

KALLELSE

Socialnämnden

Sammanträdesdatum: 2023-02-23



Tid	Kl. 08.30 - kl. 14.00
Plats	Konferensrum, Alafors fabriker, Alafors
Ledamöter	Tyrone Hansson (FIA), ordförande Johnny Sundling (S), 1:e vice ordförande Lars Kopp (M), 2:e vice ordförande Krister Hemström Bergenhus (S) Puck Jonson Palm (SD) Christer Pålsson (V) Annica Westdahl Eriksson (SD) Hanna Bendz (C) Kristina Fogelklou (M)
Ersättare	Marita Henriksson (SD) Petra Gullbrandsson (S) Eddie Glans (M) Aree Said Gaff (S) Birgit Hansson (KD) Ingrid Inhammar (S) Christer Mörlin (KD) Linda Knutsson (V) Gunilla Ulander (FiA)
Övriga	Anna Ruthberg, nämndsekreterare Ebba Gierow, förvaltningschef Ulrika Johansson, verksamhetschef Äldreomsorg (ordinärt och särskilt boende) Tajja Tuomilehto Holmberg, verksamhetschef funktionsstöd Iréne Blomqvist, verksamhetschef individ- och familjeomsorg Mattias Leufkens, tf verksamhetschef, myndighet och specialiststöd Hanna Kämpe, utvecklingsledare kvalitet och uppföljning Erik Svanström, controller Jenny Erixon, controller Personalföreträdare med närvarorätt

Förhinder att närvara anmäls till Anna Ruthberg, tel 0303-70 31 41 eller anna.ruthberg@ale.se.

Tyrone Hansson
Ordförande



Ärenden	Föredragande	Tid
A Upprop		
B Justering		
1. S.N.2023.1 - Fastställande av föredragningslistan		
2. S.N.2023.3 - Påminnelse om jävsbestämmelser		
3. S.N.2023.32 - Årsredovisning inklusive kvalitetsberättelse	FLG, Controllers, Hanna Kämpe, Anneli Gustafsson	Kl. 08.30-11.30 Inklusive fikapaus
4. S.N.2023.44 - Särskilt boende Bohus (SKÅRDAL 67:1, PLAN 2022:14)	Andreas Karlsten	11.30-12.00
5. S.N.2022.21 - Patientsäkerhetsberättelse 2022	FLG, Hanna Kämpe, Åsa Fredriksson	12.00-13.00
6. S.N.2022.10 - Uppföljning intern kontroll 2022	FLG, Hanna Kämpe	13.00-13.15
7. S.N.2023.42 - Begäran om investeringsanslag för åren 2024-2027	Jenny Erixon, FLG	13.15-
8. S.N.2023.41 - Överföring av investeringsmedel från år 2022 till 2023	Jenny Erixon	-13.20

FÖREDRAGNINGSLISTA

Socialnämnden

Sammanträdesdatum: 2023-02-23



Ärenden	Föredragande	Tid
9. S.N.2023.51 - Tilläggsäskande för byggnation av LSS Surte	Taija Tuomilehto Holmberg	13.20-13.13.35
10. S.N.2023.10 - Individärende	Ebba Gierow	13.35-13.40
11. S.N.2022.8 - Rapportering av ej verkställda beslut enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, kvartal 4 2022	Mattias Leufkens	13.40-
12. S.N.2022.9 - Rapportering av ej verkställda beslut enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, kvartal 4 2022	Mattias Leufkens	-13.50
13. S.N.2023.5 - Redovisning av delegeringsbeslut 2023		13.50-
14. S.N.2023.6 - Redovisning av underrättelser, beslut och domar 2023		
15. S.N.2023.7 - Information, föredragningar och övriga frågor		-14.00



Socialförvaltningen

Diarienummer: S.N.2023.32

Datum: 2023-01-30

Förvaltningschef Ebba Gierow

Socialnämnden

Årsredovisning inklusive kvalitetsberättelse

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar

att godkänna årsredovisningen inklusive kvalitetsberättelsen 2022 samt

att fastställa nämndens resultat till +3 202 tkr

Motivering till beslut

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Sammanfattning

I enlighet med kommunfullmäktiges verksamhetsplan 2022 har delårsuppföljningarna under året gjorts i form av dialog mellan ledningsgrupp för respektive verksamhetsområde samt representanter från nämnden. Temat för den första dialogen var förslaget till ny socialtjänstlag medan den andra dialogen ägnades åt en summering av mandatperioden. Avseende måluppfyllelsen av de strategiska målsättningarna konstateras att arbetet i allt väsentligt fortlöpt enligt nämndens plan varför samtliga målsättningar bedömts som uppfyllda.

2022 har utifrån ett ekonomiskt perspektiv varit relativt stabilt. Vid delår 1 kunde förvaltningen identifiera de områden som skulle innebära ekonomiska utmaningar. Dessa områden är endast delvis möjliga att påverka på kort sikt och därmed har situationen heller inte förändrats nämnvärt under året. Förvaltningen som helhet har vid årets slut ett positivt resultat, mycket nära senast lagda prognos och drygt 13 Mkr bättre än resultatet på - 10 Mkr som kommunfullmäktige godkänt.



Ebba Gierow
Förvaltningschef

Hanna Kämpe
Utvecklingsledare kvalitet och uppföljning

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande, 2023-01-30

Årsredovisning inklusive kvalitetsberättelse 2022, socialnämnden

Beslutet skickas till:

För kännedom:

Förvaltningsledningen, socialförvaltningen

Ärendet

I enlighet med kommunfullmäktiges verksamhetsplan 2022 har delårsuppföljningarna under året gjorts i form av dialog mellan ledningsgrupp för respektive verksamhetsområde samt representanter från nämnden. Temat för den första dialogen var förslaget till ny socialtjänstlag medan den andra dialogen ägnades åt en summering av mandatperioden.

Förberedelser utifrån kraven i den nya socialtjänstlagen som är på gång pågår inom förvaltningen där fokus lagts dels på information om vad förslaget till ny socialtjänstlag omfattar, dels på perspektivet främjande och förebyggande som tydligt lyfts i förslaget. Som en konsekvens av det har samarbetet mellan socialtjänsten och förskolan utökats liksom arbetet inom den hälsofrämjande- och förebyggande enheten. MiniMaria-mottagningen som drivs i samarbete med regionen är också ett led i ett förebyggande arbete och ett sätt att tillgängliggöra socialtjänsten för målgruppen.

Under året har kompetensförsörjningsutmaningen blivit påtaglig i hela förvaltningen. Av de som finns att rekrytera är kompetensnivån dessutom försämrad jämfört med tidigare år. Förändringen kom snabbt och kraftfullt innan sommaren och har sedan dess inte hämtat upp sig. Den försvårade rekryteringssituationen påverkar även förvaltningens samverkanspartners, så som sjukhus och vårdcentraler. Överallt är situationen väldigt pressad vilket leder till brister i samverkan och risk för brister avseende patientsäkerheten.

Trots hög frånvaro och hårt tryck på verksamheterna har ändå många både externa och interna utbildningar genomförts. Att utbildningarna möjliggörs och genomförs är avgörande för att bibehålla kvalitet och säkerhet i verksamheten. En utökad samverkan har under året skett internt inom förvaltningen och bland annat resulterat i en organisationsförändring där äldreomsorgen från och med 2023 blir ett samlat verksamhetsområde och de enheter som arbetar mot flera verksamhetsområden har samlats i ett nytt verksamhetsområde under benämningen myndighet och specialiststöd. Syftet med organisationsförändringen är att anpassa förvaltningen till framtida utmaningar.

Avseende måluppfyllelsen av de strategiska målsättningarna konstateras att arbetet i allt väsentligt fortlöpt enligt nämndens plan varför samtliga målsättningar bedömts som uppfyllda.

Ekonomisk bedömning

2022 har utifrån ett ekonomiskt perspektiv varit relativt stabilt. Vid delår 1 kunde förvaltningen identifiera de områden som skulle innebära ekonomiska utmaningar. Dessa områden är endast delvis möjliga att påverka på kort sikt och därmed har situationen heller inte förändrats nämnvärt under året. Köp av platser inom individ- och familjeomsorgen för barn och unga (främst heldygnsvård men i viss mån även öppenvård), ökat antal beviljade timmar inom hemtjänsten och därmed underskott i LOV-budgeten samt ökat behov av lägenheter inom särskilt boende för äldre är tre viktiga sådana områden. Överkostnader mot budget för dessa tre områden är nästan 30 Mkr; -10 Mkr, - 11 Mkr respektive - 8 Mkr.

Dessa tre områden kompenseras av andra delar där överskottet främst består av lägre kostnader hos utförarenheterna inom hemtjänsten, överskott försörjningsstöd och personalkostnader inom individ- och familjeomsorgen, förvaltningens buffert, den statliga kompensationen för sjukfrånvaron på totalt 4,2 Mkr samt överskott om 1 Mkr avseende semesterlöneskulden. Sammantaget renderar detta i att förvaltningen som helhet har ett positivt resultat, mycket nära senast lagda prognos och drygt 13 Mkr bättre än resultatet på -10 Mkr som kommunfullmäktige godkänt.

Kostnader för personal utgör nästan 80% av socialförvaltningens totala kostnader och har under året överlag haft följsamhet mot budget. Kostnader för sjukfrånvaro i januari och februari ökade markant på grund av omikron men stabiliserades snabbt igen. Även under sommaren låg kostnaderna relativt väl i linje med planeringen. Svårigheterna att bemanna de schemaburna verksamhetsområdena gynnar också ekonomin, då timanställda generellt är billigare än tillsvidareanställda. Det är dock ingen eftersträvansvärd situation då de negativa effekterna av en bristfällig bemanning är påtagliga.

Det som manar till eftertanke är att personalkostnaderna, framförallt inom ordinärt boende under hösten ökat, vilket har samband med att man utfört fler timmar i hemtjänsten. Konsekvensen är att LOV-budgeten inte räcker till under årets andra halva vilket blir problematiskt kommande år om antalet beviljade timmar fortsätter ligga på en hög nivå.

Åtminstone de närmaste två åren förväntas innebära stora ekonomiska utmaningar för socialtjänsten. De nationella ekonomiska utmaningarna påverkar kommunens ekonomi och i förlängningen förvaltningens ramtilldelning. Kombinerat med ökade kostnader lokalt (exempelvis drift av nytt LSS-boende i Nol, helårseffekt av nya lägenheter inom särskilt boende, ökat antal timmar i hemtjänsten och ökat antal köp av platser inom individ- och familjeomsorgen) är förutsättningarna svåra. Det finns också anledning att förvänta sig att det framgent kommer vara fortsatt svårt eller svårare att rekrytera, såväl löpande som inför kommande somrar, vilket inom vissa områden medför ökade direkta kostnader (till exempel för inhyrd personal) och inom alla områden medför kvalitetsbristkostnader. Förvaltningen har inte i önskvärd utsträckning kunnat budgetera för samtliga risker vilket innebär att 2023 sannolikt kommer medföra anpassningar utöver det som redan ligger i plan.

Den ambitionshöjning avseende förebyggande och främjande insatser som nya socialtjänstlagen medför begränsar också möjligheterna till åtgärder inom den samlade socialtjänsten eftersom främjande och förebyggande insatser hittills varit de enda som inte varit reglerade i lagstiftning och därmed möjliga att anpassa vid försämrade ekonomiska förutsättningar. I de fall kvaliteten på en insats beslutats på en högre nivå än det som regleras i lag kommer insatsen att behöva ses över men det är tveksamt om åtgärder av den typen är tillräckliga. Arbetet med ekonomisk hushållning i förvaltningens alla delar kommer att ha stort fokus under kommande år.

Invånarperspektiv

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Hållbarhetsperspektivet

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Lagstiftning och kommunala styrdokument

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Remissyttrande

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Behandlad enligt lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet, MBL

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Beslutets genomförande

Beslut om att godkänna årsredovisningen inklusive kvalitetsberättelsen och fastställa nämndens resultat föranleder ingen ytterligare åtgärd.

Förvaltningens bedömning

Avseende målpuppfyllelsen av de strategiska målsättningarna konstateras att arbetet i allt väsentligt fortlöpt enligt nämndens plan varför samtliga målsättningar bedömts som uppfyllda. Förvaltningen föreslår att socialnämnden godkänner årsredovisningen inklusive kvalitetsberättelsen samt fastställer nämndens resultat till +3 202 tkr



Socialnämnden

Årsredovisning inklusive kvalitetsberättelse - 2022

Innehållsförteckning

1	Periodens verksamhet - Sammanfattning	3
2	Strategiska målsättningar	4
3	Övrig uppföljning	13
4	Basverksamhet	14
5	Kvalitetsberättelse	16
6	Ekonomisk analys.....	29
7	Personalanalys	32

1 Periodens verksamhet - Sammanfattning

1.1 Sammanfattning

Aktiviteter, resultat och analys

I enlighet med kommunfullmäktiges verksamhetsplan 2022 har delårsuppföljningarna under året gjorts i form av dialog mellan ledningsgrupp för respektive verksamhetsområde samt representanter från nämnden. Temat för den första dialogen var förslaget till ny socialtjänstlag medan den andra dialogen ägnades åt en summering av mandatperioden.

Förberedelser utifrån kraven i den nya socialtjänstlagen som är på gång pågår inom förvaltningen där fokus lagts dels på information om vad förslaget till ny socialtjänstlag omfattar, dels på perspektivet främjande och förebyggande som tydligt lyfts i förslaget. Som en konsekvens av det har samarbetet mellan socialtjänsten och förskolan utökats liksom arbetet inom den hälsofrämjande- och förebyggande enheten. Mini Maria-mottagningen som drivs i samarbete med regionen är också ett led i ett förebyggande arbete och ett sätt att tillgängliggöra socialtjänsten för målgruppen.

Den ambitionshöjning avseende förebyggande och främjande insatser som nya socialtjänstlagen medför begränsar dock möjligheterna till åtgärder inom den samlade socialtjänsten utifrån ett ekonomiskt perspektiv, eftersom främjande och förebyggande insatser hittills varit de enda som inte varit reglerade i lagstiftning och därmed möjliga att anpassa vid försämrade ekonomiska förutsättningar. Arbetet med ekonomisk hushållning i förvaltningens alla delar kommer att ha stort fokus under kommande år.

Under året har kompetensförsörjningsutmaningen blivit påtaglig i hela förvaltningen. Av de som finns att rekrytera är kompetensnivån dessutom försämrad jämfört med tidigare år. Förändringen kom snabbt och kraftfullt innan sommaren och har sedan dess inte hämtat upp sig. Den försvårade rekryteringssituationen påverkar även förvaltningens samverkanspartners, så som sjukhus och vårdcentraler. Överallt är situationen väldigt pressad vilket leder till brister i samverkan och risk för brister avseende patientsäkerheten.

Trots hög frånvaro och hårt tryck på verksamheterna har ändå många både externa och interna utbildningar genomförts. Att utbildningarna möjliggörs och genomförs är avgörande för att bibehålla kvalitet och säkerhet i verksamheten. En utökad samverkan har under året skett internt inom förvaltningen och bland annat resulterat i en organisationsförändring där äldreomsorgen från och med 2023 blir ett samlat verksamhetsområde och de enheter som arbetar mot flera verksamhetsområden har samlats i ett nytt verksamhetsområde under benämningen myndighet och specialiststöd. Syftet med organisationsförändringen är att anpassa förvaltningen till framtida utmaningar.

Avseende måluppfyllelsen av de strategiska målsättningarna konstateras att arbetet i allt väsentligt fortlöpt enligt nämndens plan varför samtliga målsättningar bedömts som uppfyllda.

2022 har utifrån ett ekonomiskt perspektiv varit relativt stabilt. Vid delår 1 kunde förvaltningen identifiera de områden som skulle innebära ekonomiska utmaningar. Dessa områden är endast delvis möjliga att påverka på kort sikt och därmed har situationen heller inte förändrats nämnvärt under året. Förvaltningen som helhet har vid årets slut ett positivt resultat, mycket nära senast lagda prognos och drygt 13 Mkr bättre än resultatet på - 10 Mkr som kommunfullmäktige godkänt.

Åtminstone de närmaste två åren förväntas innebära stora ekonomiska utmaningar för socialtjänsten. De nationella ekonomiska utmaningarna påverkar kommunens ekonomi och i förlängningen förvaltningens ramtilldelning. Kombinerat med ökade kostnader lokalt (exempelvis drift av nytt LSS-boende i Nol, helårseffekt av nya lägenheter inom särskilt boende, ökat antal timmar i hemtjänsten och ökat antal köp av platser inom individ- och familjeomsorgen) är förutsättningarna svåra. Det finns också anledning att förvänta sig att det framgent kommer vara fortsatt svårt eller svårare att rekrytera, såväl löpande som inför kommande somrar, vilket inom vissa områden medför ökade direkta kostnader (till exempel för inhyrd personal) och inom alla områden medför kvalitetsbristkostnader. Förvaltningen har inte i önskvärd utsträckning kunnat budgetera för samtliga risker vilket innebär att 2023 sannolikt kommer medföra anpassningar utöver det som redan ligger i plan.

2 Strategiska målsättningar

I detta avsnitt utvärderas och bedöms måluppfyllelsen av kommunens politiska mål. I kommunens budget 2022 har kommunfullmäktige pekat ut sex strategiska målsättningar.

De strategiska målsättningarna är:




- *Hälsa och välbefinnande*
- *Kunskap och utbildning*
- *Sysselsättning, arbete och företagsambet*
- *Hållbart samhällsbyggande*
- *Ett Ale*
- *En arbetsgivare*

De strategiska målsättningarna pekar ut den politiska viljeriktningen för utvecklingen av kommunens verksamheter. Vid varje bokslut görs en helhetsbedömning om nuläget kring nämndens arbete med varje strategisk målsättning. Bedömningen utgår från om målet anses ha god (grön), viss (gul) eller låg (röd) måluppfyllelse och baseras på en sammanvägd bild av nämndernas arbete.

På ett övergripande plan innebär detta att bedömning för delårsbokslut ska tolkas som en prognos av verksamheternas nuvarande måluppfyllelse och hur resultatet bedöms utvecklas framåt. För årsbokslut innebär detta en helhetsbedömning av verksamheternas måluppfyllelse för året.

Varje nämnd har tagit fram en nämndplan som bryter ner de strategiska målsättningarna i specifika insatser och aktiviteter som ska bidra till måluppfyllelse. Nämndplanen innehåller nedbrutna mål och uppdrag som består av olika planeringskommentarer och/eller beskrivningar. Bedömning av måluppfyllelse utgår från planeringen i nämndplanen och det sammanvägda genomförandet av olika insatser och aktiviteter.

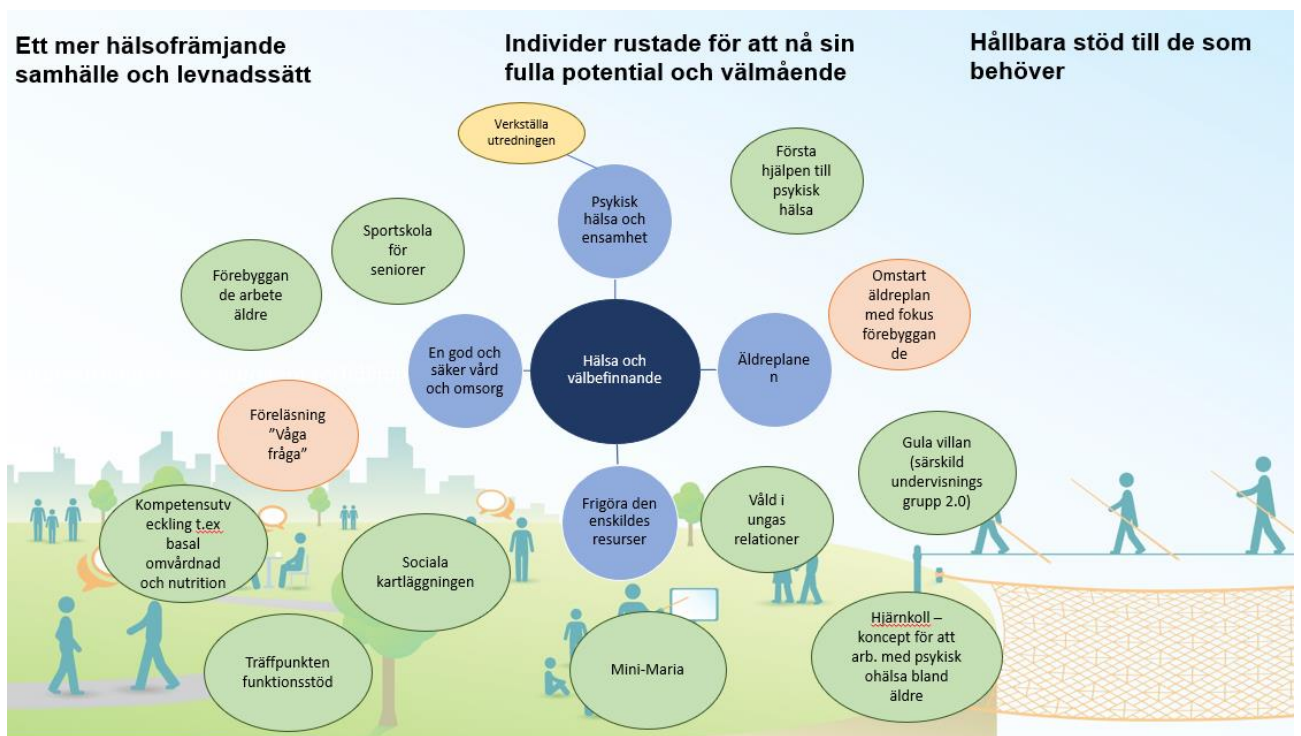
Symbolförklaring

	<i>Det fortlöper enligt nämndens plan gällande insatser och aktiviteter, det strategiska målet bedöms nås på helår i väsentliga och stora drag.</i>
	<i>Det går inte helt enligt plan utan nämnden flaggar upp att det finns en viss osäkerhet i om det strategiska målet kan nås på helår i väsentliga och stora drag. (utifrån det som nämnden kan påverka).</i>
	<i>Det går inte alls enligt plan och nämnden flaggar därför upp att det strategiska målet inte bedöms nås på helår i väsentliga och stora drag om arbetet fortsätter på samma sätt som nu.</i>

2.1 Hälsa och välbefinnande



Målområdet hälsa och välbefinnande handlar om att skapa förutsättningar för ett hälsofrämjande samhälle, att människor i Ale är rustade för att nå sin fulla potential och att det finns hållbara stöd för de som behöver. Nedan ges en samlad bild över vad som pågått under året inom nämndens verksamheter relaterat till hälsa- och välbefinnande;



- Socialnämndens mål utifrån den strategiska målsättningen Hälsa och välbefinnande (blå bollar)
- Uppdraget från kommunfullmäktige (gul boll)
- Beslutade insatser som genomförts under året (gröna bollar)
- Aktiviteter/insatser i planerings-/idéfasen (orange bollar)

Sammanfattningsvis bedöms framdriften vara relativt god inom målsättningen utifrån det som genomförts i relation till vad som var planerat för året. Första kvartalet 2022 präglades helt av att hantera pandemin vilket avsevärt reducerade den tillgängliga tiden. Det som inte genomförts under året är omstarten av äldreplanen som istället kommer äga rum våren 2023 samt föreläsningen "Våga fråga".

2.1.1 Nämndens mål: Genomförandet av Program för äldreplan 2019-2026 ska fortskrida för att nå det önskade läget 2026.

Under 2022 har några temaområden i äldreplanen tagit rejäla steg och andra lite färre och mindre. Äldreomsorgen i Ale är under omfattande förändringar kopplade till den - nu och några år framåt - snabbt ökande skaran äldre. De ökade och delvis mer omfattande behoven är självprioriterande och får effekter för behov av korttidsplatser, SÄBO-lägenheter samt mer avancerade omvårdnads- och sjukvårdsinsatser både i eget hem och på SÄBO.

Kvalitet och effektivitet fortsätter utvecklas, äldreomsorgen fick goda resultat i Socialstyrelsens brukarenkät framförallt avseende bemötande och trygghet. Arbetet med just bemötande och förhållningssätt pågår kontinuerligt via dialog på enheterna mellan kollegor och enhetschefer. Vikten av en hållbar och balanserad dialog med anhöriga har blivit mer påtagligt under året där verksamheten försöker hålla den enskildes egna önskemål och välbefinnande i fokus.

God kompetensförsörjning har under året tillgodosetts med flera specialistutbildningar för legitimerad personal samt för enhetschefer och undersköterskor. Specialistutbildningarna ligger i linje med kompetensstegens expertroller som skapades 2020. De interna utbildningarna ger stöd för fördjupningsområden och ombudsroller för omvårdnadspersonal. Verksamheten har också avtalat om en utbildnings-app som finns på medarbetarnas omorgsmobiler, för snabb information och kompetensutveckling.

Handläggning av behov Det här temaområdet har inte haft så stor framdrift under året. Ett omtag behövs med fokus på att insatserna som kommunen kan erbjuda motsvarar behoven hos målgruppen.

Hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser har efter de värsta pandemiåren förstärkts med en, under hösten anställd, aktivitetspedagog för samtliga fem SÄBO. Aktivitetspedagogen planerar tillsammans med aktivitetsombuden i husen, samt enhetschef och i vissa fall med rehabenheten för att varje SÄBO ska kunna erbjuda tillräcklig stimulans och aktivitet väl anpassat för hyresgästerna. Exempel är sittgymna i grupp och dans.

Hälsofrämjande- och förebyggandeenheten arbetade under pandemin med att utveckla fler och alternativa kommunikationsvägar med målgruppen. Exempelvis har en seniorlinje öppnats upp och är öppen varje dag för att besvara frågor om aktiviteter eller bara prata en stund. Under året har även digitala träffar på Facebook skett flera gånger i veckan med tema så som boktips med biblioteket, musikträffar, frågesport, gymna, yoga med mera.

Slutna digitala träffar med fem deltagare samt en aktiveringspedagog har skett på Teams i totalt tre omgångar. Deltagarna har lånat surfplattor från enheten, träffat it-fixartjänsten under ett hembesök och fått instruktioner om hur träffarna genomförs. Därefter träffades deltagarna två gånger i veckan i sju veckor. Vid sista tillfället träffades gruppen fysiskt för gemensam fika och utvärdering. Träffarna är mycket uppskattade av de som deltagit.

Sammanhållen vård och omsorg fortsätter att samverka genom gemensamma projekt och samordningsmöten mellan regionen och kommunerna. In- och utskrivningsprocessen är under ständig utvärdering och utveckling och den kommunala primärvårdens uppdrag och ansvar är alltjämt ottydligt från nationell nivå. Regionen och kommunen gör fortsatt olika bedömning av i vilken utsträckning specialistsjukvårdens ansvar kan utföras av den kommunala primärvården.

Anhörigstödet har under årets stärkts genom tillsättning av egen resurs inom äldreomsorgen samt demensteamets samverkan med förebyggande insatser, hemtjänst och vårdcentral, för att få tidig kontakt med den enskilde samt eventuella anhöriga.

Välfärdsteknik både för målgruppen och medarbetare har utvecklats under året. På korttidsenheten och dagverksamheten Eken har en speciell kudde testats. Kudden skulle ge lugn och avkoppling för användaren. Kudden testades av fem omsorgstagare och sju medarbetare. Tyvärr gav testerna inte det resultat som verksamheten förväntat. Inom SÄBO har planen för utbyte av larmsystemen påbörjats med Björkliden. Uppgraderingen från analog till digital lösning visade sig inte helt enkel, uppgraderingen fungerade bristfälligt under de första månaderna men blev välfungerande sista halvåret. Innan årets slut avtalades om två enheters möjliga byte under kommande vår. SÄBO har under året också med hjälp av stimulansmedlen införskaffat fler digitala lösningar för stimulans och aktivitet för sina hyresgäster. I början av 2022 togs beslut om att införa mobiltelefoner för medarbetarna på SÄBO och på ett av boendena har man i slutet på året påbörjat implementeringen. På mobilerna finns bland annat möjlighet till mobil dokumentation i verksamhetssystemet samt utbildnings-app.

Boende för äldre Under året har projekteringen av ett nytt äldreboende i södra kommundelen fortsatt. En tomt i Bohus är beslutad av samhällsbyggnadsnämnden och huset planeras innehålla 40-50 lägenheter. Eftersom byggnation och färdigställande drar ut på tiden har socialförvaltningen beställt ett underlag från serviceförvaltningen för tomt samt upphandling av modulhus. Detta för att undvika en bristsituation av SÄBO-lägenheter de närmaste åren.

2.1.2 Nämndens mål: "Socialtjänsten skall (...) inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser." (1 kap 1 § Socialtjänstlagen)

Den stora merparten av den verksamhet som bedrivs inom nämndens område syftar till att frigöra den enskildes resurser och en bibehållen eller ökad självständighet. Detta kommer till uttryck exempelvis via genomförandeplanerna som fortsatt utvecklats utifrån ett salutogent förhållningssätt under året. Andra verktyg för att stärka den enskildes resurser är användandet av BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens) och MI (Motiverande Intervju). Under året har all personal inom individ- och familjeomsorgen som inte tidigare fått utbildning inom MI genomgått denna.

2.1.3 Nämndens mål: Ökad psykisk hälsa och minskad ofrivillig ensamhet

En mängd aktiviteter och samarbeten pågår med sikte att minska ofrivillig ensamhet och öka den psykiska hälsan. Förutom det numera etablerade samarbetet inom ramen för TSI (tidigt samordnade insatser) med

exempelvis föräldrastöd och Insteget (som syftar till att fler unga, oavsett behov eller förutsättningar, på sikt ska etablera sig på arbetsmarknaden och därmed i samhället) har även Mini-Maria mottagningen öppnat.

Mottagningen öppnade i september 2022 och har fram till och med december genomfört 14 informationsmöten till interna och externa samverkanspartners. Utöver det har även tre föreläsningar kring preparatkunskap genomförts. Mottagningen har tagit emot 11 klienter och i flera fall även deras anhöriga. Av dessa 11 klienter har man avslutat fyra.

Verksamheten har kommit igång bra, det är lätt att komma i kontakt, klienter erbjuds första besök inom en vecka. Det tvärprofessionella arbetet fungerar bra. Mottagningen i Ale är öppen två dagar per vecka varav ett av tillfällena är på kvällstid.

Träffpunktsverksamheten inom verksamhetsområde funktionsstöd har utvecklats under året och riktar sig till alla som har eller riskerar psykisk ohälsa eller upplever ensamhet. Till träffpunkten kan man komma utan biståndsbeslut vilket innebär att någon utredning av socialtjänsten inte behöver göras. Verksamheten omfattar trevlig samvaro ihop med andra, olika aktiviteter samt möjlighet till information och vägledning både gällande socialtjänstens verksamhet eller information om annan instans om så önskas och behov finns. Till Träffpunkten kan man komma för att bara vara – det kräver ingen insats av den enskilde.

Uppdrag: Resultatet av den utredning om psykisk ohälsa som är gjord ska genomföras.

Status

✓ Avslutad

En mängd aktiviteter utifrån utredningen pågår, vilket också delvis beskrivits i avsnitten ovan. Ytterligare exempel är:

- Hjärnkoll (samtalsgrupper inom särskilda boenden med syfte att förebygga och motverka social isolering/ofrivillig ensamhet, ge utrymme för fördjupande samtal som kan saknas i de äldres vardag, skapa rum för gemenskap och upplevelsen av samhörighet, öka känslan av att livet är meningsfullt samt öka psykiskt och existentiellt välmående.
- Synas i samhället – informationskampanj utifrån individ- och familjeomsorgens verksamheter till aleborna.
- Hälsöfrämjande- och förebyggandeenhetens arbete gentemot äldre i ordinärt boende.
- Arbetet med VINR (våld i nära relation), ungas parrelationer - grundutbildning inom området genomfördes i december 2022 för medarbetare inom individ- och familjeomsorgen, fritid och skola. Utbildare var ungdomssamordnare från Borås stad.
- Utvecklad samverkan mellan socialtjänsten och förskolan exempelvis genom det generella föräldrastödet och päronguiden.

2.1.4 Nämndens mål: En god och säker vård och omsorg för de som behöver

Målsättningen om en god och säker vård och omsorg för de som behöver är tätt sammanlänkat med det salutogena förhållningssättet, kompetensutveckling (som en del i att bibehålla och utveckla kvaliteten i relation till den enskilde) och kontinuitet. Inom Ales äldreplan syftar samtliga temaområden och aktiviteter till en god och säker vård och omsorg. Läs mer om äldreplanen i avsnitt 2.1.1. Målsättningen får även bäring på verksamheternas arbete med bemanningsfrågor så som att exempelvis arbeta för en stärkt grundbemanning och ett minskat behov av timvikarier.

Under året infördes fast omsorgskontakt inom hemtjänsten som syftar till en ökad kontinuitet för omsorgstagarerna. Kontinuitet kan här omfatta exempelvis en kontinuitet i hur olika insatser utförs. Styrdokument håller på att utformas inom verksamheten i enlighet med Socialstyrelsens uppdrag. Från och med 1 juli 2023 tillkommer krav på att den fasta omsorgskontakten ska vara undersköterska.

Ett annat exempel inom målområdet är demensteamet som idag består av två undersköterskor, arbetsterapeut, fysioterapeut samt två sjuksköterskor. Teamet ska vara den röda tråden under hela ”resan” för omsorgstagaren

från hemmet till särskilt boende. Ett viktigt verktyg i teamets arbete är levnadsberättelsen. Denna har inte varit en naturlig del i hemtjänstens arbete så som det varit på särskilt boende men det är något hemtjänsten nu fokuserar på.

Ett annat viktigt verktyg är BPSD-registret. BPSD står för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens. Registret, och tillhörande verktyg (för att screena den enskilde utifrån ett visst frågeformulär) bidrar till att skapa förutsättningar för så bra omvårdnad och bemötande som möjligt. BPSD-registret används därtill som en statistikdatabas samt för forskning.

Verksamheternas arbete med hantering av avvikelser pågår kontinuerligt. Avvikelserna är en viktig del i det systematiska förbättringsarbetet. Det är av vikt att tid ges för diskussion och analys av händelserna för att dels bidra till ett lärande, dels gemensamt kunna hitta lösningar för att avvikelsen ej ska återkomma. Dialog i arbetsgrupper och ledningsgrupper är här en viktig del.

Ytterligare exempel på åtgärder och aktiviteter är både den lokala och regionala samverkan med regionen i form av samverkan och överenskommelser inom närområdet med de sex vårdcentralerna samt de rutiner och utvecklingsarbeten som finns och drivs inom SIMBA (Samverkan i mellersta Bohuslän och Ale) mellan kommuner, vårdcentraler och sjukhus.

Även internt inom förvaltningen och mellan verksamhetsområdena arbetas det kontinuerligt för god kommunikation, samverkan och kompetensutveckling mellan och för medarbetare i rollerna omvårdnadspersonal och specialister.

Arbetet utifrån den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet som har bäring på god och säker vård följs via de indikatorer som Socialstyrelsen rekommenderar och återredovisas i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

2.2 Kunskap och utbildning



2.2.1 Nämndens mål: Utveckla den nämndövergripande samverkan för att bidra till den strategiska målsättningen Kunskap och utbildning.

Samverkan sker dels inom ramen för vård och omsorgscollege, dels inom ramen för TSI (tidigt samordnade insatser). Syftet med TSI är att samordna kommunens insatser och samarbeta med regionen avseende barn och unga. Inom ramen för TSI pågår även arbetet med SSPF där samverkan sker mellan socialtjänst, skola, polis och fritidsverksamheter för att arbeta förebyggande med målgruppen.

Under året har två olika utbildningar genomförts via TSI för att möta behoven i samverkande verksamheter. Den ena är utbildning till samtalsledare. Utbildningen syftar till att öka kompetensen i att hålla kvalitativa nätverksmöten för komplexa ärenden. Idag finns inom kommunen en grupp med utbildade samtalsledare (från olika förvaltningar) som kan få uppdrag som samtalsledare i olika ärenden.

Den andra är utbildning inom första hjälpen psykisk hälsa där instruktörer från olika förvaltningar tillsammans utbildar andra inom kommunens verksamheter samt även personal inom räddningstjänsten. Utbildningen syftar till att öka kunskapen om psykisk ohälsa och hur man möter en person i kris. Att ha större kunskap om hur man ska agera ger större trygghet och självförtroende.

Gällande vård och omsorgscollege sker ett samarbete mellan socialförvaltningen, komvux i Ale och Lilla Edets kommun. Via vård- och omsorgscollege möjliggörs för presumtiva och redan anställda att antingen vidareutbilda sig eller validera sina kunskaper och erfarenheter för att nå upp till arbetsgivarnas krav på kompetens för att kunna få en tillsvidareanställning inom verksamhetsområdena funktionsstöd eller äldreomsorg.

Under hösten startade utbildning upp av språkstödsombud. Tanken är att utbildningen är återkommande och att utbildning sker med målsättningen att det ska finnas ett språkstödsombud på varje enhet inom den schemaburna verksamheten.

