

Delgivningar 2024

16

2024SOCN19

Datum                      Vår referens  
2024-03-06                AD

Sveriges Kommuner och Regioner  
Via epost

## Upphandling med reserverade kontrakt kan strida mot EU-rätten

**Mesta möjliga välfärd per skattekrona borde vara en grundprincip för politiker i kommuner och regioner. Upphandlingar med reserverade kontrakt, där vissa aktörer ges företräde, frångår den principen. Därutöver finns det en risk att sådana upphandlingar kan komma att underkännas, eftersom de frångår principen om likabehandling. Det framgår av flera domar från EU-domstolen och nu också av en ny dom från EFTA-domstolen.**

Från och med den 1 januari 2023 infördes en möjlighet för Sveriges kommuner och regioner att med stöd av LOU och LOV reservera rätten att delta i upphandlingar av vissa välfärdstjänster och vissa valfrihetssystem till idéburna organisationer.

Lagstiftningens förenlighet med EU-rätten, vilken har företräde framför svensk rätt, har dock ifrågasatts på flera håll. Redan före dess tillkomst riktades skarp kritik från flertalet remissinstanser, däribland Lagrådet, Upphandlingsmyndigheten och Konkurrensverket, som överlämnade frågan till EU-domstolen att slutligen avgöra.<sup>1</sup>

I ett flertal avgöranden<sup>2</sup> har EU-domstolen konstaterat att det är möjligt att införa reserverade kontrakt för idéburna organisationer under förutsättning att grundläggande principer om budgetmässig effektivitet och öppenhet uppfylls. Dessa krav har nu förtydligats av EFTA-domstolen, efter att Oslo tingsrätt begärt förhandsavgörande i ett mål som rörde en upphandling av vårdplatser.

EFTA-domstolen konstaterar att reserverad upphandling till förmån för idéburna aktörer endast får ske inom mycket begränsade ramar och med högt uppställda krav på kommunen, som måste kunna visa att budgetmässig effektivitet faktiskt uppnås. EFTA-domstolen överlät därefter till Oslo tingsrätt att bestämma om förutsättningarna var uppfyllda i det aktuella målet.

Oslo tingsrätt underkände upphandlingen då kommunen inte kunnat styrka att den bidragit till budgetmässig effektivitet, det vill säga att kommunens resurser använts på så sätt att man fick ut mesta möjliga välfärd per skattekrona. Tingsrätten menade att utgångspunkten måste vara att öppen konkurrens leder till högre budgetmässig effektivitet till dess att motsatsen bevisats.

---

<sup>1</sup> Prop. 2021/22:135 s. 79.

<sup>2</sup> Se till exempel C-436/20 ASADE, C-113/13 Spezzino och C-50/14 CASTA.

Vidare menade tingsrätten att det heller inte framstod som vare sig nödvändigt eller proportionerligt att reservera kontrakt till förmån för idéburna aktörer. Detta eftersom kommunen med största sannolikhet hade fått fler anbudsgivare, lägre priser och/eller bättre kvalitet om konkurrensen varit öppen.

I Sverige har reserverade kontrakts förenlighet med EU-rätten ännu inte prövats. Domen i Oslo tingsrätt har förvisso överklagats men mot bakgrund av såväl EU-domstolens domar som EFTA-domstolens dom förefaller det dock som mycket sannolikt att kommuner som använder sig av reserverade kontrakt riskerar att få sina upphandlingar underkända vid en eventuell överprövning. Detta mot bakgrund av de mycket högt uppställda kraven på effektivitet och proportionalitet i de fall undantag från likabehandlingsprincipen ska vidtas.

Vårdföretagarna vill därför uppmana landets kommuner och regioner att hålla fast vid såväl likabehandlingsprincipen som principen om mesta möjliga vård och omsorg per skattekrona. Det är principer som sätter brukare och patienter i fokus, och som gagnar kvalitetsutveckling såväl som kostnadseffektivitet.

