

Vård- och omsorgsnämndens budget 2023–2025



Typ av styrdokument: Budget

Beslutande instans: Vård- och omsorgsnämnden

Datum för beslut: 2022-12-19 § 101

Gäller för: Vård- och omsorgsnämnden

Giltighetstid: t.om. 2023-12-31

Innehåll

| | |
|--|----------|
| Inledning | 3 |
| Nämndens mål och nyckeltal | 5 |
| Uppdrag | 8 |
| Nämndens budget..... | 9 |
| Ekonomiska ramar..... | 9 |
| Investeringsbudget | 10 |
| Arbetsmiljö och sjukfrånvaro | 11 |
| Bilaga 1 – Internkontrollplan | 8 |
| Bilaga 2 – Risk- och väsentlighetsanalys | 9 |

Inledning

Vård- och omsorgsnämnden är stolt över sin verksamhet och nämndens målsättning är att fortsatt ha en trygg och säker vård och omsorg med hög kvalitet för Alingsåsarna.

De kommande tio åren kommer den förändrade demografin att medföra ökade behov av insatser inom äldreomsorgen. Antalet yrkesverksamma kommer inte öka i samma takt och det innebär dels stora utmaningar inom kompetensförsörjning dels att skatteintäkter och statsbidrag inte spås öka i samma omfattning.

Denna stora välfärdsutmaningen delar Alingsås med kommuner och regioner över hela landet. I "Strategin för äldreomsorgen" finns en långsiktig planering för framtidens äldreomsorg och den håller på att implementeras med ambitionen om att möta framtidens utmaningar, med så låg kostnadsökning som möjligt och med visionen om bibehållen eller helst högre kvalitet. En strategi för funktionsstöd är planerad att tas fram under 2023.

För att möta det ökade behovet av vård- och omsorg är rätt typ av bostad särskilt viktigt. Alingsås kommun behöver fler trygghetsboende och anpassade lägenheter i det ordinarie bostadsbeståndet. Det är ett viktigt komplement till särskilda boendeplatser för äldre. I kommunen ska det finnas tillräckligt många särskilda boendeplatser så att väntetiden minimeras. Målet är att skapa förutsättningar för individen att leva självständigt och på egna villkor så länge som möjligt.

För att uppnå de höga målen gällande kvalitet och ekonomi som finns i vård- och omsorgsnämndens framtida strategi för äldreomsorgen ser nämnden att ett seniorcenter tillskapas centralt i Alingsås. Nämnden ser gärna att det placeras på Brunnsgårdentomten. Seniorcentret blir en utbyggd Träffpunkt som innehåller service för de äldre som bor i området. I anslutning till seniorcentret finns det med fördel även annan kommunal verksamhet och gärna andra aktörer, för att skapa mervärde för både brukaren och kommunen. Seniorcentret kommer att bidra till att skapa attraktiva trygghetslägenheter med olika standard och samtidigt erbjuda den service som de boende vill ha.

Liksom behovet av äldreboenden gradvis ökar växer även målgruppen funktionshindrade med LSS-beslut med behov av egen bostad. Det är därför mycket viktigt att ytterligare boendeplatser tillskapas i kombination med att övriga LSS-insatser utvecklas och utökas inom de närmaste åren. Kommunen behöver säkerställa god intern samverkan mellan olika verksamheter för att trygga ett gott och sömlöst omhändertagande av målgruppen.

En utmaning i spåren av förändrad demografi är att rekrytera personal till vården. För att säkerställa kompetens, både i dag och i framtiden, behöver riktade insatser genomföras för att höja attraktiviteten i yrket. En viktig del är förvaltningens samverkan med Vård- och omsorgsregionen och med Göteborgsregionen. Kombinationen av ökad efterfrågan på omsorg och den framtida utmaningen att klara rekryteringsbehoven av personal ställer krav på omställning. Ett särskilt fokus bör ligga på ett mer proaktivt och flexibelt arbetssätt. För att höja språkkompetensen implementeras språkrav vid rekrytering och arbetet med att införa Språkbud pågår.