2.3 Sysselsättning, arbete och företagsamhet



2.3.1 Nämndens mål: De som är aktuella för kommunens arbetsmarknadsinsatser ska komma vidare ut i egen försörjning via arbete eller studier som kan leda till arbete.

Arbetsmarknadscoacher och socialsekreterare som handlägger försörjningsstöd organiserades inför året vid samma enhet (AMFE) vilket förväntades leda till att personer som har försörjningsstöd får ett snabbare och mer sammanhållet stöd i att komma vidare, eller tillbaka, till egen försörjning genom arbete och/eller studier. Under året har försörjningsstödet minskat i samma omfattning som det ökade föregående år vilket talar för att sammanlagningen kan ha haft den förväntade effekten. Enheten är nu samlokaliserad och har även tillförts mottagande av nyanlända samt boendesociala ärenden. Processen med att automatisera handläggningen av försörjningsstödet har fortsatt under året och är nu i drift.

Projekt Invux är avslutat enligt planering i oktober 2022. Invux har skapat rutiner och forum för samverkan för unga inom det kommunala aktivitetsansvaret. Numera går samverkan under namnet Insteget. Syftet med Insteget är att fler unga, oavsett behov eller förutsättningar (som socioekonomisk bakgrund, kön, etnisk bakgrund eller funktionsvariation) på sikt ska etablera sig på arbetsmarknaden och därmed i samhället. Detta genom att skapa en mer tillgänglig samhällsorganisation som präglas av tvärsektorieell samverkan med individen i centrum.

Under hösten har samverkan implementerats och målgruppen utökats till att innefatta unga upp till 29 år och utrikesfödda. Insteget innefattar både strategiskt och operativt arbete för målgrupperna. Bland annat har SFI och utbildningsplikt utvecklats och utförs i samarbete mellan Komvux och AMFE.

Under året har två jobbspår utvecklats i DUA-samverkan (Delegationen för Unga och nyanlända i Arbete). Ett jobbspår är inom lokalvård i samverkan med Alebyggen och det andra jobbspåret är inom lager och logistik, i samverkan med Act Pac.

2.4 Hållbart samhällsbyggande



Med bäring både på ett hållbart samhällsbyggande och hälsa- och välbefinnande arbetar verksamhetsområde funktionsstöd med att få till långsiktighet, stabila lösningar och ett främjande och förebyggande perspektiv där ett boende är grunden och en förutsättning för detta. Problematiken med den allmänna bostadsbristen i samhället kvarstår, liksom den inlåsningseffekt som blir konsekvensen för målgruppen. Det finns ett behov att kunna göra boendekarriär utifrån hur behoven förändras – en större rörlighet behöver möjliggöras både inom ramen för de bostäder som verksamheten förfogar över samt det ordinära bostadsbeståndet.

Samverkansavtalet med Alebyggen färdigställdes under året i enlighet med uppdraget från kommunfullmäktige. Syftet med samarbetet kring bostadsanskaffning är att minska hemlösheten i Ale och möjliggöra en stadigvarande bostad för de som, av sociala eller medicinska skäl, har särskilda svårigheter att anskaffa en bostad. Gällande behov av lägenheter till de målgrupper som omfattas av samverkansavtalet sammanställs detta årligen av Ale kommun i ett äskande till bostadsbolaget.

Gällande åtgärder och aktiviteter relaterade till Energi- och klimatstrategin beskrivs dessa i nämndmålet kopplat till hållbart samhällsbyggande (avsnitt 2.4.1)

Inom ramen för det som nämnden kan påverka har aktiviteter och insatser genomförts enligt plan.

2.4.1 Nämndens mål: Identifiera insatser inom nämndens verksamheter för att bidra till måluppfyllelsen av den kommungemensamma Energi- och klimatstrategin samt Avfallsplanen.

Källsortering och att undvika plast- och engångsartiklar är något som samtliga verksamheter arbetar med kontinuerligt. Inom funktionsstöd görs även visst påverkans-/informationsarbete visavi brukarna angående närodlat, kravodlat och hållbar miljö. Målgruppen inom funktionsstöd är generellt en grupp som inte bedöms lämna några större klimatavtryck då konsumtion, resor etc är begränsat utifrån tillgängliga ekonomiska resurser hos brukarna.

Elbilar används i verksamheterna där så är möjligt och inom verksamhetsområde särskilda boenden och hälso- och sjukvård arbetar man aktivt med övergång till LED-belysning och agerar efter erfarenhet och kompetens från sitt deltagande i GR-projektet Resurssmart äldreboende för några år sedan.

2.5 Ett Ale



2.5.1 Nämndens mål: Nämndens verksamheter ska kontinuerligt bidra till att synliggöra insatser, processer och verksamheter.

Processkartläggningen har under året fortsatt i verksamheterna om än med något minskad intensitet än tänkt på grund av bristande resurser avseende stödfunktioner. De processer som hör hemma i ledningssystemet integreras direkt in i detta för att förvaltningen på sikt ska kunna arbeta mer systematiskt med riskbedömningar av processerna med åtföljande åtgärder och förbättringar för att i slutändan tillhandahålla hållbara och tillgängliga stöd för dem som behöver.

Kartläggningen av handläggningsprocessen har under året färdigställts.

2.6 En arbetsgivare



2.6.1 Nämndens mål: Arbeta långsiktigt med kompetensförsörjningsfrågan där den ses som en helhet där verksamhet, ekonomi, utveckling och arbetsmiljö samverkar.

Inom förvaltningen finns en arbetsgrupp med uppdrag att arbeta med hållbar bemanning på både kort och lång sikt. Arbetet syftar till att stärka kompetensförsörjningen och hitta kreativa lösningar för hela förvaltningen. Sommarrekryteringen utgör här en viktig del och under hösten har utvärdering av den gångna sommaren skett för att ta tillvara det som fungerat bra och se hur förvaltningen ska kunna locka än fler medarbetare inför kommande sommar.

Inom den samlade äldreomsorgen är den framarbetade kompetensstegen ett långsiktigt redskap för målsättningen, liksom utvecklingen med fler titlar kopplade till fler specifika uppdrag. De satsningar som gjorts inom både verksamhetsområde särskilda boenden och hälso- och sjukvård samt ordinärt boende har levt upp till målsättningen.

Då omsättningen på socialsekreterare fortsatt är hög har dialog med arbetstagarorganisationerna initierats avseende ny rekryteringsform. Tanken är att rekrytera löpande under en period och skapa ett introduktionsprogram som löper över ett år. Utveckling av ett sådant program kommer att fortsätta under 2023.

Antalet medarbetare inom funktionsstöd har ökat med 25-30 personer under året, vilket inneburit en större andel

i behov av att gå den basutbildning som arbetats fram inom verksamhetsområdet. Basutbildningspaketet är ett sätt att rusta nya medarbetare för att de ska kunna klara sitt uppdrag gentemot målgruppen.

2.6.2 Nämndens mål: Skapa förutsättningar i verksamheterna att i högre grad arbeta utifrån ett salutogent förhållningssätt.

Verksamheterna har utifrån givna förutsättningar gjort vad som varit möjligt gällande att på olika sätt lyfta, synliggöra och implementera ett mer salutogent förhållningssätt. Inte minst har ett stort arbete gjorts i relation till omsorgstagare/brukare. Tydligaste skapade förutsättningen för den måloppfyllelsen har inom verksamhetsområdet särskilda boenden och hälso- och sjukvård varit satsningen på utbildningen och konceptet Stjärnmärkt som ger kompetensutveckling i personcentrerat arbetssätt, levnadsberättelse och kontinuerliga rutiner för nollvision för begränsningsåtgärder. Inom individ- och familjeomsorgen har en satsning gjorts på utbildning i Motiverande Intervju som är en metod som syftar till att fokusera på den enskildes egna resurser.

Perspektiven som riktar sig inåt organisationen, arbetsmiljö- och verksamhetsperspektivet, har däremot inte haft lika god framdrift. Arbetet fortgår framför allt genom utveckling av det tillitsbaserade ledarskapet och hälsofrämjande arbetsplatser.

Tillitsdialoger har genomförts vid båda delårsuppföljningarna. Ett samtal om det fortsatta arbetet med tillitsdialoger och hur dessa kan utvecklas framgent kommer föras med nämnden.

2.6.3 Uppdrag: Testa möjligheten till mindre personalgrupper.

Status

✓ Avslutad

Ett test med minskat kontrollspann påbörjades redan under 2021 på Garverivägens äldreboende, korttidsenhet och dagverksamhet och har fortgått under året. Sjukfrånvarons utveckling under testperioden har på grund av pandemin varit utanför det normala med medarbetare som testat positivt för covid-19, varit hemma med symptom eller i familjekarantän. Två mätningar har gjorts utifrån medarbetarskapet (PULS-mätningar) en i maj 2022 och en i september 2022. En viss förbättring kan skönjas mellan mätningarna men det går inte att säga om det skett som en effekt av det minskade kontrollspannet. Vidare har tajningen inte varit lyckosam då samtliga tre enhetschefer, vid spridda tillfällen, valt att avsluta sina anställningar under 2022, vilket påverkat kontinuiteten.

Sammantaget kan det konstateras att förvaltningen inte kan dra några egentliga slutsatser av det test som genomförts utöver att enhetscheferna uttryckt en klar förbättring av deras arbetsbelastning och arbetsmiljö. Det finns också forskning som visar på att ett lägre kontrollspann har positiva effekter. All anledning finns med andra ord att arbeta vidare både med medarbetarnas arbetsmiljö och arbetsmiljön för enhetscheferna, en fråga som aktualiserats både i arbetsmiljöverkets inspektion för några år sedan och av enhetscheferna själva, i avstämningar och medarbetarsamtal.

2.7 Analys och förslag för framtiden

Svårigheten att rekrytera medarbetare har blivit alltmer kännbar inom samtliga verksamhetsområden, inte minst under sommarperioden. Utmaningen är nationell och kommer med största sannolikhet bestå under överskådlig tid och behöver adresseras utifrån olika perspektiv så som exempelvis;

- Kontinuerlig rekrytering av samtliga yrkesgrupper
- Möjliggöra anställning och kompetensutveckling av duktiga och engagerade medarbetare men som saknar formell utbildning. Här behöver kommunen kunna möjliggöra kompletterande utbildningar i olika omfattning för att rusta medarbetarna på bästa sätt samt fortsätta med valideringsutbildningarna.
- På övergripande nivå behövs en långsiktig strategi och åtgärdsplan för hur Ale kommun som arbetsgivare kan ta ett större ansvar i rekryteringsutmaningen och bistå verksamheterna utifrån detta.

- En enhetlighet mellan kommunens bemanningsenheter behöver finnas så inte intern konkurrens uppstår.

Brist på kompetenta medarbetare bidrar även till svårigheter att frigöra tid för ordinarie personal att kompetensutveckla sig. Samtidigt som utmaningen gällande kompetensförsörjningen blir allt mer påtaglig ökar även behovet av insatser hos nämndens målgrupper. Det märks både i form av den demografiska förändringen med fler i den äldre målgruppen samt att behoven i sig blir mer komplexa. En ökad samverkan med volontärs- och frivilligorganisationer kommer behöva utvecklas.

Förutom rekryteringsutmaningen kommer den ekonomiska utmaningen vara påtaglig åtminstone de kommande två åren. Ett resonemang om vilken kvalitetsnivå som verksamheterna ska sträva efter behöver föras och effekter av beslut som fattas behöver tydligare beskrivas också utifrån ett kvalitetsperspektiv. I beslutsunderlag behöver det därför med tydlighet framgå när en insats/åtgärd/beslut innebär en kvalitetshöjning utöver vad som är lagstadgat och vad det i så fall får för konsekvenser för övrig verksamhet.

Förberedelser utifrån kraven i den nya socialtjänstlagen som är på gång pågår inom förvaltningen där fokus lagts dels på information om vad förslaget till ny socialtjänstlag omfattar, dels på perspektivet främjande och förebyggande som tydligt lyfts i förslaget. Som en konsekvens av det har samarbetet mellan socialtjänsten och förskolan utökats liksom arbetet inom den hälsofrämjande och förebyggande enheten. Mini Maria-mottagningen som drivs i samarbete med regionen är också ett led i ett förebyggande arbete och ett sätt att tillgängliggöra socialtjänsten för målgruppen.

3 Övrig uppföljning

3.1 Sammanställning av inkomna synpunkter

Tidsperiod	2022
Antal synpunkter	
Synpunkter fördelat efterkategori	
Antal synpunkter som inneburit åtgärder utifrån lagstiftning	
Utveckling av verksamheten	
System som synpunktenhanteras inom	

Inkomna synpunkter och klagomål redovisas i kvalitetsberättelsen längre ner i denna rapport.

4 Basverksamhet

4.1 Verksamhetsmått

Ordinärt boende

Jämfört med förra året har antalet omsorgstagare över 65 år med beviljade insatser ökat, liksom antalet beviljade timmar. Ökningen, som skett successivt under föregående år har fortsatt även under innevarande år och ligger kvar på en hög nivå. Orsakerna till ökningen beror dels på ett ökat behov hos omsorgstagarna, dels att antalet omsorgstagare har ökat i alla hemtjänstenheter vilket relateras till nya behov.

Det kan konstateras att några av de omsorgstagare som har ett stort behov och där insatserna har utökats, även har ansökt om särskilt boende. Eftersom det i dagsläget inte finns tillgängliga lägenheter på särskilt boende i den omfattning som behövs kommer det fortsätta att bidra till ökningen av hemtjänstinsatser.

Ökningen av äldre som är i behov av hemtjänst och äldreomsorg ökar i enlighet med befolkningsprognosen.

Ale kommun har inte haft någon extern utförare av hemtjänst under året.

Funktionsstöd

Verksamhetsområdet öppnade under tidig höst 2021 två nya gruppboenden enligt LSS i Skepplanda. Detta har medfört en ökad rörlighet och inflytt både från befintliga boenden samt personer från boendekön. Fler individer har fått väl matchade erbjudande om boendeplicering. Det har även varit en del naturliga avslut av boendebeslut som lediggjort några boendeplatser, vilket också har bidragit till fler lediga platser och därmed fler verkställda beslut. Ett fortsatt behov av att köpa externa platser finns men detta kommer att minska på sikt, bland annat på grund av färdigställande av två nya gruppboende i början av 2023 samt ett gruppboende och ett serviceboende 2024. Ytterligare ett serviceboende väntas på sikt, beslut samt datum för detta är ännu ej klart.

Snittkostnaden är högre 2022 (841 tkr) än föregående år (739 tkr). Till del beror detta på att fördelningen mellan gruppboende respektive serviceboende förändrats i och med öppnandet av boendet i Skepplanda som genererade ett tillskott avseende gruppboendeplatser. Kvadratmeterkostnaden är även dyrare i nybyggnationer. Under 2022 införde verksamhetsområdet hyrestak vilket innebär att belopp som överstiger 7000 kr per månad belastar verksamhetsområdet.

I måttet görs ingen åtskillnad på service- respektive gruppboendestäder där gruppboendestäder är avsevärt dyrare per plats. I snitt kostar en plats i Ale på gruppboendestäder knappt 1300 tkr respektive knappt 500 tkr på serviceboende. Givetvis ökar också budgeten per plats i och med detta, vilket inte syns vid jämförelse av verksamhetsmått.

Särskilt boende och hälso- och sjukvård

Betaldagar

Antalet betaldagar, det vill säga de dagar som kommunen får betala för att kommuninvånare kvarligger på sjukhus efter att sjukhuset meddelat att de är utskrivningsklara, är marginellt lägre än året innan. Skillnaden mellan åren är eventuellt hur dagarna fördelat sig, under 2021 låg färre kommuninvånare kvar men under längre perioder. Under förra året, 2022 var trenden att fler kommuninvånare låg kvar ett fåtal dagar. Under 2022 blev det åtta månader som genererade betalningsansvar och av dessa stack fyra ut med respektive över 20 dagars betalningsansvar; januari, augusti, oktober och november. Orsakerna till att kommuninvånarna bli kvar på sjukhus efter att de är utskrivningsklara och ett betalningsansvar uppstår är flera;

- ohälsan i samhället fluktuerar vilket innebär ojämn belastning för sjukhus och även hemgång, vilket vid hög belastning orsakar stopp i vårdkedjan.
- demografin i Ale har de två senaste åren förändrats, med både en ökad andel och ökat antal äldre. Hög ålder innebär ökad skörhet och ofta fler kroniska sjukdomar som kräver specialiserad medicinsk vård.
- de ökade behoven ställer krav på fler insatser och lösningar där volymer och resurser så som korttidsplatser och särskilt boende inte alltid räcker till.
- bemanningsproblematik eller överbeläggningar på sjukhuset orsakar kortare sjukhusvistelser med sämre informationsöverföring, vilket komplicerar lösningar för snabb hemgång.

Antalet betaldagar (+ köp av plats) i relation till budget visar på ett marginellt underskott 2022.

Dygn på korttid (inklusive växelboende)

Antalet dygn på korttid var under 2022 marginellt lägre än året innan. Utifrån verksamhetens upplevelse och enligt resonemanget ovan för betalningsansvar, borde förhållandet vara omvänt. Men det lägre antalet dygn för 2022 förklaras av att antalet växelplatser minskade med ett rum, i början av året. Åtgärden kom till då planen var att Ales korttidsplatser skulle ökas i samband med förändrat antal som säljs till Kungälv. Det blev ingen förändring av antalet platser som säljs till Kungälv och växelboenderummet har blivit en permanent bostad inom särskilt boende. Inför 2023 har verksamhetsområdet 15 korttidsplatser inklusive växelboende.

Individ- och familjeomsorg

Under 2022 har arbetsmarknads- och försörjningsstödsenheten haft fler ärenden där familjer blivit bostadslösa, vilket föranlett att fler individer beviljats akut bistånd under samma period. Målgruppen nyanlända, med ett ibland stort antal individer i hushållet, har exempelvis i vissa fall otrygga boendeformer där kontrakt avslutas med kort varsel och kontaktnät ofta saknas.

Enheten har haft ärenden där våld i familjen förekommit, men inte i den omfattning, att vuxenenheten beviljat skydd, vilket resulterat i att arbetsmarknads- och försörjningsstödsenheten beviljat bistånd vid akut bostadslöshet för att komma bort ifrån och kunna bryta den relation personen befinner sig i.

På grund av det höga inflödet av anvisade kvotflyktingar under 2022 har en stor andel av det totala boendebeståndet gått till målgruppen som Ale kommun är skyldig att ordna bostäder till enligt bosättningslagen. Detta har medfört att enheten inte har kunnat använda jourlägenhet till bostadslösa i eget bestånd under 2022. Under 2023 är anvisningstalet betydligt lägre och enheten kommer att öronmärka 1 – 2 lägenheter som jourlägenhet till, i första hand, akut bostadslösa barnfamiljer. Bedömning inför 2023 är att akut bistånd för bostadslösa kommer att minska eftersom jourlägenhet i eget bestånd kommer att kunna användas i mycket högre utsträckning än tidigare.

Stöd- och behandlingsenheten har under 2022 mött 294 unika individer med biståndsbeslut, vilket är fler än under 2021 då enheten mötte 288 unika individer. Antalet beslut om insats har dock minskat mellan åren 2021 och 2022. Detta kan bland annat förklaras med färre omprövningar i befintliga ärenden och/eller längre beslutstider.

Utöver ärenden på bistånd arbetar enheten med att utveckla arbetet via service, det vill säga att den enskilde själv söker någon form av stöd. Utöver de 294 individer med biståndsbeslut har 101 personer fått upp till fem stöd-samtal inom enhetens olika verksamheter. De tre vanligaste sökorsakerna på service är: råd och stöd via familjecentralen, oro för barnets mående och utveckling samt stöd i föräldrarollen. Utöver detta har enheten även mött upp till 70 individer i olika gruppverksamheter såsom föräldrautbildning ABC, fjärlsgrupp, skilda världar etc.

Verksamhet	Verksamhetsmått	Utfall Årsbokslut 2021	Utfall Årsbokslut 2022
Ordinärt boende	Antal personer över 65 år med hemtjänstbeslut	616	630
	Antal beviljade timmar hemtjänst	197 784	207 305
Funktionsstöd	Ej verkställda beslut bostad med särskild service, (snitt för perioden)	9	6,2
	Kostnad per individ i snitt avseende LSS-boende (exkl. köpta platser)	739	841
Särskilt boende och hälso- och sjukvård	Antal betaldagar	131	123
	Dygn på korttid (avser totala antalet dygn)	4 789	4 511
Individ- och familjeomsorg	Akut behov av tak över huvudet, exempelvis i form av vandrarhem (antal beslut)	181	238
	Öppenvård - intern verkställighet (antal verkställda beslut)	577	463

5 Kvalitetsberättelse

5.1 Inledning

I Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) står det i 7 kap 1 § "Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras". Vidare står att "...den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå:

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår,
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och
- vilka resultat som har uppnåtts."

Tidigare har verksamheten sammanställt en sammanhållen kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse. Dessa delar redovisas nu separat i en patientsäkerhetsberättelse respektive en kvalitetsberättelse som införlivas som ett särskilt avsnitt i årsredovisningen.

5.1.1 Vad är kvalitet?

Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter för verksamheten samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. I föreliggande redovisning av årets kvalitetsarbete har de ingående delarna strukturerats utifrån tre perspektiv - strukturkvalitet, processkvalitet och resultat-kvalitet.

5.1.2 Fokusområden under året

Kompetensutveckling har varit i fokus inom förvaltningen som helhet; både avseende nödvändig basutbildning för att klara sitt uppdrag som medarbetare och utbildning av mer specialiserat slag så som exempelvis motive-rande intervju, nutitionsutbildningar och utbildning inom demens (Stjärnmärkt - syftar till en demensvård utan tvång och begränsningsåtgärder, med kunskap och metoder som redskap samt certifiering). Ett kontinuerligt lä-rande via ärendegenomgångar, metodutveckling samt analys av avvikelser görs också.

Under 2022 har hela socialtjänstprocessen kartlagts vilket har renderat ett behov av att se över rutiner och riktlin-jer generellt. Processkartläggningen är en grundläggande del i förvaltningens kvalitetsarbete och kommer fortgå framgent med de processer som ännu inte kartlagts.

Nya samverkansformer har etablerats och redan befintliga har utvecklats för att effektivisera processer som ex-empelvis in- och utskrivningsprocessen. Inom hemtjänsten har stort fokus lagts på att förbättra samverkan mel-lan utövare av hemtjänst dag, kväll och natt i syfte att säkerställa god omsorg över hela dygnet för omsorgsta-garna.

Regelbundna teamträffar genomförs ute på enheterna där specialisterna inom den kommunala primärvården till-sammans med omvårdnadspersonal och enhetschef gör riskbedömningar och handlingsplaner på individnivå. När det är möjligt deltar den enskilde på teamträffen och gör en egen skattning av sin hälsa. Under året har ruti-nen för teamträffar reviderats till att även omfatta fallprevention.

Arbetsmiljön är ett annat område som varit i fokus under året. Dels med perspektivet arbetsbelastning utifrån ärendemängd och komplexiteten i ärendena som hanteras, dels utifrån den fysiska arbetsmiljön i form av ända-målsenliga och för verksamheten godkända lokaler.

Inför 2023 är det fortsatt fokus på att inom den samlande äldreomsorgen slutföra Stjärnmärkt, implementering av omsorgstelefonen, uppgradering av trygghetslarm och specialistutbildningar på samtliga enheter. Aktiviteter och kulturell stimulans på äldreboende fortsätter att utvecklas med stöd av aktivitetspedagogen som anställdes hösten 2022. Omsorghandledare som är en specialistutbildad undersköterska för ökad omvårdnads-kvalitet, kom-mer successivt att ta plats på äldreboenden under året. Genomförandeplaner kommer fortsatt vara i fokus inom

hemtjänstverksamheten liksom att utveckla samverkan över hela dygnet för omsorgstagarna.

Individ- och familjeomsorgen kommer ha fokus på att utveckla transparens och delaktighet. Den processkartläggning som genomförts under 2022 behöver på ett bra sätt synliggöras för kommuninvånare. Liksom tidigare år är det viktigt att upprätta rutiner där så behövs i syfte att säkerställa rättssäkerhet. Den pågående implementeringen av hela kedjan IBIC från ansökan till verkställighet behöver fortsätta. Tillgänglighet, kompetensutveckling samt brukarutvärdering är fokus som verksamheten behöver ha i kvalitetsutvecklingen framåt.

Även inom funktionsstöd behöver brukarutvärderingar utvecklas framgent. Arbetet med kompetensutveckling via validering fortgår med start i januari 2023. Ett omtag gällande kompetens om HBTQI kommer göras under året samt arbete med en struktur för SIP (samordnad individuell plan) avseende vuxna likt den struktur som redan finns framarbetad för barn och unga.

5.2 Strukturkvalitet

Strukturkvalitet innefattar verksamhetens förutsättningar för att fullgöra sitt uppdrag. Det kan handla om tid, personaltäthet, personalens kompetens, pengar, lokaler (och andra resurser) samt policies/planer och fastslagna arbetssätt. Strukturkvalitet omfattar även ledning och styrning.

5.2.1 Organisation och ansvar

Socialnämnden ansvarar för att:

- Det finns ett ledningssystem för verksamheten.
- Ledningssystemet används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.
- Ledningssystemet anger hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.
- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.
- Fastställa mål och inriktning för socialförvaltningen.

Förvaltningschef ansvarar för att:

- Insatser inom förvaltningens område håller en god kvalitet och att den enskilde får ett professionellt stöd och bemötande. Insatserna ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet samt vara lätt tillgängliga.
- De verksamhetsplaner och andra dokument som krävs för att styra och leda den operativa verksamheten i riktning mot uppställda mål upprättas och kommuniceras.
- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten på förvaltningsnivå.
- Leda och fördela det övergripande kvalitetsarbetet inom förvaltningen.
- Förvissa sig om att ledningssystemets olika processer är kända och följs.
- I samverkan med stödfunktionerna socialt ansvarig samordnare och utvecklingsledare kvalitet och uppföljning initiera, fastställa och följa upp riktlinjer och rutiner på förvaltningsnivå.
- Årligen revidera ledningssystemet i samverkan med utvecklingsledare kvalitet och uppföljning, medicinskt ansvarig sjuksköterska samt socialt ansvarig samordnare.

Verksamhetschef ansvarar för att:

- Insatser inom verksamhetens område håller en god kvalitet och att den enskilde får ett professionellt stöd och bemötande.
- Upprätta en årlig verksamhetsområdesplan.
- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten på verksamhetsnivå.
- Leda och fördela det övergripande kvalitetsarbetet inom sitt verksamhetsområde.

- Förvissa sig om att ledningssystemets olika processer är kända och följs.
- Initiera, fastställa och följa upp riktlinjer och rutiner på verksamhetsnivå.

Enhetschef ansvarar för att:

- Insatser inom enhetens område håller en god kvalitet och att den enskilde får ett professionellt stöd och bemötande.
- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten på enhetsnivå.
- Leda och fördela det övergripande kvalitetsarbetet inom sitt/sina enhetsområden.
- Förvissa sig om att ledningssystemets olika processer är kända och följs.
- Initiera, fastställa, revidera och följa upp rutiner på enhetsnivå.
- Genomföra egenkontroll enligt kvalitetsledningssystem SOSFS 2011:9 i Stratsys.

Utvecklingsledare kvalitet och uppföljning ansvarar för att:

- Driva och hålla samman arbetet med förvaltningens kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9
- Bistå och fungera som administrativt stöd till förvaltningschef vid upprättande av en årlig kvalitetsberättelse på nämndnivå.
- Bistå och fungera som administrativt stöd till förvaltningschef vid upprättande av nämndplan och vid delårsrapporter och årsbokslut.
- Vara chefer inom förvaltningen behjälplig inför kvalitetsrapporteringen.
- Vara chefer inom förvaltningen behjälplig vid upprättande av verksamhetsområdesplaner och inför delårsrapporter och bokslut.
- Samordna och vara förvaltningens kontaktperson vid nationella jämförelser.
- Delta i och samordna övergripande kvalitetsprojekt.
- I samverkan med förvaltningschef årligen revidera dokument som ingår i förvaltningens kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9.

Socialt ansvarig samordnare/utredare, (SAS) ansvarar för att:

- Processerna för bedömning, beslut, verkställighet och samverkan inom socialtjänsten är ändamålsenliga och väl fungerande.
- Den enskilde får sina behov prövade i en rättssäker myndighetsutövning.
- Den enskilde får insatser av god kvalitet, som är individuellt utformade och utgår från den enskildes delaktighet och inflytande.
- Säkra att dokumentationen förs i den omfattning som föreskrivs i lag och föreskrift (SoL, LSS, LVM, LVU)
- Ta emot och utreda rapporter enligt Lex Sarah kring missförhållanden eller risk för missförhållanden i verksamheter. Allvarliga missförhållanden ska anmälas vidare till Inspektionen för vård- och omsorg, IVO.
- Utföra granskningar och uppföljningar inom socialtjänstens område enligt fastställda dokument från nämnden samt utifrån klagomål, avvikelser och särskilda uppdrag.
- Initiera och följa upp riktlinjer och rutiner på förvaltningsnivå.
- Redovisa resultat av granskningar till förvaltningens ledningsgrupp och nämnd.
- Följa upp och granska eventuella externa utförare enligt fastställt dokument från nämnden.
- Bistå och fungera som administrativt stöd till förvaltningschef vid upprättande av en årlig kvalitetsberättelse
- Fungera som stöd och bistå utvecklingsledare kvalitet och uppföljning med att driva och hålla samman arbetet med förvaltningens kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9.

Socialsekreterare ansvarar för att:

- Handläggning av ärenden sker rättssäkert utifrån gällande lagstiftning riktlinjer och rutiner.
- Bidra till att en hög rättssäkerhet upprätthålls.

- Ha kännedom och arbeta utifrån gällande riktlinjer och rutiner.

Undersköterska, vårdbiträde, stödpedagog, stödassistent m.fl. ansvarar för att:

- Medverka till att de omsorgsinsatser som genomförs är av god kvalitet, genom att aktivt delta i verksamhetens kvalitetsarbete, ifrågasätta och utveckla rutiner.
- Ha kännedom och arbeta enligt gällande riktlinjer och rutiner, samt utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

5.2.2 Struktur för uppföljning och utvärdering

I enlighet med krav i Socialstyrelsens föreskrift, SOSFS 2011:9 ska kommunen säkerställa kvaliteten och säkerheten i verksamheten genom ett systematiskt och fortlöpande kvalitetsarbete. Kraven i föreskriften gäller all verksamhet reglerad i bl.a. Socialtjänstlagen, Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade, Patientsäkerhetslagen samt Hälso- och sjukvårdslagen. Den gäller alla insatser till personer med funktionsvariationer, äldre samt individer och familjer i behov av socialt stöd i sin livsföring. Ledningssystemet ska stödja verksamhetens arbete med att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten

Från och med i år, 2022, kommer uppföljningen och återrapporteringen att ske i två olika dokument - ett för patientsäkerhet (utifrån en ny mall från SKR med utgångspunkt i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet) och årsredovisningen som i år kommer innehålla ett separat avsnitt rörande kvaliteten.

Arbetet med att kartlägga berörda processer samt utveckla egenkontroller utifrån riskanalyser kopplade till respektive process fortgår och införlivas allt eftersom i ledningssystemet.

5.2.3 Struktur för riskanalys

Genom egenkontroll och analys av avvikelser görs fortlöpande bedömningar om det finns risk för att händelser ska inträffa som kan medföra missförhållande. Ansvariga för detta är socialt ansvarig samordnare och enhetschef. Inrapporterade avvikelser registreras och analyseras i verksamhetssystemet Treserva. Erfarenheterna återförs sedan till verksamheterna. Vid allvarligare händelser görs risk- och händelseanalyser.

Riskanalyser ska göras för att förhindra att händelser som skulle kunna medföra brister i verksamhetens kvalitet ska inträffa alt. ska inträffa igen (3 kap 3 § SoL). Det gäller även i samband med förändring av verksamhet eller efter tillbud/avvikelse som berör verksamheten. Vid dessa situationer används förvaltningens rutin för händelse- och riskanalys.

I takt med att allt fler processer kartläggs och införlivas i kvalitetsledningssystemet kommer risker kopplade till processer att mer systematiskt identifieras, riskvärderas och hanteras. Dokumentationen av detta samt eventuella åtgärder dokumenteras i verksamhetssystemet Stratsys.

5.2.4 Struktur för informationssäkerhet

Systematisk loggkontroll genomförs sedan 2018. Uppföljning av loggar i verksamhetssystemen ska dels säkerställa värdgivarens pålitlighet gentemot kommuninvånaren, dels ge anställda en trygghet som grundar sig i att man genom loggen kan styrka att åtkomst till information har varit befogad. Granskning av loggar görs normalt varje kvartal genom stickprov av respektive enhetschef enligt fastställd rutin. Ett slumpmässigt urval av personalen granskas då under en tvådagars period. På begäran av chef kan riktad loggning utföras av objektspecialist. Riktad loggning kan till exempel användas om en anställd har en närstående som är aktuell i verksamhetssystemet Treserva. Det kan även finnas anledning att kontrollera loggar om det förekommer speciellt sekretesskänsliga personer eller vid misstanke om otillbörlig användning.

Under 2022 har loggning i verksamhetssystemet Treserva inte kunna genomföras på grund av tekniska problem i systemet. Detta är något som har påverkat alla kommuner som använder detta verksamhetssystem och trots att leverantören har arbetat med att identifiera och åtgärda problemet har det inte kunnat lösas ännu. Under året har fokus därför varit på de riktade loggkontrollerna i Treserva. Loggkontroller görs även i verksamhetssystemet MCSS, vilket har fortlöpt utan problem. Loggkontroller har i samtliga fall visat på god följsamhet till beslutade rutiner.

Behörigheter till verksamhetssystemen för medarbetare kan numera endast beställas av ansvarig chef, vilket är en åtgärd för att säkra upp vilka medarbetare som har behörighet till vad och när. Förvaltningsledningen har under våren 2022 fastställt en rutin för att gallra användare i Treserva var 6:e månad. De användare som inte har varit inloggade under de senaste 6 månaderna tas bort för att säkerställa god följsamhet till GDPR och informations-säkerhet. Även beslut om att införa systematisk behörighetskontroll av användare i Treserva togs av förvaltningsledningen under våren. Syftet är att säkerställa att behörighet till känslig information i verksamhetssystem baseras på aktuell organisatorisk tillhörighet och arbetsuppgifter. Det hade uppmärksammats att användare ibland haft mer/större behörighet än de egentligen behövt till följd av ändrade uppdrag eller arbetsplats. Behörighetskontrollen genomförs två gånger per år av enhetschef. En rutin finns framarbetad som stöd.

Förvaltningsledningen har under 2022 även beslutat om en rutin för regelbunden gallring av äldre meddelanden i verksamhetssystemet Treserva, utifrån både GDPR och systemprestanda.

Kontrollkörning i HSA görs varje månad för att se så namn och adresser stämmer med folkbokföringen samt om någon har ett utgåendet kort. Revision av HSA-katalogen görs årligen, detta för att till exempel kontrollera att registrerade personer fortfarande arbetar kvar i verksamheten eller för en genomgång av rutinerna och följsamheten till dessa.*

Omsorgstelefonerna har inom ordinärt boende tidigare IT-managerats. Under våren 2022 genomgick verksamhetsområdet funktionsstöd samma procedur, där medarbetarnas telefoner sågs över utifrån både prestanda och behov. En utsedd projektgrupp från förvaltningen har tillsammans med representanter från IT-enheten och leverantören arbetat fram en säker hantering för medarbetarna inom funktionsstödsområdet med upprättade rutiner som tydliggör vilka funktioner som finns tillgängliga i telefonerna, vad medarbetaren ska göra om telefonen kommer på villovägar, om man glömt sin kod eller liknande. Detta möjliggör för IT-enheten, på uppdrag av verksamhetschef, att managera telefonerna om behov skulle uppstå. Exempelvis kan IT-enheten, på distans, omedelbart göra en specifik telefon obrukbar om den skulle komma i orätta händer. Om någon slår in fel kod tre gånger i rad fabriksåterställs telefonen automatiskt. IT-enheten skjuter också ut de appar som ska finnas i telefonen, vilket bestäms av verksamhetschef, samt uppgraderar samtliga telefoner på distans när en ny version av en app finns tillgänglig, vilket säkerställer att samtliga medarbetare har den korrekta versionen så snart det är beslutat. Under hösten 2022 påbörjades samma process inom särskilda boenden inom äldreomsorgen. Detta arbete förväntas vara utfört i sin helhet i början av första kvartalet 2023.

En kartläggning av samtliga verksamhetssystem görs årligen och dokumenteras i förvaltningsplan IT. En dialog har förts med IT-enheten samt leverantören för ett av de största verksamhetssystemen under hösten 2022, för att undersöka hur planeringen av insatser inom ordinärt boende ska säkerställas om verksamhetssystemet av någon anledning inte skulle vara tillgängligt. En lösning för detta har ännu inte identifierats, men fortsatt arbete pågår för att hitta en hantering av detta behov. Övriga rutiner för hantering för de fall att systemen inte är tillgängliga har delvis setts över under året, men ingen uppdatering har behövt göras. Arbetet fortgår löpande och årligen kommer en översyn i olika omfattning att göras.

