

Datum
2022-03-29

Instans

Vård- och äldre- nämnden

Vård- och äldre- nämndens ledamöter och ersättare kallas härmed till sammanträde i Ramnåsgatan 1, Sessionssal, plan 2, **tisdagen den 29 mars 2022 kl. 18:00**

Vård- och äldre- nämndens sammanträde är öppet för allmänheten (utom vid ärenden som avser myndighetsutövning eller sekretess)

Johan Wikander
Vård- och äldre- nämndens
Ordförande

Maria Jonsson
Förvaltningschef

Förhinder anmäls alltid till Malin Länsberg, 033 353666 eller via e-post:
Malin.Lansberg@boras.se

Ärende

1. Upprop och val av justerande person
Dnr 723
2. Förvaltningschefen informerar
Dnr 724
3. Fastställande av föredragningslista
Dnr 725
4. Månadsuppföljning februari 2022
Dnr 2022-00072 1.1.3.1
5. Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2021
Dnr 2022-00070 1.1.3.1
6. Rapportering av Vård- och äldrenämndens personuppgiftsbehandlingar
2021
Dnr 2022-00022 1.1.3.1
7. Uppföljning av förenklat beslutsfattande
Dnr 2022-00030 1.1.3.1
8. Yttrande över överprövning av tilldelningsbeslut i upphandling
Driftentreprenad av vård- och omsorgsboende – Senare utskick
Dnr 2022-00079 1.1.3.1
9. Anmälningssärenden 2022-03-29
Dnr 2022-00074 1.1.3.1
10. Delegationsbeslut 2022-03-29
Dnr 2022-00076 1.1.3.1

Månadsuppföljning februari 2022

Vård- och äldreomsorgens beslut

Vård- och äldreomsorgen beslutar att godkänna uppföljningen av februari 2022.

Ärendet i sin helhet

För perioden redovisas ett resultat på 15,1 mnkr jämfört med budgeten för perioden. Helårsresultatet prognostiseras till ett +/- 0 resultat.

Intäkterna har för perioden en negativ avvikelse på 4,8 mnkr men väntas vid årets slut nå upp till budgeterad nivå. Periodens avvikelse förklaras främst av statsbidrag som ännu inte är utbetalade.

Kostnaderna har för perioden en positiv avvikelse mot budget på 19,9 mnkr och beror främst på lägre personalkostnader om 5,7 mnkr samt lägre kostnader för material och tjänster om 13,2 mkr. Då förvaltningen hittills genomför mindre insatser/volymer än budgeterat för perioden ska personalkostnaderna vara lägre jämfört med budget, då det innebär att den verkställande verksamheten ställer om till mindre intern tilldelning och därmed är ett överskott att vänta på kostnadsposten. Posten innefattar även kostnader för kompetensutveckling, som nämnden ännu inte bär några för.

Många av nämndens planerade insatser som Framtidens vårdmiljö (FWM) och Trygghetsskapande välfärdsteknik är ännu inte startade alternativt precis uppstartade, vilket tydligt syns och är anledningen till varför posten material och tjänster avviker från budgeten på ett så tydligt sätt.

Den pågående pandemin gör att verksamheten är fortsatt svårprognostiserad. Trots ett mer stabilt läge jämfört med både 2020 och 2021 är det svårt att se på vilket sätt pandemin kommer fortsätta slå både ekonomiskt och verksamhetsmässigt mot nämndens verksamhet.

Bemanningsituationen har för samtliga av nämndens verksamheter varit mycket ansträngd i början av året med hög sjukfrånvaro. Det har även varit svårt att få tag i vikarier, varpå ovanligt mycket övertid beordrats ut. Sedan mitten av februari har dock sjukfrånvaron återvänt till mer normala nivåer för perioden.

Nämndens **Centrala administration** har för perioden ett överskott på 2,6 mnkr och beror på stor del av att stadens centrala kostnader ännu inte debiterats ut till förvaltningen.

Ordinärt boende: Verksamheten redovisar för perioden ett överskott på 12,1 mnkr. Överskottet beror på att kostnader för verksamhetens arbete avseende införandet av trygghetsskapande välfärdsteknik ännu inte börjat belasta verksamheten, volymer inte når upp till budgeterad nivå för perioden samt att bostadsanpassningen ännu inte burit kostnader som når upp till periodens budgetnivå. Alla dessa kostnader förväntas jämna ut sig under året.

Vård- och omsorgsboende: Utfallet för perioden uppgår till en mindre avvikelse på 1,0 mnkr.

Övrig verksamhet: Utfallet uppgår för perioden till -3,1 mnkr och beror på att flertalet stora systemfakturor inte periodiserats över sin kostandsperiod. En åtgärd som kommer vidtas för att påvisa ett mer rättvisande resultat för aktuell redovisningsperiod.

Buffert: Nämnden tog på sitt januarimöte beslut om att nyttja 12,0 mnkr av 2022 års buffert för att finansiera verksamhetens skyddsutrustning efter Kommunfullmäktiges beslut om att verksamheterna från och med 2022 själva ska bekosta denna. Budgeten har ännu inte flyttat ut på verksamhetsgrenen.

Beslutsunderlag

1. Månadsuppföljning februari 2022

Samverkan

Informeras vid FSG 2022-03-23

Beslutet expedieras till

1. Ingen expediering

Johan Wikander
Ordförande

Maria Jonsson
Förvaltningschef



BORÅS STAD

Månadsrapport februari

Vård- och äldre nämnden

Innehållsförteckning

1 Budgetavvikelse och verksamhetsanalys	3
2 Central administration	4
3 Politisk verksamhet	4
4 Vård och omsorg i ordinärt boende.....	5
5 Vård och omsorg i särskilt boende.....	6
6 Övrig verksamhet.....	7
7 Hälsa- och sjukvård	8
8 Buffert	9
9 Verksamhetsmått	9
9.1 Insatser i ordinärt boende.....	9
9.2 Vård- och omsorgsboende	10
9.3 Hälsa- och sjukvård	10
9.4 Förebyggande	10
9.5 Egen organisation	10
10 Personalomsättning samt sjukfrånvaro	11

1 Budgetavvikelse och verksamhetsanalys

Verksamhetens nettokostnader

tkr	Nämndbudget	Periodiserad nettobudget	Nettoutfall	Avvikelse/utfall	Prognos avvikelse för helåret
Central administration	47 744	7 957	5 400	2 557	-2 000
Politisk verksamhet	2 732	455	333	122	0
Vård och omsorg i ordinärt boende	724 609	114 555	102 452	12 103	4 500
Vård och omsorg i särskilt boende	572 685	90 304	89 335	969	-14 500
Övrig verksamhet	100 550	16 153	19 240	-3 087	0
Buffert	14 630	2 438	0	2 438	12 000
Nettokostnad totalt	1 462 950	231 862	216 760	15 102	0
Kommunbidrag	1 462 950	231 862	231 862	0	
Resultat efter kommunbidrag	0	0	15 102		0
Godkänt ianspråktaget ackumulerat resultat					
Resultat jämfört med tillgängliga medel	0				0
Ackumulerat resultat					

För perioden redovisas ett resultat på 15,1 mnkr jämfört med budgeten för perioden. Helårsresultatet prognostiseras till ett +/- 0 resultat.

Intäkterna har för perioden en negativ avvikelse på 4,8 mnkr men väntas vid årets slut nå upp till budgeterad nivå. Periodens avvikelse förklaras främst av statsbidrag som ännu inte är utbetalade.

Kostnaderna har för perioden en positiv avvikelse mot budget på 19,9 mnkr och beror främst på lägre personalkostnader om 5,7 mnkr samt lägre kostnader för material och tjänster om 13,2 mkr. Då förvaltningen hittills genomför mindre insatser/volymer än budgeterat för perioden ska personalkostnaderna vara lägre jämfört med budget, då det innebär att den verkställande verksamheten ställer om till mindre intern tilldelning och därmed är ett överskott att vänta på kostnadsposten. Posten innefattar även kostnader för kompetensutveckling, som nämnden ännu inte bär några för.

Många av nämndens planerade insatser som Framtidens vårdmiljö (FWM) och Trygghetsskapande välfärdsteknik är ännu inte startade alternativt precis uppstartade, vilket tydligt syns och är anledningen till varför posten material och tjänster avviker från budgeten på ett så tydligt sätt.

Den pågående pandemin gör att verksamheten är fortsatt svårprognostiserad. Trots ett mer stabilt läge jämfört med både 2020 och 2021 är det svårt att se på vilket sätt pandemin kommer fortsätta slå både ekonomiskt och verksamhetsmässigt mot nämndens verksamhet.

Bemanningsituationen har för samtliga av nämndens verksamheter varit mycket ansträngd i början av året med hög sjukfrånvaro. Det har även varit svårt att få tag i vikarier, varpå ovanligt mycket övertid beordrats ut. Sedan mitten av februari har dock sjukfrånvaron återvänt till mer normala nivåer för perioden.

2 Central administration

Ekonomi

För perioden redovisar verksamheten ett överskott på 2,6 mnkr, vilket bland annat beror på att Staden ännu inte fördelat ut nämndens centrala kostnader, såsom kostnader för redovisningsservice och koncerninköp. Samt att kostnader för årets planerade utvecklingsprojekt ännu inte börjat belasta ekonomin, såsom exempelvis framtidens vårdmiljö (FVM).

Vid årets slut beräknas ett underskott på 2,0 mnkr vilket förklaras av en fördyring av införandet av Trygghetsskapande välfärdssystem, med ett ökat behov av personalresurser.

Analys av verksamheten

Förvaltningens stödfunktioner stöttar verksamheten i deras arbete att uppnå sina mål och är i högsta grad inblandade i förbättringsarbeten i hela organisationen. Mycket av det förbättringsarbetet som inte kunnat genomföras under pandemin hoppas nämnden på att kunna återuppta under året.

SKR har en pågående överenskommelse med regeringen för perioden 2020-2022 gällande "Teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus" som syftar till att ge kommunerna bättre förutsättningar att utveckla sin verksamhet genom digitalisering inom äldreomsorgen. Borås Stad är även utsedd som en av tio modellkommuner i överenskommelsen, vars syfte är att Staden tillsammans med SKR ska dela med sig av erfarenheter till övriga kommuner och fortsätta den digitala utvecklingen med att ge seniorer ett digitalt innanförskap. Projektet finansieras av statsbidrag och har möjliggjort att anställa ytterligare en verksamhetsutvecklare och en halvtid kommunikatör för att genomföra uppdraget på bästa möjliga sätt.

3 Politisk verksamhet

Ekonomi

Verksamheten ligger för perioden 0,1 mnkr över budget och förväntas vid årets slut ha förbrukat hela budgetutrymmet.

Analys av verksamheten

Nämnden har hittills haft tre möten, varav ett extrainsatt, och planerar för ytterligare nio möten under året. Likt tidigare år planeras det att i anslutning till sammanträdena genomföras informations- och utbildningsinsatser för nämnden. Nämnden beslutade under föregående år att genomföra ett test med webbsända sammanträden, vilket kommer pågå under ett års tid för att sedan utvärderas.

Nämnden tog vid ett extrainsatt möte i januari beslut om att verksamheten fick möjlighet att ställa in vissa insatser, som kunde prioriteras bort utan att brukare skulle påverkas negativt, då verksamheten hade en mycket utmanande bemanningssituation och svårt att utföra samtliga insatser. Ett beslut som upphörde 13 februari då bemanningsläget stabiliserats.

4 Vård och omsorg i ordinärt boende

Ekonomi

För perioden redovisas ett positivt resultat på 12,1 mnkr och årets prognos uppgår till ett överskott på 4,5 mnkr, en prognos som vid justering av buffertmedel för skyddsmaterialet ökar till 10,5 mnkr. De ökade kostnaderna för skyddsmaterial som fram till 2022 bekostades av kommunfullmäktige kommer under 2022 bekostas av buffertmedel, enligt beslut av nämnden i februari, dock är budgetmedlen ännu inte flyttade, vilket påverkar prognosen för perioden.

Överskottet för perioden beror bland annat på att kostnader för verksamhetens arbete avseende införandet av Trygghetsskapande välfärdsteknik ännu inte börjat belasta verksamheten och att avsatta medel för sommarens introduktioner ännu inte nyttjats. Avvikelsen för avsatta budgeterade volymer inom ordinärt boende uppgår för perioden till 0,9 mnkr. Den största avvikelsen återfinns inom bostadsanpassningen som för perioden visar ett överskott på 4,5 mnkr. Under året förväntas dessa överskott minska och hamna på budgetnivå.

På beställarsidan prognostiseras ett överskott på 13,3 mnkr, kopplat till volymer samt en budgetavvikelse på statsbidrag (-1,7 mnkr) som beror på fler att antalet brukare utan svenskt medborgarskap blir allt färre. Hemtjänstens volymer beräknas generera ett överskott på 20,3 mnkr, dagverksamheten 1,4 mnkr och korttid/växelvård ett underskott på 6,4 mnkr samt att färdigbehandlade patienter på sjukhus genererar en avvikelse på -0,7 mnkr.

Utförarsidan beräknar att inga avvikelser uppstår under året när budgetkompensationen för skyddsmaterial fördelas ut från buffertmedlen.

Införandet av Trygghetsskapande välfärdsteknik beräknas generera ett underskott för verksamheten på 2,8 mnkr, beroende på ökat behov av material och teknik under införandet.

Analys av verksamheten

Under 2021 har in och utskrivningsprocessen till och från sjukhus förändrats och nya samverkansrutiner har tagit fram delregionalt i närvårdssamverkan Södra Älvsborg. Ett uppsatt mål i vårdssamverkan att göra fler av planeringarna i brukarens hem i stället för på sjukhuset med syftet är att möta brukaren i sin naturliga hemmiljö. I de fall brukaren kan gå hem med likvärdiga insatser som pågick innan inskrivningen till slutenvården ska inga möten alls behöva ske. Det förnyade arbetssättet ställer större krav på sjukhusen att göra tillräcklig informationsöverföring i kommunikationssystemet SAMSA samt att primärvården deltar i vårdövergångarna mer än de tidigare gjort.

Samordnad individuell plan (SIP) är den metod som ska användas för att få berörda vårdgrannar att samarbeta kring en gemensam brukare/patient och här har nämnden och samverkansparterna ett utvecklingsområde att arbeta vidare med. Utöver utveckling av SIP så är det stora området "Omställning till Nära vård" ett pågående arbete vårdgrannar emellan.

Hemtjänst

Den utförda tiden har sedan slutet av föregående år ökat vilket dels beror på att trygg och säker hemgång införts samt att det finns brukare som finns kvar i det ordinära boendet då de inte kunnat få sitt beslut om vård- och omsorgsboende verkställt.

Under slutet av 2021 genomfördes en större utbildningsinsats avseende demens, både grund- och påbyggnadsutbildning. Men på grund av den höga frånvaron i verksamheten fanns inte förutsättningar att utbilda samtliga medarbetare varav utbildningsinsatsen fortsätter under 2022 tills samtliga medarbetare har genomgått utbildningen.

Larm- och nattorganisationen arbetar med genomförandeplaner och teammedverkan kring sammanhållen dokumentation över dygnets alla timmar i syfte att förbättra hjälpen för brukarna. Samtliga hemtjänstgrupper är engagerade i arbetet. Ett kvalitetsarbete kring arbetssätt och ett ökat brukarfokus är igångsatt för all personal efter Lex Sarah-händelser under senhösten 2021.

Myndighet/biståndshandläggare och hemtjänst har sedan ett år tillbaka ett forskningssamarbete med Göteborgs universitet och Borås Högskola. Samarbetet handlar om att utveckla en samtalsmatta som ska vara ett kommunikationsstöd vid samtalen med personer som har lindrig till måttlig kognitiv nedsättning (demenssjukdom). I nuläget avser samarbetet en pilotstudie men inom korg behöver förvaltningen meddela om de vill ingå i ett breddat treårsprojekt tillsammans med Tranemo och Marks kommuner. Finansiering av detta måste då ske inom ram.

Det tidigare implementerade arbetssättet med kontaktperson, kommer naturligt att övergå till fast omsorgskontakt i enlighet pågående regeringsremiss som kommer föreslå att en fast omsorgskontakt lagstiftas för brukare inom hemtjänsten under 2022.

För tillfället finns tre aktiva LOV-företag där alla har tillstånd via IVO att bedriva hemtjänstverksamhet.

Dagverksamhet

Dagverksamhetens beläggning har återhämtat sig efter pandemin, dock är de ännu inte fullbelagda. Det har dessutom varit svårt att hitta nya brukare som är under 65 år och således har brukare som fyllt 65 år fått stanna kvar på Dagverksamheten Klubb Viskan för att verksamheten inte ska ha allt för få besökare. Utifrån förvaltningens behovsprognos pågår en mer detaljerad utredning kring förvaltningens framtida behov av platser inom dagverksamhet.

Korttid och växelvård

Sedan sommaren 2021 har det varit fullbelagt på nämndens korttidsenheter och beläggningen har därmed helt återhämtat sig sedan pandemins utbrott. På grund av platsbristen har Sörmarksgatans somatiska korttidsenhet en överbeläggning med tre platser samt att nämnden utifrån det ansträngda läget med plaster har möjlighet att köpa platser fram till sommaren i Ulricehamns kommun. Då det är fullbelagt på korttidsplatserna uppstår svårigheter att planera hem patienter från sjukhuset i de fall personen är i behov av en korttidsplats. Dagliga avstämningar sker med Södra Älvsborgs sjukhus med anledning av det ansträngda läget, som både de och förvaltningen står i.

Upplevelsen är att många som kommer på korttidsvistelse har stora och uppdämda vård-, omsorgs- och sjukvårdsbehov. Ett par personer med extraordinära vård- och sjukvårdsbehov vårdas sen en tid på en av nämndens korttidsenheter.

Korttidsenheterna deltar inte i de årliga nationella brukarundersökningarna som genomförs av Socialstyrelsen för personer med hemtjänstinsatser samt för de personer som bor på vård- och omsorgsboende. Korttidsenheterna genomför därför egna brukarundersökningar med liknande frågor som Socialstyrelsen i syfte att undersöka nöjdheten. Enkäter lämnas ut löpande under året då personen flyttar från korttidsvistelsen. Resultatet för 2021 visar på en stor nöjdhet med bemötandet från personalen, de allra flesta kände förtroende för personalen och var sammantaget nöjda eller mycket nöjda med korttidsvistelsen.

5 Vård och omsorg i särskilt boende

Ekonomi

Periodens resultat uppgår till +1,0 mnkr, vilket är en mindre avvikelse gentemot budget. Vid årets slut förväntas ett underskott på -14,5 mnkr, ett underskott som sjunker till -8,5 mnkr när buffertmedlen för skyddsmaterial flyttats till verksamhetsgrenen.

På beställarsidan prognostiseras ett underskott vid årets slut på -5,3 mnkr, vilket till sin helhet beror på volymavvikelse. Då det för tillfället är fullt på boendena samt att flera personer står i kö för att få sina boendebeslut verkställda är belägningsgraden hög samt att kön på ej verkställda beslut ökar. För att lösa den uppkomna situationen, där lediga platser inte finns att tillgå inom Staden har avtal tecknats med Ulricehamns kommun om köp av vård- och omsorgsplatser. Totalt finns fem platser att tillgå hos dem, under mars månad kommer flera placeringar på avtalet att verkställas.

Utförarsidan har för perioden ett negativt resultat, en effekt av pandemin där årets början resulterat i hög korttidsfrånvaro vilket genererat en markant ökad kostnad för vikarier, övertids/fyllnadsersättning och semesterskuld. Arbetet är påbörjat för att få budget i balans, där den höga beläggningen beräknas kunna finansiera de uppkomna höga personalkostnaderna i början av året, vilket bör jämna ut resultatet på sikt, då bemanningsläget blir mer stabilt. Vid årets slut beräknas ett +/- 0 resultat.

Införandet av Trygghetsskapande välfärdsteknik beräknas generera ett underskott för verksamheten på 3,2 mnkr, beroende på ökat behov av material och teknik under införandet.

Analys av verksamheten

När beläggningen på vård- och omsorgsboendena är full uppstår en kedjereaktion. Bland annat beläggs brukare som inte kan åka hem i vänta på boendeplats på nämndens korttidsboenden. Svårt sjuka brukare får stanna kvar hemma med dygnet runt insatser via hemtjänsten, andra brukare får utökad dagverksamhet. Det i sin tur medför större påfrestningar på anhöriga och verksamheter inom ordinärt boende. Nämnden riskerar även att få betalningsansvar för brukare som inte kan tas hem från sjukhus, då korttidsboendena är fullbelagda.

Trots att beläggningen på boendena är hög och trycket på inflytt stort har processen kring ut- och inflytt förlängts, vilket förklaras av renoveringar i lägenheterna som är behövliga samt sjukdom hos anhöriga. Arbete för att förkorta processen vid ut- och inflytt pågår där även samarbete med lokalförsörjningsförvaltningen inkluderas.

En del boenden påverkas fortfarande av covid-19, dock i minskande omfattning där sjukdomen idag generellt ger mildare symptom och konsekvenser för den enskilde. Verksamheten bedrivs nu i stora delar som vanligt. Efter ett uppehåll med Ung omsorg under pandemin fjärde våg kommer verksamheten återupptas under mars månad. Årets två första månader har varit mycket utmanande med anledning av den höga korttidsfrånvaron till följd av pandemin fjärde våg. Verksamheten har tvingats göra prioriteringar med fokus på att säkerställa nödvändiga insatser enligt Socialtjänstlagen. SOL-stödjarnas arbete för ökad meningsfullhet har därmed fått stå tillbaka i perioder men återupptas nu alltmer då bemanningsläget är stabilt igen.

Inköpta hjälpmedel till demensavdelningar har implementerats i verksamheten och nyttjas med goda resultat. Verksamheten ser att satsningen på ökad kunskap hos chefer och medarbetare inom social dokumentation gett önskad effekt. Både kvantitet och kvalitet har ökat i dokumentationen och har ett mer personcentrerat innehåll än tidigare. Verksamheten bedrivs nu i högre utsträckning med dokumentation som grund för informationsöverföring.

Utförarverksamheten arbetar utifrån målet om en utökad grundbemanning, för att minska timanställningar, där ett arbete aktivt pågår med schemaplanering för att möjliggöra resursplanering, en lösning som ska minska det akuta behovet av personal vid oplanerad frånvaro.

6 Övrig verksamhet

Ekonomi

Utfallet för perioden uppgår till -3,1 mnkr och vid årets slut prognostiseras ett resultat i budgetnivå. Att resultatet för perioden är negativt beror till stor del på att intäkter för kostverksamheten saknas för perioden. Men även på grund av att stora kostnader för verksamhetssystem belastar perioden, där kostnaden avser helår. En effekt som kommer hanteras under nästkommande period, så en mer rättvisande kostnadsbild för respektive period redovisas.

