



BORÅS STAD

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2021

Individ- och familjeomsorgsnämnden

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning	3
2 Begreppsdefinitioner	4
3 Förkortningar	4
4 STRUKTUR	5
4.1 Förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet	5
4.2 Övergripande mål och strategier	5
4.3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet	6
5 PROCESS - Åtgärder för att säkerställa verksamhetens kvalitet	7
5.1 Hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbete har bedrivits	7
5.2 Samverkan för trygg och säker vård och omsorg	9
5.3 Riskanalys	11
5.4 Informationssäkerhet	12
5.5 Välfärdsteknik	13
5.6 Synpunkter och klagomål	14
5.7 Avvikelser på individnivå	14
5.8 Lex Maria	14
5.9 Lex Sarah	15
5.10 Egenkontroll	15
6 RESULTAT OCH ANALYS	17
6.1 Riskanalys	17
6.2 Synpunkter och klagomål	19
6.3 Avvikelser på individnivå	20
6.4 Lex Maria	21
6.5 Lex Sarah	21
6.6 Egenkontroll	24
7 Mål och aktiviteter för kommande år	28

1 Sammanfattning

Pandemin som drabbat världen har även präglat 2021. IFO har haft fokus på arbetet att hantera uppkomna situationer och frågor ur ett både ett brukar/klientperspektiv och ett medarbetarperspektiv. Viktiga faktorer som hjälpt till i arbetet har varit god intern samverkan inom kommunen.

Utifrån rådande omständigheter har ett fortsatt arbete och implementering av 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 förutsägbar och rättssäker verksamhet för brukare/klienter som möjligt samt att de ska göras delaktiga i utredningar och insatser.

Pandemin har bidragit till fler digitala lösningar. I förvaltningen har möten och utbildningar gått att genomföra med hjälp av tekniken.

Områden med bra resultat är bland annat:

- Omfattande extern och intern samverkan som har utvecklats på ett bra sätt, t ex en gemensam mottagningsenhet, LIV-projektet, Mini - Maria och projekt Domino
- Genom införande av egenkontroller har arbetet med att utveckla kvaliteten vård- och genomförandeplaner intensifierats och barnets röst har än mer hamnat i fokus i vårdnadstvister.
- Individer med koppling till kriminella miljöer och organiserad brottslighet kan numera få stöd genom IFO:s nystartade Avhopparverksamhet
- Medborgare som har svårt att skaffa bostad och tillhör en socialt utsatt grupp har fått en enklare och tydligare ingång till information, stöd och rättssäker prövning genom boendeprocessen.
- Utvecklingsarbetet gällande samverkansrutiner och bedömningsverktyg har fortsatt.
- Avvikelseprocessen är implementerad i verksamheterna

Områden där fortsatt utveckling behövs är bland annat:

- Förbättring av kvaliteten i barn och ungas dokumentation när det gäller skyddsbedömningar
- Att tydliggöra uppföljning av barnets situation efter avslutad utredning i befintliga rutiner samt säkra att dessa efterföljs i verksamheten
- Säkerställa användning av bedömningsinstrument för normbrytande beteende
- Fortsatt implementering av ny process och nytt arbetssätt av riskanalyser
- Öka antalet systematiska uppföljningar och resultatuppföljningar
- Fortsatt arbete med ledningssystem för informationssäkerhet LIS
- Utveckla arbetet med verksamheternas kvalitetsårshjul
- Bevaka slutsatser och ny lagstiftning från "Lilla hjärtat" och implementera det i verksamheterna

En blick framåt

- Genom att skapa en ”ungdomsverksamhet” kan vi skapa bättre förutsättningar att kraftsamla och möta behov hos ungdomar med problematik rörande missbruk, kriminalitet och annat normbrytande beteende i Borås Stad.
- Förvaltningen behöver på ett organiserat sätt förena sina kompetensområden och resurser för att möta det ökade behovet av stöd hos förvaltningens målgrupper. Genom att skapa kortare kommunikationsvägar, spetskompetens och samsyn kring uppdrag och målgrupp kan vi på ett bättre och mer effektivt sätt genomföra vårt gemensamma uppdrag.
- Säkerhetsläget i vårt närområde är instabilt och vi behöver ta höjd för t ex flyktingströmmar och nationella ekonomiska förutsättningar.

2 Begreppsdefinitioner

- Brukare/klient – enskild med beslutad insats enligt SoL.
- Den enskilde – i det här dokumentet menas med begreppet den enskilde patient, brukare och klient.
- Egenkontroll - systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.
- Huvudman - myndighet eller organisation som juridiskt och ekonomiskt har ansvaret för viss verksamhet. Respektive nämnd inom det sociala klustret är huvudman för den verksamhet dess reglemente definierar. För verksamheter som bedrivs på entreprenad enligt LOV (Lagen om valfrihet) eller LOU (Lagen om offentlig upphandling) kvarstår huvudmannskapet hos nämnden men enskilda avtal reglerar genomföransvar för olika delar av kvalitet- och uppföljningsarbetet. Ansvaret för patientsäkerhet kvarstår alltid hos huvudmannen.
- Kvalitet - Att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.
- Ledningssystem - System för att fastställa principer för ledning av verksamheten.
- Patient – enskild inskriven i HSV (hälso- och sjukvård).
- Sociala klustret – ett samlingsbegrepp för arbetslivsförvaltningen, individ och familjeomsorgsförvaltningen, sociala omsorgsförvaltningen samt vård- och äldreomsorgen i Borås stad.

3 Förkortningar

ALF - Arbetslivsförvaltningen

BBIC - Barns behov i centrum

Bou - Barn och unga

FF - Förskoleförvaltningen

GRF - Grundskoleförvaltningen

GVUF - Gymnasie- och vuxenutbildningsförvaltningen

HSL - Hälso- och sjukvårdslagen

IFO - Individ och familjeomsorgen

IVO - Inspektionen för vård- och omsorg

KKiK - Kommunens Kvalitet i Korshet

LIS - Ledningssystem för informationssäkerhet

LOV - Lagen om valfrihet

LOU - Lagen om offentlig upphandling

MAS - Medicinskt ansvarig sjuksköterska

MAR - Medicinskt ansvarig för rehabilitering

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

SAMSA - Gemensam IT tjänst mellan olika vårdgivare

SAS - Socialt ansvarig samordnare

SFS - Svensk författningssamling

SOF - Sociala omsorgsförvaltningen

SIP - Samordnad individuell plan

SKR - Sveriges kommuner och regioner

SOL - Socialtjänstlagen
SOSFS - Socialstyrelsens författningssamling
SÄS - Södra Älvsborgs Sjukhus
VGR - Västra Götalandsregionen
Viva - Verksamhetssystem för dokumentation
VÄF - Vård- och äldreförvaltningen
ÖJ - Öppna jämförelser

4 STRUKTUR

4.1 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

På Individ- och familjeomsorgsförvaltningen skrivs en patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse, som sammanfattar nämndens samtliga åtgärder och resultat för att uppnå god kvalitet i de insatser som ges. Det systematiska arbetet med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras fortlöpande under året.

Två gånger per år sammanställs och analyseras inkomna synpunkter/klagomål. Detta presenteras för nämnden och verksamheterna. Lex Sarah utredningar och rapporterade avvikelser sammanställs och analyseras en gång per år.

Verksamheternas egenkontroller och riskanalyser dokumenteras löpande i Stratsys i särskilda rapporter. Stratsys är ett digitalt kvalitetsuppföljningssystem som hanteras av förvaltningens chefer.

4.2 Övergripande mål och strategier

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

Förvaltningens övergripande mål är att kontakten med Individ- och familjeomsorgen ska vara "En process där brukaren upplever en helhet och där brukarens behov är i fokus". Fokus är att förbättra samverkan, öka medskapande och delaktighet samt att arbeta för ökad digitalisering.

Förvaltningen arbetar med fortsatt implementering av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9. Föreskriften innebär bland annat att den som bedriver socialtjänst ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Den klustergemensamma handboken för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är ett stöd i arbetet eftersom det systematiska kvalitetsarbetet pågår kontinuerligt 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.

Begreppet kvalitet betyder att verksamheterna genom att uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om socialtjänst. Definitionen är central i kvalitetsarbetet och är också den gemensamma i Borås Stad.

4.3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Nämnd

Nämnden är vårdgivare och ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och ytterst för verksamhetens kvalitet.

Förvaltningschef

Förvaltningschefen har ett övergripande ansvar för att innehållet i ledningssystemet är ändamålsenligt och för att ett systematiskt kvalitetsarbete bedrivs. Förvaltningschefen ansvarar också för att det tydligt framgår hur roller och ansvar fördelas i ledningssystemet.

Verksamhetschef enligt HSL

Ledningen inom hälso- och sjukvård ska enligt lag vara organiserad så att det säkerställs hög patientsäkerhet och god kvalitet. I varje nämnd ska det beslutas vem som har det samlade ansvaret för hälso- och sjukvårdsverksamheten och är ansvarig verksamhetschef enligt HSL.

Verksamhetschef/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 delaktig i kvalitetsarbetet och på enhetsnivå kan arbetsplatsträffar vara forum för kvalitetsfrågor.

Chef för kvalitets- och utvecklingsfunktioner

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

MAS/MAR

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Medicinskt ansvarig 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.

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

Under våren 2020 drabbades världen och Sverige av Covid-19 -pandemin och under 2021 har förvaltningen fortsatt påverkats på många sätt. De långsiktiga konsekvenserna av pandemin är svåra att bedöma. Verksamheterna fick ställa om sitt arbete bland annat för att bidra till minskad smittspridning. Ett antal planerade fysiska utbildningar och olika forum har fått ställas in men digitaliseringen har ökat vilket ligger i linje med förvaltningens målsättning. Omställningen har medfört att utbildningar, konferenser, samverkansforum och även enskilda klientmöten ändå har kunnat genomföras under året.

Den sammantagna bedömningen är att kvalitet och säkerhet, trots pandemin, säkerställts i både utredning och i utförande av beviljade insatser. Nya arbetssätt har utvecklats men arbetsbelastningen inom myndighetsutövning barn och unga har under 2021 ökat på grund av fler ansökningar och anmälningarna. Den ökade ärendemängden har hanterats inom verksamheten även om situationen är ansträngd. De enskilda som har fått beviljade insatser har haft kontinuerlig kontakt med utförare inom verkställigheten, ofta genom digitala möten och telefonsamtal. Vid förändringar har utföraren stämt av detta med handläggaren. Inom öppenvården har enskilda vid några tillfällen tackat nej till kontakt på grund av rädsla för smitta eller för att de själva har varit sjuka. Genom uppföljande kontakter har avsikten och mål med insatsen dock kunna följas och insatsen återupptas.