För att säkerställa säker och god funktionalitet i verksamhetssystemen görs uppgraderingar och korrigerande patcher vid behov, normalt flera gånger per år, i dialog med leverantörerna. Utveckling och utvidgning av verksamhetssystemens funktionalitet görs löpande, baserat på dialog med verksamheterna och leverantörerna. Navet i denna förvaltning och utveckling består av förvaltningens systemförvaltare.

**Katalogtjänst HSA används bland annat för att styra medarbetares behörighet i olika tjänster och system. När en användare loggar in i en tjänst, hämtas personens behörighetsgrundande information från HSA. Baserat på till exempel yrkesroll, uppdrag och var användaren jobbar – avgörs sedan vilken information personen har rätt att komma åt – och vad hen får göra. Behörigheten som medarbetaren får är också anpassad så att en och samma person ska kunna få tillgång till olika typer av information, beroende på uppdrag och tidpunkt.*

5.2.5 Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Kvalitet i verksamheten förutsätter god kompetens bland medarbetarna. Kontinuerlig kompetensutveckling behövs för att bibehålla och öka kompetensen. Verksamheter inom SoL/LSS ska enligt SOSFS 2011:9 6 kap 1 § och 3 § säkerställa att personalen arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Vidare framgår att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldiga att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är självklar, i planering, genomförande samt uppföljning/analys. När det gäller kvalitet i bemötande och omsorg till den äldre är det omvårdnadspersonal med stöd från specialister och enhetschef som enligt rutin ansvarar för och arbetar med riskbedömningar, analyser och åtgärder, liksom i kontaktmannaskapet och med genomförandeplaner, dokumentation samt i arbetet med avvikelser och åtgärder. Specifika satsningar som gjorts under året inom äldreomsorgen är förutom det som tidigare nämnts i rapporten även fortsatt högskoleutbildning för enhetschefer och - för sjuksköterskor - specialistkurser inom äldreområdet, framarbetande av åtgärder från enheternas resultat från brukarenkäterna, omsorgstelefoner för enklare dokumentation och mer lättfångad information och kompetensinhämtning, webbutbildningar i palliativ vård och nollvisionen i begränsningsåtgärder. En satsning har gjorts med föreläsning kring bemötande och salutogent förhållningssätt för all personal inom ordinärt boende.

Inom verksamhetsområde funktionsstöd fortgår arbetet med basutbildningar för att kvalitetssäkra kompetensen hos medarbetarna liksom ett fortsatt arbete med introduktion för nyanställda medarbetare. Även inom individ- och familjeomsorgen pågår ett arbete med att skapa ett introduktionsprogram för nyanställda. Stor vikt läggs också vid kompetensutveckling gällande såväl arbetsmetoder som annan kunskap som är viktig för ett gott bemötande och en rättssäker handläggning.

Arbetet som pågår i arbetsgruppen för hållbar bemanning som nämnts tidigare i rapporten är en viktig del i att säkerställa fortsatt kompetensförsörjning till förvaltningens verksamheter. Behovet av nyanställningar är stort men även behovet av att få in vikarier för att frigöra tid för ordinarie personal att kompetensutveckla sig.

Alla enheter för kontinuerlig dialog kring kvalitet på APT under året. Här lyfts inkomna avvikelser, synpunkter, tillbud och arbetsskadeanmälningar. Behov finns av att, tillsammans med medarbetarna, utveckla analysfasen av detta arbete för att identifiera trender i bristerna som upptäcks samt därmed hitta bredare lösningar.

5.3 Processkvalitet

Processkvalitet handlar om hur arbetet genomförs i praktiken och omfattar aspekter så som följsamhet till metoder och rutiner, personalens förhållningssätt, samverkan och likvärdighet. Sedan några år tillbaka ägnas särskilt fokus åt det salutogena förhållningssättet utifrån tre olika perspektiv, förutom gentemot den enskilde även utifrån ett arbetsmiljö- och verksamhetsperspektiv.

5.3.1 Samverkan

Samverkan för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten

Samverkan sker på olika sätt och i många olika konstellationer både internt och externt.

Intern samverkan sker med

- brukare/patient och deras anhöriga/närstående och legala ställföreträdare.
- mellan kommunen och den enskilde och med föreningar och frivilligorganisationer såsom pensionärsföreningar och de kyrkliga församlingarna.
- förtroendevalda
- mellan myndighetsutövning och verkställighet
- mellan verksamhetsområdenas olika enheter
- överförmyndarenheten

Extern samverkan sker med andra såsom:

- Vård- och omsorgscollage (samarbete mellan Ale Komvux, socialförvaltningen och äldreomsorg/funktionsstöd i Lilla Edets kommun)
- Andra kommuner-exempelvis gällande verksamheten personligt ombud (PO) som drivs i samverkan med Kungälv och Stenungsund
- Nätverksgrupper inom SIMBA

- Skola, socialtjänst, polis och fritid (SSPF)
- Västra Götalandsregionens primär- och specialistvård
- Försäkringskassan
- Arbetsförmedlingen
- Göteborgsregionen
- Migrationsverket
- Lokala näringsidkare
- Privata assistansanordnare

Samverkan med den enskilde och närstående

All vård och behandling samt stödinsatser ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde och om denne önskar även de närstående. Samverkan med den enskilde innebär att ge förutsättningar för hen att själv kunna påverka sin livssituation och den vård och det stöd som hen får. Den enskilde ska ges möjlighet att delta i planeringen av vård och omsorg samt ha inflytande över genomförandet. Detta sker exempelvis genom deltagande i upprättandet av genomförandeplan. Den enskilde och dess närstående ska informeras om att de kan lämna synpunkter och klagomål på verksamheten enligt fastställda rutiner.

Vid utredning om ett missförhållande bör enskilda hållas underrättade om utredningen samt om anmälan görs till IVO.

5.3.2 Rapporteringsskyldighet

All personal har skyldighet att rapportera händelser som innebär missförhållanden eller risk för missförhållanden enligt lex Sarah (SOSFS 2011:5). Detsamma gäller risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada enligt lex Maria (patientsäkerhetslagen 2010:659). Syftet med att rapportera inträffade avvikelser är att dra lärdom av missförhållandet eller den negativa händelsen och att med riskförebyggande insatser förhindra att samma typ av avvikelse inträffar igen. All personal rapporterar avvikelser enligt gällande rutin i verksamhetssystemet Treserva. Avvikelserna hanteras av enhetschef, socialt ansvarig samordnare och medicinskt ansvarig sjuksköterska (i det fall det avser en vårdskada eller händelse som hade kunnat medföra en vårdskada enligt lex Maria)*.

En avvikelse är en händelse som medfört eller hade kunnat medföra något oönskat, till exempel:

- en icke förväntad händelse i verksamheten som medfört eller kunnat medföra risk eller skada för brukaren. Brister i utförandet, utebliven/fördröjd insats eller vård och behandling, brister i handläggning och dokumentation med mera utgör en avvikelse.
- Något som inträffar och inte överensstämmer med verksamhetens normala rutiner.

Avvikelsehantering innefattar att identifiera och rapportera avvikelser, klarlägga och åtgärda orsakerna, dokumentera, bedöma åtgärdernas effekt samt sammanställa och återföra resultaten. Avvikelser är ett redskap för att verksamheten ska kunna utvecklas och kvalitetssäkras. Att rapportera avvikelser är viktigt för att verksamheten ska kunna ombesörja god, rättssäker och ändamålsenlig vård och omsorg.

Rapporter och utredningar om missförhållande/vårdskador (lex Sarah/lex Maria) hanteras inte i verksamhetssystemet, dock kan en avvikelse leda till en lex Sarah/lex Maria-utredning. Vid registrering av avvikelse finns det möjlighet för personal att uppge om avvikelsen bör utredas enligt lex Sarah/lex Maria. Vid avvikelser där man anser att utredning enligt lex Sarah bör ske ska även en särskild rapport enligt lex Sarah upprättas. För att MAS/MAR ska kunna påbörja en fördjupad utredning enligt lex Maria och fatta beslut om händelseanalys, ska en blankett besvaras enligt rutin och skickas till MAS/MAR inom två veckor från det inträffade.

*sammanställning av Lex Maria återfinns i patientsäkerhetsberättelsen.

5.3.3 Hantering av synpunkter och klagomål

En viktig del i förvaltningens systematiska kvalitetsarbete är att ta emot och utreda synpunkter och klagomål. Närmast ansvarig chef ansvarar för kvalitetsförbättring inom sitt ansvarsområde och är skyldig att löpande behandla inkomna synpunkter och klagomål. Inkomna synpunkter och klagomål som är kopplade till enskilda

patienter/omsorgstagare och som avser uteblivna insatser eller som inte överensstämmer med en enskild individs vård- och omsorgsplanering, fastställda rutiner eller vad som är förenligt med lag och föreskrift rapporteras som en avvikelse. Kvalitetsbrister och andra synpunkter hanteras enligt rutin för synpunkter och klagomål.

Synpunkter och klagomål kan lämnas via kommunens hemsida, på särskild blankett, brev, personligt besök eller via telefon. Synpunkter och klagomål kan även anmälas direkt till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, eller patientnämndens verksamhet. Mer information om hur man går tillväga finns på ale.se.

Statistik över årets inkomna synpunkter och klagomål återfinns i tabellen med avvikelser längre ner i denna rapport.

5.4 Resultatkvalitet

Resultatkvalitet rör måluppfyllelse och resultat, det vill säga om verksamheten uppnår det som eftersträvas. En form av resultat är nöjdheten hos den enskilde. En annan form av resultat är hur verksamheten utvecklas i relation till uppställda mål, lagkrav och beslut från nämnden.

De kvalitetsindikatorer och avvikelser som följs är detsamma som tidigare år, kompletterat med egenkontroller i form av checklistor. Då det digitala stödet för kvalitetsarbetet infördes under 2022 har mycket tid ägnas åt att lyfta in all information och de indikatorer som förvaltningen följt sedan tidigare. Det återstår även att få till en systematik i förvaltningen som helhet avseende följsamheten till ledningssystemet. Komplettering och utveckling av egenkontroller och indikatorer kommer ske allt eftersom och är delvis en del i det processkartläggningsarbete som pågår då samtliga egenkontroller och indikatorer ska kopplas till den process som är dess hemmatillhörighet.

5.4.1 Uppföljning av åtgärder

Årets uppföljning av egenkontroller i form av checklistor, kvalitetsindikatorer och avvikelser visar på att inga åtgärder har bedömts behöva vidtagas på övergripande nivå. Vid uppföljning av respektive verksamhetsområde konstateras att åtgärder endast vidtagits inom individ- och familjeomsorgen. Däremot återfinns det åtgärder i varierande grad på enhetsnivå. Dels beror detta på att utfallet inte alltid föranleder någon åtgärd, dels behöver arbetssättet med ledningssystemet och hur registrering sker i verksamhetssystemet sätta sig i hela förvaltningen.

5.4.2 Uppföljning av kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikator		Kommentar 2022										
<p>Andel personer som sammantaget är mycket eller ganska nöjda med hemtjänsten.</p> <p>Undersökningen syftar till att fånga vad äldre personer tycker om äldreomsorgen. Resultatet är en viktig del i verksamhetens kvalitet- och utvecklingsarbete.</p>	<p>Utfall (%)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>År</th> <th>Utfall (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td> <td>~85</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>~85</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>~80</td> </tr> </tbody> </table>	År	Utfall (%)	2019	~85	2020	~85	2021	0	2022	~80	<p>Resultatet jämfört med tidigare år är marginellt sämre. För att få en mer komplett bild över utvecklingen bör man även se på utvecklingen av svarsalternativen som är neutrala respektive negativa. När även dessa tas i beaktande kan man konstatera att andelen som är negativa varit konstant de senaste åren medan viss rörlighet finns mellan de som är neutrala respektive positiva.</p> <p>Resultaten mellan de olika enheterna varierar. I vissa frågor är det förbättrats och i vissa frågor försämrats. Resultaten används i enheternas förbättringsarbete.</p>
År	Utfall (%)											
2019	~85											
2020	~85											
2021	0											
2022	~80											

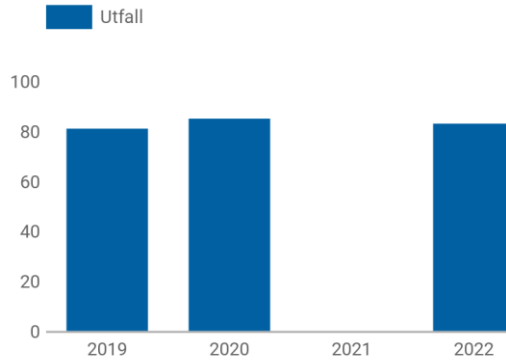
Kvalitetsindikator

Kommentar 2022



Andel personer som sammanlagt är mycket eller ganska nöjda med sitt äldreboende.

Undersökningen syftar till att fånga vad äldre personer tycker om äldreomsorgen. Resultatet är en viktig del i verksamhetens kvalitet- och utvecklingsarbete.



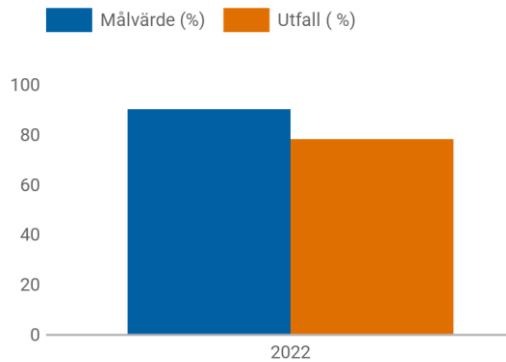
Ales äldreboenden har fortsatt ett bra resultat avseende hyresgästernas nöjdhet med sitt äldreboende. Resultatet för Ale är bättre än snittresultatet för både kommunerna i regionen och i jämförelse med riket.

Bedömningen är att Ale behåller sitt positiva resultat genom åtgärder och kompetensutveckling inom personcentrerat arbetssätt, bemötande, omvårdnad, patient-säkerhet och aktiviteter, samt trivsel med åtgärder för inomhusmiljön i allmänna utrymmen.



Andel aktuella genomförandeplaner i relation till antalet brukare den 15/10 (LSS)

Uppföljningen syftar till att följa att kravet på genomförandeplan uppfylls av berörda verksamheter.



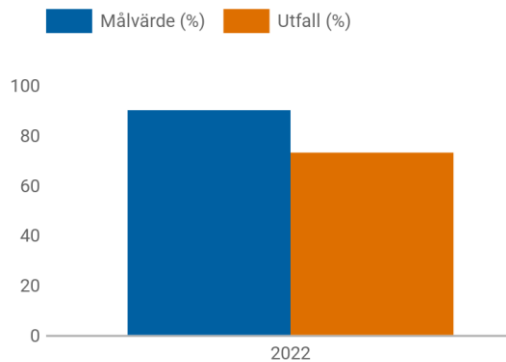
Resultatet på 73% är en bit ifrån målet. Orsaker som anges är bland annat omflyttningsprocesser mellan boenden vilket kan göra att behoven som genomlysas i en genomförandeplan förändras och därmed behövs planerna i sig uppdateras. Vissa brukare har inte kunnat motiveras att delta samt att tidsbrist också uppges som en orsak till utfallet.

Ett arbete med kvalitativa genomförandeplaner med delaktighet från den enskilde pågår. Dock är givetvis målet att alla ska ha aktuella genomförandeplaner.



Andel aktuella genomförandeplaner i relation till antalet brukare den 15/10 (SoL)

Uppföljningen syftar till att följa att kravet på genomförandeplan uppfylls av berörda verksamheter.



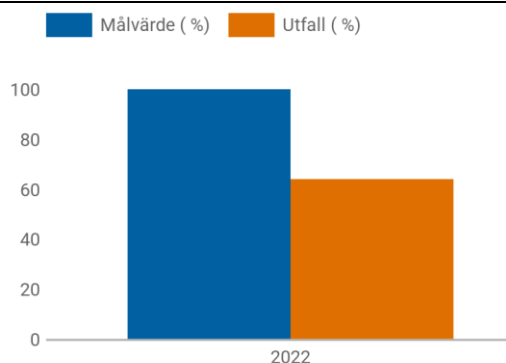
Målsättningen med 90% aktuella genomförandeplaner är fortfarande inte nådd även om andelen tydlig har ökat i jämförelse med resultatet från förra året. Några enheter sticker ut med att kraftigt ha ökat sin andel aktuella genomförandeplaner så som exempelvis Björklidens äldreboende. På totalen finns mer att göra under kommande år för att öka andelen genomförandeplaner.

Andelen aktuella genomförandeplaner är ett mått på hur arbetet går med bland annat det personcentrerade arbetssättet inom verksamhetsområdet särskilda boende och hälso- och sjukvård, samt en indikation på följsamhet till rutin.



Andel enheter (inom funktionsstöd) som har en aktuell rutin för personalens agerande vid misstanke/upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller andra övergrepp.

Uppföljningen syftar till att få koll på huruvida aktuella rutiner finns på samtliga enheter avseende personalens agerande vid misstanke/upptäckt att den enskilde utsatts för våld eller andra övergrepp.





Verksamhetsområdet behöver stärka upp arbetet med öka andelen enheter som har en aktuell rutin för personalens agerande vid misstanke/upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller andra övergrepp. En planering finns för att informera på APT för att säkerställa att rutinerna är kända för medarbetarna. Indikatorn följs upp årligen i enhetsundersökningen som genomförs av Socialstyrelsen.

Gällande brukarbedömningarna inom äldreomsorgen ligger Ale väl till både i jämförelse med snittresultatet för kommunerna i regionen och i jämförelse med riket. Gällande dessa undersökningar bör påpekas att yngre tenderar att vara mer kritiska i sina svar liksom att de som svarar själva har en tendens att lämna mer positiva svar jämfört med då den äldre fått hjälp med att svara eller då svaren lämnats av anhörig eller annan. Förväntningarna på insatserna spelar också roll i bedömningen av hur nöjd man är med sin hemtjänst eller särskilda boende. Det kan också påpekas att det som redovisas i tabellen är de positiva resultaten. För att få en mer komplett bild över

utvecklingen bör man även se på utvecklingen av svarsalternativen som är neutrala respektive negativa. Ett utvecklingsområde är att få till fler kvalitativa mått inom både funktionsstöd och individ- och familjeomsorgen.

Arbetet med genomförandeplaner behöver fortgå inom samtliga berörda verksamheter. Dialog och informationsarbete visavi medarbetarna fortsätter 2023. Att målvärdet är satt till 90 % grundar sig i att det alltid sker viss omflyttning/inflyttning av brukare/omsorgstagare samt förändring av behov hos den enskilde och att det därmed inte är möjligt med ett utfall på 100 %.

5.4.3 Checklistor/egenkontroller

Egenkontroll	Svar 2022	Kommentar 2022
Granskning av dokumentation SoL/LSS - checklista	 Uppfyllt	Den här egenkontrollen är riktad till IFOs verksamhet. Gemensam genomgång i ledningsgruppen har gjorts. Vid nästa rapportering görs helhetsbedömning utifrån behov/aktualitet. Enheterna har lagt in åtgärder och kvalitetsarbetet sker i enlighet med dessa.
Granskning av verksamhet - checklista	 Delvis uppfyllt	Årets granskning, som är den första utifrån den här checklisten för många enheter, visar på flera utvecklingsområden. Till dessa behöver åtgärder formuleras vilket saknas i allt för många fall. Checklisten behöver ses som ett verktyg för att identifiera varje enhets utvecklingsområden relaterat till kraven i SOSFS:en. För att det ska bli en systematik i kvalitetsarbetet behöver enheterna i högre grad arbeta med åtgärder kopplat till de utvecklingsområden som identifierats. Följsamheten till beslutade egenkontroller behöver förbättras. Det kan konstateras att några enheter inte genomfört egenkontrollen alls. Inför granskningen 2023 finns anledning att se över formuleringen avseende vissa frågor.

Granskning av dokumentation SoL/LSS är riktad till verksamhetsområde individ- och familjeomsorg och syftar till att undersöka hur dokumentationen svarar upp mot krav om rättssäkerhet, kvalitet, barnperspektiv och samverkan samt utgöra grund för lärande. Granskningen genomförs en gång per kvartal och omfattar 5-10 ärenden per enhet.

Checklistan uppfattas som lättillgänglig och användarvänlig vilket bidragit till att internkontrollen genomförts i sin helhet. Under 2023 behöver den ses över för att säkerställa att kontrollen siktar på rätt kvalitetsindikatorer för verksamhetsområdet.

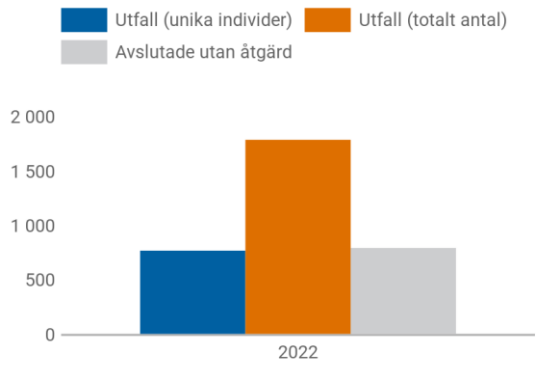
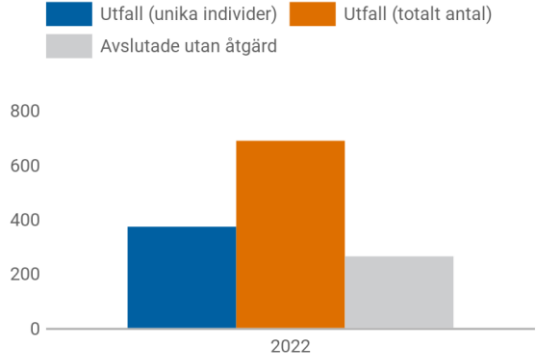
Egenkontrollen granskning av verksamhet genomförs av samtliga enheter inom förvaltningen och var en ny egenkontroll för flertalet. Syftet är att systematiskt följa upp verksamheten utifrån nedanstående områden för att identifiera utvecklings och förbättringsområden;

- processer och rutiner
- samverkan
- egenkontroll
- personalens medverkan
- resursanvändning

Konstateras kan att förbättringspotential finns både avseende genomförandet av egenkontroller samt i arbetet med åtgärder utifrån identifierade utvecklingsområden.

5.4.4 Avvikelser

Avvikelser	Utfall	Kommentar
Lex Sarah	18	De 18 lex Sarah-rapporterna fördelar sig enligt följande mellan verksamhetsområdena; 7 inom funktionsstöd

Avvikelser	Utfall	Kommentar
		6 inom individ- och familjeomsorgen 5 inom särskilda boenden och hälso- och sjukvård Rapporterna avser bland annat brister i handläggning, stöd och insatser vil- ket orsakat allvarliga risker samt otrygghet för enskilda brukare.
Synpunkter och klagomål	28	De synpunkter och klagomål som in- kommit under året berör upplevda brister i kommunikation, omvårdnad, bemötande och förhållningssätt, mål- tider, insatser/stöd (och i vissa fall ute- blivna sådana) och felbedömning av begränsningsåtgärder. Många syn- punkter kommer från anhöriga.
Utebliven insats (SoL och LSS)	255	Merparten av avvikelserna (219 st) är inom ordinärt boende. Antalet varierar stort mellan de olika enheterna inom verksamhetsområdet Resterande för- delar sig med 13 inom särskilda boen- den och hälso- och sjukvård och 23 inom funktionsstöd.
Brister i bemötande och förhållnings- sätt (SoL och LSS)	31	Avvikelserna fördelar sig med 4 inom ordinärt boende, 22 inom funktions- stöd och 5 inom särskilda boenden och hälso- och sjukvård.
Brister i handläggning och doku- mentation (SoL och LSS)	101	46 av avvikelserna är inom verksam- hetsområdet ordinärt boende, 4 inom funktionsstöd, 50 inom individ- och fa- miljeomsorgen och 1 inom särskilda boenden och hälso- och sjukvård.
Orosanmälningar barn och unga	 <p>Utfall (unika individer) Utfall (totalt antal) Avslutade utan åtgärd</p>	<p>Inflödet av orosanmälningar är fortsatt høgt. Utfallet unika individer och totala antalet orosanmälningar indikerar på flera anmälare per individ. Det talar för att flera runt individen är oroliga alter- nativt att orosanmälningar gällande samma individ sker vid olika tillfällen under året vilket inte framgår av sta- tistiken. Ungefär hälften av anmälning- arna avslutas utan åtgärd. Där har kontakten med familjen och den unge resulterat i en bedömning att inga åtgä- rder har varit nödvändiga och att ingen ansökan om stöd har skett.</p>
Orosanmälningar vuxna	 <p>Utfall (unika individer) Utfall (totalt antal) Avslutade utan åtgärd</p>	<p>En orosanmälan leder till en kontakt med den enskilde. Fortsatt kontakt sker endast om den enskilde själv an- söker om stöd alternativt om en LVM- utredning bedöms nödvändig. Av sta- tistiken framgår att flertalet orosanmäl- ningar har lett till en fortsatt kontakt.</p>

Samtliga verksamhetsområden har under året arbetat med sitt förbättringsarbete med fokus på ökad kvalitet i förhållande till individens behov. En del av förbättringsarbetet avser det kontinuerliga arbetet med avvikelshantering samt att möta upp synpunkter och klagomål som inkommer.

Lex Sarah

De lex Sarah-rapporter som inkommit under året har bland annat resulterat i åtgärder avseende översyn av rutiner, förändrat arbetssätt, kontinuerlig genomgång av lagstiftning, handläggning och dokumentation för att liknande händelser inte ska inträffa på nytt. Via enskilda samtal samt dialog och analys på verksamhetsmöten och APT har rutiner och checklistor arbetats fram. Några av Lex Sarah-incidenterna har även lett till arbetsrättsliga åtgärder, så som medvetandegörande samtal eller skriftlig varning för inblandade medarbetare.

Synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål handlar oftast om ett glapp mellan förväntan och reell upplevelse, men självklart också om bristande insatser och bemötande från verksamheten. Sannolikt har flera synpunkter än dessa inkommit och hanterats, men inte registrerats i verksamhetssystemet, vilket är ett förbättringsområde.

De synpunkter och klagomål som inkommit under året berör upplevda brister i kommunikation, omvårdnad, bemötande och förhållningssätt, måltider, insatser/stöd (och i vissa fall uteblivna sådana) och felbedömning av begränsningsåtgärder. Många synpunkter kommer från anhöriga. Synpunkter och klagomål bemöts både skriftlig och muntligt och används i förvaltningens förbättrings- och utvecklingsarbete till exempel som utgångspunkt på reflektions- eller APT-tid och som underlag till revidering av handlingsplaner, rutiner och checklistor.

Utebliven insats SoL/LSS

Merparten av avvikelserna avseende utebliven insats SoL/LSS är inom ordinärt boende. Antalet varierar stort mellan de olika enheterna inom verksamhetsområdet. Bemanningsproblematiken utgör en av orsakerna till avvikelserna då sjukdom och frånvaro akut kan påverka möjligheten för personalgrupperna att utföra insatser. Vid sådana tillfällen skjuts insatser fram eller ställs in.

Även inom särskilda boenden och hälso- och sjukvård lyfts bemanningsproblematiken som en orsak. Vid bemanningskris eller vid andra försvårande omständigheter har dock varje enhet en prioriteringslista som är formad utifrån den enskildes behov, situation och angelägenhetsgrad för insatsen.

Inom funktionsstöd rör de flesta uteblivna insatser boendestödet. Som bakomliggande orsaker lyfts hög sjukfrånvaro och frånvaro på grund av VAB.

Brister i bemötande och förhållningssätt

Brister i bemötande och förhållningssätt förekommer mellan brukare och medarbetare men också mellan olika medarbetare och professioner. Ofta handlar det om otydlighet i och otillräcklig kommunikation. Bristande bemötande är oftast svårt att åtgärda då upplevelsen av bemötande skiftar och också kan uppfattas olika. Övriga avvikelser kan lättare förebyggas med översyn av rutiner och checklistor medan bemötande kräver mer tid och samförstånd för att åtgärda. Vid avvikelser avseende bemötande och förhållningssätt förs samtal med berörd personal och hembesök och/eller samtal av enhetschef med den enskilde.

Brister i handläggning och dokumentation

Inom verksamhetsområde ordinärt boende framhålls att antalet avvikelser avseende brister i handläggning och dokumentation kan vara missvisande och främst handlar om försenade insatser och att omsorgstagare tackar nej inom vissa områden. Här behöver rutinen för hantering av avvikelser ses över så att korrekt registrering och hantering sker i verksamhetssystemet.

Brister som har identifierats utifrån avvikelserna inom individ- och familjeomsorgen är främst avseende beslutstider, där det saknas nya beslut under pågående verkställighet samt i något fall beslut om annan insats än den som enskild sökt. Orsaker till bristerna har varit byte av handläggare där överlämning missats eller varit bristfällig. Det har också handlat om tidsbrist och upplevelsen av akut behov. Direkta åtgärder har varit arbete med dokumentation och handläggning vid metodhandledning, rutinuppdateringar samt enskilda ärendegenomgångar. Långsiktiga åtgärder är förbättrad introduktion samt översyn av arbetsmiljön och vad som orsakar stress.

De avvikelser som rör brister i handläggning och dokumentation inom funktionsstöd rör bland annat brister i samverkan, till exempel vid samordnad individuell plan, SIP. Utvecklingsarbete pågår, och under året har en SIP samordnare tillsatts, vilket har gett ett bra resultat i samverkan.

Implementering av mobiltelefoner på särskilt boende lyfts som ett verktyg för att underlätta tätare och förstärkt dokumentation både inom SoL och HSL.

Orosanmälningar

Antalet inkomna orosanmälningar avseende barn- och unga har under året varit fortsatt högt. Utfallet unika individer och totalt antal inkomna orosanmälningar indikerar på flera anmälare per individ. Ungefär hälften av

anmälningarna har avslutats utan åtgärd. Kontakten med familjen och den unge har resulterat i bedömningen att inga åtgärder varit nödvändiga och ingen ansökan om stöd har skett.

Inkomna orosanmälningar avseende vuxna föranleder alltid kontakt. Fortsatt kontakt sker därefter endast om den enskilde ansöker om stöd, alternativt om en LVM-utredning bedöms nödvändig.

5.5 Sammanfattande slutsatser kvalitetsberättelse

Individ- och familjeomsorgens kvalitetsarbete har under året fokuserat på översyn och revidering av rutiner samt kompetens- och organisationsutveckling. Åtgärder har planerats för att kvalitetssäkra arbetsmiljön för medarbetarna och tillgänglighet för verksamhetens intressenter och samarbetsparter. Som ett led i att tillgängliggöra verksamheten har dels automatisering avseende ekonomiskt bistånd införts under året, dels pågår ett informationsarbete med rubriken *Synas i Samhället* som syftar till att nå ut till den enskilde med information om vad verksamheten kan erbjuda för stöd. Den nu färdigställda processkartläggningen kommer också bidra till ökad tydlighet och transparens för den enskilde då ambitionen är att i nästa steg kunna offentliggöra denna på hemsidan.

Ett utvecklingsområde inom individ- och familjeomsorgen är att få till stånd brukarundersökningar då all utveckling behöver ske utifrån de behov som finns hos verksamhetens intressenter, Verksamheten planerar att prioritera brukarundersökningar under 2023. Samma utvecklingsområde återfinns inom verksamhetsområdet funktionsstöd. Där genomfördes brukarundersökningar i delar av verksamheten det gångna året men arbetet behöver förmeras till att omfatta helheten.

Under 2022 har arbetet med SIP (samordnad individuell plan) avseende barn-och unga kommit i gång vilket ses som ett kvalitetslyft inom funktionsstöd. Dock behöver kallelse och dokumentation samordnas och göras på likartat sätt i hela kommunen. I dagsläget sker det delvis digitalt, delvis i pappersformat. Arbetet med att få till strukturen gällande SIP samordning även avseende vuxna är på gång och kommer under året färdigställas samt implementeras.

Ändamålsenliga lokaler är en förutsättning för att kunna bedriva verksamhet av god kvalitet. Brister i lokaler och även brister i tillgången till lokaler är en ständigt närvarande fråga inom förvaltningen. Detta är dock ett område med långa ledtider vilket också gör att verksamheternas behov hinner förändras under tid.

Arbetet med avvikelser behöver fortsatt fokus, fördjupande händelseanalyser samt analys av trender är ett viktigt verktyg att arbeta vidare med och utveckla. Inom ordinärt boende har samarbetet intensifierats mellan nattpatrullen och övriga hemtjänstgrupper avseende just avvikelshantering för att säkerställa en god omvårdnad dygnet runt för omsorgstagarna.

Kompetensförsörjningsfrågan är central i hela förvaltningen. Svårigheter finns att rekrytera tillräckligt antal medarbetare med rätt kompetens. Det handlar även om att bibehålla redan befintlig personal. Satsningar görs dels på introduktionsprogram och nya sätt att rekrytera, dels på att bibehålla och utveckla de interna utbildningarna som finns för att rusta medarbetarna på bästa sätt för sina uppdrag. Inom äldreomsorgen har undersköterskor utbildats till omsorgshandledare för ökad omvårdnads kvalitet. Dessa kommer handleda och stötta sina kollegor utifrån ett kvalitetsperspektiv.

6 Ekonomisk analys

6.1 Analys och förslag för framtiden

2022 har utifrån ett ekonomiskt perspektiv varit relativt stabilt. Vid delår 1 kunde förvaltningen identifiera de områden som skulle innebära ekonomiska utmaningar. Dessa områden är endast delvis möjliga att påverka på kort sikt och därmed har situationen heller inte förändrats nämnvärt under året. Köp av platser inom individ- och familjeomsorgen för barn och unga (främst heldygnsvård men i viss mån även öppenvård), ökat antal beviljade timmar inom hemtjänsten och därmed underskott i LOV-budgeten samt ökat behov av lägenheter inom särskilt boende för äldre är tre viktiga sådana områden. Överkostnader mot budget för dessa tre områden är nästan 30 Mkr; -10 Mkr, - 11 Mkr respektive - 8 Mkr. Dessa tre områden kompenseras av andra delar där överskottet främst består av lägre kostnader hos utförarenheterna inom hemtjänsten, överskott försörjningsstöd och personalkostnader inom individ- och familjeomsorgen, förvaltningens buffert, den statliga kompensationen för sjukfrånvaron på totalt 4,2 Mkr samt överskott om 1 Mkr avseende semesterlöneskulden. Sammantaget renderar detta i att förvaltningen som helhet har ett positivt resultat, mycket nära senast lagda prognos och drygt 13 Mkr bättre än resultatet på - 10 Mkr som kommunfullmäktige godkänt.

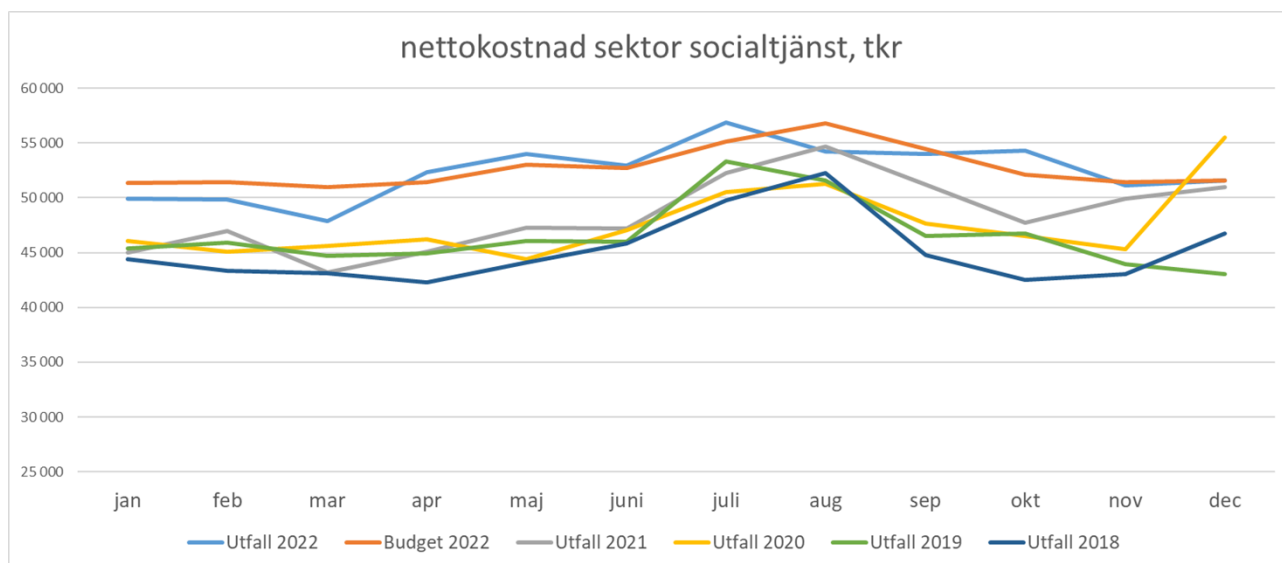
Kostnader för personal utgör nästan 80% av socialförvaltningens totala kostnader och har under året överlag haft följsamhet mot budget. Kostnader för sjukfrånvaro i januari och februari ökade markant på grund av omikron men stabiliserades snabbt igen. Även under sommaren låg kostnaderna relativt väl i linje med planeringen. Svårigheterna att bemanna de schemaburna verksamhetsområdena gynnar också ekonomin, då timanställda generellt är billigare än tillsvidareanställda. Det är dock ingen eftersträvningsvärd situation då de negativa effekterna av en bristfällig bemanning är påtagliga.

