BORÅS STAD

# Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2022

Sociala omsorgsnämnden

# Innehållsförteckning

**1 Begreppsdefinitioner ..... 3**

**2 Förkortningar ..... 3**

**3 STRUKTUR ..... 5**

**4 PROCESS - Åtgärder för att säkerställa verksamhetens kvalitet .. 8**

**5 RESULTAT OCH ANALYS ..... 17**

5.1 Riskanalys ..... 17

5.2 Synpunkter och klagomål ..... 18

5.3 Avvikelser på individnivå ..... 18

5.4 Lex Maria ..... 30

5.5 Lex Sarah ..... 30

5.6 Egenkontroll ..... 33

**6 Verksamhet upphandlad enligt LOU eller LOV ..... 39**

**7 Mål, strategier och utmaningar för kommande år ..... 41**

# 1 Begreppsdefinitioner

- Brukare/klient – enskild med beslutad insats enligt SoL och/eller LSS
- Den enskilde – i det här dokumentet menas med begreppet den enskilde patient, brukare och klient.
- Egenkontroll - systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.
- Huvudman - myndighet eller organisation som juridiskt och ekonomiskt har ansvaret för viss verksamhet. Respektive nämnd inom det sociala klustret är huvudman för den verksamhet dess reglemente definierar. För verksamheter som bedrivs på entreprenad enligt LOV (Lagen om valfrihet) eller LOU (Lagen om offentlig upphandling) kvarstår huvudmannaskapet hos nämnden men enskilda avtal reglerar genomföraransvar för olika delar av kvalitet- och uppföljningsarbetet. Ansvaret för patientsäkerhet kvarstår alltid hos huvudmannen.
- 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.
- Ledningssystem - System för att fastställa principer för ledning av verksamheten.
- Patient – enskild inskriven i HSV (hälso- och sjukvård)
- Sociala klustret – ett samlingsbegrepp för Arbetslivsförvaltningen, Individ och familjeomsorgen, Sociala omsorgsförvaltningen samt Vård- och äldreförvaltningen i Borås stad

# 2 Förkortningar

ALF - Arbetslivsförvaltningen
APT - Arbetsplatsträff
BBIC - Barns behov i centrum
BPSD - Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens
FSG - Förvaltningens samverkansgrupp
FVM - Framtidens vårdinformationsmiljö
HSL - Hälso- och sjukvårdslagen
HSLF-FS - Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.
IBIC - Individens behov i centrum
IFO - Individ och familjeomsorgen
IVO - Inspektionen för vård- och omsorg
KAL- Kompetens och personalförsörjning, arbetsvillkor och lönebildning
KKiK - Kommunens Kvalitet i Korthet
LOV - Lagen om valfrihet
LOU - Lagen om offentlig upphandling
LSG - Lokal samverkansgrupp
LSS- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
MAS - Medicinskt ansvarig sjuksköterska

MAR - Medicinskt ansvarig för rehabilitering
MCSS - System för mobil digital signering av hälso- och sjukvårdsinsatser
NAV - Nära Akut Vård
NIS - NIS-direktivet ställer krav på säkerhet i nätverk och informationssystem
NPÖ - Nationell patientöversikt
PPM - Punktprevalensmätning som genomförs av SKRL
SAMSA - Gemensam IT tjänst mellan olika vårdgivare
SAS - Socialt ansvarig samordnare
SFS - Svensk författningssamling
SOF - Sociala omsorgsförvaltningen
SIP - Samordnad individuell plan
SKR - Sveriges kommuner och regioner
SoL - Socialtjänstlagen
SOSFS - Socialstyrelsens författningssamling
SÄS - Södra Älvsborgs Sjukhus
TAIK - Tandhygienist i kommunen
VGR - Västra Götalandsregionen
Viva - Verksamhetssystem för dokumentation
VISAM - Beslutsstöd för sjuksköterskor
VÄF - Vård- och äldreförvaltningen
ÖJ - Öppna jämförelser

# 3 STRUKTUR

## 3.1 Grundläggande förutsättningar för säker vård och omsorg med kvalitet

**Engagerad ledning och tydlig styrning**

En grundläggande förutsättning för en säker vård och omsorg med kvalitet är engagerade och kompetenta chefer och medarbetare samt en tydlig styrning av verksamheten på alla nivåer.

## 3.2 Förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet

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

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses enligt SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

Utförare av socialtjänst och verksamhet utifrån lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) ska årligen upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse.

Detta dokument är en beskrivning av det patientsäkerhets- och kvalitetsarbete som bedrivits inom Sociala omsorgsförvaltningen under 2022, dess resultat samt mål och åtgärder för nästkommande år.

## 3.3 Övergripande mål och strategier

*PSL 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§*

Förvaltningens övergripande mål för kvalitetsarbetet är att arbeta både strategiskt, hållbart och operativt. Kvalitetsarbetet bedrivs genom utvecklingsarbeten utifrån nämndens prioriterade frågor och syftar till att implementera kvalitetsledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Det övergripande syftet med förvaltningens patientsäkerhets- och kvalitetsarbete är att brister i verksamheten ska identifieras och rapporteras så att rätt åtgärder kan sättas in för att undanröja bristerna. Ytterst ska patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet leda till att brister förebyggs.

## 3.4 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet

*PSL 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1*

**Nämnd**

Nämnden är vårdgivare och ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och ytterst för verksamhetens kvalitet.

**Förvaltningschef**
Förvaltningschefen har ett övergripande ansvar för att innehållet i ledningssystemet är ändamålsenligt och för att ett systematiskt kvalitetsarbete bedrivs. Förvaltningschefen ansvarar också för att det tydligt framgår hur roller och ansvar fördelas i ledningssystemet.

**Verksamhetschef enligt HSL**
Ledningen inom hälso- och sjukvård ska enligt lag vara organiserad så att det säkerställs hög patientsäkerhet och god kvalitet. I varje nämnd ska det beslutas vem som har det samlade ansvaret för hälso- och sjukvårdsverksamheten och är ansvarig verksamhetschef enligt HSL.

**Verksamhetschef/Enhetschef**
Verksamhetschef/Enhetschef ansvarar för inom sitt verksamhetsområde att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. De ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt dokumentera kvalitetsarbetet.

**Medarbetarna**
Alla medarbetare ska vara delaktig i kvalitetsarbetet och på enhetsnivå kan arbetsplatsträffar vara forum för kvalitetsfrågor.

**Chef för kvalitets- och utvecklingsfunktioner**
Chefer för kvalitet- och utvecklingsenheter har ansvar för att samordna och organisera kvalitetsarbetet inom förvaltningen.

**MAS/MAR**
Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Medicinskt ansvarig för rehabilitering arbetar övergripande med hälso- och sjukvårdsfrågor i Borås Stad. Ansvaret är lagstyrt för att patienterna ska få en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. I uppdraget ingår kvalitetssäkring av hälso- och sjukvårdens processer, rutiner samt uppföljning och utvärdering av patientsäkerhet och vårdkvalitet. MAS och MAR utreder och anmäler ärenden enligt lex Maria.

**SAS**
Socialt ansvarig samordnare har till uppgift att utveckla, säkra och följa upp delar av det systematiska kvalitetsarbetet samt utöva kvalitetsgranskningar i verksamheten. SAS kvalitetssäkrar verksamheternas rutiner och processer samt initierar behov av förändring. Vidare bedriver SAS omvärlds- och lagkravsbevakning. Huvuduppdraget för SAS är att utreda inkomna lex Sarah rapporter och på delegation av nämnden anmäla allvarliga missförhållanden till IVO.

## 3.5 En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård och omsorg med kvalitet är en god säkerhetskultur. är att vi är öppna för synpunkter och förändringar, att vi uppmärksammar fel och brister, åtgärdar dem och följer upp åtgärderna så att det som gått snett inte händer igen.

### 3.5.1 Informationssäkerhet

Riktlinjer för informationssäkerhet och dataskydd har tagits fram och fastslagits av Stadsdirektören. I samband med detta så har det skapats en organisationsbeskrivning som beskriver hur respektive förvaltning skall vara organiserade och arbeta med informationssäkerhet. Det finns även en informationssäkerhetsgrupp som jobbar över hela Sociala klustret. En kommungemensam informationssäkerhetsgrupp kommer att formeras under 2023.

Det har tagits fram en metodhandbok, rutin för informationssäkerhetsklassning, rutin för riskhantering och en ny rutin för incidenthantering som avser samtliga incidenter relaterade till informationssäkerhet. Ett Ledningssystem för Informationssäkerhet och Dataskydd är under införande. Där kommer all relevant information att samlas.

Sociala klustret har inlett arbetet med att klassificera de system som är i behov av detta med hjälp av verktyget KLASSA 4. Klassningarna är gjort sedan tidigare men behöver göras på nytt bland annat på grund av en ny version av verktyget och behov av revision. Informationssäkerhetsklassningarna i KLASSA 4 planeras vara genomförda under våren 2023 och uppföljningar samt handlingsplaner kommer att hanteras löpande i Stratsys.

Under året har den första av Borås Stads digitala utbildningar i informationssäkerhet avslutats och det har även funnits möjlighet för respektive verksamhet att följa upp vilka som genomfört utbildningen.

IT- Vård och Omsorg har en ny beställningsportal gällande behörigheter som förbättrat säkerheten, spårbarheten och minimerat risker för fel behörighet hos användarna. Registervården har förbättrats genom mer automatisering och innefattar fler system än tidigare.

Säker autentisering har införts i Sociala klustret där verksamheterna nu använder tjänstekort för inloggning i datorn, i samband med detta så har det startats upp ett projekt som skall lösa frågan med säker autentisering även via mobila enheter. Ytterligare ett projekt kopplat till detta är säker inloggning i verksamhetssystemet/journalsystemet Viva som kommer att ske via federerad inloggning.

Flertalet utvecklingar i verksamhetssystemet Viva har även beställts hos leverantör för att ytterligare förstärka säkerheten i systemet.

MAS, MAR och SAS har i samband med utredningar granskat journaler. En strukturerad granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring samt granskning av ärenden i SAMSA har även gjorts av MAS och MAR.

## 3.6 Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård och omsorg med kvalitet är att det finns tillräckligt med medarbetare som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Under året har det gjorts stora satsningar på utbildning och handledning till både baspersonal och chefer. Det handlar dels om utbildning i systematiskt kvalitetsarbete, där omkring 750 medarbetare deltagit under året, dels om utbildning och handledning i det brukarnära arbetet[1].

[1] Läs mer om satsningen på s. 8-9.

# 4 PROCESS - Åtgärder för att säkerställa verksamhetens kvalitet

## 4.1 Hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbete har bedrivits

*PSL 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2 och SOSFS 2011:9, 3 kap 1§*

Enligt patientsäkerhetslagen och socialstyrelsens föreskrift ska varje vårdgivare beskriva hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår i en patientsäkerhetsberättelse. Där ska framgå vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten. I socialstyrelsens föreskrift framgår att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ansvarar för att upprätta ett ledningssystem, som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

**Fokus på systematiskt kvalitetsarbete**

Förvaltningen har fortsatt arbeta för ökad rapporteringsbenägenhet och en mer systematisk uppföljning och analys av de brister som identifieras. Fortfarande krävs manuellt arbete för att sammanställa de identifierade bristerna så att analys kan genomföras och rätt åtgärder vidtas. Trots förhoppningar om att det nya beslutsstödet PowerBi skulle kunna underlätta arbetet så kan konstateras att det inte är möjligt av systemtekniska skäl.

Under året har åtgärder vidtagits för att öka rapporteringsbenägenhet och likvärdighet i bedömningar av vad som är en avvikelse. Anledningen är att avvikelserna hittills mer speglar rapporteringsbenägenhet än en verklig bild av verksamheternas brister. God apporteringsbenägenhet är en absolut förutsättning för att analys av avvikelser ska kunna leda till konkreta åtgärder i syfte att öka verksamhetens kvalitet. Ökad rapporteringsbenägenhet har därför stått i fokus för åtgärder år 2022.

Baspersonal och enhetschefer utbildats i systematiskt kvalitetsarbete. Fem utbildningstillfällen har hållits och totalt har omkring 750 medarbetare deltagit på utbildningen. Förvaltningen avser att ha minst två återkommande utbildningstillfällen per år för att säkerställa att kunskapen, och motivationen, hålls vid liv.

Förvaltningens systematiska kvalitetsarbete har under året förbättrats, både avseende rapporteringsbenägenhet och analys och sammanställning av identifierade brister. Det har lett till att fler, och mer anpassade, åtgärder har kunnat sättas in i verksamheterna i syfte att öka kvaliteten för brukarna.

**Från analys till åtgärd**

Utifrån sammanställning och analys av brister i verksamheten så har många åtgärder vidtagits under året. Nedan ses några exempel på hur det systematiska kvalitetsarbetet gått från analys till konkreta åtgärder.

- *Utbildning och handledning*

  Behov av ökad kompetens i LSS- och SoL-verksamheter har konstaterats av såväl Socialstyrelsen som IVO och i förvaltningens riskanalys. Rätt kompetens ökar kvaliteten i stöd och insatser och minskar förekomsten av hot och våld samt otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder. Av den anledningen har förvaltningen tillsatt, och anställt, ytterligare en heltidstjänst med inriktning på handledning. Dessutom har extern konsult med specialistkompetens upphandlats för att handleda och utbilda personal. Utbildning och handledning ska särskilt fokusera på evidensbaserade arbetssätt för målgruppen. Totalt finns nu tre verksamhetsutvecklare och en extern konsult som ger utbildning och handledning till verksamheterna. En utbildningsdag på temat ”En målgrupp som utmanar” genomfördes i april 2022 och handlade om autism, psykiatrisk samsjuklighet och genusfrågor inom funktionshinderverksamheten.

- *Kraftsamling socialpsykiatrin*

Under flera år har resultat från brukarundersökning visat att brukare som bor på bostad med särskild service SoL är mindre nöjda och trygga än riksgenomsnittet och brukare i andra delar av förvaltningens verksamheter. Från socialpsykiatrins boenden rapporteras också en stor mängd hot- och våldssituationer både från brukarperspektiv, t.ex. SoL-avvikelser och rapporter enligt lex Sarah, och från arbetsmiljöperspektiv, t.ex. incidenter i Kia. Av den anledningen beslutade förvaltningsledningen om ett omfattande åtgärdspaket som innefattar utbildning och handledning av all personal. Insatserna ska leda till större brukarfokus i verksamhetens samt ge medarbetarna bättre arbetssätt, bland annat för att de ska kunna minska förekomsten av hot och våld. Satsningen påbörjades i september 2022 och kommer att pågå hela år 2023.

- *Kartläggning av hot och våld och tvångs- och begränsningsåtgärder*

Förvaltningens riskanalyser, intern kontrollplan och sammanställning och analys av indikerade brister visar enstämmigt att det förekommer hot och våld samt otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder i verksamheterna. Förvaltningen beslutade därför att genomföra en kartläggning som kan ge svar på hur stor förekomsten är och vilka enheter som har störst utmaningar. Kartläggning genomfördes hösten 2022 och utifrån dess resultat har en åtgärdsplan tagits fram för att minska hot och våld samt, på sikt, helt eliminera otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder. Åtgärderna kommer att genomföras år 2023.

**Pandemi Covid-19**

Pandemin har påverkat förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet under året, om än i något mindre utsträckning än tidigare. För att säkra verksamheternas kvalitet och säkerhet har rutiner kopplade till pandemin fortsatt tagits fram och kontinuerligt reviderats.

Från den 1 april klassades Covid-19 inte längre som allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom. Med anledning av det beslutades om att avsluta förvaltningens krisledningsarbete med veckovisa avstämningsmöten.

För att säkerställa kvalitet i vårdhygieniska frågor har förvaltningens kontinuerliga avstämningsmöten med Vårdhygien fortsatt under hela året. Digitala möten och utbildningar tillsammans med Vårdhygien har också erbjudits, för kommunens sjuksköterskor med hygienansvar, för hygienombud och enhetschefer (SoL, LSS och HSV) via webinarier.

