



BORÅS STAD

# **Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2021**

Sociala omsorgsnämnden

# Innehållsförteckning

<b>1 Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
<b>2 Begreppsdefinitioner</b> .....	<b>4</b>
<b>3 Förkortningar</b> .....	<b>4</b>
<b>4 STRUKTUR</b> .....	<b>6</b>
4.1 Förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet .....	6
4.2 Övergripande mål och strategier .....	6
4.3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet .....	6
<b>5 PROCESS - Åtgärder för att säkerställa verksamhetens kvalitet ...</b>	<b>8</b>
5.1 Hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbete har bedrivits .....	8
5.2 Samverkan för trygg och säker vård och omsorg .....	8
<b>6 RESULTAT OCH ANALYS</b> .....	<b>16</b>
6.1 Riskanalys .....	16
6.2 Synpunkter och klagomål .....	16
6.3 Avvikelser på individnivå .....	17
6.4 Lex Maria .....	23
6.5 Lex Sarah .....	23
6.6 Egenkontroll .....	25
<b>7 Verksamhet upphandlad enligt LOU eller LOV</b> .....	<b>30</b>
<b>8 Mål och aktiviteter för kommande år</b> .....	<b>32</b>

# 1 Sammanfattning

I berättelsen redovisas resultat, sammanställningar och analyser för verksamhetsåret 2021 på Sociala omsorgsförvaltningen. Nedan presenteras en sammanfattning.

- Pandemin, och åtgärder kopplat till den, har påverkat en stor del av förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet. Hälso- och sjukvården har även detta år varit mycket belastad.
- Antalet rapporterade LSS- och SoL-avvikelser har ökat i förhållande till året innan. Rapporteringsbenägenheten är dock mycket varierande på de olika enheterna vilket gör det vanskligt att dra slutsatser utifrån de avvikelser som finns. Arbetet med att hitta samstämmighet och likvärdighet i avvikelshanteringsprocessen är fortsatt en högaktuell fråga för att relevanta analyser ska kunna göras och rätt åtgärder vidtas.
- En majoritet av LSS- och SoL-avvikelser rör försenad eller utebliven insats. Den näst vanligaste avvikelserna rör hot och våld från brukare. Ett fåtal brukare med komplex problematik står bakom en stor andel av rapporterade incidenter. Mycket tyder på att bakomliggande orsaker handlar om bristande kompetens för målgruppen.
- En bakomliggande orsak till en mängd avvikelser handlar om brist på personal och brist på kompetens hos personal. Båda orsakerna måste adresseras för att minska risken att avvikelser återkommer.
- Antalet rapporter enligt lex Sarah har mer än tredubblats i förhållande till året innan. Under året inkom 77 rapporter enligt lex Sarah varav 33 föranledde att utredning inleddes. Vanligast förekommande orsak till rapport var hot och våld. Tre av händelserna har bedömts som allvarligt missförhållande, eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande, och anmälts till IVO.
- Såväl HSL- som läkemedelsavvikelser har minskat under året. En anledning är att införandet av digitalt signeringssystem lett till färre avvikelser, men det konstateras också en mycket stor underrapportering.
- Från förvaltningen har det skickats 47 avvikelser som har inträffat inom VGR. Dessa handlar till största delen om informationsöverföring samt ett flertal om SIP. Från sjukhus och regionens primärvård har det kommit 15 avvikelser som rör förvaltningen.
- Svarefrekvensen i brukarundersökningen ökade år 2021 men trots det saknas ungefär hälften av brukarna. På förvaltningsövergripande nivå ligger resultaten ungefär på riksgenomsnittet. Förvaltningen behöver stärka arbetet med trygghet på boendena, med särskilt fokus på kvinnor, och öka kompetensen inom kommunikation.
- Varierande och bristande rapporteringsbenägenhet är en stor utmaning. En sammanställning av rapporterade avvikelser är inte en korrekt avspeglning av verksamhetens kvalitet. En mer likvärdig rapportering från verksamheterna är nödvändig för att kunna arbeta med systematiskt kvalitetsarbete.
- Förvaltningen har under året kunna identifiera vilka delar av verksamheten som är ”vita fläckar” och behöver särskild genomlysning. Det handlar t.ex. om bemötande och tvångs- och begränsningsåtgärder. Det är också tydligt att barn med stöd och insatser enligt LSS i stort sett inte alls fångas upp i avvikelsearbetet och de deltar heller inte i brukarundersökningen.
- Förvaltningen har arbetat med att ta fram prognoser om kapacitet och efterfrågan på stöd och insatser. Genom ett proaktivt arbete kan förvaltningen rusta sig för att möta brukarnas behov i framtiden.

## 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<sup>1</sup>. Respektive nämnd inom det sociala klustret är huvudman för den verksamhet dess reglemente definierar. För verksamheter som bedrivs på entreprenad enligt LOV (Lagen om valfrihet) eller LOU (Lagen om offentlig upphandling) kvarstår huvudmannskapet hos nämnden men enskilda avtal reglerar genomföransvar för olika delar av kvalitet- och uppföljningsarbetet. Ansvaret för patientsäkerhet kvarstår alltid hos huvudmannen.
- Kvalitet - Att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.
- Ledningssystem - System för att fastställa principer för ledning av verksamheten.
- Patient – enskild inskriven i HSV (hälso- och sjukvård)
- Sociala klustret – ett samlingsbegrepp för Arbetslivsförvaltningen, Individ och familjeomsorgen, Sociala omsorgsförvaltningen samt Vård- och äldreförvaltningen i Borås stad.
- Stöd användare - medarbetare med uppdrag att stödja och hjälpa kollegor kring dokumentation i Viva
- Stödpedagog – medarbetare som utvecklar och implementerar individuellt anpassade metoder i vardagsnära arbete för att stödja brukarens delaktighet och självständighet.

## 3 Förkortningar

GDPR - The General Data Protection Regulation

HSL - Hälso- och sjukvårdslagen

HSLF-FS - Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.

IBIC - Individens behov i centrum

IVO - Inspektionen för vård- och omsorg

KAL - Kompetens och personalförsörjning, arbetsvillkor och lönebildning

LOV - Lagen om valfrihet

LOU - Lagen om offentlig upphandling

LSS - Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

MAS - Medicinskt ansvarig sjuksköterska

MAR - Medicinskt ansvarig för rehabilitering

---

<sup>1</sup> Socialstyrelsens termbank.

MCSS- System för mobil digital signering  
NPÖ - Nationell patientöversikt  
PPM - Punktprevalensmätning som genomförs av SKR  
SAS - Socialt ansvarig samordnare  
SFS - Svensk författningssamling  
SIP - Samordnad individuell plan  
SKR- Sveriges kommuner och regioner  
SOL - Socialtjänstlagen  
SOSFS - Socialstyrelsens författningssamling  
VGR -Västra Götalandsregionen  
ViSam- Beslutsstöd för sjuksköterskor  
Viva - Verksamhetssystem för dokumentation  
VÄF - Vård- och äldreförvaltningen  
ÖJ - Öppna jämförelse

## 4 STRUKTUR

### 4.1 Förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet

Detta dokument är en beskrivning av det patientsäkerhets- och kvalitetsarbete som bedrivits inom Sociala omsorgsförvaltningen under 2021. Utförare av socialtjänst och verksamhet utifrån lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade ska årligen upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Syftet med kvalitetsberättelsen är bland annat att beskriva arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet under året som gått, beskriva vilka åtgärder som gjorts för att säkra kvalitet samt redovisa vilka resultat som uppnåtts.

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses enligt SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

### 4.2 Övergripande mål och strategier

*SFS 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, skapa och implementera ett fullgott kvalitetsledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt att utvärdera, följa upp, granska och analysera verksamheten.

### 4.3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet

*SFS 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**

Verksamhetschef ansvarar för att inom sitt verksamhetsområde systematiskt och fortlöpande utveckla

och säkra verksamhetens kvalitet.

### **Enhetschef**

Enhetschef ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt dokumentera kvalitetsarbetet.

### **Medarbetarna**

All personal ska vara delaktig i kvalitetsarbetet och på enhetsnivå kan arbetsplatsträffar vara forum för kvalitetsfrågor.

### **Chef för kvalitets- och utvecklingsfunktioner**

Chefer för kvalitet- och utvecklingsenheter har ansvar för att samordna och organisera kvalitetsarbetet inom förvaltningen.

### **MAS/MAR**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Medicinskt ansvarig 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 inom socialtjänstens område 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.

# 5 PROCESS - Åtgärder för att säkerställa verksamhetens kvalitet

## 5.1 Hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbete har bedrivits

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

I enlighet med *SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2* 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 *SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§* 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.

Förvaltningen har fortsatt arbeta för en mer systematisk uppföljning och analys. Arbetet måste i dagsläget genomföras manuellt vilket är tidskrävande. Utvecklingen av beslutsstödet PowerBi förväntas underlätta i framtiden. Systematisk uppföljning av verksamheten är kärnan i det förbättringsarbete som nämnden är skyldig att bedriva. Att arbeta mer systematiskt för att utveckla och följa upp såväl insatser som arbetssätt innebär en stor möjlighet till förbättrad kvalitet.

De brister i systematiskt kvalitetsarbete som finns i förvaltningens verksamheter har under året blivit tydligare. Det gör det möjligt att rikta specifika åtgärder för att komma tillrätta med problemen.

### 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.

Förvaltningen har under året identifierat behovet av en förvaltningsövergripande rutin för egenkontroll.

