

Datum
2024-03-11Instans
Sociala omsorgsnämnden

Sociala omsorgsnämndens ledamöter och ersättare kallas härmed till sammanträde i Sociala omsorgsförvaltningen Bryggaregatan 15, **måndagen den 18 mars 2024 kl. 17:30**

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

Yvonne Persson
Sociala omsorgsnämndens
Ordförande

Magnus Stenmark
Förvaltningschef

Partigruppsmöten för politisk beredning äger rum på sammanträdesdagen på Bryggaregatan 15, plan 5.

Mitt S-samverkan, sammanträdesrum Granen, kl. 16.30

Moderaterna och Kristdemokraterna, sammanträdesrum Tallen, kl. 16.30

Sverigedemokraterna, sammanträdesrum Pilen, **OBS! Från kl.16.00**

Vänsterpartiet, sammanträdesrum Sälgen, **OBS! Från kl. 16.00**

Förhinder anmäls alltid till Josefine Christiansen, 033 353854 eller via e-post: josefine.christiansen@boras.se

Ärendelista

1. Beredning av ärenden i gruppmöte
2. Upprop och val av protokolljusterare
3. Allmänhetens frågestund
4. Fastställande av föredragningslista
5. Besök från verksamhet
6. Förvaltningen informerar
7. Månadsuppföljning ekonomi 2024
Dnr 2023-00244 1.2.4.1
8. Årsrapport GDPR för Sociala omsorgsnämnden 2023
Dnr 2023-00254 1.1.3.1
9. Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse för Sociala omsorgsnämnden 2023
Dnr 2023-00255 1.1.3.1
10. Initiativärende (L+KD): Rätten till sexuell hälsa för personer med LSS-beslut
Dnr 2023-00243 1.1.3.1
11. Initiativärende (L + KD) - Jobbmässa i Borås Stad
Dnr 2023-00228 1.1.3.1
12. Remiss om avfallsföreskrifter 2024
Dnr 2024-00018 3.3.3.0
13. Arvode för deltagande på samverkansdag och planeringsdag
Dnr 2023-00209 1.1.3.0
14. Redovisning av delegationsbeslut 2024
Dnr 2023-00251 1.1.3.1
15. Redovisning av inkomna och avgivna skrivelser 2024
Dnr 2023-00252 1.1.3.1
16. Övriga frågor

Indira Cavka
HandläggareDatum
2024-03-18Instans
Sociala omsorgsnämnden
Dnr SON 2023 – 00244 1.2.4.1

Månadsuppföljning ekonomi t.o.m. februari 2024

Sociala omsorgsnämndens beslut

Sociala omsorgsnämnden beslutar att godkänna månadsuppföljning ekonomi till och med februari 2024.

Sammanfattning av ärendet

Sociala omsorgsförvaltningen gör en positiv budgetavvikelse till och med februari 2024 på 2 796 tkr. Två tolfte delar av nämndens buffert ingår i resultatet med 1 424 tkr. Nämndens buffert under året är 8 546 tkr.

Prognosen för helåret är i nuläget en budget i balans.

Beslutsunderlag

1. Månadsrapport ekonomi t.o.m. februari 2024, Sociala omsorgsnämnden

Yvonne Persson
OrdförandeMagnus Stenmark
Förvaltningschef



BORÅS STAD

Månadsrapport Februari 2024

Sociala omsorgsnämnden

Innehållsförteckning

1 Inledning	3
2 Nämndens verksamhet	3
2.1 Resultat	3
2.2 Budgetavvikelse	4
3 Verksamhetsmått	6
3.1 Funktionshinderverksamhet LSS.....	6
3.2 Funktionshinderverksamhet SoL	6

1 Inledning

För att Sociala omsorgsnämnden ska kunna bibehålla och utveckla kvaliteten i verksamheterna krävs att förvaltningen arbetar 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. Det arbetas därför 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.

Sociala omsorgsnämnden redovisar till och med februari ett överskott med 2 796 tkr. Två tolfte delar av nämndens buffert ingår i resultatet med 1 424 tkr. Nämndens buffert under året är 8 546 tkr. Prognosen för helåret är i nuläget en budget i balans.

2 Nämndens verksamhet

2.1 Resultat

Ekonomiskt sammandrag

tkr	Utfall perioden	Budget perioden	Period- avvikelse	Årsbudget	Prognos avvikelse
Statsbidrag	2 205	2 608	-403	15 646	0
Avgifter och övriga intäkter	15 694	15 261	433	101 351	0
Summa intäkter	17 899	17 869	30	116 997	0
Personalkostnader	-94 221	-94 440	219	-598 882	0
Lokalkostnader	-4 228	-4 375	147	-26 463	
Material och tjänster	-55 126	-56 109	983	-336 954	0
Kapitalkostnader	-124	-117	-7	-702	0
Summa kostnader	-153 699	-155 041	1 342	-963 001	0
Buffert	0	-1 424	1 424	-8 546	
Nettokostnad	-135 800	-138 596	2 796	-854 550	0
Kommunbidrag	138 596	138 596		854 550	
Resultat efter kommunbidrag	2 796	0		0	0

Resultatanalys

2.2 Budgetavvikelse

Verksamheternas nettokostnader

tkr	Utfall perioden	Budget perioden	Period avvikelse	Årsbudget	Prognos avvikelse
Central administration					
Intäkt	289	323	-34	1 940	0
Kostnad	-5 892	-6 144	252	-36 866	0
Nettokostnad	-5 603	-5 821	218	-34 926	0
Politisk verksamhet					
Intäkt	0	0	0	0	0
Kostnad	-141	-270	129	-1 620	0
Nettokostnad	-141	-270	129	-1 620	0
Vård och omsorg i ordinärt boende					
Intäkt	1 120	1 268	-148	12 861	0
Kostnad	-5 357	-6 024	667	-42 117	0
Nettokostnad	-4 237	-4 756	519	-29 256	0
Vård och omsorg i särskilt boende					
Intäkt	1 239	1 382	-143	8 292	0
Kostnad	-15 566	-16 448	882	-101 740	0
Nettokostnad	-14 327	-15 066	739	-93 448	0
Insatser enl LSS					
Intäkt	21 426	20 718	708	159 387	0
Kostnad	-131 931	-130 726	-1 205	-838 461	0
Nettokostnad	-110 505	-110 008	-497	-679 074	0
Övrig vård och omsorg					
Intäkt	626	652	-26	5 577	
Kostnad	-1 613	-1 902	289	-13 257	
Nettokostnad	-987	-1 250	263	-7 680	
Buffert					
Intäkt				0	
Kostnad	0	-1 425	1 425	-8 546	
Nettokostnad	0	-1 425	1 425	-8 546	
Totalt					
Intäkt	24 700	24 343	357	188 057	0
Kostnad	-160 500	-162 939	2 439	-1 042 607	0
Nettokostnad	-135 800	-138 596	2 796	-854 550	0

2.2.1 Central administration

Inom verksamheten central administration redovisas främst kostnader för centrala stödfunktioner.

Budgetavvikelse

Prognosen för helåret visar 0 tkr i budgetavvikelse.

2.2.2 Politisk verksamhet

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

Budgetavvikelse

Prognosen för helåret visar 0 tkr i budgetavvikelse.

2.2.3 Vård och omsorg i ordinärt boende

Inom verksamheten vård och omsorg i ordinärt boende redovisas SoL insatser som utförs i ordinärt boende. Insatserna som redovisas i det här avsnittet är korttidsvård, boendestöd och hemtjänst.

Budgetavvikelse

Prognosen för helåret visar 0 tkr i budgetavvikelse.

2.2.4 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

Prognosen för helåret visar 0 tkr i budgetavvikelse.

2.2.5 Insatser enligt LSS

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, kontaktperson, avlösarservice, ledsagarservice, korttidsvistelse samt korttidstillsyn för skolungdomar.

Budgetavvikelse

Prognosen för helåret visar 0 tkr i budgetavvikelse.

2.2.6 Övrig vård och omsorg

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

Budgetavvikelse

Prognosen för helåret visar 0 tkr i budgetavvikelse.

3 Verksamhetsmätt

3.1 Funktionshinderverksamhet LSS

3.1.1 Personlig assistans

Verksamhetsmätt	Utfall Feb 2023	Utfall Feb 2024	Årsbudget 2024
Antal personer med personlig ass enl LSS	61	59	59
Antal personer med personlig ass enl SFB	181	177	183
Antal timmar personlig assistans enl LSS	14 268	14 739	169 500
Varav retroaktiva beslut, antal timmar	416	314	0

3.2 Funktionshinderverksamhet SoL

3.2.1 Insatser i ordinärt boende

Verksamhetsmätt	Utfall Feb 2023	Utfall Feb 2024	Årsbudget 2024
Antal personer med boendestöd	214	211	245
Antal utförda timmar boendestöd	1 837	1 705	19 000

Bengt Nordh
HandläggareDatum
2024-03-18Instans
Sociala omsorgsnämnden
Dnr SON 2023-00254 1.1.3.1

Sociala omsorgsnämndens årsrapport 2023 - Dataskyddsförordningen

Sociala omsorgsnämndens beslut

Sociala omsorgsnämnden noterar informationen och lägger Årsrapport 2023 - Dataskyddsförordningen till handlingarna.

Ärendet i sin helhet

Dataskyddsförordningen (GDPR, General Data Protection Regulation) trädde i kraft den 25 maj 2018 och gäller i hela EU. GDPR har till syfte att skapa en enhetlig och likvärdig nivå av skydd vid behandling av personuppgifter.

Begreppet "behandling" omfattar insamling, registrering, lagring, bearbetning, spridning, utplåning, med mera.

Personuppgiftsansvarig för behandlingen av personuppgifter är nämnden för myndigheten. För att fullgöra och underlätta ansvaret som personuppgiftsansvarig delegerar myndigheten den operativa hanteringen av personuppgifter till en tjänsteman inom förvaltningen. En av uppgifterna för den ansvarige tjänstemannen är att skriva en årlig rapport till nämnden gällande behandlingen av personuppgifter inom förvaltningen.

Beslutsunderlag

1. Årsrapport 2023 - Dataskyddsförordningen

Yvonne Persson
OrdförandeMagnus Stenmark
Förvaltningschef



Dataskyddsförordningen – Årsrapport 2023

Sociala omsorgsnämnden

Dataskyddsförordningen (GDPR, General Data Protection Regulation) trädde i kraft den 25 maj 2018 och gäller i hela EU. GDPR har till syfte att skapa en enhetlig och likvärdig nivå av skydd vid behandling av personuppgifter. Begreppet "behandling" omfattar insamling, registrering, lagring, bearbetning, spridning, utplåning, med mera.

Personuppgiftsansvarig för behandlingen av personuppgifter är nämnden för myndigheten. För att fullgöra och underlätta ansvaret som personuppgiftsansvarig delegerar myndigheten den operativa hanteringen av personuppgifter till en tjänsteman inom förvaltningen. En av uppgifterna för den ansvarige tjänstemannen är att skriva en årlig rapport till nämnden gällande behandlingen av personuppgifter inom förvaltningen.

Behandling av personuppgifter (personregister)

Vi registrerar våra behandlingar i ett system som heter Stratsys. Exempel på behandlingar är Handlägga och fatta beslut enligt LSS och SoL, Administrera behörigheter och hårdvara, Verkställa beslut för brukare.

Antal registrerade personuppgiftsbehandlingar

Antal 2023	31 st
------------	-------

Antal behandlingar med känsliga personuppgifter

Vissa personuppgifter kräver enligt dataskyddsförordningen extra starkt skydd. Känsliga personuppgifter är uppgifter om:

- Ras eller etniskt ursprung
- Politiska åsikter
- Religiös eller filosofisk övertygelse
- Medlemskap i en fackförening
- Hälsa
- En persons sexualliv eller sexuella läggning
- Genetiska uppgifter och
- Biometriska uppgifter som entydigt identifierar en person.

Utgångspunkten är att det är förbjudet att behandla sådana personuppgifter. Det finns dock flera undantag från förbudet, exempelvis inom social omsorg, hälsa- och sjukvård, förebyggande hälsa, och förvaltning av IT-system som rör social omsorg eller hälso- och sjukvård.

Antal känsliga behandlingar	21 st
-----------------------------	-------



Antal konsekvensbedömningar av känsliga behandlingar

Enligt dataskyddsförordning skall en konsekvensbedömning genomföras innan behandlingar av känsliga personuppgifter genomförs. Detta ska göras om en behandling misstänks kunna leda till hög risk för att personers rättigheter och friheter kränks eller behandlas felaktigt.

Antal genomförda konsekvensbedömningar	14 st
--	-------

Konsekvensbedömningarna är inte helt klara. De behöver gås igenom med Dataskyddsombuden.

Antal personuppgiftsincidenter

Här anges antalet personuppgiftsincidenter som har upptäckts under året

Antal personuppgiftsincidenter	9 st
--------------------------------	------

En av ovanstående incidenter har rapporterats till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY) efter samråd med Dataskyddsombuden.

David Ahlgren
HandläggareDatum
2023-03-18Instans
Sociala omsorgsnämnden
Dnr SON 2023-00255 1.1.3.1

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse för Sociala omsorgsnämnden 2023

Sociala omsorgsnämndens beslut

Sociala omsorgsnämnden beslutar godkänna patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2023.

Ärendet i sin helhet

Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivare varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Nedan anges en sammanfattning av 2023 års patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse för Sociala omsorgsförvaltningen.

- Omställningen till nära vård har medfört ett omfattande utvecklings- och implementeringsarbete i merparten av förvaltningens verksamheter under året. Avancerad sjukvård som tidigare utförts på sjukhus sker nu i den enskildes hem, vilket ställer nya krav på hur omsorg, vård, samverkan och kompetensutveckling utformas.
- Utifrån ”Handlingsplan för ökad patientsäkerhet” har förvaltningen tagit fram ett antal målområden och strategier för det fortsatta arbetet. Prioriterade områden är bland annat patientmedverkan, patientperspektiv och god säkerhetskultur.
- Antalet HSL- och läkemedelsavvikelser har ökat under året. Merparten rör utebliven eller bristande insats utförd av baspersonal. Ingen händelse under året har klassats som allvarlig. Statistik ifrån MCSS påvisar en tydlig underrapportering av antalet avvikelser.
- Totalt rapporterade 25 stycken trycksårsavvikelser, en fördubbling jämfört med föregående år.
- Antalet fallavvikelser har ökat under året. Fall sker ofta i anslutning till gång eller till en förflyttning. Det är vanligt att samma patient fallit fler än en gång. Det fallförebyggande arbetet behöver utvecklas.
- Egenkontroll hygien har för första gången genomförts på förvaltningens enheter. Åtgärder på enhetsnivå har dokumenterats i handlingsplan och kommer att följas upp efter 6 månader.

- För att säkra verksamheternas kvalitet och säkerhet har rutiner för ett kontinuerligt smittförebyggande arbete tagits fram för Sociala klustret under hösten 2023.
- Arbetet med att utveckla och implementera ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOFS2011:9) har fortgått under året. Särskilt fokus har lagts på att göra förvaltningens processer och rutiner mer användarvänliga.
- Svarsfrekvensen i SKRs nationella brukarundersökning ökade, men trots det saknas svar från ungefär hälften av brukarna. På förvaltningsövergripande nivå ligger resultaten något under riksgenomsnittet. Föregående års satsning på kompetensutveckling med fokus på att förbättra kommunikationen mellan brukare och personal har gett resultat, då en större andel brukare än tidigare uppger att personalen pratar så att de förstår eller att de vet vem de ska prata med om något är dåligt. Otryggheten hos brukare förefaller ha ökat.
- Antalet rapporterade LSS- och SoL-avvikelser har minskat jämfört med föregående år. Den ökning av antalet avvikelser som följde 2021 och 2022 år förvaltningsövergripande utbildningsinsatser gällande avvikelshantering förefaller inte implementerats tillräckligt väl i förvaltningens verksamheter. En klar majoritet av LSS- och SoL-avvikelser rör försenad eller utebliven insats. Brist på personal anges vara den vanligaste bakomliggande orsaken.
- Under 2023 har 43 rapporter enligt lex Sarah inkommit, en minskning med cirka 20 procent jämfört med föregående år. Tre rapporterade händelser bedömdes utgöra en påtaglig risk för allvarliga missförhållanden/allvarligt missförhållande och anmäldes till Inspektion en för vård och omsorg, (IVO).
- Antalet synpunkter inskickade till förvaltningens synpunktshantering har minskat med 30 % jämfört med tidigare år. Samtliga av de inkomna synpunkterna har följts upp, och i det fall så önskats, återkopplats.
- För att säkerställa en handläggning och praxis som är jämlik i förhållande till övriga kommuner genomförde företaget Ensolution under året en genomlysning av förvaltningens myndighetsutövning. Ensolutions bedömning av myndighetsutövningen inom LSS och SoL är att den håller en god kvalitet och att det finns arbetssätt och verktyg för att säkerställa en jämlik och rättssäker handläggning.
- Flertalet större utbildningsinsatser har genomförts under året, bland annat inom områden som systematiskt kvalitetsarbete, omställningen till nära vård och personcentrerat förhållningssätt.
- Digitalt introduktionsmaterial för enhetschefer och legitimerad personal har tagits fram och implementerats.

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 mestadels goda resultat och det finns skäl att fortsätta med samma inriktning även år 2024 för att nå önskad effekt.

Beslutsunderlag

1. Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse Sociala omsorgsförvaltningen 2023

Yvonne Persson
Ordförande

Magnus Stenmark
Förvaltningschef



BORÅS STAD

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2023

Sociala omsorgsnämnden

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning	3
2 Begreppsdefinitioner	4
3 Förkortningar	4
4 STRUKTUR	5
4.1 Grundläggande förutsättningar för säker vård och omsorg med kvalitet	5
4.2 Förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet	6
4.3 Övergripande mål och strategier	6
4.4 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet	7
4.5 En god säkerhetskultur	8
4.6 Adekvat kunskap och kompetens	9
5 PROCESS - Åtgärder för att säkerställa verksamhetens kvalitet ..	9
5.1 Hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbete har bedrivits	9
5.2 Samverkan för trygg och säker vård och omsorg	11
5.3 Välfärdsteknik	13
6 METOD, RESULTAT OCH ANALYS	14
6.1 Riskanalys	14
6.2 Synpunkter och klagomål	15
6.3 Organisatoriska avvikelser	16
6.4 Avvikelser på individnivå	16
6.5 Lex Maria	20
6.6 Lex Sarah	20
6.7 Egenkontroll	21
7 Verksamhet upphandlad enligt LOU eller LOV	25
8 Mål, strategier och utmaningar för kommande år	26

1 Sammanfattning

Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivare varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Nedan anges en sammanfattning av patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse år 2023 på Sociala omsorgsförvaltningen.

- Omställningen till nära vård har medfört ett omfattande utvecklings- och implementeringsarbete i merparten av förvaltningens verksamheter under året. Avancerad sjukvård som tidigare utförts på sjukhus sker nu i den enskildes hem, vilket ställer alla nya krav på hur både omsorg, vård, samverkan och kompetensutveckling utformas.
- Utifrån ”Handlingsplan för ökad patientsäkerhet” har förvaltningen tagit fram ett antal målområden och strategier för det fortsatta arbetet. Prioriterade områden är bland annat patientmedverkan, patientperspektiv och god säkerhetskultur.
- Antalet HSL- och läkemedelsavvikelser har ökat under året. Merparten rör utebliven eller bristande insats utförd av baspersonal. Ingen händelse under året har klassats som allvarlig. Statistik ifrån MCSS påvisar en tydlig underrapportering av antalet avvikelser.
- Totalt rapporterade 25 stycken trycksårsavvikelser, en fördubbling jämfört med föregående år.
- Antalet fallavvikelser har ökat under året. Fall sker ofta i anslutning till gång eller till en förflyttning. Det är vanligt att samma patient fallit fler än en gång. Det fallförebyggande arbetet behöver utvecklas.
- Egenkontroll hygien har för första gången genomförts på förvaltningens enheter. Åtgärder på enhetsnivå har dokumenterats i handlingsplan och kommer att följas upp efter 6 månader.
- För att säkra verksamheternas kvalitet och säkerhet har rutiner för ett kontinuerligt smittförebyggande arbete tagits fram för Sociala klustret under hösten 2023.
- Arbetet med att utveckla och implementera ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOF2011:9) har fortgått under året. Särskilt fokus har lagts på att göra förvaltningens processer och rutiner mer användarvänliga.
- Svarefrekvensen i SKRs nationella brukarundersökning ökade, men trots det saknas svar från ungefär hälften av brukarna. På förvaltningsövergripande nivå ligger resultaten något under riksgenomsnittet. Föregående års satsning på kompetensutveckling med fokus på att förbättra kommunikationen mellan brukare och personal har gett resultat, då en större andel brukare än tidigare uppger att personalen pratar så att de förstår eller att de vet vem de ska prata med om något är dåligt. Otryggheten hos brukare förefaller ha ökat.
- Antalet rapporterade LSS- och SoL-avvikelser har minskat jämfört med föregående år. Den ökning av antalet avvikelser som följde 2021 och 2022 år förvaltningsövergripande utbildningsinsatser gällande avvikelshantering förefaller inte implementerats tillräckligt väl i förvaltningens verksamheter.
- En klar majoritet av LSS- och SoL-avvikelser rör försenad eller utebliven insats. Brist på personal anges vara den vanligaste bakomliggande orsaken.
- Under 2023 har 43 rapporter enligt lex Sarah inkommit, en minskning med cirka 20 procent jämfört med föregående år. Tre rapporterade händelser bedömdes utgöra en påtaglig risk för allvarliga missförhållanden/allvarligt missförhållande och anmäldes till Inspektion en för vård och omsorg, (IVO).
- Antalet synpunkter inskickade till förvaltningens synpunktshantering har minskat med 30% jämfört med tidigare år. Samtliga av de inkomna synpunkterna har följts upp, och i det fall så önskats, återkopplats.
- För att säkerställa en handläggning och praxis som är jämlik i förhållande till övriga kommuner genomförde företaget Ensolution under året en genomlysning av förvaltningens myndighetsutövning. Ensolutions bedömning av myndighetsutövningen inom LSS och SoL är att den håller en god kvalitet och att det finns arbetssätt och verktyg för att säkerställa en jämlik

och rättssäker handläggning.

- Flertalet större utbildningsinsatser har genomförts under året, bland annat inom områden som systematiskt kvalitetsarbete, omställningen till nära vård och personcentrerat förhållningssätt.
- Digitalt introduktionsmaterial för enhetschefer och legitimerad personal har tagits fram och implementerats.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år baseras på berättelsens resultat och är i stort sett detsamma som föregående år. Genomförda åtgärder bedöms ha gett mestadels goda resultat och det finns skäl att fortsätta med samma inriktning även år 2024 för att nå önskad effekt.

2 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 familjeomsorgsförvaltningen, Sociala omsorgsförvaltningen samt Vård- och äldreomsorgen i Borås stad

3 Förkortningar

APT - Arbetsplatsträff

BBIC - Barns behov i centrum

BPSD - Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

Canea – Förvaltningens verktyg för hantering av projekt, processer, dokument och ärenden

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

InfoCaption – Digitalt verktyg för att skapa guider, introduktioner, utbildningar och portaler

InfraControl-System för ärendehantering av synpunkter.
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

4 STRUKTUR

4.1 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.

4.2 Förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet

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

Enligt patientsäkerhetslagen 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. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år. I Borås Stad skrivs en samlad patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse.

Utförare av socialtjänst och verksamhet utifrån lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) ska årligen upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse sammanfattar förvaltningens samtliga åtgärder och resultat för att uppnå god kvalitet på de insatser som ges. Förvaltningens arbete med att systematiskt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras fortlöpande och på fler sätt.

Två gånger per år sammanställs och analyseras rapporterade avvikelser, lex Maria, lex Sarah och inkomna synpunkter/klagomål. Verksamheterna får ta del av sammanställningarna.

Nämnden tar del av synpunkter och klagomål två gånger per år och rapporterade avvikelser, lex Maria och lex Sarah en gång per år.