Intäkterna i restaurangerna har minskat, då gästerna inte återvänt efter pandemin i den utsträckning som var väntad. Verksamheten kommer därmed anpassa organisationens kostnader utifrån den förändrade besöksfrekvensen. Det finns en oro för stora ökade livsmedelskostnader utifrån det turbulenta världsläget, vilket kan komma att påverka prognosen för året.

Analys av verksamheten

Kost- och vaktmästeriverksamhet

Implementeringen av ny leverantör för webbinköp av varor och måltider som genomfördes i slutet av föregående år har fungerat väl och produktionen av specialkosten är omhändertagen i den egna verksamheten med bra resultat.

Restaurang Blombacka ser problem med sin bemanning från mars månad, då denna till stor del bygger på samarbete med Jobb Borås och det råder brist på personer som kan vara lämpliga för arbetsträning i verksamheten.

Upphandlingen av den tvättvolym som ska läggas över på extern leverantör är påbörjad och anbudet är publicerat. För den tvätt som fortsättningsvis ska genomföras i egen regi pågår ett arbete tillsammans med lokalförsörjningsförvaltningen för att hitta och iordningsställa ny lokal utifrån de arbetsmiljöbrister som finns i de nuvarande.

Förbyggande verksamhet

Nämnden har identifierat välfärdsteknik som en framgångsfaktor för att möta framtida utmaningar inom äldreomsorgen. Ett ökat teknikanvändande hos äldre samt bättre användande av välfärdsteknik ger även möjlighet till ett självständigare liv och att inträdet till äldreomsorgen troligtvis kan skjutas framåt för individen. Seniorer har möjligheten att få digitalt stöd via förenklat beslutsfattande, med syfte att få senioren att känna sig trygg med tekniken och därmed bättre kunna ta del av insatser baserat på välfärdsteknik. Via nämndens seniorhälsokonsulenter får senioren hjälp med digitalt stöd och tekniska lösningar.

Nämndens mötesplatser var stängda under tre veckor i början av året för att stötta övriga verksamheter med den svåra bemanningssituationen som då rådde. Visa digitala aktiviteter kunde trots detta genomföras. Mötesplatserna öppnade upp igen i mitten av februari.

Projektet med utlåning av surfplattor till personer från 75 år och uppåt pågår enligt plan och har blivit väldigt uppskattat av stadens seniorer och efterfrågan är stor.

7 Hälsa- och sjukvård

I den organisationsform som nämndens hälso- och sjukvård bedrivs är det svårt att särskilja vad som sker i ordinärt- och särskilt boende varpå analysen av verksamheten redovisas särskilt. Ekonomin för nämndens hälso- och sjukvård redovisas under ordinärt- respektive särskilt boende utifrån schablonberäkningar.

Analys av verksamheten

Nämnden har tillfört verksamheten en ökad grundbemanning med 2 % för att stärka den palliativa vården, ett uppdrag som ännu inte verkställts på grund av utmaningarna som finns med att rekrytera sjuksköterskor. Verksamheten har för avsikt att höja grundbemanningen för att minska kostnaderna för bemanning från externa företag. Dock är det svårt att rekrytera och relativt lågt antal sökande, vilket är oroande inför framtiden med tanke på verksamhetens behov av att förstärka både antalet sjuksköterskor samt kompetensen.

Den vaccination mot covid-19 som pågått sedan 2021 pågår fortfarande, dock i mindre skala. Planering pågår för att vaccinera alla patienter en fjärde omgång med start på vård- och omsorgsboende med början av mars. Vaccinationerna har varit och kommer fortsatt vara ett omfattande arbete och det krävs god planering för att det genomförs på ett tryggt och säkert sätt.

En analys av resultatet av Öppna jämförelser pågår och förbättringar noteras inom flera områden inom hälso- och sjukvården. Patienter vid vård- och omsorgsboende upplever att de har goda möjligheter till kontakt med såväl sjuksköterska som läkare. Vidare har resultatet förbättrats gällande arbetet med det riskförebyggande arbetet och palliativ vård i livets slut. Inom det riskförebyggande arbetet är det gjort

många riskbedömningar men vi är inte lika bra på att följa upp planerade åtgärder i registret. Arbetet fortgår och analysen av resultatet kommer att ingå som en del i bland annat arbetet med läkemedelprocessen och i arbetet med att säkerställa användandet av BPSD registret dvs en god vård och omsorg vid demenssjukdom.

I samverkansmöten med våra vårdgrannar, framförallt vårdcentralerna, ingår frågan om läkemedelsgenomgångar och olämpliga läkemedel då läkares medverkan har en avgörande betydelse i förbättringsarbetet.

8 Buffert

Nämnden avsatte 1 % av kommunbidraget storlek i budgeten till en buffert för oförutsedda kostnader enligt gällande reglemente. På nämndens februarimöte beslutades att 12,0 mnkr av bufferten ska användas till att betala de ökade kostnaderna för skyddsmaterial, då nämnden från 2022 själva ska bära denna kostnad som sedan pandemins utbrott betalats Kommunstyrelsen.

En justering av budgeten är ännu inte gjord utifrån beslutet, varpå en prognosavvikelse uppstår på 12,0 mnkr. Denna summa återfinns i motsatt förhållande på både ordinärt och särskilt boende. Prognosavvikelsen kommer upphöra när budgeten justerats utifrån beslutet.

9 Verksamhetsmätt

9.1 Insatser i ordinärt boende

Verksamhetsmätt	Årsutfall 2021	Budget 2022	Utfall Jan 2022	Utfall Feb 2022	Utfall Mar 2022
Antal brukare med hemtjänst, väf	3 055	3 230	2 081	2 072	
Tid som utförs i egen regi hos brukare, timmar väf	489 190	537 000	43 386	40 124	
Tid som utförs av privat utförare hos brukare enligt hemtjänstvalet, timmar väf	80 185	108 000	7 190	6 900	
Antal utförda hemtjänsttimmar hos brukare, väf	569 375	645 000	50 576	47 024	
Brukartid, %	58	65	60,7	60,2	

9.2 Vård- och omsorgsboende

Verksamhetsmätt	Årsutfall 2021	Budget 2022	Utfall Jan 2022	Utfall Feb 2022	Utfall Mar 2022
Totalt antal platser	866	866	866	866	
Antal belagda platser på vård- och omsorgsboende	834	848	843	845	
Andel belagda platser av totalt antal platser, %	96,3	98	97	98	

9.3 Hälsa- och sjukvård

Verksamhetsmätt	Årsutfall 2021	Budget 2022	Utfall Jan 2022	Utfall Feb 2022	Utfall Mar 2022
Pågående HSL åtaganden	2 420	2 500	2 402	2 409	

9.4 Förebyggande

Verksamhetsmätt	Årsutfall 2021	Budget 2022	Utfall Jan 2022	Utfall Feb 2022	Utfall Mar 2022
Antal besök på mötesplatser	14 970		5 118	1 034	
Totalt antal belagda dagar på biståndsbedömd dagverksamhet	10 263	13 700	725		

Verksamhetsmättens rapportering släpar en månad varpå mått för februari månad saknas gällande biståndsbedömd dagverksamhet.

9.5 Egen organisation

Verksamhetsmätt	Årsutfall 2021	Budget 2022	Utfall Jan 2022	Utfall Feb 2022	Utfall Mar 2022
Personalomsättning, tillsvidareanställda i % (de senaste tolv månaderna)	8,7		8,9		
Sjukfrånvaro, % (de senaste tolv månaderna)	10,1		10,7		

Verksamhetsmättens rapportering släpar en månad varpå mått för februari månad saknas.

10 Personalomsättning samt sjukfrånvaro

Personalomsättning	2020-12 - 2021-11	2021-01 - 2021-12	2021-02 - 2022-01
Nämnd, chef & stöd	7,3 %	7,3 %	6,2 %
Myndighet	6,1 %	6,0 %	9,6 %
Hemtjänst	9,6 %	9,6 %	10,9 %
Förebyggande, korttid & larm	7,8 %	8,2 %	6,2 %
Vård och omsorgsboende	7,8 %	7,6 %	7,2 %
Hälso- och sjukvård	13,1 %	14,5 %	14,8 %
Kost, lokalvård & vaktmästeri	1,0 %	1,0 %	1,0 %
Totalsumma	8,6 %	8,8 %	8,9 %

Sjukfrånvaro	2021-11	2021-12	2022-01
Nämnd, chef & stöd	8,3 %	8,7 %	13,0 %
Myndighet	7,0 %	5,3 %	7,2 %
Hemtjänst	12,2 %	14,0 %	15,8 %
Förebyggande, korttid & larm	9,9 %	12,0 %	14,9 %
Vård och omsorgsboende	12,6 %	13,5 %	17,2 %
Hälso- och sjukvård	8,7 %	9,8 %	13,7 %
Kost lokalvård och vaktmästeri	9,6 %	11,1 %	12,3 %
Totalsumma	11,1 %	12,4 %	15,4 %

Maria Rangefil
Handläggare
033 357015

Datum
2022-03-29

Instans
**Vård- och äldre-
nämnden**
Dnr VAN 2022-00070 1.1.3.1

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2021

Vård- och äldre- nämndens beslut

Vård- och äldre-
nämnden godkänner upprättad patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse för år 2021.

Ärendet i sin helhet

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst (nämnden) har det yttersta ansvaret för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Av Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras. Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse.

Vård- och äldre-
nämnden har för 2020 upprättat en patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse som beskriver det kvalitetsarbete som bedrivits i vård- och äldre-
nämnden under 2020. Av berättelsen framgår också hur många händelser som utretts enligt Lex Maria och Lex Sarah.

Beslutsunderlag

1. Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2021
2. Bilagor till patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2021

Samverkan

Informeras på FSG 2022-03-23

Beslutet expedieras till

1. Ingen expediering

Johan Wikander
Ordförande

Maria Jonsson
Förvaltningschef



BORÅS STAD

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2021

Vård- och äldre- och barnnämnden

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning	3
2 Begreppsdefinitioner	3
3 Förkortningar	4
4 STRUKTUR	5
4.1 Grundläggande förutsättningar för säker vård och omsorg	5
4.2 Förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet	5
4.3 Övergripande mål och strategier	5
4.4 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet	6
4.5 En god säkerhetskultur	7
4.6 Adekvat kunskap och kompetens	7
5 PROCESS - Åtgärder för att säkerställa verksamhetens kvalitet ...	8
5.1 Hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbete har bedrivits	8
5.2 Samverkan för trygg och säker vård och omsorg	11
5.3 Riskanalys	13
5.4 Välfärdsteknik	13
5.5 Synpunkter och klagomål	13
5.6 Avvikelser på individnivå	14
5.7 Lex Maria	14
5.8 Lex Sarah	14
5.9 Egenkontroll	15
6 RESULTAT OCH ANALYS	15
6.1 Riskanalys	15
6.2 Synpunkter och klagomål	16
6.3 Avvikelser på individnivå	16
6.4 Lex Maria	18
6.5 Lex Sarah	18
6.6 Egenkontroll	20
7 Verksamhet upphandlad enligt LOU eller LOV	25
8 Mål och aktiviteter för kommande år	26

1 Sammanfattning

Även 2021 har präglats av den pandemi som drabbat världen. Arbetet inom förvaltningen har under året haft störst fokus på att vaccinera brukare, minska risk för smittspridning och hantera uppkomna situationer och frågor ur både ett brukarperspektiv och ett medarbetarperspektiv. Viktiga faktorer som hjälpt till i arbetet har varit god intern samverkan inom kommunen och god samverkan med andra vårdgivare.

Så långt det varit möjligt har ett fortsatt arbete och implementering av förvaltningens mål, aktiviteter och uppdrag från tidigare år genomförts. Förvaltningsledningen har haft ett långsiktigt perspektiv i syfte att nå målen för att det ska bli en så trygg och säker verksamhet för brukare/patienter som möjligt samt att de ska göras delaktiga i sin vård och omsorg.

Välfärdsteknik har varit ett prioriterat område och pandemin har bidragit till fler digitala lösningar. I förvaltningen har möten och utbildningar gått att genomföra med hjälp av tekniken.

Områden med ett bra resultat är bland annat:

- Basala hygienrutiner och klädregler har hög följsamhet till gällande lagstiftning
- Brukarundersökningar visar att brukarna är nöjda med sin korttidsvistelse
- Antal patienter som har fått en riskbedömning avseende fall, undernäring, trycksår och munhälsa är fortsatt högt
- Andelen patienter med en smärtskattning och munhälsobedömning den sista tiden i livet har ökat

Områden där fortsatt utveckling behövs är bland annat:

- Säkerställa och öka brukarens/patientens delaktighet och inflytande
- Förbättra kvaliteten i den enskildes dokumentation
- Tydliggöra läkemedelsprocessen med tillhörande rutiner och säkra att dessa efterföljs i verksamheten
- Minska andelen olämpliga läkemedel (görs tillsammans med primärvården och sjukhuset)
- Öka antalet BPSD skattningar för personer med demenssjukdom
- Säkerställa en god vård i livets slutskede för att nå de nationella målen
- Fortsatt arbete med det processororienterade arbetssättet vilket innebär att bland annat säkerställa att processerna med tillhörande instruktioner är kända i verksamheten och används på avsett sätt

2 Begreppsdefinitioner

- Brukare/klient – enskild med beslutad insats enligt SoL och/eller LSS
- Den enskilde – i det här dokumentet menas med begreppet den enskilde patient, brukare och klient
- Egenkontroll - systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem

- Huvudman - myndighet eller organisation som juridiskt och ekonomiskt har ansvaret för viss verksamhet. Respektive nämnd inom det sociala klustret är huvudman för den verksamhet dess reglemente definierar. För verksamheter som bedrivs på entreprenad enligt LOV (Lagen om valfrihet) eller LOU (Lagen om offentlig upphandling) kvarstår 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
- Legitimerad personal - sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter
- 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

3 Förkortningar

APT - Arbetsplatsträff

BPSD - Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

FSG - Förvaltningens samverkansgrupp

FVM - Framtidens vårdinformationsmiljö

HSL - Hälso- och sjukvårdslagen

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

IVO - Inspektionen för vård- och omsorg

LOV - Lagen om valfrihet

LOU - Lagen om offentlig upphandling

LSG - Lokal samverkansgrupp

MAS - Medicinskt ansvarig sjuksköterska

MAR - Medicinskt ansvarig för rehabilitering

MCSS - System för mobil digital signering av hälso- och sjukvårdsinsatser

NAV - Nära Akut Vård

NIS - NIS-direktivet ställer krav på säkerhet i nätverk och informationssystem

PPM - Punktprevalensmätning som genomförs av SKR

SAMSA - Gemensam IT tjänst mellan olika vårdgivare

SAS - Socialt ansvarig samordnare

SFS - Svensk författningssamling

SIP - Samordnad individuell plan

SKR - Sveriges kommuner och regioner

SoL - Socialtjänstlagen

SOSFS - Socialstyrelsens författningssamling

SÅS - Södra Älvsborgs Sjukhus

TAIK - Tandhygienist i kommunen

VGR - Västra Götalandsregionen

Viva - Verksamhetssystem för dokumentation

VÅF - Vård- och äldreförvaltningen

ÖJ - Öppna jämförelser

4 STRUKTUR

4.1 Grundläggande förutsättningar för säker vård och omsorg

Engagerad ledning och tydlig styrning

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

4.2 Förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet

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

I Borås Stad skrivs en samlad patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse, som sammanfattar förvaltningens samtliga åtgärder och resultat för att uppnå god kvalitet på de insatser som ges. Förvaltningens arbete med att systematiskt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras fortlöpande och på fler sätt.

Två gånger per år sammanställs och analyseras rapporterade avvikelser, Lex Maria, Lex Sarah och inkomna synpunkter/klagomål. Verksamheterna får ta del av sammanställningarna. Nämnden tar del av synpunkter och klagomål två gånger per år och rapporterade avvikelser, Lex Maria och Lex Sarah en gång per år.

Verksamhetsgranskningarna som MAS, MAR och SAS gör dokumenteras i en rapport till berörd enhet/-er samt nämnd.

Förvaltningsledningens årliga genomgång av processer, måluppfyllelse och resultat dokumenteras och kommuniceras till förvaltningens verksamheter.

Verksamheternas egenkontroller dokumenteras löpande i Stratsys och genomförda riskanalyser dokumenteras i särskild rapport. Stratsys är ett system som hanteras av förvaltningens chefer.

4.3 Övergripande mål och strategier

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

Förvaltningens övergripande mål och ledstjärnor är:

Vård- och äldreförvaltningen har som mål att ge en jämlik, jämställd och likvärdig vård och omsorg. Med individen i fokus arbetar vi med förebyggande och trygghetskapande insatser. Vi ger vård och omsorg utifrån den enskildes behov,

utan att ta från individen det egna ansvaret.

Vi är professionella, vi är engagerade och vår organisation är lärande. Det skapar förutsättningar för oss, verksamhetens medarbetare och chefer, att nå målen inom ramen för tilldelade resurser. Vi har en tydlig uppföljning av resultat.

Förvaltningen arbetar med fortsatt implementering av ledningssystemet för kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9. Föreskriften innebär bland annat att förvaltningen har i uppgift att identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Den klustergemensamma handboken för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är ett stöd i arbetet då det systematiska kvalitetsarbetet inte har någon början eller bestämt slut utan är pågående och ska leda till att verksamheten ständigt förbättras. Processer och rutiner ska följas upp, utvärderas och förbättras. En grundförutsättning är att medarbetare görs delaktiga i förbättringsarbetet så att processer och rutiner kan anpassas efter uppgiften som ska utföras.

4.4 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet

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

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

Medarbetarna

Alla medarbetare ska vara delaktiga i kvalitetsarbetet och på enhetsnivå kan arbetsplatsträffar vara forum för kvalitetsfrågor.

Chef för kvalitets- och utvecklingsfunktioner

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

MAS/MAR

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

SAS

Socialt ansvarig samordnare har till uppgift att utveckla, säkra och följa upp delar av det systematiska kvalitetsarbetet samt utöva kvalitetsgranskningar i verksamheten. SAS kvalitetssäkrar verksamheternas rutiner och processer samt initierar behov av förändring. Vidare bedriver SAS omvärlds- och

lagkravsbevakning. Huvuduppdraget för SAS är att utreda inkomna lex Sarah rapporter och på delegation av nämnden anmäla allvarliga missförhållanden till IVO.

4.5 En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet

4.5.1 Informationssäkerhet

Kommunfullmäktige har fastställt en policy för informationssäkerhet. Policyn, som gäller för samtliga nämnder, lägger grunden för informationssäkerhetsarbetet. Under året har digitala nano-utbildningar, korta utbildningar via mejl, för samtliga medarbetare 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 (NIS-direktivet). 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 med att ta fram en process för hur och till vem NIS-incidenter ska rapporteras.

Den reservlösning som finns för förvaltningens journalsystem testas flera gånger årligen och används även vid uppdateringar för att kunna läsa dokumentation. Egengranskning av dokumentationen i SAMSA har genomförts.

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 dom inte behöver.

Ett arbete för att öka säkerheten vid utskrifter har påbörjats.

MAS, MAR och SAS har i samband med 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.

4.6 Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med medarbetare som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Förvaltningens förmåga att långsiktigt möta invånarnas skiftande behov beror på skickligheten att attrahera och rekrytera medarbetare med rätt kompetens och sedan behålla och utveckla dem för

framtidens krav och förändringar. Det kan även handla om att avveckla eller ställa om kompetens för att uppnå verksamhetens mål

Utbildningsinsatser inom ramen för satsningen Äldreomsorgslyftet har fortsatt under året. Utbildningen utgår från de nationella yrkespaketen för vårdbiträde eller undersköterska.

Förvaltningen har genomfört utbildningsåtgärder inom demens, SIP, munhälsa och användningen av digital teknik. Introduktionen av vikarier har förbättrats. En förbättrad och förstärkt introduktion ökar attraktiviteten för arbete inom vård och omsorg, säkrar kvaliteten gentemot brukare/patient samt förbättrar arbetsmiljön för ordinarie medarbetare.

För legitimerad personal har introduktion getts vid särskilda introduktionsdagar. Det har också tagits fram en digital guide för dem. Förvaltningen har introduktionspaket för nya chefer och de träffar också MASMAR/SAS som en del av sin introduktion.

Inom myndighet har det arbetats vidare med det man lärde sig under 2020 då utbildningen Klarspråk genomfördes. Myndighet och hemtjänsten har också fortsatt forskningssamarbetet med Göteborgs universitet och Borås högskola, om ”samtalsmattan” ett bildbaserat kommunikationshjälpmedel.

Kompetensplaner för biståndshandläggare och legitimerad personal finns sedan tidigare. Arbetet med kompetensplan för undersköterskor och undersköterskor med specialistkompetens har påbörjats och en handlingsplan har tagits fram. Planerna behöver årligen följas upp.

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.

Pandemin

Förvaltningen har fortsatt påverkats av pandemiutbrottet Covid-19 på många sätt, och de långsiktiga konsekvenserna av pandemin är svåra att bedöma. För att säkra verksamheternas kvalitet och säkerhet har rutiner kopplade till pandemin fortsatt tagits fram och kontinuerligt reviderats.

Förvaltningen har säkerställt krisledningsarbetet genom dagliga till veckovisa avstämningsmöten. Samverkan mellan vårdgivare har under året utvecklats och intensifierats. Nya samverkansarenor har skapats utöver den ordinarie närvårdsvårdsamverkan i form av frekventa möten och gemensamma framtagna rutiner.

Under pandemin har förvaltningens arbete med digitalisering, och framförallt digital inkludering för seniorer, gett effekt. Då detta var ett prioriterat område inom den förebyggande verksamheten redan innan pandemin, så underlättades omställningen för både medarbetare och seniorer. De fysiska mötesplatserna blev en digital mötesplats och de aktiviteter som togs fram kunde genomföras digitalt av seniorer. De digitala alternativen togs emot bra och är nu en del av ordinarie verksamhet även efter att mötesplatserna har öppnat upp.

För att säkerställa kvalitet i vårdhygieniska frågor har förvaltningen genomfört kontinuerliga avstämningsmöten med Vårdhygien. Det har också tagits fram regionala informationsmaterial som stöd. Extrasatsningar har gjorts för kommunens sjuksköterskor med hygienansvar, för hygienombud och enhetschefer (SoL och HSV) via webinarie. Digitala möten och utbildningar har blivit ett arbetssätt under pandemin.