## 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*

Ny delregional rutin infördes 1 september. Den kompletterar den regionala rutinen för in- och utskrivning från slutenvården. Förvaltningen arbetar kontinuerligt med förbättringar utifrån lagen "Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård" så att brukare och patient hela tiden befinner



sig på rätt vårdnivå. Omställningen till nära vård påverkar arbetssätt och behovet av insatser. Brukare/patienter som inte nödvändigtvis behöver slutenvård inom regionen ska kunna vara kvar hemma. Hemgång efter sjukhusvistelse ska genomföras snabbare, vilket ställer krav på informationsöverföringen. Regionens primärvård ska vara en aktiv part.

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

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

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

## 5.2.2 Samverkan mellan interna aktörer

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

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

Pandemin har fortsatt påverkat behovet av reviderade rutiner i intern samverkan. Med utgångspunkt från de övergripande rutinerna har verksamheterna vid behov utarbetat lokala verksamhetsspecifika rutiner.

## 5.2.3 Samverkan med den enskilde och närstående

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

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

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

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

Under året har arbetet med att ta fram lättlästa texter till boras.se fortsatt. Vidare har kommunikatör varit behjälplig i att skriva brev till brukare på lättläst sätt, t.ex. inom daglig verksamhet och myndighet LSS.

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. Under året har förvaltningscontroller deltagit på funktionshinderråd för att informera om läget inom gruppbofasta LSS och för att föra dialog med anhöriga. 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 syn på stöd och insatser saknas därmed helt.

## 5.3 Riskanalys

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

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

*Förvaltningsövergripande nivå*

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

Riskanalyser genomförs också på förvaltningsövergripande nivå när så behövs. Under året har det bland annat handlat om riskanalyser inför smittskyddsåtgärder med anledning av pågående pandemi och inför planerad verksamhetsövergång.

*Lokal nivå*

Lokalt genomförs riskanalyser både på brukarnivå och på enhetsnivå. Det handlar t.ex. om att genomföra riskanalyser innan brukare börjar på en verksamhet eller inför förändrade arbetssätt.

## 5.4 Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Kommunfullmäktige har fastställt en policy för informationssäkerhet. Policyn, som gäller för samtliga nämnder, lägger grunden för informationssäkerhet. Under året har nano-utbildningar, korta utbildningar via mejl startat upp.

Stadens förvaltningsobjekt inom IT dokumenteras i Stratsys. För förvaltningsobjektet vård och omsorg är samtliga IT-komponenter dokumenterade. Förvaltningsplan och förvaltningsberättelse upprättas årligen. Det har köpts in ytterligare modul i Stratsys för att på ett systematiskt och strukturerat sätt arbeta med informationssäkerhet. Modulen stödjer verksamheterna att uppfylla kraven på ledningssystem för informationssäkerhet.

I november genomförde IVO en tillsyn av följsamhet till lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster (LIS). Lagen ställer krav på att leverantören av den samhällsviktiga tjänsten hälso- och sjukvård har ett systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete med en övergripande och årlig riskanalys. Vid inspektionstillfället kunde inte staden uppvisa en sådan riskanalys och IVO har aviserat att myndigheten överväger beslut om sanktionsavgift. Efter inspektionen har ett omfattande förbättringsarbete påbörjats.

Den reservlösning som finns för förvaltningens journalsystem testas flera gånger årligen och används även vid uppdateringar för att kunna läsa dokumentation.

Inför beslut om sekretessgränser och behörigheter görs en risk- och behovsanalys. Granskning av loggar i förvaltningens system görs kontinuerligt. Mer strikta kriterier för genomförande av registervård i verksamhetssystemen har införts för att minimera risken att användare delvis har kvar behörigheter som de inte behöver.

Ett arbete för att öka säkerheten vid utskrifter har påbörjats.

MAS, MAR och SAS har i samband verksamhetstillsyner 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.

## 5.5 Välfärdsteknik

År 2021 har Sociala omsorgsförvaltningen arbetat med att slutföra och implementera olika typer av projekt som rör välfärdsteknik. En övergripande bedömning är att brukare framöver bör tillfrågas redan på idéstadiet när projekt av den här typen tas fram. Nedan ses ett urval av det som Sociala omsorgsförvaltningen slutfört och arbeten som pågår.

### Slutförda projekt

#### *Larmorganisation*

Idag finns ett obrutet digitalt beställningsförfarande. En intern e-tjänst är på plats och samordnade på förvaltningen ansvarar för organisationen. Ambitionen är att vi inte ska behöva ha någon på förvaltningsnivå som hanterar detta utan att beställningar ska gå direkt till larmorganisationen. Beställningar måste dock alltid föregås av teamträffar med berörd hälso- och sjukvårdspersonal.

### Pågående projekt

#### ▪ *Webbinköp*

Möjligheten för brukare med stöd av personal att köpa dagligvaror i onlinebutik för leverans direkt till brukaren prövades år 2020 och 2021. Nyanmälningar har för tillfället stoppats på grund av att leverantör inte kunnat hantera dem. Förhandlingar pågår för att inköpen ska kunna fortsätta.

#### ▪ *Upphandling av tryggbetslarm och välfärdsteknik*

Upphandlingen har slutförts och implementering är påbörjad.

#### ▪ *Digitala signeringslistor*

Införandet är klart på alla enheter i Borås stads egen regi samt privata utförare enligt LOU. På grund av pandemin och omorganisationer har implementeringen hos privata utförare inom personlig assistans enligt LOV inte genomförts. Det som kvarstår är implementering hos privata utförare inom personlig assistans. Processbeskrivning är framtagen men arbetet har stoppats upp eftersom hälso- och sjukvårdspersonal behövt fokusera åtgärder kopplade till pandemin. Finansiering för slutförande av införandet är klar.

#### ▪ *Mobil dokumentation*

En utveckling av Viva har genomförts för att stödja mobil dokumentation i Viva utförarmodul för legitimerad personal och omvårdnadspersonal. Lösningen är levererad till alla enheter och verksamheter som efterfrågat den. Efter önskemål från personlig assistans har mobil dokumentation även implementerats där och arbetet befinner sig i slutfas av införande.

#### ▪ *Mobilt tryggbetslarm/GPS-larm*

Samtal med fokus på frågan förs med upphandlad leverantör för välfärdsteknik.

- *Digital tillsyn och trygghetskapande välfärdsteknik*

Integritetsskyddsmyndigheten (IMY) har beslutat om Sanktionsavgift för olaglig kamerabevakning på LSS-boende. Frågan om kameraövervakning måste därmed hanteras varsamt och rättssäkert.

På förvaltningen fanns år 2021 ett ärende där brukare själv önskade ett nattbesök via video eftersom hen ofta vaknade då personal tittade till hen på natten. Lösning söks i samarbete med upphandlad leverantör av välfärdsteknik.

## Planerade projekt

- *Planeringsverktyg brukare*  
Digitalt planeringsverktyg som hjälper brukare att planera sin vecka.
- *Medicindispenser*  
Ett digitalt hjälpmedel för brukare att hantera sitt medicinintag.
- *Delegation för hantering av brukarens handkassa*  
Hanteringen av de boendes handkassar kräver omfattande administration och det blir dessutom allt svårare att handla med kontanter. Ett pilotprojekt har därför inletts för att, om möjligt, göra det till en digital tjänst för brukare, verksamheter och gode män.
- *Säker kommunikation via video*  
Ett pilotprojekt förbereds för att koppla upp några av brukarna inom boendestödet via video.
- *Säker kommunikation.*  
Förstudie till ett projekt som ska ta fram ett alternativ till Teams då systemet inte är anpassat till krav enligt GDPR och det finns ett stort behov att kunna kommunicera säkert. Sociala klustret (ALF, IFO, SOF och VÄF) har kravställt vad en kommunikationslösning måste innehålla och lämnat över förstudien till Stadsledningskansliet.

## 5.6 Synpunkter och klagomål

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

## 5.7 Avvikelse på individnivå

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 3-8 §*

Förvaltningen arbetar enligt process för avvikelshantering enligt HSL, SoL och LSS. En avvikelse inom SoL, LSS och HSL innebär att det uppstått en intern brist/fel som drabbat den enskilde. All personal inom verksamheten har skyldighet att rapportera dessa fel och brister inom verksamheten. Definitionen av en avvikelse enligt SoL, LSS och HSL är när det inträffade avviker från god kvalitet och god ordning genom avsteg från fastställda rutiner, genomförandeplaner, vårdplaner eller andra överenskommelser.

En gemensam process med tillhörande instruktioner och utbildningsmaterial för avvikelser och lex Sarah

har utarbetats i det sociala klustret. Som stöd för verksamheten har en webbutbildning som riktar sig till baspersonalen och en webbutbildning som riktar sig till legitimerad personal och chefer utarbetats. Utbildningsmaterial och webbutbildning är under revidering år 2022. I framtiden ska också förvaltningen genomföra två utbildningsdagar per år som enhetschefer kan delta på för att uppdatera sig om avvikelshanteringsprocessen.

Verksamhetsledningar har fått genomgång av processhandledare och MAS/MAR/SAS. Förvaltningens stöd användare har fått utbildning via särskilda ”stödanvändarträffar”. Efter det har enhetscheferna med hjälp av sina stöd användare visat webbutbildningen på APT.