För att kunna möta medborgarnas behov även i framtiden är det viktigt att verksamheten tar tillvara digitaliseringens möjligheter. Nämnden vill fortsätta resan mot att verksamheten skall ligga i framkant i den utvecklingen.

Vård- och omsorgsnämndens förebyggande- och hälsofrämjande insatser behöver utvecklas i samverkan med andra organisationer och civilsamhället. Syftet är att med tidiga insatser öka självständighet och motverka ensamhet samt öka välbefinnande och livskvaliteten hos alingsåsarna. Detta i samklang med omställningen till en god och nära vård och i att utveckla den kommunala hälso- och sjukvården utifrån den enskildes behov. "God och Nära vård" kommer att ställa krav på nya arbetssätt för att säkerställa kontinuitet, trygghet och resurseffektivitet.

Prioriterade områden för vård- och omsorgsnämnden:

- Fortsätta utveckla digital teknik inom omsorgen och digitala tjänster i hemmet.
- Fortsätta arbetet med kompetensutveckling samt stärka attraktiviteten inom vården.
- Tillse att äldreomsorgsstrategin genomförs enligt plan.
- Attraktiva bostäder för trygghet, tillgänglighet och gemenskap.
- Ett proaktivt och flexibelt arbetssätt.
- Fokus på det förebyggande och hälsofrämjande arbetet för ökat välbefinnande och livskvalitet.

Eva-Lotta Pamp

Ordföranden

Vård- och omsorgsnämnden

Birgit Börjesson

Vice ordförande

Vård- och omsorgsnämnden

Nämndens mål och nyckeltal

Prioriterat mål: Alingsåsarna har inflytande, får god service och ett gott bemötande från kommunen.

Indikator:

Nöjd med bemötande via telefoni, index 0–100,
 Enkelt att få hjälp via med sin fråga via telefoni, index 0–100
 Tydligt svar från kommunen via e-post, index 0–100
 Enkelt att få hjälpa med sin fråga via e-post, index 0–100

| Nämndens mål: | Koppling Agenda 2030 | |
|--|--|-------------|
| Alingsåsarna får god service och ett gott bemötande från nämndens verksamheter. | MÅL 16. Fredliga och inkluderande samhällen. | |
| Uppföljning/Nyckeltal | Målvärde 2023 | Nuläge 2022 |
| 1. Nöjd med bemötande via telefoni, index 0–100 (N00671) | 85 | - |
| 2. Enkelt att få hjälp med sin fråga via telefoni, index 0–100 (N00672) | 80 | - |
| 3. Tydligt svar från kommunen via e-post, index 0–100 (N00673) | 85 | - |
| 4. Enkelt att få hjälpa med sin fråga via e-post, index 0–100 (N00674) | 80 | - |
| 5. Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - bemötande, andel (%) (U21504) | 96 | 98 |
| 6. Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - bemötande, andel (%) (U23520) | 92 | 92 |
| 7. Brukarbedömning boende LSS totalt - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%) (U28567) | 76 | 75 (2021) |
| 8. Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%) (U28536) | 85 | 82 |
| 9. Brukarbedömning personlig LSS - Brukaren känner sig trygg med alla sina assistenter, andel (%) (U28631) | 82 | 78 |

Nämndens mål förväntas ha en positiv effekt på fullmäktiges indikatorer, samt en positiv påverkan på verksamhetens service och bemötande mot brukarna. På så sätt påverka nämndens mål kommunfullmäktiges prioriterade mål.

Andelen brukare som upplever att de bemöts på ett bra sätt av personalen inom hemtjänst och särskilt boende ska vara minst i nivå med genomsnittet för strukturellt liknande kommuner avseende äldreomsorg. Andelen brukare som känner sig trygga med alla i personalen eller sina assistenter ska vara minst i nivå med genomsnittet för alla kommuner.