Förebyggande och frivilligverksamheterna har fortsatt sitt arbete. De har följt folkhälsomyndighetens rekommendationer och funnits tillgängliga på olika digitala forum.

Pandemin har fortsatt att ta mycket kraft, dock har kärnverksamheten prioriterats. En del av förvaltningens kompetensutvecklingsinsatser har fått ställas in även under 2021 liksom en del av förvaltningens kvalitetsuppföljning, projekt och annat utvecklingsarbete. Det kan få konsekvenser på sikt då detta behöver tas igen. Även arbete på nationell och regional nivå som berör förvaltningens verksamheter har avstannat eller prioriterats ned.

Det finns risk att enskildas isolering under Covid-19 pandemin har lett till att den psykiska ohälsan har ökat och påverkat framförallt grupper som barn och unga, äldre och våldsutsatta kvinnor. En del av dessa konsekvenser har redan konstaterats i ett nationellt perspektiv. Utifrån ovanstående perspektiv behöver verksamheten vara uppmärksam och noggrant följa utvecklingen.

Mål och aktiviteter 2022:

I december 2021 antog nämnden Program för en god individ- och familjeomsorg - tillsammans för de enskildas bästa. Programmet innefattar fem strategiska utvecklingsområden:

- Helhet
- Medskapande
- Samverkan
- Frigöra och utveckla

- Förutsättningar

Utifrån programmet kommer förvaltningen att ta fram en handlingsplan för utvecklingsarbetet inom individ och familjeomsorgsförvaltningen. Utöver det kommer förvaltningen även att arbeta med de förbättringsområden som uppmärksammats utifrån det systematiska kvalitetsarbetet nedan.

Beskrivning av kvalitetsarbetet samt vilka åtgärder som genomförts helt, delvis 2021 eller planeras att genomföras under 2022.

Förvaltningen har fortsatt att utveckla arbetet med samverkansrutiner och bedömningsverktyg. Verksamheten har säkerställt en struktur för att möjliggöra snabbare verkställighet av beslut. Enheterna inom myndighet har genomfört nationella brukarundersökningar. Verksamheten Mobila teamet har genomfört systematisk uppföljning på enhetsnivå men har inte fått resultat ännu. Riskanalyser gällande avvikelseprocessen, integrerad mottagning, organisationsförändring samt processen gällande organisatoriska avvikelser har genomförts. Avvikelseprocessen har implementerats 2021 och kommer att följas upp. Flera enheter, bland annat myndighet barn och unga har genomfört åtgärder och aktiviteter enligt egenkontrollplan.

Arbetet med att undersöka möjligheten att fokusera på brukarundersökningar som ger ett bättre underlag för förbättringsarbete inom förvaltningen och dess enheter än de nationella har påbörjats. På grund av det låga deltagandet i de nationella brukarundersökningarna finns planer om att genomföra undersökningar på lokal nivå som är mer anpassade till enheternas verksamhet.

Några enheter har genomfört beslutade åtgärder och aktiviteter utifrån sina specifika egenkontroller. En plan och mall för uppföljning av entreprenad och privata utförare kommer att upprättas under 2022. Systematisk uppföljning på enhetsnivå inom verksamheten Dialogcentrum har påbörjats.

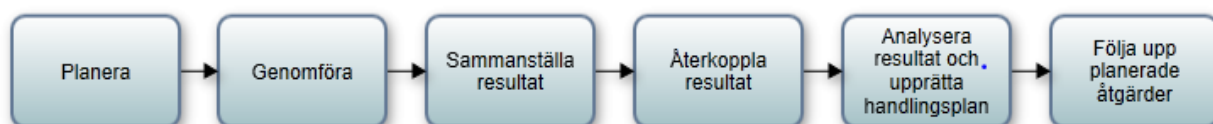
Genomförandet av riskanalyser utifrån verksamhets- och kvalitetsperspektiv. Systematisk uppföljning av behandlingssamtalen på enhetsnivå inom verksamheten Yxhammarmottagningen kommer att genomföras.

Flertalet av åtgärderna och uppföljningen av patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet har på ett eller annat sätt påverkats av pandemin samtidigt som förvaltningen även arbetet med prioriteringar utifrån budget. Detta har medfört att alla planerade aktiviteter inte varit möjliga att genomföra. Kärnverksamheten har prioriterats.

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.

Närvårdssamverkan

Förvaltningschef medverkar i Styrgrupp Närvård och i Lokala ledningsgruppen för Närvården i Borås. Verksamhetschef för barn och unga kommer att under två år vara ordförande för Uppdragsgruppen Barn och unga som är en underliggande grupp till den delregionala styrgruppen. Gruppens uppdrag är bland annat att sprida den nya riktlinjen för "Oro för väntat barn" och olika angreppssätt kring problematisk skolfrånvaro. Det finns även lokala arbetsgrupper i Borås där Individ- och familjeomsorgsförvaltningen är representerad.

Nätverk i Sjuhärad

Det finns ett nätverk med förvaltningschefer och ett nätverk för verksamhetschefer som anordnas av Närvårdssamverkan Sjuhärad där vi deltar.

I dessa sammanhang förs utbyte och dialog kring olika områden som berör kommunerna i Sjuhärad.

Utifrån detta samarbete och Närvårdssamverkan har t.ex. Mini-Maria tagit form. Mini-Maria i Södra Älvsborg är en mellan kommun och region integrerad öppenvårdsmottagning för ungdomar upp till 21 år med frågor eller problematik rörande alkohol, droger eller spel om pengar. Mottagningen skall även vända sig till de ungas anhöriga och professionella som kommer i kontakt med målgruppen.

Mottagningen drivs i nära samverkan mellan de kommuner som ingår avtal med kommunal huvudman; Individ och familjeomsorgsförvaltningen, Borås Stad och som tillhör Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg och Regionhälsan, Västra Götalandsregionen. Mini-Maria startade sin verksamheten i mars 2021. Nätverken diskuterar även digitaliseringsfrågor och kompetensförsörjnings/utvecklingsfrågor såsom Yrkesresan som är ett koncept för introduktion och kompetensutveckling som syftar till att ge kvalitet i varje möte mellan socialtjänstens medarbetare och invånare. Konceptet innehåller både digitalt lärande och kurstillfällen som anordnas regionalt.

Ungdomsmottagningen

Ungdomsmottagningen har en referensgrupp som träffas regelbundet med representanter från Borås ungdomsmottagning, Grundskoleförvaltningen, Gymnasie- och vuxenutbildningsförvaltningen och Individ- och familjeomsorgsförvaltningen för att föra dialog kring samverkansformer och för att följa Ungdomsmottagningens arbete.

Avhopparverksamhet

Avhopparverksamheten startade i juli/augusti med syfte att underlätta för personer att lämna kriminella miljöer. Samverkan är etablerad med Polismyndigheten, Arbetslivsnämnden samt Kriminalvården och kommer att utvecklas ytterligare under 2022 då även en "avhoppartelefon" startas upp. Verksamheten har stöd av Centrum för kunskap och säkerhet (CKS) och flera utbildningar har genomförts för medarbetare i det nätverk som etablerats. Verksamheten har haft nio förfrågningar under 2021 och fem av dessa har inneburit fortsatt kontakt och utredning. En person har fått skyddad placering.

Integrerat Team för unga i riskzon/normbrytande beteende

Nämnden har fått i uppdrag att i samverkan med andra nämnder, Grundskolenämnden och Fritid och folkhälsonämnden att inrätta en särskild förebyggande enhet för att motverka att unga i riskzon hamnar i normbrytande beteenden. Arbetet ska även inkludera samverkan med Polismyndigheten.

Verksamhetens målgrupp är ungdomar som har ett allt mer utagerande, hotfullt beteende och redan

debuterat i kriminalitet. Det Integrerade teamets arbetsmetoder är att genom relationsskapande arbete motivera att de återintegreras till en fungerande skolgång eller sysselsättning, en meningsfull fritid och att de därigenom upphör med det kriminella och normbrytande beteendet.

5.2.2 Samverkan mellan interna aktörer

Individ- och familjeomsorgsförvaltningen har många interna samverkanspartners. Intern samverkan sker mellan verksamhetsområdena inom förvaltningen. Omfattande samverkan sker gentemot FF, GRF, GVUF. Samverkan sker även på olika sätt gentemot förvaltningarna i sociala klustret.

Gemensamt mottagningsenhet

Med start den 1 september 2021 har förvaltningen gjort en sammanslagning av sociala jouren, mottagningsenhet Vuxen samt mottagningsenhet BoU. Syftet med förändringen är bl.a. att skapa en helhet för mottagningsarbetet med en mer hållbar organisation samt en tillgänglig organisation dygnet runt.

Team Domino

Domino är ett förvaltningsövergripande verksamhetsutvecklarteam mellan GRF och IFO. De arbetar med kunskapsspridning och kompetensutveckling om skolnärvaro och stödjer skolor och socialtjänstens verksamheter genom exempelvis handledning, konsultation, processtöd och utbildningsinsatser. Verksamheten startade i slutet av 2020.

LIV (leva i vårdnadskonflikt) projektet

Det övergripande målen med LIV projektet är att med samverkan i fokus utveckla arbetsmetoder för att förebygga och förbättra stödet för barn och familjer i vårdnadskonflikter och därigenom stärka barnets skydd och minimera de skadeverkningar konflikterna kan få. Samverkan sker mellan BoU myndighet; Familjerätten samt Dialogcentrum, men kan på sikt även innefatta fler aktörer.

Socialt hållbart Borås

Socialt hållbart Borås är namnet på Borås Stads långsiktiga arbete med syftet att uppnå mer jämlika livsvillkor och god hälsa för våra invånare.

Bakgrunden till Socialt hållbart Borås är att frågor som handlar om social hållbarhet är komplexa och spänner ofta över flera verksamhetsområden. Därför finns ett behov att samverka mellan våra förvaltningar i staden, men också med näringslivet och samhället i stort, för att få resultat.

Arbetet med Socialt hållbart Borås riktar in sig på tre målområden, En god start i livet och goda uppväxtvillkor, Boende och närmiljö och Förutsättningar för arbete.

Vår förvaltning är en stor del i detta arbete och speciellt i arbetsgrupperna kring En god start i livet och goda uppväxtvillkor samt Boende och närmiljö där vi finns representerade.

