

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse

Individ- och familjeomsorgsnämnden

2018

För patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse ansvarar förvaltningschef och verksamhetschef HSV

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Begreppsdefinitioner	2
Förkortningar	3
Förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
Hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts.....	5
Egenkontroll.....	6
Samverkan för trygg och säker vård och omsorg	6
Riskanalys.....	7
Informationssäkerhet	8
Avvikelser, synpunkter och klagomål	8
Lex Maria	8
Lex Sarah.....	9
Resultat och analys	9
Egenkontroll.....	9
Riskanalys.....	14
Avvikelser, synpunkter och klagomål	15
Lex Maria och lex Sarah.....	16
Verksamhet upphandlad enligt LOU eller LOV.....	17
Mål och aktiviteter för kommande år	20

Sammanfattning

Individ- och familjeomsorgsförvaltningen har under 2018 arbetat med att utveckla kvalitet- och ledningssystemet och dess olika komponenter. När det gäller processkartläggning så har ett arbete initierats när det gäller att tydliggöra processers delar och ansvaret för dessa delar.

IVO:s tillsyner inom IFO Barn och unga har resulterat i ett omfattande arbete med utbildningsinsatser, rutinarbete och en egenkontrollplan under 2019 som också påverkar vuxenområdet.

När det gäller årets nationella brukarundersökning så visar undersökningen på, i huvudsak, goda resultat. Låg svarsfrekvens har dock medfört en planering innehållande fördjupad analys och utifrån detta ny avstämning kring hur förvaltningen går vidare med enkätundersökningar.

Planering för genomförande av lokala brukarundersökningar har varit ett arbete under 2018 där verksamhetsutvecklare i dialog med verksamhet har arbetat fram ett koncept för undersökningar på enhetsnivå. Dessa kommer i likhet med den nationella brukarundersökningen också följas upp under 2019.

Fortsatt utveckling av kvalitet- och ledningssystemet är centralt där befintliga processer följs upp och det processororienterade arbetet utvecklas.

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.¹ Respektive nämnd inom det sociala klustret är huvudman för den verksamhet dess reglemente definierar. För verksamheter som bedrivs på entreprenad enligt LOV (Lagen om valfrihet) eller LOU (Lagen om offentlig upphandling) kvarstår huvudmannaskapet hos nämnden men enskilda avtal reglerar 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

¹ Socialstyrelsens termbank

Förkortningar

HSL- hälso- och sjukvårdslagen

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

Huvudman- myndighet eller organisation som juridiskt och ekonomiskt har ansvaret för viss verksamhet. Respektive nämnd inom det sociala klustret har ansvar för den verksamhet dess reglemente definierar. För verksamheter som drivs på entreprenad enligt LOV eller LOU kvarstår huvudmannskapet hos nämnden men enskilda avtal reglerar genomföransvar för olika delar av kvalitetsarbetet.

IVO- inspektionen för vård- och omsorg

KAL- kompetens och personalförsörjning, arbetsvillkor och lönebildning

LOV - Lagen om valfrihet

LOU - Lagen om offentlig upphandling

MAS- medicinskt ansvarig sjuksköterska

MAR- medicinskt ansvarig för rehabilitering

SAS- socialt ansvarig samordnare

SFS- svensk författningssamling

SKL- Sveriges kommuner och landsting

SOL- socialtjänstlagen

SOSFS- socialstyrelsens författningssamling

VGR-Västra Götalandsregionen

Viva- verksamhetssystem för dokumentation

Förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet

Patient- och kvalitetsberättelsen för Individ- och familjeomsorgsförvaltningen är en sammanställning över det patientsäkerhetsarbete och kvalitetsarbete som bedrivits inom förvaltningen under 2018 utifrån Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 och Svensk författningssamling SOSFS 2011:9 för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

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. 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.

Övergripande mål och strategier

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

Individ- och familjeomsorgsförvaltningens mål under 2018 har varit att förbättra samverkan, öka medskapande och delaktighet samt att arbeta för ökad digitalisering.

Kvalitetsarbetet utgår från definitionen av begreppet kvalitet som innebär att verksamheterna genom att uppfylla krav enligt lag, föreskrift eller på annat sätt beslut som meddelats med stöd av föreskrifter uppnår kvalitet. Denna definition är central i kvalitetsarbete och är också den definition man enats om i Borås Stad. Kvalitet handlar alltså inte om en gradering av högre eller lägre kvalitet utan om att uppnå lagkrav.

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/Enhetschef

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

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.

SAS

Socialt ansvarig samordnare har till uppgift att utveckla, säkra och följa upp delar av det systematiska kvalitetsarbetet samt utöva tillsyn över verksamheter. SAS ska utforma, revidera eller initiera rutiner och system, bedriva omvärlds- och lagkravsbevakning. SAS ska också utreda Lex-Sarah rapporter enligt SOSFS 2011:5 samt redovisa resultat av utredningar och tillsyn för ansvariga nämnder.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

För att få en tydlig struktur över uppföljning och utvärdering utgår verksamheten från den grundtanke som visas i processkartan för egenkontroll nedan.

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.



Hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts

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, och vilka resultat som har uppnåtts. 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.

MAS och MAR har det övergripande ansvaret för patientsäkerheten. Hälso- och sjukvårdsinsatser tjänsteköps av Sociala omsorgsförvaltningen. Detta innebär att utvecklingsarbete och förbättringsarbete för legitimerad personal sker i Sociala omsorgsförvaltningen. Nationella riktlinjer ger en vägledning för hälso- och sjukvårdsfrågor inom flera områden och diagnoser.

Individ- och familjeomsorgsnämnden arbetade under 2017 med att ta fram ett kvalitetsledningssystem i enlighet med *SOSFS 2011:9*. Detta arbete har fortsatt under 2018. Kvalitet- och utvecklingsenheten arbetade under året med att identifiera områden inom kvalitetsområdet att arbeta vidare med, hitta strategier för att bli effektiva. En översyn av kartlagda processer påbörjades av verksamhetsutvecklare 2018 där det kunde konstateras att användningen av det datasystem; Canea som visualiserar processer och där också tillhörande rutiner finns hade väldigt olika frekvens vad gällde användningen. Vidare har konstaterats att förvaltning och utveckling av processer varit förknippat med svårigheter då det inte funnits tydliga processledare eller processägare. Arbetet med att utveckla det processorienterade arbetet och med att utveckla befintliga processer initierades 2018 och kommer vara fortsatt pågående.