Antal kommuner med redovisade data i jämförelsegruppen *liknande kommuner LSS* anses vara för lågt för att nyckeltalet ska fungera som ett relevant jämförelsetal. Istället används genomsnittet för alla kommuner som utgångspunkt för nämndens målvärde avseende LSS.

Inom parantes anges nyckeltals-id som är sökbara på www.kolada.se.

Prioriterat mål: Alingsåsarna har inflytande, får god service och ett gott bemötande från kommunen.

Indikator: Andelen invånare som upplever att de har möjlighet till insyn och inflytande över kommunens beslut och verksamhet

| Nämndens mål | Koppling Agenda 2030 | |
|---|--|-------------|
| Nämndens brukare är delaktiga, har inflytande och ges möjlighet till egna val. | MÅL 16. Fredliga och inkluderande samhällen. | |
| Uppföljning/Nyckeltal | Målvärde 2023 | Nuläge 2022 |
| 1. Andelen invånare som upplever att de har möjlighet till insyn och inflytande över kommunens beslut och verksamhet (N00669) | 25 | 19 (2021) |
| 2. Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - hänsyn till åsikter och önskemål, (%) (U21463) | 83 | 91 |
| 3. Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - hänsyn till åsikter och önskemål, (%) (U23461) | 78 | 83 |
| 4. Brukarbedömning boende LSS totalt – Brukaren får bestämma saker som är viktiga hemma, andel (%) (U28663) | 80 | 83 (2021) |
| 5. Brukarbedömning daglig verksamhet LSS – Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%) (U28532) | 75 | 79 |
| 6. Brukarbedömning personlig assistans LSS – Brukaren har varit med och bestämt alla sina assistenter, andel (%) (U28616) | 53 | 44 |
| 7. Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - möjlighet att framföra synpunkter och klagomål, andel (%) (U21464) | 58 | 60 |
| 8. Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - möjlighet att framföra synpunkter och klagomål, andel (%) (U23516) | 39 | 46 |
| 9. Brukarbedömning boende LSS totalt – Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt hemma, andel (U28569) | 85 | 90 (2021) |
| 10. Brukarbedömning daglig verksamhet LSS – Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt, andel (%) (U28562) | 90 | 91 |
| 11. Brukarbedömning personlig assistans LSS – Brukaren vet vem hen ska prata med om något fungerar dåligt med assistenterna, andel (%) (U28637) | 81 | 67 |

Nämndens mål förväntas ha en positiv effekt på brukarnas delaktighet, inflyande och möjlighet till egna val. Därigenom bidrar nämndens mål till att uppfyllelsen av kommunfullmäktighets prioriterade mål.

Andelen brukare som upplever att personalen brukar ta hänsyn till deras åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras och som vet var de ska vända sig om de vill framföra synpunkter eller klagomål inom hemtjänst och särskilt boende ska vara minst i nivå med genomsnittet för strukturellt liknande kommuner avseende äldreomsorg.

Andelen brukar som uppger att de får bestämma saker som är viktiga eller som varit med och bestämt alla sina assistenter, samt andelen brukare som vet vem hen ska kontakta om något är dåligt eller fungerar dåligt med assistenterna ska vara minst i nivå med genomsnittet för alla kommuner.

Antal kommuner med redovisade data i jämförelsegruppen *liknande kommuner LSS* anses vara för lågt för att nyckeltalet ska fungera som ett relevant jämförelsetal. Istället används genomsnittet för alla kommuner som utgångspunkt för nämndens målvärde avseende LSS.

Andelen invånare som upplever att de har möjlighet till insyn och inflytande över kommunens beslut och verksamhet presenteras i december för innevarande år utifrån SCB:s medborgarundersökning

Inom parantes anges nyckeltals-id som är sökbara på www.kolada.se.