I arbetet med att uppnå effektmålet i Socialt Hållbart Borås, ”I Borås ska ingen vara hemlös” har IFO vuxen ansvar för att revidera program mot hemlöshet. En övergripande arbetsgrupp med berörda förvaltningar och bostadsbolag har skapats för att ta fram och arbeta med program och en gemensam handlingsplan i arbetet rörande att minska hemlöshetsproblematiken i Borås. Orsakerna till hemlöshet är många och komplexa. Det behövs både individuella och strukturella åtgärder och därför är vikten av samverkan mellan övriga nämnder och bostadsbolag avgörande i arbetet.

Samverkan mellan IFO och GRF

För att utveckla samverkan har verksamhetschef för Barn och unga-verksamheten, enhetschefer inom myndighet Barn och unga samt verksamhetschefer inom Grundskoleförvaltningen träffats regelbundet under 2021. Fokus har varit att lära varandras grunduppdrag samt att försöka förebygga samarbetssvårigheter.

Samverkan mellan IFO och GVUF

Under 2021 har en ny samverkansrutin tagits fram mellan förvaltningarna. Arbetet har bidragit till att samverkan mellan förvaltningarna har intensifierats och förbättrats.

Boendeprocessen: samverkan mellan ALF och IFO

2021 infördes förändringar kring boendeprocessen utifrån de förändringar av reglementet som togs av kommunfullmäktiges 2019-09-26. Förändringarna innebär att Arbetslivsnämnden får ansvaret för bostadsanskaffning och Individ- och familjeomsorgsnämnden får ansvaret för att utreda, pröva och fatta beslut rörande boendesocial insats/andrahandskontrakt. Individ- och familjeomsorgsnämnden kommer fortsatt att utföra boendesociala stödinsatser i operativt samarbete med hyresvärdar och det sociala klustret. Beslutet innebär att det blir en väg in både för brukare och hyresvärdar/bostadsbolag när det gäller bostadsanskaffning. Målgruppen för insatsen socialt kontrakt/boendesocial insats med andrahandskontrakt är de grupper som har speciella svårigheter att på egen hand skaffa eller behålla en bostad samtidigt som de tillhör en utifrån 5 kapitlet SoL en socialt utsatt grupp med behov av insatser från socialtjänsten.

Utifrån denna reglementsförändring har samverkansrutinen mellan förvaltningarna reviderats. Uppföljningar av rutinen samt reglementets förändringar har skett kontinuerligt under året.

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.

Under åren 2018 till 2021 har mål om att öka brukarens delaktighet varit prioriterat i förvaltningen och arbetats med på olika sätt.

Delar av våra öppenvårdsinsatser har påbörjat användningen av skalorna (SRS, ORS) utifrån FIT, Feedback Informant Treatment. Detta är ett verktyg att använda för att skapa delaktighet och ta reda på om insatsen upplevs som verkningsfull för den enskilde.

Arbetet med att öka antalet samt öka kvaliteten i arbetet med SIP fortsätter. Enligt lagstiftning har socialtjänsten och hälso- och sjukvården ett ansvar att samordna sina insatser. Det finns även en särskild överenskommelse mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen. I överenskommelsen, som gäller från 2021-01-01, är det tydligt att skolan inkluderas som jämbördig part i arbetet med SIP och därmed har samma skyldighet att initiera och medverka vid SIP som socialtjänsten har. Även polis kan medverka vid behov. De nya riktlinjerna och överenskommelsen gällande SIP kommer att ersätta de tidigare lokala samverkansformerna LoSIP (Lokalt Samordnad Individuell Plan) och SSPF (Samverkan Skola, Socialtjänst, Polis och Fritid).

På våra interna boendena har de boende möjlighet att påverka vid regelbundna husmöten.

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.

Här nämns de riskanalyser som genomförts på ett övergripande plan och som berört flera eller alla enheter inom förvaltningen. Utöver dessa har även riskanalyser gjorts på enhetsnivå, utifrån

arbetsmiljöperspektiv, med särskilt fokus på risker vid förändring i verksamheten, pandemin och risker kring enskilda brukare.

Individavvikelser

Under de senaste åren har ett klusterövergripande arbete genomförts för att utveckla arbetssätt och IT-stöd för individavvikelser. I februari 2021 gjordes en inventering av risker och positiva effekter av ett förändrat arbetssätt gällande rapportering och utredning av individavvikelser SoL samt Lex Sarah inom ALF och IFO.

Syftet var att identifiera de risker samt positiva effekter som kunde ses dels vad gäller processen inklusive rutiner, instruktioner mm samt rapportering, utredning och utredning av avvikelser i IT-stödet Viva.

Socialt utskott

I maj 2021 påbörjades ett arbete för att implementera ett IT-stöd (Ciceron) för att hantera handlingar i samband med beslut som fattas vid det sociala utskottet.

Syftet var att identifiera de risker samt positiva effekter gällande IT-stödet samt processen inklusive rutiner och lathund. Inventeringen och bedömningen av riskernas sannolikhet och konsekvens gjordes av socialassistenter och verksamhetsutvecklare. Det förändrade arbetssättet har implementerats och startade i januari 2022.

Organisatoriska avvikelser

Sociala klustret har under några år arbetat med att ta fram ett gemensamt arbetssätt för att rapportera och utreda organisatoriska avvikelser. Arbetet har inneburit att ta fram rutiner, roller/ansvar samt skapa mallar för rapportering, utredning och uppföljning i IT-stödet Canea. Det förändrade arbetssättet kommer att gälla inom samtliga fyra förvaltningar i det sociala klustret.

Syftet var att identifiera de risker samt positiva effekter som kunde ses dels vad gäller processen inklusive rutiner, instruktioner mm samt rapportering, utredning och uppföljning av organisatoriska avvikelser i IT-stödet Canea.

Överföring av minderårigas ärenden från Barn och unga myndighet till Unga vuxna/Vuxen

Vid årsskiftet 2020/2021 fördes ett 20-tal ärenden över från Barn och unga myndighet till Unga vuxna/Vuxen då arbetsbelastningen var hög inom Barn och unga. Då detta gjordes genomfördes ingen riskanalys. I samband ett incitament att överföra fler ärenden av samma art gjordes en riskanalys.

Riskanalysen genomfördes med vuxenområdets verksamhetschef, enhetschef på Barn och unga samt enhetschef Unga Vuxna, skyddsombud från SSR och Vision, samt medarbetare från Barn och unga, Unga vuxna och Vuxen.

Boendeprocessen

I december 2020 gjordes en riskanalys gällande införandet av boendeuppdraget inom Vuxenområdet. Under 2021 har en uppföljning av riskanalysen genomförts.

Uppföljningen genomfördes med enhetschefer för myndighet inom vuxenområdet lokalt skyddsombud för Vision och SSR samt huvudskyddsombud för SSR.

5.4 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Informationssäkerhet

Förvaltningen har under året fortsatt arbeta centralt med informationssäkerhet. Det har tagits fram en informationssäkerhetspolicy och startats upp nano-utbildningar inom informationssäkerhet.

Utbildningarna som genomförs digitalt skickas ut till samtliga anställda inom Borås Stad. Det har köpts in ytterligare verktyg/system för att på ett systematiskt och strukturerat sätt arbeta med informationssäkerheten i hela staden. Exempel på detta är informationssäkerhetsmodulen i systemet Stratsys där informationssäkerhetsarbetet kopplas samman med förvaltningsplanerna.

Arbetet med pullprint-skrivare har påbörjats vilket innebär att den anställda inte skriver ut på en specifik skrivare utan istället går till valfri skrivare och först då väljer att skriva ut dokumentation via sitt tjänstekort, risken att skriva ut på fel skrivare försvinner.

Förvaltningen har ur ett informationssäkerhetsperspektiv, infört mer strikta kriterier för genomförande av registervård i verksamhetssystemen. Detta för att minimera risken att användare delvis har kvar behörigheter som de inte behöver.

Den reservlösning som finns för förvaltningens journalsystem testas flera gånger årligen av personal på IT-Vård och Omsorg och används även vid uppdateringar av systemet för att kunna läsa dokumentation. Detta medför att reservlösningen även testas av verksamheten själva i en situation som kan jämföras med ett "skarpt läge".

Arbetet fortsätter med att ta ut och granska loggar i förvaltningens system samt årligen revidera de sekretessgränser som finns.

Under hösten gjorde IVO en granskning av informationssäkerheten utifrån NIS-direktivet inom Vård och äldreomsorgen. Granskningen resulterade i beslut att förvaltningarna inom det sociala klustret, under 2022, ska ta fram ett ledningssystem för informationssäkerhet och att det ska dokumenteras i IT-stödet Digframe.

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

5.5 Välfärdsteknik

Under pandemin har antalet digitala möten ökat kraftigt. Både interna möten och möten tillsammans med brukare. Även utbildningsinsatser har hållits digitalt.

Diskussioner har hållits tillsammans i det sociala klustret kring att utveckla arbetet med säker kommunikation gällande videomöten samt mail. Sociala klustrets ståndpunkt är att detta utvecklingsarbete skall ske på en övergripande Borås Stads nivå.

På förvaltningens enheter fortgår arbetet med digitala möten samt hur vi skall använda denna möjlighet även när pandemin är över.

Sedan några år tillbaka har förvaltningen haft verksamheter som använt digitala forum såsom Facebook, Instagram och chatt. Under 2020 utökade flera av dem sina öppettider på chatten och blev därmed mer tillgängliga för medborgarna. Våra digitala forum är uppskattade och har under 2021 fått ett ökat antal följare.

Förvaltningen har även en chattfunktion sedan 2020 som heter " Socialtjänst online" tillsammans med Arbetslivsförvaltningen. Chatten innebär en möjlighet för medborgarna att komma i kontakt med socialtjänsten på ett enkelt sätt. Från Individ- och familjeomsorgsförvaltningens sida är det Mottagningsenheten för barn och unga och vuxen som svarar på medborgarnas frågor måndag till fredag. Inom Arbetsförvaltningen är det försörjningsstödsenhetens mottagningsfunktion som svarar på frågor.

Sedan starten av 2021 har förvaltningen i samarbete med Förvaltningsrätten och Kammarrätten i

Jönköping utvecklat ett arbetssätt att hålla säkra digitala möten vilket möjliggör att vår personal kan delta på förhandlingar i Jönköping på plats här i Borås i en speciellt anpassad lokal .

Under 2021 har förvaltningen påbörjat ett arbete med att införa digital signering av ordförandebeslut. Målsättningen är att detta arbete blir klart innan sommaren 2022.

Ett arbete pågår i staden med att digitalt signera nämndshandlingar vilket även berör vår förvaltning.