Regelbundna uppföljningar av nyckeltal har gjorts under året. Exempel på nyckeltal är antalet brukare/patienter med misstänkt och konstaterad smitta/vecka, antalet avlidna per månad har följts både i Viva och i det palliativa registret..

Samtliga brukare/patienter vid 17 vård- och omsorgsboenden, i ordinärt boende, vid korttidsenheter och dagverksamheter för demens har erbjudits tre vaccindoser. Totalt har cirka 70000 doser givits till patienter och cirka 200 doser till hushållsnära kontakter. Verksamhetschef för HSV i VÄF och medicinskt ansvariga sjuksköterskor har säkerställt logistik och bemanningsfrågor för det sociala klustret och i samverkan med VGR:s vaccinationssamordning

För att tydliggöra hur pandemin påverkat verksamheten finns en beskrivning på vilket sätt pandemin kan ha påverkat respektive område under rubriken egenkontroll.

Under senare delen av 2021 har en utomstående aktör (KPMG) följt upp hur förvaltningen klarat sitt uppdrag under pandemin. Uppföljningen visar att förvaltningen i stort sett klarat sitt uppdrag och har haft möjlighet att ställa om efter de förutsättningarna som pandemin inneburit. Det som framkommer är till viss del brister i information och kommunikation som ska nå längst ut i verksamheten har upplevts som att den kommer för sent.

En del av förvaltningens kompetensutvecklingsinsatser har fått ställas in även under 2021 liksom en del av förvaltningens pågående processarbete, projekt och annat utvecklingsarbete. Det kan få konsekvenser på sikt då detta behöver tas igen. Prioritering och ny planering behövs. Även arbete på nationell och regional nivå som berör förvaltningens verksamheter har avstannat eller prioriterats ned.

En del utbildningar har fortsatt men i mindre omfattning samt att delegerings- och förflyttningsutbildningar har prioriterats och kontinuerligt erbjudits under året.

Beskrivning av patientsäkerhets- och kvalitetsarbete samt vilka åtgärder som genomförts

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

Förvaltningen genomför årligen en utvärdering av kvaliteten i sina verksamheter om ledningssystemet för kvalitetsarbete är effektivt och ändamålsenligt utformat. På verksamhetsnivå genomför cheferna årligen en egenkontroll ”verksamhetens genomgång” i Stratsys. Syftet är att säkerställa att chefer och medarbetare känner till de viktigaste styrdokument, rutinerna och processerna.

Rutinen för tvärprofessionella teammöten har följts upp och arbetssättet har setts över.

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

Arbetet med att säkerställa följsamhet till Livsmedelverkets råd ”Bra måltider inom äldreomsorgen”, nationella styrdokument kring nutrition samt stadens policy kring måltider har fortsatt.

Inom hemtjänsten, vård- och omsorgsboende, dagverksamheter och korttid har insatser genomförts för att säkerställa att dokumentation görs enligt gällande lagstiftning och arbetssättet IBIC. Det handlar om utbildningsinsatser till både dokumentationsombud och övriga medarbetare, granskningar och praktiskt stöd. En introduktionsfilm som visar hur ett behovsriktat arbetssätt med fokus på den äldre ser ut i dokumentation och i arbetsprocessen har tagit fram.

Utbildningskoncept för medarbetarna behöver tas fram för att långsiktigt säkra kompetens kring den enskildes dokumentation

Värdeskapande hemtjänst är sedan hösten 2020 ett pågående utvecklingsarbete som syftar till att öka kvalitet med högre delaktighet och inflytande för brukare samt förbättrad personalkontinuitet genom insatser för medarbetares arbetsmiljö med bland annat hållbara scheman. Det har också inneburit en omorganisation med förändrade roller för planerarna till att bli hemtjänstkoordinatorer som lokaliseras inom respektive enhet istället för centralt placerade. En uppnådd effekt handlar om tillgängligheten där koordinatorena kommit närmare enheterna och har mer nära dialog med medarbetare och brukare.

Inom vård- och omsorgboende har SOL-stödjarnas uppdrag etablerats och utvecklats ytterligare under året för en ökad meningsfullhet i vardagen för de boende, ökad trygghet och mer individuell omvårdnad. Även korttidsenheterna fick under hösten möjlighet att anställa SOL-stödjare. Ung Omsorg har sedan uppstarten i september mottagits mycket väl och står för en ökad aktivitet för de boende under helgerna och för ett välkommet möte mellan generationer.

Rutinen om förvaltningens ansvar gällande personer som är utsatta för våld i nära relation samt hur anställda ska agera för att våldsutsatta personer ska få stöd, har börjat implementeras i verksamheterna.

Processer

Inom förvaltningen finns två huvudprocesser; ”att tillhandahålla omsorg och stöd” samt ”att tillhandahålla hälso- och sjukvård”. Beslut har tagits att processen ”att tillhandahålla främjande och förebyggande åtgärder” inte längre definieras som en huvudprocess.

Under året har ett utvecklingsarbete gällande att handlägga avgifter påbörjats och pågår för att utveckla ett gemensamt arbetssätt. Boendeplaceringsprocessen har kartlagts och rutiner har skapats för att tydliggöra ansvarsroller och säkerställa arbetssättet.

Process – Att tillhandahålla omsorg och stöd

Arbetet med att säkra ”att tillhandahålla omsorg och stöd” pågår.

Inom huvudprocessen ”att tillhandahålla omsorg- och stöd” pågår arbete med att säkra och utveckla socialtjänstens process för utförare.

Delprocessen ”förenklat beslutsfattande” beskriver arbetssättet vid ansökan om städ, tvätt och digitalt stöd enligt SoL 4 kap 2a. Arbetssätt för uppföljning av beslut och insatser har tagits fram. En uppföljning har genomförts.

Process - Att tillhandahålla hälso- och sjukvård

Huvudprocessen ”att tillhandahålla hälso- och sjukvård” är en gemensam process inom det sociala klustret. Processtegen ”att ta emot vårdbegäran, ”att bedöma behov av utredning” samt ”att avsluta” är färdigställda. Även de aktiviteter som ingår kopplat mot rehabilitering har tydliggjorts.

Delprocessen för ”läkemedel” ska säkra de mål som finns inom läkemedelsområdet. Arbetet med att kartlägga och tydliggöra rutiner har fortsatt.

Processen för ”palliativ vård i livets slutskede” har följts upp. Rutiner och instruktioner har reviderats.

Processen ”riskförebyggande vårdåtgärder” har reviderats. Till processen finns ett nationellt kvalitetsregister kopplat, Senior alert. Ett nationellt utvecklingsarbete har under året startat i syfte att integrera journalsystemet Viva med Senior alert.

Handlingsplan – Agera för säker vård

Verksamhetscheferna har fått information om handlingsplan och verktyg av MAS/MAR/SAS. Arbetet med att ta fram en handlingsplan fortsätter under 2022.

Nära vård

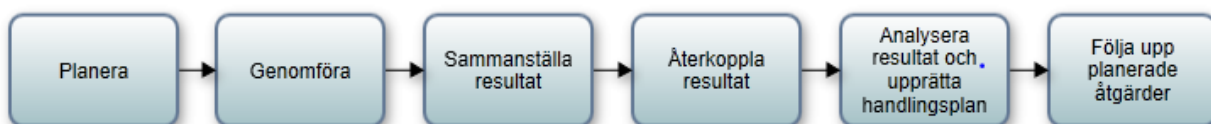
Arbetet med omställningen till nära vård har fortsatt. Nämnden har till Kommunstyrelsen lämnat synpunkter på remissen ”länsgemensam strategi” för omställningen till nära vård (färdplanen).

Kommunstyrelsen lämnade ett samlat remissvar från Borås Stad. Under året har mötesforum för samverkan tillkommit, både externt och internt. En projektledare har anställts och flertal chefer och stödfunktioner har genomgått en digital utbildning via SKR. Ett av verktygen i nära vård är SIP. Arbetet med att utbilda medarbetare och chefer inom SIP har genomförts under året.

5.1.1 Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

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



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

5.2 Samverkan för trygg och säker vård och omsorg

5.2.1 Samverkan med externa aktörer

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

Samverkan mellan VGR och kommunerna i regionen regleras i hälso- och sjukvårdsvårdsavtalet. 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.

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/patient hela tiden befinner sig på rätt vårdnivå. Omställningen till nära vård påverkar arbetssätt och behovet av insatser. Brukare/patient 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.

HSV team Myndighet bedömer vårdbegäran från öppenvården om inskrivning i hemsjukvård och tar beslut om inskrivning. De har gjort 418 bedömningar, varav 367 blev inskrivna i hemsjukvården. Den nya delregionala rutinen från 1 september innebär att planering från slutenvården till största delen ska ske i SAMSA utan planeringsmöten. Antalet planeringsmöten för HSV team myndighet har därmed minskat. Av de 705 planeringsmöten som genomförts har 653 skett digitalt och 43 per telefon.

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.

Samordnad individuell plan (SIP) i samband med utskrivning från sjukhus ska ske i brukaren/patientens hem. Målet är att öka brukarens/patientens delaktighet i sin egen vård. Under året har myndighet haft fokus på trygg och säker vårdövergång samt SIP vid utskrivning från sjukhus. Inom hemtjänsten har ett arbetssätt för ”trygg hemgång” startat under året.

För att öka följsamhet till den nationella värdegrunden har metodmaterial och kalender tagits fram för verksamheterna hemtjänst, dagverksamhet, korttid och vård- och omsorgboende.

Hemtjänst, vård- och omsorgsboende, korttidsenheterna och dagverksamheterna erbjuder välkomstsamtal till nya personer som beviljats insatsen. I samband med samtalet ger enhetschefen tillsammans med kontaktperson information om verksamheten och personen har möjlighet ställa frågor. Samtalet genomförs vid behov tillsammans med anhörig särskilt när det gäller personer med demenssjukdom. Välkomstsamtalet syftar till att ta till vara personens behov och önskemål med respekt för privatliv och integritet samt skapa trygghet.

Uppdraget som kontaktperson har utvecklats och ligger väl i linje med Regeringens utredning om fast omsorgskontakt. Den äldre ska ha en person att vända sig till för att få stöd och svar på sina frågor om insatser och sin omsorg. En fast omsorgskontakt ska öka tryggheten men också den äldres delaktighet, inflytande och självbestämmande. En fast omsorgskontakt för den äldre är också viktigt ur ett anhörigperspektiv.

Inom området för förebyggande bedrivs ett inkluderande arbete där samverkan med seniorer är en naturlig del. Som exempel inom insatsen digitalt stöd, är det senioren som beviljas insatsen som bestämmer vad den behöver stöd med. Målet med detta är att skapa en ökad självständighet och nyfikenhet att ta del av ännu mer inom det digitala området.

MAS/MAR/SAS har i samband med verksamhetsgranskningar intervjuat patienter/brukare om deras upplevelse av delaktighet i vården och omsorgen. MAS/MAR/SAS ger patient/brukare möjlighet att yttra sig vid utredningar enligt lex Sarah och lex Maria.

5.3 Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

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.

Förvaltningen har vidareutvecklat Borås Stads modell för risk- och konsekvensanalys. Förvaltningens modell kombinerar riskanalys ur flera olika perspektiv såsom medarbetare, patient/brukare samt organisation. Modellen innebär även att riskanalys kan göras utifrån olika nivåer beroende på vad den planerade förändringen handlar om. Utbildning i förvaltningens modell för verksamhetsnära riskanalyser som erbjuds enhetschefer och skyddsombud vid några tillfällen per år har pausats på grund av pandemin.

Under året genomfördes en uppföljning av modellen i syfte att säkerställa att den är känd och används på avsett sätt samt för att identifiera eventuella utvecklingsområden. Med utgångspunkt från uppföljningen har processen reviderats.

5.4 Välfärdsteknik

Arbetet med att införa och utveckla välfärdsteknik har pågått enligt den plan som nämnden tagit fram. Där ingår också att följa upp effekterna för brukare/patient, medarbetare och chefer. Några av de satsningarna som gjorts under året är upphandling av nytt trygghetssystem och välfärdsteknik. I upphandlingen ingår välfärdsteknik som ska främja den äldre självständighet, trygghet, delaktighet, aktivitet och valfrihet. För att motverka digitalt utanförskap har förvaltningen satsat på att införa utlåning av surfplattor för seniorer över 75 år och utbildningsmaterial tagits fram för att underlätta lärandet för seniorer. För att samla och sprida de satsningar som är genomförda inom digitaliseringsområdet i förvaltningen, har en webbsida tagits fram.

SKR har träffat en överenskommelse med regeringen för perioden 2020-2022 gällande ”Teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus”, som syftar till att ge kommunerna bättre förutsättningar att utveckla sin verksamhet genom digitalisering inom äldreomsorgen. Som en del i denna satsning har även tio modellkommuner utsetts, varav Borås Stad är en av dessa. Modellkommunernas uppgift är att dela med sig av erfarenheter till övriga kommuner och fortsätta den digitala utvecklingen med att ge seniorer ett digitalt innanförskap.

5.5 Synpunkter och klagomål

Borås Stad har ett gemensamt system för att omhänderta synpunkter från medborgare. Respektive chef ansvarar för att utreda och för att vidta åtgärder samt följa upp åtgärdernas effekt på varje enskild synpunkt. Utifrån lagstiftningen ska medborgarna ha möjlighet att lämna synpunkter på hälso- och sjukvården. I nuläget har hälso- och sjukvården ingen egen kategori i stadens system för synpunktshantering och felanmälan.

Vid två tillfällen om året görs sammanställning över samtliga registrerade synpunkter. Med utgångspunkt från sammanställningen görs på olika nivåer i organisationen en uppföljning av tidigare

planerade och vidtagna förbättringsåtgärder. Därefter görs en samlad analys av risk-och förbättringsområden och planerar för åtgärder i syfte att förhindra liknande händelser igen.

5.6 Avvikelser på individnivå

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 3-8 §

Förvaltningen arbetar enligt Borås Stads rutiner för synpunktshantering samt process för avvikelshantering enligt HSL, SoL och LSS.

En gemensam process med tillhörande instruktioner och utbildningsmaterial för avvikelser och lex Sarah finns utarbetad. Som stöd för verksamheten har en webbutbildning utarbetats.

Samtliga medarbetare har en skyldighet att rapportera avvikelser och lex Sarah, med undantag av legitimerad personal men dessa ges möjlighet. Varje enskild avvikelse utreds och följs upp av ansvarig chef. Om avvikelsen berör HSL utreds den av legitimerad personal och följs sedan upp av ansvarig chef.

Under hösten genomfördes en uppföljning av processen med fokus på om det är känt och används på avsett sätt, samt att identifiera eventuella utvecklingsområden. Uppföljningen visar att processen i det stora hela fungerar på avsett sätt. En handlingsplan har upprättats för de identifierade utvecklingsområdena inom klustret. För cheferna i förvaltningen har en enkät tagits fram som stöd att identifiera utvecklingsområden.

I syfte att lära av varandra och förhindra att liknande händelser inträffar på nytt, följs avvikelser/synpunkter regelbundet upp på till exempel verksamhetsledning, arbetsplatsträffar samt av MAS, MAR och SAS. Rapporterade avvikelser, lex Sarah och lex Maria sammanställs och analyseras en gång i halvåret. Med utgångspunkt från analysen identifierar verksamheterna riskområden och handlingsplaner upprättas.

5.7 Lex Maria

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

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

5.8 Lex Sarah

14 kap. 3-6 §§ SoL, SOSFS 2011:5

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

5.9 Egenkontroll

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

Uppföljning genom egenkontroll har genomförts inom bland annat följande områden:

- Verksamhetsgranskning utifrån gällande lagstiftning
- Vårdinventering av hälso- och sjukvårdsinsatser en gång per år
- Kontinuerlig journalgranskning i samband med verksamhetsgranskningar, utredningar och avvikelser
- Fördjupad journalgranskning HSL
- Enkät lex Sarah en gång per år
- Uppföljning av följsamhet till rutin för bedömningar inom hälso- och sjukvård i förebyggande syfte vad gäller fall, nutrition, trycksår och munhälsa, två gånger per år
- Uppföljning av andel aktuella genomförandeplaner, samt uppföljning av följsamhet till rutiner gällande vårdplaner och läkemedelsgenomgångar/symtomskattningar, två gånger per år
- Analys av rapporterade synpunkter, avvikelser SoL, HSL samt lex Sarah och lex Maria på verksamhets- områdes- och förvaltningsnivå, två gånger per år
- Uppföljning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler en gång per år
- Analys av resultat från de kvalitetsregister förvaltningen deltar i (BPSD registret, Senior alert och det palliativa registret) kvartal- eller tertialvis
- Analys av resultatet i brukarundersökning på kortidsverksamheterna två gånger per år
- Analys av resultatet i Socialstyrelsens sammanställning ”Öppna jämförelser äldreomsorg” genomförs årligen
- Analys av resultatet i Socialstyrelsen sammanställning ”Öppna jämförelser socialtjänst” genomförs årligen
- Regelbunden uppföljning av de processer som har implementerats i verksamheten, i syfte att ta reda på om dessa är kända och används på avsett sätt samt för att identifiera utvecklingsområden
- Uppföljning och analys av kontinuitetsmätningar i hemtjänsten

Resultaten har sammanställts, analyserats och utvecklingsområden har identifierats och omhändertagits. Så långt det är möjligt har konsuppladad statistik använts för att identifiera eventuella skillnader mellan man och kvinna.

6 RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

6.1 Riskanalys

Förvaltningen har genomfört tre risk- och konsekvensanalyser på övergripande nivå. Med utgångspunkt från genomförda riskanalyser har handlingsplaner upprättats där risk identifierats. Enligt rutinen ska handlingsplanerna följas upp inom sex månader efter genomförd riskanalys. Riskanalyserna har handlat om:

- Sekretessgränser Viva
- Ökad tillgänglighet till planerarna
- Trygg hemgång inom ordinärt boende

Risk- och konsekvensanalyser på verksamhets- och/eller avdelningsnivå redovisas inte i den övergripande patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen. Det är dock värt att notera att antalet riskanalyser kopplat till pandemin har varit många och genomförts regelbundet på olika nivåer såsom FSG, LSG och APT.

6.2 Synpunkter och klagomål

Synpunkter

Det har rapporterats 156 synpunkter under året, vilket är en minskning jämfört med föregående år då 228 synpunkter rapporterades. Av de inkomna synpunkterna är 74 klagomål men det finns också 29 beröm, några förslag och en del frågor till verksamheterna. De flesta klagomålen handlar om brister i insatsens utförande, att personal saknar kompetens samt brister i kommunikation och information och det gäller alla verksamheter. Inom hemtjänsten och nu även inom hemsjukvården finns det fortsatt synpunkter kring bilkörning; höga hastigheter samt att bilarna parkeras felaktigt. I hemtjänsten finns också synpunkter på att det kommer många olika personer. Det beröm som inkommit är främst i hemtjänsten och på korttidsenheterna och handlar om nöjdhet med personalen och insatserna.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Ett minskat antal klagomål har inkommit och berömmet har ökat vilket kan vara en effekt av pandemin.

6.3 Avvikelse på individnivå

Den utveckling som har genomförts vad gäller processen för avvikelser har påverkat Viva med bland annat ny indelning över hur avvikelser och lex Sarah rapporteras, utreds och följs upp. Detta påverkar möjligheten att följa statistiken tillbaka i tiden för att göra jämförelser, men ger verksamheten utökade möjligheter till förfinad statistik framåt i tiden.

Egenkontroll avvikelser

Under året har en enkät tagits fram i syfte att ge verksamheten möjlighet att följa upp om processen för avvikelser och lex Sarah är känd, används på avsett sätt samt för att identifiera eventuella utvecklingsområden. Enkäten är ett stöd till verksamheten och respektive chef beslutar om den ska genomföras. Totalt har 409 medarbetare besvarat enkäten, främst inom verksamheterna hemtjänst och korttid.

Resultatet visar att merparten av de som besvarat enkäten har kunskap om hur man rapporterar HSL- och fallavvikelser, men att det behövs ökad kunskap vad gäller SoL-avvikelser och lex Sarah. Andra utvecklingsområden som framkommer i enkäten är bemötandet av chefer och kollegor när man tar upp avvikelser samt på vilket sätt man inom verksamheten går igenom och lär av rapporterade avvikelser och lex Sarah. Verksamhetscheferna inom hemtjänst och korttid planerar att med stöd av SAS och processledaren genomföra utbildningsinsatser till enhetschefer.

Avvikelse HSL

Statistik se bilaga 5 och bilaga 6.

Det har totalt rapporterats 7062 HSL avvikelser i verksamhetssystemet Viva.

- Läkemedel - totalt rapporterades 5695 avvikelser, vilket är i stort sett samma som tidigare år. Dessa handlar främst om delvis eller helt utebliven dos och att signering saknas när läkemedel givits.
Om man beräknar att antalet patienter med helt övertaget läkemedelsansvar får två doser per dygn är det 0,5 procent av alla utdelade doser som lett till avvikelser.
- Övriga Hälso- och sjukvårdsavvikelser- totalt rapporterades 1367 avvikelser. Dessa handlar främst om hälso- och sjukvårdsinsatser utförda av baspersonal, dokumentation och informationsöverföring. En avvikelse kan innefatta flera händelser och syns då inte i statistiken. Detta innebär att antalet avvikelser borde varit fler.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Inga allvarliga avvikelser har inträffat på grund av pandemin. De avvikelser som förekommit relaterat till pandemin handlar om bristande skyddsutrustning samt följsamhet till hygienrutin samt missad dokumentation.

Avvikelser HSL i vårdsamverkan

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

Från sjukhus och regionens primärvård har det kommit 67 avvikelser som inträffat inom förvaltningen. Dessa berör främst informationsöverföring, provtagning och vård och behandling. Från förvaltningen har det skickats 154 avvikelser som har inträffat inom VGR. Dessa handlar till största delen om informationsöverföring, läkemedel och vård och behandling. Majoriteten har inträffat i samband med utskrivning från sjukhus.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Det har varit några enstaka avvikelser kring informationsöverföring men inga allvarliga.

Avvikelser fall

Statistik se bilaga 7.

Det har totalt rapporterats 7688 fall avvikelser i verksamhetssystemet Viva, vilket är en ökning jämfört med tidigare år. En trolig orsak till det ökade antalet fallavvikelser är en ökad rapportering av avvikelser samt att andelen brukare/patienter har ett ökat vård- och omsorgsbehov.

Ofta sker fallen i anslutning till en förflyttning, exempelvis till och från säng eller rullstol och det orsakas bland annat av att den enskilde har nedsatt balans och/eller svårigheter att förflytta sig.