Med vänlig hälsning

Antje Dederling

Förbundsdirektör Vårdföretagarna

## Patientsäkerhetsberättelse för 1458 Attendo Säteriet År 2023



TF Verksamhetschef Py Eliasson

Datum: 2024-03-03



## Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>4</b>
<b>Grundläggande förutsättningar för säker vård</b> .....	<b>5</b>
<b>Engagerad ledning och tydlig styrning</b> .....	<b>5</b>
Övergripande mål och strategier.....	5
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	7
Informationssäkerhet .....	8
<b>En god säkerhetskultur</b> .....	<b>9</b>
<b>Adekvat kunskap och kompetens</b> .....	<b>10</b>
<b>Patienten som medskapare</b> .....	<b>11</b>
<b>Agera för säker vård</b> .....	<b>12</b>
<b>Egenkontroll</b> .....	<b>12</b>
<b>Öka kunskap om inträffade vårdskador</b> .....	<b>13</b>
<b>Tillförlitliga och säkra system och processer</b> .....	<b>14</b>
<b>Säker vård här och nu</b> .....	<b>15</b>
Riskhantering .....	15
<b>Stärka analys, lärande och utveckling</b> .....	<b>18</b>
Avvikelse .....	18
Klagomål och synpunkter .....	21
Kvalitetsregister .....	22
<b>Öka riskmedvetenhet och beredskap</b> .....	<b>24</b>
<b>Mål, strategier och utmaningar för hälso-sjukvårdsarbetet för kommande år</b> .....	<b>25</b>

## Inledning

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

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt 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 samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa: Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23. Adaption gjord för Attendo 21-11-22

## Sammanfattning

Patientsäkerhetsarbetet i verksamheten grundar sig på Attendos rutiner och innefattar bland annat egenkontroll och årlig intern revision samt fortlöpande arbete med riskbedömningar, händelse- och riskanalyser, avvikelser och synpunktshantering. Händelserapporter skrivs av omvårdnadspersonal och HSL-personal och verksamhetschef vid alla typer av avvikande händelser och synpunkter från patienter och anhöriga, dessa dokumenteras i det digitala kvalitetssystemet Attendo Centuri.

Sjuksköterska samverkar regelbundet, varje vecka, med patientansvarig läkare (PAL) från vårdcentral. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS) och PAL ansvarar för årskontroll samt uppföljning och utvärdering av läkemedel och patienternas allmäntillstånd och mående.

Vid den interna revisionen 2023 erhöll Attendo Säteriet ett resultat på 99,09%. Intern revision medarbetar frågor erhöles ett resultat på 97,62%. Verksamheten har säkerställt god patientsäkerhet genom tydliga processer och rutiner som bidrar till att kvalitetssäkra medarbetarnas kunskapsnivå.

Kontroll av HSL-dokumentationen i Aug 2023 uppnåddes med 80,77 %, vilket inte är godkänt resultat. Omgranskning i Dec med ett resultat på 79,42. Åtgärdsplan är upprättad Dec 2023 uppföljning Q1 2024.

Arbetet med BPSD har inte nått de uppsatta målen för 2023, och ny ansats till att uppnå målet på skattning av alla patienter med demensdiagnos som godkänt medverkan i BPSD-registret görs under 2024. Samt utbilda alla undersköterskor på samtliga avdelningar i BPSD.

Riskbedömningar har genomförts fortlöpande samt vid behov hos patienter under 2023. Resultatet på genomförda riskbedömningar 2023 är högre än 2022.

Palliativa registret där har vi under 2022 inte uppnått det utsatta målet för att dokumentera smärtskattning och munhälsobedömning i sista levnadsveckan. 2023 års målsättning är att erhålla 100% på dokumenterad munhälsobedömning samt dokumenterad smärtskattning sista levnadsveckan. Vi ser även att målen för 2023 ska vara att skapa adekvat vårdplan för livets slut där vi kan se en försämring.

Under 2023 ses en andel läkemedelsavvikelser där omvårdnadspersonal glömt att administrera läkemedel på utsatt tid till patient. I Q2 2024 kommer det införas ett digitalt signeringssystem APPVA MCSS och positiv utveckling gällande glömda administrationstillfällen av läkemedel förutspås under 2024.