Förvaltningen påbörjade under 2017 ett arbete med att forma strukturer för det fortsatta kvalitetsarbetet. Ett led i det arbetet var att redovisa flertalet av de resultat som ingår i aktuell kvalitetsberättelse vid ledningens genomgång 2018, med syfte att utveckla arbetet kring kvalitetsfrågor samt fortsatt dialog. Detta arbete har fortsatt och kvalitetsarbetet under 2018 har sammanfattats och diskuterat i samband med ledningens genomgång 2019.

Flertalet lex Sarah-rapporter utreddes under året.

Egenkontroll

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

MAS/MAR har i samband med verksamhetstillsyner, utredningar och avvikelser kontinuerligt granskat journaler. Vårdinventering av hälso- och sjukvårdsinsatser har genomförts.

För att säkra den egna kvaliteten har IFO-nämnden i Borås Stad under det gångna året bland annat jämfört egna resultat med nationella resultat. Det har bland annat gällt för den Nationella brukarundersökningen för IFO, Öppna jämförelser och Kommunens kvalitet i korthet. Nämnden har även granskat kvaliteten genom lokala brukarundersökningar och sammanställning av ej verkställda gynnande beslut. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har genomfört tillsyner av verksamheter samt av handläggning i ett antal individärenden. Utöver det har det i viss utsträckning skett granskning av dokumentation och genomförandeplaner.

Samverkan för trygg och säker vård och omsorg

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 sjukvårdsvårdsavtalet. Delregional styrning sker via Närvårdssamverkan Södra Älvsborg. Det finns även lokala överenskommelser till exempel mellan kommunen och primärvården.

Under 2018 har det förts dialog kring arbetet med Ungdomsmottagningen inom landstinget där Borås Stad genom individ- och familjeomsorgen är medfinansierad. Dialogen har handlat såväl om finansiering som de olika huvudmännens deltagande organisatoriskt.

Inom ramarna för närvårdssamverkan har en tvisterutin när det gäller ansvar vid placering utanför hemmet av personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk (Hem för vård och boende, familjehem och hem för viss annan heldygnsvård) arbetats fram. Respektive huvudmans och parts ansvar för de vård- och stödinsatser som ges samt kostnadsansvar är centrala.

Under 2018 har frågan kring en Mini Maria mottagning fortskridit, ett förberedande arbete har skett i Närvårdssamverkan Södra Älvsborg på uppdrag av Delregionalt Politiskt Samråd (DPS), och södra hälso- och sjukvårdsnämnden har bidragit med medel för finansiering av ett projekt med syfte att starta upp en integrerad en mottagning. Projektets övergripande syfte är att ta fram ett konkret förslag på hur en öppenvårdsmottagning av typen Mini-Maria kan organiseras och bedrivas i samverkansområdet Södra Älvsborg. Det övergripande målet har varit och är fortsatt att en integrerad mottagning skall starta upp under 2019 eller under 2020.

Samverkan mellan interna aktörer

Intern samverkan regleras i olika rutiner. Exempel på sådana rutiner är

- Teammöten
- Kontakt med legitimerad personal för omvårdnadspersonal
- Sjuksköterskeinsatser hela dygnet, samordning och ansvar
- Rutin för brukare/patient som tillfälligt vistas utanför egen verksamhet
- Rutin informationsöverföring och klargörande av hälso- och sjukvårdsansvar för personer inom funktionshinderverksamheten och psykiatri

Samverkan med patienter, brukare, klienter 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.

Arbetet med den nationella brukarundersökningen 2018 har som mål att undersöka bl. a hur klienter upplever den egna delaktigheten och inflytandet. Detta är också starkt kopplat till lagkrav då socialtjänstlagen också är tydlig när det gäller den enskildes rätt att påverka det enskilda ärendet. Planeringen för de lokala brukarenkäterna som pågått under 2018 och påbörjas under 2019 är ett ytterligare sätt att fånga upp klienternas uppfattning.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Verksamheten 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, och
- Bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Individ- och familjeomsorgsnämnden genomför årligen en övergripande riskanalys som ligger till grund för intern kontrollplan. Risker identifieras och värderas utifrån hur sannolikt det är att fel uppstår samt vilka ekonomiska och verksamhetsmässiga konsekvenser ett sådant fel kan få. Riskens storlek fastställs genom en riskmatris för att bestämma ett numeriskt värde på riskens storlek.

När en risk uppfattas som stor identifieras bakomliggande faktorer och en handlingsplan tas fram. Riskanalyser görs såväl på förvaltningsövergripande nivå som på enhetsnivå.

I samband med ledningens genomgång har frågan kring att utveckla arbetet med framåtblickande riskanalyser lyfts.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Förvaltningen har kontinuerligt jobbat med informationssäkerheten, dels på en förvaltningsnivå genom att fortsätta klassificeringarna/identifieringen av eventuella säkerhetsbrister samt åtgärder i samtliga system som används av förvaltningen men också på en central nivå i Borås Stad. Detta med hjälp av ett större nätverk mellan förvaltningarna i Borås stad och närliggande kommuner.

Ett arbete har påbörjats för att hantera behörigheterna i alla våra system på ett bättre sätt då det finns vissa brister vid exempelvis byte av arbetsplats och/eller förvaltning. En utbildning gällande informationssäkerhet har tagits fram i Borås Stad och kommer genomföras under 2019. Detta för att öka kunskapen om informationssäkerhet och ge personalen möjlighet att hantera sitt arbete på bästa sätt.

Under året har riskanalys genomfört inför upphandling av nya system digitala signeringslistor inom vården.

Anpassning av hanteringen av personuppgifter har skärpts och förbättrats utifrån en anpassning till krav i dataskyddsförordningen (GDPR, The General Data Protection Regulation).

Loggning och loggranskning av åtkomsten till patientuppgifter i vårdsystemen sker regelbundet Slumpmässigt utvalda aktiva användare kontrolleras utifrån åtkomst till patientuppgifter.

Avvikelse, synpunkter och klagomål

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 3-8 §

Förvaltningen arbetar enligt Borås Stads rutiner för synpunktshantering samt avvikelshantering enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), förvaltningen har idag inte ett system för avvikelser enligt Socialtjänstlagen (SoL), ett arbete pågår inom det sociala klustret för att skapa ett sammanhållet system för detta inom klustret.

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

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.

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.

Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Nationella brukarenkäten IFO

Under hösten 2018 deltog Individ- och familjeomsorgsförvaltningen (IFO) och försörjningsenheten på Arbetslivsförvaltningen (ALF) i Borås Stad för andra gången i den Nationella brukarenkäten för IFO. Bakom undersökningen står Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA). Syftet med undersökningen är i första hand att resultaten skall bidra till verksamhetsutveckling och bättre kvalitet för våra brukare.