Uppföljning av fall avvikelser ska göras i teamet där flera professioner deltar. Det är viktigt att ta reda på bakomliggande orsakerna till fallet och att sätta in åtgärder för att förebygga och förhindra att det inträffar igen.

Avvikelser SoL

Statistik se bilaga 8.

Det har totalt rapporterats 890 avvikelser i verksamhetssystemet Viva, främst inom hemtjänst och vård- och omsorgsboende.

Sammanställningen visar att det som rapporterats främst handlar om utförandet av insatser, att dessa brister/utförs felaktigt, blir fördröjda eller uteblir. Det har även rapporterats att det brister i följsamhet till rutiner och inom hemtjänst även att intern samverkan brister.

Bakomliggande orsaker till att händelser har inträffat har i utredning av ansvarig chef identifierats. Det framkommer att det är inom kommunikation och information det brister, både att det brister eller uteblir helt. Ytterligare orsaker som identifierats är att kompetens hos medarbetare brister och är otillräcklig samt att följsamhet till gällande rutiner och instruktioner brister.

Inom myndighet har det rapporterats 76 avvikelser under året. Dessa har till övervägande delen gällt händelser som inträffat i annan verksamhet, främst inom hemtjänst och externa aktörer. Det som är vanligast förekommande är att det uppstår brister i kommunikation, information och samverkan.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Det går inte att se att pandemin påverkat området när man ser på helheten. Enstaka avvikelser har förekommit som berör området.

6.4 Lex Maria

Lex Maria

MAS och MAR har under året påbörjat utredning av 80 händelser med risk för allvarlig vårdskada. Utredningarna har föregåtts av rapporterade avvikelser från verksamheten, klagomål/orosanmälan från patient och/eller närstående samt från patientnämnd och IVO som begärt uppgifter. I samband med utredningar har ett flertal händelseanalyser gjorts tillsammans med enhetschefer och medarbetare. En av utredningarna har anmälts som Lex Maria som berör allvarlig vårdskada gällande en patient som utvecklat ett trycksår på hälen från grad 1 till grad 4 på några veckor. De rutiner som finns för dokumentation, signeringslista, rapportering och följsamhet till beställda hälso- och sjukvårdsinsatser har inte följts.

Enligt svar från IVO har vårdgivaren fullgjort sina skyldigheter utifrån utredning och vidtagna åtgärder för att så långt det är möjligt förhindra att händelserna upprepas.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Ingen av utredningar händelserna eller lex Maria kan kopplas till den pågående pandemin.

Anmälan medicintekniska produkter

Fyra anmälningar har gjorts till läkemedelsverket angående produktfel på medicintekniska produkter. Produktfelen gällde nackstöd, rullstol, en rollator samt en duschstol på hjul.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Ingen påverkan på området.

6.5 Lex Sarah

Lex Sarah

Statistik se bilaga 10.

Under året har 51 lex Sarah rapporterats av medarbetarna i Viva.

SAS har under året hanterat 57 ärenden inom ramen för lex Sarah. Det är betydligt färre än föregående år och det är främst inom hemtjänst det rapporterats mindre. Även under detta år har det inte inletts utredning på en del av det som rapporterats in då bedömning gjorts att händelsen ej drabbat brukaren enligt lex Sarah eller att verksamheten vidtagit tillräckligt med åtgärder.

Vård- och omsorgsboende

Det som rapporterats på vård- och omsorgsboende och där det förekommit brister är främst inom brister i bemötande och brister i utförande av insats, som exempelvis ovarsamhet vid förflyttning, larm nattetid besvaras inte på ett korrekt sätt, inkontinensskydd byts inte i tillräcklig omfattning främst nattetid.

Orsaker till att händelser inträffar utifrån ovanstående områden handlar om brister i följsamhet till

genomförandeplan, rutiner och arbetssätt då konsekvenser blir att medarbetare gör olika vid utförande av insats. Orsaker till att det brister i bemötande är att det saknas kunskap om och tillämpning av värdegrunden.

Åtgärder som behöver genomföras är att öka kunskap och kompetens i den nationella värdegrunden, öka användandet av BPSD samt följa upp och revidera genomförandeplanen.

Hemtjänst

Inom hemtjänst har det också rapporterats brister i bemötande, exempelvis att medarbetare uppträtt kränkande eller haft en högljudd framtoning i samtal med brukare. Det har också rapporterats brister i utförande av insats som exempelvis att brukare inte fått bytt inkontinensskydd i tillräcklig omfattning

De orsaker som framträder till att händelser uppstår så brukare drabbas är att det brister i att rapportera/informera och att dokumentera, att medarbetare inte uppträder korrekt i mötet med brukaren och saknar kunskap om värdegrunden och att medarbetare inte följer gällande rutiner, arbetssätt och genomförandeplanen.

Åtgärder som verksamheten bör genomföra är att säkerställa att medarbetarna dokumenterar i tillräcklig omfattning och att brukare har en aktuell genomförandeplan som ska följas, öka kunskap om den nationella värdegrunden och säkerställa att medarbetarna har ett professionellt bemötande mot brukare samt att säkerställa att medarbetarna följer gällande rutiner och arbetssätt

Larm- nattorganisationen

Inom larm-nattorganisationen har det rapporterats och utretts tre händelser. En händelse handlade om brister i uppmärksamhet i samband med att en brukare larmade efter att ha fallit i hemmet. De två andra handlade om att larm ej besvarats vilket lett till konsekvenser för brukare. En av händelserna var ett allvarligt missförhållande och anmäldes till IVO. Den andra händelsen drabbade brukaren i mindre omfattning.

Larm- nattorganisationen har utifrån det som rapporterats och utifrån det som framkommit vid samtliga utredningar, påbörjat ett förändringsarbete för att säkerställa att liknande händelser inte inträffar igen. Det framkom ett antal åtgärder som bedömdes att verksamheten behövde förbättra och åtgärda.

Myndighet

Inom myndighet har det rapporterats två händelser som båda handlat om brister i verkställigheten och dessa har utretts inom berörd verksamhet.

Anmälan till IVO

Två lex Sarah ärenden har anmälts till IVO där båda bedömts vara allvarliga missförhållanden. I båda ärenden har IVO bedömt att nämnden fullgjort sin skyldighet enligt gällande lagstiftning. Händelserna berör:

- En brukare larmar flertalet gånger under en kväll för hjälp vid toalettbesök. Medarbetare besvarar inte flera av de inkomna larmen, tar varken kontakt med brukaren eller gör besök hos brukaren. Senare under kvällen inkommer larm om att brukaren fallit och medarbetare gör ett besök hos brukaren och hjälper denne upp. Ytterligare larm inkommer under natten där det framkommer att brukaren har ont i armen men det läggs ingen vikt vid detta av personalen. På morgonen när besök görs av hemtjänst och anhörig får kontakt med brukaren uppmärksammas att brukaren har mer ont i armen och uppsöker sjukhus där det konstateras att brukaren har en fraktur på armen. Olika uppgifter kommer fram i utredningen på bland annat tider och klockslag, vilket försvårar att säkerställa vad som inträffat. Brukaren utsätts för brister i utförande av insatser och drabbas av ett allvarligt missförhållande. Ett antal åtgärder har vidtagits i verksamheten för att säkerställa och förhindra att något liknande inträffar igen.
- Fyra lex Sarah rapporter och en avvikelser inkom på en avdelning på ett vård- och omsorgsboende som handlar om brister i bemötande, brister i utförande av insatser och

psykiskt övergrepp. Orsaker som har identifierats är bland annat att det finns brister i förhållningssätt och attityder hos vissa medarbetare. Det brister i att följa gällande arbetsätt och rutiner samt att det finns kompetensbrister hos vissa medarbetare. Detta har fått till konsekvens att flera brukare blivit utsatta för brister i respekt, brukare har upplevt att de blivit kränkta i vissa situationer, brukare har upplevt rädsla, oro och otrygghet och det har brustit i omsorgen runt brukarna. För att förhindra att liknande händelser inträffar igen fick verksamheten vidta ett flertal åtgärder utifrån de brister som förekommit.

Uppföljning av lex Sarah

Uppföljning gällande lex Sarah har även detta år skickats ut till enhetscheferna. Syftet har varit detsamma som tidigare år, att få en inblick i om de åtgärder verksamheten vidtagit i samband med att en händelse rapporterats och utretts, lett till förbättringar i verksamheten. Även detta år var svarsfrekvensen låg och några slutsatser kommer därför inte kunna göras. Inför nästkommande år kommer inte någon enkät enligt samma format att skickas ut.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Det har inte gått att med tydlighet se att det som rapporteras och utretts enligt lex Sarah har påverkats av den pågående pandemin.

6.6 Egenkontroll

Hygien

Arbetet med att sprida kunskap och information till alla medarbetare kring basala hygienrutiner och skyddsutrustning har skett kontinuerligt under året. I detta arbete har sjuksköterskor med särskilt ansvar för hygien haft en central roll genom att bistå verksamheterna med kunskap och handledning.

Förvaltningen har fortsatt samarbetet med Vårdhygien på SÅS genom bland annat utbildningar för hygienombud och sjuksköterskor med särskilt hygienansvar.

Egenkontroll hygien har genomförts med hjälp av enkäter och observationer. Analysen visar att förvaltningen liksom tidigare år i hög grad följer de nationella krav som finns kring basala hygienrutiner och klädregler. Exempel på områden där verksamheten når framgång är andelen medarbetare som svarar att handdesinfektion används direkt före vårdnära arbete vilket är positivt för att minska smittspridning. Ytterligare exempel är att mötestider där vårdhygieniska frågor diskuteras har ökat på enheterna, även samarbetet mellan enhetschefer och sjuksköterska med särskilt hygienansvar har ökat. En positiv utveckling är att medarbetarna i betydligt högre grad använder arbetsgivarens arbetskläder och att följsamheten till hygieniska riktlinjer har ökat.

De utvecklingsområden som identifierats handlar bland annat om att det fortfarande finns medarbetare som använder klockor, ringar och lösnaglar etc. Användning av handdesinfektion har ökat men målet är fortfarande inte nått.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Det har även i år varit ett stort fokus på hygienfrågor. Sjuksköterskorna har haft fullt fokus på vaccinationsarbetet vilket kan ha medfört att tid för möten mellan hygienombud och sjuksköterskor med särskilt hygienansvar inte alltid har kunnat prioriteras.

Resultat och erfarenheter från gjorda mätningar har inte återkopplats i samma grad som tidigare år vilket kan bero på arbetsbelastningen.

Brukarundersökning

Den nationella brukarundersökningen i hemtjänsten och på vård- och omsorgsboende har inte genomförts under 2021. Brukarundersökningen kommer att genomföras i början av 2022 och resultatet förväntas publiceras i juni.

Eftersom Socialstyrelsens brukarundersökning inte riktar sig till de som vistats på korttidsverksamheten har förvaltningen utarbetat en egen enkät med frågorna från den nationella undersökningen. Under året var det totalt 211 personer som valde att besvara enkäten. Resultatet visade att 99 % sammantaget är nöjda med sin korttidsvistelse.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Ingen påverkan av pandemin, att den nationella brukarundersökningen inte gjordes berodde på ny upphandling för genomförandet som försenades.

Dokumentation inom hälso- och sjukvård

MAS och MAR har genomfört fördjupad journalgranskning för tre 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.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Granskning har ej kunnat utföras i den omfattning som var planerad på grund av hög arbetsbelastning, både i verksamheterna och för MAS/MAR.

Dokumentation enligt Socialtjänstlagen

Resultatet ligger i stort sett på samma nivå som föregående år. Andelen med aktuell genomförandeplan, inte äldre än sex månader, var 82 % i hemtjänsten, 81% på vård- och omsorgsboende och på dagverksamhet 95 %.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

På grund av pandemin har utbildningsinsatserna pausats vid behov och inte gått att genomföra i önskad utsträckning.

God vård vid demenssjukdom

Statistik se bilaga 1.

Under året har det i BPSD-registret genomförts 662 BPSD-skattningar på totalt 415 brukare, en liten ökning jämfört med föregående år.

Chefsmöten har genomförts i syfte att få samsyn i arbetet kring demens. Inspirationsträffar för BPSD-administratörerna har genomförts i syfte att utbyta erfarenheter och lära av varandra. Ytterligare BPSD-administratörer har utbildats av certifierade BPSD-utbildare.

Inom förvaltningen har fyra dagverksamheter och ett vård- och omsorgsboenden blivit Stjärnmärkta arbetsplatser. Stjärnmärkt arbetsplats innebär att minst 80 procent av medarbetarna har genomfört de fyra utbildningsstegen och arbetar utifrån Svenskt Demenscentrums utbildningsmodell.

En handlingsplan till ”Planering för god vård och omsorg vid demens” har tagits fram.

En stor del av medarbetare inom hemtjänst, korttid, dagverksamheter och vård- och omsorgsboende har utbildats i hur man bemöter personer med demenssjukdom. Medarbetare som tidigare har gått grundutbildningen har erbjudits en heldagsutbildning. Sammanlagt har 465 medarbetare genomgått heldagsutbildningen. Även grundutbildningen har erbjudits och 231 medarbetare har genomgått den.

Även medarbetare inom myndighet har erbjudits utbildningen ”Att möta personer med demens”. Sammanlagt har 35 personer deltagit.

Demensteamet har organiserat flera anhörigcirkel med syfte att anhöriga ska få kunskap och information om demenssjukdomar och bemötandefrågor samt träffa andra i samma situation för utbyte av erfarenheter och upplevelser.

God palliativ vård i livets slutskede

Statistik se bilaga 2.

Under året har en uppföljning av processen för palliativ vård genomförts. Med utgångspunkt från de identifierade utvecklingsområdena och det reviderade nationella vårdprogrammet för palliativ vård har processen med tillhörande rutiner reviderats.

I Viva finns totalt 438 dödsfall registrerade inom VÄF under 2021, vilket är en minskning jämfört med föregående år. Siffrorna avser personer som avlidit inom VÄF, både i egen och privat regi. Under året har 370 dödsfall registrerats i det palliativa registret, varav 91 % var väntade dödsfall.

Inom palliativ vård i livets slutskede finns tre mål varav två utgår från de nationella målområdena för palliativ vård. Målen innebär att samtliga dödsfall ska registreras i det Svenska Palliativregistret och att samtliga dödsfall ska ha en smärtskattning och minst 90 % ska ha en munhälsobedömning sista levnadsveckan. Resultat har tagits fram en gång/kvartal på verksamhets- och enhetsnivå. Gemensam analys av resultaten samt diskussion om åtgärder har genomförts en gång/termin på verksamhetsledning där både enhetschefer från HSV och enhetschefer från verkställigheten deltagit.

84 % av dödsfallen har registrerats i det svenska Palliativregistret vilket är en minskning jämfört med föregående år. Detta innebär att målet att samtliga dödsfall finns registrerade inte nås. En bidragande orsak till att målet inte nås tros fortsatt vara den dubbeldokumentation som legitimerad personal behöver göra vid dödsfall (det vill säga att dokumentera i både Viva och det palliativa registret).

79 % har en aktuell smärtskattning och 69 % har en aktuell munhälsobedömning. Vilket innebär en ökning jämfört med föregående år. Det ses inga skillnader i resultatet mellan män och kvinnor men en viss skillnad i resultaten kan ses mellan de olika verksamheterna. I jämförelse med nationell statistik för samtlig kommunal verksamhet visar att Borås Stad har ett bättre resultat.

Under året har det registrerats 41 dödsfall där Covid-19 har valts med pågående, misstänkt eller genomgången diagnos, 38 av dessa var väntade dödsfall. 84 % hade en aktuell smärtskattning och 71 % hade en aktuell munhälsobedömning.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Resultatet från det palliativa registret visar i stort sett inga skillnader om man jämför samtliga dödsfall och de med diagnos Covid-19.

Hälso- och sjukvårdsinsatser

Statistik bilaga 3.

I IT systemet MCSS signeras hälso- och sjukvårdsinsatser digitalt som utförs av baspersonal på delegering eller instruktion. Det har bidragit till att synliggöra de hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs i förvaltningen. Om de inte utförs eller utförs för sent ska en avvikelse skrivas. På förvaltningen har 4 079 353 insatser varit avsedda att signeras utav dessa är 4 % ej signerade det vill säga 160 000 insatser. Icke signerade insatser ska dokumenteras i en avvikelse vilket kan ses i avvikelsestatistiken att det inte görs.

På vård och omsorgsboende har det utförts 2 463 495 insatser. 98 % är signerade.

Inom ordinärt boende har det utförts 1 456 169 insatser. Av dessa är 93 % signerade.

Båda områdena har ökat i andelen signerade insatser sen föregående år men det finns fortfarande ett förbättringsområde att samtliga insatser ska vara signerade.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Utförandet av insatser kan ha påverkats då ordinarie medarbetare varit sjuka och vikarier arbetat i verksamheten.

Läkemedel

Målet är att minska olämpliga läkemedel såsom psykofarmaka (inklusive lugnande läkemedel, sömnmedel). Dessa läkemedel räknas som olämpliga eftersom de ger biverkningar som t.ex. förvirring och ökad fallrisk. Vårдинventeringen visar att 21 % av patienterna som har helt övertaget läkemedelsansvar på vård- och omsorgsboende har behandling med tre eller fler olämpliga läkemedel. Detta är en ökning jämfört med föregående år, som då var 18 %.

Det har registrerats 35 avvikelser om misstanke om svinn och stöld av läkemedel vilket är färre jämfört med föregående år, som var 48 avvikelser. En bidragande orsak kan vara en större användning av nyckelfria läkemedelsskåp. Inga patienter har blivit utan läkemedel och avvikelserna har utretts av respektive verksamhet och MAS.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

I nuläget går det inte att säga att pandemin har påverkat området läkemedel.

Läkemedelsgenomgångar

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

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

Resultaten i den statistik som togs fram i oktober månad visade att 42 % på vård- och omsorgsboende hade en aktuell läkemedelsgenomgång. Det är en minskning jämfört med föregående år då 50 % hade en aktuell läkemedelsgenomgång.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Färre läkemedelsgenomgångar då det varit hög arbetsbelastning både på kommun och i primärvården.

Läkemedelshantering kvalitetsgranskning

Har inte gjorts under 2021 Årlig granskning ska genomföras enligt läkemedelsföreskriften och framtagna rutiner.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Verksamheten har inte hunnit med att granska området. Beslut togs att skjuta upp detta till 2022.

Mat och måltidsmiljön

Arbetet med att säkra Livsmedelsverkets riktlinjer för måltider inom äldreomsorgen har fortsatt. Fokus har legat på näringsrika måltider integrerat med riskförebyggande åtgärder för att förebygga undernäring.

Ett nytt avtal har tecknats för webbköp av dagligvaror i hemtjänsten och i det nya avtalet inkluderas även färdiga maträtter. Den som av medicinska skäl har behov av specialkost och inte kan få behovet tillgodosett genom ovanstående alternativ, får kyld specialkost från ett av förvaltningens kök.

Nätverksträffar genomförs systematiskt för inköpsombud, hemtjänstkoordinatorer, matdistributörer och berörda kockar. Syftet är att öka kunskapen, kommunikationen och ge stöd i arbetet runt inköp och matdistribution. Hemtjänsten chefer har fått grundläggande utbildning i måltider för äldre och undernäringens problematik hos äldre. Även nätverksträffar med måltidsombud på vård- och omsorgsboende och korttid genomförs.

Arbetet med nutritionprocessen för de som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården kommer slutföras i början på 2022. Rutiner och stödjande dokument är upprättade.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Nätverksträffar fick till viss del genomföras digitalt.

Munhälsa och nödvändig tandvård

Förvaltningen har med utgångspunkt från 2018 års överenskommelse om samverkansprojekt för förbättrad munhälsa hos äldre i Borås Stad tillsammans med Tandvårdsstyrelsen i VGR fortsatt arbetet med munhälsa och nödvändig tandvård. Projektet har fokuserat på att stärka kompetensen i intygsutfärdande, munhälsobedömningar och utförande av daglig munvård.

Målsättningen för arbetet har varit att öka andelen brukare som ska ha rätt till nödvändigt

tandvårdsintyg, men som inte har identifierats av kommunen. Arbete har pågått och målet är uppnått för brukare boende på vård- och omsorgsboende, men arbete krävs för att öka upp antalet för dem som bor i ordinärt boende.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Färre medarbetare än planerat fick utbildning inom hemtjänsten då utbildningarna ställdes in på grund av pandemin.

Riskbedömningar fall, undernäring, trycksår samt munhälsa

Statistik bilaga 4.

Processen för riskförebyggande vårdåtgärder, med tillhörande instruktioner är tydliggjord och implementerad i linjeorganisationen.

Fortsatt implementering av arbetssätt med det tillhörande nationella kvalitetsregistret Senior Alert har under året genomförts inom de verksamheter som inte arbetade enligt processen sedan tidigare. Antalet unika patienter som har en riskbedömning i Senior alert har minskat något jämfört med föregående år.

Vid 90 % av riskbedömningar finns en eller flera risker identifierade. 24 % visar risk för trycksår, 58 % visar risk för undernäring, 79 % visar risk för fall och 35 % visar risk för ohälsa i munnen. I takt med att riskbedömningen har ökat, har verksamheten även lyckats få till ett systematiskt arbete där bakomliggande orsaker kartläggs till riskerna samt att åtgärder både planeras och vidtas i syfte att förhindra/avhjälpa riskerna.

Förutom att riskbedömningarna registreras i Senior alert ska dom även dokumenteras i Viva. Målet att minst 90 % av patienterna har en aktuell riskbedömning i Viva nås inte. En trolig orsak är den dubbeldokumentation som legitimerad personal behöver göra vad gäller både Viva och Senior alert. För att undvika dubbeldokumentation finns Borås Stad med i den satsning som SKR påbörjat, som innebär att integrera kommunernas journalsystem med kvalitetsregistret Senior alert.

Analys av resultaten kopplat mot målen samt diskussion om åtgärder har genomförts en gång/termin på verksamhetsledning där både enhetschefer från HSV och enhetschefer från verkställigheten deltagit.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Trots den ansträngda arbetssituationen för legitimerad personal har verksamheten lyckats komma igång med det riskförebyggande arbetet i kvalitetsregistret Senior alert.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Området skydds- och begränsningsåtgärder är en del i egenkontrollen i syfte att öka kunskapen då denna typ av åtgärder så långt det är möjligt ska undvikas. Ett förbättringsarbete pågår för att kunna följa statistik på insatta skydds- och begränsningsåtgärder på ett strukturerat sätt.