Prioriterat mål: I Alingsås finns goda livsmiljöer genom en långsiktig ekologisk, social och ekonomisk hållbar utveckling

Indikator: -

| Nämndens mål | Koppling Agenda 2030 | |
|---|--|-------------|
| Nämnden tillgodoser behovet av boende för äldre och tillser boendekravet för fullvärdiga lägenheter. | Mål 11. Hållbara städer och samhällen. | |
| Uppföljning/Nyckeltal | Målvärde 2023 | Nuläge 2022 |
| 1. Andel lägenheter för äldre som uppfyller boendekravet för fullvärdiga lägenheter | 100% | 92% |
| 2. Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde (U23401) | 69 | 74 |

Nämndens mål förväntas bidra till att uppfylla nämndens ansvar om att inom lagstadgad tid verkställa fattade beslut om boende för äldre enligt socialtjänstlagen, samt att kontinuerligt bedöma behovet av nya bostäder i särskilda boendeformer. Därigenom bidrar nämndens mål till att uppfylla kommunens samlade ansvar med att tillgodose behovet av sådana platser.

Väntetiden i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende ska vara minst i nivå med genomsnittet för strukturellt liknande kommuner avseende äldreomsorg.

Inom parantes anges nyckeltals-id som är sökbara på www.kolada.se.

Prioriterat mål: I Alingsås finns goda livsmiljöer genom en långsiktig ekologisk, social och ekonomisk hållbar utveckling

Indikator: -

| Nämndens mål | Koppling Agenda 2030 | |
|---|---|-------------|
| Nämnden har personal i tillräcklig omfattning och med rätt kompetens. | MÅL 8. Anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt. | |
| Uppföljning/Nyckeltal | Målvärde 2023 | Nuläge 2022 |
| 1. Antal specialistutbildade USK ¹ | 12 | 1 |
| 2. Antal stödpedagoger | 22 | 21 |
| 3. Antal utbildade språkbud ² | 39 | 24 |
| 4. Antal genomförda utbildningar till USK via Äldreomsorgslyftet ³ | 110 | 90 |

Kompetensförsörjning är en stor utmaning inom vård- och omsorg. Framtida behovsökningar, en ökad konkurrens på arbetsmarknaden och ett ökat antal pensionsavgångar förväntas medföra ett ökat rekryteringsbehov och svårigheter att tillgodose rätt kompetens i verksamheten. Ett strategiskt arbete med kompetensförsörjning förväntas bidra till verksamhetsutveckling, medarbetarnas yrkesutveckling och att göra jobben mer attraktiva. Därigenom ökar nämndens förutsättningar att kunna möta kommande rekryterings- och kompetensförsörjningsbehov.

¹ Avser >200 Yrkehögskolepoäng (YH-poäng).

² Antal medarbetare som genomgått eller påbörjat utbildning till språkbud.

³ Antal medarbetare som genomgått eller påbörjat utbildning inom ramen för äldreomsorgslyftet.

Uppdrag

- Vård- och omsorgsnämnden ger vård- och omsorgsförvaltningen i uppdrag att göra en översyn av förebyggandeenhetens uppdrag och framtida arbete.
- Vård- och omsorgsnämnden ger vård- och omsorgsförvaltningen i uppdrag att säkerställa att förvaltningen har en ändamålsenlig handlingsplan och organisation för kris och beredskap.
- I genomlysningen utifrån handlingsplan Effekt rekommenderades av vård- och omsorgsnämnden att kvalitetssäkra sina nyckeltal för bättre jämförelser och analyser. Nämnden ger förvaltningen i uppdrag att genomföra Kostnad per brukare (KPB) i enlighet med den rekommendationen.

Nämndens budget

Ekonomiska ramar

| Belopp i tkr | Budget 2022 | Budget 2023 | Plan 2024 | Plan 2025 |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Verksamhetens intäkter | 194 228 | 200 274 | 211 089 | 218 054 |
| Personalkostnader | -716 023 | -769 574 | -811 121 | -837 693 |
| Lokalhyror | -93 000 | -97 612 | -102 883 | -106 278 |
| Köp av tjänster | -161 998 | -167 230 | -176 260 | -182 076 |
| Övriga kostnader | -76 763 | -79 138 | -83 411 | -86 163 |
| Verksamhetens kostnader | -1 047 784 | -1 113 554 | -1 173 675 | -1 212 210 |
| Verksamhetens nettokostnader | -853 556 | -913 280 | -962 586 | -994 156 |
| Kommunbidrag | 853 556 | 913 280 | 962 586 | 994 156 |
| Finansnetto | | | | |
| Årets resultat | 0 | 0 | 0 | 0 |

