

Datum
2023-02-20

Instans

Sociala omsorgsnämnden

Sociala omsorgsnämndens ledamöter och ersättare kallas härmed till sammanträde **måndagen den 27 februari 2023, kl. 17:30**

Plats: Sociala omsorgsförvaltningen, Bryggaregatan 15, **plan 6, sammanträdesrum Visen**

Sammanträdet inleds med genomgång och beslut av eventuella sekretess-ärenden kl. 17.30 – ca 17.35. Sociala omsorgsnämndens öppna sammanträde börjar ca kl. 17.35. Det öppna sammanträdet inleds med allmänhetens frågestund ca kl. 17.35 – 18.05.

Sociala omsorgsnämndens sammanträde är öppet för allmänheten. Nämndens sammanträde hålls dock alltid inom stängda dörrar i ärenden som avser myndighetsutövning eller omfattas av sekretess.

Yvonne Persson
Sociala omsorgsnämndens
Ordförande

Magnus Stenmark
Förvaltningschef

Förhinder anmäls alltid till David Englund, 0768 – 88 38 54 eller via e-post: david.englund@boras.se

Ärende

1. Beredning av ärenden i gruppmöte
2. Upprop och val av protokolljusterare
3. Allmänhetens frågestund
4. Förvaltningen informerar
5. Rapportering av ej verkställda gynnande beslut enligt SoL och LSS t.o.m. den 31 december 2022
Dnr 2022-00099 3.7.0.9
6. Årsredovisning 2022 Sociala omsorgsnämnden
Dnr 2023-00016 1.1.3.1
7. Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse Sociala omsorgsförvaltningen 2022
Dnr 2023-00018 1.1.3.1
8. Redovisning av inkomna synpunkter 2022
Dnr 2023-00019 1.1.3.1
9. Rapportering av uppföljning av tillgänglighetsarbete i Borås stad och Sociala omsorgsnämndens samarbetsuppdrag, 2022
Dnr 2023-00017 1.1.3.1
10. Redovisning av delegationsbeslut
Dnr 2023-00004 1.1.3.1
11. Redovisning av inkomna och avgivna skrivelser
Dnr 2023-00005 1.1.3.1
12. Övriga frågor

Marita Magnusson
Handläggare
033 358161

Datum
2023-02-27

Instans
Sociala omsorgsnämnden
Dnr SON 2022-00099 3.7.0.9

Rapportering av ej verkställda gynnande beslut enligt SoL och LSS t.o.m. den 31 december 2022

Sociala omsorgsnämndens beslut

Sociala omsorgsnämnden beslutar att godkänna statistikrapporterna om ej verkställda gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § Socialtjänstlagen och 9 § LSS och avbrott av insats till och med den 31 december 2022.

Statistikrapporterna översänds till Kommunstyrelsen och Stadsrevisionen.

Ärendet i sin helhet

Sociala omsorgsnämnden är skyldig att till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) rapportera alla beslut om beviljat bistånd enligt 4 kap. 1 § Socialtjänstlagen (SoL) och insatser enligt 9 § Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) som inte verkställts tre månader efter beslut. Nämnden ska även rapportera om en insats har avbrutits och inte verkställts på nytt inom tre månader.

Rapportering ska ske en gång per kvartal. När ett ärende som tidigare rapporterats som ej verkställt och sedan verkställs, ska nämnden löpande anmäla detta till IVO. Rapporteringen till IVO görs av förvaltningens utsedda rapportör i ett webbaserat system för rapportering av ej verkställda beslut enligt SoL och LSS. IVO kan ansöka hos Förvaltningsrätten om att den dömer ut särskild avgift till kommun som inte inom skälig tid tillhandahåller bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL eller insats enligt 9 § LSS.

Sociala omsorgsnämnden ska också till Kommunstyrelsen och Stadsrevisionen lämna statistikrapporter över hur många gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § SoL och 9 § LSS som inte verkställts inom tre månader från dagen för beslut eller som avbrutits och inte verkställts på nytt inom tre månader.

I rapporten ska anges vilka typer av bistånd dessa beslut gäller samt hur lång tid som förflutit från dagen för respektive beslut eller avbrott av insats.

Uppgifterna i rapporterna ska vara avidentifierade.

Beslutsunderlag

1. Redovisning av ej verkställda gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § SoL t.o.m. den 31 december 2022

2. Redovisning av ej verkställda gynnande beslut enligt 9 § LSS t.o.m. den 31 december 2022

Beslutet expedieras till

1. Kommunstyrelsen
2. Stadsrevisionen

Yvonne Persson
Ordförande

Magnus Stenmark
Förvaltningschef

2023-01-31

 Gemensam administration
Marita Magnusson

Sociala omsorgsförvaltningen

Redovisning av ej verkställda gynnande beslut enligt 4 kap.1 § SoL t.o.m. den 31 december 2022

Ej verkställda gynnande beslut enligt 4 kap.1 § SoL t.o.m. den 31 december 2022					
Nämnd	Inga ej verkställda beslut	Ej verkställda beslut	Typ av insats	Antal dagar sedan beslut	Man/kvinna
Sociala omsorgsnämnden		X	Bostad med särskild service	667	K
		X		208	M
		X		176	K
Sociala omsorgsnämnden		X	Kontaktperson	193	K
Sociala omsorgsnämnden		X	Boendestöd	563	M
		X		204	M
		X		220	K
		X		215	K
		X		290	M
		X		96	K
		X		93	K
		X		102	M
		X		99	K
		X		103	K
Sociala omsorgsnämnden		X	Daglig sysselsättning	304	K
		X		257	M
		X		194	K
		X		194	K
		X		102	M

Analys

Sociala omsorgsnämnden

Socialpsykiatri

Bostad med särskild service enligt SoL

Under det fjärde kvartalet 2022 rapporterades tre beslut om bostad med särskild service som ej verkställda. Under rapporteringsperioden har ett tidigare rapporterat beslut verkställts. En anledning till att beslut inte verkställs är brist på bostäder med personal på natten. Det fanns i december 2022 fyra personer i kö till boende med personal dygnet runt. Verkställigheten uppger att det finns tre tomma lägenheter med den formen av boende, erbjudande om dessa platser planerades gå ut i januari 2023.

Verkställigheten uppger vidare att ett boende utan nattpersonal kommer att flytta till nya lokaler januari 2024 och då få nattpersonal. Prognosen visar att det inte kommer att finnas kö efter det.

De externa placeringarna har oftast sin grund i specifika behov. Behov som förvaltningens stora boenden och nuvarande kompetens inte kan svara mot.

Kontaktperson

Under det fjärde kvartalet 2022 rapporterades ett beslut om kontaktperson enligt SoL som ej verkställt. Under rapporteringsperioden har ett tidigare rapporterat beslut verkställts. Enligt verkställigheten är anledningen till de ej verkställda besluten svårigheter att rekrytera lämpliga kontaktpersoner och att brukare kan ha svårt att börja umgås med sin kontaktperson, vilket är en process.

Verksamheten arbetar kontinuerligt med att rekrytera kontaktpersoner. För att göra det lättare att söka kontaktpersonsuppdrag har en länk skapats på Borås Stads webbsida där en intresseanmälan kan fyllas i. Där finns även information om vad det innebär att bli kontaktperson för barn och vuxna med funktionsnedsättning.

Boendestöd

Under det fjärde kvartalet 2022 rapporterades tio beslut om boendestöd enligt SoL som helt eller delvis ej verkställda. Under rapporteringsperioden har nio tidigare rapporterade beslut verkställts eller avslutats. I samtliga fall är orsaken till att insatserna inte är verkställda att brukarna själva valt att avboka sina besök. Oftast på grund av hälsoskäl eller att de inte är motiverade/intresserade av insatsen.

Antalet ej verkställda beslut från boendestöd har minskat denna period. Det beror på att en del beslut nu har verkställts och att vissa har avslutats. Personalen har fått utbildning i MI (motiverande samtal) för att nå större framgång med insatserna. Organisationsförändring med mindre team är planerad till våren som förhoppningsvis leder till bättre personalkontinuitet med högre benägenhet hos brukare att ta emot besök.

Daglig sysselsättning

Under det fjärde kvartalet 2022 rapporterades fem beslut om daglig sysselsättning enligt SoL som ej verkställda. Verkställigheten ser att anledningen till de ej verkställda besluten ligger på individnivå, de flesta på grund av hälsotillstånd. Arbetskonsulent har regelbunden kontakt med deltagarna för att motivera och förbereda eventuell placering.

Förvaltningen har anställt två aktiveringspedagoger som arbetar med personer som inte har andra pågående insatser. Dessa kan stötta den enskilde genom att motivera och uppmuntra personen att komma och prova på sysselsättning.

Samverkan med psykiatrihandläggare för att undvika beställningar med beslut innan de kan verkställas. Exempelvis att personen saknar bostad eller inte skrivits ut från rättspsykiatri.

2023-01-31

 Gemensam administration
Marita Magnusson

Sociala omsorgsförvaltningen

Redovisning av ej verkställda gynnande beslut enligt 9 § LSS t.o.m. den 31 december 2022

Ej verkställda gynnande beslut enligt 9 § LSS t.o.m. den 31 december 2022					
Nämnd	Inga ej verkställda beslut	Ej verkställda beslut	Typ av insats	Antal dagar sedan beslut	Man/kvinna
Sociala omsorgsnämnden		X	Daglig verksamhet	1190	M
		X		1076	M
		X		584	M
		X		1011	M
		X		1012	M
		X		794	M
		X		1011	K
		X		1030	K
		X		584	M
		X		1013	K
		X		1011	M
		X		1011	M
		X		1011	M
		X		832	K
		X		449	M
		X		414	M
		X		395	K
		X		444	M
		X		275	M
		X		352	M
		X		305	K
		X		256	M
		X		206	M
Sociala omsorgsnämnden		X	Daglig verksamhet	205	M

Ej verkställda gynnande beslut enligt 9 § LSS t.o.m. den 31 december 2022					
Nämnd	Inga ej verkställda beslut	Ej verkställda beslut	Typ av insats	Antal dagar sedan beslut	Man/kvinna
		X		221	M
		X		227	M
		X		229	M
		X		269	M
		X		213	K
		X		235	M
		X		325	K
		X		193	M
		X		155	M
Sociala omsorgsnämnden		X	Kontaktperson	789	M
		X		666	M
		X		276	M
		X		109	K
		X		198	M
Sociala omsorgsnämnden		X	Bostad med särskild service för vuxna	3148	M
		X		2522	M
		X		2033	K
		X		2062	M
		X		1514	M
		X		1128	M
		X		771	M
		X		401	M
		X		389	M
		X		228	M
Sociala omsorgsnämnden		X	Korttidsvistelse	1558	M
Sociala omsorgsnämnden		X	Avlösarservice	585	M

Ej verkställda gynnande beslut enligt 9 § LSS t.o.m. den 31 december 2022					
Nämnd	Inga ej verkställda beslut	Ej verkställda beslut	Typ av insats	Antal dagar sedan beslut	Man/kvinna
		X		463	M
		X		463	K
Sociala omsorgsnämnden		X	Personlig assistans	740	M
		X		333	M
		X		453	K
Sociala omsorgsnämnden		X	Ledsagarservice	605	A
		X		645	K
		X		505	M
		X		122	M
		X		130	K

Analys

Sociala omsorgsnämnden

Funktionshinderverksamhet

Sociala omsorgsförvaltningen har under tredje kvartalet 2021 implementerat en ny rutin för hur ej verkställda beslut redovisas internt. Resultatet av detta har varit att ett flertal beslut identifierats där insatsen till fullo inte verkställs samt att ett antal tidigare redovisade beslut nu identifierats som verkställda.

Daglig verksamhet enligt LSS

Vid utgången av det fjärde kvartalet 2022 rapporterades 33 beslut om daglig verksamhet enligt LSS som ej verkställda. Under rapporteringsperioden har 14 tidigare rapporterade beslut verkställts eller avslutats. Ej verkställda beslut för deltagare med stora behov beror enligt verkställigheten bland annat på att det har behövts göra verksamhetsanpassningar. Några deltagare kommer att bli verkställda under första kvartalet 2023. För deltagare med lindrigare behov ligger orsaken huvudsakligen på individnivå med speciella önskemål om verksamhet.

Upphåll i verkställigheten beror dels på egna hinder hos individen, såväl fysiska som psykiska utöver oro för Covid, som gör det svårt för brukarna att komma till verksamheten. I vissa fall upplever verkställigheten även att vissa brukare inte alltid är motiverade att delta, trots att brukarna sökt insatsen. Vissa brukare har vidare av sagt sig insatsen till utföraren men ärendet har ännu inte avslutats hos handläggaren. Några deltagare har specifika behov som är svåra att tillgodose.

Verkställigheten arbetar löpande för att verkställa de ej verkställda besluten genom samverkan med brukare, anhöriga och övriga professionella aktörer som finns runt varje enskild brukare. Insatser för att underlätta i detta arbete, som förutbestämd tvärprofessionell samverkanstid samt arbete med att förbättra den interna

kommunikationen mellan utförare och myndighetsutövning, ses som utvecklingsområden. En stödpedagog som är anställd inom daglig verksamhet kan vara till stöd för att verkställa beslut.

Kontaktperson enligt LSS

Vid utgången av fjärde kvartalet 2022 rapporterades fem beslut om kontaktperson enligt LSS som ej verkställda. Enligt ansvarig verkställighet är anledningen till de ej verkställda besluten svårigheter att rekrytera lämpliga kontaktpersoner och att många brukare tackar nej till insatsen och vill vänta. Brukare kan ha svårt att börja umgås med sin kontaktperson, vilket är en process.

Verksamheten arbetar kontinuerligt med att rekrytera kontaktpersoner. För att göra det lättare att söka kontaktpersonsuppdrag har en länk skapats på Borås Stads webbsida där en intresseanmälan kan fyllas i. Där finns även information om vad det innebär att bli kontaktperson för barn och vuxna med funktionsnedsättning.

Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS

Vid utgången av fjärde kvartalet 2022 rapporterades tio beslut om bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna som ej verkställda. Ett tidigare rapporterat beslut har avslutats under rapporteringsperioden. Orsaker till de ej verkställda besluten beror på brist på anpassade gruppboenden enligt LSS inom Borås Stad för personer med problemskapande beteende. Det finns behov av fler platser där personalen har specialistkompetens kring autism. Vissa brukare och anhöriga har specifika krav på stadsdel, arkitektur osv.

Under våren 2023 planeras en helt ny gruppboende med inriktning autism att börja byggas. Verkställigheten planerar för att boenden med sämst standard ska kunna ersättas. Visst motiverande arbete förekommer också i samtal med brukare och anhöriga. Vidare har Överförmyndarenheten kopplats in i fallet där företrädare och anhöriga motsätter sig insatsen och inte medverkar till verkställighet.

Korttidsvistelse enligt LSS

Vid utgången av fjärde kvartalet 2022 rapporterades ett beslut om korttidsvistelse som ej verkställt. Under rapporteringsperioden har tre tidigare rapporterade beslut avslutats under rapporteringsperioden. Enligt verkställigheten är orsaken till det ej verkställda beslutet att kommunen saknar plats. I ärendet råder speciella omständigheter.

Verkställigheten har kontinuerlig dialog med barn/vårdnadshavare för att möta behov och önskemål, arbetar med ett långsiktigt perspektiv då inskolning i verksamheten normalt kan ta mycket lång tid.

Avlösarservice enligt LSS

Vid utgången av fjärde kvartalet 2022 rapporterades tre beslut om avlösarservice enligt LSS som ej verkställda/delvis verkställda. Under rapporteringsperioden har två tidigare rapporterat beslut avslutats. Som främsta anledning till de ej verkställda besluten uppger verkställigheten svårighet att rekrytera och behålla personal med rätt kompetens, att vårdnadshavare vill utföra insatsen själva samt att brukare eller vårdnadshavare vill hitta egna avlösare.

Verksamheten arbetar aktivt med att rekrytera personal genom att annonsera och samplanera.

Personlig assistans

Vid utgången av fjärde kvartalet 2022 rapporterades tre beslut om personlig assistans enligt LSS som ej verkställda/delvis verkställda. I ett ärende har brukaren assistans dag och kväll, men vill inte ha någon väntetid hemma hos sig på natten. Beslutet har

verkställts delvis genom att verkställigheten köper tjänst natt av Vård- och äldreförvaltningen. I övriga ärenden väljer brukare eller dess vårdnadshavare att fördela ut sina assistanstimmar. Besluten blir underplanerade och är delvis verkställda.

Verkställigheten arbetar löpande för att motivera att verkställa besluten i sin helhet. I vissa ärenden råder speciella omständigheter som gör att det är komplext och svårt att verkställa fullt ut.

Ledsagarservice

Vid utgången av fjärde kvartalet 2022 rapporterades fem beslut om ledsagarservice enligt LSS som ej verkställda/delvis verkställda. Under rapporteringsperioden har 6 tidigare rapporterade beslut verkställts eller avslutats. Verksamheten beskriver att svårigheten att verkställa besluten beror på att det är svårt att rekrytera lämplig personal med rätt kompetens samt att brukare avböjer och vill vänta med insatsen. Det är svårt att hitta timanställda som vill jobba några enstaka timmar/månad.

Verksamheten har anställt en person på heltid som utför insatser. Planen är att anställa ännu en person. Verksamheten arbetar aktivt med att rekrytera personal genom att annonsera och samplanera.

Indira Cavka
Handläggare
033-35 37 11Datum
2023-02-27
Instans
Sociala omsorgsnämnden
Dnr SON 2023-00016 1.1.3.1

Årsredovisning 2022 Sociala omsorgsnämnden

Sociala omsorgsnämndens beslut

Sociala omsorgsnämnden beslutar att godkänna Årsredovisning 2022.

Sociala omsorgsnämnden önskar att årets överskott läggs till nämndens ackumulerade resultat.

Sociala omsorgsnämnden önskar även att investeringsmedel för en påbörjad men inte färdigställd gruppbostad, 500 tkr, överförs till 2023.

Sammanfattning

För att Sociala omsorgsnämnden ska kunna bibehålla och utveckla kvaliteten i verksamheterna, krävs det av förvaltningen att mer aktivt arbeta med utvecklingen, innovation och ständiga förbättringar för att kunna möta en framtida välfärd som bygger på minskad ekonomisk ram samtidigt som antalet brukare ökar och färre personal utför stöd och omsorg.

För att möta framtidens behov har förvaltningen under året tagit fram en verksamhetsplan i tillitsresans tecken samt påbörjat arbetet med en tydligare målbild. Tanken är att förvaltningen ska arbeta mer enhetligt utifrån färre mål samt följa upp dessa mål i en verksamhetsplan. Målen handlar om att brukare behöver ges större delaktighet och inflytande över sina insatser, samt att förvaltningen satsar på att bli en mer attraktiv arbetsgivare.

Organisationen har förändrats i och med Covid och det är nu naturligt för många att arbeta en del av sin arbetstid på distans. Denna kombination s.k. hybrid, är för tjänstepersoner det nya normala, men ställer andra krav och fokus på gemenskap och sammanhållning.

Året har även präglats av en ökad krigs- och krisberedskap och under året har förvaltningens krisberedskapsarbete tagit form med fokus på att bibehålla verksamheterna vid störningar och kriser. Nämnden har satsat på att bli mer rustade för kommande kriser och har börjat ett förberedande krisledningsarbete. En krisberedskapsplan har upprättats och nämnden har även genomfört en krisövning med fokus på hur vi står emot eventuella IT-störningar.

Nämnden har gjort en tydlig satsning på kvalitet inom organisationen genom att anställa en Socialt Ansvarig Samordnare (SAS) och en handledare med särskild kompetens kring autism som ska verka som ett extra stöd kring de brukare som utmanar oss mest. Det har även hållits utbildningar i systematiskt kvalitetsarbete och ca 500 personer i vår organisation har hittills deltagit.

