnämnden för. Detta avser sådant som kabeldragningar, accesspunkter, projektorer mm.

#### Behov som initierar investeringen

Den infrastruktur som finns idag kommer bytas ut och utökas från verksamhetens behov och åldern på infrastrukturen som finns idag.

#### Driftskostnader på grund av investeringen

Inga

**Vilka kostnader uppstår om investeringen genomförs förutom kapitalkostnader. Löpande driftkostnader efter projektet är klart:**

Inga

**Driftkostnader under genomförandefasen:**

Inga

**1: 5 Investeringsbeskrivning**

Benämning:	<i>Inventarier tvättenheten</i>
Ansvarig nämnd:	<i>Socialnämnd</i>
Nämnd som utför	<i>Socialnämnd</i>

Investeringsutgift (tkr)	200 tkr/år
Driftkostnad i projektet	0 tkr
Driftkostnader i verksamheten (efter driftstart)	0 tkr
Beräknas starta upp ( <i>utgift uppstår</i> )	Löpande 2025–2027
Beräknas tas i drift (aktiveras)	Löpande 2025–2027

**Beskrivning av investeringen**

Maskinparken på tvättenheten behöver bytas ut när maskinerna ej går att laga längre samt vid utökad uppdrag. Tvättenheten har stora och dyra maskiner för att hantera förvaltningens totala tvätt mängder.

**Behov som initierar investeringen**

Det är avgörande att maskinerna fungerar för att kunna leverera den service som krävs. Tvättenheten skall serva och hantera tvätt mängderna från både de särskilda boendena och för nämndens egna uppsättningar av arbetskläder.

**Driftkostnader på grund av investeringen**

**Vilka kostnader uppstår om investeringen genomförs förutom kapitalkostnader**

Inga

**Löpande driftkostnader efter projektet är klart:**

Inga

**Driftkostnader under genomförandefasen:**

Inga

**1: 6 Investeringsbeskrivning**

Benämning:	<i>Läkemedel- och värdeskåp med digital teknik HSV inom ordinärt boende och LSS</i>
Ansvarig nämnd:	<i>Socialnämnd</i>
Nämnd som utför	<i>Socialnämnd</i>

Investeringsutgift (tkr)	100 tkr 2025–2026
Driftkostnad i projektet	0 tkr
Driftkostnader i verksamheten (efter driftstart)	44 tkr
Beräknas starta upp ( <i>utgift uppstår</i> )	Löpande
Beräknas tas i drift (aktiveras)	Löpande

### Beskrivning av investeringen

2023 finns 72 inköpta läkemedelsskåp från Tunstall (TES) som är låsbara med digital teknik som möjliggör spårning vem som har varit inne i läkemedelsskåpet. Planeringen är att alla brukare där kommunen har övertagit läkemedelsansvaret i ordinärt boende (hemtjänst eller LSS), ska ha ett läkemedelsskåp.

Kostnad för inköp är 3 tkr/styck och behovet är ytterligare 75 läkemedelsskåp. Totalt kommer så förvaltningen ha **147 läkemedelsskåp** i bruk.

Driftkostnaden är 25 kr/läkemedelsskåp och månad och det ger en total kostnad när alla skåp är i bruk om 3675 kr/mån och därmed 44 tkr/år.

### Behov som initierar investeringen

För att öka säkerheten, dvs att inga obehöriga kommer in i skåpet, minska svinn av narkotiska preparat och för att kunna spåra vem som varit inne i skåpet behöver förvaltningen investera i säkra mobila läkemedelsskåp som kan lånas ut till brukare inom hemsjukvården och till LSS gruppbostad.

### Driftkostnader på grund av investeringen

Månadslicens på 25 kr per skåp, totalt 44 tkr per år vid 147 skåp.

### Vilka kostnader uppstår om investeringen genomförs förutom kapitalkostnader

Inga

### Löpande driftkostnader efter projektet är klart:

Månadslicens på 25 kr per skåp, totalt 44 tkr per år vid 147 skåp.

### Driftkostnader under genomförandefasen:

Inga

### 1:7 Investeringsbeskrivning

Benämning	<i>IT konferensrum mm. IFO:s nya lokaler</i>
Ansvarig nämnd	<i>Socialnämnd</i>
Nämnd som utför	<i>Socialnämnden</i>

Investeringsutgift (tkr)	100 tkr 2025
Driftkostnad i projektet	0 tkr
Driftkostnader i verksamheten (efter driftstart)	0 tkr
Beräknas starta upp ( <i>utgift uppstår</i> )	2025
Beräknas tas i drift (aktiveras)	Löpande



### Beskrivning av investeringen

Befintliga konferens- och mötesrum behöver utrustas med teknik för digitala möten. Ett rum kostar ca 100 tkr.

### Behov som initierar investeringen

Individ och familjeomsorgen har flyttat in i nya lokaler på Verkstadsgatan och två konferens- och mötesrum är ännu ej utrustade med teknik för digitala möten.

### Driftskostnader på grund av investeringen

Inga

### Vilka kostnader uppstår om investeringen genomförs förutom kapitalkostnader

Inga

### Löpande driftkostnader efter projektet är klart:

Inga

### Driftkostnader under genomförandefasen:

Inga

### 1:8 Investeringsbeskrivning

Benämning	<i>Ombyggnation Hemgården</i>
Ansvarig nämnd	<i>Socialnämnd</i>
Nämnd som utför	<i>Socialnämnd</i>

Investeringsutgift (tkr)	10 500 tkr 2024 11 500 tkr 2025
Driftkostnad i projektet	0 tkr
Driftkostnader i verksamheten (efter driftstart)	0 tkr
Beräknas starta upp ( <i>utgift uppstår</i> )	2023
Beräknas tas i drift (aktiveras)	2025

### Beskrivning av investeringen

Hemgården står inför en ombyggnation efter att demensenheterna har flyttat ut till Hagen 2023. Under 2023 har en projektering påbörjats, en projektledare från samhällsbyggnadsförvaltningen och en projektledare från socialförvaltningen har utsetts samt en styrgrupp och en referensgrupp.

Projektdirektivet ger uppdrag till projektledare att via ombyggnation tillse att det i Hemgården finns möjlighet att utöka med 14 somatiska platser över tid, att inrymma daglig verksamhet, inrymma hemtjänst samt diverse kontor och skapa goda möjligheter till omklädning i källaren. Utöver detta kommer fastighetschef att tillse att reinvesteringar i byggnaden blir utförda samt att ett sprinklersystem installeras samtidigt.

Socialförvaltningen kommer efter ombyggnationen att nyttja Hemgården fullt ut och Hemgården blir en levande byggnad full av verksamhet utan öde lokaler. Detta möjliggör också att hela fastigheten tas om hand och används optimalt. Kostnaden för hela ombyggnation om 21 mkr har tagits fram i en uppskattad kalkyl utifrån förstudien som gjordes 2021.

Under projekteringen 2023 har det tillkommit kostnader i projektet om 1 mkr. Tillkommande kostnader består av tre delar:

- Taklyftar i lägenheterna på SÄBO, detta saknas idag och behövs både utifrån patientsäkerhet och arbetsmiljö. Att installera taklyftarna samtidigt som innertaken rivs bedöms kostnadseffektivt. Kostnad ca 700 tkr
- Hörslinga i samlingssalen bedöms kostnadseffektivt att installera samtidigt som golven byts utifrån tillgänglighet. Kostnad ca 100 tkr
- Ljudabsorbenter i lokalerna för daglig verksamhet behöver installeras pga. ljudkänslighet hos målgruppen. Kostnad ca 200 tkr

### Behov som initierar investeringen

Då en utökning av 14 somatiska plaster utifrån demografi är behovet av inventarier och tillkommande utrustning.

Daglig verksamhet står utan lokaler hösten 2023 och måste flytta ut ur Hagen ser förvaltningen att Hemgården skulle passa verksamheten. Behovet är inventarier och tillkommande utrustning då nuvarande inventarier är undermålig i många avseenden.

### Driftskostnader på grund av investeringen

Inga

### Vilka kostnader uppstår om investeringen genomförs förutom kapitalkostnader

Kostnader för tomhyror på Hemgården under renoveringen med 540 tkr.

### Löpande driftkostnader efter projektet är klart

Daglig verksamhet lämnar sina lokaler på Hagen och får i stället nya lokaler på Hemgården. Kostnaden kan bli något mer på Hemgården då lokalerna är större.

Kostnader för tomhyror på en avdelning inom somatisk i avvaktan på att de tas i bruk för ökade behov utifrån demografiska behov.

Kostnader för personal på de nya somatiska avdelningarna när de väl tas i bruk

### Driftkostnader under genomförandefasen:

Projektledare för de interna processerna så som flytt och logistik då personer fortsatt kommer att bo i byggnaden under renoveringen. Upphandling av möbler mm. Resurser för flytt av daglig verksamhet

## 1:9 Investeringsbeskrivning

Benämning	<i>Implementering nytt verksamhetssystem</i>
Ansvarig nämnd	<i>Socialnämnd</i>
Nämnd som utför	<i>Socialnämnd</i>

Investeringsutgift (tkr)	2025 – 1 200 tkr
Driftkostnad i projektet	0 tkr
Driftkostnader i verksamheten (efter driftstart)	605 tkr
Beräknas starta upp ( <i>utgift uppstår</i> )	2024
Beräknas tas i drift (aktiveras)	2024-2025

### **Beskrivning av investeringen**

Under 2023 har socialförvaltningen i Herrljunga tillsammans med socialförvaltningen i Vårgårda upphandlat ett nytt gemensamt verksamhetssystem. Att byta ett verksamhetssystem är en oerhört kostsam och tidskrävande process inom socialförvaltningen.

Kostnaden för det nya verksamhetssystemet kommer på årsbasis att vara billigare än nuvarande verksamhetssystem med ca 120 tkr/år men det tillkommer en implementeringskostnad för systemet till den nya leverantören Pulsen AB med 1 000 tkr för Herrljunga fördelat med 500 tkr 2024 och 500 tkr 2025. Kostnaden för 2024 har socialförvaltningen i dagsläget ingen täckning för men äskar investeringsmedel för att klara 500 tkr 2025.

Utöver detta tillkommer kostnader för projektledning om 800 tkr 2024 och 800 tkr 2025 samt kostnader för tjänster hos IT avdelningen som uppskattas till 200 tkr. Projektledning för 2024 kommer att finansieras med statsbidrag men för 2025 finns ingen budget.

Investeringen är således:

- 500 tkr för implementering 2025
- 800 tkr till projektledare 2025
- 200 tkr i kostnader för IT-avdelningens arbete under 2024–2025.

### **Behov som initierar investeringen**

Införandet av nytt verksamhetssystem samt utfasning av tidigare verksamhetssystem.

### **Driftskostnader på grund av investeringen**

Förvaltningen har redan driftskostnad för sitt nuvarande verksamhetssystem med 720 tkr/år. Det nya verksamhetssystemet kommer att kosta 605 tkr/år.

### **Vilka kostnader uppstår om investeringen genomförs förutom kapitalkostnader**

Inga

### **Löpande driftkostnader efter projektet är klart**

Förvaltningen har redan driftskostnad för sitt nuvarande verksamhetssystem med 720 tkr/år. Det nya verksamhetssystemet kommer att kosta 605 tkr/år.

### **Driftkostnader under genomförandefasen:**

Kostnader för socialförvaltningens IT-strateger som genomför all konfigurering tillsammans med projektledare samt kostnader för IT avdelningens tjänster  
Utbildningsinsatser under 2024 och 2025 för all personal

## **Socialnämndens förändrade förutsättningar, demografi och omvärldsbevakningar 2025-2027**

### **Förslag till beslut**

Socialnämnden tar del av dokumentet för förändrade förutsättningar, demografi och omvärldsbevakningar och skickar denna vidare till ekonomiavdelningen för sammanställning och fortsatt arbete i budgetberedningen.

### **Sammanfattning av ärendet**

Som en del i budgetarbetet för 2025-2027 ska socialnämnden överlämna de driftsäskanden och effektiviseringar som nämnden ser till kommunfullmäktige. Socialförvaltningen har sammanställt de behov som kan förutses för de närmaste åren. För detaljerad redogörelse se bifogat underlag.

### **Beslutsunderlag**

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2024-02-22  
SN Förändrade förutsättningar, demografi och omvärldsbevakningar 2025-2027

### **Beslutet ska skickas till**

Kommunfullmäktige och ekonomiavdelningen

Malin Rickardsson  
Controller

# Förändrade förutsättningar, demografi och omvärldsbevakning

Socialnämnden

Underlag till budget och verksamhetsplan 2025 - 2027

## Anvisning

Under rubrikerna noteras de förändringar som jämfört med 2024 års planerade verksamheter förväntas ske under åren 2025 - 2027. Detta kan handla om förändringar till följd av beslut, rekommendationer eller egna ambitioner. Det kan också handla om att en verksamhet förväntas minska eller upphöra. Volymförändringar (elevantal) inom Bildningsnämnden och volymförändringar inom Äldreomsorgen fångas upp i resursfördelningsmodellen.

**Belopp:** Ett driftsäskande som läggs in år 1 och där behovet kvarstår, behöver inte läggas in år 2 och 3 då ramen för föregående år följer med.

Driftsäskanden som är tillfälliga tex för ett år, ska motsvarande belopp läggas som minuspost året därpå.

Syftet med denna sammanställning är att ge våra politiker ett bra underlag inför deras arbete med budgeten.

**Driftsäskanden ska beslutas av nämnd senast mars 2024.**

### ***Sammanställning driftsäskanden***

<b>Enhet/behov (tkr)</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>	<b>2028</b>
Drift Lyckans gruppbostad LSS	1900 tkr			
Drift Lyckans korttidsvistelse LSS	2 500 tkr			
Kostnader befintlig personlig assistans LSS	800 tkr			
Placeringskostnader barn i familjehem IFO	2 000 tkr			
Politiskt beslut ”införa fotriktig sko till all vårdpersonal” DNR KS 2021/149 610	500 tkr			
<b>Summa driftsäskanden</b>	<b>7 700 tkr</b>			

## Enhet: Funktionshinder 2

### Behov:

Gruppbostad LSS med sex platser

Förvaltningen har för att kunna verkställa beslut om bostad med särskild service i form av gruppbostad enligt Lagen om stöd och service (LSS) i Herrljunga ingått avtal om en ny gruppbostad som förväntas stå klar 2024. Initiativet togs då förvaltningen hade full beläggning i kommunens enda gruppbostad i Ljung och därmed verkställde alla tillkommande beslut hos privata leverantörer. Kostnaden för de externa placeringarna var mycket högre än om kommunen verkställde besluten i egen regi. Förvaltningen äskar därför om medel för att kunna driva denna gruppbostad med budget i balans.

Kostnader för att driva en gruppbostad är; personalkostnader, måltider, material, hyra, el, VA, lokalvård, vaktmästeri, transporter, IT, telefon mm. Uppskattningsvis ca 8 000 tkr. Förvaltningen har delvis täckning av befintlig budget för nuvarande externa placeringar med 6 100 tkr

Förvaltningen kommer att verkställa alla idag externt placerade beslut om bostad med särskild service (gruppbostad) i Herrljunga från år 2024. Utfallet beräknas bli en kostnadsminskning. Kostnaderna för externt placerade var i ingången på 2023 beräknat till 13 650 tkr, medan gruppboستaden kommer att kosta 8 000 tkr. Den beräknade årliga kostnadsminskningen var 5 650 tkr när projektet inleddes.

### Översikt kostnader

Driftkostnad Lyckan gruppbostad	8 000 tkr	
Befintlig budget (tidigare externa placeringar)	6 100 tkr	
<b>Driftäskande Lyckan gruppbostad</b>	<b>1 900 tkr</b>	

Driftkostnad gruppbostad	2025	2026	2027	2028
Belopp (tkr)*	1 900 tkr			

\* se anvisning

### Orsak till behovet:

Förvaltningen hade vid ingången av 2023 fyra beslut om bostad med särskild service i form av gruppbostad enl. LSS som verkställdes externt i andra kommuner samt två jml SoL. Kostnaden för de externa placeringarna var mycket högre än om kommunen verkställer besluten i egen regi.

Brukarorganisationer har under lång tid framfört att målgruppen i Herrljunga inte söker boende trots att de har behov. Anledningarna till att man inte söker om bostad med särskild service och då främst gruppbostad i Herrljunga är för att man vet att man antingen får vänta på ledig lägenhet i befintlig gruppbostad på Ringvägen i Ljung eller att ens beslut om boende verkställs i annan kommun.

Brukarorganisationerna har framfört att målgruppen i stor utsträckning flyttar från Herrljunga till kringliggande kommuner med annat utbud. Ett boende på gruppbostad är ofta ett livslångt boende, de

enskilda flyttar nästintill aldrig om de trivs därför är det betydelsefullt att Herrljunga kan erbjuda boendeformer för alla.

### ***Hur finansieras behovet?***

Utökad ram med 1 900 tkr

### ***Konsekvenser om medel inte tillskjuts***

Förvaltningen kommer att verkställa de externa besluten på en ny gruppbostad i Herrljunga kommun från 2024. Förvaltningen har ett hyreskontrakt på nio år i de nya fastigheterna. Gruppbofastaden kommer utan ramtillskott att vara underfinansierad utan större möjlighet till åtgärder för budget i balans.



**Enhet: Funktionshinder 2****Behov:**

Drift korttidsvistelse enligt LSS i egen regi.

**Översikt kostnader**

Driftkostnad Lyckan korttidsvistelse	4 300 tkr	
Befintlig budget (tidigare externa placeringar)	1 800 tkr	
<b>Driftäskande Lyckan gruppbostad</b>	<b>2 500 tkr</b>	

Drift korttidsvistelse Lyckan LSS	2025	2026	2027	2028
Belopp (tkr)*	2 500 tkr			

\* *se anvisning*

**Orsak till behovet:**

Behovet finns av att skapa en miljö i Herrljunga kommun för att kunna verkställa insatsen korttidsvistelse för barn enligt LSS. Korttidsvistelse utanför det egna hemmet innebär att ett barn/ungdom med funktionsnedsättning tillfälligt bor utanför sitt eget hem under kortare eller längre tid.

Syftet är att anhöriga ska få avlastning och utrymme för avkoppling och att personen med funktionsnedsättning ska få rekreation och/eller miljöombyte. Det kan också vara ett sätt att bidra till en frigörelseprocess mellan barn och vårdnadshavare eller som en förberedelse för den som ska flytta hemifrån.

Tidigare har det inte funnits möjlighet för socialförvaltningen att kunna verkställa dessa beslut i egen regi. Förvaltningen har fått leta lediga platser i andra kommuner för att kunna verkställa besluten. Risken har varit att de som har behov av insatsen inte söker, tackar nej, att det blir långa resvägar för föräldrar och barn och att det blir verkställt på olika platser från gång till gång. Förvaltningen har dessutom fler beviljade beslut som i perioder inte kunnat verkställas vilket förvaltningen har en skyldighet att göra enligt gällande lagstiftning. Förvaltningen har dessutom erhållit vite från IVO utifrån att besluten ej har verkställts.

Från 2024 kommer förvaltningen att ha korttidsvistelse i egen regi. Verksamheten kommer att ha möjlighet till fem rum där barn/ungdomar kommer att bo växelvis. Om förvaltningen inte fyller alla rum finns möjlighet att hjälpa kringliggande kommuner och då sälja plats.

I detta äskande är det inte medräknat några externa intäkter. Om eventuell försäljning sker blir det en positiv avvikelse.

Korttidsvistelsen kommer även att ha ett personalrum, gemensamhetsyta i form av kök, vardagsrum, rum för olika aktiviteter och altan utomhus.

Totala driftskostnaden för att driva korttidsvistelsen på Lyckan är 4 300 tkr. Befintlig budget för 2024 avseende korttidsvistelse (i extern regi) är 1 800 tkr. Ovan äskande innebär en utökning med 2 500 tkr.

### ***Hur finansieras behovet?***

Utökad ram med 2 500 tkr

### ***Konsekvenser om medel inte tillskjuts***

Förvaltningen har förbundit sig att hyra lokalerna för korttidsvistelse under nio år. Förvaltningen kommer att ha kostnaden för lokaler, personal och verkställighet av beviljade insatser oavsett tillskott i drift. Korttidsvistelsen kommer utan ramtillskott att vara underfinansierad. Åtgärder för att få budget i balans kommer att fokuseras på att försöka sälja platser till andra kommuner.

**Enhet: Funktionshinder 1****Behov:**

Kostnader befintliga ärenden personlig assistans LSS

	2025	2026	2027	2028
Belopp (tkr)*	800 tkr			

\* se anvisning

**Orsak till behovet:**

2024 har kommunen 18 personliga assistans ärenden, andelen ärenden har varit ganska konstant över åren 2019–2023 med 20 brukare 2019 och 18 brukare 2023. Ökad kostnad för personlig assistans beror på att några ärenden tillkommit med ökade behov samtidigt som några ärenden har avslutats men med lägre kostnad. Förvaltningen kan också se att befintliga ärenden inom personlig assistans fått utökade behov och därmed kostar mer, vilket kan bero på exempelvis ålderdom.

**Hur finansieras behovet?**

Utökad ram med 800 tkr

**Konsekvenser om medel inte tillskjuts**

Förvaltningen har redan kostnader för alla beslutade personliga assistans ärenden. Kommunens budget för personlig assistans kommer att vara underfinansierad utan möjlighet till åtgärder för budget i balans.

**Enhet: IFO Barn och Familj**
**Behov:**

Placeringar barn i familjehem IFO

	2025	2026	2027	2028
Belopp (tkr)*	2 000 tkr			

*\* se anvisning*
**Översikt kostnader**

Budget placeringskostnader 2024 (30 barn a 330 tkr) *	9 900 tkr
Politisk prioritering placerade barn 2024	800 tkr
<b>Total budget 2024</b>	<b>10 700</b>
<b>Total budget 2025 (800 tkr borttaget för tillfällig politisk prioritering)</b>	<b>9 900 tkr</b>
Faktiskt kostnad egna familjehem 2024 (28 barn)	10 300 tkr
Faktisk kostnad konsulentstödda familjehem 2024 (3 barn)	3 600 tkr
<b>Prognosticerad kostnad alla familjehem 2024</b>	<b>13 900 tkr</b>
Prognosticerat underskott familjehem 2024	3 200 tkr
Prognosticerat underskott familjehem 2025	4 000 tkr
<b>Driftäskande placeringskostnader</b>	<b>2 000 tkr</b>

*\*Framräknad resursfördelning utifrån medelkostnaden till ett familjehem enligt SKR:s rekommendationer*
**Orsak till behovet:**

Antalet placerade barn januari 2024 är 31 barn. Placeringskostnaderna i egna familjehem varierar utefter vårdbehovet hos barnet, barnets ålder och om ersättning för förlorad arbetsförtjänst utgår. Konsulentstödda familjehem används främst vid akuta placeringar och när barnets vårdbehov är så omfattande att kommunens familjehem inte klarar placeringen eller när familjehemssekreterarna inte själva lyckas att rekrytera familjehem.

Inför 2024 har en resursfördelningsmodell baserat på medelkostnaden för ersättnings rekommendation från SKR tagits fram där IFO får en tilldelad budget med 330 tkr/barn. Denna modell togs fram för att kunna ha något att förhålla sig till i uppföljningar av budget. I december 2023 var 30 barn placerade och budgeten fördelades rakt av utifrån denna parameter. Modell tog således inte hänsyn till förlorad arbetsförtjänst som ofta utgår under första delen av en placering, om något barn har större vårdbehov eller att vissa barn har behov av att bo i konsulentstödda familjehem en kort eller lång tid.

Kommunens egna familjehem för 28 barn kostar i januari 2024 således 368 tkr/barn mot budgeterat 330 tkr/barn, vilket ger en avvikelse mot budget med 1 064 tkr på helår. Konsulentstödda familjehem för 3 barn kostar 3 600 tkr, ungefär 3,6 gånger så mycket som ett eget familjehem. Det finns ingen budget för om barn tillkommer under innevarande budgetår.

### ***Hur finansieras behovet?***

Utökad ram med 2 000 tkr och effektivisering med 2 000 tkr. Effektiviseringen består i täta uppföljningar kring kostnader och vårdbehov samt fokus på att alla familjehem skall verkställas i egen regi.

### ***Konsekvenser om medel inte tillskjuts***

Eftersom verkställandet av beslut om placering i familjehem inte kan avvaktas eller inte verkställas så kommer tilldelade budgetmedel att överskridas och verksamheten kommer således att vara underfinansierad. Förvaltningen arbetar redan för att komma ner i en budget i balans men ser att förvaltningen inte kommer att kunna effektivisera hela underskottet om 4 000 tkr utan har ambitionen att klara att halvera sitt underskott.

**Enhet: Förvaltningsövergripande****Behov:**

Politiskt beslut ”Införa fotriktiga arbetsskor till all vårdpersonal” DNR KS 2021/149 610

	2025	2026	2027	2028
Belopp (tkr)*	500 tkr			

*\*se anvisningar*

**Orsak till behovet:**

Mats Palm (S) och Björn Wilhelmsson (S) inkom 2021-06-10 med en motion med förslag gällande gratis arbetsskor för vårdpersonal. Motionärerna yrkar på att kommunen inför ett system där vårdpersonal kan rekvirera ett par fotriktiga arbetsskor per år samt att kommunen inför ett system för att tillgodose behovet av bra skor inom vården. Socialnämnden föreslog efter beredning av ärendet att motionen avslås då kommunen inte har en lagstadgad skyldighet att införa arbetsskor till personal inom vården. Kommunfullmäktige har den 2021-10-25 §131 återremitterat motion till socialnämnden för vidare utredning kring kostnader för att genomföra förslaget. Personalchef fick därefter uppdraget av kommunchef att genomföra fortsatt utredning. En utredning har gjorts som visar att kostnaderna för att införa fria arbetsskor för berörd yrkesgrupp kostar 200 – 350 tkr per årsbasis för enbart inomhussko samt kostnad för administration och vårdpersonalen kommer att förmånsbeskattas om inte Herrljungas logga trycks på skon. Socialförvaltningen har tidigare föreslagit att motionen avslås. Personalchef instämmer i denna bedömning efter utredning på grund av för hög kostnad. Socialnämnden beslutade genom § 16/2023-01-31 att föreslå kommunfullmäktige att avslå motionen.

Kommunfullmäktige beslutade om att bifalla motionen och att kostnaden skall arbetas in i budgetarbetet för budget 2025.

Socialnämnden saknar både drift, system och organisation för att administrera det politiska beslutet om att införa arbetsskor till all vårdpersonal.

**Hur finansieras behovet?**

Utökad ram med 500 tkr

**Konsekvenser om medel inte tillskjuts**

Förvaltningen bedömer att de har svårt att arbeta in kostnaderna i ordinarie budget. Konsekvenserna är att förvaltningen måste genomföra besparingar på ordinarie verksamhet.



## Månadsuppföljningar 2024 för socialnämnden

### Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner månadsuppföljningen

### Sammanfattning av ärendet

Prognosen per den siste februari visar ett underskott om 9 450 tkr, för socialnämnden för helår 2024. 200 tkr avser de flyktingmedel avseende 2019 och 2021 års nyanlända som förs till resultatet 2024. Övriga verksamheter visar en negativ prognos på 9 650 tkr.

### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2024-03-05  
Månadsrapport per 2024-02-29

### Beslutet ska skickas till

Expedieras till kommunstyrelsen

Malin Rickardsson  
Controller



# Månadsuppföljning 2024-02-29

Med prognos för 2024-12-31

Socialnämnden

Dnr SN-2024-00004



Herrljunga  
kommun



# Innehåll

## Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	3
Driftredovisning.....	4
Prognos.....	4
Redovisning av orsaker och åtgärder.....	4
Socialnämnd .....	4
Förvaltningsledning.....	4
Stab.....	4
Individ och familjeomsorg övergripande .....	5
IFO vuxen och bistånd .....	5
IFO barn och familj.....	5
IFO bistånd, stöd och administration .....	5
Gemensam verksamhet vård och omsorg.....	6
Korttid/HSL-Rehabenhet.....	6
Särskilt boende, Hagen och Hemgården.....	6
Hemtjänst.....	6
Gemensam verksamhet Socialt Stöd .....	7
Funktionshinder 1 .....	7
Funktionshinder 2 .....	7
Stöd och resurs.....	8
Sysselsättning.....	8
Bemanningen.....	8
Investeringar .....	8
Bilaga 1.....	9

## Sammanfattning

Prognosen per den siste februari visar ett underskott om 9 450 tkr, för socialnämnden för helåret 2024. 200 tkr resultatföring av flyktingmedel från 2019 och 2021 års flyktinggrupp vilket bidrar positivt till resultatet. Övriga verksamheter visar en negativ prognos på 9 650 tkr. Underskottet i förvaltningen är kopplat till olika delar i verksamheten.

Underskottet för IFO placeringar av barn och unga beror på stora kostnader för kontaktfamilj och familjehem. Tidigare år har några placeringar finansierats med hjälp av EKB-bufferten men i år kommer inga placeringar finansieras med hjälp av dessa medel.

Vård och omsorg prognostiserar ett underskott vilket beror på ökade kostnader för hemtjänsten. Hemtjänsten jobbar kontinuerligt med att förbättra effektiviteten och därmed minska underskottet. Verksamheten saknar även driftkostnader för hyra av nya hagen samt minskade hyresintäkter för hemgården då brukarna har flyttat från hemgården till nya hagen och halva hemgården är numera vakant i väntan på renovering.

Socialt stöd prognosticerar ett underskott kopplat till funktionshinder (extern LSS och personlig assistans). Det är främst Lyckans gruppbostad samt korttidsvistelse som utgör en stor del av underskottet då verksamheterna till viss del saknar budget för drift. Under 2024 kommer kommunen öppna ett barnboende då man tar hem en LSS placering av ett barn som inte kan bo på Lyckans gruppbostad eller korttidsvistelse.

## Driftredovisning

### Prognos

Förvaltning	Rsum	År Budget	År Prognos	Avvikelse prognos vs budget	Förändring prognos
4 Socialnämnd	1 Intäkter	-41 785	-40 585	-1 200	-1 200
4 Socialnämnd	3 Personalkostnader	216 547	221 396	-4 850	-4 850
4 Socialnämnd	4 Lokalkostnader, energi, VA	21 806	22 456	-650	-650
4 Socialnämnd	5 Övriga kostnader	58 393	61 143	-2 750	-2 750
4 Socialnämnd	6 Kapitalkostnad	888	888	0	0
<b>Nettokostnad</b>		<b>255 849</b>	<b>265 299</b>	<b>-9 450</b>	<b>-9 450</b>

Ansvarsområde	År Budget	År Prognos	Avvikelse prognos vs budget	Förändring prognos
40 Nämnd	600	600	0	0
41 Förvaltningsledning	17 554	17 354	200	200
42 Individ och familjeomsorg	43 484	46 534	-3 050	-3 050
44 Vård och omsorg	140 859	144 260	-3 400	-3 400
46 Socialt stöd	53 351	56 551	-3 200	-3 200
<b>Socialnämnd</b>	<b>255 849</b>	<b>265 299</b>	<b>-9 450</b>	<b>-9 450</b>

## Redovisning av orsaker och åtgärder

### *Socialnämnd*

**Prognos:** enligt budget

### *Förvaltningsledning*

**Prognos:** 200 tkr

**Orsak:** Förvaltningsledningen prognostiseras ett överskott om 200 tkr. Överskottet beror på resultatföringen av flyktingpotten för 2019 och 2021. I övrigt visar förvaltningsledningen en budget i balans.

### *Stab*

**Prognos:** enligt budget

## *Individ och familjeomsorg övergripande*

Inom verksamheten handläggs all myndighetsutövning. Verksamheten är helt lagstyrd och handlägger ärenden efter ansökan från enskild eller efter anmälan om oro. Verksamheten har det yttersta ansvaret för samtliga personer som vistas i Herrljunga kommun. Ärenden som handläggs rör Barn och familj, försörjningsstöd, missbruk, bistånd, LSS, socialpsykiatri, våld i nära relation, familjerätt samt har del i Familjecentralens verksamhet. Verksamheten beviljar bistånd enligt SoL och LSS till placering i familjehem, försörjningsstöd, hemtjänst, SÄBO, behandlingshem, kontaktpersoner, vuxenbehandlare, mm. Alla förekommande ärenden inom Socialförvaltningen går via Verksamhet IFO som efter ansökan eller anmälan och utredning tar beslut om att bevilja bistånd/insats eller besluta om avslag. Ett beslut om avslag kan gå vidare till Förvaltningsrätt och Kammarrätt för avgörande. Beslut kan även tas mot den enskildes vilja enligt LVU och LVM, då det finns en påtaglig risk för den enskildes hälsa och liv. Ansökan om vård beslutas av Förvaltningsrätten. Inom verksamheten finns även omsorgsavgifter, färdtjänst samt den administrativa enheten.

**Prognos:** Budget i balans

## *IFO vuxen och bistånd*

Verksamheten inkluderar handläggning vuxen, vuxen vård, ekonomiskt bistånd och behandlingsteamet.

**Prognos:** Budget i balans

## *IFO barn och familj*

Verksamheten inkluderar handläggning barn och familj, barn och ungdomsvård samt EKB vård.

**Prognos:** - 3050 tkr

**Orsak:** Barn och ungdomsvård visar ett underskott om 3 050 tkr på grund av ökade kostnader för kontaktfamilj och familjehemsvård. Några placeringar ligger tillfälligt på en högre kostnad än budgeterat, anledningen till detta är stora omsorgsbehov där alternativa insatser bedöms mer kostnadsdrivande. Översyn pågår för en mer kostnadseffektiv och långsiktig lösning. Öppen vård och hvb har ett prognostiserat överskott enligt rådande situation. Personalkostnader för handläggarna inom barn och familj visar på en prognos enligt budget.

EKB-bufferten finansiera i år inga kostnader för placering av barn.

**Åtgärd:** Det råder kostnadsmedvetenhet och det tas fram prisalternativ till nya placeringar. Men när det tillkommer flertalet placeringar så räcker inte de budgeterade medlen till. Enheten tillsammans med controller ska ta fram en ny modell för att följa de olika delarna i kostnadsmassan när det gäller placerade barn.

## *IFO bistånd, stöd och administration*

Verksamheten innefattar administration/reception IFO, handläggning äldre och funktionshinder samt färdtjänst.

**Prognos:** Budget i balans

## *Gemensam verksamhet vård och omsorg*

**Prognos:** - 200 tkr

**Orsak:** Vård och omsorg gemensamt prognostiserar ett underskott om 200 tkr. Orsaken till underskottet beror på högre personalkostnader än budget. Vakanta tjänster till följd av tjänstledighet samt sjukskrivning har ersatts av samordningspersonal samt extra tillägg till enhetschefer som täcker upp för vakanser.

**Åtgärd:** Kostnadsmedvetenhet råder och verksamhetschefen jobbar aktivt för att återsöka alla tillgängliga statsbidrag för att väga upp detta underskott.

## *Korttid/HSL-Rehabenheter*

**Prognos:** 200 tkr

**Orsak:** Under början av året har korttiden sålt platser till Borås.

## *HSL-Sjuksköterskeenheter*

**Prognos:** Enligt budget.

**Orsak:** Det finns tjänster som är vakanta hos sjuksköterskor dag. Det överskott som verksamheten gör för sjuksköterskorna kommer att nyttjas för att täcka bemanningen under semester med bemanningssjuksköterskor. Enhetschefen arbetar aktivt med rekrytering samt schemaläggning.

## *Särskilt boende, Hagen och Hemgården*

**Prognos:** - 2 350 tkr

**Orsak:** Nya Hagen visar en prognos med ett underskott om 1 350 tkr. Orsaken till underskottet är främst att verksamheten saknar drift för delar av hyran på Nya Hagen. Det är även en del vakanser vilket gör att verksamheten inte får in de hyresintäkter som man budgeterat för. Ett underskott om 100 tkr finns för högre personalkostnader på grund av ökad introducering av nya timvikarier till följd av hög vårdtyngd och ökad sjukfrånvaro i början av året. En ordinarie anställd har täckt upp för vakans på natten vilket har lett till ökade vikariekostnader.

Hagen visar ett överskott om 100 tkr. Överskottet beror på lägre personalkostnader för natten. Övriga enheter på hagen bedöms ha en budget i balans.

Hemgården visar ett underskott om 1 100 tkr. Orsaken till underskottet beror på att Hemgården demens har flyttat till Nya Hagen och halva byggnaden är vakant. Verksamheten får inte in de hyresintäkter som behövs för att täcka hyreskostnaden. Personalkostnaderna för Hemgården natt gör ett mindre överskott. Övriga enheter bedöms ha en budget i balans.

## *Hemtjänst*

**Prognos:** -1 050 tkr

**Orsak:** Landsbygden visar en prognos om ett underskott om 400 tkr, Ljung ett underskott om 650 tkr och orsaken till underskottet är personalkostnader till följd av ökat behov ute i verksamheten och individer med omfattande behov av stöd samt att verksamheterna inte når den effektivitet som man

har budgeterat för. Tåtort visar en budget i balans och når den effektivitet som verksamheten har satt upp som mål och har därmed en budget i balans.

**Åtgärd:** Kostnadsmedvetenhet råder och verksamhetschefen jobbar aktivt för att återsöka alla tillgängliga statsbidrag för att väga upp detta underskott. Enhetscheferna arbetar även aktivt för att planera scheman samt se över behov.

## *Gemensam verksamhet Socialt Stöd*

Socialt stöd består av fyra enhetschefsområden. Sysselsättningsenheten med arbetsmarknadsenhet, Daglig verksamhet enligt LSS och Tvätteri. Stöd och resurs består av Boendestöd och Stödboende och servicebostad enligt LSS. Funktionshinderverksamhet 1 består av Gruppboende enl LSS, LSS extern regi samt boende socialpsykiatri (externa platser). Funktionshinderverksamhet 2 består av KTS, ledsagning och avlösarservice LSS, personlig assistans både extern och i egen regi samt kontaktpersoner. Socialt Stöd är en utförarverksamhet och styrs av inflödet av nya ärenden vilka då påverkar budget direkt.

**Prognos:** 300 tkr

**Orsak:** Socialt stöd gemensamt redovisar ett prognostiserat överskott på 300 tkr på grund av vakant tjänst.

## *Funktionshinder 1*

Inom verksamheten finns gruppboende enl. LSS, LSS extern regi, samt boende socialpsykiatri (externa platser). Under våren kommer kommunen öppna den Lyckan gruppboende samt Lyckans korttidsvistelse.

Prognos: - 3 700 tkr

**Orsak:** Funktionshinder 1 prognostiseras ett underskott om 3 700 tkr. Orsaken till underskottet beror på att under april och maj ska förvaltningen öppna den nya gruppboenden och korttidsvinstelsen på Lyckan. I budgeten saknas det delar av driftkostnader för båda verksamheterna. Lyckan Gruppboende prognostiserar ett underskott om 750 tkr och Lyckan korttidsvistelse ett underskott om 950 tkr. Inflyttningsdatumerna för gruppboenden och korttidsvinstelsen är osäkert vilket har gjort att enhetschefen har varit försiktig med att anställa personal till verksamheten. En placering som tas hem kommer att bli ett barnboende. Det här gör att förvaltningen behöver hyra en lägenhet samt anställa mer personal. Det här boendet finns inte med i budget och driften för boendet från juni bedöms kosta ca 1 700 tkr vilket är det prognostiserade underskottet för barnboendet. Alla externa placeringar är balans med budget. Ringvägen visar en budget i balans.

## *Funktionshinder 2*

Verksamheten inkluderar KTS, ledsagning och avlösarservice LSS, personlig assistans både extern och i egen regi samt kontaktpersoner.

**Prognos:** -500 tkr

**Orsak:** Funktionshinder 2 prognostiserar ett underskott om 500 tkr. Underskottet beror främst högre kostnader för personlig assistans i extern regi. Kontaktpersoner visar också ett underskott, det här på grund av tillkommande ärenden under hösten 2023. Korttidstillsyn (KTS), ledsagning och

avlösarservice redovisar en budget i balans. Personlig assistans i egen regi visar en budget i balans då en brukare har valt att byta till en extern utförare.