Verksamhetsgranskningar som utförs av MAS, MAR och SAS dokumenteras i rapport till berörd enhet/-er samt nämnd.

Nämnden tar del av verksamhetsgranskningar av LOU-företag två gånger per år.

Detta dokument är en beskrivning av det patientsäkerhets- och kvalitetsarbete som bedrivits inom Sociala omsorgsförvaltningen under 2023, dess resultat samt mål och åtgärder för nästkommande år.

4.3 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 eventuella 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.

Sociala omsorgsnämnden ansvarar för kommunens funktionshinderverksamhet som arbetar med stöd och insatser till enskilda personer som ges enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) eller Socialtjänstlagen (SoL). Nämnden ansvarar även för hälso- och sjukvården för de berörda målgrupperna.

Förvaltningens grunduppdrag är att vara en utredande och verkställande förvaltning för Sociala omsorgsnämnden. Det innebär att förvaltningens uppdrag är att säkerställa att några av de grupper som är mest utsatta och har störst behov av samhällets insatser får det stöd och bistånd de behöver. De övergripande målen för socialtjänsten finns fastställda i regeringsformen. Socialtjänstens insatser ska enligt lag vara av god kvalitet och utföras av personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Socialtjänsten omfattas också av ett antal vägledande principer; helhetssyn, frivillighet och självbestämmande, normalisering, kontinuitet, flexibilitet och närhet. Förvaltningen ska bedriva en god och säker vård enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Med utgångspunkt från nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet har förvaltningen tagit fram ett antal målområden och strategier för det fortsatta arbetet. Prioriterade områden är bland annat patientmedverkan och patientperspektiv, dagligt patientsäkerhetsarbete, god säkerhetskultur, lärande av analyser samt säkerställa hanteringen av medicintekniska produkter.

Förvaltningen arbetar fortsatt med ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 och har under året följt upp arbetet och gjort vissa revideringar av aktiviteterna som ska ingå. Föreskriften innebär bland annat att förvaltningen har i uppgift att identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Syftet med det systematiska kvalitetsarbetet är att det ska bidra till att uppnå kvalitet på de insatser som ges för dem som verksamheterna är till för.

Den klustergemensamma handboken för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är ett stöd i arbetet. Det systematiska kvalitetsarbetet har inte någon början eller bestämt slut utan är pågående och ska leda till att verksamheten ständigt förbättras. Processer och rutiner ska följas upp, utvärderas och förbättras. En grundförutsättning är att medarbetare görs delaktiga i förbättringsarbetet så att processer och rutiner kan anpassas efter uppgiften som ska utföras.

4.4 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 ett forum för kvalitetsfrågor.

Chef för kvalitets- och utvecklingsfunktioner

Chef 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.

4.5 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.

För att förvaltningen ska genomsyras av en god säkerhetskultur krävs insatser på flera nivåer. Arbetsplatsträffar, områdesledningar och strategimöten finns inom förvaltningens verksamhetsområden där diskussioner kring förhållningssätt, attityder och uppmärksamhet gällande risker har en viktig funktion. Förvaltningens systematiska uppföljningsarbete genom enhets- och verksamhetsområdesrapporter underlättar analys av avvikelser, brister och åtgärder på alla nivåer inom förvaltningen. Att gemensamt arbeta med hantering av risker och lärande från både positiva och negativa händelser skapar förutsättningar för att både chefer och medarbetare ska kunna arbeta systematiskt för att förhindra avvikelser, missförhållanden och vårdskador.

Förvaltningen har gjort en kartläggning utifrån den nationella handlingsplanen ”Agera för säker vård”. Kartläggningen ligger till grund för en handlingsplan med en aktivitetslista för prioriteringar inom patientsäkerhetsarbetet 2023 och 2024. Under året har nämnden fått utbildning om nämndens ansvar, utbildning i processen kring riskbedömningar har genomförts och dokumentation för roller och ansvar inom det medicinska ledningsansvaret har tagit fram.

4.5.1 Informationssäkerhet

Under det gångna året har fokus varit att utifrån de tidigare framtagna stadengemensamma styrdokumenterna och ett uppdrag från förvaltningscheferna i respektive förvaltning utforma och inleda implementering av ett Ledningssystem för Informationssäkerhet och dataskydd (LIS-D) i Sociala klustret i Borås Stad. Arbetet har pågått under hela 2023 och beräknas vara klart under våren 2024.

I enlighet med den beslutade organisationsstrukturen gällande informationssäkerhet har under 2023 rollen Informationssäkerhetssamordnare nu tillsatts på respektive förvaltning i sociala klustret.

Samtliga informationssäkerhetsklassningar har under året reviderats och handlingsplaner har uppdaterats. Arbetet med att ta fram en risk/hotkatalog riktad mot informationshantering i klustrets verksamheter har inletts.

Under året har webbutbildningar för samtliga medarbetare tagits fram. Utbildningarna har 2-3 olika nivåer. Ytterligare utbildningar kan tillkomma, t.ex. riktade mot personal inom vård och omsorg.

I samarbete med Koncerninköp har ett arbetssätt för att inkludera informationssäkerhetsaspekter i samtliga upphandlingar implementerats.

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

Loggar med medarbetares aktiviteter i förhållande till deras behörighet i verksamhetssystemet har granskats enligt rutin.

Registret med personuppgiftsbehandlingar har setts över och nämnden får genom årlig rapportering information om arbetet med personuppgiftsbehandlingar. Dataskyddsombuden har granskat och godkänt arbetet med behandlingsregister och konsekvensbedömningar.

4.6 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.

Förvaltningen har fortsatt arbetat med kompetensförsörjning och kompetensutveckling för att på både strategisk och operativ nivå utveckla och styra medarbetarnas och organisationens kompetens för att nå verksamhetens mål.

Behoven hos de brukare som utgör förvaltningens målgrupp är vanligtvis stora, personspecifika och varierade över tid, vilket medför att vad som är att betrakta som relevant kompetens kan skilja sig markant åt mellan förvaltningens olika verksamheter. Detta ställer höga krav på förvaltningens förmåga att löpande kompetensutveckla sin personal.

Som ett sätt att möta detta behov erbjuder förvaltningens kvalitet- och utvecklingsenhet föreläsningar, utbildningar och workshops inom områden som autism, ADHD, intellektuell funktionsnedsättning, delaktighet/brukarinflytande, stress och funktionsnedsättningar, tydliggörande pedagogik, social dokumentation och lågaffektivt bemötande. Utbildningsinsatserna utgår alltid ifrån brukarnas och verksamhetens unika behov, och utformas specifikt tillsammans med berörd enhet. Utbildningsinsatser kan följas upp genom riktad handledning till berörd arbetsgrupp. Uppdragen kan vara ett enstaka tillfälle eller pågå i flera år, helt utifrån behov.

Vidare har förvaltningen under de senaste åren identifierat ett antal mer övergripande målgruppsförändringar. Ett allt större antal brukare med utmanade beteende, en allt äldre målgrupp där både behov utifrån både funktionsnedsättning och åldersrelaterade sjukdomar skall kunna tillgodoseas, samt omställningen till nära vård där avancerad sjukvård som tidigare utförts på sjukhus nu sker i den enskildes hem, ställer alla nya krav på hur både omsorg, vård och kompetensutveckling utformas inom förvaltningen.

Förvaltningen har under året fortsatt sin utbildningssatsning för att motverka hot och våld samt tvång- och begränsningsinsatser inom verksamheterna. Under året har förvaltningens chefer, stödpedagoger, legitimerad personal och baspersonal genomgått utbildningen ”Från begränsningsåtgärd till pedagogisk lösning” för att öka kompetensen inom området. Fyra enheter har utöver detta fått fördjupad utbildning.

Förvaltningen har även löpande under året lagt stort fokus på att fortsätta utbilda personal i systematiskt kvalitetsarbete, omställningen till nära vård och våldsförebyggande arbete.

Ett omfattande utvecklingsarbete har lagts på framtagandet av digitala introduktionsutbildningar riktade till enhetschefer, legitimerad personal och baspersonal. Utbildningarna, med tillhörande självtester, finns i InfoCaption. Utbildningarna omfattar samtliga delar av de respektive uppdrag och kan ses i små korta stycken åt gången och är på så sätt lättillgängliga och behöver inte ta så lång tid.

I syfte att stärka kunskap kring samverkan och samordnad individuell plan (SIP) har det under året genomförts utbildningar för olika medarbetare. Utbildningens innehåll har främst handlat om vårdens övergångar, in- och utskrivningsprocess, SIP-process och IT-tjänsten SAMSA.

5 PROCESS - Åtgärder för att säkerställa verksamhetens kvalitet

5.1 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.

Att tillhandahålla hälso- och sjukvård

Processen är färdigställd och implementerad och är en gemensam process inom Sociala klustret. Processen är uppdelad i olika delprocesser. Delprocesserna läkemedel, delegering, riskförebyggande vårdåtgärder, demens/BPSD och palliativ vård är färdigställda och implementerade.

Digitala introduktioner

Under året har digital chefsintroduktion och digital introduktion för legitimerad personal tagits fram i InfoCaption och implementerats i förvaltningen. Samtliga chefer har genomgått den digitala introduktionen under 2023. Samtliga nyanställda chefer och legitimerade tar löpande del av introduktionen. Genom arbetssättet säkerställer förvaltningen att nyanställda får en likriktad och kvalitetssäkrad introduktion.

Effekter av pandemi

Förvaltningen har under de senaste åren påverkats av pandemin Covid-19 på många sätt. För att säkra verksamheternas kvalitet och säkerhet har rutiner för ett kontinuerligt smittförebyggande arbete tagits fram för Sociala klustret under hösten 2023.

Antalet konstaterade fall av covid-19 hos brukare/patienter inom alla verksamheter i Sociala klustret har följts i perioder under året. Högst antal konstaterade fall sågs under januari, en mindre ökning sågs även i månadskiftet november-december. Samtliga patienter i riskgrupp, inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården har, som ett led i det smittförebyggande arbetet, erbjudits pneumokock-, covid-19- och influensavaccination under året.

För att säkerställa kvalitet i vårdhygieniska frågor har förvaltningens kontinuerliga avstämningsmöten med Vårdhygien fortsatt under hela året. Förvaltningens sjuksköterskor med hygienansvar och hygienombud har erbjudits digitala möten och utbildningar tillsammans med Vårdhygien.

MAS, MAR och SAS har tillsammans genomfört verksamhetsgranskningar samt arbetat med kvalitetsuppföljning genom granskning av dokumentation och analys av händelser. Samverkan sker regelbundet med verksamhetschefer och förvaltningsledning.

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, länsgemensamt, delregionalt och på lokal nivå. 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. En gemensam aktivitetsplan har tagits fram inom den delregionala närvårdssamverkan. Under året har förvaltningen arbetat med att stärka samverkan med andra vårdgivare i sluten- och öppenvårdsprocessen, utbildningar kring samordnad individuell plan och personcentrerat förhållningssätt.

Processutveckling

Förvaltningens processer, med tillhörande delprocesser och aktiviteter, är implementerad och inlagda i Canea. Efter granskning av stadsrevisionen 2023 framkom att förvaltningen behövde fortsätta utveckla sitt ledningssystem genom att skapa färre och mer övergripande processer, tydliggöra ansvar och roller, följa upp efterlevnaden av processer och rutiner, skapa planer för egenkontroller och granskning, kartlägga hur ledningssystemet kan integreras med övriga styrsystem, identifiera processer där vi behöver samverka och stärka samverkan i de processer som delas med andra.

Utifrån Stadsrevisionens synpunkter har förvaltningen under året skapat en ny, mer lättillgänglig struktur i Canea. En ny huvudstart sida med övergripande processer och startsidor för verkställighetsgrenarna har tillskapats. Inaktuella dokument och processer ha tagits bort. Roller och

ansvar för dokumenten i systemet har strukturerats upp.

Under året har exempelvis förvaltningens boendeplaceringsprocess omarbetats. Nya rutiner har tillskapats och delvis implementerats med syfte att tydliggöra ansvarsroller och säkerställa arbetssätt, vilket ytterst skapar en ökad kvalitet och delaktighet för förvaltningens brukare.

Under kommande år planeras samtliga processer och rutiner inom såväl myndighetsutövning som verkställighet att genomarbetas. Övergripande processer skall presenteras på ett mer användarvänligt sätt, och arbetet med att identifiera vilka övergripande processer och rutiner som saknas ska påbörjas.

Processorganisation

Förvaltningen har identifierat ett behov av förbättrad struktur i hur rutiner tillskapas och hålls uppdaterade, samt ett behov av ökad tydlighet i ansvarsfördelning när processorganisationen möter linjeorganisationen. Under året har verksamhetsutvecklare ifrån kvalitet- och utvecklingsenheten tillskapat forum för förvaltningens samtliga processledare med syfte att skapa en bättre anpassad struktur i Canea samt kvalitetsgranska dokument.

5.1.1 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.

5.2 Samverkan för trygg och säker vård och omsorg

5.2.1 Samverkan med externa aktörer

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

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

Samverkan ska ske enligt intentionen i omställningen till god och nära vård med primärvårdsnivån som nav i vård och omsorg. Omställningen ska bidra till att utveckla samverkanskulturen och öka tilliten mellan huvudmännen. Den ska också stärka samverkan, kontinuiteten och samordningen. Prioriterade målgrupper i den nära vården är personer som behöver insatser och samordning från både region och kommun oavsett ålder, diagnos eller funktionsnedsättning.

De allt mer omfattande och kvalificerade vård- och omsorgsinsatserna som ges inom kommunens verksamheter ställer krav på en ökad samverkan och informationsöverföring mellan vårdgivare, såväl internt som externt.

5.2.2 Samverkan mellan interna aktörer

Förvaltningens interna samverkan regleras genom rutiner i förvaltningens kvalitetsledningssystem.

Samverkan sker bland annat genom strukturerade samverkansmöten, daglig kommunikation mellan yrkesgrupper via Viva samt informationsöverföring mellan verksamheterna i förvaltningen. För att snabbt kunna hantera akut behov av samverkan har förvaltningen särskilt avsatt tid för samrådsmöten varje vecka.

Vidare finns samverkansrutiner med övriga förvaltningar inom Sociala klustret, exempelvis gällande barn som riskerar att fara illa, våld i nära relation eller vid misstanke om missbruk.

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 den enskildes behov alltid är i fokus och att förvaltningarnas organisation och hantering ska underlätta för den enskilde att ha kontakt med verksamheten.

5.2.3 Samverkan med den enskilde och närstående

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan innebär att den enskilde ska beredas möjlighet till delaktighet i och inflytande över sin planering, genomförandeplan och uppföljning av avvikelser samt möjlighet att bli hörd vid utredning av Lex Maria och Lex Sarah.

I de processer och rutiner som utgör förvaltningens kvalitetsledningssystem framgår hur den enskildes rätt till delaktighet och inflytande ska tillgodoses. Utvecklingsarbete inom området sker löpande.

Inom den kommunala hälso- och sjukvården beskriver vård- och rehabiliteringsplanen de aktuella och pågående insatserna hos respektive patient. Upprättande av en sådan plan sker i samverkan och dialog med patienten. I planen beskrivs behov, problem, mål, åtgärd och uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatserna.

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.

Samordnad individuell plan, samverkan mellan externa och interna aktörer, den enskilde och närstående

Samordnad individuell plan (SIP) är ett dokument och ett verktyg för samverkan som ska ge en samlad beskrivning av den enskildes pågående och planerade insatser från kommun, region samt andra aktörer. Planen ska tydliggöra vem som gör vad och när. SIP syftar till att skapa delaktighet och inflytande för den enskilde och det är en metod för att skapa personcentrerad vård och omsorg. SIP är den enskildes plan och ska upprättas tillsammans med den enskilde.

Förvaltningen följer de läns-gemensamma riktlinjerna för SIP- processen. På grund av osäkerhet kring statistikuttag i IT-tjänsten SAMSA kan ingen statistik redovisas angående antalet upprättade SIP.

En nätverksgrupp för verksamhetsnära SIP-samordnare 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. Under året har nätverksgruppen arbetat med att öka delaktigheten för den enskilde genom utbildning kring alternativ kompletterande kommunikation (AKK) genom bild- och samtalsstöd. Nätverksgruppen har också fördjupat kunskaperna kring de olika delarna i SIP-processen som förberedande fas, samtycke och mötet.

5.3 Välfärdsteknik

År 2023 har förvaltningen arbetat med att implementera olika typer av projekt som rör välfärdsteknik. Under året har brukare involverats redan på idéstadiet när projekt av den här typen tas fram. Nedan ses ett urval av de som förvaltningen slutfört och arbeten som pågår.

Slutförda projekt

Digitala lås

Digitala lås har sedan tidigare införts hos vissa av förvaltningens brukare med hälso- och sjukvårdsinsatser. Breddinförande kan komma att genomföras om verksamheten och brukare ser det som relevant.

Pågående projekt

Trygghetslarm och välfärdsteknik

År 2022 upphandlades tjänst och implementering påbörjades. Återkommande fel och problem i tjänsten medförde dröjsmål i införande. Efter leveransgodkännande 2023 har systemet installerats och drifsetts. Implementering har skett under 2023, och kommer fortgå under kommande år.

Larmorganisation

År 2023 har arbetet med att fusionera SOF:s larmorganisation med IT-vård och omsorgs organisation genomförts. Målet är att gå ifrån en personberoende situation till en organisation oberoende av enskilda tjänstemän. Implementering är pågående och kommer fortsätta under 2024.

Läkemedelsautomater

Läkemedelsautomater ingår som ett digitalt hjälpmedel i det länsgemensamma samarbetsavtalet för hjälpmedel. En läkemedelsautomat är en typ av minnesstöd som kan användas för att påminna den enskilde om dagliga läkemedelsintag. Föreskrivning av läkemedelsautomat följer den ordinarie föreskrivningsprocessen och regleras i handbok för föreskrivning av personliga hjälpmedel inom hälso- och sjukvård. Införandet av läkemedelsautomat som personligt hjälpmedel sker under våren 2024. Läkemedelsautomater skapar ökad trygghet, säkerhet och självständighet för den enskild i vardagen. De frigör tid för personal i form av minskat antal besök och därav minskad restid, ökad flexibilitet i planering av resurser och minskar miljöbelastningen.

Delegation för hantering av brukarens handkassa

Hanteringen av de boendes handkassar kräver omfattande administration inom förvaltningen. Vidare har utvecklingen i samhället medfört att det blir allt svårare att handla med kontanter. Ett pilotprojekt har därför inletts för att, om möjligt, skapa en digital lösning för hantering av brukares privata medel. Inom projektet har stadens centrala ekonomifunktion kontaktats och en passande kontoform har identifierats. Borås Stad äger kontot och förvaltningens målgrupper använder det. Lagligheten undersöks i samarbete med Finansinspektionen.

Säkra digitala samtal.

Under året har leverantör upphandlats och pilotprojekt har inletts. Testgrupp med representanter ifrån förvaltningens myndighet, hälso- och sjukvårdsorganisation samt boendestöd gör löpande testning av systemet. Breddinförande förväntas ske under 2024.

Visible Care

Ett digitalt informationsmaterial riktat mot förvaltningens baspersonal som införts under 2023. Informationsmaterialet är tillgängligt i tjänstemobil och syftar till att ge direkt riktad kompensförstärkning i det vårdnära arbetet. Nyttanalys kommer att genomföras under 2024.

FAST

Förvaltningen har sett behov av ett nytt digitalt planeringsverktyg för personlig assistans som ska

ersätta befintligt system (TES). Under året har kravspecifikation tagits fram och upphandling genomförts. Implementering av systemet sker under 2024.

Boet

Pedagogiskt digitalt planeringsverktyg gemensamt för förvaltningens brukare och personal. Systemet synliggör hur den enskilde brukarens aktiviteter skall genomföras steg för steg. Systemet ökar brukares självständighet och delaktighet i planering och utförandet av sina insatser. Systemet testades under 2023 på två serviceboenden. Utvärdering med brukare och personal kommer att ske under våren 2024, därefter tas ställning kring eventuell upphandling och breddinförande.

Planerade projekt

SDK- säker kommunikation

Planer på förstudie till ett projekt med syfte att ta fram ett alternativ till Teams, då Teams inte är anpassat till krav enligt GDPR. 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.

6 METOD, RESULTAT OCH ANALYS

PSL 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

6.1 Riskanalys

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.

Att utvärdera risker är ett förebyggande arbete och ska omfatta verksamhetens samtliga delar, såväl på förvaltningsövergripande nivå som på lokal nivå.

Förvaltningsövergripande nivå

Förvaltningen ska, i enlighet med bestämmelser i kommunallagen, årligen anta interna kontrollplaner. Den interna kontrollplanen skall årligen revideras utifrån en förnyad risk- och väsentlighetsanalys. Identifierade riskområden ligger till grund för nämndens internkontroll.

Intern kontrollplan för 2023 beslutades utifrån en omfattande riskanalys av förvaltningens verksamhet. Riskanalysen grundades såväl i lokala förutsättningar som i de nationella risker och brister som konstaterats av bland annat IVO och Socialstyrelsen. I risk och väsentlighetsanalys identifierades 13 risker som kan komma att påverka verksamheten på olika sätt.

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

1. Risk att missförhållanden inte rapporteras, utreds och åtgärdas.
2. Risk att personal saknar tillräcklig kompetens för att säkra verksamhetens kontinuitet och kvalitet.
3. Risk att bristen på boendeplatser ökar inom LSS och socialpsykiatri.
4. Risk att Sociala omsorgsnämndens budget inte motsvarar brukarnas behov.
5. Risk att personer kommer till skada om brand utbryter i någon i förvaltningens verksamheter.

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 identifiera och undanröja risker.

Lokal nivå

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

- Riskanalys i samband med skyddsronder.
- Riskanalys rörande förändringar i schema och bemanning.
- Riskanalys vid måltidsuppehåll.
- Riskanalys inför vakanshållande och neddragning av tjänst.
- Riskanalys inför viktiga förändringar i verksamheten
- Riskanalys inför flytt av brukare
- Riskanalys vid kraftigt försämrat mående hos brukare.

6.2 Synpunkter och klagomål

Borås Stad har ett gemensamt system för att omhänderta synpunkter från medborgare. Respektive chef ansvarar för att utreda och för att vidta åtgärder samt följa upp åtgärdernas effekt på varje enskild synpunkt. Vid två tillfällen per år görs en sammanställning över, och analys av samtliga registrerade synpunkter.

Under 2023 har det inkommit 21 stycken synpunkter och klagomål till förvaltningen, en minskning med 30 procent jämfört med föregående år. Samtliga av de inkomna synpunkterna har följts upp, och i det fall så önskats, återkopplats. I de fall där synpunkterna belyst faktiska brister i förvaltningens verksamhet har förbättringsarbete genomförts för att undanröja dessa.

Synpunkter och klagomål kommer främst från brukare eller anhöriga till brukare, men även ifrån medborgare utan direkt koppling till förvaltningens verksamhet. De inkomna synpunkterna rör flertalet av förvaltningens verksamhetsområden, där den verksamhet som i störst utsträckning berörs är personlig assistans, där majoriteten av synpunkterna är klagomål på brister i bemanning och uteblivna insatser.

Utifrån det relativt ringa antalet synpunkter, samt det många gånger kortfattade innehållet i inkomna synpunkter, är det svårt att utifrån materialet dra slutsatser kring verksamhetens kvalitet. Det är utifrån detta även oklart huruvida den påtagliga minskningen av antalet inkomna synpunkter och klagomål under året påvisar en ökad kvalitet i förvaltningens verksamhet eller en minskad benägenhet att skicka in synpunkter. Detta särskilt då synpunkter från brukarna själva är sällan förekommande.

Det låga antalet synpunkter skulle kunna förklaras med att möjligheten att lämna synpunkter inte är tillräckligt känd bland brukare, anhöriga, professionella samverkansparter eller allmänhet, att rapporteringssystemet inte är tillräckligt anpassat för förvaltningens målgrupp, eller att tilltron till synpunktshanteringen är låg hos de som berörs av förvaltningens verksamhet.