## Grundläggande förutsättningar för säker vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada", har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

### Engagerad ledning och tydlig styrning



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

### Övergripande mål och strategier

#### **PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §**

De övergripande målen för 2023 vad gäller arbetet med patientsäkerheten samt för att höja verksamhetens kvalitet har varit att arbeta för höjd kompetens hos medarbetarna inom de basala hygienrutinerna. Samtliga medarbetare har fått genomgång av sjuksköterskan i basal hygien samt utbildning i vår utbildningsportal Talants och utbildning från Socialstyrelsen i Basala hygienrutiner. Alla medarbetarna har erhållit diplom efter utbildningen är avslutad.

Under 2023 har vi haft fokus på Basala hygienrutiner, där sjuksköterskan gör fyra hygienkontroller per år och hygienombud som verkar direkt ute på enheterna för att säkerställa att omsorgspersonal arbetar utifrån gällande riktlinjer/ rutiner utför hygienronder en gång i månaden och verksamhetschef utför stickkontroller på följsamheten till basal hygien regelbundet.

Uppföljning och fortsatt kompetenshöjning samt följsamhet till basal hygien kommer därför att stå kvar som ett mål för 2024. För att uppnå målet kommer utbildningar ske löpande i verksamheten.

NPÖ är ett digitalsystem för informationsinhämtning där flera aktörer samverkar kring kunders hälso- och sjukvård. Via detta system kan sjuksköterska ta del av samlad diagnostik, behandling och provresultat vilket är en förutsättning för att kunder ska få rätt vård och behandling. Ansökan för NPÖ är inlämnad i maj 2022. Tillgång till systemet kom i gång sommaren 2023.

2023 gällande Palliativa Registret kan ses att dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan är ett utvecklingsområde för Säteriet som fortsätter under 2024. Munhälsoåtgärder utförs rutinmässigt av personalen under den palliativa fasen dock finns brister i dokumentationen kring detta. Smärtskattning under den sista levnadsveckan har ett liknande resultat och Säteriet måste aktivt arbeta med att utföra smärtskattning enligt rutin samt dokumentera resultat under

2024. Säteriet ligger endast på 80% mänsklig närvaro vid dödstillfället utefter de 10 som avlidit under 2023 och något vi strävat efter för år 2004 är 100% inom Palliativa registrets samtliga delar.

Ett ytterligare fokusområde under 2024 kommer att vara individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel för alla patienter genom kompetenshöjning hos personal och sjuksköterskor samt införande av det webbaserade verktyget Attincare samt att utse inkontinensombud på avdelningarna.

Under 2024 Kommer verksamheten ha som mål att arbeta med BPSD då vi såg ett behov av ökad kunskap inom området redan under 2023. Nu har vi fått fler som personer som utbildar i området i regionen och har som mål att samtliga personal på demensavdelningar kommer att kunna gå utbildningen 2024. Utbildningen kommer ske löpande. Under 2024 ska vi skapa en struktur och förutsättningar för personalen att aktivt arbeta utifrån BPSD. Målsättning för 2024 är en skattningsfrekvens respektive skattning i team på 100%.

## Organisation och ansvar

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

Verksamhetschef har det övergripande ansvaret för hälso-och sjukvårdsinsatserna på verksamheten, SFS 201:659,3 kap och SOSFS 201:9,7. 2§, p 1

På Attendo Säteriet arbetar en verksamhetschef, en samordnare, teamledare, kvalitetssamordnare, sjuksköterskor, fysioterapeut, arbetsterapeut samt undersköterskor och vårdbiträden med att systematiskt kvalitetssäkra arbetet. Ytterst ansvarig i verksamheten är verksamhetschefen. Tillsammans med kvalitetssamordnare och övriga yrkeskategorier ser verksamhetschefen till att rutinerna kring kvalitetsarbetet följs, vilket omfattar bland annat patientsäkerheten.