Antalet konstaterade fall av Covid-19 hos brukare/patienter inom alla verksamheter i sociala klustret har följts varje vecka under året. Högst antal konstaterade fall sågs under februari och i oktober.

Samtliga brukare/patienter vid LSS- och psykiatriboenden har erbjudits vaccination med dos 4 under våren och dos 5 under hösten. Verksamhetschef för HSV i VÄF och medicinskt ansvariga sjuksköterskor har säkerställt logistik och bemanningsfrågor för det sociala klustret i samverkan med den regionala primärvården.

**Nära vård och omsorg**

Omställningen till Nära vård innebär personcentrerad, hälsofrämjande och samordnad vård och omsorg som utgår från invånarens behov. Denna omställning sker både nationellt, regionalt (länsgemensamt), delregionalt och på lokal nivå.

Nära vård innebär att vården ska uppfattas som lättillgänglig. Vården kan vara nära geografiskt, men kan också ges på distans. Det kan också handla om bemötandet och att den enskilde har en god relation till hälso- och sjukvården som gör att den upplevs nära.

För att den enskilde ska uppfatta vården som nära behöver samverkan, samarbete och arbetssätt utvecklas mellan olika delar av hälso- och sjukvården i regionen och kommunen samt socialtjänsten. De personer som har störst behov av hälso- och sjukvård har ofta behov av insatser från flera vårdnivåer och socialtjänsten samtidigt.

En omställning till god och nära vård innebär ett förändrat förhållningssätt, där det sker en förflyttning i sättet att arbeta. Under året har förvaltningen arbetat med vad som behöver göras för att underlätta för omställningen. Det har främst handlat om utbildningar, introduktion, information och samverkan på olika plan och med olika aktörer inom och utanför förvaltningen.[2]

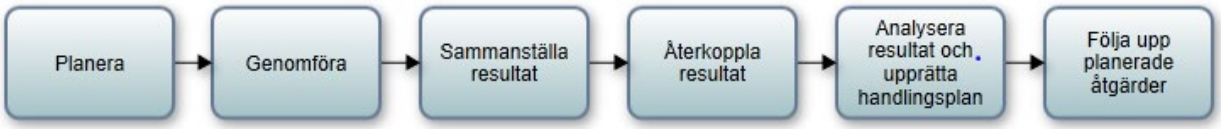
Inom den delregionala Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg har en aktivitetsplan framtagits som beskriver aktiviteter med utgångspunkt från den länsgemensamma Färdplanen. Aktiviteter som beskrivs i planen är bl.a. utveckling av mobil närvård, samverkan kring sköra äldre och utveckling av samsjukvården.

**Handlingsplan för patientsäkerhet**
Under året har förvaltningen gjort en kartläggning utifrån den nationella handlingsplanen Agera för säker vård. Den kartläggningen ligger till grund för en handlingsplan med en aktivitetslista för prioriteringar inom patientsäkerhetsarbetet 2023 och 2024. Prioriterade områden är bland annat patientmedverkan och patientperspektiv, dagligt patientsäkerhetsarbete, god säkerhetskultur, lärande av analyser samt säkerställa hanteringen av medicintekniska produkter.

### 4.1.1 Struktur för uppföljning/utvärdering

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

För att få en tydlig struktur över uppföljning och utvärdering utgår verksamheten från processkartan för egenkontroll.




Uppföljning och utvärdering utgår i huvudsak ifrån verksamhetsplan, resultat från egenkontroll, verksamhetsbesök från MAS/MAR/SAS, inkomna synpunkter, rapporterade avvikelser samt Lex Maria och Lex Sarah.

Förvaltningen har sedan tidigare identifierat behovet av en förvaltningsövergripande rutin för egenkontroll. Behovet kommer att tillgodoses inom ramen för nyligen beslutad verksamhetsplan och tillhörande verksamhetsuppföljning, varav flera uppföljningsmoment rör just patientsäkerhet och kvalitet. Verksamhetsplanen implementeras i januari 2023 och kommer därefter att pågå kontinuerligt.

## 4.2 Samverkan för trygg och säker vård och omsorg

### 4.2.1 Samverkan med externa aktörer

*SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 3 § p 3*

[2] Läs gärna mer om omställningen till nära vård och omsorg via länkarna nedan.

- Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård - Vårdsamverkan i Västra Götaland (vardsamverkan.se)
- Aktivitetsplan god och nära vård (vgregion.se)

Förvaltningen arbetar kontinuerligt med förbättringar utifrån lagen "Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård" så att brukare och patient hela tiden befinner sig på rätt vårdnivå. Omställningen till nära vård påverkar arbetssätt och behovet av insatser. Brukare/patienter som inte nödvändigtvis behöver slutenvård inom regionen ska kunna vara kvar hemma. Hemgång efter sjukhusvistelse ska genomföras snabbare, vilket ställer krav på informationsöverföringen. Regionens primärvård ska vara en aktiv part.

Samverkan mellan VGR och kommunerna i regionen regleras i hälso- och sjukvårdsavtalet. Delregional styrning sker via Närvårdssamverkan Södra Älvsborg. Det finns även lokala överenskommelser till exempel mellan Borås Stad och primärvården.

De mer omfattande och kvalificerade vårdinsatserna i kommunala hälso- och sjukvården ställer krav på en ökad samverkan vårdgivare emellan och på informationsöverföringen. Informationsöverföring mellan enheter/verksamheter, olika vårdgivare (t.ex. mellan sjukhus och kommunal hälso- och sjukvård) samt mellan utförare i egen- och privat regi innebär risker om inte väsentlig information överförs. Detta uppmärksammas bland annat i avvikelser i vårdsamverkan.

Ett av de vanligaste riskområdena är brister i kommunikation och samverkan vid vårdens övergångar.

### 4.2.2 Samverkan mellan interna aktörer

Förvaltningens interna samverkan finns beskriven i olika rutiner och handlar bland annat om att arbeta med tvärprofessionella team, daglig kommunikation mellan yrkesgrupper via Viva samt informationsöverföring mellan verksamheterna i förvaltningen.

Det finns också interna samverkansrutiner med övriga förvaltningar till exempel gällande brukare/patient med missbruk, vid våld i nära relation.

Sociala omsorgsförvaltningen och Vård- och äldreomsorgsförvaltningen har tagit fram en tillämpningsanvisning som syftar till att tydliggöra den praktiska hanteringen och rollfördelningen mellan Sociala omsorgsnämndens och Vård- och äldrenämndens reglementen. Det övergripande målet är att boråsarens behov alltid är i fokus och att förvaltningarnas organisation och hantering ska underlätta för boråsaren att ha kontakt med verksamheten.

Under 2022 har förvaltningarna reviderat dokumentet som gäller from 2022-06-01 för att underlätta tolkningen i det praktiska arbetet. SOF och VÄF har kontinuerligt dialog för individers behov ska tillgodoses på bästa sätt där enhetschefer för Sol, LSS och HSV ingår. Det finns också forum för enhetschefer samt ansvariga verksamhetschefer att mötas för att diskutera utmaningar utifrån tillämpningsanvisningen. Uppföljning av arbetet har skett kontinuerligt under 2022 och fortsätter under 2023.

### 4.2.3 Samverkan med den enskilde och närstående

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

Samverkan innebär att den enskilde ska ges möjlighet till delaktighet i och inflytande över sin vårdplanering, genomförandeplan och uppföljning av avvikelser samt möjlighet att yttra sig vid utredning av Lex Maria och Lex Sarah.

I förvaltningens kvalitetsledningssystem regleras arbetet med vårdplanering och genomförandeplaner via processer och rutiner. Där framgår hur den enskildes rätt till delaktighet och inflytande ska tillgodoses. Utvecklingsarbete har gjorts inom ramen för utbildningar rörande social dokumentation, med särskild tyngdpunkt på delaktighet och inflytande vid framtagande av genomförandeplan.

Inom hälso- och sjukvården är vårdplan och rehabiliteringsplan grunden för samverkan med patienten,

där dialog och mål sätts upp. Inom socialtjänstens område är genomförandeplanen och brukarens delaktighet som är grunden för samverkan, genom dialog och beskrivning av hur stödet ska ges samt att mål sätts upp.

För att öka inflytandet och delaktigheten inom funktionshinderområdet finns brukarråd och anhörigråd på vissa av enheterna. Det finns även ett centralt funktionshinderråd som spänner över hela Borås Stad. Förvaltningen bör arbeta för att öka samarbetet med funktionshinderrådet under nästkommande år. Syftet är att förbättra kvaliteten i verksamheten genom att få input från anhöriga.

Utöver den årliga brukarundersökningen finns fortfarande inget strukturerat arbetssätt för att systematiskt inhämta brukarnas synpunkter om stöd och insatser. Barn som får stöd och insatser inkluderas inte i brukarundersökningen och deras synpunkter saknas därmed helt.

## 4.3 Välfärdsteknik

År 2022 har Sociala omsorgsförvaltningen arbetat med att implementera olika typer av projekt som rör välfärdsteknik. En övergripande bedömning är att brukare framöver bör tillfrågas redan på idéstadiet när projekt av den här typen tas fram. Nedan ses ett urval av det som Sociala omsorgsförvaltningen slutfört och arbeten som pågår.

**Slutförda projekt**

- *Mobil dokumentation*

Stöd för att dokumentera mobilt i Viva har levererats till alla enheter.

**Pågående projekt**

- *Webbinköp*

Möjligheten för brukare med stöd av personal att köpa dagligvaror i onlinebutik för leverans direkt till brukaren prövades år 2020 och 2021. År 2022 nedprioriterades projektet eftersom ingen verksamhet visat intresse för tjänsten.

- *Trygghetslarm och väldfärdsteknik*

År 2022 har upphandlad tjänst börjat implementerats. Återkommande fel och problem i i tjänsten har gjort att det i dagsläget inte finns ett leveransgodkännande.

- *Digitala signeringslistor*

Införandet är klart på alla enheter i Borås stads egen regi samt privata utförare enligt LOU. Införande av digitala signeringslistor inom personlig assistans enligt LOV, utförd av privata utförare eller inom familjen, kommer inte att ske. Det beror på att vinsten bedömdes för liten i relation till omfattningen av införandet.

- *Larmorganisation*

År 2023 kommer arbetet med att fusionera SOF:s larmorganisation med IT-vård och omsorgs organisation att genomföras. Målet är att gå ifrån en personberoende situation till en organisation oberoende av enskilda tjänstemän.

- *Medicindispenser*

Ett digitalt hjälpmedel för brukare att hantera sitt medicinintag. En förstudie har startat med ambitionen att få med tio brukare i projektet.

- *Delegation för hantering av brukarens handkassa*

Hanteringen av de boendes handkassor kräver omfattande administration och det blir dessutom allt svårare att handla med kontanter. Ett pilotprojekt har därför inletts för att, om möjligt, göra det till en digital tjänst för brukare, verksamheter och gode män. Inom projektet har stadens centrala

ekonomifunktion kontaktas och en passande kontoform har identifierats. Borås Stad äger kontot och förvaltningens målgrupper använder det. Lagligheten undersöks i samarbete med Finansinspektionen.

- *Säker kommunikation via video*

Inom ramen för pilotprojekt så ska några av brukarna inom boendestöd kopplas upp via video. Leverantörer är utvalda och test- och referensgrupp utsedda, inklusive brukarrepresentant.

- *Digitala lås*

Digitala lås har införts hos de brukare med hälso- och sjukvårdsinsatser som tagits över av VÄF. Breddinförande kan komma att genomföras om verksamheten och brukare ser det som relevant.

**Planerade projekt**

- *Säker kommunikation*

Planer på förstudie till ett projekt som ska ta fram ett alternativ till Teams då systemet inte är anpassat till krav enligt GDPR och det finns ett stort behov att kunna kommunicera säkert. Sociala klustret (ALF, IFO, SOF och VÄF) har kravställt vad en kommunikationslösning måste innehålla och lämnat över förstudien till Stadsledningskansliet. För att förstudien ska komma igång krävs ett nationellt initiativ eftersom frågan är så stor att den inte kan hanteras inom Borås Stad.

## 4.4 Riskanalys

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Att utvärdera risker är ett förebyggande arbete och ska omfatta verksamhetens samtliga delar. Förvaltningen bedömer fortlöpande om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska verksamheten uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar samt bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Riskanalyser genomförs på förvaltningsövergripande nivå och på lokal nivå.

**Förvaltningsövergripande nivå**

Utifrån intern kontroll som regleras i kommunallagen anger Borås Stad att det årligen ska antas interna kontrollplaner. Dessa ska revideras årligen utifrån en förnyad prövning genom en risk- och väsentlighetsanalys. Identifierade riskområden ligger till grund för nämndens internkontroll.

Riskanalyser genomförs också på förvaltningsövergripande nivå när så behövs. Under året har det bland annat handlat om riskanalys kring stödpedagogernas nya arbetsbeskrivning.

**Lokal nivå**

Lokalt genomförs riskanalyser både på brukarnivå och på enhetsnivå. Det handlar t.ex. om att genomföra riskanalyser innan brukare börjar på en verksamhet eller flyttar in på boende.

## 4.5 Synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomålshanteringen görs i IT-stödet Infracontrol som nås via www.boras.se. Förvaltningen ska arbeta enligt Borås Stads rutiner för synpunktshantering. Varje synpunkt vidarebefordras från synpunktshanteringssystemet Infracontrol till ansvarig chef som har att utreda och följa upp det som inkommit. Synpunkter följs också kontinuerligt upp på olika nivåer i organisationen. Rapporterade synpunkter sammanställs och analyseras en gång i halvåret av förvaltningscontroller. Sammanställning och analys föredras för Sociala omsorgsnämnden vid dessa två tillfällen per år, halvårs och helårsanalys. Med utgångspunkt från analysen identifieras riskområden och handlingsplaner kan komma att upprättas.

## 4.6 Avvikelser på individnivå

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 3-8 §*

Förvaltningen arbetar enligt process för avvikelsehantering enligt HSL, SoL och LSS. En avvikelse inom SoL, LSS och HSL innebär att det uppstått en intern brist/fel som drabbat den enskilde. All personal inom verksamheten har skyldighet att rapportera dessa fel och brister inom verksamheten. Sedan år 2021 kan också medarbetare på myndighetsutövningen rapportera avvikelser.

Definitionen av en avvikelse är enligt processbeskrivning ”En oönskad händelse/situation som medfört obehag för brukaren.”

Varje enskild avvikelse utreds och följs upp av ansvarig chef. Om avvikelsen berör HSL utreds den av legitimerad personal. Avvikelser följs också kontinuerligt upp på olika nivåer i organisationen. Till exempel på verksamhetsledningar, arbetsplatsträffar samt av MAS/MAR/SAS i syfte att lära av varandra och att förhindra att liknande händelser inträffar på nytt. Rapporterade avvikelser sammanställs och analyseras en gång i halvåret. Med utgångspunkt från analysen identifierar verksamheterna riskområden och handlingsplaner upprättas.

Analysteamet (MAS/MAR/SAS och förvaltningscontroller) har genomfört halvårsanalys av avvikelser i syfte att följa upp hur arbetet med avvikelser ser ut på de olika enheterna. Resultatet har återförts till enhets- och verksamhetschefer på områdesledningar. På mötena har berörda chefer fått diskutera vad som ligger bakom siffrorna och har på så sätt också bidragit med underlag till föreliggande patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse.

En gemensam process med tillhörande instruktioner och utbildningsmaterial för avvikelser och lex Sarah har utarbetats i det sociala klustret. Som stöd för verksamheten har en webbutbildning som riktar sig till baspersonalen och en webbutbildning som riktar sig till legitimerad personal och chefer utarbetats. Under året har också fem utbildningstillfällen hållits för baspersonal om systematiskt kvalitetsarbete och en stor del av utbildningen rör just avvikelsehantering. Sammanlagt har omkring 750 medarbetare på förvaltningen gått utbildningen.

## 4.7 Lex Maria

*HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket*

Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO. Händelserna utreds av MAS/MAR som också bedömer om en anmälan ska göras. IVO säkerställer att utredningen är fullständig och att de eventuella åtgärder och förändringar i verksamheten som vårdgivaren vidtagit är adekvata.