**Åtgärd:** Kostnadsmedvetenhet råder och fokus ligger på att se över möjligheterna till samplanering för att minska personalkostnaderna framöver.

## *Stöd och resurs*

Verksamheten inkluderar: Boendestöd samt servicebostad.

**Prognos:** 300 tkr

**Orsak:** Enheten stöd och resurs prognostiserar ett överskott om 300 tkr vilket beror på lägre personalkostnader än budget för både boendestöd och servicebostad LSS.

## *Sysselsättning*

Verksamheten inkluderar Arbetsmarknadsenhet, Daglig verksamhet och Tvätteri.

**Prognos:** 400 tkr

**Orsak:** Sysselsättning prognostiserar ett överskott på 400 tkr, vilket bland annat beror på att vakanta tjänst inom tvätten. Ökad fakturering för utförda och ökade bidrag bidrar till det prognosticerade överskottet. Legoarbeten prognostiserar ett mindre underskott på grund av tuffare tider.

## *Bemanningen*

Bemanningsenheten inkluderar timpoolen, bemanningspoolen men fast anställd personal samt planerare för bemanningen och hemtjänsten.

**Prognos:** budget i balans

## *Investeringar*

**Prognos:** enligt budget

SOCIALFÖRVALTNING

**Sandra Säljö**  
Socialchef

**Malin Rickardsson**  
Controller

## Bilaga 1

Enhet	Budget 2024	Prognos 2024	Avvikelse helår	Förändring prognos
<b>Nämnd</b>	<b>600</b>	<b>600</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Förvaltningsledning*</b>	<b>8 827</b>	<b>8 627</b>	<b>200</b>	<b>200</b>
<b>Stab</b>	<b>8 728</b>	<b>8 728</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>IFO</b>	<b>43 484</b>	<b>46 534</b>	<b>-3 050</b>	<b>-3 050</b>
IFO gem	858	858	0	0
IFO vuxen och bistånd	13 350	13 350	0	0
IFO BoF	20 994	24 044	-3 050	-3 050
Bistånd stöd & admin	8 282	8 282	0	0
<b>Vård och Omsorg</b>	<b>140 859</b>	<b>144 260</b>	<b>-3 400</b>	<b>-3 400</b>
Vård och omsorg gem	9 300	9 500	-200	-200
Nya Hagen säbo	13 864	15 215	-1 350	-1 350
Korttid/HSL-Rehabeenh	9 447	9 247	200	200
Hagen säbo	23 610	23 510	100	100
Hemgården demens	0	0	0	0
HSL-Sjuksköterskeenh	20 610	20 610	0	0
Hemgården omvårdnad	17 203	18 303	-1 100	-1 100
Hemtjänst	46 826	47 876	-1 050	-1 050
<b>Socialt stöd</b>	<b>53 351</b>	<b>56 551</b>	<b>-3 200</b>	<b>-3 200</b>
Socialt stöd gem	3 361	3 061	300	300
Funktionshinder 1	15 256	18 955	-3 700	-3 700
Funktionshinder 2	13 331	13 831	-500	-500
Stöd och resurs	9 723	9 423	300	300
Sysselsättning	7 992	7 592	400	400
Bemanningen	3 688	3 688	0	0
<b>Socialnämnd</b>	<b>255 849</b>	<b>265 299</b>	<b>-9 450</b>	<b>-9 450</b>

\* inklusive resultatföring av 2019 och 2021 års flyktingmedel, 200 tkr





## Svar på revisionens granskning av kommunens bilar

### Sammanfattning

Kommunens revisorer har med stöd av Deloitte AB genomfört en granskning av fordonshantering i Herrljunga kommun i syfte att bedöma om Herrljunga kommuns hantering av fordon är ändamålsenlig och med en tillräcklig intern kontroll. I samband med granskningen har en rapport upprättats. I rapportens sammanfattning finns iakttagelser och rekommendationer. Revisionen önskar få del av socialnämndens syn på rapportens rekommendationer senast 2024-03-27

Kommunstyrelsen och nämnderna (i sin roll som användare och hanterare av fordon) rekommenderas i rapporten att:

Förstärka internkontrollen av fordonshantering genom att systematisera och följa upp hela processen, från behovsanalys och anskaffning till användning och avyttring av bilar (inkl. att implementera effektiva uppföljningsrutiner, inklusive användning av verktyg som GPS-puckar och elektroniska körjournaler, för att noggrant övervaka användningen och skötseln av fordonen och säkerställa att de överensstämmer med kommunens policyer och riktlinjer).

Genomföra regelbundna och riktade insatser för att öka medvetenheten och kunskapen om korrekt hantering och ansvarsfull användning av kommunens fordon (Detta bör inkludera regelbunden utbildning i säker körning, fordonsskötsel och etablering av system för kontinuerlig uppföljning av fordonens skick).

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2024-02-22
- Granskningsrapport Deloitte - Hantering av kommunens fordon, daterad januari 2024
- Missiv till socialnämnden från kommunernas revisorer daterad 2024-01-31

### Förslag till beslut

Socialnämnden ställer sig bakom rekommendationerna till nämnden och har inget ytterligare att tillföra.

Sandra Säljö  
Socialchef

Expedieras till: Revisionen



Revisorerna i Herrljunga kommun

31 januari 2024

*Till:*  
**Socialnämnden**

## **Granskning av fordonhantering i Herrljunga kommun**

Kommunens revisorer har med stöd av Deloitte AB genomfört en granskning av fordonhantering i Herrljunga kommun i syfte att bedöma om Herrljunga kommuns hantering av fordon är ändamålsenlig och med en tillräcklig intern kontroll.

I samband med granskningen har en rapport upprättats. I rapportens sammanfattning finns iakttagelser och rekommendationer. Vår granskning bifogas detta brev.

Vi önskar få del av socialnämndens syn på rapportens rekommendationer senast **2024-03-27**.

För kommunens revisorer

Jonny Gustafsson

Ordförande



## Hantering av kommunens fordon Herrljunga kommun

Januari 2024

# Innehåll

Innehåll	1
Sammanfattning	2
<b>1. Inledning</b>	<b>4</b>
<b>2. Granskningsresultat</b>	<b>6</b>

# Sammanfattning

Deloitte AB har av de förtroendevalda revisorerna i Herrljunga kommun fått uppdraget att genomföra en granskning avseende hantering av kommunens fordon.

## Revisionsfråga

*Är Herrljunga kommuns hantering av fordon ändamålsenlig och med en tillräcklig intern kontroll?*

## Svar på revisionsfråga

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att Herrljunga kommuns hantering av bilar till viss del är ändamålsenlig och utformad med en tillräcklig intern kontroll.

## Iakttagelser och slutsatser

*Vår bedömning grundar sig i följande iakttagelser och slutsatser:*

- Herrljunga kommun har en bred fordonspark, men det är oklart om den nuvarande sammansättningen av fordon uppfyller det faktiska och framtida behovet. Kommun hade per nov 2023 totalt 61 personalbilar, varav fem av dessa tillhör bilpoolen. En stor del av fordonsflottan är äldre än tre år, med en betydande andel över sju år.
- Herrljunga kommun har en strukturerad hantering av kostnader för sin fordonsflotta, både övergripande och enhetsnivå. Leasingavgifter, drivmedelskostnader, och kostnader för underhåll och reparationer är signifikanta komponenter i den totala kostnadsstrukturen. Reparationskostnader har ökat markant, framför allt under 2022. Skadekostnader, särskilt på grund av plåtskador, har varit betydande och har lett till att fordon behövt stå på verkstad under långa perioder.
- Det finns flera olika styr/stöddokument relaterade till fordonshantering, men det saknas en kommunövergripande policy/strategi som täcker alla aspekter av fordonshantering från

anskaffning till avyttring och som integrerar och harmoniserar befintliga dokument samt skapar en heltäckande och tydlig ram för fordonshantering.

- Det är inte tydligt definierat hur ansvaret för fordonshantering är fördelat på den politiska nivån. Exempelvis finns det en brist på tydliga direktiv och klarhet i roll- och ansvarsfördelningen mellan kommunstyrelsen och övriga berörda nämnder när det gäller övervakning och strategisk styrning av fordonshantering.
- Miljövänliga transportalternativ värderas högt bland fordonansvarige och enhetschefer vid val av bilar. Dock saknas det detaljerade miljökrav och strategier för fordonsflottan i de befintliga styrdokumenterna. Det saknas en genomgående och strategisk inriktning för att integrera miljöaspekter i samtliga delar av fordonshantering.
- Detaljerade säkerhetskrav för kommunens fordon är inte tillräckligt belysta i de tillgängliga styrdokumenterna, exempelvis är det inte tydligt huruvida bilarna ska vara utrustade med alkolås eller ej. Kommunens nuvarande bilpark är inte utrustad med alkolås.
- Herrljunga kommun har ett pågående leasingavtal med Nordea Finans Sverige AB, och en ny upphandling av leasingavtal är under process.
- Granskningen indikerar att enheterna ofta väljer att förlänga leasingavtal och/eller väljer att behålla bilarna under längre tid, med motivering att detta är det mest kostnadseffektiva alternativ. Detta må vara korrekt på kort sikt med det finns risk att detta alternativ kan vara en mindre fördelaktig utifrån samhälls- och kommunens helhetsperspektiv och på en längre sikt.
- Det har konstaterats brister i märkningen (med kommunens logotyp) och skötsel/underhåll av kommunens fordon, vilket riskerar att skada kommuns image (bild av kommunen) externt.
- Herrljunga kommun har sedan 2018/2019 implementerat en bilpool för att effektivisera användningen av fordon, men det framgår inte tydligt hur väl bilpoolens storlek, tillgänglighet och

användningsfrekvens matchar de faktiska transportbehoven inom kommunen. Det finns även utrymme för att förbättra bokningssystemet, uppföljningsrutiner och policyer för att maximera bilpoolens effektivitet och bidra till kostnadsbesparingar och minskad miljöpåverkan.

- Det finns osäkerheter kring hur överskott och underskott vid avyttring av bilar ska hanteras. Hantering av eventuella överskott eller underskott vid försäljning av bilar i förhållande till restvärden är inte tydligt definierade eller transparenta.
- Enheterna genomför viss uppföljning och kontroll av fordonens användning, men processerna för internkontroll och efterlevnad av styrdokument behöver stärkas. Trots att det finns verktyg för uppföljning, som GPS-puckar och elektroniska körjournaler, används dessa inte fullt ut för att systematiskt övervaka och analysera användningen och hanteringen av fordon. En mer effektiv användning av dessa verktyg kan ge en djupare förståelse och kunskap kring hanteringen av fordon.

### Rekommendationer

**Kommunstyrelsen** (*i sin roll att leda, samordna och koordinera hela kommunens verksamhet, inkl. Ekonomi, Strategisk planering, kommunövergripande projekt och initiativ*) **rekommenderas:**

- Att förtydliga ansvarsfördelningen för fordonshantering på politisk nivå - definiera och kommunicera klart hur ansvaret fördelas mellan kommunstyrelsen och övriga berörda nämnder (*Detta bör inkludera tydliga direktiv och rollförtydliganden för övervakning och strategisk styrning av fordonshantering*).
- Att utveckla och implementera en kommunövergripande policy/strategi för fordonshantering som integrerar och harmoniserar befintliga styrdokument (*Denna policy/strategi bör tydligt definiera riktlinjer för anskaffning, underhåll, och avyttring av fordon samt inkorporera miljömässiga och säkerhetsrelaterade aspekter i alla delar av fordonshantering. Den bör även inkludera tydlig övervakning och strategisk styrning för fordonshantering*).
- Att se över och utveckla policyerna, bokningssystemet och uppföljningsrutinerna för bilpoolen, så att storleken, tillgängligheten och användningsfrekvensen matchar de faktiska transportbehoven inom kommunen.

**Kommunstyrelsen och nämnderna** (*i sin roll som användare och hanterare av fordon*) **rekommenderas:**

- Att förstärka internkontrollen av fordonshantering genom att systematisera och följa upp hela processen, från behovsanalys och anskaffning till användning och avyttring av bilar (*inkl. att implementera effektiva uppföljningsrutiner, inklusive användning av verktyg som GPS-puckar och elektroniska körjournaler, för att noggrant övervaka användningen och skötseln av fordonen och säkerställa att de överensstämmer med kommunens policyer och riktlinjer*).
- Att genomföra regelbundna och riktade insatser för att öka medvetenheten och kunskapen om korrekt hantering och ansvarsfull användning av kommunens fordon (*Detta bör inkludera regelbunden utbildning i säker körning, fordonsskötsel och etablering av system för kontinuerlig uppföljning av fordonens skick*).

Jönköping den 22 januari 2024

DELOITTE AB

**Revsul Dedic**  
Certifierad kommunal revisor

**Shkurte Bilalli**  
Verksamhetskonsult

# 1. Inledning

## Bakgrund

Herrljunga kommun har i likhet med många andra kommuner ett flertal fordon. Felaktig nyttjande och hantering av kommunens fordon riskerar att medföra höga och onödiga kostnader för kommunen. Det kan även leda till minskat förtroende från allmänheten. Utifrån ett ekonomiskt, miljömässigt och verksamhetsmässigt perspektiv är det även av stor vikt att kommunens fordonspark är anpassad utifrån de behov som finns. Kommunstyrelsen och nämnderna i en kommun ska enligt kommunlagen tillse att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten i övrig bedrivs på ett tillfredsställande sätt. Detta gäller även hantering av kommunens fordon. För att möjliggöra detta är det viktigt att det finns ett system och regler för att bevaka vilka fordon som finns inom kommunen samt hur dessa nyttjas. Det är även av vikt att kommunens fordon används på ett korrekt sätt.

De förtroendevalda revisorerna i Herrljunga kommun har med hänsyn till ovanstående bedömt det angeläget att genomföra en granskning av kommunens hantering av kommunens fordon.

## Syfte och avgränsning

Granskningens syfte är undersöka om kommunens fordon används på ett korrekt sätt. Granskningen har begränsats till den nämnd som har ansvar för fordon. Granskningen avser år 2022–2023.

Granskning avser i första hand personalbilar och inte verksamhetsspecifika fordon.

## Revisionsfråga

*Är Herrljunga kommuns hantering av fordon ändamålsenlig och med en tillräcklig intern kontroll?*

## Underliggande frågeställningar

- Finns aktuella förteckningar över kommunens fordon? Hur många fordon finns i dagsläget och hur är dessa fördelade mellan olika förvaltningar? Uppfyller fordonsparken det fastställda behovet?
- Följs kostnadsutveckling för kommunens fordon upp? Hur utvecklingen under de senaste åren ((totalt, leasingavgift, drivmedel, service/underhåll)?
- Har Herrljunga kommun säkerställt att det finns ändamålsenliga styrdokument (policyn, riktlinjer, strategier och rutiner) avseende kommunens hantering av tjänste-/leasingbilar?

- Har Herrljunga kommun säkerställt att det finns ändamålsenliga organisation och ansvarsfördelningen gällande kommunens hantering av tjänste-/leasingbilar?
- Finns tydliga och dokumenterade riktlinjer och ansvar för riktlinjer och ansvar för beställning, upphandling och inköp och av kommunens fordon? Upprättas några kalkyler och görs det några överväganden i samband med beslut kring kommunens fordon (till exempel säkerhet, utrustning, miljö)?
- Finns det dokumenterade och tydliga riktlinjer och rutiner för ägande och nyttjande av kommunens bilar?
- Finns det dokumenterade och tydliga riktlinjer och rutiner för, service, reparationer, tvättning och städning av fordon?
- Finns det dokumenterade och tydliga rutiner för hantering av bilar vid leasingavtalstidens slut?
- Är kommunens hantering av bilpoolen tillfredsställande och ändamålsenlig?
- Finns rutiner/system för uppföljning och redovisning av hur fordon används och vilka resor görs? I vilket utsträckning kontrolleras efterlevnad av riktlinjer och rutiner? Hur ser efterlevnad ut?

## Metod och granskningsinriktning

Granskningen har genomförts genom *dokumentstudier* samt genom intervjuer med följande befattningshavare:

- Kommundirektör.
- Ekonomichef.
- Förvaltningschef (Internservicenämnden).
- Verksamhetschef & enhetschef (Vård- och omsorg).
- Enhetschef (Syssestättningsenheten/Funktionshinder).
- Bilansvarig/Fordonsansvarig.

## Granskningen har delats in i följande sju faser:

- Planering av intervjuer.

## Hantering av kommunens fordon | Inledning

- Samla fakta/underlag genom intervjuer och dokumentgranskning.
- Genomgång, sammanställning och analys av insamlat material.
- Framtagning av viktiga iakttagelser och rekommendationer samt svar på revisionsfråga.
- Rapportskrivning inkl. sakavstämning.
- Presentation av granskning till revisorer.
- Godkänd rapport skickas till berörda nämnder & revisorer.

### Revisionskriterier och utgångspunkter

I vår granskning av Herrljunga kommuns hantering och användning av fordon/bilar har ett flertal revisionskriterier och utgångspunkter för att bedöma ändamålsenlighet och effektivitet, beaktats. Dessa kriterier grundar sig dels i lagstiftning såsom kommunallagen och Skatteverkets regler, dels i allmänna principer för god kommunal förvaltning och ekonomisk hushållning.

Enligt kommunallagen ska kommunens verksamhet präglas av effektivitet och ekonomi, där resurser används på ett sätt som bäst gagnar kommuninvånarna. Det innebär att fordonshantering inte bara ska vara kostnadseffektiv, utan även uppfylla behoven hos de kommunala verksamheterna och de tjänster som erbjuds till invånarna.

Fordonsparkens hantering bedöms utifrån principer om kostnadseffektivitet och ekonomisk hållbarhet (*ekonomisk aspekt*). Det inkluderar överväganden om livscykelkostnader för fordon, finansieringsmetoder (såsom leasing kontra direktköp), samt effekterna av försäljningsvärde och underhållskostnader. I linje med kommunens miljömål och nationella miljölagstiftning, bedöms fordonens miljöpåverkan. Detta inkluderar utsläppsnivåer, bränsleförbrukning och integrationen av miljövänliga fordon i kommunens fordonspark (*miljöaspekt*). Säkerheten för såväl förare som andra trafikanter är av yttersta vikt. Därför ingår en bedömning av fordonens säkerhetsstandarder och regelbundenheten i underhåll och service (*säkerhetsaspekt*).

Fordonsparkens förmåga att möta de skiftande behoven i olika verksamheter och enheter inom kommunen, samt anpassningsförmågan till förändrade behov över tid, är centrala aspekter. Detta innefattar även bedömningen av fordonspoolens storlek och sammansättning, samt tillgänglighet och användningseffektivitet (*användbarhet och flexibilitet*). Fordonsparken representerar också kommunen externt och påverkar därmed dess image. Det är viktigt att fordonen hålls i bra skick, är adekvat märkta

och används på ett sätt som speglar kommunens värderingar och ansvarstagande (*kommunens image/anseende*).

I en kommun är ansvaret för att säkerställa en ändamålsenlig och tillfredsställande fordonshantering vanligtvis uppdelat mellan flera nyckelroller och enheter:

*Kommunstyrelsen* har det övergripande ansvaret för att säkerställa att kommunens verksamhet, inklusive fordonshantering, sker på ett effektivt och ändamålsenligt sätt. De ansvarar för att strategiska beslut och riktlinjer för fordonshantering överensstämmer med kommunens mål och policyer. *En nämnd, dess verksamheter och chefer* ansvarar för den praktiska tillämpningen av kommunens riktlinjer och policyer (om de har några fordon). De ska se till att fordonen används och underhålls enligt fastställda standarder och praxis. De kan även ha ansvar för att utvärdera och rapportera om fordonens tillstånd och användning. *Ekonomiavdelningen* spelar en viktig roll i budgetering och finansiell uppföljning av fordonshantering, inklusive kostnadsanalys och investeringsbedömningar.

*Fordonsansvariga* inom vissa förvaltningar (som dessa finns) har ofta det operativa ansvaret för underhåll, service och eventuell avyttring av fordon. *Personal och användare av fordonen (även om de inte har formellt ansvar)* spelar de en viktig roll i att följa riktlinjer och policyer för användning och skötsel av fordonen. Samverkan och tydlig kommunikation mellan dessa olika roller och enheter är avgörande för en effektiv och ändamålsenlig fordonshantering i kommunen.

Dessa kriterier och utgångspunkter är utformade för att säkerställa en helhetsbedömning av kommunens fordonshantering. Granskningen syftar till att identifiera styrkor och svagheter i den nuvarande hanteringen och ge rekommendationer för förbättringar i linje med kommunens övergripande mål och policyer.

### Kvalitetssäkring

Kvalitetssäkring har skett genom Deloitte:s interna kvalitetssäkringssystem. Rapporten har även kvalitetssäkrats av de intervjuade personerna.



## 2. Granskningsresultat

Utifrån genomförda intervjuer och granskat material har en övergripande beskrivning av fordonshantering i Herrljunga kommun gjorts nedan. De iakttagelser som framkommit till följd av intervjuer och dokumentstudier redogörs under den rubrik som ansetts mest lämplig.

### 2.1. Allmänt

#### 2.1.1 Fordonsparken Herrljunga kommun

Herrljunga kommun har en förteckning över kommunens fordon, som inkluderar både leasade och ägda fordon. Denna förteckning sköts och uppdateras av den fordonsansvarige på Arbetsmarknadsenheten (AME). För hantering och administration av bilarna används programmet Portify Fleet Intelligence, där registreras alla bilar, deras serviceintervaller och besiktningstider. Enligt uppgifter som vi tagit del av fanns det per nov 2023 totalt 61 personalbilar i Herrljunga kommun. I tabell 1 presenteras en sammanfattning per nämnd och verksamhet.

Nämnd	Antal bilar
<b>Socialnämnd</b>	<b>43</b>
- Arbetsmarknadsenheten	7
- försörjningsstöd IFO	4
- Rehabiliteringen och HSL	7
- Stöd- och resurs	3
- Hemtjänsten	22
<b>Internservicenämnd</b>	<b>10</b>
- Fastighetsenheten	5
- Bilpool	5
<b>Samhällsbyggnadsnämnd</b>	<b>3</b>
- Miljöenheten	2
- Lokalvård	1
<b>KS/sevicenämnd IT</b>	<b>1</b>
- IT-enheten	1
<b>Bildningsnämnden</b>	<b>1</b>
- Musik/kulturskolan	1
<b>Oklart nämnd/verksamhet</b>	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>61</b>

Tabell 1: (Källa: Interna uppgifter)

Socialnämnden innehar majoriteten av bilarna, totalt 43 stycken (över 80%) av den totala bilflottan.

Inom vård- och omsorgsverksamheten finns det 32 bilar, varav 22 finns inom hemtjänsten.

Internservicenämnden ansvarar för 5 bilpoolbilar och 5 bilar som används av fastighetsavdelningen. Samhällsbyggnadsnämnden har 3 bilar, varav 2 används av miljöenheten och en inom lokalvården. Kommunstyrelsen/Gemensamma servicenämnden IT har en bil till förfogande för IT-enheten. På samma sätt som för socialnämndens bilar, hanterar fordonsansvarige och AME inköp, service, tvätt och avyttring av bilarna som tillhör internservicenämnden, samhällsbyggnadsnämnden samt kommunstyrelsen/gemensamma servicenämnden IT. Det råder dock osäkerhet kring hantering av bildningsnämndens bil. I kommunens fordonspark utgör Toyota det vanligaste bilmärket, med 37 bilar (61%), varav 18 är hybridbilar. Enligt intervjuade personer grundar sig valet av Toyota på hemtjänstens preferens för hybridbilar och Toyotas längre hållbarhet.

Baserat på tillgängligt material kan vi inte specificera bilarnas exakta ålder, men avbetalningstiderna antyder att de flesta bilar är minst lika gamla som deras avbetalningstid. Enligt tabell 2 är cirka 77% av bilarna äldre än 3 år, och över 20% är äldre än 7 år. De intervjuade anser att det inte finns någon anledning att byta ut bilar som fungerar väl och är kostnadseffektiva.

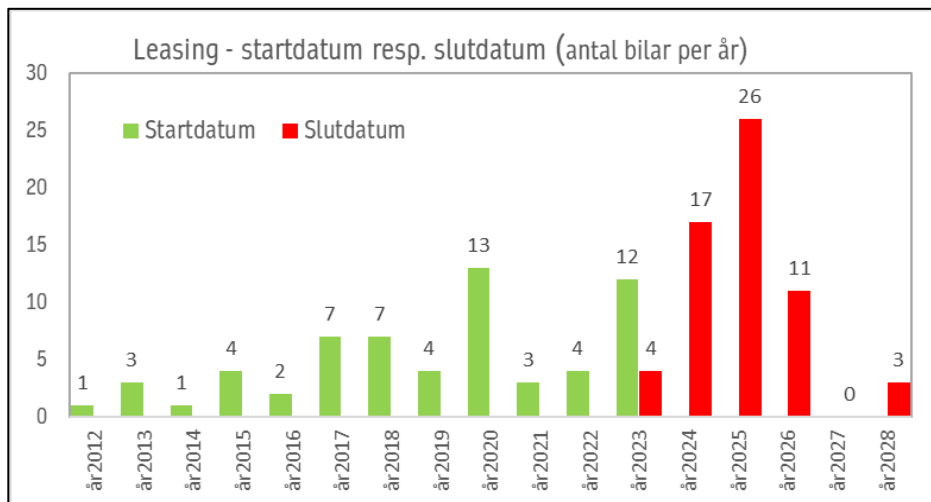
Märke	Antal bilar/Avbet.tid/ålder	1-3 år	1-5 år	1-7 år	> 7 år	% märke
Fiat	1			1		2%
Ford	3			1	2	5%
Nissan	2				2	3%
Opel	1		1			2%
Peugeot	3		2	1		5%
Renault	7	1	2	2	2	11%
Skoda	2	1	1			3%
Toyota	37	12	15	7	3	61%
Volvo	1		1			2%
VW	4		1		3	7%
	<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>23</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	
	Andel (avbetalningstid)	23%	38%	20%	20%	

Tabell 2: (Källa: Interna uppgifter)

En analys av start- och slutdatum för avbetalningar av kommunens bilar mellan 2012 och 2023 (Figur 1) visar att flest nya avbetalningsavtal inleddes under åren 2020 och 2023. Detta tyder på att ett betydande antal nya bilar anskaffades vid dessa tillfällen.

Av slutdatum framkom att avbetalningsperioderna för många av bilarna kommer att löpa ut mellan 2024 och 2026, med en tydlig koncentration till år 2025.

Granskning av avbetalningsplanerna visar att 62% av de för närvarande aktiva bilarna initialt hade en avbetalningsperiod på två år, medan ungefär 23% hade tre år och 15% fem år. Med beaktande av dessa uppgifter och det vi noterade innan framstår det som att enheterna ofta väljer att förlänga avbetalningstiden efter att den ursprungliga perioden har gått ut.



Figur 1 (Källa: Interna uppgifter)

I analysen av sambandet mellan avbetalningstid och leasingavgift framgår det att månadskostnaderna minskar markant när avbetalningsperioden överskrider 5 år. Detta kan delvis förklara varför enheter tenderar att behålla bilar längre i stället för att byta ut dem.

Som det framkommer senare i rapporten, har varje enhet och enhetschef en individuell bilbudget. För att hålla sig inom denna budget verkar det som om enhetschefen tenderar att ibland välja det alternativ som minimerar månadskostnaden, vilket kan resultera i ett kortsiktigt ekonomiskt tänkande.

### 2.1.2 Kostnadsredovisning, kostnadsfördelning och kostnadsutveckling

#### Finansiering av bilar

Herrljunga Kommun har tecknat ett leasingavtal med Nordea Finans Sverige AB. Avtalet gäller under perioden 2020-05-01-2024-04-30. Enligt uppgifter pågår en ny upphandling.

Avtalet baseras på SKL Kommentus ramavtal Finansiell Fordonsleasing 2017 och detaljerar villkoren för leasing av personbilar och lätta lastbilar under 3,5 ton. På villkoren i detta avtal, erbjuder sig Nordea Finans AB att löpande förvärva personbilar och lätta lastbilar under 3,5 ton, från av Herrljunga kommun anvisade leverantörer, för uthyrning genom leasing till Nordea Finans. Leasingperioden får uppgå till 36-60 månader. Det högsta bokförda värdet av samtliga fordon får inte överstiga 10 mnkr.

Herrljunga kommun betalar flera olika typer av kostnader till Nordea Finans enligt ramavtalet för fordonleasing. Dessa kostnadskomponenter speglar det totala ekonomiska åtagandet som Herrljunga kommun har gentemot Nordea Finans i enlighet med leasingavtalet för fordonen.

*Leasingavgiften:* Beräknas baserat på Nordea Finans anskaffningskostnad för fordonet och bestäms genom en årlig ränta som är baserad på Stibor-räntan plus ett fast tillägg. Leasingavgiften kan ändras om det finns förändringar i Stibor-räntan eller om det sker ändrad lagstiftning eller andra myndighetsåtgärder som påverkar leasingkostnaderna. Herrljunga kommun betalar denna avgift månadsvis i förskott.

*Upphandlingskostnad:* Om Nordea Finans betalar leverantören innan leverans har skett eller innan kommunens skyldighet att betala leasingavgiften har inträtt, ska Herrljunga kommun betala en särskild upphandlingskostnad. Denna kostnad beräknas baserat på det belopp som Nordea Finans har betalat ut och baseras på samma årliga räntesats som leasingavgiften. Upphandlingskostnaden gäller från betalningsdagen till den dag då leasingperioden börjar och betalas månadsvis i efterskott samt vid leasingperiodens början.

Övriga kostnader och avgifter: Mervärdesskatt på leasingavgiften betalas av Herrljunga kommun samtidigt med leasingavgiften. Andra kostnader eller utlägg som är relaterade till avtalet, samt andra avgifter eller skatter som beslutas av myndigheter och som berör avtalet, betalas av Herrljunga kommun till Nordea Finans vid anfordran.

## Hantering av kommunens fordon | Granskningsresultat

*Kostnader som inte ingår i leasingavgiften*, såsom fordonsskatt, avgift för omregistrering, kostnader för försäkring, service och reparationer, utbyte av däck, drivmedel, smörjmedel eller parkeringsböter, betalas av Herrljunga kommun. Herrljunga kommun betalar även direkt till uppbördsmyndigheten för skatter och pålagor som är förenade med innehav eller brukande av fordonet.

Enligt erhållen rutin och de intervjuade ansvar enhetscheferna (budgetansvarig) för de bilar som deras enhet köper in och använder. Enhetscheferna har en individuell bilbudget att förhålla sig till. En enhet belastas med samtliga bilkostnader för de fordon de äger.

På enhetsnivå är kostnaderna kopplade till respektive bil, vilket möjliggör uppföljning av bilkostnader per bil, enhet, verksamhet, förvaltning eller nämnd, samt även per kostnadstyp. Alla kostnader bokförs i kommunens ekonomisystem och är därmed lättillgängliga för vidare uppföljning och analys.

Inom ramen för denna granskning avsåg vi inte att kartlägga och granska alla kostnader och kostnadsuppföljningen i detalj. Syftet är i stället att undersöka och bedöma vilka rutiner som finns för kostnadsredovisning och uppföljning av kostnader för kommunens fordon, vem som är ansvarig för detta och hur rutinerna tillämpas i praktiken.

För att få en uppfattning om kostnaderna och kostnadsredovisningen på en övergripande nivå och på enhetsnivå har vi tagit del av två Excel-filer. Den ena är från hemtjänsten och innehåller uppgifter om bilkostnader (leasing, bensin, försäkringar, skatt, och övriga kostnader för transportmedel, etcetera) per bil och per kostnadsställe (hemtjänstgrupp) för perioden januari till oktober 2023.

Den andra filen kommer från ekonomiavdelningen och innehåller en lista över alla bokförda fakturor (per faktura) under åren 2021-2023. Av denna lista framgår bland annat månad/år, verifikationsdatum, fakturanummer, en kopia av fakturan, kund/leverantörsnamn och belopp. Eftersom olika konton används för olika typer av kostnader, är det möjligt att följa upp kostnader per kostnadsslag. Dock kan vi inte utifrån det erhållna underlaget se kostnaden per bil, det vill säga fakturorna är inte kopplade till någon specifik bil.

### Övergripande nivå

I Tabell 3 presenteras en övergripande sammanfattning av kostnaderna mellan åren 2021 och 2023, uppdelat efter olika kostnadsslag. För 2023 inkluderar siffrorna endast kostnader fram till november, och det är osäkert om dessa täcker alla kostnader för året.

Konto	Typ av kostnad	år 2021	år 2022	år 2023 (nov)
6911	Bensin	693 776 kr	1 047 997 kr	814 134 kr
6912	Diesel	347 823 kr	436 707 kr	249 457 kr
6913/14	Gas/Etanol	0 kr	726 kr	0 kr
6990	Övriga kost. för transportmedel	1 213 094 kr	1 483 931 kr	1 217 244 kr
6920	Fordonskatt	105 688 kr	121 506 kr	94 450 kr
6960	Trängselskatt	617 kr	752 kr	387 kr
7310	Försäkringspremier	161 039	208 280 kr	129 126 kr
6952	Leasing fordon	1 418 303 kr	1 329 039 kr	1 045 979 kr
	<i>Felkonterat</i>	<i>98 261 kr</i>	<i>74 227 kr</i>	<i>120 917 kr</i>
	<b>TOTALT PER ÅR</b>	<b>4 038 600 kr</b>	<b>4 494 885 kr</b>	<b>3 542 567 kr</b>

Tabell 3: (Källa: Interna uppgifter)

### Drivmedelskostnad

Under 2022 noterades en markant ökning av drivmedelskostnaderna jämfört år 2021 (plus 40%). Denna uppgång kan hänföras till en kombination av ökade körsträckor och stigande bensinpriser. Bland kommunens bilflotta, framför allt inom socialförvaltningen där hybridbilar dominerar, återspeglas denna trend i att en majoritet av drivmedelskostnaderna är relaterade till bensin, medan en mindre andel utgörs av kostnader för diesel.

### Leasing

Leasingkostnaderna utgjorde 35% av de totala kostnaderna för både 2021 och 2022. Som framgår av tabellen, låg leasingkostnaden på drygt 1,4 miljoner kronor under dessa år. Siffrorna för år 2023 gäller inte hela året, så det är svårt att dra slutsatser, men de tycks hamna på en lägre nivå än för 2021 och 2022.

Baserat på det granskade underlaget, verkar den totala årliga leasingkostnaden påverkas av resultatet från eventuellt överskott eller underskott vid försäljning av bilar. Det verkar som att när en bil säljs med ett överskott reduceras den totala leasingkostnaden med detta överskottsbelopp, och tvärtom vid ev. underskott. Enligt fordonsansvarig, som sköter försäljningen av bilarna, har bilarna under tiden han har ansvar sålts med överskott. Detta innebär att den faktiska leasingkostnaden för de befintliga bilarna är förmodligen högre än vad som redovisas i tabell 3.

Restskulden på bilarna minskar när enheterna väljer att behålla dem under flera år. Ca 60% av de bilar som används idag är äldre än 5 år, vilket innebär att leasingkostnaden per år minskar trots att antalet bilar inte har förändrats nämnvärt.

### *'Övriga kostnader för transportmedel'*

Uppgifter som rör 'Övriga kostnader för transportmedel' avser kostnader som har registrerats på konto 6990. Enligt ekonomiavdelningen omfattar detta 'övriga kostnader för transportmedel'. I 'Övriga kostnader för transportmedel' ingår kostnader för vanlig tvätt, hyrbilar, service, besiktning, däckservice samt reparationskostnader och övriga kostnader som uppstår i samband med bilsador eller fel på bilar.

Enligt de intervjuade har kommunen under de senaste åren framför allt under 2022 upplevt stora reparationskostnader för sina bilar, främst på grund av krockar och plåtskador. En intern beräkning visar att skadekostnaderna under detta år uppgick till över 0,5 mnkr. Dessa kostnader minskade dock något under 2023. Under 2022 ledde omfattande skador till att bilar behövde stå på verkstad under långa perioder, ibland upp till tre månader, vilket tvingade enheterna att belasta sina budgetar med kostnader för hyrbilar. Det har noterats att hyrbilar eller bilar utan kommunens logotyp tenderar att skadas mindre. Detta väcker frågor om personalens ansvarsfulla användning av kommunens fordon. Låg ansvarskänsla, kombinerat med bristande körkunskaper hos vissa anställda, har identifierats som möjliga orsaker till problemet.

Enligt intervjun har verksamhetschefen, enhetschefen och fordonsansvarig engagerar sig aktivt i att höja medvetenheten bland personalen om vikten av korrekt hantering av fordon. Verksamheterna har bland annat tagit initiativ till utbildningar med körskolor för viss personal för att främja säker och ansvarsfull körning. Enligt de intervjuade enhetscheferna informeras alla nyanställda om att bilarna används som hemtjänstbilar och därmed representerar både hemtjänsten och kommunen utåt. Det understryks att bilarna bör vara fräscha, rena och välvårdade. Det är också viktigt att bilarna körs på ett lagligt och säkert sätt, vilket bidrar till en positiv bild av kommunen.

Samtliga kostnader relaterade till bilar såsom service, däckservice, skötsel och reparationer av bilarna, och dyl. redovisas under kontot 6990 - Övriga kostnader för transportmedel. På grund av detta kan vi inte urskilja de specifika kostnaderna, till exempel reparationer på plåtskador och andra reparationer såsom motorstopp och bromsproblem och övriga slitnings- och förbrukningsrelaterade problem från det

tillgängliga underlaget. Dessutom är det sannolikt att kostnaderna för däck och däckservice är betydande, eftersom de flesta bilar används under flera år, men även dessa kostnader är inte möjliga att särskilja av samma anledning.

I de övriga kostnaderna ingår kostnader för tjänster som utförs av personal på arbetsmarknadsenheten (AME), vilket inkluderar fordonansvarig samt personal som tvättar och sköter om kommunens bilar. Enligt representanter från AME, hanterar enheten kommunens bilar utan vinstintresse. Insatser ses snarare som en del av ett socioekonomiskt initiativ. Ca 3,5 tjänster på enheten är dedikerade till arbete med kommunens fordon, där ca 2,5 av dessa tjänster innehas av personer inom arbetsmarknadsåtgärder, som annars normalt inte skulle haft en anställning. Även om verksamheten inte drivs med vinstsyfte, är målet att täcka sina egna kostnader. Det finns en prislista för AMEs tjänster. Denna prislista har dock inte uppdaterats på flera år, vilket leder till osäkerhet om huruvida priserna speglar de faktiska kostnaderna idag.

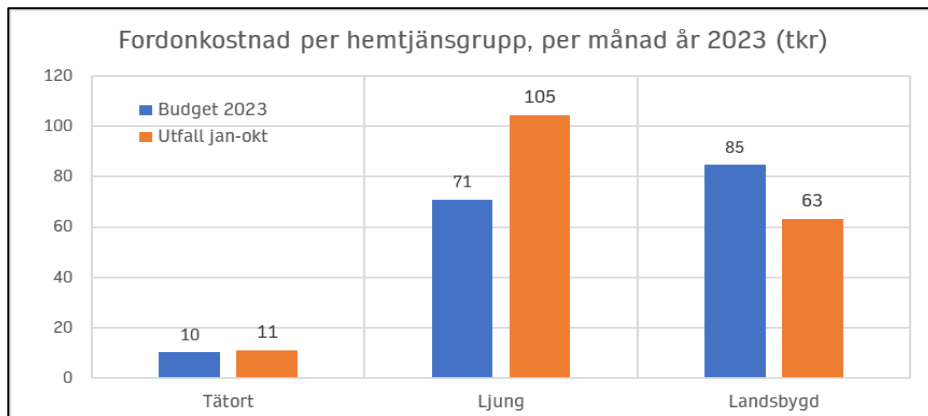
### **Hemtjänsten**

För att få en övergripande bild av skillnaderna i kostnad per bil, kostnadsfördelningen per bil, månad, kostnadstyp och enheter, har vi valt att närmare granska bilkostnaderna inom hemtjänsten. Det bör observeras att valet av hemtjänsten inte beror på extra fokus eller ifrågasättande av bilhanteringen där, utan snarare på att hemtjänsten har ett större antal bilar jämfört med andra verksamheter.