Fyra mätningar har gjorts på vård- och omsorgsboende och snittet visar att 41 % av brukarna har skydds- och begränsningsåtgärder. Det finns en spridning mellan 38-44 %. Antalet boende med dokumenterade skydds- och begränsningsåtgärder kommer över tid att variera beroende på vilka behov de boende har.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Ingen påverkan.

Trycksår

MAS och MAR har genomfört en fördjupad analys av inkomna avvikelserapporter trycksår (33 stycken). Djupgranskningen visar att samtliga trycksår som uppkommit i verksamheten har varit undvikbara.

Vårdinventeringen visar att 6 % av patienterna på vård- och omsorgsboende och 3 % av patienterna inom ordinärt boende och korttid har trycksår. Andelen av trycksåren som tillkommit i vår egen verksamhet har ökat. Bakomliggande orsaker till den höga andelen trycksår är delvis brist på kompetens

hos medarbetare, intern samverkan mellan professioner och att det inte alltid skrivs avvikelser enligt rutin.

På vilket sätt har pandemin påverkat området? Den årliga trycksårsutbildningen har inte kunnat genomföras på två år.

Verksamhetsgranskning

MAS, MAR och SAS har ett gemensamt arbetssätt gällande verksamhetsgranskningar. De utförs tillsammans med verksamheten i form av workshop med fokus på brukarens/patientens delaktighet. Inför workshop tillfrågas några brukare/patienter att svara på frågor kring delaktighet.

Två verksamhetsgranskningar har genomförts i verkställigheten, en i hemtjänsten och en på vård- och omsorgsboende. Genomförda granskningar visar att brukarens/patienters delaktighet kan förbättras.

Verksamhetsgranskning har genomförts på myndighet av SAS med fokus på uppföljning av insatser samt arbetssätt vid orosanmälningar.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Flera planerade verksamhetsgranskningar har fått ställas in och flyttas till nästkommande år.

Öppna jämförelser äldreomsorg/socialtjänst samt enhetsenkät

Det finns inget uttalat mål inom öppna jämförelser. Resultatet sammanställs i en handlingsplan i förvaltningen när det gäller äldreomsorgen och en gemensam handlingsplan i klustret för socialtjänsten. Beslut fattas sedan om fortsatt arbete.

Resultatet i Öppna jämförelser av vård och omsorg till äldre är i stort sett lika med föregående års resultat. Ett förbättringsområde är bland annat att minska olämpliga läkemedel. Enhetsenkäten till hemtjänst och vård- och omsorgsboende (gjordes inte 2020 och 2021) samt enkäten Öppna jämförelser socialtjänst, undersöker hur samverkan i kommunen sker kring den enskilde, både internt och externt. Flertalet av de efterfrågade rutinerna och arbetssätten har upprättats eller är under framtagande inför kommande år.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Förbättringsområdena i handlingsplanen är pausade.

7 Verksamhet upphandlad enligt LOU eller LOV

Under året har tre LOV företag som inte fått godkännande av IVO att bedriva verksamhet valt att avsluta sin verksamhet. Två av företagen togs över av ett nyetablerat LOV företag i staden. Inför 2022 finns det tre LOV företag inom hemtjänsten.

MAS/MAR har efter flertal avvikelser utfört händelseanalys och en uppföljning med ett av företagen.

Legitimerad personal har ansvar för den kommunala hälso- och sjukvården inom upphandlad verksamhet, både LOU och LOV. Statistiskt avvikelser se bilaga 11.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Förvaltningen har regelbundet haft kontakt med de privata utförarna för information om pandemin. MAS/MAR:s rutiner har även omfattat de privata utförarna.

8 Mål och aktiviteter för kommande år

Vård- och äldreförvaltningen har att förhålla sig till de övergripande mål som finns i budget 2022 från Kommunfullmäktige och till de mål som Vård- och äldrenämnden fastslagit samt till de fyra nya visionsområdena som tagits fram under 2021.

Förvaltningens förmåga att långsiktigt möta invånarnas skiftande behov beror på skickligheten att attrahera och rekrytera medarbetare med rätt kompetens och sedan behålla och utveckla dem för framtidens krav och förändringar. Det kan även handla om att avveckla eller ställa om kompetens för att uppnå verksamhetens mål.

Fortsatt arbete utifrån vårdsamverkan att fler planeringar ska ske i brukaren/patientens hem. Patient/brukarens delaktighet stärks när planeringen sker i den nära hemmiljön där vård och omsorg sedan ska tillgodoses. Målet är att öka antalet planeringar i brukaren/patientens hem och minst hälften av alla planeringar bör vara en SIP enligt riktlinjen.

Forskningsprojektet med samtalsmattor som är ett bildbaserat kommunikationshjälpmedel kommer att fortsätta. Samtalsmattorna har testats i hemtjänsten och av biståndshandläggare för att underlätta kommunikation med dem som har svårt att uttrycka sig, ex vid demenssjukdom.

I hemtjänsten, på vård- och omsorgsboende och på korttid planeras fortsatta utbildningsinsatser utifrån socialtjänstens krav på dokumentation.

Det har framkommit det finns viss brist i kunskap kring rapportering enligt lex Sarah. Detta kommer att lyftas under 2022 och åtgärder kommer att genomföras för att öka kunskap och kompetens.

Parallellt med förändringsarbetet kring matdistribution och upphandling av ny leverantör för dagligvaror och färdiga maträtter för dem i ordinärt boende så har en handlingsplan tagits fram som implementeras under 2021-2022. Den omfattar aktiviteter som kvalitetssäkrar förändringsarbetet samt livsmedelsverkets riktlinjer för måltider inom äldreomsorgen, likställt med handlingsplanen för vård- och omsorgsboenden, korttid och dagverksamhet. I första hand kommer hemtjänstens inköpsombud, hemtjänstkoordinatorer, myndighets handläggare och deras chefer få informationer/utbildning, därefter planeras ett mer digitalt upplägg för alla som arbetar med måltider i någon form på förvaltningen.

Under 2022 kommer arbetet runt nutritionsprocessen att fokusera på de som inte är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården.

Arbetet med den nationella handlingsplanen för att öka patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024 ”Agera för säker vård” fortsätter.

Fortsatt arbete för att säkerställa hantering av medicintekniska produkter i ett ledningssystem.

Ett utvecklingsarbete att rapportera, utreda och följa upp organisatoriska avvikelser påbörjas.

Fortsatt arbete med att utveckla förvaltningens huvud-, lednings- och stödprocesser:

- Processen ”att tillhandahålla omsorg och stöd” ska färdigställas och utvecklingsplan ska tas fram i syfte att säkra kvalitet enligt lagkrav och övrig författningsreglering samt IBIC-arbetsätt. Under 2022 ska den delen av processen som beskriver verkställighet av insatser färdigställas.
- Processen ”att tillhandahålla hälso- och sjukvård” kommer att fokusera på att implementera aktiviteterna kopplat mot arbetsterapeuter/fysioterapeuter och att utveckla aktiviteterna kopplat mot sjuksköterskor. Arbeta kommer även att bedrivas inom processerna för läkemedel, delegering och riskförebyggande vårdåtgärder.
- Fortsatt arbete inom hälso- och sjukvården med att säkra vården och omsorgen med utgångspunkt från nationella riktlinjer inom flera områden och diagnoser som vägledning för hälso- och sjukvårdsfrågor.
- Processen ”att rapportera, utreda och följa upp avvikelser och lex Sarah” kommer att utvecklas

vidare bland annat i syfte att säkerställa kvalitén på både det som rapporteras som avvikelser men även på de utredningar och uppföljningar som görs.

- Processen ”att säkerställa en god palliativ vård i livets slutskede” kommer att fokusera på att nå de nationella målområden som finns framtagna.

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

MAS och MAR kommer fortsätta följa trycksår även detta år och ska ta fram ett material som stöd och hjälp i arbetet med att förebygga och undvika trycksår.

Andelen patienter med övertaget läkemedelsansvar som har olämpliga läkemedel behöver minska och utvecklingsarbeten behöver genomföras både internt och i vårdssamverkan.

Nationellt och regionalt pågår en omställning av vården som kommer påverka kommunen.

Omställningen benämns nära vård. Detta ställer större krav på kommunens hälso- och sjukvård, socialtjänst och regionen. Arbetet med färdplan nära vård kommer under året att intensifieras då remissarbete pågår samt att arbetet med en delregional färdplan i Södra Älvsborg har påbörjats. En projektledare har anställts under en två års period för att hålla samman förvaltningens arbete kring nära vård.

FVM är en digitaliseringssatsning och VGR har tecknat avtal om ett sammanhållet IT-system, Millenium, som kommer att bli en plattform för att ge stöd till bland annat informationsförsörjningen mellan olika vårdgivare. Borås Stad och övriga kommuner i Västra Götaland har ett pågående samarbete i frågan. Resurser har tillsatts för förändringsarbete och införandet av FVM kommer att ske i etapper och pågå fram till år 2024.

Fortsätta arbetet med att införa och utveckla välfärdsteknik enligt den plan som nämnden tagit fram samt följa upp effekterna för brukare/patient, medarbetare och chefer.

I uppdraget som modellkommun har Borås Stad varit med och tagit fram en nationell webbutbildning inom förändringsledning. Målet är att chefer inom Vård- och äldreförvaltningen ska genomgå utbildningen under 2022. Förändringsledning och nyttorealiserings har stark sammankoppling, då det är omställningen i verksamheten som ger resultat i arbetet med nyttorealiserings. Båda arbetsmodellerna bidrar till att säkra god kvalitet för brukare och patienter. Exempel på där välfärdsteknik som kan förbättra säkerheten är att mer dokumenteras i direkt anslutning till insatsen om den kan göras mobilt.

En integrering mellan Viva och Senior alert planeras i syfte att kvalitetssäkra data som skickas till nationella kvalitetsregister samt att undvika dubbeldokumentation. Arbetet bedrivs i samverkan med SKR och Cambio.

Under 2022 kommer ett ledningssystem för informationssäkerhet att införas.

Förvaltningen behöver också förhålla sig till de som sker i omvärlden och några förändringar i form av lagförslag och utredningar är:

- utredningen med förslag till ny socialtjänstlag
- utredningen för utarbetande av en äldreomsorgslag och förslag för stärkt medicinsk kompetens i den kommunala hälso- och sjukvården
- införandet av en nationell omsorgsplan
- utredningen om fast omsorgskontakt i hemtjänsten
- utredningen om informationsöverföring inom vård och omsorg
- lagförslag om skyddad yrkestitel för undersköterskor

Bilagor

Bilaga 1 God vård vid demenssjukdom

Bilaga 2 God palliativ vård i livets slutskede

Bilaga 3 MCSS

Bilaga 4 Riskbedömningar fall, undernäring, trycksår samt munhälsa

Bilaga 5 Avvikelser HSL övriga

Bilaga 6 Avvikelser läkemedel

Bilaga 7 Avvikelser fall

Bilaga 8 Avvikelser SoL

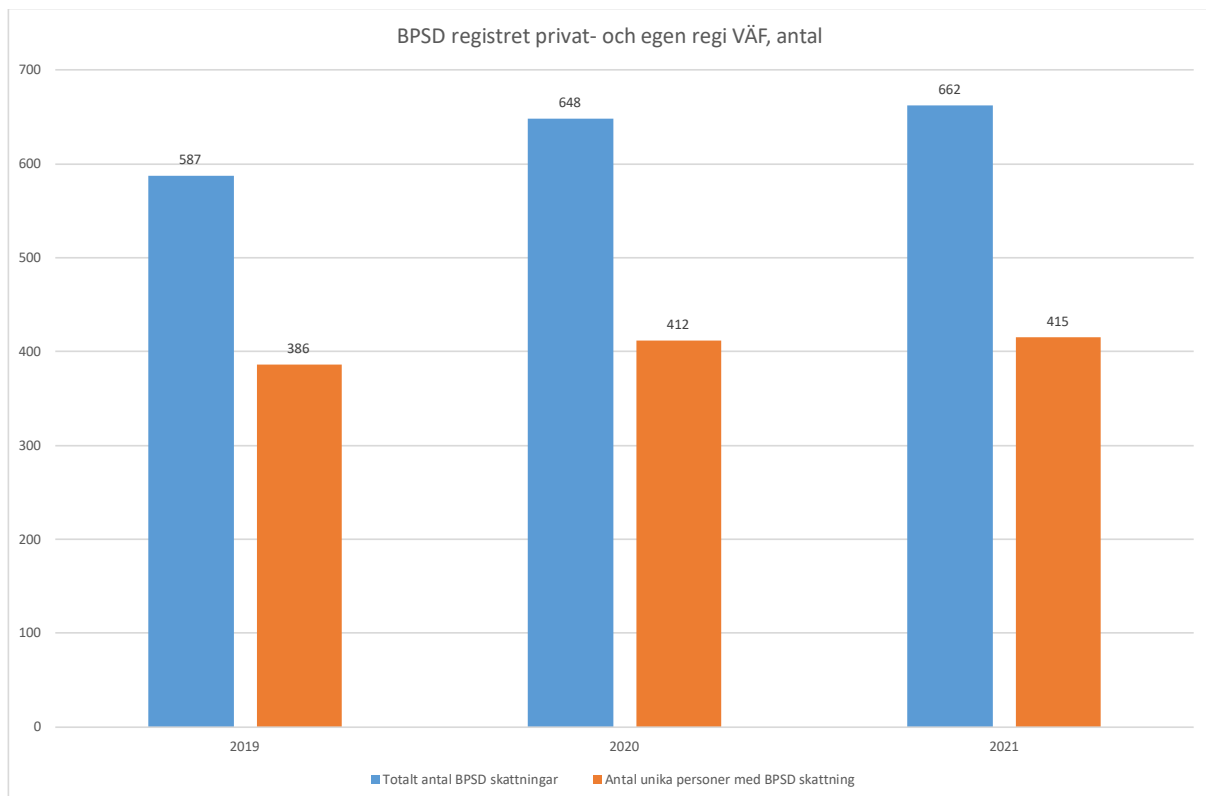
Bilaga 9 Synpunkter

Bilaga 10 Lex Sarah

Bilaga 11 Avvikelser HSL, privata utförare

Bilaga 1 God vård vid demenssjukdom

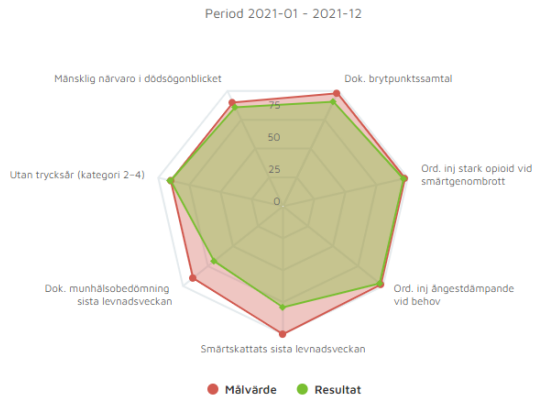
Antal skattningar i BPSD registret, privat- och egen regi



Bilaga 2 God palliativ vård i livets slutskede

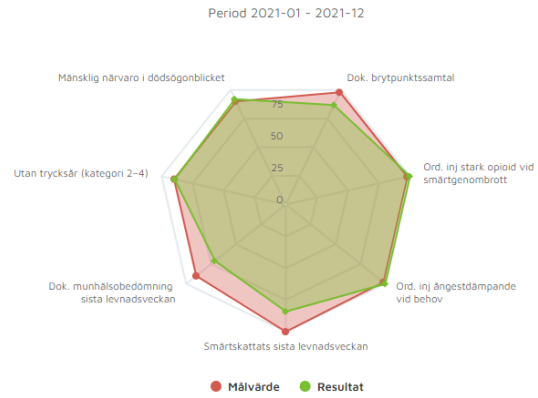
Resultat samtliga dödsfall som har registrerats i det palliativa registret, privat och egen regi
(Total 333 väntade dödsfall finns registrerade)

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

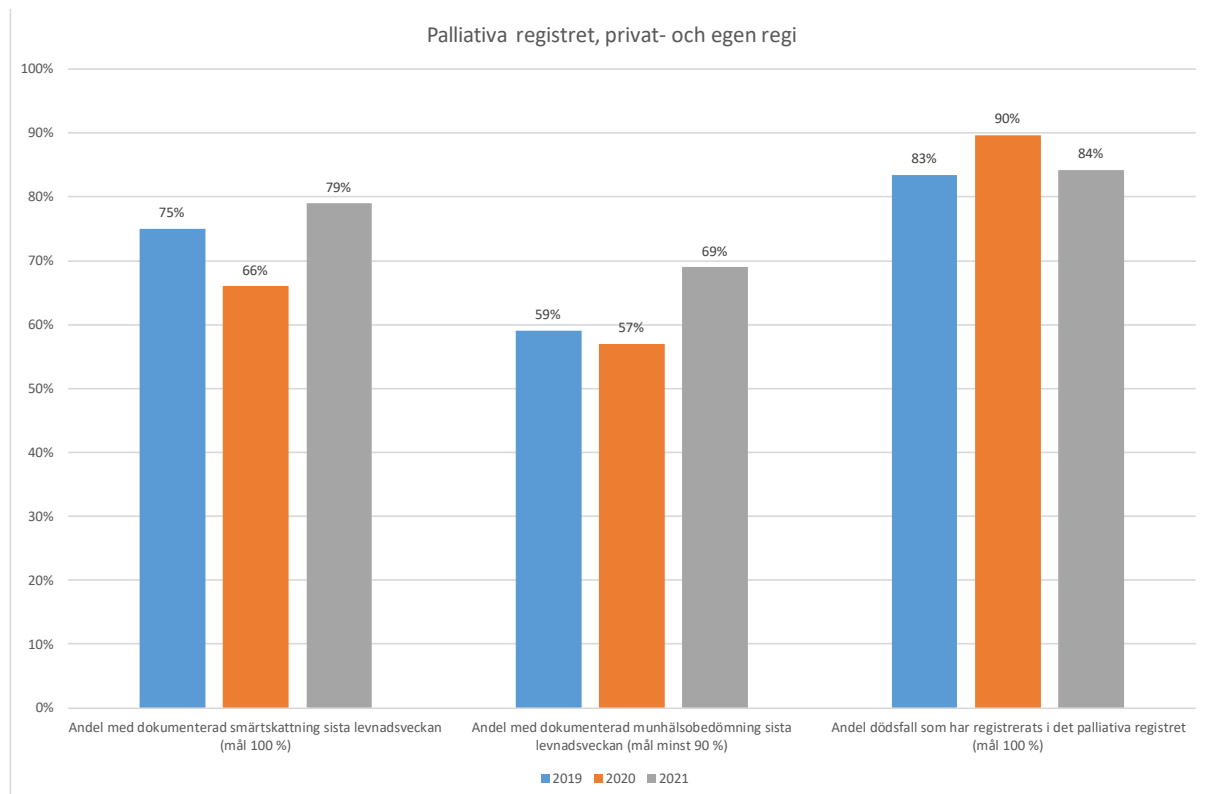


Resultat där koden Covid-19 angetts (pågående, misstänkt, genomgången), privat och egen regi
(Total 38 väntade dödsfall finns registrerade)

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Resultat samtliga dödsfall kopplat mot förvaltningens målområden, privat och egen regi



Bilaga 3 MCSS, digital signering av HSL insatser utförda av baspersonal

AT = arbetsterapeutinsats

FT = fysioterapeutinsats

Narkotika = att ge och kontrollräkning av narkotika

Läkemedel = att ge eller tillföra läkemedel till patient

Övrig HSL = vändningar, kontroll av madrasser mm

Alla insatser totalt: 4 079 353 varav 96% är signerade

Vård och omsorgsboende egen regi

Uppgift	Antal	Procent
Alla	2061462	98
AT	10554	94
FT	31235	90
Läkemedel	1595514	99
Övrig HSL	350738	97
Narkotika	10334	97

Vård och omsorgsboende privat regi

Uppgift	Antal	Procent
Alla	418034	99
AT	4702	96
FT	11958	93
Läkemedel	342293	99
Övrig HSL	45134	98
Narkotika	1686	97

Hemtjänst egen regi

Uppgift	Antal	Procent
Alla	1339295	92
AT	9416	84
FT	35628	74
Läkemedel	1097241	94
Övrig HSL	173898	87
Narkotika	9627	92

Hemtjänst privat regi

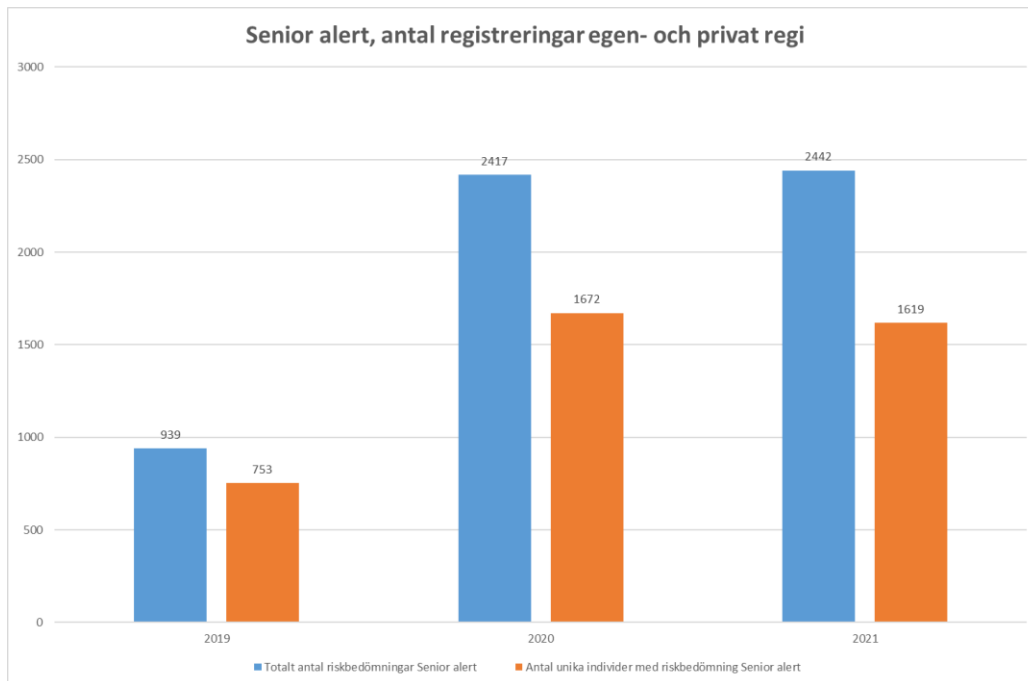
Uppgift	Antal	Procent
Alla	109926	95
AT	269	90
FT	4802	89
Läkemedel	92395	96
Övrig HSL	10420	90
Narkotika	1481	96