## 4.8 Lex Sarah

*14 kap. 3-6 §§ SoL, SOSFS 2011:5*

Var och en som är verksam inom berörda verksamheter utifrån SoL och LSS omfattas av skyldigheten att rapportera händelse som orsakar risk för missförhållande eller missförhållande enligt gällande lagstiftning. Dessa händelser utreds av SAS som föreslår åtgärder som bör tas fram för att säkerställa att missförhållandet inte kan hända igen. Vid allvarlig risk för missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande gör SAS anmälan till IVO på delegation av nämnden.

# 4.9 Egenkontroll

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2*

**Basala hygienrutiner**
Arbetet med att sprida kunskap och information till alla medarbetare kring basala hygienrutiner och skyddsutrustning har skett kontinuerligt under året. I detta arbete har sjuksköterskor med särskilt ansvar för hygien tillsammans med enhetschefer och hygienombud i verksamheten haft en central roll.

En samlad egenkontroll för Basala hygienrutiner har inte genomförts under året.

**Brukarundersökning**
SKR:s brukarundersökning genomförs en gång per år. Syftet är att få reda på hur brukare som får stöd och service enligt LSS och SoL upplever sin situation. 2022 års brukarundersökning genomfördes med hjälp av verksamhetsutvecklare på Kvalitet- och utvecklingsenheten som samordnade administreringen och insamlingen av svar. Ett antal frågeassistenter ställdes till verksamheternas förfogande för att genomföra datainsamlingen. Det uttalade målet för år 2022 var att öka svarsfrekvensen. Resultatet från brukarundersökningen används för att identifiera styrkor och svagheter i verksamheten så att rätt åtgärder kan vidtas för att öka kvaliteten för brukarna.

**Dokumentation enligt hälso- och sjukvård**
Årlig granskning på övergripande nivå av hälso- och sjukvårdsdokumentation utförs av MAS/MAR.

**Hälso- och sjukvårdsinsatser**
Insatser som utförs av baspersonal delegeras eller ordineras. De läggs in i systemet MCSS och signeras digitalt i telefon av baspersonalen.

**Intern kontroll**
Intern kontroll utgår från en omfattande riskanalys av nämndens verksamhet. Riskanalysen genomförs varje år och syftar till att identifiera risker som kan äventyra verksamhetens effektivitet, rättssäkerhet och kvalitet.

År 2022 förbereddes riskanalys och därtill hörande intern kontrollplan av förvaltningens tjänstepersoner. Särskilt fokus lades på att arbeta in de risker och utmaningar som konstaterats av myndigheter som exempelvis Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg. Sociala omsorgsnämnden bearbetade och prioriterade riskerna på våren och beslutade om kontrollplan med kontrollmoment i augusti.

**Kartläggningar och målgruppsundersökningar**
Enligt SoSFS 2011:9 är en viktig del av egenkontroll att systematiskt följa och utvärdera den egna verksamheten. För att uppnå god kvalitet i de stöd och insatser som tillhandahålls måste verksamheten ha en god bild av målgruppens behov. Det är också viktigt att jobba med prognoser för att i god tid kunna se eventuella förändringar i målgruppens volym eller behov. Under året har en kartläggning av yngre brukare, 18-31 år, med insatser enligt SoL eller LSS genomförts.

**Läkemedelshantering kvalitetsgranskning**
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har genomförts under året.

**Organisatoriska avvikelser**
Organisatoriska avvikelser rapporteras när någonting brister och behöver förbättras på en organisatorisk nivå inom eller mellan olika enheter, verksamheter eller förvaltningar inom Borås Stad. Avvikelsetypen skiljer sig från avvikelser på individnivå genom att den inte måste kopplas till en enskild individ, utan mer

tar avstamp i strukturella brister. Organisatoriska avvikelser är ett sätt att samla brister för att systematiskt kunna bedriva förbättringsarbete.

**Riskbedömningar hälso- och sjukvård**
Legitimerad personal gör riskbedömningar kring fall, trycksår, munhälsa och undernäring. Syftet är att förebygga vårdskador.

**Samordnad individuell plan (SIP)**
Samordnad individuell plan (SIP) är ett dokument och ett verktyg för samverkan, som ger en samlad beskrivning av den enskildes pågående och planerade insatser, från kommun och region samt andra aktörer. SIP gäller alla oavsett ålder, diagnos, funktionsförmåga eller behov. SIP syftar till att skapa delaktighet och inflytande för den enskilde och det är en metod för att skapa personcentrerad vård och omsorg. SIP ska utgå från vad som är viktigt för den enskilde och är den enskildes plan.

SIP ska upprättas tillsammans med brukare och patient om insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver samordnas. En SIP ska alltid upprättas tillsammans med den person som har behov av insatserna. Planen ska tydliggöra vem som gör vad och när. Förvaltningen ska följa den regiongemensamma riktlinjen för SIP.

I syfte att stärka kunskap kring samverkan och SIP har förvaltningen under året genomfört utbildning för handläggare, legitimerad personal, SIP-samordnare och enhetschefer, ca 95 medarbetare har deltagit. Utbildningens innehåll har främst handlat om vårdens övergångar, in- och utskrivningsprocess, SIP-process och IT-tjänsten SAMSA.

Under året har en nätverksgrupp startat för verksamhetsnära SIP-samordnare vilken leds av en övergripande samordnare. SIP-samordnaren ska stödja och hjälpa verksamheten i SIP-arbetet. Målet är att alla brukare med behov av samordning ska erhålla en SIP.

**Tillsyn**
Förvaltningens verksamheter står under olika myndigheters tillsyn. Tillsynsbeslut ska integreras i förvaltningens systematiska kvalitetsarbete och intern kontroll. Under året har bland annat följande tillsynsmyndigheter utövat tillsyn över SOF:s verksamheter.

- Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- Södra Älvsborgs räddningstjänstförbund (SÄRF)
- Arbetsmiljöverket

**Verksamhetsgranskning**
MAS, MAR och SAS påbörjade 2020 ett nytt arbetssätt gällande verksamhetsgranskningar. I stället för att göra tillsyn i verksamheten, ligger fokus på ett granskande förhållningssätt. Detta har planerats att utföra tillsammans med verksamheten i form av workshop med fokus på patientens/brukarens delaktighet. Inför workshop ska vid möjlighet några brukare/patienter att svara på frågor kring delaktighet. På grund av pandemin och andra händelser i verksamheten har verksamhetsgranskningar inte kunnat genomföras under året.

# 5 RESULTAT OCH ANALYS

*PSL 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

## 5.1 Riskanalys

Det har genomförts många riskanalyser under året. Risker har analyserats både på förvaltningsövergripande och lokal nivå.

**Förvaltningsövergripande nivå**
Intern kontrollplan för 2023 beslutades utifrån en omfattande riskanalys av förvaltningens funktionshinderverksamhet. Riskanalysen grundades i de nationella risker och brister som konstaterats av bland annat IVO och Socialstyrelsen. En jämförelse med situationen på Sociala omsorgsförvaltningen i Borås utgjorde sedan grunden för identifiering av tolv risker som kan komma att påverka verksamheten på olika sätt.

Fem av de identifierade bedömdes ha allvarligt riskvärde (9 eller mer enligt SKR:s riskvärderingsskala).

1. Risk att missförhållanden inte rapporteras, utreds och åtgärdas.
2. Risk att det saknas tillräcklig mängd personal för att säkra verksamhetens kontinuitet och kvalitet.
3. Risk att personal saknar tillräcklig kompetens för att säkra verksamhetens kontinuitet och kvalitet.
4. Risk att bristen på boendeplatser ökar inom LSS och socialpsykiatrin.
5. Risk att Sociala omsorgsnämndens budget inte motsvarar brukarnas behov.

Riskerna fördes in i nämndens interna kontrollplan. Därmed har varje risk också försetts med kontrollmoment i syfte att minska risken för att den ska inträffa. Specifika och riktade åtgärder har planerats och vidtagits för att undanröja risker. Exempelvis har risken för bristande kompetens hos personal lett till omfattande utbildnings- och handledningssatsningar.

**Enhetsnivå**
Förvaltningens verksamheter har genomfört en stor mängd riskanalyser under året. Det handlar både om riskanalyser kopplade till enskilda brukare, till exempel alltid inför att ny brukare kommer till gruppbostad LSS eller daglig verksamhet, men också riskanalyser som är av mer organisatorisk karaktär. Nedan anges ett urval av riskanalyser som genomförts på verksamhetsnivå.

- I samband med skyddsronder.
- Rörande schema och bemanning.
- Raster och måltidsuppehåll.
- Vakanshållande och konvertering av tjänst.
- Flytt av verksamhet.
- Vid kraftigt försämrat mående hos brukare, delvis för att undvika hot och våld.

## 5.2 Synpunkter och klagomål

År 2022 kom det in totalt 30 synpunkter och klagomål på Sociala omsorgsförvaltningens verksamhet. Det innebär en liten ökning i förhållande till året innan (+ 4 st.) men mängden ligger relativt konstant över tid.

Klagomålen är spridda över flera verksamhetsområden och flest rör gruppbostäder LSS (12 st.), både i privat (5 st.) och egen regi (7 st.) samt myndighetsutövning (5 st.). Sex av synpunkterna/klagomålen har sekretessmarkerats av ansvarig handläggare, fem av dessa rör myndighetsutövning, och det gör det omöjligt att utläsa vad de handlar om. Av de klagomål och synpunkter som har kategoriserats enligt de kommungemensamma kriterierna så rör flest brister i information följt av bemötande och fysisk miljö-

Synpunkter och klagomål kommer främst från anhöriga till brukare, men under året har det också inkommit flera från personal på förvaltningen. Det handlar t.ex. om möjligheterna att använda kreditkort för inköp till brukare. Det saknas fortfarande synpunkter från brukarna själva vilket är en brist i det systematiska kvalitetsarbetet.

## 5.3 Avvikelser på individnivå

**Avvikelser i vårdsamverkan**
En avvikelse i vårdsamverkan är när överenskommelser, riktlinjer eller samordnade individuella planer inte följs. Genom att rapportera avvikelser kan en helhetsbild synliggöra det som brister i samverkan. En avvikelserapport fokuserar i första hand på vad som har inträffat, inte på vem som har varit inblandad.

Från sjukhus och regionens primärvård har det kommit åtta avvikelser som inträffat inom förvaltningen. Dessa berör främst informationsöverföring, provtagning och vård och behandling. Från förvaltningen har det skickats 78 avvikelser som har inträffat inom VGR. Dessa handlar till största delen om informationsöverföring samt ett flertal om SIP. Majoriteten har inträffat i samband med utskrivning från sjukhus.

**Avvikelse från myndighet**
Det har rapporterats 33 avvikelser och elva rapporter enligt lex Sarah från myndighetsutövning under året. Det handlar både om SoL-avvikelser (12 st.) och LSS-avvikelser (21 st.). Rapporterna enligt lex Sarah rör insatser enligt LSS och främst verksamhet som drivs av privat utförare. Eftersom det saknas utredning i 30 av de 33 avvikelserna så är det svårt att analysera avvikelsernas innehåll. De avvikelser som är kategoriserade består uteslutande av brister i rättssäkerhet gällande lagstiftning.

**Fall-avvikelser**
År 2022 rapporterades 413 fallavvikelser. Det är en minskning i förhållande till året innan (-67 st.). Det går inte att se hur många av avvikelserna som är utredda enligt rutin. Däremot saknas uppföljning för en femtedel (21 %) av avvikelserna.

En stor majoritet av avvikelserna, 72 procent, har rapporterats från gruppbostäder LSS (217 st.) och socialpsykiatrins boenden (81 st.).

Fallavvikelserna fördelas på 147 brukare, varav 80 kvinnor och 67 män. Det är alltså fler kvinnor än män som faller enligt rapporterna, trots att färre kvinnor (42 %) än män (58 %) bor på bostad med särskild service LSS eller SoL. Samma mönster ses bland brukare med insatser enligt SoL på VÄF. En möjlig

förklaring skulle kunna vara att fler kvinnor än män utvecklar benskörhet vilket kan leda till att konsekvenserna av fallet blir allvarligare och att rapporteringsbenägenheten därmed ökar.

Diagrammet nedan visar att det vanligaste är att brukare faller en gång och inte mer, om rapporteringen är rättvisande.

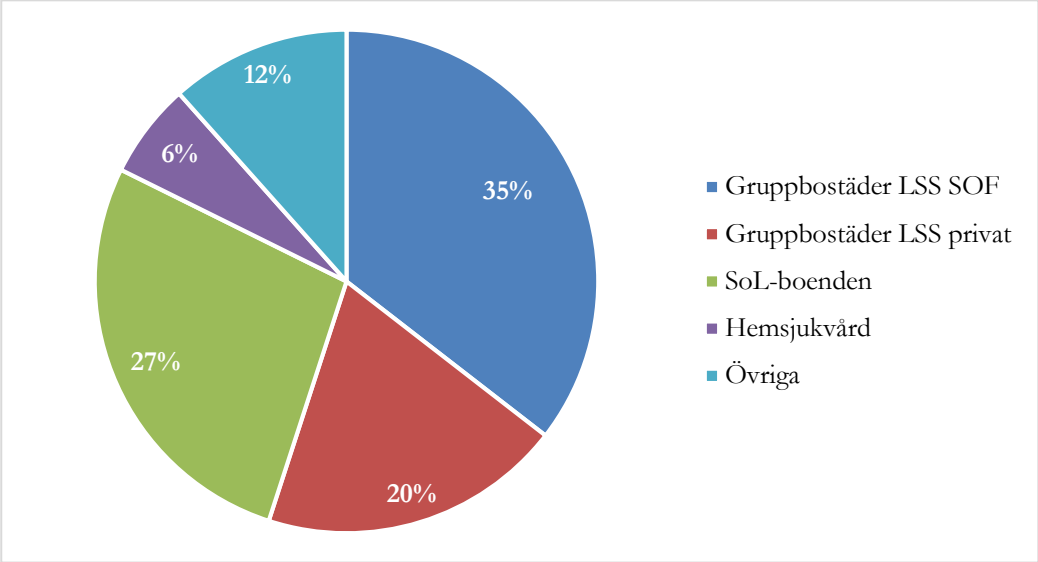
**HSL-avvikelser**

År 2022 rapporterades 815 HSL-avvikelser. Det innebär att antalet HSL-avvikelser minskat ytterligare något i förhållande till året innan (- 8 %). Var femte HSL-avvikelse saknar utredning och var tredje saknar dessutom uppföljning.

Minskningen av HSL-avvikelser beror delvis på att det digitala signeringssystemet MCSS nu har fått ordentligt fäste i organisationen och att det leder till färre HSL-avvikelser. Det digitala signeringssystemet gör det också tydligt när en avvikelse ska göras.

Tittar man på statistiken från MCSS så blir det också tydligt att det finns en stor underrapportering. T.ex. saknas signering av hälso- och sjukvårdsinsatser exklusive läkemedel i cirka fem procent av fallen. Det borde ha genererat knappt 2400 HSL-avvikelser. Det finns därför anledning att fortsatt arbeta för att rapporteringsbenägenheten ska öka och att verksamheterna ska få en gemensam bild av när avvikelser ska göras.

HSL-avvikelser har rapporterats från samtliga verksamhetsområden. I diagrammet nedan ses procentuell fördelning av HSL-avvikelser per verksamhetstyp.



Från gruppbostäder LSS rapporterades 451 HSL-avvikelser. Det innebär en minskning med 87 poster. Variationen mellan enheterna inom gruppbostäder LSS är fortsatt mycket stor. Det ses blandat annat genom att några gruppbostäder LSS inte rapporterat någon HSL-avvikelse alls medan andra rapporterat många.

Inom socialpsykiatrin har antalet HSL-avvikelser ökat till 224 i förhållande till året innan då 196 avvikelser rapporterades. Medelvärdet per bostad enligt Sol har ökat de senaste tre åren, från 16,6 år 2020 till 26,3 år 2021 och nu 37,2 år 2022. Ökningen beror främst på att två av de sex boendena har ökat kraftigt, de rapporterade vardera 76 st. och 61 st.