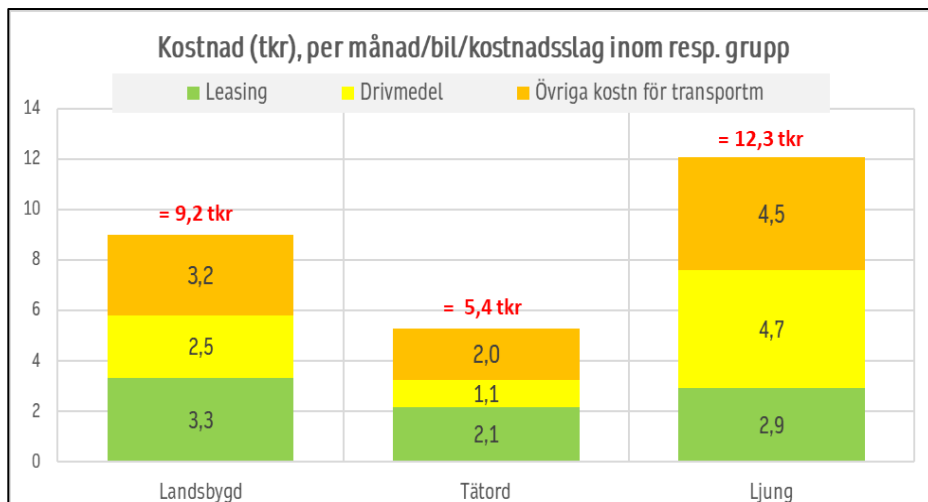
Som tidigare nämnts, finns det per november 2023 totalt 22 enheter inom hemtjänsten. Dessa fördelas enligt följande: 11 inom hemtjänstgrupp 'Landsbygd', 9 inom hemtjänstgrupp 'Ljung' och 2 inom hemtjänstgrupp 'Tätort'.

Den totala bilbudgeten för hemtjänsten under 2023 uppgår enligt uppgifter till cirka 2 mnkr. Utfallet per oktober 2023 ligger på 1,8 mnkr. I Figur 2 presenteras bilbudgeten för 2023 och de månatliga utfallen från januari till oktober 2023 för varje hemtjänstgrupp. Budgeterade summan för 'Tätort'. Förbrukningen i 'Tätort' överensstämmer med den budgeterade summan. I Figur 3 presenteras kostnaden per bil och månad för de olika hemtjänstgrupperna. Det framgår att hemtjänstgruppen "Ljung" hade en avsevärt högre månadskostnad för kostnadsslag "Övriga kostnad för transportm" under 2023 jämfört med de andra två grupperna. Detta kostnadsslag inkluderar framför allt utgifter för service, däckservice, skötsel och reparationer av fordonen. Den högre kostnaden i gruppen "Ljung" kan

tyda på högre reparationskostnader. Det är dock inte möjligt att avgöra om detta beror på en högre frekvens av plåtskador, olyckor eller andra typer av problem, utan en mer ingående analys. Noterbart är att leasingkostnaden för fordonen inom "Ljung" är lägre än i gruppen "Landsbygd", vilket kan tyda på att avbetalningsbeloppen är mindre och därmed att fordonen är äldre. Detta kan även innebära att fordonen i "Ljung" är mer benägna att uppvisa problem jämfört med fordonen i "Landsbygd".



Figur 2 (Källa: Interna uppgifter)



Figur 3 (Källa: Interna uppgifter)

## Bedömning och kommentarer

[Finns aktuella förteckningar över kommunens fordon? Hur många fordon finns i dagsläget och hur är dessa fördelade mellan olika förvaltningar? Uppfyller fordonsparken det fastställda behovet?](#)

Vår samlande bedömning är att till stor del finns aktuell förteckning över kommunens fordon. Vi har dock inte tillräckligt med underlag för att göra en bedömning av fordonsparken uppfyller det fastställda behovet.

Vår bedömning grundar sig på nedanstående iakttagelser och slutsatser:

Programmet Portify Fleet Intelligence används för att hantera och administrera bilarna. Detta system registrerar serviceintervaller, besiktningstider och ekonomiska uppgifter för varje fordon. Dock verkar det som att viktig information, såsom ekonomiska data, inte utnyttjas fullt ut i dagsläget.

Enligt de uppgifter vi har, är fordonsförteckningen tillgänglig för alla anställda via kommunens intranät. Det underlag vi har granskat ger en god översikt över kommunens fordon, inklusive information om antal fordon, deras fördelning över olika nämnder och verksamheter, märkesfördelning, avbetalnings- och leasingvillkor, samt kostnadsredovisning och -fördelning. Dock saknar underlaget vi granskat en tydlig uppgift om bilarnas faktiska ålder.

Vår bedömning är därför att förteckningen i huvudsak innehåller de uppgifter som behövs för en effektiv hantering av kommunens bilar. Då vi inte har genomfört någon inventering av kommunens fordon, kan vi endast bedöma fordonsförteckningens utformning och inte verifiera om det korrekta antalet fordon är inkluderat.

Gällande frågan om huruvida fordonsparken uppfyller det fastställda behovet, måste vi framhålla att en fullständig bedömning för närvarande är begränsad på grund av otillräckliga uppgifter. För att ge ett välgrundat och heltäckande svar på denna fråga krävs en djupare analys av flera faktorer, såsom det aktuella och framtida användningsmönstret för fordonen, jämförelse av fordonsparkens kapacitet mot de fastställda kraven, samt en utvärdering av fordonens effektivitet och anpassning till kommunens verksamhetsbehov. Denna uppgift saknas idag.

Vi noterar att socialnämnden innehar majoriteten av bilarna (43 av 61), främst inom vård- och omsorgsverksamheten samt Toyota är det dominerande bilmärket, med en preferens för hybridbilar inom hemtjänsten. Detta val motiveras med Toyotas längre hållbarhet och hemtjänstens preferenser.

Följs kostnadsutveckling för kommunens fordon upp? Hur utvecklingen under de senaste åren ((totalt, leasingavgift, drivmedel, service/underhåll)?

Vår samlande bedömning är att till stor del följs kostnadsutveckling för kommunens fordon upp.

Vår bedömning grundar sig på nedanstående iakttagelser och slutsatser:

Kommunen följer upp fordonskostnader på både övergripande och enhetsnivå. Uppföljningen innefattar att koppla kostnaderna till specifika bilar och verksamheter, vilket möjliggör en detaljerad analys.

Även om det finns en struktur för att följa upp kostnaderna på övergripande nivå, pekar vissa brister på att uppföljningen inte är heltäckande. Detta gäller särskilt när det kommer till att urskilja detaljerade kostnader per fordon och att bedöma den faktiska ekonomiska påverkan av leasingavtal och bilskötsel.

Kostnadsuppföljning på enhetsnivå är kostnaderna kopplade till respektive bil. Denna uppföljning möjliggörs genom registrering av bilkostnader i kommunens ekonomisystem. Uppföljningen inkluderar leasing, bränsle, försäkringar, skatt och övriga kostnader för transportmedel.

Kostnadsposten 'Övriga kostnader för transportmedel', som inkluderar utgifter för tvätt, hyrbilar, service, besiktning och däckservice, registreras under ett specifikt konto. Dessa kostnader är därför inte alltid lätta att urskilja och det är oklart hur de exakt fördelas per bil.

Leasingkostnaderna utgör en betydande del av de totala bilkostnaderna. Det finns indikationer på att dessa kostnader minskar över tiden i takt med att avbetalningsperioderna förlängs. Det finns dock tecken på att den faktiska leasingkostnaden för befintliga bilar är högre än vad som redovisas. Dessutom finns det indikationer på att leasingavtalen ofta förlängs, vilket kan påverka den totala kostnadsutvecklingen.

Under 2022 noterades en signifikant ökning i drivmedelskostnaderna, vilket till stor del kan förklaras av höjda bensinpriser och längre körsträckor. Majoriteten av dessa kostnader kommer från bensindriven transport, vilket speglar fordonsflottans sammansättning.

Kommunen upplevde stora reparationskostnader, särskilt under 2022, på grund av krockar och plåtskador. Dessa kostnader påverkade budgeten genom ökade utgifter för hyrbilar och reparationer. Det finns dock svårigheter att urskilja specifika kostnader för olika typer av reparationer och underhåll.

## 2.2 Styrning och organisering

### 2.2.1 Styrdokument

#### Policy för resande i tjänsten i Herrljunga kommun

Vår dokumentgranskning visar att det finns två dokument som berör reglering av resande i tjänsten i Herrljunga kommun: 1) policy för resande i tjänsten (fastställd av kommunfullmäktige 2021 (KS 178/2021 101)) och 2) riktlinje för tillämpning av policy för resande i tjänsten i Herrljunga kommun" (fastställd av kommunstyrelsen år 2021 (KS 178/2021 101)). Dessa två dokument kompletterar varandra snarare än att syfta på olika saker. Tillsammans för att ge en övergripande ram och mer detaljerade instruktioner om hur policyerna ska tillämpas, särskilt med avseende på hanteringen av kommunens fordon och leasingbilar. Båda dokumenten syftar till att främja en mer hållbar och effektiv användning av fordon inom kommunen. Båda belyser kommunens strävan efter att minska användningen av privata fordon till förmån för den kommunala bilpoolen, samtidigt som de säkerställer en ansvarsfull och miljömedveten användning av fordonen.

I *policy för resande i tjänsten* beskrivs de övergripande principerna och målen för kommunens resor i tjänsten. Det specificerar att användningen av egen bil inte är ett krav och att den kommunala bilpoolen bör användas vid behov av bilresor. Vidare uppmuntras samåkning. Dessutom förespråkar policyn koordinering av inköp och beställningar för att minska antalet transporter.

*Riktlinje för tillämpning av policy för resande i tjänsten* ger mer detaljerade instruktioner om hur den övergripande policyn bör tillämpas. Den förtydligar att kommunens fordon ska användas i första hand och att egen bil kan användas i undantagsfall efter godkännande från närmaste chef. Dessutom inkluderar den rekommendationer om att samåka eller samordna transporter och att köra sparsamt enligt metoder som eco-driving.

Policy och riktlinjer gäller för samtliga av kommunens anställda, förtroendevalda, anställda i helägda bolag samt konsulter som verkar på uppdrag av kommunen.

#### Riktlinjer för användandet av kommunens tjänstebilar/leasingbilar

Dokumentet "Riktlinjer för användandet av kommunens tjänstebilar" har fastställts av kommunstyrelsen år 2018 (KS 159/2018) och gäller till vidare. Den beskriver specifika regler för användning av tjänstebilar och leasingbilar inom Herrljunga kommun och gäller samtliga nämnder och

förvaltningar. Det framgår att Herrljunga kommunens tjänstebilar och leasingbilar får endast användas för tjänsteuppdrag. För att säkerställa efterlevnad av riktlinjerna, ställer kommunen ett krav på att tjänstebilar ska vara utrustade med modern digital körjournal och transponder. Denna utrustning ska möjliggöra noggrann uppföljning av användningen av fordonen och bidrar till transparens och ansvarsskyldighet inom kommunen.

### Finanspolicy Herrljunga kommunkoncern

Dokumentet "Finanspolicy Herrljunga Kommunkoncern" har fastställts av kommunfullmäktige år 2016 (KS 182/2016 942) och att gälla tills vidare. Kopplat till kommunens tjänstebilar/leasingbilar stipulerar finanspolicyen att eventuell finansiering genom leasing ska samordnas av ekonomikontoret med övriga finansieringsalternativ. Detta innebär att leasing betraktas som en integrerad del av kommunens övergripande finansieringsstrategi. Finanspolicyen pekar på att leasing används som en del av kommunens finansieringsstrategi och att samordningen av leasing ska ske på en central nivå genom ekonomikontoret.

### Rutiner för hantering av kommunens leasingbilar

Dokumentet "Rutiner leasingfordon - Herrljunga kommun" beskriver detaljerad ansvar, organisation och processer för hanteringen av kommunens bilar, inklusive hantering av leasingfordon, ramavtal för fordon och finansiering, anskaffning av fordon, leasingavtal samt underhåll av fordonen. Denna rutin gäller för all verksamhet och personal inom kommunen, med undantag för de kommunala bolagen.

Det går inte av rutinerna att utläsa vem/vilken instans som har utarbetat dem eller när de skapades. Det råder även osäkerhet bland chefer och personalen vem eller vilken instans som utformat eller godkänt rutinen. Det är även oklart huruvida rutinen är aktuella i dagsläget och om de tillämpas av de berörda verksamheterna. I de kommande avsnitten kommer specifika detaljer från rutiner att beskrivas på lämpligt ställe och på ett lämpligt sätt.

### Upphandlingspolicy

Upphandlingspolicy (reviderad av KF år 2021 (KS 224/2020 106)) avser köp, leasing, hyra eller hyrköp av varor och tjänster och därmed även inköp/leasing av fordonbilar. Denna policy betonar vikten av att genomföra upphandlingar på ett professionellt sätt, med ett övergripande mål att styra samhället mot en långsiktigt hållbar utveckling. Detta omfattar beaktande av sociala, etiska och miljöaspekter. Vidare,

understryker policyen att alla upphandlingar ska ske i överensstämmelse med lagen om offentlig upphandling (LOU), vilket inkluderar principer som icke-diskriminering, öppenhet, likabehandling, ömsidigt erkännande och proportionalitet. Policyen definierar tydligt ansvarsfördelningen för upphandling inom kommunen.

Det finns en uttrycklig förväntan på att nämnder och förvaltningar ska samordna upphandlingar när likartade behov finns, vilket hanteras av kommunens upphandlingsfunktion. *Upphandlingsfunktion* spelar en central roll i att tillhandahålla kompetens och verktyg för att genomföra upphandlingar och inköp på ett effektivt sätt. Vidare är det viktigt att nämnder och kommunstyrelsen upprättar *delegationsordningar* för upphandling och inköp.

### Riktlinjer för upphandling och direktupphandling

De riktlinjer som finns för upphandling och direktupphandling i kommunen (reviderad av KS år 2020 (KS 225/2020 106)) syftar till att säkerställa att kommunen tillämpar ett strategiskt förhållningssätt vid offentlig upphandling. Detta innefattar att tillvarata konkurrensen vid direktupphandlingar, vilket är viktigt för att inkludera lokala och mindre företag i upphandlingsprocessen. Kommunens upphandlingsfunktion har en övergripande roll i att övervaka och koordinera dessa processer, och säkerställer att kommunen genomför upphandlingar och inköp på ett professionellt sätt. Det betonas också att vid direktupphandling måste kontroller göras mot befintliga ramavtal för att undvika otillåtna direktupphandlingar som kan leda till skadestånd och sanktionsavgifter.

## 2.2.2 Ansvarsfördelning

### Politisk nivå

#### *Kommunstyrelse*

I texten "Reglemente för kommunstyrelsen" nämns inget specifikt om ansvar för och hantering av kommunens fordon (tjänstebilar/leasingbilar) som berör kommunstyrelsen. Av reglemente framgår dock det att kommunstyrelsen har en avgörande roll i den ekonomiska förvaltningen av kommunen. Enligt § 4 i dokumentet är det kommunstyrelsens ansvar att säkerställa att alla verksamheter i kommunen bedrivs i enlighet med mål och riktlinjer fastställda av kommunfullmäktige, samt att följa lagar, förordningar och bestämmelser enligt reglementen. Detta innebär att kommunstyrelsen inte bara

ansvarar för att genomföra och övervaka den ekonomiska förvaltningen, men även för att kontinuerligt redovisa och analysera denna förvaltning till kommunfullmäktige.

### *Gemensam servicenämnd, ekonomi och personal*

I "Reglemente för gemensam servicenämnd ekonomi och personal" framgår det att nämndens primära ansvar inkluderar stöd till ekonomi- och personalrelaterade funktioner samt att säkerställa effektiv ledning och administration. Detta inkluderar även ansvar för inköps- och upphandlingsprocesser, vilket är relevant vid granskning av kommunens fordonshantering.

### *Samhällsbyggnadsnämnden*

Under 10 § Övriga uppgifter i reglementsbestämmelser för samhällsbyggnadsnämnd, reviderad 2023-06-20 framgår det att nämnden ansvarar för samtliga förvaltningars behov av kommunala fordon exklusive räddningstjänsten.

### *Övriga nämnden*

Utöver kommunstyrelsens, samhällsbyggnadsnämnden och i den gemensamma service nämndens reglemente har vi även granskat reglementet för övriga nämnder i Herrljunga kommun för att hitta information som rör nämndernas ansvar för hantering av fordon, tjänste- och leasingbilar. I de reglementet som granskats, fann vi ingen specifik information som direkt adresserade nämndernas ansvar för fordon, tjänste- eller leasingbilar.

### **Tjänstemannanivå**

Enligt "Rutiner leasingfordon - Herrljunga kommun" är ansvarsfördelningen och rollerna för hantering av leasingfordon inom socialnämnden enligt följande:

**Enhetschefen** (Budgetansvariga inom respektive förvarningar): *Ansvariga för enhetens bilar, kontaktperson för fordonsansvarig i bilfrågor, fattar beslut om införskaffning av fordon, kan utse egna personer inom enheten för att vara ansvariga för enhetens fordon samt godkänner försäljning av bilen eller beslutar om förlängning vid avyttring.*

**Fordonsansvarig** (Personen som arbetar på arbetsmarknadsenhet, socialförvaltningen): *Har översikt över kommunens bilar, stöd till enhetschefen i bilfrågor, hanterar anskaffning och återlämning av fordon, ansvarar för löpande underhåll som service, tvätt och däckbyten, ansvarig för tvätt och städning,*

*service, däckbyten och besiktning av fordonen, ansvarar för kontakt med däckverkstad och hantering av besiktningar samt undersöker det mest ekonomiskt fördelaktiga alternativet vid avyttring av fordon. Fordonsansvarig ansvarar ej för bildningsnämndens och räddningstjänstens fordon. Dessa hanterar sina bilar själva.*

**Upphandlingsfunktionen** (ligger under kd/servicenämnden (ekonomi): *Ansvarig för stöd och rådgivning kring inköp och upphandling av fordon, hanterar upphandling av ramavtal för leasing, samt lägger in leasingavtal i Tendsign.*

**Inköpssamordnare** (Enligt de intervjuade finns dock inte tjänsten "inköpssamordnare" längre. Enligt uppgifter hanteras dessa uppgifter av fordonsansvarig och ekonomiavdelningen): *Ansvarig för kontakten mot leasingbolag, håller koll på befintliga leasingavtal och förlänger dem vid behov, dokumenterar och hanterar nya leasingavtal, kontrollerar befintliga leasingavtal och kontaktar fordonsansvarig inför förlängning eller avyttring samt hanterar administration vid försäljning av fordon via bilauktionsföretag.*

Av intervjun med tjänsteperson framgår har internservicenämnden och därmed förvaltningschefen på internserviceförvaltningen har sedan några år tillbaka den övergripande ansvaret för kommunens bilpool. Det praktiska hantering av bilar som ingår i bilpoolen sköts dock fordonsansvarig, i likhet med socialnämndens bilar.

### **Bedömning och kommentarer**

[Har Herrljunga kommun säkerställt att det finns ändamålsenliga styrdokument \(policyn, riktlinjer, strategier och rutiner\) avseende kommunens hantering av tjänste-/leasingbilar?](#)

Vår samlande bedömning är att Herrljunga kommun har endast till viss del säkerställt att det finns ändamålsenliga styrdokument avseende kommunens hantering av tjänste-/leasingbilar?

Vår bedömning grundar sig på nedanstående iakttagelser och slutsatser:

Herrljunga kommun har dokument som täcker olika aspekter av fordonshantering, inklusive användning, finansiering, miljö och upphandling. Dock saknas tydlig samverkan mellan dessa dokument, och det finns brister i systematisk uppföljning, rapportering och miljökrav för fordon.

Säkerhetsaspekter är inte heller adekvat adresserade. För att förbättra fordonshanteringens rekommenderas utveckling av en övergripande fordonspolicy som integrerar alla relevanta områden och



införande av systematiska rutiner för uppföljning och rapportering, vilket skulle bidra till en mer informerad och effektiv fordonshantering i linje med kommunens mål och policyer.

Har Herrljunga kommun säkerställt att det finns ändamålsenliga organisation och ansvar gällande kommunens hantering av tjänste-/leasingbilar?

Vår samlande bedömning är att Herrljunga kommun har endast till viss del säkerställt att det finns ändamålsenliga organisation och ansvar gällande kommunens hantering av tjänste-/leasingbilar.

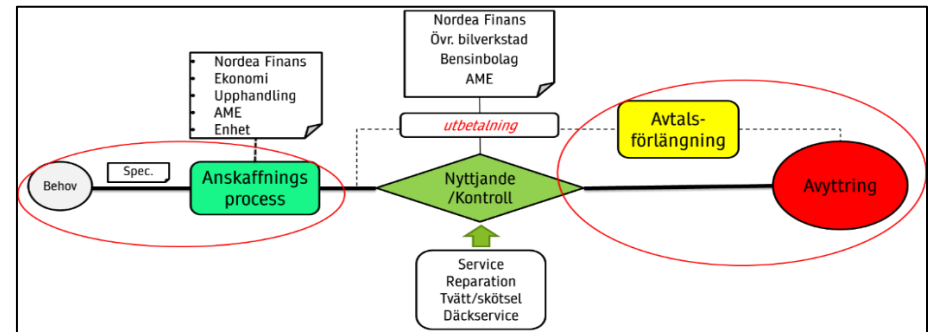
Vår bedömning grundar sig på nedanstående iakttagelser och slutsatser:

Granskningen av dokumenten har uppmärksammat oklarheter gällande ansvarsfördelningen för hantering av fordon inom Herrljunga kommun på politisk nivå. Det finns en brist på tydlighet i detaljerna kring de specifika ansvarsområdena mellan kommunstyrelsen, servicenämnden, internservicenämnden och övriga nämnder. Exempelvis, enligt reglementsbestämmelserna för samhällsbyggnadsnämnden, åligger det nämnden att ansvara för alla förvaltningars behov av kommunala fordon, med undantag för räddningstjänsten. Trots detta framkommer det inte i intervjuerna att samhällsbyggnadsnämnden bär detta ansvar, och det är därmed okänt om nämnden enligt reglementet faktiskt uppfyller sitt ansvar för samtliga förvaltningars behov av kommunala fordon. Detta ansvarsförhållande återspeglas inte heller i det övriga tillgängliga underlaget.

Dokumenterna innehåller riktlinjer för tjänstebilar och leasingbilar men ger ingen klar bild av ansvarsstruktur. Kommunstyrelsen har ett underförstått ansvar för att säkerställa att fordonshantering är i linje med kommunens mål och ekonomiska förvaltning. Även om nämndernas reglemente inte specificerar ansvar för fordonshantering, kräver kommunallagen adekvat intern kontroll och ekonomisk anpassning av fordon efter behov. På tjänstemannanivå finns en klarare struktur för hantering av kommunens fordon, men det är osäkert om den baserade dokumentationen är aktuell och styrande. Sammantaget behövs en tydligare organisatorisk struktur och ansvarsfördelning, särskilt på politisk nivå, för att effektivisera fordonshanteringen i Herrljunga kommun.

## 2.3 Hanteringsprocess och rutiner

Utifrån informationen från våra intervjuer och dokumentet "Rutiner för hantering av kommunens leasingbilar" har vi skapat en sammanfattande hanteringsprocess för Herrljunga kommuns bilar, vilket framgår i figur 4.



Figur 4:

### Ramavtal för fordon och finansiering

Som tidigare nämnts har Herrljunga Kommun ingått ett leasingavtal med Nordea Finans Sverige AB, vilket sträcker sig från 1 maj 2020 till 30 april 2022. Kommunen har dock utnyttjat möjligheten att förlänga avtalet och har därmed förlängt det till och med 30 april 2024. Under denna period grundar sig avtalet på SKL Kommentus ramavtal för Finansiell Fordonsleasing 2018, vilket specificerar villkoren för leasing av personbilar och lätta lastbilar under 3,5 ton.

SKL:s ramavtal ger kommunen möjlighet att köpa tillhörande tjänster för de fordon som avropas. Ramavtalet är uppdelat i tre kategorier: Personbilar (A), Förmånsbilar (B) och Transportfordon (C). För kategorierna A och C krävs att ny konkurrensutsättning genomförs vid avrop, medan för kategori B sker avropen genom en specifik fördelningsnyckel. Denna nyckel baseras på flera faktorer, inklusive funktion, inköpspris, förmånsvärde, livscykelkostnad (LCC), miljöpåverkan, säkerhet och leveranstid.

Enligt dokumentet 'Rutiner för leasingfordon - Herrljunga kommun' ska alla inköp och upphandlingar av fordon i kommunen följa de ramavtal som upphandlats av kommunen. Det är kommunens upphandlingsfunktion som ansvarar för att dessa ramavtal följs, vilket säkerställer att alla fordon inköps i enlighet med gällande lagstiftning och kommunens egna riktlinjer.

### Anskaffning av nytt fordon

Baserat på Herrljunga kommuns rutiner för hantering av leasingfordon har vi utformat en skiss av anskaffningsprocessen för nya fordon, från behovsanalys till bilens mottagande, vilket presenteras i Bilaga 1.

I enlighet med interna rutiner är kommunens fordonsansvarige en nyckelperson i processen för att anskaffa nya fordon. Denne hanterar all kommunikation och samordning relaterad till nya fordon. Rutinerna kräver även att alla fordoninköp genomförs i samråd med kommunens upphandlingsfunktion för att garantera professionella och ansvarsfulla inköp.

Anskaffningsprocessen initieras när enheterna, genom sin fordonsansvariga, kommunicerar sina specifika behov till upphandlingsfunktionen. Fordonsansvarig samlar in och förmedlar detaljerad information, inklusive fordonens kravspecifikationer såsom antal, behov, typ av däck, säkerhetsfunktioner, växellådans typ, uppvärmningssystem, drivmedelstyp, leasingperiod, färg och eventuella serviceavtal. Dessutom inkluderas praktiska detaljer som leveranstid och beräknat årligt milantal.

Rutinerna för Herrljunga kommun framhäver betydelsen av en enhetlig image genom att kräva att alla fordon är vita och bär kommunens logotyp, vilket främjar en igenkännbar profil.

Även om specifika tekniska krav såsom utrustning, säkerhet, miljöstandarder och alkoholås för närvarande inte är detaljerat angivna, betonar kommunens upphandlingspolicy vikten av att i upphandlingsprocessen beakta faktorer som socialt ansvar, etik och miljö.

Baserat på kravspecifikationen utformar upphandlingsfunktionen ett detaljerat förslag till upphandling. Därefter granskar och godkänner fordonsansvarig förslaget före det distribueras till potentiella leverantörer. Efter att ha mottagit svar från leverantörerna, är det fordonsansvarigs uppgift att, med stöd från upphandlingsfunktionens expertis och verktyg, noggrant utvärdera de inkomna anbuden. Slutligen säkerställer fordonsansvarig att ett beslut fattas, att avtalet undertecknas av en behörig person enligt delegeringsordningen, och att resultatet kommuniceras till de berörda leverantörerna.

När en leverantör är vald och avtalsspärren har löpt ut, initierar fordonsansvarig beställningsprocessen. Leverantören bekräftar beställningen och meddelar ett preliminärt leveransdatum. Denna information, inklusive inköpsvärde, leveransdatum, restvärde, avtalstid, fordonstyp, leverantörsdetaljer och verksamhetskod, vidarebefordras av fordonsansvarig till ekonomiavdelningen. Ekonomiavdelningen säkerställer att kommunen har nödvändig finansiell kapacitet för leasingen hos leasingbolaget. Detta inkluderar att kontrollera och vid behov justera limit-gränsen, för att sedan registrera all relevant information i leasingbolagets webbportal.

### Taktagelser från intervjuer

Intervjuer med ansvariga för hantering och anskaffning av kommunens fordon visar att enhetschefer spelar en central roll i att identifiera behov av nya fordon och i beslutsprocessen för anskaffning inom sina enheter. Varje enhetschef ansvarar för en dedikerad budget för bilar och måste hantera denna noggrant för att möta verksamhetens behov. Vid behov av nyanskaffning av fordon utforskar enhetscheferna olika interna lösningar, såsom att byta bil mellan enheter, för att maximera resurseffektiviteten.

Enhetscheferna initierar anskaffningsprocessen av nya bilar och bedömer kostnaden för en ny bil baserat på offerter och förslag som erhålls. Beslutet om vilken bil som ska köpas baseras enligt de intervjuade på en avvägning mellan verksamhetens krav och tillgängliga budget.

Under intervjuer med representanter från vård- och omsorgsverksamheten, en betydande användare av kommunens bilflotta, noterades att de nuvarande fordonspolicyerna inte tydligt inkluderar krav på miljöbilar. Trots detta, betraktas uppfyllandet av EURO 6-standarden för alla anskaffade bilar som ett grundkrav bland de intervjuade cheferna. De intervjuade uttrycker en stark vilja att välja miljövänligare fordon, men budgetbegränsningar leder ofta till en avvägning mellan ekonomiska och miljömässiga faktorer. Trots att miljöbilar, särskilt elbilar, generellt är dyrare, finns det en ambition att prioritera miljövänliga alternativ. Därför är Toyota hybridbilar ett populärt val, då de betraktas som ett kostnadseffektivt steg mot mer miljövänlig transport.

Intervjuer med arbetsmarknadsenheten och fordonsansvarig visar att trots strävan efter miljövänliga fordon, saknas explicita miljökrav i de befintliga rutinerna för fordonshantering. En skillnad mellan miljöambitioner och verkligheten framträder, där infrastrukturella och budgetmässiga begränsningar hindrar implementeringen av miljövänliga fordon i kommunens fordonflotta. Enheterna är ovilliga att hantera de högre kostnaderna förknippade med miljöbilar. Ett praktiskt exempel är arbetsmarknadsenhetens köp av en elbil och behovet av att installera en laddstolpe för användning, vilket belyser de praktiska utmaningar och infrastrukturinvesteringar som krävs för en övergång till en grönare fordonflotta. Det pågår dock diskussioner om att utveckla infrastrukturen för elbilar.

De intervjuade bekräftar att det för närvarande inte finns något krav på att kommunens fordon ska vara utrustade med alkoholås. Dessutom saknar kommunens fordon alkoholås idag, då installationen medför en extra kostnad och det råder ovilja bland enheterna att bära dessa extrakostnader.

När det gäller fordonens utseende, ska enligt gällande rutiner kommunens bilar vara vita och märkta med kommunens logotyp. En nyligen genomförd förändring av logotypen innebär att fordon med den gamla logotypen gradvis kommer att fasas ut, men det finns inget omedelbart krav på att omedelbart byta logotyp på alla fordon på grund av kostnadsaspekter. Det förekommer bilar märkta med den gamla logotypen samt nya bilar som ännu inte är märkta.

För att öka säkerheten och effektiviteten är alla bilar utrustade med GPS-puckar och elektroniska körjournaler, vilket möjliggör övervakning och optimering av fordonens användning.

I processen för anskaffning av nya fordon tenderar leverantörer att presentera en Livscykelkostnads kalkyl (LCC), som oftast inkluderar inköps- och servicekostnader, men inte den totala ägandekostnaden (TOC). TOC representerar den totala summan av alla kostnader associerade med ett inköp, inklusive inköpspris, utrustning, utbildning, underhåll, reservdelar, transport, lagerhållning, reparationer, avyttring, och kapitalbindning. Det har observerats att Toyota frekvent presenterar fördelaktiga LCC-kalkyler, vilket har bidragit till att många av kommunens bilar är av detta märke.

### Ägande och nyttjande av fordon

Enligt *leasingavtalet* innehar leasingbolaget ägarskapet över de leasade fordonen, medan Herrljunga kommun tilldelas nyttjanderätten enligt specifikt fastställda villkor. Denna struktur av ägarförhållanden innebär att kommunen måste följa strikta riktlinjer, särskilt avseende överlåtelse av rättigheter eller genomförande av förändringar i fordonen, vilka endast kan ske med leasingbolaget skriftliga medgivande. Vidare framhåller avtalet vikten av ansvarsfull användning av fordonen. Endast personer med giltigt körkort och som bedöms lämpliga som förare har rätt att bruka fordonen.

Kommunens dokument "*Riktlinjer för användandet av tjänstebilar*" återspeglar en liknande restriktiv hållning som leasingavtalet, där tjänstebilar och leasingbilar endast får användas för tjänsteuppdrag. Trots möjligheten till undantag under specifika förutsättningar, såsom jour och beredskap, är det tydligt att användningen av dessa fordon är strikt reglerad. De stränga begränsningarna för privatanvändning, med maximalt 100 mil per år och högst 10 tillfällen per år. För att säkerställa efterlevnad och förhindra missbruk av denna rättighet krävs noggrann dokumentation av varje undantagsfall i en körjournal.

Även de *intervjuade* chefer bekräftar att det är strikt förbjudet att använda kommunens fordon för privata ändamål, utan några undantag.

Det framgår att enheterna hanterar bilarna med en viss grad av autonomi, där de själva bestämmer över leasingperioderna. Beslut om att behålla eller byta ut fordon styrs av en analys baserad på kostnadseffektivitet snarare än fastställda tidsramar. Denna flexibilitet ger enheterna möjlighet att anpassa sig till varierande behov och sträva efter kostnadseffektivitet, genom att exempelvis behålla väl fungerande och sparsamt använda fordon. Även om enheterna formellt äger sina fordon, råder det en allmän uppfattning om att AME i praktiken 'äger' bilarna.

Fordonen tilldelas enheterna snarare än enskilda individer, vilket leder till delat ansvar och flexibel användning av bilparken, enligt de intervjuade. Vidare har varje enhet utsett interna fordonsansvariga som hanterar logistiken och administrationen kring fordonen.

### Skötsel, service och reparationer av fordon

Enligt *leasingavtalet* är Herrljunga kommun skyldig att vårda och underhålla fordonet så att det inte utsätts för förändringar som inte är en del av normal förslitning. Kommunen ska följa instruktions- eller serviceboken och se till att fordonet hålls i gott skick. Om fordonet blir obrukbart på grund av förslitning, vanvård eller annan orsak, befriar detta inte kommunen från betalningsskyldighet gentemot leasingbolaget. Om fordonet helt eller delvis förstörs eller går förlorat, måste leasingbolaget omedelbart informeras skriftligen. Herrljunga kommun har fullt ansvar gentemot leasingbolaget för förarens handlingar, även om fordonet skadas eller försvinner under leasingperioden. Kommunen är även ensam ansvarig för skador som fordonet kan vålla på person eller egendom även i vad avser tredje man. Detta gäller även vid transport av fordonet till och från Herrljunga kommun.

I Herrljunga *kommuns rutiner för hantering av leasingbilar* fastställs tydliga ansvarsområden för fordonens vård och underhåll. Fordonsansvarig spelar en central roll i detta och ansvarar för flera nyckelaktiviteter kopplade till vård och underhåll av kommunens bilar exkl. bilar som används av vaktmästare, IT och räddningstjänsten.

Fordonsansvarig ska utarbeta ett tvätt schema och genomföra regelbunden tvätt och städning av bilarna, inkl. hämtning och återlämning av bilar. I samband med tvätt och städning ska även bilarnas behov av service kontrolleras. Fordonsansvarig ska hantera bokningen och ser till att bilarna

transporteras till och från verkstaden för service. När det gäller byte av däck ansvarar fordonsansvarig för att organisera och genomföra detta. Det inkluderar att ha kontakt med däckverkstad och att ansvara för transporten av bilarna till och från verkstaden för däckbyte. Fordonsansvarig ansvarar för att hålla sig uppdaterad om när bilarnas besiktningar ska genomföras. Hen ansvarar även för att koordinera och genomföra transporten av bilarna till och från besiktningstationen.

I samband med intervjuer uppger fordonsansvarig att varje bil tvättas var sjätte vecka. Det är dedikerade personer på AME som ansvar för hämtning och återlämning av fordonet, rengöring och städning samt påfyllning av spolarvätska och kontroll av bilens lampor. Enligt de intervjuade finns det perioder då bilarna blir ovanligt smutsiga och även om det finns möjlighet att beställa extra tvättar, har inga enheter använt sig av detta alternativ ännu.

När det gäller däck uppges att nya bilar levereras med ett par däck från återförsäljaren. Vid behov av ytterligare däck köps dessa från en lokal däckfirma. För närvarande finns det inga särskilda avtal med däckföretag, vilket innebär att kommunen väljer leverantörer baserat på behov och tillgänglighet.

Kommunen har inte tecknat några särskilda serviceavtal med verkstäder. Så länge nybilsgarantin gäller, utförs service hos återförsäljaren. Enligt fordonsansvarig väljs efter garantiperiodens slut den mest kostnadseffektiva verkstaden för servicebehov, med noggrann övervägning av kvalitet och pris. När situationen kräver det anlitas märkesverkstäder. För att minimera transportkostnader och stödja lokala företag, väljs ofta verkstäder som ligger nära verksamheten.

Under intervjun framkom det att AME tillhandahåller en extra bil som andra enheter kan låna vid behov, när deras egna bilar är på service eller reparation, eller vid väntan på en ny bil. Denna service från AME uppges vara ekonomiskt fördelaktigt, eftersom det är billigare än att hyra från externa aktörer.

Vidare framkom det att vid skador på bilar lämnas fordonen till verkstaden, varvid den drabbade enheten tillhandahålls en hyrbil. Vid skador på bilen ska en skadeanmälan skickas från enhetschefen till fordonansvarig som sedan upprättar en anmälan till försäkringsbolaget. Denna rutin fungerar inte helt tillfredställande idag.

### **Avtalsförlängning och avyttring av fordon**

Enligt *leasingavtalet* kan Herrljunga kommun, ett år efter delavtalets start, anvisa en köpare till leasingobjektet. Denna rätt kvarstår även under förlängningsperioder. Vid förtidslösen betalar köparen

till leasingbolaget ett diskonterat värde av återstående hyror och restvärde, baserat på avtalsräntan plus mervärdesskatt. Efter betalning övergår äganderätten till köparen. Om kommunen inte meddelar om återlämning 30 dagar före leasingperiodens slut, förlängs perioden automatiskt med 24 månader. Leasingavgiften under denna tid baseras på fordonets restvärde och räknas enligt annuitetsmetoden med den aktuella räntesatsen. Vid leasing-/förlängningsperiodens slut och efter full betalning kan kommunen anvisa en köpare till leasingobjektet för en köpeskilling motsvarande dess bokförda värde, förutsatt att leasingbolaget får betalning. Om kommunen inte utnyttjar sin anvisningsrätt, ska bilen återlämnas till leasingbolaget. Eventuellt överskott vid försäljning tillfaller kommunen, medan ett eventuellt underskott ska betalas till leasingbolaget. Vid försäljning ansvarar kommunen för eventuella ersättningar till köparen för fel eller brister i bilen. Leasingbolaget ska lämna ett utköpserbjudande för restskulden före periodens slut om kommunen önskar utnyttja sin anvisningsrätt.

Enligt interna rutiner ansvarar fordonsansvarig för att hantera bilar vid avtalstidens slut.

Fordonsansvarig har ett övergripande ansvar för att koordinera och övervaka processen, från att initiera avyttringen till att slutligen informera leasingbolaget om utfallet. Hen ska även utvärdera de mest ekonomiskt fördelaktiga alternativen för kommunen, vare sig det är att lämna tillbaka bilen till bilföretaget eller att avyttra bilen genom andra kanaler.

Vid avtalstidens slut har kommunen möjlighet att antingen lämna tillbaka bilen till bilföretaget mot ett garanterat återköpsvärde, justerat för eventuella skador och övermil, eller att avyttra bilen genom exempelvis bilauktionsföretag.

