

Mötesbok: Utskottet för Trygghet och stöd (2024-04-10)

Utskottet för Trygghet och stöd

Datum: 2024-04-10

Plats:

Kommentar:

Dagordning

Kallelse

KallelseUtskottet för Trygghet och stöd2024-04-10

3

Val av justerare

Tillkommande och utgående ärenden

Informationsärenden

| | |
|---|----|
| 25/24 Information från sektorschef | 6 |
| 26/24 Verksamhetsrapporter | 7 |
| 27/24 Status på uppdrag inför T1 | 11 |
| 28/24 Ekonomi, avvikelser och uppföljning | 12 |
| 29/24 Personalrapportering inklusive Winningtemp | 13 |
| 30/24 Tema: demens | 14 |
| 31/24 Folkhälsa | 15 |
| 32/24 Återrapportering av 2023 års statsbidrag om det civila försvaret inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård | 16 |

Ärenden till kommunstyrelsen

| | |
|--|----|
| 33/24 Revidering av föreskrifter för rådet för funktionshinderfrågor | 18 |
| 34/24 Sektor Trygghet och stöds Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2023 | 33 |
| 35/24Policy för daglig verksamhet | 63 |

Kallelse

Sammanträdesdatum 2024-04-10

Plats Stadshuset plan 3, Hamnen
Tid Onsdagen den 10 april kl 13:00-17:00

| | | |
|-----------|--|-------------------------------|
| Ledamöter | Pia Gillerstedt (S) Elisabeth Mattsson (L) Carin Gerefalk (S) Marcus Adiels (M) Gustav Meuller (M) Mikael Wintell (UP) Peter Skoglund Ferrari (SD) | Ordförande Vice ordförande |
|-----------|--|-------------------------------|

| | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| Pia Gillerstedt (S) Ordförande | Sophie Nygren Sekreterare |
|-----------------------------------|------------------------------|

UTSKOTTET FÖR TRYGGHET OCH STÖD

**KUNGÄLV
KOMMUN**



ADRESS Stadshuset · 442 81

Kungälv

TELEFON 0303-23 80 00 vx

FAX 0303-132 17

E-POST kommun@kungalv.se

Kallelse

Sammanträdesdatum

2024-04-10

Dagordning

| | | Förslag till beslut |
|---|---|---------------------|
| 1 | Upprop | |
| 2 | Val av justerare | Utses |
| 3 | Tillkommande och utgående ärenden | Fastställs |
| | Informationsärenden | |
| 4 | 2024-148 Information från sektorchef <i>Föredragande: Lena Arnfelt</i> <i>Kl. 13.05- 13.20</i> | Antecknas |
| 5 | 2024-150 Verksamhetsrapporter <i>Föredragande: Lena Arnfelt</i> <i>Kl. 13.20- 13.30</i> | Antecknas |
| 6 | Status på uppdrag inför T1 <i>Föredragande: Lena Arnfelt</i> <i>Kl. 13.30- 13.45</i> | Antecknas |
| 7 | 2024-149 Ekonomi, avvikelser och uppföljning <i>Föredragande: Kristina Palm, Ingrid Karlsson</i> <i>Kl. 13.45- 14.00</i> | Antecknas |
| 8 | Personrapportering inklusive Winningtemp <i>Föredragande: Erika Wicke Selvén</i> <i>Kl. 14.10- 14.30</i> | Antecknas |
| 9 | Tema: demens <i>Föredragande: Susanne Schedin</i> <i>Kl. 14.30- 15.15</i> | Antecknas |



Kallelse

Sammanträdesdatum

2024-04-10

- | | | | |
|-------------------------------------|---------------|--|---------------------------------------|
| 10 | | Folkhälsa <i>Föredragande: Johan Sjöholm, Lena Arnfelt</i> <i>Kl. 15.25- 16.00</i> | Antecknas |
| 11 | | Återrapportering av 2023 års statsbidrag om det civila försvaret inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård <i>Föredragande: Lena Arnfelt</i> <i>Kl. 16.00-16.20</i> | Antecknas |
| Ärenden till kommunstyrelsen | | | |
| 12 | KS2023/2523-1 | Revidering av föreskrifter för rådet för funktionshinderfrågor <i>Föredragande: Jennie Råå</i> <i>Kl. 16.20- 16.25</i> | Förslag till beslut i Kommunstyrelsen |
| 13 | KS2024/0391-1 | Sektor Trygghet och stöds Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2023 <i>Föredragande: Eva Söderholm</i> <i>Kl. 16.25- 16.45</i> | Förslag till beslut i Kommunstyrelsen |
| 14 | KS2023/2118-6 | Policy för daglig verksamhet <i>Kl. 16.45- 16.55</i> | Förslag till beslut i Kommunstyrelsen |



Denna behandling '25/24 Information från sektorschef' har inget tjänsteutlåtande.



**KUNGÄLVS
KOMMUN**

Verksamhetsrapporter

Utskottet för Trygghet och stöd

Lägesrapport till utskottet för Äldreomsorgen

Månad: Mars

Verksamhetsområde Äldreomsorg

Namn / Maria Stenmark, Verksamhetschef

Läge i verksamhetsområdet

Attraktivt att vara anställd:

Utbildning i våld i nära fortlöper under våren, fått mycket positiv respons.

Ny Hot- och våldsplan är framtagen och kommer att förankras via APT. Säkerhetsavdelningen har tagit fram en enhetsspecifik handlingsplan/checklista som ÄO kommer att komplettera arbetet med.

Arbetsmiljöverkets inspektion på Kärna VOB avseende hot och våld arbetet.

Arbetsmiljöverket kände sig nöjda med verksamhetens presentation men kommer att lägga krav på:

- Skapa handlingsplan och riskbedömning kring personalen arbetsmiljö, i dagsläget har verksamheten gjort riskbedömning och ev. handlingsplan kring varje hyresgäst men Arbetsmiljöverket vill ha en för endast personalen. Ex. vad finns det för risk kring hot och våld hos spec. hyresgäst dvs det som inte står i hyresgästens egen riskbedömning och handlingsplan.

Personalomsättning: nytt analysunderlag är framtaget och förankrat, för att få information om varför man väljer att sluta i Kungälv's Kommun. Viktigt för att kunna lägga rätt åtgärder.

Karriärvägsmodellen

Nytt uppdrag för specialistundersköterska med uppdrag som omsorgshandledare är framtaget som en anpassning till karriärsmodellens differensieringsarbete. Förändringen är samverkad och kommer att träda i kraft 1 september.

Rekryteringen

Sommarvikarier rekryteringen har fungerat enligt plan och verksamheterna har snart tillsatt tjänsterna. Det har varit ett högt antal sökande till hemtjänsten.

- Vård och omsorgsbostäder: saknar 20240327, 27st sommarvikarier
- Stöd i ordinärt boende: saknar 20240327, 5st sommarvikarier

Rekrytering av enhetschef till Kärna/Marstrand HTJ, Ranrike VOB samt Kärna VOB är pågående.

Kvalité för den enskilde

Sektorsledning har beslutat att lägga som mål att alla medarbetare skall skriva i journal.

Verksamheterna arbetar aktivt med att säkerställa kompetensen inom socialdokumentation och IBIC för ett införande under 2025.

Båtsman

- Vård och omsorgsboende Båtmansgården har 43 lägenheter varav 8 stycken saknar utrymningsvägar (beslut tagit av BORF).
- Detta gör att när hyresgäst flyttar från en av de 8 lägenheterna får ingen ny hyresgäst flytta in förrän utrymningsväg finns.
- I dagsläget står 1 av de 8 lägenheten tomma.
- Fastighetsägarna (Bokab) har tagit fram ett förslag på utrymning som de ska söka bygglov för så att alla lägenheter går att använda fortsättningsvis. Tidsplan är ej klar.

Digitalisering

- Test av sensorlarm fortsätter inom både vård och omsorgsboende och hemtjänst.
- Utbildningar inför läkemedelsautomat bokas och vi har tagit del av lärdomar av testkommunerna.
- Vi fortsätter att undersöka möjligheter kring tvåfaktorsinloggning.
- Kostnader för personliga telefoner eller SITHs-kort har presenterats för sektorledning. Kopplat till detta har omvärldsbevakning kring delade telefoner har genomförts.
- Digitaliseringssamordnare för ÄO kommer att anpassas till Karriärvägsmodellen. Uppdaterad uppdragsbeskrivning samt rekryteringsprocess är samverkad.

Resurser

Stöd i ordinärt boende har en budget i balans. Vård och omsorgsboende har inte en budget i balans pga komplexa ärenden som kräver högre bemanning än vad som täcks inom ram.

Vad är i pipeline?

Se ovan

Något annat som är av vikt att informera om?

Nu börjar utbyggnaden av TV och internet för alla hyresgäster på vård och omsorgsboende. Tidigare har kommunen bara kunnat erbjuda hyresgäster att logga in på Kungälv_Guest som är ett öppet gästnätverk eller att de skaffat egna mobila routrar. I grundpaketet från Kungälv energi ingår internet 100/100 samt TVbox med kanalerna SVT1, SVT2, TV4, SVT24, Kunskapskanalen samt Barnkanalen. Avgiften för grundpaketet TV och Internet är 373,75 kr/mån som läggs på månadsavgiften från kommunen. Önskar hyresgästen beställa fler TV kanaler eller höja hastigheten på Internettjänst så kontaktas Kungälv Energi Kundsupport. Först ut är Solhaga VOB sedan kommer det införas på några boenden om året.

Har det hänt något annat utöver det vanliga?

Omfattande arbetsmiljöarbete sker på Kärna VOB, verksamheten hanterar det i samarbete med HR.

Med vänlig hälsning

Maria Stenmark

Verksamhetschef
Stöd i ordinärt boende

Kungälv kommun
Stadshuset

Ytterbyvägen 2
442 81 Kungälv
Tfn. 0303-239137
maria.stenmark@kungalv.se

Denna behandling '27/24 Status på uppdrag inför T1' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '28/24 Ekonomi, avvikelser och uppföljning' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '29/24 Personalrapportering inklusive Winningtemp' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '30/24 Tema: demens' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '31/24 Folkhälsa' har inget tjänsteutlåtande.

From: Socialstyrelsen
Sent: Wed, 13 Dec 2023 08:26:20 +0100
To: Kungälv kommun
Subject: Återrapportering av 2023 års statsbidrag kommunerna för arbetet med att stärka det civila försvaret inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård

Varsam: Detta är ett meddelande från en extern avsändare. Öppna inte länkar eller bilagor om du är osäker på avsändaren eller innehållet.

Till socialchef eller motsvarande, för vidarebefordran till berörd ansvarig för statsbidrag till kommunens arbete med att stärka det civila försvaret inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård

Ni får det här mejlet eftersom ni har tagit emot statsbidrag för 2023. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag (S2023/00380) att fördela medel i syfte att ge kommunerna förutsättningar för att analysera vilka behov som finns för att utveckla och stärka kommunernas planering och arbete med socialtjänstens och den kommunala hälso-och sjukvårdens civila försvar, samt för att ta fram en plan för fortsatt arbete utifrån den analys som har gjorts.

Ni ska återrapportera till Socialstyrelsen senast den **29 februari 2024** hur bidraget har använts. Den mottagare som inte har använt statsbidraget enligt villkoren i uppdraget (S2023/00380) och Socialstyrelsens anvisningar kan bli återbetalningsskyldig. Ett sådant villkor är att mottagaren ska lämna in återrapporteringen till Socialstyrelsen inom angiven tidsfrist.

Här är länken till webbformuläret för återrapportering av statsbidraget: [Klicka här för att besvara återrapporteringen](#)

Läs frågorna i förväg genom att klicka [här](#).

Skicka in era svar till Socialstyrelsen genom att trycka på knappen "Skicka in återrapporteringen" på sista sidan i formuläret. Behörig företrädare enligt delegationsordning för organisationen behöver godkänna svaren i formuläret innan ni skickar in det. **Från och med 2023 behöver en undertecknad version inte skickas in.**

Om ni inte har använt hela bidraget under perioden 1 januari–31 december ska ni återbetala outnyttjat statsbidrag. Socialstyrelsen kommer att fakturera berörda bidragsmottagare.

Vid frågor om återrapporteringen kontakta:
Karin Blomdahl, Utredare
E-post: karin.blomdahl@socialstyrelsen.se

För tekniska frågor om återrapporteringsformuläret kontakta:
E-post: statsbidrag.enkat@socialstyrelsen.se

Med vänlig hälsning

.....

Karin Blomdahl
Utredare
075-247 41 04

SOCIALSTYRELSEN
Avdelningen för behörighet och statsbidrag
Statsbidrag
106 30 Stockholm
Växel 075-247 30 00
www.socialstyrelsen.se

[Prenumerera på vårt nyhetsbrev](#)

Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg.



**KUNGÄLV
KOMMUN**

Sid 1 (2)

Tjänsteskrivelse

Handläggarens namn
Jennie Råå

Klicka eller tryck här för att ange datum.

Revidering av föreskrifter för rådet för funktionshinderfrågor (Dnr KS2023/2523-1)

Sammanfattning

Kommunen har sedan länge ett råd för funktionshinderfrågor och består av funktionshinderföreningar samt representanter från kommunstyrelsen och kommunfullmäktige. En ny styrdokumentsmall har tagits fram i kommunen vilket betyder att föreskriften setts över och reviderats. Innehållsmässigt är det samma information som tidigare men med vissa justeringar för att passa den nya mallen. Utöver detta har även mindre språkliga korrigeringar gjorts. Dokumentet byter även namn från föreskrift till reglemente.

Förslag till beslut:

- revidering av reglemente för rådet för funktionshinderfrågor antas.

Juridisk bedömning

Föreslagen revidering är i enlighet med tillämplig lagstiftning (Kommunallagen 2017:725). Ingen fördjupad juridisk bedömning är nödvändig.

Förvaltningens bedömning

Enligt Kungälv kommuns policy för styrdokument ska arbetet med revidering ske under en ny mandatperiods första år för att styrdokumentet ska kunna beslutas i samband med nästkommande årsskifte. Därav behöver reglementet revideras. Det nuvarande reglementet har en inaktuell grafisk profil och därför har de föreslagna reviderade reglementet även uppdaterat formateringen av reglementet för att följa kommunens nuvarande grafiska profil. Innehållet i reglementet i sin helhet har inte ändrats, men språkliga justeringar har gjorts.

Ärendenivåer – bedömning utifrån kommunfullmäktiges strategiska mål eller kommunstyrelsens resultatmål

Reglementet för rådet för funktionshinderfrågor kan kopplas till kommunfullmäktiges strategiska mål genom *En trygg omsorg med valmöjligheter genom hela livet* och *Att alla medborgare och näringsliv ska känna ökat förtroende för kommunen*.

Bedömning utifrån miljö, hållbarhet och mål i Agenda 2030

Reglementet för rådet för funktionshinderfrågor kan kopplas till Agenda 2030 genom mål 10.2 *Minskad ojämlikhet* och mål 16.6 *Bygg effektiva tillförlitliga och transparenta institutioner*.

Bedömning utifrån politiska styrdokument

Rådet och dess reglemente följer programmet för *social hållbarhet* där *social översiktsplan* och *funktionshinderplanen* är framträdande.

Bedömning utifrån ett medborgar- och brukarperspektiv

Reglementet skapar en tydlighet i hur rådet fungerar och ger transparens för ledamöter och föreningar.

Bedömning utifrån ett medarbetarperspektiv

Reglementet underlättar för medarbetare genom tydlig beskrivning av rådets funktion.

Ekonomisk bedömning

Förslaget innebär inga kostnader för kommunen.

Förslag till beslut

- Reglementet för rådet för funktionshinderfrågor revideras i enlighet med upprättat förslag.

Lena Arnfelt
Sektorchef trygghet och stöd

Haleh Lindqvist
Kommundirektör

Expedieras till:

För kännedom till:

~~Föreskrift~~ för rådet för funktionshinderfrågor

~~Föreskrift~~ Reglemente

Diarienummer: KS2022/2397

Dokumentansvarig: Sekreterare i rådet för funktionshinderfrågor

Beredande politiskt organ: Demokratiberedningen, Kommunstyrelsen

Beslutad av: Kommunfullmäktige

Datum för beslut: 2022-11-24

Giltighetstid: 2027-12-31



Innehållsförteckning

| | |
|--|---|
| 1. Inledning | 3 |
| 2. Relation till andra styrdokument..... | 3 |
| 3. Syfte (samma innehåll men omformulerat)..... | 3 |
| 4. Mål och arbetsuppgifter (samma innehåll men omformulerat)..... | 3 |
| Arbetsuppgifter | 4 |
| 5. Sammansättning av rådet för funktionshinderfrågor (samma innehåll men omformulerat) ... | 5 |
| 6. Organisation och arbetsformer Tjänstepersoner och organisation | 6 |
| 7. Ersättning och kostnader | 7 |
| 8. Förändringar i föreskrift reglemente | 7 |
| 9. Levandegöra (ny punkt) | 7 |
| 10. Uppföljning (ny punkt)..... | 7 |



1. Inledning

Detta dokument beskriver rådet för funktionshinderfrågors mål, arbetsuppgifter, sammansättning, organisation och arbetsformer samt ersättning och kostnader.