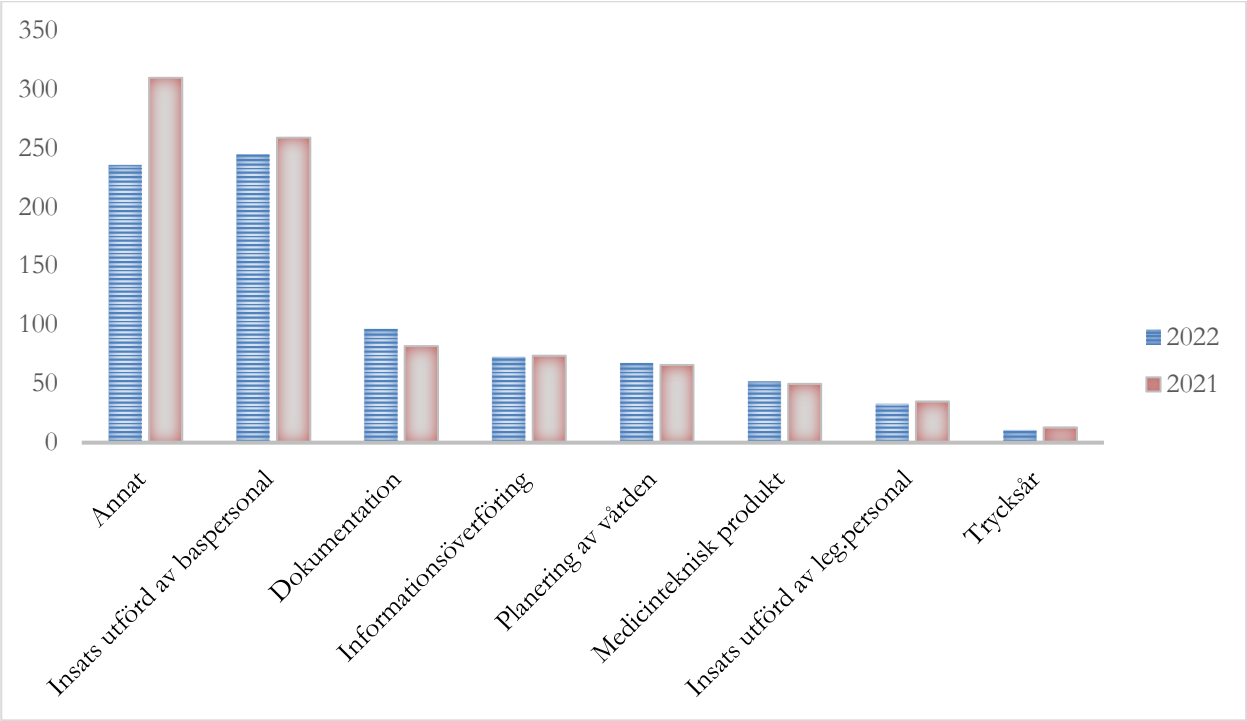
I likhet med tidigare år rapporteras fler HSL- och läkemedelsavvikelser från SoL-boenden än från gruppbostäder LSS. På SoL-boenden bor dock många fler brukare per enhet än på gruppbostäder LSS. Det är därför mer rättvisande att göra jämförelser per brukare på respektive boende. En tänkbar förklaring till att SoL-boenden, i förhållande till sin storlek, rapporterar fler avvikelser än gruppbostäder LSS skulle kunna vara att brukare inom socialpsykiatrin har fler HSL-insatser.

I tabellen nedan ses genomsnittligt antal HSL-insatser samt avvikelser *per brukare* på gruppbostad LSS samt SoL-boende år 2022.

| | Per brukare på **gruppbostad LSS** | Per brukare på **SoL-boende** |
|---|---|---|
| **HSL-insatser *exkl.* läkemedel** | 501 | 144 |
| **HSL-avvikelser övrigt** | 2,2 | 2,9 |

I jämförelse med brukare på Sol-boenden är det alltså *fler* HSL-insatser per brukare på gruppbostäder LSS men *färre* HSL-avvikelser. SoL-boendenas överrepresentation i avvikelser måste därför antingen förklaras med högre rapporteringsbenägenhet eller fler faktiska brister i verksamheten.

Flest rapporter rör hälso- och sjukvårdsinsatser som utförts av baspersonal, 245 st. Därefter kommer kategorin ”annat” med 236 poster. Kategorin ”Annat” minskar och det är en mycket positiv utveckling. Det innebär att rapportörer är bättre på att sätta rätt beteckning på avvikelsen vilket leder till större möjlighet att analysera materialet och vidta rätt åtgärder. I diagrammet nedan ses HSL-avvikelserna fördelade per typ av avvikelse, år 2022 och 2022.

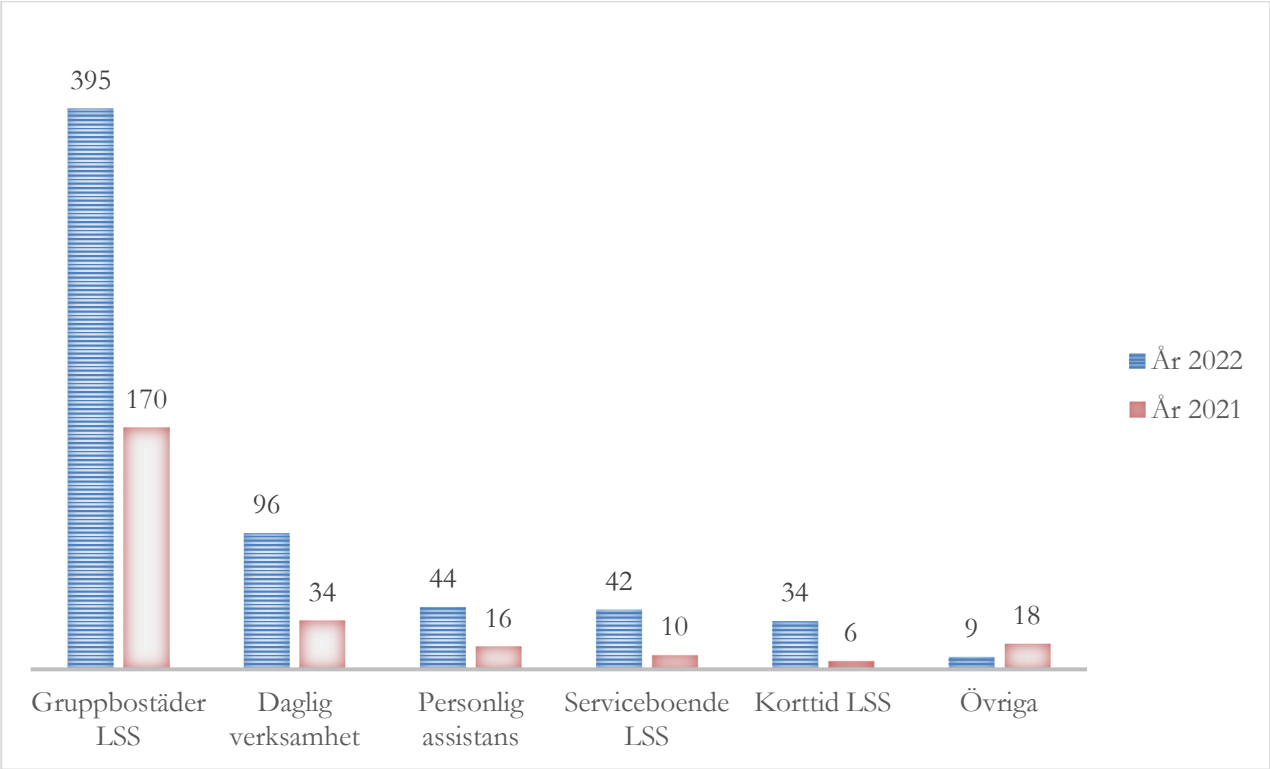



**LSS- och SoL-avvikelser**
Enheter som bedriver LSS- eller SoL-verksamhet ska rapportera avvikelser i kärnverksamheten. Rapporterna kategoriseras som LSS- eller SoL-avvikelser beroende på vilken verksamhet, och vilket lagrum, som berörs. En avvikelse definieras som en oönskad händelse/situation som medfört obehag för brukaren. Avvikelser som har allvarligt riskvärde bör rapporteras enligt lex Sarah. Ibland kan en rapport enligt lex Sarah avslutas efter utredning och bedömning att det inte rör sig om ett missförhållanden men händelsen kan trots det behöva hanteras som en avvikelse. Av den anledningen inkluderas rapporter enligt lex Sarah i resultat och analys i föreliggande kapitel.

**Sammanställning** av antalet rapporter och förändring i förhållande till året innan presenteras per verksamhetsområde, SoL och LSS. **Analysen** av resultatet omfattar dock båda avvikelsetyperna, LSS och SoL, eftersom indikerade brister till största del är likartade inom hela funktionshinderområdet. Notera att analys av resultat inte omfattar privat utförare eftersom innehållet i avvikelserna inte är synliga för avtalsuppföljare på grund av ändrade behörighetsgränser. Däremot finns privat utförare med i sammanställning av antal avvikelser.

*Sammanställning*
LSS-avvikelser
Antalet LSS-avvikelser har ökat mycket kraftigt i förhållande till året innan. I verksamheten har 619 LSS-avvikelser rapporterats vilket innebär en ökning med 146 procent. Ökningen kan förklaras med förbättrad rapporteringsbenägenhet, vilket var ett uttryckligt mål för år 2022, och särskilt kopplas till de utbildningsinsatser för baspersonal som genomförts under året.

Ökningen ses inom alla verksamhetsområden. Flest LSS-avvikelser rapporteras från gruppbostäder LSS (64 %), varav egen regi (303 st.) och privat utförare (92 st.). Diagrammet nedan visar antal LSS-rapporter per verksamhetsområde år 2022 och året innan, 2021.




Fortfarande finns en betydande underrapportering, inte minst när det gäller förekomst av hot och våld. Det finns också stora variationer mellan, och inom, verksamhetsområden när det gäller rapportering. Till exempel så rapporteras mycket få avvikelser, eller inga alls, från korttid LSS och serviceboenden LSS. Rapportering av LSS-avvikelser inom verksamhetsområdet gruppbostäder LSS varierar mycket. Det finns exempel på gruppbostäder som inte rapporterat någon LSS-avvikelse alls under året samtidigt som en enskild gruppbostad rapporterat 125 stycken.

Den stora ökningen av avvikelser genererar mer arbete med att utreda och följa upp avvikelserna. Statistiken visar att enhetschefer inte förmått hålla jämna steg med den ökade rapporteringen och det saknas utredning i en fjärdedel av fallen (24 %) och ännu färre har följts upp i enlighet med rutin (33 %).

SoL-avvikelser

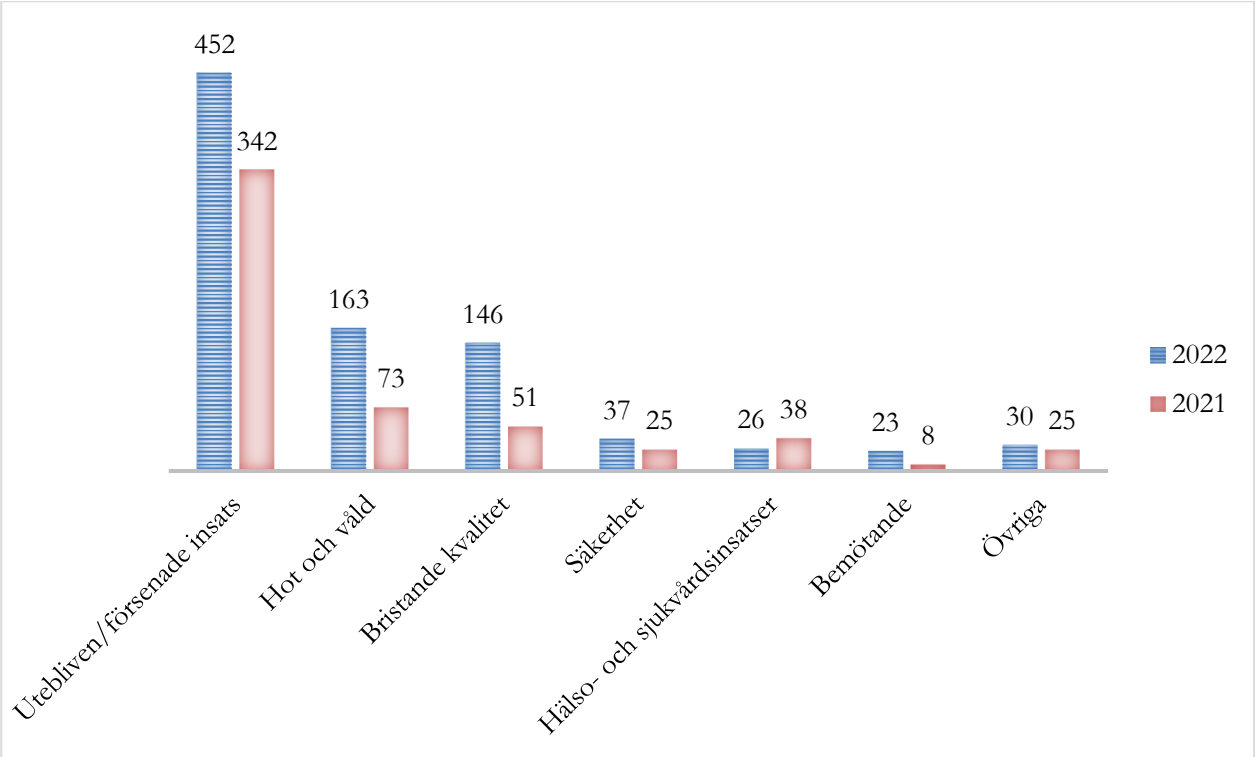
Under året har 368 SoL-avvikelser rapporterats. Det innebär en liten ökning i förhållande till året innan med 37 avvikelser. Socialpsykiatrins verksamheter har redan innan haft en mycket hög rapporteringsnivå och den positiva trenden fortsätter. SoL-avvikelser kommer nästan uteslutande från boendestöd (46 %) och bostad med särskild service enligt SoL (46 %).

Variationen i rapporteringsbenägenhet mellan SoL-boendena är mycket stor. Den enhet som rapporterat mest har 86 SoL-avvikelser medan tre av enheterna rapporterat under tio avvikelser under året. En så varierande rapporteringsgrad gör det svårt att kunna generalisera resultat från analys till samtliga enheter. Det är också troligt att det finns en betydande andel avvikelser som inte rapporterats, vilket blir en ”vit fläck” i analysarbetet.

*Analys*

De inrapporterade LSS- och SoL-avvikelserna handlar i huvudsak om tre typer av händelser. (1) utebliven/försenad insats, (2) hot och våld och (3) bristande kvalitet[3]. Diagrammet nedan visar fördelningen mellan de olika typerna.

[3] Analysen baseras på data som omfattar perioden januari till november. Siffrorna överensstämmer därför inte helt med de som anges under rubriken sammanställning, eftersom den baseras på perioden december till november. Skillnaden bedöms inte påverka resultatet.




- **Utebliven/försenad insats (452 st.)**

Drygt hälften av alla LSS- och SoL-avvikelser rör uteblivna eller försenade insatser. Det handlar om att brukarens planerade insats inte blir genomförd alls eller förskjuten till annat tillfälle. Antalet avvikelser som rör uteblivna eller försenade insatser har ökat med ungefär 30 procent i förhållande till året innan. En absolut majoritet av SoL-avvikelserna rör just utebliven eller försenad insats (78 %) och de allra flesta kommer från boendestöd.