Av rutinen framgår att när ett leasingavtal närmar sig sitt slut, ska fordonsansvarig inleda en utvärderingsprocess. Denna process startar med att fordonsansvarig informerar ekonomiavdelningen om den planerade avyttringstidpunkten. Fordonsansvarige begär sedan en initial värdering av restvärdet från den ursprungliga leverantören. Efter att ha mottagit värderingen jämför fordonsansvarig detta värde med potentiella erbjudanden från bilauktionsföretag eller andra försäljningskanaler. Om värderingen resulterar i ett värde som är lägre än restvärdet hos leasingbolaget, engageras enhetschefen i beslutsprocessen för att fatta ett beslut om bilens framtid – oavsett om det innebär att eventuell förlängning av leasingperioden, behålla (friköpa bilen), återlämna eller avyttra bilen. Fordonsansvarigs ska ombesörja all nödvändig administration kring försäljningsprocessen. Detta inkluderar att koordinera överlämningen av fordonet till antingen den ursprungliga leverantören eller

till ett bilauktionsföretag, samt att säkerställa att alla relaterade dokument är korrekt hanterade. Till sist ser ekonomiavdelningen till att leasingbolaget informeras när bilen har avyttrats.

Iakttagelser från intervjuerna indikerar att fordonsansvariga spelar en central och aktiv roll i hanteringen av leasingbilarna. De övervakar fordonens skick och initierar bedömningar av när en bil inte längre är kostnadseffektiv eller kräver betydande reparationer. Denna bedömning baseras på en noggrann analys av bilens skick, körsträcka och reparationshistorik. Även om enhetscheferna formellt har det slutliga beslutsansvaret, betonades det att de ofta litar på och följer fordonsansvarigas råd och rekommendationer, vilket framhäver fordonsansvarigas betydande roll och inflytande i bilhanteringen.

I samband med att det närmar sig tid för bilbyte eller avyttring, initierar fordonsansvariga processen, vilket beskrivs i detalj i Bilaga 2. De inleder dialog med enhetscheferna ungefär sex månader innan leasingavtalets utgång för att planera och förbereda för kommande beslut. Fordonsansvariga tar också aktivt ansvar för att bedöma bilens marknadsvärde genom att kontakta försäljningsföretag och jämföra olika erbjudanden.

Intervjuerna avslöjar att beslutsprocessen för att förlänga leasingperioden, avyttra/sälja bilen eller behålla den inte systematiskt inkluderar en långsiktig Total Cost of Ownership (TCO)-beräkning. I stället tenderar enheterna att prioritera alternativ som erbjuder den mest fördelaktiga ekonomiska lösningen på månadsbasis, drivet av behovet att hålla sig inom den tilldelade budgeten. Dock indikerar det faktum att försäljningsvärdet ofta överstiger bilens bokförda restvärde att fordonsansvariga effektivt navigerar på marknaden på ett sätt som gynnar kommunen ekonomiskt. Det framkom även att det finns oklarheter kring hanteringen av överskott och underskott vid avyttring av bilar. Även om tidigare erfarenheter ofta resulterat i försäljningar som genererat överskott, kvarstår osäkerhet kring hur potentiella förluster skulle hanteras.

### Bedömning och kommentarer

[Finns tydliga och dokumenterade riktlinjer och ansvar för riktlinjer och ansvar för beställning, upphandling och inköp och av kommunens fordon? Upprättas några kalkyler och görs det några överväganden i samband med beslut kring kommunens fordon \(till exempel säkerhet, utrustning, miljö\)?](#)

Vår samlande bedömning är att det till stor del finns dokumenterade riktlinjer och ansvar för beställning, upphandling och inköp och av kommunens fordon. Vår samlande bedömning är att det till

viss del sker överväganden i samband med beslut kring kommunens fordon kring säkerhet, utrustning och miljö.

#### Vår bedömning baserar på nedanstående iakttagelser och slutsatser:

Herrljunga kommun har implementerat ett regelverk kring fordonshanteringen, men det finns indikationer på att riktlinjernas tydlighet och det dokumenterade ansvaret för beställning, upphandling och inköp behöver förstärkas. Det finns en grundläggande struktur, men detaljer kring ansvar, procedurer och uppföljning är inte alltid konsekvent dokumenterade eller kommunikationen av dessa är otillräcklig. Därmed är det inte fullständigt säkerställt att alla relevanta parter är medvetna om sina roller och ansvar, vilket resulterar i potentiella inkonsekvenser i tillämpningen av riktlinjerna.

Gällande upprättandet av kalkyler och genomförandet av överväganden i samband med beslut om kommunens fordon, framgår det att kommunen till viss del genomför ekonomiska beräkningar och överväganden gällande säkerhet, utrustning och miljö. Dock indikerar granskningen att dessa processer inte är systematiska eller helt integrerade i beslutsprocesserna. Det finns exempel på att vissa aspekter beaktas, men det saknas en helhetsbild där alla relevanta faktorer systematiskt inkluderas i en konsoliderad kalkylmodell.

Trots att Herrljunga kommun har etablerat vissa grundläggande ramar för hantering av kommunens fordon, framkommer det att det finns utrymme för utveckling och förbättringar. Riktlinjernas tydlighet, det dokumenterade ansvaret samt systematiseringen och integreringen av kalkyler och överväganden i beslutsprocesserna bör stärkas för att säkerställa en mer effektiv och transparent fordonshantering. Det är av vikt att dessa aspekter adresseras för att höja standarden på fordonshanteringen och för att säkerställa att kommunens resurser används på ett ansvarsfullt och hållbart sätt.

#### Vår bedömning baserar på nedanstående iakttagelser och slutsatser:

[Finns det dokumenterade och tydliga riktlinjer och rutiner för ägande och nyttjande av kommunens bilar?](#)

Vår samlande bedömning är att det till stor del dokumenterade och tydliga riktlinjer och rutiner för ägande och nyttjande av kommunens bilar.

#### Vår bedömning baserar på nedanstående iakttagelser och slutsatser

Utifrån den genomförda dokumentgranskningen kan det konstateras att kommunen har dokumenterade riktlinjer för ägande av fordonen, såsom framgår i leasingavtalet med leasingbolaget.

Avtalet specificerar ägarskap och villkor för nyttjanderätt, samt krav på kommunen att följa leasingbolagets riktlinjer. Riktlinjer för användandet av tjänstebilar återspeglar en restriktiv hållning som är i linje med leasingavtalet. Detta dokument definierar villkoren för användning av fordonen, inklusive begränsningar för privatanvändning och krav på dokumentation vid undantag. Intervjuer med kommunens personal uppger att dessa riktlinjer följs, med ett uttryckligt förbud mot privat användning av fordonen och en struktur för ansvarig användning.

Även om det finns tydliga riktlinjer och rutiner, framkommer det utvecklingsmöjlighet i hur AME 'i praktiken' anses äga bilarna, trots att enheterna formellt äger dem. Detta kan indikera en viss oklarhet i ägande- och ansvarsstrukturer, vilket kan kräva ytterligare klarläggande och dokumentation för att säkerställa fullständig transparens och effektiv hantering.

Trots en tydlig struktur för ägande och nyttjande, framkommer det att det finns ett visst mått av autonomi inom de enskilda enheterna när det gäller hantering av leasingperioder och beslut kring fordonens användning. Denna flexibilitet kan vara fördelaktig för att möta enheternas skiftande behov, men kan också innebära risker för inkonsekvens i hanteringen och nyttjandet av fordonen.

Sammanfattningsvis, vår uppfattning är att det finns dokumenterade och tydliga riktlinjer och rutiner för både ägande och nyttjande av kommunens bilar. De huvudsakliga områdena för utveckling och förbättring rör tydligheten och genomförandet av ägarskapsstrukturen, särskilt i relation till intern leasingstruktur och ansvarsfördelning.

### Finns riktlinjer och rutiner för, service, reparationer, tvättning, städning av fordon? Är dessa dokumenterade och tydliga?

Vår samlande bedömning är att till stor del finns riktlinjer och rutiner för service, reparation, tvättning och städning av fordon.

#### Vår bedömning baserar på nedanstående iakttagelser och slutsatser:

Utifrån den genomförda dokumentgranskningen kan det konstateras att Herrljunga kommun har upprättat och dokumenterat rutiner för vård och underhåll av fordon, vilket innefattar tvätt, städning, och service. Fordonsansvarig har en central och väldefinierad roll i dessa processer, inklusive tvättscheman, transport till verkstäder, samt uppföljning av service och besiktningar. Periodisk tvätt och städning av bilarna genomförs regelbundet och ansvar för denna process är klart definierat.

Dock finns det utvecklingspotential i avtalsstrukturerna och samarbetena med externa aktörer. För närvarande saknas formella avtal med däckföretag och verkstäder, vilket medför att val av leverantörer tenderar att ske ad hoc. Denna brist på särskilda avtal kan leda till inkonsekvens i servicekvalitet och potentiella kostnadsineffektiviteter. Dessutom, trots att rutiner för fordonsvård är tydligt fastställda, kan den sjätteveckors tvättfrekvens behöva omvärderas för att säkerställa att fordonen hålls i optimalt skick, särskilt under perioder av ökad smutsanhopning.

Sammanfattningsvis visar kommunen en stark grund i hantering och underhåll av sina fordon men skulle gynnas av förstärkt struktur i externa samarbeten och anpassningsbarhet i underhållsrutiner. För att ytterligare stärka kommunens hantering av fordon, rekommenderas formalisering av relationer med service- och däckleverantörer, samt en översyn av tvättrutinernas flexibilitet för att säkerställa att fordonen bibehåller en hög standard av renlighet och underhåll.

### Finns det dokumenterade och tydliga rutiner för hantering av bilar vid leasingavtalstidens slut?

Vår samlande bedömning är att det till stor del finns tydliga rutiner för hantering av bilar vid leasingavtalstidens slut.

Utifrån den genomförda dokumentgranskningen kan det konstateras att Herrljunga kommun har dokumenterade rutiner för hantering av leasingfordon vid leasingavtalstidens slut. Dessa rutiner inkluderar instruktioner för avyttring av fordon. Det finns tydliga anvisningar för fordonsansvariga gällande deras roller och ansvar, vilket understryker en strukturerad process.

Fordonsansvarige spelar en central och aktiv roll i processen, vilket inkluderar bedömning av fordonens skick, utvärdering av marknadsvärde, samt hantering av försäljningsprocessen. Detta indikerar att kommunen har tillräckliga interna mekanismer för att effektivt hantera slutet av leasingperioden. Även om rutinerna är väl dokumenterade och processen verkar strukturerad, finns det utrymme för utveckling och förbättring, särskilt i hanteringen av ekonomiska bedömningar och beslutsfattande. Det framgår att beslutsprocessen kring valet mellan att förlänga leasingperioden, avyttra eller sälja bilen inte systematiskt inkluderar en total kostnadsberäkning (TCO) för en längre tidsperiod. Denna brist kan leda till att beslut tas baserat på kortsiktiga ekonomiska överväganden snarare än en helhetsbedömning av bilens värde och kostnadseffektivitet över tid.

Vidare finns det osäkerheter kring hanteringen av överskott och underskott vid avyttring av bilar. Även om kommunen har haft positiva erfarenheter med försäljningar som genererat överskott, är det oklart hur potentiella förluster skulle hanteras. Detta kan utgöra en risk för kommunens ekonomi och bör åtgärdas genom tydligare riktlinjer och processer.

Sammanfattningsvis, vår uppfattning är att det finns relativt tydliga rutiner och processer på plats, men det finns också områden där kommunen skulle kunna förbättra sina rutiner för att säkerställa en mer genomtänkt och ekonomiskt hållbar hantering av leasingfordonen. Ökad fokus på total kostnadseffektivitet och tydliga riktlinjer för hantering av ekonomiska risker skulle ytterligare stärka kommunens position och bidra till en mer robust och transparent process för hantering av leasingfordon.

### 2.4 Hantering av kommunens bilpool

Herrljunga kommuns bilpool, som för närvarande består av fem bilar, administreras formellt av internservicenämnden (med undantag för de delar som fordonansvariga hanterar) och är till för att tjäna personalen på kommunhuset, elevhälsan och musikskolan. Bilarna är strategiskt placerade vid kommunhuset och kan reserveras genom ett gemensamt bokningssystem. Nycklarna förvaras säkert i ett nyckelskåp vid receptionen. Användare får tillgång till bilarnas nycklar genom en kod som tillhandahålls vid bokningstillfället. Systemet, som implementerades under 2019/2020, kräver också att användarna specificerar syftet med användningen av fordonet.

Kostnaden för hyran av bilarna baseras på den faktiska användningen. Samtliga bilar i bilpoolen är utrustade med ett individuellt drivmedelkort avsett för tankning. Kortet är kopplade till respektive bil.

Trots strukturen och bokningssystemet har intervjuer med internservicenämnden belyst vissa operativa utmaningar och ineffektiviteten i hanteringen av bilpoolen. Identifierade utmaningar inkluderar brister i den ekonomiska effektiviteten, bokningsprocessen och den faktiska användningen av fordonen.

Det förekommer situationer där bilar, trots att de har reserverats, inte hämtas av den bokande medarbetaren, vilket leder till onödiga kostnader eftersom bilen debiteras även om den inte används.

Ytterligare en problematik är bristen på kvalitetssäkring och systematisk uppföljning. För närvarande saknas regelbunden övervakning av körjournaler, och granskningar genomförs endast vid misstankar

om missbruk av fordonen. Detta understryker behovet av att införa en mer robust och systematisk metod för att övervaka och säkerställa att fordonen används på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt.

Dessutom har det framkommit att det finns utmaningar med att spåra vem som har reserverat eller hyrt bilarna, vilket kan kopplas till brister i det befintliga bokningssystemets möjligheter att effektivt hantera och följa upp bokningar och uthämtningar. Detta inkluderar bland annat ett behov av att se över biltaxan.

Enligt uppgifter rapporterar att poolbilarna för närvarande uppvisar ett underskott. På grund av återkommande underskott, pågår det enligt intervjuade en översyn av bokningssystemet för att adressera dessa frågor. Utvärderingen planeras vara färdig inom ett halvår.

Enligt de uppgifter som vi har tagit del av, uppgår de budgeterade hyresintäkterna för dessa fem bilar till 240 000 kr per år, vilket motsvarar cirka 48 000 kr per bil. Eftersom nämnden arbetar med en nollbudget, innebär detta att de uppskattade kostnaderna för dessa bilar också uppgår till samma belopp. I det underlag som vi har granskat finns det tre poster i den ekonomiska redovisningen: 'Hyresintäkter', 'Främmande tjänster' och 'Övriga kostnader'. Det är dock inte möjligt att urskilja vilka specifika kostnader som ingår under respektive post.

### Bedömning och kommentarer

#### Är kommunens hantering av bilpoolen tillfredställande och ändamålsenlig?

Vår samlande bedömning är att kommunens hantering av bilpoolen är till viss del tillfredställande och ändamålsenlig.

#### Vår bedömning baserar på nedanstående iakttagelser och slutsatser:

Vår granskning av Herrljunga kommuns hantering av bilpoolen visar på en blandad bild av effektivitet och utmaningar. Å ena sidan finns en struktur med klart definierade ansvarsområden och ett bokningssystem som syftar till att underlätta tillgång och användning av kommunens fem bilar. Å andra sidan framkommer betydande brister som behöver åtgärdas för att förbättra hanteringen och säkerställa att bilpoolen tjänar sitt syfte på ett kostnadseffektivt sätt.

Det finns tecken på att bilpoolens hantering kan förbättras för att möta de uppsatta målen om ändamålsenlighet och kostnadseffektivitet. Det är rekommenderat att de uppmärksammade bristerna åtgärdas genom en kombination av strukturella förändringar, införande av mer rigorösa uppföljningsmekanismer, och en översyn av bokningssystemet. Detta kommer att bidra till en mer effektiv hantering av bilpoolen och säkerställa att de budgeterade medlen används på ett ansvarsfullt sätt.

Sammanfattningsvis är det tydligt att det finns aspekter i hanteringen av bilpoolen som fungerar tillfredsställande, såsom tillgängligheten. Dock framträder utvecklingsmöjligheter i form av förbättrad kostnadseffektivitet, bättre uppföljning och kvalitetssäkring, samt förstärkt transparens i den ekonomiska redovisningen.

## 2.5 Uppföljning och kontroll

### Uppföljning av körjournal

om tidigare nämnt är användningen av kommunens bilar för privata ändamål förbjuden enligt kommunens riktlinjer och de intervjuade ansvariga/chefernas instruktioner. För att övervaka och säkerställa att denna policy efterlevs, är bilarna utrustade med GPS-puckar. Dessa puckar tillhandahåller detaljerad information om bilarnas användning, inklusive daglig distans, rutter och specifika sträckor som färdats. Vid misstankar om missbruk eller otillåten användning kan ansvariga chefer begära tillgång till bilarnas körjournaler, vilka ger omfattande information såsom datum, tid, registreringsnummer, start- och slutadress, resans syfte, förarens identitet, samt total distans och restid. Dock har inte verksamheten direkt tillgång till att granska dessa körjournaler. I stället hanteras uppföljning och kontroll av en dedikerad person med särskilt mandat för detta. Trots detta, indikerar uppgifterna att det inte finns några kontinuerliga och systematiska stickprovskontroller av bilanvändningen genom körjournalerna. Kontrollerna genomförs i stället endast vid specifika misstankar om missbruk av fordonen.

### Budget- och kostnadsuppföljning

Enligt de intervjuade har enheten finns en process för hantering av fakturor relaterade till bilar. Fakturor granskas noggrant för att identifiera eventuella avvikelser. Detta arbete involverar en dedikerad person på enheten som tar emot och gör en första granskning av fakturorna. För att ytterligare säkerställa riktigheten i fakturorna går minst två personer igenom dem innan de slutligen

godkänns av enhetschefen. Vidare uppges att samtliga enhetschefer genomför regelbundna, månatliga översyner av sina budgetar i samråd med controllers. Dessa genomgångar är tillfällen för att diskutera budgetutfallet och identifiera eventuella avvikelser eller oförutsedda kostnader.

Angående drivmedelskostnader, varje bil har ett specifikt drivmedelskort, men systematisk eller regelbunden uppföljning av kortanvändningen saknas. Uppföljning sker endast vid markanta avvikelser i fakturabeloppet.

### Digitala nyckelskåp

Enligt uppgifter är varje enhet utrustad med ett digitalt nyckelskåp där bilnycklarna förvaras. För att hämta en nyckel krävs ett tjänstekort och en unik kod, vilket möjliggör en transparent och spårbar process genom att logga all aktivitet. Detta säkerställer att endast behörig personal har tillgång till bilarna. Dessutom är logistiken för fordonen organiserad så att alla bilar hämtas och lämnas på en bestämd plats för varje enhet.

### Internkontroll

Enligt uppgifter finns det för närvarande inga ytterligare internkontroller för bilanvändning och efterlevnad av kommunens policy och riktlinjer, utöver de nämnda kontrollerna och uppföljningarna.

## Bedömning och kommentarer

[Finns rutiner/system för uppföljning och redovisning av hur fordon används och vilka resor görs \(till exempel körjournaler, drivmedel\)? I vilket utsträckning kontrolleras efterlevnad av riktlinjer och rutiner?](#)

Vår samlande bedömning är att det till viss del finns rutiner/system för uppföljning och redovisning av hur fordon används och vilka resor görs och att till viss del sker uppföljningar och redovisningar av hur fordon används och vilka resor görs.

Vår bedömning baserar på nedanstående iakttagelser och slutsatser:

Användningen av GPS-puckar i fordonen och det detaljerade innehållet i körjournalerna är starka komponenter som möjliggör noggrann uppföljning av varje enskilt fordon. Trots tillgången till tekniska övervakningssystem, noteras bristen på regelbunden och systematisk granskning av körjournaler, vilket indikerar en reaktiv snarare än proaktiv kontrollmetod.



## Hantering av kommunens fordon | Granskningsresultat

Fakturagranskningen och den regelbundna budgetöversynen, som genomförs i samråd med controllers, är exempel på en välstrukturerad process. Inblandningen av flera personer i fakturagranskningen och enhetschefernas aktiva deltagande i budgetöversyner skapar en robust kontrollmiljö.

Drivmedelskortsystemet är en fördel, men dess effektivitet begränsas av avsaknaden av systematisk och regelbunden uppföljning av kortanvändningen. Endast att granska vid markanta avvikelser kan leda till att mindre oegentligheter förbises.

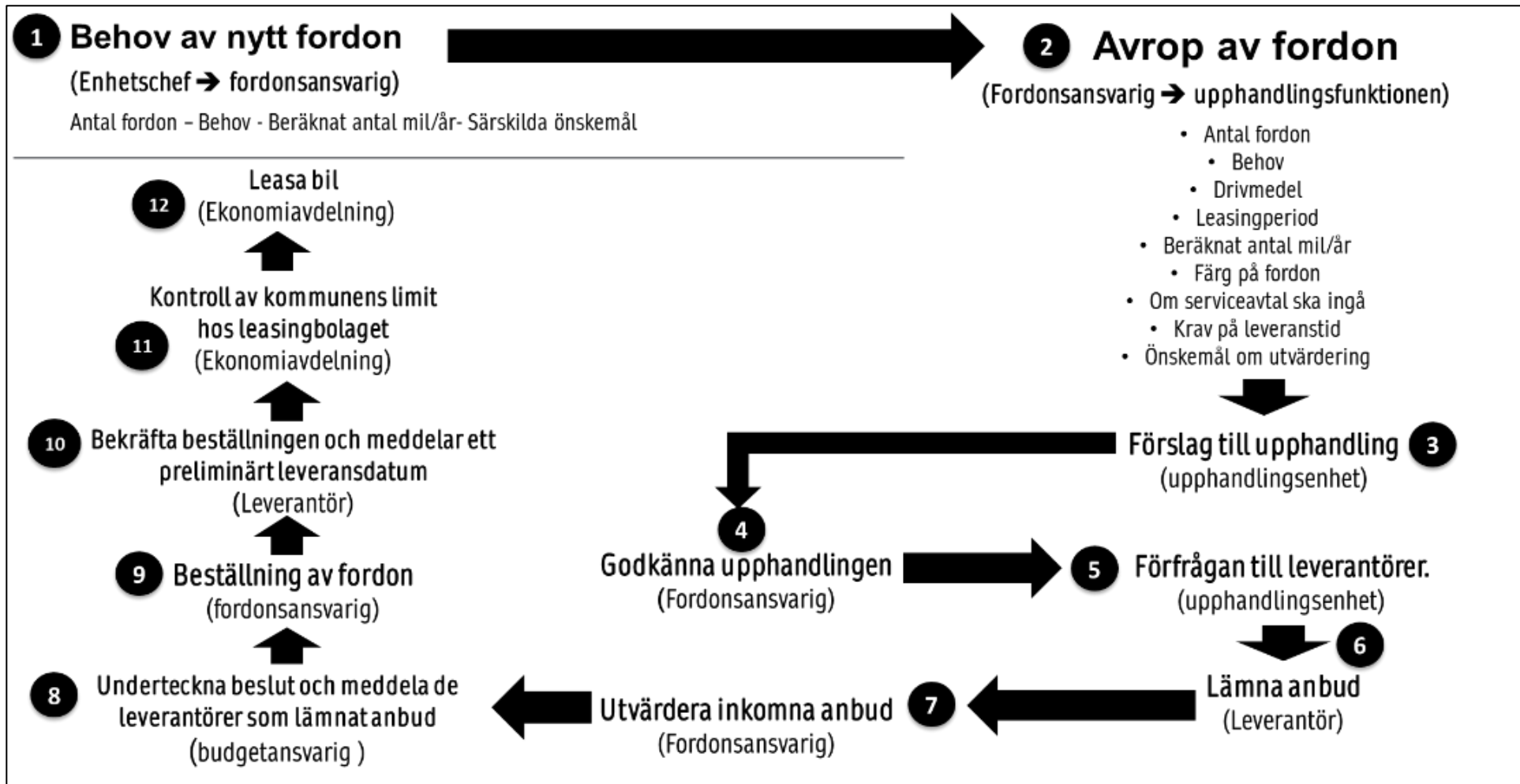
Det digitala nyckelsåpet och den centraliserade fordonlogistiken är väl genomtänkta åtgärder som förstärker fordonshanteringen. Dock finns det utrymme för förbättring i den interna kontrollen, där bristen på regelbundna och systematiska stickprovskontroller samt en begränsad proaktivitet i uppföljningsprocessen noteras som svagheter.

Sammanfattningsvis finns det välstrukturerade system och processer för uppföljning och redovisning av fordonen i Herrljunga kommun, men det finns också utrymme för förbättring. Att övergå till en mer proaktiv uppföljningsprocess, inklusive regelbundna och systematiska kontroller av körjournaler och en

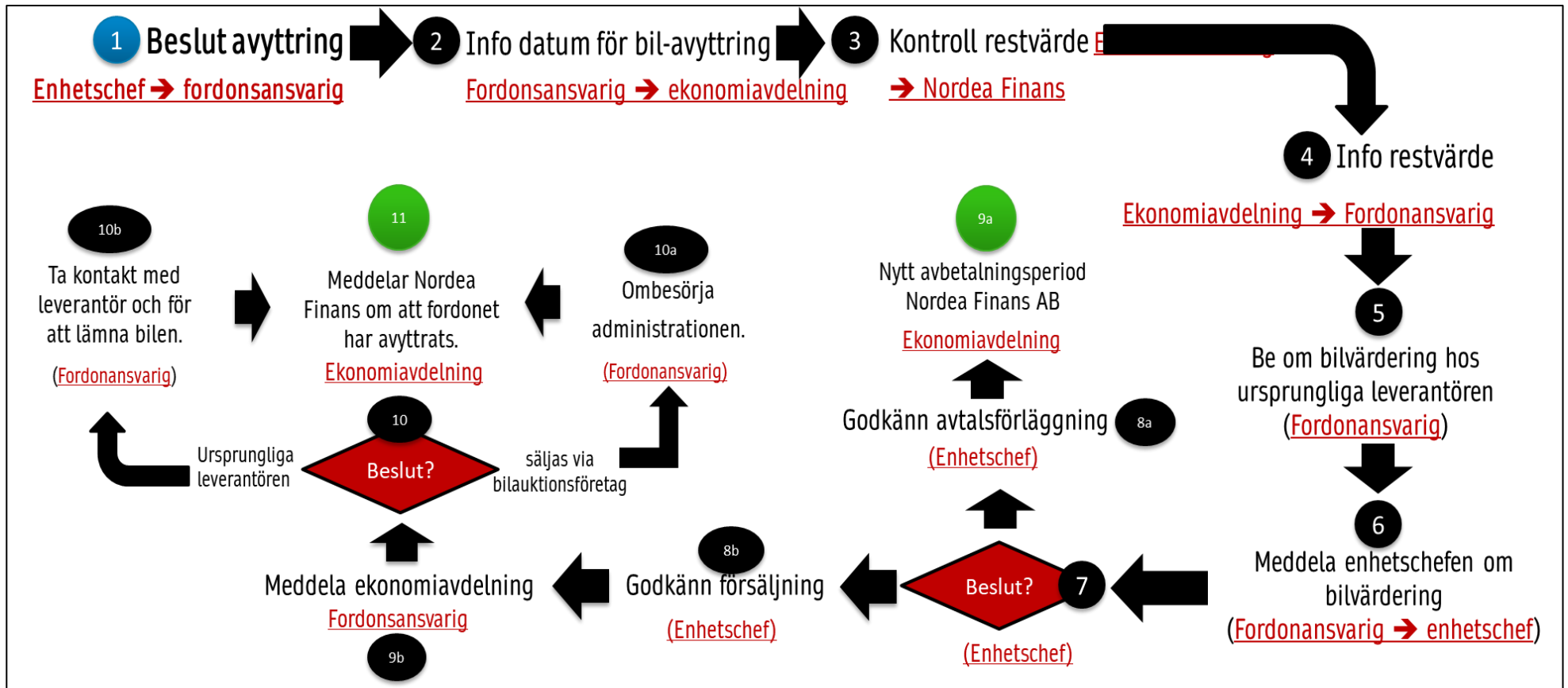
mer omfattande uppföljning av drivmedelsanvändningen, är rekommenderat. Att stärka den interna kontrollen skulle ytterligare säkerställa efterlevnaden av riktlinjer och rutiner, och bidra till effektiv resurshantering.

## BILAGOR

### Bilaga 1: Anskaffningsprocess



Bilaga 2: Avyttringsprocess





Deloitte refers to one or more of Deloitte Touche Tohmatsu Limited (“DTTL”), its global network of member firms, and their related entities (collectively, the “Deloitte organization”). DTTL (also referred to as “Deloitte Global”) and each of its member firms and related entities are legally separate and independent entities, which cannot obligate or bind each other in respect of third parties. DTTL and each DTTL member firm and related entity is liable only for its own acts and omissions, and not those of each other. DTTL does not provide services to clients. Please see [www.deloitte.com/about](http://www.deloitte.com/about) to learn more.

Deloitte provides industry-leading audit and assurance, tax and legal, consulting, financial advisory, and risk advisory services to nearly 90% of the Fortune Global 500® and thousands of private companies. Our professionals deliver measurable and lasting results that help reinforce public trust in capital markets, enable clients to transform and thrive, and lead the way toward a stronger economy, a more equitable society and a sustainable world. Building on its 175-plus year history, Deloitte spans more than 150 countries and territories. Learn how Deloitte’s more than 415,000 people worldwide make an impact that matters at [www.deloitte.com](http://www.deloitte.com).

Our advice is prepared solely for the use of the client. You may not disclose it or its contents to any other person without our prior written consent. No other person may rely on the advice and we accept no responsibility to any other person.

© 2023 For more information, contact Deloitte AB.



## Förnyad rekommendation (2025–2028) för det gemensamma arbetet med stöd för en kunskapsbaserad socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård

### Sammanfattning

SKR arbetar sedan 2020 på kommunernas uppdrag och inom ramen för en rekommendation om: Gemensam finansiering för en långsiktig kunskapsstyrning inom socialtjänstens verksamheter (18/00295 och 22/00731) för att stödja utvecklingen av en kunskapsbaserad socialtjänst. Bakgrunden till rekommendationen är att flera av de statsbidrag som tidigare riktades till dessa områden avslutades och omvandlades till generella statsbidrag. De tjänster och stöd som ingår i rekommendationen har inte heller tidigare finansierats inom ramen för SKR:s ordinarie medlemsavgift. Den nuvarande rekommendationen gäller till och med 2024 och denna har socialnämnden tidigare ställt sig bakom.

För att kunna fortsätta arbetet 2025–2028 behöver därför kommunerna göra ett nytt ställningstagande till fortsatt finansiering.

Socialförvaltningen ser bara fördelar med att kunskapsstyrningen hanteras centralt av SKR. Kostnaden om ca 19 tkr ryms i socialförvaltningens budget.

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2024-02-22
- Meddelande från SKR styrelse SKR 202/01554 daterad 2024-01-26

### Förslag till beslut

Socialnämnden ställer sig bakom rekommendationerna till fortsatt finansiering av kunskapsbaserad socialtjänst med 1,95 kr/invånare under perioden 2025- 2028.

Sandra Säljö  
Socialchef

Expedieras till: Kommunens ställningstagande skickas efter beslut till [registrator@skr.se](mailto:registrator@skr.se) med hänvisning till ärendenummer SKR2024/00089.

2024-01-26

Kommunstyrelserna

## Meddelande från styrelsen – Förnyad rekommendation till kommunerna om gemensam finansiering av stöd för en kunskapsbaserad socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård

Ärendenummer: SKR2023/01554

### Förbundsstyrelsen beslut

Styrelsen för Sveriges kommuner och regioner (SKR) har vid sammanträde den 26 januari beslutat:

- **Att** rekommendera kommunerna att årligen, till SKR, gemensamt tilläggsfinansiera viktiga förutsättningar för en kunskapsbaserad socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård om sammanlagt 19,5 mkr (dvs max 1,95 kr per invånare) under åren 2025-2028.
- **Att** rekommendera kommunerna att meddela sitt ställningstagande till SKR senast 30 juni 2024.
- **Att** kostnaden fördelas per kommun utifrån beräkningsmodellen för SKRs medlemsavgift vilken baseras på befolkningen i respektive kommun. Kommuner med över 200 000 invånare får 10% rabatt.

### Behov av ställningstagande från alla kommuner

För att tjänsterna ska kunna tillhandahållas nationellt med stöd av SKR behöver merparten av kommunerna anta rekommendationen. Om inte merparten av kommunerna antar rekommendationen kan SKR inte säkra att tjänsterna och stödet kommer att kunna erbjudas nationellt framöver.

Varje kommun behöver meddela SKR sitt ställningstagande. Beslutet fattas i relevant instans i respektive kommun och meddelas skriftligen till SKR senast den 30:e juni 2024.

**Skicka kommunens ställningstagande till [registrator@skr.se](mailto:registrator@skr.se) med hänvisning till ärendenummer SKR2024/00089.**

### Bakgrund

Socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården står inför komplexa utmaningar. Att samarbeta nationellt är ett sätt att möta dessa utmaningar. Att nationellt samla stöd för en kunskapsbaserad socialtjänst och kommunal hälso- och

sjukvård handlar om att effektivisera och rationalisera för att undvika dubbelarbete och öka chanserna för att rikta resurserna rätt. Målet är att uppnå ett bättre resultat för de invånare som är i behov av samhällets stöd.

SKR arbetar sedan 2020 på kommunernas uppdrag och inom ramen för en rekommendation om: Gemensam finansiering för en långsiktig kunskapsstyrning inom socialtjänstens verksamheter (18/00295 och 22/00731) för att stödja utvecklingen av en kunskapsbaserad socialtjänst. Bakgrunden till rekommendationen är att flera av de statsbidrag som tidigare riktades till dessa områden avslutades och omvandlades till generella statsbidrag. De tjänster och stöd som ingår i rekommendationen har inte heller tidigare finansierats inom ramen för SKR:s ordinarie medlemsavgift.

Den nuvarande rekommendationen gäller till och med 2024. För att kunna fortsätta arbetet 2025-2028 behöver därför kommunerna göra ett nytt ställningstagande.

## Innehåll

Arbetet med stöd till kunskapsstyrning i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården är brett och bedrivs av en mängd olika aktörer på såväl nationell som på regional och lokal nivå. De aktiviteter som kommer att bedrivas med stöd av den föreslagna rekommendationen är en del av en större helhet, där SKR tillsammans med kommunerna har identifierat behov av en långsiktig samverkan och ett hållbart stöd. Arbetet bidrar till en kunskapsbaserad socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård genom att ge förutsättningar för:

- att följa upp kvalitet och resultat samt att analysera dessa – genom kvalitetsregister, brukarundersökningar och stöd för individbaserad systematisk uppföljning,
- brukarinflytande genom brukarundersökningar,
- stöd till analys och verksamhetsutveckling utifrån den kunskap som genereras av ovanstående,
- prioritering och medverkan i framtagande av olika kunskapsstöd – för att dessa ska anpassas efter de faktiska behoven,
- nationell samordning för att säkra det kommunala inflytandet över nationella utvecklingsarbeten.

Rekommendationen samt arbetet under 2020-2023 år redovisas i bilaga 1 och 2.

Sveriges Kommuner och Regioner  
Ordförande  
Anders Henriksson

2024-01-26

Avdelningen för vård och omsorg  
Camilla Wiberg och Mari Forslund

## Förnyad rekommendation till kommuner om stöd för en kunskapsbaserad socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård

### Förslag till styrelsen

Att fatta beslut om en förnyad rekommendation till kommunerna om tilläggsfinansiering av viktiga förutsättningar för en kunskapsbaserad socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Rekommendationen gäller för åren 2025-2028.

### Förankrings- och beslutsprocess under 2023:

- Nationell styrgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten (S-KiS) kontinuerlig information och dialog.
- Information till Beredningen för primärvård och äldreomsorg 25 maj samt 14 december
- Information Beredningen för socialpolitik och individomsorg 15 juni
- Överläggning med Beredningen för socialpolitik och individomsorg 14 dec
- Information och dialog med Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten (NSK-S) 22 maj samt 5 oktober
- Information till Nationellt nätverk för regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS) 16 maj och 4 oktober
- Information och dialog med VDO 28 augusti
- Information till Socialchefs nätverket 15 september
- Informationsbrev till alla social/förvaltningschefer 25 september
- Information till Arbetsutskottet 12 oktober
- Öppna dialogtillfällen för beslutsfattare i kommunerna under oktober och november
- Information på ”Aktuellt i socialtjänsten” 31 oktober.



## Förslag till beslut

- **Att** rekommendera kommunerna att årligen, till SKR, gemensamt tilläggsfinansiera viktiga förutsättningar för en kunskapsbaserad socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård om sammanlagt 19,5 mkr (dvs max 1,95 kr per invånare) under åren 2025-2028.
- **Att** rekommendera kommunerna att meddela sitt ställningstagande till SKR senast 30 juni 2024
- **Att** kommunerna genom tilläggsfinansieringen bidrar till finansieringen av:
  - de nationella kvalitetsregister som kommunerna använder sig av för att säkra uppföljningen av den kommunala hälso- och sjukvården,
  - stöd för individbaserad systematisk uppföljning (ISU),
  - upphandling, samordning och utvecklingen av nationella brukarundersökningar inom socialtjänsten,
  - nationellt stöd för samverkan mellan kommuner och regioner om kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården,
  - nationell samordning och gemensamt nationellt utvecklingsarbete.
- **Att** arbetet fortsätter styras och ledas av en styrgrupp (S-KiS) med representanter från SKRs strategiska nätverk för socialtjänsten tillsammans med SKR (Socialchefsnätverket, NSK-S och RSS).
- **Att** kostnaden fördelas per kommun utifrån beräkningsmodellen för SKRs medlemsavgift vilken baseras på befolkningen i respektive kommun. Kommuner med över 200 000 invånare får 10% rabatt.

## Inledning

SKR:s styrelse har fattat beslut om en rekommendation från SKR ”Gemensam finansiering för en långsiktig kunskapsstyrning inom socialtjänstens verksamheter” (18/00295 och 22/00731).

SKR arbetar på kommunernas uppdrag och inom ramen för tilläggsfinansiering för att stödja utvecklingen av en jämlik, jämställd och kunskapsbaserad socialtjänst. Arbetet omfattar idag områdena uppföljning, nationell samordning och samverkan med regionerna i ”Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård”.

För att säkra kommunalt inflytande över arbetet har en styrgrupp, Styrgrupp för nationell kunskapsstyrning socialtjänst – kommuner i samverkan (S-KiS) med företrädare från SKR:s strategiska nätverk på socialtjänstens område (Socialchefs nätverket, NSK-S och RSS) tillsammans med SKR ansvarat för styrning och ledning av arbetet.

Den nuvarande rekommendationen gäller, efter ett beslut av styrelsen om förlängning med ett år, till och med 2024. För att kunna fortsätta arbetet behöver därför SKR:s styrelse och kommunerna göra ett nytt ställningstagande för det fortsatta arbetet.

Socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården står inför komplexa utmaningar. Att samarbeta nationellt är ett sätt att möta dessa utmaningar. Att nationellt samla stöd för en kunskapsbaserad socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård handlar om att effektivisera och rationalisera för att undvika dubbelarbete och öka chanserna för att rikta resurserna rätt. Målet är alltid att uppnå ett bättre resultat för de invånare som är i behov av samhällets stöd.

Arbetet inom den gemensamma rekommendationen bidrar till en kunskapsbaserad socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård genom att ge förutsättningar för:

- möjlighet att följa upp kvalitet och resultat samt att analysera dessa – genom kvalitetsregister, brukarundersökningar och stöd för individbaserad systematisk uppföljning,
- brukarinflytande genom brukarundersökningar,
- stöd till analys och verksamhetsutveckling utifrån den kunskap som genereras av ovanstående,
- prioritering och medverkan i framtagande av olika kunskapsstöd – för att dessa ska anpassas efter de faktiska behoven,
- nationell samordning för att säkra det kommunala inflytandet över nationella utvecklingsarbeten.