Det som manar till eftertanke är att personalkostnaderna, framförallt inom ordinärt boende under hösten ökat, vilket har samband med att man utfört fler timmar i hemtjänsten. Konsekvensen är att LOV-budgeten inte räcker till under årets andra halva vilket blir problematiskt kommande år om antalet beviljade timmar fortsätter ligga på en hög nivå.

Åtminstone de närmaste två åren förväntas innebära stora ekonomiska utmaningar för socialtjänsten. De nationella ekonomiska utmaningarna påverkar kommunens ekonomi och i förlängningen förvaltningens ramtilldelning. Kombinerat med ökade kostnader lokalt (exempelvis drift av nytt LSS-boende i Nol, helårseffekt av nya lägenheter inom särskilt boende, ökat antal timmar i hemtjänsten och ökat antal köp av platser inom individ- och familjeomsorgen) är förutsättningarna svåra. Det finns också anledning att förvänta sig att det framgent kommer vara fortsatt svårt eller svårare att rekrytera, såväl löpande som inför kommande somrar, vilket inom vissa områden medför ökade direkta kostnader (till exempel för inhyrd personal) och inom alla områden medför kvalitetsbristkostnader. Förvaltningen har inte i önskvärd utsträckning kunnat budgetera för samtliga risker vilket innebär att 2023 sannolikt kommer medföra anpassningar utöver det som redan ligger i plan.

Den ambitionshöjning avseende förebyggande och främjande insatser som nya socialtjänstlagen medför begränsar också möjligheterna till åtgärder inom den samlade socialtjänsten eftersom främjande och förebyggande insatser hittills varit de enda som inte varit reglerade i lagstiftning och därmed möjliga att anpassa vid försämrade ekonomiska förutsättningar. I de fall kvaliteten på en insats beslutats på en högre nivå än det som regleras i lag kommer insatsen att behöva ses över men det är tveksamt om åtgärder av den typen är tillräckliga. Arbetet med ekonomisk hushållning i förvaltningens alla delar kommer att ha stort fokus under kommande år.

6.1.1 Diagram - nämnd



6.1.2 Sammanfattande tabeller

Resultaträkning (Insikt)

	Budget tkr	Utfall tkr	Avvikelse Budget
3 Intäkter/Inkomster	212 733	238 516	25 783
4 Kostnader/Utgifter	-120 853	-127 533	-6 680
5 Kostnader för arbetskraft	-500 196	-495 911	4 285
Övriga verksamhetskostnader	-223 988	-244 174	-20 186
Alla konton	-632 305	-629 102	3 202

Nettokostnad per verksamhet

	Budget tkr	Utfall tkr	Avvikelse budget	Årsavvikelse 2021
Tkr				
BESLUTS/VERKSAMHETSOMRÅDEN				
Socialtjänst centralt	-41 517	-32 940	8 577	10 258
Individ- och familjeomsorg	-153 790	-154 975	-1 185	-6 781
Ordinärt boende	-87 367	-87 599	-232	5 766
Funktionsstöd	-193 939	-191 352	2 587	4 139
Särskilda boenden, hälso/sjukv	-155 692	-162 236	-6 545	6 789
NETTOKOSTNADER	-632 305	-629 024	3 202	20 171

Investeringar

Investeringsanalys

Förvaltningens investeringar uppgår under 2022 till 2,9 Mkr av den totala budgeten om 7,7 Mkr. Nyttjande av förvaltningens reinvesteringsanslag uppgår till 1,2 Mkr och innefattar inköp av inventarier till kommunens socialkontor på Ale Torg samt nya möbler till Backaviks äldreboende. Ett fordon inom transportgruppen har bytts ut och förvaltningen har även gjort investeringar avseende utbyte av grundutrustning och trygghetslarm inom särskilda boenden enligt plan.

Investeringar

Investeringar, belopp i Tkr	Bokslut 2022	Budget 2022	Avvikelse
Reinvest / Rat.invest	1 154	2 000	846
E-hälsa		500	500
Nya boenden FH inventarie		1 364	1 364
Utbyte grundutrustning	855	957	102
Trygghetslarm och solskydd SÄBO	281	1 500	1 219
Fordon FH/skolskjuts	604	1 374	770
Totalt:	2 894	7 695	4 801

7 Personalanalys

7.1 Kommunens anställda

7.1.1 Antal anställda

Antal anställda	2022-12-31	2021-12-31	Skillnad
Antal tillsvidareanställda,	815	793	22
-varav kvinnor i %	89,44 %	89,83 %	-0,39
-varav män i %	10,56 %	10,17 %	0,39
Antal heltidsanställda	839	779	60
Antal deltidanställda	81	98	-17
Antalet tidsbegränsat anställda (månadsanställda vikarier)	76	58	18
Antal arbetade timmar (timanställda)	184 157	206 471	-22 314
-varav kvinnor	122 411	143 555	-21 144
-varav män	61 746	62 916	-1 170
Årsarbetare			
-månadsavlönade	812	784	28
-timavlönade	93	104	-11
Totalt	905	888	17

7.2 Sjukfrånvaro

7.2.1 Sjukfrånvaro i procent

Volymtal	2022-12-31	2021-12-31	Skillnad
Sjukfrånvaro i % av ordinarie arbetstid	10,37 %	11,13 %	-0,76
Sjukfrånvaro, kvinnor	10,92 %	11,54 %	-0,62
Sjukfrånvaro, män	6,39 %	7,90 %	-1,51
Ålder - 29 år	9,3 %	8,8 %	0,5
Ålder 30 - 49 år	9,44 %	11,33 %	-1,89
Ålder 50 -	12,1 %	11,7 %	0,4
Korttidssjukfrånvaro 1-14 dagar	4,11 %	4,68 %	-0,57
Sjukfrånvaro 15-59 dagar	1,29 %	1,38 %	-0,09
Långtidssjukfrånvaro 60 dagar eller mer	4,98 %	5,06 %	-0,08

7.3 Personalanalys och förslag för framtiden

Den numera fleråriga trenden att antalet heltidsanställda ökar och antalet deltidanställda minskar fortsätter även 2022, vilket är glädjande eftersom det i viss mån också bidrar till att minska det totala rekryteringsbehovet.

Samtidigt gör sig rekryteringsutmaningen allt mer gällande. Under året har förvaltningen ständigt haft vakanta tjänster och i vissa fall finns inga kvalificerade sökande till tjänsterna. Inget verksamhetsområde är förskonat utan alla märker på olika sätt av de ökande svårigheterna. Förvaltningen har under lång tid haft fokus på frågan och arbetar bland annat med att kompetensförstärka såväl tillsvidareanställda medarbetare som intresserade vikarier för att möjliggöra anställning. Inom ramen för Göteborgsregionen arbetar bland annat branschråd äldreomsorg med möjligheten att bredda antalet yrkeskategorier så att mindre komplicerade arbetsuppgifter i större utsträckning kan utföras av mindre kvalificerade medarbetare. Detta i kombination med verksamhetsområdets egen kompetensstege skapar förutsättningar för medarbetare att kunna utvecklas inom ramen för organisationen.

Funktionsstödsområdet arbetar aktivt med att öka både kompetens och yrkesstolthet i branschen och har egna utbildningspaket som erbjuds medarbetarna utifrån behov. Inom individ- och familjeomsorgen har man under året utvecklat en ny strategi för rekrytering av medarbetare som bland annat bygger på att ge var och en möjlighet att prova arbeta inom olika delar av verksamhetsområdet innan slutlig placering.

Kompetenshöjande insatser och vidareutbildningar har genomförts i relativt stor utsträckning under 2022. Under kommande år blir erbjudandet begränsat av ekonomiska skäl men några områden kommer fortfarande att prioriteras.

Tillräcklig bemanning av de schemaburna verksamheterna under sommar och jul har varit svår att få till och en del lösningar har också blivit kostsamma men den sammantagna bilden är likväl att det fungerat ganska väl.

Mellan 2021 och 2022 har det totala antalet medarbetare i förvaltningen ökat vilket främst förklaras av det ökade antalet beviljade timmar i hemtjänsten samt de 18 nya lägenheterna inom ramen för särskilt boende. Funktionsstöd har också rekryterat intensivt under årets sista del då det nya boendet i Nol står färdigt att öppna i februari.

Sjukfrånvaron har totalt sett sjunkit något, såväl korttidssjukfrånvaron som den längre, även om skillnaderna är ganska små. Covid -19 är inte längre en pandemisk sjukdom men effekterna av smittspridning i perioder gör sig ändå gällande. Början av 2022 var sjukfrånvaromässigt den hittills absolut svåraste perioden sedan pandemins start. Även hösten har inneburit en hel del sjukfrånvaro, om än inte till samma nivåer som vid årets början. Sammantaget innebär detta att sjukfrånvarostatistiken är svårbedömd, det kan vara en nedåtgående trend men något för tidigt att avgöra. Det som framstår tydligt är att insatser för att minska den sjukfrånvaro som är orelaterad till Covid -19 måste fortsätta.



Ärendebeskrivning

Skårdal 67:1 - Begäran om planbesked för särskilt boende i Bohus

En lokaliseringsutredning för ett nytt särskilt boende i södra delarna av Ale kommun har tagits fram av lokalförsörjningsenheten tillsammans med sektor samhällsbyggnad. I lokaliseringsutredningen, som bifogas, utreds två alternativa placeringar. En i Bohus inom Skårdal 67:1 och en i Surte inom Surte 1:248. I lokaliseringsutredning beskrivs att placeringen inom Skårdal 67:1 i Bohus är den mest lämpliga och lokalförsörjningsenheten föreslår att planarbete påbörjas för fastigheten Skårdal 67:1 och ansöker om planbesked.

Den aktuella fastigheten ligger ca 1,4 km öster om Bohus centrum, den är 7075 kvm och ägs av Ale kommun. Fastigheten består i dag av skogsmark som delvis är kuperad. Genom området går en välanvänd gångväg och flera stigar. Bohusleden passerar strax utanför området. I nära anslutning ligger ett småhusområde och strax öster om området ligger Jennylunds idrottsområde. Fastigheten är inte tidigare detaljplanerad och den östra delen av fastigheten omfattas av strandskydd för Kärrtorps dammen. Fastigheten har ca 50 meter till närmsta busshållplats. I gällande översiktsplan, ÖP-21, beskrivs större delen av fastigheten som område med pågående markanvändning, rekreationsanläggning.

Förslaget innebär att ett särskilt boende byggs i tre våningar, byggnadsarean behöver vara ungefär 1200-1500 kvm och föreslås innehålla ca 60 lägenheter om vardera 35 kvm. Ett särskilt boende delas in i enheter om 10 lägenheter och varje enhet behöver även ha kontor, förråd och gemensamma lokaler för matservering aktiviteter mm. Alla boende ska ha tillgång till lättillgängliga och rymliga uteplatser. Förutsättningar i lokaliseringsutredningen har varit att marken ska vara kommunalägd, vara lämplig med hänsyn till kommunikation och framkomplighet och att den ligger nära naturen.

Karin Svensson
Planarkitekt
Planering och exploateringsenheten
Sektor samhällsbyggnad



Checklista vid planförfrågan

Ett stöd för kommunens enheter vid förfrågan om planläggning. Checklistan ger förslag på rubriker/frågor som kan vara relevanta vid bedömningen. Utgå ifrån känd kunskap och erfarenhetsmässiga bedömningar. Utredningsarbete utförs i planarbetet om planbeskedet blir positivt. Kursiverad text är stödtext.

Allmänna frågor - alla enheter

Mål för GR

Är planläggning lämpligt utifrån de regionala mål som tagits fram i GR? Till exempel strukturbild, avfallsplan eller dylikt.

Mål för kommunen

Är planläggning lämpligt utifrån kommunens mål? Till exempel kommunala miljömål.

Policydokument, styrdokument

Är planläggning i linje med kommunens styrdokument? Som till exempel energi- och klimatplan eller äldre plan.

Riksintressen

Är området berört av riksintressen?

Pågående planering och arbeten i området

Planeras till exempel större underhållsarbeten eller nybyggnad av kommunala anläggningar eller byggnader i området som en planläggning behöver ta hänsyn till eller lämpligen samordnas med? Tänk på att planprocessen är en lång process som vanligtvis sträcker sig över flera år.

Tillgänglighet

Finns det goda förutsättningar för att lösa tillgängligheten inom området?

Kostnader

Är det troligt att planläggning kan föra med sig stora kostnader? Till exempel för marksanering, fördyrad drift av allmänna ytor eller fördyrad/svårlöst offentlig service som skolskjutsar/kollektivtrafik, hemsjukvård och dylikt? Är det troligt att tröskeleffekter uppstår, som behov av utbyggnad av skola/förskola eller annan kommunal service?

Resurser

Finns resurser inom enheten att bidra med tid och kunskap om detta behövs för att genomföra planläggning? Krävs externa resurser i form av utredningar eller annan konsult hjälp för att genomföra ett planarbete?

Sektor samhällsbyggnad

Miljö

Strandskydd

Berörs området av strandskydd?

Naturvärden

Finns kända naturvärden inom området? Skyddad natur? Bedöms naturvärdesinventering krävas?

Rekreation och friluftsliv, stråk

Bedöms området som värdefullt för rekreation och friluftsliv?

Biologisk mångfald

Finns inom området kända biotoper som indikerar hög grad av biologisk mångfald? Behöver stråk säkerställas som spridningskorridor?

Dispensbehov

Bedöms behov av dispens från till exempel det generella biotopskyddet eller anmälan enligt artskyddsförordningen finnas?

Ekosystemtjänster

Är det uppenbart att ekosystemtjänster finns inom område för förfrågan och att åtgärder för att säkerställa dessa krävs? Bedöms ett planarbete inom området kunna bidra med att ekosystemtjänster kan tillskapas?

2(4)

Geologi och radon

Bedöms området lämpligt för föreslagen exploatering utifrån kända geotekniska förutsättningar?

Föroreningar av mark, luft och vatten

Finns kända markföroreningar eller risk för detta? Bedöms särskilda åtgärder för att undvika förorening till recipient krävas?

Dagvatten

Finns kännedom om särskilda förutsättningar för dagvattenhanteringen, så som känslig recipient eller kända instängda områden?

Vattenskyddsområden

Ligger föreslaget område inom vattenskyddsområde?

Buller

Bedöms bullerutredning behövas?

Miljö kvalitetsnormer

Bedöms det finnas risk att MKN överskrids inom föreslaget område? Med nuvarande förutsättningar (alltså att planläggning är olämplig för tillkommande bebyggelse) eller som en följd av en planläggning (till exempel påverkan på befintliga bostäder som följd av planläggning av verksamheter)?

MEX

Ägarfrågor

För kommunen diskussion om markförvärv i aktuellt område eller i dess närhet som kan vara skäl för att avstyrka eller tillstyrka planläggning? Om planområdet gränsar till kommunal mark, är det lämpligt att denna tas med i en möjlig planläggning?

Fastighetsrättsliga frågor, förrättningar m.m.

Finns kännedom om pågående förrättningar eller kanske tvister i området som kan påverka lämpligheten att planlägga?

Gemensamhetsanläggningar, samfälligheter, rättigheter, servitut

Finns kända markreservat, ledningsrätter och så vidare som kan påverka lämpligheten eller innebära kostnader? Finns outredda rättigheter som ni har kännedom om?

Infrastruktur

Väg- och trafikfrågor

Vilken kapacitet bedöms finnas i befintligt vägnät? Bedöms en eventuell planläggning innebära följdinvesteringar i vägnätet? Är det troligt att förfrågan skulle innebära ett ökat bilberoende?

Gång, cykel och ridmöjligheter

Finns befintliga GC-vägar eller ridvägar som är viktiga att värna? Är området olämpligt att bebygga med avseende på frånavaro av och svårighet att koppla mot befintlig GC-struktur?

Kollektivtrafik

Finns befintlig kollektivtrafik, eller goda förutsättningar för att bygga ut kollektivtrafik (Innebär planförfrågan till exempel att en befintlig busslinje kan få en effektivare stäckning, exempelvis rundkörningsmöjlighet)? Eller bedöms planläggning tvärtom olämpligt på grund av svårighet att kollektivtrafikförsörja?

Geoteknik

Finns erfarenhet om de geotekniska förutsättningarna inom området, till exempel kända sättningar inom gator i närområdet?

Buller

Finns bedömning av befintliga trafikmängder som indikerar risk för bullerstörning av tillkommande bebyggelse? Eller att trafiken kan komma att öka till följd av planläggning med risk för bullerstörning av befintlig bebyggelse på ett sätt som gör planläggning olämpligt?

Dagvattenhantering

Ligger området inom verksamhetsområde för VA och dagvatten eller är det lämpligt att det läggs till som följd av planläggning? Hur ser läget ut gällande skyfall och risk för översvämning.

Befintliga ledningar och kapacitet

Finns befintliga ledningar och vilken kapacitet har dessa? Bedöms planläggning som lämplig utifrån befintlig kapacitet? Kan en planläggning komma att innebära behov av följdinvesteringar i ledningsnätet? Planeras utbyggnad av allmänna ledningar inom området som talar för att planläggning är lämplig?

Ytbehov för VA lösningar

Bedöms yta behöva avsättas för tekniska anläggningar?

Geodata/Mät

Kvalitet på befintligt kartmaterial, osäkerhet kring fastighetsgränser mm.

3(4)

Finns kännedom om osäkerheter i befintligt kartmaterial, outredda rättigheter eller liknande?

Bygg

Befintliga bygglov eller förhandsbesked

Finns bygglov/förhandsbesked inom planområdet som inte är utbyggda? Har bygglov/förhandsbesked avslagits och motiv för detta?

Kulturvärden

Finns kända kulturvärden i byggnader, anläggningar eller landskap? Bedöms det krävas en antikvarisk utredning?

Park

Skötsel och underhåll

Innebär planläggning enligt förfrågan att drift av befintliga områden försvåras eller fördyras? Visar skissen på lösningar som är olämpliga ur driftsynpunkt?

Allmänna platser

Bedöms en planläggning få konsekvenser för befintliga allmänna anläggningar, som till exempel ökat slitage inom parkområden? Föreslås allmän plats tas i anspråk på ett sätt som bedöms olämpligt utifrån till exempel tillgång till bostadsnära grönytor eller bortfall av viktiga funktioner?

Renhållning

Återvinning och avfallshantering

Bedöms det finnas förutsättningar för att lösa effektiv avfallshantering och återvinning?

Tillgänglighet för sophämtning

Bedöms området vara eller kunna göras tillgängligt för renhållningsfordon?

Ytbehov

Bedöms yta behöva säkerställas för återvinning eller bedöms ytbehoven för att säkerställa tillgänglighet vara större än vad som redovisas i medföljande skiss?

Kollektivtrafikansvarig

Befintlig och behov av kollektivtrafikförsörjning

Finns befintlig kollektivtrafik, eller goda förutsättningar för att bygga ut kollektivtrafik (Innebär planförfrågan till exempel att en befintlig busslinje kan få en effektivare stäckning, till exempel rundkörningsmöjlighet)? Eller bedöms planläggning tvärtom olämpligt på grund av svårighet att kollektivtrafikförsörja?

Sektor kommunstyrelsen

Näringsliv

Behov av ytor för handel och verksamheter

Gäller särskilt för verksamhetsmark: Bedöms förfrågan ligga i linje med er erfarenhet av vad som efterfrågas, så att planförfrågan bedöms lämplig att gå vidare med utifrån marknadens behov och framtida flexibilitet?

Kommunal eller privat service som skolor, vård eller liknande.

Är planläggning olämpligt med avseende på tillgång till service?

Brott- och säkerhetsansvarig

Trygghetsfrågor

Skulle planläggning enligt förfrågan bidra till ökad trygghet i närområdet? Eller finns risk att otrygga strukturer skapas eller förstärks så att planförfrågan avstyrks?

Sektor kultur och fritid

Kulturfrågor

Finns kulturvärden, fysiska eller immateriella, som behöver värnas? Stödjer förfrågan en utveckling som stärker och/eller utvecklar befintlig identitet på ett bra sätt? Finns tillgång till kulturutbud (till exempel bibliotek, bio/teater) och föreningsliv inom rimligt avstånd?

Behov av ytor för undervisning/idrott och rekreation

Behöver yta för rekreation/fritid/idrott avsättas? Eller finns detta inom rimligt avstånd?

4(4)

Sektor service

Lokalbehov

Innebär planförfrågan ett tillkommande behov av lokaler för offentlig service? Finns befintliga lokaler i anslutning som bör tas med i en eventuell planläggning för planberedskap eller befintliga behov?

Möjlighet till multifunktioner

Sektor socialtjänst

Social användning av platser, mötesplatser

Kan planläggning enligt förfrågan bidra med nya mötesplatser eller tydliggörande och förstärkande av befintliga? Eller riskerar ett eventuellt planarbete att resultera i områden som är dåligt integrerade med få platser som kan utvecklas till mötesplatser?

Behov/tillgång till bostäder för personer inom IFO:s verksamhet

Vid bostadsplaner: Finns behov av att tillskapa bostäder för verksamhetens behov och bedöms planförfrågan som ett område och utformning som kan vara aktuellt och lämpligt?

Behov/tillgång till särskilt boende gällande äldreomsorg och funktionshinder

Vid bostadsplaner: Finns behov av att tillskapa bostäder för äldreomsorg eller bostäder med stöd av LSS och bedöms planförfrågan som ett område och utformning som kan vara aktuellt och lämpligt?

Målpunkter för fritid, t.ex. promenadstråk

Används området för rekreation på ett sätt som gör det olämpligt för exploatering? Eller behöver tillgänglighet för promenader eller dylikt säkerställas i ett eventuellt planarbete?

Externa remissinstanser

Bohus Räddningstjänstförbund

Brandvattenförsörjning

Finns brandposter inom rimligt avstånd? Finns förutsättningar för att ta om hand förörenat släckvatten?

Farligt gods

Påverkas området av farligt gods led?

Utryckning

Hur lång utryckningstid?

Riskfrågor

Finns andra riskfrågor att beakta som tillstånd för bränsleförsäljning eller förvaring/cisterner, tillståndspliktig verksamhet som innebär krav på skyddsavstånd eller dylikt?

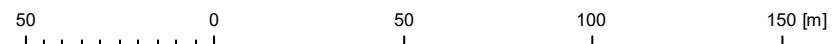
Göteborg Energi/Fjärrvärme

Ale EI



Fastighetsgränserna i kartan visar inte alltid rätt och de är inte juridiskt gällande. Fastighetsgränserna har kommit till under en lång tidsepok och är framställda med vitt skilda metoder. De gränser som syns i kartan har därför stora variationer i lägesnoggrannhet, från centimeternivå till ett medelfel på tiotals meter. Enligt gällande lag är det gränsmärket på marken som gäller.

karta med föreslaget planområde



1:2 000

Fastighet

NÖDINGE 3:8

Fastighetsnyckel:

140533904

Distriktsnamn:

Nödinge

Status:

Levande

Uppdaterad datum:

2022-02-06

Allmän del senast ändrad:

20200123

Senast ändrad:

2019-08-27

Areal information

Särskilt boende i södra delarna av Ale kommun 2021-2022



LOKALISERINGSUTREDNING

Innehåll

Sammanfattning	3
Inledning och bakgrund	4
Om Lokaliseringsutredning	4
Metod/arbetssätt	4
Källor	4
Generella förutsättningar	4
Verksamhetens behov	4
Ytbehov	4
Krav på omgivningen	4
Samlad bedömning av föreslagna lokaliseringar	6
Surte 1:248, Alternativ 1	6
BESKRIVNING.....	6
Planstatus	6
Restriktioner	6
Risk.....	6
Infrastruktur.....	6
Omgivningen	7
Samlad bedömning	7
SKÅRDAL 67:1, Alternativ 2.....	7
BESKRIVNING.....	7
Planstatus	8
Restriktioner	8
Risk.....	8
Infrastruktur.....	8
Omgivningen	8
Samlad bedömning	8
Bilaga 1	9
Surte.....	9
Bohus.....	13

Sammanfattning

Utredningen började med att 3 olika alternativ i södra delarna av kommunen, utifrån verksamhetens krav, togs fram som förslag på placering av det nya boendet. Utgångspunkten för alla utvalda alternativ var bland annat storlek, läge, omgivningen och att de är kommunalägda fastigheter. Verksamheten valde bort ett alternativ som var i södra Surte och därefter fortsatte utredningen med de två kvarvarande alternativen, Surte 1:248 som nedan benämns alternativ 1 och alternativ 2, SKÅRDAL 67:1 i Bohus. En projektplan togs fram för vidare utredning av båda markförslagen inom en ram och presenterades för verksamheten för att följa utredningsprocessen.

I samarbete med sektor Samhällsbyggnad samlades uppgifter kring förutsättningar för att bygga boendet i båda alternativen. Enheter som lämnade yttrande för framtagna placeringar var Miljö, Plan, MEX, Infrastruktur, Trafik och renhållning. All information som presenteras i utredningen baserar sig på uppdaterade uppgifter och fakta för att förbereda ett grundligt underlag för ett beslut. Analys av samlad information kring alternativen visar att alternativ 2 är en **lämplig lokalisering** och alternativ 1 kan också vara en **möjlig lokalisering** fast det är lite mer komplicerat. Alternativ 2 rekommenderas dock efter att komplexitetsgrad av en exploatering i båda alternativen har undersökts. Komplexitet som kan tillkomma är faktorer som berörs av miljörelaterade tillstånd, tidskrävande processer, utredningar som kan krävas under planarbetet och lämplighetsgrad av marken för bebyggelse. Avslutningsvis föreslår Lokalförsörjningsenheten exploatering och start av planarbete i SKÅRDAL 67:1 för ett nytt särskilt boende efter avvägning av för- och nackdelar.

Inledning och bakgrund

Lokalförslörjningsenheten har fått i uppdrag av verksamhet äldreomsorg och sektor samhällsbyggnad att genomföra en lokaliseringsutredning för ett särskilt boende enligt lokalförslörjningsplan 2022–2031. Befolkningsprognoser visar en utökning i åldersgruppen 80 och äldre och för att möta behovet ska nya boendeplatser skapas för den målgruppen. Målet med utredningen är att undersöka möjligheterna i södra delarna av kommunen för att finna en placering som bemöter behovet enligt förutsättningar i antagen lokalförslörjningsplan och uppdragsbeskrivningen.

Om lokaliseringsutredningen

I enlighet med ett politiskt beslut bör ett nytt boende placeras i södra delarna av Ale kommun, det vill säga orterna Surte och Bohus. Läget ska vara centralt med närhet till service och kollektivtrafik. Uppdragets syfte är att finna en placering för ett nytt boende enligt generella förutsättningar, undersöka förutsättningar för byggnation av ett nytt boende och till sist ska eventuella lösningsförslag utifrån markförhållande, detaljplan och byggerspektiv presenteras.

Metod/arbetsätt

Projektplan
Arbetsgruppen
Lokaliseringsutrednings mall
Avstämning
Sammanställning av uppgifter och input
Platsbesök

Källor

Lokalförslörjningsplan Ale kommun 2022–2031
Uppdragsbeskrivning daterad 2021-07-12
Plankartor och planbestämmelser

Generella förutsättningar

Verksamhetens behov

Ytbehov

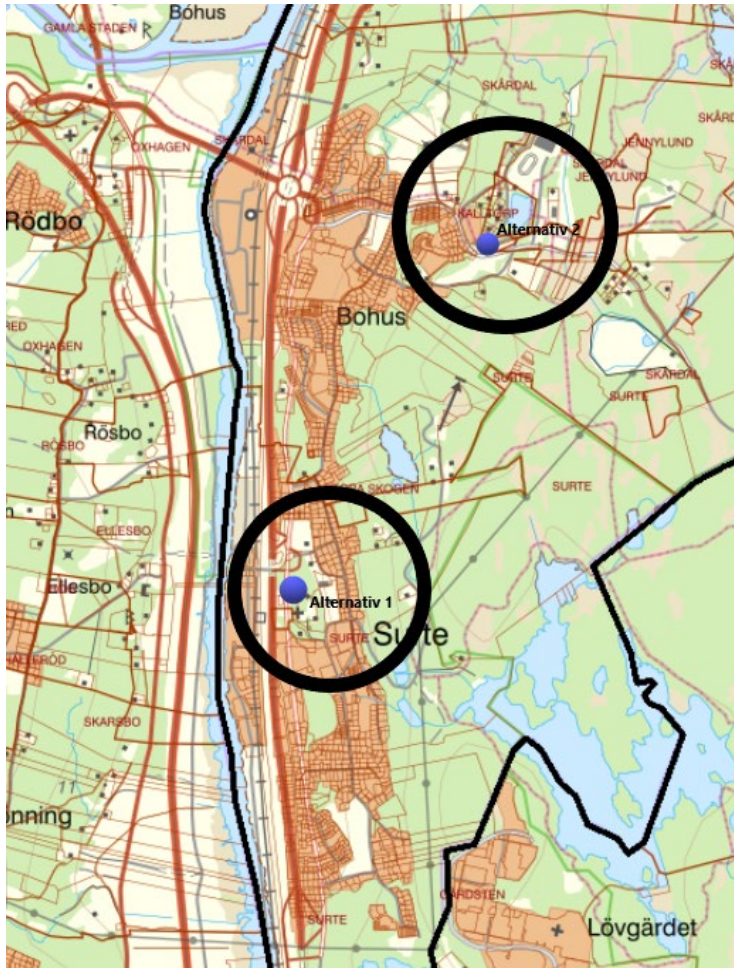
Enligt sektor socialtjänst behövs ett boende med 60 st. lägenheter om vardera ca 35 kvm. Varje lägenhet ska i första hand erbjudas till en person dock finns det i vissa fall möjlighet för så kallat "medboende" för partner. Ett särskilt boende delas upp i enheter om 10 lägenheter. Varje enhet behöver ha kontorsrum, förråd och en gemensam lokal som vardagsrum för matservering och gemensamma aktiviteter. Dessutom ska varje enhet ha tillgång till en stor uteplats eller balkong. Det finns också centralt behov för administrativa lokaler såsom samtalsrum, mötesrum, 2–3 kontorsrum och en större lokal för större aktiviteter för hela huset.

Krav på omgivningen

Alla boenden i ett särskilt boende ska ha tillgång till lättillgängliga och rymliga uteplatser som ger möjlighet att komma åt att vistas i den fria miljön. Utemiljön på ett särskilt boende ska vara utformad på ett tillgängligt och tryggt sätt med sittplatser och väderskydd samt att vissa uteaktiviteter som cykling, ute gym och odlingsplatser är önskvärt.

Beskrivning av de föreslagna lokaliseringarna

I den här utredningen har två orter, Surte och Bohus, identifierats som södra delarna av Ale kommun och ett område som kan vara aktuellt för placering av det nya boendet. Krav på placering av boendet har redovisats tidigare. Lokalisering av områden gjorts enligt krav på omgivningen, lämplighet med hänsyn till kommunikation och framkomlighet, storlek på marken och att det är naturskönt.



Samlad bedömning av föreslagna lokaliseringar

Surte 1:248, Alternativ 1



BESKRIVNING

Förslaget är att bygga på en del av marken som tillhör en stor fastighet på 72 759 kvm. Det bedöms att en markyta mellan 5 000 och 7 000 kvm behövs för att uppfylla kravet som verksamheten ställer på lokalytor och utemiljö. Den bedömningen bygger på en beräkning som möjliggör att bygga en byggnad på 3 våningar, utemiljö och friytor som är tillgängliga för samtliga boende samt angöring och

parkeringsplatser. Detta alternativ ligger i direkt anslutning till ett naturskönt område med skogsmiljö och även närhet till service och kommunikation.

Planstatus

En del av den stora fastigheten är planlagd och det finns delar som ligger utanför detaljplan och för att bygga boendet i detta alternativ ska även den delen tas i anspråk.

Restriktioner

En privat villa och ett litet hus som ägs av kommunen ligger i fastigheten 1:248. Villaägaren kan bedömas som sakägare i plan och bygglovsprocessen och det kan räknas som en negativ punkt. Dessutom, finns restriktioner för exploatering av området utifrån miljöaspekter allt från biotopskyddade träd till strikt skyddade arter. Därför ser miljöenheten alternativet som en olämplig lokalisering som kan påverka tidsplanen för projektet på ett negativt sätt.

Risk

Det bedöms att det finns risker för lokalisering i detta alternativ i olika skeden av projektet. En stor risk är att kommunen inte får köpa eller byta mark med andra intressenter och även stora kostnader när det gäller anslutning till infrastruktur på grund av markbeskaffenheter. I bilaga 1 hittar man i detalj vad det finns för risker, som varje enhet har identifierat separat.

Infrastruktur

Alternativet ligger i anslutning till Surtevägen och nära anslutning till motorväg E45 som möjliggör kommunikation till Göteborg och Trollhättan. Närmaste busshållplats ligger 250 m bort och gång och cykelbana finns i direkt anslutning till fastigheten. En del VA-ledningar finns i marken som vid exploatering behöver flyttas.

Omgivningen

Området ligger naturskönt i en skogsmiljö fast det finns risk för bullerstörningar från motorväg. Numera finns bullerplank mellan fastigheten och motorvägen men det behövs vidare utredning för beräkning av störningsnivå.

Samlad bedömning

Alternativet ligger naturnära och det finns goda möjligheter till kommunikation samt det är nära Surte centrum. Med eventuell lokalisering kan tillkomma hinder i form av krav för dispens, tillstånd för vattenskyddsområde nära Göta älv och en del dröjsmål i processen som orsakas av markbeskaffenheten. Bedömningen är att lokalisering på den här marken är möjlig med högre kostnader och längre genomförandetid jämfört med andra alternativet.

SKÅRDAL 67:1, Alternativ 2



BESKRIVNING

Detta förslag innebär att bygga ett 3 våningshus som uppfyller krav på ytbehov för verksamheten. För ett tilltänkt boende som motsvarar behovet av särskild verksamhet och byggs i 3 våning behövs cirka 1 200–1 500 kvm i byggarea. Storlek på marken är 7 075 kvm och består av en del skogsmark och lite nivåskillnad. Alternativet ligger i ett villaområde 1,4 km från Bohus centrum. Området är naturskönt med gångavstånd till Källtorpsjön och bara 50 meter till närmaste busshållplats varifrån man tar sig till centrum på 4 minuter med buss 402 som går var 15:e minut.

Planstatus

Fastigheten är inte planlagd.

Restriktioner

En gångväg går igenom fastigheten och för eventuell exploatering behöver gångbanan flyttas. Marken ligger nära Källtorpssjön och för det kan krävas dispens.

Risk

Alternativ 2 ligger i en skogsmiljö där det finns skyddade arter och träd dock ser miljöenheten inga stora risker för människors hälsa och miljö i fall av exploatering. Infrastruktur däremot poängterar att det kan tillkomma en extra kostnad på grund av extern väghållare och även att det är svårt att hitta brandpost. Dessutom, finns det risk för överklagan av direkt anslutna grannar.

Infrastruktur

Alternativet ligger intill gatan som en privat väghållare ansvarar för. En busshållplats ligger nära fastigheten och en gång och cykelbana går längs fastigheten.

Omgivningen

Området ligger i en lugn och naturnära miljö som erbjuder en avslappnande atmosfär för ett särskilt boende. Det finns goda kommunikationsmöjligheter till Bohus centrum varifrån det går pendeltåg till Göteborg och Trollhättan. Med bara 4 minuter avstånd med buss till Bohus centrum tar man sig under kort tid till olika butiker och vårdcentral.