Kvalitetssamordnaren är den som leder kvalitetsarbetet inom verksamheten tillsammans med verksamhetschefen. Kvalitetssamordnaren sammankallar till och leder kvalitetsmöten, sammanställer händelserapporter samt upprättar protokoll från kvalitetsmöten. Fokus för kvalitetsmöten är patientsäkerheten utifrån inkomna händelserapporter.

Legitimerad personal ansvarar, utifrån sin legitimation, för de hälso-och sjukvårdsåtgärder de utför enligt HSL 2017:30. På Attendo Säteriet innehar sjuksköterskan den samordnande och övergripande rollen vad gäller patientsäkerheten på verksamheten. Sjuksköterskan är den som tillsammans med övriga yrkeskategorier ansvarar för omvårdnadsplanering, vilken omfattar bland annat omvårdnad, medicinsk omvårdnad, skyddsåtgärder med mera, utifrån sin yrkesprofession. Sjuksköterskan har även en arbetsledande funktion då verksamhetschefen inte är i tjänst eller inte är på plats i verksamheten. Sjuksköterskan rapporterar direkt till verksamhetschef på Attendo Säteriet, Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) i Region Väst samt till fysio- och/eller arbetsterapeut när risker i patientsäkerheten uppdagas.

Fysio- och/eller arbetsterapeut är de som tillsammans med övriga yrkeskategorier ansvarar för omvårdnadsplaneringen vad gäller mobilisering, hjälpmedel och rehabilitering utifrån sin yrkesprofession. Fysioterapeut och arbetsterapeut rapporterar direkt till verksamhetschef, Medicinskt Ansvarig för Rehab (MAR) i Region Väst samt till sjuksköterska, när risker i patientsäkerheten uppdagas.

Undersköterskor ansvarar för utförandet av de arbetsuppgifter som de erhållit delegering och instruktion för och arbetar då utifrån Hälso-och sjukvårdslagen.

Undersköterskor och vårdbiträden har tillsammans med övriga yrkeskategorier ansvar för patientsäkerheten på avdelningarna och rapporterar direkt till verksamhetschef, sjuksköterska, fysio- och/eller arbetsterapeut när risker i patientsäkerheten uppdagas. Undersköterskor och vårdbiträden samverkar även med övriga yrkeskategorier för att bibehålla en god patientsäkerhet.

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) och Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR) ansvarar för att det finns riktlinjer för:

- Patientens vård och behandling
- Samverkan med personal i andra organisationer
- Läkemedelshantering
- Dokumentation
- Delegering
- Medicinsktekniska hjälpmedel

MAS inom Attendo Region Väst har en regelbunden kontakt med verksamhetschef samt sjuksköterska på verksamheten genom såväl fysiska möten som kontakt per telefon och e-post.

Sjuksköterska och verksamhetschef vänder sig direkt till MAS när risker i patientsäkerheten uppdagas. MAS utgör även en stödjande funktion vid upprättandet av rutiner gällande patientsäkerhet. MAS är den som årligen granskar HSL-dokumentationen i omvårdnadsjournalen.

Medicinskt ansvarig för rehab (MAR) i Attendo är en stödjande funktion till såväl verksamhetschefer som fysioterapeut och arbetsterapeut ute i verksamheten. Detta genom såväl fysiska möten som kontakt per telefon och e-post. Fysioterapeut, arbetsterapeut, och verksamhetschef vänder sig direkt till MAR när risker i patientsäkerheten uppdagas. MAR utgör även en stödjande funktion vid upprättandet av rutiner gällande patientsäkerhet.

Patientansvarig läkare (PAL) ansvarar för brukarnas medicinska hälsa, läkemedelsförskrivning och medicinska planering. Sjuksköterska ansvarar för att rapportera direkt till PAL vad gäller patientsäkerheten.

Vårdhygien Västra Götalandsregionen fungerar som en stödfunktion till verksamheten genom att utbilda, ge råd och stöd vad gäller patientsäkerheten.

Verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av vård, rehabilitering, trygghet, kontinuitet och samordning i vården tillgodoses enligt SFS 201:659,3 kap och SOSFS 201:9,7. 2§, p 1.