SKRs inriktningsdokument för åren 2024-2028 anger att ett mål för SKRs verksamhet är *en moderniserad och lättillgänglig socialtjänst med ett kunskapsbaserat och förebyggande arbete som sker i samverkan på såväl individ- som samhällsnivå.*

Även regeringen har uppmärksammat vikten av ett mer kunskapsbaserat arbete och den 1 juli 2025 förväntas en ny socialtjänstlag träda i kraft – där socialtjänsten förväntas bygga sin verksamhet på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Regionerna har beslutat om att samverka för att stärka kunskapsstyrningen för hälso- och sjukvården i Nationellt sammanhållet system för hälso- och sjukvård. Enligt Myndigheten för vård och omsorgsanalys står kommunerna för 37% primärvården. Nu pågår också utvecklingen av en nära vård på lokal och regional nivå. I detta nya landskap, som bland annat innebär att fler vårdas i hemmet, behöver huvudmännen för hälso- och sjukvården samverka och utgå från en gemensam kunskapsbas.

Kommunerna har sedan flera år tillbaka redan prioriterat dessa frågor och kraftsamlat genom att tilläggsfinansiera viktiga förutsättningar för ett kunskapsbaserat arbete i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården.

## **Förslag om fortsatt arbete genom en förnyad rekommendation**

### **Arbetet behöver fortsätta**

Styrelsen har sedan 2018 då den nuvarande rekommendationen togs fram framhållit ett starkt stöd för innehållet i rekommendationen och man har därför gett kansliet ett uppdrag om att finna en långsiktig form för arbetet i samverkan mellan SKR och landets kommuner.

### **Omfattning och avgränsningar**

Arbete med stöd till kunskapsstyrning i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården är brett och bedrivs av en mängd olika aktörer på såväl nationell som på regional och lokal nivå. De aktiviteter som kommer bedrivs med stöd av den föreslagna rekommendationen är därmed en del av en betydligt större helhet. Även inom SKR pågår flera olika och varandra närliggande aktiviteter till stöd för mer kunskapsbaserade arbetssätt som finansieras både via medlemsfinansiering, överenskommelser och via tilläggsfinansiering av medlemmarna.

Staten bidrar med finansiering bland annat via uppdrag till myndigheter som bidrar till utvecklingen av en kunskapsbaserad socialtjänst. Regeringen har också aviserat att man ämnar teckna överenskommelser med SKR

2024-2028 för att stödja implementeringen av en ny socialtjänstlag samt avsätta medel för kommunernas egna arbete.

Denna förnyade rekommendation avser det stöd som kommunerna ställer sig bakom att bedriva gemensamt och som:

- det är rimligt att SKR som organisation hanterar,
- skapar värde när *samtliga kommuner* medverkar,
- behöver samordnas nationellt,
- behöver *bedrivas kontinuerligt och under lång tid* och därmed inte lämpar sig för finansiering genom mer kortvariga lösningar så som överenskommelser och
- inte ingår i SKR:s ordinarie medlemsavgift.

Inriktning är att det arbete som ryms inom rekommendationen kräver ett långsiktigt åtagande och samarbete mellan kommunerna och SKR. Den förnyade rekommendationen gäller under åren 2025-2028.

SKR kommer inför 2028 i samverkan med S-KiS och SKRs strategiska kommunnätverk ta fram underlag till SKR:s politiska ledning om behov och förutsättningar för en förnyad politisk rekommendation om övergripande inriktning, prioriteringar och finansiering för nästa fyraårsperiod.

Nedan beskrivs de områden som ingår i den förnyade rekommendationen 2025-2028:

## Uppföljning och analys

### Nationella kvalitetsregister

Kvalitetsregister är en källa för uppföljning av kvalitet och effektivitet inom kommunernas hälso- och sjukvård och en viktig del av kunskapsstyrningen.

De kvalitetsregister som används av kommunerna idag är:

- Senior alert – kvalitetsregister för trycksår, munhälsa, benbrott, viktminskning samt blåsdysfunktion
- Svenska palliativregistret – kvalitetsregister för verksamheter som vårdar personer i livets slut
- BPSD-registret – kvalitetsregister för personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom

- SveDem – kvalitetsregister för en god demensvård
- Rikssår – kvalitetsregister för svårläkta sår

Kommunerna medverkar genom rekommendationen i styr- och ledningsfunktionen för Nationella kvalitetsregister.

SKRs stöd underlättar administration både för berörda register och kommunerna som på detta sätt slipper skriva enskilda avtal med varandra. Det pågår också viktigt utvecklingsarbete med automatiserad informationsöverföring mellan register och verksamhetssystem.

Beräknad kostnad årligen: 10 mkr inkl. utveckling

#### **Nationella brukarundersökningar**

Brukarundersökningar är en viktig källa till information om hur brukarna upplever kvaliteten i verksamheterna, och används som ett kunskapsunderlag för utvecklings- och förbättringsarbete. Under 2023 deltog 204 kommuner och 30 privata aktörer i någon av undersökningarna. Följande brukarundersökningar samordnas av SKR:

- Utförarverksamheter inom funktionshinderområdet
- Myndighetskontakten inom funktionshinderområdet
- Myndighetskontakten inom Individ- och familjeomsorg
- Placerade barn och unga

Det pågår också utveckling av nya brukarundersökningar utifrån de behov som kommunerna har angett och i fortsättningen önskar:

- Öppna insatser inom social barn- och ungdomsvård

SKRs stöd omfattar att upphandla en gemensam undersökningstjänst, för att underlätta genomförandet för kommunerna och deltagandet för brukarna samt kvalitetssäkring av denna tjänst. Kostnader för förvaltning, samordning, stöd till användarna och utveckling av brukarundersökningarna ingår. Resultaten presenteras i databasen Kolada samt till anmälda verksamheter. Den digitala undersökningstjänsten ger också möjlighet för kommunerna att lägga till egna lokala frågor. SKR stödjer också kommunerna med analys av resultat.

Beräknad kostnad årligen: 2,5 mkr inkl. utveckling

### **Stöd för individbaserad systematisk uppföljning (ISU)**

Individbaserad systematisk uppföljning (ISU) innebär att beskriva, mäta och dokumentera enskilda personers problem/behov, insatser och resultat och sammanställa informationen på gruppnivå för att ge kunskap om och underlag för utveckling av verksamheten och dess kvalitet. Genom ISU kan verksamheter utveckla lokal kunskap, som en del i beprövad erfarenhet. ISU är en central del av socialtjänstens omställning till att bli mer kunskapsbaserad, i enighet med förslagen i ny socialtjänstlag.

SKR stödjer arbetet genom samordning med nationella och regionala aktörer, utbildningar, nätverk och stödmaterial.

Beräknad kostnad årligen: 2,5 mkr

### **Samordning av kommunernas medverkan i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård**

Regionerna har gått samman och fattat beslut om att gemensamt långsiktigt delta i, stödja och finansiera en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning ”Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården”. Strukturen bygger på att nationella programområden (NPO) leder kunskapsstyrningen inom sina respektive områden. Det finns 26 st NPO, varav kommunerna medverkar i sex (barn och ungas hälsa, psykisk hälsa, primärvård, äldre och palliativ vård, rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin samt levnadsvanor).

Många av de kunskapsstöd som tas fram inom systemet för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård berör kommunernas verksamhet på olika sätt. Det finns behov av att former och förutsättningar för en meningsfull och ändamålsenlig samverkan mellan regionerna och kommunerna på nationell nivå.

SKR:s stöd består av stödja utvecklingen av strukturer för att nominera kommunala representanter, att stödja de kommunala representanterna, att stödja samordning av kommunernas svar på remisser samt att utveckla och stärka kommunernas medverkan.

Beräknad kostnad årligen: 1 mkr

### **Nationell samordning**

Ovanstående aktiviteter samordnas och hålls samman av ett kansli för rekommendationen på SKR. Förutom ovanstående aktiviteter faciliterar kansliet strategiska nätverk och grupperingar med medlemmar för utveckling och stöd för en kunskapsbaserad socialtjänst. Följande ingår i den nationella samordning:

- Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning socialtjänsten – samordning mellan kommuner, RSS, SKR och myndigheter och gemensam utvecklingsarbete i prioriterade frågor.
- Stöd för samverkan mellan lokal (socialchefer) och nationell (myndigheter) nivå genom Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten (NSK-S) för att stärka förutsättningar för lokal kunskapsstyrning.
- Leda utvecklingsprojekt som S-KiS fattar beslut om.
- Bereda underlag och vara ett administrativt stöd till styrgruppen för rekommendationen (S-KiS) om beslut och ställningstagande.
- Stödja de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) genom samordning, erfarenhetsutbyte och gemensam utveckling.

Beräknad kostnad årligen: 3,5 mkr.

## Kostnadsramar

Dessa flesta av ovanstående stöd har aldrig finansierats av medlemsavgiften. Stöden har tidigare utvecklats med medel genom statliga överenskommelser samt genom tilläggsfinansiering från kommunerna. Undantaget är brukarundersökningarna som under de första fem åren finansierades av interna utvecklingsmedel på SKR.

Kostnaden utgår från samma princip som SKRs medlemsavgift och baserar sig på invånarantal med rabatt för de största kommunerna. Kostnaden är maximalt 1,95 per invånare om sammanlagt 19,5 mkr/årligen.

För att tjänsterna ovan ska kunna tillhandahållas nationellt med stöd av SKR behöver merparten av kommunerna anta rekommendationen. Om inte merparten av kommunerna antar rekommendationen kan SKR inte säkra att tjänsterna och stödet kommer att kunna erbjudas nationellt framöver.

**Se bilaga för mer information om det arbete som har bedrivits inom ramen för nuvarande rekommendation**

*En kunskapsbaserad socialtjänst ger rätt stöd utifrån behov – tillsammans bidrar vi till jämlika levnadsvillkor!*

Camilla Wiberg och Mari Forslund

## Bilaga 1

### **Vad har vi åstadkommit hittills inom ramen för rekommendationen om tilläggsfinansiering för kunskapsstyrning socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård?**

#### **Nationella kvalitetsregister**

Rekommendationen ger kommuner möjlighet att i fem kvalitetsregister följa upp och utveckla kunskap om sin verksamhet, som underlag för förbättringsarbete.

SKR samordnar kommunernas delfinansiering av kvalitetsregistren. De fem nationella kvalitetsregistren; Senior alert, Svenska palliativregistret, BPSD-registret, SveDem och RiksSår, har de senaste tio åren varit viktiga verktyg för uppföljning av kommuners hälso- och sjukvårdsarbete inom framför allt äldreomsorgen.

Användningen av nationella kvalitetsregister ger möjlighet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Registren är ett viktigt stöd för att uppnå en kunskapsbaserad och jämlik hälsa samt en resurseffektiv vård och omsorg. Inte minst ska de kunna användas i förbättringsarbete i vårdens och omsorgens verksamheter.

Kommuner som använder kvalitetsregister har kunnat visa på ökad kunskap och förbättrade arbetssätt. Verksamheter har ändrat arbetssätt och övergått till att på ett systematiskt och standardiserat sätt förebygga fallskador, undernäring, trycksår, sår och vårdrelaterade infektioner samt tagit fram standardprocesser för demensuppföljning och standardiserade arbetsmetoder vid palliativ vård.

Kvalitetsregistren möjliggör jämförelser av den egna verksamhetens resultat över tid, men också med andra verksamheter, och är ett stöd i det lokala förbättringsarbetet.

Sedan hösten 2020 pågår ett arbete för att möjliggöra automatiserad informationsförsörjning till de fem nationella kvalitetsregistren. Under



våren 2023 har Borås stad via journalleverantören Cambio Viva gått i drift, och data från journalsystem överförs automatiskt till kvalitetsregistret Senior alert. Nu pågår arbete för att införa integrering i fler kommuner med samma leverantör. Målet är att få andra leverantörer och kvalitetsregister att följa efter.

### **Nationella brukarundersökningar**

Kommuner som antagit rekommendationen har möjlighet att delta i de nationella brukarundersökningar som SKR samordnar inom socialtjänsten. De har också tillgång till den undersökningstjänst som SKR, på uppdrag av kommunerna, upphandlat och förvaltar för att underlätta genomförandet av undersökningarna. 2022 deltog 203 av Sveriges kommuner i någon av de nationella undersökningar som SKR samordnar inom individ- och familjeomsorg och funktionshinderområdet, och har därmed fått kunskapsunderlag för kvalitetsutveckling och förbättringsarbete i verksamheterna. Undersökningarna har givit ca 65 000 brukare möjlighet att tycka till om kontakten och stödet de får från socialtjänsten.

Genom rekommendationen har SKR även kunnat ge stöd till kommunerna att analysera och använda resultaten från brukarundersökningarna.

Våren 2022 svarade 163 kommuner (av 290 tillfrågade) på en enkät om behovet av att utveckla nya nationella brukarundersökningar för andra målgrupper och verksamhetsområden än de som då omfattades. 9 av 10 kommuner svarade att de ser behov av att utveckla nya nationella undersökningar. Utifrån de prioriteringar kommunerna gjorde i enkäten har två nya brukarundersökningar utvecklats - om myndighetskontakten inom funktionshinderområdet samt om öppna insatser inom social barn- och ungdomsvård.

80 procent av kommunerna är sammantaget nöjda med den undersökningstjänst som har upphandlats och använts för brukarundersökningarna sedan år 2020. Undersökningstjänsten har under avtalsperioden även utvecklats och förbättrats, till exempel genom en utskicksportal som gör det lättare både för personal att sprida enkäter och för brukare att svara.

### **Att utveckla kunskap med individbaserad systematisk uppföljning (ISU)**

SKR har genom rekommendationen kunnat utveckla olika typer av stöd till individbaserad systematisk uppföljning för att nå fler kommuner och verksamheter. Sedan 2021 erbjuds regelbundet kostnadsfria webbsända seminarier om ISU på olika teman, med mellan 150 och 500 deltagare per tillfälle. Medarbetare från 80 procent av kommunerna har deltagit. Intresset är fortsatt stort. SKR bedriver också nationella och regionala utbildningar

tillsammans med Socialstyrelsen och RSS:er, i vilka medarbetare från 77 kommuner deltagit sedan 2020.

Ett flertal skriftliga stöd om hur man genomför och använder sig av ISU för verksamhetsutveckling har också tagits fram och publicerats, bland annat på Kunskapsguiden.

Individbaserad systematisk uppföljning handlar om att beskriva och mäta arbetet med enskilda brukare och sammanställa informationen på gruppnivå i syfte att utveckla och förbättra verksamhetens kvalitet. Genom individbaserad systematisk uppföljning, ISU, kan socialtjänsten själv skapa lokal kunskap om olika delar av arbetet, till exempel om brukarnas behov, vilka insatser som erbjuds och genomförs, resultatet av insatserna och hur olika brukargrupper upplever kontakten och insatserna.

Forskningen om olika insatsers resultat för olika målgrupper är begränsad. Forskning kan inte heller ersätta lokalt utvecklad kunskap om den egna verksamheten. ISU har en central roll för att möjliggöra och vidareutveckla en kunskapsbaserad socialtjänst. Verksamheter och kommuner behöver själva ha kompetens och förutsättningar att arbeta med individbaserad systematisk uppföljning för att utveckla kunskap om sina målgrupper, insatser och resultat, för att kunna säkerställa att rätt stöd ges till rätt person i rätt tid. Lokalt utvecklad kunskap genom ISU ger möjligheter att vässa och utveckla verksamheten och insatserna baserat på denna kunskap. Den ger också stöd i prioritering av knappa resurser.

### **Arenor för samverkan och samarbete**

En viktig arena där lokal, regional och nationell nivå samverkar är Partnerskapet – till stöd för kunskapsstyrning inom socialtjänsten. Här drivs utvecklingsarbete i samverkan mellan de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS:erna), Socialstyrelsen (och andra berörda myndigheter) och SKR. Partnerskapet bildades 2018, och rekommendationen innebär att SKR kunnat fortsätta utveckla arbetet i Partnerskapet.

Genom Partnerskapet får parterna en långsiktig och hållbar relation, vilket underlättar flödet av information mellan den lokala, regionala och nationella nivån.

Partnerskapet prövar och utvecklar modeller och processer för att identifiera lokala behov av kunskap genom samarbete med kommunerna, att ta fram stöd i samverkan mellan RSS, SKR och nationella myndigheter samt att förbättra förutsättningar för implementering av dessa i kommunerna genom kunskapshöjande och kunskapsspridande insatser.

När Partnerskapet utvecklar kunskapsstöd tillsammans blir dessa mer behovsanpassade och användbara för kommunerna. Genom Partnerskapet kan nationella aktörer och RSS:er samordna sina arbeten i de prioriterade frågorna och kommunerna får därmed ett mer samlat stöd.

Partnerskapet är också en arena för att fånga upp goda exempel på lokalt och regionalt utvecklingsarbete och sprida dessa – Yrkesresan är ett exempel på det.

### **Kommunal hälso- och sjukvård**

Rekommendationen har bidragit till att SKR kan stödja kommunernas kunskapsstyrning för den kommunala hälso- och sjukvården. Kommuner och regioner samverkar nu i ökande grad om kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården.

Sedan 2018 har regionerna tillsammans arbetat med att på nationell nivå ta fram bästa tillgängliga kunskap för olika delar inom hälso- och sjukvården, genom Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården. Kommunerna är en stor sjukvårdshuvudman. Cirka 37 % av primärvården utförs av kommunerna och behöver kunna utgå ifrån samma kunskapsstöd som övrig hälso- och sjukvård. Kommunernas primärvård utförs alltid i samverkan med regionen, eftersom läkarna är anställda i regionen, men har specifika förutsättningar som behöver synas i nationella kunskapsstöd. Kommunerna bidrar med både kompetens för att ta fram nationella kunskapsstöd som berör kommunernas verksamheter samt samverkar nu om att svara på remisser om nya kunskapsstöd.

De områden där kommunerna medverkar i både styrning och ledning är äldres hälsa och palliativ vård, barn och unga, primärvård, levnadsvanor, psykisk hälsa och rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin.

Utvecklingsarbete pågår nationellt för att förbättra tillgången till kunskap för alla medarbetare som arbetar med hälso- och sjukvård, oavsett huvudman.

### **Nationell samordning för kunskapsstyrning i socialtjänsten**

Ovanstående aktiviteter inom rekommendationen hålls samman av SKR. Förutom ovanstående aktiviteter samordnar SKR strategiska nätverk och grupperingar av medlemmar.



## Beslut om andra handskontrakt vid anvisning enligt bosättningslagen

### Förslag till beslut

Beslut om att ingå avtal i form av andrahandskontrakt för bostad gällande individer som anvisats Herrljunga kommun enligt Bosättningslagen ska fattas av enhetschef alternativt verksamhetschef inom Socialt stöd.

Beslut om att lägga till punkten 18.9 med föreslagen ordalydelse i delegationsordningen med Dnr 2024/2.

### Sammanfattning av ärendet

Handläggningen av ärenden som berör individer som anvisats till Herrljunga kommun enligt Bosättningslagen har sett olika ut bakåt i tiden. En genomgång av de juridiska förutsättningarna har tydliggjort att anvisade individer redan har ett gynnande beslut och därmed ska nämnden inte fatta beslut om bostadssocialt kontrakt där rätten till bistånd prövas på nytt enligt socialtjänstlagen (SoL)

Förvaltningen föreslår därför att socialnämnden fattar beslut om att utsedd delegat ska fatta ett verkställande beslut om andrahandskontrakt för målgruppen utan registrering i socialregistret och prövning av rätten till bistånd enligt SoL.

En ny punkt gällande verkställande beslut om andrahandskontrakt för specificerad målgrupp föreslås läggas in i delegationsordningen med nummer 18.9 enligt följande:

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Anteckning
18.9	Teckna hyreskontrakt, för andrahandsuthyrning av bostad gällande anvisade individer som har ett gynnande beslut om bostad enligt Bosättningslagen.		EC SS VC SS VC IFO FC	Verkställighetsbeslut. Ska inte anmälas till nämnd.

### Bakgrund

Eftersom Herrljunga kommun inte har ett samverkansavtal med fastighetsägare som möjliggör att anvisade individer får ett förstahandskontrakt utan endast ett andrahandskontrakt via socialförvaltningen har uthyrning av bostad i andra hand till anvisade individer blivit en arbetsuppgift inom ramen för socialförvaltningens uppdrag.

Handläggningen av ärenden som berör individer som anvisats till Herrljunga kommun enligt Bosättningslagen har sett olika ut bakåt i tiden. Sedan en tid handläggs ärenden gällande anvisade individer på samma sätt som övriga bostadssociala kontrakt inom förvaltningen.

Vid en genomgång av de juridiska förutsättningarna och socialnämndens ansvar för boendefrågor utifrån SoL har det tydliggjorts att nuvarande hantering av dessa ärenden behöver förändras. Anvisade individer har redan ett gynnande beslut om bostad och därmed ska nämnden inte fatta beslut om bostadssocialt kontrakt där rätten till bistånd prövas på nytt.

Förvaltningen föreslår därför att socialnämnden fattar beslut om en ny punkt (18.9) i delegationsordningen så att utsedd delegat kan fatta beslut om andrahandskontrakt för målgruppen utan registrering i socialregistret och prövning av rätten till bistånd enligt SoL.

### **Konsekvenser**

En korrekt handläggning medför både effektiviseringsfördelar med minskad administration och en ökad rättssäkerhet för enskilda som anvisas till Herrljunga kommun i enlighet med Bosättningslagen.

### **Beslutsunderlag**

Tjänsteskrivelse daterad 2024-02-21

### **Beslutet ska skickas till**

Christel Andersson  
Verksamhetschef IFO



## Uppföljning av intern kontrollplan 2023

### Sammanfattning

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

I resultatet för 2023 års uppföljning har bland annat följande uppmärksammats.

Analys av olika resultat dokumenteras inte i den omfattning som skulle kunna göras. Analys av resultat är en väsentlig del av det systematiska kvalitetsarbetet. Det brister i kunskapen om att på ett systematiskt och strukturerat sätt dokumentera analysen av ett resultat, vilka resultat som ska analyseras och på vilket sätt de ska tas omhand.

Fortsatt arbete med dokumentationen i samtliga lagrum behövs, i synnerhet i det dagliga arbetet. Punkter för journalföring samt genomförandeplaner och hälso-och sjukvårdsplaner finns fortsatt med i intern kontrollplan 2024.

Den lagstadgade utredningstiden för barn och unga håller inte tiden om fyra månader i alla ärenden. Resultatet för 2023 är dock något bättre än tidigare år. Punkten finns fortsatt med i intern kontrollplan 2024.

Punktprevalensmätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler utfördes under våren 2023, vilken visade på försämrade följsamhet. Punkten finns fortsatt med i intern kontrollplan 2024.

### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse daterad 2024-02-19  
Uppföljning av Intern kontrollplan 2023

### Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut. Socialnämnden godkänner Uppföljning av intern kontrollplan 2023 och lägger den till handlingarna.

Paula Wolffsohn  
SAS/Kvalitetsstrateg

Mattias Olerot  
MAS/MAR, kvalitetssamordnare



## Kontrollpunkt 1

Risk i process/rutin/system	Kontrollmoment	Risk- och väsentlighet	Ansvarig för kontroll och rapportering
Följsamhet till Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete i den del som avser analyser av resultat samt åtgärder av 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>	12 (4*3)	MAS/ Kvalitetssamordnare SAS/ Kvalitetssamordnare

## Kontroll

Det systematiska kvalitetsarbetet ska dokumenteras. Som verktyg finns mallar för analys av olika resultat. Dessa kan med fördel användas för analys av exempelvis; upprepade brister/avvikelser, synpunkter, resultat från enkäter eller brukarundersökningar och liknande. Dokumentationen ska användas och sparas i mappstrukturen.

Under 2023 finns inga analyser av resultat dokumenterade. Bedömningen är att analyser av olika resultat inte dokumenteras i en omfattning som skulle kunna göras. Flertalet resultat inkommer under året och hade kunnat analyseras och tas om hand på ett bättre sätt. Det finns brister i kunskapen om hur dokumentationen av kvalitetsarbetet ska bedrivas på ett systematiskt och strukturerat sätt.

## Åtgärder

SAS/Kvalitetsstrateg kommer se över mallen för analys av resultat under 2024 i samråd med chefer för att kartlägga vad som kan underlättas i arbetet.

SAS finns som stöd för cheferna om det råder osäkerhet kring analysarbetet, berörda chefer behöver i sådant fall efterfråga råd och stöd. Med fördel kan eventuella frågor tas upp av berörda chefer på månatliga kvalitetsmöten med SAS och MAS.

Ovanstående granskningsområde tas även upp i 2024 års interna kontrollplan och kommer fortsatt följas under året.

## Kontrollpunkt 2

Risk i process/rutin/system	Kontrollmoment	Risk- och väsentlighet	Ansvarig för kontroll och rapportering
Tidsbegränsade beslut följs inte upp och förlängs innan beslutet upphör att gälla IFO <i>Barn och familj</i>	Uppföljningar och beslut sker rättssäkert  - <i>tidsbegränsade beslut där insats ska fortgå uppdateras i tid</i>	9 (3*3)	Enhetschef SAS/Kvalitetssamordnare

## Kontroll

Innan ett tidsbegränsat beslut om insats upphör ska handläggare följa upp ärendet. Om behovet ej längre kvarstår ska det framgå i journalanteckning att insatsen är avslutad samt anledningen till detta. Om behovet kvarstår ska ett nytt beslut eller förlängning upprättas. Denna del i handläggningen har tidigare brustit när det gäller kontaktpersoner vilket har uppdagats i samband med ärendegenomgång 2022 och i samband med ej verkställda beslut.

För 2023 års ej verkställda beslut har det inte uppmärksammats några ärenden där beslut ej är förlängda. Det bör dock förtydligas att ej verkställda är en form av kontrollsystem där enbart beslut som inte är förlängda på tre månader eller längre kan uppmärksammas. Två avvikelser på IFO under 2023 rör försenade/uteblivna uppföljningar på grund av hög arbetsbelastning och beslut som upphört att gälla. Detta kan uppstå och det är väsentligt att avvikelser skrivs när detta inträffar för att kunna arbeta med åtgärder.

Under 2022 fick handläggare utbildning i verksamhetssystemet där det förtydligades att det är möjligt att förlänga beslut även om insatsen inte ännu är verkställd, uppfattningen är att detta har haft positiv effekt.

## Åtgärder

Ansvarig chef behöver genom egenkontroll vara uppmärksam på om det finns fortsatta brister av detta slag och åtgärda dessa, samt uppmärksamma om avvikelser uppstår.

Verksamheten arbetar med att kartlägga flera handlägningsprocesser inom myndighet.



### Kontrollpunkt 3

Risk i process/rutin/system	Kontrollmoment	Risk- och väsentlighet	Ansvarig för kontroll och rapportering
Utredningstid IFO, barn och unga följer inte alltid lagstadgad tid IFO <i>Barn och familj</i>	Utredningstid, ska vara relevant till ärendets omfattning och pågå max 4 månader i enlighet med lagstiftning. Utredningar, uppföljningar och beslut ska ske rättssäkert - <i>utredningstid, barn ska hålla lagstadgad tid, som längst 4 månader</i>	12 (4*3)	Enhetschef SAS/Kvalitetssamordnare

### Kontroll

Enligt Barnutredningen ska 4 månader inte ses som en vanlig utredningstid, utan som en bortre gräns. Långa handläggningstider kan vara påfrestande för barn och föräldrar, riskerar minska förtroendet för socialtjänsten samt riskerar påverka kvaliteten i utredningar. Godtagbara skäl för förlängning av utredningstid innefattar enbart faktorer som socialtjänsten inte råder över, exempelvis avvaktan av pågående polisutredning, handlingar eller intyg.

Tidigare har tre eller fyra granskningsmånader valts ut. 2023 har granskningarna i stället skett löpande varje månad.

- *Granskning januari – 18 avslutade utredningar*  
Varav 2 som överskridit den lagstadgade utredningstiden (134 respektive 148 dagar)  
7 utredningar avslutade inom 119-123 dagar.
- *Granskning februari – 15 avslutade utredningar*  
Varav 4 som överskridit den lagstadgade utredningstiden (2 utredningar efter 124 dagar, en efter 135 dagar och en efter 153 dagar)
- *Granskning mars – 7 avslutade utredningar*  
Varav 0 som överskridit den lagstadgade utredningstiden.
- *Granskning april – 9 avslutade utredningar*  
Varav 1 som överskridit den lagstadgade utredningstiden (125 dagar).
- *Granskning maj – 12 avslutade utredningar*  
Varav 3 som överskridit den lagstadgade utredningstiden (151, 130 och 128 dagar)
- *Granskning juni – 23 avslutade utredningar*  
Varav 0 som överskridit den lagstadgade utredningstiden.
- *Granskning juli – 19 avslutade utredningar*  
Varav 0 som överskridit den lagstadgade utredningstiden.

- *Granskning augusti – 11 avslutade utredningar*  
Varav 0 som överskridit den lagstadgade utredningstiden.
- *Granskning september – 7 avslutade utredningar*  
Varav 0 som överskridit den lagstadgade utredningstiden.
- *Granskning oktober – 5 avslutade utredningar*  
Varav 3 som överskridit den lagstadgade utredningstiden (2 utredningar efter 149 dagar, en efter 145 dagar)
- *Granskning november – 4 avslutade utredningar*  
Varav 1 som överskridit den lagstadgade utredningstiden (162 dagar)
- *Granskning december – 7 avslutade utredningar*  
Varav 1 som överskridit den lagstadgade utredningstiden (131 dagar)

Totalt under 2023 har 137 utredningar avslutas, medelvärde för utredningstid under helåret är 81 dagar.

## Åtgärder

Av de utredningar som enligt ovan statistik överskridit den lagstadgade utredningstiden är det vissa som är avslutade med beslut, men som i verksamhetssystemet inte är formellt avslutade vilket gör att utredningstiden ”överskrider” trots att den i övrigt varit färdigställd inom lagstadgad tid, varför det är väsentligt att inte tolka statistiken som fakta. Av ovanstående statistik framgår inte heller huruvida vissa utredningar haft godkända skäl för förlängd utredningstid.

Enhetschef har arbetat med handläggargruppen, uppfattningen är att det tidigare funnits en uppfattning från handläggares sida att själva utredningen kan ta fyra månader och därefter kommuniceras till enskilde vilket inte stämmer – kommunikeringen ska ingå i de fyra månaderna som är lagstadgade. Detta har tydliggjorts från enhetschefs sida. Vidare för enhetschef löpande dialog och uppföljning tillsammans med handläggarna om ärenden som riskerar att dra över tid, samt att påminna om att avsluta utredningen i verksamhetssystemet när beslut är fattat för att statistiken ska bli mer korrekt.

Arbetet fortsätter med att tydliggöra handlägningsprocessen, exempelvis vad gäller utredningsplaner, som kan bidra till att tydliggöra utredningsprocessen och därmed minska risken att den drar ut på tiden.

## Kontrollpunkt 4

Risk i process/rutin/system	Kontrollmoment	Risk- och väsentlighet	Ansvarig för kontroll och rapportering
Dokumentation ska ske på ett rättssäkert sätt <i>Socialt stöd, LSS Vård och omsorg IFO, vuxen - behandlingsteam</i>	Genomförandeplaner finns upprättade <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>den enskildes delaktighet och uppgift om datum för uppföljning finns dokumenterat</i></li> <li>- <i>mål för aktiviteterna</i></li> </ul>	9 (3*3)	Enhetschef SAS/Kvalitetssamordnare

## Kontroll

SAS har granskat genomförandeplaner i samtliga verksamheter. För hemtjänst har ett urval gjorts då målgruppen är så pass stor, cirka 45-50 genomförandeplaner per hemtjänstgrupp har gjorts (Ljung, Tätort, Landsbygd). För behandlingsteamet har ett urval på 30 genomförandeplaner gjorts. Samtliga genomförandeplaner i verksamheterna Furuhagen, Hemgården, Hagen, Ringvägen, daglig verksamhet, boendestöd, Nästegårdsgatan har granskats.

De allra flesta genomförandeplaner är aktuella, med fåtalet undantag. Det är dock vanligt att uppföljningsdatum saknas eller inte stämmer, bedömning är att detta troligtvis orsakas av att man glömmer bort att flytta fram datumet när uppdatering av genomförandeplanen görs. I vissa fall i hemtjänstgrupperna fanns det brukare som saknade en genomförandeplan. I de flesta fall var detta brukare som enbart har trygghetslarm, men det fanns också några enstaka fall där brukarna hade flera stödsatser. Att genomförandeplan saknas är en brist i rättssäkerheten. Det är viktigt att enhetschefer säkerställer att planer upprättas, och om så inte görs ska en avvikelse skrivas.

Brukarens delaktighet är ofta otydligt. ”I samverkan” kan uppfattas olika av olika personer, varför det är viktigt att en kommentar skrivs där det tydligt framgår på vilket sätt brukaren varit delaktig. Ibland står det fler namn under ”delaktiga”, men om det inte är specificerat är det svårt att avgöra om det är exempelvis anhöriga eller personal som varit delaktiga.

Huruvida mål för aktiviteterna framgår varierar i olika verksamheter. I vissa verksamheter finns mål framtagna i stort sett för alla genomförandeplaner, medan det i vissa saknas fel. Bedömningen är att det ofta är svårt att skilja mellan behov och mål. Ett stöd är att beställning som skickas från handläggare håller god kvalitet för att verkställighet sedan ska kunna bryta ned målen i beställningen till delmål i genomförandeplanen.

## **Åtgärder**

Inom socialt stöd har enhetschefer gjort en utbildningsinsats för flera personalgrupper, med start våren 2023. Flera tillfällen hålls med mål att samtlig personal inom socialt stöd ska ha genomgått utbildningen. Detta är mycket positivt och har också effekt på dessa verksamheter.

Under december påbörjas en bokcirkel med behandlingsteamet tillsammans med enhetschef och SAS med fokus på social dokumentation. Planeringen är fyra tillfällen, med utgångspunkt i kurslitteratur i social dokumentation och arbete med cases för att ta fram genomförandeplan och skriva social journal.

Enhetschefer har mottagit en sammanställning av SAS av den granskning av genomförandeplaner som gjorts, vad de behöver arbeta vidare med och vad som är positivt. Verksamheterna har olika utmaningar vad gäller dokumentationen, det är viktigt att enhetscheferna arbetar löpande i arbetsgrupperna med frågan. SAS arbetar med informationsmaterial i samråd med cheferna, som finns tillgängligt för alla verksamheter. Dokumentationen kommer också att granskas 2024 då det finns upptaget i Intern kontrollplan 2024.

## Kontrollpunkt 5

Risk i process/rutin/system	Kontrollmoment	Risk- och väsentlighet	Ansvarig för kontroll och rapportering
Dokumentation ska ske på ett rättssäkert sätt <i>Vård och omsorg - hälso och sjukvård</i>	Omvårdnadsplaner finns upprättade Funktions- och aktivitetsplaner finns upprättade <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>patientens delaktighet och uppgift om datum för uppföljning finns dokumenterat</i></li> <li>- <i>mål för insatserna</i></li> </ul>	9 (3*3)	Enhetschef MAS/Kvalitetssamordnare MAR

## Kontroll

En journalgranskning visar att omvårdnad, funktions- och aktivitetsplaner med mål och uppföljningar fanns dokumenterat i samtliga granskade journaler. Ett utvecklingsområde är att bättre dokumentera uppsatta mål- och uppföljningsdatum. Flertalet av granskade journaler hade överskriden uppföljningstid.

Utöver den interna kontrollen har MAS tillsammans med Närhälsan i Herrljunga genomfört en journalgranskning. Resultatet visar att antalet läkemedelsgenomgångar behöver utökas samt dokumentera under rätt KVÅ-kod. Läkemedelsgenomgången utförs av läkare och dokumenteras främst i vårdcentralens journal. Om kommunens sjuksköterska deltar dokumenterar man även i kommunens journalsystem.

## Åtgärder

### Enligt HSL

Dokumentationsbristen tas upp med verksamheternas enhetschefer som sedan informerar vidare till berörd personal. Ett MAS-möte är inplanerat för legitimerad personal innehållande genomgång av bedömningsresultat samt åtgärder. Månatliga kvalitetsmöten med enhetscheferna bokas in regelbundet. Under 2024 kommer ett helt nytt verksamhetssystem att implementeras där process styrd dokumentationskunskap kommer ingå.

## Kontrollpunkt 6

Risk i process/rutin/system	Kontrollmoment	Risk- och väsentlighet	Ansvarig för kontroll och rapportering
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>	9 (3*3)	Enhetschef SAS/Kvalitetsstrateg MAS/Kvalitetssamordnare MAR

## Kontroll

### Enligt SoL och LSS

Granskning av journalanteckningar har skett i ca 30 ärenden inom vård och omsorg och socialt stöd. Att skriva löpande journalanteckningar på så vis att insatsen kan följas över tid, viktiga händelser, förändringar, avvikelser m.m. är en skyldighet och en grund för att säkerställa rättssäkerheten för den enskilde. Kvaliteten av dokumentationen varierar i stort mellan olika verksamheter. Generellt sett är bedömningen att det finns en osäkerhet kring vad social dokumentation avser – vad som är en händelse av vikt och inte. En välgjord och tydlig genomförandeplan är ofta ett stöd i att veta vad som är avvikande, förändrat eller förbättrat i förhållande till målen i genomförandeplanen.

Flertalet avvikelser samt utredningar enligt bestämmelserna om lex Sarah under 2023 har visat på brister i den sociala dokumentationen. Huvudsakligen identifieras följande brister:

- förkortningar ska inte användas i journalanteckningar. Detta görs dock ofta; VT, HT, VC, pat., ssk, UT
- språket är över lag bra och respektfullt. Däremot förekommer det många exempel där journalanteckningarna innehåller egna värderingar.
- vid avvikelser saknas dokumentation i social journal generellt. När en avvikelse upprättas i systemet förs denna automatiskt över i journalen. Ofta saknas dock dokumentation om; vad har hänt innan denna händelse, hur uppfattades brukaren må efteråt?
- vid uppföljningar saknas till stor del dokumentation i den sociala journalen vad avser vad som visat sig vara förändrat, förbättrat, hur stödet/insatsen fungerat
- det är ofta svårt att få en överblick över tid. Vissa brukare har bara enstaka anteckningar per månad, kontinuiteten i journalföringen är i många fall bristande. Med det sagt ska inte journalanteckningar föras slentrianmässigt – uppstår sällan händelser av vikt är det dock lämpligt att emellanåt upprätta en sammanfattande anteckning om hur måendet varit den senaste tiden.

## **Enligt HSL**

Journalgranskning av gemensamma hälso- och sjukvårdsjournaler utfördes av MAS i slutet av året. 20st slumpvis utvalda HSL-journaler granskades från olika enheter. En sammanställning av resultatet visar på brister att använda rätt KVÅ-koder vid till exempel läkemedelsgranskning. I flera journaler har förkortningar dokumenterats tex VT, UT. Förkortningar som inte är vedertagna ska inte förekomma i journaler.

Bedömningsresultat utförda i Senior alert och andra kvalitetsregister har i flera fall inte noterats i patientens journal. Kvalitetsregister räknas inte som en patientjournal. Det saknas i flera fall uppgifter om man får kontakta närstående nattetid, samtycke till att lämna ut uppgifter till anhöriga och samtycke till munhälsobedömningar.

Delegerad omvårdnadspersonal uppger att det ibland kan vara svårt att veta i vilka situationer och var i journalen man ska dokumentera.

## **Åtgärder**

### **Åtgärder enligt SoL och LSS**

Det är viktigt att enhetschefer utför egna egenkontroller av den sociala dokumentationen för att uppmärksamma brister i verksamheten eller behov av kompetensutveckling. SAS finns tillgänglig för råd och stöd samt framtagande av utbildningsmaterial, arbetet med samt dialog om social dokumentation bör dock med fördel föras i det dagliga arbetet tillsammans med arbetsgruppen.

Inom socialt stöd har enhetschefer gjort en utbildningsinsats för flera personalgrupper, med start våren 2023. Flera tillfällen hålls med mål att samtlig personal inom socialt stöd ska ha genomgått utbildningen. Detta är mycket positivt och har också effekt på dessa verksamheters kvalitet i dokumentationen.

Ett utbildningsmaterial är framtaget och finns på KomNet som kombinerar dokumentationsskyldigheten, vad som ingår, och hur detta praktiskt görs i verksamhetssystemet Viva.