Förvaltningens fältverksamhet kommer under 2022 att använda sig av en APP som heter "Fältappen". Appen kan GPS positionera Fältsekreterarnas arbete på fältet samt var och vilken sorts problematik fältsekreterarna möter. Detta för att systematiskt få information som underlättar hur de skall lägga upp sitt arbete.

Familjehemsenheten har påbörjat ett arbete med att utveckla en E-tjänst för de som är intresserade att ta sig an uppdrag som Familjehem, Kontaktfamilj, Kontaktperson eller Extravuxen. Förhoppningen är att E-tjänsten är färdig att användas under 2022.

5.6 Synpunkter och klagomål

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 3-8 §

Förvaltningen arbetar enligt Borås Stads rutiner för synpunktshantering.

Synpunkter inkommer till Individ- och familjeomsorgsförvaltningens kännedom via hemsidan och muntligen, men anställda har också en möjlighet att ta upp beröm/förslag/klagomål som vi får kännedom om från enskilda, organisationer eller andra intressenter. Varje synpunkt som inkommer utreds och följs upp av ansvarig chef. Synpunkter följs också upp på olika nivåer i organisationen. Till exempel på verksamhetsledning, arbetsplatsträffar samt av MAS/MAR/SAS i syfte att lära av varandra och förbättra verksamheten utifrån de inkomna synpunkterna. När det så krävs, gör verksamheten en utförligare granskning. Den interna utredningen i de fallen utförs av SAS.

5.7 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.

Under några år har ett övergripande arbete inom sociala klustret pågått med att upprätta en process för avvikelshantering gällande individavvikelser enligt SoL/LSS/HSL. Individ- och familjeomsorgen implementerade processen våren 2021, enligt plan. Ett verksamhetsstödssystem för att göra avvikelserapportering digitalt har byggts upp i verksamhetssystemet VIVA och systemet är aktivt sedan april 2021.

Varje enskild avvikelse utreds och följs upp av ansvarig chef. Om avvikelserna berör HSL utreds den av legitimerad personal. Avvikelser följs också kontinuerligt upp på olika nivåer i organisationen, till exempel på verksamhetsledning, arbetsplatsträffar samt av MAS/MAR/SAS i syfte att lära av varandra och att förhindra att liknande händelser inträffar på nytt. Rapporterade avvikelser sammanställs och analyseras en gång i halvåret.

5.8 Lex Maria

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

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

5.9 Lex Sarah

14 kap. 3-6 §§ SoL, SOSFS 2011:5

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

5.10 Egenkontroll

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

Nationella brukarundersökningar

Under hösten 2021 deltog Individ- och familjeomsorgen (IFO) för fjärde gången i den nationella brukarundersökningen för IFO. Undersökningen genomförs av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA).

I år har IFO även valt att genomföra ett antal nya undersökningar som SKR och RKA tagit fram. Undersökningarna riktar sig till barn och unga som är 13 år eller äldre och som är placerade utanför det egna hemmet.

Syftet med brukarundersökningarna är att få fram hur brukaren upplever kvaliteten på myndighetsutövningen och att undersöka hur placerade barn och unga upplever insatsens kvalitet. Frågorna handlar om exempelvis bemötande, tillgänglighet, blivit lyssnad på, kunnat påverka och hur deras problematik och/eller situation har förbättrats eller försämrats under tiden. När insatser riktar sig till anhöriga så är det värdefullt att även fråga efter deras uppfattning.

Denna typ av uppföljning kan ge en bild av om verksamheten motsvarar centrala kvalitetskrav, som att alla ska bemötas och behandlas på ett värdigt sätt. Kunskap kan även fås om hur nöjda klienterna är med de insatser som getts.

Nedan följer de områden samt svarsfrekvens för respektive undersökning som IFO gjort:

Social barn- och ungdomsvård, ungdomar 13+, 27 %

Social barn- och ungdomsvård, vårdnadshavare, 28 %

Missbruks- och beroendevård, 0 %

Barn placerade i familjehem, 20%

Barn placerade på HVB, 78 %

Barn placerade på stödboende, 56 %

Svarsfrekvens i de nationella brukarundersökningarna är relativt låga både inom IFO och i ett nationellt perspektiv. Undersökningarna kan dock tillsammans med andra kompletterande undersökningar ligga till grund för analyser av kvalitet och leda till utvecklingsarbete.

Lokala brukarundersökningar

I förra årets Patient och kvalitetsberättelse var en aktivitet att genomföra systematisk uppföljning i form av brukarundersökning på enhetsnivå inom verksamheterna Dialogcentrum, Yxhammarmottagningen och Mobila teamet.

I november/december 2021 genomfördes en brukarrevision av Mobila teamen för att få reda på våra brukares upplevelse av insatsen. Resultatet kommer att analyseras och sammanställas av Brukarföreningen under våren 2022.

Under hösten 2021 startade Dialogcentrum att använda sig av en enkät till sina brukare vid avslut av insats. Fokus på enkäten är upplevelse av delaktighet, nöjdhet samt upplevda resultat av det stöd de fått. Det har i dagsläget inte inkommit tillräckligt många enkätsvar för att göra en analys men detta kommer att göras under 2022.

Yxhammarmottagningen har startat ett arbete med att införa FIT (Feedback Informed Treatment) som är ett systematiskt arbetssätt som syftar till att få löpande feedback från personen som deltar i en insats. Yxhammarmottagningen planerar att under våren 2022 göra studiebesök i Halmstad där FIT använd som feedbackverktyg strukturerat sätt.

Annan individbaserad systematisk uppföljning

Sedan 2019 följs variabler kring barnets delaktighet systematiskt upp från vårt verksamhetssystem VIVA på Barn och unga sidan. Dessa variabler följs årligen upp och en analys med förbättringsåtgärder görs av verksamheten.

Öppna jämförelser

Undersökningen görs av Socialstyrelsen och jämförelsen riktar sig till kommuner och stadsdelar i landet. Borås Stad har deltagit i undersökningen och resultaten baseras huvudsakligen på information från en kommunenkät som besvarades av landets kommuner och stadsdelar under perioden januari – mars 2021.

Insamlingen av uppgifterna görs genom en webbenkät som för det sociala klustret berör områdena:

- Ekonomiskt bistånd
- Missbruks- och beroendevård
- Social barn- och ungdomsvård
- Socialtjänstens krisberedskap
- Stöd och service till personer med funktionsnedsättning
- Äldreomsorg inklusive kommunal hälso- och sjukvård
- Våld i nära relationer

Kommunens kvalitet i korthet (KKiK)

Borås Stad deltar regelbundet i undersökningen Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK) som genomförs av Sveriges kommuner och regioner (SKR).

Syftet med KKiK är att på en övergripande nivå beskriva kommunens kvalitet i jämförelse med andra kommuner.

Kommunens Kvalitet i Korthet, redovisar och jämför resultat inom tre olika områden:

- Barn och unga
- Stöd och omsorg
- Samhälle och miljö

Individ- och familjeomsorgen omfattas endast av en fråga som avser utredningstid.

Övrig egenkontroll enligt fastställd plan

Barn och unga: Planen för barn och ungas egenkontroll har inneburit aktgranskning av hur barnens egen röst framkommer i processens delar, analys och bedömning, vårdplan, genomförandeplan och slutrapport. Ett team bestående av metodhandledare inom barn och unga myndighet och verkställighet öppenvård har granskat 40 gemensamma ärenden gällande barn i åldrarna 8-12 år. Familjerätten har aktgranskat hur barnets egen röst framkommer i analys och bedömning inom ärenden gällande vårdnad, boende och umgänge. Granskningen omfattade 17 ärenden för barn mellan 5-17 år. Under 2020 genomfördes kontroll av om externa familjehem fick det stöd de behövde av familjehemleverantören. Resultatet var att familjerna upplevde att de fick ett gott stöd 2021 skulle aktiviteten gällande uppföljning av familjehemsleverantörers stöd till externa familjehem genomförts på nytt utifrån upprättad mall. Uppföljning av placering har gjorts, men denna kvalitetsuppföljning har inte genomförts.

Vuxen: I egenkontrollplanen för vuxen ingick följande kontrollmoment 2021:

Granska förhandsbedömningar, granska dokumentation gällande upphörande av bistånd och att avskryva ärenden, dokumentation av relevanta händelser samt granskning av Vårdplaner och genomförandeplaner.

De kontrollmoment som genomfördes var att granska förhandsbedömningar samt att granska dokumentation gällande upphörande av bistånd och att avskryva ärenden.

Ej verkställda beslut

Individ- och familjeomsorgsnämnden har redovisat ej verkställda gynnande beslut enligt 4 kap 1 § SoL varje kvartal till IVO. Enheterna för myndighetsutövning tar kvartalsvis fram vilka gynnande beslut som inte verkställts och analyserar orsakerna till det. En sammanställning av ej verkställda gynnande beslut samt en övergripande analys görs som redovisas vid nämnden. Nämnden har godkänt samtliga redovisningar och analyser under året och dessa har sedan rapporterats till Kommunstyrelsen enligt fastställd rutin.

Tillsyn IVO

Förvaltningen har under 2021 medverkat vid flera tillsyner av IVO och tagit del av deras beslut.

6 RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

6.1 Riskanalys

Individavvikelser

Riskerna som framkom handlade om att säkerställa en tydlighet i processen samt introduktion och utbildning i linjen. Utöver det handlade även om att öka förståelsen för varför avvikelser ska rapporteras och hur man i verksamheten kan öka lärandet i syfte att förhindra att liknande händelser inträffar på nytt. Riskanalysen identifierar också vikten av att verksamheten har en SAS som kan ge stöd i form av kontinuerlig vägledning/konsultation till enhetschefer och metodhandledare. Det finns även

risker som berör Viva som IT-stöd. Här handlar det om att göra systemet så användarvänligt som möjligt och säkerställa att avvikelseprocessen överensstämmer med Viva-mallar och utredningsflödet.

Vad gäller de positiva effekterna så handlar dessa främst om att man kan se en ökad tydlighet i processens olika steg (att rapportera, utreda och följa upp avvikelser/Lex Sarah). Det kommer även bidra till att det systematiska arbetet stärks i och med att avvikelser/Lex Sarah utreds, följs upp och återkopplas i syfte att förhindra att liknande händelser inträffar på nytt. Effekten av den ökade tydligheten i kombination med Viva som IT-stöd kommer sannolikt att leda till en ökad rättssäkerhet för den enskilde och att fler avvikelser förväntas att rapporteras.

En sammanställning över identifierade risker visar att de flesta riskerna finns redan idag och att det förändrade arbetssättet troligtvis kommer att bidra till en minskning av dessa.