Förvaltningen har under året genomfört en verksamhetsövergång från Attendo för att ha möjligheten att bedriva bostad med särskild service för personer med personkrets 3. Nämnden har inte tidigare bedrivit denna insats riktade till personkrets 3.

Sociala omsorgsnämnden redovisar en budgetavvikelse på 9.2 mkr för 2022, vilket motsvarar 1,2% av budgetramen (kommunbidraget). Nämndens kostnader har även under 2022 påverkats av covid-19 vilket gör det svårt att göra jämförelser med tidigare år och dra slutsatser för kommande år.

Beslutsunderlag

1. Årsredovisning 2022 Sociala omsorgsnämnden

Samverkan

Ärendet har varit föremål för samverkan på FSG den 20 februari 2022

Beslutet expedieras till

1. Kommunstyrelsen

Yvonne Persson
Ordförande

Magnus Stenmark
Förvaltningschef

Årsredovisning 2022

Sociala omsorgsnämnden

Innehållsförteckning

1 Inledning	3
2 Viktiga händelser under året	3
3 Verksamheten 2022	4
4 Strategiska målområden - indikatorer och uppdrag	4
4.1 Omsorg om varandra och miljön	4
4.2 Egen organisation	6
5 Nämndens verksamhet 1	8
5.1 Resultat	8
5.2 Budgetavvikelse	10
5.3 Verksamhetsanalys	11
6 Konsekvenser av coronaviruset	17
7 Särskilda samarbetsuppdrag till nämnder och styrelser	18
8 Jämställdhetsperspektivet	19
9 Verksamhetsmått	20
9.1 Funktionshinderverksamhet LSS.....	20
9.2 Funktionshinderverksamhet SoL.....	21
10 Investeringar	22
10.1 Investeringar, årliga anslag	22

1 Inledning

För att Sociala omsorgsnämnden ska kunna bibehålla och utveckla kvaliteten i verksamheterna krävs att förvaltningen arbetar mer aktivt med utveckling, innovation och ständiga förbättringar för att kunna möta en framtida välfärd som bygger på minskad ekonomisk ram samtidigt som antalet brukare ökar och färre personal utför stöd/omsorg.

Under året har nämnden arbetat med att ta fram en ny verksamhetsplan i tillitsresans tecken och nämnden och förvaltningen har identifierat två målbilder för att staka ut de viktigaste områdena att lägga fokus på de kommande åren. Tanken är att jobba mot några få målindikatorer och säkra kvalitet istället för kvantitet. På detta sätt kan förvaltningen arbeta med sina kvalitetsmål och dessa kan enkelt kommuniceras ut i organisationen och därmed också vara kända för våra medarbetare och få effekt och nytta för våra brukare. Målområdena är:

- Att den enskilde ska kunna vara delaktig och ha inflytande över sin egen livssituation. Genom att ta vara på den enskildes egna upplevelse och uppmuntra till kunskapsutveckling baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet kan förvaltningen möta dagens och framtidens behov från målgrupperna.
- Förvaltningens arbetsgivarvarumärke ska stärka vård- och omsorgsyrkenas attraktivitet. Förvaltningen ska arbeta systematiskt med introduktion samt kompetenshöjande insatser i syfte att säkra kvaliteten i verksamheten och understödja medarbetares utveckling. Därtill har förvaltningens verksamheter en god och hållbar arbetsmiljö som ger friska och engagerade medarbetare med möjlighet till ett långt och berikande yrkesliv. Ett arbete på Sociala omsorgsförvaltningen skapar meningsfullhet och stolthet var dag.

Nämnden har ett positivt resultat på 9,2 miljoner kronor. Sociala omsorgsnämnden önskar att överskottet läggs till nämndens ackumulerade resultat.

2 Viktiga händelser under året

Organisationen har förändrats i och med Covid och det är nu naturligt för många att arbeta en del av sin arbetstid på distans. Detta är uppskattat hos många som har den möjligheten. Hybriden är för tjänstepersoner det nya normala, men ställer andra krav och fokus på gemenskap och sammanhållning.

Snart efter att pandemin klingade av så ställdes världen och förvaltningen inför nästa utmaning - en ökad krigs- och krisberedskap. Under året har krisberedskapsarbetet tagit form med fokus på att bibehålla verksamheterna vid störningar och kriser. Det har gjort att nämnden satsat på att bli mer rustade för kommande kriser och har börjat ett förberedande krisledningsarbete. Beredskapen syftar till att nå en högre nivå av förberedelse i händelse av att vår organisation utsätts för stor stress, i form av olycka, kris eller annan påfrestning såsom bortfall av verksamhetssystem, el eller vatten.

Verksamheterna har behövt arbeta med sin kontinuitetsplanering, det vill säga att kunna upprätthålla en fungerande verksamhet störningar till trots. Nämnden har upprättat en krisberedskapsplan samt genomfört en krisövning med fokus på hur vi står emot eventuella IT-störningar.

Nämnden har arbetat vidare med vårt målarbete. Utifrån en chefsdag som anordnades under våren så har ledningen samlat alla chefers synpunkter kring hur vi kan bli en bättre arbetsgivare i framtiden. Nämnden har också haft särskilt fokus kring chefers organisatoriska förutsättningar och arbetat tillsammans med Organisationshälsan i dessa frågor. Det resulterade i en handlingsplan för att bli en "Attraktiv arbetsgivare". Under hösten anordnades förvaltningens första kvalitetskonferens för samtliga chefer. Tanken med konferensen var att skapa dialog kring målområdena, och lansera det nya arbetssättet med verksamhetsplanering och uppföljning utifrån de fyra perspektiven; målgruppen, verksamheten, medarbetare och ekonomi.

Det har skett en tydlig satsning på kvalitet i organisationen. Förvaltningen har anställt en Socialt Ansvarig Samordnare (SAS) och en handledare med särskild kompetens kring autism som ska verka

som ett extra stöd kring de brukare/patienter som utmanar oss mest. Under året har det också hållits utbildningar i systematiskt kvalitetsarbete och ca 500 personer i vår organisation har hittills deltagit.

Under året har förvaltningen genomfört en verksamhetsövergång från Attendo för att ha möjligheten att bedriva bostad med särskild service för personer med personkrets 3. Nämnden har inte tidigare bedrivit denna insats riktade till personkrets 3.

3 Verksamheten 2022

Kommunfullmäktige har fastslagit att följande ska gälla för nämndens verksamhet:

1. Nämnden ska göra sin del i att garantera att elever som har gått ut med fullständiga godkända betyg inom barn- och fritidsprogrammet, eller diplom inom vård- och omsorgsprogrammet, får provanställning.

Sociala omsorgsnämnden har ett stort behov av utbildad personal och anställer alla som uppfyller kraven för anställning.

2. Nämnden ska under 2022 fortsätta arbetet med KAL-gruppen för undersköterskor eller motsvarande.

3. Nämnden kommer under 2022 arbeta med aktivitetspedagoger, för att skapa innehåll och aktiviteter för personer med psykisk funktionsnedsättning för att bryta isoleringen för målgruppen.

Sociala omsorgsnämnden har anställt två medarbetare med särskild kompetens kring psykisk ohälsa.

4. Sommarkolonin på Kärragården ska finnas kvar.

Det har bedrivits verksamhet på Kärragården under sommaren 2022.

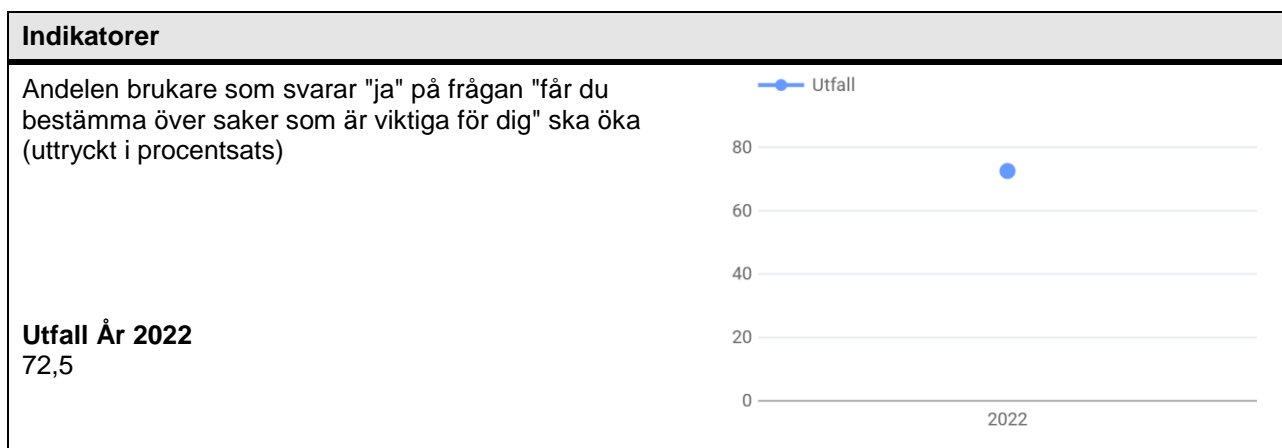
5. Arbetslivsnämnden ska samordna stadens arbete mot hedersrelaterat våld och förtryck. Sociala omsorgsnämnden ska vara behjälplig och delta i detta arbete.

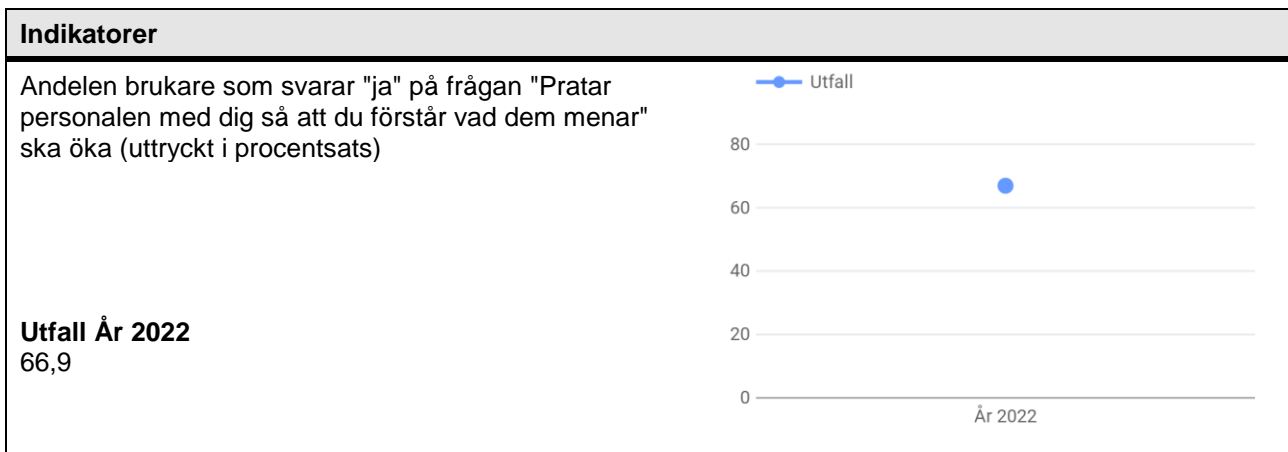
6. Anställda i upphandlade verksamheter ska ha arbetsvillkor jämförbara med anställda i Borås Stad.

Nämnden genomför regelbundet kvalitetskontroller hos upphandlade verksamheter.

4 Strategiska målområden - indikatorer och uppdrag

4.1 Omsorg om varandra och miljön





Andelen brukare som svarar "ja" på frågan "får du bestämma över saker som är viktiga för dig" ska öka (uttryckt i procentsats)

2022

Andelen som i brukarenkät svarar "ja" på frågan "Får du bestämma över saker som är viktiga" är 72.5 % för 2022. Det har minskat från 74 % 2021.

Andelen brukare som svarar "ja" på frågan "Pratar personalen med dig så att du förstår vad dem menar" ska öka (uttryckt i procentsats)

År 2022

Andelen brukare som i brukarenkät svarar "ja" på frågan "Pratar personalen med dig så att du förstår vad dem menar" är 66.9%. Det har minskat från 73 % år 2021.

4.1.1 Kommunfullmäktige

Uppdrag	Status År 2022	Kommentar
Sociala omsorgsnämnden får i uppdrag att se över behov, kostnad, placering, och innehåll för ett aktivitetshus för den målgrupp som omfattas av sociala omsorgsnämndens insatser.	● Genomfört	Sociala omsorgsnämnden har beslutat att utredningen av Aktivitetshus är genomförd och att behovet i dagsläget är tillgodosett genom aktiveringspedagogerna.

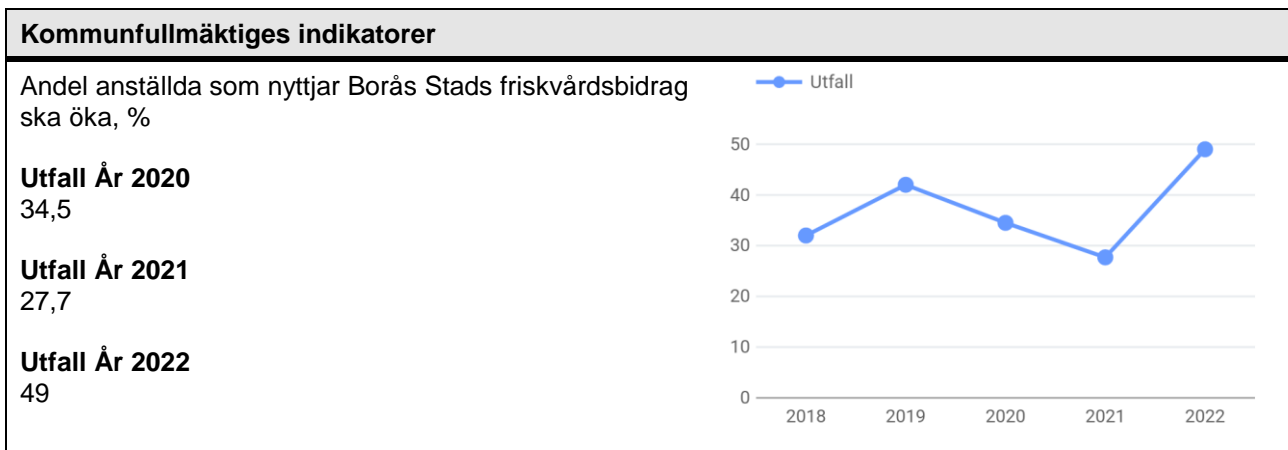
4.1.2 Nämnd

Uppdrag	Status År 2022	Kommentar
---------	----------------	-----------

Uppdrag	Status År 2022	Kommentar
Delaktighet och inflytande för brukare ska öka	◆ Delvis genomfört	<p>Att brukare känner sig delaktiga i utförandet av sina insatser handlar om att få vara delaktiga i utredningsprocessen, planeringen och utformningen av de insatser man beviljats. Alla brukare kan vara delaktiga utifrån sina olika förutsättningar och utifrån personens funktionsnivå.</p> <p>Brukare ska vara: -Delaktiga i utformningen av genomförandeplanen -Delaktiga i att bestämma om sådant som är viktigt för brukaren</p> <p>Uppföljning av brukares upplevda delaktighet mäts årligen i brukarenkäten utformad av SKR. Nämnden har som målområde att brukare ska få en ökad delaktighet och ett ökat inflytande. För att det ska kunna ske krävs att förvaltningen arbetar mer aktivt med kommunikation för att stärka brukares möjlighet att bli förstärkta, samt förstå vad personal säger.</p>

4.2 Egen organisation

Kommunfullmäktiges indikatorer															
<p>Andel sjukfrånvaro av ordinarie arbetstid ska minska, %.</p> <p>Utfall År 2020 10,7</p> <p>Utfall År 2021 10,5</p> <p>Utfall År 2022 10,5</p>	<table border="1"> <caption>Andel sjukfrånvaro av ordinarie arbetstid ska minska, %</caption> <thead> <tr> <th>År</th> <th>Utfall</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2017</td><td>8,5</td></tr> <tr><td>2018</td><td>8,5</td></tr> <tr><td>2019</td><td>9,5</td></tr> <tr><td>2020</td><td>10,7</td></tr> <tr><td>2021</td><td>10,5</td></tr> <tr><td>2022</td><td>10,5</td></tr> </tbody> </table>	År	Utfall	2017	8,5	2018	8,5	2019	9,5	2020	10,7	2021	10,5	2022	10,5
År	Utfall														
2017	8,5														
2018	8,5														
2019	9,5														
2020	10,7														
2021	10,5														
2022	10,5														
<p>Arbetad tid för timavlönade omräknat till årsarbeten ska minska.</p> <p>Utfall År 2020 42,1</p> <p>Utfall År 2021 72,6</p> <p>Utfall År 2022 85,6</p>	<table border="1"> <caption>Arbetad tid för timavlönade omräknat till årsarbeten ska minska</caption> <thead> <tr> <th>År</th> <th>Utfall</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2017</td><td>10</td></tr> <tr><td>2018</td><td>40</td></tr> <tr><td>2019</td><td>45</td></tr> <tr><td>2020</td><td>42,1</td></tr> <tr><td>2021</td><td>72,6</td></tr> <tr><td>2022</td><td>85,6</td></tr> </tbody> </table>	År	Utfall	2017	10	2018	40	2019	45	2020	42,1	2021	72,6	2022	85,6
År	Utfall														
2017	10														
2018	40														
2019	45														
2020	42,1														
2021	72,6														
2022	85,6														



Andel sjukfrånvaro av ordinarie arbetstid ska minska, %.

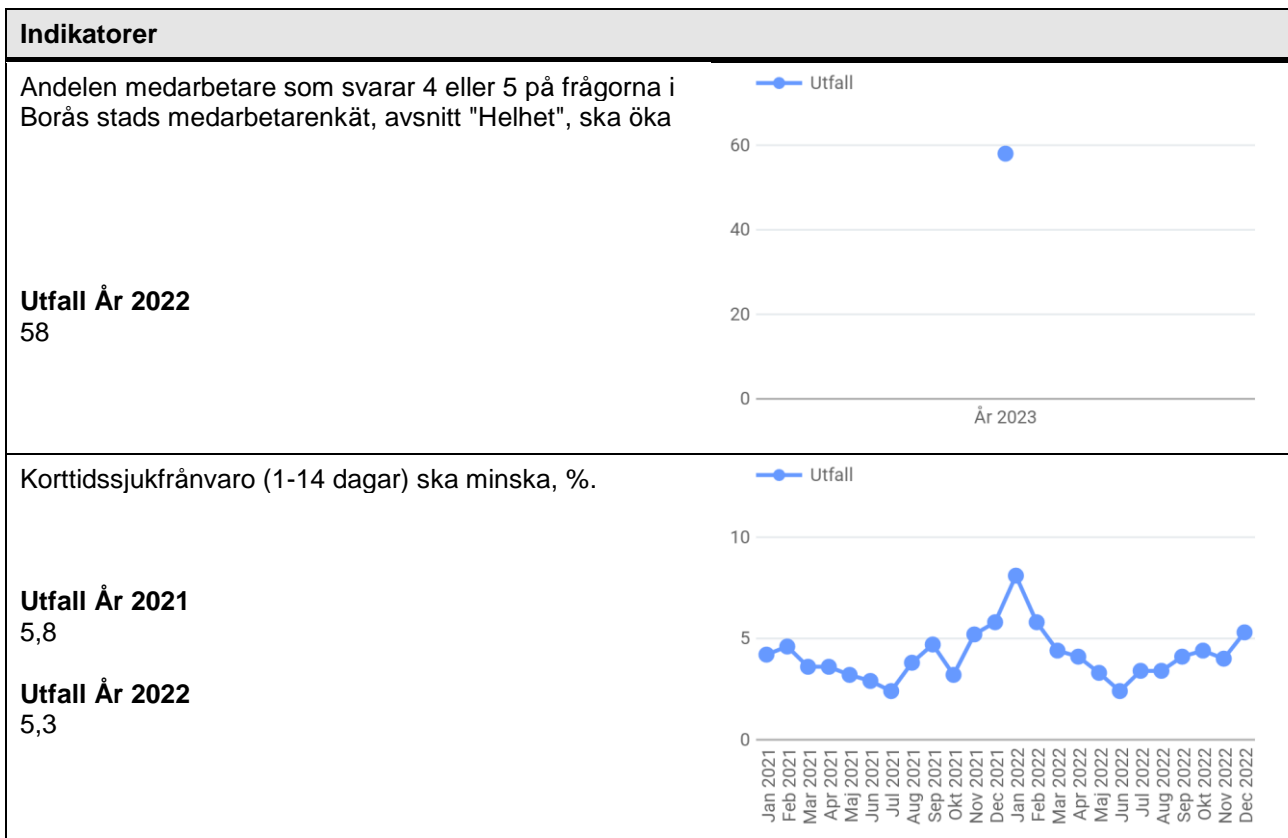
Sjukfrånvaron ligger kvar på ca 10 % och har gjort det sedan 2020 med anledning av pandemin. Vi ser dock att den minskat något under den senaste 12-månadersperioden. Vi har arbetat aktivt med förebyggande och rehabiliterande åtgärder på förvaltningen såsom utbildningsinsatser och stödsamtal.