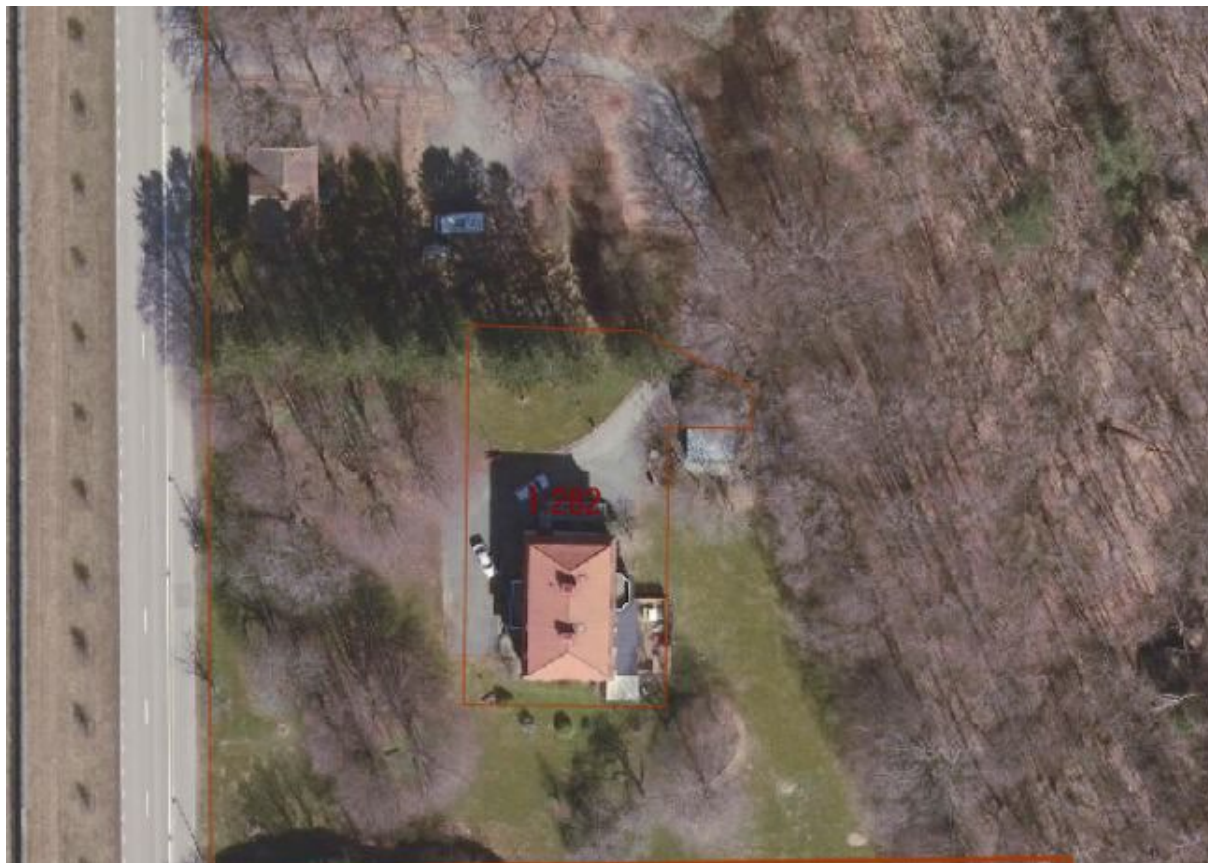
Samlad bedömning

Alternativet ligger naturnära i en lugn och fin miljö med goda möjligheter till kommunikation och det är nära centrum. Med eventuell lokalisering bedöms risk som hindrar framgång av projektet vara låg. Jämfört med alternativ 1 är kostnader för markarbete och andra kostnadskrävande åtgärder lägre. Bedömningen är att lokalisering på den här marken är lämplig utifrån skäligen tid och kostnad i fall av exploatering.

Bilaga 1

Surte

SURTE 1:248



Miljö:

Lämplighet	Miljöenheten anser att lokaliseringen av särskilt boende på del av fastigheten Surte 1:248 är olämpligt på grund av följande: - Vi ser en risk för hälsoproblem på grund av närheten till väg och järnväg avseende buller och luftföroreningar. Bullerutredning krävs om man väljer att gå vidare med detta förslag. - Det finns höga naturvärden inom området: generellt biotopskydd och strikt skyddade arter, vilket innebär att en exploatering kräver dispens från såväl det generella biotopskyddet som artskyddsförordningen. Det är troligen inte möjligt att hålla de skyddsavstånd som krävs till de skyddsvärda träden vid en exploatering här.
Miljövärden	Inga miljöfarliga verksamheter har förekommit på platsen. Miljöenheten har inga uppgifter om eventuella markföroreningar, men bedömer att det inte är så sannolikt att det finns några. Avseende luft klarar man troligen miljö kvalitetsnormerna (MKN) för luft avseende partiklar, men det är troligt att det även förekommer andra typer av luftföroreningar. Miljöenheten bedömer att det är tveksamt att man klarar det Nationella miljö kvalitetsmålet avseende partiklar, vilket innebär risk för hälsopåverkan och då särskilt för luftvägar.

Buller	Stor påverkan avseende buller från väg och järnväg. Det kan även periodvis förekomma buller från de miljöfarliga verksamheterna inom Gåskullens industriområde, t ex vid lastning och lossning i Surte Hamn.
Kulturmiljö	Platsen ligger inom ett område utpekade som kulturmiljö och det finns byggnader som är utpekade i kulturhistorisk bebyggelseinventering.
Naturvärden	Fastigheten består huvudsakligen av lövskog med inslag av skyddsvärda träd på en kulle. Området är utpekade som ett klass 2-område med höga naturvärden och stor betydelse för friluftslivet i Ale kommuns naturvårdsprogram (7 Surte Kyrka). Enligt riktlinjer vid planering och tillstånd antagna av KF 2007-09-24 bör områden med höga naturvärden endast i särskilda undantagsfall omfattas av exploatering. Länsstyrelsen har gjort en egen inventering av träd i delar av området med relativt många skyddsvärda träd och alléer. Huvuddelen av kullen är inte inventerad. Det finns strikt skyddade och fridlysta arter inom området enligt de LONA-inventeringar som Ale kommun genomfört. Det är fladdermus- och hasselsnok som finns i området. Den lövskogsbeväxtade kullen är ett viktigt element för fladdermöss (klass 2 område enligt inventering) och en exploatering här skulle försämra levnadsförutsättningarna för fladdermöss. Bland annat är det viktigt att bevara lövskogsmiljöer och dammar samt tänka på belysning. För hasselsnok är det mer tveksamt hur arten nyttjar kullen, eftersom den ligger omgiven av tät bebyggelse och gator vilket är en klar nackdel för arten.
Risker	Miljöenheten bedömer att det finns hälsorisker för kommande brukare med att bygga ett särskilt boende på platsen. Det gäller främst bullerstörningar från väg och järnväg och förekomsten av luftföroreningar (partiklar, marknära ozon, NOx)
Övrigt	Det kan förekomma ljudstörningar från hamnverksamheten i Surte Hamn.

MEX:

Lämplig mark (Svar från Plan)	Behöver prövas i detaljplan. Ingen av tomterna är klockrena. Surte har generellt sett ont om bostadsnära naturområden, skolkullen och Brattåsberget i centrum är undantag. Verkar dock som att det främst är den norra delen av skolkullen och med koppling mot skolan och mot öster som används. Slänten bakom "Karonsberg" är mycket brant och saknar tecken på att den används frekvent. Med undantag för en äldre gångväg från "Karonsberg" upp till skolan på Surte 1:248, med trappor och handledare. Stigen ser dock inte ut som den slitits så mycket i närtid (ligger bland annat träd över stigen). Uppe på platån finns dock tydliga värden, där det finns kojbyggen och liknande som indikerar att naturområdet används för lek och rekreation. Rester av en "lägereld" finns nedanför slänten.
Möjlighet för att köpa/byta	Möjligheten att vid behov lösa in den angränsande, privata fastigheten har inte undersökts i detta skede. Inte heller om man eventuellt skulle kunna göra ett markbyte med dem. Det får

	undersökas om man går vidare med detta alternativ och vet mer exakt vilken yta man är intresserad av.
Risker	Risk att kommunen ej får köpa/byta till sig angränsande mark eller att det blir väldigt dyrt i fallet Surte. Risk för dåliga geotekniska egenskaper. I Surte finns en del VA-ledningar inom kommunens mark.

Trafik:

Vägföreningen	Befintlig infart ansluter till Trafikverkets väg. Om infarten behöver ändras måste ansökan göras hos Trafikverket.
GC-bana	GC-bana finns utanför fastigheten
Tillgänglighet	Bra läge utan nivåskillnader och med närhet till kollektivtrafik. 700 m till service restaurang, matbutik m m.
Trafikbelastning	Fastigheten ligger längs med lokalkörbanan i Surte, så trafikökningen som följer med bostäderna kommer inte påverka övrig trafik nämnvärt.
Risker	Avsides – långt från övrig bostadsbebyggelse. Buller - bullerberäkning behöver göras. Otrygghet vid mörker.
Kollektivtrafik	1,0 km till pendeltågsstationen, 250 m till närmsta busshållplats. Turtäthet 2 avgångar/h åt vardera håll.

Plan:

Vad finns för planen, gällande DP eller ÖP	Del av Surte 1:248 planlagd för kontor, park och en smal remsa (bortprickad) för bostadsändamål. ÖP anger i båda fallen <i>pågående markanvändning</i> rekreativområde (Skårdal) respektive tätort (Surte).
Geoteknik	Surte urberg och postglacial finlera = kan finnas risk för skred Enligt SGU:s jordartskarta . Behöver i båda fallen kompletteras med utredning. SGU:S underlag är grovt.
Dagvattenutredning	Saknas. Behövs
Länsstyrelsefrågor	<p>Länsstyrelsens prövningsgrunder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riksintressen: Surte ansluter mot riksintresse för väg men påverkar sannolikt inte • Miljö kvalitetsnormer: Behöver utredas i båda fallen (främst för vatten, eventuellt luft i Surte) • Mellankommunala frågor: Inte aktuellt • Människors hälsa och säkerhet. Risk för olyckor, översvämning eller erosion. Surte: buller och risker med farligt gods från E45. Lämpligt att dra upp bebyggelsen i slänten för att komma bort från risk och bullerkällan. Troligt att det finns (minst) en skyfallsled inom området. <p>Länsstyrelsen tittar även på skyddade arter, men det är formellt ett kommunalt utredningsansvar. Eftersom det är naturmarksområden i behöver därför naturvärden utredas. Surte är översiktligt inventerade och utpekade som lämpliga biotoper för fladdermöss, hasselsnok och hasselmöss, så fördjupad inventering behövs också av det skälet. Inom Surte 1:248 finns alléer som är</p>

	biotopskyddade och kräver dispens för borttagande. Skyddsvärda träd finns antagligen inom båda områdena. Ingrepp i fornminnen hanteras också av Länsstyrelsen, inom Skårdal finns kända fornminnen (fångstgropar), inte helt osannolikt att det kan finnas fornminnen i västslutningen inom Surte 1:248. Länsstyrelsen bedömer om utredning behövs. "Karonsberg" utpekad i kommunens kulturmiljöinventering från 2006, liksom disponentvillan (Surte 1:282) bredvid. Kan vara olämpligt ur kulturmiljösynpunkt att bygga bakom eller framför 1:282, bör utredas utifrån siktlinjer och landskapsbild om det är ett önskemål.
Risker	

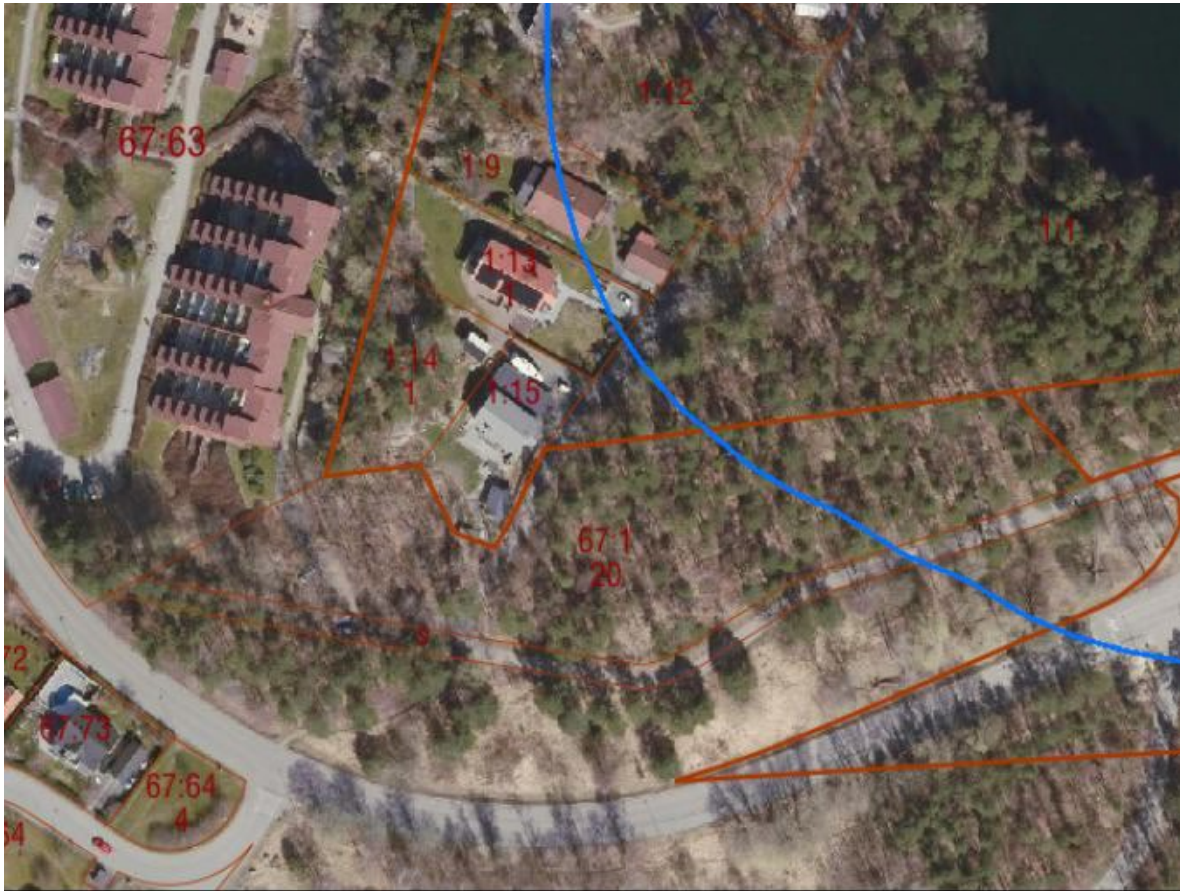
Infrastruktur:

Anslutningspunkt vatten och avlopp	Det behöver anläggas en ny anslutning för VA. Det är inget stort jobb att bygga denna nya anslutningspunkt. Ju längre norrut man kommer med anslutningen, desto svårare blir det att anlägga VA, detta på grund av berg i dagen. Att ansluta nära befintligt hus skulle vara bäst då det redan finns en anslutning där. (även dagvatten)
Brandpost	
Vatten för brandsläktning	På östra sidan om lokalvägen finns en vattenledning med dim 160. Den kan teoretiskt leverera >20l/s. Dock kan det krävas ytterligare arbete och material för att anlägga brandposten.
Fjärrvärme	Vet ej. Det är Göteborg Energi som driftar fjärrvärme.
Risker	Området är bergigt. Detta kan väsentligt öka kostnaderna för att anlägga VA.

Renhållning:

Framkomlighet	Möjlighet till god framkomlighet i Surte. Inget att kommentera där.
Eventuell anpassning av vägg/trafik	I Surte behöver man se över cykel- och gångbanor då våra tömningsfordon inte stannar på dem, eventuella överfarter behöver byggas så att risker minimeras.
Risker	

Bohus
SKÅRDAL 67:1 skifte 20



Miljö:

Lämplighet	Miljö bedömer att platsen på fastigheten Skårdal 67:1, skifte 20, är lämplig att använda till särskilt boende. Det finns busshållplats i närheten och möjlighet till rekreation i närliggande Jennylunds friluftsområde. Området är lämpligt eftersom risken för olägenhet för människors hälsa i form av bullerstörningar och exponering av luftföroreningar är relativt låg.
Miljövården	Inga miljöfarliga verksamheter har förekommit på platsen. Miljöenheten har inga uppgifter om att det ska finnas några potentiella markföroreningar inom området och bedömer därför att risken för det är låg.
Buller	Det är troligen inga stora problem med störningar i form av buller.
Kulturmiljö	Det finns en markering om fornminne inom det aktuella området. Det är en fångstgrop som är registrerad hos Riksantikvarieämbetet (L1965:9627). Fornlämningar omfattas av Kulturmiljölagen, så ni behöver kontakta Länsstyrelsen (eller eventuellt Lödöse museum?). Mer information om fornlämningar och e-tjänster finns på https://www.lansstyrelsen.se/vastragotaland/samhalle/kulturmiljo/fornlamningar-och-fornfynd.html

Naturvärden	<p>Platsen ligger delvis inom strandskyddat område för Källtorpssjön, vilket innebär krav på dispens. Det kan eventuellt vara möjligt att bevilja dispens eftersom det gäller byggnation av nytt särskilt boendet som är viktigt ur samhällssynpunkt. Ansökan om strandskyddsdispens ska lämnas in till Miljöenheten. - Området är utpekad att ha förutsättningar att hysa ett antal arter som skyddas av artskyddsförordningen, däribland fladdermöss och hasselsnok. Dammen är också utpekad att ha potential för salamander. För fladdermöss har inga artinventeringar gjorts på platsen, utan lämplighet bedömts utifrån landskapsbild. Inventering av dammen har gjorts utan några fynd av salamander. Ett större område runt Jennylund är ett värdefullt hasselsnksområde, men om platsen för tilltänkt byggnation hyser några värdefulla strukturer för arten behöver undersökas på plats. - Det finns ett antal strikt skyddade arter inom området som är fridlysta och omfattas av artskyddsförordningen. Ekologerna vet mer om dessa arter, som inventerades i samband med Ale kommuns LONA-projekt. En exploatering kräver sannolikt dispens från artskyddsförordningen. Miljöenheten rekommenderar att ni börjar med ett samråd med Länsstyrelsens naturavdelning enligt 12 kap 6 § miljöbalken. Det finns en e-tjänst för det och information på https://www.lansstyrelsen.se/vastra-gotaland/natur-ochlandsbygd/aktiviteter-och-ingrepp-i-naturenatgard-inaturmiljon.html</p> <p>Skogen på 67:1, skifte 20 kan vara äldre. (bedömning har tidigare skett från vägen) Det kan eventuellt finnas skyddsvärda träd på fastigheten. Det har inte inventerats.</p>
Risker	Miljöenheten bedömer att det inte föreligger några risker för människors hälsa och miljön om det nya Särskilt boendet placeras här.
Övrigt	Det kan förekomma lukt från gödselhanteringen på Ale-Jennylunds ridanläggning i Jennylund, men Miljöenheten har aldrig fått in några klagomål om detta.

MEX:

Lämplig mark	<p>Finns värden för rekreation (förgrenat stigsystem) inom Skårdal och området har en koppling till det större rekreationsområdet vid Jennylund.</p> <p>Risk att strandskyddet gör att del av den aktuella ytan i Skårdal inte får bebyggas. Det kan finnas rättigheter som berörs.</p>
Möjlighet för att köpa/byta	Inte aktuell
Risker	Risk att överklagas

Trafik:

Vägföreningen	Bohus-Surte vägförening är väghållare och bör höras gällande detta i tidigt skede.
GC-bana	GC-bana finns inte direkt utanför fastigheten, men finns ca 100 m bort.
Tillgänglighet	Stora nivåskillnader för att ta sig till Bohus centrum. Ca 1,3 km till restaurang, matbutik m m.
Trafikbelastning	Längs fastighetens långsida är gatan smal ca 4,3 m och längs kortsidan ned till 3,1 m bredd. Svårt att mötas. Infart behöver finnas längs med långsidan på gatubredd. Den befintliga gatan är smal och används i dagsläget av ca 13 fastigheter. Belastningen

	på den södra delen av gatan kommer troligtvis att öka markant, p g a personal, besökande m m, jämfört med i dagsläget.
Risker	Kostnad för kommunen, då boendet behöver använda vägföreningens väg – andelskostnad. Svårt att cykla p g a nivåskillnader.
Kollektivtrafik	Ca 1,3 km till pendeltågsstationen, 170–550 m till närmsta busshållplatser (beroende på vilken väg man tar). 4 avgångar/h under högtrafik, annars 2 avgångar/h

Plan:

Vad finns för planen, gällande DP eller ÖP	Skårdal 67:1 ligger utanför detaljplanområde. ÖP anger i båda fallen <i>pågående markanvändning</i> rekreativområde (Skårdal) respektive tätort (Surte).
Geoteknik	Skårdal urberg och isälvs sediment = fastmark Skårdal med i utredning inför ÖP-07 från 2006-03-02. Behöver i båda fallen kompletteras med utredning. SGU:S underlag är grovt.
Dagvattenutredning	Saknas. Behövs
Länsstyrelsefrågor	Länsstyrelsens prövningsgrunder <ul style="list-style-type: none"> • Riksintressen: Skårdal inom riksintresse för rörligt friluftsliv. • Miljö kvalitetsnormer: Behöver utredas i båda fallen (främst för vatten) • Strandskydd: Ja kring damm • Mellankommunala frågor: Inte aktuellt • Människors hälsa: inga uppenbara risker för hälsa och säkerhet. <p>Länsstyrelsen tittar även på skyddade arter, men det är formellt ett kommunalt utredningsansvar. Eftersom det är naturmarksområden i båda fallen behöver därför naturvärden utredas. Både Surte och Skårdal är översiktligt inventerade och utpekade som lämpliga biotoper för fladdermöss, hasselsnok och hasselmöss, så fördjupad inventering behövs också av det skälet. Ingrepp i fornminnen hanteras också av Länsstyrelsen, inom Skårdal finns kända fornminnen (fångstgropar).</p>
Risker	Risk för överklagan är störst i Skårdal

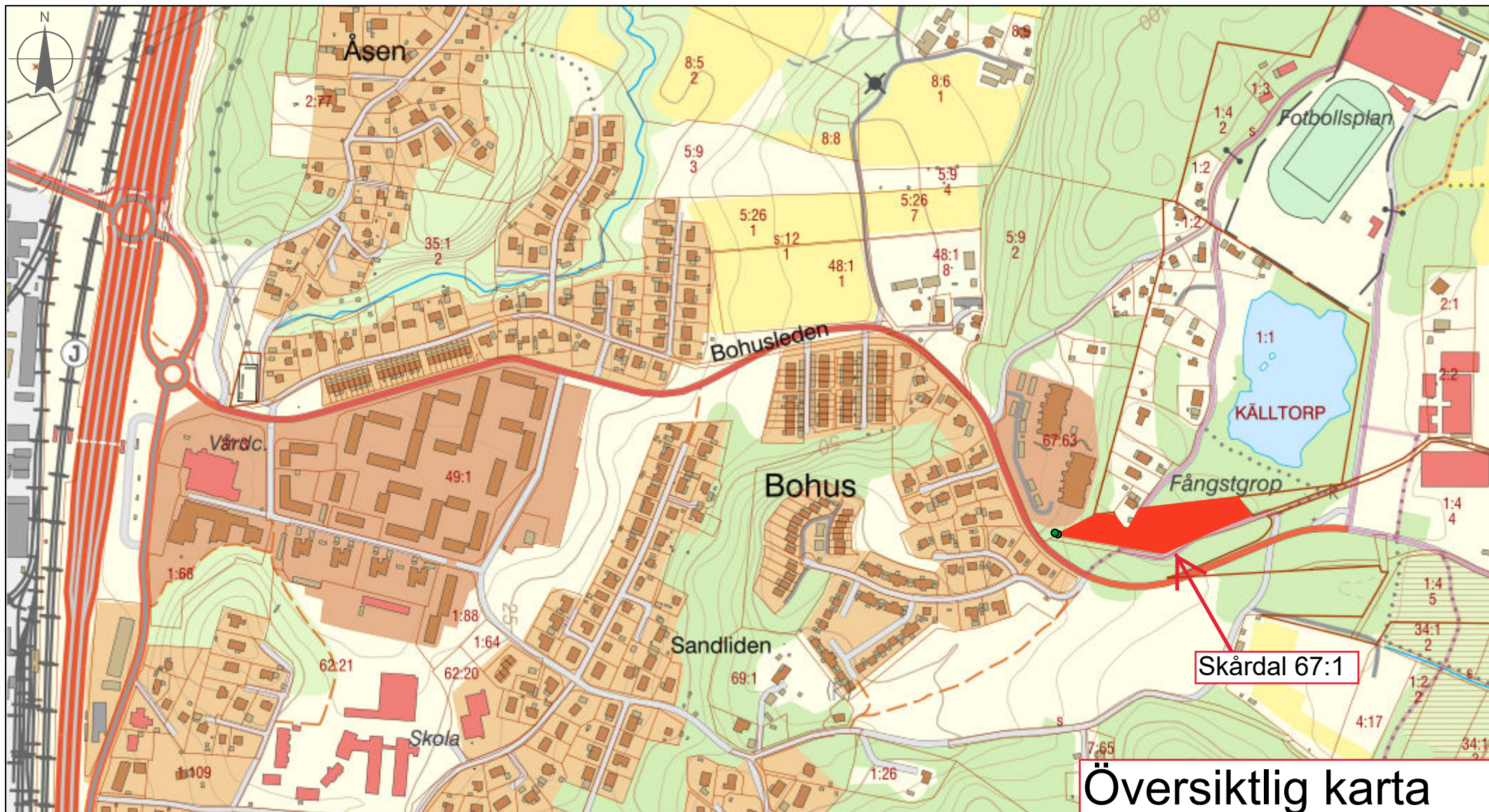
Infrastruktur:

Anslutningspunkt vatten och avlopp	Ny anslutning behöver anläggas från Källarliden. Arbetet är relativt enkelt. Ny projektering för Källtorpsvägen pågår. Eventuellt kommer det att förberedas för byggnation på Skårdal 67:1. Dagvatten skulle behöva gå ut i ett dike vis Källarliden. Funktionen på detta dike är ej tillfredställande varför diket behöver byggas om nedströms om byggnation sker.
Brandpost	En PE 110 vattenledning finns i Källarliden. Den skulle teoretiskt ge 10-14 l/s. Dock är det så att området ligger i en hög zon som servas av Jennylunds tryckstegring. Tryckstegringen kan ej serva en

	brandpost med tillräckligt flöde, varför släckvatten skulle bli mycket svårt och dyrt att anlägga här.
Vatten för brandsläktning	Se brandpost.
Fjärrvärme	Vet ej. Det är Göteborg Energi som driftar fjärrvärme.
Risker	Svårt med brandposter.

Renhållning;

Framkomlighet	I Bohus kan det finnas risk att höjdkurvor ställer till det. Då det heller inte finns mycket plats behöver man tänka till om genomfartsvägar och vändplatser. Renhållningen vill att det finns möjligheter att sortera allt sitt avfall så plats behöver tillgängliggöras
Eventuell anpassning av vägar/trafik	
Risker	



Fastighetsgränserna i kartan visar inte alltid rätt och de är inte juridiskt gällande. Fastighetsgränserna har kommit till under en lång tidsepok och är framställda med vitt skilda metoder. De gränser som syns i kartan har därför stora variationer i lägesnoggrannhet, från centimeternivå till ett medelfel på tiotals meter. Enligt gällande lag är det gränsmärket på marken som gäller.

50 0 50 100 150 200 250 300 350 400 450 500 550 [m]

1:6 000

Fastighet

Adress (översikt)

Areal information

Ursprung / tidigare beteckning

Samfällighet/Gemensamhetsanläggningar

Deläggande fastigheter

Fastighetsrättsligt (översikt)

Fastighetsrättsligt (information samt berörkrets)

Fastighetsrättsligt (pågående ärenden)

Fastighetsrättsligt (övrigt)

Avskild mark

Avregistrering

Ändamål/Förvaltning

Inteckning

Taxering (översikt)

Taxering (övrigt)

Samtaxerade registerenheter

Värderingsenhet

Lantbruk

Skog

Skogsimpedimentsmark

Åkermark

Betesmark

Ekonomibyggnad

Byggnad på övrigt kraftverk

Mark på övrigt kraftverk

Byggnad på vattenfallsenhet

Mark på vattenfallsenhet

Småhusmark

Småhusmark lantbruk

Småhusbyggnad

Småhusbyggnad på lantbruk

Hyreshusmark för bostäder

Hyreshusmark för lokaler

Hyreshusbyggnad för bostäder

Hyreshusbyggnad för lokaler

Täktmark

Industrimark

Industribyggnad värderad enligt produktionskostnadsmetoden

Produktionslokal värderad enligt avkastningsmetoden

Kontor värderat enligt avkastningsmetoden

Lager värderat enligt avkastningsmetoden

Industribyggnad under uppförande

Areal skogsmark (rest.)

Byggnad (översikt)

Befolkning

Castor

Fastighet (övrigt)

Registerenhet

Fastighet status:	Levande	Objekttyp:	Fastighet
Kommun:	Ale	Preliminär typkod:	
Uppgift om tomträtt:		Nyckelkod:	
Har 3D-områden:	N	Allmän del senast ändrad:	20200814
Urholkas av 3D-områden:	N	Inskrivningsdel senast ändrad:	
Ägarlägenhetfastighet:	N	Aktualitetsdatum inskrivningsdelen:	
Urholkas av ägarlägenhetfastighet:	N	Unik identitet:	909a6a6b-3d21-90ec-e040- ed8f66444c3f
Tätort/Stadsdel:		Tomtnummer:	

Kommentarer

Redovisning rättigheter ofullständig:	J
Andelar samfällighet ofullständig:	J
Jordnatur krono:	N
Deläggande fastigheter ofullständig:	N
Allmän del ofullständig:	N
Allmän del under ajourföring:	N
Inskrivningsdel ofullständig:	
Inskrivningsdel under ajourföring:	
Äldre tomträtt:	
Oklara inskrivningsförhållande:	
Ej ajourförd efter LM avisering:	
Andelstal avser utförande/drift:	
Andelstal avser drift:	
Styrelse får ändra andelstal:	
Beräknat andelstal:	

Anmärkning

Koordinat/Areal

Mediankoordinat

Historik

Distriktsnamn

Information

Områdesinformation

Registerkarta

Ajourförande myndighet

Status på lantmäteriförättning

Ej stöd för fil: 4.6 Anteckning Tjänsteanteckning

Ta bort beslutsunderlaget från protokollet. Alt gör om filen till pdf och lägg till den på nytt i protokollet

PROTOKOLL

Samhällsbyggnadsnämnden
Sammanträdesdatum: 2022-11-16



SBN § 255

Dnr PLAN.2022.14

Begäran om planbesked för särskilt boende i Bohus

Beslut

Samhällsbyggnadsnämnden beslutar att bevilja positivt planbesked för Skårdal 67:1 i Bohus.

Motivering till beslut

Då behovet av särskilt boende inom kommunen är ett samhällsintresse bedömer sektor samhällsbyggnad att det är möjligt att pröva en förändrad markanvändning av föreslaget område genom detaljplanering även om området ligger inom riksintresse för friluftsliv och nära strandskydd.

Sammanfattning

Positivt planbesked föreslås. En lokaliseringsutredning för ett särskilt boende i Bohus/Surte har tagits fram av lokalförsörjningsenheten tillsammans med sektor samhällsbyggnad. I lokaliseringsutredningen beskrivs att placeringen inom Skårdal 67:1 i Bohus är den mest lämpliga och lokalförsörjningsenheten föreslår att planarbete påbörjas för fastigheten Skårdal 67:1 och ansöker om planbesked. Området ligger ca 1,4 km öster om Bohus centrum, fastigheten är 7075 kvm och utgörs idag av skogsmark. Marken ägs av Ale kommun. Fastigheten omfattas av strandskydd och i gällande översiktsplan, ÖP-21, beskrivs större delen av fastigheten som område med pågående markanvändning, rekreationsanläggning. Området ligger även inom riksintresse för friluftslivet.

Planansökan omfattar planläggning av ett särskilt boende i förslagsvis tre våningar, byggnadsarean behöver vara ungefär 1200–1500 kvm och föreslås innehålla cirka 60 lägenheter om vardera 35 kvm samt kontor, förråd och gemensamma lokaler för matservering och aktiviteter mm.

Flera frågor som berör rekreation och friluftsliv inom området måste hanteras under planarbetet men då behovet av särskilt boende inom kommunen är ett samhällsintresse bedömer sektor samhällsbyggnad att det är möjligt att pröva en förändrad markanvändning av föreslaget område genom detaljplanering

Justerandes sign.		Utdragsbestyrkande
-------------------	--	--------------------

PROTOKOLL

Samhällsbyggnadsnämnden
Sammanträdesdatum: 2022-11-16

**Beslutsunderlag**

Tjänsteutlåtande, 2022-11-11

Ärendebeskrivning

Lokaliseringsutredning Särskilt boende i södra delarna av Ale kommun

Karta över föreslaget planområde

Översiktskarta

Remissyttrande, stöd- och utvecklingsstaben 2022-10-27

Remissyttrande, renhållningsenheten 2022-10-27

Remissyttrande, miljöenheten 2022-10-25

Remissyttrande, infraenheten 2022-10-27

Remissyttrande, Göteborgs Energi 2022-10-25

Remissyttrande, verksamhet Fastighet och IT, 2022-10-24

Remissyttrande, planering och exploateringsenheten 2022-10-25

Remissyttrande byggenheten, 2022-10-21

Remissyttrande Ale el, 2022-10-31

Beslutet skickas till

För vidare hantering:

Planadministratör

Justerandes sign.		Utdragsbestyrkande
-------------------	--	--------------------



Socialförvaltningen

Diarienummer: S.N.2022.21

Datum: 2023-02-02

Utvecklingsledare kvalitet och uppföljning: Hanna Kämpe

Socialnämnden

Patientsäkerhetsberättelse 2022

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att godkänna patientsäkerhetsberättelsen 2022.

Motivering till beslut

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Sammanfattning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Årets patientsäkerhetsberättelse utgår från strukturen och områdena i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Handlingsplanen ska stärka huvudmännens arbete i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och bidra till att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

Förvaltningen bedömer att kraven på uppföljning och redovisning av arbetet med patientsäkerhet och följsamheten till den nationella handlingsplanen för ökat patientsäkerhet i hälso- och sjukvården i och med upprättad rapport är fullgjort.

Ebba Gierow
Förvaltningschef

Hanna Kämpe
Utvecklingsledare kvalitet och uppföljning



Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande, 2023-02-02

Patientsäkerhetsberättelse 2022

Beslutet skickas till:

För kännedom:

Förvaltningsledningen, socialförvaltningen

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Ärendet

Kompetensförsörjningsutmaningen som hela den offentliga sektorn står inför får direkt bäring på patientsäkerhetsarbetet då en grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Svårigheter att rekrytera och behålla befintlig personal kan medföra behov av anpassningar av såväl organisation, system som utbudet av insatser. Eftersom andelen utbildade medarbetare ökar behöver förvaltningen fortsätta utveckla introduktionsutbildningarna, samt erbjuda kontinuerlig kompetenspåfyllnad via de interna utbildningarna som finns inom verksamheterna samt valideringsutbildningen i samarbete med komvux.

Likaså behöver medarbetarna bättre rustas inför delegeringsutbildningen då trenden är att allt färre klarar provet för delegation. Att tillse så tillräckligt många medarbetare har delegering för att möta behoven i verksamheterna är en utmaning, speciellt under sommarperioden. Ett arbete med att förbättra delegeringsprocessen pågår liksom åtgärder för att utveckla introduktionen av nya medarbetare. En rutin avseende ansvarsfördelning vid akuta situationer på enheter där medarbetare med delegering saknas är under utarbetande.

Hantering av avvikelser som görs inom ramen för teamträffarna med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgs-/omvårdnadspersonal (tvärprofessionellt team) beskrivs som framgångsrikt för patientsäkerhetsarbetet inom den samlade äldreomsorgen. Inom verksamhetsområde funktionsstöd är dock teamträffarna relativt nystartade med en implementering av arbetssättet på prioriterade boende under 2022. Planen är att samtliga enheter ska komma igång med teamträffar under innevarande år.

Digitalt stöd och möjlighet att både kunna komma åt information och dokumentera ”ute på plats” beskrivs som värdefullt i patientsäkerhetsarbetet och möjliggörs via omsorgstelefonerna. Både inom hemtjänsten och inom verksamhetsområde funktionsstöd har omsorgstelefoner införts. Implementeringen på särskilt boende beräknas slutföras under första kvartalet 2023.

Strukturen för patientsäkerhetsarbetet började formas på allvar och även på ett tydligare sätt synliggöras ute för medarbetarna efter att samtliga enhetschefer under hösten 2021 via göteborgsregionen gick en utbildning avseende enhetschefens ansvar för det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet med; kvalitetsledning, systematiskt kvalitetsarbete, risk- och händelseanalyser, egenkontroll, patientsäkerhetsberättelse med mera.

Utbildningen gav mycket kompetens men också en upplevelse av att man inte hade tillräcklig kontroll i relation till sitt ansvar. Efter utbildningen började förvaltningens ledningssystem ta form med bland annat digitala checklistor, kvalitetsindikatorer och integration med hittills kartlagda processer.

Dialog har skett i olika form i ledningsgrupperna under hösten utifrån olika avsnitt i patientsäkerhetsberättelsen vilket bidragit till en fördjupad förståelse. Dock återstår att få till en bättre följsamhet till ledningssystemet som helhet, inklusive mer djuplodande analyser av resultat för att identifiera bakomliggande orsaker och därmed kunna vidta effektiva åtgärder. Det framgår inte heller med tillräcklig tydlighet hur åtgärder som vidtagits i verksamheterna ska följas upp samt inom vilken tidsrymd.