### **Åtgärder enligt HSL**

En ny delegeringsutbildning har tagits fram där dokumentationskunskap ingår. Legitimerade kan bli bättre på att förtydliga i omvårdnad, funktions- och aktivitetsplan när och vad delegerad omvårdnadspersonal ska dokumentera. Dokumentationsbristen tas upp med verksamheternas enhetschefer som sedan informerar vidare till berörd personal. Månatliga



kvalitetsmöten med enhetscheferna bokas in regelbundet. Ett MAS-möte med all legitimerad personal är inplanerad.

**Besöksadress**  
HERRLJUNGA KOMMUN  
Torget 1 (Box 201)  
524 23 HERRLJUNGA

**Telefon**  
0513-170 00  
**Fax**  
0513-171 33

**E-post**  
[info@admin.herrljunga.se](mailto:info@admin.herrljunga.se)  
**Internet**  
[www.herrljunga.se](http://www.herrljunga.se)



## Kontrollpunkt 7

Risk i process/rutin/system	Kontrollmoment	Risk- och väsentlighet	Ansvarig för kontroll och rapportering
Brister i följsamhet till hygienrutiner <i>IFO</i> <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>	16 (4*4)	Enhetschef Verksamhetschef MAS/Kvalitetssamordnare

## Kontroll

En punktprevalensmätning (PPM-mätning) gällande följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler genomfördes under våren 2023 inom vård- och omsorg. Utbildade hygienombud i verksamheterna fick i uppdrag att göra observationer på omvårdnadspersonal. Totalt genomfördes 79 observationer fördelat på särskilt- och ordinärt boende. Resultatet av mätningen visar som i övriga riket en minskning av följsamheten till hygienrutiner och klädregler. Det främsta förbättringsområdet är desinfektion av händerna före ett patientnära arbete. Under de senaste åren har PPM-mätningar ej utförts i verksamheterna.

Målsättningen av följsamhet till basala hygienrutiner alltid ska vara 100%.

## Åtgärder

Ett förbättringsarbete med att öka efterlevnaden av basala hygienrutiner och klädregler har påbörjats under året. Hygienombud på enheterna har erbjudits utbildningar via vårdhygien Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS). En sjuksköterska med särskilt hygienansvar har utsetts och genomgått utbildning. Nätverksträffar har anordnats riktade till samtliga hygienombud. Hygienombuden ska i sin tur utbilda övrig personal på enheterna. Enhetschefens ansvar är att personalen följer rutinerna samt analys, åtgärder och uppföljning. En ny punktprevalensmätning är inplanerad i början av 2024.



## Kvalitets-och patientsäkerhetsberättelse 2023

### Sammanfattning

Kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen har tidigare varit två separata dokument. 2023 upprättas ett gemensamt dokument. Syftet är att ge en tydligare, samlad bild av verksamhetens systematiska kvalitets-och patientsäkerhetsarbete under året. Socialförvaltningen samarbetar nära mellan de olika lagrummen och flertalet åtgärder bidrar både till kvalitet och patientsäkerheten.

Kvalitets-och patientsäkerhetsberättelsen 2023 redovisar att vad avser kvalitet i verksamheten behövs ett fortsatt förbättringsarbete. Bland annat genom att:

- arbeta med avvikelseprocessen i samtliga led, skapa kultur i verksamheterna och personalgrupper att upprätta avvikelser i syfte att uppmärksamma brister och risker tidigt.
- analysera resultat och orsaker för att komma fram till vilka åtgärder behövs, för att på ett systematiskt sätt arbeta för kvalitetsförbättringar
- fortsatt arbeta med efterföljande av rapporteringsskyldigheten
- befästa arbetet med social dokumentation i det dagliga arbetet

Vad avser patientsäkerheten så är det fortsatt fokus på att öka följsamheten till hygienrutiner och klädregler där målet är 100% följsamhet. Fortsatt arbeta med förbättringar gällande uppföljningar och utbildningar för HSL-delegeringar till omvårdnadspersonal.

Återkommande i 2023 års kvalitets-och patientsäkerhetsberättelse är vikten av att *analysera resultat*. Då uppdraget är att arbeta med ett *systematiskt kvalitetsarbete* då blir analys av resultat en central och viktig del i det arbetet.

Rapporteringarna kring avvikelser har oftast förekommit i dialogen på kvalitetsmöten men i ett fortsatt arbete behöver ett fokus även sättas på förebyggande arbete genom analyser. Analys behöver göras i högre grad än vad som görs, även vid uppföljning av andra resultat med att identifiera orsaker, vilka åtgärder som vidtas och uppföljning av dessa åtgärder.

Resultat från bland annat avvikelser, internkontroll, granskning och på annat sätt uppmärksammade händelser bör ligga till grund för socialnämndens fortsatta förbättringsarbete år 2024.

### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse daterad 2024-02-15  
Kvalitets-och patientsäkerhetsberättelse 2023

### Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut. Socialnämnden godkänner Kvalitets-och patientsäkerhetsberättelse 2023 och lägger den till handlingarna.

Paula Wolffsohn  
SAS/Kvalitetsstrateg

Mattias Olerot  
MAS/MAR, kvalitetssamordnare

# Kvalitets-och patientsäkerhetsberättelse 2023



Herrljunga  
kommun



Herrljunga  
kommun

2024-02-15

**DNR**

Sammanställd av:  
Paula Wolffsohn  
SAS/Kvalitetsstrateg

Mattias Olerot  
MAS/MAR/Kvalitetssamordnare

# Innehåll

1 Inledning.....	3
1.1 Kvalitet .....	3
1.2 Patientsäkerhet.....	3
1.3 Syfte.....	4
1.4 Kvalitetsledningssystem .....	4
1.5 Rapporteringsskyldighet och avvikelser.....	4
2 Grundläggande förutsättningar för säker vård.....	5
2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning .....	5
2.2 En god säkerhetskultur .....	6
2.3 Adekvat kunskap och kompetens .....	6
2.4 Patienten som medskapare.....	7
3 Sammanfattning.....	7
4 Resultat och analys .....	8
4.1 Avvikelse rapportering enligt SoL och LSS.....	8
4.2 Ej verkställda beslut .....	12
4.3 Brukarundersökningar .....	12
5 Patientsäkerhet.....	13
5.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	13
5.2 Tillförlitliga och säkra system och processer .....	13
5.3 Säker vård här och nu .....	14
5.4 Stärka analys, lärande och utveckling .....	14
5.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	20
6 Mål, strategier och utmaningar för 2024 .....	20
6.1 Övergripande .....	20
6.2 SoL/LSS .....	20
6.3 Patientsäkerhet.....	21

# 1 Inledning

## 1.1 Kvalitet

Enligt Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2011:9<sup>1</sup>, 7 kap. 1 § bör den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse.

Det framgår av 3 kap § 3 i socialtjänstlagen (SoL) att insatser enligt socialtjänsten ska vara av god kvalitet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Motsvarande bestämmelse återfinns i LSS. Även hälso- och sjukvårdslagen (HSL), 2 a §, framhäver kraven på god vård och god kvalitet. Socialstyrelsen definierar kvalitet enligt följande; att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Det systematiska kvalitetsarbetet ska dokumenteras, och det är utifrån denna dokumentation kvalitetsberättelsen ska upprättas.

## 1.2 Patientsäkerhet

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



<sup>1</sup> Föreskrifter och Allmänna råd – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

### 1.3 Syfte

Tidigare år har kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse upprättats i två separata dokument. Syftet med en gemensam kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse är att ge möjlighet för en tydligare, samlad bild av verksamhetens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete under året som gått – hur arbetet har bedrivits, vilka åtgärder som vidtagits och vilka resultat som uppnåtts. Berättelsen ska ligga till grund för planeringen av fortsatt systematiskt kvalitetsarbete under kommande år 2024. Socialförvaltningen samarbetar nära mellan de olika lagrummen för att skapa samsyn för samtliga medarbetare i förvaltningen och en ökad kvalitet och patientsäkerhet.



### 1.4 Kvalitetsledningssystem

Verksamhet som bedrivs enligt socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade är skyldiga att ha ett ledningssystem för att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten, i enlighet med SOSFS 2011:9. Herrljunga kommuns ledningssystem återfinns på kommunens intranät. Ledningssystemet ska ge stöd i att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. I ledningssystemet återfinns riktlinjer, rutiner och andra styrdokument, blanketter och checklistor som är till stöd i olika delar av verksamheternas processer. Ledningssystemet ska även bidra till att händelser som kan leda till missförhållande eller vårdskada ska förebyggas. Under 2023 fastställdes *Riktlinje – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* som är ett övergripande styrdokument för förvaltningens kvalitetsarbete.

### 1.5 Rapporteringsskyldighet och avvikelser

Avvikelse är benämningen på händelser som inträffar där det inte blir som planerat. Exempelvis insatser som inte blir utförda; alls eller på rätt sätt, beslut som inte verkställs, långa handläggningstider, brister i bemötande, eller liknande. En avvikelse kan beskrivas som något som avviker från planen; den enskildes genomförandeplan, omvårdnadsplan, beslutade arbetssätt eller rutiner som alla medarbetare i socialförvaltningen ska förhålla sig till.

Den medarbetare som upptäcker en avvikelse ska först åtgärda skyndsamt; exempelvis rätta till något som blivit fel, eller ta över en arbetsuppgift för att säkerställa brukaren/patientens vård och omsorg. Därefter ska medarbetaren direkt upprätta en avvikelse i verksamhetssystemet. Enhetschef ska skyndsamt utreda avvikelsen och identifiera risker, brister, orsaker och lämpliga åtgärder. I utredningen av avvikelsen ingår att bedöma omfattningen av risk/skada samt sannolikhet för att något liknande inträffar

igen. Ansvarig chef har vidare ett ansvar att vidta åtgärder för att säkerställa att framtida risker förebyggs.

En rapport lex Sarah ska upprättas i verksamhetssystemet i de fall det rör sig om ett missförhållande eller risk för missförhållande. Samtliga som utför uppgifter inom socialtjänstens område har en skyldighet att rapportera. Dessa rapporter utreds av SAS, utredningen ska ställa risken/skadan i relation till den övergripande organisationen. Utredningen ska fokusera på att identifiera vad verksamhetsansvariga har gjort för att förebygga missförhållandet, vilka förutsättningar och möjligheter har funnits vid den inträffade händelsen och vilka åtgärder som har gjorts samt planeras för att säkerställa att missförhållandet inte ska upprepas. I de fall utredningen visar att missförhållandet eller risken för missförhållandet är *allvarligt*, anmäls detta till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Lex Maria anmälan vid inträffad- eller risk för allvarlig vårdskada utreds alltid av MAS.

Avvikelse rapport upprättas av personal i verksamhetssystemet som sedan utreds av ansvarig enhetschef. Ansvarig enhetschef inhämtar information från legitimerad personal och ansvarar för uppföljning av HSL- avvikelse. När avvikelsen bedöms som allvarlig kontaktas MAS som ansvarar för utredning enligt lex Maria samt eventuellt anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

## 2 Grundläggande förutsättningar för säker vård

### 2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

#### *Organisation och ansvar*

#### **Socialnämnden**

Har en övergripande ledningsfunktion och har det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet.

#### **Socialchef**

Har ett övergripande administrativt ansvar för planering och ledning av patientsäkerhetsarbetet.

#### **Verksamhetschef hälso- och sjukvård (HSL)**

*Enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)*

Ska tillsammans med MAS/ MAR (medicinskt ansvarig sjuksköterska/rehab) upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Verksamhetschef HSL skall bevaka det totala resursbehovet för att säkerställa kvaliteten. MAS/MAR ska tillsammans med verksamhetschef upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet, så att patienten får en ändamålsenlig och säker hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

#### **MAS/MAR**

Ska tillsammans med verksamhetschef HSL upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet, så att patienten får en ändamålsenlig och säker hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde för rehabilitering.





### **Verksamhetschef/Enhetschef**

Ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som fastställts inom ledningssystemet för patientsäkerhet och som verksamheten/enheten är berörd av, följs och är väl kända samt att ny personal får den introduktion som krävs för att kunna arbeta med fastslagna metoder och arbetssätt utifrån en hög patientsäkerhet.

### **Vård- och omsorgspersonal**

Ansvarar för att hög patientsäkerhet upprätthålls genom att arbeta utifrån fastslagna metoder, rutiner och arbetssätt. Vård- och omsorgspersonal ska i detta syfte rapportera risker för vårdskador, samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

### **Stödfunktioner**

Förvaltningen har möjlighet att utnyttja stödfunktioner inom hälso- och sjukvård. Några exempel är smittskydds-enhet och vårdhygien på Södra Älvsborgs sjukhus samt Närhälsan VGR.

## **2.2 En god säkerhetskultur**

All personal i verksamheten, tillsammans med patienten, skapar säkerhetskulturen. En struktur för god säkerhetskultur är fastlagd genom de övergripande målen och strategin för en hög patientsäkerhet, en tydlig organisation och alla medarbetares ansvar. Varje chef ansvarar för att tillsammans med sina medarbetare jobba strukturerat med uppföljning och utvärdering av verksamheten. Att systematiskt analysera och använda inträffade avvikelser är ett viktigt verktyg för att identifiera brister i både arbetsmiljö och patientsäkerhet. Chefer och ledare har ett avgörande ansvar för att skapa förutsättningar för en god säkerhetskultur. Risk- och konsekvensanalys med åtgärder med uppföljning genomförs alltid vid förändringar i verksamheterna.



I samband med lex Maria utredningar har loggranskningar utförts från verksamhetssystemet VIVA. Resultatet visar att viss personal inte varit inloggad i systemet under en längre tid. Personalen har i dessa fall varken kunnat läsa eller skriva i patienternas journaler. Dokumentationsbristen kan utgöra en patientsäkerhetsrisk. I den årliga uppföljningen av HSL-delegeringar ska det ingå att kontrollera delegatens dokumentationskunskap.

Fler regelbundna möten mellan MAS och legitimerad personal kommer att anordnas. Mötenas innehåll ska innehålla aktuella patientsäkerhetsrelaterade frågor såsom återkoppling av utredningar, dokumentation, genomgång av reviderade rutiner, delegeringsprocessen, riskanalyser, förbättringsområden och planerade åtgärder samt dialog om olika frågeställningar och utmaningar.

## **2.3 Adekvat kunskap och kompetens**

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal som behövs för att kunna ge en god vård. En grundförutsättning för en säker vård är att det finns tillräcklig med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar att utföra sitt arbete.



Förvaltningen har påbörjat och arbetar vidare med:

- tydliggörande av enhetschefers verksamhetsansvar för bemanning dygnets alla timmar
- ytterligare satsningar på introduktionsutbildningar för både fast- och timanställd personal.
- tillgodose att personal har adekvat kompetens för sina arbetsuppgifter

- se över personalens ansvarsfördelning nattetid
- översyn av delegeringsförfarandet

## 2.4 Patienten som medskapare

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att göra patient och anhöriga delaktiga samt medverkar i den enskilde patientens vård och behandling.

Inskrivningssamtal och upprättande av vårdplaner är några exempel. Det kan också vara delaktighet vid olika utredningar till exempel avvikelser och klagomål.

Samordnad individuell plan (SIP) är ett dokument och verktyg för samverkan. SIP ger en samlad beskrivning av individens pågående och planerade vård- och omsorgsinsatser. SIP ska ge en helhetsbild och förenklar för berörda som snabbt kan få en översikt av alla pågående insatser. Förvaltningen har en anställd SIP-samordnare.



## 3 Sammanfattning

Nya Hagens demenscentrum blev färdigbyggd i september och från Hemgården inflyttade tre enheter. Inflyttningen gick bra och samtliga boende har funnit sig till rätta i de nya lokalerna. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har samlokaliserats och flyttat in i gemensamma lokaler i fastigheten.

Vårgårda och Herrljunga kommun blev under våren 2023 certifierade och godkända att ingå i lokalt vård- och omsorgscollege tillsammans med Borås och Bollebygd. Herrljunga tillhör nu vård- och omsorgscollege som genom samverkan framåt ska öka kvalitén och få fler att söka sig till vårddyrket.

Tillsammans med Vårgårda har en upphandling genomförts gällande nytt verksamhetssystem för socialförvaltningarna. Det blev Pulsen Omsorg AB som vann upphandlingen med IT-systemet Combine. Införandet kommer att ske under 2024. Införandet kommer innebära en översyn av verksamhetens olika processer. Under året har vissa brister identifierats i nuvarande verksamhetssystem och det är positivt att införande av nytt verksamhetssystem skapar möjligheter att åtgärda dessa. Det kommer även att medföra ett omfattande arbete med dokumentation och avvikelshantering.

Under hösten uppmärksammades en större stöld av narkotiska läkemedel från kommunens akutförråd (KAF). Åtgärder sattes omgående in för att öka säkerheten. En centralisering av medicinförråden har genomförts till ny och säkrare lokal på Hagen. Tidigare har förvaltningen haft flera KAF-förråd placerade ute i verksamheterna.

Arbetet runt covid-19 har under 2023 tagit en mindre del av hälso- och sjukvårdens resurser jämfört med tidigare år. Förvaltningen har byggt upp ett centrallager för skyddsutrustning för att klara av både pågående och framtida smittutbrott. Inventering, avstämning och beställning kommer även i fortsättningen att utföras regelbundet.

Basala hygienrutiner är fortsatt i fokus. En punktprevalensmätning (PPM) av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler genomförts under våren. Som i övriga riket har följsamheten minskat något. Hygienombud på enheterna har erbjudits utbildningar via vårdhygien Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS). En sjuksköterska med särskilt hygienansvar har genomgått utbildning.

Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) gjorde under 2022 en tillsyn av den kommunala hälso- och sjukvården för personer som bor på särskilt boende (SÄBO). Syftet med tillsynen var att ta reda på om det finns förutsättningar för att ge god och säker vård. IVO har granskat följande områden gällande

patientsäkerheten; dokumentation och kontinuitet, äldre och läkemedel, vård i livets slutskede samt individuell bedömning av vårdbehov och personalens kompetens. IVO har under hösten inkommit med beslut om att förvaltningens åtgärder ska kompletteras.

Under året har fokus varit till stor del på avvikelser och avvikelshanteringsprocessen, för samtliga lagrum. SAS har tagit fram nytt introduktionsmaterial för nyanställda vad gäller avvikelserapportering, samt utbildningsmaterial avsett för arbetsplatsträffar eller liknande om avvikelser och lex Sarah. SAS har även gjort utbildningsinsatser för enhetschefer vad gäller rapporteringsskyldighet och lex Sarah. Detta bedöms haft god effekt, under året har fler lex Sarah rapporterats än tidigare år. Detta är ett tecken på att rapporteringsskyldigheten bättre efterföljs, snarare än att bristerna ökat, utifrån det underlag som tagits fram i samband med utredningarna.

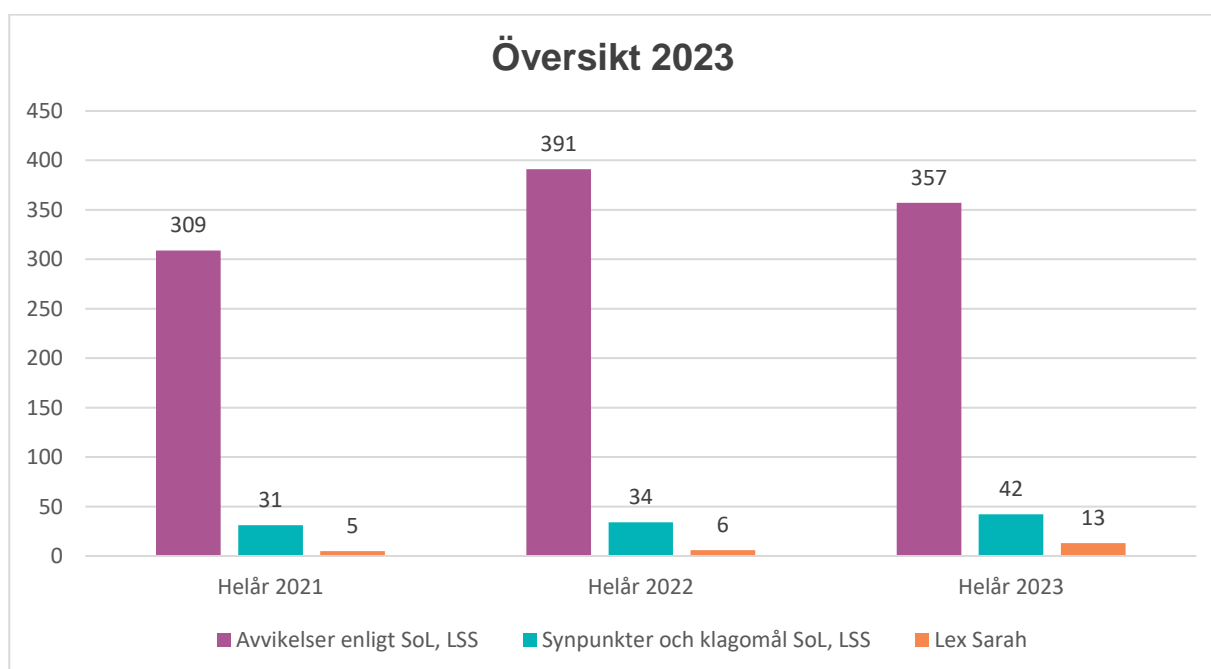
Vidare har det inom ramen för SoL och LSS varit fokus på social dokumentation, både vad gäller genomförandeplaner och journalanteckningar. Inom socialt stöd utför enhetschefer intern utbildning i social dokumentation vilket kommer fortgå under 2024. Detta bedöms av både chefer och SAS vid granskning haft god effekt. Under december 2023 påbörjades av enhetschef och SAS med behandlingsteamet ett antal träffar med fokus på dokumentation. Fortsatt arbete behövs, de olika verksamheterna har olika utmaningar vad gäller den sociala dokumentationen. Det är viktigt att den sociala dokumentationen blir ett fokus i det dagliga arbetet.

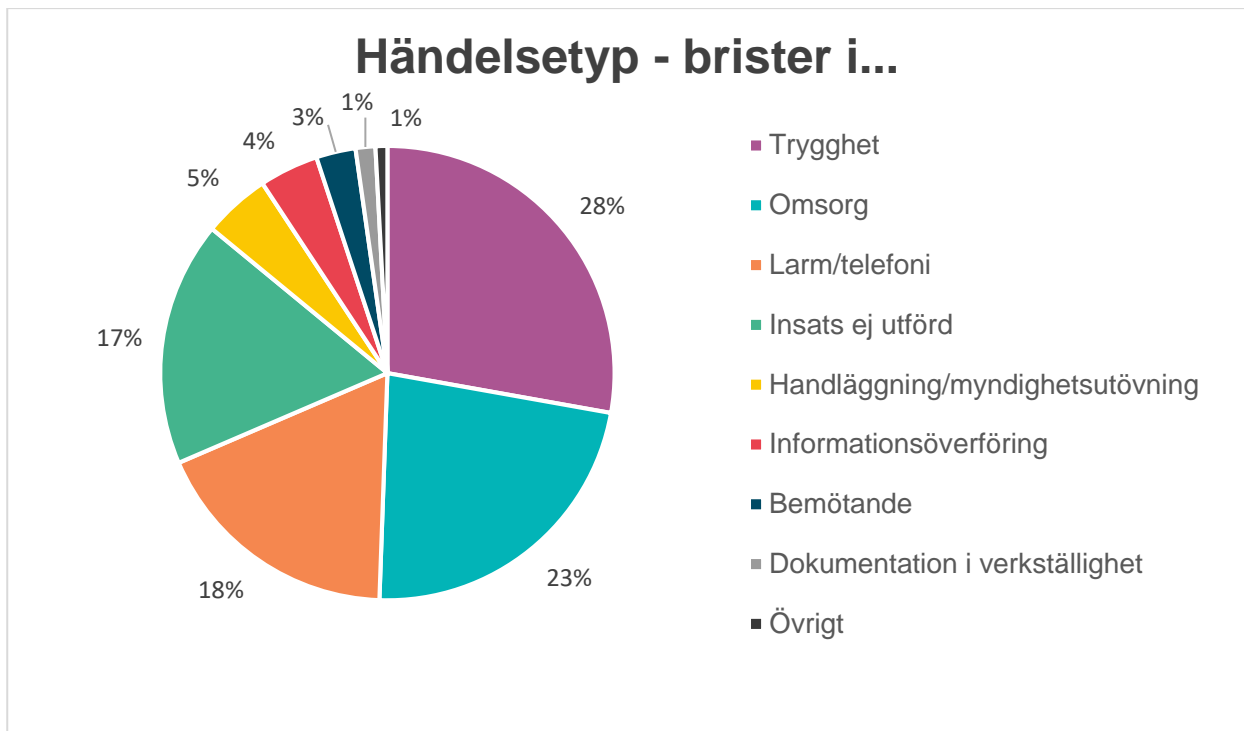
Arbetet med ledningssystemet har fortsatt under 2023, flera rutiner har uppdaterats och är fortsatt under arbete.

## 4 Resultat och analys

### 4.1 Avvikelse­rapportering enligt SoL och LSS

Närmsta chef ansvarar för att utreda och följa upp de avvikelser som inträffar i verksamheten samt synpunkter och klagomål som inkommer. De ska sammanställas och analyseras för att verksamheten ska kunna se mönster eller trender som indikerar på brister i verksamhetens kvalitet. Det är viktigt att det råder ett öppet klimat i hela organisationen vad gäller rapportering av avvikelser.





Uppgifter avseende rapporterade händelser inhämtas i första hand från verksamhetssystemet, ibland kan även avvikelser inkomma per papper. Synpunkter och klagomål kan registreras i verksamhetssystemet, eller inkomma via kommunens hemsida eller per papper i vilka fall dessa registreras i kommunens diariesystem.

Vid utredning och uppföljning av avvikelser behöver dokumentationen förbättras. Det är inte sällan förekommande att åtgärder beskrivs i generella termer så som "samtal" eller "ny rutin". Det kommer under 2024 göras ett omtag om avvikelshanteringsprocessen, inte minst på grund av att flera utredningar enligt lex Sarah under året pekat på brister i avvikelshanteringsprocessen både hos personal och chefer.

Rapporterade händelser enligt SoL/LSS ligger på en något lägre nivå än 2022. Synpunkter och klagomål är något fler, det får anses vara positivt att enskilda/anhöriga vänder sig till verksamheten med synpunkter för verksamheten ska kunna reda ut missnöjen. Det större antalet avvikelser sker i äldreomsorgens verksamheter, i första hand på särskilt boende för äldre. I vissa verksamheter rapporteras ett litet antal avvikelser, vilket i sig inte ska ses som att brister inte finns utan mer troligt att avvikelser inte rapporteras i den utsträckning som bör.

Utmärkande för 2023 övergripande är den större mängden rapporter enligt bestämmelserna om lex Sarah. Det behöver inte betyda att det under 2023 inträffat fler missförhållanden/risk för missförhållanden, utan att rapporteringsskyldigheten bättre efterföljts. I flera av utredningarna identifieras brister i följsamhet till avvikelshanteringsprocessen. Om avvikelser rapporteras i ett tidigare skede, innan konsekvenser för enskilde inträffar, skapar det möjlighet att arbeta förebyggande innan ett missförhållande inträffar. Utbildningssatsning har gjorts vad gäller avvikelser och lex Sarah, vilket får bedömas också kan ha haft en effekt utifrån att fler rapporteringar skett.

## **Individ-och familjeomsorgen, IFO**

Inom IFO har 19 händelser rapporterats och ligger på samma nivå som 2022. Exempel är att kommunikering inte har gjorts, långa handläggningstider för barn, skriftliga underlag har varit otillräckliga, flera överklaganden har inte skickats vidare till domstol i tid, felaktiga underlag/handläggning av försörjningsstöd och handläggare som fattat beslut utan delegation i annans namn. En av dessa har utretts enligt bestämmelserna om lex Sarah.

Enhetschef har gjort uppföljning i samtliga ärenden. I flera av händelserna bedöms arbetsbelastningen vara en orsak till att händelsen inträffat.

## **Vård och omsorg**

I likhet med tidigare år står äldreomsorgen för den större delen av de rapporterade händelserna, ca 85% av samtliga avvikelser. Av dessa har särskilda boendeformerna den övervägande största delen.

Annorlunda från tidigare år är att väsentligt fler avvikelser rapporterats på Hagen än tidigare år, 136 st. Hemgården har rapporterat 74 st. Det får bedömas att enhetscheferna på båda boendena arbetat tillsammans med personalgrupperna för att öka följsamheten till avvikelshanteringsprocessen, och att detta också haft effekt. På Hagen har mer än dubbelt så många avvikelser rapporterats 2023 än 2022. På korttidsboende Furuhagen har 7 avvikelser rapporterats.

I hemtjänsten finns det ett antal rapporter som avser att dubbelbemanning vid förflyttning inte har skett. Dubbelbemanningen kan vara dels ur arbetsmiljösynpunkt, dels ur brukarperspektiv att kunna känna trygghet vid förflyttningar. En större del av avvikelserna i hemtjänsten handlar om att insatser inte utförts, främsta orsak som anges är tidsbrist, brist på personal. Vid bortprioritering av insatser rör det ofta promenad och social tid, men även duschtillfälle och tillsyn.

Avvikelser inom särskilt boende handlar till största del om brister i trygghet; konflikter mellan boende, störande rop eller skrik. I flera av dessa uppges orsak vara att personal inte funnits till hands för att avleda på grund av att omvårdnadsarbete prioriteras. Det finns också ett stort antal avvikelser rapporterade om rörelselarm som inte aktiveras och trygghetslarm som inte finns nära till hands för brukare. Detta uppmärksammades även i kvalitetsberättelsen 2022.

## **Socialt stöd**

Från socialt stöd; boende LSS, personlig assistans och daglig verksamhet har 19 avvikelser rapporterats. Av dessa avser 14 brister i trygghet, rapporterade på daglig verksamhet. Det avser oftast brukare som blir skrämde, oroliga eller triggade av andra brukare i verksamheten. Daglig verksamhet har ett stort antal brukare och dessa situationer går inte att helt undvika, men förebyggande arbete kan göras.

Det behövs vidare arbete med avvikelshanteringsprocessen då det totala antalet avvikelser inom socialt stöd är lågt.

## ***Lex Sarah***

Under 2023 har 13 utredningar enligt lex Sarah genomförts. Av dessa har två anmälts till IVO, som i ena fallet meddelade att ärendet avslutas. I det andra ärendet är beslut ännu ej fattat.

Utöver dessa 13 utredningar har ytterligare 1 rapport enligt lex Sarah inkommit under 2023. Denna utredning färdigställdes dock inte förrän januari 2024, varför den kommer att behandlas i 2024 års kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.

Område	Enhet	Bedömning	Anmärkning
Brister i bemötande	Vård och omsorg, särskilt boende	Enskild har uttryckt otrygghet samt bristande bemötande från enskild medarbetare.	Åtgärder har vidtagits, både enskilda och i arbetsgruppen. Uppföljning av åtgärderna har visat effekt.
Rättsosäker handläggning	Individ och familjeomsorgen, försörjningsstöd	Brister i granskning av ärenden, brister i beslutsfattande utifrån delegationsordning, otillräckliga underlag och bristande följsamhet till handlägningsprocessen.	Händelsen anmäldes till IVO som ett allvarligt missförhållande.  IVO bedömde att verksamheten uppfyllt krav på utredning samt åtgärder efter händelsen, ärendet avslutades.
Oprofessionellt förhållningssätt	Vård och omsorg, särskilt boende	Medarbetare har agerat felaktigt – konflikt mellan anställda har orsakat oro för boende.	Åtgärder har vidtagits, både enskilda och i arbetsgruppen. Uppföljning av åtgärderna har visat effekt.
Oprofessionellt förhållningssätt	Socialt stöd, personlig assistans	Enskild medarbetare agerade felaktigt.	Medarbetaren har i direkt anslutning till händelsen valt att avsluta sin anställning.
Risk i miljö kring boendet	Vård och omsorg, särskilt boende	Riskbedömning av både inne- och utemiljö på boendet behöver göras. Boende får alltid röra sig fritt. Enskilde har i detta fall inte haft behov av tillsyn vid dessa former av utevistelse.	Miljön åtgärdades omedelbart efter händelsen. Riskbedömning är gjord och åtgärder vidtagna.
Brister i omvårdnaden	Vård och omsorg, särskilt boende	Brister i kompetens om insatser som avser stöd med personlig hygien.	Åtgärder har vidtagits. Utbildning har utförts och kompetensbehovet följs löpande.
Brist i följsamhet till rutin	Vård och omsorg, särskilt boende	Brist i följsamhet till rutin, när sjuksköterska kontaktas.	Åtgärder har vidtagits.
Brister i omvårdnaden, trygghet	Vård och omsorg, särskilt boende	Vid tillfället var arbetsbelastningen hög. Rutiner för omvårdnad vid hög arbetsbelastning har inte följts fullt ut.	Rutiner har tydliggjorts i verksamheten.
Sekretess	Individ och familjeomsorgen, bistånd	Bedömdes efter utredning <i>inte</i> vara ett missförhållande.	Vissa förbättringsområden identifierades i samband med utredning och åtgärder har vidtagits.
Stöld – ekonomi	Vård och omsorg, hemtjänst	Vissa brister i rekryteringsprocessen.	Stölden som sådan utreds inte inom ramen för lex Sarah
Brister i omvårdnad	Vård och omsorg, särskilt boende	Den enskilde har nekat insatser. Vissa brister i dokumentation samt brist i efterföljande av rutin för bemanning vid frånvaro.	Enskilda ska aldrig påtvingas insatser. Det är dock viktigt att arbeta med bemötandeplaner och genomförandeplaner för att arbeta motiverande.

Brister i omvårdnad	Vård och omsorg, korttidsboende	Brist i tillsyn nattetid, följsamhet till rutin avseende kontakt med sjuksköterska.	Händelsen anmäldes till IVO som ett allvarligt missförhållande.  2024-02-15 har IVO inte ännu fattat beslut i ärendet.
Brister i omvårdnad	Vård och omsorg, särskilt boende	Brister i kompetens om hur insatser avseende personlig hygien ska utföras samt användande av produkter som är avsedda för syftet.	Handledning på enheten av specialistundersköterska sker löpande i kompetensutvecklande syfte. Åtgärder är vidtagna.

## Synpunkter och klagomål

Under 2023 har 42 synpunkter och klagomål inkommit.

Återkoppling till brukare/anhörig sker till samtliga förutom i något enstaka fall när klagomålet/synpunkten lämnats av anonym avsändare. Inkomna klagomål och synpunkter utreds i den omfattning som krävs, men dokumentationen behöver förbättras. Avseende klagomål som inkommer exempelvis via hemsidan diarieförs dessa och även svaren från verksamheten diarieförs.

Inkomna synpunkter 2023 rör bland annat tillgänglighet på IFO, synpunkter om specifika individärenden, att hemtjänsten kör för fort samt höga matkostnader på särskilt boende. Flertalet synpunkter har inkommit avseende bemanningsgraden på särskilt boende.

## 4.2 Ej verkställda beslut

Under 2023 har ett avsevärt mindre antal beslut rapporterats än tidigare år, i synnerhet under kvartal 2-4 har antalet per inrapporteringsperiod varit lågt. Flera beslut som haft lång väntetid har under året verkställts eller avslutats av annan anledning och generellt under året har väntetiden för verkställande av beslut varit kortare än tidigare år. Det finns fortsatt utmaningar att verkställa kontaktperson och kontaktfamilj som bygger på att frivilliga medborgare vill anta uppdragen. Stor förbättring har skett sedan det finns en avsedd tjänsteperson som arbetar med dessa ärenden, både vad gäller att hitta lämpliga personer/familjer och dokumentationen i ärendena. I vissa ärenden där särskilda behov finns har det även funnits utmaningar att verkställa korttidsvistelse, då det i många närliggande kommuner varit viss platsbrist.

Under 2023 har IVO ansökt om utdömning av särskild avgift i två ärenden, ett gällande kontaktperson och ett gällande kontaktfamilj. Båda dessa ärenden har verkställts under 2023 men haft lång väntetid.

## 4.3 Brukarundersökningar

Varje år genomför Socialstyrelsen brukarundersökningar inom äldreomsorgen; *Vad tycker de äldre äldreomsorgen?* Resultatet redovisades i slutet av året 2023. Utfallet ligger i paritet med tidigare år, vissa resultat är försämrade och andra förbättrade. 2024 års brukarundersökningar kommer skickas ut till brukare under mars 2024.

SKR:s brukarundersökningar för IFO och LSS genomfördes inom barn och familj, missbruk-och beroende samt daglig verksamhet, servicebostad och gruppboende. En utmaning inom IFO är den låga svarsfrekvensen i kombination med ett litet urval, vilket orsakar att resultat inte kan analyseras. Inom daglig verksamhet har förbättring skett inom flera områden vad gäller trygghet och trivsel, vilket har

varit en målsättning från tidigare år. För servicebostad är vissa resultat försämrade, anledningen till detta behöver analyseras. På gruppboenden bor enbart 5 personer, vilket är det minsta antalet för att generera ett resultat i brukarundersökningen. Då vissa inte har möjlighet att svara på brukarundersökningen även med stöd, har inget resultat genererats.

Uppföljning av de åtgärder som vidtas utifrån SKR:s brukarundersökning kommer att ske under våren 2024.

Det är viktigt att respektive enhetschef arbetar med att analysera dessa resultat i sin verksamhet för att hitta orsaker till resultat som behöver förbättras och planera lämpliga åtgärder.

## 5 Patientsäkerhet

### 5.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

Det är viktigt att följa upp och utreda händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada.

MAS och SAS har månatliga kvalitetsmöten med respektive enhetschef där man går igenom avvikelser, åtgärder och uppföljningar. Ansvarig enhetschef tar sedan informationen vidare till omvårdnadspersonalen.

Identifiering och mätning av vårdskador sammanställs i halvårsrapport samt i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

Vi använder oss av patienters och närståendes klagomål och synpunkter för att öka kunskapen om risker för vårdskador. Samtliga utreds med eventuella åtgärder och uppföljningar. Återkoppling till patient och närstående sker alltid skyndsamt.



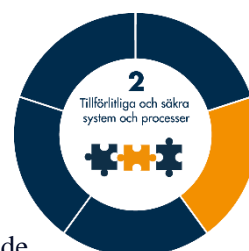
### 5.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

#### *Informationssäkerhet*

Innebär att information som är viktig identifieras och skyddas på ett säkert sätt, att rätt användare skall ha rätt information vid rätt tillfälle. Det är viktigt att det är möjligt att följa hur, när och vem som tagit del av information.

Den senaste tiden ser vi i samhället ökade risker för cyberattacker med oönskade intrångsförsök eller angrepp mot datorsystem, nätverk eller digitala enheter. De syftar oftast till att kompromettera integriteten, tillgängligheten hos digital information. Detta kräver säkrare inloggnings- och datalagring. Några av de säkra inloggnings- och datalagringssystem som används i förvaltningen är SITHS (säker inloggning till hälso- och sjukvård) som är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller patientdatalagens krav på en säker identifiering vid inloggning till vissa system som hanterar känslig information. Bank-ID används också för att öka informationssäkerheten.

Systematiska loggkontroller från verksamheternas olika IT-system utförs regelbundet enligt rutin varje månad. Systemförvaltare ansvarar för att utdrag av loggar och resultatet kontrolleras av ansvarig chef. Verksamheten har rutiner för informationssäkerhet och kontroll av behörigheter.





### *Nytt verksamhetssystem*

En gemensam upphandling av ett nytt verksamhetssystem för hela socialförvaltningen i Herrljunga och Vårgårda kommun har pågått under året. Pulsen Omsorg AB vann upphandlingen med sitt program Combine. Personal med olika roller har tillsammans med upphandlingsresursen Zango AB tagit fram upphandlingsunderlag samt utvärdering.

Införande av verksamhetssystemet inklusive avvikelsemodulen beräknas pågå under 2024. Dagens verksamhetssystem VIVA kommer på sikt att avvecklas.