Undersökningen vände sig till personer som haft kontakt med myndighetsutövning och som var vårdnadshavare, ungdom 13 år eller äldre inom social barn- och ungdomsvård (i denna grupp ingick enheten unga vuxna med målgrupp avseende ålder mellan 18 och 25 år), ensamkommande ungdom 13 år eller äldre aktuell inom försörjningsenheten, vuxen aktuella inom missbruks- och beroendevård. I Borås Stad var det den socialsekreterare som personen haft kontakt med som delade ut enkäten. Undersökningen omfattade inte familjerätten.

Svarsfrekvens

Resultaten som presenteras i databasen kolada visar på ett relativt stort antal svarande individer inom Borås Stad. Det är dock så att den största delen av antalet svarande utgörs av klienter inom arbetslivsförvaltningens försörjningsenhet.

När det gäller resultaten för IFO (exklusive försörjningsstöd) framkommer en låg svarsfrekvens och ett lågt antal individer som besvarat enkäten. Detta innebär stora svårigheter när det gäller att använda resultatet för utveckling av verksamhet.

När det gäller svarsfrekvens inom IFO (ej försörjningsstöd) så ligger detta totalt sett på 23 %. Antal klienter är nästan lika många 2018 som 2017 men undersökningen 2017 hade en svarsfrekvens på 49 %.

Om man tittar på enhetsnivå när det gäller 2018 års undersökning så ligger resultaten på en svarsfrekvens från 42 % (målgruppen ensamkommande) till 16 % (ungdomar mellan 13 och 18 år). Övriga målgrupper/enheter har svarsfrekvenser däremellan.

I undersökningen kan också konstateras ett stort externt bortfall, dvs. de i målgruppen som av någon anledning ej fick svara på enkäten. Uppgivna anledningar handlar om skilda saker som att klienten "ej var i skick", "psykisk ohälsa", "ansökningsmöte", "ej lämpligt" och "glömde".

Resultat

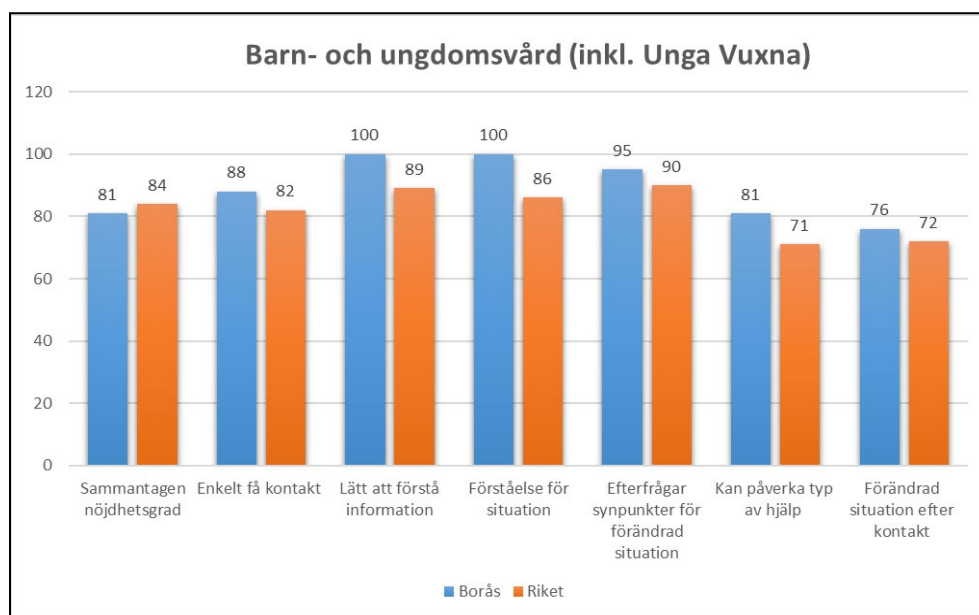
Resultat redovisas utifrån hur stor andel av de svarande som avgav ett positivt svarsalternativ på den aktuella frågan, detta sätt att tolka resultat görs på nationell nivå. Med positiva svarsalternativ menas exempelvis ”mycket lätt”, ”ganska lätt” eller ”mycket nöjd”, ”ganska nöjd” eller ”Ja”.

Nationellt sett finns det några kommuner som utifrån vissa parametrar, framtagna av Sveriges kommuner och landsting (SKL), som är jämförbara med Borås Stad. Här finns alltså en möjlighet att ”mäta” sig mot andra jämförbara kommuner. Utifrån de låga svarsfrekvenser vi har för 2018 så väljer vi att inte presentera dessa jämförelser. Dock gör vi jämförelser med Riket inom de områden där målgruppen överensstämmer.

De resultat som presenteras bör naturligtvis ses mot bakgrund av den nämnda problematiken med låg svarsfrekvens.

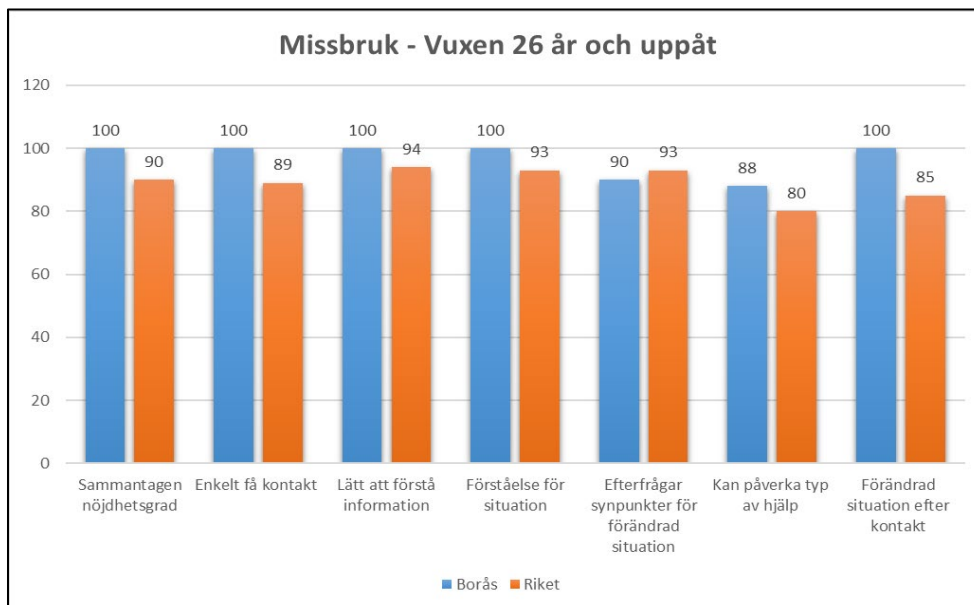
Barn- och ungdomsvård (inkl. unga vuxna)

När det gäller åldersgruppen 13-25 år så är resultaten jämförbara med riket i stort och på ett par frågor uppnås resultat på 100 % nöjdhet. Lägst resultat är på frågan kring möjlighet att påverka typ av hjälp.