Arbetad tid för timavlönade omräknat till årsarbeten ska minska.

För sommaren 2022 har vi fortsatt haft sommarvikarierna på timlön för ökad flexibilitet i deras anställningar. Detta är en av delförklaringarna till att siffran är fortsatt hög. Vi ser också att vi har ett fortsatt stort behov av timvikarier från bemanningsenheten. Det handlar till viss del om att det är svårt att tillsätta ordinarie personal i våra enheter när kompetensbristen i samhället är stor och komplexiteten i våra verksamheter ökar.

Andel anställda som nyttjar Borås Stads friskvårdsbidrag ska öka, %

Andel som nyttjar friskvårdsbidraget har ökat markant för 2022. HR har informerat i förvaltningen om friskvårdsbidraget vilket har gett effekt. Skatteverkets ändrade regler kan också ha bidragit.



Andelen medarbetare som svarar 4 eller 5 på frågorna i Borås stads medarbetarenkät, avsnitt "Helhet", ska öka

År 1 2023

Resultat för medarbetarenkäten 2021 som är den senaste gången enkäten genomfördes. Nästa gång är hösten 2023.

Avsnittet "Helhet" har frågor som är kopplade till hur attraktiva vi är som arbetsgivare:

- * Föreställ dig en perfekt arbetssituation. Hur nära en sådan perfekt arbetssituation är din egen?
- * Det är sannolikt att jag fortfarande arbetar åt Borås Stad om tre år?
- * Jag skulle kunna rekommendera andra att söka jobb hos min arbetsgivare Borås Stad

Totalt resultat för avsnittet är 58 då 58% av alla som svarat på enkäten svarat 4-5 på frågorna i avsnittet. Index är 3,6. Att jämföra med totalen i Borås Stad som är 3,7.

På frågan "föreställ dig en perfekt arbetssituation. Hur nära en sådan perfekt situation är din egen?" svarade 51% 4-5 på en 5-gradig skala. På frågan "Det är sannolikt att jag fortfarande arbetar åt Borås Stad om tre år?" svarade 61,7% 4-5 och på frågan "Jag skulle rekommendera andra att söka jobb hos min arbetsgivare Borås Stad svarade 61,5% 4-5.

Korttidssjukfrånvaro (1-14 dagar) ska minska, %.

År 2022

Det finns en Covideffekt där korttidsfrånvaron följer smittspridningen i samhället. Innan pandemin låg snittet för korttidsfrånvaron på 2,73% och den siffran vill vi nå igen. När det gäller tjänstepersoner så kan möjlighet till hemarbete vara en faktor till att korttidsfrånvaron inte är högre.

4.2.1 Nämnd

Uppdrag	Status År 2022	Kommentar
Sociala omsorgsnämnden ska bli mer attraktiv som arbetsgivare		

5 Nämndens verksamhet 1

5.1 Resultat

5.1.1 Ekonomiskt sammandrag (Tkr)

Post	Bokslut 2020	Bokslut 2021	Budget 2022	Bokslut 2022	Avvikelse
Statsbidrag	13 179	9 826	8 972	17 830	8 858
Avgifter och övriga intäkter	97 576	113 559	111 044	115 427	4 384
Summa intäkter	110 755	123 385	120 016	133 257	13 241
Personal	-472 025	-487 639	-531 859	-537 703	-5 844
Lokaler	-20 005	-20 374	-22 678	-22 551	127

Post	Bokslut 2020	Bokslut 2021	Budget 2022	Bokslut 2022	Avvikelse
Material och tjänster	-308 519	-316 841	-315 809	-321 946	-6 137
Kapitalkostnader	-902	-723	-832	-634	198
Summa kostnader	-801 450	-825 577	-871 179	-882 834	-11 655
Buffert (endast i budget)	0	0	-7 587	0	7 587
Nettokostnad	-690 695	-702 193	-758 750	-749 577	9 173
Kommunbidrag	700 200	727 863	758 750	758 750	0
Resultat jämfört med kommunbidrag	9 505	25 670	0	9 173	
Godkänt ianspråktaget ackumulerat resultat	0	0	0	0	0
Godkända "öronmärkta" projekt	0	0	0	0	0
Resultat jämfört med tillgängliga medel	9 505	25 670	0	9 173	
Ackumulerat resultat	-5 787	17 383	17 383	26 556	

5.1.2 Resultatanalys

Resultatanalys

Sociala omsorgsnämnden redovisar ett resultat på 9,2 mkr för 2022, vilket motsvarar 1,2% av budgetramen. Resultatet avviker med 1,8 mkr mot senast lämnade prognos på +11 mkr. Prognosavvikelsen motsvarar 0,2%.

Nämnden har även under 2021 och 2020 redovisat positiva resultat på 25,7 mkr resp. 9,5 mkr, där det stora överskottet 2021 till stor del var påverkat av pandemin.

Sociala omsorgsnämnden önskar att årets överskottet läggs till nämndens ackumulerade resultat.

Intäkter +13,2 mkr

På intäktssidan har statsbidragen varit högre än budgeterat. Statsbidraget i enlighet med överenskommelsen om God och nära vård 2022 meddelades i mitten av mars i år, och har inte tagits med i budget 2022. Mer statsbidrag från Migrationsverket avseende ersättning för stödinsatser samt hälso- och sjukvård för nyanlända än budgeterat.

Överskott på övriga intäkter beror främst på högre intäkter från Försäkringskassan avseende personlig assistans än budgeterat.

Personalkostnader -5,8 mkr

Det finns ett underskott inom hälso- och sjukvården där svårigheter med att rekrytera legitimerad personal har behövt lösas med inhyrd bemanning. Nämnden har under året haft en verksamhetsövergång från och till entreprenadföretaget, där en gruppbostad kommit över till nämnden den 1 mars och en gruppbostad gick över till entreprenadföretaget den 1 oktober. Detta gör att nämnden har haft kostnader för ytterligare en gruppbostad i 7 månader, samtidigt som nämnden haft lägre kostnader för köpta platser hos entreprenadföretaget. Nämnden har även haft underskott i personalkostnaderna inom främst boendestöd.

Material och tjänster -6,1 mkr

Ett underskott för material och tjänster jämfört med budget bestående av ett antal negativa poster. Nämnden har förbättrat i verksamheterna genom att köpa inventarier för ca. 2 mkr. Externa

placeringar inom socialpsykiatrin har ett underskott. Nämnden har en volymökning av antalet deltagare inom daglig verksamhet vilket gör att ersättning för daglig verksamhet till externa utförare har ett underskott.

Färre beslutade timmar personlig assistans LSS ger i nuläget ett överskott medan fler antal beslut med personlig assistans enligt SFB ger högre kostnader än budgeterat. Sammantaget innebär volymförändringarna inom personlig assistans ett överskott för 2022.

Buffert: prognos +7 587 tkr

Nämndens buffert har inte behövts tas i anspråk under året.

5.2 Budgetavvikelse

Verksamheternas nettokostnader

Tkr	Bokslut 2020	Bokslut 2021	Budget 2022	Bokslut 2022	Avvikelse
Central administration					
Intäkter	254	143	164	1 396	1 232
Kostnader	-27 110	-29 153	-32 310	-30 648	1 662
Resultat	-26 856	-29 010	-32 146	-29 252	2 894
Politisk verksamhet					
Intäkter					
Kostnader	-1 297	-1 462	-1 640	-1 473	167
Resultat	-1 297	-1 462	-1 640	-1 473	167
Vård och omsorg i ordinärt boende					
Intäkter	1 929	1 528	909	1 285	376
Kostnader	-18 042	-17 459	-20 545	-25 722	-5 177
Resultat	-16 113	-15 931	-19 636	-24 437	-4 801
Vård och omsorg i särskilt boende					
Intäkter	7 190	7 004	7 116	5 598	-1 518
Kostnader	-96 333	-90 191	-87 978	-91 252	-3 274
Resultat	-89 143	-83 187	-80 862	-85 654	-4 792
Insatser enl LSS och SFB					
Intäkter	100 084	109 804	110 326	119 237	8 911
Kostnader	-651 949	-677 911	-720 146	-721 706	-1 560
Resultat	-551 865	-568 107	-609 820	-602 469	7 351
Övrig vård och omsorg					
Intäkter	1 450	1 452	1 501	806	-695
Kostnader	-6 871	-5 948	-8 560	-7 098	1 462
Resultat	-5 421	-4 496	-7 059	-6 292	767
Buffert					
Intäkter					

Tkr	Bokslut 2020	Bokslut 2021	Budget 2022	Bokslut 2022	Avvikelse
Kostnader					
Resultat					
Intäkter					
Kostnader					
Resultat					
Intäkter					
Kostnader					
Resultat					
Intäkter					
Kostnader					
Resultat					
Intäkter					
Kostnader					
Resultat					
Intäkter					
Kostnader					
Resultat					
Totalt					
Intäkter	110 907	119 931	120 016	128 322	8 306
Kostnader	-801 602	-822 124	-871 179	-877 899	-6 720
Resultat	-690 695	-702 193	-751 163	-749 577	1 586

5.3 Verksamhetsanalys

5.3.1 Central administration

Inom verksamheten finns förvaltningschefen och centrala stödfunktioner som HR, ekonomi,

gemensam administration samt kvalitet- och utvecklingsfunktionen.

Budgetavvikelse

Central administration har en positiv budgetavvikelse för året på +2 894 tkr. På kostnadssidan beror den positiva avvikelsen på vakanta tjänster och tjänstledigheter inom stödfunktioner. En positiv avvikelse avseende intäkterna avser statsbidraget i enlighet med överenskommelsen om God och nära vård. Statsbidraget meddelades i mitten av mars i år, och har inte tagits med i budget 2022.

Analys av verksamheten

Uppgiften är att stödja nämnden och verksamheterna med att uppnå satta mål och följa beslutade riktlinjer.

5.3.2 Politisk verksamhet

Inom verksamheten politisk verksamhet redovisas kostnader för arvoden och övriga sammanträdeskostnader samt nämndsekreterare.

Budgetavvikelse

Politisk verksamhet har en budgetavvikelse för året på 167 tkr.

Analys av verksamheten

Under året har nämnden haft 11 nämndssammanträden. Sociala omsorgsnämnden har ett uppdrag att ansvara för ett lokalt funktionshinderråd. Syftet med rådet är att det ska bidra till en positiv utveckling och en ökad delaktighet för personer med funktionsnedsättning samt vara del i nämndens samråd med brukar- och intresseorganisationer. Förhoppningen är också att det ska öka tillgängligheten för personer med funktionsnedsättning och stärka deras inflytande.

5.3.3 Vård och omsorg i ordinärt boende

Inom verksamheten vård och omsorg i ordinärt boende redovisas SoL insatser som utförs i ordinärt boende. Insatserna är främst boendestöd och hemtjänst.

Budgetavvikelse

Vård och omsorg i ordinärt boende har ett underskott för året på -4 801 tkr där underskottet är i verksamheterna boendestöd (ca -4,0 mkr) samt i korttidsverksamhet socialpsykiatri (ca -0,8 mkr).

Boendestöd har ett underskott i personalkostnaderna men även p.g.a. fler utförda timmar än budgeterat. Korttidsverksamhet socialpsykiatri har ett underskott till följd av att samplaneringsmöjligheten med gruppbostad socialpsykiatri inte finns kvar. Flytt av korttidsboendet till Gamla Kyrkvägen under kvartal 1 2023 med möjlighet till samplanering med annan enhet och en budget i balans har skjutits fram tidsmässigt.

Analys av verksamheten

Hemtjänst

Sociala omsorgsnämnden beslutar om insatser enligt SoL, exempelvis hemtjänst och trygghetslarm. Utförare av de beslutade insatserna är Vård- och äldreförvaltningen samt privata utförare enligt valfrihetssystemet (LOV).

Boendestöd

Boendestödet erbjuder ett individanpassat vardagsstöd och motiverar och stöttar den enskilde genom att skapa struktur och mål i vardagen. Insatserna är av pedagogisk och stödjande art och ställer krav på delaktighet.

Sjukfrånvaron under året snittar 15,92%, vilket är en hög nivå, men ändå en klar förbättring jämfört

med föregående års 23,38%. Korttidsfrånvaron (1-14 dagar) ligger på 24,15 % och denna har ökat sedan föregående år.

Underskottet i enheten beror till stor del på en ökad grundbemanning för att komma till rätta med flertalet avvikelser, förbättra kvalitét och kontinuitet samt höga sjukskrivningstal.

Under pandemin har den digitala kompetensen ökat hos personalen då vissa möten hålls på distans. Telefonsamtal i stället för besök har erbjudits samt i något enstaka fall digitala samtal i stället för fysiskt. Detta arbetssätt har utvecklas under 2022 - dels för att brukarna ska få valmöjligheter gällande utförandet, men också för att medarbetarna ska få en mer attraktiv arbetsplats och framgent att delvis kunna arbeta hemifrån. I och med digitala samtal går det även att genomföra effektiviseringar genom färre resor och bättre tillgänglighet. Under 2023 kommer det digitala arbetssättet utvecklas med fokus på fler digitala samtal samt påbörja projekt inom läkemedelsautomat.

Kompetensnivån för tjänsten som boendestödjare är undersköterska eller motsvarande. Denna kompetens har under 2022 kompletteras med utbildningar i metoder/förhållningssätt som MI, lågaffektivt bemötande, systematiskt kvalitetsarbete och ESL. Vidare har fem boendestödjare samt stödpedagog och enhetschef medverkat i dagkonferens kring suicidprevention. Stödpedagog har utbildats till instruktör i MHFA (Mental Health First Aid)

Korttidsboende socialpsykiatri

Med korttidsboende avses tillfälligt boende i särskild boendeform. Behovet av plats på korttidsboende kan böttna i försämring på grund av psykisk sjukdom där ett ökat stöd under kortare tid kan vara nödvändigt för att undvika psykiatrisk slutenvård. Under 2022 har det varit en hög beläggning under stora delar av året. Verksamheten har under 2022 inte varit fullt finansierad varför ett negativt resultat redovisas för året.

Hälso- och sjukvårdsinsats

Hälso- och sjukvård, habilitering och rehabilitering ska tillgodose nämndens målgruppers behov av hälso- och sjukvårdsinsatser utifrån det som regleras i hälso- och sjukvårdslag, överenskommelser kring hälso- och sjukvård mellan kommuner och Västra Götalandsregionen samt det som är angivet i nämndens reglemente.

Sociala omsorgsnämnden ska bidra till att uppnå en god och nära vård, där målsättningen är att vården ska ske på rätt vårdnivå. Arbetsgrupp på Sociala omsorgsförvaltningen ska bereda frågor för Närvård i Sociala klustret och omhändertar praktiskt arbete som uppstår inom Närvårdssamverkan Södra Älvsborg.

Västra Götalands målbild för en god och nära vård

- Utgår från individuella förutsättningar och behov.
- Bygger på relationer, är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv.
- Bidrar till jämlik hälsa, trygghet och självständighet och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit.

Nämnden har kostnadsansvar för alla personliga hjälpmedel inom LSS och socialpsykiatri i Borås Stad. Kostnaderna har under de senaste åren ökat till följd av fler antal personer i behov av hjälpmedel. Ökningen kopplas till att aktuella målgrupper med funktionsnedsättning blir äldre och därmed får ett ökat behov av hälso- och sjukvård samt behov av hjälpmedel kopplat till ökad ålder.

Det har varit svårt att rekrytera legitimerad personal under 2022. Därför har enheten behövt anlita sjuksköterskor och arbetsterapeuter från bemanningsföretag till en kostnad på 4 796 tkr vilket resulterat i ett underskott på - 3 500 tkr.

5.3.4 Vård och omsorg i särskilt boende

Inom verksamheten vård och omsorg i särskilt boende redovisas bostad med särskild service enligt SoL

för personer med psykisk funktionsnedsättning samt hälso- och sjukvårdsinsatser för målgruppen. Insatserna verkställs inom nämndens gruppboendestäder samt genom externa placeringar.

Budgetavvikelse

Vård och omsorg i särskilt boende har ett underskott för året på -4 792 tkr. Underskott i socialpsykiatri finns i förvaltningens egna gruppboendestäder och bland köpta platser i annan kommun. Nybyggnationen av gruppboestad Johannelundsgatan med färdigställande under 2024 kan innebära hemtagning av placeringar i annan kommun.

Analys av verksamheten

Socialpsykiatri gruppboendestäder

Den höga sjukfrånvaron som påvisades under hela 2021 har även fortsatt vara hög under 2022. Strategiskt viktiga områden att arbeta med under 2023 är en bemanning i balans och effektivt nyttjande av befintliga resurser, medarbetarnas upplevelse av en god arbetsmiljö, ökad kontinuitet och kvalitet inom verksamheterna. Fokus framåt är en tydligare styrning och ledning utifrån nämndens två målområden, attraktiv arbetsgivare och att öka brukarnas delaktighet. En tydlig tendens är att brukarnas allt komplexare funktionsnedsättningar, hög ålder samt ett mer omfattande omvårdnadsbehov påvisar behov av resurstillsättning samt satsningar på kompetensutveckling. Ytterligare anpassningar av personalresurser i verksamheten kan innebära en försämrad kvalitet och att brukarnas behov inte fullt ut kan tillgodoses. Utifrån resultat från både brukarenkät och medarbetarenkät påbörjade förvaltningen under 2022 en särskild utbildningsinsats för att höja baspersonalens kompetens. Detta arbete fortsätter även under hela 2023.

Hälso- och sjukvårdsinsats

Se avsnitt 5.3.3 Vård och omsorg i ordinärt boende.

Myndighetsutövning

Externa placeringar inom socialpsykiatri används där behovet inte kan tillgodoses på hemmaplan p.g.a. komplexa behov i form av samsjuklighet och/eller brist på platser. Arbetet med att verkställa besluten på hemmaplan pågår och det finns en plan för varje individ.