## 5.3 Säker vård här och nu

### *Stöld av narkotikaklassade läkemedel*

I samband med kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel i kommunens akuta läkemedelsförråd (KAF) upptäckts under hösten en stor stöld av narkotiska läkemedel. En internutredning påbörjades tillsammans med kommunens säkerhetschef och polisanmälan inskickades.



Genomförda åtgärder för att öka säkerheten:

- KAF-förråden har samlokaliseras till ett centralt förråd. Det nya läkemedelsförrådet är placerat i nya lokaler på Hagens demenscentrum. Lokalen är anpassat för narkotikaklassade läkemedel.
- Kameraövervakning
- Frekventa kontrollräkningar, minst 1ggr/månad
- Öppna obrutna förpackningar för kontrollräkning, tejpa med signatur.
- Alltid vara två sjuksköterskor vid kontrollräkning
- Passagekontroll med loggfunktion

## 5.4 Stärka analys, lärande och utveckling

### *Avvikelsehantering*

Skyldigheten att medverka till god kvalitet innebär att varje medarbetare ansvarar för att uppmärksamma och rapportera avvikelser i verksamhetens kvalitet samt lämna in förslag på förbättringar. I hantering av avvikelser ingår skyldigheten att rapportera händelser som medfört en vårdskada eller risk för vårdskada inom hälso- och sjukvården.



Då en patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada utreder MAS händelsen. MAS tar efter utredning beslut om en lex Maria anmälan ska upprättas.

Under året har MAS utrett 7st lex Maria avvikelser varav 4st skickats till inspektionen för vård- och omsorg (IVO) för vidare utredning och beslut.

Totalt antal registrerade HSL-avvikelser har ökat något. De flesta avvikelser gäller avglömd läkemedelsdos eller dos givet vid ett senare tillfälle. Övriga HSL-avvikelser gäller främst bristfällig dokumentation, kommunikationsbrist samt ej utförda övriga HSL-insatser. Under året har enhetscheferna lyft upp vikten av att skriva avvikelser hos personalen oavsett allvarlighetsgrad. Detta kan vara en orsak till att totala antalet HSL-avvikelser ökat under året.

Antal registrerade falloolyckor har ökat jämfört med föregående år.

Varje chef ansvarar för att analysera sammanställningen och planera lämpliga åtgärder utifrån analysen. Händelserna utreds av ansvarig enhetschef tillsammans med de medutredare som behövs. Enhetschef ansvarar för vidare information till MAS.

<b>Verksamhet</b>	<b>Avvikelser HSL</b>	<b>Avvikelser läkemedel</b>	<b>Fallolyckor</b>
2022	1038	642	739
2023	1142	772	885

### *Avvikelser i Närvårdssamverkan*

Under året har det dokumenterats 52st avvikelser i samverkan till vårdgrannar vilket är en ökning jämfört med 2022. Förvaltningen har tagit emot 7st avvikelser som innefattar att kommunen inte kunnat ta emot patienterna vid planerat utskrivningsdatum (PUD), ej nåbara sjuksköterskor, bristfälligt ifyllda uppgifter i SAMSA. De mest förekommande händelser i närvårdssamverkan är ej aktuella läkemedelslistor, förändringar i läkemedelsordinationer som inte har meddelats, felaktiga och uteblivna ordinationer samt tydlighet vid vårdplanering och SIP (Samordnad individuell plan).

Alla avvikelser i närvårdssamverkan registreras i ett gemensamt IT-system (Med Control Pro). Detaljerad statistik kan inhämtas vid behov.

### *Klagomål och synpunkter*

Klagomål och synpunkter inkommer via kommunens synpunktshantering, patientnämnd och inspektionen för vård- och omsorg (IVO). Under året har några enstaka klagomål/synpunkter inkommit gällande hälso- och sjukvården som skyndsamt besvarats. Klagomål och synpunkter utreds av ansvarig enhetschef i samråd med MAS.

MAS avgör om utredning enligt lex Maria ska utföras samt eventuell anmälan till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO).

### *Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter*

Legitimerad personal har möjlighet att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. En delegering ska alltid vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad till maximalt 1 år. Delegering får inte förekomma för att lösa situationer med personalbrist. Den som är legitimerad och delegerar ska vara såväl formellt som reellt kompetent, vilket till exempel innebär att man inte delegerar en arbetsuppgift man inte själv kan praktisera (utföra). Delegering av arbetsuppgift kan exempelvis vara: läkemedelshantering, viss såromläggning, insulingivning, uppgifter enligt skriftliga träningsprogram, viss hantering av hjälpmedel och TENS- behandling (transkutan elektrisk nervstimulering).

Legitimerad personal har under året kontinuerligt delegerat HSL-insatser till omvårdnadspersonal enligt rutin. Tillfällena för teoretisk utbildning har funnits jämnt fördelat över året. En övergripande revidering av

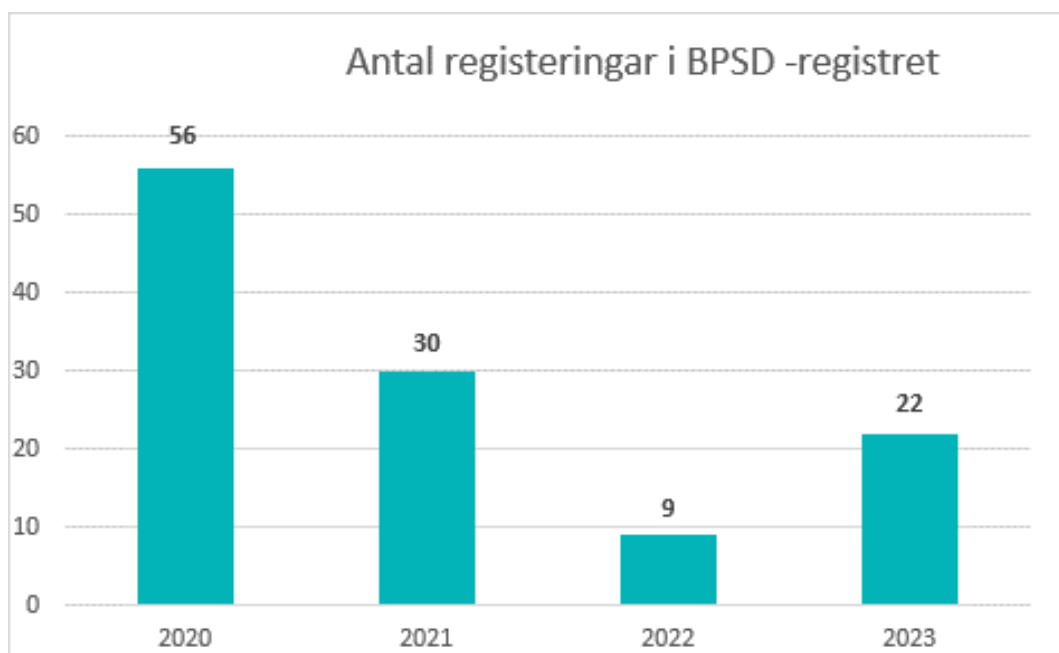
delegeringsrutinen samt instuderingsmaterial har under året genomförts. Ytterligare revideringar planeras för 2024.

Legitimerad personal ska vara mer noggrann gällande den uppföljning som årligen ska utföras innan en delegering kan förlängas för omvårdnadspersonal. I uppföljningen ingår kompetenskontroll samt genomgång av eventuella avvikelser som delegaten varit inblandad i.

### *Demensvård*

BPSD-registret (Beteendemässiga Psykiatriska Symtom vid Demenssjukdom) är ett nationellt kvalitetsregister som innehåller individbaserade uppgifter om problem, åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvård samt omsorg. Syftet är att möjliggöra systematisk förbättring och utveckling av hälso- och sjukvårdens kvalitet. Kvalitetsregister ska även möjliggöra forskning och jämförelse inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå. Under 2023 har en demenssjuksköterska samt en sjuksköterska genomgått utbildning under fyra dagar för att bli Certifierade BPSD-utbildare. Dessa kommer i sin tur att utbilda berörd personal till BPSD administratörer i verksamheterna. Administratörerna är omvårdnadspersonal som är närmast patienten. Även chefer har fått en två dagars administratörsutbildning samt en halvdags uppföljning.

Antalet registreringar har ökat under 2023



### *Läkemedelshantering och välfärdsteknik*

I slutet av året tecknades ett nytt avtal för digitala läkemedelsskåp. Skåpen installeras successivt inom ordinärt boende. I första hand sker installationer för patienter som har stöldbegränsade läkemedel (narkotiska preparat). Läkemedelsskåpen är ett led i att skapa trygghet och förutsättningar för spårbarhet gällande läkemedelshantering samt förebygga läkemedelsstöder.

Läkemedelssignering sker digitalt i IT-systemet MCSS/Appva. Avvikelse registreras och systemet signalerar om åtgärden ej utförts på angiven tidpunkt. Avvikelse rapporter skapas och som sedan kan följas upp och analyseras för ytterligare förbättringsåtgärder. I MCSS/Appva kontrollräknas även narkotiska läkemedel. Kontrollräkning av narkotika sker enligt rutin.

### *HSL- dokumentation*

Journalgranskning utfördes i slutet av året av MAS. Den gemensamma hälso- och sjukvårdsdokumentationen granskades från verksamhetssystemet VIVA. 20st HSL-journaler från olika enheter valdes slumpvis ut för granskning. Sammanställning av resultatet visar på brister att använda rätt KVÅ-koder vid till exempel läkemedelsgranskning. Bedömningsresultat utförda i Senior alert och andra kvalitetsregister har i flera fall inte noterats i patientjournalen. Det saknas uppgifter om närstående får kontaktas nattetid, samtycke till att lämna ut uppgifter till anhöriga och samtycke till munhälsobedömningar. Omvårdnad, rehab- och aktivitetsplaner fanns med i samtliga journaler. Uppföljningsdatum hade dock passerat på flertalet av planerna.

Utöver den interna kontrollen har MAS utfört en HSL-journalgranskning tillsammans med Närhälsan i Herrljunga. Resultatet visar att antalet läkemedelsgenomgångar behöver ökas samt dokumenteras under rätt KVÅ-kod. Det är läkarens ansvar att läkemedelsgenomgångar utförs.

### *Palliativ vård – Palliativregistret*

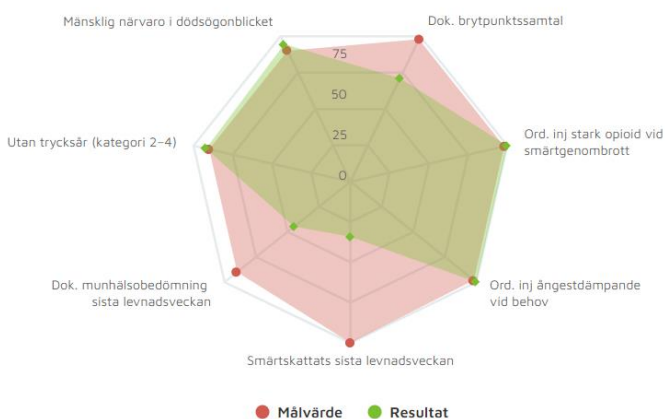
Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patienten och deras närstående. Detta inkluderar alla dödsfall oavsett diagnos, kön, ålder eller dödsplats. Vårdpersonal besvarar en enkät som handlar om hur vården varit sista veckan i livet.

Palliativ vård är hälso-och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående. (Socialstyrelsens definition). Palliativ vård som utförs i Herrljunga kommun registreras i Svenska Palliativregistret. Resultatet visar på 100% resultat gällande ordination av stark opioid- och ångestdämpande injektion. Förbättringsområden är dokumentation av brytpunktssamtal, smärtskattats sista levnadsveckan och munhälsobedömning.

Bilden nedan visar hur Herrljunga kommun arbetar med de kvalitetsindikatorer som ingår i palliativa registret. Spindeldiagrammet ska var så grönt som möjligt.

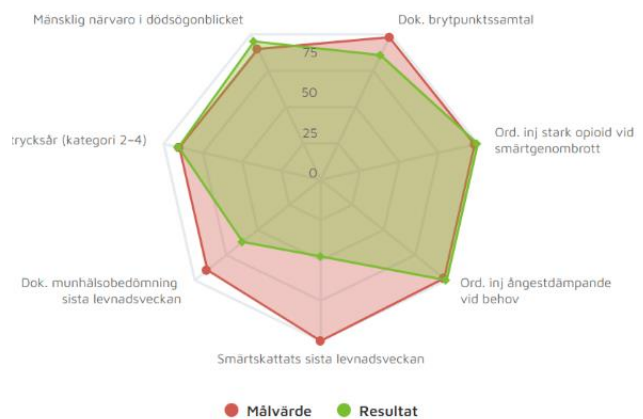
### 2023 Spindeldiagram av kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12



### 2022 Spindeldiagram av kvalitetsindikatorer

Period 2022-01 - 2022-12



## Vårdhygien

Vårdhygien Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS) arbetar för att förebygga vårdrelaterade infektioner och risken för smittspridning i vården. Under 2023 har MAS/MAR nätverket i Borås/Sjuhärad haft avstämningar med vårdhygien varannan vecka främst gällande covid-19 situationen men även andra infektioner. Utbildning och nätverksträffar för kommunens hygienombud erbjuds kontinuerligt.

## Nödvändig tandvård

Vård och omsorgstagare med omfattande behov kan ha rätt till intyg om nödvändig tandvård. Det innebär att personen blir erbjuden en årlig munhälsobedömning av tandhygienist och att patientavgiften för tandläkarbesök är samma som för övrig regional hälso- och sjukvård samt ingår i högkostnadsskyddet. Utsedda sjuksköterskor eller handläggare bedömer om personen är berättigad till intyget.

## Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister där olika bedömningar ingår. Det är ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Det är fem områden som hänger ihop och berör alla som möter den äldre inom hälso- och sjukvård. Varje enskild äldre person som möter vård och omsorg skall ges möjlighet till riskbedömning, förebyggande åtgärder och uppföljning.

Genom att använda Senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetssättet på individnivå och varje vårdgivare ges möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten från individnivå till övergripande nivåer. Detta förbättrar patientsäkerheten och kan som en följd även minska uppkomna vårdskador.

2023 ser vi en minskning av antalet unika registrerade personer.

2023

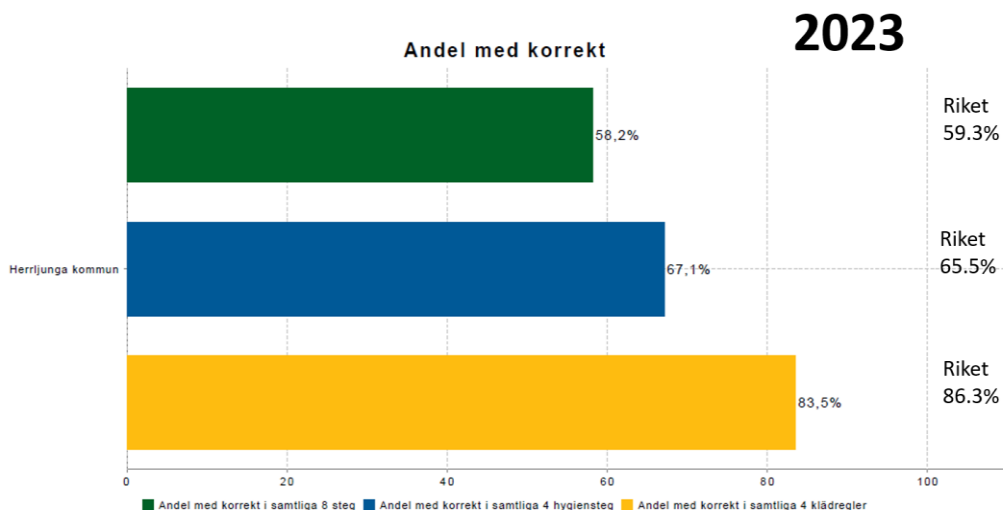
↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention		
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk
Herrljunga kommun	52	90% ↓ 54 av 60	93% ↑ 50 av 54	96% ↑ 52 av 54
Trycksår		48% ↓ 29 av 60	100% ↑ 29 av 29	97% ↑ 28 av 29
Undernäring		58% ↓ 35 av 60	97% ↑ 34 av 35	94% ↓ 33 av 35
Fall		87% ↑ 52 av 60	100% ↑ 52 av 52	98% ↑ 51 av 52
Munhälsa		45% ↓ 26 av 58	88% ↓ 23 av 26	96% ↑ 25 av 26

2022

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention		
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk
Herrljunga kommun	66	94% ↓ 83 av 88	89% ↑ 74 av 83	95% ↑ 79 av 83
Trycksår		56% ↑ 49 av 88	90% ↑ 44 av 49	96% ↑ 47 av 49
Undernäring		69% ↑ 61 av 88	95% ↑ 58 av 61	97% ↑ 59 av 61
Fall		85% ↓ 75 av 88	95% ↑ 71 av 75	95% ↑ 71 av 75
Munhälsa		52% ↑ 45 av 86	98% ↑ 44 av 45	93% ↑ 42 av 45

### Punktprevalensmätning (PPM) av följsamhet till hygienrutiner och klädregler

PPM-mätning genomfördes under våren inom vård- och omsorg. Utbildade hygienombud på enheterna fick i uppdrag att göra observationer på omvårdnadspersonal. Totalt utfördes 79 observationer fördelat på särskilt- och ordinärt boende. Resultatet av mätningen visar som i övriga riket en minskning av följsamheten till hygienrutiner och klädregler. Ett förbättringsområde är desinfektion av händerna före patientnära arbete. Målsättningen av följsamhet till basala hygienrutiner ska alltid vara 100%.



## 5.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

All verksamhet i förvaltningen behöver planeras för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. Det är viktigt att tillgodose att personalen har adekvat kompetens för sina arbetsuppgifter. Under 2024 kommer en översyn att ske gällande förvaltningens introduktionsutbildningar för både fast- och timanställd personal.



## 6 Mål, strategier och utmaningar för 2024

### 6.1 Övergripande

Ett helt nytt verksamhetssystem för förvaltningen har upphandlats och kommer införas under 2024. En ny modul för avvikelshantering med utredning, åtgärder och uppföljning kommer samtidigt att införas. Nuvarande verksamhetssystem VIVA kommer att fasas ut. Införandet sker tillsammans med Vårgårda kommun. Införandet av det nya verksamhetssystemet blir även en naturlig del av det omtag kring avvikelshanteringsprocessen som kommer att göras under 2024. Avvikelshanteringsprocessen för samtliga lagrum är ett granskningsområde i nämndens internkontrollplan för 2024.

En ny struktur för de månatliga kvalitetsmöten SAS och MAS har tillsammans med enhetschefer planeras för 2024. Fokusområden för varje månad införs, med syfte att lägga mer tyngd på det strategiska och systematiska kvalitetsarbetet och i synnerhet dokumentationen av kvalitetsarbetet. Kvalitetsmötena ska också vara forum för att sprida lärande i organisationen på ett bredare plan avseende kvalitet och patientsäkerhet; händelser som inträffar i en verksamhet kan exempelvis vara fog för att analysera riskerna en annan verksamhet.

Arbetet med ledningssystemet fortsätter även under 2024. Flertalet riktlinjer och rutiner är under arbete och förväntas kunna färdigställas under 2024. Samtidigt pågår arbete med att göra ledningssystemet mer lättillgängligt och överskådligt för att främja följsamheten. Arbetet sker löpande under året.

Under 2024 kommer SAS och MAS tillsammans med förvaltningens IT-strateger se över möjligheten till att skapa en digital läroplattform för nyanställda/timvikarier, som bland annat ska inkludera introduktion i social dokumentation och avvikelshantering. Målet är att plattformen sedan ska kunna utvecklas till att innehålla olika former av utbildningar inom olika lagrum.

### 6.2 SoL/LSS

Ny socialtjänstlag förväntas träda i kraft under juli 2025. Under 2024 påbörjas det förberedande arbetet inför implementeringen av den nya lagstiftningen, som bland annat innebär ett större fokus på förebyggande och uppsökande arbete från socialtjänstens sida. Omställningen kommer att vara långsiktig över flera års tid.

1 april 2024 träder en ny lag i kraft, avseende placering av barn på skyddat boende. Den nya lagen innebär förberedande arbete med både styrdokument och samverkansformer, för att ställa om till ett nytt arbetssätt i dessa ärenden.

Två nya verksamheter enligt LSS förväntas öppnas under våren 2024, gruppboende för vuxna samt korttidsvistelse.

Flertalet långsiktiga åtgärder som planeras utifrån de lex Sarah utredningar som gjorts under 2023 fortsätter även 2024. Dessa innefattar bland annat utbildningsinsatser för rapportering enligt lex Sarah och dokumentationsskyldigheten utifrån det systematiska kvalitetsarbetet.

### 6.3 Patientsäkerhet

Ett nytt digitalt verktyg för att ordinera och skapa träningsprogram och instruktioner till personal och vårdtagare införs under 2024. IT-systemet heter Exorlive och kommer att användas av kommunens fysioterapeuter.

Millenium programmet införs och ersätter dagens SAMSA (samordnad vårdplanering). SIP (samordnad individuell plan) ingår också införandet. Herrljunga är en av de första kommunerna som kör skarp drift i november.

Införandet av Tunstall digitala läkemedelsskåp inom ordinärt boende fortsätter även under 2024. Nya digitala tjänster från INERA kommer att införas.

Säkrare och enklare inloggning till IT-system (AD-inloggning) är ett projekt som leds av kommunens IT-enhet tillsammans med socialförvaltningens IT-strateger. Syftet är att öka IT-säkerheten gällande åtkomster till personuppgifter.

Under 2024 kommer fler regelbundna möten inplaneras mellan MAS och legitimerad personal.

Ett förbättringsarbete behövs med att öka efterlevnaden av basala hygienrutiner och klädregler, utifrån resultat från punktprevalensmätningar under 2023.

Under året har två sjuksköterskor genomgått utbildning för att bli certifierade BPSD-utbildare. Under hösten påbörjades vidareutbildning för berörd personal i verksamheterna, vilka kommer att fortsätta under 2024.

Inom VGR pågår projekt för digitala hjälpmedel i samverkan, vilket syftar till att påbörja införandet av ett samarbete kring digitala hjälpmedel. De första hjälpmedlen beräknas vara klara för inköp i början av 2024. Upphandlingar kommer att pågå successivt och styrs utifrån kommunernas och regionens efterfrågan.

Strukturerad kommunikation och information om patienters hälsotillstånd ska säkerställas, detta utförs enligt SBAR-modellen.





## Återredovisning tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO)

### Sammanfattning

Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) som drivs av Socialnämnden i Herrljunga kommun har genomförts av inspektionen för vård- och omsorg (IVO). Inspektionen genomfördes fysiskt på plats i oktober 2022. Det övergripande syftet med tillsynen är att äldre skall få en god och säker vård. Samtliga av Sveriges kommuner har granskats.

IVO beslut från den 12/9–2023 bedömer att nämndens redovisning efter myndighetens beslut den 20 april 2023, i aktuellt ärende inte är tillräcklig inom följande områden.

I bilagan Formulär för återredovisning har frågorna 9, 14 - 24, 27 - 29, 34, 37 - 39, 42 - 44 lämnats obesvarade då dessa inte är föremål för kompletteringen.

- kontinuitet avseende vård- och omsorgspersonal
- sjuksköterskans förutsättning att bedöma patientens hälsotillstånd och att handleda vård- och omsorgspersonal

Redovisning av åtgärder och effekter:

- vård och omsorgspersonalens kompetens
- sjuksköterskans förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd och att handleda vård- och omsorgspersonal.
- läkartillgång/läkarmedverkan
- dokumentation
- kontinuitet
- delegering
- dokumentation av läkemedelsgenomgång
- tillgång till information vid vård i livets slutskede
- genomförande och dokumentation av brytpunktssamtal



Flera av de påtalade bristerna har redan åtgärdats.  
Några av åtgärderna kommer även att fortlöpa under 2024.

#### **Beslutsunderlag**

- Tjänsteskrivelse i ärendet återredovisning DNR SN 2022/128
- Bilaga 1: Formulär återredovisning för SÄBO daterad 2024-02-20

#### **Förslag till beslut**

Socialnämnden godkänner återredovisning av SÄBO tillsyn och lägger ärendet till handlingarna

Mattias Olerot  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Susanne Johnsen  
Verksamhetschef HSL



## Bakgrund

IVO genomförde under 2020–2021 en granskning av den medicinska vården på SÄBO som huvudsakligen var kopplad till vården av patienter som insjuknat i covid-19. Under 2022–2023 genomförde myndigheten en fördjupad granskning av den medicinska vården på SÄBO hos alla Sveriges kommuner. Tillsynen innefattade en granskning av kommunala hälso- och sjukvårdsjournaler, enkäter till sjuksköterskor och patienter samt inspektioner på plats i kommuner. Inspektionerna omfattade intervjuer med patienter, sjuksköterskor och personer i ledande befattning. Den omfattande granskningen av journaler tillsammans med enkäterna och inspektionen möjliggjorde för IVO att dra generella slutsatser om hur kommunerna ger förutsättningar för god vård. Syftet med den fördjupade granskningen var att bidra till att vårdgivarna fullgör sina skyldigheter enligt de bestämmelser som reglerar området och bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så att vården blir god och säker för de äldre som bor på SÄBO.

Av landets 290 kommuner har drygt hälften behövt komplettera sina åtgärder.

Inskickad återredovisning till IVO gällande nedanstående frågeställningar:

I bilagan Formulär för återredovisning har frågorna 9, 14 - 24, 27 - 29, 34, 37 - 39, 42 - 44 lämnats obesvarade då dessa inte är föremål för kompletteringen.

- kontinuitet avseende vård- och omsorgspersonal
- sjuksköterskans förutsättning att bedöma patientens hälsotillstånd och att handleda vård- och omsorgspersonal
- vård och omsorgspersonalens kompetens
- läkartillgång/läkarmedverkan
- dokumentation
- delegering
- vård i livets slutskede
- dokumentation gällande läkemedelsgenomgång samt brytpunktssamtal
- läkemedelshantering sker inte på ett patientsäkert sätt



Motivering av förslag till beslut

Socialnämnden godkänner återredovisningen av SÄBO tillsyn och lägger ärendet till handlingarna.

## Nationell tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) som drivs av kommunen

Med anledning av det beslut som IVO tillställt nämnden i pågående tillsyn begär IVO med stöd av 7 kap. 20 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, att nämnden redovisar:

- Hur nämnden säkerställer att de åtgärder som vidtagits avhjälper den påtalade bristen/de påtalade bristerna.
- Vilka effekter som nämnden i sin egenkontroll konstaterat utifrån de åtgärder som vidtagits avseende de brister som finns redovisade i IVO:s beslut.

Redovisningen ska **inkomma till IVO senast det datum som framgår av beslutet den 1 mars respektive den 15 mars 2024**. Om begärd redovisning inte kommer in inom angiven tid kan IVO komma att fatta beslut om föreläggande, med eller utan vite, att inkomma med de uppgifter som IVO begärt.

### Formulär för redovisning av nämndens åtgärder

I detta formulär kommer IVO ställa ett antal frågor gällande de åtgärder som nämnden redovisat att nämnden/kommunen vidtagit eller planerat att vidta samt följt upp effekten av för att komma till rätta med de brister som finns beskrivet i IVO:s beslut.

Med vidtagna åtgärder avser IVO att kommunen har informerat, genomfört och implementerat de aktiviteter som finns beskrivet i nämndens redovisning i alla sina delar i samtliga berörda verksamheter.

Med uppföljd åtgärd avser IVO att nämnden säkerställer att ledningen i alla ansvarsled följt upp att redovisade åtgärder fått effekt för patienten. Nämnden ska även säkerställa att vård- och omsorgspersonal och sjuksköterskor har ett arbetssätt som visar på att de arbetar enligt de processer och rutiner som gäller för verksamheten.

Enligt 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, ska vårdgivare planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, upprätthålls. Vidare ska vårdgivaren upprätta ett för verksamheten anpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Med stöd av ledningssystemet ska vårdgivaren planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet, inklusive aktiviteter som avvikelshantering och egenkontroll, ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet vilket framgår av 5 kap. 4 § HSL och 3 kap. 1 och 2 §§ samt 5 kap. 2 och 3a §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

När IVO efterfrågar vilka effekter som nämnden sett i sin egenkontroll begär IVO att få uppgifter om vilken reell påverkan för patienterna som åtgärderna bidragit till och hur nämnden kontrollerat detta i verksamheten.

Redan när åtgärderna beslutas ska det bestämmas hur de ska genomföras, vem som ansvarar för åtgärderna, när det ska vara klart, när och hur åtgärderna ska följas upp och till vem det ska rapporteras.

Syftet med en effektuppföljning är att ta reda på om det genomförda arbetet påverkat problemen som det är tänkt och om resultatet är bättre än om åtgärderna inte hade vidtagits. Effektuppföljningen är ett sätt att värdera om arbetet varit framgångsrikt eller inte och i så fall på vilket sätt. Det bör också kontrolleras om en åtgärd haft önskat resultat.

## Hantering av personuppgifter

IVO behandlar personuppgifter såsom namn och funktion på den/de personer som är uppgiftslämnare. Uppgifterna används för att kommunicera med tillsynsobjektet och utreda ärendet. IVO behandlar även personuppgifter för att kunna fullfölja sitt ansvar att planera och genomföra tillsyn med utgångspunkt i egna riskanalyser samt för att utgöra underlag för årliga sammanställningar. Behandlingen är nödvändig som ett led i IVO:s myndighetsutövning och för att utföra en uppgift av viktigt allmänt intresse. Så här behandlar IVO personuppgifter; <https://www.ivo.se/personuppgifter-och-dataskydd>

### 1. IVO:s diarienummer i beslutet

3.5.1–34092/2022

### 2. Vårdgivarens/kommunens diarienummer

SN 2022/128

### 3. Namn och funktion på uppgiftslämnare

*Obligatorisk*

*Om flera rapporterat skriv namn och funktion på samtliga*

Susanne Johnsen, verksamhetschef HSL

Mattias Olerot, MAS

### 4. Ange datum för inrapportering

2024-XX-XX

## KOMPETENS

### Vård- och omsorgspersonalens kompetens

För att ge god och patientsäker vård är det viktigt att den vård- och omsorgspersonal som finns närmast patienten har förmågan, kunskapen och kompetensen att observera samt signalera när patientens hälsotillstånd förändras.

Av Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre, framgår bland annat att personal som arbetar på SÄBO minst bör ha:

- Kunskap om vanliga sjukdomar och hälsoproblem hos äldre personer samt hur dessa påverkar behovet av vård och omsorg.
- Förmåga att bedöma när någon annan kompetens än den egna behövs.
- Förmåga att kommunicera med personer ur olika yrkesgrupper.

#### 5. Har nämnden följt upp de åtgärder som vidtagits för att säkerställa att all vård- och omsorgspersonal har den kompetens som krävs för att kunna observera, tolka och signalera när patientens tillstånd förändras?

*Endast ett svarsalternativ kan anges*

- Ja helt  
 Ja delvis  
 Nej —————> Gå vidare till fråga 7

#### 6. Beskriv på vilket sätt / hur nämnden strukturerat och systematiskt säkerställt att vård- och omsorgspersonalen har den kompetens som krävs för att kunna observera, tolka och signalera när patientens tillstånd förändras.

- Vi har under 2023 blivit certifierade i VO-college för att kvalitetssäkra utbildningar samt att ge möjlighet till validering. Här ingår handledarutbildning för att ta emot elever samt att kunna utbilda kollegor.
- Validering erbjuds i ÄO-lyftet.
- Ytterligare tillägg har uppdaterats i delegeringsutbildningen. Det ska ingå att lära sig att bedöma en patients tillstånd.
- För att öka kompetensen i gruppen har flera utbildat sig till specialistundersköterska.
- Utökning av en demenssjuksköterska som handleder omvårdnadspersonal och medverkar i teammöten.
- Utbildat två personer till certifierade utbildare inom BPSD varv en är chef och en är demenssjuksköterska.
- Fyra BPSD-utbildningar har genomförts under hösten för att öka kompetensen ute i verksamheterna.
- Ett årshjul tas fram för 2024 där det ingår att informera all personal kring bland annat när kontaktas legitimerad personal.

Om **ja helt** på fråga 5 —————> gå vidare till fråga 10

#### 7. Har nämnden en planering för hur uppföljningen ska ske för de åtgärder som ännu inte följts upp?

*Endast ett svarsalternativ kan anges*

- Ja helt  
 Ja delvis  
 Nej —————> Gå vidare till fråga 9

**8. Beskriv på vilket sätt / hur nämnden planerar att följa upp de åtgärder som ännu inte har följts upp för att säkerställa att vård- och omsorgspersonalen har den kompetens som krävs för att kunna observera, tolka och signalera när patientens tillstånd förändras.**

- Uppföljningar i samband med delegeringsförnyelser
- Statistik från BPSD-register
- Årlig samt löpande HSL-journalgranskning
- Utbildning och kontinuerlig uppföljning av SBAR-dokumentation
- Digitala utbildningar har införts. Man kan enkelt göra uppföljningar av kunskapsresultaten.

*Gå vidare till fråga 10*

*Om nej på fråga 7*

**9. Beskriv orsaken till att nämnden inte har följt upp eller planerar att följa upp vidtagna åtgärder för att säkerställa att vård- och omsorgspersonalen har den kompetens som krävs för att kunna observera, tolka och signalera när patientens tillstånd förändras.**

**10. Har nämnden följt upp att vidtagna åtgärder avseende vård- och omsorgspersonalens kompetens fått avsedd effekt för patienterna?**

*Endast ett svarsalternativ kan anges*

Ja helt

Ja delvis

Nej → *Gå vidare till fråga 12*



**11. Beskriv vilka effekter för patienterna som nämnden konstaterat i sin egenkontroll efter vidtagna åtgärder avseende vård- och omsorgspersonalens kompetens.**

- Ökat antal BPSD-registreringar där man ser att åtgärderna ger effekt. Man ser effekterna genom lägre poängskattning.
- Uppföljningar i verksamhetens avvikelsesystem

Om **ja helt** på fråga 10 → gå vidare till fråga 15

**12. Har nämnden en planering för hur uppföljningen ska ske för de effekter av åtgärder som ännu inte följts upp?**

*Endast ett svarsalternativ kan anges*

- Ja helt  
 Ja delvis  
 Nej → Gå vidare till fråga 14

**13. Beskriv på vilket sätt / hur nämnden planerar att följa upp effekten för patienterna för de åtgärder som ännu inte har följts upp.**

- Enkät kommer att skickas ut under våren till samtliga patienter som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård.

Gå vidare till fråga 15

*Om nej på fråga 12*

**14. Beskriv orsaken till att nämnden inte har följt upp eller planerar att följa upp effekten för patienterna efter vidtagna åtgärder.**

## Vård- och omsorgspersonalens brister i svenska språket

För att ge god och patientsäker vård är det viktigt att vård- och omsorgspersonal har tillräcklig språkkunskap i svenska språket för att ha förmåga att kommunicera både muntligt och skriftligt. Av Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre, framgår bland annat att personal som arbetar på SÄBO minst bör ha:

- Förmåga att förstå, tala, läsa och skriva svenska

**15. Har nämnden följt upp de åtgärder som vidtagits för att säkerställa att all vård- och omsorgspersonal har den språkkunskap och förmåga att kommunicera både muntligt och skriftligt som krävs för att ge en patientsäker vård?**

*Endast ett svarsalternativ kan anges*

- Ja helt  
 Ja delvis  
 Nej —————> *Gå vidare till fråga 17*

**16. Beskriv på vilket sätt / hur nämnden strukturerat och systematiskt säkerställt att vård- och omsorgspersonalen har den språkkunskap och förmåga att kommunicera både muntligt och skriftligt som krävs för att ge en patientsäker vård.**

Om **ja helt** på fråga 15 —————> *gå vidare till fråga 20*

**17. Har nämnden en planering för hur uppföljningen ska ske för de åtgärder som ännu inte följts upp?**

*Endast ett svarsalternativ kan anges*

- Ja helt  
 Ja delvis  
 Nej —————> *gå vidare till fråga 19*

**18. Beskriv på vilket sätt / hur nämnden planerar att följa upp de åtgärder som ännu inte har följts upp för att säkerställa att vård- och omsorgspersonalen har den språkkunskap och förmåga att kommunicera både muntligt och skriftligt som krävs för att ge en patientsäker vård.**

*Gå vidare till fråga 20*

*Om nej på fråga 17*

**19. Beskriv orsaken till att nämnden inte har följt upp eller planerar att följa upp vidtagna åtgärder för att säkerställa att vård- och omsorgspersonalen har den språkkunskap och förmåga att kommunicera både muntligt och skriftligt som krävs för att ge en patientsäker vård.**

**20. Har nämnden följt upp att vidtagna åtgärder avseende vård- och omsorgspersonalens språkkompetens fått avsedd effekt för patienterna?**

*Endast ett svarsalternativ kan anges*

- Ja helt
- Ja delvis
- Nej → *gå vidare till fråga 22*

**21. Beskriv vilka effekter för patienterna som nämnden konstaterat i sin egenkontroll efter vidtagna åtgärder avseende vård- och omsorgspersonalens språkkompetens.**

Om **ja helt** på fråga 20 → gå vidare till fråga 25

**22. Har nämnden en planering för hur uppföljningen ska ske för de effekter av åtgärder som ännu inte följts upp?**

*Endast ett svarsalternativ kan anges*

- Ja helt  
 Ja delvis  
 Nej → gå vidare till fråga 24

**23. Beskriv på vilket sätt / hur nämnden planerar att följa upp effekten för patienterna för de åtgärder som ännu inte har följts upp.**

Gå vidare till fråga 25

Om nej på fråga 22

**24. Beskriv orsaken till att nämnden inte har följt upp eller planerar att följa upp effekten för patienterna efter vidtagna åtgärder.**

## SJUKSKÖTERSANS FÖRUTSÄTTNINGAR

### Sjuksköterskans förutsättningar att handleda vård- och omsorgspersonal avseende hälso- och sjukvård samt delegerade uppgifter såsom läkemedelshantering

För att ge god och patientsäker vård är det viktigt sjuksköterskor har förutsättningar att säkerställa att vård- och omsorgspersonalen har de teoretiska och praktiska kunskaper som krävs för att fullgöra arbetsuppgiften på ett patientsäkert sätt.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård framgår bland annat att det åligger den som meddelat ett delegeringsbeslut att bevaka att den arbetsuppgift som hen delegerat fullgörs på ett sätt som är förenligt med en god och säker vård. Den som meddelat ett delegeringsbeslut skall vid olika tillfällen under den tid som delegeringen gäller kontrollera att uppgiftsmottagaren fullgör uppgiften på ett riktigt sätt. Hen skall ge den som mottagit delegeringen den handledning som kan behövas.

**25. Har nämnden följt upp de åtgärder som vidtagits för att säkerställa att sjuksköterskorna har förutsättningar att handleda vård- och omsorgspersonal i både hälso- och i sjukvård samt delegerade uppgifter?**

*Endast ett svarsalternativ kan anges*

- Ja helt  
 Ja delvis  
 Nej —————> gå vidare till fråga 27

**26. Beskriv på vilket sätt / hur nämnden strukturerat och systematiskt säkerställt att sjuksköterskorna har förutsättningar att handleda vård- och omsorgspersonal i både hälso- och sjukvård samt delegerade uppgifter.**

Utökning av anställda sjuksköterskor har skett. Har successivt ökat antalet årsarbetare för att säkerställa kvalitet och kontinuitet i stället för att använda bemanningsföretag.

Fler individuella utbildningstillfällen med personal sker.

Bättre uppföljningar gällande delegerade insatser samt en uppdaterad rutin.

Vi använder våra IT-stöd på ett bättre sätt med flera funktioner tex i MCSS/APPVA där alla HSL-insatser finns dokumenterade.