Fortsatt gäller även att det finns stora förbättringsmöjligheter när det gäller synpunktshanteringen inom förvaltningen. Trots det förtydligade arbetssätt för att underlätta hanteringen av synpunkter i InfraControl som förvaltningen utarbetat under året förefaller följsamheten till systemet och dess rutiner vara kunna förbättras ytterligare, främst genom att öka kunskapen om synpunktshanteringen i stort, samt att all personal i förvaltningens verksamheter är skyldiga att ta emot och registrera synpunkter och klagomål i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:9.

I nuläget har varken hälso- och sjukvården eller omsorg och stöd några egna kategorier i stadens system för synpunktshantering och felanmälan, vilket minskar systemets användarvänlighet för förvaltningens målgrupper.

6.3 Organisatoriska avvikelser

Förvaltningen arbetar enligt Borås Stads rutiner och den klustergemensamma processen för rapportering och utredning av organisatoriska avvikelser. Organisatoriska avvikelser rapporteras när någonting brister och behöver förbättras mellan enheter, verksamheter eller förvaltningar inom organisationen. Det är enhetschefen som utreder och åtgärdar de organisatoriska avvikelserna.

Under året har fem organisatoriska avvikelser upprättats inom förvaltningen. Tre av avvikelserna gäller brister i informationsöverföring mellan förvaltningen och annan förvaltning. En avvikelse gäller upplevelser av bristande samverkan mellan enheter inom förvaltningen. En avvikelse gäller brister i förvaltningsspecifik rutin. Inga övergripande analyser kan göras kring förvaltningens kvalitet utifrån det begränsade antalet.

Förvaltningens brukare har vanligtvis en komplex problematik som förutsätter en tät och regelbunden samverkan mellan olika verksamheter både inom förvaltningen som inom organisationen i övrigt. Då enbart fem organisatoriska avvikelser hanterats under året är det rimligt att anta att det kan finnas en betydande underrapportering. Förvaltningen har utifrån detta ett fortsatt arbete med att implementera och kvalitetssäkra rutiner och arbetssätt inom området.

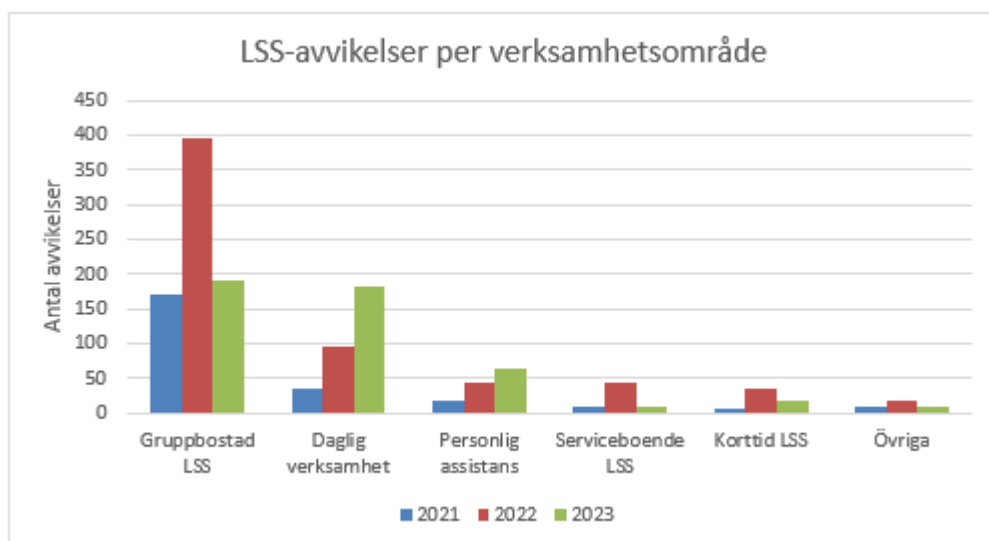
6.4 Avvikelser på individnivå

Förvaltningen arbetar enligt processen för avvikelshantering enligt HSL, SoL och LSS. En gemensam process med tillhörande instruktioner och utbildningsmaterial för avvikelser och lex Sarah finns utarbetad. Samtliga medarbetare har en skyldighet att rapportera avvikelser och lex Sarah. Rapporterna kategoriseras som LSS- eller SoL-avvikelser beroende på vilken verksamhet, och vilket lagrum, som berörs. Varje enskild avvikelse utreds och följs upp av ansvarig chef. Om avvikelserna berör HSL utreds den av legitimerade medarbetare och följs sedan upp av ansvarig chef.

I syfte att lära av varandra och förhindra att liknande händelser inträffar på nytt, följs avvikelser och synpunkter regelbundet upp.

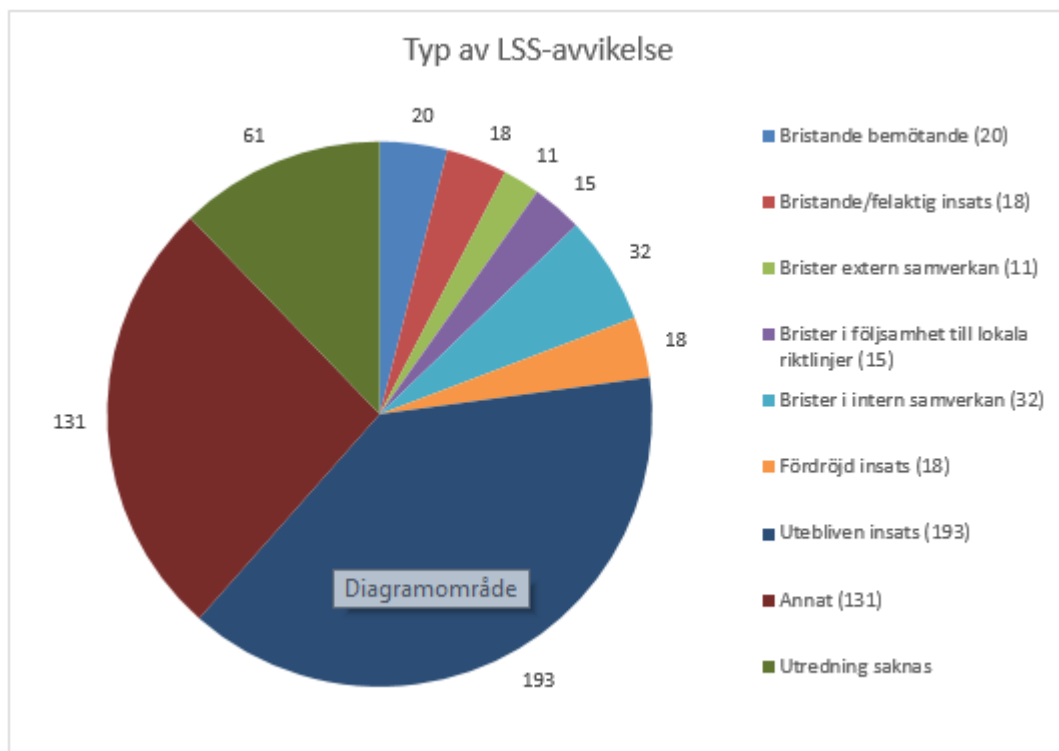
Avvikelser SoL och LSS

LSS-avvikelser- Under 2023 har 469 LSS-avvikelser rapporterats inom förvaltningens verksamheter, en minskning med 25 procent jämfört med föregående år. Denna nedåtgående trend är, med undantag för inom personlig assistans och daglig verksamhet, förekommande i samtliga av förvaltningens verksamheter (se diagram nedan).



Vidare framkommer stora skillnader i rapporteringsbenägenhet hos förvaltningens olika enheter, då ett

relativt fåtal enheter står för en betydande del av förvaltningens totalt rapporterade LSS-avvikelser. Samtidigt har drygt hälften av enheterna (47 procent) enbart rapporterat mellan 0-3 stycken LSS-avvikelser under året. De flesta rapporterade LSS-avvikelser avser ”utebliven insats” (39 %), situationer där brukare ej fått den hjälp den varit berättigad. 26 % av LSS-avvikelserna uppges avse ”annat”, en kodning som används när inget av de fasta svarsalternativ som finns att välja i systemet bedömts vara applicerbart på aktuell situation (se diagram nedan).



Samtliga utredda LSS-avvikelser har analyserats utifrån de bakomliggande faktorer som legat till grund för avvikelsen, allvarlighetsgrad av det inträffade samt sannolikhet för att händelsen skall upprepas. Merparten bedöms ha uppstått till följd av ”personalbrist”(40 %), följt av ”bristande följsamhet till rutiner”(26 %) eller olika typer av ”svårigheter i informationsöverföring/samverkan” (15 %). Vidare kan konstateras att 13 % av de registrerade LSS-avvikelserna ej över huvud taget har utretts.

I bedömningar om händelsens allvarlighetsgrad framkommer att 81 % av samtliga LSS-avvikelser bedömdes vara av ”mindre allvarlig” karaktär, 17,5 % bedömdes vara av ”måttligt allvarlig” karaktär och endast 1 % av LSS-avvikelserna bedömdes vara av ”betydande allvarlig” karaktär.

Risken för att händelserna skall upprepas bedömdes även dessa lågt. I 48 % av LSS-avvikelserna bedömdes risken att händelsen skulle upprepas som mycket liten, i 42 % bedömdes risken som liten och endast i 10 % av LSS-avvikelserna bedömdes risken som stor eller mycket stor.

SoL-avvikelser-Under 2023 har 307 SoL-avvikelser rapporterats inom förvaltningens verksamhet, en minskning med 17 % jämfört med tidigare år. Det framkommer stora skillnader i rapporteringsbenägenhet mellan förvaltningens olika enheter, där boendestöd står för 77 %, psykiatriboenden för 19 % och daglig sysselsättning för 4 % av förvaltningens samtliga SoL-avvikelser.

Förvaltningens SoL-avvikelser påvisar ett tydligt mönster. 83 % av alla upprättade SoL-avvikelser avser ”utebliven insats”, situationer där brukare inte fått det stöd den varit berättigad. Inom Boendestödets verksamhet är andelen ännu högre, där 93 % av alla SoL-avvikelser avser ”utebliven insats”.

Samtliga rapporterade SoL-avvikelser har analyserats utifrån vilka bakomliggande faktorer som legat till grund för avvikelsen, allvarlighetsgrad av det inträffade samt sannolikhet för att händelsen skall upprepas. Vid granskning av de bakomliggande faktorerna till SoL-avvikelser uppges dessa ha uppstått till följd av "personalbrist" eller "personalfrånvaro" i hela 95 % av fallen.

I bedömningar om händelsens allvarlighetsgrad framkommer att 99 % av samtliga SoL-avvikelser bedömdes vara av ”mindre allvarlig” karaktär, 8 % bedömdes vara av ”måttligt allvarlig” karaktär och under 1 % av SoL-avvikelserna bedömdes vara av ”betydande allvarlig” karaktär.

Risken för att händelserna skall upprepas bedömdes även dessa lågt. I 24 % av SoL-avvikelserna bedömdes risken att händelsen skulle upprepas som mycket liten, i 69 % bedömdes risken som liten och endast i 7 % av SoL-avvikelserna bedömdes risken som stor eller mycket stor.

Analys av SoL- och LSS-avvikelser- Vid granskning av förvaltningens samtliga LSS- och SoL-avvikelser framkommer vissa mönster.

Förvaltningen genomförde under 2021-2022 en omfattande utbildningsinsats i systematiskt kvalitetsarbete med särskilt fokus på avvikelse rapportering. Detta arbete resulterade i ett ökande antal upprättade avvikelser inom förvaltningen under föregående år. Under 2023 kan konstateras att denna trend brutits, då antalet avvikelser enligt såväl LSS som SoL minskat kraftigt. Det förefaller som att de utbildningsinsatser som genomförts inte resulterat i att avvikelse rapportering implementerats tillräckligt väl i förvaltningens verksamheter.

Vid granskning av fördelningen av upprättade avvikelser inom förvaltningen ses fortfarande att ett relativt fåtal enheter står för en betydande del av det totala antalet upprättade avvikelser, samtidigt som närmare 50 % av enheterna enbart upprättat mellan noll till tre avvikelser under året. Även om hur ofta situationer som skall generera att en avvikelse upprättas kan variera mellan enheter och över tid, så tyder de markanta skillnaderna i rapporteringsbenägenhet snarare på att förvaltningen fortfarande har en betydande underrapportering av avvikelser hos många av förvaltningens verksamheter.

Vidare framgår att den enskilt största delen alla upprättade LSS-och Sol-avvikelser avser ”utebliven insats”, situationer där brukare inte fått det stöd den varit berättigad. De bakomliggande faktorerna har i dessa fall så gott som uteslutande uppgetts handla om personalbrist. Vid kontroll med berörda verksamheter framgår att de utarbetat arbetssätt där avvikelser rutinmässigt upprättas när en insats helt uteblir till följd av personalbrist. Vidare får ses som motstridigt att det stora flertalet av dessa situationer bedömts ha en liten eller mycket liten risk att inträffa igen. Samtidigt förefaller det vara svårt att identifiera och rapportera avvikelser i det brukarnära omsorgsarbetet, då enbart ett relativt fåtal avvikelser av detta slag registrerats.

Sammantaget framkommer att förvaltningen behöver stärka kompetensen kring systematiskt kvalitetsarbete, med särskilt fokus på avvikelshantering.

Avvikelser fall

Det har totalt rapporterats 527 fallavvikelser i verksamhetssystemet Viva under 2023, en ökning jämfört med tidigare år. Fallavvikelserna rör 143 enskilda brukare/patienter. Detta innebär att ett flertal patienter har fallit fler än en gång. Tio brukare/patienter har haft fler än 11 fall under året. Ofta sker fallen i anslutning till gång eller till en förflyttning, exempelvis till och från säng eller rullstol och orsakas bland annat av att den enskilde bakomliggande sjukdom, kognitivt nedsatthet och/eller svårigheter att förflytta sig.

Uppföljning av fallavvikelser ska göras i team där flera professioner deltar. Det är av vikt att utreda de bakomliggande orsakerna till varje fall för att möjliggöra att relevanta åtgärder sätts in för att förebygga och förhindra att det inträffar igen. 26 av de rapporterade fallen har klassats med betydande skada som följd. Ett av de rapporterade fallen har klassats som katastrofal skada. Djupgranskning påvisade dock att det inte var fallet som var orsaken till följderna.

Avvikelser fall	Egen regi	Privata	Totalt
År 2022	366	47	413
År 2023	453	74	527

Hälso- och sjukvårdsavvikelser

Det har totalt rapporterats 2855 HSL avvikelser i verksamhetssystemet Viva.

Läkemedel- totalt rapporterades 1876 läkemedels-avvikelser under året. Dessa handlar främst om delvis eller helt utebliven dos av medicin och att signering saknades när läkemedel givits. Den vanligast bakomliggande orsaken är att medarbetaren inte följt instruktioner och rutiner. Ingen händelse har klassats som allvarlig. Det är ett stort antal avvikelser där det är stor sannolikhet att händelsen upprepas.

Läkemedelsavvikelser	Egen regi	Privat regi	Totalsumma
År 2022	1584	293	1877
År 2023	1620	256	1 876

Övriga HSL avvikelser- totalt rapporterades 954 avvikelser övriga HSL-avvikelser under året. De flesta avvikelser handlar om hälso- och sjukvårdsinsats utförd av baspersonal och om dokumentation, vanligast orsaken är utebliven eller bristande insats. Den vanligaste bakomliggande orsaken är att medarbetarna inte har följt instruktioner och rutiner. En rapporterad avvikelse kan innehålla flera händelser vilket gör att statistiken till viss del inte stämmer överens med faktiska antalet avvikelser. Ingen händelse är klassad som allvarlig. Ca 20 % av avvikelserna är klassade som att sannolikheten är stor eller mycket stor att det kommer inträffa igen. I ca 40 % av avvikelserna har samma händelse inträffat för patienten tidigare.

Avvikelser övrig HSL	Egen regi	Privat regi	Totalsumma
2022	646	169	815
2023	835	119	954

Trycksår- totalt rapporterades 25 trycksårsavvikelser under året, en fördubbling jämfört med tidigare år. Ny blankett för att registrera trycksår infördes från april 2023 där det tydligare framgår att en avvikelse alltid ska skrivas då ett trycksår uppkommer, något som kan vara en bidragande orsak till det ökade antalet avvikelser. Det är totalt tio individuella patienter som drabbats av trycksår under året. Det större antalet inkomna avvikelser kan förklaras med att en patient antingen drabbats av flera trycksår, eller att samma trycksår rapporterats av flera olika personalkategorier.

Antal trycksår	Ordinärt boende	Gruppboende	Totalt
2022	3	8	11
2023	15	10	25

Avvikelser 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.

Avvikelser rörande hälso- och sjukvård- Från VGR har det kommit 14 HSL avvikelser som inträffat inom förvaltningen. Dessa berör främst vård- och behandling. Från förvaltningen har det skickats 87 HSL avvikelser som har inträffat inom VGR. Dessa handlar till största delen om läkemedel, informationsöverföring och vård och behandling. Större delen har inträffat i samband med utskrivning från sjukhus samt vid SIP.

Avvikelser rörande socialtjänsten-Från VGR har det kommit 3 stycken avvikelser som inträffat inom förvaltningen. En av avvikelserna gäller en ej identifierbar brukare, varpå vidare utredning ej varit möjlig. De resterande två avvikelserna avser olika former av brister i samverkan mellan förvaltningens myndighetsutövning och VGR. Förvaltningen har vidtagit relevanta åtgärder till följd av avvikelserna. Inga avvikelser har skickats ifrån förvaltningen till VGR under året.

6.5 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.

MAS och MAR har under året påbörjat utredning av flertalet händelser med risk för allvarlig vårdskada. Utredningarna har föregåtts av rapporterade avvikelser från verksamheten. I samband med utredningar har några händelseanalyser gjorts tillsammans med enhetschefer och medarbetare. Ingen händelse har anmälts enligt Lex Maria.

Anmälan medicintekniska produkter

Vårdgivaren är skyldig att anmäla händelser med medicintekniska produkter som kan bero på produktfel till Läkemedelsverket. Tre anmälningar har gjorts angående troligt produktfel på medicintekniska produkter. Produktfelen gällde rollator, sprucken sits och ett bälte. Ingen patient skadade sig allvarligt i samband med händelserna.

6.6 Lex Sarah

14 kap. 3-7 §§ 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 påtaglig risk för allvarligt missförhållande samt allvarligt missförhållande gör SAS anmälan till IVO på delegation av nämnden.

Under 2023 har 43 rapporter enligt lex Sarah inkommit, en minskning med cirka 20 % jämfört med föregående år. Tre av rapporterna har avsett privata utförare och har därför lämnats till aktuella utförare för utredning. Av de 40 rapporter som avser egen förvaltning är 32 rapporter från verksamheter enligt LSS och åtta från verksamheter enligt SoL. 93 % av rapporterna är upprättade inom förvaltningens verkställighet, främst inom gruppboendestad enligt LSS och psykiatriboende enligt SoL.

Den vanligast förekommande rapporterade händelsen är "brister i utförande av insats" och "brister i bemötande" som anges i 50 % respektive 20 % av rapporterna. Av avslutade utredningar har följande bakomliggande orsaker identifierats:

- Kompetens och kunskap (52 procent)
- Brister i rutiner (28 procent)
- Styrning och ledning (10 procent)
- Brister i fysisk miljö, utrustning och teknik, (7 procent)
- Samverka och kommunikation (3 procent)

Till följd av ovanstående har SAS föreslagit åtgärder, exempelvis att följsamhet till rutiner skall säkerställas, att kunskapen om lex Sarah behöver öka, att öka kompetens och följsamhet till värdegrund, att säkerställa följsamhet till social dokumentation och att förbättra samverkan mellan förvaltningar inom Borås Stad när en brukare är aktuell på flera förvaltningar.

Tre rapporterade händelser bedömdes utgöra en påtaglig risk för allvarliga missförhållanden/allvarligt missförhållande och anmälades till Inspektion för vård och omsorg, IVO. Alla tre är avslutade av IVO med beslut att inte inleda vidare utredning. De föreslagna åtgärder som har lämnats av SAS bedömdes vara tillräckliga för att liknande händelser inte händer igen.

Analys lex Sarah

Rapporteringen av lex Sarah har minskat mot föregående år. Det bedöms därför finnas ett fortsatt behov av kompetenshöjande insatser kring systematiskt kvalitetsarbete och lex Sarah. Förvaltningen behöver även hitta former för mer ändamålsenlig uppföljning av åtgärder i lex Sarah för att kunna veta om åtgärder leder till förbättringar i verksamheten.

Vidare kan konstateras en bristande följsamhet till kravet på social dokumentation. Trots flertalet informations- och utbildningssatsningar ses ett fortsatt stort behov av kompetenshöjande insatser inom detta område.

6.7 Egenkontroll

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. 2023 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. Resultatet från brukarundersökningen används för att identifiera styrkor och svagheter i verksamheten så att rätt åtgärder kan vidtas för att öka kvaliteten för brukarna.

Den nationella brukarundersökningen 2023 påvisar ett stort oförändrat resultat jämfört med föregående år, med oftast ett fåtal procentenheters positiv eller negativ skillnad mot tidigare års resultat. Fortsatt gäller dock att förvaltningen i de flesta frågeområden ligger under det nationella snittet. Då det förekommer stora skillnader i brukarnas upplevelser mellan förvaltningens olika enheter får resultatet av den förvaltningsövergripande analysen tolkas med stor försiktighet. Analys av resultatet, samt eventuella åtgärder kopplade till detta, sker därför primärt på respektive enhet eller område.

500 brukare deltog i 2023 års brukarundersökning. Det är en liten ökning i förhållande till året innan (+20 svar). Svarsfrekvensen för hela förvaltningen blev 53 % vilket innebär att ungefär hälften av brukarna har deltagit. En positiv utvecklingen under året ses inom frågor som rör kommunikation, där en större andel brukare än tidigare uppger att personalen pratar så att de förstår eller att de vet vem de ska prata med om något är dåligt. Även andelen brukare som upplever att de får bestämma saker som är viktiga för dem har ökat markant.

Ett tydligt negativt utvecklingsområde är att brukares känsla av trygghet förefaller ha minskat under det gångna året. Andelen brukare som uppger att de känner att de trivs, att de känner sig trygga med sin personal eller att personalen bryr sig om dem har minskat. Samtidigt har andelen brukare som uppger att de ofta eller ibland känner sig rädda ökat.

Dokumentation inom hälso- och sjukvård

MAS och MAR har genomfört fördjupad journalgranskning av ett HSV team. Journalgranskningar visar att kvalitén på dokumentationen i patientjournalen har blivit bättre, men att det finns behov av ytterligare förbättring. En förbättring jämfört med tidigare journalgranskning av samma team är att patientens delaktighet nu tydligare kan ses i patientjournalen. Teamet har fått en rapport med förbättringsåtgärder och förslag på förbättringsområden. Fortsatt arbete sker lokalt i berört HSV team. Det finns ett fortsatt utvecklingsbehov gällande användandet av evidensbaserade bedömningsinstrument.

Dokumentation inom SoL och LSS

Andelen brukare med aktuell genomförandeplan inte äldre i sex månader har ökat något jämfört med föregående år, ifrån 79 procent 2022 till 85 procent 2023. Förvaltningens egenkontroll gällande genomförandeplaner har utökats under 2023. I enhetsrapporter analyseras arbetet med förvaltningens samtliga genomförandeplaner igenom vid tre tillfällen per år, vilket sannolikt varit bidragande till den positiva utvecklingen. Det är värt att notera att antalet aktuella genomförandeplaner ej är en indikation på genomförandeplaners kvalitet.

Vid granskning av dokumentation i samband med verksamhetsgranskningar och utredning av Lex

Sarah kan SAS konstatera att det finns stora skillnader i kvaliteten på den sociala dokumentationen mellan förvaltningens olika enheter och att det är vanligt förekommande att händelser av vikt för brukaren inte registreras.