5.3.5 Insatser enl LSS och SFB

Nämnden har ansvar för myndighetsutövning enligt LSS. Det omfattar personer som tillhör lagens personkrets och som har behov av insatser där behovet inte kan tillgodoses på annat sätt. De insatser som kan beviljas enligt LSS är personlig assistans, boende med särskilt stöd och service för vuxna samt för barn och ungdomar, daglig verksamhet, avlösarservice, kontaktperson, ledsagarservice, korttidsvistelse samt korttidsstillsyn för skolungdomar.

Budgetavvikelse

Insatser enligt LSS och SFB har ett överskott 7 351 tkr där ca 4 000 tkr avser statsbidrag från Migrationsverket avseende ersättning för stödinsatser samt hälso- och sjukvård för nyanlända. Egna gruppboendestäder LSS har ett tillfälligt överskott där budget för vårdtyngd för nya boendet med inriktning demens inte används fullt ut än. Ett överskott där inflyttning till gruppboendestäder inte har verkställts så som planerat.

Analys av verksamheten

Bostad med särskild service för vuxna

Gruppboendestäder

Brukarna tillhörande målgruppen blir allt äldre och får fler åldersrelaterade sjukdomar som kräver ett ökat behov av vård- och omsorgsinsatser. Sedan något år tillbaka har detta framförallt inneburit att gruppboendestäder med vaken natt blivit fler. Antalet brukare som uppnått pensionsålder och därmed inte

deltar i daglig verksamhet växer vilket också innebär en ökad bemanning dagtid på våra gruppboheter. I och med att brukarna lever längre idag än tidigare drabbas även denna målgrupp i högre grad av åldersrelaterade sjukdomar där framförallt en ökning av demensdiagnoser kan ses. Vi ser även i våra kartläggningar och märker i våra verksamheter i dag att våra brukare med diagnosen autism ofta får en samsjuklighet med psykisk ohälsa. Detta ställer helt andra krav på personalens kompetens men också något som nämnden måste ta höjd för vid produktion av nya gruppboheter. För att säkerställa att brukarna möts av rätt kompetens pågår ett arbete med att se över hur nämnden kan arbeta effektivare med att flytta om brukare till gruppboheter där rätt kompetens kan erbjudas. Det är också av stor vikt att påbörja en dialog om förändrat kompetensbehov på våra gruppboheter, t ex behov av personal som har kompetens inom psykiatri, pedagogik, åldersrelaterade sjukdomar m.m.

Arbete pågår med att samplanera inom gruppboheterna men fortfarande finns utmaningar att få ut all personaltid då verksamhetens behov är kortare än passens längd enligt kollektivavtal, framförallt på morgonen. Kollektivavtalet blir i detta fall kostnadsdrivande för nämnden. En genomlysning av verksamheten påvisar underskott av resurser för en fullgod helgbemanning medan det finns ett överskott av resurser under vardagar. För att komma tillrätta med detta krävs ett ökat samarbete/samplanering mellan gruppboheterna. Under 2021 startade en pilot mellan gruppboheter med syfte att omhänderta underskott av resurser och vakanta helgpas. Denna pilot har blivit lite försenat pga. av svårigheten att rekrytera. Effekterna av att samplanera mellan gruppboheterna är att vakanta helgpas bemannas av förvaltningens ordinarie personal i och med ökad grundbemanning.

Fokus framåt är att hitta hållbara arbetsmodeller och erbjuda riktade utbildningsinsatser som möter framtiden utmaningar.

Serviceboheter

Brukarnas behov har över tid förändrats från mer eller mindre självständiga till att idag ha fler och mer omfattande behov av stöd. En tydlig trend är att lediga lägenheter som är placerade långt från servicebohetens baslägenhet har blivit svårare att hyra ut. En högre åldersstruktur tillsammans med komplexa omsorgs- och vårdbehov innebär för medarbetarna ett behov av kompetensutveckling och ett förändrat arbetssätt. Hög ålder innebär också att fler personer idag inte har någon daglig verksamhet utan är hemma i sin bostad hela dagarna vilket då innebär en ökad bemanning dagtid.

Översyn av personalresurser pågår på samtliga enheter men ytterligare anpassningar är svåra att genomföra på grund av schematekniska skäl. Oavsett beläggning kräver varje enskild enhet en viss grundbemanning som inte kan understigas. Arbetet med samplanering inom denna verksamhet fungerar väl och på så sätt är driften av serviceboheter fortsatt kostnadseffektiv.

Fokus framåt är en tydligare styrning och ledning utifrån nämndens två målområden, attraktiv arbetsgivare och att öka brukarnas delaktighet.

Bostad med särskild service för barn och unga

Barn och unga som trots olika stödinsatser inte kan bo kvar i föräldrahemmet kan få bo i familjehem eller bostad med särskild service enligt LSS. Syftet med insatsen är att ge möjlighet till en kompletterande varaktig uppväxtmiljö. Insatsen kan komma i fråga för barn och unga med svåra funktionsnedsättningar som, trots olika stödinsatser helt eller delvis, inte kan bo kvar i föräldrahemmet.

Verksamheten är komplex och ställer stora krav på både ledarskap och medarbetarnas kompetens. För att säkerställa god kvalitet i denna verksamhet har nämnden tillsatt extra resurser från kvalitet och utveckling samt genomfört kompetensutvecklande insatser under hela 2022.

Fokus framåt är en tydligare styrning och ledning utifrån nämndens två målområden, attraktiv arbetsgivare och att öka brukarnas delaktighet.

Personlig assistans inkl LSS-team

Verksamheten har kvalitetssäkrats genom att anställa en verksamhetspedagog med stöd av statsbidrag. Verksamhetspedagog har som huvuduppgift att leda det operativa och strategiska arbetet kring äldre och demens. Verksamhetspedagog har påbörjat utbildningsinsatser, främst riktade till enskilda ärenden,

målgrupp äldre och komplexa ärenden. Demensutbildning, samtalsteknik och kommunikations utbildning påbörjade i december, fortsätter under våren 2023.

Under tertiäl två har verkställigheten av personlig assistans erhållit sex nya ärenden av brådskande karaktär. LSS- team har fått fler brukare, tre st. En brukare har flyttats till LSS team från assistans, två brukare utförs delvis i LSS team från övrig assistans.

Under november och december månad har sjukfrånvaro varit hög då den varierat mellan 5,5 % till 15%.

HLR utbildning har erbjudits all personal, hälften gick i nov-december, fortsätter i januari

KIA anmälningar har ökat under hösten i hela området, på grund av arbetsmiljö-orsaker och några halkolyckor. Arbetsmiljöproblem i en grupp har lett till en 6,6 A.

Två Lex Sarah anmälningar är genomförda och 25 st avvikelser varav de flesta rör medicinhantering. Två brukarärenden utför inte all assistans vilket är rapporterat till IVO.

Daglig verksamhet

En ny generations deltagare ställer krav på annan typ av verksamhet. Ett aktivt arbete behövs för att kunna erbjuda nya och anpassade aktiviteter och arbetsuppgifter. Behoven är mer komplexa hos den enskilde deltagaren och detta kräver ökad kompetens hos medarbetarna för att kunna möta deltagaren på ett professionellt sätt samt att utveckla en kvalitativ verksamhet. Under 2022 har det tillsatts resurser för kartläggning av framtida målgrupp och utformning av framtidens dagliga verksamhet. Översynen fortsätter kontinuerligt om möjlighet till utveckling kan vara samlokalisering av mindre enheter för att effektivt nyttja befintliga resurser.

Flertalet av enheterna har problem med att hålla budget vilket till stora delar beror på brukarnas allt komplexare behov av stöd och omsorg. Varje enskild brukare nivåbedöms av LSS-handläggare och genererar då en intäkt till enheten. Genomlysning av verksamheten påvisar att tilldelade resurser inte har varit tillräcklig och det har funnits behov av en ökad bemanning vilket har varit kostnadsdrivande.

Under 2023 har enhetscheferna i uppdrag att förtäta i verksamheterna vilket innebär att verkställa fler beslut, helt eller delvis. Att verkställa fler beslut är helt nödvändigt för en budget i balans.

Fokus framåt är en tydligare styrning och ledning utifrån nämndens två målområden, attraktiv arbetsgivare och att öka brukarnas delaktighet.

Övriga insatser enligt LSS

Korttidsvistelse enligt LSS bedriver verksamhet enligt planering och har en hög personalkontinuitet. Korttidsvistelse har inte någon kö eller väntelista för att verkställa fattade biståndsbeslut. Alla beslut är verkställda.

AKL ger stöd genom avlösning, kontaktperson, ledsagning samt stödfamilj. De senaste åren har det varit stora utmaningar med rekrytering. Nämnden har beslut som inte är verkställda eller som enbart är delvis verkställda p.g.a. rekryteringsutmaningar.

Under året har arbetet med att kvalitetssäkra verksamheten påbörjats genom att anställa en samordnare för att stötta enhetschef i rekryteringsarbetet. En verksamhetspedagog är anställd för att öka graden av genomförandeplaner samt kompetens kring olika diagnoser. Enheten får även stöd av ambulerande enhetschef för att påskynda arbetet kopplat till genomförandeplaner. Vidare genomförs nya arbetssätt avseende rekrytering, marknadsföring, arbete med e-tjänster och omvärldsbevakning.

Insats avlösning har i skrivande stund ett ej verkställt beslut, ledsagning 10 st och kontaktperson två st.

Hälso- och sjukvårdsinsatser

Se avsnitt 5.3.3 Vård och omsorg i ordinärt boende.

Myndighetsutövning

Verksamheten arbetar med att kontinuerligt följa upp beslutade insatser och nyckeltal för att säkerställa

en god intern kontroll. Beslut om insatser ska följas av aktuell rättspraxis och aktuella domar, beslut om eventuellt dubbla insatser som t ex bostad med särskild service och kontaktperson övervägs noga. Det pågår tätare uppföljningar av beslut, rutiner som har upprättats följs upp månadsvis av enhetschef vilket har resulterat i tydligare prövning av goda levnadsvillkor.

5.3.6 Övrig vård och omsorg

Inom verksamheten vård och omsorg redovisas övriga insatser enligt SoL för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Budgetavvikelse

Övrig vård och omsorg för äldre och funktionshindrade har ett överskott på 767 tkr. Största delen av överskottet beror på att aktiveringspedagogerna inte varit anställda hela året.

Analys av verksamheten

Aktiveringspedagoger

Nämnden har två medarbetare med särskild kompetens kring psykisk ohälsa. Uppdraget är att skapa innehåll och aktiviteter för personer med psykisk funktionsnedsättning för att bryta isoleringen för målgruppen. Målgruppen har behov av stödjande nätverk som tror på deras förmåga samt aktiviteter som det finns evidens för och som leder till ökad delaktighet i samhället och på arbetsmarknaden.

Träffpunkt Berggården

Berggården är en öppen mötesplats för personer med psykisk ohälsa. Syftet med Berggården är att motverka social isolering och erbjuda dagliga aktiviteter i samverkan med deltagarna. För att besöka Berggården krävs inget biståndsbeslut.

Daglig sysselsättning

Sysselsättning enligt SoL är ett biståndsbedömt beslut för personer med psykisk funktionsnedsättning. Det finns tre uppsatta kriterier för att vara berättigad denna insats. Man ska stå utanför arbetsmarknadens förfogande, ha en långvarig psykisk funktionsnedsättning samt ha aktivitetsersättning/sjukersättning från Försäkringskassan.

Sysselsättningen kan utformas på olika sätt, beroende på deltagarens förutsättningar, behov och önskemål. I vissa verksamheter arbetar man med att ordna praktikplats ute på arbetsplatser och i företag och ger stöd för att komma ut i arbete. I andra verksamheter erbjuds stimulans och social gemenskap i egna aktiviteter.

För att kunna erbjuda rätt insats samt erbjuda deltagaren en bra sysselsättning utifrån den enskildes behov är det nödvändigt med en översyn för att skapa förutsättningar att bedriva en sysselsättning som utgår från brukarnas behov.

5.3.7 Buffert

Nämndens buffert för oförutsedda kostnader motsvarar 1% av årets kommunbidrag. Bufferten har inte använts under året och ger därmed en positiv budgetavvikelse på 7 587 tkr.

6 Konsekvenser av coronaviruset

Det konstateras att pandemin påverkat verksamheten i omfattande utsträckning. Under årets första månader påverkades förvaltningen av väldigt hög sjukfrånvaro bland personalen. Detta påverkade bemanningen i verksamheten och det var ansträngt att få in tillräckligt med personal både inom hälso- och sjukvårdsorganisationen samt på enheterna.

Till följd av pandemin används skyddsmaterial som t.ex. munskydd och handskar mer frekvent, vilket

leder till att följsamheten till basala hygienrutiner är mycket bättre. Men konsekvensen blir att verksamhetens kostnader för skyddsmaterial ökat med ca 1 500 tkr.

Verksamhet / Händelse	Uppskattad ekonomisk konsekvens 2022, tkr
Skyddsmaterial personal	1 500
Summa	1 500

7 Särskilda samarbetsuppdrag till nämnder och styrelser

Sociala omsorgsnämnden har ett särskilt samarbetsuppdrag avseende tillgänglighet. Samarbetsuppdraget syftar till att stärka helhetssynen av begreppet tillgänglighet och att få nämnder och styrelser att tydligare se sin del i helheten. Samverkan och samarbete ska bidra till ökad måluppfyllelse med utgångspunkt i vad som är ”det bästa” för kommuninvånaren. Det särskilda samarbetsuppdraget är därmed också ett sätt att tydliggöra ansvar och befogenheter i tillgänglighetsfrågor som har gemensam karaktär.

Samarbetsuppdraget innebär att nämnden har

- befogenhet att sammankalla berörda nämnder
- ansvarar för att samarbetsuppdraget kommer igång
- skapar förutsättningar, arbetsformer och legitimitet för samarbete kring tillgänglighet
- formulerar mål för uppdraget
- resultatet mäts, utvärderas och redovisas.

För att genomföra detta finns Programmet för ett tillgängligt samhälle samt tillhörande handlingsplan. Programmet bygger på Borås Stads vision att medborgarna ska vara medskapare och få ett reellt inflytande på stadens utveckling. Borås Stad vill förstärka sina insatser för att göra samhället mer tillgängligt för alla. Programmet för ett tillgängligt samhälle visar kommunens ambitioner för att personer med funktionsnedsättning ska kunna leva ett gott liv i Borås. Ytterst handlar det om alla människors lika värde och rätt att delta i samhället. Syftet med programmet är att ge vägledning för att säkerställa att personer med funktionsnedsättning får samma möjligheter som andra att utöva sina demokratiska rättigheter och skyldigheter. Programmet ska leda till åtgärder för att undanröja de brister och hinder som idag finns för tillgänglighet, delaktighet och jämlikhet för personer med funktionsnedsättning. I programmet finns det sex prioriterade områden som är hämtade ur FN:s konvention av rättigheter till personer med funktionsnedsättningar och dess 50 artiklar. I Sociala omsorgsnämndens uppdrag ligger ansvaret att följa upp de aktiviteter som finns i handlingsplanen.

Under föregående år fattades beslut om att integrera Programmet för ett tillgängligt samhälle till att istället blir ett Program för mänskliga rättigheter.

Nämnden har en funktionshinderkonsulent anställd med uppgift att samordna och planera samarbetsuppdraget tillgänglighet genom att:

- anordna workshops om tillgänglighet. På workshopen bjuds olika nämnder och bolagsstyrelser in. Syftet är att sprida kunskap om tillgänglighet och att skapa förutsättningar och legitimitet för samarbetet.
- samarbeta med alla förvaltningar och bolag genom tillgänglighetsombudsträff. Syftet med träffen är att sprida kunskap om tillgänglighet till olika förvaltningar och Borås egna bolag och att förankra tillgänglighetsarbetet i staden.
- skapa, revidera och följa upp ”Handlingsplan för ett tillgängligt samhälle”. Syftet med handlingsplanen är att driva arbetet med tillgänglighet i de olika förvaltningarna framåt.

- bistå med rådgivning till förvaltningar och bolag i arbetet med tillgänglighet.
- fungera som kontaktperson för olika föreningar och organisationer gällande tillgänglighet.
- deltar i :
 - alla tre funktionshinderråd samt funktionsrätt Borås ordförande möte.
 - olika nätverksträffar: Mänskliga rättigheter nätverk, tillgänglighetsnätverk Västra Götaland
 - olika arbetsgrupper riktade till personer med funktionsnedsättning som t.ex. Funkisgala, tillgänglighetdokument

8 Jämställdhetsperspektivet

Nämndens verksamheter ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet samt verka för den enskildes delaktighet i samhällslivet och jämlika levnadsvillkor. För att kunna jobba med ständigt förbättringsarbete så krävs en korrekt och användbar målgruppsbeskrivning. Hur målgruppen ser ut och vilket behov brukarna har är viktiga frågor som måste besvaras för att vi rätt ska kunna utveckla verksamheten och möta brukarnas behov.

I dagsläget har 93 barn, t.o.m. 17 år gamla, stöd och insatser enligt LSS på SOF. Samtliga dessa barn har kartlagts utifrån dokumentationsgranskning i Viva. Utgångspunkten har varit kommunicerade beslut. 32 av barnen är flickor (34 %), och 61 är pojkar (66 %). Ju yngre barnen är, desto större andel av dem är pojkar. Samma trend ses på vuxensidan, andelen kvinnor är liten i de lägre åldrarna men ökar ju högre upp i åldersspannet vi kommer. Det beror antagligen på att flickor diagnosticeras senare än pojkar. En majoritet av barnen har autismspektrumtillstånd av något slag, 64 barn (69 %).

Samsjukligheten är hög och det handlar både om betydande somatisk samsjuklighet men det finns också många exempel på psykiatrisk samsjuklighet som social fobi och depression. Ungefär en tredjedel av alla barn har ADHD. Just kombinationen autism och/eller intellektuell funktionsnedsättning och ADHD är utmanande, eftersom det ofta leder till utagerande beteende om anpassningar inte görs utifrån deras behov. Över hälften av alla barn har dokumenterat utmanande beteende i form av fysiskt utagerande. Det handlar främst om att barnen i olika situationer är våldsamma mot andra personer. En betydande andel har också självskadebeteenden.

Avvikelser

Det är ett fåtal brukare som står för samtliga incidenter av hot och våld, både riktat mot andra brukare men också riktat mot personal. Det blir därför viktigt att förstå vad som karaktäriserar den mycket lilla grupp brukare som står för i stort sett allt våld. Inte minst eftersom en tydlig bakomliggande orsak till avvikelserna är att personal saknar rätt kompetens för målgruppen.

Generellt gäller att kvinnor och yngre brukare är överrepresenterade i avvikelser som rör hot och våld. En slutsats från analys av SoL- och LSS-avvikelser är därför att förvaltningen behöver rusta för att bättre kunna möta yngre brukare, främst kvinnor, med psykiatrisk samsjuklighet. Det är en slutsats som även styrks av att Socialstyrelsen påpekat att förekomsten av t.ex. schizofreni- och ångestdiagnoser är sju gånger vanligare bland personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism, än i den övriga befolkningen. Socialstyrelsen menar i sin lägesrapport att det därför är viktigt att inkludera perspektivet psykisk ohälsa i LSS, särskilt när det gäller verksamhets- och kompetensutveckling.

Ett pågående arbete för att stärka jämställdhetsperspektivet är VIP (Viktig Intressant Person), som är en självstärkande utbildning för personer med intellektuell funktionsnedsättning som syftar till att höja självkänslan och stärka deltagarna. Även satsningen Schysst kompis pågår i nämndens verksamheter. Nämnden utbildar personal kring våld och bemötande för att stärka jämställdheten för personer med funktionsnedsättning. Utifrån ett genusperspektiv granskar och analyserar myndighetsutövningen två gånger per år beviljade insatser uppdelat mellan män och kvinnor där män har en högre procent beviljade insatser jämfört med kvinnor. En analys i mars 2021 av beviljade insatser fördelade mellan könen framkommer att fördelningen ser olika ut beroende på insats. T.ex. avlösning i hemmet är

differensen stor, kvinnor 25% och män 75% . Insatsen boendestöd kvinnor 53% och män 47%. För personlig assistans enligt LSS är nivån lika mellan män och kvinnor. Analysen visar att behoven är olika beroende på insats och bedömningarna är individuella och beviljas efter behov och inte kön.