Vård- och omsorgsnämndens budget 2023 innebär en ramökning med 59,7 miljoner vilket är 7,0 procent högre än budget 2022. 13,7 miljoner kompenseras nämnden för befolkningsförändringar, 49,5 miljoner är kompensation för prishöjningar (index). Nämndens ram minskas med 3,5 miljoner då verksamheter flyttas organisatoriskt i kommunen. Ramjusteringarna specificeras nedan:

- Larm och bevakning - 0,1 mkr
- Färdtjänst - 4,8 mkr
- Folkhälsomedel - 0,4 mkr
- Boendestöd (LSS) 0,9 mkr
- Somatik under 65 0,9 mkr

Förändringar på kontogruppernivå mellan 2022 och 2023 är beroende på index. Ökningen på intäkter är något lägre vilket beror på en lägre ökning i statlig ersättning för personlig assistans än ökningen på kommunbidraget. Ökningen av personalkostnad är något högre beroende på tilldelad befolkningsförändring.

Investeringsbudget

| Belopp i tkr | Budget 2022 | Budget 2023 | Plan 2024 | Plan 2025 | Plan 2026 | Plan 2027 |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Reinvestering | 5 300 | 5 300 | 5 300 | 5 300 | 5 300 | 5 300 |
| Inventarier | 4 200 | 4 200 | 4 200 | 4 200 | 4 200 | 4 200 |
| Vårdarhjälpmedel | 350 | 350 | 350 | 350 | 350 | 350 |
| Sängar | 750 | 750 | 750 | 750 | 750 | 750 |
| Totala utgifter | 5 300 | 5 300 | 5 300 | 5 300 | 5 300 | 5 300 |

Budget för investeringar om 5,3 miljoner per år under planperioden förväntas täcka de behov nämnden har av löpande investeringar i verksamheten.

Arbetsmiljö och sjukfrånvaro

| Nämndens arbetsmiljö | Koppling Agenda 2030 | |
|--|--|-------------|
| Den upplevda arbetsglädjen ska öka. | Mål 8. Anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt | |
| Uppföljning/Nyckeltal | Målvärde 2023 | Nuläge 2022 |
| Jag ser fram emot att gå till jobbet, andel (%) ⁴ | 71% | 68,6% |

Vård- och omsorgsförvaltningen ska erbjuda en god organisatorisk och social arbetsmiljö med nolltolerans mot kränkande särbehandling. Det prioriterade arbetsmiljömålet för 2023 är att den upplevda arbetsglädjen ska öka. Detta följs upp genom det nya pulsmättningsverktyget som genomförs kvartalsvis. Där förväntas andelen positiva svar på frågan – jag ser fram emot att gå till jobbet, att öka i jämförelse med den mätning som gjorts hösten 2022. Positiva effekter som förväntas av arbetsmiljömålet är även ökad trivsel och engagemang, samt minskad arbetsrelaterad ohälsa.

Främjande arbetsmiljösatsningar och aktiviteter för att nå arbetsmiljömålet och sänka sjukfrånvaron är dels att arbeta vidare med medarbetarskapssatsningen och de handlingsplaner enheterna tagit fram under 2022. Det systematiska arbetsmiljöarbetet ska fortsatt säkerställas med hjälp av det nya stödsystemet OPUS för att förebygga ohälsorisker och sätta in rätt åtgärder i tid. Till detta ska det nya pulsmätningssystemet stödja verksamheterna med nulägesindikatorer för den upplevda arbetsmiljön fyra gånger per år, samt hjälpa till i dialogen med att identifiera förbättringsområden. För att minska andelen långtidssjukskrivna medarbetare sker aktivt rehabiliteringsarbete med stöd av HR och företagshälsovård vid behov.