Förvaltningen arbetar för att stärka kompetensen inom social dokumentation genom att:

- Förvaltningens kvalitet- och utvecklingsenhet har verksamhetsutvecklare med särskilt uppdrag att stötta förvaltningen med social dokumentation.
- Information om social dokumentation har tagits med i den nyligen framtagna digitala introduktionen till chefer, legitimerad personal och baspersonal. Fördjupat digitalt utbildningsmaterial för förvaltningens baspersonal är under utveckling.
- Verksamhetsutvecklare erbjuder löpande utbildningsinsatser i social dokumentation riktat till enskilda enheter. Utbildningsinsatserna utgår alltid ifrån brukarnas och verksamhetens unika behov, och utformas specifikt tillsammans med berörd enhet.
- Verksamhetsutvecklare och SAS utbildar löpande nya chefer i social dokumentation.
- Nätverksträff mellan verksamhetsutvecklare och förvaltningens stödpedagoger hålls en gång per månad där direkta frågor från verksamheten gällande den sociala dokumentationen hanteras.
- Trots pågående arbete finns fortfarande brister i social dokumentation och fortsatta åtgärder behövs.

Egengranskning IT- tjänsten SAMSA

Styrgrupp i närvårdvårdssamverkan har beslutat att egengranskning ska genomföras en gång per år av ärendehantering i IT- tjänsten SAMSA kopplat till in- och utskrivning i slutenvården. Syftet är att verksamheterna ska kunna se inom vilka delar i informationsöverföringen som det fungerar bra och inom vilka delar förbättringar behöver ske. Vid egengranskningen granskades professioner och funktioner i den egna verksamheten gällande följsamhet till lagar, riktlinjer och rutiner. Vid höstens egengranskning framkom att det fanns brister rörande information och kommunikation i olika delar som berör vårdbegäran, planering inför hemgång samt ansvarsfördelning. En handlingsplan har upprättats med åtgärder och uppföljning.

Hygien

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

Egenkontroll hygien har för första gången genomförts på enheter där vård och eller omsorg bedrivs inom förvaltningen, detta med hjälp av enkäter på enhetsnivå. Även privata utförare erbjöds att delta. Resultatet sammanställdes på övergripandenivå och enhetsnivå med förslag på förbättringsområden och presenterades för verksamheten i november. 46 enheter svarade på enkäten. Privata utförare deltog med färre enheter. Resultatet av egenkontrollen visar vilka hygieniska områden som det behöver jobbas vidare med på enhetsnivå, dessa områden dokumenterades i en handlingsplan för att kunna följas upp efter 6 månader.

MAS har träffat verksamhetschefer och enhetschefer för att ge kunskap/stöd om smittförebyggande åtgärder, utbildningsplan och checklista utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:44) om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS.

Hälso- och sjukvårdsinsatser utförda av baspersonal

I IT-systemet MCSS signeras hälso- och sjukvårdsinsatser digitalt som utförs av baspersonal på delegering eller instruktion. Det har bidragit till att synliggöra en del av de hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs i förvaltningen. Om de inte utförs eller utförs för sent ska en avvikelse skrivas. På förvaltningen har 716 913 insatser varit avsedda att signeras utav dessa är tre procent ej signerade det vill säga ca 21 000 insatser. Ej signerade insatser ska dokumenteras som en avvikelse vilket kan ses i avvikelsestatistiken, att det inte görs.

Kartläggning tvångs- och begränsningsåtgärder

Förvaltningen påbörjade 2022 ett omfattande kartläggningsarbete för att undersöka förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder i förvaltningens verksamheter. Resultatet påvisade förekomst av otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder i förvaltningens verksamheter. Arbetet med att identifiera, åtgärda och följa upp vidtagna åtgärder har fortsatt under 2023. Effekten av arbetet kommer att följas upp genom en ny kartläggning under 2024.

Läkemedel

Det finns läkemedel som är klassade som olämpliga på grund av biverkningar som t.ex. förvirring och ökad fallrisk. Den årliga vårdinventeringen visar på en ökning av användandet av olämpliga läkemedel.

Läkemedelsgenomgångar

Enligt rutin ska samtliga patienter som är inskrivna i hälso- och sjukvården och där verksamheten övertagit läkemedelsansvaret ha en aktuell läkemedelsgenomgång minst en gång per år.

Inom socialpsykiatriens verksamheter finns 134 patienter med helt läkemedelsövertag. Det har enbart utförts 59 stycken läkemedelsgenomgångar under året, vilket motsvarar att rutin följs i 44 procent av fallen. Vidare saknas symtomskattningar på samtliga 134 patienter.

Inom funktionshinder finns 181 patienter med helt läkemedelsövertag, och 64 läkemedelsgenomgångar har genomförts under året. Detta motsvarar att rutin följts i 35 % av fallen. Det har gjorts ett fåtal symtomskattningar. En orsak till ökat antal fall (se fallavvikelser, kapitel 6.4) skulle kunna vara bristande läkemedelsgenomgångar och därmed olämpliga läkemedel med ökad fallrisk som biverkan.

Vårdcentralernas intervall för årskontroll/läkemedelsgenomgång varierar mellan 12-15 månader. Detta medför att det inte går att jämföra siffror vilket påverkar förvaltningens möjlighet till måluppfyllelse. Läkemedelsgenomgångar är en återkommande punkt vid samverkansmöten mellan vårdcentralerna och kommunal hälso- och sjukvård samt i Närvårdssamverkan i syfte att förbättra kvalitén för patienten.

Läkemedelshantering kvalitetsgranskning

För att säkerställa läkemedelshantering görs en årlig granskning på varje enhet i form av en enkät. Utifrån resultatet upprättar enheterna handlingsplaner för förbättringsområden. Några områden att förbättra är kontroll av läkemedelslista i samband med överlämnade av läkemedel, hantering av läkemedel mellan enheter och tydligare läkemedelsordinationer samt läkemedelsgenomgångar.

Privata medel

Brukare som får stöd av kommunen ska sköta sina ekonomiska angelägenheter på egen hand. Om brukaren på grund av sjukdom eller annan orsak inte klarar detta ska närstående/anhörig eller ställföreträdare i första hand ta över ansvaret. Det förekommer dock att privata medel måste hanteras av anställda inom verksamheterna för att tillgodose brukares vardagsbehov. Hantering, förvaring och kontroll av brukares privata medel regleras i fastställd rutin. Enhetschef gör avstämning varje kvartal och kontrollerar att summorna stämmer, gör rimlighetsbedömning av inköp i förhållande till överenskommelse och signerar kassabladen. Senast den 31 mars efter årets slut ska alla kassablad och kvitton lämnas till ansvarig ekonom. Arbetssättet bedöms i stort fungera tillfredställande.

Fördjupad internkontroll av brukares privata medel utförs av förvaltningens ekonomifunktion. Den ska göras en gång om året, men ett stickprov kan göras, vilket innebär att alla brukare inte behöver kontrolleras varje år. Förvaltningen avser att göra fördjupade kontroller med tillhörande uppföljning på minst två enheter per år, men har till följd av resursbrist hos ekonomiavdelningen endast genomfört tillsyn på en enhet under 2023.

Riskbedömningar

Processen för riskförebyggande vårdåtgärder, med tillhörande instruktioner, är tydliggjord. Riskbedömningar inom områden fall, trycksår, undernäring och munhälsa ska utföras för att minska risk för vårdskada. Ett systematiskt arbete görs där bakomliggande orsaker till riskerna identifieras samt åtgärder både planeras och vidtas i syfte att förhindra/avhjälpa riskerna. Under året har 782 riskbedömningar utförts inom förvaltningen vilket är en avsevärd minskning från föregående år då 1284

riskbedömningar genomfördes.

Tillsyn

Under året har IVO gjort tillsyn i en av förvaltningens verksamheter, Brotorpsgatan 3. Brotorpsgatan 3 är en bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt LSS, och står därför under årlig kontroll av IVO. Vid årets tillsyn granskades dels förekomst av tvångs-, skydds-, och begränsningsåtgärder i verksamheten, dels avvikelser, lex Sarah och synpunkter. Årets tillsyn resulterade ej i några åtgärdsförslag eller anmärkningar.

Verksamhetsgranskning

En verksamhetsgranskning har genomförts av MAS/MAR och SAS. Fokus har varit att granska brukare/patientens delaktighet i sin vård och omsorg. Genomförd granskning visar att brukares/patienters delaktighet kan förbättras bland annat genom att brukaren får ta del av sina planer. Det framkommer även att förbättringsarbete behöver genomföras i kommunikation och samverkan kring patient/brukare. Granskade verksamheter får återkoppling i en skriftlig rapport som diarieförs. Enheterna har påbörjat arbete med förbättringar utifrån sina utvecklingsområden.

Översyn Myndighetsutövning LSS och SoL

Sociala omsorgsnämnden i Borås stad hade under våren 2023 noterat att en lägre andel av befolkningen beviljas insatser enligt LSS jämfört med andra kommuner. För att få en analys av bakomliggande orsaker till detta samt att säkerställa en handläggning och praxis som är jämlik i förhållande till övriga kommuner efterfrågade nämnden en översyn av verksamhet och inriktningsdokument för handläggning av ärenden enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (SoL). Uppdraget utfördes av Ensolution. Syftet med översynen var att svara på varför Sociala omsorgsnämnden rent procentuellt beviljar färre antal LSS-insatser i jämförelse med övriga kommuner i landet. Uppdraget innefattade även att ta fram ett vägledande inriktningsdokument för handläggning enligt SoL och LSS som skulle syfta till att förvaltningens bedömningar skulle bli mer jämlika i förhållande till övriga kommuner och närma sig genomsnittet i riket. Ensolutions granskning omfattade utöver omvärldsbevakning:

Hur tillgodoses behoven hos målgruppen idag?

- *Resurser till målgruppen ur ett invånarperspektiv*
- *Hur stor andel av befolkningen tar del av insatser enligt LSS?*
- *Hur stor andel av invånarna tar del av de olika insatserna inom LSS?*
- *Simulering – hur många brukare skulle Borås ha haft om kommunen låg på genomsnittet?*

Myndighetsutövningen inom LSS och SoL

- *Organisation och förutsättningar för en likvärdig och rättssäker myndighetsutövning*
- *Hur ser beslut och beslutsunderlag ut?*

Ensolutions slutsats och rekommendation var att av de faktaunderlag som finns tillgängliga i SKR:s databas Kolada finns inget som tyder på annat än att Borås stad redan idag tillhandahåller insatser och resurser till målgruppen i enlighet med genomsnittet för riket. Ensolutions genomlysning och bedömning av myndighetsutövningen inom LSS och SoL är att den håller en god kvalitet och att det finns arbetssätt och verktyg för att säkerställa en jämlik och rättssäker handläggning.

Ensolution vill dock understryka att det i enstaka fall, även när det finns en robust och rättssäker process för myndighetsutövningen, kan förekomma fel och brister. Det som är av vikt är att det inte finns strukturella brister och att det finns rutiner för att upptäcka och rätta till eventuella avvikelser.

Ensolution rekommenderar därför att nämnden inte inför riktlinjer/vägledningsdokument för myndighetsutövningen inom LSS och SoL eftersom lokal praxis redan idag är i linje med nämndens ambition att tillhandahålla insatser enligt LSS i nivå med genomsnittet i riket. Det finns också en risk med lokala riktlinjer, som lyfts i Socialstyrelsens lägesrapport 2023 ”Insatser och stöd till personer med

funktionsnedsättning”, att de kan skapa ojämlika förutsättningar över landet.

7 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 gruppboenden och tre serviceboenden, drivs sedan år 2018 av Attendo. Avtalet löper ut i december 2024.

Legitimerad personal har ansvar för den kommunala hälso- och sjukvården inom upphandlad verksamhet, både LOU och LOV.

År 2023 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 samverkansmöten. Avtalsuppföljning påvisar att Attendo bedöms ha en god följsamhet till ingånget avtal. Under året har följande delar av avtalet följts upp.

- Social dokumentation (kap 9.1)
- Genomförandeplan (kap 9.2)
- Avvikelser (kap. 10.3)
- Privata medel (kap. 4.10)
- Kost, näring och kvalitet (kap. 5.1.1 samt 5.2.1)
- Systematiskt brandskyddsarbete (kap. 2.2)
- Arbetsmiljö (kap. 6.1)
- Utbildningsnivå (kap. 6.4.2)
- Hyresavtal, skötsel och underhåll (kap 2.2)
- Kvalitetsundersökningar, egenkontroller och nationell statistik (kap 14.6)

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. Mervärdesuppföljning påvisar att Attendo i stort har en god följsamhet till de mervärden som framgår i ingånget avtal. I de fall där mervärden ej fullt ut följs har dessa ersatts med arbetssätt som bedöms mer gynnsamma för brukare och personal.

Utöver planerad uppföljning av Attendo så har brukarundersökning också genomförts på boendena i Attendos drift. Resultaten visar att Attendo har en betydligt högre svarsfrekvens (82 procent) än motsvarande verksamheter i förvaltningens egen regi (53 procent). Generellt gäller att brukarna på Attendo är nöjda med den hjälp de får (85 procent), tycker att de får bestämma om sådant som är viktigt för dem (81 procent) och upplever att personalen bryr sig om dem (93 procent). Föregående års resultat av brukarundersökningen påvisade behov av att dels förbättra kommunikationen mellan brukare och personal dels att öka känslan av trygghet inom Attendos verksamhet. Årets resultat påvisar en stark förbättring av resultatet inom dessa områden.

En gruppbostad LSS drivs av föräldrakooperativet Husbonden. Driftsavtalet med föräldrakooperativet innehåller ingen reglering av uppföljning av verksamhetens kvalitet. Avvikelser och andra kvalitetsmått har därför inte följts upp. Sociala omsorgsnämnden beslutade år 2021 att avtalet med föräldrakooperativet ska utredas och att nytt avtal ska tas fram. År 2023 genomfördes ny upphandling av gruppboestaden Husbonden där föräldrakooperativet vann upphandlingen. Nytt avtal börjar gälla 30 september 2024. Det nya avtalet medger reglerad uppföljning av verksamhetens kvalitet.

Uppföljning av privata utförare enligt LOV är ej möjlig att summera för förvaltningen. Avtalsuppföljning av LOV-företag som bedriver insatser för förvaltningens brukare utförs av Stadsledningskansliet, varpå förvaltningen inte kan göra några bedömningar om LOV-företagens kvalitet i sina verksamheter.

8 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Förvaltningens största utmaning för att kunna garantera en god och säker vård och omsorg ligger i att kunna rekrytera och behålla kompetent personal. För att kunna åstadkomma detta behöver fortsatt stort fokus på ändamålsenlig kompetensutveckling och introduktion samt genom aktivt arbete med nämndens mål att förvaltningen skall bli en mer attraktiv arbetsgivare.

Med utgångspunkt från den nationella handlingsplanen ”Agera för säker vård” har förvaltningen tillsammans med VÄF tagit fram en handlingsplan och en aktivitetsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Prioriterade områden är bland annat patientmedverkan och patientperspektiv, dagligt patientsäkerhetsarbete, god säkerhetskultur, lärande av analyser samt säkerställa hanteringen av medicintekniska produkter. En utbildning i systematisk kvalitets och patientsäkerhetsarbete har upphandlats för alla chefer och legitimerade medarbetare och kommer att genomföras under 2024.

MAS, MAR och SAS kommer fortsatt att genomföra verksamhetsgranskningar med fokus på brukarens/patientens delaktighet.

MAS och MAR kommer fortsätta följa avvikelser gällande trycksår och säkra att åtgärder vidtas i verksamheterna. Ett systemstöd för sjuksköterskor vid hantering av svårläkta sår kommer att upphandlas under 2024.

Fallförebyggande arbete behöver intensifieras i takt med att fallen ökar. Förvaltningen behöver skapa förutsättningar för ett systematiskt teamarbete. Där teamet tillsammans identifierar bakomliggande orsaker och åtgärder planeras och följs upp.

Närvårdssamverkan har som mål år 2024 att stärka samverkan, förbättra planeringen vid vårdövergångar, öka det förebyggande och hälsofrämjande arbetet samt öka antalet upprättade SIP.

Närvårdssamverkan har en aktivitetsplan för omställningen Nära vård som beskriver aktiviteter med utgångspunkt från den länsgemensamma Färdplanen. Aktiviteter för år 2024 är fortsatt utveckling av mobil närvård, samverkan kring sköra äldre, personcentrering med fokus kring den enskildes behov och förutsättningar.

Under hösten kommer införande av ny IT- tjänst för informationsöverföring mellan vårdgivare. I tjänsten ingår bla. in- och utskrivningsprocess från sjukhus. IT-tjänsten kommer införas parallellt med befintlig IT-tjänst SAMSA under ca. 2 år.

Under 2023 granskade Stadsrevisionen förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOFS 2011:9). Vid granskningen gjordes bedömningen att förvaltningens ledningssystem avviker ifrån gällande föreskrifter, samt att det ej är tillräckligt implementerat i, eller anpassat till, verksamheterna. Av de förbättringsområden som angavs av Stadsrevisionen har förvaltningen under året arbetat med att göra översyn, analys och revidering av befintliga processer och rutiner med syfte att öka användarvänligheten. Under kommande år behöver förvaltningen fortsätta utvecklings- och implementeringsarbete för att åtgärda kvarvarande brister, däribland att öka kunskapen om ledningssystemet inom förvaltningen samt att utarbeta en samlad plan för egenkontroller och verksamhetsgranskningar.

Stadsrevisionen anger vidare att förvaltningens avvikelshantering fortsatt behöver utvecklas för att säkerställa att alla avvikelser registreras och hanteras. Förvaltningen bör även se över vilka åtgärder som kan genomföras i syfte att ytterligare stärka rapporteringen av avvikelser i förvaltningen. Mot bakgrund av den väsentliga minskning av antalet SoL- och LSS-avvikelser, rapporter enligt lex Sarah och synpunkter som rapporterats inom förvaltningen under 2023, får det ses som angeläget att förvaltningen vidtar åtgärder som syftar till att bryta denna trend.

Förvaltningen behöver också stärka sitt förebyggande arbete genom att systematiskt arbeta med riskanalyser/riskbedömningar på individnivå.

Vidare konstateras en bristande följsamhet till kravet på social dokumentation. Trots flertalet informations- och utbildningssatsningar ses ett fortsatt stort behov av kompetenshöjande insatser inom detta område.

Kerstin Niklasson
HandläggareDatum
2024-02-19Instans
Sociala omsorgsnämnden
Dnr SON 2023-00243 1.1.3.1

Svar på initiativärende från Liberalerna och Kristdemokraterna: Rätten till sexuell hälsa för personer med LSS-beslut

Sociala omsorgsnämndens beslut

Sociala omsorgsnämnden avslår initiativärendet från Liberalerna och Kristdemokraterna om att upprätta ett styr- eller inriktningsdokument som tar tillvara på grundläggande behov med avseende på rätten till sexuell hälsa och omfattande sexuella rättigheter vid personbeslut inom LSS-verksamheten.

Ärendet i sin helhet

Kristdemokraterna och Liberalerna har inkommit med ett initiativärende till Sociala omsorgsnämnden. De föreslår att Sociala omsorgsnämnden ska upprätta ett styrdokument alternativt inriktningsdokument som tar tillvara på grundläggande behov med avseende på rätten till sexuell hälsa och omfatta sexuella rättigheter vid personbeslut inom LSS-verksamhet.

Arbetet med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) är centralt utifrån både LSS som socialtjänstlagen. I lagstiftningen tydliggörs att verksamheten ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och delaktighet i samhällslivet. Eftersom sexualiteten är ett grundbehov så innebär det att det är en aspekt av livet som Sociala omsorgsförvaltningen behöver ta hänsyn till i arbetet för brukarna. Detta blir extra viktigt då nämnden har satt ökad delaktighet som ett övergripande mål.

Rätten till sexuell hälsa är en av de mänskliga rättigheterna. Inom Borås stad styrs arbetet med mänskliga rättigheter genom stadens Program för mänskliga rättigheter. Sociala omsorgsförvaltningen arbetar utifrån programmet och bedriver ett aktivt arbete med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. I Sociala omsorgsnämndens budget beskrivs arbetet med mänskliga rättigheter inom nämndens verksamheter. Arbetet följs sedan upp i årsredovisningen som redovisas för nämnden.

Folkhälsomyndigheten har en nationell handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige 2023-2033. I handlingsplanen framkommer det tydligt att Sociala omsorgsnämndens målgrupper tillhör de prioriterade. I handlingsplanen finns rekommendationer till kommunerna. Rekommendationerna kan sammanfattas på följande sätt:

1. Integrera SRHR-området i relevanta styr- och policydokument

2. Inkludera frågor om SRHR i kommunala behovsutredningar
3. Inkludera SRHR-frågor i mötet med brukare och patienter
4. Integrera SRHR-frågor i relevanta undersökningar
5. Arbeta ihop med civilsamhället i arbetet med SRHR
6. Systematiskt arbeta för att säkerställa SRHR-kompetens i verksamheten
7. Systematiskt följa upp arbetet inom området SRHR.

Folkhälsomyndighetens rekommendationer är vägledande i förvaltnings arbete med SRHR. Förvaltningen arbetar kontinuerligt med att fånga upp stödbehov i verksamheterna kring SRHR. Under året har exempelvis personalgrupper och stödpedagoger fått handledning och workshop i SRHR. En utbildningsinsats har genomförts i samarbete med civilsamhället för politiker, enhetschefer och stödpedagoger. Förvaltningen bedriver också kurser för brukare inom ämnet i samarbete med civilsamhällesorganisationer.

Det finns en tydlig styrning i arbetet med sexuell hälsa som en del av mänskliga rättigheter genom stadens styrdokument, nämndens budget och Folkhälsomyndighetens rekommendationer.

Sociala omsorgsförvaltningen anser därför att det inte behövs något eget styrdokument alternativt inriktningsdokument som tar tillvara på grundläggande behov med avseende på rätten till sexuell hälsa och omfatta sexuella rättigheter vid personbeslut inom LSS-verksamhet.

Sociala omsorgsnämnden föreslås därför avslå initiativärendet från Liberalerna och Kristdemokraterna.

Yvonne Persson
Ordförande

Magnus Stenmark
Förvaltningschef

Kerstin Niklasson
HandläggareDatum
2024-02-19Instans
Sociala omsorgsnämnden
Dnr SON 2023-00228 1.1.3.1

Svar på initiativärende (KD + L) - Jobbmässa i Borås Stad

Sociala omsorgsnämndens beslut

Sociala omsorgsnämnden beslutar att avslå initiativärendet att undersöka möjligheterna av en Jobbmässa.

Ärendet i sin helhet

Kristdemokraterna och Liberalerna har inkommit med ett initiativärende till Sociala omsorgsnämnden. Initiativärendet syftar till att ge Sociala omsorgsförvaltningen i uppdrag att undersöka möjligheterna för en Jobbmässa i Borås till förmån för människor med olika funktionsnedsättningar, i syfte att möjliggöra arbetstillfällen och en tillfredställande sysselsättning för dem.

I Borås stad är det Arbetslivsförvaltningen som har det huvudsakliga ansvaret för att ge stöd till personer som behöver det, för att komma ut på arbetsmarknaden. De har ett uppbyggt samarbete med Arbetsförmedlingen, civilsamhället, Sjuhäradssamordningsförbund med flera.

Sociala omsorgsförvaltningen ansvarar för den biståndsbedömda sysselsättningen till personer som inte står till arbetsmarknadens förfogande. Det innebär att nämnden bedriver daglig verksamhet enligt LSS och daglig sysselsättning till personer med psykiska funktionsnedsättningar, enligt socialtjänstlagen. Sociala omsorgsförvaltningen ansvarar också för att vara en attraktiv arbetsgivare som inte diskriminerar personer med funktionsnedsättningar och att vid behov samarbeta med Arbetslivsförvaltningen.