2. Relation till andra styrdokument

Kommunfullmäktige har beslutat om styrdokumentet *Tillgänglighet och delaktighet för alla Funktionshinderpolitiskt program för Kungälv kommun*. Dokumentet ska hela kommunens förvaltning och förtroendevalda, både att förhålla sig till och förverkliga, för att förbättra livsvillkoren för människor med funktionsnedsättning.

Reglementet för rådet för funktionshinderfrågor är kopplat till styrdokumentet *Ökad delaktighet 2024–2027 – Plan för genomförande av funktionshinderpolitik i Kungälv kommun*. Reglementet kopplas även till Agenda 2030 genom och mål 10.2 *Minskad ojämlikhet* och mål 16.6 *Bygg effektiva tillförlitliga och transparenta institutioner*.

3. Syfte (samma innehåll men omformulerat)

För att bereda kommuninvånare med funktionshinder inflytande och insyn i handläggningen av frågor av allmän karaktär ska det finnas ett särskilt Råd för funktionshinderfrågor med kommunstyrelsen som huvudman.

Rådet för funktionshinderfrågor ska vara ett organ för samråd och ömsesidig information mellan handikapporganisationerna och kommunala nämnder och beredningar.

Rådet för funktionshinderfrågor ska vara ett organ för samråd och ömsesidig information mellan funktionshinderorganisationerna och kommunala nämnder och beredningar. Kommuninvånare som har en funktionsnedsättning ska ha möjlighet till inflytande och insyn i handläggningen av frågor av allmän karaktär.

4. Mål och arbetsuppgifter (samma innehåll men omformulerat)

Kungälv kommunens råd för funktionshinderfrågor ska med utgångspunkt från kommunens funktionshinderpolitiska program

- Verka för att Kungälv kommun följer FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning
- Utveckla en god samverkan mellan funktionshinderrörelsens organisationer och kommunstyrelsen med utskott, nämnder samt kommunfullmäktiges beredningar.
- Verka för att funktionshinderaspekterna beaktas på alla områden inom kommunen.
- Förmedla kunskaper som kan öka medvetenheten och förändra attityder inom kommunens organisation som helhet.

Arbetsuppgifter

- Följa upp målen i det funktionshinderpolitiska programmet och arbetet med den årliga handlingsplanen.
- Ta tillvara på personer med funktionsnedsättnings kunskaper, synpunkter och erfarenheter.
- Följa förändringar inom nationella mål och riktlinjer för funktionshinderpolitiken.
- Vara remissinstans inom kommunen i ärenden som påverkar tillgänglighets- och funktionshinderfrågor i den mån det är görligt.
- Ordföranden i rådet ansvarar för informationen mellan rådet och kommunstyrelsen. De politiska representanterna i rådet och representanter från funktionshinderorganisationer har ett särskilt ansvar för att sprida information från rådet för funktionshinderfrågor till respektive beredning/ nämnd och organisation.

Frågor som avser enskild person får inte behandlas i rådet.

Funktionshinderorganisationerna i rådet ges möjlighet att vara remissorgan till kommunfullmäktiges beredningar i frågor som påverkar tillgänglighets- och funktionshinderfrågor och i de frågor som direkt påverkar målgruppens speciella förutsättningar och i den mån det är görligt.

Rådet ska verka för att Kungälv kommun följer FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. En god samverkan ska utvecklas mellan funktionshinderorganisationer och kommunstyrelsen med utskott, nämnder samt kommunfullmäktiges beredningar. Funktionshinderaspekterna ska beaktas på alla områden inom kommunen. Kunskaper, synpunkter och erfarenheter från funktionshinderorganisationerna ska tillvaratas och förmedlas för att öka medvetenheten och förändra attityder inom kommunens organisation som helhet.

Kommunens företrädare skall informera rådet om det funktionshinderpolitiska programmet och arbetet med den årliga handlingsplanen. Inhämta synpunkter i ett så tidigt skede som möjligt så att rådets synpunkter och förslag kan påverka ärendets handläggning i aktuell beredning.

Ordföranden i rådet ansvarar för informationen mellan rådet och kommunfullmäktige. De politiska representanterna i rådet och representanter från funktionshinderorganisationer har ett särskilt ansvar för att sprida information från rådet för funktionshinderfrågor till respektive beredning, nämnd och organisation.

Frågor som avser enskild person får inte behandlas i rådet.

5. Sammansättning av rådet för funktionshinderfrågor (samma innehåll men omformulerat)

Rådet för funktionshinderfrågor har följande sammansättning:

Politiska ledamöter

Kommunstyrelsen två politiker; ordförande i Utskottet TOS och BOL.
Från Bredningarna Ordförande och vice ordförande BTS samt ordförande BLK
Max 5 politiker och detta ingår i respektive uppdrag. Ordförande i BTS är tillika ordförande i RFF.

Funktionshinderorganisationernas ledamöter

Funktionshinderorganisationerna utser högst 14 ledamöter som i möjligaste mån speglar följande representationsområden:

- neurologiska sjukdomar och/eller rörelsehinder
- hörselskada/dövhet
- synskada
- kognitiva funktionshinder
- medicinska funktionshinder
- psykiska funktionshinder
- miljörelaterade funktionshinder

Tjänstemän

Sekreterare tillsätts av kommunledningssektorn.

Representanter från kommunens förvaltning samt organisationer och myndigheter, som driver verksamhet inom kommunen med syfte att tillvarata funktionshindrades intressen, kan bjudas in till rådets möten efter beslut av ordförande. Till varje råd bjuds en tjänsteman från någon verksamhet in.

Politiska ledamöter i rådet ansvarar för att en ersättare kommer vid ordinaries frånvaro.

Rådets mandatperiod ska sammanfalla med politikens mandatperiod.

Rådet för funktionshinderfrågors mandattid ska sammanfalla med kommunala nämnders mandattid.

Politiska ledamöter

- Kommunfullmäktige utser tre representanter. Ordförande och vice ordförande från beredningen för trygghet och stöd samt ordförande för beredningen för lärande och kultur
- Kommunstyrelsen utser två representanter. Ordförande för utskottet för trygghet och stöd och ordförande för utskottet för bildning och lärande

Totalt 5 politiker och detta ingår i respektive uppdrag. Ordförande i beredningen för trygghet och stöd är tillika ordförande i rådet för funktionshinderfrågor.

Politiska ledamöter i rådet ansvarar för att en ersättare kommer vid ordinaries frånvaro.

Funktionshinderorganisationerna utser högst 14 ledamöter som i möjligaste mån speglar följande funktionshindergrupper:

- Att se
- Att höra
- Att röra sig
- Att bearbeta, tolka och förmedla information
- Att tåla vissa ämnen
- Psykisk ohälsa

Rådet får i särskilda frågor adjungera personer från organisationer, styrelser, nämnder och förvaltningar.

6. ~~Organisation och arbetsformer~~ Tjänstepersoner och organisation

Rådet för funktionshinderfrågor är organisatoriskt knutet till kommunstyrelsen. Kommunfullmäktige. Ordföranden utses av kommunstyrelsen kommunfullmäktige. Sekreteraren i rådet utses av kommunchefen sektorchef. Rådet utser vid varje års första sammanträde vice ordförande från funktionshinderorganisationerna.

Rådet skall ha en beredningsgrupp som förbereder ärenden och föreslår dagordning/kallelse för rådets möten. Beredningsgruppen består av rådets ordförande, vice ordförande samt sektorchef och sekreteraren i rådet.

Kommunens politiker i rådet ska informera rådet om planer och förändringar av samhällsinsatsernas utformning och organisation som berör personer med funktionsnedsättning och inhämta synpunkter i ett så tidigt skede att rådets synpunkter och förslag kan påverka ärendets handläggning i aktuellt utskott och styrelse.

Rådet för funktionshinderfrågor sammanträder fyra gånger per år, två gånger på våren och två gånger på hösten. Rådet kan även hålla två utbildningstillfällen per år i aktuella frågor vid behov. Ett möte kan ställas in om ordföranden finner det nödvändigt.

Ordföranden ansvarar för att kallelse utfärdas till sammanträdena. Kallelsen ska vara skriftlig och innehålla uppgift om tid och plats för sammanträdet samt föredragningslista. Kallelsen ska skickas till alla ledamöter senast en vecka före sammanträdesdagen.

Vid rådets varje sammanträde förs protokoll som redovisar rådets ställningstagande, initiativ, förslag och synpunkter. Protokollet ska justeras av ordföranden och en ledamot från funktionshinderorganisationerna samt skickas till kommunstyrelsen, rådets ledamöter samt övriga nämnder och beredningar.

Vid rådets sammanträden upprättas protokoll, som justeras av ordförande och en utsedd justerare från representanterna i funktionshinderorganisationerna. Protokollet ska redovisa rådets ställningstaganden och initiativ, liksom de avvikande meningar som kan ha framkommit vid rådets behandling av visst ärende. Ledamot äger rätt att få sin särskilda (avvikande) mening antecknad till protokollet. Protokollet skickas till ledamöter, ersättare och de nämnder och beredningar som berörs i frågor som hanterats av rådet.

Om ordföranden inte kan delta i ett helt sammanträde eller i en del av ett sammanträde träder vice ordförande in som ordförande. Om ordföranden är hindrad att fullgöra uppdraget för en längre tid får kommunfullmäktige utse en annan ledamot att vara ersättare för ordföranden. Ersättaren fullgör ordförandens samtliga uppgifter.

7. Ersättning och kostnader

Kommunen ställer resurser till rådets förfogande för administration och omkostnader för att kunna genomföra verksamheten.

Ersättning till representanter från nämnderna och beredningarna regleras i reglemente rörande ersättning till kommunalt förtroendevalda.

Budget för rådet för funktionshinderfrågor hanteras av sekreteraren.

8. Förändringar i föreskrift reglemente

Rådet för funktionshinderfrågor har rätt att hos kommunstyrelsen kommunfullmäktige lägga fram förslag till ändringar och kompletteringar i denna föreskrift detta reglemente. Föreskriften fastställs av kommunfullmäktige. Ändringar i reglementet beslutas av kommunfullmäktige.

9. Levandegöra (ny punkt)

Protokollet publiceras på kommunens webbplats samt skickas via e-post till ledamöter. Protokollet distribueras till beredningen för trygghet och stöd.

10. Uppföljning (ny punkt)

En årlig utvärdering av årets genomförda sammanträden görs under årets sista sammanträde.

Årlig uppföljning av *Ökad delaktighet 2024–2027 – Plan för genomförande av funktionsbinderpolitik i Kungälv*s kommun.





**KUNGÄLVS
KOMMUN**

Rådet för funktionshinderfrågor

Reglemente

Diarie-/dokumentnummer: KS2023/2523
Beslut: <Datum-...Instans §.../År>
Beredande politiskt organ: Beredningen för Trygghet och stöd
Ersätter tidigare beslut KS2022/2397
Giltighetstid: 2027-12-31
Dokumentansvarig: Rådet för funktionshinderfrågor
Senast uppdaterad av: Sekreterare rådet för funktionshinderfrågor



**KUNGÄLVS
KOMMUN**

Innehållsförteckning

| | |
|---|---|
| 1. Inledning..... | 3 |
| 2. Relation till andra styrdokument..... | 3 |
| 3. Syfte..... | 3 |
| 4. Mål och viljeinriktning..... | 3 |
| 5. Sammansättning av rådet för funktionshinderfrågor..... | 3 |
| 6. Tjänstepersoner och organisation..... | 4 |
| 7. Ersättning och kostnader..... | 4 |
| 8. Förändringar i reglemente..... | 5 |
| 9. Levandegöra..... | 5 |
| 10. Uppföljning..... | 5 |



**KUNGÄLV
KOMMUN**

1. Inledning

Detta dokument beskriver rådet för funktionshinderfrågors mål, arbetsuppgifter, sammansättning, organisation och arbetsformer samt ersättning och kostnader.

2. Relation till andra styrdokument

Reglementet för rådet för funktionshinderfrågor är kopplat till styrdokumentet *Ökad delaktighet 2024–2027 – Plan för genomförande av funktionshinderpolitik i Kungälv kommun*. Reglementet kopplas även till Agenda 2030 genom och mål 10.2 *Minskad ojämlikhet* och mål 16.6 *Bygg effektiva tillförlitliga och transparenta institutioner*.

3. Syfte

Rådet för funktionshinderfrågor ska vara ett organ för samråd och ömsesidig information mellan funktionshinderorganisationerna och kommunala nämnder och beredningar.

Kommuninvånare som har en funktionsnedsättning ska ha möjlighet till inflytande och insyn i handläggningen av frågor av allmän karaktär.

4. Mål och viljeinriktning

Funktionshinderorganisationerna i rådet ges möjlighet att vara remissorgan till kommunfullmäktiges beredningar i frågor som påverkar tillgänglighets- och funktionshinderfrågor och i de frågor som direkt påverkar målgruppens speciella förutsättningar och i den mån det är görligt.

Rådet ska verka för att Kungälv kommun följer FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. En god samverkan ska utvecklas mellan funktionshinderorganisationer och kommunstyrelsen med utskott, nämnder samt kommunfullmäktiges beredningar. Funktionshinderaspekterna ska beaktas på alla områden inom kommunen. Kunskaper, synpunkter och erfarenheter från funktionshinderorganisationerna ska tillvaratas och förmedlas för att öka medvetenheten och förändra attityder inom kommunens organisation som helhet.

Kommunens företrädare skall informera rådet om det funktionshinderpolitiska programmet och arbetet med den årliga handlingsplanen. Inhämta synpunkter i ett så tidigt skede som möjligt så att rådets synpunkter och förslag kan påverka ärendets handläggning i aktuell beredning.

Ordföranden i rådet ansvarar för informationen mellan rådet och kommunfullmäktige. De politiska representanterna i rådet och representanter från funktionshinderorganisationer har ett särskilt ansvar för att sprida information från rådet för funktionshinderfrågor till respektive beredning, nämnd och organisation.

Frågor som avser enskild person får inte behandlas i rådet.

5. Sammansättning av rådet för funktionshinderfrågor

Rådet för funktionshinderfrågors mandattid ska sammanfalla med kommunala nämnders mandattid.

Politiska ledamöter

- Kommunfullmäktige utser tre representanter. Ordförande och vice ordförande från beredningen för trygghet och stöd samt ordförande för beredningen för lärande och kultur
- Kommunstyrelsen utser två representanter. Ordförande för utskottet för trygghet och stöd och ordförande för utskottet för bildning och lärande

Totalt 5 politiker och detta ingår i respektive uppdrag. Ordförande i beredningen för trygghet och stöd är tillika ordförande i rådet för funktionshinderfrågor.

Politiska ledamöter i rådet ansvarar för att en ersättare kommer vid ordinaries frånvaro.



**KUNGÄLV
KOMMUN**

Funktionshinderorganisationerna utser högst 14 ledamöter som i möjligaste mån speglar följande funktionshindergrupper:

- Att se
- Att höra
- Att röra sig
- Att bearbeta, tolka och förmedla information
- Att tåla vissa ämnen
- Psykisk ohälsa

Rådet får i särskilda frågor adjungera personer från organisationer, styrelser, nämnder och förvaltningar.

6. Tjänstepersoner och organisation

Rådet för funktionshinderfrågor är organisatoriskt knutet till kommunfullmäktige. Ordföranden utses av kommunfullmäktige. Rådet utser vid varje års första sammanträde vice ordförande från funktionshinderorganisationerna. Sektorchef för trygghet och stöd utser sekreterare.

Rådet skall ha en beredningsgrupp som förbereder ärenden och föreslår dagordning/kallelse för rådets möten. Beredningsgruppen består av rådets ordförande, vice ordförande samt sektorchef för trygghet och stöd och sekreteraren i rådet.

Beredningsgruppen fastställer årets mötestider.

Kommunens politiker i rådet ska informera rådet om planer och förändringar av samhällsinsatsernas utformning och organisation som berör personer med funktionsnedsättning och inhämta synpunkter i ett så tidigt skede att rådets synpunkter och förslag kan påverka ärendets handläggning i aktuellt utskott och styrelse.

Rådet för funktionshinderfrågor sammanträder fyra gånger per år, två gånger på våren och två gånger på hösten. Rådet kan även hålla två utbildningstillfällen per år i aktuella frågor vid behov. Ett möte kan ställas in om ordföranden finner det nödvändigt.

Ordföranden ansvarar för att kallelse utfärdas till sammanträdena. Kallelsen ska vara skriftlig och innehålla uppgift om tid och plats för sammanträdet samt föredragningslista. Kallelsen ska skickas till alla ledamöter senast en vecka före sammanträdesdagen.

Vid rådets sammanträden upprättas protokoll, som justeras av ordförande och en utsedd justerare från representanterna i funktionshinderorganisationerna. Protokollet ska redovisa rådets ställningstaganden och initiativ, liksom de avvikande meningar som kan ha framkommit vid rådets behandling av visst ärende. Ledamot äger rätt att få sin särskilda (avvikande) mening antecknad till protokollet. Protokollet skickas till ledamöter, ersättare och de nämnder och beredningar som berörs i frågor som hanterats av rådet.

Om ordföranden inte kan delta i ett helt sammanträde eller i en del av ett sammanträde träder vice ordförande in som ordförande. Om ordföranden är hindrad att fullgöra uppdraget för en längre tid får kommunfullmäktige utse en annan ledamot att vara ersättare för ordföranden. Ersättaren fullgör ordförandens samtliga uppgifter.