Slutligen konstaterades att den genomförda riskanalysen inte visade några större risker och att arbetet med att implementera processen med tillhörande utveckling i Viva under våren 2021 kunde fortgå enligt plan. Det förändrade arbetssättet startade den 6 april.

Socialt utskott

Det konstaterades att riskerna kring ny utskottshantering främst handlade om att säkerställa en tydlighet i processen samt introduktion och utbildning i verksamheten. Även risker som berörde IT-stödet Ciceron och att säkerställa systemets funktionalitet, att det finns support och att handlingar lätt går att öppna och läsa påtalades.

Vad gäller de positiva effekterna så handlade dessa främst om att arbetet gällande förmedling av det sociala utskottets handlingar kommer att kvalitetssäkras och att den psykosociala arbetsmiljön för socialassistenterna kommer att förbättras.

I riskanalysen identifierades inga allvarliga risker, men det återstod arbete i linjeorganisationen för att säkra att utbildning och informationsinsatser kring det nya arbetssättet skulle genomföras. Rutiner och backup i samband med ordinarie ansvariga medarbetares frånvaro behövde även säkras. Ytterligare medarbetare introduceras nu i arbetet och kan täcka upp vid frånvaro varpå risken omhändertaras.

Förvaltningen har genomfört en digitalisering som både ger kvalitetssäkrande och arbetsmiljöförbättrande effekter.

Organisatoriska avvikelser

Sammanfattningsvis kan konstateras att riskerna handlade om att säkerställa en tydlighet i processen samt introduktion och utbildning i linjeorganisationen. Riskerna handlade även om att öka förståelsen för varför organisatoriska avvikelser ska rapporteras. Det uppdagades även risker som berör Canea som IT-stöd, vilket är ett system som inte används i så stor utsträckning av medarbetare sedan tidigare. Det konstaterades att det inte finns ett mervärde i att alla medarbetare gör den administrativa rapporteringen av organisatoriska avvikelser i Canea. Utifrån den utgångspunkten fattade kvalitetscheferna beslut om att organisatoriska avvikelser ska rapporteras av chefer.

Vad gäller de positiva effekterna så handlar dessa främst om att processen bidrar till att det systematiska arbetet stärks i och med att organisatoriska avvikelser utreds, följs upp och återkopplas i syfte att förbättra verksamheten samt att det kan främja förvaltningsövergripande förbättringsarbete.

Slutligen kan konstateras att den genomförda riskanalysen visar på några mindre risker, vilket medfört beslut om att den administrativa rapporteringen av avvikelser ska göras av chefer och inte av samtliga medarbetare, vilket var intentionen från start. Rekommendationen var att arbetet med att skapa utbildningsmaterial och implementera processen med tillhörande IT-stöd skulle fortgå och att skarp drift planeras med start i mars, 2022.

Överföring av ärenden från Barn och unga myndighet till Unga vuxna/Vuxen

Då riskanalys gällande överföring av ärenden gjordes under våran 2021 konstaterades att förändringen lett/ledde till påverkan på rättssäkerheten, sämre kvalitet, högre arbetsbelastning och tyngd, vilket påverkade utredningstiderna men också mående/stress-symtom. Ur brukarperspektivet såg man också att sårbara grupper ställdes mot varandra, vuxna med behov prioriterades bort. Det kom också fram starka synpunkter kring bristen på framförhållning, kommunikation och delaktighet när förändringen genomfördes.

Flera åtgärder sattes upp, tydliggöra prioriteringar - vad är rimlig nivå, att metodhandledare på Barn och unga ska finnas tillgänglig för Unga vuxna, uppföljning av psykosociala arbetsmiljön på gruppmöten, regelbunden individuell ärendehandledning och här också fånga upp stressrelaterade symtom.

Riskanalysen skulle följs upp i juni 2021, men den genomfördes inte på grund av stor frånvaro.

Det som konstaterats och som återkopplats till verksamhetschef är att gruppen mått dåligt på grund av förändringen. Stressrelaterade symtom, till och från känslor av att inte vilja gå till jobbet, upplevelser av att inte kunna sitt arbete, att inte ha den kvalitet som man vill, jobbigt att jobba med en målgrupp som man inte är bekant med och inte kan rättstillämpningen kring påverkade medarbetarna. Inte heller metodhandledaren behärskade området och metodstödet var initialt inte tillräckligt. Måendet har efter sommaren succesivt förbättrats, vilket beror på att de flesta av ärendena hunnit fylla 18 år och därmed faller inom Unga vuxnas ordinarie uppdrag.

Någon ytterligare överflyttning av ärenden från Myndighet barn och unga till Unga vuxna genomfördes inte.

Uppföljning av riskanalys gällande boendeprocessen

Två uppföljning har genomförts under året, 22 april och 16 september.

Det konstaterades, 22 april, att arbetsmängden och ärendebelastningen hade ökat en hel del inom myndighet Vuxen, främst på mottagningsgruppen och Vuxen i och med boendeuppdraget. Upplevd belastning hade ökat och måendet försämrats.

Vid uppföljningen den 16 september hade arbetsmängd och arbetstempo stabiliserats något utifrån boendeuppdraget. Upplevelsen hos mottagningsgruppen var att inflödet mattats av och därmed också inflödet till utredningsgrupperna. Om det var tillfälligt eller inte var svårt att utvärdera i så tidigt skede. Andelen missbruksärenden hade minskat något vilket gjorde att den totala belastningen inte ökat i utredningsgrupperna och upplevelsen var att det gick att hinna med ärendena för närvarande. Dock beskrivs att utreda boendeärendena som mer tidskrävande.

Följande aktiviteter beslutades:

- Fortsätt följa ärendebelastningen / föra statistik
- Bjuda in SAS till enhetsmöte för att prata rättsläget, bedömningar gällande sociala andrahandskontrakt.
- Fortsatt uppföljning sker inom ramen för verksamheten

6.2 Synpunkter och klagomål

Sammantaget under år 2021 har 30 synpunkter inkommit. Under det första halvåret inkom relativt få synpunkter: 11 stycken. Under det andra halvåret ökade synpunkterna till 19 stycken. Under det första halvåret ledde några av synpunkterna till åtgärder och förbättringsarbete. I samband med halvårs-genomgången i augusti 2021 redovisades även att förvaltningen ser över olika sätt att stimulera och få in flera synpunkter då dessa är en viktig del i kvalitetsarbetet. Om ökningen under det andra halvåret beror på att förvaltningen blivit bättre på att fånga upp synpunkter, eller om det beror på att enskilda och andra intressenter haft mer att tycka till om förvaltningen, är i detta skede svårt att säga. Det får dock anses vara positivt att vi får in flera synpunkter och därmed flera möjligheter och perspektiv på

vad som kan förbättras i vår verksamhet. Tidigare år har en majoritet av synpunkterna avsett tjänster inom myndighetsutövning Barn och unga. Detta år finns en spridning mellan enheterna. Synpunkterna avser olika slags tjänster och många olika enheter. Vi tar med oss dessa synpunkter i ett kontinuerligt lärande. Flera av synpunkterna har lett till förbättringsarbete, som är pågående. Som exempel på förbättringsåtgärder kan följande nämnas:

En av synpunkterna avsåg möjlighet att enklare kunna lämna in orosanmälan jämfört med nuvarande sätt. Det pågår ett arbete för att se om orosanmälningar skulle kunna lämnas via en onlinetjänst eller liknande. Redan nu går det att lämna anmälningar via blanketter och e-post till olika inkorgar inom förvaltningen men en mer utvecklad onlinetjänst skulle ge andra förutsättningar att direkt återkoppla till anmälare med mera.

Utifrån synpunkter kring telefontider avseende Familjerätten har informationen på hemsidan gjorts tydligare.

Ett ärende har belyst frågan om jävsprövningar som föranlett förvaltningen att börja se över hur vi gör detta, gällande rutiner samt om dessa behöver utvecklas och likriktas. Det finns olika former av jäv och det finns ett behov av att tydliggöra detta ytterligare men även hur en bedömning görs.

En annan synpunkt har avsett boenden med missbruksproblem. Något som vi ofta ser över och för närvarande just tittar närmare på i förhoppning om att ytterligare förbättra den typen av verksamhet.

Ytterligare en synpunkt, värd att nämna, är en av synpunkterna som vi på eget initiativ tog upp, i december 2021, var Borås Tidnings artikel om en 15 årig flicka som utsatts för misshandel och förnedring i sitt hem. Vi valde att inleda en intern granskning med grund i denna synpunkt.

Granskningen har lett till att flera förslag på förbättringsområden har belysts, ex. kring skyddsbedömningar, uppföljning av vissa ärenden (11 kap 4a§ SOL) och kompetenshöjning avseende intressekonflikter i svåra ärenden.

Denna form av ständiga förbättringar är en viktig del av det kontinuerliga kvalitetsarbetet.

6.3 Avvikelser på individnivå

Avvikelser enligt SoL

Då implementering av avvikelseprocessen startade i april 2021 är statistik uttaget från perioden april till december 2021. Implementering, spridning av informationsmaterial och utbildning kommer fortgå under 2022 i syfte att öka kunskap avseende avvikelser på individnivå. Under nästa år kommer det att finnas statistik för hela året och förvaltningen har då haft arbetssättet i drift under drygt ett och ett halvt år. På insatssidan är det totalt 32 SoL-avvikelser som rapporterats under 2021. Dessa berör 22 unika brukare. På myndighetssidan är det fem avvikelser som rapporterats och de berör fyra unika brukare. En av avvikelserna bedömdes vara så allvarlig att en Lex Sarah-rapport upprättades. En annan avvikelse ledde till att en regional avvikelse rapporterades inom Närvårdsamverkan. Vid analys av samtliga avvikelser har inte något tydligt förbättringsområde utkristalliserats. Detta på grund av att avvikelserna varit av olika typ och haft olika bakomliggande orsaker.

Avvikelser enligt HSL

Antalet HSL-avvikelser under 2021 är 118 stycken. Av de 118 avvikelser handlar 83 om läkemedel och 35 om övrig HSL. Läkemedelsavvikelserna handlar mest om utebliven dos och utebliven signering. Utav HSL övrigt är det flest om dokumentation, informationsöverföring, planering av vården och utebliven HSL insats av baspersonal. En utebliven HSL insats kan vara omläggning eller träning. För signering av HSL insatser används digitalt system MCSS (Medication Care Support System). Det har utförts 15 206 HSL insatser under året, 99 % är signerade. 36 avvikelser handlar om fall, de flesta sker inomhus. Vårdinventering gör gällande att 10 boende på Kaptensgatan omfattas av inventeringen och de 10 har ett pågående hälso- och sjukvårdsärende. Inventeringen visar att för 8 av de 10 boenden har

sjuksköterskan ett helt övertagit läkemedelsansvaret.