Ekonomisk bedömning

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Invånarperspektiv

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Hållbarhetsperspektivet

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Lagstiftning och kommunala styrdokument

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Remissyttrande

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Behandlad enligt lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet, MBL

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Beslutets genomförande

Beslut om att godkänna patientsäkerhetsberättelsen 2022 föranleder ingen ytterligare åtgärd.

Förvaltningens bedömning

Förvaltningen bedömer att kraven på uppföljning och redovisning av arbetet med patientsäkerhet och följsamheten till den nationella handlingsplanen för ökat patientsäkerhet i hälso- och sjukvården i och med upprättad rapport är fullgjort.



Socialnämnden

Patientsäkerhetsberättelse 2022

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning.....	3
2 Inledning.....	4
3 Grundläggande förutsättningar för säker vård.....	6
4 Agera för säker vård.....	14
5 Strategier och utmaningar kommande år.....	27

1 Sammanfattning

Kompetensförsörjningsutmaningen som hela den offentliga sektorn står inför får direkt bäring på patientsäkerhetsarbetet då en grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Svårigheter att rekrytera och behålla befintlig personal kan medföra behov av anpassningar av såväl organisation, system som utbudet av insatser. Eftersom andelen utbildade medarbetare ökar behöver förvaltningen fortsätta utveckla introduktionsutbildningarna, samt erbjuda kontinuerlig kompetenspåfyllnad via de interna utbildningarna som finns inom verksamheterna samt valideringsutbildningen i samarbete med komvux.

Likaså behöver medarbetarna bättre rustas inför delegeringsutbildningen då trenden är att allt färre klarar provet för delegation. Att tillse så tillräckligt många medarbetare har delegering för att möta behoven i verksamheterna är en utmaning, speciellt under sommarperioden. Ett arbete med att förbättra delegeringsprocessen pågår liksom åtgärder för att utveckla introduktionen av nya medarbetare. En rutin avseende ansvarsfördelning vid akuta situationer på enheter där medarbetare med delegering saknas är under utarbetande.

Hanteringen av avvikelser som görs inom ramen för teamträffarna med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgs-/omvårdnadspersonal (tvärprofessionellt team) beskrivs som framgångsrikt för patientsäkerhetsarbetet inom den samlade äldreomsorgen. Inom verksamhetsområde funktionsstöd är dock teamträffarna relativt nystartade med en implementering av arbetssättet på prioriterade boende under 2022. Planen är att samtliga enheter ska komma igång med teamträffar under innevarande år.

Digitalt stöd och möjlighet att både kunna komma åt information och dokumentera ”ute på plats” beskrivs som värdefullt i patientsäkerhetsarbetet och möjliggörs via omsorgstelefonerna. Både inom hemtjänsten och inom verksamhetsområde funktionsstöd har omsorgstelefoner införts. Implementeringen på särskilt boende beräknas slutföras under första kvartalet 2023.

Strukturen för patientsäkerhetsarbetet började formas på allvar och även på ett tydligare sätt synliggörs ute för medarbetarna efter att samtliga enhetschefer under hösten 2021 via göteborgsregionen gick en utbildning avseende enhetschefens ansvar för det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet med; kvalitetsledning, systematiskt kvalitetsarbete, risk- och händelseanalyser, egenkontroll, patientsäkerhetsberättelse med mera.

Utbildningen gav mycket kompetens men också en upplevelse av att man inte hade tillräcklig kontroll i relation till sitt ansvar. Efter utbildningen började förvaltningens ledningssystem ta form med bland annat digitala check-listor, kvalitetsindikatorer och integration med hittills kartlagda processer. Dialog har skett i olika form i ledningsgrupperna under hösten utifrån olika avsnitt i patientsäkerhetsberättelsen vilket bidragit till en fördjupad förståelse. Dock återstår att få till en bättre följsamhet till ledningssystemet som helhet, inklusive mer djuplodande analyser av resultat för att identifiera bakomliggande orsaker och därmed kunna vidta effektiva åtgärder. Det framgår inte heller med tillräcklig tydlighet hur åtgärder som vidtagits i verksamheterna ska följas upp samt inom vilken tidsrymd.

2 Inledning

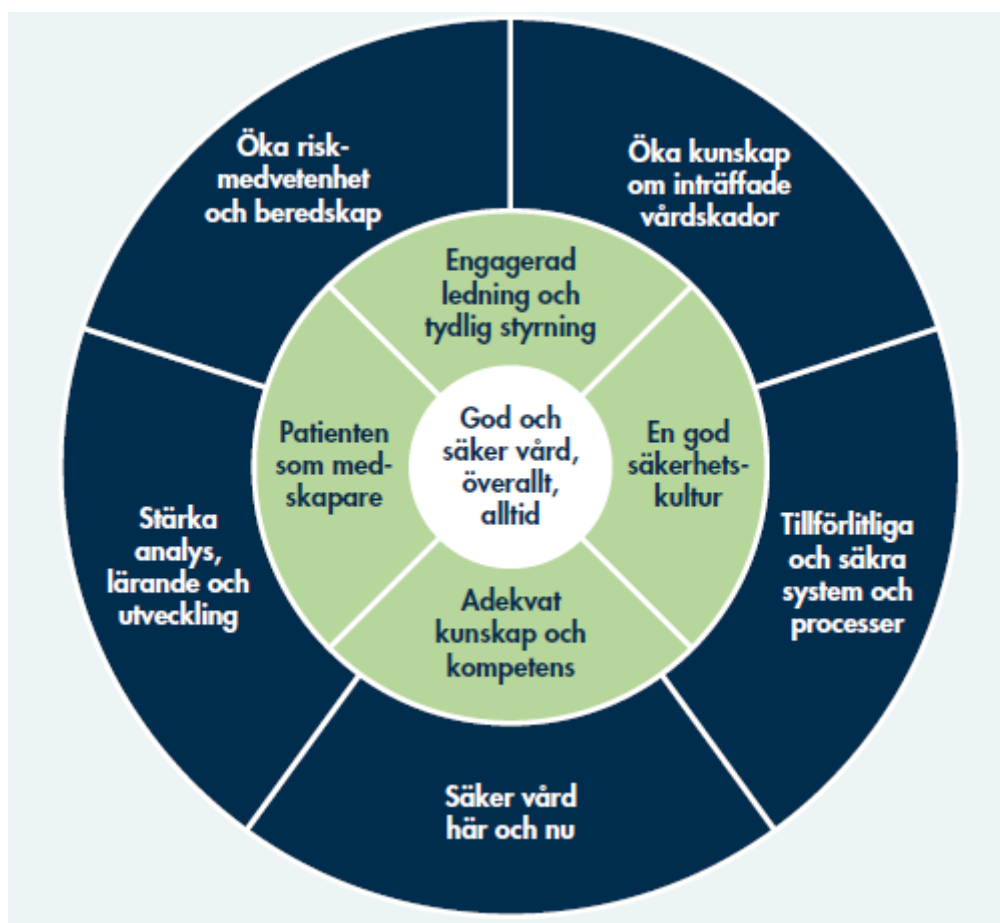
Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

Årets patientsäkerhetsberättelse utgår från strukturen och områdena i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Handlingsplanen ska stärka huvudmännens arbete i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och bidra till att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. På kommunal och regional nivå har ett antal områden identifierats för att skapa en god och säker vård. Det behöver finnas:

- en säkerhetskunnig ledning som styr mot ökad patientsäkerhet och samtidigt skapar förutsättningar för en god säkerhetskultur.
- tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och som har förståelse för och kunskap om patientsäkerhet,
- säker och användarvänlig teknik,
- hållbar arbetsmiljö
- förmåga att ta tillvara patienters och närståendes kunskap och erfarenhet.

Handlingsplanen identifierar fyra förutsättningar och fem fokusområden för en god och säker vård vilket illustreras i nedanstående bild.



2.1 Läsanvisning

Till respektive förutsättning och fokusområde i föreliggande rapport återfinns en kursiv text. Denna är hämtad från den nationella handlingsplanen som kortfattat ger en inledning till avsnittet. Resultat i form av egenkontroller, avvikelser och kvalitetsindikatorer redovisas löpande under de avsnitt där de är hemmahörande utifrån strukturen i den nationella handlingsplanen.

3 Grundläggande förutsättningar för säker vård

3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

"Det är vårdgivarens ansvar att verksamheten bedrivs på det sätt som åsyftas i lagar och föreskrifter. Vårdgivaren ska bland annat planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvården upprätthålls. Ledningen är en tongivande förebild och har en avgörande roll i arbetet att stärka och upprätthålla en hög säkerhet."

3.1.1 Övergripande mål och strategier

Utifrån visionen och det övergripande målet i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet har följande delmål formulerats för 2023;

Förbättrad följsamhet till rutin för delegering

Erfarenheten beskriver att delegering av hälso- och sjukvårdsåtgärder utifrån den kommunala primärvården är en stor utmaning att nå samsyn kring gällande hur rutinen ska implementeras i verksamheten samt vilka konsekvenser det får att inte till fullo följa denna. Avvikelse relaterade till delegering står för en stor del av avvikelser inom den kommunala primärvården.

Målet följs upp genom att MAS stämmer av följsamhet till rutin med utbildningssjuksköterskorna i juni och november.

Vårdgivaren ska bättre kunna bedöma huruvida verksamheten bedriver en god och säker vård

För att kunna visa på att verksamheten bedriver en god och säker vård behöver de resultat som uppnås tydligare beskrivas för vårdgivaren. Analys av avvikelser ska visa på bakomliggande orsaker för att rätt åtgärder ska kunna vidtas, det vill säga de åtgärder som ger mest effekt. Ett metodstöd för analys håller på att utarbetas som stöd i detta arbete och kommer implementeras under året.

Processkartläggningen av den kommunala primärvårdens processer ska slutföras under 2023

Det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet utgår från verksamheterna processer. Kartläggningen av den kommunala primärvårdens processer är en central del i patientsäkerhetsarbetet. Målet kan anses uppnått när processen ritats upp i verktyget 2c8 samt att tillhörande styrdokument och annan information identifierats och kopplats till resp. aktivitet i processen, samt att processen sedan har publicerats.

Förbättra följsamhet till rutiner genom att skapa en tydlig struktur för framtagandet av dessa utifrån hälso- och sjukvårdsprocessen

Det måste finnas en tydlig beskrivning av hur arbetsrutiner är kopplade till arbetsprocessen med patienter för att tillgodose god och säker vård. Ramen för detta är lag och författningskrav nedbrutet till så enkla anvisningar som möjligt för medarbetaren. Utöver detta behöver första linjens chefer vara väl förtrodda med hur stödprocessen går till, det vill säga strukturen vid tillskapandet av nya rutiner och anvisningar. Det behöver tydliggöras vad som ska ha diarienummer, hur versionshantering ska ske, vilken funktion som ska publicera dokument etc. Detta mål utgör en del i processkartläggningsarbetet beskrivet ovan.

3.1.2 Organisation och ansvar

Socialnämnden ansvarar för att:

- Det finns ett ledningssystem för verksamheten.
- Ledningssystemet används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.
- Ledningssystemet anger hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.
- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.
- Fastställa mål och inriktning för socialförvaltningen.
- Fastställa en årlig patientsäkerhetsberättelse utifrån nämndens ansvarsområde.

Förvaltningschef (tillika verksamhetschef enligt 4 kap § 2 Hälso- och sjukvårdslagen) ansvarar för att:

- Insatser inom förvaltningens område håller en god kvalitet med en god hygienisk standard och att den enskilde får ett professionellt stöd och bemötande. Insatserna ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt vara lätt tillgängliga.
- Säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen ska utse en fast vårdkontakt enligt vad som anges i 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821).
- Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet finns personal, lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.
- De verksamhetsplaner och andra dokument som krävs för att styra och leda den operativa verksamheten i riktning mot uppställda mål upprättas och kommuniceras.
- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten på förvaltningsnivå.
- Förvissa sig om att ledningssystemets olika processer är kända och följs.
- I samverkan med stödfunktionerna medicinskt ansvarig sjuksköterska och utvecklingsledare kvalitet och uppföljning initiera, fastställa och följa upp riktlinjer och rutiner på förvaltningsnivå.
- Upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse för hela förvaltningen.
- Årligen revidera ledningssystemet i samverkan med utvecklingsledare kvalitet och uppföljning, medicinskt ansvarig sjuksköterska samt socialt ansvarig samordnare.

Verksamhetschef ansvarar för att:

- Insatser inom verksamhetens område håller en god kvalitet och att den enskilde får ett professionellt stöd och bemötande.
- Upprätta en årlig verksamhetsområdesplan.
- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten på verksamhetsnivå.
- Förvissa sig om att ledningssystemets olika processer är kända och följs.
- Initiera, fastställa och följa upp riktlinjer och rutiner på verksamhetsnivå.
- Upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse på verksamhetsnivå.

Enhetschef ansvarar för att:

- Insatser inom enhetens område håller en god kvalitet och att den enskilde får ett professionellt stöd och bemötande.
- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten på enhetsnivå.
- Förvissa sig om att ledningssystemets olika processer är kända och följs.
- Initiera, fastställa, revidera och följa upp rutiner på enhetsnivå.
- Genomföra egenkontroll enligt kvalitetsledningssystem SOSFS 2011:9 i Stratsys.
- Upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse på enhetsnivå.

Utvecklingsledare kvalitet och uppföljning ansvarar för att:

- Driva och hålla samman arbetet med förvaltningens kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9
- Bistå och fungera som administrativt stöd till förvaltningschef vid upprättande av en årlig patientsäkerhetsberättelse på förvaltningsnivå.
- Bistå och fungera som administrativt stöd till förvaltningschef vid upprättande av nämndplan, och vid delårsrapporter och årsbokslut.
- Vara chefer inom förvaltningen behjälplig inför patientsäkerhetsberättelsen.
- Samordna och vara förvaltningens kontaktperson vid nationella jämförelser.
- I samverkan med förvaltningschef årligen revidera dokument som ingår i förvaltningens kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (11 kap. § 4 Hälso- och sjukvårdslagen) / Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAS/MAR ansvarar för att:

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
- Patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355), PDL,
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
- Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för:
 - läkemedelshantering,
 - rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och
 - att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.
- Bistå och fungera som administrativt stöd till förvaltningschef vid upprättande av en årlig patientsäkerhetsberättelse.
- På övergripande nivå följa upp och analysera resultat av verksamheternas patientsäkerhetsarbete och återföra slutsatser till vårdgivaren.
- Utfärda revidera och fastställa riktlinjer utifrån aktuell lagstiftning.
- Utredda och anmäla händelser som för patienten inneburit en allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, informera nämnden om att sådan anmälan har skickats till IVO, informera patient eller närstående samt att dokumentera detta i patientens journal.
- Fungera som stöd och bistå utvecklingsledare kvalitet och uppföljning med att driva och hålla samman arbetet med förvaltningens kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att:

- Bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls genom att aktivt delta i verksamhetens kvalitetsarbete, ifrågasätta och utveckla rutiner.
- Ha kännedom om och arbeta enligt gällande lagar, riktlinjer och rutiner samt utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

Undersköterska, vårdbiträde, stödpedagog, stödassistent m.fl. som undertecknat ett delegeringsbeslut om att utföra en hälso- och sjukvårdsuppgift, är hälso- och sjukvårdspersonal vid utförandet av arbetsuppgiften. Skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal enligt ovan gäller.

3.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser i Västra Götalandsregionen reglerar samverkan och ansvar för den enskilde som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommunen och regionen. Samverkan sker bland annat inom följande områden:

- Läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård
- Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Samordnad individuell plan (SIP)
- Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende
- Samverkan om munhälsa
- Uppsökande och nödvändig tandvård
- Närsjukvårdsmöten utifrån vårdssamverkansmodell
- Samverkande sjukvård
- Apoteket, granskning av läkemedelshantering
- Medicintekniska produkter
- Läkemedelsnära produkter

I dagsläget är den samverkan som sker i den praktiska verksamheten mellan regionen och den kommunala primärvården inte helt problemfri när uppfattningen av ansvarsgränser skiljer sig åt. Samverkan mellan olika huvudmän och aktörer är en förutsättning för att kunna leverera välfärdstjänster som utgår från invånarnas behov både

nu och i framtiden. Patienter som har behov av både primärvård och specialiserad vård i hemmet ska få en personcentrerad och samordnad vård där både kommun och region är sjukvårdshuvudmän.

Kommunen hyser en viss oro för framtida samverkan när formkrav och tydlig ansvarsfördelning utifrån omställning nära vård inte adresseras av regionen i det förslag till nytt hälso- och sjukvårdsavtal som arbetats fram.* Denna otydlighet innebär en risk för framtida konflikter och att enskilda medarbetare kommer i kläm. Vad som ska ingå i den kommunala primärvården torde bestämmas gemensamt mellan de 49 kommunerna och regionen, inte genom lokala överenskommelser i enskilda fall. Det öppnar upp för ojämlig vård, inte bara mellan kommunerna men även mellan enskilda kommuninvånare.

Förutom all extern samverkan sker även strukturerad samverkan internt mellan olika yrkesgrupper och enheter, exempelvis i form av teamträffar.

*Ale kommun är en av flera kommuner som har beslutat att avstå från att underteckna hälso- och sjukvårdsavtalet. Nuvarande avtal kommer förlängas.

3.1.4 Informationssäkerhet

Systematisk loggkontroll genomförs sedan 2018. Uppföljning av loggar i verksamhetssystemen ska dels säkerställa vårdgivarens pålitlighet gentemot kommuninvånaren, dels ge anställda en trygghet som grundar sig i att man genom loggen kan styrka att åtkomst till information har varit befogad. Granskning av loggar görs normalt varje kvartal genom stickprov av respektive enhetschef enligt fastställd rutin. Ett slumpmässigt urval av personalen granskas då under en tvådagars period. På begäran av chef kan riktad loggning utföras av objektspecialist. Riktad loggning kan till exempel användas om en anställd har en närstående som är aktuell i verksamhetssystemet Treserva. Det kan även finnas anledning att kontrollera loggar om det förekommer speciellt sekretesskänsliga personer eller vid misstanke om otillbörlig användning.

Under 2022 har loggning i verksamhetssystemet Treserva inte kunna genomföras på grund av tekniska problem i systemet. Detta är något som har påverkat alla kommuner som använder detta verksamhetssystem och trots att leverantören har arbetat med att identifiera och åtgärda problemet har det inte kunnat lösas ännu. Under året har fokus därför varit på de riktade loggkontrollerna i Treserva. Loggkontroller görs även i verksamhetssystemet MCSS, vilket har fortlöpt utan problem. Loggkontroller har i samtliga fall visat på god följsamhet till beslutade rutiner.

Behörigheter till verksamhetssystemen för medarbetare kan numera endast beställas av ansvarig chef, vilket är en åtgärd för att säkra upp vilka medarbetare som har behörighet till vad och när. Förvaltningsledningen har under våren 2022 fastställt en rutin för att gallra användare i Treserva var 6:e månad. De användare som inte har varit inloggade under de senaste 6 månaderna tas bort för att säkerställa god följsamhet till GDPR och informations säkerhet. Även beslut om att införa systematisk behörighetskontroll av användare i Treserva togs av förvaltningsledningen under våren. Syftet är att säkerställa att behörighet till känslig information i verksamhetssystem baseras på aktuell organisatorisk tillhörighet och arbetsuppgifter. Det hade uppmärksammats att användare ibland haft mer/större behörighet än de egentligen behövt till följd av ändrade uppdrag eller arbetsplats. Behörighetskontrollen genomförs två gånger per år av enhetschef. En rutin finns framarbetad som stöd.

Förvaltningsledningen har under 2022 även beslutat om en rutin för regelbunden gallring av äldre meddelanden i verksamhetssystemet Treserva, utifrån både GDPR och systemprestanda.

Kontrollkörning i HSA görs varje månad för att se så namn och adresser stämmer med folkbokföringen samt om någon har ett utgående kort. Revision av HSA-katalogen görs årligen, detta för att till exempel kontrollera att registrerade personer fortfarande arbetar kvar i verksamheten eller för en genomgång av rutinerna och följsamheten till dessa.*

Omsorgstelefonerna har inom ordinärt boende tidigare IT-managerats. Under våren 2022 genomgick verksamhetsområdet funktionsstöd samma procedur, där medarbetarnas telefoner sågs över utifrån både prestanda och behov. En utsedd projektgrupp från förvaltningen har tillsammans med representanter från IT-enheten och leverantören arbetat fram en säker hantering för medarbetarna inom funktionsstödsområdet med upprättade rutiner som tydliggör vilka funktioner som finns tillgängliga i telefonerna, vad medarbetaren ska göra om telefonen kommer på villovägar, om man glömt sin kod eller liknande. Detta möjliggör för IT-enheten, på uppdrag av verksamhetschef, att hantera telefonerna om behov skulle uppstå. Exempelvis kan IT-enheten, på distans, omedelbart

göra en specifik telefon obrukbar om den skulle komma i orätta händer. Om någon slår in fel kod tre gånger i rad fabriksåterställs telefonen automatiskt. IT-enheten skjuter också ut de appar som ska finnas i telefonen, vilket bestäms av verksamhetschef, samt uppgraderar samtliga telefoner på distans när en ny version av en app finns tillgänglig, vilket säkerställer att samtliga medarbetare har den korrekta versionen så snart det är beslutat. Under hösten 2022 påbörjades samma process inom särskilda boenden inom äldreomsorgen. Detta arbete förväntas vara utfört i sin helhet i början av första kvartalet 2023.

En kartläggning av samtliga verksamhetssystem görs årligen och dokumenteras i förvaltningsplan IT. En dialog har förts med IT-enheten samt leverantören för ett av de största verksamhetssystemen under hösten 2022, för att undersöka hur planeringen av insatser inom ordinärt boende ska säkerställas om verksamhetssystemet av någon anledning inte skulle vara tillgängligt. En lösning för detta har ännu inte identifierats, men fortsatt arbete pågår för att hitta en hantering av detta behov. Övriga rutiner för hantering för de fall att systemen inte är tillgängliga har delvis setts över under året, men ingen uppdatering har behövt göras. Arbetet fortgår löpande och årligen kommer en översyn i olika omfattning att göras.

För att säkerställa säker och god funktionalitet i verksamhetssystemen görs uppgraderingar och korrigerande patcher vid behov, normalt flera gånger per år, i dialog med leverantörerna. Utveckling och utvidgning av verksamhetssystemens funktionalitet görs löpande, baserat på dialog med verksamheterna och leverantörerna. Navet i denna förvaltning och utveckling består av förvaltningens systemförvaltare.

**Katalogtjänst HSA används bland annat för att styra medarbetares behörighet i olika tjänster och system. När en användare loggar in i en tjänst, hämtas personens behörighetsgrundande information från HSA. Baserat på till exempel yrkesroll, uppdrag och var användaren jobbar – avgörs sedan vilken information personen har rätt att komma åt – och vad hen får göra. Behörigheten som medarbetaren får är också anpassad så att en och samma person ska kunna få tillgång till olika typer av information, beroende på uppdrag och tidpunkt.*

3.2 En god säkerhetskultur

"Säkerhetskultur behöver kännetecknas av:

- *ett aktivt arbete med att identifiera risker och skador och ett lika aktivt arbete med att minimera dessa*
- *ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet*
- *ett icke-skuldbeläggande förhållningssätt*
- *en organisation där alla lär av de negativa händelser som inträffat och risken för sådana händelser samt av positiva resultat."*

Som ett led i säkerhetsarbetet genomförs så kallade teamträffar med omsorgspersonal och specialister från den kommunala primärvården. Avvikelse som risker och skador samt åtgärder för att minska dessa identifieras. Teamet arbetar med individuella riskanalyser och handlingsplaner samt uppföljning. Under året har några hyresgäster på särskilt boende själva deltagit på teammötet och där gjort självskattning samt bidragit till både riskanalys och handlingsplaner. Hyresgästernas egen medverkan kommer sannolikt att öka. Under året har rutinen för teamträffar reviderats till att även omfatta fallprevention.

Inom samtliga de schemaburna verksamheterna lyfts tid för lärande och reflektion i samband med APT som en viktig del i säkerhetsarbetet. Inom verksamhetsområde funktionsstöd kommer enheterna börja använda säkerhetskulturtrappan i resonemang på APT för att identifiera var någonstans på trappan som gruppen befinner sig och varför, samt hur gruppen kan förflytta sig vidare och uppåt i trappan. Likaså lyfts vikten av att analysera avvikelser för att hitta trender och mönster av samtliga berörda verksamheter. Inom funktionsstöd har resonemang förts om att uppföljning av åtgärder också behöver göras med systematik så att dessa vid behov kan justeras så att de får avsedd effekt så att inte avvikelsern upprepas. Ett arbete gällande att förändra synen på avvikelser har även påbörjats inom verksamhetsområdet där registrering av avvikelser på vissa enheter betraktas som något negativt istället för ett potentiellt utvecklingsområde för verksamheten.

Utveckling och fastställande av rutiner och checklistor säkerställer och förebygger risker och skador. Behovet av rutiner ökar i samband med att nya, mer komplexa och fler uppdrag landar bland annat inom den kommunala primärvården, men också med anledning av bemanningssvårigheter och bristande kompetens och erfarenhet hos de legitimerade. Av samma anledningar behövs även fler och uppdaterade rutiner för omvårdnadspersonal och

deras insatser, både inom SoL och delegerat inom HSL.

Uppföljning av dokumentation görs regelbundet. Resultatet leder till rutiner och vägledning för handhavande av verksamhetssystem men också till utveckling av dessa. Mobiltelefoner med möjlighet till både dokumentation och kunskapsinhämtning är en förebyggande åtgärd för att minska risken för skador samt för att underlätta dokumentationen.

Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra. Arbetsmiljön följs upp dels via det systematiska arbetsmiljöarbetet med årliga checklistor och arbetsmiljöronder, dels via tillbud och arbetsskador för att kunna förbättra både den fysiska och psykiska arbetsmiljön.

En ökad användning av tekniska och digitala hjälpmedel så som exempelvis digital läkemedelshantering och e-lås bidrar till en ökad säkerhet förutsatt att adekvat introduktion ges och att rutiner och andra stöddokument finns att tillgå.

Övrigt som lyfts relaterat till säkerhetsarbetet i förvaltningen är:

- Introduktion av nyanställda.
- Arbetet med stjärnmärkt (syftar till en demensvård utan tvång och begränsningsåtgärder, med kunskap och metoder som redskap samt certifiering).
- Interna utbildningssatsningar som syftar till att öka kompetens och medvetenhet samt förbygga risker och skador.
- Arbetet inom BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens) där individuella risker i bemötande och agerande framkommer samt åtgärder och bemötande- och handlingsplaner.
- Användningen av SBAR som är en beprövad kommunikationsmodell för att säkerställa god informationsöverföring i vård och omsorg.
- Delegeringsutbildning
- Processkartläggning
- Valideringsutbildningar
- Brukarundersökningar som ett led i att säkerställa god kvalitet och förebygga risker för omsorgstagarna.
- Utbildning av språkombud

3.3 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 grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete."

Under året har kompetensförsörjningsutmaningen blivit påtaglig i hela förvaltningen. Av de som finns att rekrytera är kompetensnivån dessutom försämrad jämfört med tidigare år, vilket ökar trycket både på introduktion av nya medarbetare samt på de kommuninterna utbildningarna för att rusta medarbetarna på bästa sätt. Den försvårade rekryteringssituationen påverkar även förvaltningens samverkanspartners, så som sjukhus och vårdcentraler. Överallt är situationen väldigt pressad vilket leder till brister i samverkan och risk för brister avseende patientsäkerheten. Brist på kompetenta medarbetare bidrar även till svårigheter att frigöra tid för ordinarie personal att kompetensutveckla sig.

Trots hög frånvaro och hårt tryck på verksamheterna har ändå många både externa och interna utbildningar genomförts under året. Att utbildningarna möjliggörs och genomförs är avgörande för att bibehålla kvalitet och säkerhet i verksamheten. Individuella kompetensutvecklingsplaner skapas i samband med medarbetarsamtalet.

Inom den samlade äldreomsorgen är den framarbetade kompetensstegen med bas-, fördjupnings- och expertuppdrag ett långsiktigt redskap för kontinuerlig kompetenspåfyllnad, liksom utvecklingen med fler titlar kopplade till fler specifika uppdrag så som exempelvis omsorgshandledare med specifikt kvalitetsperspektiv. En ledarskapsutbildning för enhetscheferna inom äldreomsorgen pågår.

Inom den kommunala primärvården finns medarbetare med fördjupningsuppdrag inom diabetes, psykiatri, inkontinens, sår och hygien, palliativ vård, samordning och SAMSA/vårdplanering, utbildning, hjälpmedel, dokumentation och VFU/studentansvar. Dessutom läser totalt 6 medarbetare vidare till specialistsjuksköterskor.

Under våren 2023 kommer en utbildningsåtgärd göras gällande ”*Leda som patientansvarig legitimerad person*” för hela personalgruppen.

En satsning på samtliga chefer inom förvaltningen gjordes hösten 2021 då utbildningen ”*Så leder du som enhetschef det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet*” genomfördes. Samtidigt införskaffades ett bättre systemstöd för det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet som implementerades under 2022. Det återstår dock att få till en bättre systematik i förvaltningen som helhet avseende följsamheten till ledningssystemet.

Under hösten startade utbildningen upp avseende språkstödsombud. Tanken är att utbildningen är återkommande med målsättningen att det ska finnas ett språkstödsombud på varje enhet inom den schemaburna verksamheten. Språkstödsombud utbildas för att säkra god kommunikation och därmed kvalitet och säkerhet.

Att tillse så tillräckligt många medarbetare har delegering för att möta behoven i verksamheterna är en utmaning, speciellt under sommarperioden. En tydlig trend finns med allt färre som klarar provet för delegation vilket försvårar schemalagningen i verksamheterna. En kontinuerlig översyn och anpassning av bemanning utifrån enheternas behov och medarbetarnas kompetens görs inom samtliga schemaburna verksamheter. Ett arbete med att förbättra delegeringsprocessen pågår liksom åtgärder för att utveckla introduktionen av nya medarbetare och rusta dem inför delegeringsutbildningen. Omvärldsbevakning görs för att se över möjlighet till obligatorisk delegering för tillsvidareanställd medarbetare. En rutin avseende ansvarsfördelning vid akuta situationer på enheter där medarbetare med delegering saknas är under utarbetande.

Inom förvaltningen finns en arbetsgrupp med uppdrag att arbeta med hållbar bemanning på både kort och lång sikt. Arbetet syftar till att stärka kompetensförsörjningen och hitta kreativa lösningar för hela förvaltningen. Sommarrekryteringen utgör här en viktig del och under hösten har utvärdering av den gångna sommaren skett för att ta tillvara det som fungerat bra och se hur förvaltningen ska kunna locka än fler medarbetare inför kommande sommar.

Önskemål lyfts om en gemensam utbildning i dokumentation inom äldreomsorgen där riktlinjer kring vårdplan och SoL-dokumentation tydliggörs.

3.4 Patienten som medskapare

"Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt och kan lita på att vården ges på lika villkor skapar tillit och förtroende, men aspekter som tillgänglighet, samordning och kontinuitet är också centrala. Vården blir således säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och kan påverka vården utifrån sina önskemål och förutsättningar."

Samverkan med patienter innebär att ge förutsättningar för den enskilde att själv kunna påverka sin livssituation och den vård och det stöd som hen får. Den enskilde ska ges möjlighet att delta i planeringen av vård och omsorg samt ha inflytande över genomförandet. Detta sker exempelvis genom deltagande i upprättandet av vårdplan och genomförandeplan. Den enskilde och dess närstående ska informeras om att de kan lämna synpunkter och klagomål på verksamheten enligt fastställda rutiner (se avsnitt 4.5.2). Vid utredning av hälso- och sjukvårdsavvikelser ska den enskilde och närstående erbjudas möjlighet att delta.

Under året infördes fast omsorgskontakt inom hemtjänsten som syftar till en ökad kontinuitet för omsorgstagnarna. Kontinuitet kan här omfatta exempelvis en kontinuitet i hur olika insatser utförs. Från och med 1 juli 2023 tillkommer krav på att den fasta omsorgskontakten ska vara undersköterska. Det är den fasta omsorgskontakten som tillsammans med omsorgstagare och anhörig upprättar genomförandeplanen. Genomförandeplansmötet är det viktigaste forumet för att säkra den enskildes delaktighet och inflytande, samt individuell utformning av insatsen.

Inom verksamhetsområde funktionsstöd har stort fokus varit på att säkerställa barnens delaktighet och självbestämmande vid utformning av insatser. I det fall det behövs används olika former av tydliggörande kommunikation så som tecken, bildstöd eller andra typer av hjälpmedel. I de fall då barnet är av ringa ålder eller då barnet/ungdomen så önskar medverka vårdnadshavare vid planeringen av vården. Det är vid de tillfällena viktigt att säkerställa att barnets önskan respekteras även i de fall vårdnadshavare är av annan åsikt.

Andra verktyg och metoder som används inom förvaltningen för att möjliggöra *patienten som medskapare* är exempelvis;

- personcentrerat arbetssätt som utvecklas specifikt inom utbildningen Stjärnmärkt.
- arbetet med BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens) som möjliggör för personer med kognitiva svårigheter att få individuellt anpassat stöd och omsorg.
- teamarbetet som beskrivits i avsnitt 3.2 där den enskilde kan vara med och bidra med självskattning samt åtgärder och handlingsplaner.
- tydliggörande av samordning av olika individuella insatser via SIP-möte, SIP-möte är vanligare internt än i samverkan med regionen. (SIP står för Samordnad Individuell Plan)
- att rutiner för välkomstsamtal vid inflyttning samt rutiner för genomförandeplan och kontaktmannaskap finns på alla boendeenheter
- att inkomna synpunkter och klagomål leder till analys och vid behov utvecklade eller nya rutiner





Strukturerad samverkan med kommunala primärvården på övergripande nivå behöver utvecklas under kommande år.

4 Agera för säker vård

4.1 Egenkontroll

I årets patientsäkerhetsberättelse följs samma egenkontroller upp som tidigare år, kompletterat med ytterligare kvalitetsindikatorer som Socialstyrelsen lämnat som förslag, för att följa arbetet med den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. En del egenkontroller har tidigare endast gjorts på papper men har nu digitaliserats i och med SOSFS-modulen i Stratsys vilket möjliggör återkoppling av resultat och åtgärder till vårdgivaren på ett enklare och mer överskådligt sätt än tidigare. Dock utgör årets resultat utgångspunkten för jämförelser framgent då det är första året som modulen används.

Nämnas bör att verksamheterna deltog i den årliga nationella punktprevalensmätningen av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK) som genomförs av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) varje vår. Ansvariga för att registrera resultaten i avsedd databas missade att göra detta i tid, varför något resultat för Ale inte finns att utläsa.

Egenkontroll	Svar	Kommentar
 Vårdhygienisk checklista	 Delvis uppfyllt	I resultatredovisningen kan konstateras att kunskap och följsamhet till rutin för basala hygienrutiner är olika beroende på om medarbetare är tillsvidareanställda eller arbetar som vikarier. Åtgärder för verksamhetsområdet som identifierat denna specifika skillnad i kunskap finns inte omnämnda i den övergripande analysen. Det finns omständigheter som försvårar följsamhet till basala hygienrutiner vid arbete i den enskildes hem, men åtgärder för att exempelvis skapa förutsättningar för handtvätt, är lämnat utan formulerad åtgärd. En åtgärd formulerad från verksamheterna för att förbättra kunskapen kring vårdhygieniska frågor är att utse hygienombud för enheter som berörs av basala hygienrutiner. Även webbutbildningar som finns tillgängliga nämns som åtgärder för att förbättra kunskapen om vårdhygieniska rutiner. Några enheter har inte genomfört egenkontrollen enligt plan men verksamhetsområdet beskriver att dessa enheter kommer att få en genomgång på annat sätt och att egenkontrollen kommer att utföras även på annat sätt.
 Granskning av dokumentation HSL - checklista	 Delvis uppfyllt	Beslutade eller planerade åtgärder finns inte formulerade efter utfallet vid första mätningen under 2022, trots att man konstaterat granskningens förbättringsområden. Analys saknas för utfallet för den andra granskningen som genomförts under 2022.

För att systematiskt kunna utvärdera resultat för det vårdhygieniska arbetet genom checklistan, nämns att rutin för att regelbundet lyfta frågor om vårdhygien generellt, och basala hygienrutiner specifikt, behöver upprättas för att ämnet ska ingå som en återkommande del på verksamhetsmöten. Åtgärden beskrivs som ett önskat läge, men när sådan rutin för kontinuerlig diskussion och dialog ska starta, samt utvärderas, framgår inte av verksamhetens beskrivning.