Verksamhetschef och legitimerad personal ansvarar för att MAS och MAR får information vid allvarliga händelser som sker på verksamheten. MAS och MAR ansvarar för att allvarlig händelse eller vårdskada utreds och anmäls till IVO. MAR ansvarar för att negativ händelse och tillbud med medicintekniska hjälpmedel anmäls till Läkemedelsverket och IVO.

Samverkan för att förebygga vårdskador

### **SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3**

Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård trädde i kraft 2018. Lagen ska främja en god vård för enskilda som efter utskrivning från sluten vård behöver insatser från socialtjänsten.

För att säkerställa god informationsöverföring mellan verksamheten och slutenvården används det

digitala verktyget Samsa. Under Q4 2023 har samtliga sjuksköterskor erhållit utbildning och tagit del av de riktlinjer och rutiner som rör samverkan genom Samsa för att öka kunskapen.

Verksamheten har regelbundna ronder med läkare från primärvården Meliva vårdcentral där vi under 2023 Q3 fick en ny PAL. Där vi tillsammans planerar kring hälso-och sjukvården på individnivå genom årskontroller och årlig läkemedelsgenomgång för alla boende.

Samverkan mellan kommun sker överrapportering både muntligt och i dokumenterad epikris. Innan kunden flyttar in hos oss.

Målen med samverkan är att:

- Tillsammans med kunden planera för dennes vård och omsorg i eget boende.
- Kunden ska få den vård och omsorg som behövs och önskas för en skälig levnadsnivå.
- Kunden och dess närstående ska uppfatta att vård- och omsorgsinsatser hänger ihop oavsett huvudman.

Folktandvården erbjuder munhälsobedömningar 1 gång per år samt även tandhälsovård på boendet. Folktandvården håller årligen i utbildning i munvård till omsorgspersonal.

Oral Care erbjuder även tandhälsovård på boendet.

Riskbedömning kring varje kund görs i nära samarbete mellan Sjuksköterska, Arbetsterapeut, Fysioterapeut och övrig omvårdnadspersonal för kartläggning av risker samt preventivt arbete avseende vårdskador. Till sin hjälp i identifieringen av risker finns det olika bedömnings matriser och skattningsskalorna Senior Alert, ROAG samt BPSD. Läkare konsulteras och medverkar vid behov.

Riskbedömning och eventuella åtgärder dokumenteras av legitimerad personal i kunds journal. Vid konstaterade risker upprättas vårdplaner av legitimerad personal och åtgärder fördelas till omvårdnadspersonalen.

## Informationssäkerhet

### **HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §**

Innan behörighet till journalsystem tilldelas gör verksamhetschef en risk- och behovsprövning för vilka patienter medarbetaren behöver ha tillgång till. Loggkontroll av journalsystem skall utföras 4 ggr/år, enligt central rutin. Under 2023 utfördes 3 st. loggkontroller, samtliga helt utan avvikelser. Under 2024 är målet att alla 4 loggkontroller utföras.

Dokumentation sker i Attendos journalhantering system Safe-doc. Rapporteringstid mellan omvårdnadspersonalens arbetspass finns i Epsilon i syfte att minimera risk att information uteblir. Sjuksköterska går runt i verksamheten varje vardag för att informera och få information från personal som komplement eller frågor kring den dokumenterade informationen. Sjuksköterskan skickar även ut information till personalen i safedoc varje vecka och vid behov. Sjuksköterskan på Säteriet har dagligen informationsöverföring både i meddelande funktionen i safedoc och muntligt till mobila sjukskötersketeamet som tar över HSL-ansvaret kväll, natt och helg

## En god säkerhetskultur



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

Attendo Säteriet skapar en god säkerhetskultur genom att arbeta systematisk med att identifiera risker samt åtgärda dem.