Uteblivna eller försenade insatser har tidigare år oftast förklarats med brist på personal och underbemanning. År 2022 är inget undantag, avvikelserna signalerar snarare att problemet med bemanning accelererat under året. Personalbrist anges som bakomliggande förklaring i 80 procent av fallen. Det är oklart om bemanningssituationen varit svårare år 2022 än tidigare eller om rapporteringsbenägenheten för den här typen av avvikelser har ökat. Nedan ses ett exempel på försenad insats på grund av personalbrist.

> *"Morgonrutiner försenade pga. brist på personal. Brukare ville komma upp från säng, behov av toalett etc. Får vänta tills personal kan hjälpa till med förflyttning och får då komma till toalett och badrum. Brukare blir orolig och vid senare förflyttning lägger hen sig på golvet."*

En annan slutsats som kan dras är att uteblivna eller försenade insatser, oftast på grund av personalbrist, inom en typ av verksamhet kan leda till omfattande avvikelser i annan verksamhet. Det blir en typ av kedjereaktion. Främst rör det uteblivna insatser på daglig verksamhet.

Avvikelseutredningar visar ibland att den bakomliggande orsaken inte alltid bara handlar om personalbrist, även om det kan se ut så vid själva rapporteringstillfället. Det handlar snarare om att personal inte agerat i enlighet med rutin då det saknas personal och att det är bristande följsamhet till rutinen - snarare än personalbrist - som orsakat avvikelsen.

Fler avvikelser än tidigare rör att förutsättningarna på gruppbostäder LSS försämrats vid de tillfällen som daglig verksamhet hållit stängt på grund av personalbrist. Det finns många avvikelser som beskriver hur utebliven insats på daglig verksamhet (på grund av personalbrist) påverkat brukarna negativt även i sina

hem, gruppbostäderna. Nedan ses ett exempel på att utebliven insats på daglig verksamhet leder till utåtagerande beteende (avvikelse) på gruppbostad LSS.

> *"DV ringer och säger att brukare inte kan komma pga personalbrist. Brukare upplevs orolig, stressad och upprörd. Hen går fram o tillbaka, låter högt, slår sig i ansiktet flera gånger och följer efter personal. Har svårt att komma till ro. Går in till grannar och låter mycket. Personal försöker ändra hens schema och erbjuder andra aktiviteter."*

Det finns också flera exempel på att det är svårt för gruppbostäder LSS att öka sin bemanning när besked om att daglig verksamhet är stängt kommer hastigt och oplanerat. I de lägena blir alltså personalbrist både på daglig verksamhet och på gruppbostaden faktorer som påverkar brukarna negativt.

Bristen på personal påverkar också brukares vilja att ta emot planerade insatser. Det ses framförallt inom boendestöd, SoL-avvikelser, då brist på personal leder till många vikarier. Brukare med boendestöd har ofta en funktionsnedsättning, och eventuell psykiatrisk samsjuklighet, som gör det svårt för dem med nya personer som ska ge stöd. Konsekvensen blir ofta att brukaren tackar nej till insats, eftersom hen inte känner sig trygg med vikarier. När det sker så ska det inte rapporteras som avvikelse, eftersom insatsen har erbjudits men brukaren tackat nej. Trots det finns en tydlig koppling mellan personalbrist och insatser som inte blir utförda på grund av brukarens inställning.

Slutligen finns många exempel på att brukares insatser ställs in eller fördröjs för att personal är upptagna med att hantera annan brukare som är utåtagerande. På så sätt finns också en koppling mellan avvikelser som rör hot och våld och avvikelser som rör uteblivna insatser. Nedan ses exempel på det.

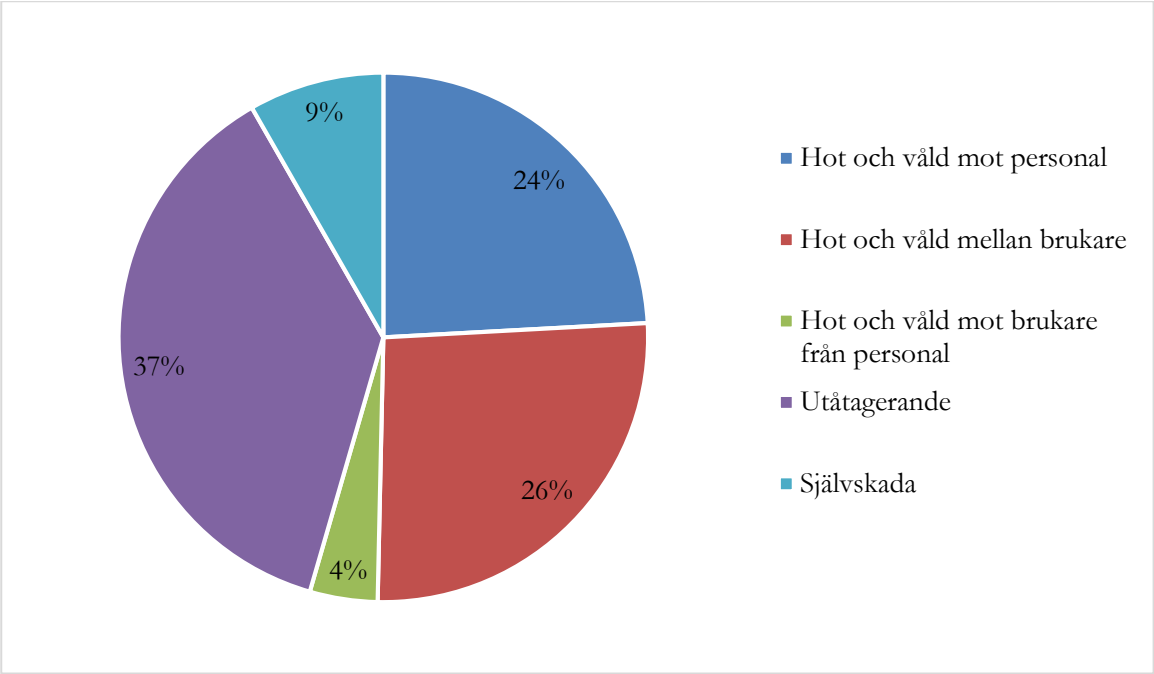
> *"Brukare kan inte åka o handla som planerat på pga personalbrist och att det är oroligt på boendet pga nyinflyttad brukare. Brukaren vill inte vara på boendet eftersom hen är blir orolig av mycket ny personal pga ny brukare som stökar."*

- **Hot och våld (163 st.)**

Knappt var femte (19 %) avvikelse och rapport enligt lex Sarah rör hot- och våld. Det innebär att antalet rapporterade hot- och våldsincidenter på individnivå mer än fördubblats i förhållande till året innan. Ökningen gäller både verksamheter enligt LSS och SoL. Förklaringen till ökningen är sannolikt ökad rapporteringsbenägenhet. En majoritet av baspersonalen har under året utbildats i systematiskt kvalitetsarbete med särskilt fokus på att rapportera just hot och våld.

Personal har uppmanats att rapportera avvikelser om hot och våld både för den som utövat hot och våld (56 % av avvikelserna) och den eller de som utsatts (44 % av avvikelserna). I de fall som personal blivit utsatta för hot och våld så ska det dessutom rapporteras som tillbud eller arbetsplatsolycka i systemstödet Kia. Det innebär att samma händelse ibland skapar flera rapporter, både från brukar- och arbetsmiljöperspektiv. Antalet hot- och våldavvikelser får alltså inte tolkas som ett mått på hot- och våldsincidenter. Nedan ses vilken typ av hot och våld som rapporterats.

I kategorin hot och våld ryms flera underkategorier såsom hot och våld mot/mellan brukare och personal, självskada och utåtagerande beteende (t.ex. föremål som kastas, sparkar och slag mot döda ting.).




Samtliga händelser som rör hot och våld från personal (6 st.) har rapporterats enligt lex Sarah. Fler händelser ligger i gråzonen till att kategoriseras som hot och våld från personal mot brukare. Det gäller till exempel vissa exempel på dåligt bemötande som gränsar till kränkningar och otillåtna tvångsåtgärder.

Flest avvikelser om hot och våld kommer från gruppbostäder LSS och SoL-boenden. Medelvärdet per gruppbostad LSS är 2,1 avvikelser och per SoL-boende 6 avvikelser. Mängden hot och våldavvikelser hänger främst ihop med två faktorer; rapporteringsbenägenhet och förekomst av särskilt utmanande brukare i verksamheterna.

Fem enskilda verksamheter - en daglig verksamhet, tre gruppbostäder LSS och ett SoL-boende - har rapporterat drygt hälften (52 %) av alla hot- och våldsavvikelser. I två av verksamheterna rapporteras att brukare använt kniv för att hota personal med och det finns exempel på att Polis har kallats till platsen för att lösa en våldsam situation.

På de fem enheter som står för hälften av avvikelserna kopplas hot och våld till fyra brukare. En av dem har genererat avvikelser både på gruppbostad LSS och daglig verksamhet. Samtliga brukare är yngre vuxna, mellan 20 och 35 år, och samtliga har autismspektrumdiagnos. Endast en av brukarna bor dock på en av de så kallade autismenheterna. Tre av brukarna har psykiatrisk samsjuklighet. Mönstret går därmed igen från året innan; det handlar om ett fåtal individer, oftast yngre, med autism och psykiatrisk samsjuklighet.

*Andra indikationer på hot och våld*

Under året har 255 rapporter om tillbud och arbetsplatsolyckor som rör hot och våld mot personal gjorts i systemstödet Kia. Även här noteras att fem enheter står för hälften (50 %) av rapporteringarna. Tre av de enheter som låg högst i antal av brukaravvikelser har också rapporterat mycket i Kia. Däremot ses en viss diskrepans mellan enheternas rapporteringsbenägenhet i Viva och Kia. Det verkar som att en del verksamheter främst väljer att rapportera i det ena eller andra systemet, trots att hot och våld bör rapporteras i båda när det är relevant.

År 2022 genomfördes en kartläggning av förekomsten av hot och våld i verksamheterna[4]. Resultatet visade att hot och våld är mycket vanligt förekommande inom alla verksamhetsområden, 78 procent av

[4] Läs mer om kartläggningen under rubriken ”x” på s. 36-37.

personalen uppger att det händer att brukare blir våldsamma. Utifrån resultatet borde det finnas fler rapporter om hot och våld, både från brukar- och arbetsmiljöperspektiv.

*Bakomliggande orsaker och åtgärder*

Den absolut vanligaste bakomliggande orsaken till hot och våldsincidenter är brist på kompetens, arbetssätt och rutiner som passar för målgruppen. Även förekomst av otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder kan kopplas till kompetensfrågan. Detta samband har belagts av såväl IVO som Socialstyrelsen och har även tidigare varit känt för förvaltningen. Det är också orsaken till att förvaltningen påbörjat en stor satsning på utbildning och kompetens under året. Arbetet kommer att fortsätta även nästa år[5].

En viktig åtgärd blir att ständigt påminna personal och verksamheter att aldrig normalisera våld. Första steget är göra hot och våld synligt genom rapportering. På så sätt kan insatser och åtgärder riktas dit de bäst behövs. År 2023 kommer fler utbildningar i systematiskt kvalitetsarbete att ges till baspersonal för att åstadkomma just ökad rapporteringsbenägenhet. Det kommer förhoppningsvis att leda till att antalet rapporter om hot och våld, både i Viva och i Kia, fortsätter att öka.

**Bristande kvalitet (146 st.)**

Avvikelser om bristande kvalitet har ökat mycket kraftigt och är ungefär tre gånger så många år 2022, som året innan. Också denna ökning kan härledas till att personalen blivit bättre på att identifiera och rapportera brister i kvaliteten. Bristande kvalitet kan sägas vara när insats genomförs enligt planering, men att själva utförandet har brister. Nedan ses ett typiskt exempel på en avvikelse om bristande kvalitet.

> *”Aktivitetstavla var inte gjord för dagen så brukare kan inte se vad hen ska göra.”*

En stor del av avvikelserna rör brister i att uppdatera aktivitetstavla, dagsschema eller bildstöd. Sådana brister leder till negativa konsekvenser för brukarna eftersom förutsägbarhet och struktur i vardagen minskar. För målgruppen kan det leda till oro och ångest, och i förlängningen även orsaka utåtagerande beteende. Ofta sker avvikelsen för att personal har glömt att göra det den ska. Ibland beror det på att vikarier inte haft kunskap om vilka rutiner som finns.

En annan typ av avvikelse rör att genomförandeplan inte reviderats i tid eller att det saknas dokumentation om insatser enligt genomförandeplan. Generellt gäller att många avvikelser handlar just om bristande dokumentation på olika sätt och särskilt kopplat till just genomförandeplan.

En tredje typ av avvikelse som rör bristande kvalitet handlar om att insatsen genomförs men på ett sätt som inte alltid överensstämmer med upprättade arbetsbeskrivningar. Ofta anges att den typen av brist uppstår som en direkt konsekvens av personalbrist eller indirekt genom att vikarier arbetar med brukare utan att ha kunskap om *hur* de ska ge stöd. Nedan ses exempel på konsekvenser av att ”ny” personal arbetar med brukare.

> *”När jag hälsade på deltagare så märkte jag att hen var genomsvettig, så mycket att tröjan var blöt. Hen var stressad och nervös. --- När det inte är som vanligt för deltagaren så reagerar hen genom att bli mer nervös, stressad och osäker. Det som inte varit som vanligt är att det varit mkt vikarier i gruppen. Det är ofta vikarier som arbetar med hen och det gör hen nervös. Det räcker att vikarier finns i gruppen för att det ska bli så.”*

**Övrigt**

118 SoL- och LSS-avvikelser kategoriseras som annat än utebliven/försenad insats, bristande kvalitet eller hot och våld. I kategorin ”övrigt” har följande iakttagelser gjorts.

[5] Läs mer om satsningen under rubriken ”Utbildning och handledning” på s. 8-9.

- *Bemötande*

23 avvikelser handlar om brister i bemötande. Bristande bemötande finns också med i många andra avvikelser, t.ex. som bakomliggande orsak till hot och våld. I analysarbetet är det svårt att helt särskilja kategorier av brister från varandra och det gäller i synnerhet. De avvikelser som kategoriserats som bemötande handlar främst om att personal medvetet sagt eller gjort något som enligt personal eller brukaren själva uppfattas som dåligt bemötande. Nedan ges ett exempel.

> *"Brukare klagar på smärta i låret. Personal säger att det antagligen beror på att brukare inte rört sig så mkt. Brukare är bestämd och säger att det inte bara är det, det gör ont. Personal säger högt 'Nu får du sluta gnälla!'. Brukare svarar att hen ska sluta gnälla. Övriga personer i matsalen skrattade."*

Det finns också exempel på bristande bemötande då personal inte förmått agera professionellt. Det handlar bland annat om att personal pratar om sina privata problem på arbetsplatsen på ett sätt som gör brukare oroliga. Det kan också handla om att personal skojar på ett olämpligt sätt eller har ett olämpligt språkbruk i samtal med sina kollegor som brukare hör. Nedan ges exempel på en avvikelse som rör personals oförmåga att agera professionellt.

> *"Brukare och annan granne sitter i köket med personal. Personal börjar sinsemellan prata med varandra om sina privatliv, samtalen var av sexuell karaktär. Det spelades också hög musik. Tonläget var väldigt högt mellan personal."*

- *Säkerhet*

38 avvikelser rör säkerhet och tillsyn. Det handlar om händelser som på något sätt anknyter till brukarnas säkerhet rent fysiskt. Inom kategorin ses tre mönster. (1) Avvikelser som rör transport av brukare, t.ex. att färdtjänst lämnat brukaren på fel ställe eller i fel tid eller att rullstolsbälte inte var knäppt i samband med bilfärd. (2) Brukarlarm som inte fungerar eller inte hanteras av personal på rätt sätt. (3) Brukare som lämnat verksamhet eller boende på ett sätt som gör att personal uppfattar det som en säkerhetsrisk.

Det är intressant att personal skriver avvikelser på att brukare till exempel lämnar sitt boende eftersom definitionen av en avvikelse är " En oönskad händelse/situation som medfört obehag för brukaren.". I många av dessa avvikelser går det inte att se att händelsen medfört något obehag alls, och dessutom är det tveksamt om händelsen kan betecknas som oönskad, givet att stöd och insatser ges på frivillig basis. Nedan ses ett exempel på den typen av avvikelse.