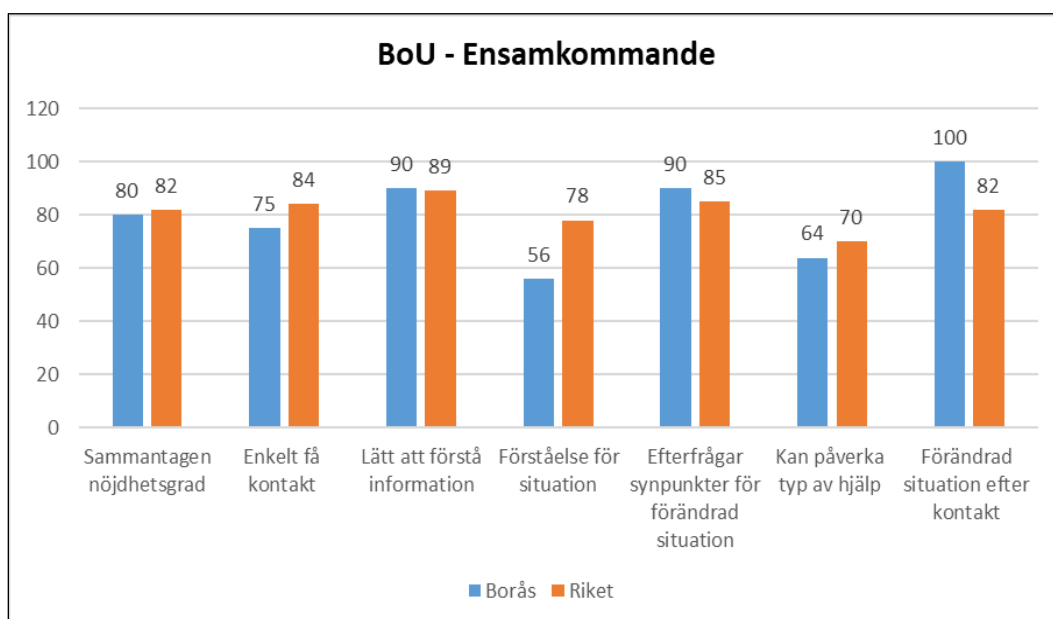
Missbruk – Vuxen 26år och uppåt

Resultatet för området missbruk (26 år och uppåt) ligger mycket högt avseende nöjdhet. I övrigt i nivå med resultat i riket.



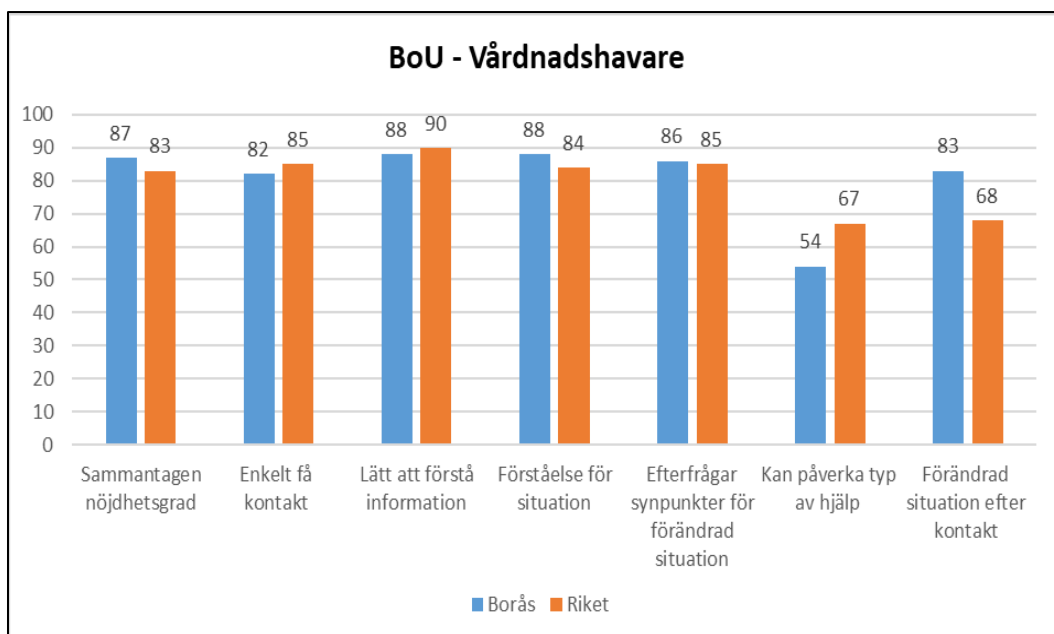
BoU – Ensamkommande

När det gäller ensamkommande så är resultatet på många frågor i nivå med riket. Utmärkande är dock resultatet på frågan om man upplever förståelse för sin situation där resultatet är klart under resultatet för riket i stort.



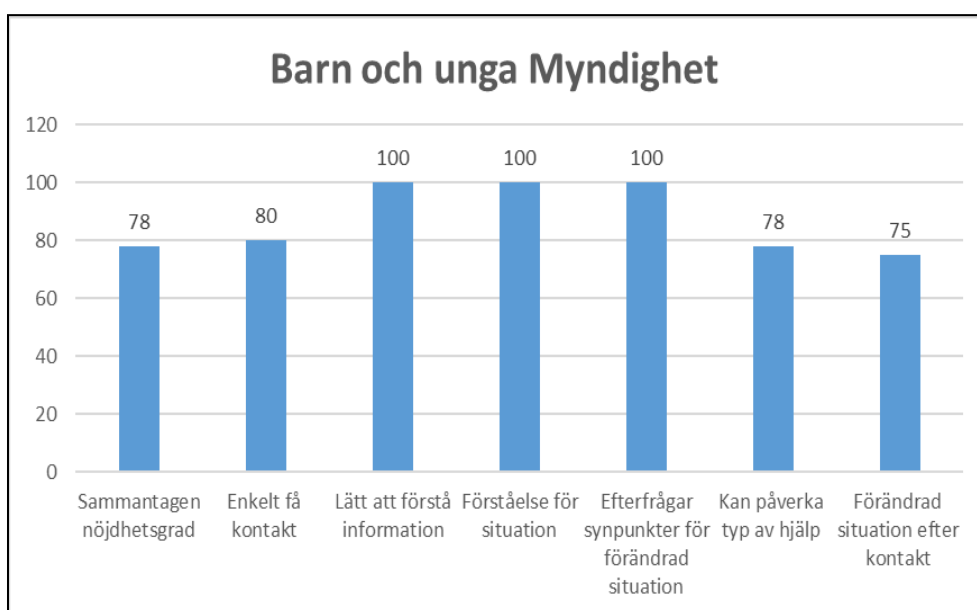
BoU – Vårdnadshavare

När det gäller vårdnadshavare som besvarat enkäten kan konstateras att lägst resultat är på frågan om hur mycket man kan påverka vilken typ av hjälp man får. Samtidigt ligger resultaten kring förändrad situation efter kontakt med socialtjänsten på en nivå som är betydligt högre än riket i stort.