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

## 5.8 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.

## 5.9 Lex Sarah

*14 kap. 3-6 §§ SoL, SOSFS 2011:5*

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

## 5.10 Egenkontroll

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

### **Basala hygienrutiner**

Egenkontroll för Basala hygienrutiner har inte genomförts under året.

### **Brukarundersökning**

Sociala omsorgsförvaltningen deltog för sjätte året i rad i SKR:s brukarundersökning. Brukarundersökningen genomförs en gång per år och syftar till att få kännedom om hur brukare som erhåller stöd och service enligt LSS och SoL upplever sin situation. 2021 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 den konkreta datainsamlingen i syfte att öka svarsfrekvens. Resultatet från brukarundersökningen används för att identifiera styrkor och svagheter i organisationen i syfte att

förbättra verksamhetens kvalitet.

### **Dokumentation enligt hälso- och sjukvård**

Årlig granskning på övergripande nivå av hälso- och sjukvårdsdokumentation utförs av MAS/MAR.

### **Hälso- och sjukvårdsinsatser**

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

### **Intern kontroll**

Intern kontroll utgår från en väl genomarbetad riskanalys av nämndens verksamhet. Riskanalysen genomförs varje år och syftar till att identifiera risker som kan äventyra verksamhetens effektivitet, rättssäkerhet och kvalitet. Identifierade risker värderas utifrån sannolikhet att något inträffar och konsekvens av om risken inträffar. För risker med högt riskvärde ska åtgärd vidtas och risken ska föras in i intern kontrollplan och följas upp i enlighet med regler för intern kontroll.

År 2021 förbereddes riskanalys och därtill hörande intern kontrollplan av förvaltningens tjänstepersoner. Särskilt fokus lades på att arbeta in de risker och utmaningar som konstaterats av myndigheter som exempelvis Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg. Underlaget bearbetades av Sociala omsorgsnämnden vid två tillfällen sommar och höst 2021, delvis genom en halv dags workshop med nämndens ledamöter.

### **Läkemedelshantering kvalitetsgranskning**

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har inte genomförts under året.

### **Riskbedömningar hälso- och sjukvård**

Legitimerad personal gör riskbedömningar kring fall, trycksår, munhälsa och undernäring. Syftet är att förebygga vårdskador.

### **Samordnad individuell plan (SIP)**

Samordnad individuell plan, SIP, ska upprättas tillsammans med brukare och patient om insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver samordnas. En SIP ska alltid upprättas tillsammans med den person som har behov av insatserna, det gäller oavsett personens ålder eller problem. Planen ska tydliggöra vem som gör vad och när. Förvaltningen ska följa den regiongemensamma riktlinjen för SIP.

### **Social dokumentation enligt LSS och SoL**

SAS har ett uppdrag att genomföra granskning av social dokumentation i samband med utredningarna gällande lex Sarah samt verksamhetsgranskningar. På grund av rådande pandemi har inte planerade verksamhetsbesök utförts under året. SAS fick tillsammans med förvaltningen prioritera och utföra de mest nödvändiga.

### **Tillsyn**

Förvaltningens verksamheter står under olika myndigheters tillsyn. Under året har bland annat följande tillsynsorgan genomfört tillsyn; Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Södra Älvsborgs

räddningstjänstförbund (SÄRF) och Arbetsmiljöverket. Resultatet från tillsyn ska integreras med det övergripande systematiska kvalitetsarbetet och leda till åtgärder i syftet att förbättra verksamhetens kvalitet.

### **Verksamhetsgranskning**

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

SAS har under 2021 genomfört en verksamhetsgranskning som initierades utifrån inkomna LSS-avvikelser och rapporter om missförhållanden från det nystartade barnboendet på Brotorp. Efter granskningen lämnades en rapport med redovisning av en del brister och verksamheten utarbetade en handlingsplan som de fortsatte arbeta med. Under hösten gjorde SAS en uppföljning på enheten och bedömde att enheten har arbetat med alla delar i handlingsplanen och gjort de förbättringar för att uppnå en nivå på kvalitet gällande de barn som bodde på boendet samt strukturen kring arbetet med dem.

Förvaltningscontroller har under året genomfört en granskning av en av de verksamheter som drivs av privat utförare. Granskningen genomfördes inom ramen för det avtal som förvaltningen har med privat utförare och initierades utifrån att signaler om bristande kvalitet i verksamheten inkommit till förvaltningens avtalsuppföljare.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Se kap. 7 för mer information om granskningen.

# 6 RESULTAT OCH ANALYS

## 6.1 Riskanalys

Under året har en stor mängd riskanalyser genomförts, dels på förvaltningsövergripande nivå och dels på enhetsnivå.

### Förvaltningsövergripande nivå

Framtagandet av intern kontrollplan 2022 utgick från en omfattande riskanalys av förvaltningens verksamhet i sin helhet. Riskanalysen grundades i de nationella risker och brister som konstaterats av IVO och Socialstyrelsen. En jämförelse med situationen på Sociala omsorgsförvaltningen i Borås utgjorde sedan grunden för identifiering av tio relevanta risker som kan komma att påverka verksamhetens kvalitet på olika sätt. Fem av dessa bedömdes ha allvarligt riskvärde (9 eller mer enligt SKR:s riskvärderingsskala).

- Risk att missförhållanden inte rapporteras, utreds och åtgärdas.
- Risk för hög personalomsättning och lägre kontinuitet.
- Risk att personal saknar den kompetens som krävs för arbetet.
- Risk att Sociala omsorgsnämndens budget inte motsvarar brukarnas behov.
- Risk att bristen på boendeplatser ökar inom LSS och socialpsykiatri.

Riskerna ovan fördes in i, och utgjorde grund för, den interna kontrollplan som beslutades av Sociala omsorgsnämnden i augusti 2021. Därmed har varje risk också försetts med diverse kontrollmoment i syfte att minska att risken ska inträffa. För att undanröja riskerna har också specifika och riktade åtgärder planerats och vidtagits. Exempelvis har kompetensfrågan hos personal föranlett utbildnings- och handledningssatsningar. Frågan om budget och boendeplatser har utretts noggrant och risken har signalerats på högsta kommunalpolitiska nivå.

Under året har också andra förvaltningsövergripande riskanalyser genomförts. Det har t.ex. handlat om riskanalyser i samband med åtgärder i syfte att minska smittspridning av covid-19.

### Enhetsnivå

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

- I samband med skyddsronder.
- Rörande schema och bemanning
- Raster och måltidsuppehåll.
- Vakanshållande och konvertering av tjänst
- Flytt av verksamhet

## 6.2 Synpunkter och klagomål

År 2021 inkom totalt 26 synpunkter och klagomål. Det innebär en minskning i förhållande till året innan. Anledningen är att det endast kom in åtta synpunkter och klagomål under första halvåret 2021.



Klagomålen är spridda över flera verksamhetsområden och det vanligaste klagomålet rör olika typer av bristande kvalitet i insatsers utförande. Flest klagomål rör gruppbovärdar LSS, privat utförare. Det finns skäl att anta att det delvis beror på att anhöriga till brukare som bor på gruppbovärdar i privat regi vänder sig till förvaltningens avtalsuppföljare om de har synpunkter på verksamheten. Avtalsuppföljare för då in klagomålen i synpunktshanteringssystemet. Det finns exempel på att liknande synpunkter och klagomål på verksamhet som bedrivs i egen regi inte förs in i synpunktshanteringssystemet.

Generellt gäller att Sociala omsorgsförvaltningen behöver arbeta för att förbättra sin synpunktshandling. Dels handlar det om att mer systematiskt fånga upp och registrera synpunkter och klagomål, främst från brukare, dels att arbeta fram en förvaltningsspecifik rutin för klagomålshandling. Genom att göra sådana förbättringar kan förvaltningens systematiska kvalitetsarbete förbättras i sin helhet.

## 6.3 Avvikelse på individnivå

Under året har flera åtgärder vidtagits för att öka rapporteringsbenägenhet och likvärdighet i bedömningar av vad som är en avvikelse. Analysteamet (MAS/MAR/SAS och förvaltningscontroller) har genomfört halvårsanalys av avvikelser i syfte att följa upp hur arbetet med avvikelser ser ut på de olika enheterna. Resultatet har återförts till enhets- och verksamhetschefer på områdesledning. På mötena har berörda chefer fått diskutera vad som ligger bakom siffrorna och har på så sätt också bidragit med underlag till föreliggande patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse.

I november 2021 genomfördes en chefsdag med fokus på social dokumentation och systematiskt kvalitetsarbete. Därutöver har frågan om avvikelshantering och det systematiska kvalitetsarbetet lyfts i olika sammanhang på förvaltningen under året. Nyckelfrågan är rapporteringsbenägenhet och hur vi kan arbeta för att den ska hamna på en nivå som gör det möjligt att omsätta resultatet i konkreta åtgärder för att öka verksamheternas kvaliteter. Idag kan slutsatser inte dras eftersom siffrorna mer speglar rapporteringsbenägenhet än en verklig bild av verksamheternas brister.

### Avvikelse i vårdssamverkan

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

Från sjukhus och regionens primärvård har det kommit 15 avvikelser som inträffat inom förvaltningen. Dessa berör främst informationsöverföring, provtagning och vård och behandling. Från förvaltningen har det skickats 47 avvikelser som har inträffat inom VGR. Dessa handlar till största delen om informationsöverföring samt ett flertal om SIP. Majoriteten har inträffat i samband med utskrivning från sjukhus.