Vidare är de nya kommungemensamma medarbetaröverenskommelserna prioriterade för att tydliggöra uppdraget i dialog mellan chef och medarbetare. Detta ska bidra till att man som medarbetare är väl insatt i både verksamhetens mål som sina individuella mål och utvecklingsplan. Samt ett viktigt forum för chef att fånga upp ohälsosignaler och sätta in förebyggande åtgärder för att säkerställa en hållbar arbetsplats med god arbetsmiljö.

⁴ Andel medarbetare som har svarat "Instämmer helt eller "Instämmer" på frågan jag ser fram emot att gå till jobbet. Källa: Pulsmätning

Bilaga 1 - Internkontrollplan

| Identifierad risk | Process | Risk-värde | Vad ska kontrolleras? | Metod Hur ska kontrollen genomföras? | Ansvarig Vem ansvarar för att kontrollen blir genomförd? | Uppföljning När följs kontrollen upp? |
|--|--------------------------------|------------|--|--|---|--|
| Brister i det systematiska brandskyddsarbetet (SBA). | Systematiskt brandskyddsarbete | 12 | <p>Kontroll av att förvaltningen har upprättat de styrdokument som krävs och datum för beslut.</p> <p>Kontroll av att alla medarbetare genomgår brandutbildning var tredje år.</p> <p>Kontroll av att alla enheter har utsedda brandskyddsombud.</p> <p>Kontroll av att alla nyanställda medarbetare får introduktion i SBA vid nyanställning.</p> | <p>Granskning av styrdokument.</p> <p>Enkät till enhetschefer.</p> <p>Enkät till enhetschefer.</p> <p>Enkät enhetschefer.</p> | Avdelningschef förvaltningskontoret | Delårsbokslut |
| Risk för brister i ärendehanteringsprocessen. | Ärendehanteringsprocessen | 9 | <p>Kontroll av att nämnden har beskrivit och fastställt ärendehanteringsprocessen.</p> <p>Kontroll av att nämnden har de styrdokument i ärendehanteringsprocessen som krävs och att dessa är aktuella.</p> <p>Kontroll av att ärendehanteringsprocessen följs och fungerar.</p> | <p>Granskning av ärendehanteringsprocessen avseende att processen tydliggör hur inkomna ärende till nämnd ska tas omhand.</p> <p>Granskning av styrdokument och datum för beslut.</p> <p>Stickprov och avstämning med förvaltningssekreterare och registrator, avseende att alla ärende omhändertas, förvaltningssekreterare har kontroll över samtliga ärende, ärenden kommer in i tid, handläggning och godkännande av tjänsteskrivelser sker i Platina, samt att det är tydligt för handläggare när sista datum för inlämning är.</p> | Enhetschef kanslienheten | Delårsbokslut |
| | | | Kontroll av att dokumenthanteringsplanen är aktuellt. | Granskning av dokumenthanteringsplanen och datum för beslut. | Enhetschef kanslienheten | Årsbokslut |