Nämnden behöver fortsätta arbetet att på ett bättre sätt omhänderta barnens perspektiv utifrån gällande barnkonvention, satsa på kompetenshöjande insatser kopplade till psykiatrisk samsjuklighet samt rusta förvaltningen för att bättre kunna omhänderta personer med autism och utmanande beteende.

9 Verksamhetsmätt

9.1 Funktionshinderverksamhet LSS

9.1.1 Övergripande

9.1.1.1 Mått som följs upp av Kommunfullmäktige

Verksamhetsmätt	Årsutfall 2020	Årsutfall 2021	Budget 2022	Årsutfall 2022
Antal personer med LSS-beslut	943	901	920	904

9.1.2 Personlig assistans

9.1.2.1 Mått som följs upp av Kommunfullmäktige

Verksamhetsmätt	Årsutfall 2020	Årsutfall 2021	Budget 2022	Årsutfall 2022
Antal personer med personlig ass enl LSS	63	62	60	58
Antal personer med personlig ass enl SFB	174	177	180	183
Antal timmar personlig assistans enl LSS	190 518	173 043	166 000	163 230
Varav retroaktiva beslut, antal timmar	10 539	3 227	0	4 348

9.1.3 Daglig verksamhet

9.1.3.1 Mått som följs upp av Kommunfullmäktige

Verksamhetsmätt	Årsutfall 2020	Årsutfall 2021	Budget 2022	Årsutfall 2022
Antal personer med beslut om daglig verksamhet	477	460	470	475
- varav externt köpta platser enl LOV	92	94	102	129

Verksamhetsmätt	Årsutfall 2020	Årsutfall 2021	Budget 2022	Årsutfall 2022
- varav externt köpta platser (ej LOV)	14	15	15	10

9.1.4 Bostad med särskild service för vuxna

9.1.4.1 Mått som följs upp av Kommunfullmäktige

Verksamhetsmätt	Årsutfall 2020	Årsutfall 2021	Budget 2022	Årsutfall 2022
Antalet personer med verkställda beslut om boende	338	324	336	321
- varav externt köpta platser	20	16	15	15

9.2 Funktionshinderverksamhet SoL

9.2.1 Övergripande

9.2.1.1 Mått som följs upp av Kommunfullmäktige

Verksamhetsmätt	Årsutfall 2020	Årsutfall 2021	Budget 2022	Årsutfall 2022
Antal personer med beviljade insatser	531	406	540	429

9.2.2 Bostad med särskild service

9.2.2.1 Mått som följs upp av Kommunfullmäktige

Verksamhetsmätt	Årsutfall 2020	Årsutfall 2021	Budget 2022	Årsutfall 2022
Antal personer med särskilt boende	100	94	97	96
- varav externt köpta platser	40	27	22	25

9.2.3 Insatser i ordinärt boende

9.2.3.1 Mått som följs upp av Kommunfullmäktige

Verksamhetsmätt	Årsutfall 2020	Årsutfall 2021	Budget 2022	Årsutfall 2022
Antal personer med boendestöd	285	219	245	227

Verksamhetsmätt	Årsutfall 2020	Årsutfall 2021	Budget 2022	Årsutfall 2022
Antal utförda timmar boendestöd	14 981	16 180	16 150	19 264

9.2.4 Sysselsättning enligt SoL

9.2.4.1 Mått som följs upp av Kommunfullmäktige

Verksamhetsmätt	Årsutfall 2020	Årsutfall 2021	Budget 2022	Årsutfall 2022
Antal personer med sysselsättning enligt SoL	89	84	90	81

9.2.5 Övrigt

9.2.5.1 Mått som följs upp av Kommunfullmäktige

Verksamhetsmätt	Årsutfall 2020	Årsutfall 2021	Budget 2022	Årsutfall 2022
Antal personer med trygghetslarm	75	67	90	81

10 Investeringar

10.1 Investeringar, årliga anslag

Tkr	Budget 2022	Utgift 2022	Avvikelse 2022
Sörmarksliden LSS	500	0	500
Summa	500	0	500

Analys

Vid planerad nybyggnad av gruppbofästäder äskar nämnden investeringsbudget. Under byggprocessen blir det sedan ofta förseningar p.g.a. överklaganden m.m. Därför behöver nämnden ofta flytta fram investeringsbudget till kommande år.

Gruppbofästaden Sörmarksliden LSS kommer har inte färdigställt under året och investeringsbudget har därmed inte använts.

Sociala omsorgsnämnden begär därför hos Kommunstyrelsen att investeringsmedel för gruppbofästad Sörmarksliden LSS får överföras till 2023 (500 tkr).

Sabina Björk
Handläggare
0734-153471Datum
2023-02-27Instans
Sociala omsorgsnämnden
Dnr SON 2023-00018 1.1.3.1

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse Sociala omsorgsförvaltningen 2022

Sociala omsorgsnämndens beslut

Sociala omsorgsnämnden föreslås besluta,

att godkänna patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse Sociala omsorgsförvaltningen år 2022.

Sammanfattning

Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivare varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Nedan anges en sammanfattning av patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse år 2022 på Sociala omsorgsförvaltningen.

- Pandemin, och åtgärder kopplat till den, har påverkat förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet – men i mindre omfattning än tidigare.
- Antalet rapporterade LSS-avvikelser har ökat mycket kraftigt och kvaliteten på avvikelserna är också bättre. Utvecklingen bedöms mycket positiv och är en konsekvens av ökad rapporteringsbenägenhet som i sin tur kan förklaras av stora utbildningssatsningar under året.
- En majoritet av LSS- och SoL-avvikelser rör försenad eller utebliven insats. Brist på personal är en vanlig bakomliggande orsak.
- Den näst vanligaste avvikelserna rör hot och våld från brukare. Ett fåtal brukare med komplex problematik står bakom en stor andel av rapporterade incidenter. Brist på rätt kompetens förklarar de flesta av incidenterna.
- Under året kom det in femtio rapporter enligt lex Sarah varav 33 föranledde att utredning inleddes. Omkring hälften bedömdes inte vara ett missförhållande. Två av händelserna bedömdes som allvarliga missförhållanden, eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande, och anmäldes till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- Såväl HSL- som läkemedelsavvikelser har minskat under året. De flesta rör utebliven signering av insats utförd av baspersonal.
- Mängden HSL-avvikelser går att jämföra med antal signerade insatser under året. Jämförelsen visar att det fortsatt finns en underrapportering, trots att andelen signerade insatser är mycket hög.
- Från förvaltningen har det skickats 78 avvikelser i vårdsamverkan som har

inträffat inom VGR. Från sjukhus och regionens primärvård har det kommit in åtta avvikelser som rör förvaltningen.

- Omställningsarbetet till Nära vård har pågått för fullt. En mycket glädjande utveckling är att antalet Samordnade individuella planer (SIP) kontinuerligt har ökat de senaste två åren.
- Svarefrekvensen i brukarundersökningen ökade, men trots det saknas svar från ungefär hälften av brukarna. På förvaltningsövergripande nivå ligger resultaten ungefär på riksgenomsnittet.
- Under året har det genomförts flera satsningar för att öka personals kompetens. Bland annat en kraftsamling kring socialpsykiatri och större resurser för handledning.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år baseras på berättelsens resultat och är i stort sett desamma som föregående år. Genomförda åtgärder bedöms ha gett goda resultat och det finns skäl att fortsätta med samma inriktning även år 2023 för att helt nå önskad effekt.

Beslutsunderlag

1. Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse Sociala omsorgsförvaltningen år 2022.

Yvonne Persson
Ordförande

Magnus Stenmark
Förvaltningschef



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 huvudmannskapet hos nämnden men enskilda avtal reglerar genomföransvar 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 delaktiga 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 arbetet¹.

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 rapporteringsbenägenhet 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 åtgärds paket 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 VÅF 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.

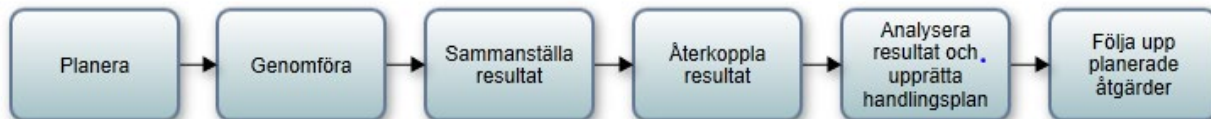
Handlingsplan för patientsäkerhet

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 slutna 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 vårdssamverkan.

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 äldreomsorgsnämndens 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 från 2022-06-01 för att underlätta tolkningen i det praktiska arbetet. SOF och VÅF har kontinuerligt dialog för individens 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 implementeras. 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 omsorgsorganisation 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*

Hantering av de boendes handkassar 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 krävställt 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 avvikelshantering 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 avvikelserna berör HSL utreds den av legitimerad personal. Avvikelser följs också kontinuerligt upp på olika nivåer i organisationen. Till exempel på verksamhetsledning, 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 områdesledning. 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 avvikelshantering. 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. Avvikelseypen 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 socialpsykiatri.
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 gruppboende 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 gruppboheter 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 Avvikelse på individnivå

Avvikelse i vårdssamverkan

En avvikelse i vårdssamverkan 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

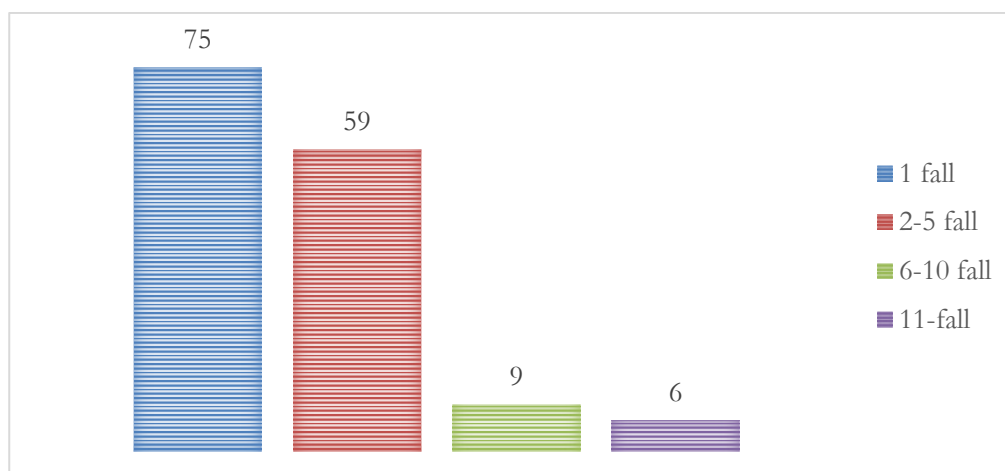
År 2022 rapporterades 413 fallavvikelser. Det är en minskning i förhållande till året innan (-67 st.). Det går inte att se hur många av avvikelserna som är utredda enligt rutin. Däremot saknas uppföljning för en femtedel (21 %) av avvikelserna.

En stor majoritet av avvikelserna, 72 procent, har rapporterats från gruppboheter 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 allvarigare och att rapporteringsbenägenheten därmed ökar.

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



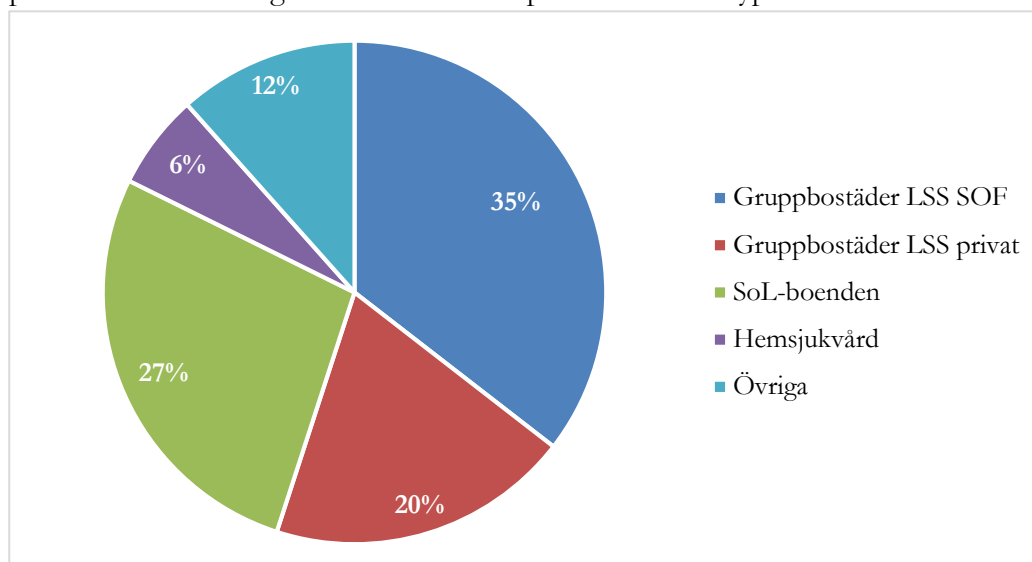
HSL-avvikelser

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 gruppboendestäder LSS rapporterades 451 HSL-avvikelser. Det innebär en minskning med 87 poster. Variationen mellan enheterna inom gruppboendestäder LSS är fortsatt mycket stor. Det ses blandat annat genom att några gruppboendestäder 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.

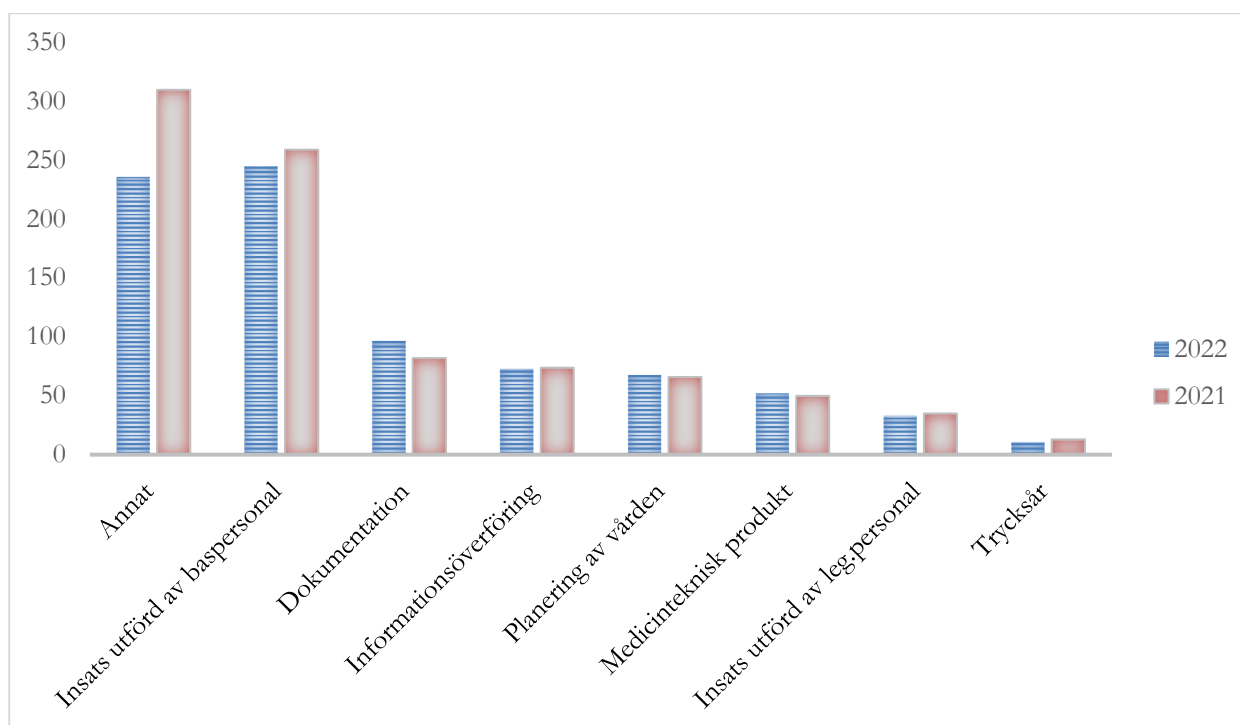
I likhet med tidigare år rapporteras fler HSL- och läkemedelsavvikelser från SoL-boenden än från gruppboendestäder LSS. På SoL-boenden bor dock många fler brukare per enhet än på gruppboendestäder LSS. Det är därför mer rättvisande att göra jämförelser per brukare på respektive boende. En tänkbar förklaring till att SoL-boenden, i förhållande till sin storlek, rapporterar fler avvikelser än gruppboendestäder 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 gruppboendestäder LSS samt SoL-boende år 2022.

	Per brukare på gruppboendestäder LSS	Per brukare på SoL-boende
HSL-insatser <i>exkl.</i> 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 gruppboendestäder 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 2021 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.