Den ovan beskrivna uppdelningen gör det tydligt att jobbmässor är Arbetslivsförvaltningens uppdrag att utreda. Arbetslivsförvaltningen har tidigare anordnat jobbmässor på Norrby, Sjöbo och Hässleholmen. Sociala omsorgsnämnden föreslås därför beslut att avslå initiativärendet att undersöka möjligheterna för en Jobbmässa.

Yvonne Persson
OrdförandeMagnus Stenmark
Förvaltningschef

Josefine Christiansen
HandläggareDatum
2024-03-18Instans
Sociala omsorgsnämnden
Dnr SON 2024-00018 3.3.3.0

Yttrande över remiss om avfallsföreskrifter 2024

Sociala omsorgsnämndens beslut

Sociala omsorgsnämnden tillstyrker Avfallsföreskrifter för Borås Stad 2024.

Svaret översänds till Kommunstyrelsen.

Ärendet i sin helhet

Sociala omsorgsnämnden har beretts tillfälle att yttra sig över Borås Stads nya avfallsföreskrifter för 2024.

Enligt miljöbalkens (1998:808) 15 kap. ska det finnas en renhållningsordning för varje kommun. Den består av föreskrifter för avfallshantering samt en avfallsplan. Denna föreskrift gäller lokalt för avfallshanteringen i Borås kommun. Avfallsplanen som nämns ovan, är regional och gäller 2021-2030.

För kommunens renhållningsansvar och avfallshantering gäller följande lagstiftning:

- Miljöbalken (1998:808)
- Avfallsförordningen (2020:614),
- Plan- och bygglagen (2010:900).
- Regler om avfallshantering i förordningar utfärdade med stöd av miljöbalken, såsom förordning (1998:899) om miljöfarlig verksamhet och hälsoskydd samt förordningar om producentansvar (2022:1274) om producentansvar för förpackningar, och andra författningar såsom till exempel Arbetsmiljöverkets föreskrifter

Den nuvarande avfallsföreskriften antogs av Kommunfullmäktige under 2020.

Den största orsaken till förändringarna dessa Avfallsföreskrifter är kopplade till förändrade lagkrav vad gäller avfallshantering. Det kommunala ansvaret växer, vilket föranleder revideringen.

Kommunens utökade insamlingsansvar för förpackningar genom förordning (2022:1274) om producentansvar för förpackningar är inarbetat i föreskrifterna. Likaså kraven på rapportering av farligt avfall från verksamheter till Naturvårdsverket och benämningar av gällande författningar är uppdaterade till nuvarande lydelse. Ökningen av det kommunala ansvaret innebär även att vissa avfallsslag tillkommit och definitioner ändrats.

Eftersom kommunen bytt insamlingssystem för mat- och restavfall har föreskrifter som gäller det gamla systemet tagits bort och föreskrifter kring vilka matavfallspåsar som får användas har ändrats.

Utöver detta har följande ändringar gjorts:

- Tillagt undantag för bioavfall enligt Naturvårdsverket föreskrifter NFS 2023:11.
- Gångväg benämns nu som dragväg. Vi har även förändrat innebörden för hur dragväg mäts, vilket ligger i linje med kommande Återvinningstaxa.
- Kraven på fastighetsägaren har förtydligats.
- Matavfallskvarnar som är kopplade till det kommunala VA-nätet är inte längre tillåtet, enligt förändringar om separat insamling av Bioavfall i avfallsförordningen.
- Invasiva arter från privatpersoner får inte längre lämnas på Sobacken, det ska bara till ÄVC.
- Förtydligande kring begreppet farbar väg.

Sociala omsorgsförvaltningen följer Borås Stads nya avfallsföreskrifter vid hantering och sortering av avfall.

Sociala omsorgsnämnden föreslås tillstyrka remiss gällande nya avfallsföreskrifter.

Beslutsunderlag

1. Avfallsföreskrifter 2024
2. Förändringar avfallsföreskrifter 2024
3. Missiv: Nya avfallsföreskrifter
4. Bilaga 1 – Avfallsföreskrifter 2024

Beslutet expedieras till

1. Kommunstyrelsen

Yvonne Persson
Ordförande

Magnus Stenmark
Förvaltningschef

Avfallsföreskrifter

Fastställd av Kommunfullmäktige: 2024-xx-xx

Reviderad av Kommunfullmäktige: 2024-xx-xx

Gäller från och med: 2024-xx-xx

Avfallsföreskrifter

Borås Stad

Fastställda av Kommunfullmäktige 202x-xx-xx



Innehåll

1 kap Inledande bestämmelser	4
1.1 Gällande författningar	4
1.2 Definitioner	5
1.3 Målsättning	7
1.4 Överträdelse	7
2 kap Ansvar och skyldighet	8
2.1 Kommunens ansvar för avfallshantering	8
2.2 Producenternas ansvar	8
2.3 Fastighetsinnehavarens och nyttjanderättsinnehavarens ansvar	8
2.4 Ansvar för avfallshantering vid evenemang	9
2.5 Avfallsinnehavarens ansvar	9
3 kap Avfall under kommunalt ansvar	11
3.1 Behållare och emballering	11
3.2 Avfallsspecifika anvisningar	13
3.3 Transportväg	21
3.4 Lastningsplats	22
3.5 Dragväg	23
3.6 Avfallsutrymme och förvaringsplats	24
4 kap Annat avfall än verksamheters avfall under kommunalt ansvar	27
5 kap Undantag	29
§ 1 Prövning av undantag	29
§ 2 Förlängt hämtningsintervall	29
§ 3 Uppehåll i hämtning	29
§ 4 Eget omhändertagande av avfall under kommunalt ansvar	30
§ 5 Gemensamt omhändertagande av avfall under kommunalt ansvar	30
§ 6 Undantag för bioavfall	31
§ 7 Övriga undantag	32
6 kap Underkännande av källsortering	33
7 kap Ikraftträdande och uppföljning	34

1 kap Inledande bestämmelser

Enligt miljöbalkens (1998:808) 15 kap. ska det finnas en renhållningsordning för varje kommun. Den består av föreskrifter för avfallshantering samt en avfallsplan. Denna föreskrift gäller lokalt för avfallshantering i Borås kommun.

Ändringar i föreskrifterna ska ställas ut för allmänhetens granskning om de inte är av begränsad omfattning. Kommunstyrelsen har rätt att göra tillägg och ändringar i föreskrifterna om ändringarna är av sådan begränsad omfattning. Dit hör till exempel rätt för Kommunstyrelsen att utfärda anvisningar om utsortering, hantering och lämnande av avfall.

För den kommunala avfallshantering gäller miljöbalken (1998:808) och avfallsförordningen (2020:614), samt andra förordningar och föreskrifter om avfallshantering utfärdade med stöd av dessa eller andra författningar.

Dessa föreskrifter reglerar kommunens ansvar som omfattar borttransport samt återvinning eller bortskaffande av avfall under kommunalt ansvar och därmed jämförligt avfall från annan verksamhet.

Avfall under kommunalt ansvar får inte transporteras eller omhändertas av någon annan än Borås Energi och Miljö AB, eller den som Borås Energi och Miljö utsett, om inte annat anges i dessa föreskrifter.

1.1 Gällande författningar

För kommunens renhållningsansvar och avfallshantering gäller följande lagstiftning:

- Miljöbalken (1998:808)
- Avfallsförordningen (2020:614)
- Plan- och bygglagen (2010:900)
- Regler om avfallshantering i förordningar utfärdade med stöd av miljöbalken, såsom förordning (1998:899) om miljöfarlig verksamhet och hälsoskydd samt förordning (2022:1274) om producentansvar för förpackningar
- Och andra författningar såsom till exempel Arbetsmiljöverkets föreskrifter

Ändringar i gällande lagar och andra författningar samt andra myndighetsbeslut som reglerar avfallshantering införs i denna renhållningsordning utan särskilt beslut i kommunfullmäktige.

Renhållningsordningens föreskrifter gäller i hela Borås Stad.

1.2 Definitioner

I dessa föreskrifter ska särskilt följande gälla:

Avfall avses varje föremål eller ämne som innehavaren gör sig av med eller avser eller är skyldig att göra sig av med (15 kap. 1 § miljöbalken).

Avfall under kommunalt ansvar avses detsamma som benämns i 15 kap. miljöbalken, det vill säga (1) avfall från hushåll och sådant avfall från andra källor som till sin art och sammansättning liknar avfall från hushåll, (2) avloppsfraktioner och filtermaterial från enskilda avloppsanläggningar, som är dimensionerade för högst 25 personkvivalenter, om anläggningen endast används för hushållsspillvatten, eller spillvatten som till sin art och sammansättning liknar hushållsspillvatten, (3) latrin från torrtoaletter och jämförliga lösningar, och (4) bygg- och rivningsavfall som inte producerats i en yrkesmässig verksamhet.

Utöver ovanstående punkter har kommunerna, från och med 2024-01-01, också insamlingsansvar för förpackningar från hushållen och från samlokaliserade verksamheter.

Tabellen nedan definierar begrepp som används i dessa föreskrifter rörande kommunalt avfall:

Animaliska biprodukter (ABP)	avses avfall av animaliskt ursprung enligt förordningarna 1069/2009/EG och 142/2011/EU.
Avfallsansvarig nämnd	avses kommunstyrelsen.
Avfallsbehållare	behållare som används för uppsamling av avfall. Avfallsbehållare kan vara av olika typ och storlek. Exempel på olika behållare är kärl, container, bottentömmande behållare, tank och batteribehållare.
Avfallsinnehavare	den som ger upphov till ett avfall under kommunalt ansvar har ansvar för att sortera och lämna det enligt gällande nationella lagar, förordningar och föreskrifter samt i enlighet med dessa föreskrifter och anvisningar till dessa föreskrifter.
Bioavfall	definieras i 1 kap. 5 § avfallsförordningen som: 1. biologiskt nedbrytbart trädgårds- eller parkavfall, 2. biologiskt nedbrytbart livsmedels- eller köksavfall från hushåll, kontor, restauranger, grossister, matsalar, catering och detaljhandelslokaler, och 3. biologiskt nedbrytbart livsmedels- eller köksavfall från livsmedelsindustrin som är jämförbart med sådant avfall som avses i 2. Bioavfall är alltså ett mer omfattande begrepp än matavfall och inkluderar både livsmedels- eller köksavfall (som tidigare kallades matavfall) och trädgårds- eller parkavfall. Begreppet har ändrats genom genomförandet av avfallsdirektivets artikel 22 om bioavfall i svensk lagstiftning.
Borås Stads Återvinningstaxa	det dokument som reglerar den avgift som abonnenten betalar som bekostar hämtning av avfall, service på återvinningscentralerna, behandling av avfall, information och kundservice.

Bygg- och rivningsavfall från icke kommersiell verksamhet	avses avfall från byggande, rivning och anläggningsarbeten som inte utförs i yrkesmässig verksamhet.
Elavfall	avses detsamma som i 13 § förordningen (2014:1075) om producentansvar för elektronikutrustning.
Enskilda avloppsanläggningar	avses sluten tank, slamavskiljare, fosforfälla, minireningsverk och andra motsvarande anläggningar som samlar avfall under kommunalt ansvar. Avloppsanläggning för ett eller flera hushåll som inte är anslutna till kommunalt avloppsledningsnät.
Farligt avfall	avses ett ämne eller föremål som är avfall och som är markerat med * i bilaga 3 till avfallsförordningen eller som omfattas av föreskrifter som har meddelats med stöd av 12 § avfallsförordningen (2020:614).
Fastighetsinnehavare	avses den som är fastighetsägare eller den som enligt 1 kap. 5 § fastighetstaxeringslagen (1979:1152) ska anses som fastighetsägare.
Fastighetsnära insamling	Den insamling av avfall som sker på eller i direkt anslutning till den fastighet där avfallet uppkommit, oavsett avfallsfraktion.
Fett	från restauranger och storkök menas använd frityrolja och annat spillfett som hämtas i behållare eller via fettavskiljare. Fett från hushåll ingår också i denna definition.
Fritidsbostad	småhus som inte är inrättat för helårsboende.
Grovavfall	avses avfall under kommunalt ansvar som är så tungt eller skrymmande eller har egenskaper som gör att det inte är lämpligt att samla in i säck eller kärl.
Grundavgift	avgift som debiteras till fastighetsägare eller verksamhetsutövare och regleras i Återvinningstaxan. Finansierar kommunens återvinningscentraler, del av administration, information med mera och fördelas på olika kunder efter bedömt nyttjande.
Hårdgjord yta	ytor där hämtningspersonal utan svårigheter kan dra eller skjuta avfallsbehållare, såsom exempelvis asfalt, slät marksten, betong eller liknande. Gräsytor, kullersten, grusvägar och liknande ytor som skapar svårigheter för hämtningspersonalen räknas inte som hårdgjorda ytor.
Matavfall	avses allt biologiskt nedbrytbart avfall som uppkommer av livsmedelshantering i hushåll, restauranger, storkök, butiker eller liknande och som skulle kunna, eller har kunnat, användas som livsmedel och som utgör avfall under kommunalt ansvar. I begreppet matavfall som utgör avfall under kommunalt ansvar ingår också avfall som hålls ut i vasken (flytande livsmedel såsom mjölk eller livsmedel som sköljs ur förpackningar) i de fall detta samlas upp i sluten tank. Förutom detta ingår också skal, ben och liknande som visserligen inte är mat men ändå är nära förknippat med mat. Butiksavfall av animaliskt ursprung utgör dock före detta livsmedel i enlighet med punkten nedan.

Nyttjanderättshavare	avses den som, utan att omfattas av begreppet fastighetsinnehavare, har rätt att bruka eller nyttja fastighet.
Permanentbostad	bostad som är avsedd för stadigvarande boende.
Renhållare	avses Borås Energi och Miljö AB eller den som bolaget anlitar för hantering av det avfall som omfattas av kommunens ansvar.
Restavfall	avses det avfall som kvarstår när matavfall, farligt avfall, förpackningar, returpapper, elavfall och annat avfall som omfattas av producentansvar, har sorterats ut från hushållets kärl- och säckavfall.
Rörlig avgift	är beroende av vilket abonnemang som valts och täcker hämtnings- och behandlingskostnaderna av det kommunala avfallet.
Samlokaliserade verksamheter	en verksamhet som använder samma avfallskärl som hushållen i ett flerbostadshus. Det kan till exempel vara en frisör eller restaurang som bedriver verksamhet i samma fastighet som hushållen i ett flerbostadshus.
Slam	avfall från enskilda avloppsanläggningar. Latrin är avfall från torrtoaletter.
Storkök	lokaler från varuintag till utlämning eller servering. De är avsedda för tillagning av ett fåtal maträtter till många människor samtidigt.
Tillsynsansvarig nämnd	avses den eller de nämnder som kommunfullmäktige utser att ha ansvar för operativ tillsyn enligt miljöbalken.
Trädgårdsavfall	avses biologiskt avfall som uppkommer vid normalt nyttjande av trädgårdar vid bostadshus, till exempel kvistar och gräsklipp.
Verksamheter	verksamheter som inte är hushåll och genererar jämförligt hushållsavfall, till exempel företag, skolor och institutioner.

1.3 Målsättning

Målsättningen i kommunen är att allt avfall som uppkommer ska behandlas i följande prioritetsordning i enlighet med EU:s avfallshierarki:

1. Förebyggande
2. Återanvändning
3. Materialåtervinning
4. Energiutvinning
5. Bortskaffande

Vidare är målsättningen att leva upp till en hållbar och säker avfallshantering. Sorteringen ska så långt som möjligt ske vid källan och alltid ske enligt de sorteringsföreskrifter som finns i bilaga 1 och andra anvisningar som kommunen eller bolaget ger.

1.4 Överträdelse

Straffbestämmelser vid överträdelser enligt gällande lagstiftning finns i 29 kap. miljöbalken och miljöstraffsavgifter i 30 kap. miljöbalken. Kontroll av renhet på källsorterat avfall kan förekomma. Vid felsortering kan fastighetsinnehavaren åläggas felsorteringsavgift enligt gällande Återvinningstaxa.

2 kap Ansvar och skyldighet

2.1 Kommunens ansvar för avfallshantering

I Borås har Kommunstyrelsen verksamhetsansvaret för avfallshantering, enligt 15 kap. 20 § miljöbalken, för hanteringen av avfall under kommunalt ansvar i kommunen, med särskilt ansvar för att avfall under kommunalt ansvar som utgörs av farligt avfall samlas in och transporteras till en behandlingsanläggning. Utförandet har överlåtits till bolaget Borås Energi och Miljö AB. Borås Energi och Miljö AB sköter också på uppdrag av Kommunfullmäktige insamling av avfall i nedskräpningsärenden samt bilvrak efter myndighetsbeslut från Miljö- och konsumentnämnden gällande nedskräpningsärenden eller Tekniska nämnden för ärende gällande bilvrak.

Hantering av det avfall som omfattas av kommunens ansvar utförs av den eller dem som bolaget anlitar för ändamålet, nedan kallad renhållaren.

Kommunen är skyldig att organisera insamling och behandling av allt avfall från hushåll som klassas som kommunalt avfall, eller för de avfallstyper där det finns ett kommunalt insamlingsansvar. Kommunen har ansvar för att planera och utföra insamling, transport och behandling av avfall, för att tillgodose såväl skyddet för människors hälsa och miljön.

Tillsyn över avfallshantering enligt 15 kap miljöbalken och enligt föreskrifter meddelade med stöd av miljöbalken utövas av Miljö- och konsumentnämnden i Borås kommun.

Borås Energi och Miljö informerar hushållen om krav på sortering och hantering avseende förpackningar och konsumentavfall, i enlighet med gällande producentansvar och insamlingsansvar.

Kommunen får med stöd av miljöbalken 27 kap 4 § meddela föreskrifter om att avgift ska betalas för den avfallshantering som utförs av kommunen. Avgiftens storlek framgår av Återvinningstaxan som fastställs av kommunfullmäktige. Avgiften får tas ut på ett sådant sätt att förebyggande, återanvändning, återvinning eller annan miljöanpassad avfallshantering främjas.

2.2 Producenternas ansvar

Producentansvaret regleras i förordningar om producentansvar (2018:1462, 1994:1236, 2000:208, 2014:1075, 2007:185, 2008:834, 2009:1031), meddelade med stöd av miljöbalken.

2.3 Fastighetsinnehavarens och nyttjanderättsinnehavarens ansvar

Fastighetsinnehavaren är skyldig att betala avgift enligt Återvinningstaxan. Fakturamottagande kan efter anmälan av fastighetsinnehavaren till Borås Energi och Miljö överföras på

nyttjanderättsinnehavaren. Borås Energi och Miljö har därmed rätt att kräva antingen fastighetsinnehavaren eller nyttjanderättsinnehavaren på avgift.

Borås Energi och Miljö kan neka fastighetsinnehavaren att överlåta fakturamottagandet på nyttjanderättsinnehavaren vid fastigheter där det är olämpligt, till exempel där många olika verksamheter finns inom samma fastighet.

Då nyttjanderätten upphör återgår betalningsansvaret till fastighetsinnehavaren.

Nyttjanderättsinnehavaren likställs med fastighetsinnehavaren när det gäller ansvar för uppkommet avfall.

Fastighetsinnehavaren av den fastighet där avfall uppkommer ansvarar för att avfallet hanteras enligt dessa föreskrifter. Fastighetsinnehavaren och nyttjanderättsinnehavaren ska informera de som bor eller verkar på fastigheten om de regler som gäller för avfallshanteringen samt var utsorterade avfallssorter ska lämnas och verka för att de följs.

2.4 Ansvar för avfallshantering vid evenemang

Arrangören av ett evenemang är nyttjanderättshavare och därmed ansvarig för sortering och överlämning av de avfallsslag som nämns i bilaga 1.

2.5 Avfallsinnehavarens ansvar

Avfallsinnehavaren ska se till att avfallet hanteras på ett hälso- och miljömässigt godtagbart sätt. Avfallsinnehavaren ska sortera avfall i enlighet med vad som anges i dessa föreskrifter samt enligt vad som anges i bilaga 1. Avfall under kommunalt ansvar ska lämnas i Borås Energi och Miljös tillhandahållna eller godkända avfallsbehållare, eller på anvisad plats. Den som i yrkesmässig verksamhet ger upphov till annat avfall än avfall under kommunalt ansvar, ska hantera detta i enlighet med avfallsförordningen (2020:614), och ha tillstånd till transportverksamhet, är anmäld hos föreskriven myndighet eller har undantagits från anmälningsplikt (Naturvårdsverkets föreskrifter om transport av avfall NFS 2022:5). Avfallsinnehavaren ansvarar för att avfall som uppstår vid hälso- och sjukvård i bostad eller motsvarande hanteras och omhändertas enligt Socialstyrelsens föreskrift SOSFR 2005:26.

Alla personer, hushåll, verksamheter etcetera ska sortera ut följande avfall och hålla det skilt från annat avfall:

- Matavfall
- Olika typer av farligt avfall
- Grovavfall
- Returpapper
- Olika typer av avfall som omfattas av producentansvar eller pant, till exempel:

- förpackningar (plast, papper, metall, glas)¹
- elutrustning samt olika typer batterier och ljuskällor
- pantflaskor och -burkar
- läkemedel
- bildäck
- Trädgårdsavfall
- Latrin
- Slam samt andra avfallslag från små avloppsanläggningar
- Textil
- Bygg- och rivningsavfall från icke kommersiell verksamhet, minst följande sex fraktioner:
 - trä
 - mineraler (som består av betong, tegel, klinker, keramik eller sten)
 - metall
 - glas
 - plast
 - gips

¹ Från och med 2024-01-01 har kommunerna insamlingsansvar för förpackningar från hushåll samt samlokaliserade verksamheter.

3 kap Avfall under kommunalt ansvar

I detta kapitel regleras avfall som är under kommunens ansvar enligt 15 kap. miljöbalken eller därmed jämförligt avfall. Med kommunalt avfall avses detsamma som i 15 kap. 3 § miljöbalken, det vill säga avfall som kommer från hushåll och sådant avfall från andra källor som till sin art och sammansättning liknar avfall från hushåll.

3.1 Behållare och emballering

- A. Borås Energi och Miljö avgör avfallsbehållarens typ, storlek och placering.
- B. Avfallsbehållaren ska vid hämtningstillfället vara uppställd på tomt 0–5 meter från där fordonet närmast kan parkera med hänsyn taget till arbetsmiljö samt backning (exklusive trottoar och cykelbana), enligt Återvinningstaxan eller där Borås Stad anvisat plats. Kärlet med två eller tre hjul ska placeras med draghandtaget ut mot dragväg varifrån kärlet hämtas eller enligt Borås Energi och Miljöns anvisningar.
- C. I avfallsbehållaren får endast sådant avfall läggas för vilket behållaren är avsedd. Avfall ska vara emballerat så att skada, arbetsmiljöproblem eller annan olägenhet inte uppkommer. Emballering gäller dock ej förpackningar och returpapper.
- D. Kärlet hyrs ut till kunden av Borås Energi och Miljö, kunden ansvarar för rengöring av kärlet. Normalt slitage står Borås Energi och Miljö för. Containerar ägs av Borås Energi och Miljö. Vid skadegörelse eller vårdslöshet står kunden för reparation eller ersättande av kärlet och containerar.
- E. Krantömmande behållare ägs och underhålls av kunden. Krav på underhåll kan sättas på kund av renhållaren om det krävs för god arbetsmiljö.
- F. Avfallsbehållare får inte fyllas mer än att den lätt kan tillslutas. Behållaren får inte vara så tung att den blir svår att flytta eller att arbetsmiljökraven inte kan tillgodoses.
- G. Behållaren ska genom fastighetsägarens försorg stå upprätt och placeras så att den inte orsakar trafikfara, hinder eller nedskräpning. Fastighetsägaren ska omgående åtgärda nedskräpning på hämtningsplatsen.
- H. Överfull, för tung eller trasig avfallsbehållare, felsorterat avfall, eller avfallsbehållare som innehåller dåligt emballerade stickande eller skärande föremål, hämtas först när avfallet paketerats eller sorterats om. En eventuell kostnad för extra hämtning kan tillkomma enligt Återvinningstaxan.
- I. Fastighetsägaren ansvarar för att behållaren är fri från snö och is vid hämtningstillfället samt att dragvägen är snöröjd och halkbekämpad.
- J. Fastighetsägaren ansvarar att se till att matavfallspåsarna lätt faller ur kärlet vid tömning under vintertid.
- K. Antal kärlet, samt volymen på dessa, ska vara tillräcklig så de svarar mot de behov som föreligger samt att de har en marginal för oförutsedda dröjsmål av tömning (motsvarande två dygn).