| | | | | | | |
|--|---------------------------------|---|---|--|---|------------------------------|
| | | | Kontroll av att diarieföringen är konsekvent. Kontroll av att nämnden har upprättat de stödjande dokument som krävs avseende hur diarieföring ska ske och att de är aktuella. | Stickprov. Granskning av stödjande dokument och datum för beslut. | | |
| Risk för bristande följsamhet med riktlinjer för informationssäkerhet i Alingsås kommun. | Informations-säkerhetsprocessen | 9 | Kontroll av att alla medarbetare genomgått kommunens digitala utbildning i informationssäkerhet. Kontroll att data eller information i system eller objekt är inventerad och klassad enligt SKR:s modell för informationsklassning. | Uppföljning av antal deltagare som har genomgått utbildning. Uppföljning och granskning av att data i system är inventerad och klassad. | Enhetschef teknikenheten | Årsbokslut |
| Att beslut enligt SoL och LSS inte fattas i enlighet med nämndens riktlinjer. | Socialtjänstprocessen | 9 | Kontroll av att beslutet följer nämndens riktlinjer. Dvs beslut som följer huvudregeln avseende omfattning och nivåer och som inte har beviljats pga. särskilt motiverade skäl. Kontroll av att avvikelser från riktlinjerna har kodats i enlighet med gällande rutin (SoL), samt att bedömning och motivering till beslutet framgår av dokumentationen. | Granskning av beslut och beslutsunderlag genom stickprov. Urval: 5 procent SoL beslut - hemtjänst och korttidsboende 10 procent SoL beslut - särskilt boende 25 Procent LSS beslut Period: 2022-12-01- 23-05-31 2023-06-01-23-11-30 | SAS (SoL) i samverkan med 1: socialsekreterare SoL SAS (LSS) i samverkan med 1:e socialsekreterare LSS | Delår och årsbokslut. |
| Risk att beslut enligt SoL och LSS inte följs upp inom rimlig tid och med god kvalitet. | Socialtjänstprocessen | 9 | Kontroll av att tidsbegränsade beslut följs upp senast innan beslutet löper ut. Kontroll av att tillsvidare beslut följs upp löpande. Kontroll av att nämnden följer upp att den enskilde får den beviljade insatsen. Kontroll av att nämnden följer upp insatsen mot fastställda mål och den planering som gjorts tillsammans med den enskilde. Dvs att den enskildes behov tillgodoses genom insatsen. | Journalgranskning genom stickprov. Urval: 5 procent SoL beslut, hemtjänst och korttidsboende 10 procent SoL, särskilt boende 25 procent LSS beslut Period: 2022-12-01- 23-05-31 2023-06-01-23-11-30 Avser både intern verkställighet och köpt verkställighet | SAS (SoL) och enhetschef myndighet SoL SAS (LSS) och enhetschef myndighet LSS | Delårsbokslut och årsbokslut |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | Kontroll av att dokumentation vid uppföljning av beslut lever upp till kraven i SOSFS 2014:5 | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

Bilaga 2 – Risk- och väsentlighetsanalys

| Risk – beskrivning | Risk/ sannolikhet | Risk/ väsentlighet | Risk och väsentlighet | Hantering (mål, internkontrollpunkt, kritisk verksamhetsfaktor, omedelbar åtgärd) |
|---|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---|
| 1. Bristande efterlevnad av kommunfullmäktiges policy och struktur för styrande dokument. | 1 | 2 | 2 | Åtgärder bedöms ej nödvändiga |
| 2. Brister i det systematiska brandskyddsarbetet (SBA). | 3 | 4 | 12 | Internkontrollpunkt |
| 3. Risker i samband med organisationsförändringar. | 3 | 3 | 9 | Kritisk verksamhetsfaktor |
| 4. Risk för brister i ärendehanteringsprocessen. | 3 | 3 | 9 | Internkontrollpunkt |
| 5. Risk för bristande följsamhet med riktlinjer för informationssäkerhet i Alingsås kommun. | 3 | 3 | 9 | Internkontrollpunkt |
| 6. Att omställning till digital teknik tar längre tid än beräknat | 2 | 3 | 6 | Kritisk verksamhetsfaktor |
| 7. Att utförda timmar inte överensstämmer med beviljade timmar inom hemtjänst och personlig assistans | 2 | 4 | 8 | Uppdrag |
| 8. Bristande uppföljning av privata utförare och egen regi. | 4 | 3 | 12 | Åtgärder bedöms ej nödvändiga. Omhändertas genom uppdrag VON 2021- 09-27, § 53. |
| 9. Att förvaltningen inte kan rekrytera personal i tillräcklig omfattning och med rätt kompetens. | 3 | 4 | 12 | MÅL |
| 10. Att biståndsbeslut inte fattas i enlighet med nämndens riktlinjer | 3 | 3 | 9 | Internkontrollpunkt |
| 11. Att kostnaden per brukare/insats är för hög. | 3 | 3 | 9 | Kritisk verksamhetsfaktor och uppdrag |