Den vårdhygieniska checklisten omtalas som ett konkret sätt att vägleda för vad verksamhetsområdet ska arbeta med specifikt, vilket är syftet. Det fortsatta arbetet med analys av resultatet är fortfarande nytt för flera enheter. Verksamhetsområde funktionsstöd presenterar att dialog om patientsäkerhet i ledningsgruppen kan utgöra en hjälp i analysarbetet. Åtgärden är inte tidsbestämd eller har ett tidsatt utvärderingsdatum eller metod.

Ombudsroll för hygienfrågor i det patientnära arbetet nämns som en konkret och viktig åtgärd tillsammans med webbutbildningar som en lättillgänglig form för kompetensutveckling och grundutbildning av medarbetare vid nyanställning men även som regelbunden genomgång av hygienrutiner. Åtgärdernas effektivitet och resultat är beroende av god intern samverkan i det praktiska samarbete med metodutvecklingsansvariga sjuksköterskor som sammankallar till hygienombudsträffar. MAS har via mejltskick under pandemin, rekommenderat de framtagna webbutbildningar som vårdhygien på Sahlgrenska har på sin webbplats, vilka är granskade till innehåll och framtagna specifikt för kommunal hälso- och sjukvård och omsorg.

Journalgranskningen gav ett resultat under vårens granskning 2022 om förbättringsområden avseende bland annat dokumentation kring patienternas delaktighet vid upprättandet av vårdplan. Någon beskrivning av vilka konkreta åtgärder som beslutats, vidtagits och kunna utvärderats vid höstens granskning framgår inte från verksamhetsområdet som omfattar personalgrupperna med journalplikt enligt PDL. Verksamhetsområdet beskriver att kontinuerlig kompetensutveckling inom dokumentation och journalföring pågår för legitimerad personal med

stödfunktioner i organisationen som stöd. För verksamhetsområdet återstår att beskriva närmare hur åtgärden initieras, innehåll i kompetensutvecklingen samt hur utvärdering ska ske.

En av grundförutsättningarna för en säker vård är engagerad ledning och styrningsstruktur med motiverade ledare på samtliga nivåer i hälso- och sjukvården. Agera för säker vård, Socialstyrelsen, 2020-2024, pekar på att ledare på samtliga nivåer i organisationen ska skapa förutsättningar för systematiskt förbättrings- och patientsäkerhetsarbete. Specifikt nämns här egenkontroller där information om verksamheternas resultat inhämtas, för att i sin tur främja att åtgärder vidtas och utvärderas för att förändra resultat till önskat läge. Processen med egenkontroller för förvaltningens patientsäkerhet har med år 2022 fått ny struktur och rapporteringsmöjlighet som möjliggör analys och uppföljning av resultat löpande över året, där egenkontrollernas frekvens och tidsplanering är fastställt av förvaltningsledningen.

4.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador

"Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Detta fokusområde syftar till att:

- *öka kunskapen om förekomst av skador och vårdskador*
- *ge underlag till analys av bakomliggande orsaker på systemnivå*
- *förbättra möjligheterna att följa utvecklingen av patientsäkerhet.*"

Att se och analysera vårdskador för att upptäcka bakomliggande orsaker på systemnivå görs inte idag. Det som utreds systematiskt är händelser inom ramen för lex Maria. Förvaltningsledningen beslutade den 30 nov 2022 att uppdra till MAS att utifrån trender och mönster se över detta på övergripande nivå och föreslå hur en systematisk kunskapsöverföring avseende skador och vårdskador till berörda kan utformas.

4.3 Tillförlitliga och säkra system och processer

"Ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete är nödvändigt för att skapa en god vård och förebygga att patienter drabbas av vårdskador. En vårdgivare ska ansvara för att det finns ett ledningssystem som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Med tillförlitliga och säkra system, processer och rutiner skapas förutsättningar för hälso- och sjukvårdspersonalen att arbeta säkert, effektivt och enligt bästa tillgängliga kunskap. Detta fokusområde syftar till att:

- *mäta förändringarna i hälso- och sjukvården genom att utveckla ändamålsenliga processer med fokus på patientens väg genom vården*
- *skapa en säker, sammanhållen, tillgänglig och jämlik vård*
- *stärka patientsäkerheten genom att minska oönskade variationer.*"

Som ett led i arbetet med att fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet behöver arbetet avseende att kartlägga den kommunala primärvårdens processer slutföras under 2023. Därav har detta formulerats som ett av de övergripande delmålen för patientsäkerhetsarbetet 2023 och återfinns under avsnitt 3.1.1 i denna patientsäkerhetsberättelse.

Kvalitetsindikator	Utfall	Mål		Kommentar
<p>Andel enheter som har aktuella rutiner för hur omsorgspersonalen ska agera när den äldre personen plötsligt uppvisar ett försämrat allmäntillstånd (hemtjänst). Rutiner för detta finns i MAS/MAR handboken.</p>	0 %		<p>Målvärde (%) Utfall (%)</p> <p>2022</p>	<p>2023-02-01</p> <p>Det återstår för verksamhetsområdet att analysera utfallet och besluta om åtgärder om det är så att förvaltningsövergripande rutin för kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal när patienternas tillstånd fordrar detta, är okänd för verksamheterna.</p>
<p>Andel enheter som har aktuella rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer, där den enskildes delaktighet är dokumenterad i journalen (hemtjänst). Rutin finns i MAS/MAR handboken.</p>	0 %		<p>Målvärde (%) Utfall (%)</p> <p>2022</p>	<p>2023-02-01</p> <p>Det återstår för verksamhetsområdet att analysera utfallet och besluta om åtgärder om det är så att förvaltningsövergripande rutin för medverkan i enkel- respektive fördjupad läkemedelsgenomgång, som återfinns i verksamhetshandboken är okänd för enheterna.</p>
<p>Andel enheter som har aktuella rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer, där den enskildes delaktighet är dokumenterad i journalen (äldreboende). Rutin finns i MAS/MAR handboken</p>	60 %		<p>Målvärde (%) Utfall (%)</p> <p>2022</p>	<p>2023-02-01</p> <p>Över hälften av särskilda boendeenheter för äldre känner till att en förvaltningsövergripande rutin finns för samverkan vid enkel- respektive fördjupad läkemedelsgenomgång ska utföras.</p> <p>Det återstår för verksamhetsområdet att analysera utfallet och besluta om åtgärder om det är så att förvaltningsövergripande rutin för medverkan vid enkel respektive fördjupad läkemedelsgenomgång är okänd för de enheter som svarat nej på frågan.</p>

Kvalitetsindikator	Utfall	Mål		Kommentar						
<p>■ Antal dödsfallsenkäter i relation till antalet avlidna i kommunal hälso- och sjukvård.</p>	27 %		<p>■ Utfall (%)</p> <table border="1"> <caption>Data for Death Certificate Indicator</caption> <thead> <tr> <th>Year</th> <th>Percentage (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2022</td> <td>27</td> </tr> </tbody> </table>	Year	Percentage (%)	2022	27	<p>2023-02-02</p> <p>Andel dödsfall där dödsfallsenkäter fyllts i är 27% om man räknar med de personer som avlidit under föregående år och som registrerats för kommunal primärvård. Siffran 157 personer innehåller dock troligen även dödsfall som inträffat på annan plats än i hemmet.</p> <p>När det gäller täckningsgrad för dödsfallsenkäter visar Svenska palliativregistret att 248 dödsfall har inträffat med folkbokföringskommun Ale. Av dessa har lite drygt 35% registrerats. Här inräknas även de registreringar som utförs på sjukhus, enheter för specialiserad palliativ vård m.fl.</p> <p>Sammantaget kan konstateras att man inte med tillgänglig statistik idag kan avgöra om resultatet om 27% ifyllda dödsfallsenkäter är ett bra eller dåligt utfall. För att ta reda på om vårdgivaren har ett utfall som signifikant kan förbättras, återstår i så fall beslut om åtgärder som exempelvis manuell pinnstatistik för sjuksköterskeenhets verksamhet.</p>		
Year	Percentage (%)									
2022	27									
<p>■ Andel enheter som har rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med ansvarig sjuksköterska där hemtjänstpersonal medverkar. Rutin finns i MAS/MAR handboken.</p>	0 %		<p>■ Målvärde (%) ■ Utfall (%)</p> <table border="1"> <caption>Data for Medication Review Indicator</caption> <thead> <tr> <th>Category</th> <th>Percentage (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Målvärde (%)</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Utfall (%)</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Category	Percentage (%)	Målvärde (%)	100	Utfall (%)	0	<p>2023-02-01</p> <p>Det återstår för verksamhetsområdet att analysera utfallet och besluta om åtgärder om det är så att förvaltningsövergripande rutin förr medverkan i enkel- respektive fördjupad läkemedelsgenomgång, som återfinns i verksamhetshandboken är okänd för enheterna.</p>
Category	Percentage (%)									
Målvärde (%)	100									
Utfall (%)	0									

Kvalitetsindikator	Utfall	Mål		Kommentar
<p>Andel enheter som har rutin för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med ansvarig sjuksköterska där om-sorgspersonal medverkar. Rutinen omfattar alla personer vid enheten. (äldreboende) Rutin finns i MAS/MAR handboken</p>	60 %		<p>Målvärde (%) Utfall (%)</p> <p>2022</p>	<p>2023-02-01</p> <p>Över hälften av särskilda boendeenheter för äldre känner till att en förvaltningsövergripande rutin finns för samverkan vid enkel- respektive fördjupad läkemedelsgenomgång ska utföras.</p> <p>Det återstår för verksamhetsområdet att analysera utfallet och besluta om åtgärder om det är så att förvaltningsövergripande rutin förr medverkan i enkel- respektive fördjupad läkemedelsgenomgång, som återfinns i verksamhetshandboken är okänd för de enheter som svarat nej på frågan.</p>
<p>Aktuella rutiner finns för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer. Det är dokumenterat i journal hur den enskilde deltagit. (äldreboende) Någon övergripande rutin finns ej.</p>	80 %		<p>Målvärde (%) Utfall (%)</p> <p>2022</p>	<p>2023-02-01</p> <p>Det är övervägande antal enheter inom äldreboenden som framhåller att aktuella rutiner finns för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård ska genomföras i samverkan mellan olika aktörer. Svaren visar även att det dokumenteras hur den enskilde patienten deltagit i planeringen. Rutinerna för hur planering går till och hur patientens deltagande sett ut torde vara lokala, då det inte finns någon förvaltningsövergripande rutin.</p> <p>Regionövergripande rutiner finns dock för hur planering vid vårdens övergång ska gå till (ofta efter en sjukhusvistelse) när den enskilde har behov av fortsatta hälso- och sjukvårdsinsatser. Även delregionalt finns rutin upprättad för den delregionala vårdssamverkanstrukturen SIMBA (Samverkan i mellersta Bohuslän och Ale).</p>

Kvalitetsindikator	Utfall	Mål		Kommentar
<p>Aktuella rutiner finns för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen samt hemtjänstpersonalen. (Hemtjänst) Någon övergripande rutin finns ej.</p>	0 %		<p>Målvärde (%) Utfall (%)</p> <p>2022</p>	<p>2023-02-01</p> <p>Utfallet visar att inga enheter uppger att aktuella rutiner finns för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård ska genomföras i samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården samt hemtjänstpersonalen.</p> <p>Verksamhetsrådets (hemtjänst) övergripande analys saknas för indikatorn, varför det inte går att utläsa om beslutade eller planerade åtgärder finns mot bakgrund till utfallet.</p>
<p>Andel enheter som har rutiner för schemalagda möten med sjuksköterska eller annan hälso- och sjukvårdspersonal i frågor som rör personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. (Hemtjänst) Någon övergripande rutin finns inte.</p>	100 %		<p>Målvärde (%) Utfall (%)</p> <p>2022</p>	<p>2023-02-01</p> <p>Utfallet visar att samtliga enheter inom hemtjänst har rutiner för schemalagda möten med sjuksköterska eller annan hälso- och sjukvårdspersonal. Förvaltningsövergripande rutiner finns inte upprättade, vilket innebär att lokala rutiner för enheterna finns.</p>

Kvalitetsindikator	Utfall	Mål		Kommentar
<p>Andel enheter som har rutin för hur kontakter med hälso- och sjukvårdspersonal på vård- eller hälsocentral ska gå till, i frågor som rör personer med behov av landstingets primärvård. Rutinen omfattar samtliga personer. (Hemtjänst) Rutin finns i MAS-MAR handboken.</p>	0 %			<p>2023-02-01</p> <p>Det återstår för verksamhetsområdet att analysera utfallet och besluta om åtgärder om det är så att förvaltningsövergripande rutin för kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal när patienten erfordrar det, som återfinns i verksamhetshandboken är okänd för samtliga enheter. Rutinen beskriver även hur nödvändiga kontakter ska tas för den patient som inte är inskriven i den kommunala primärvården.</p>
<p>Andel enheter som har aktuella rutiner för att säkerställa att de som bor på boendet (LSS) får tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver.</p>	64 %			<p>2023-02-01</p> <p>Andel enheter som har aktuella rutiner för att säkerställa att de som bor på boendet (LSS) får tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver är lågt, 64%.</p> <p>Att våra brukare får tillgång till hälso-och sjukvård är i samarbete med vår kommunala primärvård. Under hösten 2022 påbörjades teamarbetet med sjuksköterske-och rehab enheten, plan för enheterna skapades utifrån en prioriteringslista tillsammans med enhetschef för den kommunala primärvård och rehab. Fortsättning av detta arbete kommer att ske 2023, likaså arbetet med att skapa rutin för att säkerställa tillgången till hälso- och sjukvården ska komma på plats och vara känd av alla i verksamheterna.</p>

De områden som förvaltningen valt att följa under 2022 i strukturen kring rutiner och processer, är hämtade från enhetsundersökningen. Enhetsundersökningens syfte är att stimulera till kunskaps och verksamhetsutveckling inom äldreomsorg i ordinärt och särskilt boende inkluderat kommunal hälso- och sjukvård.

Det kan konstateras att det i flera av frågorna avseende om arbetsrutiner finns upprättade, finns en frågeställning kring om i vilken utsträckning enheter och verksamheter känner till att förvaltningsövergripande rutiner finns publicerade på intranätet i verksamhetshandboken eller inte. Det finns indikationer i svaren från verksamheterna att förvaltningsövergripande rutiner inte är kända och därför inte implementerade i verksamheten. I de fall förvaltningsövergripande rutiner existerar kan ändå frågor tolkas att det är lokala arbetsrutiner för enheten som efterfrågas, men resultatet på verksamhetsnivå är i låg utsträckning analyserat varför frågan är svår att besvara.

Mot bakgrund av ovanstående osäkerhet kring vad svaren på frågorna grundas på, kommer en första åtgärd innebära att medicinskt ansvarig sjuksköterska besöker berörd ledningsgrupp i samband med årets utskick av enhetsundersökningen.

Det finns en frågeställning om befintliga rutiner för schemalagda möten med sjuksköterska eller annan hälso- och sjukvårdspersonal i frågor som rör personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser, som är besvarad med full kännedom av alla tillfrågade enheter. Detta trots att ingen förvaltningsövergripande rutin finns. Detta skulle kunna tolkas som att enheterna enbart svarar ja på frågan om det finns lokala rutiner.

Den palliativa vårdens kvalitetsutveckling är till stor del beroende av den data som den så kallade dödsfallsenkäten utgör. Dödsfallsenkäten är en enkät med cirka 30 frågor som utvärderar hur vården sista veckan i livet varit för den avlidne. Det är sjuksköterska i den kommunala hälso- och sjukvården som fyller i dessa frågor när dödsfallet sker i hemmet och därmed skapas ett underlag för analys och resultat som jämförs nationellt för både regioner och kommuner. Det är dock långt ifrån alla dödsfall som faktiskt sker i den enskilde patientens hem. Många avlider på sjukhuset eller inom specialiserad palliativ vårdenhet såsom hospice etc. Det är verksamheten där dödsfallet inträffar som ansvarar för att dödsfallsenkäten fyllas i. På detta sätt registreras statistik utifrån folkbokföringsregistret och täckningsgrad räknas utifrån Skatteverkets inrapporterade dödsfall till folkbokföringsregistret.

Andel dödsfall där dödsfallsenkäter fyllts i är 27% om man räknar med de personer som avlidit under föregående år och som registrerats för kommunal primärvård i verksamhetssystemet. Siffran 157 personer (registrerade som avlidna i verksamhetssystemet) innehåller även dödsfall som inträffat på annan plats än i hemmet.

När det gäller täckningsgrad för dödsfallsenkäter visar Svenska palliativregistret att 248 dödsfall har inträffat med folkbokföringskommun; Ale. Av dessa har lite drygt 35% registrerats. Här inräknas även de registreringar som utförts på sjukhus, enheter för specialiserad palliativ vård med flera.

Sammantaget kan konstateras att man inte med tillgänglig statistik idag kan avgöra om resultatet om 27% ifyllda dödsfallsenkäter är ett bra eller dåligt utfall. För att ta reda på om vårdgivaren har ett utfall som signifikant kan förbättras, återstår i så fall beslut om åtgärder som exempelvis manuell pinnstatistik för sjuksköterskeenhets verksamhet.

Det är övervägande antal enheter inom särskilda boenden för äldre, som framhåller att aktuella rutiner finns för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård ska genomföras i samverkan mellan olika aktörer. Svaren visar även att det dokumenteras hur den enskilde patienten deltagit i planeringen. Rutinerna för hur denna planering går till och hur patientens deltagande sett ut är troligen lokala, då det inte finns någon förvaltningsövergripande rutin. Ett annat alternativ kan vara att de regionövergripande rutiner som finns för hur planering vid vårdens övergångar mellan exempelvis sjukhusvård och öppen vård/primärvård ska gå till, avses avspegla enheternas svar. Även delregionalt finns rutin upprättad för den delregionala vårdssamverkanstrukturer SIMBA (Samverkan i mellersta Bohuslän och Ale) och som specifikt rör in- och utskrivningsprocessen mellan Kungälv's sjukhus och närliggande primärvårdsenheter och kommuner.

80% av enheterna inom särskilda boenden svarar att aktuella rutiner finns för vårdplanering mellan olika aktörer. Detta tolkas i verksamhetsområdets övergripande analys som att 80% av patienterna är delaktig i upprättandet av sin vårdplan. Det finns dock ingen redovisad statistik som visar på detta samband under denna indikator. Det finns vidare heller ingen övergripande analys och förklaring till vad för rutin enheterna anser finns som är aktuell (regional, delregional eller lokal) med hänvisning till ovanstående.

4.4 Säker vård här och nu

"Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation och förutsättningarna för säkerhet kan förändras snabbt. Säker vård här och nu handlar om att ha förmåga och kunskap att upptäcka risker och vara medveten om att oförutsedda händelser eller störningar kan inträffa, men också kunna agera här och nu innan patientsäkerheten är hotad. Detta fokusområde syftar till att:

- *öka medvetenheten, förmågan och flexibiliteten att på alla organisatoriska nivåer i hälso- och sjukvården uppmärksamma och agera på störningar i närtid och minska risken för att patienter drabbas av vårdskador*
- *öka kunskapen om patientsäkerhet hos medarbetare, chefer och beslutsfattare*
- *stärka patienten och närståendes delaktighet och medverkan i patientsäkerhetsarbetet."*

Som en del i att tillhandahålla en säker vård genomgår samtliga berörda medarbetare utbildning i basal omvårdnad, delegationsutbildning samt lyftteknik-utbildning. På medarbetarsamtal går behovet av ytterligare utbildning igenom och en individuell kompetensutvecklingsplan skapas. Mer om kompetens och utbildningar har beskrivits i avsnitt 3.3.

Gemensamma dialoger på ledningsgruppsmöten för ökad kunskap och förståelse genomförs och teamträffarna

som beskrivits tidigare i den här rapporten är ett uppskattat forum där flera professioner samverkar för en god och säker vård och omsorg. Inom verksamhetsområde funktionsstöd är teamträffarna relativt nystartade.

En uppmärksammas säkerhetsrisk inom verksamhetsområde funktionsstöd är tillgången till läkemedel. Enligt rutin ska endast personal med delegering ha tillgång till medicinskåpen, men följsamhet till rutin är svår att upprätthålla på grund av stor personalomsättning. En satsning på medicinskåp som kräver legitimering efterfrågas av verksamheten.

Övrigt som lyfts relaterat till säker vård är exempelvis;

- Samverkan mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal.
- Utvecklad intern samverkan för att säkerställa processen för in- och utskrivning.
- Tydliggörande av sjuksköterskornas uppdrag då detta upplevs något otydligt både av medarbetare och av andra enheter. Rutiner kring uppdraget uppdateras och samverkan med andra instanser pågår kontinuerligt. Närmast ska samverkansmöte ske med ambulansen i Ale.
- Säkerställa att information och ordinationer avseende både läkemedel och hjälpmedel är tillfyllest vid hemtagningar från sjukhus.
- Att kunna läsa och dokumentera i journal hemma hos patient, mobil dokumentation. Detta finns för vissa yrkesgrupper och är ett önskemål från dem som ännu inte kan dokumentera mobilt.

Behov som lyfts inom säkerhetsområdet som behöver adresseras framgent är:

- en gemensam översyn av riskbedömningsmodellen där digitalisering hade varit att föredra.
- en utveckling till 100% välkomstsamtal vid inflytt på särskilt boende där även den kommunala primärvården samt läkare deltar.
- tydliggörande av sjuksköterskans ansvar gällande HSL avvikelser samt anpassning av avvikelsemodulen i verksamhetssystemet Treserva.

4.4.1 Riskhantering

Förebyggande arbete för att minska risken för vårdskada sker genom rutiner, riktlinjer för säkerhetsåtgärder, riskbedömningsmodellen (identifiera risker), MCSS, avvikelser, vårdplaner och uppdaterade genomförandeplaner. När avvikelser skrivs som skulle kunna innebära vårdskada görs en fördjupad händelseanalys. Avvikelser analyseras och kan resultera i att nya rutiner tas fram vilket exempelvis gjordes under det gångna året avseende inläsning av apodosrullar i medicinskåpen.

Under 2023 fortsätter verksamheterna att bjuda in sjuksköterskorna till APT-träffar för att informera om nya rutiner, palliativ vård, sårvård, nutrition med mera, omvärldsbevaka för att hålla sig à jour med utvecklingen i omvärlden, komma igång med fördjupningsuppdragen inom äldreomsorgen där de nyutbildade omsorgshandledarna kommer utgöra en viktig del samt att utveckla arbetet med avvikelshantering.

4.5 Stärka analys, lärande och utveckling

"Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar. Detta fokusområde syftar till att:

- *öka systemförståelsen om bakomliggande orsaker till vårdskador och stärka det organisatoriska minnet inom hälso- och sjukvården*
- *stärka det förebyggande patientsäkerhetsarbetet genom att stimulera kunskapsutvecklingen samt det individuella och organisatoriska lärandet och därigenom öka förutsättningarna för en säker vård*
- *ge bättre underlag för forskning så att kunskapen ökar om hur arbetssätt i vården bidrar till säkerhet och risker*
- *identifiera faktorer som på ett övergripande plan påverkar patientsäkerheten och hantera dem."*

För att på ett bättre sätt än tidigare synliggöra resultaten av exempelvis journalgranskning och den vårdhygieniska checklisten och även kunna återrapportera utfallet av granskningarna har dessa fr.o.m. 2022 fått en digital hantering i ledningssystemet. Detta bedöms bidra till att resultat, åtgärder och förbättringsområden tydliggörs och blir

mer överskådligt vilket bidrar till ett kontinuerligt lärande och utveckling. Dock återstår att få till mer djuplodande analyser av resultat för att identifiera bakomliggande orsaker och därmed kunna vidta effektiva åtgärder.

4.5.1 Avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. All personal ska till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada enligt lex Maria. Detsamma gäller händelser som innebär missförhållanden enligt lex Sarah, enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5).^{*} Syftet med att rapportera inträffade avvikelser är att dra lärdom av vårdskadan/missförhållandet eller den negativa händelsen och att med riskförebyggande insatser förhindra att samma typ av avvikelse inträffar igen. All personal rapporterar avvikelser enligt gällande rutin i verksamhetssystemet Treserva. Avvikelserna hanteras av enhetschef, socialt ansvarig samordnare och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

En avvikelse är en händelse som medfört eller hade kunnat medföra något oönskat, till exempel:

- en icke förväntad händelse i verksamheten som medfört eller kunnat medföra risk eller skada för brukaren. Brister i utförandet, utebliven/fördröjd insats eller vård och behandling, fallskador med mera utgör en avvikelse.
- Något som inträffar och inte överensstämmer med verksamhetens normala rutiner.

Avvikelsehantering innefattar att identifiera och rapportera avvikelser, klarlägga och åtgärda orsakerna, dokumentera, bedöma åtgärdernas effekt samt sammanställa och återföra resultaten. Avvikelser är ett redskap för att verksamheten ska kunna utvecklas och kvalitetssäkras. Att rapportera avvikelser är viktigt för att verksamheten ska kunna ombesörja god, rättssäker och ändamålsenlig vård och omsorg.

Rapporter och utredningar om missförhållande/vårdskador (lex Sarah/lex Maria) hanteras inte i verksamhetssystemet, dock kan en avvikelse leda till en lex Sarah/lex Maria-utredning. Vid registrering av avvikelse finns det möjlighet för personal att uppge om avvikelsen bör utredas enligt lex Sarah/lex Maria. Vid avvikelser där man anser att utredning enligt lex Sarah bör ske ska även en särskild rapport enligt lex Sarah upprättas. För att MAS/MAR ska kunna påbörja en fördjupad utredning enligt lex Maria och fatta beslut om händelseanalys, ska en blankett besvaras enligt rutin och skickas till MAS/MAR inom två veckor från det inträffade.

Avvikelser i vårdsamverkan

Enligt det regionala hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Västra Götalandsregionen och dess 49 kommuner som trädde i kraft den 1 april 2017, ansvarar respektive vårdsamverkansområde för att en gemensam rutin för avvikelsehantering finns framtagen.

Närvårdssamverkan SIMBA (Samverkan i mellersta Bohuslän och Ale) omfattas av:

- Regionens hälso- och sjukvård,
- Folktandvården,
- beställd Primärvård,
- Vårdval Vårdcentral och
- Vårdval Rehab (all primärvårdsverksamhet utanför vårdcentralerna och rehab),
- Kungälv's Sjukhus,
- Barn-och ungdomshabiliteringen
- Kommunal vård, omsorg, socialtjänst och elevhälsa i Ale-, Kungälv's-, Stenungsunds- och Tjörns kommun och
- Västra Hälso-och sjukvårdsnämnden

Utbyte av rapporterade avvikelser och svar på avvikelser i samverkan hanteras digitalt i verktyget Medcontrol pro där dessa även arkiveras.

^{*}En sammanställning av Lex Sarah återfinns i årsbokslutet i avsnittet om kvalitet.

Avvikelser	Utfall	Kommentar										
Lex Maria	0	<p>Under 2022 har urvalet i avvikelsestatistiken visat på händelser som har eller skulle kunnat innebära värdskada. Dock har inga av dessa värdskaedeutredningar klassificerat händelser som allvarlig värdskada eller risk för allvarlig värdskada, vilka därmed ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg.</p> <p>Vårdgivaren erhåller enligt delegationsordningen rapport om anmälan av allvarliga värdsador samt risk för allvarlig värdskada, efter att medicinskt ansvarig sjuksköterska anmält sådan händelse.</p>										
Brist i samverkan (SIMBA)	<table border="1"> <caption>Utfall av avvikelser i SIMBA 2022</caption> <thead> <tr> <th>Kategori</th> <th>Utfall</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Utfall totalt</td> <td>~75</td> </tr> <tr> <td>Ale</td> <td>~20</td> </tr> <tr> <td>Regional primärvård</td> <td>~10</td> </tr> <tr> <td>Specialiserad vård</td> <td>~50</td> </tr> </tbody> </table>	Kategori	Utfall	Utfall totalt	~75	Ale	~20	Regional primärvård	~10	Specialiserad vård	~50	<p>De värdsamverkansavvikelser som upprättas i det gemensamma systemet Medcontrol Pro, som delas av kommuner och Västra götalandregionen, berör fortsatt till största del avvikelser avseende rutin för in- och utskrivningsprocessen (patientens väg i vårdkedjan mellan öppen och sluten vård).</p> <p>Samverkansavvikelsena som upprättas i systemet berör även risker i vård och behandling, som exempelvis läkemedelshandlingen vid vårdens övergångar, som ställer stora krav på gott personcentrerat arbetssätt med den enskilde patientens bästa i fokus från alla involverade vårdgivare och båda huvudmännen.</p> <p>Förvaltningen har sammanlagt sänt 76 värdsamverkansavvikelser till andra vårdgivare, och har erhållit 19 värdsamverkansavvikelser som rapporterats från annan vårdgivare.</p>
Kategori	Utfall											
Utfall totalt	~75											
Ale	~20											
Regional primärvård	~10											
Specialiserad vård	~50											
Fallhändelser	1 600	<p>Antalet rapporterade fallhändelser uppgår under året till 1600 st. Detta kan tolkas som en stadig uppgång av antalet rapporterade fallhändelser då det 2020 rapporterades 1286 st och 2021 rapporterades 1440 st.</p> <p>Verksamhetsområdenas övergripande analys över utfallet saknas. Beskrivningar om vad rapporterade avvikelser kan avse finns däremot, samt beskrivningar kring hur man arbetar/avser att arbeta med hantering av avvikelserna med hjälp av teambaserad tvärprofessionell samverkan.</p>										
Läkemedelshändelser	1 488	<p>Antalet upprättade avvikelser över inträffade läkemedelshändelser uppgår till 1488 st. Under 2021 uppgick siffran till 2476 st och skulle kunna tolkas som en stor minskning av antalet rapporterade läkemedelshändelser.</p> <p>Verksamhetsområdenas övergripande analys över utfallet saknas. Beskrivningar om vad rapporterade avvikelser kan avse finns däremot, samt beskrivningar kring hur man arbetar/avser att arbeta med hantering av avvikelserna med hjälp av teambaserad tvärprofessionell samverkan.</p>										

Systematiken i avvikelshantering bygger på analys och lärande av de händelser, risker och avvikelser som upptäcks och rapporteras i verksamheten. Arbetet följer mönstret; rapportering, analys av bakomliggande orsaker, beslut om åtgärder som pekar på bakomliggande orsaker, samt utvärdering av resultat som beslutade åtgärder visar vid uppföljning.

Den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet (Agera för säker vård, Socialstyrelsen, 2020-2024) beskriver att en god säkerhetskultur på arbetsplatsen är en förutsättning för att erfarenheter – både från personal, patienter och närstående – tas tillvara och används som underlag för lärande, utveckling och förbättringar, vilket kan minska risken för att liknande händelser och värdsador uppstår.

Förvaltningens ansvarar för att, som handlingsplanen Agera för säker vård och fokusområde 4 föreslår, vara en lärande organisation där syftet är att öka systemförståelsen om bakomliggande orsaker till värdsador och stärka det organisatoriska minnet inom hälso- och sjukvården. Syftet är också att bland annat stärka det förebyggande patientsäkerhetsarbetet genom att stimulera kunskapsutvecklingen samt det individuella och organisatoriska lärandet och därigenom öka förutsättningarna för en säker vård säker vård här och nu.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har i uppdrag att i enlighet med vad som beskrivs under punkten 4.2 att utarbeta ett förslag på hur ett systematiskt arbetssätt som möjliggör kunskapsöverföring avseende skador och vårdskador kan utformas. Detta i enlighet med strategier för den lärande organisationen.

Förvaltningens verksamheter beskriver hur man arbetar med att analysera och prata om avvikelser på enheterna, att teamträffar med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgs-/omvårdnadspersonal (tvärprofessionellt team) är det arbetssätt som används i det systematiska förbättringsarbetet utifrån avvikelser. Men det nämns även att de tvärprofessionella teamen på enheterna inte alltid arbetar i en enhetlig struktur. Det har identifieras att en översyn behöver göras av arbetssättet så det kan likriktas, då det annars finns en risk att allvarliga händelser missas till förmån för hög arbetsbelastning med mindre allvarliga händelser. Ett exempel är hur larm för uteblivna eller försenade läkemedelsadministreringar (i det digitala signeringssystemet MCSS) genererar en avvikelse eller inte i verksamhetssystemet samt hur det tvärprofessionella teamet bedömer allvarlighetsgrad på varje avvikelse.

Läkemedelsavvikelser i form av uteblivna administreringar och/eller uteblivna eller försenade överlämnanden till patienten, kan genom den digitala signeringslistan/appen i arbetstelefonen, upptäckas samma minut som avvikelsen sker genom att ett larm syns. Samtliga larm i detta system ska generera en avvikelserapport i verksamhetssystemet. Enhetschefer har full insyn i de larm som skapas då ett läkemedel inte administrerats/överlämnats eller där signering uteblivit. Det systematiska arbetet i det tvärprofessionella teamet hanterar avvikelser som upprättats på enheten och därvid kan man analysera och kategorisera efter vilka trender och mönster som syns avseende läkemedelsavvikelser.

Fallhändelser är vanligare hos personer med kognitiv svikt inom särskilda boenden än bland personer med somatiskt omvårdnadsbehov. Bakomliggande orsaker till detta faktum är den svåra balansen att nyttja hjälpmedel och arbetssätt som skyddsåtgärder utan att samma hjälpmedel och arbetssätt inskränker på individens integritet och självbestämmande. Det finns även specifika diagnoser som i sig utgör en stor risk för fallolyckor. Det fallförebyggande arbetet hänvisas till de tvärprofessionella teamträffar som enheterna har sedan tidigare eller håller på att starta upp.

Någon tydlig trend eller mönster i de konstaterade bakomliggande orsakerna till varför läkemedel missas eller försenas redovisas inte från verksamhetsområdena. Spekulationer finns däremot om att checklistor kan utgöra stöd för medarbetarna som arbetar i digitala system, att tvärprofessionella team är bra för ett lärande i avvikelserhantering och att mer stöd behövs för att medarbetare alltid ska upprätta avvikelser i verksamhetssystemet.

Förvaltningsövergripande rutin för enhetlig avvikelserhantering, samt tvärprofessionellt arbetssätt, finns publicerad i verksamhetshandboken på intranätet med åtkomst för alla medarbetare i förvaltningen.

4.5.2 Synpunkter och klagomål

En viktig del i förvaltningens systematiska kvalitetsarbete är att ta emot och utreda synpunkter och klagomål. Närmast ansvarig chef ansvarar för kvalitetsförbättring inom sitt ansvarsområde och är skyldig att löpande behandla inkomna synpunkter och klagomål. Inkomna synpunkter och klagomål som är kopplade till enskilda patienter och som avser uteblivna insatser eller som inte överensstämmer med en enskild individs vård- och omsorgsplanering, fastställda rutiner eller vad som är förenligt med lag och föreskrift rapporteras som en avvikelse. Kvalitetsbrister och andra synpunkter på vården hanteras enligt rutin för synpunkter och klagomål.

Synpunkter och klagomål kan lämnas via kommunens hemsida, på särskild blankett, brev, personligt besök eller via telefon. Synpunkter och klagomål kan även anmälas direkt till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, eller patientnämndens verksamhet. Mer information om hur man går tillväga finns på ale.se.

Statistik för årets inkomna synpunkter och klagomål återfinns i årsredovisningen i avsnittet avseende kvalitet.

4.6 Öka riskmedvetenhet och beredskap

"Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, hållbarhet och säkerhet. Detta fokusområde syftar till att:

- *uppnå en robust och anpassningsbar hälso- och sjukvårdsverksamhet där uppdraget klaras med god patientsäkerhet och*

god arbetsmiljö även under oväntade förhållanden."

De hastigt förändrade förutsättningarna som gjorde sig gällande under pandemin visar på en väl anpassningsbar organisation. Åren med pandemin har aktualiserat behovet av att ha beredskap för oväntade händelser inom verksamheten som nu i många delar står bättre rustad och förberedd för sådana. En del som tydliggjordes i början av året när bemanningssituationen var mycket ansträngd var hur insatser kan och behövde prioriteras och hur verksamheterna snabbt behövde introducera tillfälliga medarbetare som inte tidigare arbetat i verksamheten.

Något som återstår att skapa tydlighet kring gäller den kommunala primärvårdens sammantagna uppdrag och ansvar i samverkan med regionen. Likaså behöver sjuksköterskornas roll som omvårdnadsansvariga tydliggöras inom förvaltningen.

Så som benämnts tidigare i rapporten uppstår ibland akuta situationer när antalet delegerad personal i verksamheterna inte motsvarar behoven. En rutin för att säkerställa läkemedelshantering i sådana situationer är påbörjad. Likaså arbetas det med frågan avseende utbildning inför delegering, där medarbetarna behöver stärkas på olika sätt för att klara utbildningen och erhålla delegering.

Ökad kompetens kring egenvård behövs. Följsamheten från vårdinrättningarna avseende regionens och Socialstyrelsens riktlinjer avseende egenvård är bristfällig. Verksamheten utför inga sjukvårdsinsatser utan korrekt egenvårdsintyg.