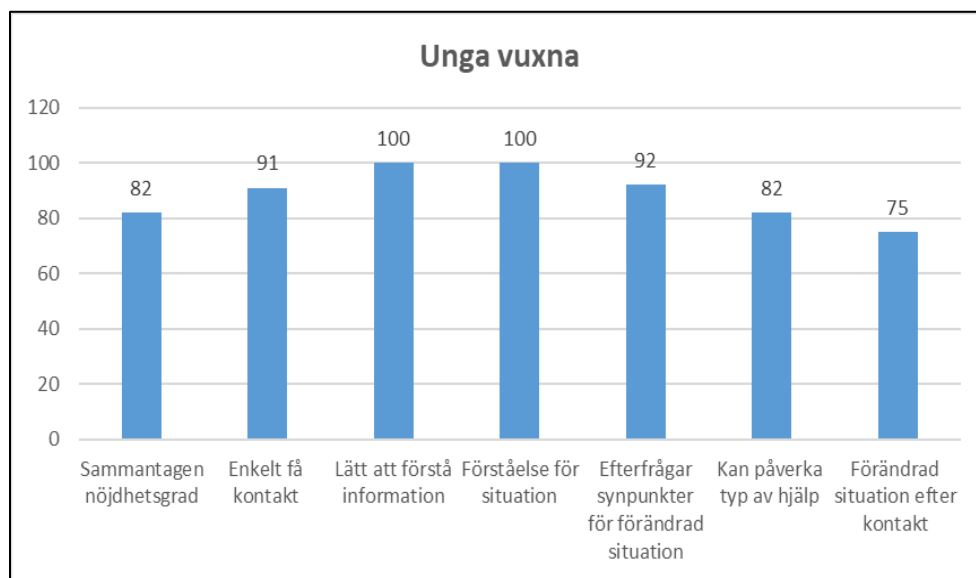
Barn och unga Myndighet

Då barn och unga myndighet och unga vuxna slagits ihop i den nationella databasen kolada så redovisas här resultat för de olika grupperingarna. Barn och unga myndighet har målgruppen från 13-18 år i undersökningen. Jämförelse med riket i stort är inte möjligt. Resultaten är på flera frågor mycket höga men hänger också ihop med den låga svarsfrekvensen och det låga antalet individer som besvarat undersökningens frågor.



Unga Vuxna 18-25

Enheten unga vuxna har mycket höga resultat på flera frågor i undersökningen. Det är dock också förknippat med en problematik utifrån svarsfrekvens samt antal individer som besvarat enkäten.



Öppna jämförelser

Nämnden deltar årligen i öppna jämförelser via socialstyrelsens datainsamling. Individ- och familjeomsorgsnämnden använder i liten utsträckning standardiserade bedömningsinstrument. Vuxenverksamheten använder sig av ASI (Addiction Severity Index) vid missbruksproblematik men i övrigt används bedömningsinstrument inte mer än av vissa handläggare vid några tillfällen. Verksamheten för Barn och unga kommer att särskilt gå igenom olika standardiserade bedömningsinstrument under 2019 för att utifrån denna genomgång ta ställning till vad som ska användas framöver. Nämnden har i likhet med övriga nämnder i sociala klustret uppmärksammat att det saknas reviderade och aktuella samverkansrutiner mellan olika förvaltningar internt i Borås stad. Ett arbete har påbörjats under 2018 och flera rutiner har reviderats och tagits fram. Endast i mycket liten omfattning har någon form av systematisk uppföljning bedrivits. Under 2018 har IFO Barn och unga påbörjat ett arbete för att med stöd av variabler som registreras i barnvårdsutredningarna göra en systematisk uppföljning som även ska bidra till att utveckla verksamheten. Systematisk statistik utifrån kön har tagits fram för att påbörja en analys. I övrigt finns det ett behov av att stegvis utveckla en systematisk uppföljning. Det har saknats en samlad kompetensutvecklingsplan för medarbetarna vilken tagits fram under hösten 2018 och kommer att göras färdig våren 2019.

KKiK (Kommunens kvalitet i Korthet)

Borås stad deltar sedan flera år i kvalitetsjämförelsen KKiK. Här jämförs ett antal olika nyckeltal för olika delar av en kommuns verksamhet. Endast ett fåtal områden berör Individ- och familjeomsorgsnämndens verksamheter. Två viktiga så kallade utvecklingsnyckeltal är utredningstid och andelen som inte återaktualiseras inom ett år efter en avslutad insats.

Medeltalet för utredningstiden för vuxna är 60 dagar. Det skiljer här mellan män och kvinnor. Medel för män är 58 dagar och medel för kvinnor är 68. För barn och ungdomar är medlet för

utredningstid 85. Här skiljer det mindre mellan flickor och pojkar. 83 för flickor och 89 för pojkar. Antalet vuxna män respektive pojkar är fler än kvinnor/flickor. Utredningstiden är i stort konstant över tid. Under de senaste åren har den varit 2 månader för vuxna och 3 månader för barn och unga i genomsnitt.

När det gäller de ”ej återaktualiserade” så är medlet för vuxna 74 %. Här skiljer det sig även mellan män och kvinnor. Medlet för män är 76 % och för kvinnor 67 %. Det återstår att närmare analysera orsaken till denna skillnad. En möjlig förklaring som lyfts är att kvinnor söker hjälp/aktualiseras först när behoven är mer omfattande. En hypotes som inte är närmare testad. För barn och unga är medeltalet 96 % (pojkar 98 % och flickor 92 %).