Alla medarbetare rapporterar avvikande händelser som till exempel brister i läkemedelshandlingen, fall, brister i omvårdnaden och händelser som innefattar medicinsktekniska produkter samt synpunkter och klagomål. Rapporterna går direkt till verksamhetschef som gör bedömning av åtgärder, identifierar bakomliggande orsaker och gör en riskbedömning. Skulle händelsen bedömas kunna vara en vårdskada eller kunna utgöra risk för vårdskada startar verksamhetschef en "allvarlig händelse" i det digitala systemet för händelsehantering i Centuri. Regionchef utser därefter lämplig utredare och utredning enl. lex Maria startas.

Attendo Säteriet har månatliga kvalitetsmöten där månadens rapporter analyseras och åtgärder vidtas på verksamhetsnivå. På kvalitetsmötet görs även riskanalyser utifrån de händelser som rapporterats under månaden.

Attendo säteriet hade under 2023 följande händelser gällande HSL

Händelser kategori 2022	Totalt
Rapporterade händelse	140
Allvarliga händelse	7
Fall totalt	56
Fall utan skada	42
Med skada	13
Fall som krävt sjukhus	1
Läkemedel totalt	84
Fel delat ej givet	6
Fel dos/styrka	14
Fel info	16
Fel läkemedel	9
Saknas läkemedel	
Glömt ge	25
Glömt signera	4
Medicinska produkter	10
Handhavande	

Händelser kategori 2023	Totalt
Rapporterade händelse	164
Allvarliga händelse	3
Fall totalt	98
Fall utan skada	64
Med skada	28
Fall som krävt sjukhus	5
Läkemedel totalt	66
Fel delat ej givet	3
Fel dos/styrka	8
Fel info	10
Fel läkemedel	1
Saknas läkemedel	6
Glömt ge	27
Glömt signera	1
Medicinska produkter	1
Handhavande	



Under 2023 har totalt sett fler avvikelser rapporterats till verksamheten via Add och Centuri. Det kan bero på att upprepad information om Add och Centuri och vikten av avvikelserrapportering till medarbetare under APT: n och andra möten under 2023.

Inom område "Läkemedelsavvikelser" handlar merparten av avvikelserna, 42%, om att patienter ej fått ordinerade läkemedel i tid, det vill säga att personal glömt att administrera läkemedel enligt rutin.

Förbättringsområde för 2024 är administration av läkemedel i rätt tid samt signering av administrerade läkemedel. Det digitala signeringssystemet Appva MCSS kommer att starta i Mars 2024. Förhoppningen är att användande av ett digitalt system för signering av HSL-insatser kommer att leda till större patientsäkerhet gällande läkemedelshantering och andra HSL-insatser då systemet bland annat möjliggör direkt insyn i utförda insatser, samt möjlighet till direkt åtgärd för ansvarig sjuksköterska. Systemet möjliggör även bättre övergripande bild av utförda eller icke utförda insatser på avdelningen för personalen vilket leder till större egenkontroll av insatser.

## Adekvat kunskap och kompetens



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

Attendo Säteriet mål är att alla tillsvidareanställda medarbetare har undersköterskeutbildning. Under April 2023 startade Attendo Säteriet en satsning för att validera de medarbetarna som är vårdbiträden som konverterats till en tillsvidareanställning till undersköterskor.

Alla medarbetare får en introduktion i vad som utgör en händelse (avvikelse) och skall rapporteras i Centuri samt hur de ska göra det och varför. Avvikelse rapportering är en stående punkt på varje APT och alla medarbetare erhåller föreläsning om Lex Sarah och Lex Maria minst en gång per år. Dialog förs även löpande på verksamheten angående händelserapportering. På dessa sätt säkerställs medarbetarnas medvetenhet om vikten av att händelserapporterna och att händelserapporteringen är en viktig del i identifieringen av risker i verksamheten och utgör en grund för förbättringsåtgärder samt en god säkerhetskultur.

Verksamheten planeras med hjälp av planeringssystemet Epsilon som säkerställer att alla insatser blir utförda samt möjliggör uppföljning. Planeringsledaren planerar och lägger in insatserna i Epsilon. Medarbetarnas delegeringar finns inlagda i systemet så att planeringsledaren på ett enkelt och säkert sätt kan försäkra sig om att bemanning av avdelningen sker med rätt kompetens i fokus.