7. Ersättning och kostnader

Kommunen ställer resurser till rådets förfogande för administration och omkostnader för att kunna genomföra verksamheten.

Ersättning till representanter från nämnderna och beredningarna regleras i reglemente rörande ersättning till kommunalt förtroendevalda.



**KUNGÄLVS
KOMMUN**

8. Förändringar i reglemente

Rådet för funktionshinderfrågor har rätt att hos beredningen för trygghet och stöd framlägga förslag till ändringar och kompletteringar i detta reglemente. Ändringar i reglementet beslutas av kommunfullmäktige.

9. Levandegöra

Protokollet publiceras på kommunens webbplats samt skickas via e-post till ledamöter. Protokollet distribueras till beredningen för trygghet och stöd.

10. Uppföljning

En årlig utvärdering av årets genomförda sammanträden görs under årets sista sammanträde.

Årlig uppföljning av *Ökad delaktighet 2024–2027 – Plan för genomförande av funktionshinderpolitik i Kungälv kommun.*

Tjänsteskrivelse

1(3)

Handläggares namn
Kristina Borg och Eva Söderholm

4/2/2024

Sektor Trygghet och stöds Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2023 (Dnr KS2024/0391)

Sammanfattning

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska verksamheten systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen är att ge en samlad bild av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i verksamheten under året som gått. Det blir också ett underlag till planeringen av fortsatt systematiskt kvalitetsarbete under kommande år.

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet följer ett årshjul där planering och genomförande av åtgärder, analys av avvikelser och egenkontroller, identifiering av risker och riskbedömning systematiskt utförs. Arbetet bedrivs parallellt med analyser och utvärdering för innevarande år, samtidigt med planering och riskbedömning för kommande år.

Under året har en ny modul för att hantera avvikelser implementerats.

Arbetet med sektorns kompetensförsörjningsplan har fortsatt. Planen utgår från den kommunövergripande strategin och grundas i Sveriges Kommuner och regioners (SKR) nio strategier för att möta kompetensutmaningen samt ARUBA-modellen.

En utbildning i kvalitets och patientsäkerhetsarbete för enhetschefer och legitimerad personal har slutförts under året.

Fortsatt arbetas det med informationssäkerhet genom kontinuitetsplaner och genom att riskbedöma och klassa sektorns olika system.

Inom funktionsstöd har det genomförts en större brukarundersökning.

Vidare har verksamheten haft fortsatt fokus på att förebygga fortsatt smittspridning och sjukdom i Covid -19 hos de mest sjuka äldre, i kommunal hälso- och sjukvård, på vård och omsorgsboende och i ordinärt boende.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen finns tillgänglig (efter beslut) på kommunens hemsida för den som önskar ta del av den.

Sektor Trygghet och stöd föreslår att den upprättade Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för 2023 godkänns.

Juridisk bedömning

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska verksamheten systematiskt och fortlöpande utveckla och

SEKTORSTÖD TRYGGHET OCH STÖD**KUNGÄLV
KOMMUN**

ADRESS Stadshuset · 442 81 Kungälv
TELEFON 0303-23 80 00
FAX 0303-190 35
E-POST kommun@kungalv.se
HEMSIDA www.kungalv.se

säkra kvaliteten. Enligt Patientsäkerhetslagen ska vårdgivare senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits, vilka åtgärder som vidtagit för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts.

Förvaltningens bedömning

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska verksamheten systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen är att ge en samlad bild av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i verksamheten under året som gått. Det blir också ett underlag till planeringen av fortsatt systematiskt kvalitetsarbete under kommande år.

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet följer ett årshjul där planering och genomförande av åtgärder, analys av avvikelser och egenkontroller, identifiering av risker och riskbedömning systematiskt utförs. Arbetet bedrivs parallellt med analyser och utvärdering för innevarande år, samtidigt med planering och riskbedömning för kommande år.

Under året har en ny modul för att hantera avvikelser implementerats och utbildningsinsatser, muntligt och digitalt, har givits till alla enhetschefer och verksamhetschefer.

Arbetet med sektorns kompetensförsörjningsplan har fortsatt. Planen utgår från den kommunövergripande strategin och grundas i Sveriges Kommuner och regioners (SKR) nio strategier för att möta kompetensutmaningen samt ARUBA-modellen (modell inom HR - Attrahera, Rekrytera, Utveckla, Behålla och Avveckla) som beskriver hur verksamheterna ska arbeta med att attrahera, rekrytera, utveckla, behålla och avveckla medarbetare.

Fortsatt arbetas det med informationssäkerhet genom kontinuitetsplaner och genom att riskbedöma och klassa sektorns olika system. Kontinuitetsplaner för utförarverksamheter och kommunal hälso- och sjukvård är framtagna och fysiska pärmar finns på alla enheter. Beredskapslager hanteras främst av verksamheterna med beredskap för en månadsförbrukning.

En utbildning har slutförts i början av året för enhetschefer och legitimerad personal i Kvalitet- och patientsäkerhetsarbete. Utbildningens fokus har bland annat varit på ansvaret för såväl brukarsäkerhet som patientsäkerhet, kvalitetsledningsuppdraget, teamledning, avvikelshantering, riskanalyser och resultatanalyser.

Under året har det fortsatt varit fokus på att förebygga fortsatt smittspridning och sjukdom i Covid -19 hos de mest sjuka äldre, i kommunal hälso- och sjukvård, på vård och omsorgsboende och i ordinärt boende.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen finns tillgänglig på kommunens hemsida för den som önskar ta del av den.

Ärendenivåer – bedömning utifrån kommunfullmäktiges strategiska mål eller kommunstyrelsens resultatmål

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet relaterar till kommunfullmäktiges strategiska mål gällande en trygg omsorg med valmöjligheter genom hela livet.

Bedömning utifrån miljö, hållbarhet och mål i Agenda 2030

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet relaterar till globala mål i Agenda 2030 för hållbar utveckling genom mål 3 "God hälsa och välbefinnande".

Bedömning utifrån politiska styrdokument

Följande styrdokument relaterar till kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet; Kostpolicy, program för social hållbarhet, äldreplan och plan för det funktionshinderpolitiska arbetet.

Bedömning utifrån ett medborgar- och brukarperspektiv

Det arbete som görs inom socialtjänst och hälso- och sjukvård riktas direkt till brukare och medborgare och ska vara av god kvalitet och ge en trygg och säker vård och omsorg.

Bedömning utifrån ett medarbetarperspektiv

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen utgår främst från ett medborgar- och brukarperspektiv. Medarbetare berörs främst genom utförande av kvalitativt vård och omsorg.

Ekonomisk bedömning

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet medför inte ökade kostnader då arbetet bedrivs inom ram.

Förslag till beslut

Sektor Trygghet och stöds Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för 2023 godkänns.

Lena Arnfelt
Sektorchef Trygghet och stöd

Anna Mårtén
Verksamhetschef Hälso- och sjukvård

Expedieras till:
Lena Arnfelt
Anna Mårtén

För kännedom till:
Kristina Borg
Eva Söderholm



**KUNGÄLVS
KOMMUN**



Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2023



Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| 1 Inledning..... | 4 |
| 1.1 Kvalitet..... | 4 |
| 1.2 Patientsäkerhet..... | 4 |
| 1.3 Syfte..... | 4 |
| 2 Sammanfattning..... | 5 |
| 3 Grundläggande förutsättningar för god kvalitet och säker vård..... | 6 |
| 3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning..... | 6 |
| 3.1.1 Övergripande mål och strategier för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet..... | 6 |
| 3.1.2 Organisation och ansvar i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet..... | 8 |
| 3.1.2.1 Samverkan..... | 10 |
| 3.1.2.2 Samverkan för att förebygga vårdskador och kvalitetsbrister..... | 10 |
| 3.1.2.3 Informationssäkerhet..... | 11 |
| 3.2 Adekvat kunskap och kompetens..... | 11 |
| 3.3 Patient, brukare och närstående som medskapare..... | 12 |
| 4 Agera för god kvalitet och säker vård..... | 14 |
| 4.1 Egenkontroll..... | 14 |
| 4.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador och missförhållanden..... | 16 |
| 4.2.1 Vårdskada/Lex Maria..... | 16 |
| 4.2.2 Lex Sarah..... | 16 |
| 4.3 Tillförlitliga och säkra system och processer..... | 17 |
| 4.4 Säker vård och omsorg..... | 17 |
| 4.4.1 Riskhantering..... | 19 |
| 4.5 Stärka analys, lärande och utveckling..... | 20 |
| 4.5.1 Avvikelser..... | 21 |
| 4.5.2 Klagomål och synpunkter..... | 22 |
| 4.5.3 Brukarundersökningar..... | 23 |
| 4.5.4 Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK)..... | 23 |
| 4.5.4.1 Stöd och omsorg..... | 23 |
| 4.5.5 Öppna jämförelser..... | 23 |
| 4.5.5.1 Äldreomsorg..... | 24 |
| 4.5.5.2 Social barn- och ungdomsvård..... | 24 |
| 4.5.5.3 Missbruks- och beroendevård..... | 24 |



**KUNGÄLVS
KOMMUN**

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 4.5.5.4 | Motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden | 24 |
| 4.5.5.5 | Våld i nära relationer | 24 |
| 4.5.5.6 | Stöd till personer med funktionsnedsättning, LSS..... | 24 |
| 4.5.5.7 | Stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning – Socialpsykiatri..... | 25 |
| 4.5.5.8 | Krisberedskap inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård | 25 |
| 4.5.5.9 | Kommunal hälso- och sjukvård | 25 |
| 4.5.6 | Ej verkställda beslut | 25 |
| 4.6 | Öka riskmedvetenhet och beredskap..... | 26 |
| 5 | Mål, strategier och utmaningar för kommande år..... | 27 |



**KUNGÄLV
KOMMUN**

1 Inledning

1.1 Kvalitet

I Socialtjänstlagen (SoL) 3 kap § 3 framgår att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. För utförande av socialnämndens uppgifter ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvalitet i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) § 6 innehåller motsvarande bestämmelse. Även hälso- och sjukvårdslagen (HSL) lyfter fram kraven på god vård och god kvalitet (HSL 2 a §).

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 menas med kvalitet att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

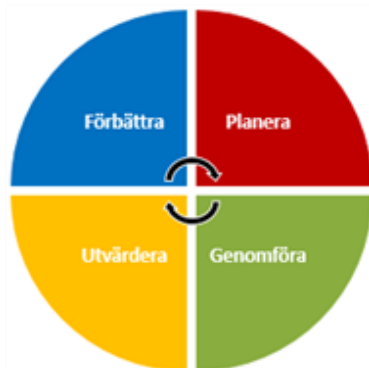
Utifrån ovanstående lagstiftning och föreskrifter ska verksamheten systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Arbetet med detta ska dokumenteras.

1.2 Patientsäkerhet

Enligt 3 kap Patientsäkerhetslagen (2010:659) har vårdgivaren skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Detta innebär att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen upprätthålls. Enligt 3 kap. 10 § samma lag ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts. Berättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

1.3 Syfte

Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen är att ge en samlad bild av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i verksamheten under året som gått. Detta blir också ett underlag till planeringen av fortsatt systematiskt kvalitetsarbete under kommande år.



Vårdgivaren (enligt HSL) eller den som bedriver socialtjänst bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå hur det systematiska arbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet samt vilka resultat som har uppnåtts.



2 Sammanfattning

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska verksamheten systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen är att ge en samlad bild av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i verksamheten under året som gått. Det blir också ett underlag till planeringen av fortsatt systematiskt kvalitetsarbete under kommande år.

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet följer ett årshjul där planering och genomförande av åtgärder, analys av avvikelser och egenkontroller, identifiering av risker och riskbedömning systematiskt utförs. Arbetet bedrivs parallellt med analyser och utvärdering för innevarande år, samtidigt med planering och riskbedömning för kommande år.

Avvikelser

Revidering av process och rutin för avvikelshantering har tagits fram och publicerats i Kvalitetsledningssystemet och utbildning i ny avvikelsem modul har skett under våren.

Personal- och kompetensförsörjning

Att hitta rätt kompetens är välfärdens största utmaning. Det kräver nya arbetssätt och att tillvarata och utveckla kompetensen hos de befintliga medarbetarna.

Covid - 19

Rutinerna har uppdaterats regelbundet när förändringar och rekommendationer har skett från Vårdhygien.

Agera för säker vård

En nulägesanalys är genomförd utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan kring Agera för säker vård.

Myndighet

Socialtjänsten har ett ansvar att stödja, hjälpa och skydda barn som riskerar en ogynnsam utveckling eller riskerar att fara illa. Ett särskilt fokus under året har varit riktat mot skolverksamheten. En samverkansform är SSPF (Skola, Socialtjänst, Polis och Fritid).

Öppna jämförelser

Socialstyrelsen publicerar årligen öppna jämförelser utifrån en mängd indikatorer som visar på kvalitet inom socialtjänst och hälso- och sjukvård i hela Sverige. Öppna jämförelser ger insyn och kan användas för analys, uppföljning och utveckling inom verksamheterna.

Sociala myndighetsnämnden har en skyldighet enligt socialtjänstlagen (SoL) och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) att rapportera alla gynnande beslut om bistånd som inte har verkställts inom tre månader från dagen för beslutet. Här rapporteras att det ökat med individer inom äldreomsorgen som inte fått erbjudande om särskilt boende inom tre månader från beslut.



3 Grundläggande förutsättningar för god kvalitet och säker vård

3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

En engagerad ledning och tydlig styrning av socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård är avgörande för kvalitet och säker vård på alla nivåer. Det gäller från den nationella nivån till operativa chefer och ledare i den brukar- och patientnära verksamheten.

3.1.1 Övergripande mål och strategier för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Uppföljning av Sektorns mål och strategier 2023

Kvalitetsledningssystemet

Revidering av Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete fortgår och likaså arbetet med att göra det känt ute i verksamheterna. Beslutade rutiner publiceras och revidering av tidigare rutiner sker kontinuerligt.

Systematiskt kvalitetsarbete i Stratsys

I modulen följs det systematiskt kvalitetsarbetet upp och dokumenteras. Bland annat görs riskanalyser, åtgärder tas fram och beslutade egenkontroller följs upp.

Avvikelser

Revidering av process och rutin för avvikelshantering har tagits fram och publicerats i Kvalitetsledningssystemet och utbildning i ny avvikelsemodul har skett under våren.

Individens behov i centrum (IBIC)

IBIC har påbörjats inom funktionsstöds verksamheter och repetition har genomförts inom övriga sektorn. Nya beslut inom Äldreomsorg och Funktionsstöd fattas enligt IBIC.

Hälso- och sjukvård

En nulägesanalys är genomförd utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan kring Agera för säker vård. Nulägesanalysen mynnade ut i en lokal handlingsplan med tre teman, dagligt patientsäkerhetsarbete, förebyggande arbete och patienters delaktighet.

Omställning Nära vård

I samarbete med vårdcentralerna i kommunen har ett förebyggande arbete påbörjats med PROaktiv SIP (samordnad individuell planering) vid demenssjukdom, där den enskilde och dess anhöriga i ett tidigt skede vid demensdiagnos får kontakt och information från både region och kommun i syfte att trygga den enskilde och anhöriga. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter har genomfört utbildningar i vardagsrehabilitering. Ett lärande kring varandras verksamheter och behov stärker samverkan och förståelse mellan organisationerna.

Korttidsenhet

Kommunen har under året startat upp en korttidsenhet i tidigare tomma lokaler på Kungälv sjukhus. Kommunen hyr lokalerna i 18 månader och det finns plats för 14 patienter.

Demensteam

Inom demensområdet har två sjuksköterskor, en arbetsterapeut och en fysioterapeut påbörjat sin magisterutbildning för att stärka den interna kompetensen och omvårdnaden av personer med demenssjukdom. Verksamheten fortsätter med att utveckla arbetet med demensteamet och med fler professioner.



KUNGÄLVS KOMMUN

Dietist

Har under året haft utbildning i "Måltider och Värdskep" med köks- och omsorgspersonal inom äldreboenden. Nattfastemätning har genomförts på Ytterbyhemmet och uppföljning för all personal med samtidig utbildning har påbörjats.

Utbildning gentemot LSS "Bra mat för alla" har genomförts vid sex utbildningstillfällen. Revidering av metodstöd för måltider inom funktionsstöd är färdigställt och implementering pågår. Utbildning gentemot äldreomsorgen "Bra mat för äldre" har genomförts vid sex tillfällen.

Tandvård

Under året har sektorn haft en TAIK (tandvård i kommunal verksamhet) som haft i uppdrag att stötta verksamheterna med framtagande av rutiner och utbildningar. Sektorn arbetar med att säkerställa att berättigade personer får erbjudande om årlig munhälsobedömning och intyg om Nödvändig tandvård. Även Folktandvården ansvarar för att utföra utbildningar i personalgruppen. Sektorn har som mål att öka antalet intyg.

Parkeringsstillstånd

En utmaning för personal inom kommunal primärvård och hemtjänst är parkeringsmöjligheter och parkeringsstillstånd. Det kan betyda att insatser exempelvis såsom smärtlindring och besök fördröjs. Tyvärr har inga framsteg nåtts i denna fråga utan utmaningen är fortfarande lika stor för detta år.