> *"När personal gick för att leta efter brukaren hade hen gått ut genom sin ytterdörr och var vid soprummet på parkeringen."*

Den personal som rapporterade avvikelsen ovan bedömer att händelsen inträffade på grund av att *"Dörren måste ha stått på glänt då x egentligen inte kan öppna sin ytterdörr själv utan tjänstekort."*. Det antyder att brukaren kan ha varit utsatt för en otillåten tvångs- och begränsningsåtgärd men att personal inte reagerat på det och rapporterat det som en avvikelse.

**LSS- och SoL-avvikelser från myndighet**

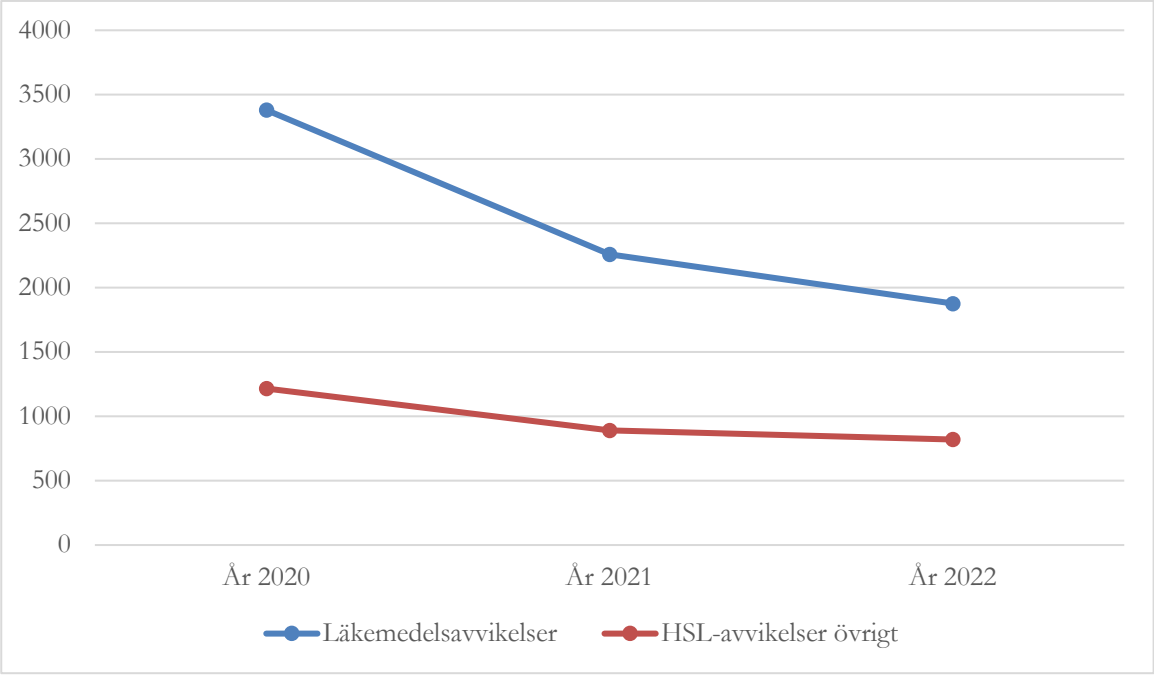
Under året har 46 individavvikelser (SoL och LSS) rapporterats från myndighetsutövningen. 13 av dem rör SoL-ärenden och 33 LSS. En relativt stor andel av avvikelserna (13 st.) har rapporterats enligt lex Sarah.

Det är svår att analysera avvikelserna på grund av bristande systemstöd. Preliminärt ses dock en stor rapporteringsbenägenhet gällande avvikelser som rör verkställigheten av beslut. Oftast är det handläggare som, i sitt uppföljningsarbete med brukare som beviljats insats, identifierar brister i verkställigheten och rapporterar dessa. Mycket få avvikelser från rör den egna verksamheten, dvs. myndighetsutövningen. Särskilt många avvikelser, och lex Sarah, rör annan vårdgivare, t.ex. privat utförare.

65 procent av avvikelser saknar utredning. Det kan delvis bero på att utredningar ska göras av annan part, t.ex. då avvikelserna rör annan vårdgivare.

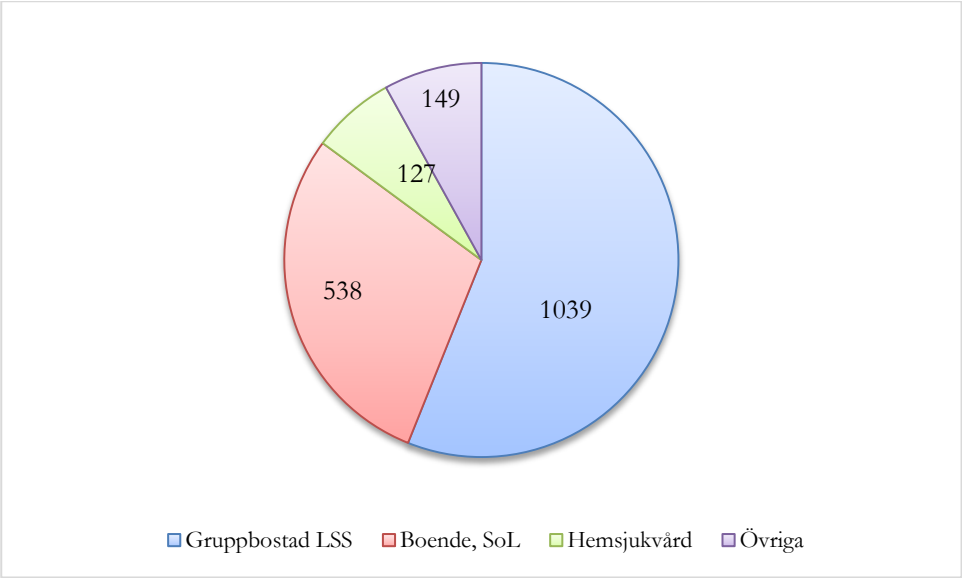
**Läkemedelsavvikelser**

År 2022 rapporterades 1877 läkemedelsavvikelser. Antalet sjönk kraftigt mellan år 2020 och 2021 och minskningen fortsätter, om än i mindre utsträckning. Diagrammet nedan visar antal läkemedelsavvikelser, och HSL-avvikelser, de senaste tre åren.




Var fjärde läkemedelsavvikelse saknar utredning (24 %) och i vart tredje fall saknas uppföljning (35 %). Eftersom information om händelsen saknas i så många av fallen blir det svårt att generalisera resultat om bakomliggande orsaker och behov av åtgärder.

I likhet med HSL-avvikelserna så rapporteras även läkemedelsavvikelserna huvudsakligen från gruppbostäder LSS och SoL-boenden. Diagrammet nedan visar fördelningen.




I förhållande till verksamhetens storlek så rapporteras oproportionerligt många läkemedelsavvikelser från socialpsykiatrins boenden. Det har nämnts att en tänkbar anledning till att det skulle vara en faktisk skillnad är att brukare på SoL-boenden har fler läkemedelsinsatser. Den teorin har dock inte stöd i statistik från MCSS. Där framgår att det är betydligt färre läkemedelsinsatser på SoL-boenden (86 809 st.), än på gruppbostäder LSS (338 880 st.).

Än tydligare blir det om man ser till genomsnittligt antal läkemedelsinsatser per brukare på gruppbostad LSS och SoL-boende. Brukare på gruppbostäder LSS har *fler* läkemedelsinsatser per brukare än inom socialpsykiatrin, men *färre* läkemedelsavvikelser. I tabellen nedan ses genomsnittligt antal läkemedelsinsatser samt läkemedelsavvikelser per brukare på gruppbostad LSS samt SoL-boende år 2022.

| | Per brukare på **gruppbostad LSS** | Per brukare på **SoL-boende** |
|---|---|---|
| **Läkemedelsinsatser** | 1645 | 1142 |
| **Läkemedelsavvikelser** | 5 | 7,1 |

Statistiken kan ha påverkas av högre rapporteringsbenägenhet på SoL-boenden än på gruppbostäder LSS. En förklaring kan vara att det under året pågått en kraftsamling inom socialpsykiatrin som satt systematiskt kvalitetsarbete i fokus. En del av arbetet handlar om att påminna och uppmana medarbetare att rapportera alla typer av avvikelser som ett led i att förbättra kvaliteten för brukarna.

Samtliga verksamhetsområden har rapporterat färre läkemedelsavvikelser än föregående år. Även om införandet av MCSS kan ha bidragit till att de facto minskat antalet avvikelser så kan ändå en omfattande underrapportering konstateras. År 2022 har 226 355 läkemedelsinsatser registrerats för gruppbostäder LSS. Av dessa har omkring två procent inte signerats. Det borde generera omkring 4500 läkemedelsavvikelser.

Tabellen nedan visar antal rapporter och procentuell minskning för verksamhetsområdena.

| | Gruppbostäder LSS | SoL-boende | Hemsjukvård |
|---|---|---|---|
| **År 2022** | 1039 | 538 | 127 |
| **År 2021** | 1287 | 546 | 251 |
| **Procentuell förändring** | **- 19 %** | **- 1 %** | **- 51 %** |

Alla bostäder med särskild service enligt LSS eller SoL har rapporterat en eller flera läkemedelsavvikelser under året.

Flest läkemedelsavvikelser (51 %) handlar om att det saknas signering eller att signeringen är felaktig. Andelen ligger i linje med föregående års resultat. Därefter är det vanligast att läkemedel saknas (18 %), att patienten inte fått alla sina läkemedel (14 %) eller inte fått sina läkemedel alls (12 %). Utredningar visar att det inträffade inte lett till konsekvenser för en stor majoritet av patienterna (86 %). I de fall som det inträffade har fått konsekvenser så handlar det om fysisk skada i 23 fall, obehag/irritation, oro eller psykiskt lidande i 119 fall och ökat vårdbehov i 27 fall.

## 5.4 Lex Maria

Under året har ett flertal utredningar genomförts. Dessa har främst handlat om uteblivna/försenade insatser.

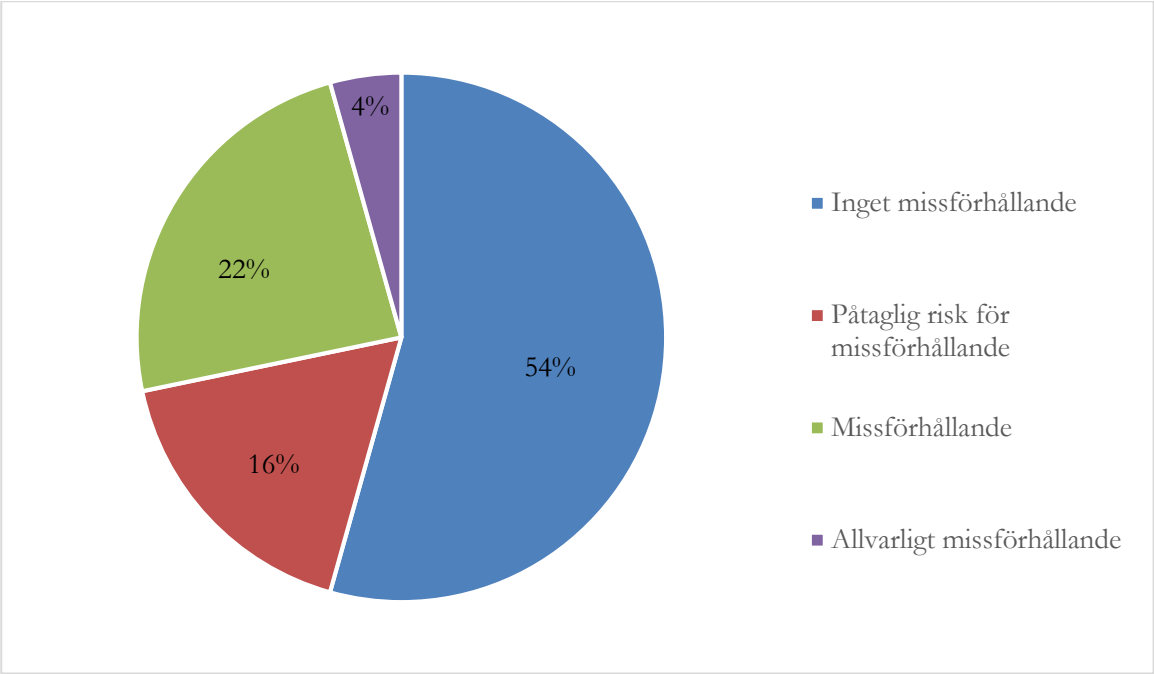
Ingen allvarlig händelse enligt Lex Maria har anmälts till IVO.

## 5.5 Lex Sarah

Under 2022 har det kommit in drygt femtio rapporter enligt lex Sarah. Det är en minskning i förhållande till året innan med omkring 25 rapporter. Sociala klustret beslutade under året att revidera processbeskrivningen så att utredning ska inledas vid alla rapporterade händelser, även om vissa rapporter kräver en mycket begränsad utredning. Tidigare har SAS haft möjlighet att besluta inte inleda utredning om hen bedömt att det inte är frågan om ett missförhållande enligt lex Sarah.

Bedömningen är att följsamheten till rapporteringsskyldigheten trots allt ökar vilket är en mycket positiv utveckling. En tydlig trend i inkomna rapporter är att det sällan är den/de personal som varit delaktiga i samband med den rapporterade händelsen som faktiskt rapporterar den. Det är inte ovanligt att medarbetare rapporterar missförhållande som inte har inträffat i den egna verksamheten. Trenden ses både mellan enheter och professioner. Det finns förbättringsutrymme för benägenheten att rapportera händelser där en själv har medverkat. Om förbättring sker inom det området så bidrar det till ökad kvalitet.

I diagrammet nedan ses fördelning av beslut i de femtio lex Sarah-rapporter som kommit in under året.




Av de två ärenden som bedömts som allvarliga, och anmälts till IVO, så har IVO avslutat ett av dem efter att ha bedömt att nämnden har fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet. Det andra ärendet är fortfarande pågående.

*Typ av händelser*

Många rapporter enligt lex Sarah berör händelser och händelseförlopp som inte enkelt låter sig kategoriseras. Till exempel kan utredning i samma ärende visa på brister inom både bemötande, hot och våld och tvångs- och begränsningsåtgärder. Missförhållandet kan därmed bestå av flera olika komponenter. Nedan ges en översiktlig beskrivning av förekommande typer av händelser och identifierade bakomliggande orsaker.

- **Hot och våld.** En knapp fjärdedel av de rapporterade händelserna handlar om hot och våld och i flera av fallen så bedöms den bakomliggande orsaken vara att personalen saknar tillräckligt kunskap och kompetens för att kunna förebygga att våldsamma situationer uppstått. I flera av dessa ärenden har personalgruppen fått utbildning och/eller handledning för att något liknande inte ska hända igen.

- **Tvångs- och begränsningsåtgärder.** Var tionde rapport handlar om otillåtna tvångs och begränsningsåtgärder, däribland ett av de två ärenden som anmälts till IVO. Det är tydligt att personal saknar tillräcklig kunskap i hur vi får och bör agera och istället har otillåtna metoder använts i syfte att skydda brukaren.

- **Bemötande**. Flera rapporter handlar om bristande bemötande och precis som när det gäller hot och våld och tvång och begränsning så bedöms den bakomliggande orsaker vara att personalen saknar kunskap och kompetens kring hur de ska bemöta brukaren på ett korrekt sätt. Även här har utbildning och handledning varit vanliga åtgärder för att något liknande inte ska hända igen.

- **Brister i utförande av insatser** är också en återkommande bakomliggande orsak som ofta ses tillsammans med andra orsaker. I flera fall finns här en direkt koppling till bristande social dokumentation till exempel genom otydliga genomförandeplaner. I vissa fall är bristande

följsamhet till den sociala dokumentationen den bakomliggande orsaken och enheterna har i dessa ålagts åtgärder inom HR-området (tex. Medarbetscentrum).