Granskning av vårdplaner och genomförandeplaner

På initiativ från IVO genomfördes 2018 egenkontroll av verksamhetsutvecklare inom kvalitet- och utvecklingsenheten. Egenkontrollen omfattades huvudsakligen av egengranskning av dokumentation av vårdens innehåll. Utgångspunkten för egengranskningen var den granskningsmall som finns framtagen av IVO och som ofta används i deras tillsynsbesök i kommunerna. Tio ärenden granskades utifrån genomförandet av vårdplaner, genomförandeplaner, uppföljning samt om uppdraget framgick i vårdplanen. En liknande granskning genomfördes för ett av nämndens boende för ensamkommande. Det gick av dokumentationen att utläsa vilka uppdrag myndighet har, uppdraget i vårdplanen och vilket mål som fanns. Dokumentationen kring detta behöver dock utvecklas och göras mer tydlig inte minst beträffande mål som uttrycks i vårdplanerna och uppföljning av dessa. Detta har föranlett att genomförandeplaner och vårdplaner kommer att följas även i egenkontrollplanen för 2019 samt eventuellt bli föremål för utbildningsinsatser.

Risakanalys

I 2018 års riskanalys på förvaltningsövergripande nivå identifierades totalt 20 risker varav 12 skattades som stora. De risker som identifierades som stora fördes över till den interna kontrollplanen för 2018, dessa framgår av tabellen nedan.

Område	Riskbild
Ledningssystem för kvalitet	Risk för att brukare/klienter inte får rätt insats och stöd
Upphandling	Risk för otillräcklig kompetens kring upphandling och direktupphandling som leder till ofördelaktiga avtal
Representation	Risk att riktlinjer för representation inte följs
Statsbidrag/ersättningar	Risk att inte samtliga statsbidrag eller ersättningar söks
Rekrytering	Risk för att kvaliteten blir lägre till följd av låg bemanning
Introduktion	Risk för att det inte sker en bra introduktion
Hot - och våld	Risk för hot- och våld inom det sociala arbetet
Rekrytering Familjehem	Risk att inte kunna rekrytera och behålla familjehem
Vuxen Delaktighet/medskapande	Risk att inte klienter är medskapande och delaktiga i utformandet av insatser
Medskapande/delaktighet BoU	Risk för att brukarna inte är delaktiga/medskapande i utredning och eller genomförande
Tid för möten med brukare/klienter	Risk att det blir för lite tid för att möta brukare

Utöver riskanalys av redovisad karaktär på övergripande nivå har det också genomförts risk- och konsekvensanalyser utifrån organisatoriska förändringar. Totalt har det genomförts nio risk- och konsekvensanalyser av denna karaktär. Dessa har bland annat handlat om förändringar av verksamheter, avveckling av verksamhet och införande av chef i beredskap.

När det gäller riskanalyser generellt har frågan kring om det går att utveckla arbetet med framåt-blickande riskanalyser i samband med ledningens genomgång.

Uppföljning av intern kontrollplan

Situationen när det gäller personalförsörjningen har förändrats mycket positivt under året. Nya familjehem har rekryterats. Förstärkt familjehemsvård har inneburit att familjehemssekreterarna haft utrymme att utöka utbudet av stöd. Dessa områden kommer även framöver att behöva följas.

Uppföljningen av ledningssystemet för kvalitet avseende den interna kontrollplanen tog särskilt fokus på de rutiner som verksamheten har för att trygga en god vård och omsorg samt följsamheten till dessa rutiner.

Utifrån uppföljning av Lex Sarah-rapportering konstateras i uppföljningen att rapportering fungerar och att risker för missförhållanden utreds samt att utvecklingsbehov i rutinerna identifieras.

Avvikelse, synpunkter och klagomål

Nämnden har under 2018 inte haft ett strukturerat system för rapportering av individavvikelse enligt SoL, utredning av dessa och systematisk uppföljning avseende avvikelser. Arbetet med att inom det sociala klustret ta fram ett sätt att rapportera och omhänderta avvikelser har pågått under 2018 och planeras testas samt implementeras under 2019.

Antalet HSL-avvikelse under 2018 är 33 stycken vilket är en minskning från 2017 då antalet var 44. Av de 33 avvikelser för 2018 handlar 15 om läkemedel och 13 om fall, resterande handlar om dokumentation, HSL-insats, informationsöverföring och delegerad HSL-insats. Vårdinventering gör gällande att 34 klienter inom IFO omfattas av inventeringen. Av dessa finns 13 på boendet Badhusgatan och 21 på boendet kaptensgatan.

Under 2018 genomfördes tre riskbedömningar avseende klienter inom IFO vilket är en förbättring jämfört med föregående år då inga riskbedömningar genomfördes.

Nämnden har under 2018 fått in 41 synpunkter via synpunktshanteringssystemet Infracontrol. Ett stort antal synpunkter rör akutboendet på Badhusgatan och olika aspekter av detta boende. Dessa synpunkter har tagits med i en arbetsgrupp som sett över akutboendet. Utifrån arbetsgruppen har förslag till förändringar tagits fram bl.a. öppethållande av akutboendet under sommaren. En framförd synpunkt kring felaktig information på nämndens hemsida resulterade i en omedelbar rättning.

När det gäller de synpunkter som lämnats kring myndighet Barn och unga så har de främst rört pågående barnavårdsutredningar och synpunkter kring hur synpunktslämnaren blivit lyssnad till eller fått komma till tals i utredningen. Synpunkterna har återkopplats till arbetsledning och handläggare i den specifika utredningen och även mer generellt föranlett verksamheten att påminna om att särskilt beakta dialog och information i utredningar.

Verksamhetsområde	Antal	Vanligaste verksamhetsspecifika synpunkten
Akutboende Badhusgatan	20	Sommarstängningen, rumsdelning, systemet för akutboendet
Familjehemsenheten	2	Upplevelse av att inte helt bli lyssnad på
Myndighet Barn och Unga	9	Synpunkter kring vad som tagits med i barnavårdsutredning, opartiskhet i utredningen
Social jour	1	Felaktig hänvisning till inte giltig e-postadress
Boende ensamkommande	2	Tillgång till Wifi
Familjerätt	1	Synpunkter kring bemötande i en adoptionsutredning
Allmänt IFO	6	Frågor kring internetsidan+ fråga om möjlighet till soppkök i Borås
Totalt för förvaltningen	41	

Lex Maria och lex Sarah

Under 2018 har det ej varit aktuellt med Lex Maria-utredningar avseende klienter inom individ- och familjeomsorgen där nämnden är vårdgivare.

2018 avslutades 19 lex Sarah-utredningar. Elva avsåg Barn och unga och åtta Vuxen. Tre utredningar avslutades med bedömningen inget missförhållande, fem med bedömningen påtaglig risk för missförhållande, nio med bedömningen missförhållande och två med bedömningen allvarligt missförhållande.