3.1.1 Kriterier för krantömmande behållare (placering och tömning)

Vid val av storlek och antal krantömmande behållare ska de vara dimensionerade på ett sådant sätt att mat- och restavfall samt förpackningsmaterial aldrig behöver tömmas mer än en gång i veckan. Tömning sker i den ordning Borås Energi och Miljö bestämmer.

Borås Energi och Miljö ska alltid kontaktas innan behållare placeras ut, bedömning av platsens lämplighet ska göras utifrån varje enskilt fall. Tömning av kranbehållare sker genom höga kranlyft av tunga behållare vilket ställer höga krav på tömningsförfarandet. För att säkerställa säkerheten och för att tömning av behållare ska godkännas ska Borås Energi och Miljö:s riktlinjer följas tillsammans med följande kriterier. Skulle dessa kriterier inte uppfyllas kan Borås Energi och Miljö komma att tillhandahålla ett alternativt insamlingsförfarande.

- A. Behållare ska ha ett kroksystem som är anpassat efter kommunens avfallshantering och Borås Energi och Miljö:s riktlinjer. Behållarna bör ej vara delade, vid delad behållare tillkommer avgift enligt Återvinningstaxan.
- B. Behållare bör vara täta på grund av spillrisk, arbetsmiljön för chaufförerna och för boendemiljön.
- C. Hänsyn ska tas till riskerna för lukt, exempelvis om behållare står för nära bostäder eller luftintag till byggnader.
- D. Behållare ska placeras på ett trafiksäkert sätt.
- E. Tömning av behållare får inte ske över cykelbana.
- F. Om tömning görs över ett så kallat naturligt gångstråk ska det finnas en säker alternativ gångväg runt och förbi markbehållaren.
- G. Bilens angöringsplats får inte vara placerad vid utfarter eller placeras vid en korsning.
- H. Inga hinder i höjddled får begränsa lyftarmen eller själva behållaren.
- I. Angöringsplats ska var lättåtkomlig och backning undviks så långt som är möjligt.
- J. Angöringsplats får inte ligga så att parkerade bilar finns i lyftområdet mellan hämtfordon och behållare.
- K. Angöringsplats bör inte placeras utmed huvudgator.
- L. På grund av att behållaren kan pendla vid lyft ska behållaren placeras minst 2 meter från omgivande hinder till exempel fasad, balkonger, lyktstolpe eller parkering.
- M. Avstånd mellan fordonet och behållaren får vara maximalt 5 meter.
- N. Behållare ska vara placerad så att ytvattenavrinning möjliggörs.

3.1.2 Kriterier för sopsugssystem

Vid tömning av mobil sopsug ska dockningspunkten placeras högst 5 meter från hämtfordonets uppställningsplats. Anläggningen ska vara anpassad till utrustningen för Borås Energi och Miljö eller utsedd entreprenörs hämtfordon. Sopsugssystemet ska vara anpassat för minst två fraktioner, matavfall och restavfall. Sopsug kan användas där Borås Energi och Miljö anser att detta är lämpligt, samråd ska alltid göras med Borås Energi och Miljö.

3.1.3 Gemensamt kärl

Om två eller fler fastighetsinnehavare eller nyttjanderättshavare vill använda gemensam avfallsbehållare görs ansökan till Borås Energi och Miljö. Förutsättningarna är att bestämmelserna i dessa föreskrifter om fyllnadsgrad och vikt beaktas och att olägenheter för människors hälsa eller miljön inte uppstår. Ansökan om gemensam avfallsbehållare ska lämnas in minst 4 veckor innan ändringen ska börja gälla.

Medgivande om hämtning via delat kärl kan återkallas om avgift inte betalas eller om dessa föreskrifter inte följs.

3.1.4 Gemensam avfallslösning

Flera fastigheter kan, som en förening eller samfällighet, ha en gemensam avfallslösning som miljöhus, gemensam hämtningsplats eller annan typ av avfallslösning. Även de som inte är en samfällighet men får hantera avfall kan ha en gemensam avfallslösning. Detta under förutsättning att Borås Energi och Miljö givit sitt medgivande. För att samfälligheten ska kunna debiteras kan Borås Energi och Miljö kräva att få se intyget på att samfälligheten har tillstånd att hantera avfallet. Varje ingående fastighet (boenhet) ska betala de avgifter som framgår av Återvinningstaxan. Delning av kostnad avser enbart de avgifter som framgår av Återvinningstaxan.

Medgivande om hämtning via gemensam avfallslösning kan återkallas om avgift inte betalas eller om dessa föreskrifter inte följs.

3.1.5 Anvisning av plats

Anvisning av plats görs av Tekniska nämnden. Borås Energi och Miljö kan remittera ärenden till Tekniska nämnden.

3.2 Avfallsspecifika anvisningar

3.2.1 ALLMÄNT

De avfallsslag som inte listas nedan hämtas efter behov. Hämtningsintervall är angivna så som renhållningen fungerar i normalfallet. Det finns möjlighet till undantag (se kapitel 5).

3.2.2 MATAVFALL

Matavfall ska sorteras ut och hållas skilt från annat avfall och hanteras enligt bilaga 1. Matavfallskvarnar kopplade till det kommunala avloppsnätet är inte tillåtet från och med 2024-01-01, då bioavfall måste samlas in separat enligt avfallsförordningen.

Emballering, behållare och förvaring

- Matavfall som uppkommer i hushållet ska förpackas i särskilt avsedd påse som tillhandahålls eller anvisas av Borås Energi och Miljö. Annan förpackning får inte användas. I hushållet bör särskild ventilerad hållare som tillhandahålls eller anvisas av Borås Energi och Miljö för påsen användas.

- Matavfallspåsen bör bytas varannan till var tredje dag. Denna rekommendation ligger till grund för vad som anses vara en normal årsförbrukning.
- Matavfall ska emballeras i papperspåsar godkända av Borås Energi och Miljö och enligt den europeiska standarden EN 13432 eller den svenska motsvarigheten SS 13432. Se bilaga 1.
- Säckar, påsar och säck-/påshållare för insamling av matavfall vid restauranger och storkök anskaffas, bekostas och hanteras i enlighet vad som regleras i Återvinningstaxan och i anvisningar från Borås Energi och Miljö.
- För storhushåll, restauranger, livsmedelsrelaterade affärsrörelser eller andra näringsställen där ruttnande eller vått matavfall uppstår kan det krävas ett kylt avfallsutrymme. Denna bedömning görs av Miljö- och konsumentnämnden.
- Matavfallskvarn kopplad till separat sluten tank, så kallad matavfallstank är tillåtet. Allt matavfall som tillförs matavfallstanken ska ha passerat en matavfallskvarn. Matavfallstankar ska vara placerade så att den lätt kan slamsugas. När tanken är installerad inomhus ska tömning ske via anslutning på utsidan av fasaden i gatuplan.
- Krantömmande behållare kan användas där Borås Energi och Miljö anser att detta är lämpligt.

Hämtningsintervall

- För permanentboende i en- och tvåfamiljsfastigheter ska hämtning av matavfall ske minst en gång varannan vecka.
- För fritidsboende i en- och tvåfamiljsfastigheter ska hämtning av matavfall ske minst en gång varannan vecka under vecka 20–41. Övrig del av året sker tömning enligt gällande Återvinningstaxa.
- För flerbostadshus och verksamheter där avfall under kommunalt ansvar uppkommer ska hämtning av matavfall ske efter behov, dock minst varannan vecka, i den ordning Borås Energi och Miljö bestämmer.
- Tömning av matavfallstankar ska ske minst en gång var fjärde vecka och i övrigt efter behov, för att upprätthålla en god funktion. Tömning sker i den ordning Borås Energi och Miljö bestämmer.

Hemkompostering av matavfall

Se kapitel 5.

3.2.3 RESTAVFALL

Det avfall som är kvar efter källsortering benämns restavfall.

Emballering och behållare

Restavfall ska emballeras väl och samlas in i kärl, krantömmande behållare eller container. Krantömmande behållare kan användas där Borås Stad och Borås Energi och Miljö anser att detta är lämpligt.

Restavfall som uppkommer i hushållet ska vara emballerat i en påse och vara försluten, eller enligt annan anvisning från Borås Energi och Miljö.

Hämtningsintervall

- För permanentboende i en- och tvåfamiljsfastigheter ska hämtning av restavfall i kärl ske minst en gång i månaden, i den ordning Borås Energi och Miljö bestämmer.
- För fritidsboende i en- och tvåfamiljsfastigheter ska hämtning av restavfall ske minst en gång i månaden under vecka 20–41. Övrig del av året sker tömning enligt gällande Återvinningstaxa.
- För permanentboende i en- och tvåfamiljsfastigheter kan kvartalshämtning erbjudas, förutsatt att Miljö- och konsumentnämnden godkännt hemkompostering.
- För flerbostadshus och verksamheter ska behållare vara dimensionerade på ett sådant sätt att hämtning av restavfall i kärl kan ske minst en gång varannan vecka, i den ordning Borås Energi och Miljö bestämmer. Restavfall i krantömmande behållare ska hämtas minst var fjärde vecka.

3.2.4 GROVAVFALL

Privatpersoner får lämna grovavfall som uppkommer i det egna hushållet till Borås Energi och Miljö's återvinningscentraler. Verksamheter, eller det som liknar verksamheter som tar betalt för att köra privatpersoners grovavfall, får lämna grovavfall mot en kostnad. Privatperson som tar betalt för att lämna någon annans grovavfall på återvinningscentral jämställs med en verksamhet och blir debiterad samma kostnad som en verksamhet.

Återvinningsbart grovavfall ska hållas skilt från annat avfall samt hanteras enligt bilaga 1.

Grovavfall som hämtas vid fastighet ska märkas med "GROVAVFALL". För flerbostadshus och grupphusområden gäller att grovavfall ska förvaras på lämplig förvaringsplats i avvaktan på borttransport enligt Borås Energi och Miljö:s anvisningar.

Hämtningsintervall

Grovavfall hämtas i en- och tvåbostadshus genom budning enligt gällande Återvinningstaxa. Grovavfall från flerbostadshus hämtas efter budning enligt gällande Återvinningstaxa. Beställningen görs av fastighetsinnehavaren.

3.2.5 FARLIGT AVFALL

Farligt avfall ska sorteras ut och hållas skilt från annat avfall. Farligt avfall ska hanteras enligt bilaga 1. Privatpersoner får genom egen försorg forsla bort farligt avfall som uppkommit i det

egna hushållet till av Borås Energi och Miljö anvisad plats, Borås Energi och Miljö:s återvinningscentraler.

Behållare och emballering

Det farliga avfallet ska vara tydligt märkt med innehåll, vara väl förpackat och inte blandas med annat avfall. Förpackningar med kemikalier som lämnas in av privatpersoner på återvinningscentralerna ska vara förpackade på ett sådant sätt att läckage inte uppkommer vid normal hantering.

Hämtningsintervall

Farligt avfall från flerbostadshus hämtas efter beställning enligt Borås Energi och Miljö:s ordning i enlighet med gällande Återvinningstaxa. Beställningen görs av fastighetsinnehavaren.

3.2.6 PRODUCENTANSVARSMATERIAL

Privatpersoner får genom egen försorg transportera bort producentansvarsmaterial som uppkommit i det egna hushållet till hänvisad plats för återvinning; exempelvis återvinningsstation eller återvinningscentral.

Förpackningar

Förpackningar ska sorteras ut och hållas skilt från annat avfall. För förpackningar gäller producentansvar och ska hanteras enligt bilaga 1. Från och med 2024-01-01 har kommunerna insamlingsansvar för förpackningar från hushållen samt samlokaliserade verksamheter.

Fastighetsnära insamling av förpackningar² ska vara infört till samtliga fastigheter senast 2027-01-01, och är därefter obligatoriskt. Samlingsplatser bör upprättas för att samla alla fraktioner på ett ställe.

Elavfall

Elavfall ska sorteras ut och hållas skilt från annat avfall och klassas som farligt avfall. För elavfall gäller producentansvar och ska hanteras enligt bilaga 1.

Ljuskällor och småelektronik från flerbostadshus hämtas vid behov av Borås Energi och Miljö.

Batterier

Batterier ska sorteras ut och hållas skilt från annat avfall. Batterier klassas som farligt avfall. För batterier gäller producentansvar och ska hanteras enligt bilaga 1. Småbatterier från flerbostadshus hämtas vid behov av Borås Energi och Miljö.

² Förpackningsmaterialen som omfattas är pappersförpackningar, plastförpackningar, metallförpackningar samt färgat- och ofärgat glas.

Läkemedelsavfall

Läkemedelsavfall ska sorteras ut och hållas skilt från annat avfall. För läkemedelsavfall gäller producentansvar och ska lämnas på apoteken. Nerspolning av läkemedel till avloppsnätet är inte tillåtet enligt Allmänna bestämmelser VA 2017 punkt 26. Detta gäller allt medicinskt avfall exempelvis tabletter, flytande mediciner och kanyler.

Bildäck

Bildäck ska sorteras och hållas skilt från annat avfall. För bildäck gäller producentansvar och hanteras enligt bilaga 1.

3.2.7 RETURPAPPER

Returpapper ska sorteras ut och hållas skilt från annat avfall. Returpapper hanteras enligt bilaga 1.

3.2.8 TRÄDGÅRDSAVFALL

Trädgårdsavfall får fastighetsinnehavaren eller nyttjanderättshavaren genom egen försorg transportera till av Borås Energi och Miljö anvisad plats eller till Borås Energi och Miljö:s återvinningscentraler.

Emballering och förvaring

Trädgårdsavfall ska förvaras skilt från annat avfall. För flerbostadshus och grupphusområden gäller att trädgårdsavfall ska förvaras på lämplig förvaringsplats i avvaktan på borttransport enligt Borås Energi och Miljö:s anvisningar. Får inte blandas med invasiva växter, hantering av invasiva växter redovisas under punkt 3.2.9.

Hämtningsintervall

Hämtning kan beställas hos Borås Energi och Miljö, enligt gällande Återvinningstaxa.

Kompostering

För kompostering av trädgårdsavfall krävs att komposten utformas, placeras och sköts så att olägenhet för människors hälsa eller miljö inte uppstår. Kompostering av trädgårdsavfall från flerbostadshus ska anmälas till Miljö- och konsumentnämnden innan kompostering påbörjas. Kompostering av trädgårdsavfall på en- och tvåfamiljsfastigheter får ske utan anmälan till Miljö- och konsumentnämnden.

Dragväg

Av arbetsmiljöskäl tillåts inte dragväg för trädgårdskärl.

3.2.9 INVASIVA FRÄMMANDE VÄXTER

Med invasiva främmande växter i detta sammanhang menas de växtarter som är reglerade i Förordning (2018:1939) om invasiva främmande arter. För mer info om vilka arter detta avser, besök Borås Stad eller Borås Energi och Miljö:s hemsida.

Privatpersoner får lämna invasiva växter på återvinningscentralerna, de ska vara väl inplastade så det inte finns någon risk för spridning. Invasiva växter får inte slängas i kärlet för restavfall eller med trädgårdsavfallet.

Emballering och förvaring

Invasiva främmande växter kan orsaka spridning och ska därför lämnas inplastade i dubbla, förslutna säckar och alltid lämnas som en separat fraktion i dialog med personal på återvinningscentralerna.

3.2.10 FETTAVFALL

Överblivet vegetabiliskt och animaliskt fett från matlagning till exempel frityrolja, stekfett och fett från burkar och flaskor. Oljor och fett från hushåll och verksamheter får lämnas på återvinningscentraler eller på anvisad plats. Återvinningscentralerna tar emot max fem liter fett eller olja per besök.

Emballering och förvaring

Frityrolja och liknande från restauranger och storkök ska förvaras i behållare som, Borås Energi och Miljö eller utsedd entreprenör, tillhandahåller eller hänvisar till. Hushåll ska hälla fett i separata behållare till exempel en plastflaska eller plastburk som sedan lämnas på Borås Energi och Miljö återvinningscentraler, detta för att förhindra stopp i avloppet.

Hämtningsintervall

Hämtning av frityrfett och liknande i fettunna ska ske vid behov, dock minst en gång per år.

3.2.11 FETTSLAM FRÅN FETTAVSKILJARE

Fettslam från fettavskiljare som kommer från restauranger, storkök och liknande ska tömmas av Borås Energi och Miljö eller utsedd entreprenör. Enligt allmänna bestämmelser VA (ABVA) punkt 26 och 27 får inte fett i större mängd eller höga fetthalter tillföras avloppet då detta kan orsaka stopp i huvudledningen.

Utöver Allmänna bestämmelser VA (ABVA) gäller att fettavskiljare ska följa svensk standard, SS EN 1825–2. Dimensionering och övrig information om fettavskiljaren ska skickas till Borås Energi och Miljö i samband med VA-anmälan.

Tillgänglighet

- Fettavskiljare ska vara lättillgängliga för tömning. Lock eller manlucka ska kunna öppnas av en person, väga max 25 kg och får vid tömningstillfället inte vara övertäckt eller låst. Anslutning för slang ska vara av den typ som Borås Energi och Miljö godkänt. Fastighetsinnehavaren ansvarar för anläggningens skötsel och underhåll.

- Avståndet mellan uppställningsplats för slambil och fettavskiljare bör ej överstiga 10 meter. Överstiger avståndet mellan uppställningsplats för slambil och slambrunn 10 meter debiteras en extra kostnad enligt Återvinningstaxan.
- När brunn eller tank ligger utanför den egna fastigheten, eller då det är oklart till vilken fastighet anläggningen tillhör, ska tömningsplatsen vara markerad med en tydlig skylt eller vimpel som anger fastighetsbeteckning eller adress.
- Vid alla ny- och ombyggnationer ska sugkoppling installeras på fastigheten om det inte installeras en markbrunn för fettavskiljare.
- Vid alla ny- och ombyggnationer av skolor och förskolor ska markbrunn eller sugkoppling placeras utanför lek- och vistelseområde för att säkerställa en säker hämtning.

Hämtningsintervall

Fettslam från fettavskiljare ska hämtas vid behov så att fett inte följer med flödet till efterföljande ledningssystem, dock minst fyra gånger per år. Hämtningsintervall ska anpassas till anläggningens belastning, typ och storlek. Fastighetsinnehavaren är alltid ansvarig för avskiljarens funktion utöver ovan angivna rutiner.

3.2.12 SLAM FRÅN ENSKILDA AVLOPP

Slutna tankar, slamavskiljare som till exempel trekammarbrunn, minireningsverk och liknande ska tömmas av Borås Energi och Miljö eller utsedd entreprenör.

Tillgänglighet

- Enskilda avlopp ska vara lättillgängliga för tömning. Lock eller manlucka ska kunna öppnas av en person, väga max 25 kg och får vid tömningstillfället inte vara övertäckt eller låst. Anslutning för slang ska vara av den typ som Borås Energi och Miljö godkänt. Fastighetsinnehavaren ansvarar för anläggningens skötsel och underhåll.
- Avståndet mellan uppställningsplats för slambil och slambrunn bör ej överstiga 10 meter. Överstiger avståndet mellan uppställningsplats för slambil och slambrunn 10 meter debiteras en extra kostnad enligt Återvinningstaxan.
- Tömningsplatsen vara markerad med en tydlig skylt eller vimpel som anger fastighetsbeteckning eller adress vid tömningstillfället.
- Minireningsverk ska ha instruktioner för handhavande och tömning på anläggningen, lättåtkomligt för Borås Energi och Miljö eller utsedd entreprenörs tömningspersonal.

Hämtningsintervall

Hämtning av slam från minireningsverk och slamavskiljare med ansluten toalett (till exempel trekammarbrunn) ska ske minst en gång per år, i övrigt efter behov för att upprätthålla en god funktion. Slam från slutna tankar och slamavskiljare utan anslutning av toalett ska tömmas efter beställning från fastighetsägaren.

Det finns andra system för slamhantering som inte behöver hämtas en gång per år, till exempel: Bioreningsverk och fytosystem. Dessa kan hämtas enligt tillverkarens rekommendationer eller utifrån behov.

3.2.13 FILTERMATERIAL FRÅN FOSFORFÄLLOR

Vid hämtning av filtermaterial kontaktas Borås Energi och Miljö.

3.2.14 TOALETTBODAR

Toalettbodar ska tömmas av Borås Energi och Miljö eller av utsedd entreprenör. Latrinavfall ska kunna hämtas med slamsugningsbil.

Hämtningsintervall

Tömning av toalettbodar sker efter beställning vid behov i den ordning Borås Energi och Miljö bestämmer.

3.2.15 STICKANDE/SKÄRANDE/SMITTFÖRANDE AVFALL

Stickande/skärande/smittförande avfall ska sorteras ut och hållas skilt från annat avfall. Detta avfall ska förvaras i speciella behållare som privatpersoner hämtar på apotek som skrivit avtal med Borås Energi och Miljö. Apoteken tar sedan emot det stickande/skärande/smittförande avfallet förutsatt att det är paketerat i rätt emballage.

Farligt avfall och avfall som är stickande/skärande som inte lämnas in till apotek måste förpackas på ett sådant sätt att personalen som tar emot detta inte riskerar att sticka sig på vassa föremål. Som stickande/skärande räknas även tex rakblad och akupunktur nålar.

3.2.16 ASKA

Aska och sot från kol- och vedeldning ska sorteras som restavfall och hanteras på ett sådant sätt att det inte kan förorsaka brand i avfallsbehållaren eller medföra störning genom damning vid hämtning.

3.2.17 DÖDA SÄLLSKAPSDJUR

Döda sällskapsdjur kan lämnas på veterinärkliniker eller djurbegravningsplatser. Döda sällskapsdjur inklusive hästar får grävas ner enligt 23 § Statens jordbruksverks föreskrifter (SJVFS 2014:43). Nedgrävning av större djur inklusive hästar ska ske i samråd med Miljö- och konsumentnämnden.

3.2.18 BYGG- OCH RIVNINGSAVFALL

Bygg- och rivningsavfall från icke kommersiell verksamhet klassas som kommunalt avfall. Bygg- och rivningsavfall ska sorteras ut i minst sex fraktioner; trä, mineraler (som består av betong, tegel, klinker, keramik eller sten), metall, glas, plast och gips, och hållas skilt från annat avfall.

Bygg- och rivningsavfall från icke kommersiell verksamhet kan lämnas kostnadsfritt på Borås Energi och miljö:s Återvinningscentraler, eller så kan hämtning beställas enligt gällande Återvinningstaxa.

Emballering och förvaring

Bygg- och rivningsavfall ska förvaras skilt från annat avfall. För flerbostadshus och grupphusområden gäller att bygg- och rivningsavfallet förvaras på lämplig förvaringsplats i avvaktan på borttransport enligt Borås Energi och Miljö:s anvisningar.

Hämtningsintervall

Hämtning kan beställas hos Borås Energi och Miljö, enligt gällande Återvinningstaxa.

3.3 Transportväg

Fastighetsinnehavaren (om inte annat avtalats med nyttjanderättshavaren) ska se till att transportväg fram till avfallsbehållarens hämtnings- och tömningsplats hålls i framkomligt skick året om, enligt Borås Energi och Miljö:s riktlinjer. Transportväg ska ha en hårdgjord körbana. Transportväg ska vara snöröjd och halkbekämpad vintertid. Om inte detta är gjort vid tömningsdag så kan kunden lägga beställning på budad tömning, enligt gällande Återvinningstaxa.