Det har varit några enstaka avvikelser kring informationsöverföring med anledning av pandemin, men inga allvarliga.

### Avvikelse från myndighet

Det har rapporterats 29 avvikelser från myndighet under året. Det handlar både om SoL- och LSS-avvikelser och av de som kategoriserats så rör flest rättssäkerhet på olika sätt (7 st.). Utifrån statistiken går det inte att utläsa vad 19 av dessa 20 avvikelser handlar om och det saknas utredning. Arbetet med avvikelser på myndighet är relativt nytt och utvecklingsarbete pågår.

## Fall-avvikelser

År 2021 har 480 fallavvikelser rapporterats. Det innebär att fallavvikelserna ökar för andra året i rad. Det finns fortfarande en viss variation mellan enheternas volym av fallavvikelser. Vanligast är att enheten rapporterat en till tre fallavvikelser.

22 enheter har inte rapporterat något fall under hela året. Flest fallavvikelser har rapporterats från socialpsykiatrins boenden (156 st.) och gruppboendestäder LSS (177 st.). Det har rapporterats relativt få fallavvikelser från övriga verksamhetsområden med visst undantag för personlig assistans (31 st.) och daglig verksamhet (38 st.). I förhållande till verksamhetens storlek så rapporteras oproportionerligt många fallavvikelser från socialpsykiatrins boenden.

Det går inte att avgöra om brukare inom socialpsykiatri faller oftare eller om socialpsykiatri boenden har en högre rapporteringsbenägenhet än gruppboendestäder LSS. Det har nämnts att en tänkbar anledning till att det skulle vara en reell skillnad, dvs. att brukare inom socialpsykiatri faktiskt faller oftare, är att brukare där har fler läkemedel. Den teorin har dock inte stöd i statistik från MCSS. Där framgår att det är betydligt färre läkemedelsinsatser inom socialpsykiatri (7059 st.), än inom LSS-verksamheten (328094 st.). Storleksordningen kvarstår även om man tar hänsyn till antalet läkemedelsinsatser per enhet.

Statistiken för 2021 går inte att använda för att analysera hur många brukare som fallit under året, och heller inte hur många gånger brukaren fallit. Det går däremot att utläsa att det är vanligast att brukare faller i gemensamhetsutrymmen eller andra utrymmen inomhus som inte tillhör lägenheten (30 % av fallen) och det sker oftast i samband med att brukaren ska gå från ett ställe till ett annat (33 %).

## HSL-avvikelser

År 2021 rapporterades 890 HSL-avvikelser. Det innebär att antalet HSL-avvikelser minskat med en fjärdedel (26,8 %) i förhållande till året innan. Minskningen beror antagligen på att det digitala signeringssystemet MCSS nu har fått fäste i organisationen och att det leder till färre HSL-avvikelser. Det digitala signeringssystemet gör det också tydligt när en avvikelse ska göras.

Fortfarande finns en underrapportering ute i verksamheterna. Det är exempelvis osannolikt att tre gruppboendestäder LSS inte haft några HSL-avvikelser under hela året. Tittar man på statistiken från MCSS så blir det också tydligt att det finns en betydande underrapportering. T.ex. saknas signering av hälso- och sjukvårdsinsatser exklusive läkemedel (97 269 st.) i cirka tre procent av fallen inom LSS gruppboendestäder. Det borde ha genererat knappt 3000 HSL-avvikelser. Det finns därför anledning att fortsatt arbeta för att rapporteringsbenägenheten ska öka och att verksamheterna ska få en gemensam bild av när avvikelser ska göras, eller inte.

HSL-avvikelser har rapporterats från samtliga verksamhetsområden.

Absolut flest HSL-avvikelser kommer från gruppboendestäder LSS och socialpsykiatrins boenden.

Variationen mellan enheterna inom gruppboendestäder LSS har minskat kraftigt. Det ses framförallt genom att antalet HSL-avvikelser på enheten som har flest är betydligt mindre än året innan, 73 färre än år 2020. Att variationen minskat ses också i att medianvärdet för gruppboendestäder LSS sjunkit från 14 HSL-avvikelser per enhet till nuvarande 5 st. (gruppboendestäder LSS SOF) och 8 (gruppboendestäder LSS privat).

Inom socialpsykiatri har antalet HSL-avvikelser ökat i förhållande till året innan. Medelvärdet per bostad enligt Sol har ökat från 16,6 år 2020 till 26,3 år 2021. Ökningen beror på att alla socialpsykiatrins boenden år 2021 har rapporterat HSL-avvikelser, vilket inte var fallet året innan.

Framförallt avvikelser som rör HSL-insats utförd av baspersonal, dokumentation och hälso- och sjukvårdsåtgärd av legitimerad personal har minskat i förhållande till året innan. Det är troligt att minskningen inom dessa områden beror på en lyckad implementering av det digitala signeringssystemet.

### **LSS-avvikelser**

I verksamheten har 252 LSS-avvikelser rapporterats år 2021. Det är en liten ökning (+ 33 avvikelser) i förhållande till året innan. Under året har antalet LSS-avvikelser från gruppboendestäder LSS som drivs av privat utförare (63 st.) minskat drastiskt. Antalet avvikelser per gruppboendestad i egen och privat ligger nu på samma nivå. Att det inte blev en minskning av LSS-avvikelser totalt sett beror på att fler avvikelser rapporterats från verksamheter i egen regi än tidigare år, särskilt från gruppboendestäder LSS (112 st.).

Två av tre LSS-avvikelser kommer från gruppboendestäder LSS. Inom verksamhetsområdet gruppboendestäder finns stora variationer i volym avvikelser. 14 gruppboendestäder LSS har inte rapporterat någon LSS-avvikelse alls under året, elva av dem bedrivs i Borås stads egen regi. Att gruppboendestäder LSS i egen regi har ökat antalet LSS-avvikelser totalt sett i jämförelse med året innan beror på att en enhet rapporterat hela 41 avvikelser.

Samtliga LSS-avvikelser har kategoriserats manuellt efter innehåll.

De inrapporterade LSS-avvikelserna fördelas i huvudsak på utebliven/försenad insats (102), hot och våld (53), säkerhet (25), bristande kvalitet (24 st.) och hälso- och sjukvård (19 st.). Nedan ges en bild av vad avvikelserna består i<sup>3</sup>.

#### *Utebliven/försenad insats*

Omkring hälften av alla LSS-avvikelser rör uteblivna eller försenade insatser. Det handlar om att brukarens planerade insats inte blir genomförd. År 2021 rapporterades betydligt fler avvikelser som rör utebliven eller försenad insats än året innan (77 st.). I ett fåtal fall handlar det om att brukaren avböjt den planerade insatsen vilket inte borde ha resulterat i en avvikelse enligt LSS.

Den vanligaste bakomliggande orsaken till uteblivna insatser var personalbrist. I många fall går det att se att pandemin direkt har påverkat brist på personal och att det lett till att insatser fått ställas in. Även när det gäller försenade insatser är personalbrist en vanligt förekommande bakomliggande orsak. Det är också vanligt att personal blivit uppehållna med andra brukare, t.ex. vid våldsamt utagerande, och av den anledningen blivit försenade.

En försenad insats handlar om att planerad insats blir förskjuten till annat tillfälle. I vissa fall leder det inte till någon större negativ konsekvens för brukaren men i andra fall innebär det oro och ångest för brukare som har stora behov av att saker och ting genomförs enligt schema. Det finns flera exempel på att insatser helt uteblivet eller försenas på grund av brister i kommunikation mellan personal.

---

<sup>3</sup> LSS-avvikelser som rör hälso- och sjukvård handlar om sådant som borde gjorts och som rapporterats som HSL-avvikelser. Därför tas de inte med i analys under LSS-avvikelser.

Riskvärdena för avvikelser av den här typen är genomgående låga. Det beror på att konsekvenser för brukare bedöms varit lindriga. Det finns skäl att ifrågasätta om bedömningen av allvarlighetsgrad i konsekvenser verkligen är så låg som rapporterats. I flera avvikelser ses att brukaren blivit upprörd och stressad av den uteblivna insatsen vilket lett till utagerande beteende. Det är också tveksamt om den del av riskbedömningen som rör sannolikhet för upprepning är korrekt satt i alla fall. Givet att det finns så många avvikelser om utebliven/försenad insats så är det rimligt att sannolikhetsgraden för upprepning borde varit hög.

#### *Hot och våld (53 st.)*

Näst flest LSS-avvikelser rör incidenter av hot och våld. Samtliga avvikelser inom den här kategorin handlar om hot, våld och kränkningar mellan brukare och från brukare mot personal. Avvikelser om hot och våld har rapporterats av gruppboenden LSS, daglig verksamhet och barnboende. Tio gruppboenden LSS och fyra daglig verksamheter har rapporterat avvikelser om hot och våld.

Det är viktigt att förstå att antalet avvikelser inte motsvarar antalet incidenter av hot och våld i verksamheten. Det beror på att många verksamheter inte rapporterar hot och våld som avvikelser enligt LSS. Avvikelser som rör hot och våld är en grov underskattning av den faktiska mängden hot och våld i verksamheterna. Den slutsatsen bygger på att (1) enhetschefer uppger att hot och våld inte rapporteras alls från deras verksamheter, (2) det finns flera kända fall av våldincidenter och utagerande som inte rapporterats in i Viva och (3) SKR och IVO uppskattar att det förekommer hot och våld på 35-40 procent av alla LSS-boenden i landet.