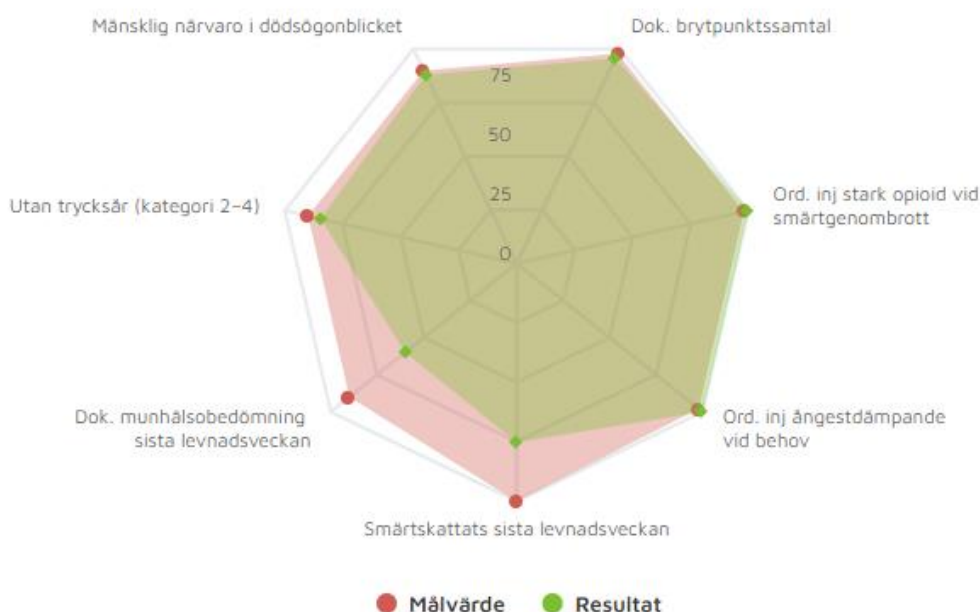
Personal- och kompetensförsörjning

Att hitta rätt kompetens är välfärdens största utmaning. När arbetskraften inte räcker till går det inte att möta kompetensutmaningen enbart genom att rekrytera fler, istället behövs nya arbetssätt och att tillvarata och utveckla kompetensen hos de befintliga medarbetarna. Kommunen behöver fortsatt arbeta med digitalisering.

Palliativ vård

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12





Palliativ vård i olika skeenden är ett av huvuduppgifterna för den kommunala vården. Verksamheten följer kvalitetsparametrar kring den palliativa vården genom det nationella kvalitetsregistret Svenskt palliativregister. Den röda nätfältet visar kvalitetsregistrets målvärde och det gröna nätet visar på Kungälvs kommunsresultat. Verksamheten har följt utvecklingen och genomförde 2022 riktade utbildningar inom munhälsobedömningar för den legitimerade personalen. Det visar sig att munhälsobedömningen har ökat från 45% till 60%. Aktiviteten visar att de enskilda erhåller smärtlindring samt ångestdämpande men verksamheten behöver förbättra dokumentationen av smärtskattning, även här ser vi förbättrade resultat under 2023 med en ökning på 10 procentenheter.

Rehabilitering

Högintensiv träning för seniorer (HIFE) startades upp under 2022. Seniorer på två olika vård- och omsorgsboenden har under sex veckors tid ingått i programmet som leds av två fysioterapeuter. Projektet har slagit väl ut och visat på både upplevd ökad styrka och rörlighet. Projektet fortlöpte under våren 2023 på vård- och omsorgsboendet Båtsmansgårde med ett positivt slutresultat. Projekt "Vardagsrehabilitering" har under senare delen av året startats upp med hjälp av statliga medel inom Nära Vård.

Covid - 19

Sektorn har sedan 2020 arbetat med att följa rutiner och handlingsplaner för att förebygga smitta utifrån Covid. Rutinerna har uppdaterats regelbundet när förändringar och rekommendationer har skett från Vårdhygien. Rutinerna delges även de privata utförarna.

Stor vikt läggs kring basala hygienrutiner och att all personal i vården följer dem. Där är alltid enhetschefen ytterst ansvarig för efterlevnad av hygienrutinerna. Fram till februari 2023 gällde source control dvs. munskydd hela tiden för personal.

Sektorn såg en liten ökning av antal Covidfall under februari och mars men under våren och sommaren var det få insjuknade. Under november och december ökade fallen kraftigt både i samhället och några utbrott på boende inom äldreomsorg och funktionsstöd. Då årets år är mer smittsam än tidigare så drabbas både patienter/brukare och personal. Det förekommer fortfarande provtagning på patientgrupper som riskerar att drabbas hårt.

Sektorn har haft möten minst varannan vecka med de fem olika vårdcentralerna för att diskutera smittläge och vaccinationer. Vaccinationer mot Covid och säsongsinfluensa har givits på boende med start från vecka 43 med god efterlevnad. Även personal har genom företagshälsövarden erbjudits vaccinationen för att skydda våra äldre.

3.1.2 Organisation och ansvar i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Medarbetare

Alla medarbetare har ansvar för att kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

- känna till och arbeta efter gällande processer och styrdokument
- delta i framtagande, tillämpning och vidareutveckling av processer, styrdokument och arbetsmetoder
- bidra aktivt i kvalitetsarbetet på enheten
- känna till och följa rapporteringsskyldigheten

Vård- och omvårdnadspersonal

Omvårdnadspersonal betraktas som hälso- och sjukvårdspersonal då de utför en insats på instruktion eller delegering av sjuksköterska, fysioterapeut eller arbetsterapeut.



Legitimerad personal

Har ett särskilt yrkesansvar som bland annat innebär att arbetet ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, vidare finns en skyldighet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, i syfte att bibehålla en hög patientsäkerhet. Utöver legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är även personal som utför delegerade uppdrag efter erhållen delegering av legitimerad personal, hälso- och sjukvårdspersonal.

Enhetschef

Ansvarar för att verksamhetens rutiner och riktlinjer är kända inom sin enhet samt att ny personal får adekvat introduktion för att utföra uppdragen och har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Enhetschefen är också ansvarig för avvikelshanteringen på sin enhet samt för teamsamverkan. Båda dessa ansvarsområden är centrala för en säker vård.

Verksamhetschef Hälso- och sjukvård

Enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska verksamheten säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamhetens fastställda rutiner. I ansvaret ingår att säkerställa att resursanvändning och bemanning ger förutsättningar för en god och säker vård samt för att kunna bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)/ medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

MAS är reglerad i lag och förordning. MAS ska ansvara för att patienter får en säker och ändamålsenligt hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens område. Den medicinskt ansvarige för rehabilitering (MAR) har jämförbart uppdrag med MAS inom området rehabilitering. I uppdraget ingår uppföljning och redovisning till ansvarig nämnd. MAS och MAR har delegation från nämnden att anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Sedan hösten har kommunen ingen utsedd MAR.

Verksamhetschef

Har ett helhetsansvar för sina respektive områden. De ansvarar bland annat för att den personal och utrustning som krävs finns och att personalen känner till och följer gällande riktlinjer och rutiner. Vidare ingår ansvar för att adekvat introduktion och kompetensutveckling ges samt för att riskanalyser genomförs inför större förändringar i verksamheten. Verksamhetschefen ansvarar för att med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera och följa upp sin verksamhet.

Socialt ansvarig samordnare (SAS)

Ansvarar för att brukaren får en säker och ändamålsenlig vård och omsorg av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Ansvarar för att kvalitetsgranska och utreda missförhållanden samt att kvalitetsutveckla socialtjänsten.

Sektorchef

Ska inom ramen för ledningssystemet och socialnämndens ansvar ta fram, fastställa och dokumentera processer och rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas, följas upp och förbättras. Sektorchef har ett övergripande ansvar för att det i ledningssystemet för kvalitet finns rutiner för egenkontroll och riskanalys.

Kommunstyrelsen (KS)

I Kungälv är kommunstyrelsen (KS) vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30) och har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård. KS ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård och omsorg upprätthålls. KS ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.



3.1.2.1 Samverkan

Både huvud-, stöd- och ledningsprocesser finns sedan tidigare beskrivna i kvalitetsledningssystemet och det finns rutiner kopplade till processerna. Flera av rutinerna beskriver samverkan inom och mellan olika verksamheter och enheter, t ex anhörigstöd - hälso- och sjukvård - myndighet.

Samverkan i närområdet med Kungälv sjukhus, vårdcentraler och samverkansorganisationen för hälsa och den nära vården i Ale, Kungälv, Stenungsund och Tjörn (SIMBA) sker regelbundet för att bland annat stämma av flödet av in- och utskrivningsprocessen samt övriga övergripande planeringsfrågor som berör samtliga. Närvårdsamverkan (SIMBA) sker på såväl politisk- och förvaltningsnivå som på konkret verksamhetsnivå. Samverkan på politisk och ledningsnivå skapar legitimitet och struktur.

MAS medverkar i samverkansmöten MAS/MAR genom Göteborgsregionen (GR) där kranskommuner och Göteborg ingår.

MAS och verksamhetschef HSL samverkar med MAS och verksamhetschefer i SIMBA kommunerna.

På närområdesmöten (NO) medverkar kommun, offentliga vårdcentraler, privata vårdcentraler, psykiatri, primärvårdsrehab, tandvård och Kungälv sjukhus. På dessa möten lyfts nyheter upp och samverkansformer. Det är även ett forum för avvikelser i samverkan och förbättringsområden

SAS medverkar kontinuerligt i ett lokalt SAS-nätverk samt i ett större nationellt SAS-nätverk.

Ett kvalitetsråd inom sektorn har startats upp. Deras uppdrag är att vara rådgivande vid revidering av Kvalitetsledningssystemet, processerna och rutinerna. De ska även vara rådgivande i det systematiska kvalitetsarbetet (tex i kvalitetsfrågor, riktlinjer, rutiner mm) och stötta sina kollegor och vara sakkunniga och påminna om det systematiska kvalitetsarbetet i Stratsys. Medverkar gör bland annat enhetschefer från de olika verksamheterna, MAS, SAS, utvecklingsledare i kvalitet, metodutvecklare och övriga professioner. Återkoppling har skett fortlöpande till sektorledningen.

3.1.2.2 Samverkan för att förebygga vårdskador och kvalitetsbrister

Agera för säker vård

En nulägesanalys är genomförd utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan kring Agera för säker vård. Nulägesanalysen mynnade ut i en lokal handlingsplan med tre teman, dagligt patientsäkerhetsarbete, förebyggande arbete och patienters delaktighet. Dessa teman kommer att följas under 2024 med utbildningsinsatser och strukturerat arbetssätt med Senior Alert.

Lagen om valfribetsystem (LOV) och Lagen om offentlig upphandling (LOU).

Kommunen har privata utförare både inom stöd i ordinärt boende och boende som skriver en egen patientsäkerhetsberättelse. Sektorn har samverkansmöten med de privata utförarna två till fyra gånger per år och avtalsuppföljning en gång per år.

Myndighet

Socialtjänsten har ett ansvar att stödja, hjälpa och skydda barn som riskerar en ogynnsam utveckling eller riskerar att fara illa. Ett särskilt fokus under året har varit riktat mot skolverksamheten och polisen i Kungälv kommun. En samverkansform är SSPF (Skola, Socialtjänst, Polis och Fritid).

Teammöten

Ett omtag för teamsamverkan har genomförts och rutin har reviderats och fastställts inom sektorn. Rutinen ska tydliggöra arbetssätt, roller och ansvar i samverkan. Flera verksamheter arbetar aktivt med det och det har på dessa ställen lett till ett bra samarbete med fokus på brukare/patient.

I samverkan med SoU (sambälle och utveckling) har en rutin tagits fram i sektorn för att förebygga Legionella.



**KUNGÄLV
KOMMUN**

3.1.2.3 Informationssäkerhet

Klassning av olika verksamhetsystem

Ett årshjul har under året tagits fram för att få in arbetet med informationssäkerhet än mer i det ordinarie arbetet. Säkerhetsgranskningar genomförs enligt årshjulet. Personal som medverkade på säkerhetsgranskningarna var enhetschefer, omvårdnadspersonal, systemförvaltare, SAS, MAS och digitaliseringsledare.

Kontinuitetsplaner

Kontinuitetsplaner för myndighet, utförarverksamheter och kommunal hälso- och sjukvård är framtagna och fysiska pärmar finns på alla enheter. Pärmarna har kompletterats vid uppdateringar.

Avbrott i verksamhetsystemet Treserva

Det har varit fyra planerade avbrott, 12 januari, 20 april, 10 oktober och 13 december, samt ett oplanerat avbrott. Verksamheterna har under tiden för avbrott inte kommit åt uppgifter i Treserva utan arbetade istället enligt kontinuitetsplanen.

Övriga avbrott

Under ett dygn pågick ett avbrott som gällde skrivare. Dessa var ej tillgängliga och till exempel kunde inte läkemedelslistor från Pascal skrivas ut.

3.2 Adekvat kunskap och kompetens

Kompetensförsörjningsplan

Under året har arbetet med sektorns kompetensförsörjningsplan fortsatt. Planen utgår ifrån den kommunövergripande planen och grundas i Sveriges Kommuner och regioners (SKR) nio strategier för att möta kompetensutmaningen samt ARUBA-modellen (modell inom HR - Attrahera, Rekrytera, Utveckla, Behålla och Avveckla) som beskriver hur verksamheterna ska arbeta med att attrahera, rekrytera, utveckla, behålla och avveckla medarbetare.

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Utbildning i Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete genomfördes under 2022/2023 via GR för samtliga enhetschefer och legitimerad personal. Inom de flesta områden har teamträffarna förbättrats och den interna samverkan har stärkts.

ViSam

Den legitimerade personalen använder sig av VISAM beslutsstöd i sitt arbete med bedömning av vilken vårdnivå som patienten ska vårdas. I samverkan mäts regelbundet om patienter vårdas på rätt vårdnivå genom att följa de patienter som skickats till sjukhus. Resultaten under 2023 visade fortsatt på förbättrade resultat som vi härleder till utbildningsinsatser som genomfördes 2022.

Förflyttningsteknik

Under året har förflyttningsteknikutbildningar genomförts som planerat. Utbildningen vänder sig till omvårdnadspersonal inom hemtjänst, vård- och omsorgsboende samt funktionsstöd. Under året har 259 medarbetare genomfört utbildningarna. Utöver det har vård och omsorgsutbildningarna på Komvux och Mimerns gymnasium köpt fem utbildningstillfällen. Sommarvikarier har med hjälp av digitalt material kunnat genomgå utbildning som komplement till övrig utbildning. Utvärdering via digital enkät visar på hög deltagarnöjdhet.

Rehabombudsutbildning inom vård- och omsorgsboenden

Utbildning för rehabombuden har genomförts under året vid två tillfällen med totalt 23 ombud. Syftet med utbildningen är att öka kunskapen kring grundutrustning och hjälpmedelshantering men också för att ge ökad förståelse för vad vardagsrehabilitering innebär.



CRAFT (Community Reinforcement Approach and Family Training)

Två av anhängstöderna (anhörigstöd för anhöriga till närstående under 65 år) har under året gått CRAFT utbildning med syfte att lära anhöriga att förändra dynamiken i relationen med närstående. Samtalsmetod har implementerats under året. CRAFT rekommenderas i Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer som insats för anhöriga.

BPSD (beteendemässiga och psykiska symptom vid demens)

Under året har legitimerad personal gått utbildningar i BPSD och har påbörjat internutbildningar för omsorgspersonal som arbetar med personer med demenssjukdom. Syfte och mål med BPSD-registret är att genom multiprofessionella personcentrerade vårdåtgärder minska BPSD och därigenom öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom/kognitiv sjukdom.

Läkemedelsutbildningar

Inför delegering genomförs internutbildningar av legitimerad personal för den personal som ska få en delegering. Utbildningen sker i flera steg och avslutas med ett kunskapstest och ett praktiskt test på respektive arbetsplats med ansvarig sjuksköterska. 844 personer har anmälts till utbildningar, det har givits utbildning vid 32 tillfällen.

Hygienutbildningar

Hygienutbildningar har erbjudits för hygienombud, enhetschefer och privata utförare i hemtjänst vid tre tillfällen under hösten. Utbildningen hölls av MAS, hygiensjuksköterskan och ansvarig fysioterapeut. Nytt för i år var att fysioterapeut medverkade och framförde vikten av rengöring av förskrivna hjälpmedel ur ett hygienperspektiv och säkerhet. Alla fick möjlighet att göra handdesinfektion på ett rekommenderat sätt och sedan testa i en HandCheck som är ett hjälpmedel för kontroll av handhygien. Genom att belysa händerna kan man på ett tydligt sätt se kvaliteten på sin handdesinfektion.

Förskrivning av tandvårdskort

Kommunen ansvarar för att identifiera personer som har rätt till tandvårdskort. Personer med stora omvårdnadsbehov och /eller LSS-insats har rätt till det. Förskrivare av tandvårdskort genomgår en digital utbildning för att få lov att förskriva.

Social dokumentationsutbildning

Utbildning för omsorgshandledare, dokumentationshandledare och stödpedagoger har genomförts med syfte att säkerställa grundkompetensen inom social dokumentation. Utbildningar i dokumentation grund och fortsättning har genomförts vid flera tillfällen under våren och hösten.