3.3.1 VÄGBREDD

Vägen bör vara minst 5,5 m bred om körning i båda riktningarna förekommer. Om parkering tillåts vid sidan av vägen bör vägen vara bredare. Om vägen är mötesfri och det inte finns parkerade bilar kan vägen vara smalare men den ska vara minst 3,5 meter. Träd och annan växtlighet får inte inkräkta på vägbredden, ej heller snövallar.

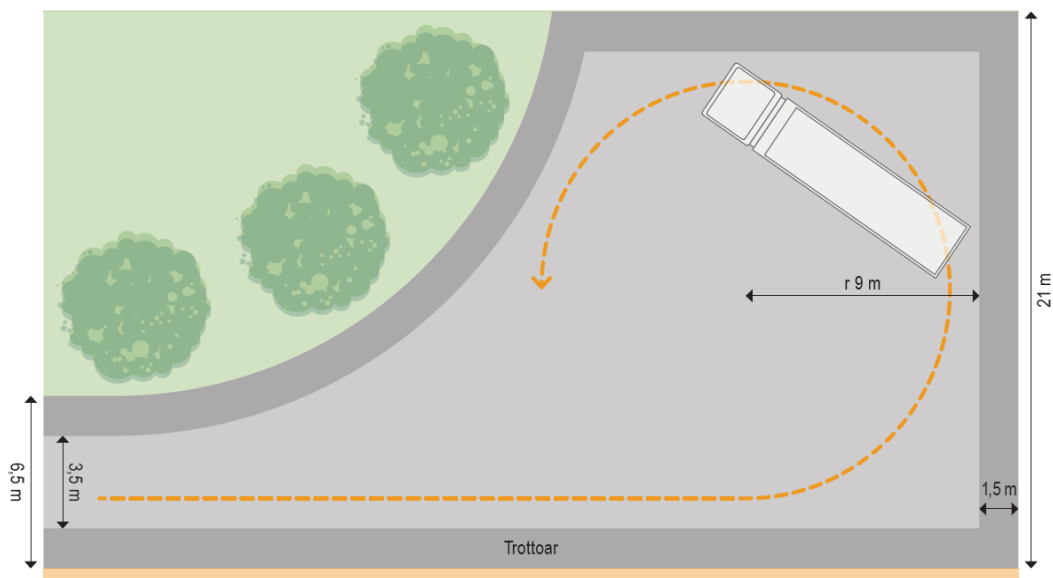
Vid redan befintliga vägar, där vägbredden inte kan uppfyllas, gör Borås Energi och Miljö en egen bedömning på platsen, om tömning är genomförbart eller inte.

3.3.2 FRI HÖJD

Vägen ska ha en fri höjd på minst 4,5 meter. Träd och växtlighet får inte inkräkta på den fria höjden.

3.3.3 VÄNDPLATS

Vid återvändsgata ska det finnas möjlighet för renhållningsfordon att vända. Vändplan för ett normalt renhållningsfordon ska ha en diameter av 18 meter med en hindersfri remsa på ytterligare 1,5 meter runt om. Alternativ till detta kan vara en vändplats eller en trevägskorsning som möjliggör en så kallad T-vändning.



Alternativ vändplats till figur 10 för baklastande hämtningsfordon. BILD: SARA SUNDIN, RAMBOLL.

3.3.4 ENSKILD VÄG OCH TOMTMARK

Enskild väg och tomtmark som utnyttjas, ska vara dimensionerad och hållas i sådant skick att den är farbar för renhållningsfordon. Om vägen inte kan hållas farbar ska fastighetsinnehavaren lämna avfallet på plats som överenskommits med Borås Energi och Miljö. Detta gäller ej slam.

Kriterier för en farbar väg

Det finns bestämmelser och kriterier som måste uppfyllas för att en väg ska klassas som farbar, såsom:

- Vägen ska året runt ha fri sikt och hållas fri från hinder.
- Det ska finnas genomfart eller vändmöjligheter så att tunga hämtningsfordon inte behöver backa. Backning får inte förekomma annat än i samband med vändning.
- Underlaget ska vara hårdgjort, till exempel av asfalt eller hårt packat grus.

3.4 Lastningsplats

Platsen där renhållningsfordonet stannar för att hämta avfall ska vara jämn och hårdgjord. Bredden ska vara minst 3,5 meter, enligt tabell 1. Lastningsplatsen ska röjas från snö och vara halkfri. Trottoarkanter och liknande ska vara nedfasade.

Tabell 1. Rekommenderade mått för lastningsplatser utomhus (Handbok för avfallsutrymme, Avfall Sverige).

	Kärnhämtning	Krantömmande
Bredd	3,5 meter	4,6 meter
Längd	15 meter	20 meter
Fri höjd	4,5 meter	Upp till 10 meter

Kranbilar för tömning av bottentömmande containrar och underjordsbehållare kan stå 5 meter ifrån behållaren som ska lyftas. Begränsningen beror på kranens räckvidd samt behållarens typ och vikt. Det går därför inte att ange något generellt mått.

3.4.1 VID KÄRLHÄMTNING

Vid lastningsplats där renhållningsfordonet stannar bör bredden vara minst 3,5 meter, längden 15 meter och den fria höjden bör vara minst 4,5 meter (tabell 1). Trottoarkanter och liknande ska vara nedfasade.

3.4.2 VID BAKTÖMMANDE CONTAINERHÄMTNING

Vid lastningsplats där renhållningsfordonet stannar ska bredden vara minst 3,5 meter, längden 20 meter och den fria höjden bör vara minst 6 meter. Ingen nivåskillnad får förekomma.

3.4.3 VID KRANTÖMMANDE CONTAINER OCH MARKBEHÅLLARE

Vid lastningsplats där renhållningsfordonet stannar ska bredden vara minst 4,6 meter och den fria höjden minst 10 meter. Lastningsplats bör vara 5 meter ifrån container eller markbehållare som ska lyftas. Lastningsplatsen får inte vara förlagd så att lyft vid tömning sker över vägar, gång- och cykelbanor samt parkeringsplatser. Inga hinder i höjddled eller sidled får begränsa tömningen.

3.5 Dragväg

Väg mellan hämtstället och renhållningsfordonets lastningsplats (dragvägen) ska vara jämn och hårdgjord. Trappsteg och kullersten får inte förekomma vid ny- och ombyggnation. Dragvägen ska röjas från snö och hållas halkfri, det är alltid fastighetsägarens ansvar att se till att dragvägen uppfyller dessa krav. Dragväg mäts därifrån fordonet närmast kan parkera till avfallsbehållarens placering, exklusive trottoar och cykelbana. Dragvägen mellan hämtstället och renhållningsfordonets lastningsplats får vara max 50 meter för två- och trehjuligt kärl, men bör inte vara mer än 5 meter. För fyrhjuliga kärl bör dragvägen inte överstiga 10 meter. Om dragvägen överstiger 10 meter för fyrhjuliga kärl så gör Borås Energi och Miljö en bedömning från fall till fall om det är lämpligt med längre dragväg än 10 meter. Avgift för dragväg utöver 5 meter regleras i Återvinningstaxan. Vid ny- och ombyggnationer där detta inte är möjligt på grund av trafiksituation eller arbetsmiljö kan undantag göras, men detta i varje enskilt fall.

3.5.1 DRAGVÄGENS BREDD

Dragvägen ska vara minst 1,2 meter bred och om den ändrar riktning bör bredden vara minst 1,35 meter.

3.5.2 FRI HÖJD

Den fria höjden ska vara minst 2,1 meter.

3.5.3 LUTNING

Dragvägen bör inte ha någon lutning. Om lutningen inte kan undvikas bör den inte överstiga 1:20 för att belastningen ska vara acceptabel och får inte överstiga 1:12, vilket motsvarar 8%.

Lutningen på en ramp får vara högst 1:12. Längden får max vara 12 meter. Skulle rampen bli längre måste vilplan på minst 1,5 meter byggas innan nästa ramp.

3.6 Avfallsutrymme och förvaringsplats

Avfallsutrymmen eller förvaringsplats ska svara mot det behov som föreligger och underlätta för källsortering. All förvaring av avfall ska ske så att olägenhet för människors hälsa och miljö inte uppstår. Städning och skötsel av avfallsutrymmen åligger fastighetsägaren. Dessa kriterier gäller för ny- och ombyggnationer och så långt som möjligt i befintliga fastigheter och byggnader.

- A. Avfallsutrymmen ska alltid meddelas till Borås Energi och Miljö för att säkerställa att hämtning kan ske. Krävs det bygglov som exempelvis för miljöhus ska det alltid anmälas till Samhällsbyggnadsförvaltningens bygglovsenhet.
- B. För flerbostadshus och grupphusområden gäller att avfallsbehållaren placeras på ett lämpligt sätt så att nyttjanderättshavaren kan lämna avfall på ett tryggt och säkert sätt som befrämjar att återvinningsmaterial hålls åtskilt.
- C. För flerbostadshus eller grupphusområden gäller att grovavfall förvaras på lämplig plats, i avvaktan på borttransport enligt Borås Energi och Miljö:s anvisningar.
- D. För flerbostadshus eller grupphusområden gäller att trädgårdsavfall förvaras på lämplig plats, i avvaktan på lokal kompostering eller borttransport enligt Borås Energi och Miljö:s anvisningar.
- E. För flerbostadshus eller grupphusområden gäller att avfallsbehållare för återvinningsmaterial placeras så att olägenhet för människors hälsa eller miljö inte uppstår. Avfallsbehållare bör om möjligt placeras insynsskyddat och under tak, i avvaktan på borttransport.
- F. För verksamheter där avfall under kommunalt ansvar eller därmed jämförligt avfall uppkommer gäller att avfallsbehållaren förvaras i lämpligt avfallsutrymme eller på lämplig förvaringsplats.
- G. För storhushåll, restaurang, livsmedelsrelaterade affärsrörelser eller andra näringsställen där ruttnande eller vått avfall uppstår kan krävas kylt avfallsutrymme. Denna bedömning görs av Miljö- och konsumentnämnden.
- H. Avfallsbehållarna ska placeras i markplan, lutningen bör vara högst 1:20 och får inte vara högre än 1:12.
- I. Borås Energi och Miljö ska ha tillträde till de utrymmen i fastigheten där arbete ska utföras. Nycklar, portkoder och dylikt ska vid begäran om hämtning lämnas till den Borås Energi och Miljö anvisar och ändringar ska utan begäran meddelas till Borås Energi och Miljö.
- J. Strömbrytare, dörrar, handtag, lås, lock, med mera, ska kunna manövreras från rullstol.

- K. Vid om- och nybyggnationer ska avfallsutrymmen utformas i enlighet med dessa föreskrifter samt Avfall Sveriges anvisningar om Avfallsutrymmen (detta ska även eftersträvas för befintliga avfallsutrymmen så långt som det är möjligt).

3.6.1 DÖRR

Det ska finnas en uppställningsanordning för dörren till avfallsutrymmet. Karminnermättet måste vara minst 1,2 meter brett och minst 2 meter högt. Detta gäller dörr till avfallsutrymmet eller dörr som behöver passeras in till avfallsutrymmet. För containerhämtning ska karmmättet vara minst 3 meter brett och minst 4,5 meter högt.

3.6.2 AVFALLSUTRYMMET

Avfallsutrymmet måste ha en höjd av minst 2,1 meter. Avfallsutrymmet bör placeras i bottenvåning, helst med egen entré och nära uppställningsplats för hämtningsfordon. Samtliga fraktioner, utom möjligen grovavfall, bör finnas i samma avfallsutrymme. Alla ytor i rummet ska vara lätta att rengöra och tåla slitage. Avbärlarlist på lämplig höjd rekommenderas. Ventilation ska finnas. Frånluftsflödet bör vara minst 5 l/s och kvadratmeter golvyta. Frånluftsflödet bör i ett grovsoprum vara minst 0,35 l/s och kvadratmeter golvyta. Golven ska vara halkfria.

3.6.3 KÄRLENS PLACERING

Fri passage mellan kärl ska vara minst 1,5 meter och avståndet mellan kärlden minst 5 centimeter. Kärl med två och tre hjul ska placeras så draghandtaget kan nås från gången. Kärl ska placeras så nära fordonets lastningsplats som möjligt. Plats för avfallsbehållare kan anordnas utomhus, till exempel med öppen lösning, en pergola eller en avskild del på gården. Platsen utomhus bör vara inramat av staket eller liknande och vara skyddat från nederbörd med någon form av tak. Fastighetsägare/boendeförening ansvarar för att endast de som bor i området har tillträde till behållarna.

3.6.4 PASSAGE

Passagen till ett avfallsutrymme måste vara minst 1,2 meter bred. Finns det en riktningsändring som är mer än 30 grader måste bredden vara minst 1,35 meter.

3.6.5 LÅSNING OCH PASSERSYSTEM

Fastighetsägaren tillhandahåller nycklar och passerkort för att avfallshämtning ska kunna utföras.

3.6.6 BELYSNING

Belysning ska finnas i avfallsutrymmet. Ljusstyrkan bör vara minst 100 lux. Strömbrytare placeras på en höjd av 1,30 m över golv.

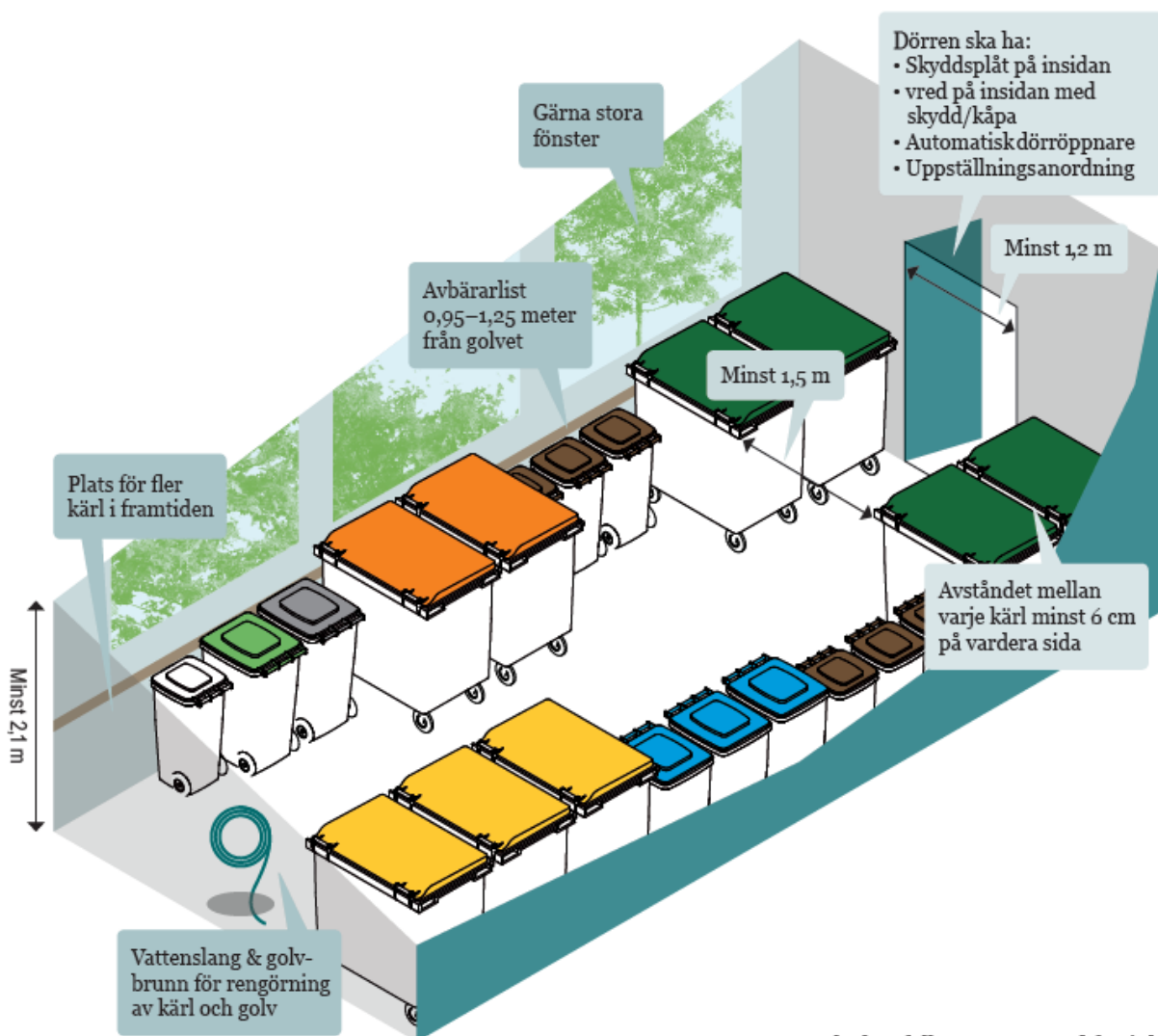
3.6.7 YTA UTANFÖR BYGGNADEN FÖR ANGÖRING

Samma bredd som containerporten bör finnas för angöring av container. Längden på angöringsytan där container ska hämtas ska som schablon motsvara containerns längd (normalt

3,5 meter) plus en meter räknat från takskägget. Angöringsytan ska röjas från snö och hållas halkfri. Ytan får luta maximalt 1 %. Betong eller sättsten rekommenderas som underlag. Detta ger inte upphov till sättningar och spår.

3.6.8 TRÖSKLAR

Trösklar ska förses med ramp på båda sidor.



Exempel på avfallsutrymme med fastighetsnära insamling dimensionerad för 50 lägenheter. BILD: SARA SUNDIN, RAMBOLL.

4 kap Annat avfall än verksamheters avfall under kommunalt ansvar

Uppgiftsskyldighet

Den som yrkesmässigt bedriver verksamhet där det uppstår annat avfall än avfall under kommunalt ansvar ska vid begäran lämna de uppgifter om avfallets art, sammansättning, mängd och hantering som behövs för kommunens renhållningsordning och avfallsplan.

Avfall i verksamheter

Avfall från verksamheter som inte ingår under begreppet avfall under kommunalt ansvar får hanteras av valfri entreprenör som har tillstånd.

I Borås kommun kan yrkesmässiga verksamheter lämna sitt avfall på återvinningscentraler efter ingånget avtal med Borås Energi och Miljö.

Samlokaliserade verksamheter

Verksamheter som bedrivs i samma fastighet som hushållen i ett flerbostadshus kan, genom en anmälan till Borås Energi och Miljö, använda samma avfallslösning som för hushållen. Anmälan görs på Borås Energi och Miljös hemsida, senast 4 veckor i förväg.

Farligt avfall

Verksamheter får lämna mindre mängder farligt avfall på Återvinningscentralerna. För mer information kring mängder, se Borås Energi och Miljös hemsida. Verksamheter som har större mängder än så kan lämna in detta på Sobackens avfallsanläggning, alternativt hämtas och transporteras bort av Borås Energi och Miljö AB eller annan av Länsstyrelsen godkänd entreprenör. Den som bedriver verksamhet där farligt avfall uppkommer kan själv få transportera avfallet, transporten ska anmälas till Länsstyrelsen.

Den som transporterar avfallet behöver ha transportdokument och både verksamheten och transportören har rapporteringsskyldighet.

Förpackningar och returpapper

Den som bedriver verksamhet har ansvar för sitt avfall och för att återvinna alla förpackningar och returpapper som använts. Verksamheter får lämna förpackningsmaterial på mottagningsplatser utan kostnad, anordnade av en godkänd producentansvarsorganisation. Återvinningsstationer som är utplacerade runt om i kommunen är endast till för hushållens förpackningar.

Avskiljare för slam, grus och sand vid biltvättanläggning

Avskiljare ska vara funktionstestad och medge provtagning. Avskiljaren ska tömmas enligt tillhörande instruktion och så ofta att dess funktion upprätthålls, dock minst en gång per år. Tömningsjournal ska förvaras vid avskiljaren.

Bygg- och rivningsavfall

Bygg- och rivningsavfall ska sorteras på sådant sätt, så att olika material kan tas om hand så återanvändning eller återvinning främjas. Bygg- och rivningsavfall ska sorteras vid källan om inte dispens har gets av Miljö- och konsumentnämnden. För utsortering och omhändertagande av farligt avfall finns särskilda bestämmelser. Vid rivning kan det krävas rivningslov eller anmälan från Samhällsbyggnadsnämnden.

Djurkadaver och annat animaliskt avfall

I Jordbruksverkets föreskrifter (SJVFS 2010:59) och i Rådets förordning (EU) nr 1069/2009 finns regler om hantering av animaliska biprodukter i syfte att förhindra spridning av smittämnen. Djurkadaver och annat animaliskt avfall ska hanteras enligt dessa föreskrifter.

Mer information kring hanteringen av döda djur hittas på Borås stads hemsida.

Skärande/ stickande och smittförande avfall

Skärande/stickande avfall från veterinärverksamhet och från djurhållande gårdar där djurhälsovård utförs anses vara smittförande när de varit i kontakt med kroppsvätskor. Dessa ska förvaras i punktionssäkra behållare, till exempel kanylburk och hanteras som farligt avfall. (avfallsförordningen 2020:614)

Skärande/stickande avfall från akupunktur, tatuering och dylikt ska förvaras i punktionssäkra behållare (kanylburk). Detta avfall ska hanteras enligt AFS 2005:1 om mikrobiologiska arbetsmiljörisker-smitta, toxinpåverkan, överkänslighet med ändringar (AFS 2012:7 samt 2014:07)

Skärande/stickande och smittförande avfall och smittförande avfall från sjukvården och liknande institutioner ska hanteras enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hantering av smittförande avfall från hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:26).

5 kap Undantag

Miljö-och konsumentnämnden har rätt att ta ut avgift för såväl prövning av ansökan som tillsyn.

§ 1 Prövning av undantag

Ansökan om undantag från renhållningsordningens föreskrifter ska prövas av Miljö- och konsumentnämnden om inget annat anges. Ansökan ska alltid innehålla uppgifter om vilka avfallsslag som avses samt en redogörelse för på vilket sätt avfallet avses omhändertas. Beviljade undantag kan upphävas med omedelbar verkan om föreskrifterna inte följs.

Undantagen upphör i samband med byte av fastighetsinnehavare eller nyttjanderättshavare om inget annat anges av Miljö- och konsumentnämnden.

Ansökan ska utformas så att Miljö- och konsumentnämnden kan bedöma om ett undantag är lämpligt, och bestämma villkor för det. Undantag förutsätter att avfallet kan tas om hand utan risk för människors hälsa eller miljön.

§ 2 Förlängt hämtningsintervall

Begäran om förlängt hämtningsintervall görs skriftligt till Miljö- och konsumentnämnden. Beslut om förlängt intervall gäller högst fem år i taget. Annat hämtningsintervall redovisas i Återvinningstaxan.

Förutsättningarna för förlängning är att:

- sökanden tar hand om matavfallet enligt § 4 *Eget omhändertagande av avfall under kommunalt ansvar*
- det är uppenbart att kortare intervall inte behövs
- avfallet ryms i behållare av typ och storlek som Borås Energi och Miljö AB normalt använder
- risk för människors hälsa eller miljön kan anses försumbar.

Förlängt intervall vid slamtömning

Ordinarie tömningsintervall för slamavskiljare kan förlängas till vartannat år om:

- slamavskiljaren är överdimensionerad och har god funktion
- anläggningen är godkänd av Miljö och klimatnämnden
- ingen risk för människors hälsa eller miljön uppkommer.

§ 3 Uppehåll i hämtning

Ansökan om uppehåll i hämtning görs skriftligt till Miljö- och konsumentnämnden. Beslut om uppehåll gäller högst fem år i taget. För permanentbostad och outnyttjad fastighet medges uppehåll om fastigheten inte används under en sammanhängande tid av minst sex månader. För fritidshus medges uppehåll om huset inte används alls 15 maj-30 september. Om fritidshus används under vinterhalvåret kan budning beställas, enligt Återvinningstaxan.

Vid uppehåll i hämtning debiteras grundavgift för de avfallstjänster som fastighetsinnehavaren generellt har behov av, t.ex. återvinningscentraler, även om hämtning inte behövs.