För att bättre fånga mängden hot och våld i Sociala omsorgsförvaltningens verksamheter (LSS såväl som socialpsykiatri) så har analys av rapporterade tillbud och arbetsplatsolyckor av typen hot och våld inkluderats,<sup>4</sup> liksom rapporter enligt lex Sarah och SoL-avvikelser.

Den totala mängden inrapporterade incidenter av hot och våld är sammanlagt 321 st. år 2021. Av diagrammet ovan framgår att flest hot och våld-incidenter rapporteras inom ramen för det systematiska arbetsmiljöarbetet. Betydligt fler verksamheter har rapporterat hot och våld som tillbud, 33 st., och olyckor (19 st.). Motsvarande rapporteringsbenägenhet ses inte från brukarperspektiv, inom ramen för avvikelsearbetet (10 verksamheter).

De verksamheter som rapporterat flest hot och våld-incidenter inom ramen för det systematiska arbetsmiljöarbetet har genomgående inte rapporterat någon avvikelse från brukarperspektiv i Viva. Det omvända gäller också, den verksamhet som rapporterat flest hot och våld-incidenter i Viva har endast rapporterat ett fåtal tillbud och arbetsplatsolyckor. Diskrepansen är bekymmersam och kan bero på att personal inte uppfattar att hot och våld-incidenter bör aktivera två system av systematiskt kvalitetsarbete, dels arbetsmiljöperspektivet – dels brukarperspektivet. Det finns också exempel på LSS-verksamheter som varken rapporterat hot och våld som avvikelser eller som tillbud/arbetsplatsolyckor. Slutligen finns ett antal hot och våldincidenter som felaktigt rapporterats som HSL-avvikelser. Sammantaget betyder det att vi inte får grepp om hur mycket hot och våld som förekommer i verksamheterna.

Tre verksamheter står för en fjärdedel av alla indikationer på hot och våld (avvikelser, rapporter enligt lex Sarah och tillbud och arbetsplatsolyckor) och det handlar om samma brukare som är utagerande. Det leder oss till samma slutsats som föregående år, nämligen att det handlar om ett fåtal brukare som står för samtliga incidenter av hot och våld, både riktat mot andra brukare men också riktat mot personal. I likhet med föregående år är det viktigt att fokusera på vilka brukare som särskilt utmanar verksamheten för att rätt insatser ska kunna vidtas, både för att trygga brukarna men också för att förbättra arbetsmiljö.

Åldersfördelningen bland brukare som är inblandade i hot och våld-incidenter skiljer sig från åldersfördelningen av brukare inom LSS totalt. År 2021 var yngre brukare tydligt överrepresenterade i

---

<sup>4</sup> Siffrorna kommer från Kia.

hot- och våldsincidenter, en trend som håller i sig från året innan.

De yngre brukarnas överrepresentation i hot- och våldssituationer är än större än vad som framgår av diagrammet ovan. Anledningen är att korttidsverksamheterna för barn inte rapporterat sådana händelser som vare sig avvikelser från brukarperspektiv eller från arbetsmiljösynpunkt – trots att det är känt att det inom dessa verksamheter förekommer mycket utagerande beteende.

Kvinnor är fortsatt överrepresenterade i rapporterade hot- och våldssituationer, även om skillnaden i jämförelse med män är lägre än föregående år. En förklaring till den minskade könsskillnaden är att ett par av de kvinnor som år 2020 stod för en stor mängd avvikelser som rör hot och våld har flyttat till andra boenden. Det handlar främst om autismenheter som inte rapporterar avvikelser i samma utsträckning som övriga. Det kan alltså vara så att skillnader i rapporteringsbenägenhet gör att statistiken inte blir tillförlitlig för att dra slutsatser om kön.

Även år 2021 är det tydligt att de brukare som utmanar verksamheterna mest med utagerande beteende är sådana som har en omfattande och komplex behovsbild. Det handlar om komplexa problem som inbegriper både funktionsnedsättning och psykiatrisk samsjuklighet. I de fall som verksamheterna av någon anledning inte kunnat möta upp deras behov så har utagerande beteende eskalerat.

Den absolut vanligaste bakomliggande orsaken till hot- och våldsvikelser är brist på kompetens. Det är logiskt att tänka att just kompetensbrist också är den vanligaste orsaken till arbetsmiljöincidenter kopplade till hot och våld. Vikten av att hitta rätt i kompetensutvecklingsfrågor blir alltså avgörande för om avvikelser, och tillbud/arbetsplatsolyckor, kan minskas i framtiden.

#### *Säkerhet (25 st.)*

Antalet LSS-avvikelser som rör säkerhet har minskat väsentligt sedan föregående år (38 st. år 2020). Säkerhetsavvikelserna kan delas in i följande underkategorier.

- Färdtjänst. Exempelvis brukare som blir avsläppt på fel ställe, placerade på ett osäkert sätt i bilen etc.
- Tillsyn. Exempelvis brukare som avvikit från daglig verksamhet, lämnat sitt boende utan att personal vet om det etc.
- Teknik. Exempelvis rullstolar, taklyft eller larm som inte fungerar.

Avvikelser om tillsyn sätter fingret på flera viktiga frågor. I vilken mån är brukarna fria att gå och komma som de vill? Här finns både befogade säkerhetsaspekter att överväga, som t.ex. i fallen med dementa brukare som går iväg, men också etiska perspektiv som handlar om synen på brukarna och deras rätt till ett självständigt liv. Ska t.ex. en gruppbostad ständigt ha tillsyn över brukarna? Är det önskvärt? Är det möjligt? Och hur rimmar det med brukarnas rättigheter och integritet? I något fall angränsar också tillsynsfrågorna, och avvikelser, till skydds- och begränsningsåtgärders tillämpning?

#### *Bristande kvalitet (24 st.)*

Fler avvikelser som rör bristande kvalitet har rapporterats än tidigare. Det handlar om avvikelser som rör insatser som utförts enligt beslut och genomförandeplan, men som inte håller måttet utifrån *hur* de genomförts. Variationen i avvikelser är stor men det handlar bland annat om personal inte genomfört insatser enligt arbetsbeskrivning eller saknat nödvändig kunskap om brukarnas behov för att kunna göra ett bra jobb. Bakomliggande orsaker till avvikelserna är ofta bristande informationsöverföring eller kompetens.

## Läkemedelsavvikelser

År 2021 rapporterades 2258 läkemedelsavvikelser. Det innebär en minskning med drygt tusen avvikelser i förhållande till året innan. Den kraftiga minskningen beror antagligen på att digital signering, MCSS, bidragit till att färre avvikelser sker i verksamheterna men även här finns en mycket stor underrapportering. Läkemedelsavvikelserna rapporterades huvudsakligen från tre verksamhetsområden.

Samtliga verksamhetsområden har rapporterat färre läkemedelsavvikelser än föregående år. Även om införandet av MCSS kan ha bidragit till att de facto minskat antalet avvikelser så kan ändå en omfattande underrapportering konstateras. År 2021 har 330 111 läkemedelsinsatser registrerats för gruppboendestäder LSS. Av dessa har omkring 1,5 procent inte signerats. Det borde generera knappt 5000 läkemedelsavvikelser.

Samtliga gruppboendestäder LSS har rapporterat en eller flera läkemedelsavvikelser under året. En enhet rapporterade hela 123 stycken. Fyra enheter rapporterade mellan en och fyra. Variationen är alltså mycket stor. Medelvärdet per gruppboendestad LSS i egen regi är 33 läkemedelsavvikelser och för privat utförare 29,7 st.

Statistikuttaget gör det inte möjligt att exakt jämföra typerna av händelser som ligger bakom läkemedelsavvikelserna. Däremot kan konstateras att avvikelser rörande signering fortsatt är den största kategorin, 39 procent av alla läkemedelsavvikelser. Avvikelser kopplade till signering har minskat kraftigt i förhållande till året innan, omkring 300 färre avvikelser. Näst störst är kategorin som rör helt utebliven dos, 18 procent av totalen. Även denna kategori har minskat i förhållande till året innan, med omkring 180 avvikelser. Det är troligt att implementeringen av MCSS har bidragit till att avvikelser av den här typen minskat.

## SoL-avvikelser

Under året har 331 SoL-avvikelser rapporterats. Det är en kraftig ökning med drygt 200 avvikelser i förhållande till året innan. Både boendestöd och socialpsykiatrins boenden rapporterat betydligt fler avvikelser än föregående år.

Ökningen består uteslutande av avvikelser som rör utebliven eller försenad insats och kommer huvudsakligen från boendestöd (192 st.).

Den vanligaste bakomliggande orsaken till utebliven eller försenad insats anges vara personalbrist. Avvikelser som rör utebliven eller försenad insats fördelas mycket ojämnt under året, främst från boendestöd.

En möjlig tolkning är att personalbristen inom boendestöd varit högst i maj och juni och att brukarna just de månaderna inte fått de insatser de har rätt till. En annan tolkning är att personal just de månaderna rapporterat avvikelser i större omfattning än vanligt. Ett tänkbart skäl till det kan vara att fackliga representanter uppmanat personal att rapportera avvikelser varje gång de upplever brist på personal. Om så är fallet så är det problematiskt. Avvikelser ska utgå från ett brukarperspektiv och avspegla de tillfällen som brukarna inte får det de har rätt till enligt genomförandeplan.