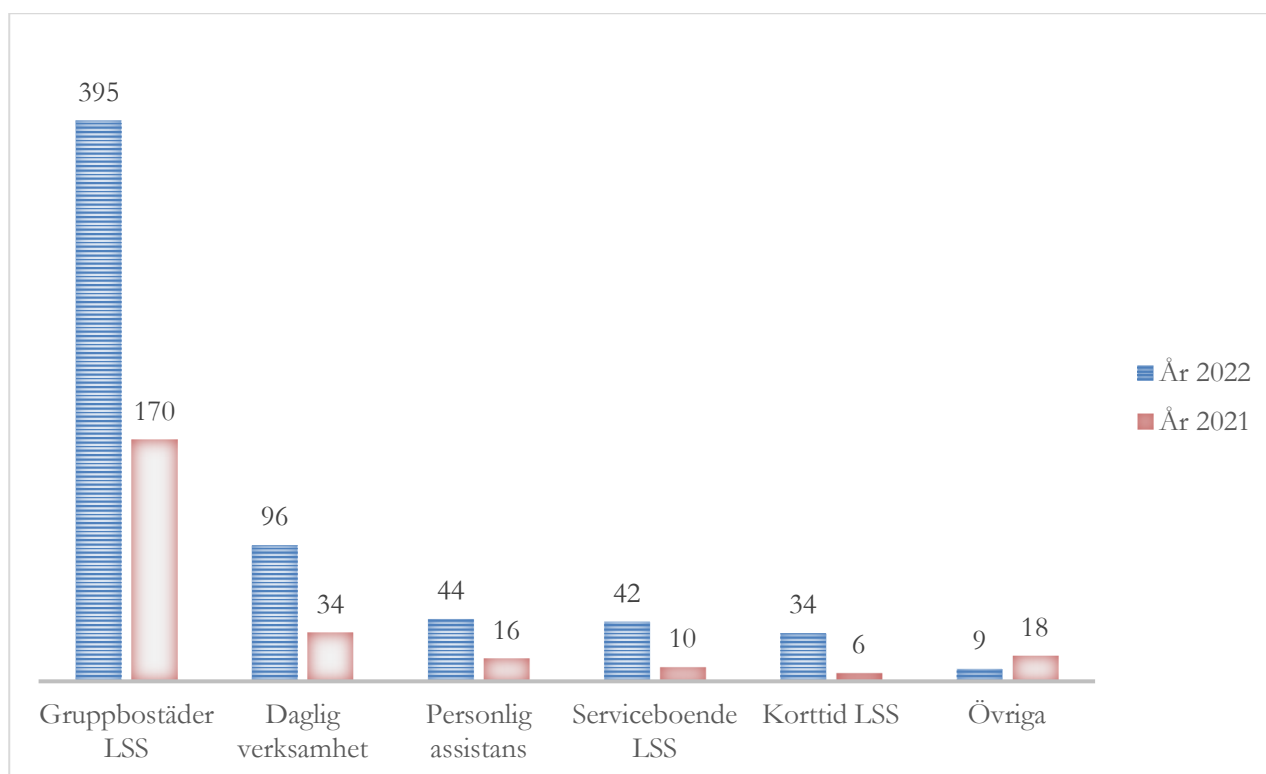
Sammanställning av antalet rapporter och förändring i förhållande till året innan presenteras per verksamhetsområde, SoL och LSS. **Analysen** av resultatet omfattar dock båda avvikelse typerna, LSS och SoL, eftersom indikerade brister till största del är likartade inom hela funktionshinderområdet. Notera 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 gruppbostad 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 gruppboende LSS varierar mycket. Det finns exempel på gruppboende som inte rapporterat någon LSS-avvikelse alls under året samtidigt som en enskild gruppboende 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

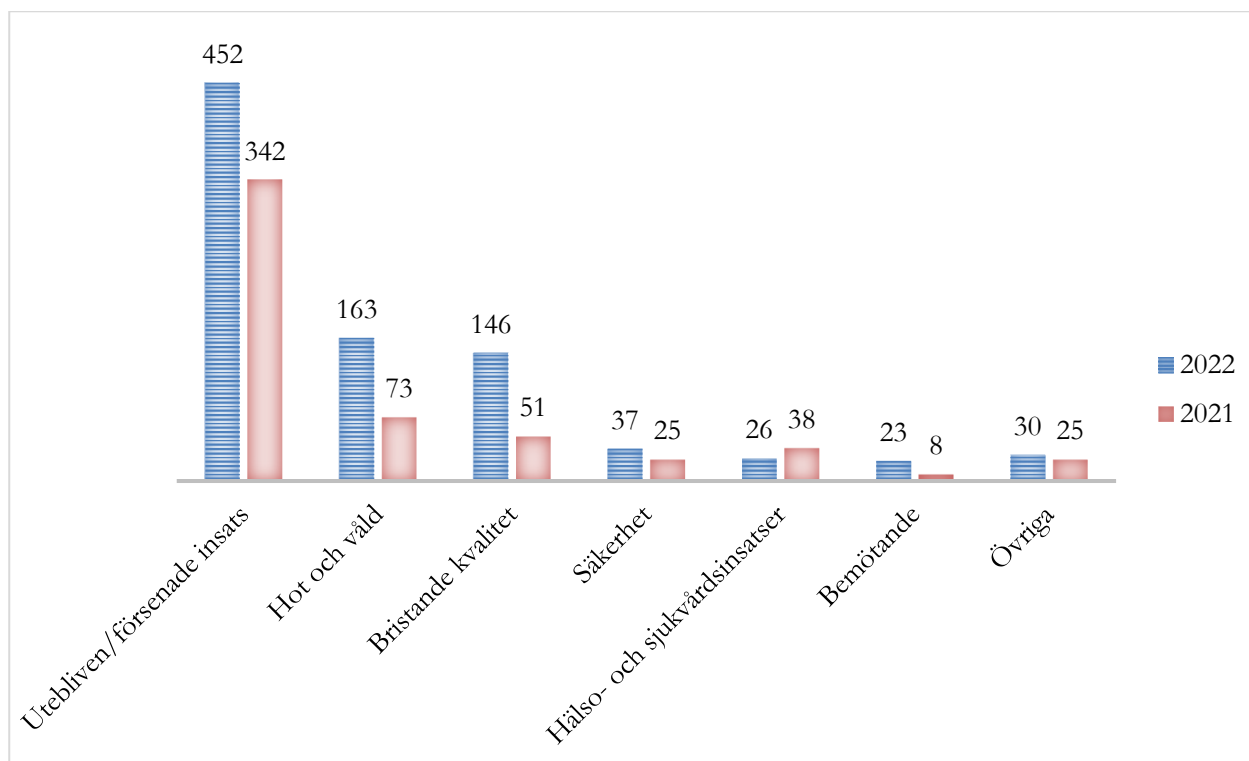
Under året har 368 SoL-avvikelser rapporterats. Det innebär en liten ökning i förhållande till året innan med 37 avvikelser. Socialpsykiatrins verksamheter har redan innan haft en mycket hög rapporteringsnivå och den positiva trenden fortsätter. SoL-avvikelser kommer nästan uteslutande från boendestöd (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 kvalitet³. 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 förskjutet 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. Framst 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 gruppboendestäder 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, gruppbestäderna. Nedan ses ett exempel på att utebliven insats på daglig verksamhet leder till utåtagerande beteende (avvikelse) på gruppbestad 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 gruppbestäder 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 gruppbestaden faktorer som påverkar brukarna negativt.

Bristen på personal påverkar också brukares vilja att ta emot planerade insatser. Det ses framförallt inom boendestöd, SoL-avvikelse, 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.

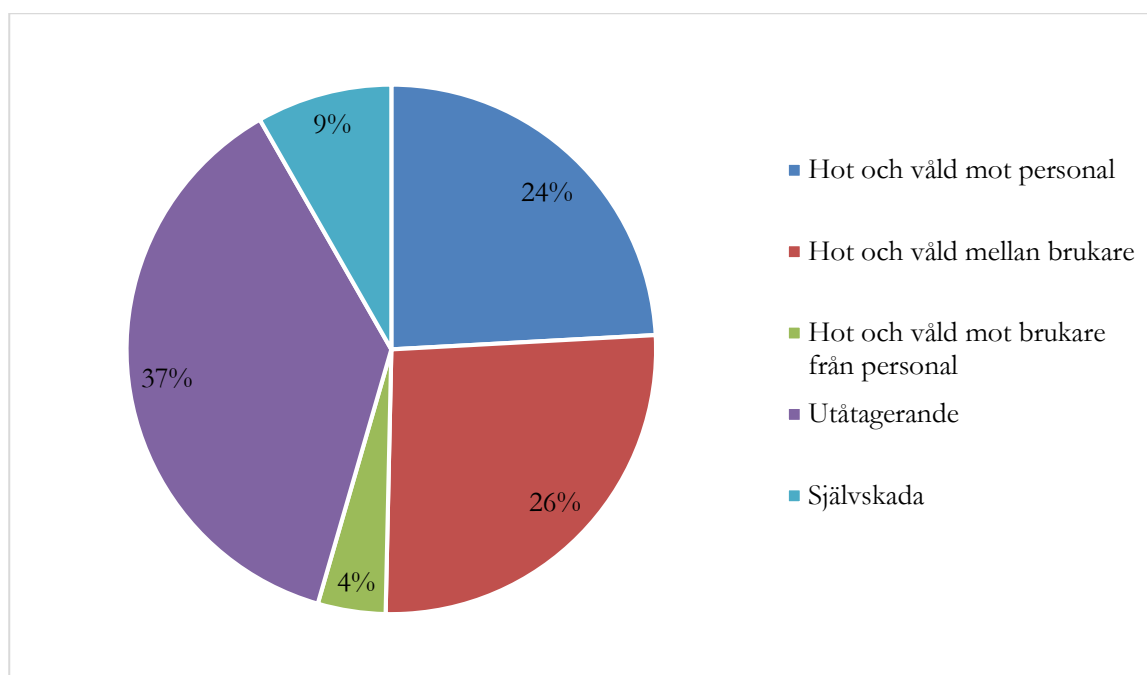
”Brukare kan inte åka o handla som planerat på pga personalbrist och att det är oroligt på boendet pga nyinflyttad brukare. Brukaren vill inte vara på boendet eftersom hen är blir orolig av mycket ny personal pga ny brukare som stökar.”

▪ 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 våldsinceder 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 utövade 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 våldsinceder får alltså inte tolkas som ett mått på hot- och våldsinceder. 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 gruppboendestäder LSS och SoL-boenden. Medelvärdet per gruppboendestad LSS är 2,1 avvikelser och per SoL-boende 6 avvikelser. Mängden hot och våld avvikelser hänger främst ihop med två faktorer; rapporteringsbenägenhet och förekomst av särskilt utmanande brukare i verksamheterna.

Fem enskilda verksamheter - en daglig verksamhet, tre gruppboendestäder LSS och ett SoL-boende - har rapporterat drygt hälften (52 %) av alla hot- och våld avvikelser. 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 gruppboendestad 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 verksamheterna⁴. 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 år⁵.

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 genomsvechtig, 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 sovrummet 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

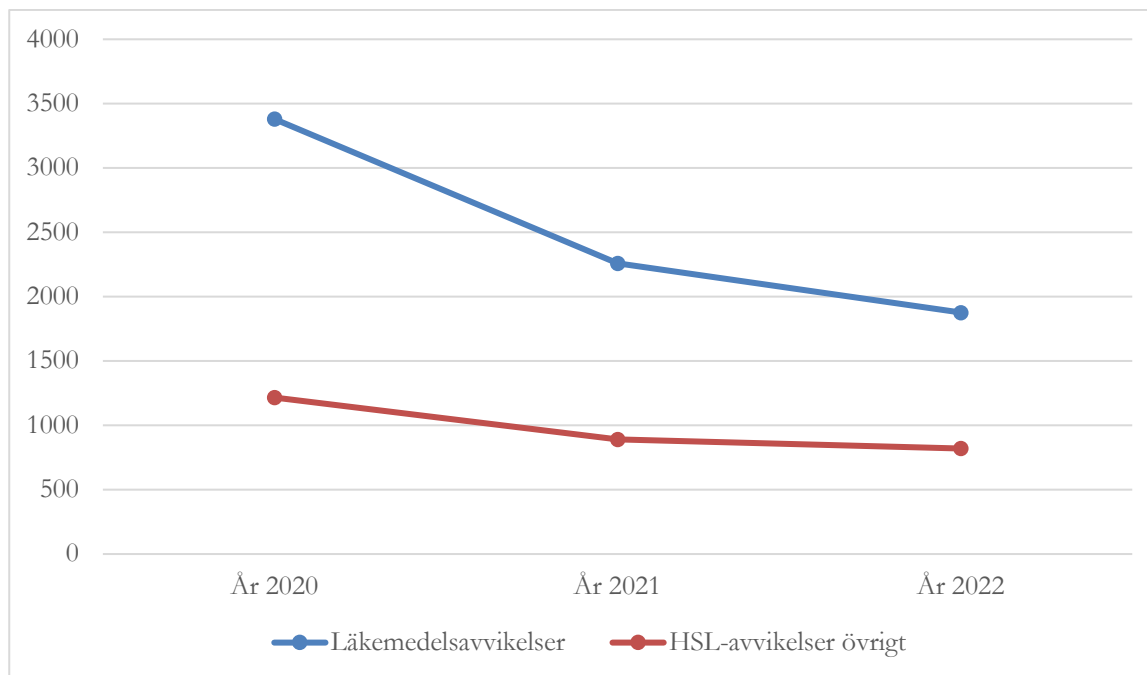
Under året har 46 individavvikelser (SoL och LSS) rapporterats från myndighetsutövningen. 13 av dem rör SoL-ärenden och 33 LSS. En relativt stor andel av avvikelserna (13 st.) har rapporterats enligt lex Sarah.

Det är svårt 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.

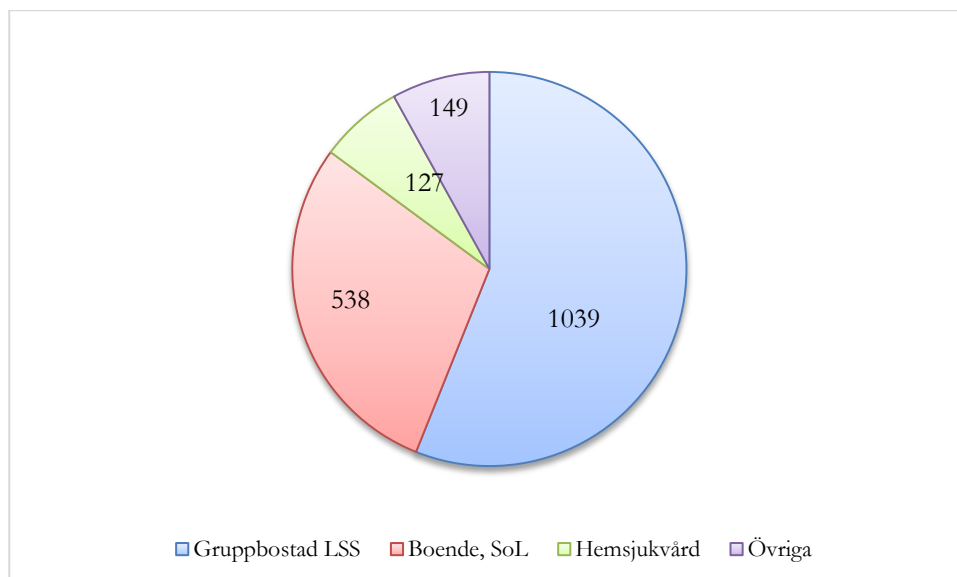
Läkemedelsavvikelser

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 gruppbofasta 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 gruppbostad 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 gruppbostad LSS har *fler* läkemedelsinsatser per brukare än inom socialpsykiatri, 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 gruppbostad LSS. En förklaring kan vara att det under året pågått en kraftsamling inom socialpsykiatri 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 gruppbostad 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.

	Gruppboende 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.

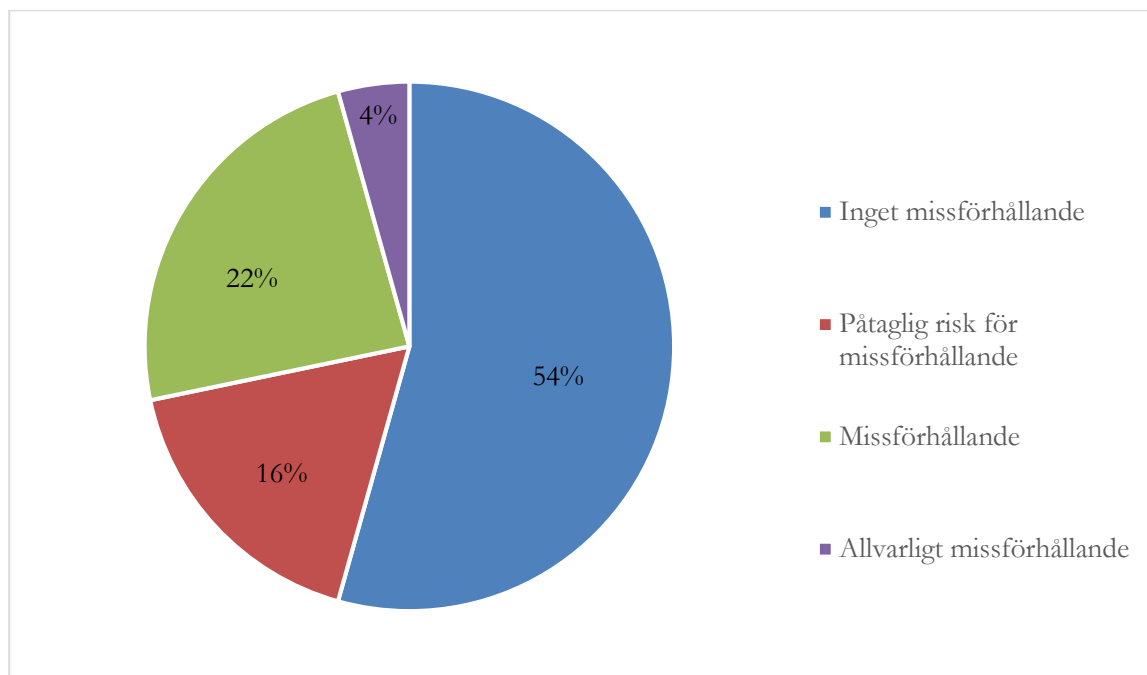
Ingen allvarlig händelse enligt Lex Maria har anmälts till IVO.

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 anmäls till IVO, så har IVO avslutat ett av dem efter att ha bedömt att nämnden har fullgjort sin utrednings- och anmälningskyldighet. 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 uppstår. 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 anmäls 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). Svansfrekvensen för hela Sociala omsorgsförvaltningen (SOF) blev 52 procent vilket innebär att ungefär hälften av brukarna har deltagit. Variationen i svansfrekvens 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.

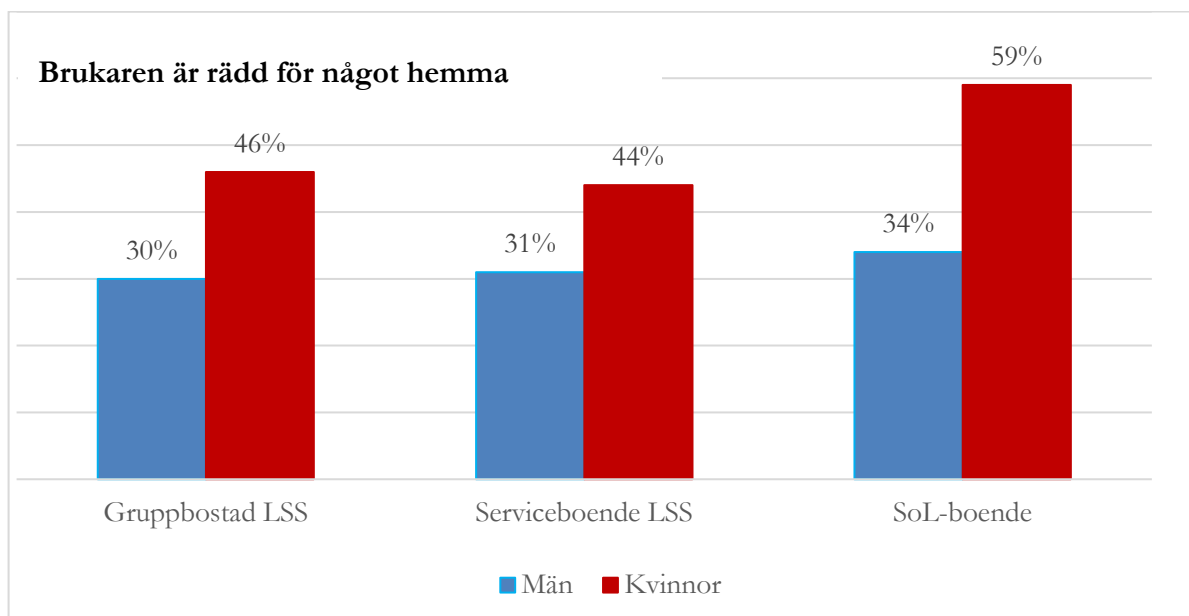
Nedan ses resultat på ett antal frågor, och förändring från föregående år inom parentes, sorterade på nivåerna verksamhetsområde, förvaltningsövergripande och riksgenomsnitt.

	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)
<i>Genomsnitt riket</i>	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 svansfrekvensen 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
Gruppboend LSS, egen regi	288 611	226 355	98 %
Gruppboend 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 socialpsykiatri” på s. 8-9.