Äldreomsorgslyftet

Under året har fem chefer inom äldreomsorgen gått utbildning, antingen enstaka kurser eller hela programmet, inom äldreomsorgslyftet i syfte att höja kompetensen i ledningsgruppen med fokus på ledarutbildning. Utbildningen har erbjudits på arbetstid motsvarande 25%. Utbildning pågår även via äldreomsorgslyftet för validering av omsorgspersonal där 23 medarbetare blev färdiga undersköterskor under 2023. Ytterligare 41 medarbetare studerar antingen till undersköterska eller specialistundersköterska. Det har inneburit ett värdefullt kunskapslyft. Validering har även kommit i gång för LSS under året genom medel från KOM-KR (Omställningsfonden).

3.3 Patient, brukare och närstående som medskapare

Anhörigstöd för närstående över 65 år

Anhörigstödet – Hälsofrämjande förebyggande enheten Anhörigstödet vänder sig till anhöriga vuxna medborgare som vårdar eller stöttar närstående. Stöd och samtal riktar sig till anhöriga med närstående under 65 år (över 18 år) med missbruksproblematik, psykisk ohälsa och funktionsnedsättningar samt till anhöriga med närstående över 65 år med kognitiva nedsättningar så som vid demenssjukdom, stroke och Parkinson sjukdom.



**KUNGÄLV
KOMMUN**

Anhörigstödet har som tidigare erbjudit individuella samtal, olika typer av anhöriggrupper, föreläsningar och studiecirkel samt vissa riktade aktiviteter så som rekreationsdagar under 2023.

Under året har anhörigstödet samverkat och informerat om verksamheten på vårdcentraler, hos bistånd/myndighet, sköterskeheten, rehabenheten hemsjukvården, psykiatrimottagningen Kungälv sjukhus samt seniorföreningar.








Anhörigstödet för de med närstående under 65 år har ökat något under året till över 400 samtal.

Anhörigstödet för de med närstående över 65 år har genomfört 140 enskilda samtal.



4 Agera för god kvalitet och säker vård

4.1 Egenkontroll

| Egenkontroll | Bedömning | Kommentar |
|---|----------------|--|
|  Händelselogg Treserva | Godkänd | Utförda händelseloggar är godkända men samtliga enheter inom alla verksamhetsområden har inte registrerat om kontroll är utförd. |
|  Frågeformulär - Munhälsobedömning | Godkänd | Frågeformulär munhälsobedömning har skickats ut till biståndsenheten. Utifrån svar på frågor är bedömningen att resultatet är godkänt. |
|  Checklista för vårdhygienisk egenkontroll (VoB) | Delvis godkänd | Checklistan har skickats ut till totalt 11 enheter inom vård- och omsorgsboende. Samtliga har svarat. Checklistan har även besvarats gemensamt av verksamhetsområdena LSS och Hälso- och sjukvård. Bedömningen sammanvägt är att resultatet delvis är godkänt. |
|  Checklista för vårdhygienisk egenkontroll (sio) | Godkänd | Checklistan har skickats ut till totalt 12 enheter. Samtliga har svarat. Bedömningen sammanvägt för verksamhetsområdet är att resultatet är godkänt. |
|  Frågeformulär - Kost | Godkänd | Frågeformuläret har skickats ut till 41 enheter inom verksamhetsområdena Vård och omsorgsboende samt LSS-boende och daglig verksamhet. 29 enheter har svarat vilket ger en svarsfrekvens på 71 procent. Sammantaget bedöms resultatet vara godkänt. |
|  Frågeformulär - Kvalitet | Godkänd | 76 procent av de svarande enheterna har angett bedömningen godkänd och 24 procent har svarat delvis godkänt. Ingen av de svarande enheterna har satt bedömningen ej godkänd. Sammantaget bedöms resultatet vara godkänt |
|  Frågeformulär - Patientsäkerhet | Godkänd | Frågeformuläret patientsäkerhet har skickats ut till 63 enheter och svarsfrekvensen är 77 procent. Sammantaget bedöms resultatet vara godkänt. |

Händelselogg Treserva

Utförda händelseloggar är godkända men samtliga enheter inom alla verksamhetsområden har inte registrerat om kontroll är utförd. Egenkontrollerna genomförs 3 gånger per år och skickas ut till 70 enheter. Vid T2, 2023 var svarsfrekvensen 58.5 procent.

Frågeformulär - Munhälsobedömning

Frågeformulär munhälsobedömning har skickats ut till biståndsenheten. Utifrån svar på frågor är bedömningen att resultatet är godkänt. Inga åtgärder är lagda.

Checklista för vårdhygienisk egenkontroll (VoB)

Att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning i vård och omsorg är en viktig del i kvalitets- och säkerhetsarbetet. Linjeföraren ansvarar för kontroll och uppföljning. Checklistan för



Vårdhygienisk egenkontroll är ett hjälpmedel för strukturerad genomgång av verksamheten.

Checklistan består av 33 frågor och svarsalternativen är ja, delvis eller nej. Efter genomgång av samtliga frågor görs en bedömning om resultatet är godkänt eller inte. Vid ej godkänt eller delvis godkänt skrivs en kommentar och det finns möjlighet för enheten att lägga eventuella åtgärder.

Checklistan har skickats ut till totalt 11 enheter. 9 av 11 enheter har svarat vilket ger en svarsfrekvens på 82 procent. 18 procent av de svarande har angett bedömningen godkänt och 82 procent har satt delvis godkänt varvid bedömningen sammanvägt för verksamhetsområdet är att resultatet delvis är godkänt.

Åtgärder som vidtagits är bland annat att all personal är inbokad på livsmedelshygienutbildning under hösten 2023 och våren 2024 och därmed kan säkerställa säker livsmedelshantering.

Checklistan har även besvarats gemensamt av verksamhetsområdena LSS och Hälso- och sjukvård med bedömningen godkänt.

Checklista för vårdhygienisk egenkontroll (sio)

Att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning i vård och omsorg är en viktig del i kvalitets- och säkerhetsarbetet. Linjeföraren ansvarar för kontroll och uppföljning. Checklistan för Vårdhygienisk egenkontroll är ett hjälpmedel för strukturerad genomgång av verksamheten.

Checklistan består av 27 frågor och svarsalternativen är ja, delvis eller nej. Efter genomgång av samtliga frågor görs en bedömning om resultatet är godkänt eller inte. Vid ej godkänt eller delvis godkänt skrivs en kommentar och det finns möjlighet för enheten att lägga eventuella åtgärder.

Checklistan har skickats ut till totalt 12 enheter. Samtliga har svarat att resultatet är godkänt. Bedömningen sammanvägt för verksamhetsområdet är att resultatet är godkänt.

I de fall Nej-svar angivits har det rört områden som inte varit aktuellt på berörda enheter och inga åtgärder är därför lagda.

Frågeformulär - Kost

Frågeformuläret har skickats ut till 41 enheter inom verksamhetsområdena Vård och omsorgsboende samt LSS-boende och daglig verksamhet. 29 enheter har svarat vilket ger en svarsfrekvens på 71 procent.

Frågeformuläret består av 9 frågor och svarsalternativen är ja, delvis eller nej. Efter genomgång av samtliga frågor görs en bedömning om resultatet är godkänt eller inte. Vid ej godkänt eller delvis godkänt skrivs en kommentar och det finns möjlighet för enheten att lägga eventuella åtgärder.

65.5 procent av de svarande enheterna har satt bedömningen godkänd och 31 procent har svarat delvis godkänt. 3.5 procent har gjort bedömningen ej godkänd. Sammantaget bedöms resultatet vara godkänt.

Frågeformulär - Kvalitet

Frågeformuläret kvalitet har skickats ut till 71 enheter och svarsfrekvensen är 82 procent.

Frågeformuläret består av 5 frågor och svarsalternativen är ja, delvis eller nej. Efter genomgång av samtliga frågor görs en bedömning om resultatet är godkänt eller inte. Vid ej godkänt eller delvis godkänt skrivs en kommentar och det finns möjlighet för enheten att lägga eventuella åtgärder.

76 procent av de svarande enheterna har angett bedömningen godkänd och 24 procent har svarat delvis godkänt. Ingen av de svarande enheterna har satt bedömningen ej godkänd. Sammantaget bedöms resultatet vara godkänt.

Frågeformulär - Patientsäkerhet

Frågeformuläret patientsäkerhet har skickats ut till 63 enheter och svarsfrekvensen är 77 procent.

Frågeformuläret består av 8 frågor och svarsalternativen är ja, delvis eller nej. Efter genomgång av samtliga frågor görs en bedömning om resultatet är godkänt eller inte. Vid ej godkänt eller delvis



godkänt skrivs en kommentar och det finns möjlighet för enheten att lägga eventuella åtgärder.

77 procent av de svarande enheterna har satt bedömningen godkänd och 23 procent har svarat delvis godkänt. Ingen av de svarande enheterna har satt bedömningen ej godkänd. Sammantaget bedöms resultatet vara godkänt.

4.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador och missförhållanden

En revidering av avvikelssystemet i Treseva har gjorts och en ny version har lagts till. En utbildningsinsats och avstämning som ett lärande har skett i alla ledningsgrupper av systemansvarig, MAS och SAS.

Varje utredning av Lex Sarah återkopplas till berörd arbetsgrupp och varje kvartal redovisas Lex Sarah och Lex Maria till ledningsgrupper, sektorledning och sociala myndighetsnämnden för att lära av det som har inträffat, ge goda exempel på åtgärder samt för att förhindra att något liknande inträffar igen.

På NO - möten (närområdes möten) diskuteras avvikelser i samverkan mellan region och kommun.

4.2.1 Vårdskada/Lex Maria

MAS har utrett flera avvikelser i samverkan med enhetschefer. Under året har ingen Lex Maria anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). En händelse gällande en medicinteknisk produkt anmälde till Läkemedelsverket.

Under orsaker till brister i dokumentation framkommer det att det är att en hög arbetsbelastning på sjuksköterskorna vilket gör att dokumentationen i vissa fall har brutit.

Ett antal delegeringar har återkallats och en plan har upprättas i samband med det.

4.2.2 Lex Sarah

Lex Sarah reglerar anställdas med fleras skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden i ärenden enligt SoL och LSS. Lex Sarah innebär skyldighet att utreda, dokumentera och avhjälpa/undanröja missförhållandet eller den påtagliga risken för ett missförhållande som rapporterats. Skyldigheten gäller för den som driver verksamheten.

Vidare ingår en skyldighet för den som bedriver verksamheten att efter utredning anmäla allvarliga missförhållanden till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Syftet med Lex Sarah är att komma till rätta med brister i den egna verksamheten och förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen.

Antalet utredningar om missförhållanden enligt Lex Sarah är högre under 2023 (74) jämfört med 2022 (61). Till viss del kan detta kopplas samman med att enhetschefer och SAS varit aktiva med att informera om medarbetarnas rapporteringsskyldighet samt att den nya versionen av avvikelsemodulen i Treserva har förenklats sättet att rapportera på. Det förenklade arbetssättet har också medfört att fler utredningar än tidigare har bedömts vara av ej Lex Sarah karaktär vilket innebär att enhetscheferna och SAS behöver fortsätta utbilda medarbetarna i vad som är skillnaden mellan ett missförhållande enligt Lex Sarah och en avvikelse.

Nio utredningar enligt Lex Sarah har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) under året. IVO granskar om huvudmannen har fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet. Om IVO bedömer att huvudmannens utredning följer gällande bestämmelser och att åtgärder vidtagits avslutar IVO ärendet. Åtta av nio anmälda utredningar är avslutade hos IVO.



4.3 Tillförlitliga och säkra system och processer

Granskning av kommunala akutläkemedelsförråd (KAF)

Kommunen har tre stycken KAF förråd, varav ett har öppnat under året. MAS har gjort tillsyn på två av dessa förråd. En brist är att en av lokalerna är undermålig och trång, det gäller det stora förrådet i stadshuset. En ny kyl har köpts in där bland annat vaccindoser förvaras. Det finns inget riktigt bra sätt för kassation av läkemedel utan sjuksköterskorna behöver lämna tillbaka detta på apoteket fysiskt. Enhetschef har tittat på ett alternativ.

Kommunen har under året valt att inte ha någon extern granskning av läkemedelshantering. Detta kommer att göras 2024.

MAS har skickat en digital enkät till enhetscheferna som i samverkan svarat på frågor kring läkemedelshantering, nyckelhantering, koder. Svarefrekvensen har varit god med god följsamhet till rutiner.

Patientnämnden

Patientnämnden är en opartisk instans som finns i alla landsting och regioner och fungerar som en länk mellan patienter och vården. Kommunen har under året tagit emot en anmälan som gäller upplevd brist på möjlighet att välja tidpunkt för vissa insatser och är riktad till den kommunal hälso- och sjukvården.

4.4 Säker vård och omsorg

Vård- och omsorgsboenden

Allt fler äldre med ökat vårdbehov flyttar in på våra vård- och omsorgsboende varav många kräver dubbelbemanning vid förflyttning. Under året har förstärkningstureorna ökat vilket visar på det stora omsorgsbehov som förekommer. Vidare har de delegerade hälso- och sjukvårdsinsatserna ökat för omsorgspersonalen. Sammantaget ökar kunskapskravet för att säkerställa god vård och omsorg, verksamheterna har anställt specialistundersköterskor (omsorgshandledare) som metodstöd i det nära vårdarbetet.

Stöd i ordinärt boende

Kommunala utförare av hemtjänst har skapat en enhet som enbart arbetar med personer med demenssjukdom. För att säkerställa evidensbaserat arbete har verksamheten valt att arbeta med BPSD som är ett nationellt kvalitetsregister. Precis som på vård- och omsorgsboende ökar kunskapskravet för att säkerställa god vård och omsorg på grund av ett allt mer avancerat vårdbehov. Verksamheterna har anställt specialistundersköterskor (omsorgshandledare) som metodstöd i det nära vårdarbetet.

LSS boende och daglig verksamhet

Verksamhetsområdet LSS har under året kvalitetssäkrat genom att ha kontinuerlig internutbildning för ordinarie personal inom till exempel autism, dokumentation, Durewall, nutrition och hygien. Det har även genomförts introduktionsutbildningar för ny personal. Introduktionsutbildningen innehåller bland annat information kring gällande lagstiftning inom LSS, Lex Sarah samt dokumentation.

Verksamheten arbetar också löpande med KomBo projektet samt har under hösten erbjudit personalen utbildning för åldrandet inom LSS med inriktning demens.

MAS och SAS besöker ledningsgruppen för LSS en gång i månaden för dialog kring frågor gällande avvikelser och hur vi kan förebygga att avvikelser sker. Här diskuteras även övergripande de Lex Sarah ärenden som är aktuella, övriga frågor som exempelvis samverkan med hemsjukvården.

Verksamhetsområdet LSS har under hösten utfört en heltäckande brukarenkät gällande boende och daglig verksamhet. Det ger en indikator på vilka förbättringsområden verksamheten behöver arbeta



**KUNGÄLV
KOMMUN**

vidare med att skapa en bättre kvalitet för brukarna.

Validering av tillsvidareanställd personal startades upp under året och pågår fortfarande.

Kommunal primärvård (Hemsjukvård)

Utmaningar inom hemsjukvården under 2023 är samsjukligheten och att många patienter har större vårdbehov idag än tidigare. Det innebär att hemsjukvården ofta får en sammanhållande roll och mycket tid behöver läggas kring samordning av vårdensinsatser.

Sjukhuset minskar sina platser vilket gör att fler behöver vård i hemmet, och att vårdtiden på sjukhuset minskar vilket innebär att tiden för planering inför hemgång kortas ner.

Arbetet med att se över vårt befintliga journalsystem pågår eftersom vårt befintliga system utgår 2025. Vi omvärldsbevakar just nu andra kommuners journalsystem och planerar att ersätta nuvarande system. Vi är i startgroparna för att formulera en kravspecifikation.

Bemanning

Sjuksköterskeenheten har överlag varit bra bemannat över året. Vi har under våren och sommaren haft bemanningssjuksköterskor för att stärka upp verksamheten men dessa uppdrag avslutades under tidig höst. Då verksamheten har vuxit både inom särskilt boende och i ordinärt boende har vi utökat vår sjuksköterskebemanning. Under hösten anställdes flera timvikarier för att trygga upp verksamheten.

Schemaändringar till följd av införandet av 11 timmars nattvila har inneburit ett omfattande arbete men ändringarna har mottagits väl av medarbetarna.

Kompetens

Två specialistsjuksköterskor läser vidare till specialistsjuksköterskor inom kognitiv svikt. Verksamheten ser ett behov av fler distriktssköterskor samt fler som får förskrivningsrätt, framför allt ser vi ett stort behov gällande förskrivning av inkontinensmaterial.

Rehab har utökat sin bemanning utifrån den utökning av korttidsplatser som gjordes under året samt att vård- och omsorgsplatserna blir allt fler. Marknaden för rekrytering av legitimerad personal blir allt tuffare men vid utannonseringar har tillgången på antal sökanden varit god.