| | | | | |
|--|---|---|----|---|
| 12. Risk att biståndsbeslut inte följs upp. | 3 | 3 | 9 | Internkontrollpunkt |
| 13. Risk för att basala hygienrutiner och smittskyddsåtgärder (covid-19) inte fullt ut efterlevs. | 2 | 4 | 8 | Kritisk verksamhetsfaktor |
| 14. Risk för att avvikelser och händelser som skulle kunna leda till vårdskador och missförhållande inte rapporteras och utreds. | 3 | 3 | 9 | Kritisk verksamhetsfaktor. |
| 15. Risk för att det inte sker ett aktivt förebyggandearbete för att minska risker för specifika vårdskador. | 3 | 3 | 9 | Kritisk verksamhetsfaktor |
| 16. Att nämnden inte kan tillgodose behovet av boendeplatser för LSS-målgrupper | 1 | 3 | 3 | Kritisk verksamhetsfaktor |
| 17. Risk för bristfällig dokumentation | 3 | 3 | 9 | Åtgärder bedöms ej nödvändiga. Omhändertas genom uppdrag VON 2022-12-01, § 85 |
| 18. Att nämnden inte kan tillgodose behovet av boende för äldre och tillse boendekravet för fullvärdiga lägenheter. | 4 | 3 | 12 | MÅL |
| 20 Att inte klara budget i balans (budgetavvikelser). | 2 | 2 | 4 | Uppdrag, samt genom uppföljning enligt styrmodellen. |
| 21. Att antalet köpta platser ökar och därmed kostnaden. | 1 | 3 | 3 | Åtgärder bedöms ej nödvändiga |
| 22. Risk för att förändringar av in- och utflöden av ärenden och volymförändringar ej omhändertas. | 2 | 2 | 4 | Kritisk verksamhetsfaktor (redovisning av månadsstatistik till nämnd). |
| 23. Risk att förvaltningen inte har en ändamålsenlig handlingsplan och organisation för kris och beredskap. | 2 | 3 | 6 | Uppdrag |
| <i>Förklaring Risk:</i> | | | | <i>Förklaring Väsentlighetsgrad:</i> |

| | |
|--|---|
| <p>1.Osannolik: risken för att fel ska uppstå är praktiskt taget obefintlig</p> <p>2.Mindre sannolik: risken för att fels ska uppstå är mycket liten</p> <p>3.Möjlig: det finns en möjlig risk för att fel ska uppstå</p> <p>4.Sannolik: det är mycket troligt att fel ska uppstå</p> | <p>1.Försumbar: är obetydlig för de olika intressenterna och kommunen</p> <p>2.Lindrig: uppfattas som liten av såväl intressenter som kommunen</p> <p>3.Kännbar: uppfattas som besvärande av såväl intressenter som kommunen</p> <p>4.Allvarlig: är så stor att fel helt enkelt inte får inträffa</p> |
| <p>Förklaring Hantering:</p> | |
| <p>Att ta ställning till hur riskerna ska hanteras. När riskinventering och värdering är gjord ska nödvändiga åtgärder identifieras.</p> <p>Riskvärde 1–4</p> <p>Åtgärder bedöms ej nödvändiga.</p> <p>Riskvärde 6–12</p> <p>Alternativ 1: Bedöms vara delar av verksamheten där förändring/utveckling är nödvändig för att nå prioriterade mål med indikatorer eller uppfylla krav utifrån nämndens grunduppdrag. Formuleras som mål i nämndens budget/bolagets måldokument.</p> <p>Alternativ 2: Bedöms vara delar av verksamheten där den värderade risken ska åtgärdas/hållas under uppsikt. Återfinns i nämndens/bolagets internkontrollplan, alternativt i kritiska verksamhetsfaktorer om risken bedöms som mindre sannolik/osannolik.</p> <p>Riskvärde 16</p> <p>Bedöms vara delar av verksamheten där den värderade risken måste åtgärdas direkt. Formuleras som risk med omedelbar åtgärd i nämndens budget.</p> | |