Intern kontroll

Risicanalys inför framtagande av intern kontrollplan identifierade fem risker med allvarligt riskvärde⁷, 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 IVO⁸ 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

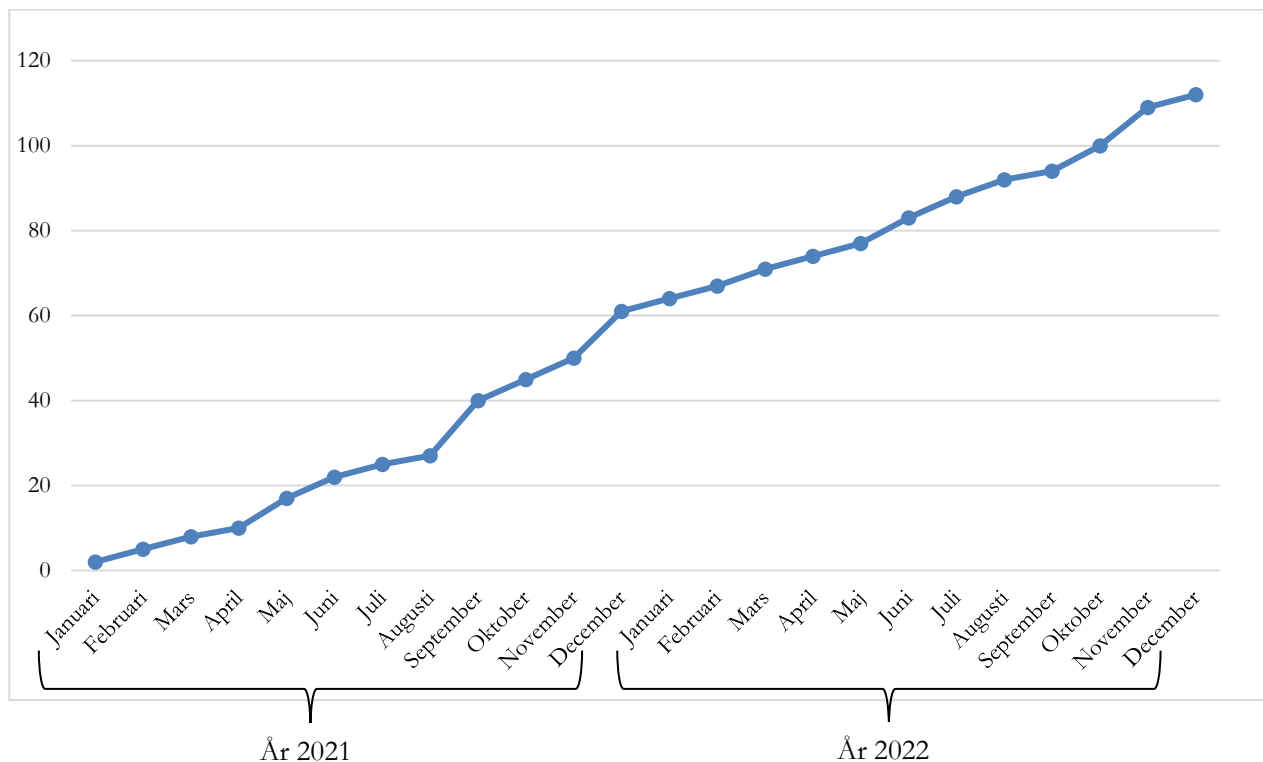
Det har utförts 1284 riskbedömningar vilket kan jämföras med 726 riskbedömningar 2021, vilket är en avsevärd ökning. Dessa riskbedömningar leder till ökad kvalitet och minskade risker för att patient ska drabbas av vårdskada. Riskbedömningarna handlar om att hitta risker och sätta in åtgärder inom områdena, 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 socialpsykiatri. Läkemedelsansvaret har övertagits helt eller delvis för 373 personer. 149 patienter har fast vårdkontakt inom psykiatri, 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 gruppboendestäder 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. Avvikelse (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 åtgärdsplan.

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 återtog en av de gruppboendestäder för personkrets 2 som tidigare drivits av av Attendo, och i utbyte lämnades en annan gruppboendestad för personkrets 1. Genom bytet kan förvaltningen utnyttja gruppboendestäderna bättre så att fler brukare kan erbjudas lägenhet.

En gruppbofastad LSS drivs av föräldrakooperativet Husbonden. Driftsvtalet med föräldrakooperativet innehåller ingen reglering av uppföljning av verksamhetens kvalitet. Avvikelse 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 parentes 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 2⁹)

- 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 avvikelshantering.
- 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 4¹⁰)

- 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 4¹¹)

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 5¹²)

- 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.

Sabina Björk
Handläggare
0734-153471Datum
2023-02-27Instans
Sociala omsorgsnämnden
Dnr SON 2023-00019 1.1.3.1

Redovisning av inkomna synpunkter 2022

Sociala omsorgsnämndens beslut

Sociala omsorgsnämnden beslutar,

att fastställa redovisning av inkomna synpunkter januari-december 2022.

Sammanfattning

Varje förvaltning ansvarar för att ta emot, följa upp och svara på synpunkter inom utsatt tid. Statistik över synpunkterna ska minst två gånger per år redovisas för respektive nämnd. Redovisning av inkomna synpunkter ska tillställas Kommunstyrelsen.

År 2022 har det kommit in 30 synpunkter och klagomål till Sociala omsorgsförvaltningen. Mängden är ungefär lika stor varje år och det gäller även fördelningen mellan verksamhetsområden som synpunkterna.

Fortfarande gäller att det inte går att dra några generella slutsatser om verksamheternas kvalitet utifrån de synpunkter och klagomål som kommit in. Det beror dels på att det är ett för litet underlag, dels på grund av att synpunkter och klagomål hanteras på olika sätt inom förvaltningen beroende på vem som tar emot dem.

Synpunkter och klagomål är spridda över flera verksamhetsområden. Flest rör myndighetsutövning och gruppbostad LSS, både i egen och privat regi.

Förvaltningen kan bli bättre på att mer systematiskt fånga upp och registrera synpunkter och klagomål från brukare. Ett annat förbättringsområde är att integrera befintligt synpunktshanteringssystem - på kommunalt övergripande nivå - med de föreskrifter som Sociala omsorgsförvaltningens verksamheter har att förhålla sig till, t.ex. Socialstyrelsens föreskrifter SoSFS 2011:9.

Beslutsunderlag

1. Redovisning av inkomna synpunkter januari-december 2022. Sociala omsorgsnämnden

Beslutet expedieras till

1. Kommunstyrelsen

Yvonne Persson
Ordförande

Magnus Stenmark
Förvaltningschef



BORÅS STAD

Redovisning av inkomna synpunkter januari-december 2022

Sociala omsorgsnämnden

Innehållsförteckning

1 Inledning	3
2 Antal inkomna synpunkter januari – december 2022	3
3 Fördelning kommungemensamma kriterier	4
3.1 Fördelning kommungemensamma kriterier	4
4 Ständiga förbättringar	4
5 Avslutade synpunktsärenden	4
6 Synpunktsrutinen	4
7 Vidarebefordrade ärenden	5

1 Inledning

Den 1 december 2013 introducerade Borås Stad ett gemensamt synpunktshanteringsystem. Detta för att kunna erbjuda en väg in för våra medborgare, brukare och kunder.

Varje förvaltning ansvarar för att ta emot, följa upp och svara på synpunkter inom utsatt tid. Statistik över synpunkterna ska minst två gånger per år redovisas för respektive nämnd. Kommunstyrelsen kommer årligen att följa upp synpunktsstatistiken utifrån sin uppsiktsplikt.

I denna redovisning till Kommunstyrelsen redovisas antalet inkomna och avslutade synpunkter för perioden 1 januari till 31 december 2022, samt fördelning över verksamhetsområden och kriterier.

Nämnden redovisar också eventuella åtgärder och förbättringar som synpunkterna resulterat i.

Sammanfattning

År 2022 har det kommit in 30 synpunkter och klagomål till Sociala omsorgsförvaltningen. Mängden är ungefär lika stor varje år och det gäller även fördelningen mellan verksamhetsområden som synpunkterna.

Fortfarande gäller att det inte går att dra några generella slutsatser om verksamheternas kvalitet utifrån de synpunkter och klagomål som kommit in. Det beror dels på att det är ett för litet underlag, dels på grund av att synpunkter och klagomål hanteras på olika sätt inom förvaltningen beroende på vem som tar emot dem.

Synpunkter och klagomål är spridda över flera verksamhetsområden. Flest rör myndighetsutövning och gruppboendestäder LSS, både i egen och privat regi.

Förvaltningen kan bli bättre på att mer systematiskt fånga upp och registrera synpunkter och klagomål från brukare. Ett annat förbättringsområde är att integrera befintligt synpunktshanteringsystem - på kommunalt övergripande nivå - med de föreskrifter som Sociala omsorgsförvaltningens verksamheter har att förhålla sig till, t.ex. Socialstyrelsens föreskrifter SoSFS 2011:9.

2 Antal inkomna synpunkter januari – december 2022

Verksamhetsområde	Antal	Vanligaste verksamhetsspecifika synpunkten
Gruppboendestäder LSS, egen regi	6	Bemötande och information.
Gruppboendestäder LSS, privat regi	5	Fysisk miljö och tjänst.
Personlig assistans och LSS-team	4	Fysisk miljö och bemötande.
SoL-boende	1	Information.
Gemensam administration	3	Tjänst och information.
Hemsjukvård	1	Bemötande.
Daglig verksamhet	2	Bemötande och information.
Myndighetsutövning	5	Går inte att svara på eftersom tre av ärendena är sekretessmarkerade.
Överförmyndaren	3	Går inte att svara på eftersom två av ärendena är sekretessmarkerade.
Summa	30	

3 Fördelning kommungemensamma kriterier

3.1 Fördelning kommungemensamma kriterier

Kommungemensamma kriterier	Beröm jan-dec 2022	Fråga jan-dec 2022	Förslag jan-dec 2022	Klagomål jan-dec 2022	Totalt jan-dec 2022
Bemötande	0	1	0	5	6
Fysisk miljö	0	1	0	5	6
Information	0	5	0	3	8
Tjänster	0	1	0	2	3
Totalt	0	8	0	15	23

Sju synpunkter och klagomål saknar kategorisering eftersom de är sekretessmarkerade. Det går alltså inte att se vad det som inkommit gäller.

4 Ständiga förbättringar

17 av de 30 synpunkterna och klagomålen har lett till åtgärder och förändringar. När det gäller frågor så har dessa besvarats. När det gäller synpunkter eller klagomål på en insats så har ansvarig chef utrett och vidtagit åtgärder, oftast i dialog med den som skickat in synpunkten om sekretessbestämmelserna tillåtit det. Det kan t.ex. handla om att ändra arbetssätt eller förändring av fysisk miljö.

En synpunkt som återkommer år efter år är frågan om möjligheten för brukare och personal att använda kontokort för inköp i butiker och restauranger. Frågan är under utredning men kan inte besvaras förrän beslut fattats på nationell nivå om vad som gäller.

5 Avslutade synpunktsärenden

Totalt antal avslutade ärenden	Totalt antal ej avslutade ärenden	Totalt antal synpunkter som inkom under perioden januari – december 2022
29	1	30

6 Synpunktsrutinen

	Status	Kommentar
Förvaltningen har under året följt synpunktsrutinen	Till större delen	Förvaltningen följer rutinen till stor del. De brister som finns handlar om att ansvarig handläggare för ärendena inte besvarat det som inkommit inom utsatt tid och att den som tagit emot synpunkten eller klagomålet inte har kategoriserat det på rätt sätt.

7 Vidarebefordrade ärenden

Antal vidarebefordrade synpunkter till externa organisationer, föreningar eller bolag.	5
---	----------

Fem synpunkter och klagomål rör privat utförare av bostad med särskild service LSS. Synpunkterna och klagomålen rör samma verksamhet, en gruppbofastad, och samme brukare.

Herawati Nowak
Handläggare
033 35 58 57

Datum
2023-02-27

Instans
Sociala omsorgsnämnden
Dnr SON 2023-00017 1.1.3.1

Rapportering av uppföljning av tillgänglighetsarbete i Borås stad och Sociala omsorgsnämndens samarbetsuppdrag, 2022

Sociala omsorgsnämndens beslut

Sociala omsorgsnämnden föreslås besluta att godkänna rapporterna. Rapporterna översänds till Kommunstyrelsen.

Sammanfattning

I samband med Kommunfullmäktiges beslut till ny nämndsorganisation (Kommunfullmäktige 2016-03-17) fick Sociala omsorgsnämnden ett särskilt uppdrag avseende tillgänglighet. Samarbetsuppdraget syftar till att säkra en helhetssyn utifrån kommunens och medborgarnas bästa.

Sociala omsorgsnämnden har tillsatt en funktionshinderkonsulent som samordnar och planerar samarbetsuppdraget. Sociala omsorgsnämnden ska också lämna uppföljningen av program för ett tillgängligt samhälle och samarbetsuppdraget årligen. Rapporten ger en helhetsbild av hur olika förvaltningar arbetar med tillgänglighetsfrågor och hur Sociala omsorgsnämnden utför sitt samarbetsuppdrag.

Beslutsunderlag

1. Rapport - Uppföljning av tillgänglighetsarbete 2022
2. Rapport - Samarbetsuppdrag tillgänglighet 2022

Beslutet expedieras till

1. Kommunstyrelsen

Yvonne Persson
Ordförande

Magnus Stenmark
Förvaltningschef



RAPPORT

Datum
2022-12-02

Sida
1(8)

Uppföljning av tillgänglighetsarbete i Borås Stad - 2022

Sammanfattning

- Alla tjänstepersoner på förvaltningsledningsnivå har kännedom om FN konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och känner till stadens program för ett tillgängligt samhälle.
- De flesta förvaltningar följer målsättningar som finns i program eller handlingsplanen för ett tillgängligt samhälle för att systematisera funktionshinderfrågor i förvaltningen.
- Mindre än hälften av förvaltningar svarade att funktionshinderperspektiv ingår i stor utsträckning i övriga arbeten med mångfaldsfrågor t.ex. barnrätt, jämställdhet eller Agenda 2030.
- De flesta förvaltningar har någon eller några tjänstepersoner som har ett övergripande ansvar för arbetet med funktionshinderfrågor.
- Förvaltningarna arbetat på olika sätt för att inhämta kunskap från personer med funktionsnedsättning.
- De flesta ställer tillgänglighetskrav vid upphandling. Däremot, endast fyra förvaltningar har under de senaste åren ställt tillgänglighetskrav vid upphandling i alla eller de flesta upphandlingar.
- Alla förvaltningar arbetar i en viss utsträckning till stor utsträckning inom rekryteringsprocessen. Däremot, endast fyra förvaltningar arbetar i stor utsträckning i det systematiska arbetsmiljöarbetet, att utformat interna arbets- och kommunikationsplattformar och att göra rekryteringsprocessen tillgänglig.
- De flesta förvaltningar arbetar för att se till att deras digitala tjänster och dokument som publiceras är utformat på ett tillgängligt sätt.
- En tredje del svarade att utmaning som finns i förvaltningen för att arbeta med tillgänglighetsfrågor är okunskap och låg kompetens. Andra menade att även om kunskapen finns tillgänglighet är stora och komplexa frågor. Andra utmaningarna relaterat på andra faktorer såsom digitala begränsningar, resurs brist – tid, ekonomi och personal, brist på öronmärkta budget till tillgänglighetsarbete i sin förvaltning.

Innehåll

Inledning och/eller bakgrund	4
Metod	5
Resultat	6
3.1 Det nationella målet för funktionshinderspolitiken	6
3.2 Föra dialog och inhämta kunskap från personer med funktionsnedsättning.....	7
3.3 Krav på tillgänglighet vid upphandling	7
3.4 Universell utformade arbetsplats	8
3.5 Tillgänglighet inom kommunikation	8
3.6 Utmaningar som uppstår	8

1 Inledning

Sverige har antagit FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Alla har rätt att vara fullvärdiga medborgare och ta del av mänskliga rättigheter. Konventionen förtydligar att ingen människa får diskrimineras eller uteslutas från någon del av samhällslivet. Genom att ha kännedom om FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning kan ni bidra till ökad tillgänglighet och att personer med funktionsnedsättning ges full delaktighet i samhällslivet.

Program för ett tillgängligt samhälle är ett av många program som stadens nämnder och bolagsstyrelser ska utgå ifrån när de planerar och följer upp sitt arbete för att nå stadens mål om en stad för alla. Det bygger på FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, den nationella funktionshinderpolitiken och på stadens vision 2025. Programmet visar kommunens ambitioner för att personer med funktionsnedsättning ska kunna leva ett gott liv i Borås. Ytterst handlar det om alla människors lika värde och rätt att delta i samhället.

Syftet med programmet är att ge vägledning för att säkerställa att personer med funktionsnedsättning får samma möjligheter som andra att utöva sina demokratiska rättigheter och skyldigheter. I programmet tydliggörs stadens inriktning för arbetet. Programmet ska leda till åtgärder för att undanröja de brister och hinder som idag finns för tillgänglighet, delaktighet och jämlikhet för personer med funktionsnedsättning.

Alla nämnder och bolagsstyrelser ansvarar för att genomföra och förverkliga programmet. Detta görs inom ramen för ordinarie planering och uppföljning av verksamheten. Programmet utgör vidare en grund för samverkan inom staden och för samråd med de organisationer som företräder personer med funktionsnedsättning samt andra berörda aktörer och ansvariga huvudmän. Programmet* följs sedan av handlingsplan.

I utvärderingen av program för ett tillgängligt samhälle 2020 har tio av sexton förvaltningschefer och Vice Direktör från Borås stads egna bolag svarade att program för ett tillgängligt samhälle ska integreras i andra styrdokument eller stadens värdegrund. I samband med arbete med Mänskliga rättigheter har Program för ett tillgängligt samhälle 2016-2020 förlängdes. Sociala Omsorgsnämnden har dock fortfarande ansvar att programmet uppföljs. Uppföljning handlar om att registrera och beskriva ett händelseförlopp, det vill säga svara på frågan vad som har hänt i staden. Resultaten ger en överblick om hur förvaltningarna arbetar med tillgänglighetsfrågor.

2 Metod

Enkät består av 20 frågor skickades till alla förvaltningar i november 2022. Påminnelser skickades efter två veckor till de som inte hade svarat. Alla förutom en förvaltning svarade på enkäten.

Tema på frågor på enkäten:

- Det nationella målet för funktionshinderpolitiken
- Att inhämta kunskap från personer med funktionsnedsättning
- Krav på tillgänglighet vid upphandling
- Universell utformade arbetsplats
- Tillgänglig kommunikation
- Utmaningar som uppstår

3 Resultat

3.1 Det nationella målet för funktionshinderspolitiken

Det nationella målet för funktionshinderspolitiken är att, med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund. Målet ska bidra till ökad jämställdhet och till att barnrättsperspektivet ska beaktas.

För att nå det nationella målet ska genomförandet av funktionshinderspolitiken inriktas mot fyra arbetssätt:

- Principen om universell utformning
- Identifiera och åtgärda befintliga brister i tillgängligheten
- Individuella stöd och lösningar för individens självständighet
- Förebygga och motverka diskriminering

För att arbetet med funktionshinderfrågor ska bli framgångsrikt och hållbart är det bra med struktur och systematik. Ett systematiskt arbete kan ge stöd och förståelse för hur ni ska arbeta med tillgänglighet och delaktighet i verksamheten. Det tydliggör även vilket ansvar olika delar av verksamheter inom kommunen har och på vilket sätt de behöver arbeta. Ett sätt för att skapa systematik i arbetet är att utgå från en funktionshinderspolitisk strategi. Ett annat sätt är att arbetet med funktionshinderfrågor integreras i andra övergripande dokument. Som nämnd i inledningen har Borås stad styrdokument – Program och handlingsplan för ett tillgängligt samhälle.

Har förvaltningar i Borås stad god förståelse för funktionshinderfrågor inom ledningen?

Vi frågade förvaltningarna om tjänstepersoner på förvaltningsledningsnivå deltagit i kunskapshöjandeinsatser om det nationella funktionshinderpolitiska målet och dess inriktning under de senaste tolv månaderna. Kunskapshöjande insatser är utbildningar eller andra kompetensutvecklande åtgärder. Det handlar exempelvis om webbutbildningar, seminarier eller konferenser internt eller externt. Nio av femton förvaltningar svarade att tjänstepersoner på förvaltningsledningsnivå inte har deltagit i kunskapshöjandeinsatser men alla har kännedom om FN konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och känner till stadens program för ett tillgängligt samhälle.