Läkarmedverkan

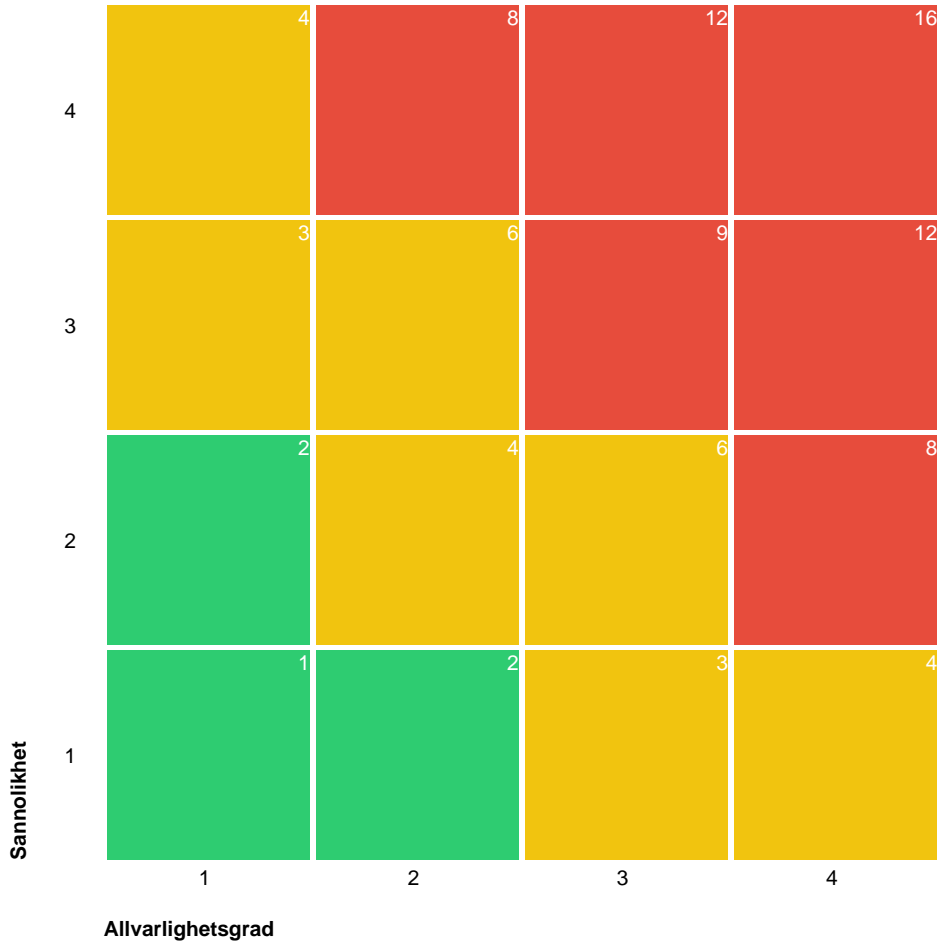
Utmaningar i form av utebliven fysisk rond. Hemsjukvården har påtalat behov av en bokad tid där sjuksköterskan tillsammans med läkare ges utrymme till att arbeta proaktivt.

Arbetet med att förbättra läkarbesöken med vårdcentralerna fortsätter.



**KUNGÄLV
KOMMUN**

4.4.1 Riskhantering



| |
|---------|
| Kritisk |
| Medium |
| Låg |

| Sannolikhet | Allvarlighetsgrad |
|-------------|---|
| 4 | Mycket stor (kan inträffa dagligen eller vid ett av tre tillfällen) |
| 3 | Stor (kan inträffa varje vecka eller vid ett av tio tillfällen) |
| 2 | Liten (kan inträffa varje månad) |
| 1 | Mycket liten (kan inträffa en gång per år) |

Hög (dödsfall/själv mord, fysiska/sexuella övergrepp)

Betydande Risk: Allvarlig skada/påtaglig risk för skada av brukarens hälsa & utveckling. Ex: upprepade psykiska övergrepp/kränkande särbehandling, annan vanvård inklusive allvarlig försummelse, betydande brister i vårdmiljö. Förlängd/utökad omsorg/vård/ behandlingstid för tre eller fler brukare. Betydande rättsosäkerhet för den enskilde såsom stora skillnader i handläggning, bedömning och beslut.

Måttlig Risk för skada av brukarens hälsa & utveckling. Ex: Tillfälliga eller mindre allvarliga brister i omsorgen, tillfälliga eller mindre allvarlig försummelse, otillräckligt stöd för att klara sig själv. Förlängd/utökad omsorg/vård/ behandlingstid för en eller två brukare. Viss rättsosäkerhet för den enskilde såsom mindre skillnader i handläggning, bedömning och beslut.

Mindre (obehag för brukaren, exv som en följd av brister i handläggning)



| Process | Aktivitet | Risk |
|---------------------------------------|--|---|
| Digitalisering | Trygghetslarm - Vård och omsorgsboende | Trygghetslarmet fungerar ej, inom vård- och omsorgsboende |
| | Verksamhetssystem | Informationsförluster vid uppgradering/uppdateringar av verksamhetssystemet |
| | | Sekretessuppgifter behandlas felaktigt |
| Synliggöra kvalitetsledningssystemet | Information/kommunikation om kvalitetsledningssystemet | Rutiner följs inte, är ej uppdaterade eller saknas |
| Utreda | Planera utredning och inhämta samtycke(n) | Insatser ges inte alls eller ges inte i rätt tid |
| Påbörja och planera genomförandet | Upprätta genomförande-plan | Brukaren får inte rätt stöd |
| Åtgärda | Genomföra åtgärd | Bristar i samverkan mellan verksamhetsområden eller externa aktörer |
| | | Rätt personal/kompetens finns ej tillgänglig vid behov |
| | | Fallolyckor i den enskildes hem |
| | | Bristande läkemedelshantering |
| Genomföra och kontinuerligt följa upp | Utföra uppdrag enligt genomförande-plan | Lokaler möter inte lagkrav och hyresgästens behov |
| | Dokumentera kontinuerligt | Bristar i social dokumentation |

I det systematiska kvalitetsarbetet ingår att identifiera risker och därefter bedöma allvarlighets- och sannolikhetsgrad av dessa. Detta görs på enhetsnivå. I tabellen ovan visas vilka processer, aktiviteter samt risker som valts ut för riskbedömning under året.

4.5 Stärka analys, lärande och utveckling

Digitalisering

Uppbyggnad av Digital lärportal har påbörjats för att samla alla utbildningar på ett ställe.

Ny tjänst för säkra meddelanden och säkra videomöten är upphandlad och Legitimerad personal och omsorgspersonal kan nu ha säkra videomöten vid behov även när de är hos brukare/patient.

Det har genomförts pilot på sensorlarm så att personal ska kunna agera direkt vid t.ex. fall.

Införande av enkel tjänst för Internet och TV för hyresgäster på vård och omsorgsboende har startat under året och kommer fortsätta.

Internt Valfärdstekniksbibliotek är igång där verksamheterna kan låna olika produkter. Syftet är att öka



**KUNGÄLV
KOMMUN**

intresset för och testa produkter för att själva se nyttan innan inköp görs.

Kungälv kommun har utbildat åtta egna testledare med AllAgeHub.

Vi har slutfört och publicerat slutrapporter för två tester på vård och omsorgsboende

- Motverka ofrivilligt vändande av dygnet som leder till otrygghet.
- Förflyttning i säng.

4.5.1 Avvikelser

| Avvikelser | Utfall år 2022 | Utfall år 2023 |
|---|----------------|----------------|
| Antal rapporteringar gällande brister i bemötande | 56 | 80 |
| Antal rapporteringar gällande brister i handläggning | 123 | 88 |
| Antal rapporteringar gällande brister i dokumentation | 62 | 79 |
| Antal rapporteringar gällande brister i kommunikation och information | 127 | 197 |
| Antal rapporteringar gällande brister i omsorg | 478 | 536 |
| Antal rapporteringar gällande våld och övergrepp | 83 | 34 |
| Antal rapporteringar gällande utebliven eller fördröjd insats | 498 | 554 |
| Antal rapporteringar gällande brister i vård och behandling | 69 | 85 |
| Antal rapporteringar gällande brottslig handling | 1 | 5 |

| Avvikelseyp | Utfall år 2022 | Utfall år 2023 |
|--|----------------|----------------|
| Avvikelse från annan vårdgivare | 24 | 49 |
| Avvikelse skickad till annan vårdgivare | 100 | 140 |
| Avvikelse där läkemedel varit inblandade | 1642 | 1909 |
| Fallolycka som leder till ingen eller mindre kroppsskada | 1809 | 1756 |
| Fallolycka som leder till allvarlig kroppsskada | 32 | 22 |
| Avvikelse där medicinteknisk produkt varit inblandad | 145 | 81 |
| Utebliven behandling eller felaktig behandling | 12 | 83 |
| Felaktig behandling i samma kolumn som ovan | 4 | - |
| Brist i informationsöverföring som leder till avvikelse | 69 | syns ovan |
| Infektioner som har uppkommit under vårdtiden | 9 | 7 |
| Munhälsa/tandvård | - | 8 |
| Måltider/ nutrition | - | 45 |

Avvikelser (internt)

Avvikelser rapporteras in av den som upptäcker händelsen och ska hanteras i verksamheten av ansvarig enhetschef med hjälp av legitimerad personal. Enhetschef ansvarar för att arbeta med att säkra upp så att avvikelser inte händer igen. Enhetschef skickar allvarliga avvikelser som är graderade som tre eller fyra till MAS/MAR eller SAS för kännedom och eventuellt vidare hantering.

Under året implementerades en ny version av avvikelsemodulen i Treserva vilket betyder att vissa avvikelser blir synliga på ett annat sätt i statistiken. Hantering av avvikelser bygger mer på teammöten mellan bland annat enhetschef och legitimerad personal och att det tydligare skrivs in vilka åtgärder som planeras eller vad som ska göras. Två nya rubriker lades till i modulen, munhälsa/ tandvård och



**KUNGÄLV
KOMMUN**

måltider/nutrition. Händelser som beskrivs under munvård är exempelvis missade tandläkarbesök, dålig tandstatus som lett till svampinfektioner och en felaktig hantering gällande tandprotes. Inom måltider/nutrition finns händelser som beskriver missade signering gällande sondvälling, föråldrad mat som levereras av externa affärer och inte kontrollerats innan det lags in i kyl. Ytterligare avvikelse som rapporterats är för lång nattfasta exempel att sista måltiden överstiger med mer än 11 timmar innan nästa måltid serveras.

Läkemedel och läkemedelshantering är den främsta orsaken till avvikelse. Vid dessa avvikelser ska alltid kontakt tas med sjuksköterska. Det sker över 1,5 miljoner signeringar av HSL - insatser under ett år vilket är en ökning med 300 000 från tidigare år. Det kan vara en förklaring till att antal avvikelserna ha ökat. Som tabellen ovan visar rör avvikelser ca 0,12 procent av de utförda HSL-insatserna. Det är en minskning från 0.15 från tidigare år. Dock är alltid målet att inga avvikelser ska finnas. Vad som behövs förbättras är att endast 84 procent signeras i tid.

Brister i omsorg och/eller utebliven eller fördröjd insats förekommer vid flest avvikelser inom SoL/LSS och ökningen kan till viss del härröras till att man arbetat systematiskt med att informera om sin rapporteringsskyldighet och att avvikelser ska rapporteras.

Avvikelser (externt)

Under tre års tid har externa avvikelser rapporterats i Med Control PRO. Ett system som hanterar avvikelser mellan bland annat kommun, vårdcentral och sjukhus eller andra externa parter. Under året har kommunen rapporterat 140 avvikelser. Ett flertal har kommit från biståndshandläggare som vid vårdplanering på sjukhuset upplevt dåligt förberedda brukare/patienter och närstående. Det kan till exempel handla om att brukaren/patient inte fått information om sin hälsostatus och/eller blivit lämnade ensamma vid vårdplaneringen eller tekniska problem såsom att kamerauppkoppling fungerat dåligt. Även legitimerad personal har rapporterat in om svårighet att få tag på läkare och tillgänglighet av läkare på vårdcentralerna. PLAS (Planeringsansvariga sjuksköterskor) som ansvarar för vårdplaneringar mot sjukhus, har rapporterat händelser när patienter kommit från sjukhuset och det funnits brister i läkedelsbehandling såsom avsaknad av läkemedel och ordinationer. Sårbarhet i systemet är också att alla verksamheter inte är anslutna till Med Control PRO och i stället hanteras i pappersform. Därutav finns det en risk för tröghet i systemet och att rapporter inte blir skrivna. Detta bör beaktas som en krav när kommunen gör upphandling med privata utförare.

Utav de 49 inkomna avvikelserna till kommunen har det bland annat handlat om att handläggningstiden från kommunens sida är för lång och specifikt i samband med helg. Avvikelse vid provtagning, ej uppdaterad aktivitet- och funktionstillstånd i SAMSA (planeringsverktyg) eller att vårdplanering blivit fördröjd. Några av avvikelser som har beskrivs är att information från läkare inte alltid har nått all berörd personal. Ett förbättringsarbete som redan genomförts är att sjuksköterskegruppen i högre utsträckning återkopplar till varandra efter läkarbesök.

4.5.2 Klagomål och synpunkter

I Kungälv kommun finns det en kommungemensam klagomåls- och synpunktshantering. Inom socialtjänst- och hälsosjukvårdsprocesserna finns det goda rutiner för hur klagomål och synpunkter ska hanteras och rapporteras.

Inom socialtjänsten (Individ- och familjeenheten) handlar klagomålen främst om frågor och synpunkter kopplade till handläggning och bemötande samt frågor från den enskilde där den enskilde har svårigheter att förstå socialtjänstens tillvägagångssätt och process.

Inom hälso- och sjukvården har en synpunkt bland annat kommit från patientnämnden som beskriver ett missnöje över att insatser inte alltid ges på önskad tid. Det har även inkommit klagomål gällande vård i livets slut, där gavs en återkoppling till respektive boende och närstående.



Övrigt som inkommit har bland annat gällt brukare på externt köpta platser.

4.5.3 Brukarundersökningar

Brukarundersökning via SKR (Sveriges kommuner och regioner) har genomförts inom gruppboendestäder, daglig verksamhet och serviceboendestäder inom LSS. Kungälv kommun ligger överlag på eller i närheten av det nationella resultatet inom LSS. Utifrån resultatet är analysen att det är viktigt att jobba vidare med brukarnas rätt till kommunikation samt även viktigt att jobba vidare med att öka tryggheten på boendena.

Inom äldreomsorgen genomfördes "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" via Socialstyrelsens brukarundersökning. I resultatet för hemtjänst äldreomsorg (helhetssyn) så placerar sig verksamheten i mitten när det gäller jämförelser med kommuner i riket. När det gäller resultatet för särskilt boende äldreomsorg (helhetssyn) så placerar sig verksamheten något sämre när den jämför sig med andra kommuner i riket.

4.5.4 Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK)

I KKiK redovisas resultat inom några viktiga områden som är intressanta för invånarna. Resultaten har ambitionen att beskriva kvalitet och effektivitet i jämförelse med andra kommuner. Det nationella projektet KKiK omfattar övervägande delen av Sveriges kommuner.

4.5.4.1 Stöd och omsorg

| Mått | Utfall 2023 | Utfall 2022 | Utfall 2021 | Utfall 2020 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Ej återaktualiserade personer med försörjningsstöd ett år efter avslutat försörjningsstöd, andel (%) | 85% | 85% | 82% | 82% |
| Väntetid i antal dagar från första kontakttillfället för ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärde | 19 | 10 | 9 | 17 |
| Kostnad individ- och familjeomsorg, kr/inv | | 4 477 | 4 516 | 4 115 |
| Väntetid i antal dagar från beslut till insats avseende boende enl. LSS § 9.9, medelvärde | 449 | 381 | 821 | |
| Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%) | 75% | 77% | | |
| Kostnad funktionsnedsättning totalt (SoL, LSS, SFB), minus ersättning från FK enl SFB, kr/inv | | 8 978 | 8 416 | 7 916 |
| Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde | 77 | 65 | 50 | 83 |
| Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde | 15 | 17 | | |
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%) | 74% | 71% | | 81% |
| Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%) | 87% | 89% | | 89% |
| Kostnad äldreomsorg, kr/inv 80+ | | 225 467 | 219 973 | 222 289 |
| Sjuksköterskor/plats i boende för särskild service för äldre, vardagar, antal | 0,07 | 0,09 | | |

4.5.5 Öppna jämförelser

Socialstyrelsen publicerar årligen öppna jämförelser utifrån en mängd indikatorer som visar på kvalitet inom socialtjänst och hälso- och sjukvård i hela Sverige. Öppna jämförelser ger insyn och kan användas för analys, uppföljning och utveckling inom verksamheterna.



**KUNGÄLV
KOMMUN**

4.5.5.1 Äldreomsorg

I Kungälv har verksamheten en skriftlig rutin för att upptäcka och hantera våldsutsatthet inom äldreomsorgen och använder FREDA-kortfrågor för att upptäcka våldsutsatthet. Rutin för handläggare inom äldreomsorgen vid misstanke om missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel omfattar även äldreomsorgshandläggare. Biståndsenheten har en intern samverkan med Vuxenheten när det finns indikation på missbruk.