5 Strategier och utmaningar kommande år

Den största utmaningen för verksamheterna är ökande och mer komplexa behov i målgrupperna samt att målgrupperna i vissa fall också ökar i antal. Detta parallellt med att det blir allt svårare att rekrytera utbildad och för uppdraget kompetent personal. Svårigheter att rekrytera gäller både omvårdnadspersonal med vårdutbildning och de legitimerade personalgrupperna.

För att klara av den framtida situationen behövs ytterligare åtgärder för rekrytering och arbetsmiljö, det vill säga att både lyckas nyrekrytera och behålla medarbetare. Eftersom andelen utbildade omvårdnadspersonal ökar så behöver förvaltningen som helhet fortsätta utveckla stabila introduktionsutbildningar samt kontinuerligt erbjuda fortsatt internutbildning inom exempelvis basal omvårdnad, läkemedelsutbildning, nutrition, demens, personcentrerat arbetssätt och dokumentation. Dessutom behöver valideringsutbildningarna fortsätta.

En större andel medarbetare behöver klara läkemedelsutbildningen för delegering. Behoven av delegerad personal i verksamheterna är många gånger större än tillgången – speciellt tydligt blir detta under sommarperioden, vilket försvårar schemalagningen i verksamheterna. Ett arbete med att förbättra delegeringsprocessen pågår liksom åtgärder för att utveckla introduktionen av nya medarbetare och rusta dem inför delegeringsutbildningen. En rutin avseende ansvarsfördelning vid akuta situationer på enheter där medarbetare med delegering saknas är under utarbetande.

Styrdokument så som rutiner, checklistor och manualer behöver bli fler och tydligare. Målsättningen måste vara att den som är ny och oerfaren ska kunna inhämta beskrivning av samtliga delar av omvårdnadsarbetet och för bemötande. Detta arbete pågår i och med den processkartläggning som görs i förvaltningen där styrdokument kopplas till respektive aktivitet i processen. Som beskrivits inledningsvis i rapporten är ett av de övergripande målen för 2023 att processkartläggningen av den kommunala primärvårdens processer ska slutföras under 2023.

I och med det nya digitala stödet avseende det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet synliggörs resultat på ett tydligare sätt än tidigare. Detta underlättar för verksamheterna att identifiera utvecklingsområden att arbeta vidare med. Mer kvalitetssäkrande tid behöver också läggas på dialog och gemensam analys dels i ledningsgrupperna, dels mellan enhetschef, medarbetare och legitimerade och gärna också den enskilde själv i det fall det är möjligt.



Socialförvaltningen

Diarienummer: S.N.2022.10

Datum: 2023-02-01

Tf verksamhetschef Mattias Leufkens

Socialnämnden

Uppföljning intern kontroll 2022

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att godkänna uppföljning av intern kontroll 2022.

Motivering till beslut

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Sammanfattning

Arbetet med intern kontroll utgår från 6 kap. 6 § kommunallagen och syftar till att säkra en effektiv förvaltning och att undvika att det begås allvarliga fel. Resultatet av den interna kontrollen ska årligen följas upp och rapporteras till nämnden. Uppföljningen av 2022 års identifierade risker visar på mindre eller inga avvikelser och den samlade bedömningen är att riskerna är hanterade. Ett visst fortsatt arbete kommer fortgå 2023 relaterat till risken för att handlingar inte diarieförs enligt gängse rutin. Detta kommer dock ske som en del av ordinarie verksamhet och inte vara av särskilt fokus i internkontrollen.

Mattias Leufkens
Tf verksamhetschef
myndighet och specialiststöd

Hanna Kämpe
Utvecklingsledare kvalitet och uppföljning

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande, 2023-02-01

Uppföljningsrapport intern kontroll 2022, socialnämnden

Beslutet skickas till:

*För vidare hantering:
Kommunstyrelsen
Utvecklingsledare strategi och uppföljning*

Ärendet

Arbetet med internkontroll utgår från 6 kap. 6 § kommunallagen (2017:725) och syftar till att säkerställa att verksamhetens processer är ändamålsenliga utifrån fastställda mål.

Internkontrollplanen för 2022 fokuserade på två prioriterade risker;

- Risk för att handlingar inte diarieförs enligt gängse rutin.
- Bristande följsamhet till styrande lagar och återrapportering till nämnden gällande informationssäkerhet och säkerhetsarbete.

De uppföljande kontroller som gjorts visar på mindre eller inga avvikelser. Ett fortsatt arbete relaterat till risken för att handlingar inte diarieförs enligt gängse rutin kommer fortgå under 2023 för att säkerställa att registratur och post (som numera handhas av kommunledningsförvaltningen) fungerar ändamålsenligt. Detta kommer dock ske som en del av ordinarie verksamhet och inte vara av särskilt fokus i internkontrollen.

Ekonomisk bedömning

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Invånarperspektiv

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Hållbarhetsperspektivet

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Lagstiftning och kommunala styrdokument

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Remissyttrande

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Behandlad enligt lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet, MBL

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Beslutets genomförande

Beslut om att godkänna uppföljningen av intern kontroll 2022 föranleder ingen ytterligare åtgärd.



Förvaltningens bedömning

Socialförvaltningen bedömer att uppföljningen av intern kontroll 2022 är fullgjord i och med den bilagda uppföljningsrapporten.



Socialnämnden

Uppföljningsrapport intern kontroll 2022 helår

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	3
2 Uppföljning av kontrollmoment och åtgärder	4
3 Slutsats av uppföljning.....	6


1 Inledning

Arbetet med intern kontroll utgår från 6 kap. 6 § kommunallagen och syftar till att säkra en effektiv förvaltning och att undvika att det begås allvarliga fel. Resultatet av den interna kontrollen ska årligen följas upp och rapporteras till nämnden. Internkontrollplanen för 2022 fokuserade på två prioriterade risker. Under året har verksamheten arbetat med uppföljande kontroller samt olika åtgärder relaterade till riskerna




2 Uppföljning av kontrollmoment och åtgärder

2.1 Regelverk

2.1.1 Övriga regelverk som styr nämndens verksamheter


Risker	Analys
 Bristande följsamhet till styrande lagar och återrapportering till nämnden gällande informationssäkerhet och säkerhetsarbete.	Förutsättningarna för att hantera risken med tillhörande kontroller och åtgärder har förbättrats avsevärt under 2022. Förvaltningen gör bedömningen att risken är hanterad inför kommande år.




Uppföljande kontroll	Bedömning
Genomgång av lista över delgivningar till nämnden	 Inga avvikelser
Kontroll av vilka som gått utbildning	 Mindre avvikelser
Kommentar Löpande kontroller har påbörjats under 2022 och kommer fortsätta 2023.	
Stickprov på månadskontroll och riskanalysera personuppgiftsbehandling	 Mindre avvikelser
Kommentar Rutin för stickprov har påbörjats och kommer behöva synkroniseras med den övergripande rutinen på central nivå. När det gäller riskanalyser för nya personuppgiftsbehandlingar har det inte funnits något behov under perioden.	




Åtgärder	Status
Fortsätta informera om utbildningar	 Avslutad
Kommentar Information om utbildningar går numera ut till förvaltningens medarbetare och chefer via både e-post och intranät.	
Fortsätta med stickprover en gång i halvåret som en del av årshjul för SBA arbetet	 Avslutad
Kommentar Genomförandet av stickproven kommer behöva synkroniseras med införandet av en ny rutin för månadskontroller som tas fram på central nivå. Detta kommer innebära ett visst arbete med att anpassa förvaltningens rutin under 2023. För 2022 har stickprov utförts enligt tidigare rutin.	
Återrapportering som en del av årshjulet	 Avslutad
Kommentar Från och med 2022 kommer nämnderna att få en årlig rapport om SBA-arbetet. Former och rutiner för detta är klara och den första rapporten delgavs nämnden under senhösten 2022.	

2.2 Verksamhet

2.2.1 Handläggning- och ärendehanteringsprocessen

Risker	Analys
 Risk för att handlingar inte diarieförs enligt gängse rutin.	Under 2022 har ansvaret för registratur övergått till kommunstyrelsen. Socialförvaltningen har under året haft överlämningar med information om återkommande ärenden, rutiner för registratur och post samt diarieföring. Även om merparten av registraturen är välfungerande är bedömningen att det kvarstår en del arbete för att säkerställa att registratur och post fungerar ändamålsenligt. Detta är ett pågående arbete och kommer fortsätta under 2023. Utöver ovanstående behöver samtliga rutiner ses över i relation till införandet av ett nytt ärendehanteringssystem som planeras vara i drift under våren.

Uppföljande kontroll	Bedömning
Dokumentationskontroll	 Inga avvikelser
Kontroll av följsamhet till rutin	 Mindre avvikelser
Kontroll av vilka som medverkat på utbildningar.	 Mindre avvikelser

Åtgärder	Status
Inventering och granskning	 Avslutad
Fortsatt kontroll	 Pågående med avvikelse
Kommentar Följsamheten till rutinen för diarieföring behöver förbättras och synkroniseras med kommunstyrelsens omorganisation. Detta sker löpande i dialog med kansliet.	
Genomföra utbildningar	 Pågående med avvikelse
Kommentar Utbildningar av användare i ärendehanteringssystemet har skett löpande under 2022. Inför 2023 kommer dock detta arbete att behöva intensifieras och synkroniseras med dels det centrala kansliets omorganisation samt med införandet av ett nytt ärendehanteringssystem som beräknas drifas under våren.	

3 Slutsats av uppföljning

De uppföljande kontroller som gjorts visar på mindre eller inga avvikelser. Ett fortsatt arbete relaterat till risken för att handlingar inte diarieförs enligt gängse rutin kommer fortgå under 2023 för att säkerställa att registratur och post (som numera handhas av kommunledningsförvaltningen) fungerar ändamålsenligt. Detta kommer dock ske som en del av ordinarie verksamhet och inte vara av särskilt fokus för internkontrollen.



Socialförvaltningen

Diarienummer: S.N.2023.42

Datum: 2023-01-27

Controller Jenny Erixon

Socialnämnden

Begäran om investeringsanslag för åren 2024-2027

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar

att godkänna förslag till investeringsplan år 2024-2027 för socialförvaltningen samt att paragrafen justeras omedelbart.

Motivering till beslut

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Sammanfattning

Socialförvaltningen föreslår socialnämnden att begära årsanslag för perioden år 2024-2027 om totalt 12 000 000 kronor. Det årliga grundanslaget uppgår till 2 000 000 kronor och investeringsplanen omfattar även anslag avseende löpande utbyte av grundutrustning inom förvaltningens särskilda boenden till ett belopp om 500 000 kronor årligen.

Investeringsbehovet inom förvaltningen avseende e-hälsa och digitalisering bedöms de kommande åren vara bestående med flera redan nu pågående projekt och även planerad uppstart av nya projekt inom det digitala området. Socialförvaltningen föreslår därför att socialnämnden för detta ändamål begär anslag för perioden år 2024-2027 om 500 000 kronor årligen.

Ebba Gierow
Förvaltningschef

Jenny Erixon
Controller



Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande, 2023-01-27

Bilaga Investeringsplan 2024-2027, socialförvaltningen

Beslutet skickas till:

För vidare hantering:

Kommunfullmäktige

För kännedom:

Förvaltningschef

Controllern för socialförvaltningen

Ärendet

Socialtjänstförvaltningen beräknas löpande ha oförändrat behov av årligt grundanslag om 2 000 000 kronor i enlighet med tidigare års investeringsplan. Förvaltningen har också ett varaktigt behov av utbyte av grundutrustning, såsom sängar och lyftar med mera, inom förvaltningens boenden vilket uppskattas till 500 000 kronor årligen.

Förvaltningens investeringsbehov inom e-hälsa och digitalisering bedöms vara varaktigt över de kommande åren. Dels avser förvaltningen att upprätthålla en hög takt när det gäller implementering av välfärdstekniska lösningar och digitalisering av processer och dels deltar förvaltningens verksamheter redan idag i flera större utvecklingsprojekt på området som förväntas öka investeringsbehovet fram till 2027. Under denna tidsperiod är det rimligt att anta att förvaltningens påbörjade arbete med implementering av nya omsorgstelefoner, mobil dokumentation, elektroniska lås samt digitala trygghetsskapande insatser har skalats upp och därmed innefattar fler verksamheter än idag. Utöver detta deltar även förvaltningen i en nationell beställargrupp för nytt verksamhetssystem inom hela socialtjänsten som planeras att upphandlas genom ett, för området, nytt förfarande: innovationsupphandling. När det gäller det gränsöverskridande arbetet mellan kommun och region kommer förvaltningens verksamheter att under berörd tidsperiod implementera FVM (Framtidens vårdinformationsmiljö). Bedömningen är att ett anslag om 500 000 kronor årligen är rimligt för att uppnå och upprätthålla en god nivå på förvaltningens strategiska IT-arbete.

Ekonomisk bedömning

Kostnad för avskrivning av det grundläggande årsanslaget för perioden, inklusive utökat behov om utbyte av grundutrustning, uppgår preliminärt till högst 350 000 kronor årligen. Nyttjande av årsanslaget löper på med ungefär samma investeringstakt över tid och bör därmed ej medföra ökade kostnader för förvaltningen.

Förvaltningens investeringsbehov inom e-hälsa och digitalisering bedöms vara varaktigt över de kommande åren. Det är av naturliga skäl inte helt enkelt att prognostisera hur mycket medel som kommer behövas då omvärlden, och därmed våra IT-behov, förändras över tid. Förvaltningens sammanvägda bedömning utifrån redan genomförda investeringar samt framtida behov ger ett årligt investeringsbehov om 500 000 kronor för åren 2024-2027, utöver ordinarie årsanslag. Driftskostnaden för anslag avseende e-hälsa uppgår som högst till 100 000 kronor per år med en avskrivningstid om fem år och finansieras inom förvaltningens ordinarie ram.

Invånarperspektiv

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Hållbarhetsperspektivet

Vid all anskaffning av inventarier inom förvaltningens finns en ambition att i så hög grad som möjligt anlita upphandlade leverantörer som kan tillhandahålla återanvända möbler. Det är dock inte säkert att utbudet hos våra ramavtalsleverantörer möter de behov av inventarier som verksamheten har. Även cirkulär återanvändning av möbler inom kommunen kan bli aktuell, om verksamhetens behov går att möta.

Lagstiftning och kommunala styrdokument

Kommunen har en skyldighet att tillämpa lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, vid inköp av varor och tjänster. Via upphandlingsenheten har ramavtal tecknats med ett antal, för ändamålet, aktuella leverantörer, vilket gör att förvaltningens i ärendet kan leva upp till LOU.

Remissyttrande

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Behandlad enligt lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet, MBL

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Beslutets genomförande

Inköp på investeringsanslaget sker löpande under året utifrån de behov som identifieras inom förvaltningens alla delar.

Förvaltningens bedömning

Årsanslagets användning, vilket främst avser reinvestering av inventarier, samt anslag för utbyte av grundutrustning främjar god ekonomisk hushållning och även god arbetsmiljö både för medarbetare och brukare i våra verksamheter.

Förvaltningens investeringsbehov inom e-hälsa och digitalisering bedöms vara varaktigt över de kommande åren. Dels avser förvaltningen att upprätthålla en hög takt när det gäller implementering av välfärdstekniska lösningar och digitalisering av processer och dels deltar förvaltningens verksamheter redan idag i flera större utvecklingsprojekt på området som förväntas öka investeringsbehovet fram till 2027.

Socialförvaltningen bedömer att i tjänsteutlåtandet nämnda investeringar är nödvändiga för att skapa och upprätthålla god kvalitet och omsorg i förvaltningens verksamheter för våra målgrupper och medarbetare och föreslår därför socialnämnden att besluta enligt förslag.

Nämnd: (Belopp i tkr)						
Investering, namn	Investering, kod	2023	2024	2025	2026	2027-*
Årsanslag ATO	7800	2 000,00	2 000,00	2 000,00	2 000,00	2 000,00
Utbyte grundutrustning	7863	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00
E-hälsa	7836	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00
Totalt nämnd:		3 000,00	3 000,00	3 000,00	3 000,00	3 000,00



Socialförvaltningen

Diarienummer: S.N.2023.41

Datum: 2023-01-27

Controller Jenny Erixon

Socialnämnden

Överföring av investeringsmedel från år 2022 till 2023

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar

att hos kommunfullmäktige begära överföring av investeringsmedel om 3 455 000 kronor av 2022 års investeringsbudget till 2023 enligt bilaga samt

att paragrafen justeras omedelbart.

Motivering till beslut

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Sammanfattning

Socialnämndens totala investeringsbudget har under år 2022 uppgått till 7 695 000 kronor. Kvarvarande medel vid bokslut år 2022 uppgår till 4 802 261 kronor, varav socialförvaltningen föreslår att överflyttning av totalt 3 455 000 kronor begärs till 2023.

Föreslagen överflyttning av investeringsmedel avser dels behov av inköp av inventarier till det nybyggda LSS-boendet i Nol och dels inventarier till framtida planerad byggnation av LSS-boende i kommunen, motsvarande ett belopp om 1 364 000 kronor.

Investeringspost avseende trygghetslarm och solskydd till kommunens särskilda boenden uppbär ett saldo år 2022 om 1 219 000 kronor för vilket äskas överföring i sin helhet till 2023. Likaså innefattar förslaget också överföring av budget för utbyte av grundutrustning inom förvaltningens särskilda boenden för planerade men under året ej genomförda inköp, motsvarande ett belopp om 102 000 kronor.

Slutligen föreslås en överföring av budget avseende utbyte av fordon inom funktionsstöd. Inköp avser specialfordon med exempelvis bakgavellift vilka ej omfattas av befintliga ramavtal avseende fordonsleasing, belopp 770 000 kronor.

Samtliga beslutade investeringsprojekt är påbörjade, men ej avslutade under föregående budgetår varför överföring om medel äskas.



Ebba Gierow
Förvaltningschef

Jenny Erixon
Controller

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande, 2023-01-27

Bilaga Överföring av investeringsmedel från år 2022 till 2023

Beslutet skickas till:

För vidare hantering:

Kommunfullmäktige

För kännedom:

Förvaltningschef

Controllers för socialförvaltningen

Ärendet

Under år 2022 har byggnation av nytt LSS-boende i Nol pågått med planerad uppstart av verksamheten under kvartal 1 år 2023. Investeringsmedel avseende inventarier har avsatts i budget och arbete med inköp fortgår men har ännu ej fakturerats. Investeringsposten innefattar även budget avseende inventarier till ytterligare planerat LSS-boende i kommunen och för vilka nu äskas överföring till 2023 till det sammanlagda beloppet 1 364 000 kronor.

Utbyte av grundutrustning inom förvaltningens särskilda boenden pågår löpande och förvaltningen äskar därför överföring av kvarvarande medel 2022 för planerade men under året ej genomförda inköp, belopp 102 000 kronor

Slutligen föreslås överflytt av budget avseende utbyte av fordon inom funktionsstöd. Inköp avser specialfordon med exempelvis baggavellift, vilka ej omfattas av befintliga ramavtal avseende fordonsleasing, belopp 770 000 kronor.

Ekonomisk bedömning

Överföring av investeringsmedel mellan åren 2022 och 2023 avser tidigare beslutade investeringar och kommer inte att innebära någon ytterligare ekonomisk konsekvens för förvaltningen.

Invånarperspektiv

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Hållbarhetsperspektivet

Vid anskaffning av inventarier inom socialtjänstförvaltningen finns en ambition att i så hög grad som möjligt anlita upphandlade leverantörer som kan tillhandahålla återanvända möbler. Det är dock inte säkert att utbudet hos våra ramavtalsleverantörer kan möta de behov som verksamheterna har. Även cirkulär återanvändning av möbler inom kommunen kan bli aktuell, om verksamheternas behov går att möta.

Lagstiftning och kommunala styrdokument

Kommunen har en skyldighet att tillämpa lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, vid inköp av varor och tjänster. Via upphandlingsenheten har ramavtal tecknats med ett antal, för ändamålet, aktuella leverantörer vilket gör att förvaltningen kan leva upp till LOU.

Remissyttrande

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.



Behandlad enligt lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet, MBL

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Beslutets genomförande

Samtliga investeringsprojekt är påbörjade, men ej avslutade under föregående budgetår varför överföring om medel äskas.

Förvaltningens bedömning

Planering och genomförande för samtliga äskade överföringar av investeringsbudget fortgår enligt plan och bedöms inte ha någon ytterligare ekonomisk påverkan än tidigare varför förvaltningen äskar överföring av investeringsbudget från 2022 till 2023 enligt bilaga.

Förvaltningen föreslår socialnämnden att besluta enligt förslag.

Nämnd: Socialnämnden (Belopp i tkr)		Budget	Tilläggsanslag	Total	Utfall	Återstår	Önskas	Motivering
Investering, namn	Investering, kod	2022	Budget 2022	Budget 2022	2022	2022	överföras till 2023	
Reinvest / Rat.invest	7800	2 000 000	0	2 000 000	-1 153 629	846 371	0	---
E-hälsa	7836	500 000	0	500 000	0	500 000	0	---
Nya boenden FH inventarie	7839	1 364 000	0	1 364 000	0	1 364 000	1 364 000	Medel avseende inventarier nya LSS-boenden Nol samt ytterligare boenden i planeringsstadium
Trygghetslarm o solskydd Säbo	7864	1 500 000	0	1 500 000	-280 900	1 219 100	1 219 000	Investering påbörjad inom delar av verksamhet särskilda boenden, fortgår enligt plan
Utbyte grundutrustning	7863	957 000	0	957 000	-854 565	102 435	102 000	Löpande investering, fortgår enligt plan
Fordon FH/skolskjuts	7866	1 374 000	0	1 374 000	-603 644	770 356	770 000	Avser utbyte av fordon med specialutrustning, leasing ej möjligt enligt ramavtal
Totalt:		7 695 000	0	7 695 000	-2 892 739	4 802 261	3 455 000	



Socialförvaltningen

Diarienummer: S.N.2023.51

Datum: 2023-02-03

Utvecklingsledare Marie Källvik-Nilsson

Socialnämnden

Tilläggsäskande för byggnation av LSS Surte

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar

att godkänna en total investeringsram om 62 Mkr, varav 52,0 Mkr ingår i investeringsbudget redan antagen av kommunfullmäktige samt internhyra som för år 2025 beräknas till 3 459 000 kronor som investeringen medför.

Sammanfattning

Socialförvaltningen har fortsatt behov av boendeplatser inom LSS-verksamheten. För att tillgodose detta behov har förvaltningen bedömt i sin lokalbehovsanalys att ett nytt boende per år behöver byggas under kommande tioårsperiod. Under sommaren 2021 färdigställdes två boenden i Skepplanda och i februari 2023 invigs två nya LSS-boenden i Nol. För att fortsatt följa planeringen för att kunna möta upp den växandes verksamhetens behov projekteras ett nytt boende i Surte.

Behovet av ytterligare investeringsmedel tillskrivs i sin helhet kostnadsutvecklingen under i synnerhet 2022. Lokalförsörjningsenheten har gjort jämförelser i branschen och dessa bekräftar rimligheten i den uppdaterade kalkylen med beräknad total kostnad på 62,0 Mkr. Av den totala kostnaden är 52,0 Mkr redan beslutade av kommunfullmäktige och finns med i antagen investeringsbudget.

Den beräknade internhyran beräknas för år 2024 till 1 759 000 kr/år och för år 2025 till 3 459 000 kr/år.

I enlighet med Ale kommuns lokalplaneringsprocess beslutar behovsnämnd parallellt med servicenämnd om att gå vidare från projektering till genomförande, samt att godkänna investering och hyra.

Tajja Tuomilehto Holmberg
Verksamhetschef funktionsstöd

Marie Källvik Nilsson
Utvecklingsledare

**Beslutsunderlag**

Tjänsteutlåtande, 2023-02-03

Totalkalkyl LSS Surte 2023-01-30

Beslutet skickas till:

För vidare hantering:

Kommunfullmäktige

Verksamhetschef funktionsstöd -socialförvaltningen

Utvecklingsledare lokaler och säkerhet -socialförvaltningen

För kännedom:

Verksamhetschef fastighet och IT -serviceförvaltningen

Ärendet

Socialförvaltningen redovisar årligen sitt samlade behov av lokaler. I den senaste lokalbehovsanalysen framkommer att verksamhetsområde funktionsstöd har under kommande åren en växande verksamhet som har behov av tillskott av platser. Under sommaren 2021 färdigställdes två gruppboenden i Skepplanda med 6 boendeplatser i varje och i februari öppnar två LSS-boenden i Nol.

Inom ramen för Ale kommuns samarbetsavtal med Serneke planeras ett nytt boende i Surte, på fastigheten Surte 43:144. Detta boende har en total yta om 1 466 kvadratmeter och innehåller 14 lägenheter som bostad med särskild service (BmSS) enligt LSS, servicebostad. Enligt den preliminära tidsplan som nu är framtagen planeras inflyttning till sommaren 2024.

Behovet av ytterligare investeringsmedel tillskrivs i sin helhet kostnadsutvecklingen under i synnerhet 2022. Lokalförsörjningsenheten har gjort jämförelser i branschen och dessa bekräftar rimligheten i den uppdaterade kalkyl som i november 2022 presenterades av Serneke. Därtill har verksamhet fastighet förhandlat ner det avtalade fasta arvudet med 2% vilket motsvarar en sänkt kostnad för projektet om ca 1 000 000 kronor samt överenskommit med entreprenören om en skriftlig gemensam målbild att sänka kostnaden i projektet med ytterligare 3% vilket motsvarar cirka 1 500 000 kronor. Utfallet av överenskommelsen kommer att redovisas i slutredovisningen av projektet.

I enlighet med Ale kommuns lokalplaneringsprocess beslutar behovsnämnd parallellt med servicenämnd om att gå vidare från projektering till genomförande, samt att godkänna investering och hyra.

En konsekvens om projektet inte kan fortsätta enligt plan blir att behovet av platser inom LSS kvarstår, samt att sektorn kan behöva köpa platser för att tillgodose detta behov.

Ekonomisk bedömning

Enligt uppdaterad kalkyl som tagits fram efter projektering uppgår kostnaderna inräknat byggherrekostnader och oförutsedda kostnader till 62,0 Mkr vilket ger en kvadratmeterkostnad om 42 292 kronor förutsatt att samtliga medel nyttjas. Av den totala kostnaden är 52,0 Mkr redan beslutade av kommunfullmäktige och finns med i antagen investeringsbudget.

Den beräknade internhyran beräknas för år 2024 till 1 759 000 kr/år, (utifrån en tänkt inflyttning 1 juli 2024) och för år 2025 till 3 459 000 kr/år.

Invånarperspektiv

Förvaltningen har som mål att kommunens målgrupp för LSS-boenden, erbjuds boende inom kommunen. Byggnation av ett LSS-boende i Surte innebär förbättrade möjligheter att erbjuda målgruppen ett nytt boende i de södra delarna av kommunen. I samband med bygglov har berörda grannar getts möjlighet att yttra sig.



Hållbarhetsperspektivet

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Lagstiftning och kommunala styrdokument

Projektet följer Ale kommuns projektmodell, där behovsnämnd är projektägare, varför beslut i socialnämnden behövs i detta ärende.

Remissyttrande

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Behandlad enligt lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet, MBL

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Beslutets genomförande

Beslut fattas parallellt av socialnämnden och servicenämnden för godkännande av investeringsramen. Därefter tas ärendet vidare för beslut av kommunstyrelsen respektive kommunfullmäktige.

Förvaltningens bedömning

Socialförvaltningen har ett fortsatt behov av boendeplatser inom LSS och de platser som planeras i Surte bidrar till att tillgodose detta behov. För att fortsatt kunna möta behovet av platser inom LSS har sektorn satt upp målet att ett nytt boende per år behöver byggas under kommande år.

Ett annat mål är att i första hand se till att kommunens målgrupp för LSS erbjuds boende inom kommunen. Båda dessa mål uppfylls i och med boendet som planeras i Surte, varför förvaltningens förslag till beslut är att gå vidare med projektet till produktionsfas samt att godkänna investering och hyra.

PROJEKTKALKYL

Objekt: LSS Surte

Byggtid

14 månader

Fastighet: Surte 43:144

Nybyggnadsyta m2

1 466

Adress: Danska vägen 4

Alla kostnadsposter är i exkl. moms	Förstudie	
	Innan Projektering	
Kostnadspost	Totalt	Per m2
1 Byggherre		
Nybyggnadskarta	15 000	10
Förhandsbesked, bygglov, star/slut besked	200 000	136
Besiktning	250 000	171
Byggledning och kontroll	200 000	136
Intern PL- Upparbetat plus kommand	1 000 000	682
Anslutningsavgift EL	100 000	68
Anslutningsavgift VA	400 000	273
Anslutningsavgift Fiber	100 000	68
Delkostnad 1 Byggherrekostnader	2 265 000	1 545
2 Projektering		
FAS 1 totalt fakturerat t. o. m. 2020-12-31	1 383 434	944
Delkostnad 2 Konsulter	1 383 434	944
3 Entreprenad		
Självkostnad riktkalkyl	49 249 425	33 594
Produktionskostnad ink. Arvode	53 435 626	36 450
Delkostnad 3 Entreprenad	53 435 626	36 450
Total kostnad ex. oförutsett	57 084 060	38 939
Oförutsett på totalen	4 809 206	3 280
TOTALT	61 893 266	42 219

#####



Socialförvaltningen

Diarienummer:S.N.2022.8

Datum: 2023-01-27

Systemförvaltare Annika Johansson

Socialnämnden

Rapportering av ej verkställda beslut enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, kvartal 4 2022

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar

att notera rapporten samt att den tillställs kommunfullmäktige och kommunrevisionen.

Sammanfattning

Beslut som ej är verkställda inom tre månader rapporteras enligt rutinen för inrapportering av ej verkställda gynnande biståndsbeslut enligt 4 kap. 1 § SoL. Rapporteringen har skickats till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, i enlighet med socialnämndens skyldighet.

Under kvartal 4, 2022-10-01 till och med 2022-12-31, har sex nya beslut rapporterats in som ej verkställda inom tre månader.

Av de beslut som tidigare rapporterats in som ej verkställda har fem verkställts och ett har avslutats utan verkställighet. Sju beslut är fortsatt ej verkställda. Se statistikrapport med rapporteringstillfälle 2023-01-24 för mer information.

Mattias Leufkens
tf Verksamhetschef

Annika Johansson
Systemförvaltare



Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande Rapportering av ej verkställda beslut enligt socialtjänstlagen (2001:453),
SoL, kvartal 4 2022, 2023-01-27

Statistikrapport, rapporteringstillfälle 2023-01-24

Beslutet skickas till:

För kännedom:

Kommunfullmäktige

Kommunrevision



Socialförvaltningen

Diarienummer: S.N.2022.8

Datum: 2023-01-27

Systemförvaltare Annika Johansson

Socialnämnden

Statistikrapport avseende ej verkställda beslut enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, kvartal 4 2022

Rapporteringstillfälle: 2023-01-24**Ansvarig rapportör:** Systemförvaltare Annika Johansson

Rapportering av ej verkställda gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § SoL, som inte är verkställda inom tre månader

Nya beslut som ej är verkställda inom tre månader, redovisning för kvartal 4 2022 (från och med 2022-10-01 till och med 2022-12-31).

För att beslut ska rapporteras som *nya* ej verkställda beslut i kvartal 4, ska besluten vara tagna under perioden 2022-07-01 till och med 2022-09-30.

Specificering av nya beslut som inte är verkställda inom tre månader

Under kvartal 4 2022 har sex nya beslut rapporterats som ej verkställda inom tre månader.

Av ovanstående nyrapporterade ej verkställda beslut enligt SoL gäller samtliga sex beslut särskilt boende äldreomsorg. Tre av besluten har erbjudits boende och tackat ja men ännu inte flyttat in. För tre av besluten finns inga lediga boendeplatser att erbjuda.

Rapportering av tidigare inrapporterade ej verkställda gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § SoL, som verkställts

Tre tidigare rapporterade ej verkställda beslut enligt SoL gällande särskilt boende för äldre har verkställts. Besluten verkställdes inom fem till tio månader efter beslutsdatum.

Ett tidigare rapporterat ej verkställt beslut enligt SoL gällande kontaktfamilj har verkställts. Beslutet verkställdes sex månader efter beslutsdatum.

Ett tidigare rapporterat ej verkställt beslut enligt SoL gällande öppenvård i form av lägerverksamhet har verkställts. Beslutet verkställdes fem månader efter beslutsdatum.

Rapportering av tidigare inrapporterade ej verkställda gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § SoL, som rapporterats som ej verkställda och avslutade

Ett tidigare rapporterat ej verkställt beslut enligt SoL gällande särskilt boende för äldre har avslutats utan verkställighet. Den enskilde har återtagit sin ansökan.

Rapportering av tidigare inrapporterade ej verkställda gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § SoL, som fortfarande ej är verkställda

Sju tidigare rapporterade beslut enligt SoL är fortsatt ej verkställda.

Tre av ovanstående gäller särskilt boende äldreomsorg. I två av fallen har den enskilde tackat nej till erbjudande. I ett av fallen har den enskilde önskemål om specifikt boende.

Fyra av ovanstående gäller boende funktionsstöd, i tre av fallen medverkar den enskilde inte till verkställande av besluten, men samtliga tre har kompenserande insats i form av stödboende. I ett av fallen har den enskilde tackat nej till erbjudet boende, nytt erbjudande har givits men den enskilde ha ännu inte svarat.



Socialförvaltningen

Diarienummer: S.N.2022.9

Datum: 2023-01-27

Systemförvaltare Annika Johansson

Socialnämnden

Rapportering av ej verkställda beslut enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, kvartal 4 2022

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar

att notera rapporten samt att den tillställs kommunfullmäktige och kommunrevisionen.

Sammanfattning

Beslut som ej är verkställda inom tre månader rapporteras enligt rutinen för inrapportering av ej verkställda gynnande biståndsbeslut enligt 9 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Rapporteringen har skickats till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, i enlighet med socialnämndens skyldighet.

Under kvartal 4 2022, 2022-09-01 till 2022-12-31, har ett nytt beslut rapporterats in som ej verkställt inom tre månader.

Av tidigare rapporterade ej verkställda beslut har inget beslut verkställts, ett har avslutats utan verkställighet och sex beslut är fortsatt ej verkställda. Se statistikrapport med rapporteringstillfälle 2023-01-24 för mer information.

Mattias Leufkens
tf Verksamhetschef

Annika Johansson
Systemförvaltare



Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande Rapportering av ej verkställda beslut enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, kvartal 4 2022, 2023-01-27

Statistikrapport, rapporteringstillfälle 2023-01-24

Beslutet skickas till:

För kännedom

Kommunfullmäktige

Kommunrevisionen



Socialförvaltningen

Diarienummer: S.N.2022.9

Datum: 2023-01-27

Systemförvaltare Annika Johansson

Socialnämnden

Statistikrapport avseende ej verkställda beslut enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, kvartal 4 2022

Rapporteringstillfälle: 2023-01-24**Ansvarig rapportör:** systemförvaltare Annika Johansson

Rapportering av ej verkställda gynnande beslut, enligt 9 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, som inte är verkställda inom tre månader

Nya beslut som ej är verkställda inom tre månader, redovisning för kvartal 4 2022 (från och med 2022-10-01 till och med 2022-12-31).

För att beslut ska rapporteras som *nya* ej verkställda beslut i kvartal 4, ska besluten vara tagna inom perioden 2022-07-01 till och med 2022-09-30.

Specificering av nya beslut som inte är verkställda inom tre månader

Under kvartal 4 2022 har ett nytt beslut rapporterats som ej verkställt inom tre månader.

Ovanstående nyrapporterat ej verkställt beslut enligt LSS gällande ledsagarservice har verksamheten haft en tilltänkt ledsagare som sedan tackat nej till uppdraget.

Rapportering av tidigare inrapporterade ej verkställda gynnande beslut, enligt 9 § LSS, som verkställts

Inget tidigare rapporterat ej verkställt beslut enligt LSS har verkställts.

Tidigare inrapporterade ej verkställda gynnande beslut, enligt 9 § LSS som rapporterats som ej verkställda och avslutade

Ett tidigare rapporterat ej verkställt beslut enligt LSS gällande korttidstillsyn har avslutats utan verkställighet. Den enskilde har avlagt sig insatsen.



Rapportering av tidigare inrapporterade ej verkställda gynnande beslut, enligt 9 § LSS, som fortfarande ej är verkställda

Sex tidigare rapporterade beslut enligt LSS är fortsatt ej verkställda.

Fem av dessa gäller bostad med särskild service. Tre beslut planeras att verkställas på nytt gruppboende som är under byggnation. För ett beslut finns det önskemål om ett specifikt boende i Ale kommun där det i nuläget inte kan erbjudas plats, den enskilde har tackat nej till annat erbjudande om boende. För ett beslut har verksamheten sökt kontakt med enskild utan resultat.

Ett beslut gäller kontaktperson där den enskilde lämnat förslag gällande utförare. Föreslagna kontaktpersoner har tackat nej till uppdraget. Den enskilde söker själv efter utförare och önskar ej att verksamheten hittar någon.