I vilken utsträckning används programmet i praktiken?

Tio av femton förvaltningar följer målsättningar som finns i program eller handlingsplanen för ett tillgängligt samhälle för att systematisera funktionshinderfrågor i förvaltningen. Målsättningarna tillämpas genom t.ex. verksamhetsplaner, anpassade rutiner och arbetssätt, integrering i linjearbete, medverkande i arbetsgrupper och kontinuerligt utbildning av anställda.

Ingår funktionshinderperspektivet i förvaltningarna arbete med mångfaldsfrågor?

Sex förvaltningar svarade att funktionshinderperspektiv ingår i stor utsträckning i övriga arbeten med mångfaldsfrågor, exempelvis barnrätt, jämställdhet eller Agenda 2030. Åtta förvaltningar arbetar i en viss utsträckning att funktionshinderperspektivet ingår i övriga arbeten med mångfaldsfrågor. Elva av femton förvaltningar har någon eller några tjänstepersoner som har ett övergripande ansvar för arbetet med funktionshinderfrågor.

3.2 Föra dialog och inhämta kunskap från personer med funktionsnedsättning

Att Sverige har antagit FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning innebär att staten, regioner och kommuner ska involvera personer med funktionsnedsättning i beslut och verksamheter som på olika sätt berör deras liv. Aktiv involvering beskrivs i artikel 4.3 i FN-konventionen:

"I utformning och genomförande av lagstiftning och riktlinjer för att genomföra denna konvention och i andra beslutsfattande processer angående frågor som berör personer med funktionsnedsättning ska konventionsstaterna nära samråda med och aktivt involvera personer med funktionsnedsättning, däribland barn med funktionsnedsättning, genom de organisationer som företräder dem."

Genom dialog och inhämta kunskap och synpunkter från personer med funktionsnedsättning kan staden ökad kunskap om hinder för delaktighet och vad ni kan göra för att åtgärda dem.

Fem förvaltningar har arbetat i stor uträkning och sju förvaltningar arbetar i viss utsträckning för att inhämta kunskap och få synpunkter från personer med funktionsnedsättning. Förvaltningarna arbetat på olika sätt för att inhämta kunskapen:

- Direkt dialog med målgruppen eller/och funktionshinderföreningar
- Undersökning såsom LUPP, brukarenkäten, osv.
- Genom medborgare dialoger
- Dialog med anhöriga till barn med funktionsnedsättning
- Deltagande på funktionshinderråd

3.3 Krav på tillgänglighet vid upphandling

Att ställa krav på tillgänglighet i upphandlingar är ett effektivt sätt att förbättra tillgängligheten för personer med funktionsnedsättning. Det bidrar till att fler lokaler, produkter och tjänster blir tillgängliga och enklare att använda. Att ställa krav på tillgänglighet är reglerat i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling.

Endast fyra förvaltningar har under de senaste åren ställt tillgänglighetskrav vid upphandling i alla eller de flesta upphandlingar. Sju förvaltningar ställt tillgänglighetskrav i någon eller några upphandlingar. De som ställer krav har något form av utvärderings metod för att följa upp tillgänglighetskraven.

3.4 Universell utformade arbetsplats

En universell utformade arbetsplats är arbetsplats som bygger på mångfald så att den passar så många som möjligt. För att vara en universell utformade arbetsplats behöver tillgänglighetsperspektiv finnas i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Det är också viktigt att internt arbets- och kommunikationsplattformar utformat på ett tillgängligt sätt och att göra rekryteringsprocessen tillgänglig.

Alla förvaltningar arbetar i en viss utsträckning till stor utsträckning inom rekryteringsprocessen. En tillgänglig rekryteringsprocess handlar bland annat om att: formulera innehåll och krav i annonser på ett sätt som inte utesluter personer med funktionsnedsättning på ett diskriminerande sätt och hålla intervjuer i tillgängliga lokaler.

Endast fyra förvaltningar arbetar i stor utsträckning i det systematiska arbetsmiljöarbetet, att utformat interna arbets- och kommunikationsplattformar och att göra rekryteringsprocessen tillgänglig. Tolv förvaltningar arbetar i viss utsträckning i vissa delar och i stor utsträckning eller inte alls i andra delar.

3.5 Tillgänglighet inom kommunikation

Digitaliseringen innebär att invånare ska kunna ta kontakt och ta del av information digitalt. För att detta ska fungera är det centralt att er externa webbplats är tillgänglig för personer med funktionsnedsättning.

Tretton av femton förvaltningar arbetar i en viss till stor utsträckning för att se till att deras digitala tjänster och dokument som publiceras är utformat på ett tillgängligt sätt.

3.6 Utmaningar som uppstår

I enkäten frågade vi om utmaningar som förvaltningarna upplever för att arbeta med tillgänglighet. En tredje del svarade att kunskap och kompetens saknas i sin förvaltning. Även om kunskapen finns tillgänglighet är stora och komplexa frågor. Tre förvaltningar svarade att Tillgänglighetsfrågor inte ingår i förvaltningens målområde och/ eller förvaltning arbetar inte mot målgruppen. Andra upplever att:

- tillgänglighetsanpassningar inte kan göras i vissa områden
- det finns digitala begränsningar
- resurs brist – tid, ekonomi och personal
- öronmärkta budget tilltillgänglighetsarbete saknas



RAPPORT

Datum
2023-01-11

Sida
1(10)

Samarbetsuppdrag – tillgänglighet 2022

Sammanfattning

I samband med Kommunfullmäktiges beslut till ny nämndsorganisation (Kommunfullmäktige 2016-03-17) fick Sociala omsorgsnämnden ett särskilt uppdrag avseende tillgänglighet. Samarbetsuppdraget syftar till att säkra en helhetssyn utifrån kommunens och medborgarnas bästa.

Sociala omsorgsnämnden har tillsatt en funktionshinderkonsulent som samordnar och planerar samarbetsuppdraget.

Funktionshinderkonsulenten har ett övergripande uppdrag i kommunen, vilket innebär att tjänsten riktar sig till alla förvaltningar, Borås bolag och även funktionshinderföreningar samt näringslivet. Tjänsten är en neutral part som kan ge stöd och råd till föreningar, tjänstepersoner och politiker i tillgänglighet relaterande frågor. I uppdraget ingår bland annat att:

- driva tillgänglighetsfrågor i staden
- öka kunskap om personer med funktionsnedsättning, universell utformning och tillgänglighet
- revidera, följa upp och utvärdera Program och handlingsplan för ett tillgängligt samhälle
- vara kontaktperson till t.ex. olika kommuner i Sverige, Myndighet för Delaktighet, Länsstyrelsen
- delta i funktionshinderråden enligt Borås Stad funktionshinderrådsreglemente § 3.

Innehåll

Samarbetsuppdrag – tillgänglighet 2022	1
Sammanfattning	2
Innehåll	3
1 Inledning.....	4
2 Arbetsformer	5
3 Beskrivning av nuläget	6
3.1 Uppföljning av Program och handlingsplan för ett tillgängligt samhälle	6
3.2 Öka kunskap.....	6
3.2.1 Politisk och lednings nivå	6
3.2.2 Tjänstepersoner nivå.....	7
3.3 Övriga samarbete och konsultativt stöd	8
3.3.1 Följa med-kortet	8
3.3.2 Konsultativt stöd	8
3.4 National och international.....	8
3.4.1 LUPP – undersökning	8
3.4.2 Nätverk	8
3.4.3 Internationellt samarbete.....	9
4 Rekommendationer till arbete framöver.....	10

1 Inledning

I samband med Kommunfullmäktiges beslut till ny nämndsorganisation (Kommunfullmäktige 2016-03-17) fick Sociala omsorgsnämnden ett särskilt uppdrag avseende tillgänglighet.

I samband med den nya nämndsorganisationen uttrycktes en oro för att de nya facknämnderna skulle utveckla ett ”stuprörstänk” där det egna ansvarsområdet kunde gå ut över det allmänt bästa. En rad frågor definierades som berör mer än en nämnd såsom lokalt inflytande, frågor om barn och unga, tillgänglighetsfrågor.

Samarbetsuppdraget syftar till att säkra en helhetssyn utifrån kommunens och medborgarnas bästa.

Samarbetsuppdraget innebär att nämnden har:

- befogenhet att sammankalla berörda nämnder
- ansvar att samarbetsuppdraget kommer igång
- ansvar att skapar förutsättningar, arbetsformer, och legitimitet för samarbete
- ansvar att formulera mål för uppdraget
- ansvar att resultat mäts, utvärderas och redovisas.

Samarbetsuppdrag

- Lokalt inflytande
Fritid- och folkhälsonämnden får ett särskilt samarbetsuppdrag avseende lokalt inflytande, demokratifrågor och mötesplatser.
- Samhällsbyggnadsprocessen
Samhällsbyggnadsnämnden får ett särskilt samarbetsuppdrag avseende samhällsbyggnadsprocessen.
- Barn och unga
Individ- och familjeomsorgsnämnden får ett särskilt samarbetsuppdrag avseende barn och unga.
- Boendeprocessen
Individ- och familjeomsorgsnämnden får ett särskilt samarbetsuppdrag avseende boendeprocessens "mjuka frågor".
- Tillgänglighet
Sociala omsorgsnämnden får ett särskilt samarbetsuppdrag avseende tillgänglighet.

2 Arbetsformer

Sociala omsorgsnämnden har, utifrån Kommunfullmäktiges beslut om särskilt samarbetsuppdrag kring tillgänglighet, utarbetat arbetsformer med andra nämnder med övergripande målsättningen att förbättra tillgängligheten för personer med funktionsnedsättning.

Tillgänglighetsarbetet fokuseras kring tre områden, den fysiska tillgängligheten, den kognitiva tillgängligheten och tillgänglighet där social och kulturell upplevelse är central. Sociala omsorgsnämnden har tillsatt en funktionshinderkonsulent som samordnar och planerar samarbetsuppdraget.

Funktionshinderkonsulenten har ett övergripande uppdrag i kommunen, vilket innebär att tjänsten riktar sig till alla förvaltningar, Borås bolag och även funktionshinderföreningar samt näringslivet. Tjänsten är en neutral part som kan ge stöd och råd till funktionshinderföreningar, tjänstepersoner och politiker i tillgänglighet relaterande frågor. Funktionshinderkonsulenten är också en länk mellan funktionshinderföreningar och kommunen.

I uppdraget ingår bland annat att:

- driva tillgänglighetsfrågor i staden
- öka kunskap om personer med funktionsnedsättning, universell utformning och tillgänglighet
- revidera, följa upp och utvärdera Program och handlingsplan för ett tillgängligt samhälle
- ge konsultativt stöd i olika aktiviteter som Borås Stad arrangerar
- samordna program till nationella samt internationella studiebesöken gällande tillgänglighet
- vara kontaktperson till t.ex. olika kommuner i Sverige, Myndighet för Delaktighet, Länsstyrelsen
- delta i funktionshinderråden enligt Borås Stad funktionshinderrådsreglemente § 3
- omvärldsbevaka tillgänglighetsfrågor

3 Beskrivning av nuläget

3.1 Uppföljning av Program och handlingsplan för ett tillgängligt samhälle

Program för ett tillgängligt samhälle är ett av många program som stadens nämnder och bolagsstyrelser ska utgå ifrån när de planerar och följer upp sitt arbete för att nå stadens mål om en stad för alla. Det bygger på FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, den nationella funktionshinderpolitiken och på stadens vision 2025. Programmet visar kommunens ambitioner för att personer med funktionsnedsättning ska kunna leva ett gott liv i Borås. Ytterst handlar det om alla människors lika värde och rätt att delta i samhället.

Syftet med programmet är att ge vägledning för att säkerställa att personer med funktionsnedsättning får samma möjligheter som andra att utöva sina demokratiska rättigheter och skyldigheter. I programmet tydliggörs stadens inriktning för arbetet. Programmet ska leda till åtgärder för att undanröja de brister och hinder som idag finns för tillgänglighet, delaktighet och jämlikhet för personer med funktionsnedsättning.

Alla nämnder och bolagsstyrelser ansvarar för att genomföra och förverkliga programmet. Detta görs inom ramen för ordinarie planering och uppföljning av verksamheten. Programmet utgör vidare en grund för samverkan inom staden och för samråd med de organisationer som företräder personer med funktionsnedsättning samt andra berörda aktörer och ansvariga huvudmän. Programmet* följs sedan av handlingsplan.

I utvärderingen av program för ett tillgängligt samhälle 2020 har tio av sexton förvaltningschefer och Vice Direktör från Borås stads egna bolag svarat att program för ett tillgängligt samhälle ska integreras i andra styrdokument eller stadens värdegrund. I samband med arbete med Mänskliga rättigheter har Program för ett tillgängligt samhälle 2016-2020 förlängts. Sociala Omsorgsnämnden har dock fortfarande ansvar att programmet uppföljs.

Resultat från uppföljningen finns i ett separat rapport – Uppföljning av tillgänglighetsarbete.

3.2 Öka kunskap

3.2.1 Politisk och lednings nivå

Presidie- workshop

Sedan 2018 har Sociala Omsorgsnämnden erbjudit workshop till presidier, bolag styrelser och förvaltningschefer gällande tillgänglighet minst en gång per år. Syfte med workshopen är att öka kunskap om Universell utformning och tillgänglighet. Målet med workshopen är att arbeta tillsammans för att öka kunskap på tillgänglighetsfrågor i olika områden på organisationsnivå.

I workshopen har Sociala Omsorgsnämnden tagit upp ämnen såsom:

- Universell Utformning

- Kognitiv tillgänglighet
- Alternativ och kompletterande kommunikation

Eftersom 2022 var ett val år har fokus området i workshopen varit tillgänglighet i valet. Sociala Omsorgsnämnden har bjudit in bland annat workshop – Att bli lättläst politiker.

3.2.2 Tjänstepersoner nivå

Tillgänglighets utbildningar

Sociala Omsorgsnämnden har erbjudit både fysiska och digitala utbildningar gällande tillgänglighet. I 2022 har funktionshinderkonsulenten utbildad:

- 85 bibliotek personal inom tillgänglighet
- tjugotals administrativt personal på vård och äldre förvaltningen om webbdirektivet och tillgänglig dokument
- samt genomförde utbildning om tillgänglighetskrav vid upphandling till personal på koncerninköp.

Sociala Omsorgsnämnden har också bidragit till att öka tillgängligheten i valet. I nära samarbete med valprojektgruppen har funktionshinderkonsulenten och tillgänglighetskonsulenten utvecklat material till röstmottagarna.

Tillgänglighetombud

Det finns cirka 24 tillgänglighetsombud i Borås Stad. Tillgänglighetsombud är representanter från olika förvaltningar och bolag. Huvuduppdraget av tillgänglighetsombud är att

- på sin förvaltning/bolag bevaka och lyfta frågor om tillgänglighet, delaktighet och jämlikhet för personer med funktionsnedsättning
- stödja chefer och medarbetare i frågor som rör tillgänglighet, delaktighet och jämlikhet.

Tillgänglighetsombud träffas två gånger per år och samordnas av sociala omsorgsförvaltningen tillsammans med Lokalförsörjningsförvaltningen. På tillgänglighetsombudens träffar diskuteras frågor om tillgänglighet i staden och man utbyter erfarenheter och information med varandra.

De flesta tillgänglighetsombud har haft uppdraget i mer än ett år och utsett av sin närmaste chef. År 2022 utvärderades nätverket och utifrån resultatet tycker de flesta att förvaltningar eller bolag ska utse tillgänglighetsombud varje år. Alla tycker att de har tillräckligt med kunskap för att stötta deras kollegor i tillgänglighetsfrågor och haft möjlighet att bevaka och lyfta tillgänglighet, delaktighet och jämlikhetsfrågor i sin förvaltning/ bolag. Inte alla har dock möjlighet att medverka på träffarna eller har mandat i sin förvaltning att främja tillgänglighetsfrågor.

Några förbättringsområden som önskas är:

- för tillgänglighetsombud att ha gemensamt mål
- utbildning om ombudets ansvar/roll
- mer goda exempel från varandra
- temadagar, tillgänglighetsdag eller studiebesök

3.3 Övriga samarbete och konsultativt stöd

3.3.1 Följa med-kortet

Ett Följa med-kort är ett kort som gör det lättare för personer som har en funktionsnedsättning att ta del av kultur-och fritidsverksamheter. Kortet är för personer som har funktionsnedsättning och som bor i kommunen och behöver ta med en annan person som stöd vid aktiviteter eller arrangemang. Kortet är personligt vilket innebär att personen själv väljer vem som ska följa med sig till aktiviteterna. Med Följa med-kortet betalar personer som har en funktionsnedsättning sin aktivitet och den som följer med betalar inte.

För att genomföra insatsen har Sociala Omsorgsnämnden samarbetat med kulturnämnden, Fritids-och folkhälsonämnden och föreningar.

År 2022 har totalt 88 personer ansökt om kortet (37 Flickor/ kvinnor och 51 pojkar/män). Tjugotals organisationer/verksamheter har anslutit sig till Följa med-kortet.

3.3.2 Konsultativt stöd

Funktionshinderkonsulenten erbjuder konsultativt stöd i sin tjänst. Stödet bland annat handlar om

- tillgänglig anpassning av dokument
- placering av skyltar
- tillgänglighet i Textilmuseet.

3.4 National och international

3.4.1 LUPP – undersökning

Borås stad deltar i LUPP-undersökning (lokal uppföljning ungdomspolitiska programmet), en nationell undersökning från MUCF (Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor). Tillsammans med Stadens ungdomstrateg har vi utvecklat en anpassad LUPP. Anpassade materialet gjorde att även elever med funktionsnedsättning har möjlighet att delta i undersökningen. MUCF har sedan dess använt vårt anpassade material och utvecklat det vidare.

3.4.2 Nätverk

Funktionshinderkonsulenten har haft kontinuerligt kontakt med andra yrkesverksamma genom att delta i ett nätverk som samordnas av Myndigheten för Delaktighet (MFD) och har nära kontakt med yrkesverksamma som arbetar inom tillgänglighets frågor i Västra Götaland.

3.4.3 Internationellt samarbete

2020 beviljade Sida Borås stad medel för ett Kommunalt partnerskap, förberedelsefas med Vracar, Serbien. Medlen förmedlades genom Internationellt partnerskap för lokal demokrati (ICLD). Sociala Omsorgsnämnden tillsammans med Lokala försörjningsnämnden leder ett samarbetsprojekt med Vracar, Serbien. Projektet pågår fram till år 2024. Syfte med projektet är staden (både Borås och Vracar) får kontinuerligt feedback från funktionshinderföreningar och personer med funktionsnedsättning.

Årlig rapport om projektet till Sociala Omsorgsnämnden sker i samband med redovisning som staden skickar till ICLD.

4 Rekommendationer till arbete framöver

Under 2023 ska tillgänglighetsarbete fokusera på:

- fortsätta öka kunskap om universell utformning och tillgänglighet i staden
- utveckla ny metod för att följa upp och utvärdera tillgänglighetsarbete i staden
- frågor gällande tillgänglighet i Borås som arbetsplats. Detta arbete är i linjen även med nämndens mål område att vara en attraktiv arbetsgivare
- Utveckla tillgänglighetsombudträffar tillsammans med representanter från förvaltningar och bolag
- att ha närmare samarbete med Fritids och folkhälsonämnden med att inkludera frågor om funktionsnedsättning i enkäter som riktat sig till Boråsare.