4.5.5.2 Social barn- och ungdomsvård

Verksamheten inom Individ- och familjeomsorgen har rutiner för intern samverkan, samverkansforum och aktuella överenskommelser avseende extern samverkan i enskilda ärenden. Överenskommelser finns med exempelvis skolan och polisen. Verksamheten arbetar även med Samordnad Individuell Plan (SIP) i enskilda ärenden inom barn och unga. Handläggare som utrett barn som utsatts eller bevittnat våld har fått fortbildning om våld i nära relation. Utbildning om våld i nära relation för handläggare som utreder barn ges fortlöpande inom enheten av verksamhetens egna licensierade utbildare. Verksamheten använder sig av FREDA-kortfrågor för att fråga om våld i enskilda ärenden. Anlitade familjehem och jourhem har fått den grundläggande utbildningen Ett hem att växa i och kontinuerlig kompetensutveckling och handledning av familjehemssekreterare. Utbildning är pågående i ISU och individbaserad systematisk uppföljning har påbörjats inom verksamheten.

4.5.5.3 Missbruks- och beroendevård

I Kungälv kommun erbjuds tid för nybesök inom 8-14 dagar. Akuta besök prioriterades alltid. Verksamheten följer Socialstyrelsens riktlinjer och använder ASI som bedömningsmetod och uppföljning. Avseende den arbetsrehabiliterande insatsen IPS så är det en efterfrågad insats som inte funnits tillgänglig för målgruppen under 2023.

4.5.5.4 Motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

Under året genomförde Individ- och familjeomsorgen för andra gången en kartläggning av hemlöshetens omfattning och karaktär i Kungälv kommun. Första gången kartläggningarna genomfördes i Kungälv var år 2022 vilket gör att det nu finns data att jämföra. Ambitionen är att kartläggningarna ska genomföras årligen för att kunna följa, jämföra och göra prognoser utifrån behovet av bostäder och insatser för målgruppen.

Verksamheten förbereder införandet av insatsen Bostad först.

4.5.5.5 Våld i nära relationer

Under året har arbetssätten förstärks genom att utveckla ett Våld i nära team på mottagningsenheten och rutiner för arbetet med våld i nära relation har tagits fram. Enheten har utbildat medarbetare som ansvarar för att utbilda och behålla kompetensen inom Trygghet och stöd. Enheten har ingått i kommunsamverkan samt gått med i nätverket vän-nätverk som syftar till att minska antalet placerade kvinnor och barn. Satsningen syftar till att arbeta för att kvinnor och barn snabbare ska komma ut i självständiga liv.

Enheten har även gjort en satsning vad gäller arbetet mot hedersrelaterat våld och förtryck där de både strategiskt och proaktivt arbetar för att öka kunskapen samt öka samverkan runt målgruppen.

4.5.5.6 Stöd till personer med funktionsnedsättning, LSS

I Kungälv har verksamheten använt arbetssättet IBIC. Verksamheten har rutiner för att uppmärksamma och hantera våldsutsatthet samt använder sig av FREDA-kortfrågor för att fråga om



våld i enskilda ärenden. Skriftliga överenskommelser avseende extern samverkan i enskilda ärenden finns med ett flertal myndigheter så som Försäkringskassan (ej för barn), Arbetsförmedlingen, Barn- och ungdomspsykiatri, Barn- och ungdomsmedicin, Vuxenpsykiatri och Vuxenhabiliteringen.

4.5.5.7 Stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning – Socialpsykiatri

I Kungälv saknas uppsökande verksamhet som är riktad till personer med psykisk funktionsnedsättning. Brist på uppsökande verksamhet i kommunen kan innebära att den enskildes behov av stöd inte upptäcks och fångas upp i rätt tid. För socialpsykiatrins målgrupper fanns IPS som insats delar av året. Under året har verksamheten använt arbetssättet IBIC.

4.5.5.8 Krisberedskap inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård

I Kungälv arbetar de för att ta fram evakueringsplaner samt att krisberedskap ska inkluderas vid upphandling.

4.5.5.9 Kommunal hälso- och sjukvård

Sedan 2022 definieras all kommunal hälso- och sjukvård som kommunal primärvårdsnivå och är den vårdnivå som kommunen har ansvar för upp till och med sjuksköterskenivå. Den kommunala hälso- och sjukvården samverkar med den regionala primärvården, specialistvården samt internt med kommunens vård- och omsorg för att tillgodose kommuninvånarnas behov.

Den kommunala hälso- och sjukvården har under året 1384 patienter inskrivna och vårdbehoven varierar från tillfälliga behov av sårvård och rehabilitering till multisjuka äldre med omfattade vårdbehov och palliativvård. Vården ges till patienter i alla åldrar.

4.5.6 Ej verkställda beslut

Sociala myndighetsnämnden har en skyldighet enligt socialtjänstlagen (SoL) och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) att rapportera alla gynnande beslut om bistånd som inte har verkställts inom tre månader från dagen för beslutet till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Kommunrevisionen och Kommunfullmäktige. Även avbrott i verkställighet ska rapporteras i de fall där insatsen eller biståndet inte har återupptagits inom tre månader.

Lagstiftningen anger inte någon specifik tid för när ett beslut ska verkställas förutom att det ska verkställas skyndsamt. Tremånadersfristen avser endast tidsgränsen för rapporteringen till IVO. Ett beslut räknas som verkställt när den enskilde personen har fått tillgång till insatsen.

Under året har antalet individrapporter till IVO ökat från att ha varit på en relativt konstant nivå med cirka 40 individrapporter varje kvartal 2022, till cirka 50 rapporter kvartal 1 och 2 och cirka 75 individrapporter kvartal 3 och 4. Skillnaden från tidigare år och det som ökat mest är antalet individer inom äldreomsorgen som inte fått erbjudande om särskilt boende inom tre månader från beslut.

Inom individ och familjeomsorgen (IFO) har det främst varit beslut om kontaktpersoner och kontaktfamilj för barn och unga som inte har kunnat verkställas inom tre månader. Orsaken är att det saknats lämpliga uppdragstagare för insatsen samt att den enskilde tackat nej till föreslagen uppdragstagare.

Inom funktionshinder (FH) har ett flertal beslut om bostad med särskild service inte kunnat verkställas då det saknats lämpliga lägenheter utifrån behov. Särskilt lägenheter utifrån fysiskt funktionshinder har saknats. Vid utgången av 2023 är det dock endast en brukare som aldrig fått någon anvisning till BmSS.

Inom äldreomsorgen (ÄO) var det i stor utsträckning beslut om särskilt boende som ej har kunnat verkställas inom tre månader. Under kvartal 3 och 4 sker en stor ökning av antalet brukare som inte fått



**KUNGÄLV
KOMMUN**

ett första erbjudande inom tre månader från beslut från några enstaka till 22 respektive 18 personer. 33 personer har kvartal 4 tackat nej minst en gång till erbjuden plats. En del personer har inte fått det vård- och omsorgsboende som de önskat eller så har det funnits synpunkter på lägenheten. I vissa fall har den äldre önskat att vänta med att lämna det egna hemmet.

4.6 Öka riskmedvetenhet och beredskap

Kontinuitetsplaner

Sektorn har tagit fram kontinuitetsplaner i form av fysiska pärmar som finns på alla arbetsplatser och boende. Dessa kontinuitetsplaner gäller för både myndighet och utförarverksamheten.

Åtgärder risk och sårbarhet

Arbete pågår kring åtgärder av risk och sårbarhetsanalys inom Trygghet och stöd. Avstämning sker med sektorchef, verksamheter och säkerhetssamordnare.

Lagerhållning av sjukvårdsprodukter

Regeringen har tidigare utkommit med en stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:1). Kommuner och regioner i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården har en fortsatt utökad lagerhållning i stort sett alla kategorier av sjukvårdsprodukter, skyddsprodukter och förskrivna medicintekniska produkter. Omfattningen av denna lagerhållningsskyldighet får inte överstiga en månads normalförbrukning inom kommunens respektive regionens ansvarsområde.

Covidläge

Vid eventuellt ökad smitta har det rapporterats till sektorsledningen och Vårdhygien .



5 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Omorganisering inom Sektorn

Syftet med sektorns nya organisering är ökad kvalitet och ett mer effektivt arbete för att möta framtida utmaningar. Den nya organisationen ska möta ökade omvärldskrav, ökad digitalisering och kompetensförsörjning på ett bättre sätt. De fyra verksamhetsområdena heter numera Individ- och familjecomsorg, Funktionsstöd, Äldreomsorg och Hälso- och sjukvård/Hälsofrämjande.

Ny socialtjänstlag 2025

Under 2024 ska en ny socialtjänstlag presenteras och arbetet påbörjas för omställningen till en långsiktigt hållbar, mer förebyggande och kunskapsbaserad socialtjänst. För att åstadkomma verklig förändring krävs en långsiktig omställning där socialtjänsten, i första hand Individ- och familjecomsorgen inom Sektor Trygghet och stöd, skiftar fokus till ett mer förebyggande arbete och tidiga insatser.

Kompetensförsörjningsplan

Fortsatt arbete med sektorns kompetensförsörjningsplan samt validering.

Nära vård

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter kommer att utföra utbildningar i vardagsrehabilitering för medarbetare. Projekt "Vardagsrehabilitering" kommer att fortlöpa under 2024 med en projektgrupp från rehabenheten och i nära samverkan med omvårdnadspersonal inom ett av kommunens hemtjänstområden.

Hälso- och sjukvård

En lokal handlingsplan med tre teman har tagits fram: dagligt patientsäkerhetsarbete, förebyggande arbete och patienters delaktighet. Dessa teman kommer att följas under 2024 med utbildningsinsatser och strukturerat arbetssätt med Senior Alert.

Extern granskning av Apoteket

En granskning är planerad av läkemedelshanteringen på några utsedda verksamheter under 2024 som inte tidigare granskats.

Solhaga

Det pågår en utbyggnad av befintligt Vård och omsorgsboende boende i Kode, Solhaga. Det tillkommer 24 nya platser varav 12 är demens och 12 med somatisk inriktning.

MCSS

Enhetschefer ska få behörighet i det digitala signeringsystem MCSS för att titta på följsamhet relaterat till åtgärder och insatser inom HSL. Syftet är att uppmärksamma och förebygga avvikelser i tid.

Parkeringsstillstånd

Ett pågående arbete med att underlätta för kommunens personal, främst inom hemtjänst och kommunal primärvård, att kunna parkera enkelt och utan risk att få parkeringsböter.

Föreläsning för anhöriga

Samverkan med Närhälsan Kongahälla inleddes för att erbjuda anhöriga en föreläsning i hur de kan hantera sin oro och ångest.

Välståndstekniksbibliotek

En uppbyggnad av ett internt "lånebibliotek" är igång där verksamheterna kan låna olika välfärdstekniska produkter. Syftet är att öka intresset för och testa produkter för att själva se nyttan innan inköp görs. Även nya produkter har köpts in som ska lanseras under året.

Beredningsskrivelse

1(1)

Datum
4/2/2024

Ärende:
Policy för daglig verksamhet

Diarienummer:
KS2023/2118-6

Instans:
Beredningen för Trygghet och stöd

Beredningsskrivelse Policy för daglig verksamhet- BTS 2024-01-31

Beredningen för Trygghet och stöd har tagit fram en policy för daglig verksamhet enligt LSS. Den är ett resultat av ett allt större och bredare behov av insatser och aktiviteter inom Daglig verksamhet. Policyn ligger i linje med följande av kommunfullmäktiges strategiska mål om en trygg omsorg med valmöjligheter genom hela livet, samt att medborgare och näringsliv ska känna ökat förtroende för kommunen. Policyns avsikt är att vara en viljeinriktning samt stöd till förvaltningens utveckling av Daglig verksamhet.

Policyn behandlades i Beredningen för Trygghet och stöd 2023-09-27, samt i Kommunstyrelsen 2023-11-15. Ärendet utgick på Kommunfullmäktige 2023-12-07 i och med att policyn gick ut på partiremiss. Nu har svaren från partiremissen inkommit, därav måste policyn beredas igen i Beredningen för Trygghet och stöd innan den slutgiltigt beslutas om i Kommunfullmäktige.

Förslag till beslut i Kommunfullmäktige

1. Upprättat dokument: Policy för daglig verksamhet antas.

Expedieras till:
Kommunstyrelsen

För kännedom till:

**BEREDNINGEN FÖR
TRYGGHET OCH STÖD**

**KUNGÄLVS
KOMMUN**



ADRESS Stadshuset, 442 81 Kungälv
TELEFON 0303-23 80 00 vx
FAX 0303-238002
E-POST kommun@kungalv.se
HEMSIDA www.kungalv.se

Sammanträdesprotokoll

Sammanträdesdatum

2023-11-15

Sida

68 (82)

§ 381/2023

Policy för daglig verksamhet (Dnr KS2023/2118)

Beredningen för Trygghet och stöd har tagit fram en policy för daglig verksamhet enligt LSS. Den är ett resultat av ett allt större och bredare behov av insatser och aktiviteter inom Daglig verksamhet. Policyn ligger i linje med följande av kommunfullmäktiges strategiska mål om en trygg omsorg med valmöjligheter genom hela livet, samt att medborgare och näringsliv ska känna ökat förtroende för kommunen. Policyns avsikt är att vara en viljeinriktning samt stöd till förvaltningens utveckling av Daglig verksamhet.

Befolkningsmängden i Kungälv kommun ökar, vilket innebär en ökad målgrupp som har rätt till LSS. Detta innebär att Daglig verksamhet måste utveckla verksamheten genom ett bredare behov av aktiviteter, som kommer kräva kommunöverskridande samarbete.

Policyns syfte är att vara ett långsiktigt styrdokument som ska se till att framtidens Daglig verksamhet svarar upp mot LSS centrala perspektiv kring självbestämmande, inflytande, delaktighet, tillgänglighet, helhetssyn och kontinuitet. Utifrån samverkan med näringsliv, kommun och civilsamhälle ska policyn förbättra förutsättningar för personer med funktionshinder till arbete och sysselsättning.

Policyn behandlar framförallt områdena: syfte, mål och viljeinriktning, inriktningar, lokaler, kompetensförsörjning, välfärdsteknik. Policyn ska gälla fram till 2030-12-31.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse Policy för daglig verksamhet

Bilaga Policy för Daglig verksamhet

Bilaga Policy för daglig verksamhet - förvaltningens tjänsteutlåtande

Bilaga Protokollsutdrag - Policy för daglig verksamhet - Beredningen för Trygghet och stöd

Förslag till Kommunfullmäktige

1. Upprättat dokument: Policy för daglig verksamhet antas.

KOMMUNSTYRELSEN**KUNGÄLV
KOMMUN**

Justeras sign



**KUNGÄLV
KOMMUN**

Sid 1 (2)

Tjänsteskrivelse

Handläggarens namn
Angelica Karlsson

Klicka eller tryck här för att ange datum.

Policy för daglig verksamhet (Dnr KS2023/2118-3)

Sammanfattning

Beredningen för Trygghet och stöd har tagit fram en policy för daglig verksamhet enligt LSS. Den är ett resultat av ett allt större och bredare behov av insatser och aktiviteter inom Daglig verksamhet. Policyn ligger i linje med följande av kommunfullmäktiges strategiska mål om en trygg omsorg med valmöjligheter genom hela livet, samt att medborgare och näringsliv ska känna ökat förtroende för kommunen. Policyns avsikt är att vara en viljeinriktning samt stöd till förvaltningens utveckling av Daglig verksamhet.

Befolkningsmängden i Kungälv kommun ökar, vilket innebär en ökad målgrupp som har rätt till LSS. Detta innebär att Daglig verksamhet måste utveckla verksamheten genom ett bredare behov av aktiviteter, som kommer kräva kommunöverskridande samarbete.

Policyns syfte är att vara ett långsiktigt styrdokument som ska se till att framtidens Daglig verksamhet svarar upp mot LSS centrala perspektiv kring självbestämmande, inflytande, delaktighet, tillgänglighet, helhetssyn och kontinuitet. Utifrån samverkan med näringsliv, kommun och civilsamhälle ska policyn förbättra förutsättningar för personer med funktionshinder till arbete och sysselsättning.

Policyn behandlar framförallt områdena: syfte, mål och viljeinriktning, inriktningar, lokaler, kompetensförsörjning, välfärdsteknik. Policyn ska gälla fram till 2030-12-31.

Juridisk bedömning

Policyn ska ses som politiska riktlinjer för att styra kommunens utveckling inom området Daglig verksamhet. Den ger ett bidrag till kvalitetssäkring av de sex rättighetsperspektiven kring dagligverksamhet inom Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS.

Förvaltningens bedömning är att policyn ligger i enlighet med LSS-lagstiftningen, samt att beskrivna insatser ligger i enlighet med det kommunala uppdraget i enlighet med kommunallagen.

Förvaltningens bedömning

Utifrån politiska mål och uppdrag såg Beredningen för Trygghet och stöd ett behov av en Policy för daglig verksamhet. Beredningen har samlat in information om kommunens arbete med daglig verksamhet genom exempelvis studiebesök. Vidare har beredningen även gjort

omvärldsanalys och samlat in goda exempel från andra svenska kommuner. Befolkningsmängden i Kungälv kommun ökar, vilket innebär en ökad målgrupp som har rätt till LSS. Detta innebär att Daglig verksamhet måste utveckla verksamheten genom ett bredare behov av aktiviteter, som kommer kräva kommunöverskridande samarbete. Daglig verksamhet behöver utvecklas till att bli mer meningsfull och individanpassad. Behovet av att skapa nya inriktningar för Daglig verksamhet kommer att vara en nödvändighet i samverkan med hela Kungälvssamhället.