Under 2021 genomfördes 32 riskbedömningar avseende boende inom IFO vilket är en förbättring jämfört med föregående år då 24 riskbedömningar genomfördes.

6.4 Lex Maria

Inga Lex Maria utredningar genomfördes 2021.

6.5 Lex Sarah

Inledning

Lex Sarah är en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Syftet med bestämmelserna om lex Sarah är att verksamheten ska utvecklas och att missförhållanden ska rättas till. Grunden för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten är ett väl fungerande systematiskt kvalitetsarbete.

Under år 2021 har fem lex Sarah- utredningar genomförts på IFO, enligt fördelning som visas i tabellen nedan.

Enhet	Antal rapporter	Färdigställda utredningar 2021	Beslut
Barn och unga myndighet	2	2	1 beslut risk för missförhållande, 1 beslut allvarligt missförhållande
Familjehem	1	1	Inget missförhållande
Vuxen, boende	4	2	1 beslut missförhållande och 1 beslut inget missförhållande
Totalt	7	5	Kommentar: två rapporter inkom från vuxen i slutet på 2021, varför utredningarna inte blev färdigställda 2021

Ur tabellen framgår att två rapporter och två utredningar gjordes på barn och unga myndighet. Utredningarna utmynnade i ett beslut som avsåg risk för missförhållande och ett beslut som avsåg allvarligt missförhållande. Från Familjehemsenheten inkom en rapport och en utredning avslutades med beslut om att det inte var något missförhållande i den egna verksamheten.

På Vuxen, boende, inkom fyra rapporter och två utredningar hann avslutas innan årsskiftet. En utredning avslutades med beslut om missförhållande och den andra med beslut om att det inte avsåg missförhållande i den egna verksamheten.

Totalt inkom sju rapporter och fem utredningar hann avslutas. Två rapporter inkom från vuxen i slutet på 2021 varför utredningarna inte blev färdigställda 2021.

Under andra halvåret tillträdde en ny SAS på IFO och har sedan dess riktat mer fokus på lex Sarah - lagstiftningen samt tillämpningen av den inom förvaltningen. Det har identifierats ett behov av att, på ett strukturerat sätt, gå igenom den aktuella lagstiftningen på årlig basis, och arbete pågår i samarbete mellan kvalitets- och utvecklingsenheten och verksamhetsledningen för att se hur detta ska göras på bästa sätt.

Sammanfattande beskrivning av de utförda utredningarna

1.) Den inrapporterade händelsen anger att en sjuksköterska åker till en patient för provtagning och upptäcker då att på stora delar av golvet i vardagsrummet, hallen, köket och i patientens säng är det intorkad avföring. Sjuksköterskan upplever att det är oordning och sanitär olägenhet i patientens hem. Patienten ligger i sin säng i vardagsrummet. Patienten tillika klienten är en man i medelåldern med flerårig missbruksproblematik och en allvarlig somatisk sjukdom. Personalen och klienten har olika bilder av lägenhetens skick.

Ur utredningen framgår att personalen har försökt kontinuerligt att motivera klienten till att ta emot insatser, omvårdnad och städning men klienten avböjer dem tydligt. Detta dokumenteras i personakten. Insatser enligt Socialtjänstlagen är frivilliga. Bedömningen och beslutet är att det rapporterade inte är ett missförhållande enligt lex Sarah.

2.) Den inrapporterade risken för missförhållande handlar om att modern till ett omhändertaget litet barn med beslut om att inte röja vistelseort, fick information om var jourhemmet och barnet befann sig genom att trycka på en informationsikon på ett foto som skickats till henne från socialtjänsten. Modern har inte agerat på informationen och har sagt att hon heller inte kommer att göra det. Bebisen var inte medveten om situationen på grund av sin låga ålder. Jourhemmet kände sig oroade och frustrerade och önskade att bebisens skulle omplaceras men socialtjänstens planering om en stadigvarande placering i ett familjehem den 24 juni fullföljdes.

Anledningen till att foton på barnet vidarebefordrades där uppgifter om platsen röjdes var teknisk okunskap och mänskliga faktorn. För att förhindra att liknande händer igen behöver socialsekreterarna utbildning så att de kan tillägna sig kunskaper så att de på ett säkert sätt kan hantera de tekniska hjälpmedel som de använder sig av i tjänsten samt möjlighet vid behov att rådfråga en teknisk säkerhetsexpert.

3.) Det inrapporterade missförhållandet avser dödsfall på vuxen akutboende. Den 6 september 2021 upptäcks en klient livlös på boendet, efter att hans mor kommit till boendet för eftersom hon ringt sin son flera gånger och inte fått svar. Personalen agerar snabbt, man går till hans rum, och upptäcker honom livlös. En Lex- Sarah inleds. Ur utredningen framkommer att boendet varit skonat från liknande händelser, men att liknande händelser riskerar att inträffa igen, med hänsyn till verksamhetens art. Det kan konstaterats att några brister inte uppdragats när det gäller personalens agerande eller omgivningen och organisationen i stort.

Det som har framkommit är att det finns ett förbättringsområde när det gäller överföring av information om klienten från myndighet till insats, samt hur och när insats tar till sig informationen.

Som en konsekvens av detta kommer åtgärder för att säkerställa kraven på god kvalitet att vidtas i form av upprättande av ny/reviderad rutin vid överföring av information om klient från myndighet till insats, samt rutin för när personal ska läsa informationen, mer konkret. Det kommer även att tas fram en riskbedömning som ska användas när en ny klient flyttar in till boendet.

4.) Den inrapporterade händelsen avser en treårig pojke som enligt socialtjänstens planering skulle få flytta hem till sin pappa, efter att ha varit placerad i familjehem hela sitt liv. Socialtjänstens utredning visade att pappan hade tillräckligt god föräldraförmåga för att en hemflytt skulle vara till pojkens bästa. Under våren 2021 planeras därför för ett utökat umgänge mellan pojken och pappan och den slutliga hemflytten skulle ske i juli 2021, då placeringen var tänkt att avslutas. I maj inkommer anmälan om våld mot barn, som inte resulterar i något åtal, men hemflytten skjuts upp till efter sommaren. I juli inkommer ytterligare anmälan, från beroendeenheten på SÅS, varur framkommer stark oro för pappas psykiska hälsa och missbruk. Det pågående umgänget avbryts och hemflytten ställs in. Pojken omplaceras i annat familjehem, då hans tidigare familjehem vill säga upp sitt uppdrag. I samband med anmälan från beroendeenheten hämtas pappas journaler in varur framkommer att han haft kontakt med beroendeenheten sedan april 2021, alltså under tiden som man planerat för pojkens hemflytt. Socialtjänsten skulle omedelbart ha fått denna information när pappa tog kontakt med beroendeenheten i april 2021. Eftersom socialtjänsten inte fick det fortsatte man planera för en hemflytt, som var grundad på felaktiga uppgifter då man trodde att pappans missbruk låg långt bak i

tiden och risken för återfall var liten. Detta resulterade i att pojken utsattes för risker i samband med det utökade umgänget och på lång sikt hade det kunnat få ödestigra konsekvenser för pojken om han hade flyttat hem utan att socialtjänsten fått uppgifter från beroendeenheten. Pojken blev tvungen att omedelbart omhändertas på grund av påtaglig risk för hans liv och hälsa och blev dessutom placerad i ett nytt familjehem, då det tidigare familjehemmet valt att säga upp sitt uppdrag när hemflytten till pappan inte längre var aktuell.

Det som har konstaterats i den här utredningen är att det har gjorts vissa missbedömningar under händelseförloppet. Det har dock inte skett något på socialtjänstens sida som har orsakat den påtagliga risken för pojken liv eller hälsa. Den bristen är orsakad av annan verksamhet än den egna och hanteras enligt annan process som regional avvikelse i samverkan med SÄS. Eftersom det inte handlar om den egna verksamheten är detta inte en risk i den mening som avses i Lex-Sarah lagstiftningen. Utredningen avslutas med beslut om att det inte är ett missförhållande i den egna verksamheten.

5.) Den inrapporterade händelseperioden avser en nio-årig pojke med allvarlig, som omhändertas omedelbart den 1 juni 2021. Det fastställs snabbt att inga familjehem eller HVB- platser finns att tillgå. Samtidigt är det tydligt för socialtjänsten att pojken hälsa är instabil. På grund av olika omständigheter tas dock inte en omedelbar kontakt med sjukvården. Först den 3 juni, två dagar efter omhändertagandet, tar socialtjänsten en första kontakt med sjukvården.

Händelseförloppet är allvarligt. Pojkens hälsotillstånd blir så instabilt att en sjukhusinläggning behövs. Samtidigt kräver sjukvården att en vuxen finns vid pojken sida under sjukhusvistelsen, men då varken familjehem eller annan lämplig vuxen finns att tillgå, löses detta med att socialtjänstens egna medarbetare åtar sig uppdraget att turas om att vara vid pojken sida. Pojken, som då alltså är omedelbart omhändertagen, får träffa och spendera flera dagar med flera olika, för honom okända människor i ett stängt rum på sjukhuset. Han hinner också spendera en natt med ett jourhem som dagen efter avsäger sig uppdraget på grund av för stort ansvar för Ls hälsa.

Det tar tid att stabilisera hans hälsa och när det äntligen görs, och sjukhuset bedömer att han kan skrivas ut, finns fortfarande inga familjehem eller HVB hem som kan ta emot pojken. Som enda praktiskt genomförbara lösning blir pojken, tillsammans med sin mamma, placerad på HVB-hem. Det bestäms, mellan myndighet och insats (hemmet), att uppföljning ska göras efter att pojken och mamman kommit hem. Det bestäms även att en intern insats ska påbörjas efter att pojken är hemma igen då det finns ett tydligt behov av att fortsätta arbeta med familjen.

När huvudhandläggare återvänder från sin semester ser hon att ingen uppföljning har gjorts. Därefter går inte heller att motivera familjen till intern insats. Socialtjänstens kontakt med familjen avslutas.

Allt ovanstående som händer i detta ärende påverkar pojken negativt. Det kan bl.a. utläsas av journaler om barnsamtal. Från att ha blivit omhändertagen, för att hans föräldrar inte bedöms som lämpliga att ta hand om honom, till att han får flytta till ett HVB- hem tillsammans med sin mamma, eftersom det inte finns någon annan som är bättre lämplig, och därefter får han flytta hem utan någon egentlig kontakt med socialtjänsten, så görs bedömning att det det inträffade varit av allvarlig karaktär utifrån lex Sarah lagstiftningen. Att pojken fysiska hälsa mycket negativt påverkats är tydligt då det blev så illa att han var tvungen att läggas in på sjukhus vid två separata tillfällen. Att det funnits en risk för att hans psykiska hälsa negativt påverkas under detta dramatiska händelseförlopp bedöms anses vara otvetydigt.