Om **ja helt** på fråga 25 —————> gå vidare till fråga 30

**27. Har nämnden en planering för hur uppföljningen ska ske för de åtgärder som ännu inte följts upp?**

*Endast ett svarsalternativ kan anges*

- Ja helt  
 Ja delvis  
 Nej —————> gå vidare till fråga 29

**28. Beskriv på vilket sätt / hur nämnden planerar att följa upp de åtgärder som ännu inte har följts upp för att säkerställa att sjuksköterskorna har förutsättningar att handleda vård- och omsorgspersonal i både hälso- och sjukvård samt delegerade uppgifter.**

*Gå vidare till fråga 30*

*Om nej på fråga 27*

**29. Beskriv orsaken till att nämnden inte har följt upp eller planerar att följa upp vidtagna åtgärder för att säkerställa att sjuksköterskorna har förutsättningar att handleda vård- och omsorgspersonal i både hälso- och sjukvård samt delegerade uppgifter.**

**30. Har nämnden följt upp att vidtagna åtgärder avseende sjuksköterskornas förutsättningar att handleda vård- och omsorgspersonal fått avsedd effekt för patienterna?**

*Endast ett svarsalternativ kan anges*

Ja helt

Ja delvis

Nej → *gå vidare till fråga 32*

**31. Beskriv vilka effekter för patienterna som nämnden konstaterat i sin egenkontroll efter vidtagna åtgärder avseende sjuksköterskornas förutsättningar att handleda vård- och omsorgspersonal.**

Genom utökning av antalet årsarbetare sjuksköterska kan kvalitet och kontinuitet upprätthållas.

Fler individuella möten med både patient och personal.

Utnyttja våra digitala IT-stöd på ett bättre sätt. Möjligheten att få ut statistik mm.

Om **ja helt** på fråga 30 → gå vidare till fråga 35

**32. Har nämnden en planering för hur uppföljningen ska ske för de effekter av åtgärder som ännu inte följts upp?**

*Endast ett svarsalternativ kan anges*

Ja helt

Ja delvis

Nej → gå vidare till fråga 34

**33. Beskriv på vilket sätt / hur nämnden planerar att följa upp effekten för patienterna för de åtgärder som ännu inte har följts upp.**

- Egenkontroll av läkemedelshantering utförs varje år tillsammans med andra kommuner i MAS/MAR-nätverket Borås/Sjuhärad. En granskning av varandras kommuner ingår.
- Gått med i vård- och omsorgscollage
- Utbildade handledare för att kunna ta emot VFU-studenter samt APL-elever.
- Nytt upphandlat verksamhetssystem med avvikelshantering som införs under 2024 med fler möjligheter att göra uppföljningar.

Gå vidare till fråga 35

Om **nej** på fråga 32

**34. Beskriv orsaken till att nämnden inte har följt upp eller planerar att följa upp effekten för patienterna efter vidtagna åtgärder.**

## VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE

För att uppnå en god och säker vård ska patienten alltid ges möjlighet att vara delaktig i sin vård och behandling. Patienten och i förekommande fall närstående ska vara informerade, delaktiga och ge samtycke till vård och behandling. När vården går in i livets slutskede och palliativa insatser sätts in ska det hållas ett s.k. brytpunktsamtal med patienten och/eller närstående. Vak ska erbjudas och den vård- och omsorgspersonal som är närmast patienten ska ha tillgång till information.

Av 2 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling framgår att en patient med ett livshotande tillstånd ska få en legitimerad läkare som fast vårdkontakt. Denne ska ansvara för planeringen av patientens vård. Vid planeringen ska den fasta vårdkontakten enligt 4 § samma kapitel fastställa målen för vården inklusive delmålen för de olika behandlingar och åtgärder som ingår i vården, och ta ställning till hur patientens behov av hälso- och sjukvård ska tillgodoses.

Enligt 5 kap. 1 och 3 §§ patientlagen (2014:821), PL, ska vården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och om lämpligt med närstående.

### 35. Har nämnden följt upp de åtgärder som vidtagits för att säkerställa att patienten får en god och säker vård i livets slutskede?

*Endast ett svarsalternativ kan anges*

- Ja helt  
 Ja delvis  
 Nej —————> gå vidare till fråga 37

### 36. Beskriv på vilket sätt / hur nämnden strukturerat och systematiskt säkerställt att patienten får en god och säker vård i livets slutskede.

- Dokumentation i kommunens verksamhetssystem sker på rätt KVÅ-kod
- All personal har genomgått kompetensutveckling i palliativ vård
- Utdrag från kvalitetsregister
- VILS-team för brukare som endast har hemtjänst.

Om **ja helt** på fråga 35 —————> Gå vidare till fråga 40

### 37. Har nämnden en planering för hur uppföljningen ska ske för de åtgärder som ännu inte följts upp?

*Endast ett svarsalternativ kan anges*

- Ja helt  
 Ja delvis  
 Nej —————> gå vidare till fråga 37



**38. Beskriv på vilket sätt / hur nämnden planerar att följa upp de åtgärder som ännu inte har följts upp för att säkerställa att patienten får en god och säker vård i livets slutskede.**

*Gå vidare till fråga 40*

*Om nej på fråga 37*

**39. Beskriv orsaken till att nämnden inte har följt upp eller planerar att följa upp vidtagna åtgärder för att säkerställa att patienten får en god och säker vård i livets slutskede.**

**40. Har nämnden följt upp att vidtagna åtgärder avseende patientens vård i livets slutskede fått avsedd effekt för patienterna?**

*Endast ett svarsalternativ kan anges*

Ja helt

Ja delvis

Nej → *gå vidare till fråga 42*

**41. Beskriv vilka effekter för patienterna som nämnden konstaterat i sin egenkontroll efter vidtagna åtgärder avseende patientens vård i livets slutskede.**

- Genom jämförelser i kvalitetsregister tex palliativa registret som visar resultat på 100% resultat gällande ordination av stark opioid- och ångestdämpande injektion, smärtgenombrott. Hög mänsklig närvaro vid dödsögonblick.
- Patienterna vårdas av personal utbildad i palliativ vård

Om **ja helt** på fråga 40 → gå vidare till fråga 45

**42. Har nämnden en planering för hur uppföljningen ska ske för de effekter av åtgärder som ännu inte följts upp?**

*Endast ett svarsalternativ kan anges*

- Ja helt
- Ja delvis
- Nej → gå vidare till fråga 44.

**43. Beskriv på vilket sätt / hur nämnden planerar att följa upp effekten för patienterna för de åtgärder som ännu inte har följts upp.**

Gå vidare till fråga 45

*Om nej på fråga 42*

**44. Beskriv orsaken till att nämnden inte har följt upp eller planerar att följa upp effekten för patienterna efter vidtagna åtgärder.**

### **REDOVISNING AV YTTERLIGARE ÅTGÄRDER**

I IVO:s beslut kan det ha framkommit ytterligare brister än de ni hittills redovisat i detta formulär. Nedan ska nämnden redovisa de åtgärder som vidtagits och hur nämnden följt upp dessa.

Se IVO:s beslut i aktuellt ärende.

#### 45. Beskriv de åtgärder som nämnden vidtagit.

Läkemedelshantering sker inte på ett patientsäkert sätt:

- Införande av digitala läkemedelsskåp
- Ny delegeringsrutin med tillhörande utbildningsmaterial för omvårdnadspersonal.
- Ny läkemedelsrutin
- Utbildat enhetschefer gällande de lagar som styr läkemedelshantering
- Utökning av antalet läkemedelsgenomgångar har beslutats tillsammans med ansvarig läkare på Närhälsan.

Dokumentation gällande läkemedelsgenomgång samt brytpunktssamtal

- KVÅ-koder är rätt inställda i verksamhetssystemet samt att personalen fått information att dokumentera på rätt kod.

Läkartillgång/läkarmedverkan

- Närområdesplan 2024

#### 46. Beskriv på vilket sätt / hur nämnden följt upp dessa åtgärder.

- Ökat antal installerade digitala läkemedelsskåp
- Statistik/resultat av utbildning vid delegering
- Kontroll av följsamhet till läkemedelsrutin
- En HSL-journalgranskning är genomförd tillsammans med Närhälsan i Herrljunga
- Genom kontinuerliga samverkansmöte med uppföljningar kring läkarmedverkan

# Verksamhetsberättelse

---

Utväg Södra Älvsborg.



## Innehållsförteckning

<b>1 Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
<b>2 Verksamhet</b> .....	<b>3</b>
2.1 Samverkan .....	7
2.2 Patientsäkerhet .....	8
2.2.1 Avvikelsehantering.....	8
2.2.2 Risk- och konsekvensanalyser .....	8
2.2.3 Kund/Patientenkät .....	8
<b>3 Produktion och tillgänglighet</b> .....	<b>9</b>
<b>4 Medarbetare</b> .....	<b>11</b>
4.1 Nettoårsarbetare .....	11
4.2 Sjukfrånvaro .....	12
4.3 Personalomsättning .....	12
<b>5 Ekonomi</b> .....	<b>13</b>
<b>6 Utmaningar</b> .....	<b>13</b>

# 1 Sammanfattning

## 2 Verksamhet

### Sammanfattning

Verksamhetsutveckling har varit fortsatt i fokus under 2023 och som ett nästa steg i processen är att ett arbete har påbörjats med att ta fram ett dokument för samtalskontakter på Utväg i syfte att göra ramar och uppdrag tydliga för såväl personalen som för de samverkande myndigheterna.

Ytterligare en rutin som tagits fram är ett dokument som beskriver hur verksamheten tar ansvar för information till barn som anhöriga som upplevt våld. Detta då barn till anhöriga som utsatt närstående för våld är en nyss tillagd grupp i hälso- och sjukvårdslagen.

### Personal

I oktober slutade en av medarbetarna sin tjänst på Utväg och lämnade ett stort tomrum efter sig. Då verksamheten gjorde en överanställning föregående år för att säkra upp en medarbetare som var anställd som timvikarie, finns det inte ekonomiskt utrymme att anställa en person efter vakansen. Det blev omgående kännbart i verksamheten att bli en medarbetare mindre och kön för våldsutsatta vuxna blev per automatik längre.

Personalen har under året haft verksamhetshandledning med handledare Malin Bäck en gång i månaden. Under våren hade gruppledarna handledning via länk under två tillfällen med Ina Müller, men stod under hösten utan grupphandledare.

### Stödsökande

Personalen har gjort ett fantastiskt arbete med att hantera det höga trycket av stödsökande under året. Personer vänder sig till Utväg efter rekommendation av någon av våra samverkande myndigheter eller tar på egen hand en kontakt med verksamheten. Personer som har ett stort behov av att få prata om sina upplevelser av att leva i en relation kantad av respektlöshet, rädsla, våld och förtryck. Personalen har fått göra noggranna avvägningar och prioriteringar för dem som har det största stödbehovet. Samtliga stödsökande får vid första telefonkontakten ett samtal som omfattar en kartläggning om personens livssituation och stödbehov och personen får vid detta samtal eventuellt uppmaning om att ta andra kontakter för skyddsbehovet eller får information om möjlighet att komma till Utväg för samtalsbehandling.

Utväg Södra Älvsborg har under 2023 träffat **259** personer på våra samtalsmottagningar i Borås och i Alingsås. Dessa personer har varit på **1317** fysiska besök. Under året har registrerats **42** distanskontakter via telefon som ersätter besök.

Kontaktsak inkl Ej angiven	Antal unika patienter
Barn som upplevt våld	26
Ej angiven	13
Utsatt för våld	181
Utövat våld	61

Statistik över gruppdeltagare:

Kvinnogrupp Borås; 27 st

Kvinnogrupp Alingsås; 14

Unga Vuxna, samverkan med UM; 4

Icke-våldsgrupp: 5

Barngrupp; 4 st

Föräldragrupp; 4 st

### **Verksamhet**

Utväg Södra Älvsborg har under året fokuserat på tre områden som finns formulerade i verksamhetsplanen. Dessa har varit;

1. Gruppverksamhet i samtliga perspektiv
2. RiktadHandledning
3. Återhämtning och hållbarhet

#### 1. Gruppverksamhet i samtliga perspektiv

##### *Icke-våldsgrupp*

Under föregående år noterades en påtaglig minskning av stödsökande våldsutövare till verksamheten. Det medförde att det inte gick att upprätthålla en icke-våldsgrupp utan den lades på is. Det har varit personalens ambition under innevarande år att starta gruppen igen då vi vet att det har en stor betydelse för våldsutövare att under återkommande och strukturerade former få arbeta med sin våldsproblematik. Genom samverkan och riktad information till framförallt Utvägs samverkande socialtjänster har inflödet av våldsutövare ökat och i augusti kunde Icke-våldsgrupp åter starta. Till skillnad från föregående år är det på grund av ekonomiska förutsättningar Utvägs egen personal som är gruppleddare i Icke-våldsgrupp. Gruppen har ett rullande intag, vilket innebär att när en deltagare är färdig med sina tillfällen enligt den manualbaserade modellen, börjar en ny deltagare i gruppen.

##### *Barn- och föräldragrupp*

Under hösten har det bedrivits gruppverksamhet för barn som upplevt/bevittnat våld och deras icke-våldsutövande förälder har gått i parallell föräldragrupp. Till de båda grupperna behövs två gruppleddare och alla fyra har varit personal från Utväg. Gruppverksamheten är manualbaserad och har ett fast antal deltagare, gruppen hölls under 11 veckor.

##### *Unga vuxna*

Ett nytt samarbete har inletts under hösten 2023 där Ungdomsmottagningen tillsammans med Utväg bedriver grupp för unga vuxna. Ungdomsmottagningen har många stödsökande som har upplevelser av våld i en parrelation och de söker sitt samtalsstöd hos UM. Utväg såg det som en god möjlighet att använda år kunskap om gruppverksamhet till att möta denna grupp unga vuxna som annars troligtvis inte blivit aktuella för den ordinarie gruppverksamheten på Utväg. Gruppen hölls under 10 veckor med ett fast antal deltagare. Gruppen hölls i Ungdomsmottagningens lokaler i Borås.

##### *Kvinnogrupp*

Utvägs mest etablerade gruppverksamhet är den för våldsutsatta kvinnor. I början av året var det en lång kö till de tre befintliga kvinnogrupperna och därmed togs beslut om att genomföra ytterligare en kvinnogrupp men med ett fast antal deltagare. Gruppen hölls under vårterminen och gruppleddare var två medarbetare på Utväg.

##### *Grupp för unga vuxna*

I samverkan med ungdomsmottagningen i Borås har det under hösten bedrivits en grupp för unga våldsutsatta kvinnor. Gruppen har hållits i ungdomsmottagningens lokaler och



gruppleddare har varit en kurator från ungdomsmottagningen och en kurator från Utväg Södra Älvsborg.

## 2. Riktad handledning

Syftet med Utvägs koncept "Riktad handledning" är att bistå personal i myndighetssamverkan som i sitt arbete möter våldsutsatta och våldsutövare, med kunskap, utbildningsmoment och handledning i ämnet våld i nära relationer. Under året har information om erbjudandet kunnat spridas via kontaktpersonsnätverket, både digitalt och genom de fysiska träffarna som genomförts. I verksamhetsplanen har Utväg formulerat vikten av att uppdragen med riktad handledning behöver vara tydliga och ha ett formulerat uppdrag och mål. Samtliga uppdrag har därmed en skriftlig uppdragsformulering som är undertecknad av ansvarig chef och Utvägs verksamhetschef.

## 3. Kontaktpersonsnätverket (KP-nätverk)

Enligt avtal med de samverkande myndigheterna skall Utväg samordna och ansvara för ett nätverk med deltagare från de samverkande myndigheterna. Syftet med nätverket är att skapa arenor för samverkan över myndighetsgränserna och att personal som möter människor som upplevt våld i nära relationer ska känna sig trygga i hur de ska hantera ärendet och känna till vilka stödfunktioner som finns till i närområdet.

KP-nätverket har träffats vid två tillfällen under året. Se avsnitt under samverkan.

## Reflektion och återhämtning

Medarbetarenkäten som presenterades i slutet av 2022 indikerade att personalen på Utväg sammanfattningsvis känner meningsfullhet inför sitt arbete. De uttrycker att det finns en hög påverkansgrad över sin arbetsdag och de känner sig trygga med verksamhetens mål och uppdrag. Däremot visar enkäten att det saknas personalresurser för att utföra uppdraget på ett helt tillfredsställande sätt och att det är ett arbete som hänger kvar i tankarna efter att arbetsdagen är slut. Hälften uppgav brister i möjlighet till reflektion och återhämtning. Under året har vi därför arbetat aktivt med att rutinen som är framtagen av VKV för "hur negativ påverkan av att arbeta med våld kan förebyggas, upptäckas och hanteras." Dokumentet har omarbetats till att gälla Utvägs verksamhet och vi hade fokus på rutinen på Utvägs gemensamma personaldagar i augusti på Thorskogs slott.

## Resultat av Tyck Till

De svar som kommer in i fritext från patientnöjdhetenkäten är odelat positiva. Personalen överöses med lovord om professionellt bemötande och ovärderligt stöd. Till skillnad för föregående år har personalen i år manuellt delat ut QR-koder till våra besökare, såväl de som gått i individuella stödsamtal samt gruppbehandling. Utväg har haft två utsedda månader under året då de delat ut QR-koder till besökare, men det har också suttit affischer med QR-kod i våra väntrum.

## Verksamhetsutveckling

En del i Utvägs arbete handlar om att ständigt rikta blicken inåt och reflektera över det arbete som bedrivs med våldsutsatta, våldsutövare och barn. I samband med att båda Utvägs verksamheter har organiserats under samma verksamhetschef har det blivit naturligt för personalen i de båda verksamheterna att mer ingående ta del av varandras arbetssätt och rutiner i det kliniska arbetet. Arbetet med att föra våra verksamheter närmare varandra har fortsatt under året och vi har haft en heldag i Alingsås tillsammans den 19 juni samt två personaldagar på Thorskogs slott 24-25 augusti.

## **Kompetensutveckling**

18–19 april Barnrättsdagar i Karlstad.

29–30 augusti, kvinnofridskonferensen i Stockholm

### Utbildning

Att möta barn som upplevt våld

Att möta personer som utövat våld

Manualutbildning i metoden "Icke-våldsgrupp för män"

## **Utbildningstillfällen**

Utvägs arrangerar återkommande utbildningar för de samverkande myndigheterna i syfte att öka kompetens och kvalitet i det professionella bemötandet till våldsutsatta, våldsutövare och barn som upplevt våldet.

- Utbildning fokus Barn som upplevt våld, 3 mars & 10 mars
- Utbildning fokus Det professionella samtalet med våldsutsatta, 22 maj & 29 maj
- Utbildning fokus Det professionella samtalet Samtal om våld, 20 mars, 28 april samt 15 maj
- Manualutbildning Icke-våldsgrupp för män. Utbildare Per Isdal. Hela v.33 i Borås
- Öppet Hus, 8 mars
- Kontaktpersons nätverksträff, 15 maj & 30 november

### **Nedanstående föreläsningar/utbildningar har Utväg genomfört på uppdrag av verksamheter i samverkan:**

- GU, föreläsning på socionomprogrammet
- Polisen Södra Älvsborg, 1 mars
- Psykiatri Södra Älvsborg
- Vårdcentralen Floda
- Spädbarnsenheten Alingsås, 30 maj
- Psykiatridagen Alingsås, 20 september
- Presentation om Utväg för styrelsen för Regionhälsan, 19 december

## **Forskning och utvärdering**

Utvärderingsprojektet som genomförs av Göteborgs Regionen för att utvärdera effekterna på stöd till våldsutövare har fortskridit med datainsamling under året. Sista datum för insamlande av data är sista december 2023 och planen är att utvärderingen skall slutföras under kommande år.

## **2.1 Samverkan**

### **Samverkan**

Utvägs uppdrag bygger på samverkan mellan myndigheter och Utväg har under 2023 haft ett fortsatt fokus på att utveckla myndighetssamverkan. Utvägs personal finns tillgängliga för samverkansmöten kring konkreta patient-/klientärenden och har många samverkansmöten både via mottagningstelefonen och i verksamheten.

### **Nätverk för professionella som möter våldsutövare**

Under året har ett nytt nätverk bildats genom ett initiativ från Utvägs personal som möter våldsutövare. Då socialtjänstlagen har förtydligat socialtjänstens krav på att erbjuda stöd till våldsutövare önskar Utväg finnas behjälpliga till att sprida kunskap och kompetens om behandlingsarbete med våldsutövare till samverkanskommunerna. Ett effektivt sätt att samla personer som i sitt professionella yrkesutövande möter eller kommer att möta våldsutövare. Utväg kan då finnas till för stöd i såväl metoder som i bemötande, och nätverket kan finna stöd i varandra över kommungränserna då de allra flesta uppger att det är en arbetsuppgift de inte står inför så ofta. Nätverket har haft två träffar i Utvägs lokaler under hösten 2023 och nästan samtliga samverkanskommuner har haft en representant.

### **Kontaktpersonsnätverk (KP-nätverk)**

Utvägs kontaktpersonsnätverk initieras och samordnas av Utväg och träffas vanligtvis vid två tillfällen per år. Under våren 2023 hölls KP-träffen den 3 maj på Pulsen i Borås. Fokus för träffen var stöd till våldsutövare.

Inför höstens KP-träff blev Utväg inbjudna att delta på en samverkanskonferens med tema våld i nära relationer som arrangerades av Boråsregionen Sjuhärads Kommunalförbund. Då målgruppen för de båda konferenserna var samma beslutade vi oss för att slå samman konferensen med höstens KP-dag. Dagen hölls 30 november och gästföreläsare var Ylva Lindblom, förbundsjurist på Avdelningen för juridik på SKR som skrivit SKR:s yttrande över det första förslaget i betänkandet "Ett fönster av möjligheter – stärkt barnrättsperspektiv för barn i skyddat boende" samt Sabina Lundell, advokat och inspirationsföreläsare med spetskompetens inom familjerätt.

Under eftermiddagen höll verksamheter från myndighetssamverkan korta föreläsningar om deras verksamheters uppdrag och möjligheter till stöd utifrån ett specifikt gemensamt ärende som presenterades.

Dagen samlade 120 deltagare och finansierades av Boråsregionen Sjuhärads kommunalförbund.

### **Ledningsgrupp**

Utväg Södra Älvsborg har en ledningsgrupp som består av representanter för de samverkande myndigheterna. Under 2023 har representanterna varit följande;

- Isabell Bensryd, Frivårdsinspektör Kriminalvården
- Pernilla Wetterskog, sektionschef Polisen
- Per-Erik Rinsell, chefsåklagare Åklagarmyndigheten,
- ersättare Olof Sahlgren, vice chefsåklagare
- Angela Madsén Jonsson, socialchef Tranemo kommun
- Hans Abrahamsson, förvaltningschef Borås kommun
- Sandra Säljö, socialchef Herrljunga kommun
- Aslak Iversen, regionområdeschef Regionhälsan

- Karin Alvermalm, förvaltningschef Alingsås kommun  
Maritha Bäck, primärvårdschef Närhälsan ersättare;
- Anna-Lena Ingelhag, utvecklingsledare Nära Vård
- Magnus Skog, verksamhetschef VO Psykiatri
- Kerstin Nettelblad, verksamhetschef Utväg
- Sekreterare för mötet; Susanne Svensson, administratör Utväg

## Öppet Hus

Årets öppet hus för Utväg Södra Älvsborgs hölls 8 mars. Öppet hus möjliggör ett tillfälle för samverkan att besöka Utvägs lokaler och få information om verksamheten. Vi hänvisar önskemål om studiebesök i första hand till vårt årliga öppet hus.

## 2.2 Patientsäkerhet

Ingen förändring i patientsäkerhetsarbetet har skett under året.

### 2.2.1 Avvikelsehantering

En rapportering om avvikelse har gjorts under året och det avsåg en skada på personal under arbetstid. Skadan skedde i personalrummet och personalen blev inte allvarligt skadad. Men då vi inte vill att det ska hända igen gjorde vi en kort händelseanalys och upprättade en avvikelserapport i Med Control.

### 2.2.2 Risk- och konsekvensanalyser

Under året har en uppföljning gjorts på den genomförda risk-och konsekvensanalys som gjordes inför organisationsförändringen 2020. Uppföljningen gjordes genom en utvärdering i verktyget Forms och utgick ifrån de rubriker som framkom i risk och konsekvensanalysen 2020.

Det övergripande resultatet av uppföljningen gick verksamhetschef igenom med personalgrupperna under en gemensam personaldag den 19 juni i Alingsås.

### 2.2.3 Kund/Patientenkät

Under året har Utväg fortsatt med patientenkäten "Tyck Till" men till skillnad från året innan då vi skickade ut digitala enkäter via sms har personalen istället manuellt lämnat ut QR koder där klienten själv kan skanna in och svara på enkäten. Detta för att inte riskera att en våldsutövande partner upptäcker ett sms från Utväg. QR-koden har också funnits tillgänglig via affischer i Utvägs väntrum. För att bespara våra klienter från att få frågan vid varje besök om att använda QR-koden har verksamheten haft tre specifika månader för att mäta; februari, maj och september

Fram till att patientenkäten lades ner i hela förvaltningen hade Utväg Södra Älvsborg fått in **74** svar. 33 personer skrev beröm i fritext och 11 personer kom med förbättringsförslag.

Från frisvarstexten;

*Beröm; (ett axplock av fritexter som inkommit)*

"Jag är väldigt tacksam för hjälp och stöd under min kris. Det har varit viktigt att få gå och

höra vad man själv känner, men också att ni faktiskt ger raka svar tillbaka. Att man får ganska rak vägledning när man behöver. Det är tack vare er som jag fått blomma ut och börja på min resa att tycka att jag är värdig ett liv utan våld ♥"

"Alltid ett professionellt men samtidigt varmt bemötande. Vård i absoluta toppklass."

"Fantastisk personal för både mig som mamma och min son, tusen rosor!"

"Kände stort förtroende"

"Kompetenta, kunniga, kloka, varma personer har jag träffat på Utväg. En så viktig verksamhet som påverkar hela liv i generationer."

"Utväg är ett fantastiskt ställe! Jag önskar alla utsatta kvinnor kan få den hjälp och det respektfulla bemötandet jag fått där."

"Klokskap, professionalitet och empati!"

**Förbättringsåtgärder;** (samtliga angivna)

1. "Mer resurser"
2. "Mer information i 1177 appen"
3. "Skapa grupper för män som har blivit utsatta för våld eller grupper där män kan vara med"
4. "Mer tid"
5. "Fler tillgängliga tider i Alingsås!"
6. "Kortare väntetider och mer tid vid besöken"
7. "Jag kan tyvärr inte tänka mig något just nu. Jag just nu har inget att peka på."
8. "Låt de kompetenta människorna inom Utväg få utbilda andra instanser!"
9. "Bra"
10. "Anställ fler"
11. "Bättre tillgänglighet vid behov"

### **Summering av resultat**

De besökare som valt att svara på enkäten är till största delen nöjda med den insats och bemötande de fått i verksamheten. Utväg har tidigare saknat verktyg för våra besökare att utvärdera sitt samtalsstöd anonymt och det har därmed varit värdefullt att få dela med sig av fritextsvaren till personalen!

Vi tar till oss av de svar som innehållit förbättringsförslag och har stor förståelse för att vissa upplever kötiden som lång inför ett första besök samt att det skulle behövas fler personer som arbetar i verksamheten. Vi tar till oss tipset om att informera mer utförligt om Utväg på 1177 och kommer därmed också utveckla hemsidan för en mer tillgänglighet och information för stödsökande.

## **3 Produktion och tillgänglighet**

### **Kontaktorsak**

De flesta stödsökande tar själva kontakt med verksamheten (212st), de som inte ringer själva har en anhörig som tar första kontakten (13st). I vissa fall är det också socialtjänsten som kontaktar Utväg först gällande en klient och att personalen ringer upp klienten (6st).

Klienterna uppger att det har blivit hänvisade att kontakta Utväg i första hand av Socialtjänsten eller av Hälso- och sjukvården.

Personalen på Utväg Södra Älvsborg har under 2023 träffat **259** personer på våra samtalsmottagningar i Borås och i Alingsås. Dessa personer har varit på **1317** fysiska besök.

Under året har registrerats **42** distanskontakter via telefon som ersätter besök. **546** telefonsamtal med personer med upprättad journal har förts. **93** kontakter har skett genom 1177

Statistik över gruppdeltagare:

Kvinnogrupp Borås; 27 st

Kvinnogrupp Alingsås; 14

Unga Vuxna, samverkan med UM; 4

Icke-våldsgrupp: 4

Barngrupp; 4 st

Föräldragrupp; 4 st

Kontaktsorsak inkl Ej angiven	Antal unika patienter
Barn som upplevt våld	26
Ej angiven	8
Utsatt för våld	181
Utövat våld	61

Antal unika patienter 2022	
Barn som upplevt våld	25
Ej angiven	44
Utsatt för våld	151
Utövat våld	45

## Statistik

Det har varit ett år av högt tryck på verksamheten, framför allt gällande våldsutsatta vuxna. Kösituationen för att komma till Utväg för ett första samtal har uppgått till 3 månader. Det har under första delen av året varit tre kvinnogrupper med rullande intag, samt en tillfällig grupp som haft ett fast start- och slutdatum. En av grupperna med rullande intag stängdes i oktober då en av medarbetarna slutade sin tjänst på Utväg.

På våldsutövarsidan såg vi under första delen av året en nedgång i stödsökande. Det var ett så lågt inflöde av våldsutövande stödsökande att Utväg fick ta beslutet att stänga icke-våldsgruppen. Gruppens syfte är att få till en process mellan deltagarna och det är inte möjligt vid ett för lågt deltagarantal. Det är inte heller alla stödsökande som har möjlighet eller förutsättning att gå i grupp och dessa har erhållit ett individuellt stöd. Trenden bröts under sommaren och under hösten har det varit ett jämt/ibland högt inflöde av stödsökande våldsutövare. Gruppverksamheten som är en angelägen behandlingsmetod kunde glädjande starta igen i september. Gruppledare har varit personal från Utväg.

I verksamheten för barn och ungdomar har det utöver de samtal vi kunnat erbjuda till barn och unga även genomförts barn- och föräldragrupp. Personal från Utväg har bemannat samtliga

gruppleदारroller, vilket innebär att två samordnare ansvarat för barngruppen och två samordnare för föräldragruppen.

Förutom alla klientkontakter som blivit ett ärende på Utväg, hanterar personalen varje dag telefonsamtal med hjälpsökande personer som behöver råd och konsultation i en rådande livssituation. Utvägs personal gör en bedömning tillsammans med den hjälpsökande om det är aktuellt att ställas i kö för stöd inom Utväg, eller får annars hjälp att hänvisas till annan instans.

### Riktad handledning

Utväg Södra Älvsborg har sedan 2018 ett ökat fokus på konsultativt stöd till samverkande myndigheter, där *Riktad Handledning* erbjuds till personal som i sitt arbete kommer i kontakt med våld i nära relation.

Stödet är utformat i tre delar; *information/utbildning, behovsdialog* samt *konsultation/handledning på plats*. Stödet kan i praktiken se olika ut beroende på verksamhetens/kommunens behov men syftar generellt till att personal, via Utvägs handledning/konsultation, ska känna trygghet och kompetens att i den professionella vardagen kunna möta och upprätthålla en samtalskontakt med de personer som vänder sig till verksamheten för hjälp utifrån våldsproblematik i nära relation.

Syftet är att bistå personalen med kunskap, utbildningsmoment och handledning för att också verka för en professionell hållbarhet över tid, dvs motverka sekundärtraumatisering och utbrändhet som är relaterad till personalens ständiga exponering för våld i mötet med klienten och hens våldsrelaterade berättelser och erfarenheter.

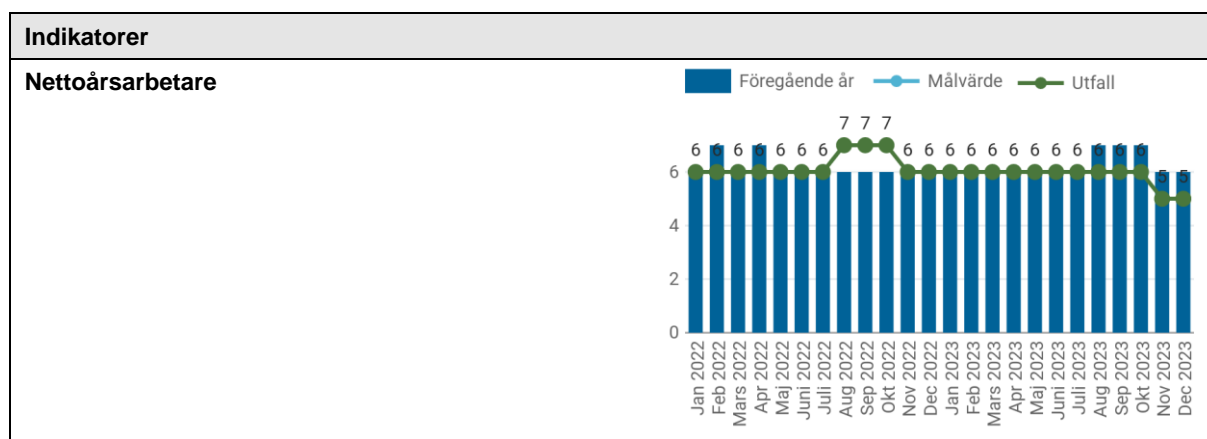
Under 2023 har riktad handledning pågått tillsammans med socialtjänst i Herrljunga kommun, Alingsås kommun, Relationsvårdsenheten Borås Stad.

### Forskning

Utvärdering fortsätter för mansgruppsverksamheten med insamlande av data, och mätningar av allians mellan behandlare och klient. Insamlandet av material pågår året ut, och utvärderingen skall avslutas under 2024.

## 4 Medarbetare

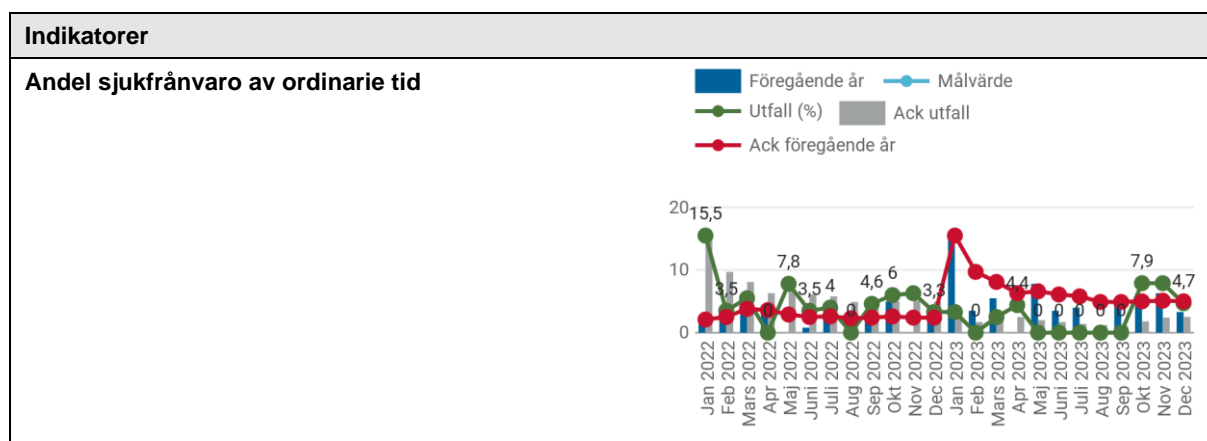
### 4.1 Nettoårsarbetare



- *Camilla Karlsson, 90%*
- *Annika Ackerud, 90%*
- *Kirsi Dufva, 40%*
- *Petra Granlund, 90%*
- *Ylva Wiberg, 85%*
- *Per Löfgren, 90%*
- *Mikael Persson, 70%*
- *Åsa Dyrendahl, 80%*
- *Kerstin Nettelblad, 50%*
- *Susanne Svensson, 20%*

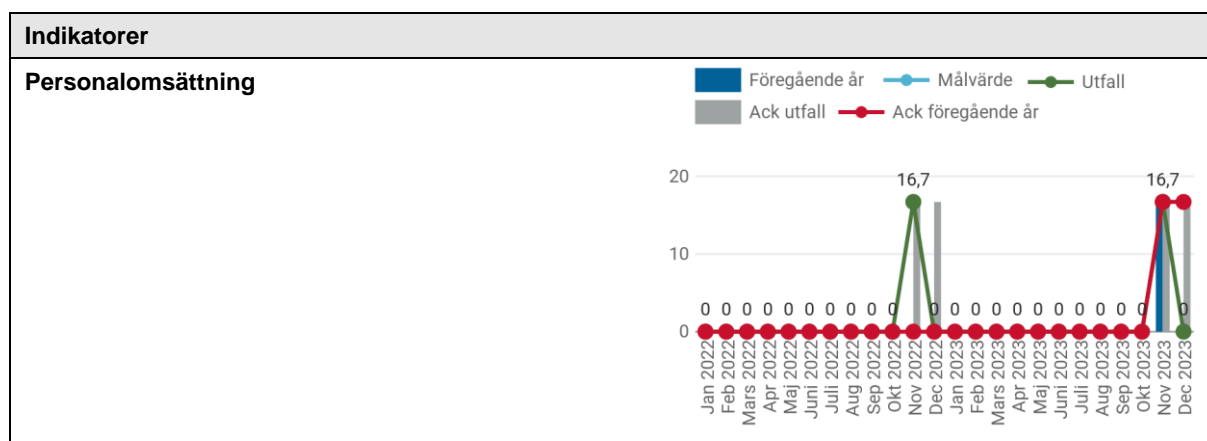
Den stora förändringen under året är att samordnare Petra Granlund avslutat sin tjänst på Utväg. Med anledning av en rådande överanställning ersätts inte Petras tjänst. Kirsi Dufva har haft en timanställning i verksamheten under året.

## 4.2 Sjukfrånvaro



Förskonade från långa sjukdomsperioder större delen av året, men flera av medarbetarna blev sjuka samtidigt i slutet av höstterminen.

## 4.3 Personalomsättning





I oktober i år slutade medarbetare Petra Granlund på Utväg Södra Älvsborg. Med anledning av att verksamheten tidigare har en överanställning kommer Petras tjänst inte ersättas.

## 5 Ekonomi

### Ekonomiskt Resultat

	Utfall 2023	Budget 2023	Utfall 2022	Avvikelse utfall/budget 2023	Förändring utfall 2023/2022
Intäkter mnkr	6749	6855	6648	-106	101
Kostnader mnkr (-)	-6749	-6856	-6648	107	-101
Resultat mnkr	0	-1	0	1	0

Hela verksamhetens budget är drygt 6 miljoner kronor varvid halva budgeten finansieras av de 10 samverkanskommunerna i Södra Älvsborg och resterande halva summan betalar VGR.

Den stora skillnaden i 2023 års ekonomiska resultat är att stadsbidrag som tidigare år fördelats till kommuner och regioner för utbildning och utveckling av arbetet med våld i nära relation, helt har tagits bort. Beslutet kom i februari 2023 och de uteblivna tillskotten till socialtjänst och hälso-och sjukvård har försvårat eller omöjliggjort kompetensutbildning för personalen i de samverkande myndigheterna, samt gjort det omöjligt för Utvägs personal att delta på kurser och konferenser i syfte att hålla en hög kompetens och inhämta ny kunskap om våld i nära relationer.

## 6 Utmaningar

Den stora utmaningen inför 2024 är att få en ekonomi som går ihop för Utväg Södra Älvsborg.

Det är en fortsatt en stor utmaning inför 2023 är att hantera den stora efterfrågan på stödinsatser till våldsutsatta vuxna. I takt med att samhället genom lagändringar och politisk uppmärksamhet uppmanar till att verksamheter som möter klienter, patienter och brukare skall fråga efter upplevelse av våld i nära relation- ökar naturligtvis behovet av stöd och behandling till de personer som identifieras. Stora resurser har lagts på att utbilda personal inom hälso-och sjukvård och inom den kommunala socialtjänsten om att fråga patienter och klienter om våld i nära relation på rutin i hälsobesök, men inga fler resurser har tilldelats den verksamhet som i Västra Götalandsregionen finns etablerad för att erbjuda stöd och behandling till våldsutsatta, våldsutövare och deras barn.

Att uppmärksamma politiker och beslutsfattare om att detta är en ekvation som inte går ihop är en stor utmaning framöver och ett viktigt uppdrag för Utväg Södra Älvsborg.