Korttider

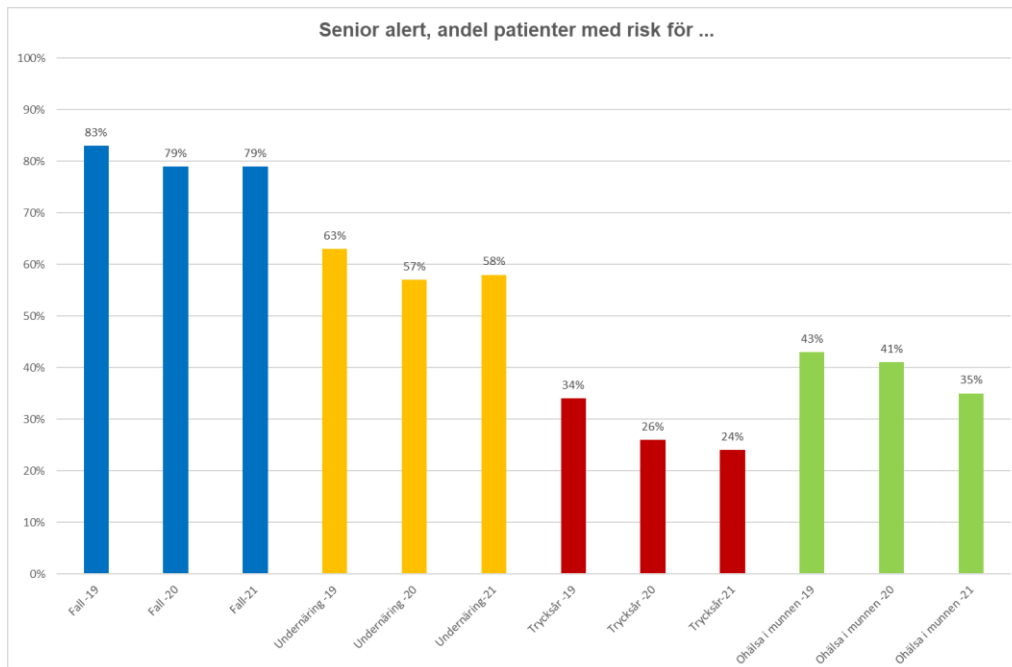
Uppgift	Antal	Procent
Alla	138033	93
AT	713	90
FT	4683	78
Läkemedel	110858	94
Övrig HSL	18216	91
Narkotika	670	90

Bilaga 4 Riskbedömningar fall, undernäring, trycksår samt munhälsa

Antal riskbedömningar i Senior alert, egen- och privat regi



Andel patienter med risk enligt Senior alert, egen och privat regi



Bilaga 5 Avvikelser HSL övrigt

Typ av avvikelser HSL övrigt

	Informations- överföring	Dokumentation	Planering av vård	Hälsa/sjukvårds- åtgärd SSK, ART, FT	Hälsa/Sjukvårds- insats utförd av baspersonal	Medicinteknisk produkt	Trycksår	Annat
VÄF, egen regi totalt 2019	421	469				260	40	
VÄF, egen regi totalt 2020	118	198	63	111	596	65	45	306
VÄF, egen regi totalt 2021	108	204	55	91	579	80	33	217

Bilaga 6 Avvikelser läkemedel

Antal registrerade avvikelser

	Läkemedel
VÄF totalt 2019	5076
VÄF totalt 2020	5705
VÄF totalt 2021	5695

Inom vilka verksamheter inträffar läkemedelsavvikelser?

2021	Läkemedelsavvikelser
VÄF Dagverksamhet	1
VÄF Hemtjänst	3 529
VÄF Korttid	293
VÄF Natt/Larm	3
VÄF Vård- och omsorgsboende	1 869
VÄF totalt	5 695

Bilaga 7 Avvikelser fall, egen regi

Antal fallavvikelser som har rapporterats

	Fallavvikelser
VÄF totalt 2019	6907
VÄF totalt 2020	6665
VÄF totalt 2021	7688

Inom vilka verksamheter inträffar fallen?

2021	Fallavvikelser
VÄF Dagverksamhet	9
VÄF Hemtjänst	3 449
VÄF Korttid	386
VÄF Natt/Larm	865
VÄF Vobo	2 979
VÄF totalt	7 688

Bilaga 8 Avvikelser SoL

Antal SoL avvikelser som har rapporterats i Viva verkställighet

	SoL avvikelser (i Viva)
VÄF totalt 2019	1035
VÄF totalt 2020	886
VÄF totalt 2021	890

Under 2020 gjordes en förändring i Viva. I ovanstående statistik för 2019 ingår de lex Sarah rapporter som verksamheten rapporterat till SAS. Från och med 4 februari 2020 rapporteras detta via en speciell rapportmall i Viva, och finns därför inte med i 2020 och 2021 års statistik.

Inom vilka verksamheter rapporteras SoL avvikelserna

2021	SoL avvikelser (i Viva)
VÄF Dagverksamhet	5
VÄF Hemtjänst	451
VÄF Myndighet	76
VÄF Korttid	14
VÄF Natt/Larm	15
VÄF Vobo	329
VÄF totalt	890

Bilaga 9 Synpunkter, egen regi

Verksamhetsområde	Antal	Vanligaste verksamhetsspecifika synpunkten
Förebyggande, korttid, larm och nattorganisation	34	Tolv beröm, klagomål på information och fysisk miljö
Myndighet	13	Klagomål på tjänst, frågor och förslag på tjänst
Hemtjänst, egen regi	56	Tolv beröm, klagomål på tjänst
Hälso- och sjukvård	13	Klagomål på tjänst
Vård- och omsorgsboende, egen regi	15	Fyra beröm, klagomål på tjänst och fysisk miljö
Kost, lokalvård, vaktmästeri	9	Klagomål på tjänst
Övergripande	7	Ett beröm, frågor och förslag
Totalt för förvaltningen	147	

Kommungemensamma kriterier	Beröm 2021	Fråga 2021	Förslag 2021	Klagomål 2021	Totalt 2021
Bemötande	12	0	1	14	27
Fysisk miljö	1	0	1	22	24
Information	0	6	2	12	20
Tjänster	16	9	7	44	69
Totalt	29	15	11	92	147

Privata utförare har fått nio synpunkter under året men de redovisas inte här

Bilaga 10 Lex Sarah, egen regi

Antal lex Sarah som har rapporterats i Viva under 2021

2021	lex Sarah rapporter (i Viva)
VÄF Dagverksamhet	0
VÄF Hemtjänst	15
VÄF Myndighet	2
VÄF Korttid	0
VÄF Natt/Larm	0
VÄF Vobo	34
VÄF totalt	51

Lex Sarah Utredning, 20210101 - 20211231							
ärende som avslutats under året							
Från Viva Lex							
Vård och äldreförvaltningen							
	LEX VÄF Dagverksamhet	LEX VÄF Hemtjänst	LEX VÄF Korttid	LEX VÄF Larm/nattorganisatio- nen	LEX VÄF Myndighet	LEX VÄF Vobo	TOTALT
1. Utredning avslutas - inget missförhållande		3			2	3	8
2. Utredning avslutas - risk för missförhållande		4		2		10	16
3. Utredning avslutas - missförhållande		1				14	15
4. Utredning avslutas - påtaglig risk för allvarligt missförhållande							
5. Utredning avslutas - allvarligt missförhållande				1		1	2
TOTALT		8		3	2	28	41

Lex Sarah, avslut utan utredning, 20210101 - 20211231					
ärende som avslutats under perioden					
Från Viva Lex					
Vård och äldreförvaltningen					
	LEX VÄF hemtjänst	LEX VÄF Larm/nattorganisatio- nen	LEX VÄF Myndighet	LEX VÄF Vobo	TOTALT
LEX - Avslutas utan vidare utredning, åtgärd vidtagen				4	4
LEX - Avslutas utan åtgärd, ej missförhållande	6			5	11
LEX - Avslutas, rapportering från annan verksamhet					
LEX - Avslutas, vidare hantering som avvikelser				1	1
Ej inledda utredning					
"Blankt"					
TOTALT	6			10	16

Bilaga 11 Avvikelser HSL - privata utförare

HSL övrigt, läkemedel och fall

2021 Helår	Informationsöverföring	Dokumentation	Planering av vården	Hälsa- och sjukvårdsåtgärd utförd av legitimerad personal	Hälsa/Sjukvårdsinsats utförd av baspersonal	Medicinteknisk produkt	Trycksår	Annat	Läkemedel	Fall
Privat VÅF Hemtjänst	2	9	1	1	33	3	0	4	158	59
Privat VÅF Vobo	7	2	6	7	57	15	9	14	269	517

Karin Redberg
Handläggare
033 353583

Datum
2022-03-29

Instans
**Vård- och äldre-
nämnden**
Dnr VAN 2022-00022 1.1.3.1

Rapportering av Vård- och äldre- nämndens personuppgiftsbehandlingar 2021

Vård- och äldre- nämndens beslut

Vård- och äldre-
nämnden beslutar att godkänna sammanställning av Vård- och
äldre-
nämndens personuppgiftsbehandlingar för 2021 och lägga den till
handlingarna.

Ärendet i sin helhet

Dataskyddsförordningen artikel 30 ställer krav på att varje organisation ska föra
ett register över de personuppgiftsbehandlingar som utförs i den verksamhet
som organisationen ansvarar för. För kommuner är det varje nämnd som har
självständigt verksamhetsansvar, som räknas som personuppgiftsansvarig.
Nämnden får årligen en rapportering med en sammanställning över de
personuppgiftsbehandlingar som sker inom nämndens ansvar.

Beslutsunderlag

1. Sammanställning av Vård- och äldre-
nämndens personuppgiftsbehandlingar
2021.

Samverkan

Informeras vid FSG 2022-03-23.

Beslutet expedieras till

1. Nämndens dataskyddsombud

Johan Wikander
Ordförande

Maria Jonsson
Förvaltningschef

Sammanställning av personuppgiftsbehandlingar 2021

Vård- och äldre nämnden

Inledning

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

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

Behandling av personuppgifter

Antal registrerade personuppgiftsbehandlingar januari – december 2021

Antal 2021	215 st.
------------	---------

Behandlingar med känsliga personuppgifter

Vissa personuppgifter kräver enligt dataskyddsförordningen extra starkt skydd. Känsliga personuppgifter enligt artikel 9 är följande:

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

Utgångspunkten är att det är förbjudet att behandla sådana personuppgifter. Det finns dock flera undantag från förbudet, exempelvis inom social omsorg, hälsa- och sjukvård, förebyggande hälsa, och förvaltning av IT-system som rör social omsorg eller hälso- och sjukvård. Hantering av känsliga personuppgifter får bara ske av personer som har tystnadsplikt. Vård- och äldreomsorgens huvuduppgifter innebär per automatik hantering av känsliga personuppgifter och omfattas av de undantag där detta är tillåtet enligt GDPR.

Antal känsliga behandlingar	110 st.
-----------------------------	---------

Konsekvensbedömningar av känsliga behandlingar

EU:s dataskyddsförordning ställer i artikel 35 krav på att en konsekvensbedömning genomförs av personuppgiftsansvarig innan känsliga behandlingar av personuppgifter genomförs. Detta ska göras om en behandling, särskilt med användning av ny teknik och med beaktande av dess art, omfattning, sammanhang och ändamål, sannolikt leder till en hög risk för fysiska personers rättigheter och friheter. Vård- och äldreomsorgen har system och rutiner för när och om

konsekvensbedömningar ska genomföras. Bedömningar görs i samarbete med Borås Stads Dataskyddsbud.

Antal konsekvensbedömningar	0 st.
-----------------------------	-------

Personuppgiftsincidenter

Här anges antalet personuppgiftsincidenter för år 2021. Varje personuppgiftsincident rapporteras till integritetsskyddsmyndigheten (IMY).

Antal personuppgiftsincidenter	0 st.
--------------------------------	-------

Verksamhetstillsyn

Vård- och äldre nämndens verksamhetstillsyn består i att alla enheter årligen gör en egenkontroll och rapporterar in i systemet Statsys. Detta skedde i augusti 2021.

Johan Norbelie
Handläggare
033 355306Datum
2022-03-29Instans
**Vård- och äldre-
nämnden**
Dnr VAN 2022-00030 1.1.3.1

Uppföljning av förenklat beslutsfattande

Vård- och äldre- nämndens beslut

Vård- och äldre-
nämnden noterar informationen om uppföljning av förenklat beslutsfattande, och lägger informationen till handlingarna.

Ärendet i sin helhet

Den 12 december 2019 beslutade Vård- och äldre-
nämnden att införa förenklat beslutsfattande inom socialtjänsten för insatserna *stöd med städning* från 80 år, *stöd med tvätt* från 80 år, och *digitalt stöd* från 75 år. Vård- och äldre-
förvaltningen har uppdragits att ett år efter införandet göra en uppföljning av den nya beslutsformen och redovisa erfarenheterna för nämnden. På grund av pandemin sköts införandet upp till 1 oktober 2020. Uppföljningen gäller perioden november 2020 till och med oktober 2021.

Det är inte möjligt att dra några långtgående slutsatser om brukarnas upplevelse av förenklat beslutsfattande utifrån uppföljningen då många har insatser både inom förenklat och traditionellt beslutsfattande. Den tydligaste bilden som framträder är att brukarna upplever att det är enkelt att ansöka om insatser, oavsett vilket lagrum som tillämpas.

Volymerna för städ och tvätt har inte förändrats nämnvärt efter införandet av förenklat beslutsfattande vilket innebär att den nya beslutsformen inte heller fått någon påverkan på kostnaderna. Att volymerna varit oförändrade antyder att de kriterier Vård- och äldre-
nämnden angav ligger i linje med boråsarens typiska behov. Att pandemin pågått under hela perioden medför en viss osäkerhet i slutsatserna då pandemin påverkat människors benägenhet att ansöka om insatser, eller vilja att få insatser utförda.

Beslutsunderlag

1. Uppföljning av förenklat beslutsfattande, rapport 2022-03-01

Samverkan

Informerades vid FSG 2022-03-23

Beslutet expedieras till

1. Ingen expediering

Johan Wikander
Ordförande

Maria Jonsson
Förvaltningschef



RAPPORT

Datum
2022-03-11

Dnr:VÄN2022-00030

Sida
1(12)

Uppföljning av förenklat beslutsfattande

Vård- och äldrenämnden

Sammanfattning

Den 12 december 2019 beslutade Vård- och äldrenämnden att införa förenklat beslutsfattande för insatserna *stöd med städning* från 80 år, *stöd med tvätt* från 80 år, och *digitalt stöd* från 75 år. På grund av pandemin sköts införandet upp till 1 oktober 2020.

Uppföljningen gäller perioden november 2020 till och med oktober 2021. Uppföljningen visar att Vård- och äldrenämndens verksamheter inte nått nya brukare i någon stor utsträckning genom att införa förenklat beslutsfattande. Däremot har insatsen digitalt stöd inneburit att nya brukare har kunnat nås.

Hur handlägningsprocessen och grunder för beslutsfattande ser ut verkar ha mindre betydelse för brukarnas benägenhet att söka äldreomsorg. Vilka insatser som erbjuds har större betydelse. Utifrån ett förebyggande perspektiv och utifrån erfarenheterna av förenklat beslutsfattande verkar det vara mer effektivt att fokusera på att utveckla olika förebyggande insatser och stöd än att förändra handlägningsprocessen.

Förenklat beslutsfattande inom serviceinsatserna stöd med städ och stöd med tvätt har inte inneburit några stora förändringar på hemtjänstpersonalens arbetssätt, uppföljning eller dokumentation.

Uppföljningen visar att handläggningen inte blir enklare så länge samma insatser kan beviljas inom både förenklat och traditionellt beslutsfattande. Men i de fall en separat insats enbart beviljas inom förenklat beslutsfattande blir handlägnings- och beslutsprocessen enklare.

Det är inte möjligt att dra några långtgående slutsatser om brukarnas upplevelse utifrån uppföljningen. Det är alltför mycket osäkerhet kring hur de tolkat frågorna i relation till om de har insatser både inom förenklat och traditionellt beslutsfattande. Den tydligaste bilden som framträder är att brukarna upplever att det är enkelt att ansöka om insatser, oavsett vilket lagrum som tillämpas.

Utifrån att volymerna för städ och tvätt inte förändrats efter införandet har det inte heller fått någon påverkan på kostnaderna. Att volymerna varit oförändrade antyder att de kriterier Vård- och äldrenämnden angav ligger i linje med boråsarens typiska behov.

Om flera insatser ska införas inom förenklat beslutsfattande föreslår de intervjuade biståndshandläggarna trygghetslarm och dagverksamhet. Effekter och konsekvenser bör dock utredas noga då det finns risk att det sociala arbetet försämras och möjligheterna att fånga de äldres behov minskas.

Det bör även övervägas om insatserna stöd med städ och stöd med tvätt fortsättningsvis ska kunna beviljas genom förenklat beslutsfattande eller om de enbart ska beviljas utifrån socialtjänstlagen 4 kap 1 §.

För att kunna maximera nyttan med digitalt stöd och kombinera det med seniorhälsokonsulenternas förebyggande arbete bör det övervägas om insatsen digitalt stöd ska vara en öppen insats i stället för att föregås av biståndsbeslut.

Innehåll

Uppföljning av förenklat beslutsfattande.....	1
Sammanfattning	2
Innehåll	3
1 Inledning och bakgrund.....	4
2 Brukarnas erfarenheter	5
3 Erfarenheter från verksamheterna.....	7
3.1 Statistik över beviljade insatser	7
3.2 Ekonomi.....	7
3.3 Biståndshandläggarnas erfarenheter	8
3.3.1 Handläggningen	8
3.3.2 Ytterligare insatser.....	9
3.4 Utförarnas erfarenheter	9
3.4.1 Hemtjänstpersonalen.....	9
3.4.2 Seniorhälsokonsulenterna	10
4 Slutsatser och analys.....	11

1 Inledning och bakgrund

Den 1 juli 2018 infördes bestämmelsen om förenklat beslutsfattande i socialtjänstlagen 4 kap. 2a§. Bestämmelsen har innebörden att socialnämnden utan föregående behovsprövning får erbjuda hemtjänst till äldre personer. Syftet är att ge kommuner möjlighet att bevilja äldre personer insatser inom äldreomsorg på ett enklare sätt.

Förenklat beslutsfattande har inte som syfte att utöka omfattningen av insatser som i annat fall beviljas enligt traditionellt beslutsfattande med ansökan, utredning och beslut.

Den 12 december 2019 beslutade Vård- och äldrenämnden att införa förenklat beslutsfattande. Bakgrunden till beslutet är en motion om *ökad valfrihet och mindre byråkratisk biståndsbedömning för äldre* (M, C, L, KD). Motionärerna ville öka äldres självbestämmande och valmöjligheter genom att återinföra förenklad biståndsbedömning i Borås.

Förenklat beslutsfattande gäller för insatserna *stöd med städning* från 80 år, *stöd med tvätt* från 80 år, och *digitalt stöd* från 75 år. Stöd med städning beviljas en gång per hushåll var tredje vecka. Stöd med tvätt beviljas en gång per hushåll varannan vecka. Digitalt stöd kan uppgå till max 8 timmar per person och år, fördelat på max fyra tillfällen. Om två personer i en hushållsgemenskap ansöker om digitalt stöd kan det beviljas med max 12 timmar per år, fördelat på max sex tillfällen. Om behoven överstiger det som beviljas inom förenklat beslutsfattande övergår ansökan till att handläggas genom traditionellt beslutsfattande. Digitalt stöd beviljas inte alls genom traditionellt beslutsfattande.

På grund av pandemin sköts införandet upp till 1 oktober 2020. Uppföljningen gäller perioden november 2020 till och med oktober 2021.

Uppföljning fokuserar på besluts- och handläggningsprocessen och utgår från perspektiven: Brukarna, medarbetarna och ekonomin.

Den nya insatsen digitalt stöd som infördes i samband med förenklat beslutsfattande ingår inte i uppföljningen.

2 Brukarnas erfarenheter

För att ta reda på brukarnas erfarenheter av förenklat beslutsfattande skickades en enkät till 78 brukare som hade verkställt beslut den 13 december 2021. 46 brukare besvarade enkäten vilket ger en svarsfrekvens på 59 procent.

De allra flesta brukare som har tvätt eller städ genom förenklat beslut har även andra insatser inom traditionellt beslutsfattande. Det går därför inte att dra några säkra slutsatser om hur brukarna upplevt just processen kring förenklat beslutsfattande genom en enkät. Biståndshandläggarna upplever att brukarna har svårt att uppfatta skillnaden mellan de olika handläggnings- och beslutsformerna (mer om det under 3.3.1 nedan).

Av svaren framgår att de allra flesta (87 procent) upplevde att det var enkelt att ansöka om insatserna (diagram 1). 70 procent upplevde inte att de behövde motivera eller berätta varför de ansökte om insatserna (diagram 2). Vid förenklat beslutsfattande ska inte en behovsprövning göras. Hur det kommer sig att ändå 30 procent av de svarande upplever att de behövde motivera sin ansökan kan bero på att de även har andra insatser som krävt ett beslut enligt socialtjänstlagen 4 kap 1 §, men det ger inte denna uppföljning svar på.

Vidare svarar 80 procent (37 personer) att de skulle ha ansökt om insatsen även om det inte fanns förenklat beslutsfattande (diagram 3). Cirka 20 procent (9 personer) svarar att de inte skulle ansökt. Även för denna fråga ska man vara försiktig med att dra några långtgående slutsatser.

Den tydligaste bilden som framträder är att brukarna som har insatser inom förenklat beslutsfattande upplever att det är enkelt att ansöka om insatserna.

Diagram 1: Kändes det enkelt att ansöka om dessa insatser? Antal svar per svarsalternativ.