Avvikelser som rör hot och våld uppgår bara till 20 stycken. Det beror antagligen på låg rapporteringsbenägenhet vad gäller avvikelser. Under året har 27 tillbud och arbetsplatsolyckor som rör hot och våld rapporterats från socialpsykiatrins boenden. 17 rapporter enligt lex Sarah som rör hot och våld har under året inkommit från socialpsykiatrin. Sammanlagt finns alltså 64 indikationer på hot och våld i socialpsykiatrins verksamheter.

I SoL-avvikelserna framträder också en könsaspekt. På socialpsykiatrins boenden rapporteras betydligt fler avvikelser rörande kvinnor (116) än män (61 st.). Givet att det bor färre kvinnor (33 st.) än män (42 st.) på socialpsykiatrins boenden är det svårt att förstå varför siffrorna ser ut på det sättet. 65 % av avvikelserna från boende SoL rör kvinnor, trots att kvinnor bara utgöra ca 40 procent av brukarna som bor där.

## 6.4 Lex Maria

Under året har ett flertal utredningar genomförts. Två utredningar ledde till fördjupad händelseanalys tillsammans med enhetschef och legitimerad personal. Båda handlade om försenad vård. Den ena patienten hade stora smärtor under drygt två veckor. Under denna period togs ingen läkarkontakt och ingen strukturerad smärtskattning genomfördes. Det visade sig sedan vara en fraktur. Legitimerad personal gjorde dock ett flertal gemensamma bedömningar under denna tid.

Den andra händelsen handlade om en patient som hade symtom på stroke men legitimerad personal identifierade inte symtomen och läkarkontakten fördröjdes.

Händelseanalyserna har lett till åtgärder i verksamheten och ett ökat lärande samt högre följsamhet till gällande rutiner för att förhindra att något liknande upprepas.

Ingen Lex Maria har anmälts till IVO.

## 6.5 Lex Sarah

Under 2021 har totalt 77 rapporter om risk för missförhållande inkommit. SAS inledde totalt 33 utredningar. Flera rapporter inkom från en och samma enhet och handlade om samma typ av händelse därför är det mindre utredningar än rapporterade händelser. I 11 fall av inrapporterade händelser gjordes bedömningen av SAS att inte inleda utredning eftersom verksamheten har antingen vidtagit de nödvändiga åtgärderna för att förhindra att liknande händelser sker eller att de rapporterade händelserna har skickats tillbaka till enheten för vidare hantering som avvikelser.

Av de 33 utredningar bedömdes 3 av dem som allvarliga missförhållanden och anmälde till IVO. Alla 3 är avslutade av IVO med beslut att inte inleda vidare utredning och att de föreslagna åtgärder som har lämnats av SAS har varit tillräckliga att liknande händelser inte händer igen.

### *Satsningar som har genomförts*

- SAS har genomfört en individuell introduktion med varje nyanställd chef i området avvikelser och lex Sarah.
- Alla rapporter om missförhållanden, beslut och åtgärder har annonserats under hela året på förvaltningens intranätssida. Detta har varit ett stöd med lärande syfte för både chefer och baspersonal samt transparens om inrapporterade händelser inom förvaltningens område.
- SAS genomförde en utbildning för enhetschefer under hösten 2021 som handlade om systematiskt förbättringsarbete med betoning på avvikelser och lex Sarah.

### *Uppföljning av lex Sarah*

- Under hösten skickades en enkät om lex Sarah ut till samtliga enhetschefer inom förvaltningen. Svarsfrekvensen var låg, endast 10 enhetschefen besvarade enkäten och detta gjorde att inga slutsatser kunde dras eller åtgärder vidtas.

### *Reflektion av SAS*

- Antalet rapporterade händelser har varit högre än föregående åren.
- Det finns en öppenhet i organisationen när man pratar om lex Sarah och att söka stöd hos SAS vid tveksamhet om hur en händelse ska rapporteras.
- De flesta händelser rapporterades från området socialpsykiatri.
- Lex Sarah behöver vara stående punkt i dagordningarna på alla nivåer.



## 6.6 Egenkontroll

### Brukarundersökning

444 brukare deltog i 2021 års brukarundersökning. Det är en liten ökning i förhållande till året innan. Svarsfrekvensen för hela Sociala omsorgsförvaltningen (SOF) blev 45 procent. Det innebär att bara knappt hälften av alla brukare har deltagit i undersökningen. Variationen i svarsfrekvens mellan verksamhetsområden, och enheter, är mycket stor. Resultaten kan därför inte självklart generaliseras till hela gruppen brukare på SOF.

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

På förvaltningsövergripande nivå finns flera positiva resultat att notera, till exempel att omkring fyra av fem brukare svarar att de

- får den hjälp de vill ha (81 %)
- känner att personalen bryr sig om dem (85 %)
- vet vem de ska prata med om något är dåligt (85 %)
- trivs på sina boenden och i sina verksamheter (83 %)

Variationen mellan verksamhetsområdena är mycket stor – och det innebär möjligheter till god verksamhetsutveckling. Vad är t.ex. framgångsfaktorer till att nio av tio brukare på daglig verksamhet upplever att personalen bryr sig om dem? Eller att nästan alla brukare inom boendestöd upplever att de får bestämma om saker som är viktiga? Genom att lära av de goda exemplen kan verksamheter med sämre resultat förbättra sina arbetsätt.

Det finns tydliga förbättringsområden, framförallt sådant som rör trygghet och kommunikation. I likhet med tidigare år uppger var tredje brukare (30 %) att hen är rädd för något i sitt boende eller på sin daglig verksamhet/sysselsättning. På gruppboendestäder LSS i egen regi är det hela 41 procent som uppger att de är rädda för något hemma. Generellt gäller att kvinnor upplever en större otrygghet än män, vilket är ett resultat som gäller för hela landet. Kvinnor är överlag mindre nöjda med stöd och insatser. Det är särskilt tydligt inom socialpsykiatri.

Många brukare (37 %) upplever att personalen inte pratar med dem på ett sätt som de förstår och ungefär lika många tycker att personalen inte förstår vad de säger (26 %). Det tyder på att vi måste jobba med att bli bättre på kommunikation. Det är dessutom troligt att den låga svarsfrekvensen totalt sett kan bero på att brukare inte förstår frågorna, eller att personalen inte förmår uppfatta deras svar. Det innebär att resultatet på frågorna om kommunikation kan vara ännu sämre än det vi fångar i brukarundersökningen.

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

### Dokumentation inom hälso- och sjukvård

MAS och MAR har genomfört fördjupad journalgranskning för två HSV team. Varje team har fått en rapport med förbättringsåtgärder. Journalgranskningar visar att det fortfarande finns förbättringsbehov

av kvalitén i patientjournalen. Granskningarna har också visat att det är svårt att följa patientens delaktighet.

### **Hälso- och sjukvårdsinsatser**

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

Totalt har det under året lagts in 631 019 insatser, varav 98 % är signerade.

### **Intern kontroll**

Risikanalys inför framtagande av intern kontrollplan identifierade fem risker med allvarligt riskvärde<sup>5</sup>, över 9 enligt SKR:s definition. Två bakomliggande orsaker till riskerna enligt ovan var brist på kompetens och brist på resurser. Ytterst innebär riskerna att brukarna inte får de insatser de har rätt till vad avser verkställighet, omfattning och kvalitet. I syfte att minska riskerna har åtgärder vidtagits för att adressera bakomliggande orsaker. Exempelvis har underlag som beskriver behov och prognos av gruppboheter LSS arbetats fram och kommunicerats med såväl Sociala omsorgsnämnden som Lokalförvaltningsnämnd och Kommunstyrelse. Utbildningsinsatser och workshops som rör såväl systematiskt kvalitetsarbete som kunskap om målgruppen har planerats och kommer att genomföras år 2022. De risker som framkommer av intern kontrollplan överensstämmer väl med de övergripande resultaten från avvikelseanalys och resultat från brukarundersökning.

De moment som avser att kontrollera åtgärder i intern kontrollplan rör bland annat.

- Inventering av behov av kompetensutveckling.
- Analys av brukares behov med fokus på psykiatrisk samsjuklighet och åldersrelaterad sjukdom.
- Utredning av stödpedagogernas organisation.
- Kvalitetssäkring av underlag inför budgetprocess och lokalbehovsplan.

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

Enligt SoSFS 2011:9 är en viktig del av egenkontroll att systematiskt följa och utvärdera den egna verksamheten. För att uppnå god kvalitet i de stöd och insatser som tillhandahålls måste verksamheten ha en god bild av målgruppens behov. Det är också viktigt att jobba med prognoser för att i god tid kunna se eventuella förändringar i målgruppens volym eller behov. Med anledning av detta så har flera kartläggningar genomförts under året. Nedan anges ett urval.

- *Kartläggning om gruppboheter enligt LSS.* Målgrupp, prognos och utmaningar inför framtiden både vad gäller kapacitet och kompetens.
- *Kartläggning av barn som har stöd och insatser enligt LSS på SOF.* Antal, typ av insatser och barnens behov kartlades utifrån kommunicerade beslut i Viva.
- *Omvärldspaning LSS och SoL 2019-2021.* Genomgång och kartläggning av identifierade brister och utmaningar inom funktionshinderområdet nationellt utifrån rapporter från bl.a. Socialstyrelsen, IVO och brukarorganisationer.