Beredningen har i samarbete med förvaltningen arbetat med framtagandet av policyn under år 2023. Policyn färdigställdes vid Beredningen för Trygghet och stöds sammanträde 2023-09-27.

Policyn är helt ny och ersätter inte ett tidigare dokument, men relaterar till följande styrdokument:

- Program social hållbarhet - ökat innanförskap (KS2023/1562)
- Plan för Full delaktighet 2023-2027 (KS2023/1562)

Förvaltningens bedömning är att policyn ger stöd till fortsatt utveckling av daglig verksamhet. Policyn Daglig verksamhet enligt LSS ska svara upp mot LSS centrala perspektiv kring självbestämmande, inflytande, delaktighet, tillgänglighet, helhetssyn och kontinuitet. Utifrån samverkan med näringsliv, kommun och civilsamhälle ska policyn förbättra förutsättningar för personer med funktionshinder till arbete och sysselsättning. Via policyn ges nya och bredare inriktningar för Daglig verksamhet.

Ekonomisk bedömning

Förvaltningens bedömning är att föreslagna insatser i policyn ska finansieras inom befintlig budgetram. Beslutet innebär inte några nya kostnader.

Förslag till beslut i Kommunfullmäktige

Policy för Daglig verksamhet inom LSS antas.

Lena Arnfelt
Sektorschef

Haleh Lindqvist
Kommundirektör

Expedieras till:

Kommunstyrelsen

För kännedom till:

Lena Arnfelt, Haleh
Lindqvist

Sammanträdesprotokoll

Sammanträdesdatum

2023-09-27

Sida

6 (8)

§ 42/2023

Policy för daglig verksamhet (Dnr KS2023/2118)

Sammanfattning

Beredningen för Trygghet och stöd har tagit fram en policy för daglig verksamhet enligt LSS. Den är ett resultat av ett allt större och bredare behov av insatser och aktiviteter inom Daglig verksamhet. Policyn ligger i linje med följande av kommunfullmäktiges strategiska mål om en trygg omsorg med valmöjligheter genom hela livet, samt att medborgare och näringsliv ska känna ökat förtroende för kommunen. Policyns avsikt är att vara en viljeinriktning samt stöd till förvaltningens utveckling av Daglig verksamhet.

Befolkningsmängden i Kungälv kommun ökar, vilket innebär en ökad målgrupp som har rätt till LSS. Detta innebär att Daglig verksamhet måste utveckla verksamheten genom ett bredare behov av aktiviteter, som kommer kräva kommunöverskridande samarbete.

Policyns syfte är att vara ett långsiktigt styrdokument som ska se till att framtidens Daglig verksamhet svarar upp mot LSS centrala perspektiv kring självbestämmande, inflytande, delaktighet, tillgänglighet, helhetssyn och kontinuitet. Utifrån samverkan med näringsliv, kommun och civilsamhälle ska policyn förbättra förutsättningar för personer med funktionshinder till arbete och sysselsättning.

Policyn behandlar framförallt områdena: syfte, mål och viljeinriktning, inriktningar, lokaler, kompetensförsörjning, välfärdsteknik. Policyn ska gälla fram till 2030-12-31.

Beslutsunderlag

Beredningsskrivelse Policy för daglig verksamhet
Bilaga Policy för Daglig verksamhet

Förslag till Kommunfullmäktige

Policy för daglig verksamhet antas.

**BEREDNINGEN FÖR TRYGGHET OCH
STÖD**

**KUNGÄLVS
KOMMUN**



Justeras sign



**KUNGÄLVS
KOMMUN**

Policy för daglig verksamhet enligt LSS

Policy

Diarie-/dokumentnummer: KS2023/1818

Beslut: Kommunfullmäktige

Beredande politiskt organ: Beredning för trygghet och stöd

Giltighetstid: 2030-12-31

Dokumentansvarig: Sektor Trygghet och stöd

Senast uppdaterad av: Johan Sjöholm, Angelica Karlsson, Ronita Larsson och
Emelie Gillberg



**KUNGÄLVS
KOMMUN**

Innehållsförteckning

| | |
|--|---|
| 1. Inledning | 3 |
| 2. Relation till andra styrdokument | 3 |
| 3. Syfte | 3 |
| 4. Mål och viljeinriktning | 4 |
| 5. Inriktningar | 4 |
| 5.1 Lokaler | 5 |
| 5.2 Kompetensförsörjning | 5 |
| 5.3 Välfärdsteknik | 5 |
| 6. Levandegöra | 5 |
| 7. Uppföljning | 6 |



**KUNGÄLVS
KOMMUN**

1. Inledning

Policyn riktar sig till målgruppen som har rätt till LSS. Den här framtagna policyn är ett resultat av ett allt större och bredare behov av insatser och aktiviteter inom Daglig verksamhet. Policyn ligger i linje med följande av kommunfullmäktiges strategiska mål:

- En trygg omsorg med valmöjligheter genom hela livet.
- Att medborgare och näringsliv ska känna ökat förtroende för kommunen.

Policyns avsikt är att vara en viljeinriktning samt stöd till förvaltningens utveckling av Daglig verksamhet.

Befolkningsmängden i Kungälv kommun ökar, vilket innebär en ökad målgrupp som har rätt till LSS. Detta innebär att Dagligverksamhet måste utveckla verksamheten genom ett bredare behov av aktiviteter, som kommer kräva kommunöverskridande samarbete. Daglig verksamhet behöver utvecklas till att bli mer meningsfull och individanpassad. Behovet av att skapa nya inriktningar för Daglig verksamhet kommer att vara en nödvändighet i samverkan med hela Kungälvssamhället.

2. Relation till andra styrdokument

Utifrån policy för styrdokument (KS2019/1577) definieras policy som en övergripande avsiktsförklaring. Policyn vägleder och anger förhållningssätt samt vilka värden som ska beaktas.

Program social hållbarhet – ökat innanförskap (KS2019/0202)

Plan för funktionshinderpolitiska programmet (KS2019/1500)

3. Syfte

Policyn är ett långsiktigt styrdokument fram till 2030-12-30, som ska peka ut riktning för planer och riktlinjer. Policyn framtidens Daglig verksamhet ska svara upp mot LSS centrala perspektiv kring självbestämmande, inflytande, delaktighet, tillgänglighet, helhetssyn och kontinuitet. Utifrån samverkan med näringsliv, kommun och civilsamhälle ska policyn förbättra förutsättningar för personer med funktionshinder till



**KUNGÄLV
KOMMUN**

arbete och sysselsättning. Via policyn ges nya och bredare inriktningar för Daglig verksamhet.

4. Mål och viljeinriktning

Daglig verksamhet ska utvecklas för att stödja deltagandet i samhället, arbetslivet och för att förhindra isolering via:

- Kvalitetshöjande insatser inom daglig verksamhet som leder till meningsfull sysselsättning.
- Verka för att kommunen i nära samarbete med arbetsförmedling, civilsamhälle och näringsliv, inte minst genom Samhällskontraktet, ska kunna skapa sysselsättning och direkta arbeten för personer med funktionshinder.
- Utveckla och involvera välfärdsteknik inom Daglig verksamhet för att underlätta till att allt fler personer med rätt till LSS ska få möjligheter till sysselsättning.

5. Inriktningar

En central del i utvecklingen av Daglig verksamhet är vilka förutsättningar det finns till behovsanpassade inriktningar. En inventering behöver göras om vilka aktiviteter som nu finns och vilka eventuella aktiviteter som kan bli till i framtiden.

Det uppstår nya grupper i behov av Daglig verksamhet som skulle kunna få ett avstamp in till ett ordinarie arbete. Det handlar inte minst om ett kommande behov vad gäller yngre personer med neuropsykiatriska funktionshinder och motverka deras ofrivilliga ensamhet.

Personer på en tidig utvecklingsnivå och gruppen av äldre inom Daglig verksamhet är ytterligare grupper som kan vara i behov av speciella inriktningar och platser som håller ett lägre och lugnare tempo.

Vidare vore det önskvärt att inventera och utöka andra kommunala verksamheters behov av hjälp genom Daglig verksamhet gärna med möjlighet till tjänstgöring som praktikant.

Ett vidare och utökat samarbete via Samhällskontraktet för att ytterligare uppmärksamma föreningar och företag på att engagera Daglig verksamhet är önskvärt, där kommunen underlättar denna typ av samarbete.

Målet är att permanenta en plats med speciell inriktning för estetisk verksamhet med dess arbete och engagemang kring Daglig verksamhet i sin helhet. Det skulle ge ett ordentligt lyft och att kommunen också ska uppmuntra den kulturella/skapande inriktningen för att berika och bredda Daglig verksamhet.



Daglig verksamhets utemiljöer ska anpassas för att tillgodose sinnesstimulerande aktiviteter utifrån olika utvecklingsnivåer.

5.1 Lokaler

Daglig verksamhet är i behov av ändamålsenliga lokaler. Kommunen ska därför fortlöpande rusta upp äldre lokaliteter samt att också verka för att lokaler för Daglig verksamhet eftersöks som harmonierar logistiskt och ändamålsenligt för både deltagare och personal.

Daglig verksamhet ska även fortsättningsvis finnas med i kommunens översiktsplan och övriga byggplaner.

5.2 Kompetensförsörjning

Personal- och ledarskapsförsörjning är en mycket viktig fråga och en faktor som både intresseorganisationer och Socialstyrelse betonar särskilt. Att kompetensförsörjningen utvecklas inom Kungälv kommun är grundläggande för verksamheten. Detta ställer stora krav på flexibilitet och kommunens förmåga att tänka nytt och utanför boxen för en god kvalitet. Verksamheten måste därför upplevas stimulerande att arbeta i och att det skapas en arbetsmiljö som gör att personal med rätt kompetens utför ett bra arbete med kontinuitet och kvalitet.

5.3 Välfärdsteknik

Digitaliseringsutvecklingen sker mycket snabbt och ska vara en naturlig del av Daglig verksamhet och brukarnas utveckling. Det strategiska arbetet koordineras och drivs centralt av digitaliseringsledaren i sektorn i samarbete med utsedda digitaliseringsansvariga inom verksamheten. Genom att införa nya digitala arbetssätt och e-tjänster inom Daglig verksamhet möjliggörs att arbeta effektivare tillsammans. Genom att införa automatisering i enkla regelstyrda processer frigör vi tid till en mer adekvat vård, omsorg och utveckling av brukarna. Tester av välfärdsteknik samt omvärldsbevakning ska genomföras kontinuerligt för att sedan efter bedömning kunna implementeras i verksamheten. Utbildning ska också genomföras med kontinuitet i samband med nyttillkommen välfärdsteknik i verksamheten

6. Levandegöra

Policyn ska ses som politiska riktlinjer för att styra kommunens utveckling inom området Daglig verksamhet. Den ger ett bidrag till kvalitetssäkring av



**KUNGÄLVS
KOMMUN**

rättighetsperspektiven kring dagligverksamhet inom LSS. Policyn ska löpande följas upp och revideras utifrån förändringar i samhället.

7. Uppföljning

Policyn framtidens Daglig verksamhet gäller fram till 2030-12-31, med möjlighet till revidering utifrån aktuellt nuläge och omvärldsanalys

Beredningsskrivelse

1(1)

Datum
1/19/2024

Ärende:
Policy för daglig verksamhet

Diarienummer:
KS2023/2118-1

Instans:
Beredningen för Trygghet och stöd

Beredningsskrivelse- Policy för daglig verksamhet

Beredningen för Trygghet och stöd har tagit fram en policy för daglig verksamhet enligt LSS. Den är ett resultat av ett allt större och bredare behov av insatser och aktiviteter inom Daglig verksamhet. Policyn ligger i linje med följande av kommunfullmäktiges strategiska mål om en trygg omsorg med valmöjligheter genom hela livet, samt att medborgare och näringsliv ska känna ökat förtroende för kommunen. Policyns avsikt är att vara en viljeinriktning samt stöd till förvaltningens utveckling av Daglig verksamhet.

Befolkningsmängden i Kungälv kommun ökar, vilket innebär en ökad målgrupp som har rätt till LSS. Detta innebär att Daglig verksamhet måste utveckla verksamheten genom ett bredare behov av aktiviteter, som kommer kräva kommunöverskridande samarbete.

Policyns syfte är att vara ett långsiktigt styrdokument som ska se till att framtidens Daglig verksamhet svarar upp mot LSS centrala perspektiv kring självbestämmande, inflytande, delaktighet, tillgänglighet, helhetssyn och kontinuitet. Utifrån samverkan med näringsliv, kommun och civilsamhälle ska policyn förbättra förutsättningar för personer med funktionshinder till arbete och sysselsättning.

Policyn behandlar framförallt områdena: syfte, mål och viljeinriktning, inriktningar, lokaler, kompetensförsörjning, välfärdsteknik. Policyn ska gälla fram till 2030-12-31.

Förslag till Kommunfullmäktige

1. Upprättat dokument: Policy för daglig verksamhet antas.

Expedieras till:

För kännedom till:

**BEREDNINGEN FÖR
TRYGGHET OCH STÖD**

**KUNGÄLV
KOMMUN**



ADRESS Stadshuset, 442 81 Kungälv
TELEFON 0303-23 80 00 vx
FAX 0303-238002
E-POST kommun@kungalv.se
HEMSIDA www.kungalv.se

Sammanträdesprotokoll

Sammanträdesdatum

2024-01-31

Sida

5 (8)

§ 3/2024

Policy för daglig verksamhet (Dnr KS2023/2118)

Sammanfattning

Beredningen för Trygghet och stöd har tagit fram en policy för daglig verksamhet enligt LSS. Den är ett resultat av ett allt större och bredare behov av insatser och aktiviteter inom Daglig verksamhet. Policyn ligger i linje med följande av kommunfullmäktiges strategiska mål om en trygg omsorg med valmöjligheter genom hela livet, samt att medborgare och näringsliv ska känna ökat förtroende för kommunen. Policyns avsikt är att vara en viljeinriktning samt stöd till förvaltningens utveckling av Daglig verksamhet.

Policyn behandlades i Beredningen för Trygghet och stöd 2023-09-27, samt i Kommunstyrelsen 2023-11-15. Ärendet utgick på Kommunfullmäktige 2023-12-07 i och med att policyn gick ut på partiremiss. Nu har svaren från partiremissen inkommit, därav måste policyn beredas igen i Beredningen för Trygghet och stöd innan den slutgiltigt beslutas om i Kommunfullmäktige.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse Policy för daglig verksamhet

Bilaga Protokollsutdrag - Policy för daglig verksamhet - Kommunstyrelsen

Bilaga Policy för daglig verksamhet - förvaltningens tjänsteutlåtande

Bilaga Protokollsutdrag - Policy för daglig verksamhet - Beredningen för Trygghet och stöd

Bilaga Policy för Daglig verksamhet

Bilaga BTS 2023-09-27 Beredningsskrivelse Policy för daglig verksamhet

Förslag till beslut i Kommunfullmäktige

1. Upprättat dokument: Policy för daglig verksamhet antas.

**BEREDNINGEN FÖR TRYGGHET OCH
STÖD****KUNGÄLVS
KOMMUN**

Justeras sign

Sammanträdesprotokoll

Sammanträdesdatum

2024-01-31

Sida

5 (8)

§ 3/2024

Policy för daglig verksamhet (Dnr KS2023/2118)

Sammanfattning

Beredningen för Trygghet och stöd har tagit fram en policy för daglig verksamhet enligt LSS. Den är ett resultat av ett allt större och bredare behov av insatser och aktiviteter inom Daglig verksamhet. Policyn ligger i linje med följande av kommunfullmäktiges strategiska mål om en trygg omsorg med valmöjligheter genom hela livet, samt att medborgare och näringsliv ska känna ökat förtroende för kommunen. Policyns avsikt är att vara en viljeinriktning samt stöd till förvaltningens utveckling av Daglig verksamhet.

Policyn behandlades i Beredningen för Trygghet och stöd 2023-09-27, samt i Kommunstyrelsen 2023-11-15. Ärendet utgick på Kommunfullmäktige 2023-12-07 i och med att policyn gick ut på partiremiss. Nu har svaren från partiremissen inkommit, därav måste policyn beredas igen i Beredningen för Trygghet och stöd innan den slutgiltigt beslutas om i Kommunfullmäktige.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse Policy för daglig verksamhet

Bilaga Protokollsutdrag - Policy för daglig verksamhet - Kommunstyrelsen

Bilaga Policy för daglig verksamhet - förvaltningens tjänsteutlåtande

Bilaga Protokollsutdrag - Policy för daglig verksamhet - Beredningen för Trygghet och stöd

Bilaga Policy för Daglig verksamhet

Bilaga BTS 2023-09-27 Beredningsskrivelse Policy för daglig verksamhet

Förslag till beslut i Kommunfullmäktige

1. Upprättat dokument: Policy för daglig verksamhet antas.

**BEREDNINGEN FÖR TRYGGHET OCH
STÖD****KUNGÄLVS
KOMMUN**

Justeras sign