Uppehåll och förlängt intervall för slam- och fettömning

Begäran om uppehåll i tömning av slamavskiljare eller slutna tank ska lämnas till Miljö- och konsumentnämnden. Uppehåll kan beviljas för fem år i taget, om anläggningen inte tillförs avloppsvatten under en sammanhängande tid av minst tolv månader.

§ 4 Eget omhändertagande av avfall under kommunalt ansvar

Kompostering av matavfall

Lättnedbrytbart matavfall och latrin från bostad kan få komposteras på fastigheten om

- medgivande har getts från Miljö- och konsumentnämnden efter skriftlig anmälan
- komposteringen sker skadedjurssäkert
- risk för människors hälsa eller miljön kan anses försumbar
- latrinet har hygieniserats.

Avloppsslam och urin från bostad på jordbruksfastighet

Avloppsslam och urin från bostad på jordbruksfastighet kan få komposteras eller på annat sätt användas för jordförbättring på fastigheten om

- medgivande har getts från Miljö- och konsumentnämnden efter skriftlig anmälan
- det bedrivs jordbruk på fastigheten
- slam som sprids har hygienisternas under minst sex månader
- avfallet hanteras med lämplig utrustning
- risk för människors hälsa eller miljön kan anses försumbar.

Avloppsslam och urin från bostad på annan fastighet än jordbruksfastighet

Avloppsslam och urin från bostad på annan fastighet än jordbruksfastighet kan få komposteras på fastigheten om

- skriftlig anmälan har gjorts till Miljö- och konsumentnämnden
- avloppsanläggningen har lämplig utrustning för tömning och avvattning
- komposteringen sker i en för ändamålet avsedd behållare
- slam och urin som sprids har hygieniserats under minst sex månader
- risk för människors hälsa eller miljön kan anses försumbar.

§ 5 Gemensamt omhändertagande av avfall under kommunalt ansvar

Lättnedbrytbart matavfall och latrin från bostäder på skilda fastigheter kan komposteras och nyttiggöras på en av fastigheterna om

- Miljö- och konsumentnämnden vid prövning av ansökan bedömer att det finns särskilda skäl

- fastigheterna är gränsgrannar
- komposteringen sker i av nämnden godkänd behållare
- risk för människors hälsa eller miljön kan anses försumbar

Gemensamt omhändertagande av slam och urin från 2–4 fastigheter kan beviljas om

- Miljö- och konsumentnämnden vid prövning av ansökan bedömer att det finns särskilda skäl
- fastigheterna är gränsgrannar. Mellanliggande körväg utgör inte hinder för tillstånd
- det drivs jordbruk på minst en av fastigheterna och avfallet nyttiggörs på denna
- avfallet hanteras med lämplig utrustning som normalt används på jordbruksfastigheten
- slam och urin som sprids har hygieniserats under minst sex månader
- risk för människors hälsa eller miljön kan anses försumbar

§ 6 Undantag för bioavfall

Undantag från krav på fastighetsnära insamling

1 § Kraven i 3 kap. 1 b § avfallsförordningen (2020:614) på fastighetsnära insamling gäller inte i de delar av en kommun som är isolerade och glest befolkade och där insamling av biologiskt nedbrytbart livsmedels- eller köksavfall kan ske på annan plats än vid fastigheten. Om dessa förutsättningar är uppfyllda ska kommunen bestämma en plats där avfallsinnehavaren ska lämna sitt livsmedels- eller köksavfall.

Undantag från krav på separat insamling av livsmedels- eller köksavfall

2 § Kraven i 3 kap. 1 a § avfallsförordningen (2020:614) på separat insamling av biologiskt nedbrytbart livsmedels- eller köksavfall som sorterats ut, gäller inte i de delar av en kommun

1. som är isolerade och glest befolkade,
2. har långa körsträckor mellan platserna där avfallet ska samlas in och lämnas,
3. där små mängder avfall produceras, och
4. där det inte är möjligt att hämta och lämna avfall från hushåll eller verksamheter fastighetsnära och det inte är möjligt att bestämma en plats där avfallet kan hämtas enligt 3 § andra stycket.

3 § Kommunen får göra undantag från kravet i 3 kap. 1 a § avfallsförordningen (2020:614) på separat insamling av ätlig olja eller liknande flytande ätligt fett från hushåll om det avser små mängder som kan samlas in tillsammans med restavfallet.

Undantag från krav på utsortering av livsmedels- eller köksavfall

I de delar av en kommun där 2–3 §§ är tillämpliga behöver biologiskt nedbrytbart livsmedels- eller köksavfall inte sorteras ut enligt 3 kap. 1 § 3 avfallsförordningen (2020:614), om inte annat bestämts av tillsynsmyndighet eller tillståndsmyndighet.

§ 7 Övriga undantag

Miljö- och konsumentnämnden kan även i övrigt, om särskilda skäl föreligger, medge undantag från dessa avfallsföreskrifter. Som särskilda skäl kan anses sådana åtgärder som främjar återanvändning eller återvinning och som inte innebär olägenhet för människors hälsa eller miljön.

6 kap Underkännande av källsortering

§ 1 Kriterier för underkänd källsortering

Felaktigt innehåll i papperspåse (matavfall)

Fraktionen matavfall får endast innehålla matrester och liknande avfall från till exempel kök. Den får inte innehålla föroreningar eller annat avfall som kan äventyra rötrestens renhet och användning.

Felaktigt innehåll i restavfall

Fraktionen restavfall ska innehålla torrt avfall som kan förbrännas med stränga utsläppskrav på rökgaser och askor. Den får inte innehålla plast, farligt avfall, batterier, metallföremål, burkar, glas/flaskor, porslin eller keramik. Tidningar och förpackningar sorteras separat i enskilda fraktioner.

Påsar

Till matavfall får endast papperspåsar med standarden SS 13432 eller EN 13432 användas. Om fel papperspåse används hämtas inte avfallet och felsorteringsavgift debiteras enligt Borås stads Återvinningstaxa. Avfallet kan hämtas först när avfallet sorterats om.

Till restavfallet får man använda påsar som kan köpas i butik. Påsarna ska vara av sådan kvalitet att de inte går sönder i hanteringen.

Säckar får inte läggas i samma kärl som påsarna.

§ 2 Ompackning och hämtning

Fastighetsinnehavare som lämnar för tungt eller överfyllt kärl, felsorterat avfall, dåligt emballerat avfall eller löst avfall är skyldig packa om avfallet innan hämtning kan utföras. Vid första felsorteringsstillfället lämnas kärlet, och fastighetsägare får notis om att avfallet inte kunnat hämtas. Fastighetsägaren får då sortera om avfallet och sedan själv välja att vänta på nästa tömningstillfälle eller beställa en extrahämtning.

För extrahämtning debiteras särskild avgift från Återvinningstaxan. Vid beställning kan fastighetsägaren förvänta sig hämtning inom tre arbetsdagar för kärl 1, samt sex arbetsdagar för hämtning av kärl 2.

§ 3 Felsorteringsavgift

Om avfallet är felsorterat kan en avgift för felsortering debiteras enligt Borås stads Återvinningstaxa.

7 kap Ikraftträdande och uppföljning

Ikraftträdande

Dessa föreskrifter träder i kraft 2024-xx-xx. Tidigare föreskrifter för avfallshantering för Borås Stad upphör att gälla i och med detta ikraftträdande. Undantag som kommunen har medgett med stöd av tidigare renhållningsordningar gäller tills vidare eller tills nytt beslut meddelas med stöd av dessa föreskrifter.

Omprovning

Beviljade undantag enligt 5 kap. 1–5 §§ kan omprövas av Miljö- och konsumentnämnden om olägenhet för människors hälsa eller miljön konstateras eller om andra villkor för beviljat undantag inte följs. Omprovning på kunds begäran när dispens utgått kräver ny ansökan.

Förändringar i Avfallsföreskrifter Borås Stad

Den största orsaken till förändringarna dessa Avfallsföreskrifter är kopplade till förändrade lagkrav vad gäller avfallshantering. Det kommunala ansvaret växer, vilket föranleder revideringen.

Kommunens utökade insamlingsansvar för förpackningar genom förordning (2022:1274) om producentansvar för förpackningar är inarbetat i föreskrifterna. Likaså kraven på rapportering av farligt avfall från verksamheter till Naturvårdsverket och benämningar av gällande författningar är uppdaterade till nuvarande lydelse. Ökningen av det kommunala ansvaret innebär även att vissa avfallsslag tillkommit och definitioner ändrats.

Eftersom kommunen bytt insamlingssystem för mat- och restavfall har föreskrifter som gäller det gamla systemet tagits bort och föreskrifter kring vilka matavfallspåsar som får användas har ändrats.

Utöver detta vill vi uppmärksamma läsaren på följande ändringar:

- Tillagt undantag för bioavfall enligt Naturvårdsverket föreskrifter NFS 2023:11.
- Gångväg benämns nu som dragväg. Vi har även förändrat innebörden för hur dragväg mäts, vilket ligger i linje med kommande Återvinningstaxa.
- Kraven på fastighetsägaren har förtydligats.
- Matavfallskvarnar som är kopplade till det kommunala VA-nätet är inte längre tillåtet, enligt förändringar om separat insamling av Bioavfall i avfallsförordningen.
- Invasiva arter från privatpersoner får inte längre lämnas på Sobacken, det ska bara till ÅVC.
- Förtydligande kring begreppet farbar väg.

Utöver detta har det gjorts ändringar av redaktionell karaktär som inte påverkar innebörden av föreskrifterna.

Bilaga 1. Sortering och lämning av avfall

Tabell 1. Avfall från hushåll som ska sorteras ut

Avfallet ska vara väl emballerat så att det inte sprids eller kan orsaka skada, arbetsmiljöproblem och andra olägenheter uppkommer.

Mat- och restavfall från hushållen får inte lämnas på kommunens återvinningscentraler. Glödande avfall får inte lämnas till kommunens avfallshantering. Mer information om sortering av avfall finns på Borås Energi och Miljös hemsida.

Avfallsslag	Exempel	Hantering	Kommentar
Matavfall	Matavfall som t.ex. skal, fruktrest, kaffesump. Överbliven mat och mat som blivit för gammal.	Matavfall ska sorteras ut från restavfallet och sorteras i papperspåse distribuerad av Borås Energi och Miljö. Rekommendationen är att byta påse var tredje dag.	Efter godkänd anmälan till Miljö- och konsumentnämnden kan matavfall komposteras på den egna fastigheten.
Restavfall	Avfall som blir över efter källsortering.	Restavfall ska sorteras ut. Avfallet hämtas i separata avfallsbehållare för insamling av Borås Energi och Miljö.	
Farligt avfall	Färg, lösningsmedel, lysrör (inkl. solarierör), sprayburkar, tryckbehållare, aerosoler, bekämpningsmedel, lim, oljor, fotokemikalier, termometrar (och annat som innehåller kvicksilver), bilbatterier etc.	Lämnas på återvinningscentral. Avfallet ska vara väl emballerat och uppmärkt.	Farligt avfall är direkt skadligt för såväl människor som djur och växter. Därför är det viktigt att allt farligt avfall tas om hand på ett hälso- och miljöriktigt sätt, och inte hamnar bland andra typer av avfall.
Grovavfall	T ex trasiga möbler, leksaker, skrot.	Lämnas på återvinningscentral eller hämtas vid fastighet. Beställning av tjänst görs via Borås Energi och Miljös kundcenter.	
Returpapper	Tidningar.	Lämnas på återvinningsstation eller i fyrfackskärl. Vissa flerfamiljsfastigheter kan ha fastighetsnära insamling med separata kärl.	

Förpackningar	Förpackningar av papper, plast, metall, ofärgat- och färgat glas.	Lämnas på återvinningsstationerna eller i fyrfackskärl. Vissa flerfamiljsfastigheter kan ha fastighetsnära insamling för fraktionerna.	Från och med 2024-01-01 är omfattas förpackningar från hushållen av det kommunala insamlingsansvaret, vilket innebär att dessa hämtas av Borås Energi och Miljö.
Småbatterier	Mindre batterier från hushållet.	Sorteras i batteriholk på återvinningsstation, återvinningscentral, i miljörum eller i elboxen tillhörande fyrfackskärl.	
Elektronik	Allt med sladd eller batteri, samt glödlampor, lågenergilampor och lysrör.	Lämnas på återvinningscentral. Glödlampor och lågenergilampor (ljuskällor) kan läggas i elboxen fyrfackskärl.	I de fall avfallet innehåller farliga komponenter klassas det som farligt avfall.
Textilier	Kläder hela och trasiga, tyger, gardiner, textilavfall.	Lämnas på återvinningscentral eller på hänvisad plats av Borås Energi och Miljö.	
Ej brännbart restavfall	Allt avfall som blir kvar efter källsortering, t.ex. keramik, porslin, glas som inte är förpackning etc.	Lämnas på återvinningscentral.	Avfall som inte har någon lämplig behandlingsmetod.
Trädgårdsavfall	Ris, grenar, löv, mossa etc. Ej sten och grus.	Lämnas på återvinningscentral eller hämtas vid fastighet vid tecknande av abonnemang.	Trädgårdsavfall får även komposteras på den egna fastigheten.
Fett	Frityrolja, stekfett, olja från konserver och burkar.	Lämnas på återvinningscentral. Håll över i valfri förpackning till exempel en plastflaska. Små mängder kan torkas upp med hushållspapper och hanteras som matavfall.	Matfett som hälls i avloppet kan täppa igen rör och orsaka stopp i avloppet.
Läkemedel	Läkemedelsavfall som uppkommer i hemmet.	Lämnas till apotek.	Läkemedelsavfall är miljöfarligt och får inte spolas ned i avloppet.
Stickande/skärande och smittförande avfall	Stickande/skärande/smittförande avfall som uppkommer i hemmet.	Lämnas till apoteken i specialbehållare som tillhandahålls av apoteken.	

Däck	Bildäck med eller utan fälg.	Lämnas på återvinningscentral.	Max 8 per tillfälle.
Bygg- och rivningsavfall	Tex trä, mineral (betong, tegel, klinker, keramik eller sten), metall, glas, plast och gips.	Lämnas på återvinningscentral eller hämtas vid fastighet. Beställning av tjänst görs via Borås Energi och Miljös kundcenter.	Avfall från byggande, rivning och anläggningsarbeten som inte utförs i yrkesmässig verksamhet klassas som kommunalt avfall.
Asbest	Förekommer exempelvis i ventilationsrör, isolering, fasadplattor, värmepannor, kakelfix och gummigolv mattor. Finns även som eternitprodukter Vanliga eternitprodukter som alltså innehåller asbest är fasadplattor, takplattor och rör.	Asbest ska lämnas in inplastat på Sobackens avfallsanläggning.	Asbest klassas som farligt avfall på grund av hälsoriskerna vid uppkomst av asbestdamm.
Invasiva främmande växter	Exempel på invasiva växter är parkslide, björnloka, lupin, gul skunkkalla och jättebalsamin. För mer info om vilka arter besök Borås Stad eller Borås Energi och Miljös hemsida.	Mindre mängd invasiva växtdelar (max 5 säckar) kan lämnas i särskild container på Boda eller Lusharpan återvinningscentral efter dialog med ÅVC-personalen. Växterna skall vara väl inplastade i dubbla säckar eller byggplast utan hål som har tejpats så att växtdelar inte kan spridas.	

Tabell 2. Exempel på avfall från verksamheter som ska sorteras ut

Verksamheter som lämnar avfall på återvinningscentraler betalar särskild avgift.

Fordon som besöker återvinningscentral får max väga 3,5 ton.

Verksamhetsavfall, till exempel avfall från produktionsanläggning, faller inte under kommunens insamlingsansvar och ska hanteras separat från avfall under kommunalt ansvar. Avfallsinnehavaren ansvarar för att anlita en godkänd transportör med tillstånd för borttransport från fastigheten.

Avfallsslag	Exempel	Hantering	Kommentar
Restavfall	Avfall från tex lunchrum eller toaletter och som blir över efter källsortering.	Sorteras separat i valfri plastpåse. Hämtas av Borås Energi och Miljö.	Avfallet kan inte i efterhand sorteras om det komprimerats. Restavfall klassas som kommunalt avfall och ska hämtas av Borås Energi och Miljö.
Farligt avfall	Färg, lösningsmedel, bekämpningsmedel, sprayburkar, tryckbehållare, aerosoler, lim, oljor, fotokemikalier, termometrar (och annat som innehåller kvicksilver), impregnerat trä, batterier, värmepumpar, kylanläggningar etc.	Avfallet ska vara väl emballerat och uppmärkt. Mindre mängder farligt avfall får lämnas på återvinningscentralen, Lusharpan. Större mängd än så lämnas till Sobacken eller hämtas av transportör med tillstånd att transportera farligt avfall. Egen transport av mindre mängder farligt avfall får endast ske efter anmälan till länsstyrelsen.	Farligt avfall är direkt skadligt för såväl människor som djur och växter. Därför är det viktigt att allt farligt avfall tas om hand på ett hälso- och miljöriktigt sätt. Se Borås Energi och Miljös hemsida gällande mängder till ÅVC, Lusharpan. Transportdokument krävs för att lämna på ÅVC eller Sobacken.
Grovavfall	Textiltrasiga möbler, cyklar, barnvagnar, leksaker, skrot, möbler, sanitetsporcelain.	Hämtas av transportör eller lämnas på återvinningscentral mot särskild avgift.	
Matavfall	Matavfall från tex lunchrum eller restaurang.	Matavfall ska sorteras separat i godkänd matavfallspåse i papper. Hämtas av Borås energi och Miljö.	Matavfall som uppkommer i tex lunchrum klassas som kommunalt

			avfall och ska hämtas av Borås energi och Miljö.
Förpackningar	Förpackningar av papper, metall, ofärgat och färgat glas, mjuk- och hårdplast.	Lämnas enligt producenternas anvisningar i de insamlingssystem som producenterna tillhandahåller.	Många entreprenörer hämtar förpackningar för återvinning.
Returpapper	Tidningar.	Sorteras separat och hämtas av Borås Energi och Miljö.	
Invasiva främmande växter	Exempel på invasiva växter är parkslide, björnlöka, lupin, gul skunkkalla och jätdebalsamin. För mer info om vilka arter besök Borås Stad eller Borås Energi och Miljös hemsida.	Skall vara väl inplastade så det inte finns någon risk för spridning. Endast växtdelar. Lämnas på Sobackens avfallsanläggning.	Tas emot mot avgift.
Elektronik	Datorer, kopiatorer, uppladdningsbara apparater, TV, radio och ljuskällor, t.ex. lysrör, lågenergilampor och glödlampor.	Avfallet hämtas av godkänd transportör eller lämnas på återvinningscentralerna. Observera att detta avfallsslag även klassas som farligt avfall i de fall det innehåller farliga komponenter. För transport av mindre mängder farligt avfall krävs anmälan till länsstyrelsen.	Elektriska och elektroniska produkter ska demonteras och komponenter med farligt innehåll tas bort.
Batterier	Alla sorters batterier under 3 kg.	Avfallet hämtas av godkänd transportör eller lämnas på återvinningscentral, Lusharpan.	Batterier innehåller skadliga ämnen och ska omhändertas på ett hälso- och miljöriktigt sätt.
Bygg- och rivningsavfall	Tex trä, mineral (betong, tegel, klinker, keramik eller sten), metall, glas, plast och gips.	Bygg- och rivningsavfall ska sorteras separat och hålls skilt från annat avfall. Avfallet hämtas av godkänd transportör, lämnas på Sobackens avfallsanläggning eller på återvinningscentral.	En Grundläggande karaktärisering ska vara ifylld och godkänd, för betong och isolering, innan avfallet lämnas på Sobackens avfallsanläggning. Blanketten hittas på Borås Energi och Miljös hemsida.

<p>Asbest</p>	<p>Förekommer exempelvis i ventilationsrör, isolering, fasadplattor, värmepannor, kakelfix och gummigolv mattor. Finns även som eternitprodukter. Vanliga eternitprodukter som innehåller asbest är fasadplattor, takplattor och rör.</p>	<p>Asbest ska lämnas in inplastat direkt till Sobacken, asbest tas inte emot på återvinningscentralerna.</p>	<p>En Grundläggande karaktärisering ska vara ifylld och lämnas till vågpersonalen vid ankomst till Sobacken. Blanketten hittas på Borås Energi och Miljös hemsida.</p> <p>Asbest klassas som farligt avfall på grund av hälsorisken vid uppkomst av asbestdamm.</p>
----------------------	---	--	---

Josefine Christiansen
HandläggareDatum
2024-03-18Instans
Sociala omsorgsnämnden
Dnr SON 2023-00209 1.1.3.0

Arvode för deltagande vid samverkansdag och planeringsdag

Sociala omsorgsnämndens beslut

Sociala omsorgsnämnden beslutar att godkänna utbetalning av arvode, förlorad arbetsförtjänst och reskostnadsersättning för deltagande på samverkansdag onsdag 13 mars 2024 samt planeringsdag tisdag 21 maj 2024.

Ärendet i sin helhet

Sociala omsorgsnämndens förtroendevalda har bjudits in till en samverkansdag tillsammans med Sociala omsorgsförvaltningens förvaltningsledning inför 2024 års arbete. Samverkansdagen äger rum onsdag 13 mars.

Sociala omsorgsnämndens förtroendevalda har också bjudits in till en planeringsdag inför nämndens planeringsbudget 2025, planeringsdagen äger rum tisdag 21 maj.

Samverkans- och planeringsdagarna är arvodesgrundade enligt § 8b i ”Bestämmelser om ersättningar till kommunens förtroendevalda 2022-2026”, under förutsättning att Sociala omsorgsnämnden fattar beslut om att arvode och förlorad arbetsinkomst ska betalas ut.

Förtroendevald som tar tjänstledigt för varje tillfälle för att genomföra förtroendeuppdrag för Borås Stad, har rätt till ersättning för förlorad arbetsinkomst enligt § 2.

Vid sammanträde och förrättning utom kommunen åtnjuter förtroendevald reskostnadsersättning och traktamente enligt de grunder som fastställts för kommunens arbetstagare i det kommunala reseavtalet, enligt § 11.

Yvonne Persson
OrdförandeMagnus Stenmark
Förvaltningschef



Josefine Christiansen
Handläggare

Datum
2023-03-18

Instans
Sociala omsorgsnämnden
Dnr SON 2023-00251 1.1.3.1

Redovisning av delegationsbeslut 2024

Sociala omsorgsnämndens beslut

Redovisade delegationsbeslut läggs till handlingarna

Delegationsbeslut

1. Anställningsbeslut 2023
2. Lönebeslut för nyanställda inom HSV SSK
3. Protokoll 2024-02-19 Sociala omsorgsnämndens Socialutskott
4. Färdig utredning enligt Lex Sarah
Dnr 2024 - 00035

Yvonne Persson
Ordförande

Magnus Stenmark
Förvaltningschef

Josefine Christiansen
HandläggareDatum
2024-03-18
Instans
Sociala omsorgsnämnden
Dnr SON 2023-00252 1.1.3.1

Redovisning av inkomna och avgivna skrivelser 2024

Sociala omsorgsnämndens beslut

Redovisade anmälningsärenden läggs till handlingarna

Anmälningsärenden

1. 2024-02-19
Slutgiltigt beslut 2024-02-19 från Kammarrätten i Jönköping i mål 544-24
2. Kommunstyrelsens beslut 2024-02-19 § 62 Nämndbudget och reviderad investeringsbudget 2024
Dnr SON 2024-00046
3. Kommunstyrelsens beslut 2023-08-21 § 298 Kommunernas klimatlöften 2024-2026
Dnr SON 2024-00036
4. Kommunfullmäktiges beslut 2024-02-22 § Motion: Indexreglera habiliteringsersättningen
Dnr SON 2023-00089
5. Kommunfullmäktiges beslut 2024-02-22 § 36 Borås Stads Uppförandekod
Dnr SON 2023-00111
6. Kommunfullmäktiges beslut 2024-02-22 § 33 Borås Stads riktlinjer för säkerhetskydd
Dnr 2023-00172

Yvonne Persson
OrdförandeMagnus Stenmark
Förvaltningschef