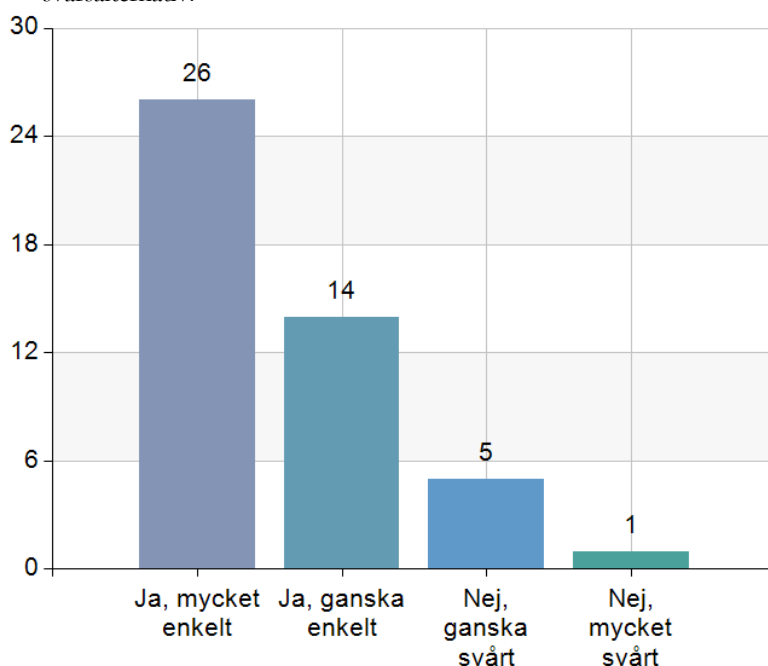
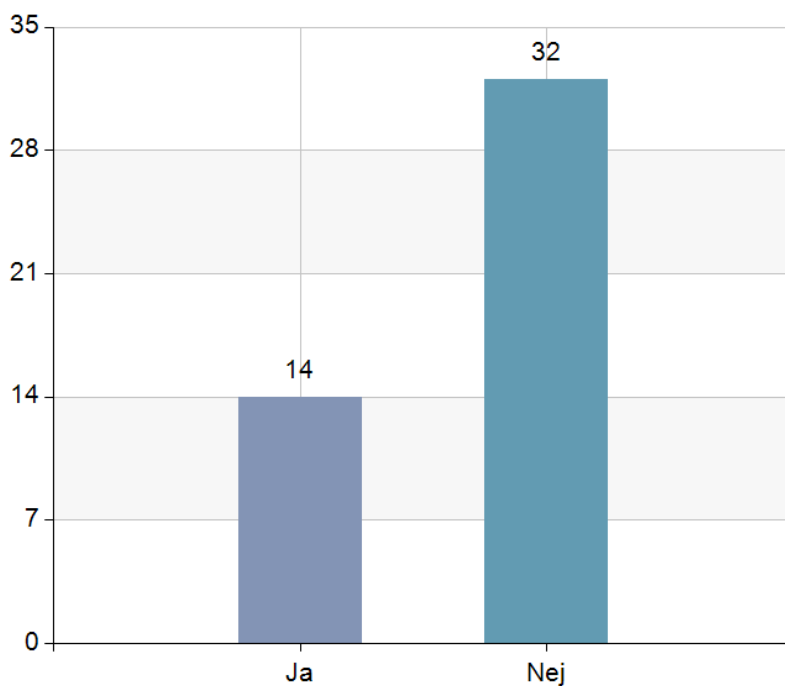
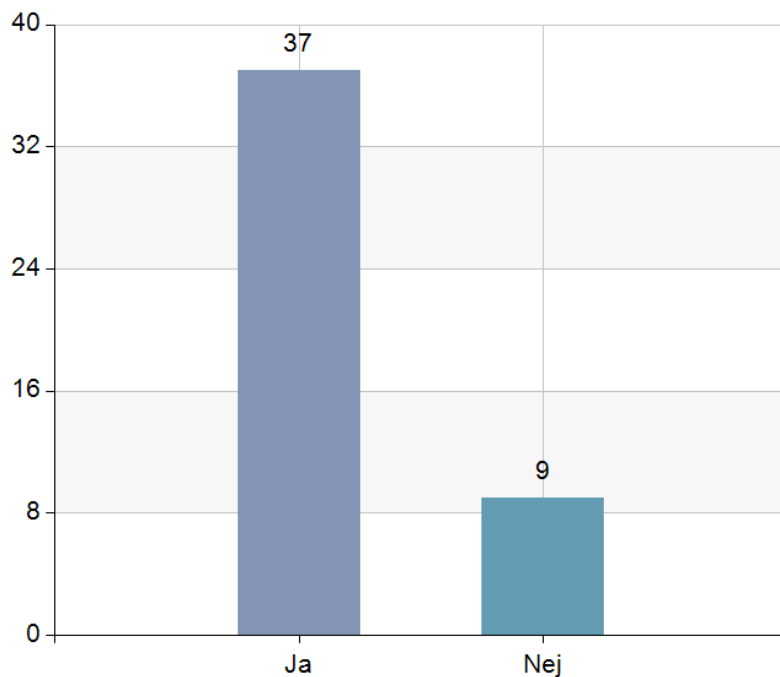


Diagram 3: Upplevde du att du behövde motivera eller berätta varför du ansökte om de aktuella insatserna? Antal svar per svarsalternativ.



Figur 2: Skulle du ha ansökt om insatsen även om det inte fanns förenklat beslutsfattande? Antal svar per svarsalternativ.



3 Erfarenheter från verksamheterna

3.1 Statistik över beviljade insatser

Statistik från verksamhetssystemet Viva har granskats för perioden november 2020 till och med oktober 2021. Detta har jämförts med motsvarande för 2019. Under hela perioden med förenklat beslutsfattande har Coronapandemin påverkat samhället och även benägenheten att söka insatser. Många brukare har avstått från att söka insatser, eller tackat nej till att få beviljad insats utförd. Perioden med förenklat beslutsfattande är därför inte direkt jämförbar med perioden före.

Statistiken visar att:

- De flesta brukare som fått serviceinsats genom förenklat beslutsfattande hade även andra insatser enligt socialtjänstlagen 4 kap 1 § och var således redan aktuella för insatser. I oktober 2021 var det endast fem brukare som hade serviceinsatser genom förenklat beslutsfattande som enda insats.
- Det har inte skett någon ökning av antalet beviljade timmar efter införandet av förenklat beslutsfattande.
 - Volymerna inom tvätt är i princip oförändrade.
 - Volymerna inom städ har minskat med ca 10 procent.
- Vård- och äldreförvaltningen har nått nya seniorer genom insatsen digitalt stöd (som beviljas genom förenklat beslutsfattande). Av de 104 brukare som hade beslut om insatser genom förenklat beslutsfattande i oktober 2021 (alla tre insatser inräknade) hade 67 endast insatsen digitalt stöd. I oktober 2020 hade endast fem brukare beslut om digitalt stöd som alltså stod för merparten av besluten inom förenklat beslutsfattande under första året. Dessa 67 personer är sannolikt nya brukare som förvaltningen kunnat nå genom den nya insatsen (mer om det under 3.4.2).
- I samband med utdelningen av surfplattor i september 2021 ökade tillfälligt antalet beslut om digitalt stöd med ca 14 procent.

3.2 Ekonomi

Som angetts ovan har volymerna för städ och tvätt inte förändrats efter införandet av förenklat beslutsfattande. Således har det inte heller fått någon påverkan på kostnaderna. När Vård- och äldreutskottet införde förenklat beslutsfattande angav nämnden kriterier och en nivå som låg väl i linje med boråsarens typiska behov eftersom syftet var att göra det enklare för de som behöver hemtjänst, och inte i första hand öka volymerna eller erbjuda serviceinsatser via hemtjänst till yngre personer. Att volymerna varit oförändrade kan ses som en bekräftelse på att Vård- och äldreutskottet angav rätt kriterier vid införandet.

Det är väl känt att Coronapandemin har inneburit att en del har avstått från att söka insatser eller avböjt att få insats utförd. Detta kan också ha påverkat volymerna, men i vilken omfattning återstår att se.

Att insatsen digitalt stöd infördes medför givetvis vissa kostnader, men det kan inte härledas till beslutsformen förenklat beslutsfattande och omfattas därför inte av denna uppföljning.

3.3 Biståndshandläggarnas erfarenheter

Vid uppföljningen har fem biståndshandläggare intervjuats i grupp.

3.3.1 Handläggningen

De intervjuade biståndshandläggarna ser inte att förenklat beslutsfattande förenklar handläggningen i någon stor utsträckning. Det faktum att det blir två olika handläggningsrutiner som ska följas upplevs delvis som en belastning. De flesta anser att det är förhållandevis enkelt att hantera det extra handläggningsförfarandet, men det krävs en viss omställning i tankesättet. De ser inte att fördelarna överväger nackdelarna. De flesta brukare som har stöd med städ och stöd med tvätt har även andra insatser. När biståndshandläggaren förklarar att den enskilde kan få sitt beslut om just tvätt och städ fattat på två olika sätt brukar svaret ofta bli att det inte spelar den enskilde någon roll varpå allt bakas ihop i ett traditionellt beslut enligt socialtjänstlagen 4 kap 1 §.

Biståndshandläggarna ser ett problem när insatserna kan beviljas både genom förenklat och traditionellt beslutsfattande som är fallet gällande stöd med tvätt och stöd med städ. Om behovet hos brukaren överstiger det som kan beviljas inom förenklat beslutsfattande tillämpas i stället traditionellt beslutsfattande. Biståndshandläggarna menar att det skulle vara tydligare och enklare om insatserna kan beviljas inom det ena eller det andra lagrummet och handläggas på det ena eller det andra sättet. De förordar att förenklat beslutsfattande bara skulle omfatta insatser som ”står för sig själva” så att inte beslutsformen behöver bytas om behoven hos brukaren förändras.

Digitalt stöd är en sådan insats som står för sig själv och utifrån det perspektivet fungerar bra som förenklat beslut då den insatsen inte beviljas enligt socialtjänstlagen 4 kap 1 §. Då fungerar det förenklade beslutsfattandet bättre. Men det finns invändningar mot att ha digitalt stöd som biståndsbeslutad insats (mer om det under 3.3.2 och 3.4.2).

Ett av Vård- och äldrenämndens mål med införandet av förenklat beslutsfattande är att förenkla handläggningsprocessen, men handläggarna menar att det finns andra förhållanden att förändra som skulle få större effekt.

Biståndshandläggarnas uppfattning är att de ska uppmuntra brukare att anlita privat städning. Att organisationen samtidigt inför förenklat beslutsfattande inom städning genom socialtjänsten upplevs motsägelsefullt av biståndshandläggarna.

Vid förenklat beslutsfattande ska biståndshandläggaren endast konstatera om brukaren är adekvat och förstår informationen. I de fall brukaren uppfyller kriteriet för ålder och folkbokföring men inte fullt ut kan tillgodogöra sig

informationen ska ansökan avslås inom förenklat beslutsfattande. För städ och tvätt orsakar detta inget problem då dessa insatser i stället beviljas inom traditionell beslutsfattande, men för digitalt stöd upplever biståndshandläggarna att det kan upplevas kränkande att ge avslag.

Kraven på dokumentation och uppföljning gäller även vid förenklat beslutsfattande men upplevs enklare vid rena förenklade beslut, så som digitalt stöd. Men då de flesta brukare som har stöd med tvätt och stöd med städ även har andra insatser inom hemtjänsten blir inte skillnaden på dokumentation och uppföljning mellan de två handläggningssätten så stor i praktiken.

3.3.2 Ytterligare insatser

Handläggarna framhåller att en viss del av det sociala arbetet förloras vid förenklat beslutsfattande. Vid en ansökan om stöd enligt socialtjänstlagen 4 kap. 1 § finns alltid möjligheten att fånga upp andra behov som brukaren kan ha. Detta bör beaktas, och fördelar, nackdelar och risker bör utredas noga innan förenklat beslutsfattande utökas.

Ytterligare insatser som skulle kunna handläggas genom förenklat beslutsfattande är enligt biståndshandläggarna trygghetslarm och dagverksamhet vid demenssjukdom. Handläggarna påpekar att även vid en ansökan om trygghetslarm kan de fånga upp andra behov och information om brukarens förhållanden. Denna möjlighet skulle gå förlorad om även trygghetslarm beviljas genom förenklat beslutsfattande. Handläggarna menar vidare att handläggningen av trygghetslarm och dagverksamhet är så pass enkel även med traditionell handläggning att det inte är säkert att fördelarna skulle överväga nackdelarna och riskerna.

Insatsen digitalt stöd ser de inte att det finns någon anledning att ha som biståndsbedömd insats. Det skulle kunna hanteras som en öppen insats via den förebyggande verksamheten.

3.4 Utförarnas erfarenheter

I uppföljningen har en undersköterska, en hemtjänstkoordinator och två seniorhälsokonsulenter intervjuats. Varje yrkeskategori intervjuades var för sig.

3.4.1 Hemtjänstpersonalen

I oktober 2021 var det endast fem brukare som hade serviceinsatser genom förenklat beslutsfattande som enda insats. Merparten har alltså insatser inom båda lagrummen. Det innebär att det blir svårt för baspersonalen att skilja de olika beslutsformerna från varandra. Av intervjun framgår att undersköterskans arbetssituation inte har påverkats av att förenklat beslutsfattande infördes, och att de inte har någon tydlig uppfattning om skillnaden mellan handläggnings- och beslutsformerna. Hur insatsen ska utföras bestäms i praktiken på plats hos brukaren vid respektive besök, och det sker på samma sätt oavsett beslutsform. Även uppföljning och dokumentation genomförs på samma sätt som vid traditionell handläggning.

För hemtjänstkoordinatorn som planerar ut insatserna i datasystemet TES har det inte inneburit någon märkbar förändring i arbetssituationen. Inom förenklat

beslutsfattande är omfattningen på insatsen begränsad. Om behovet överstiger det som kan beviljas i beslutet framförs det till biståndshandläggaren så att beslutet övergår till ett biståndsbedömt beslut enligt socialtjänstlagen 4 kap 1 §.

3.4.2 Seniorhälsokonsulenterna

Seniorhälsokonsulenternas uppdrag är bland annat att motverka ensamhet och social isolering. De berörs av förenklat beslutsfattande genom att de utför insatsen digitalt stöd. Denna uppföljning syftar inte till att utvärdera insatsen digitalt stöd, utan enbart handläggnings- och beslutsprocessen. Men det är tydligt att insatsen har gett möjligheter att nå nya brukare och kunna arbeta förebyggande med fler äldre. Seniorhälsokonsulenterna ser fördelar med att kombinera det digitala stödet med förebyggande hembesök.

Att insatsen kommer som ett biståndsbeslut innebär att brukaren har rätt till en viss omfattning. Seniorhälsokonsulenterna menar att vissa brukare behöver mer tid medan andra lär sig på kort tid. I dessa fall skulle tiden bättre kunna ägnas åt andra brukare med större behov, men eftersom det är ett gynnande biståndsbeslut kan insatsen inte avslutas i förtid om inte brukaren vill det.

Vidare innebär biståndsbeslutet även krav på dokumentation, att genomförandeplan finns och att uppföljning görs i Viva.

Seniorhälsokonsulenterna ser inte att denna dokumentation och uppföljning är värdeskapande för brukaren eller verksamheten.

Seniorhälsokonsulenterna efterfrågar mer flexibilitet i insatsen och förordar, i likhet med biståndshandläggarna, att insatsen inte beviljas som bistånd utan helt ligger som öppen förebyggande insats.

4 Slutsatser

Som angetts i rapporten har volymerna för städ och tvätt inte förändrats efter införandet av förenklat beslutsfattande. Således har det inte heller fått någon påverkan på kostnaderna. Att volymerna varit oförändrade antyder att de kriterier Vård- och äldrenämnden angav ligger i nivå med behoven.

Vård- och äldrenämnden har inte nått nya brukare i någon stor utsträckning genom att införa förenklat beslutsfattande inom insatserna stöd med städning och stöd med tvätt. Däremot har insatsen digitalt stöd inneburit att nya brukare kunnat nås. Uppföljningen ger inga belägg för att tröskeln för att ansöka om insatser skulle upplevas lägre av brukarna efter införandet av förenklat beslutsfattande.

Utifrån uppföljningen går det inte att dra några långtgående slutsatser om brukarnas upplevelse. Det är alltför mycket osäkerhet kring hur de tolkat frågorna i relation till om de har insatser både inom förenklat och traditionellt beslutsfattande. Den tydligaste bilden som framträder är att brukarna som har insatser inom förenklat beslutsfattande upplever att det är enkelt att ansöka om insatserna.

Hur handläggningsprocessen och grunder för beslutsfattande ser ut verkar ha mindre betydelse för brukarnas benägenhet att söka äldreomsorg. Vilka insatser som erbjuds har större betydelse. Utifrån ett förebyggande perspektiv och utifrån erfarenheterna av förenklat beslutsfattande verkar det vara mer effektivt att fokusera på att utveckla olika förebyggande insatser och stöd än att förändra handläggningsprocessen.

Farhågan att det skulle ställa stora krav på hemtjänstpersonalen att planera genomförandet av insatser har inte infriats. Att deras uppföljning av insatserna är relativt begränsad beror sannolikt på att det endast är serviceinsatser som utförs av hemtjänsten genom förenklat beslutsfattande. Om även omvårdnadsinsatser hade omfattats av förenklat beslutsfattande hade det sannolikt ställt större krav på uppföljning av insatsen och frågan blivit mer angelägen för hemtjänstpersonalen.

Uppföljningen visar inte att förenklat beslutsfattande har förenklat handläggningen i någon stor utsträckning. Det faktum att det blir två olika handläggningsrutiner som ska följas upplever biståndshandläggarna delvis som en belastning. De flesta anser att det är förhållandevis enkelt att hantera det extra handläggningsförfarandet, men det krävs en viss omställning i tankesättet. De ser inte att fördelarna överväger nackdelarna.

Digitalt stöd är en insats som står för sig själv och utifrån det perspektivet fungerar bra som förenklat beslut då den insatsen inte beviljas enligt socialtjänstlagen 4 kap 1 §. Då fungerar det förenklade beslutsfattandet bättre. Men att insatsen beviljas genom biståndsbeslut innebär krav på dokumentation, att genomförandeplan finns och att uppföljning görs i Viva. Det kan ifrågasättas hur värdeskapande det är för brukare och verksamhet. Personalen upplever att det innebär onödig byråkrati och begränsad flexibilitet. Uppföljningen visar att

det digitala stödet med fördel skulle kunna hanteras som en öppen insats utan biståndsbeslut.

Om flera insatser ska införas inom förenklat beslutsfattande föreslår biståndshandläggarna trygghetslarm och dagverksamhet. Effekter och konsekvenser bör dock utredas noga då det finns risk att det sociala arbetet försämras, möjligheterna att fånga de äldres behov minskar och att volymerna ökar.

Utifrån resultatet av uppföljningen bör det även övervägas om insatserna stöd med städ och stöd med tvätt fortsättningsvis ska kunna beviljas genom förenklat beslutsfattande eller om de enbart ska beviljas utifrån socialtjänstlagen 4 kap 1 §.

Maria Rangefil
Handläggare
033 357015

Datum
2022-03-29

Instans
Vård- och äldreomsorgen
Dnr VAN 2022-00079 1.1.3.1

Yttrande över överprövning av tilldelningsbeslut i upphandling Driftentreprenad av Vård- och omsorgsboenden

Vård- och äldreomsorgens beslut

Vård- och äldreomsorgen beslutar att anta yttrande i mål 6620-21, daterat 2022-04-01 och översända detsamma till förvaltningsrätten

Ärendet i sin helhet

Vård- och äldreomsorgen beslutade den 14 december 2021 att anta anbud lämnat av Norlandia Care AB i upphandlingen Driftentreprenad av Vård- och omsorgsboenden, som avser drift av de två vård- och omsorgsboendena med sammanlagt 155 boendeplatser.

Den 28 december 2021 inkom Vardaga Äldreomsorg AB till förvaltningsrätten med en ansökan om överprövning samt förlängd avtalsspärr. Vardaga Äldreomsorg anser att Staden har genomfört anbudsutvärdering i strid med LOU. Detta genom att ha utvärderat anbud och därtill tilldelat kontrakt till anbudsgivare som inte uppfyller samtliga obligatoriska krav. Vardaga Äldreomsorg framför vidare att staden har utformat upphandlingen i strid med LOU, praxis och de upphandlingsrättsliga principerna. Vardaga Äldreomsorg anser sig till följd av detta agerande ha lidit eller i vart fall riskerat att lida skada. Vardaga Äldreomsorg yrkar att rätten förordna att upphandlingen i första hand ska rättas, alternativt i andra hand göras om.

Den 16 mars 2022 inkom Vardaga Äldreomsorg AB med nytt yttrande till förvaltningsrätten. I samband med att Vård- och äldreomsorgen underrättats om pågående överprövning har nämnden getts tillfälle att yttra sig till förvaltningsrätten.

Beslutsunderlag

1. Borås Stads yttrande 2022-04-01, 6620-21
2. Yttrande Vardaga äldreomsorg 2022-03-16

Samverkan

Informeras vid FSG 2022-03-23

Beslutet expedieras till

1. Koncerninköp, Borås Stad

Johan Wikander
Ordförande

Maria Jonsson
Förvaltningschef

2022-04-01

Förvaltningsrätten i Jönköping
forvaltningsrattenijonkoping@dom.se

Vardaga Äldreomsorg AB ./ Borås Stad (mål nr 6620-21)

1 INSTÄLLNING

- 1.1 Kommunen vidhåller sin inställning och vad som i övrigt framförts i Kommunens tidigare yttrande den 14 januari 2022.

2 UTVECKLANDE AV TALAN

- 2.1 Kommunen vidhåller att anbuden från såväl Norlandia som Förenade uppfyller alla i upphandlingen ställda krav och att det således inte finns någon grund att förkasta anbuden.
- 2.2 För det fall förvaltningsrätten anser att kravet inte är uppfyllt anser Kommunen att kravet får tolkas som otydligt. Kommunen kan konstatera att, utifrån Vardagas tolkning av kravet gällande social dokumentation, är det endast två av sex anbudsgivare som uppfyller kravet. Övriga anbudsgivare har tolkat kravet på samma sätt som Kommunen. Därmed får kravet, vid denna tolkning, anses oklart och upphandlingen bör i så fall göras om för att tillförsäkra en god konkurrens samt ge alla anbudsgivare lika förutsättningar i anbudslämningen.

3 SLUTSATS

- 3.1 Med hänvisning till ovanstående samt sitt tidigare yttrande yrkar Kommunen på att Vardagas ansökan om överprövning ska avslås.

Som ovan,

Rasmus Lundqvist
Jurist



Borås Stad,
Upphandlingsenheten
501 80 Borås

2021-00039IN

Parter: Vardaga Äldreomsorg AB ./ . Borås Stad, Upphandlingsenheten
Målet gäller: överprövning enligt lagen om offentlig upphandling, LOU

Domstolen har fått in handlingar i målet. Handlingarna följer med detta brev.

Vill ni lämna ett yttrande?

Ni får nu tillfälle att yttra er över det som står i handlingarna. Vill ni göra det ska yttrandet vara skriftligt och komma in till domstolen **senast den 25 mars 2022**.