---

<sup>5</sup> SON 2021-00124 1.1.3.1

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

### **Riskbedömningar**

Det har utförts 726 riskbedömningar vilket kan jämföras med 619 riskbedömningar 2020, vilket är en avsevärd ökning. Dessa riskbedömningar leder till ökad kvalitet och minskade risker för att patient ska drabbas av vårdskada. Riskbedömningarna handlar om att hitta risker och sätta in åtgärder inom områdena, fall, trycksår, undernäring och munhälsa.

I vårdinventeringen framkommer även att mer än dubbelt så många patienter har en förebyggande åtgärd i vårdplan inom området trycksår än föregående år.

Inom området nutrition är fler patienter som har insatser i vårdplan än föregående år, samt har det skett en ökning av dietistkontakt.

Trots stor arbetsbelastning för legitimerad personal på grund av pandemin så har riskbedömningarna ändå ökat vilket är positivt.

### **Samordnad individuell plan (SIP)**

Vid 2021 års utgång fanns 61 aktiva SIP:ar på Sociala omsorgsförvaltningen. Under året har 132 SIP:ar upprättats/skapats, 25 har följts upp och 98 har avslutats. Antalet aktiva SIP:ar har succesivt ökat under året.

Allt tyder på att den kraftiga ökningen av aktiva SIP:ar är en mycket positiv utveckling. Det betyder att fler brukare som har behov av det också får en samordning av vård- och omsorgsinsatser. Troligtvis beror det på att SIP varit en mer aktuell fråga på förvaltningen än tidigare, och att flera tagit ansvar för att uppmärksamma behovet av dem. Att fler brukare än tidigare har komplexa behov, och att den gruppen kommer att öka, ses i prognoser och omvärldsspaningar både på förvaltningsnivå och på nationsövergripande plan. Det är därför mycket viktigt att arbetet med SIP fortsätter på ett aktivt sätt, främst för att brukarna ska få stöd och insatser utifrån behov men också för att få till en mer effektiv organisation och ytterst en säker arbetsmiljö.

### **Skydd- och begränsningsåtgärder**

Under året har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) begärt in uppgifter om förekomst av tvångs- och begränsningsåtgärder från alla enheter. IVO:s fokus för tillsyn var också under året just tvångs- och begränsningsåtgärder. Även på förvaltningen så har frågan varit aktuell under året. Det har t.ex. påbörjats ett arbete för att revidera rutinen för skydds- och begränsningsåtgärder. Det är i dagsläget svårt att uppskatta hur mycket tvångs- och begränsningsåtgärder som förekommer ute i verksamheterna.

### **Social dokumentation enligt LSS och SoL**

I vissa lex Sarah utredningar kan konstateras att kunskapen om social dokumentation är fortfarande bristande och att händelser av vikt för brukaren inte registreras. På kvalitet och utvecklingsenheten finns två verksamhetsutvecklare som har under året gjort ett flertal satsningar för att hjälpa organisationen i arbetet med social dokumentation.

- SAS tillsammans med verksamhetsutvecklarna har gjort uppdateringar på rutinen om social dokumentation.

- Under året har en basutbildning i social dokumentation genomförts för baspersonal. Denna utbildning är satsningen som har pågått på förvaltningen under 3 år. Samtliga enheter på förvaltningen har nu genomgått grundutbildningen.
- Verksamhetsutvecklarna har utarbetat material som de kan använda för att hålla workshops i arbetsgrupperna. Detta material är en fördjupning i basutbildningen.
- För att bibehålla kunskapen och utveckla kompetensen i social dokumentation utarbetar verksamhetsutvecklarna även en digital utbildning.
- En gång i månaden träffar verksamhetsutvecklarna stödpedagogerna som finns på vissa enheter för att bland annat hjälpa de med direkta frågor från verksamheten gällande den sociala dokumentationen.
- SAS tillsammans med verksamhetsutvecklarna utarbetade ett stöddokument gällande egen kontroll i social dokumentation och det levererades ut till enheterna.
- Under hösten genomförde verksamhetsutvecklarna en utbildning i social dokumentation för samtliga enhetschefer.

Under året har utbildningar genomförts i syfte att få en sammanhållen och likvärdig social dokumentation genom brukarpärm. Vidare har det under året skapats möjligheter att föra in arbetsbeskrivningar i viva.

#### *Reflektioner från SAS och utvecklingsledarna:*

- Det behövs åtgärder för att bibehålla kompetensen i social dokumentation.
- Vi ser vikten av att på enheterna arbetas systematiskt med social dokumentation.
- Höja chefernas kompetens för att kunna ge stöd till sin personal i uppdraget att arbeta med människor med funktionsnedsättning och innehållet i sociala dokumentationen.
- Kunskap om social dokumentation behöver kompletteras med kunskap om olika funktionsnedsättningar och arbetssätt. Detta höjer kvaliteten på insatsen och social dokumentation.
- Att skapa förutsättningar och ha ett genomtänkt sätt att bedriva arbetet med social dokumentation. Det är fortfarande ett område som prioriteras bort och resurserna ser olika ut på enheterna.
- De enheter som har stödpedagog har högre kvalitet på den sociala dokumentationen. Förvaltningen behöver arbeta för att alla enheter har tillgång till stödpedagoger.
- Att sätta upp mål på förvaltningen att alla brukare ska ha en aktuell genomförandeplan 1/3-2022. Detta behöver följas upp och utarbeta handlingsplaner på de enheter som inte har uppfyllt målet. Detta är en förutsättning för att kunna börja arbeta med kvalitén i genomförandeplanerna.

#### **Tillsyn**

Under året har ett stort antal inspektioner genomförts av Södra Älsvborgs räddningstjänstförbund rörande brandskydd. Det har blivit tydligt att ett stort antal av förvaltningens gruppbestäder saknar tillräckligt brandskydd, särskilt då det finns rörelsehindrade boende i verksamheterna. Eftersom förvaltningen befinner sig i ett ansträngt läge med brist på boendeplatser för brukare med beslut om bostad med särskild service enligt LSS så har inspektionerna, och beslut om förelägganden, ytterligare försvårat möjligheterna att verkställa beslut. Med anledning av detta har SON bland annat tillskrivit kommunstyrelsen för att sätta frågan på dagordningen samt bjudit in till presidieöverläggning med Lokalförsörjningsnämnden i syfte att lösa de problem som uppstått.

Under året har också IVO genomfört en tillsyn av det nystartade barnboendet. Mer om detta under rubriken ”Verksamhetsgranskning”.

### **Vårdinventering**

En vårdinventering där olika parametrar inom hälso-och sjukvården mäts och jämförs utförs årligen. Vårdinventering har gjorts på 430 patienter, varav 342 inom LSS, 88 i socialpsykiatri. Läkemedelsansvaret har övertagits helt eller delvis för 336 personer. 119 patienter har fast vårdkontakt inom psykiatri, 96 patienter har samtidig läkarkontakt inom primärvård och annan specialistmottagning. Detta faktum bidrar till ett komplext arbete när det gäller samverkan kring den enskilde patienten.

### **Verksamhetsgranskning**

På grund av pandemin har planerade verksamhetsgranskningar inte kunnat utföras. Däremot har en händelsestyrd verksamhetsgranskning av ett av Attendos boenden genomförts utifrån avtalsperspektiv<sup>6</sup> samt en omfattande granskning och analys av förvaltningens nya barnboende.

Granskningen av barnboendet föranleddes av flera signaler om att verksamheten inte fungerade tillräckligt väl. Det handlade bland annat om att IVO inlett tillsyn med anledning av inkomna klagomål, ett stort antal rapporter enligt lex Sarah och utifrån arbetsmiljöperspektiv. Granskningen bestod av flera komponenter.

- Händelsestyrd verksamhetsgranskning.
- Utredning enligt lex Sarah.
- Händelseanalys

Granskningsmomenten fokuserade på olika nivåer av verksamheten, organisatoriskt och arbetsmiljömässigt såväl som brukarcentrerat. Bakomliggande orsakerna identifierades och åtgärder togs fram och implementerades. Resultatet av åtgärderna har hittills fallit väl ut, och verksamheten är idag betydligt mer stabil och har en högre kvalitet än vid uppstart.

I samband med, eller med anledning av, verksamhetsgranskningar så har handledning och utbildning riktats till vissa verksamheter. Det har bland annat handlat om.

- Utbildning för att öka kunskapen om personer med funktionsnedsättningar, arbetssätt och förhållningsätt.
- Utbildning om tydliggörande pedagogik, alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) och lågaffektivt bemötande. Personer med utmanande beteende.
- Utbildning för nystartade verksamheter som handlat om kunskap om aktuella funktionsnedsättningar och arbetssätt samt social dokumentation.
- Riktad handledning (metod- och processhandledning) och stöd till enhetschefer och kärnpersonal utifrån helhetssyn på brukaren och enheten.

---

<sup>6</sup> Se kapitel 7 för mer information.

## 7 Verksamhet upphandlad enligt LOU eller LOV

Attendo har sedan 2018 ansvarat för driften av 14 av Sociala omsorgsförvaltningens bostäder med särskild service LSS. I november 2020 beslutade Sociala omsorgsnämnden att förlänga avtalet med Attendo i ytterligare tre år. Förlängningen gjordes i enlighet med avtalet som medger beställaren möjlighet att förlänga avtalet i maximalt tre år.

År 2021 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 de så kallade samverkansmötena. Under året har följande delar av avtalet varit i fokus för uppföljning.