En utredning, som avslutades med bedömningen inget missförhållande, behandlade en händelse där en socialsekreterare hade skickat en LOB-anmälan till fel klient. En annan utredning med samma utgång behandlade en händelse där en personal av misstag hade öppnat ett brev som var ställt till en klient. Dessa händelser uppfyllde inte Socialstyrelsens definition av missförhållande. Händelserna bedömdes istället utgöra avvikelser. De hanterades därför på chefsnivå.

Flera utredningar behandlade händelser där placeringar hade gjorts med hjälp av konsultföretag. En sådan utredning behandlade en placering av en vuxen klient. Denne hade genomgått slutet rättspsykiatrisk vård och sedan placerats i ett familjehem med hjälp av ett konsultföretag. Efter ett par års placering började klienten anklaga familjehemsvårdarna för grova övergrepp. Det blev ett sammanbrott i vården och klienten fick återintas till rättspsykiatrisk vårdinrättning. I utredningen framkom inget som talade för att klienten hade utsatts för övergrepp. Omständigheterna pekade mot vanföreställningar eller att klienten ville flytta. Flera brister kunde konstateras i ärendet. Det hade inte inhämtats någon grundutredning av familjehemmet, socialsekreteraren hade inte gjort någon matchning och uppföljningen av placeringen var otillräcklig. Utredningen avslutades med bedömningen missförhållande.

En annan utredning, som också behandlade placering med hjälp av konsultföretag, avsåg ett barn med särskilda behov på grund av funktionshinder. Barnet hade placerats i ett familjehem med hjälp av ett konsultföretag. Under lång tid fick barnet inte sina behov tillgodosedda av familjehemmet. Vidare hade familjehemmet inte skött samverkan med sjukvården, habiliteringen och skolan. Familjehemmet hade inte heller anpassat bostaden trots att det hade påtalats att det behövdes. Flera brister kunde konstateras i handläggningen. En grundutredning av familjehemmet saknades, det hade inte gjorts någon matchning och uppföljningen av placeringen var otillräcklig. Utredningen avslutades med bedömningen allvarligt missförhållande. Anmälan gjordes till IVO som godkände utredningen.

En liknande utredning avsåg tre barn som hade placerats i ett jourhem med hjälp av ett konsultföretag. Ett av barnen utsattes sannolikt för sexuella övergrepp i jourhemmet. Placeringen avbröts efter en kortare tid då en annan kommun slog larm. Barnen flyttades hem till mamman. Efter hemkomsten uppvisade ett av barnen både fysiska och psykiska symptom på sexuella övergrepp. Barnet berättade också om sexuella övergrepp i jourhemmet. Flera brister kunde konstateras i handläggningen. Den största bristen var att verksamheten inte hade gjort en egen grundutredning av jourhemmet. Verksamheten hade istället förlitat sig på konsultföretagets grundutredning. Denna var vilseledande på så sätt att avgörande information om jourhemsföräldrarna hade utelämnats. Utredningen avslutades med bedömningen allvarligt missförhållande. Anmälan gjordes till IVO som godkände utredningen.

Mot denna bakgrund pågår ett omfattande åtgärdsarbete som tar sikte på placeringar med hjälp av konsultföretag. Åtgärderna omfattar såväl Barn och unga som Vuxen. En stor del av åtgärderna handlar om att revidera befintliga rutiner. Grundtemat är att verksamheterna behöver bli mer aktiva. Verksamheterna kan inte passivt förlita sig på konsultföretagen. Detta kommer synas i rutinerna för Barn och unga respektive Vuxen men på olika sätt. Förklaringen är främst att de har olika regelverk att följa.

Övriga utredningar behandlade bland annat händelser som avsåg samverkan, kommunikation och skyddsbedömningar. Även dessa utredningar föranledde beslut om åtgärder. En stor del av åtgärderna är genomförda. Vissa åtgärder av något större omfattning är påbörjade men ännu inte helt genomförda. En sådan åtgärd är att det ska tas fram samverkansrutiner för olika verksamheter inom Barn och unga. Detta arbete samordnas av Kvalitet och utveckling.

Verksamhet upphandlad enligt LOU eller LOV

Badhusgatan 1B är ett boende för vuxna, 20 år och äldre, med psykisk ohälsa i kombination med missbruk. Verksamheten på Badhusgatan drivs för närvarande på entreprenad av den privata aktören Nytida enligt LOU. Avtalet för Badhusgatan sträcker sig till och med 2020-10-31.

Under avtalsperioden har en uppföljningsplan tagits fram för att följa upp det nuvarande avtalet. Uppföljning av verksamheten har påbörjats och sker löpande. Hittills har det inte framkommit något vid uppföljningsmöten, avstämningar eller kontakter med boendet som visar på missförhållanden eller avtalsbrott. Ytterligare uppföljning är dock nödvändig för att säkra verksamhetens kvalitet samt att Nytida följer sitt åtagande enligt förfrågningsunderlag och avtal. Några saker som framöver kan granskas är dokumentationen, genomförandeplanernas kvalitet samt brukarnas uppfattning om boendet. För att säkra det som överenskommit och för att kunna följa upp beslut som tagits kommer en rutin att upprätta för hur uppföljningsmöten, samverkansmöten och avstämningar ska dokumenteras.

För IFOs egen del kan det för framtida uppföljningsarbete vara bra att upprätta en rutin för hur uppföljningsmöten, samverkansmöten och avstämningar ska dokumenteras. Detta för att säkra det som överenskommit och för att kunna följa upp beslut. I rutinen bör det även framgå hur IFO ska hantera situationer där Nytida inte följer upprättat avtal.

Uppföljning av andra externa utförare

Nämnden placerar ett relativt stort antal barn i externt köpta familjehem och i Hem för vård och boenden (HVB) som drivs av externa aktörer. Även flera externa aktörer anlitas för öppenvårdsinsatser. Nämnden följer upp den enskilda placeringen genom uppföljningsmöten och återrapporter till det sociala utskottet. Även öppenvårdsplaceringar följs noga och uppföljningen dokumenteras. Hittills har sällan individuppföljningar aggregerats och följts upp på ett samlat systematiskt sätt. Detta är svårt eftersom placeringarna skiljer sig åt och få placeringar sker i samma placementsform eller i samma boende/insats. Nämnden kommer dock under 2019 att se över området systematisk uppföljning av placeringar och göra uppföljning inom vissa utvalda områden. Avtalsuppföljningen har hittills begränsats till att följa ekonomisk stabilitet och företagsförändringar samt uppföljningar utifrån givna anledningar såsom risk för missförhållanden eller avvikelser i enskilda placeringar. Under 2018 har flera nya upphandlingar av ramavtal för HVB och konsulentstödda familjehem påbörjats och dessa kommer att slutföras under 2019. Utifrån dessa ramavtal kommer en avtalsuppföljningsplan att göras.