När ni skickar in yttrandet

Uppge namn, målnummer 6620-21 och mobilnummer eller annat telefonnummer ni kan nås på. Lämna också e-postadress, så att vi kan skicka handlingar i målet via e-post.

Skicka gärna in handlingar med e-post, helst i PDF-format. De behöver då inte lämnas på annat sätt. För högre säkerhet än vanlig e-post, använd www.domstol.se/kontaktformular. För handlingar som ska signeras, använd istället www.domstol.se/digitalhandling.

Har ni frågor?

På webbplatsen finns information om domstolen och om handläggningen. Kontakta oss gärna vid frågor – ni når oss enklast per telefon 036-15 66 74.

Camilla Johansson

Bifogade handlingar: aktbilaga 36

Till:
Förvaltningsrätten i Jönköping
Box 2201
550 02 Jönköping

FÖRVALTNINGSRÄTTEN
I JÖNKÖPING

INKOM: 2022-03-16
MÅLNR: 6620-21
AKTBIL: 36

Endast per e-post: forvaltningsrattenijonkoping@dom.se

Malmö den 16 mars 2022

YTTRANDE

Mål nr 6620-21

Vardaga Äldreomsorg AB ./. Borås stad

Med anledning av Norlandia Care AB:s ("Norlandia") yttrande av den 24 februari 2022, aktbilaga 31, ("Yttrandet") får vi som ombud för Vardaga Äldreomsorg AB ("Vardaga") inkomma med följande yttrande. Vardaga använder sig nedan av samma definitioner och hänvisningar som tidigare i målet. För det fall någon omständighet i Yttrandet inte uttryckligen bestrids innebär det inte att den vitsordas. Härutöver får Vardaga anföra följande.

1 INSTÄLLNING M.M.

Vardaga vidhåller de yrkanden, grunder och omständigheter så som dessa har framställts i bolagets ansökan om överprövning av den 27 december 2021 ("Ansökan").

2 OMSTÄNDIGHETER I SAK

2.1 Bakgrund i korthet

- 2.1.1 Staden genomför en upphandling benämnd *Driftentreprenad för vård- och omsorgsboenden*, med dnr 2021-00039IN ("Upphandlingen"). Upphandlingen är uppdelad i två (2) anbudsområden: (i) Kapplandsgatan 8 och (ii) Kvibergsgatan 17. Efter utvärdering av anbuderna har Staden beslutat att tilldela avtal till Norlandia för båda anbudsområdena. Vardaga har placerats som nummer tre i utvärderingen för båda anbudsområdena efter Förenade Care som placerats som nummer två.
- 2.1.2 Staden har godtagit och utvärderat Norlandias och Förenade Cares anbud trots att anbuderna inte uppfyller samtliga obligatoriska krav i Upphandlingen. Staden har härigenom agerat i strid med LOU, bl.a. principen om likabehandling som följer av 4 kap. 1 § LOU och praxis. Vardaga, som har placerats som nummer tre (3) i utvärderingen efter Norlandia och Förenade Care, uppfyller samtliga obligatoriska krav i Upphandlingen. Vardaga har till följd av de brister som föreligger i Upphandlingen lidit eller i vart fall riskerat att lida skada på ett sådant sätt som åsyftas i 20 kap. 6 § LOU.



2.2 Norlandias anbud uppfyller inte samtliga obligatoriska krav i Upphandlingen

2.2.1 I målet är det ostridigt mellan parterna att Staden i Kravspecifikationen, i punkt A3-10.2 *Social dokumentation*, har uppställt ett obligatoriskt krav gällande att anbudena i Upphandlingen ska innehålla en rutin för hur dokumentationsskyldigheten fullgörs enligt följande krav.

”Leverantör ska dokumentera verkställigheten av de insatser som den enskilde har beviljats. Leverantör ska tillse att alla medarbetare har förmåga att dokumentera på svenska på ett tydligt och lättförståeligt sätt så att såväl den enskilde som annan personal kan förstå informationen. Dokumentationen ska genomföras i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2014:5 om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SOL; LVU och LSS samt arbetssättet IBIC (Individens behov i centrum). Social dokumentation ska dokumenteras i Borås Stads verksamhetssystem, för närvarande Viva. Anbudet ska innehålla rutin för hur dokumentationsskyldigheten fullgörs enligt ovanstående krav.”

2.2.2 Som framgår av ovan innehåller Kravspecifikationen, punkt A3-10.2 följande obligatoriska krav (nedan uppdelat i punktform, för tydlighets skull).

1. Leverantören ska dokumentera verkställigheten av de insatser som den enskilde har beviljats.
2. Leverantören ska tillse att alla medarbetare har förmåga att dokumentera på svenska på ett tydligt och lättförståeligt sätt så att såväl den enskilde som annan personal kan förstå informationen.
3. Dokumentationen ska genomföras i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2014:5 om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL; LVU och LSS.
4. Dokumentation ska genomföras i enlighet med arbetssättet IBIC (Individens behov i centrum).
5. Social dokumentation ska dokumenteras i Borås Stads verksamhetssystem, för närvarande Viva.
6. Anbudet ska innehålla en (1) rutin för hur dokumentationsskyldigheten fullgörs enligt punkterna 1-5 ovan.

2.2.3 Som Vardaga har visat i Ansökan och i yttrandet av den 1 februari 2022 uppfyller varken Norlandias eller Förenade Cares anbud samtliga obligatoriska krav i Upphandlingen. De båda bolagens anbud skulle därför rätteligen ha förkastats.

2.2.4 Norlandia och Förenade Care har fått möjlighet att yttra sig i rubricerat mål men Förenade Care har valt att inte yttra sig. Norlandia har i sitt yttrande, Yttrandet, avsnitt 2, angett att Norlandias anbud uppfyller samtliga obligatoriska krav i Upphandlingen, däribland kravet gällande social dokumentation i Kravspecifikationen, punkt A3-10.2. Vad Norlandia anger i detta avseende är inte korrekt, se nedan.

2.2.5 Norlandia anger inledningsvis i Yttrandet, punkt 2.1, att det inte finns något krav i Upphandlingen som anger att anbudsgivarna måste lämna in en särskild bilaga med den rutin som Staden har efterfrågat (se punkt 2.2.2 (6) ovan). Vardaga har inte påstått detta i sina inlagor. Vardaga har i sina tidigare inlagor konstaterat att anbud ska innehålla en rutin för hur



dokumentationsskyldigheten fullgörs. Att anbudet ska innehålla en rutin framgår uttryckligen av Kravspecifikationen, sid. 22, punkt A3-10.2, första stycket sista meningen. Någon sådan rutin finns inte i Norlandias anbud, varken i löpande text eller som separat bilaga. Norlandia anger vidare i Yttrandet, punkt 2.1, att Norlandia på grund av utrymmesbegränsningar i Upphandlingen inte har infogat någon omfattande beskrivning gällande social dokumentation. Norlandia anger emellertid att Norlandia uppfyller samtliga obligatoriska krav i Upphandlingen och att Norlandia därför också, implicit, uppfyller kravet gällande social dokumentation. Vad Norlandia anger är inte korrekt.

- 2.2.6** Norlandia anger vidare i Yttrandet, punkt 2.2, att det finns ett krav i Upphandlingen, Kravspecifikationen, punkt A3-4.3, andra stycket, som reglerar personalens lägsta språkliga förmåga. Vardaga förstår inte riktigt varför Norlandia tar upp detta i Yttrandet men det är korrekt att det i Kravspecifikationen finns ett krav som avser utbildade vårdbiträdens språkliga kunskaper, se nedan.

”Som utbildat vårdbiträde krävs kunskaper i svenska som gör att man kan använda språket självständigt och fungera i de flesta situationer i omsorgsarbetet. Kunskaperna ska minst motsvara svenska/svenska som andraspråk på grundläggande nivå (årskurs 9).” (Kravspecifikationen, punkt A3-4.3, andra stycket)

- 2.2.7** Det angivna utdraget ur Kravspecifikationen ovan avser de krav som i Upphandlingen gäller för utbildade vårdbiträden och är ett helt annat krav än kravet i Kravspecifikationen, punkt A3-10.2. Av kravet i punkt A3-4.3, andra stycket framgår vilken lägsta nivå som gäller för utbildade vårdbiträden. Enligt Kravspecifikationen, se punkt A3-4.3 tredje stycket, får maximalt 15 procent i personalens personalstyrka vara sådana utbildade vårdbiträden. Staden har inte angett några krav gällande språklig kompetens för resterande del av personalen, av vilken minst 85 procent ska utgöras av undersköterskor. Staden har följaktligen *inte*, i motsats till vad Norlandia anger, uppställt något annat obligatoriskt krav i Upphandlingen som säkerställer att all personal har erforderlig språklig förmåga eller som säkerställer att alla medarbetare har förmåga att dokumentera på svenska på ett tydligt och lättförståeligt sätt så att såväl den enskilde som annan personal kan förstå informationen. Det krav framgår endast av Kravspecifikationen, punkt A3-10.2 (se punkt 2.2.2 (2) ovan).
- 2.2.8** Norlandias anbud saknar en rutin (se punkt 2.2.2 (6) ovan) som innehåller uppgift om hur Norlandia säkerställer att all personal har erforderlig språklig förmåga eller som säkerställer att alla medarbetare har förmåga att dokumentera på svenska på ett tydligt och lättförståeligt sätt så att såväl den enskilde som annan personal kan förstå informationen. Detta var ett krav i Upphandlingen, se avsnitt 2.2.2 punkt 2. Norlandias anbud skulle härav rätteligen ha förkastats.
- 2.2.9** Norlandia anger också i Yttrandet, punkt 2.3, att en verksamhet som bedriver särskilt boende för äldre enligt socialtjänstlag (2001:453) (**”SoL”**) behöver uppfylla krav enligt SoL och andra författningar, däribland föreskrifter från Socialstyrelsen. Enligt Norlandia är det en generell förutsättning för utförare inom äldreomsorgen att utförarna följer de regelverk som styr verksamheten. Norlandia anger därtill att det inte är ändamålsenligt eller proportionerligt att i detalj i ett anbud beskriva hur särskilda författningskrav ska fullgöras i praktiken. Vad Norlandia anger i denna del saknar helt relevans i målets fortsatta prövning, se nedan.
- 2.2.10** Det är förvisso korrekt som Norlandia anger, att en verksamhet som bedriver särskilt boende för äldre enligt SoL måste uppfylla bestämmelserna i SoL och andra föreskrifter. Det krav som Staden har ställt upp syftar emellertid till att ge Staden en möjlighet att säkerställa att ett område



av central vikt, som social dokumentation, verkligen uppfylls och kommer att uppfyllas också av anbudsgivaren under avtalstiden. Det är därför både rimligt, lämpligt, ändamålsenligt och proportionerligt att Staden har begärt att få ta del av en rutin som bl.a. beskriver hur anbudsgivarna säkerställer att dokumentation ska göras i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2014:5 om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL; LVU och LSS.

- 2.2.11** Norlandias anbud saknar även en rutin som innehåller uppgift om hur Norlandia säkerställer att dokumentation ska göras i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2014:5 om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL; LVU och LSS (se punkt 2.2.2 (3) ovan). Norlandias anbud skulle härav även ha förkastats på denna grund.
- 2.2.12** Norlandia anger vidare i Yttrandet, punkt 2.3, att det finns olika dokumentationssystem på marknaden och att Norlandia använder systemet Safedoc. Det ska i denna del noteras att det av kravet i Kravspecifikationen, punkt A3-10.2 (se punkt 2.2.2 (4) ovan), framgår att social dokumentation ska dokumenteras i Stadens verksamhetssystem, vilket för närvarande är systemet Viva. Att Norlandia använder systemet Safedoc visar inte att Norlandia kommer att föra social dokumentation i Stadens verksamhetssystem, Viva. Norlandia anger också i denna del att det inte är brukligt eller efterfrågat att anbudsgivarna ska lämna en beskrivning som exakt redogör för hur anbudsgivaren uppfyller kraven i SOSFS 2014:5 i ett specifikt system. Vardaga får konstatera att Staden i Kravspecifikationen, punkt A3-10.2, uttryckligen har angett att anbudsgivarnas anbud ska innehålla en rutin för hur dokumentationsskyldigheten fullgörs. I dokumentationsskyldigheten i Upphandlingen ingår att dokumentationen ska föras i Stadens verksamhetssystem, Viva. Det är heller inte ovanligt eller olämpligt att sådana krav på dokumentation i beställarens system ställs vid denna typ av upphandling.
- 2.2.13** Norlandias anbud saknar en rutin för hur dokumentationsskyldigheten fullgörs i Stadens verksamhetssystem Viva, vilket innebär att Norlandias anbud inte uppfyller samtliga obligatoriska krav i Upphandlingen. Norlandias anbud skulle härav rätteligen ha förkastats.
- 2.2.14** Norlandia anger också i Yttrandet, punkt 2.4, att Stadens Upphandling inte innehåller några kvalitativa krav beträffande hur ingående beskrivningarna om dokumentation ska vara för att uppfylla kravet i Kravspecifikationen, punkt A3-10.2. Norlandia anger vidare att bolaget har lämnat en allmän beskrivning gällande dokumentation. Det är korrekt att Upphandlingen inte innehåller några detaljerade krav beträffande hur ingående beskrivningarna av dokumentation ska vara. Det är emellertid tydligt att ett anbud ska innehålla en rutin i enlighet med kravet i punkt A3.10-2, för att kravet ska uppfyllas. Norlandias anbud innehåller inte en sådan rutin som visar hur bolaget säkerställer att bolaget kommer att fullgöra kraven gällande dokumentation under avtalstiden. Det är också korrekt att Norlandias anbud synes innehålla en *allmän beskrivning* om deras arbetssätt vid dokumentation. Denna allmänna beskrivning utgör emellertid inte en sådan rutin som Staden har efterfrågat. Detta då beskrivningen bl.a. inte heller innehåller någon uppgift om hur leverantören tillser att dokumentation ska genomföras i enlighet med SOSFS 2014:5 eller hur leverantören arbetar i enlighet med Individens behov i centrum (IBIC) (se punkt 2.2.2 (4) ovan). Norlandias anbud visar följaktligen inte hur Norlandia säkerställer hur bolaget kommer att fullgöra kraven gällande dokumentation under avtalstiden (se punkt 2.2.2 (1-6) ovan). Det får erinras att Staden inte heller har efterfrågat någon *beskrivning*, utan en rutin för hur anbudsgivarna kommer att fullgöra kraven. Norlandia synes härav ha missuppfattat vad som framgår av kravet i Kravspecifikationen, punkt A3-10.2.



2.2.15 Det har i Upphandlingen varit ett obligatoriskt krav att anbuden ska innehålla en rutin i enlighet med Kravspecifikationen, punkt A3-10.2 (se punkt 2.2.2 (1-6) ovan). Norlandias anbud innehåller inte någon sådan rutin. Det ska noteras att Norlandia har beretts tillfälle att yttra sig i rubricerat mål och att det inte framgår av Yttrandet att Norlandia har lämnat in en sådan rutin som Staden har efterfrågat. Norlandia har istället angett att bolaget uppfyller kraven på andra sätt (utan att visa eller styrka hur), att kraven inte är brukliga eller ändamålsenliga (utan att visa eller styrka hur) samt att Staden inte har angett några kvalitativa krav gällande hur ingående beskrivningen av dokumentation ska vara (utan att visa att de beskrivningar som Norlandia har lämnat in med sitt anbud uppfyller det obligatoriska kravet gällande social dokumentation). Norlandias anbud ska och skulle härav rätteligen ha förkastats. Som Vardaga har angett i tidigare inlagor i detta mål har även Förenade Care lämnat in ett anbud som inte uppfyller det obligatoriska kravet, att lämna in en rutin i enlighet med punkt A3-10.2. Staden har följaktligen agerat i strid med Upphandlingsdokumenten, LOU och praxis genom att felaktigt kvalificera två anbudsgivare vars anbud inte uppfyller samtliga obligatoriska krav i Upphandlingen. Vardaga har lidit och riskerat att lida skada till följd härav och Upphandlingen ska därför rättas.

3 VARDAGA HAR LIDIT SKADA ELLER RISKERAR ATT LIDA SKADA

3.1 Av det ovan angivna framgår att Norlandia har fått tillfälle att yttra sig i målet. Vardaga har angett och visat att Norlandias anbud inte uppfyller samtliga obligatoriska krav i Upphandlingen, bl.a. då Norlandias anbud inte innehåller en sådan rutin som Staden har efterfrågat i Kravspecifikationen, punkt A3-10.2. Då bolagens anbud saknar sådan obligatorisk efterfrågad rutin så har Staden handlat i strid med LOU samt praxis när bolagen har kvalificerats i Upphandlingen och det är med detta inte heller möjligt för Staden att säkerställa att Norlandia och Förenade Care kommer att fullgöra avtalet i enlighet med Stadens obligatoriska krav samt avtal. Då Norlandias anbud inte uppfyller samtliga obligatoriska krav skulle Norlandias anbud rätteligen ha förkastats. Även Förenade Care har lämnat in ett anbud som inte uppfyller det obligatoriska kravet, att lämna in en rutin i enlighet med punkt A3-10.2. För det fall Norlandias och Förenade Cars anbud rätteligen hade förkastats så skulle Vardaga istället ha tilldelats kontrakt i Upphandlingen. Vardaga har följaktligen lidit skada som en direkt följd av Stadens felaktiga agerande, som är helt i strid med LOU och praxis.

3.2 Det kan således konstateras att Vardaga till följd av Stadens agerande i det aktuella upphandlingsförandet har lidit eller i vart fall riskerat att lida skada på ett sådant sätt som åsyftas i 20 kap. 6 § LOU. Staden har i Upphandlingen agerat i strid med praxis och de grundläggande principerna i 4 kap. 1 § LOU, särskilt principen om likabehandling. Samtliga förutsättningar för att förvaltningsrätten ska besluta om ingripande enligt LOU är således uppfyllda.

4 SAMMANFATTNING

4.1 Staden har i Upphandlingen agerat i strid med LOU, de grundläggande upphandlingsrättsliga principerna i 4 kap. 1 § LOU, samt praxis. Detta genom att godta och utvärdera anbud från Norlandia och Förenade Care, trots att bolagens anbud inte uppfyller samtliga obligatoriska krav i Upphandlingen.

4.2 Staden har i Kravspecifikationen, punkt A3-10.2, bl.a. uppställt obligatoriska krav på att anbuderna ska innehålla en rutin för hur anbudsgivarens dokumentationsskyldighet fullgörs enligt kraven i Kravspecifikationen, punkt A3-10.2. Varken Norlandias eller Förenade Cares anbud innehåller



en sådan rutin som efterfrågas i Kravspecifikationen punkt A3-10.2. Staden skulle därmed rätteligen ha förkastat Förande Cares och Norlandias anbud.

- 4.3** Norlandia och Förenade Care har beretts tillfälle att yttra sig i rubricerat mål men endast Norlandia har genom Yttrandet valt att yttra sig. Det framgår inte av Yttrandet att Norlandia skulle uppfylla det obligatoriska kravet gällande social dokumentation. Då vare sig Staden i dess tidigare yttrande eller Norlandia genom Yttrandet har kunnat visa att Norlandia (eller Förenade Care) uppfyller samtliga obligatoriska krav i Upphandlingen torde det stå klart att Staden har agerat i strid med Upphandlingsdokumenten, LOU och praxis.
- 4.4** Vardaga har med anledning av det ovan angivna och till följd av Stadens agerande i Upphandlingen lidit eller i vart fall riskerat att lida skada på ett sådant sätt som åsyftas i 20 kap. 6 § LOU. Det föreligger därmed skäl för förvaltningsrätten att, i enlighet med Vardagas yrkanden, ingripa mot Upphandlingen.

5 MÅLETS FORTSATTA HANDLÄGGNING

- 5.1** Vardaga hemställer att få tillfälle att yttra sig över Stadens eventuella bemötande av detta yttrande och eventuellt justera och utveckla grunder samt åberopa bevisning innan förevarande mål avgörs i sak.

Som ovan

Catharina Piper

Gustaf Strand

Malin Länsberg
Handläggare
033 353666

Datum
2022-03-29

Instans
Vård- och äldre nämnden
Dnr VAN 2022-00074 1.1.3.1

Anmälning s ärenden 2022-03-29

Vård- och äldre n ämndens beslut

Redovisade anmälning s ärenden läggs till handlingarna

Anmälning s ärenden

1. FSG-protokoll januari
2. FSG-protokoll februari
3. Lokalt pensionärsråd Vård- och äldre n ämnden protokoll 2022-02-16
4. Minnesanteckningar Samrådsmöte finsk äldre omsorg 2022-02-15
Dnr 2022-00067
5. Beslut IVO: Tillsyn av hemtjänsten
Dnr 2020-00289
6. Personuppgiftsincident
Dnr 2022-00035
7. Verksamhetsberättelse Attendo Kvibergsgatan 2021
Dnr 2021-00043
8. Verksamhetsberättelse Attendo Kapplandsgatan 2021
Dnr 2021-00043
9. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse Attendo Kvibergsgatan 2021
Dnr 2021-00068
10. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse Attendo Kapplandsgatan 2021
Dnr 2021-00068
11. Lex Sarah utredning – privat utförare
Dnr 2022-00069

12. Revisionsrapport – Granskning av barnkonventionen i Borås Stad
Dnr 2022–00064
13. Kommunstyrelsens beslut: Nämndbudget 2022
Dnr 2021–00290
14. Kommunfullmäktiges beslut: Revidering av taxa för vård och omsorg
om äldre och personer med funktionsnedsättning 2022
Dnr 2021–00290
15. Kommunstyrelsen beslut: Regler för inköp av kommunkoncernen
Dnr 2021–00208

Johan Wikander
Ordförande

Maria Jonsson
Förvaltningschef

Malin Länsberg
Handläggare
033 353666

Datum
2022-03-29

Instans
**Vård- och äldre-
nämnden**
Dnr VAN 2022-00076 1.1.3.1

Delegationsbeslut 2022-03-29

Vård- och äldre- nämndens beslut

Redovisade delegationsbeslut läggs till handlingarna

Delegationsbeslut

1. Delegationslista Myndighet
2. Delegationslista Myndighet under 65 år
3. Delegationslista Bostadsanpassning
4. Delegationslista HR
5. Direktupphandling november 2021-januari 2022
6. Direktupphandling februari 2022
7. Lex Sarah utredning
Dnr 2021–00300
8. Lex Sarah utredning
Dnr 2022–00004
9. Lex Sarah utredning
Dnr 2022–00006

Johan Wikander
Ordförande

Maria Jonsson
Förvaltningschef