*Bakomliggande orsaker*

Den vanligaste bakomliggande orsaken till missförhållanden är bristande kompetens hos personal. Kompetensfrågan är högt prioriterad på förvaltningen och insatser och åtgärder för att ge medarbetare bättre förutsättningar har vidtagits och planeras att vidtas under år 2023.

I flertalet ärenden finns bristande social dokumentation med som en av flera bakomliggande orsaker och det har handlat både om okunskap och ovilja i att följa rutiner gällande social dokumentation. Följsamhet till rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah är också ett återkommande tema som en del i de bakomliggande orsakerna till missförhållanden. Trots att flertalet återkommande informations och utbildningssatsningar gällande social dokumentation och systematiskt kvalitetsarbete har genomförts under året så kan konstateras att det finns ett fortsatt stort behov av kompetenshöjande insatser gällande social dokumentation och lex Sarah.

*Åtgärder*

Utöver de åtgärder som beskrivs under ”Typ av händelser” så har många åtgärder vidtagits under året i syfte att undanröja bakomliggande orsaker till missförhållanden och höja kvaliteten i verksamheten. Dessa åtgärder beskrivs bland annat under rubrikerna ”Fokus på systematiskt kvalitetsarbete”, s.8, och ”Utbildning och handledning”, s. 8-9.

# 5.6 Egenkontroll

**Brukarundersökning**
480 brukare deltog i 2022 års brukarundersökning. Det är en liten ökning i förhållande till året innan (+58 svar). Svarsfrekvensen för hela Sociala omsorgsförvaltningen (SOF) blev 52 procent vilket innebär att ungefär hälften av brukarna har deltagit. Variationen i svarsfrekvens mellan och inom verksamhetsområdena är mycket stor. De förvaltningsövergripande resultaten kan därför inte självklart generaliseras till brukare inom alla verksamheter.

Resultaten innebär inga större förändringar i förhållande till året innan. SOF:s resultat ligger relativt nära rikets genomsnitt, men överlag något sämre på de flesta områden. Det finns stora variationer mellan de olika verksamhetsområdenas resultat.

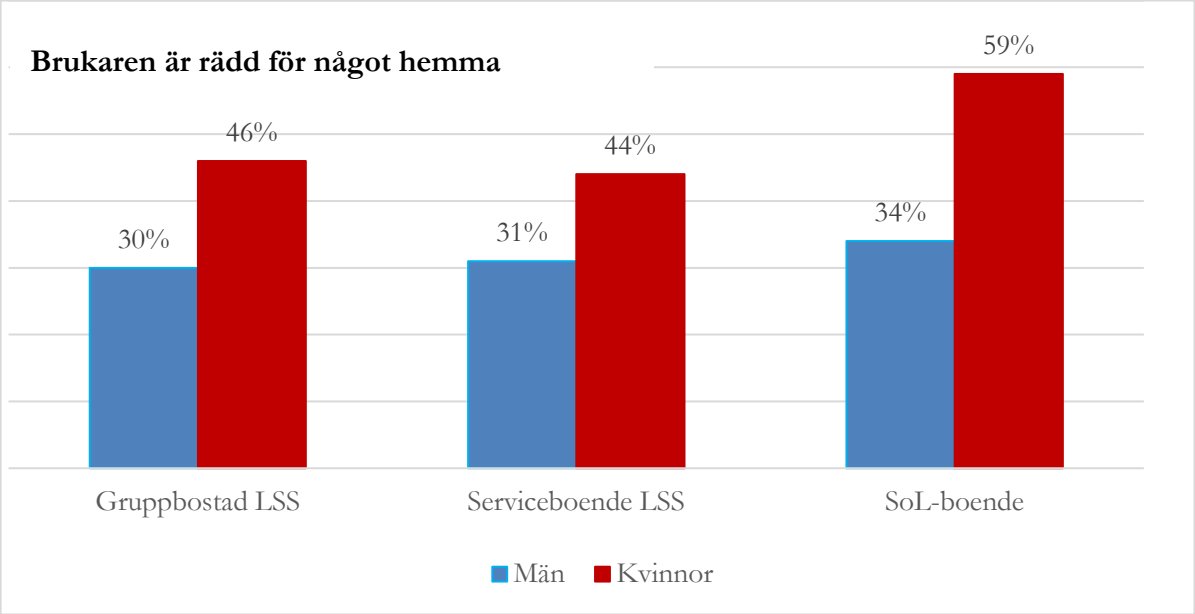
Nedan ses resultat på ett antal frågor, och förändring från föregående år inom parantes, sorterade på nivåerna verksamhetsområde, förvaltningsövergripande och riksgenomsnitt.

| | **Personalen bryr sig om mig** | **Får bestämma om saker som är viktiga** | **Får den hjälp jag vill ha** | **Känner mig trygg med personal** | **Trivs på boende/i verksamhet** | **Är inte rädd för något hemma/i verksamhet** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Boende SoL | 70 % *(+7)* | 67 % *(+11)* | 77 % *(+4)* | 67 % *(-4)* | 71 % *(-7)* | 55 % *(-13)* |
| Boendestöd | 80 % *(-1)* | 81 % *(-10)* | 73 % *(-1)* | 76 % *(+15)* | 79 % *(+12)* | --- |
| Daglig verksamhet | 90 % *(-1)* | 77 % *(+7)* | 92 % *(+6)* | 90 % *(+2)* | 87 % *(-)* | 84 % *(+7)* |
| Gruppbostad LSS | 84 % *(-)* | 72 % *(-6)* | 84 % *(+1)* | 79 % *(+2)* | 84 % *(-4)* | 62 % *(-1)* |
| Servicebostad LSS | 83 % *(-6)* | 85 % *(-2)* | 74 % *(-5)* | 71 % *(-)* | 80 % *(-3)* | 64 % *(-1)* |
| Personlig assistans | 81 % *(-12)* | --- | 81 % *(-5)* | 85 % *(-)* | 76 % *(+5)* | --- |
| **SOF totalt** | **83 %** *(-2)* | **76** *(+2)* | **82 %** *(+1)* | **80 %** *(+2)* | **82 %** *(-1)* | **71 %** *(+1)* |
| *Genomsnitt riket* | *88 %* | *80 %* | *84 %* | *81 %* | *84 %* | *72 %* |

Totalt sett får Borås Stad högst resultat kring trivsel och att brukarna känner sig trygga med personalen. Där ligger resultatet på ungefär samma nivåer som i andra kommuner. Områden med sämst resultat handlar om kommunikation. Var tredje brukare (32 %) upplever att personalen inte pratar med dem på ett sätt som de förstår och ungefär lika många tycker att personalen inte förstår vad de säger (26 %). Det innebär att förvaltningen måste jobba med att bli bättre på kommunikation. Det är dessutom troligt att den relativt låga svarsfrekvensen totalt sett kan bero på att brukare inte förstår frågorna, eller att personalen inte förmår uppfatta deras svar. Det innebär att resultatet på frågorna om kommunikation antagligen är ännu sämre än det vi fångar i brukarundersökningen.

I likhet med tidigare år uppger ungefär var tredje brukare (29 %) att hen är rädd för något i sitt boende eller på sin dagliga verksamhet/sysselsättning. På gruppbostäder LSS i egen regi uppger 38 procent av

brukarna att de är rädda för något hemma och på socialpsykiatrins boenden är siffran ännu högre, 45 procent. Generellt gäller att kvinnor upplever en större otrygghet än män, vilket är ett resultat som gäller för hela landet. Diagrammet nedan visar könsskillnader.




Det är värt att notera att inga barn deltar i brukarundersökningen. Det är bekymmersamt och innebär att vi inte kan dra några slutsatser om barnens upplevelser av de stöd och insatser som de får.

*Åtgärder*

De förbättringsområden som identifieras i brukarundersökningen ligger till grund för ett antal åtgärder som påbörjats och planeras. Det handlar främst om omfattande kompetensutveckling för personal, genom utbildnings- och handledningsinsatser.[6]

### Dokumentation inom hälso- och sjukvård

MAS och MAR har genomfört fördjupad journalgranskning för två HSV team. Varje team har fått en rapport med förbättringsåtgärder. Journalgranskningar visar att det fortfarande finns förbättringsbehov av kvalitén i patientjournalen. Granskningarna har också visat att det är svårt att följa patientens delaktighet.

### Hälso- och sjukvårdsinsatser

Hälso- och sjukvårdsinsatser utförs dels av den legitimerade personalen men även av delegerad/ instruerad baspersonal. Signering ska ske av alla delegerade/ instruerade hälso- och sjukvårdsinsatser som lagts in i det digitala systemet MCSS. Insatser ska signeras oavsett om de kunnat utföras eller inte.

Totalt har det under året lagts in 631 019 insatser, varav 98 % är signerade. Nedan ses tabell över antal insatser och andel signerade per verksamhetsområde.

| | **Antal insatser totalt** | *Varav läkemedel* | **Andel signerade totalt** |
|---|---|---|---|
| **Gruppbostäder LSS, *egen regi*** | 288 611 | 226 355 | 98 % |
| **Gruppbostäder LSS, *privat regi*** | 153 563 | 112 525 | 97 % |
| **Övriga verksamheter** | 144 927 | 125 584 | 99 % |

[6] Läs mer om kompetenshöjande insatser under rubrikerna ”Utbildning och handledning” och ”Kraftsamling socialpsykiatrin” på s. 8-9.

**Intern kontroll**

Riskanalys inför framtagande av intern kontrollplan identifierade fem risker med allvarligt riskvärde[7], enligt SKR:s definition. Två bakomliggande orsaker till riskerna enligt ovan var brist på kompetens och brist på resurser. Ytterst innebär riskerna att brukarna inte får de insatser de har rätt till vad avser verkställighet, omfattning och kvalitet.

De risker som framkommer av intern kontrollplan överensstämmer väl med de övergripande resultaten från analys av indikerade brister (t.ex. avvikelser) och resultat från brukarundersökning. I syfte att minska riskerna har åtgärder vidtagits för att adressera bakomliggande orsaker. Exempelvis har underlag som beskriver målgruppen tagits fram och utgjort underlag för kompetenshöjande insatser. Utbildningsinsatser och workshops som rör såväl systematiskt kvalitetsarbete som kunskap om målgruppen har genomförts år 2022 och arbetet är planerat att fortsätta år 2023.

**Kartläggningar av målgruppens behov och verksamhetens kapacitet och kompetens**

Tidigare år har kartläggning av barn med insatser enligt LSS genomförts. År 2022 fortsatte kartläggningsarbetet. Samtliga yngre brukare (18-30 år) på SOF med insatser enligt LSS eller SoL kartlades utifrån antal, typ av insatser och brukarnas behov och diagnoser utifrån kommunicerade beslut i Viva.

Kartläggningen visade bland annat att autismspektrumtillstånd är den vanligaste förekommande diagnosen bland yngre brukare - oavsett vilket lagrum som insatsen utgår ifrån. Resultatet visade också att 40 procent av de yngre brukarna har tre eller flera psykiatriska diagnoser. Kartläggningen bekräftade därmed upplevelsen av att förvaltningens målgrupp förändrats i så måtto att en större andel av de yngre brukarna har fler diagnoser och mer komplexa behov.

Resultat har använts för olika typer av åtgärder och verksamhetsutveckling under året. De har också använts som underlag i samtal med enhetschefer och lett till ett förbättrat, och mer verksamhetsnära, systematiskt kvalitetsarbete.

**Kartläggning av hot och våld samt tvångs- och begränsningsåtgärder**

Förvaltningsledningen beslutade 220517 att genomföra en egen kartläggning av förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder samt hot och våld. Kartläggningen skulle omfatta all verksamhet inom LSS och socialpsykiatri och ge möjlighet att se resultat ner på enhetsnivå.

Syftet med kartläggningen var att skapa grund för en åtgärdsplan med avsikten att minska förekomsten av otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder och hot och våld. Kartläggningen genomfördes som enkätundersökning. Resultatet grundades på 487 svar från baspersonal och 21 svar från HSV- och poolpersonal.

Resultatet visade att det förekommer många otillåtna **tvångs- och begränsningsåtgärder** i de flesta verksamhetsområden. Det är särskilt oroväckande att hälften av personalen eller mer uppger att brukare begränsas i sitt självbestämmande (t.ex. att få äta det de vill) och möjligheten att lämna boendet eller verksamheten när de själva vill. Möjligheten att lämna handlar i vissa fall om bristande tillgänglighetsanpassning av lokalerna, men i andra fall har verksamheten själv tillfört hinder. Det finns i fritextsvaren flera exempel på att dörrar till verksamheter är låsta inifrån.

Många medarbetare lyfter fram att det är svårt att göra rätt när det kommer till tvång- och begränsningsåtgärder eftersom brukare ibland har restriktioner utifrån Lagen om psykiatrisk tvångsvård

[7] SON 2021-00124 1.1.3.1

(LPT) eller Lagen om rättspsykiatrisk tvångsvård (LRV). Dessutom kan det finnas gode män, förvaltare och anhöriga som argumenterar starkt för att åtgärder av tvingande eller begränsande karaktär ska genomföras. Personal hamnar då i svåra professionella och etiska dilemman.

Tillgången till personal lyfts fram av många som en helt avgörande faktor för om tvångs- och begränsningsåtgärder blir aktuella eller inte. Brist på personal sägs vara en vanligt förekommande anledning till att brukare utsätts för tvång och begränsning.

En annan vanligt förekommande förklaring är att brukarna behöver begränsas för att de är funktionsnedsatta och har bristande kognitiva förmågor. Fritextsvaren från både baspersonal och HSV- och bemanningspersonal visar att tvångs- och begränsningsåtgärder motiveras med att det är för brukarnas bästa. Men, trots att åtgärderna vidtas för att skydda brukare, så saknas lagstöd. Det finns anledning att tro att personalens argumentation grundas i brist på kunskap om alternativa arbetssätt som skulle kunna säkerställa brukarnas säkerhet utan att inskränka deras mänskliga fri- och rättigheter. Även Socialstyrelsen och IVO[8] har konstaterat att bristande kompetens hos personal inom funktionshinderverksamheten leder till tillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder. Här finns ett mycket stort jobb att göra.

**Hot och våld** är mycket vanligt förekommande inom alla verksamhetsområden, 78 procent av personalen uppger att det händer att brukare blir våldsamma. Resultaten från enkäten till baspersonal tyder på att verksamheterna är bra på att hantera hot- och våld när det inträffar. Det ses bland annat genom att personalen uppger att de främst avleder, backar undan eller samtalar då brukare utagerar. Däremot indikerar den höga förekomsten av hot och våld att verksamheterna är sämre på att förebygga att brukare ska bli utagerande.

Personal från alla verksamheter uppger att det förekommer hot, våld och kränkningar, dock i varierande omfattning. Det innebär att miljön för både brukare och personal inte är trygg och säker. Arbetet för att minska hot, våld och kränkningar inom SOF:s verksamheter måste intensifieras; både från arbetsmiljö- och brukarperspektiv.

Hot och våld förebyggs genom systematiskt kvalitetsarbete, kompetens och rätt utformade lokaler. Det är också helt nödvändigt att komma tillrätta med personals uppfattning att det är ”normalt” att det förekommer hot och våld inom funktionshinderverksamhet.

### Organisatoriska avvikelser

Åtta organisatoriska avvikelser rapporterats och avslutats under året. Sex av dem rör på olika sätt brister i kommunikation och information. Oftast, i sex av fallen, rörde de organisatoriska avvikelserna hälso- och sjukvårdsinsatser som t.ex. svårigheter att nå sjuksköterska för konsultation i brukarärende.