I denna utredning identifieras flera brister, i flera avseenden.

Att socialtjänsten inte kunnat placera pojken i familjehem har tyvärr berott på att det saknas familjehem. Avsaknad av familjehem blir särskilt påtaglig när vi omhändertar barn som har särskilda behov. Där är Borås dock inte unikt i dess slag utan detta är ett nationellt problem. Borås stad har för närvarande ett stort rekryteringsprojekt med mål att rekrytera flera familjehem.

Vidare har socialtjänsten brustit i sin kunskap avseende omhändertagande av barn med allvarlig sjukdom. För att försäkra oss om att detta inte händer igen kommer socialtjänsten att komplettera den befintliga LVU-rutinen. Den kommer tydligt att instruera handläggare att ta omedelbar kontakt med sjukvården om det är känt att barnet vi omhändertar har en allvarlig sjukdom. Information om detta

kommer att ges till alla berörda medarbetare.

Eftersom ingen uppföljning gjordes finns även en brist i denna del. Som en åtgärd kommer uppföljning av placeringar att vara tema på en gruppträff, som metodhandledarna ansvarar för att hålla.

Händelsen anmäldes till inspektionen för vård och omsorg i slutet på december. Beslut väntas under våren 2022.

Avslutningsvis

Det ska här belysas att tidplan och ansvarsfördelning vid uppföljning är två ytterst viktiga faktorer som är kopplade till föreslagna åtgärder, och något som SAS aktivt, även fortsättningsvis, kommer att arbeta med för att förtydliga.

Sammantaget har lex Sarah- utredningarna lett till ett viktigt förbättringsarbete och föreslagit åtgärder i syfte att förhindra att de inträffade missförhållande, och riskerna för dessa, ska inträffa igen. Arbetet med att informera och utbilda personal om lex Sarah kommer att fortsätta under våren 2022, i samband med att ett nytt, klustergemensamt, digitalt utbildningsmaterial lanseras.

6.6 Egenkontroll

Nationella brukarundersökningar

Svarsfrekvensen för samtliga undersökningar förutom barn placerade på HVB är relativt låg. Det medför svårigheter att dra slutsatser och att använda resultatet för utveckling av verksamheterna då det ger en osäkerhet kring om resultatet är representativt för respektive målgrupp. Låg svarsfrekvens är inte enbart ett bekymmer i Borås Stad utan är en svårighet även nationellt. Resultaten för Borås Stad kan i år inte jämföras ur ett nationellt perspektiv på grund av att det är för få kommuner som genomfört undersökningen. År 2020 gjordes inte brukarundersökningen i Borås Stad till följd av pandemin. Det går dock att utläsa skillnader över tid utifrån de tidigare undersökningar som gjorts.

Bäst resultat i undersökningen är det på frågan om hur lätt eller svårt det är att komma i kontakt med socialsekreteraren. Där svarar 90 procent av brukarna att det är lätt. Denna fråga och frågan om hur stor förståelse socialsekreteraren visar för brukarens situation, 76 %, är de frågor som utgör den största ökningen sedan 2019 års brukarundersökning, en ökning med 5 procentenheter.

Det är 94 % av tillfrågade barn och unga som svarar att socialsekreteraren frågar efter deras synpunkter kring hur deras situation skulle kunna förändras. Det är 7 % högre än övriga kommuner i landet som genomfört undersökningen.

Det är lägst resultat på frågan om brukaren har kunnat påverka vilken typ av hjälp hen får. Den frågan har tidigare varit lägst resultat på även i landet i övrigt. Det är 71 % som svarat att de i mycket eller ganska stor utsträckning kunnat påverka hjälpen. Det är högre än andra kommuner i landet, men ett lägre resultat än 2019 då 85 % svarade positivt på frågan. Svaren på denna fråga kan variera beroende på om flertalet barn och unga fått insats enligt Socialtjänstlagen på frivillig basis eller om flertalet barn och unga fått insatser utifrån tvångslagstiftning (LVU). Eftersom svaren är anonyma är det inte möjligt för oss att göra en analys av fördelningen av respektive barn/ungdoms insats grund.

Då det gäller placerade barn och unga uppger 100 % av de placerade inom familjehem och HVB att de får vara med och bestämma om saker som är viktiga för dem i boendet ofta eller ibland. Resultatet är högre än andra kommuner. På samma fråga är det 75 % som uppger ett positivt svar inom stödboendet, vilket är lägre än andra kommuner.

Överlag visar brukarundersökningen IFO på ett relativt gott resultat. Gällande enkäten för placerade barn och unga så är det ett gott resultat på flertalet av frågorna.

Lokala brukarundersökningar

Under hösten 2021 började Dialogcentrum att använda sig av en enkät till sina brukare vid avslut av insats. Fokus på enkäten är upplevelse av delaktighet, nöjdhet samt upplevda resultat av det stöd de fått. Det har i dagsläget inte inkommit tillräckligt många enkätsvar för att göra en analys men detta kommer att göras under 2022.

Resultatet från den brukarrevision som Mobila teamen genomförde november/december 2021 kommer att analyseras och sammanställas av Brukarföreningen under våren 2022.

Yxhammarmottagningen har ej gjort någon brukarundersökning 2021. Enheten planerar dock att under våren 2022 göra studiebesök i Halmstad för att se hur de använder FIT(Feedback Informed Treatment) som feedbackverktyg av bl.a. brukarnöjdhet på ett strukturerat sätt.

Annan individbaserad systematisk uppföljning

Under utredningsprocessen var målsättningen att nå ett resultat av öka till 65% av ärenden där vi samtalat och möter barn.

Resultatet blev en ökning med en procentenhet till totalt 61 procent 2021. Föregående två år har totalen varit 60 procent.

När det kommer till uppföljning av öppenvårdsinsatser framkommer att verksamheten på totalen samtalat och möter barn enskilt i ungefär samma utsträckning som föregående år, en minskning med två procentenhet till totalt 49 procent. Målsättningen var att nå resultatet 60%

En tänkbar förklaring till att verksamheten inte nått förbättringsmålet kan vara att pandemin hindrat socialsekreterarna att praktiskt använda de kunskaper och arbetssätt de tagit del av. Ytterligare en förklaring kan vara en hög arbetsbelastning i perioder, speciellt under våren 2021 där andra prioriteringar har fått göras. Vidare har personalomsättningen varit hög och flera nya kollegor har rekryterats under året. De får introduktion men till viss del saknar de erfarenhet av att möta barn och unga.

Verksamheten har beslutat att fortsätta med systematisk uppföljning 2022 med fortsatt fokus på området ”delaktighet”.

Eftersom förbättringsmålen ej nåtts under 2021 har verksamheten valt att ha samma mål även nästa år. Fokus kommer vara på de enskilda samtalen och mötena med barn och unga under utredningsprocessen och vid uppföljning av öppna insatser.

Förbättringsmål:

- Enskilda samtal och möten med barn vid utredningsprocessen ska öka till 65 %.
- Enskilda samtal och möten med barn vid uppföljning av öppna insatser ska öka till 60 %.

Ny mätperiod kommer ske under perioden den 15 mars 2022 till och med den 15 september 2022. Efter avslutad mätperiod, kommer analys av resultat påbörjas av arbetsledningen. Därefter kommer socialsekreterare involveras i analysarbetet.

I slutet av året kommer verksamheten ta ställning till om nya områden och mål för systematisk uppföljning ska tas fram, för fortsatt arbete 2023.

Verksamheten behöver återigen påminnas om definitionerna av variablerna så att de används kontinuerligt och på samma sätt. Viktigt att även informera nyanställda. Eventuell revidering av definitionerna av variabler görs fortlöpande.

Verksamheten kommer fortsätta arbeta med olika aktiviteter och åtgärder för att öka barns delaktighet, vilka kommer finnas i verksamhetsplan.

Verksamheten kommer även att fortsätta arbeta med olika aktiviteter i syfte att öka samverkan med öppenvården. Dessa åtgärder bidrar till att delaktighet för barn vid uppföljnings av insatser ökar.

- Ökad intern samverkan mellan myndighet och insats: Målet är att barnet och dess familj ska

- känna en sammanhållen socialtjänst för att få rätt och koordinerade insatser i rätt tid.
- Ökad direkt "barntid": Fortsatt arbete med olika åtgärder för att vi ska möta och samtala enskilt med barn. Exempelvis använda sig av kreativa metoder och arbetssätt vid barnsamtal som är anpassat för barn och unga i olika åldrar samt använda bedömningsinstrumentet HOME. Ytterligare en aktivitet är att prata om delaktighet och barnsamtal på gruppmöten och gruppärendehandledning.
 - Öka barnets medbestämmande och inflytande: Målet är att barn i kontakt med socialtjänsten känner delaktighet och inflytande över de åtgärder som görs och planeras i de frågor som rör deras livssituation enligt FN:s barnkonvention. Ett fokusområde är att barnet självt ska få tydlig information om vad som händer under hela ärendeprocessen från anmälan/ansökan till utförande av insatser samt ett ökat medbestämmande i frågor som rör dem. Ett annat fokusområde är att barnets röst och inställning tydliggörs i den skriftliga dokumentationen.

Öppna jämförelser

Sociala klustret har gjort en gemensam analys av resultaten 2020. Under 2021 har förvaltningarna haft som mål att arbeta fram gemensamma rutiner för samverkan när enskild brukare är aktuell inom flera verksamhetsområden samtidigt. Syftet med samverkan är alltid att se boråsarens bästa. Under 2021 har ett antal rutiner för samverkan mellan förvaltningarna tagits fram eller uppdateras. Ett arbete med att anta gemensamma rutiner för Sociala klustret har pågått under året. Arbetet pågår kontinuerligt då vi kan se att det fortfarande saknas ett antal samverkansrutiner. Aktuella och uppdaterande rutiner kring samordnad individuell plan (SIP) finns. Däremot behöver förvaltningarna arbeta med att öka antalet SIP-möten.

Förutom ovanstående finns det förbättringspotential specifikt för IFO kring användandet av bedömningsinstrument i förvaltningen. Bland annat saknas ett bedömningsverktyg gällande normbrytande beteende.