1. Följsamhet till riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvård.
2. Bemanning och utbildning/kompetens
3. Systematiskt kvalitetsarbete
4. Självbestämmande, inflytande och integritet

Under året har de mervärden som utlovats vid upphandlingen följts upp i samband med hel- och halvårsavstämning. Mervärdena kan beskrivas som ”guldkantskrav” eller ”extra god kvalitet” för brukare och personal. Uppföljningen har särskilt fokuserat på de mervärden som inte bedömts godkända i helårsuppföljning 2020. Det handlar om platsansvarig, medarbetarträffar efter arbetstid, fritidspeng, regionala bostadsklubbar, etikreflektion på APT samt metod- och brukarhandledning. Förbättringar kan ses inom fem av sex uppföljda mervärden. Attendo bedöms dock inte uppfylla mervärdet om kvartalsvis metod- och brukarhandledning. Med anledning av resultatet ska Attendo upprätta en struktur och plan för handledningstillfällen per enhet för år 2022.

År 2021 har avtalsansvarig initierat en fördjupad uppföljning av ett av boende i Attendos regi. Anledningen är att det inkommit många signaler om brister i kvaliteten på den specifika verksamheten. Avtalsuppföljare och medarbetare på kvalitet- och utvecklingsenheten genomförde i samband med uppföljningen ett obokat besök samt genomförde dokumentationsgranskning. Resultatet av uppföljningen summerades i rapport som delgavs Attendo. Rapporten har också diarieförts för att tillförsäkra allmänheten möjlighet till insyn. Med anledning av konstaterade brister ålades Attendo att inkomma med åtgärdsplan och tidsramar för arbetet. Avtalsuppföljare ska göra en slutbedömning av ärendet i april 2022. Hösten 2021 genomförde IVO en tillsyn av verksamheten men beslutade relativt omgående att avsluta ärendet eftersom de åtgärder som vidtagits bedömdes tillräckliga.

MAS/MAR har utifrån inkomna avvikelser gjort en oplanerad granskning på ett LSS-boende, granskningen visade på ett behov av ökad kännedom och följsamhet till rutiner.

Utöver planerad och händelsestyrd uppföljning av privat utförare Attendo så har brukarundersökning också genomförts på boendena. Resultaten visar att Attendo har en betydligt högre svarsfrekvens än verksamheter i förvaltningens egen regi. Generellt gäller också att brukarna upplever större nöjdhet och trivsel på Attendo. Resultaten visar dock att Attendo behöver arbeta för att förbättra kommunikationen med brukarna.

År 2021 påbörjades också arbetet med att genomföra en verksamhetsövergång rörande Attendo. Det handlar om att Sociala omsorgsförvaltningen ska återta en av de verksamheter som idag drivs av

Attendo, och i utbyte lämna över en annan verksamhet. Syftet är att möjliggöra för ett mer effektivt utnyttjande av platser på bostäder med särskild service. Mer specifikt handlar det om att Sociala omsorgsförvaltningen genom återtagande av gruppboende LSS för personkrets 2 kan erbjuda lägenhet till brukare som tillhör personkrets 3. Arbetet med verksamhetsövergången förväntas slutföras innan sommaren 2022.

I likhet med tidigare år finns ytterligare en privat utförare av bostad med särskild Service LSS. Det handlar om ett gruppboende på Husbondegatan som drivs av föräldrakooperativ. Avtalet med Husbonden innehåller ingen reglering av uppföljning av verksamhetens kvalitet på det sätt som föreligger i förhållande till Attendo. Avvikelse och andra kvalitetsmått har därför inte följts upp under året. Sociala omsorgsnämnden beslutade år 2021 att avtalet med föräldrakooperativet ska utredas och att förslag till nytt avtal ska tas fram. År 2021 genomfördes tre möten med företrädare från kooperativet i syfte att samarbeta kring framtida avtalsmöjligheter. Arbetet med avtalsöversyn, och eventuell ny upphandling, ska slutföras år 2022.

Uppföljning av privata utförare enligt LOV är betydligt mindre omfattande och transparent. Avtalsuppföljning av LOV-företag ligger *inte* på Sociala omsorgsförvaltningen, utan på Borås stad centralt. I samband med remiss till kommunstyrelsen om uppföljning av privata utförare LOU och LOV har Sociala omsorgsnämnden påpekat att ansvarsförhållandet för uppföljningen av LOV-företag måste tydliggöras och uppföljningen förbättras, oavsett var uppföljningsansvaret organisatoriskt ska vara. I dagsläget går det inte att göra några bedömningar om LOV-företagens kvalitet i sina verksamheter och det finns heller ingen möjlighet för allmänheten att ta del av uppföljningar av LOV-företagen.

## 8 Mål och aktiviteter för kommande år

Utifrån resultat i föreliggande berättelse har mål och aktiviteter tagits fram för år 2022. Utgångspunkten har varit att mål ska formuleras för de mest angelägna områdena från ett patientsäkerhets- och kvalitetsperspektiv. Flera av målen anknyter till risker som hanteras inom ramen för intern kontrollplan<sup>7</sup>. Dessa anges inom parantes i anslutning till målen. Till respektive mål kopplas en eller flera aktiviteter. Aktiviteterna är konkreta åtgärder som syftar till att målen ska uppnås.

### Mål

#### 1. Förbättrat systematiskt kvalitetsarbete (Riskbild 1<sup>8</sup>)

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

#### 2. Ökat brukarfokus (Riskbild 3<sup>9</sup>)

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

#### 3. Större insikt om målgruppen och dess behov (Riskbild 3<sup>10</sup>)

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

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

#### 4. Förbättra möjligheterna att möta brukarnas behov, i nuläge och i framtiden (Riskbild 3, 4 och 5<sup>11</sup>)

- Förbättra stödpedagogernas organisation.
- Intensifiera arbetet med samordnad individuell plan för de brukare som har behov av det.
- Öka personalens kompetens för de målgrupper som de arbetar med.

<sup>7</sup> Se Intern kontrollplan för Sociala omsorgsnämnden 2022, dnr. SON 2021-00124 1.1.3.1

<sup>8</sup> Risk att missförhållanden inte rapporteras, utreds och åtgärdas.

<sup>9</sup> Risk att personal saknar den kompetens som krävs för arbetet.

<sup>10</sup> Ibid.

<sup>11</sup> Risk att personal saknar den kompetens som krävs för arbetet, att bristen på boendeplatser ökar inom LSS och socialpsykiatri samt att SON:s budget inte motsvarar brukarnas behov.



- Kontinuerlig proaktivitet i planering av kapacitet utifrån prognoser om volym brukare med behov av stöd och insatser enligt SoL och LSS.

## Aktiviteter

### *Förbättrat systematiskt kvalitetsarbete*

- Fyra utbildningstillfällen per år om systematiskt kvalitetsarbete ska erbjudas enhetschefer och baspersonal.
- Rutin för förvaltningsövergripande egenkontroll ska upprättas och implementeras.
- I egenkontrollsrutinen ska analyser av avvikelser på lokal och förvaltningsövergripande nivå beskrivas i termer av frekvens och innehåll.
- Riktade insatser till de enheter som har en mycket låg rapporteringsgrad.
- Nytt informationsmaterial om avvikelshanteringsprocessen ska kommuniceras i organisationen samt ingå i introduktion av nyanställda.
- Förvaltningscontroller ansvarar för att analys av indikerade brister integreras i relevanta ärenden och används vid utformning av beslutsunderlag inför beslut i nämnd eller av förvaltningsledning.
- Egenkontroll för hygien ska genomföras hösten 2022.

### *Ökat brukarfokus*

- SAS och verksamhetsutvecklare följer statistiken för upprättade och reviderade genomförandeplaner och förmedlar informationen vidare till verksamhets- och enhetschefer.
- En plan för utbildning och handledning i social dokumentation ska tas fram.
- Varje verksamhetsområde ska arbeta aktivt med frågor om trygghet och trivsel. På enhetsnivå ska brukarundersökningens resultat inom dessa områden vara utgångspunkten för ett utforskande om vad bristerna består i och åtgärder ska vidtas utifrån de individuella svaren.
- Verksamhetsutvecklare ska hålla utbildningar om alternativ och kompletterande kommunikation (AKK).
- Korttidsverksamheten ska utarbeta egen variant av brukarundersökningen för att fånga uppfattningar och erfarenheter från barn med stöd och insatser enligt LSS.

### *Större insikt om målgruppen och dess behov*

- Förvaltningscontroller och förvaltningsledning följer utveckling av målgrupperna genom kartläggning och omvärldsanalys.
- Genomför tre workshops per år med fokus på brukare som särskilt utmanar verksamheterna. Bygg upp en kunskapsbank om arbetssätt och framgångsrika koncept för att bättre möta dessa individers behov.

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

- Genomför utvecklingsdag för alla chefer i förvaltningen med tema som hämtats från det som framkommit av det systematiska kvalitetsarbetet under året.
- Implementera ”Nära vård”.
- Slutför utredning om stödpedagogers organisering och vidta de åtgärder som krävs för att alla verksamheter ska få tillräcklig tillgång till stödpedagoger.
- Ta fram plan för handledning för arbetsgrupper i syfte att säkerställa evidensbaserade arbetssätt. Handledning ska både kunna erbjudas i akuta lägen, där en verksamhet är mycket belastad, men

också finns som ett strukturerat och planerat stöd i syfte att motverka att akuta situationer uppstår.