### Riskbedömningar

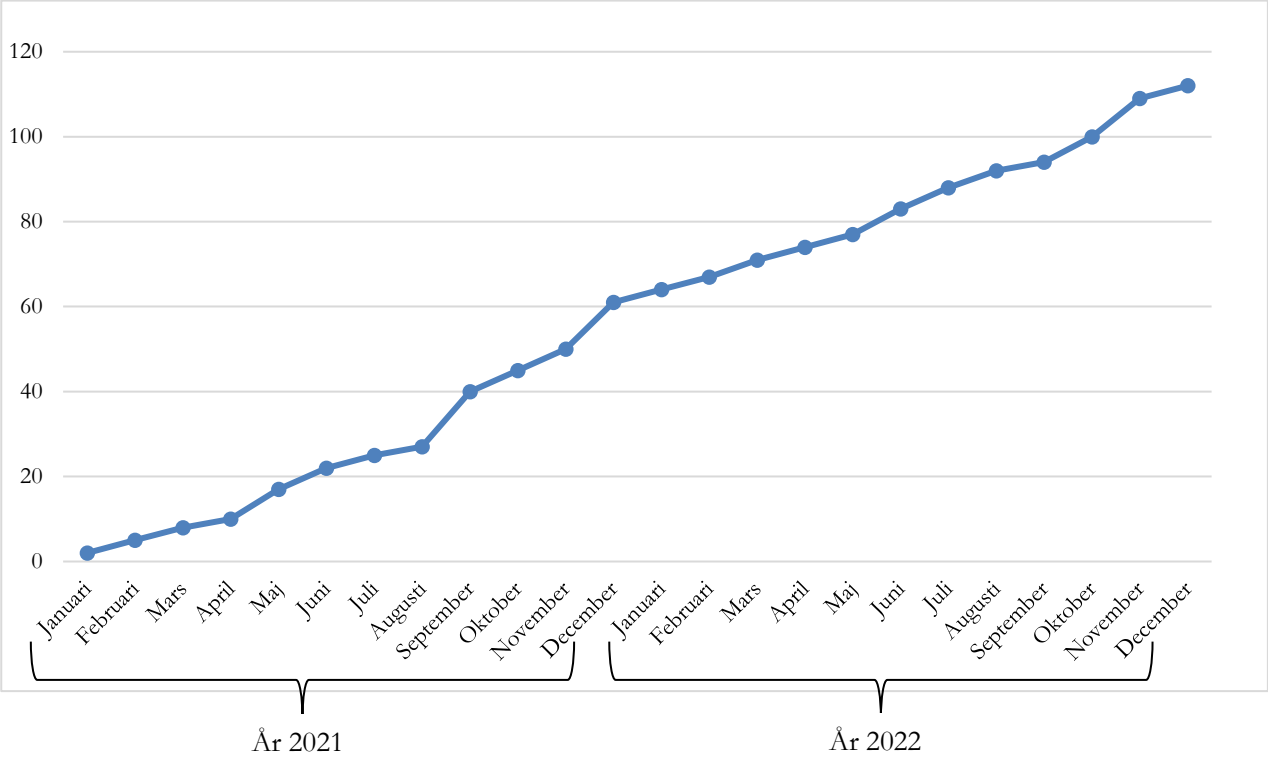
Det har utförts 1284 riskbedömningar vilket kan jämföras med 726 riskbedömningar 2021, vilket är en avsevärd ökning. Dessa riskbedömningar leder till ökad kvalitet och minskade risker för att patient ska drabbas av vårdskada. Riskbedömningarna handlar om att hitta risker och sätta in åtgärder inom områdena, fall, trycksår, undernäring och munhälsa.

I vårdinventeringen framkommer att inom området nutrition har en stor ökning skett av patienter som har insatser i vårdplan jämfört med föregående år, även en fortsatt ökning av dietistkontakt. Antalet patienter med aktuell vikt/BMI har ökat från 51 procent föregående år till 62 procent 2022.

[8] Socialstyrelsen.(2021). Kompetens i LSS-boenden.

**Samordnad individuell plan (SIP)**

Vid 2022 års utgång fanns 112 aktiva och pågående SIP inom förvaltningen. Det innebär en ökning med 51 SIP i förhållande till året innan. Under året har också SIP upprättats och avslutats. Antalet SIP har succesivt ökat under året vilket är en mycket positiv utveckling. Det betyder att allt fler brukare som har behov av det, också får en SIP och förhoppningsvis känner fler brukare att de har möjlighet till delaktighet och inflytande. Det är mycket viktigt att SIP-arbetet fortsätter och hålls levande i verksamheterna för att kunna möjliggöra en fortsatt brukarmedverkan. Diagrammet nedan visar utvecklingen för aktiva SIP de senaste två åren.




**Social dokumentation enligt LSS och SoL**

I vissa lex Sarah utredningar konstateras att kunskapen om social dokumentation fortfarande brister och att händelser av vikt för brukaren inte registreras. På kvalitet- och utvecklingsenheten finns två verksamhetsutvecklare som har i uppdrag att stötta förvaltningen med social dokumentation.

- SAS tillsammans med verksamhetsutvecklarna har gjort uppdateringar på rutinen om social dokumentation.
- För att bibehålla kunskapen och utveckla kompetensen i social dokumentation började verksamhetsutvecklarna utveckla en digital utbildning under året.
- En gång i månaden träffar verksamhetsutvecklarna stödpedagogerna som finns på vissa enheter för att bland annat hjälpa de med direkta frågor från verksamheten gällande den sociala dokumentationen.
- Information om social dokumentation har tagits med i den nyligen framtagna digitala introduktionen till chefer.
- Verksamhetsutvecklare har löpande utbildat nya chefer i social dokumentation.

**Tillsyn**

Under året har IVO genomfört en uppföljande tillsyn av barnboendet. IVO har också inlett, och avslutat, tillsyn av en av gruppbostäderna LSS.

**Vårdinventering**
En vårdinventering där olika parametrar inom hälso-och sjukvården mäts och jämförs utförs årligen. Vårdinventering har gjorts på 455 patienter, varav 339 inom LSS, 116 i socialpsykiatrin. Läkemedelsansvaret har övertagits helt eller delvis för 373 personer. 149 patienter har fast vårdkontakt inom psykiatrin, 103 patienter har samtidig läkarkontakt inom primärvård och annan specialistmottagning. Detta faktum bidrar till ett komplext arbete när det gäller samverkan kring den enskilde patienten.

**Läkemedelshantering kvalitetsgranskning**
Årlig granskning ska genomföras enligt läkemedelsföreskriften och framtagna rutiner och har genomförts år 2022.

**Verksamhetsgranskning**
På grund av pandemin och arbetsbelastning har planerade verksamhetsgranskningar inte kunnat utföras.

# 6 Verksamhet upphandlad enligt LOU eller LOV

Sociala omsorgsnämnden har beslutat att förlägga driften av 15 bostäder med särskild service enligt LSS på entreprenad. 14 av dem, elva gruppbostäder och tre serviceboenden, drivs sedan år 2018 av Attendo och avtalet löper ut i december 2024.

År 2022 har avtalsuppföljning genomförts enligt avtal och plan. Det innebär att avtalets ska-krav, som anges i kravspecifikationen, följts upp vid fyra tillfällen under året i samband med så kallade samverkansmötena. Under året har följande delar av avtalet följts upp.

1. Hyresavtal, skötsel och underhåll (kap. 2.2)
2. Rekreation, kultur- och fritidsaktiviteter (kap. 4.4)
3. Självbestämmande, inflytande och integritet (kap. 4.2.5)
4. Avvikelser (kap. 10.3)
5. Systematiskt brandskyddsarbete (kap. 12.3)

Under året har mervärden som utlovats vid upphandlingen följts upp i samband med hel- och halvårsavstämning. Mervärdena kan beskrivas som ”guldkantskrav” eller ”extra god kvalitet” för brukare och personal. Uppföljningen har särskilt fokuserat på de mervärden som inte bedömts godkända i helårsuppföljning 2021. Det handlar om medarbetarträffar efter arbetstid, metod- och brukarhandledning, pedagogiska team och veckovisa husmöten. Generellt ses en förbättring på uppföljda mervärden och särskilt inom området metod- och brukarhandledning.

År 2021 inledde avtalsuppföljare en fördjupad uppföljning av ett av boendena i Attendos regi. Anledningen var att det inkommit många signaler om brister i kvaliteten på den specifika verksamheten. Avtalsuppföljare och medarbetare på kvalitet- och utvecklingsenheten har genomfört bokade och obokade besök i verksamheten samt granskat dokumentation. Brister konstaterades och Attendo ålades att inkomma med åtgärdsplan och tidsramar för arbetet. Ärendet avslutades i april 2022 mot bakgrund av att åtgärder vidtagits för att avhjälpa de flesta av bristerna och Attendo redovisade en plan för fortsatt åtgärdspaket.

Utöver planerad och händelsestyrd uppföljning av Attendo så har brukarundersökning också genomförts på boendena i deras drift. Resultaten visar att Attendo har en betydligt högre svarsfrekvens (78 %) än motsvarande verksamheter i förvaltningens egen regi (54 %). Generellt gäller att brukarna på Attendo är nöjda med den hjälp de får (83 %), tycker att de får bestämma om sådant som är viktigt för dem (80 %) och upplever att personalen bryr sig om dem (82 %). Resultaten visar dock att Attendo behöver fortsätta arbeta för att förbättra kommunikationen med brukarna, till exempel uppger många brukare att personal pratar på ett sätt som de inte förstår (49 %). Det har också skett en försämring från tidigare års resultat vad gäller brukares trygghet i sina boenden.

År 2022 slutfördes arbetet med att genomföra en verksamhetsövergång till och från Attendo. På hösten 2022 återtogs en av de gruppbostäder för personkrets 2 som tidigare drivits av av Attendo, och i utbyte lämnades en annan gruppbostad för personkrets 1. Genom bytet kan förvaltningen utnyttja gruppbostäderna bättre så att fler brukare kan erbjudas lägenhet.

En gruppbostad LSS drivs av föräldrakooperativet Husbonden. Driftsvtalet med föräldrakooperativet innehåller ingen reglering av uppföljning av verksamhetens kvalitet. Avvikelser och andra kvalitetsmått har därför inte följts upp. Sociala omsorgsnämnden beslutade år 2021 att avtalet med föräldrakooperativet ska utredas och att förslag till nytt avtal ska tas fram. År 2022 har flera möten med företrädare från kooperativet genomförts. Utredning och förslag till beslut om fortsatt drift var klar i slutet av året och beslut av nämnd väntas tidig vår 2023.

Uppföljning av privata utförare enligt LOV är omöjlig att summera. Avtalsuppföljning av LOV-företag ligger inte på Sociala omsorgsförvaltningen, utan på Borås stad centralt. I dagsläget går det inte att göra några bedömningar om LOV-företagens kvalitet i sina verksamheter och det finns heller ingen möjlighet för allmänheten att ta del av uppföljningar av LOV-företagen.

# 7 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Innevarande års mål, strategier och utmaningar baseras på berättelsens resultat och är i stort sett desamma som föregående år. Anledningen till det är att genomförda åtgärder har gett goda resultat och det finns skäl att fortsätta med samma inriktning även år 2023 för att helt nå önskad effekt. På så sätt skapas hållbarhet i det långsiktiga systematiska kvalitetsarbetet.

Flera av målen anknyter till risker som hanteras inom ramen för intern kontrollplan 2023. Dessa anges inom parantes i anslutning till målen. Till respektive mål kopplas en eller flera aktiviteter. Aktiviteterna är konkreta åtgärder som syftar till att målen ska uppnås.

## Mål

*1.Förbättrat systematiskt kvalitetsarbete* (Riskbild 2[9])

- Ökad rapporteringsbenägenhet av avvikelser.
- Större likvärdighet i vad som betraktas som avvikelse och hur den hanteras.
- Förbättrad följsamhet till utrednings- och uppföljningsarbete enligt rutin för avvikelsehantering.
- Högre kvalitet på sammanställning och analys av rapporterade avvikelser samt tydligare koppling till beslut om konkreta åtgärder för att minska risken för att brister och avvikelser ska uppstå igen.
- Ökat antal riskbedömningar gällande fall, trycksår, munhälsa och undernäring.
- Öka hygienisk standard.

*2. Ökat brukarfokus* (Riskbild 4[10])

- Alla brukare ska ha upprättade genomförandeplaner som reviderats i rätt tid.
- Ökad svarsfrekvens i brukarundersökningen, inget verksamhetsområde ska ha under 40 procents svarsfrekvens.
- Fler brukare ska uppleva trygghet i sina boenden och på sina verksamheter.
- Förbättrad kommunikation mellan brukare och personal. En större andel brukare ska uppleva att (1) personal förstår vad de säger/kommunicerar och (2) personal kommunicerar på ett sätt som de förstår.

*3.Större insikt om målgruppen och dess behov* (Riskbild 4[11])

Förbättra kunskapen om målgruppen idag och tänkbara förändringar av denna i framtiden. Särskilt fokus ska läggas på.

- Barn med beslut om stöd och insatser enligt LSS.
- Kvinnor med stöd och insatser enligt LSS och SoL.
- Brukare med komplexa behov, psykiatrisk samsjuklighet och utmanande beteende.

[9] Risk att missförhållanden inte rapporteras, utreds och åtgärdas.
[10] Risk att personal saknar tillräcklig kompetens för att säkra verksamhetens kontinuitet och kvalitet.
[11] Ibid.

*4.Förbättra möjligheterna att möta brukarnas behov, i nuläge och i framtiden (Riskbild 4 och 5[12])*

- Förbättra stödpedagogernas organisation.
- Intensifiera arbetet med samordnad individuell plan för de brukare som har behov av det.
- Öka personalens kompetens för de målgrupper som de arbetar med.
- Kontinuerlig proaktivitet i planering av kapacitet utifrån prognoser om volym brukare med behov av stöd och insatser enligt SoL och LSS.

## Aktiviteter

*Förbättrat systematiskt kvalitetsarbete*

- Minst tre utbildningstillfällen per år om systematiskt kvalitetsarbete ska erbjudas enhetschefer och baspersonal.
- Egenkontroll har inkluderats i uppföljning av verksamhetsplan och implementeras under våren. Exempel på moment i egenkontrollen är analys av avvikelser, hälso- och sjukvårdsinsatser, signeringsgrad och upprättade genomförandeplaner som reviderats i rätt tid.
- Förvaltningscontroller ansvarar för att analys av indikerade brister integreras i relevanta ärenden och används vid utformning av beslutsunderlag inför beslut i nämnd eller av förvaltningsledning.
- Egenkontroll för hygien ska genomföras.

*Ökat brukarfokus*

- Statistik för upprättade och reviderade genomförandeplaner följs upp inom ramen för verksamhetsplanen.
- Varje verksamhetsområde ska arbeta aktivt med frågor om trygghet och trivsel. På enhetsnivå ska brukarundersökningens resultat inom dessa områden vara utgångspunkten för ett utforskande om vad bristerna består i och åtgärder ska vidtas utifrån de individuella svaren.
- Verksamhetsutvecklare ska hålla utbildningar om alternativ och kompletterande kommunikation (AKK).
- Korttidsverksamheten ska utarbeta egen variant av brukarundersökningen för att fånga uppfattningar och erfarenheter från barn med stöd och insatser enligt LSS.

*Större insikt om målgruppen och dess behov*

- Förvaltningscontroller och förvaltningsledning följer utveckling av målgrupperna genom kartläggning och omvärldsanalys.
- Utbildning och handledning för verksamheter som i kartläggning identifierats som de som har störst förekomst av tvångs- och begränsning samt hot och våld.
- Utbildnings- och handledningsinsatser till verksamheter som behöver kompetensutveckling för att bättre kunna möta brukarnas behov, t.ex. kraftsamling socialpsykiatri och korttidsverksamheten LSS.

*4. Förbättra möjligheterna att möta brukarnas behov, i nuläge och i framtiden*

- Fortsatt implementering av ”Nära vård”.
- Slutför utredning om stödpedagogers organisering och vidta de åtgärder som krävs för att alla verksamheter ska få tillräcklig tillgång till stödpedagoger.
- Genomför åtgärder och aktiviteter som anges i ”Handlingsplan för patientsäkerhet”.

[12] Risk att personal saknar tillräcklig kompetens för att säkra verksamhetens kontinuitet och kvalitet och Risk att Sociala omsorgsnämndens budget inte motsvarar brukarnas behov.