KKiK (Kommunens kvalitet i Korthet)

Borås stad deltar i kvalitetsjämförelsen KKiK. Här jämförs ett antal olika nyckeltal för olika delar av en kommuns verksamhet. Endast ett område berör Individ- och familjeomsorgsnämndens verksamheter och det är utredningstid.

Utredningstiden på barn och unga (åldersgrupp 0-20 år)var 2021 i medeltal 74 dagar. 2020 var utredningstiden 78 dagar vilken innebär en marginell förkortning av utredningstiden. I jämförelse med andra kommuner ligger vi bland de 25 procenten av Sveriges kommuner med kortast utredningstid. Snittet bland kommunerna är en utredningstid på 99 dagar.

På vuxensidan (21 år och äldre) har utredningstiden kraftigt gått ned från 65 dagar 2020, till 44 dagar 2021. Snittet bland Sveriges kommuner är 51 dagar.

Varken hos Barn och unga eller vuxensidan kan några könsskillnader i utredningstid ses.

Övrig egenkontroll enligt fastställd plan

Barn unga - myndighet och verkställighets analys: Ett förbättringsområde är att ha mer styrande mallar i utredningen och uppdrag till utförare. Detta för att säkerställa att barnets röst kommer fram i dessa skeden av ärendet. Om barnets röst och uttryck kommer fram i dessa dokument så är det troligt att det alltid kommer framkomma i genomförandeplan och slutrapport.

En reflektion, i ärenden med små barn, där de inte alltid kan komma till tals, hur vi då ska säkerställa och beskriva barnets röst och behov, och huruvida dessa har tillgodosetts. Om insatsen bara innefattar föräldrakontakt, är det önskvärt att även träffa barnen i samband med att de får insatsen, oavsett ålder och förmåga att uttrycka sig. Om barnen har förmåga att uttrycka sig så är det än viktigare att de är med på uppföljningsmöten så att de själva kan berätta hur deras situation har förändrats. Detta är något som behandlingspersonal arbetar med att förbättra och har förbättrat. Detta är även högst relevant när insats avslutas och barnets röst måste därför framkomma i slutrapporten också. Det är också viktigt att det framgår att barnet har tillfrågats men valt att inte medverka.

För att säkerställa att de små barnens behov tillgodoses så vore det bra om socialsekreterare/familjebehandlare i uppföljningssammanhang även kontaktar förskola/bvc, och andra professionella, för att se om de kan vittna om förändringar/förbättringar i barnets situation efter insats påbörjats eller genomförts. Det är de som träffar och känner barnet i vardagen och kan därför ge en bild av barnets situation som hen inte kan förmedla själv.

Vad gäller rubrikerna för avslutsorsak som också har granskats, så har myndighet och öppenvård delvis olika rubriker. Vilket förklarar att det står "annan anledning" vilket är en intetsägande avslutsorsak. Inga andra korsjämförelser har analyserats av oss på grund av för litet urval, som inte kan ge några säkra slutsatser.

Familjerättens analys: Av det samlade resultatet att döma så framkommer barnets röst och uttryck i hög utsträckning i analyser och bedömningar. Ett förbättringsområde är att i större utsträckning uttrycka barnets åsikter och vilja i citatform även i bedömningarna. Ytterligare ett förbättringsområde är att vara tydligare i hur barnets röst har tagits i beaktande i bedömningen. Åtgärder kring ny utredningsmall har skapats och vi bedömer att barnets röst i analys och bedömning kommer att framgå ännu tydligare i de nya utredningarna. I samband med den nya utredningsmallen kommer familjerätten nu att ha en rutin för att på bedömningsmöten påminnas om att citera barnet även i analys och bedömning. Likaså kommer det påminnas om att beskriva hur barnets röst tagits i beaktande i analys och bedömning.

Ett utvecklingsområde i egenkontrollen är att granska om barnet fått återkoppling av bedömning och dom. Familjerätten tar med i utvecklingsarbetet att undersöka om det är möjligt att införa en sådan kontroll via systematisk uppföljning i VIVA.

Vuxenhetens analys: Resultat om huruvida anmälan är inlagd korrekt i Viva, om beslutsfattare är angiven, att det finns beslut och förklarande motivering är lämnade med hundra procent rätt svar. Viva-systemets uppbyggnad ger stor hjälp till detta resultat.

I granskningen är det förekommande att det i dokumentationen inte går att utläsa om en person fått viss information. Dessa frågor styrs inte av systemet Viva på samma sätt som att beslutsfattare ska läggas in i systemet för att komma vidare. Ett förslag är att utreda möjligheten att göra detta moment tvingande i Viva.

Gällande granskning avseende fattade beslut/avskrivna ärende konstaterats att samtliga beslut har fattats av socialsekreterare enligt gällande delegationsordning.

Sammanställning av åtgärder utifrån intern egenkontroll

Genomföra utvecklingsarbete gällande att få fram barnets röst och öka delaktigheten i utredning, utförande och uppföljning.

Utveckla arbetet med vårdplaner och genomförandeplaner med fokus på barnets delaktighet i målformulering.

Fortsatt strukturerad uppföljning av konsulentstödda familjehems upplevelse av det stöd de får.

Utreda möjligheten att göra vår skyldighet att dokumentera om information getts till brukaren tvingande i VIVA

Ej verkställda beslut

Fjärde kvartalet 2021 är det 17 ej verkställda beslut som rapporteras. Nio av dem avser insatser inom området barn och unga medan åtta insatser avser området vuxen.

Av insatserna inom barn och unga-området gäller sex kontaktfamilj, en kontaktperson och en extravuxen. Fem flickor och fyra pojkar berörs.

Inom vuxenområdet är det fyra som inte fått sin boendesociala insats med andrahandskontrakt verkställd, två som beviljats externt boende och två som beviljats internt boende, vilka inte verkställts.

Samtliga personer som inte fått beviljade insatser verkställda är män.

Ur ett lite längre tidsperspektiv har antalet ej verkställda beslut ökat jämfört med 2019. Tredje kvartalet 2021 var det ett högt antal ej verkställda beslut, 27 stycken. Under kvartal 4 har verksamheten arbetat systematiskt för att minska de ej verkställda besluten och antalet landade på 17 ej verkställda beslut.

Då det gäller insatserna kontaktfamilj, kontaktperson och extravuxen pågår ett omfattande och kontinuerligt arbete att rekrytera och utreda nya uppdragstagare. Det är dock generellt sett svårt att hitta nya uppdragstagare som är lämpliga utifrån barnens behov. Matchningen är viktig för att insatsen ska fungera bra över tid, men det kan ta tid att hitta lämpliga uppdragstagare, varpå verkställigheten av beviljade insatser kan dröja.

Boendesocial insats med andrahandskontrakt har ökat sedan individ- och familjeomsorgsnämnden fick ansvaret för myndighetsutövningen för målgruppen. Individ och familjeomsorgsnämnden har i samverkan med Arbetslivsnämnden startat ett professionellt forum för dialog i syfte att verkställa besluten snabbare.

Samtliga personer som har ett ej verkställt beslut har en alternativ lösning i väntan på verkställighet av beslut.

Tillsyn IVO

Under 2020 genomförde IVO i enlighet med 3 kap 19 § SOF (Socialtjänstförordningen) tillsyn vid HVB och stödboende inom Individ- och familjeomsorgsförvaltningen. IVO:s beslut gällande tillsyn under 2020 inkom aldrig, men ny tillsyn utfördes under 2021 och därefter har IVO tagit beslut om att verksamheterna är utan brister. Som skäl i sina beslut anger IVO att inspektionen huvudsakligen funnit att stödboendet och HVB:t har förutsättningar för trygg och säker insats.

Under 2020 öppnade IVO ett tillsynsärende gällande Nytida stödboende Badhusgatan 1B, entreprenad där Borås Stad, Individ och familjeomsorgsnämnden är huvudman. IVO har ej ännu fattat beslut i ärendet.

IVO fattade under december 2021 beslut om att genomföra tillsyn i ett individärende som uppmärksammats i lokal media. IVO har ännu inte fattat beslut i ärendet.

7 Mål och aktiviteter för kommande år

I Visionen om framtidens Borås som antogs av Kommunfullmäktige under 2021 finns bland annat målbild gällande Omsorg om varandra och miljön samt Möjligheter och mod att utvecklas. Till dessa målbilder i visionen har Individ- och familjeomsorgsnämndens program kopplats. Utifrån programmets utvecklingsområden fortsätter förvaltningen under 2022 med att upprätta handlingsplan med aktiviteter att arbeta med under kommande år.

Utifrån årets resultat av ledningssystemets aktiviteter har även följande områden för utveckling utkristalliserats:

- Förbättring av kvaliteten i barn och ungas dokumentation när det gäller skyddsbedömningar
- Att tydliggöra uppföljning av barnets situation efter avslutad utredning i befintliga rutiner samt säkra att dessa efterföljs i verksamheten
- Säkerställa användning av bedömningsinstrument för normbrytande beteende
- Fortsatt implementering av ny process och nytt arbetssätt av riskanalyser
- Öka antalet systematiska uppföljningar och resultatuppföljningar
- Fortsatt arbete med ledningssystem för informationssäkerhet LIS
- Utveckla arbetet med verksamheternas kvalitetsårshjul
- Bevaka slutsatser och ny lagstiftning från "Lilla hjärtat" och implementera det i verksamheterna

Utöver utvecklingsarbete inom förvaltningens olika verksamheter pågår ett arbete att se över

organisationen på ett bättre sätt kunna skapa en process där brukaren upplever en helhet och där brukarens behov är i fokus. Mål och syfte med omorganisationen är att:

- Skapa bättre förutsättningar att kraftsamla möta behov förena kompetensområden och resurser korta kommunikationsvägar
- Genom att skapa en ”ungdomsverksamhet” kan vi skapa bättre förutsättningar att kraftsamla och möta behov hos ungdomar med problematik rörande missbruk, kriminalitet och annat normbrytande beteende i Borås Stad.
- Förvaltningen behöver på ett organiserat sätt förena sina kompetensområden och resurser för att möta det ökade behovet av stöd hos förvaltningens målgrupper. Genom att skapa kortare kommunikationsvägar, spetskompetens och samsyn kring uppdrag och målgrupp kan vi på ett bättre och mer effektivt sätt genomföra vårt gemensamma uppdrag.
- Skapa organisatoriska förutsättningar för en tät daglig samverkan mellan myndighet, utförare och service- och uppsökande insatser.

Då säkerhetsläget i vårt närområde för närvarande är instabilt och behöver vi ta höjd för t ex flyktingströmmar och nationella ekonomiska förutsättningar. Förvaltningen bevakar både det internationella och nationella läget samt förbereder sig på de utmaningar som kan komma att ske framöver.