Ej verkställda beslut

Den 31 december 2018 var alla gynnande beslut för IFO Vuxen och IFO Unga Vuxna verkställda. Verksamhetsområde Barn och unga hade vid det datumet nio icke verkställda beslut, där fem beslut handlade om kontaktfamilj, tre om kontaktperson och ett beslut gällande intern öppenvårdsinsats. I sex av fallen rörde det pojkar och i tre av fallen flickor.

Antalet ej verkställda beslut minskade under de första två kvartalen för att sedan öka under det tredje kvartalet för att vid årets slut omfatta nio icke verkställda beslut, där fem av aktuella beslut var på väg att verkställas.

Som lägst rapporterades det under det andra kvartalet, fyra ej verkställda beslut, till att sedan under det tredje kvartalet öka till 18 ej verkställda beslut. Största orsaken till ökningen beror på intern öppenvård. Ökningen beror troligtvis på att fler ärenden går till intern öppenvård samt att de månader som rapporterades var under sommaren. Under denna period har den interna öppenvården en lägre bemanning. Tre ej verkställda beslut gällande öppenvård rörde tre syskon som var familjehemsplacerade. I dessa fall hade man gjort bedömningen att umgänge med biologisk förälder bör vara bättre fungerande innan öppenvårdsinsatser påbörjas. Andra anledningar till att beslut inte verkställts är att aktuella familjer inte kommit på bokade möten eller att man saknat lämpliga kontaktfamiljer alternativt att presumtiva kontaktfamiljer tackat nej till det aktuella uppdraget.

Vidare finns alltid mer eller mindre omfattande behov av matchning för att behov skall kunna tillgodoses genom insats. Vid samtliga rapporteringar uppgavs svårigheter avseende matchning i specifika ärenden utifrån särskilda behov hos den enskilde som orsak till att beslut ej kunnat verkställas. Familjehemsenheten bedriver ett intensivt arbete när det gäller att leta efter lämpliga kontaktfamiljer och kontinuerlig dialog förs med de enskilda/de aktuella familjerna från förvaltningens sida.

IVOs tillsyn av verksamheter

Under 2018 har IVO i enlighet med 3 kap 19 § SOF (socialtjänstförordningen) genomfört tillsyn vid HVB och stödboende inom Individ- och familjeomsorgsförvaltningen. De genomförda inspektionerna har resulterat i att man inte funnit några anmärkningar inom verksamheterna.

Under 2018 har IVO genomfört en omfattande granskning av handläggningen inom IFO barn och unga. Bakgrunden till denna granskning handlade om fyra inkomna anmälningar till IVO avseende individärenden. I den fortsatta tillsynen granskade IVO, förutom nämnda fyra ärenden, två ärenden inom barn och unga, tre Lex Sarah-rapporter samt två familjehemsakter. Tillsynsärendet var således mycket omfattande och tillsyn på plats i Borås genomfördes i april 2018. I beslut daterat 2018-07-19 konstaterade IVO att det fanns brister avseende hantering av anmälningar, ansökningar, utredningar av familjehem, verkställande av beslutade insatser, hantering av umgängesbegränsning, dokumentation i ärenden och vård- och genomförandeplaners upprättande.

Förvaltningen redogjorde i svar till IVO i september 2018 med omfattande åtgärder avseende de brister som IVO funnit. När det gäller hantering av anmälningar och ansökningar tas bl a upp att en mottagningsgrupp var på väg att startas upp inom IFO barn och unga, vidare att denna grupp var tänkt att ha en särskild kompetens utifrån mottagande av ärenden och således när det kommer till förhandsbedömningar och skyddsbedömningar.

Utbildningsdagar i socialjuridik genomförs kontinuerligt för ny personal, målsättningen är att dessa tillfällen skall utökas på sikt.

Sociala jouren har under 2018 genomgått utbildning kring akuta bedömningar och uppföljning av denna är planerad 2019.

I april 2018 genomfördes utbildning i handläggning och dokumentation för samtliga socialsekreterare inom barn och unga. Vissa socialsekreterare har också genomgått BBIC-utbildning inriktad på risk och skydd.

Vidare har Boråsregionen slutit ett avtal med Göteborgsregionen gällande deltagande i Yrkesresan, vilket är en satsning på kompetens för personal inom barn och unga myndighet, detta har påbörjats hösten 2018.

Ett omfattande rutinarbete har påbörjats inom familjehemsenheten för att säkerställa kvalitet (att uppfylla lagkrav).

Under 2018 har det genom överföring av barnsekreterare till familjehemshemsgruppen skapats en mer sammanhållen familjehemsvård.

Under 2018 har också genomförts utbildning avseende nya förvaltningslagen för chefer, metodhandledare och verksamhetsutvecklare.

Det planeras för en gemensam utbildning avseende vårdplaner och genomförandeplaner under 2019 för både myndighet och verkställighet. Detta med utgångspunkt i genomförd tillsyn samt resultat av egenkontrollplanen.

När det gäller nya socialsekreterare inom barn- och unga kommer läroutredningar enligt BBIC bli en del av introduktionen.

En gedigen plan för egenkontroll har framarbetats för 2019 som tar sikte på att granska/följa upp de brister IVO uppmärksammat, detta kommer också innebära ett sätt att mäta effekt av genomförda satsningar.

Mål och aktiviteter för kommande år

Målen för det fortsatta arbetet inom individ- och familjeomsorgsnämnden ur ett kvalitetsperspektiv handlar till stora delar om att uppnå lagkrav avseende handläggning och att utveckla kvalitet- och ledningssystemet.

Aktiviteter under kommande år är att:

- Genomföra en fördjupad analys av den nationella brukarundersökningen samt noggrant följa utfall av och analyser de lokala brukarundersökningarna 2019. Detta för att få ett underlag kring hur det fortsatta arbetet med brukarundersökningar skall genomföras.
- Att aktivt arbeta med den egenkontrollplan som upprättats. Vilket dels innebär en uppföljning av genomförda satsningar och dels kan leda till ytterligare aktiviteter.
- Fortsatt arbete med rutiner utifrån tillsyn/egenkontroll.
- Fortsatt arbete med utbildning/kompetensutveckling utifrån tillsyn/egenkontroll.
- Att det processorienterade arbetet fortgår och utvecklas.
- Att förtydliga ansvar för processer och delar av processer.
- Fortsatt utveckling av arbete inom ramarna för närvårdssamverkan
- Dialog i förvaltningsledning gällande möjligheter att utveckla arbetet med framåtblickande riskanalyser.
- Införande av system för rapportering, utredning och analys av avvikelser.