Målet är att det ska finnas utbildade inkontinensombud på varje avdelning som bistår sjuksköterskan i utprovning av individuella inkontinenshjälpmedel. Vid utprovning av inkontinenshjälpmedel kommer verksamheten 2024 att använda sig av det webbaserade verktyget Attincare. Utbildning av sjuksköterskor och inkontinensansvariga kommer att ske under första halvan av 2024.

För sjuksköterskor har vi återkommande utbildning i sårbehandling utifrån T.I.M.E-modellen.

## Patienten som medskapare



En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

### **PSL 2010:659 3 kap. 4 §**

Ökad delaktighet och inflytande för patienten har stor betydelse för patientsäkerhetsarbetet. Alla patienter och deras närstående har under 2023 informerats om möjlighet att lämna synpunkter på blanketten "Vi vill bli bättre". Närstående och patienter uppmuntras löpande av verksamhetschef att inkomma med synpunkter och förbättringsförslag till verksamheten.

I de fall händelseanalyser upprättas i samband med utredning enligt lex Maria inhämtas alltid den patientens och /eller närståendes upplevelse av händelsen.

Samverkan med närstående sker dagligen genom direktkontakt med personal, sjuksköterska, fysio- och arbetsterapeut, aktivitetsansvarig, Planeringsledare och verksamhetschef. Samverkan sker även vid vårdplanering, hantering av inkomna synpunkter och klagomål, avvikelser och brytpunktssamtal.

Under 2023 Q3 infördes verksamheten att det ska skickas ut informationsbrev till anhöriga och kunder varje vecka. Under 2024 ska närstående vara inbjudna till öppet hus 4 gånger per år och enklare närståendeträffar en gång i månaden. Detta beräknas införas Q2.

Patientens kontaktperson bjuder in närstående till välkomstsamtal där information kan delas för att säkerställa en god vård. Under välkomstsamtalet deltar kontaktperson, verksamhetschef, planeringsledare och sjuksköterska.

Patienten är delaktig i utformningen av SIP, där patienten själv får ge uttryck för vad patienten kan göra själv, vad hen behöver hjälp och stöd med, vem som ansvarar för vad. SIP ger en samlad beskrivning utifrån patientens önskemål och pågående och planerade vård- och omsorgsinsatser. SIP ska ge en helhetsbild och förenklar för berörda som snabbt kan få en översikt av alla pågående insatser. Vilket skapar en trygghet för patienten.

Under de sista två månaderna 2023 har det varit ett uppehåll i boenderådet under rekryteringen av en ny aktivitetsansvarig. Aktivitetsansvarig har i uppdrag att hålla i boenderåden, varannan månad med start i februari 2024.

## Agera för säker vård



### Egenkontroll

**SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §**

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Kvalitetsindikatorer	Kommentar																								
<p><b>MAS-granskning</b></p> <p>Säkerställa kvaliteten i verksamhetens HSL-arbete.</p>	Inga tillgängliga data																								
<p><b>Dokumentationsgranskning HSL</b></p> <p>Säkerställa att dokumentationen uppfyller lagstiftning.</p>	<table border="1"> <caption>MAS-granskning Data</caption> <thead> <tr> <th>Månad</th> <th>Antal journaler granskade</th> <th>Senaste värdet under året - Utfall (%)</th> <th>Godkänd (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Aug 2023</td> <td>10</td> <td>80,77</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>Sep 2023</td> <td>0</td> <td>-</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>Okt 2023</td> <td>0</td> <td>-</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>Nov 2023</td> <td>0</td> <td>-</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>Dec 2023</td> <td>10</td> <td>79,42</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table>	Månad	Antal journaler granskade	Senaste värdet under året - Utfall (%)	Godkänd (%)	Aug 2023	10	80,77	90	Sep 2023	0	-	90	Okt 2023	0	-	90	Nov 2023	0	-	90	Dec 2023	10	79,42	90
Månad	Antal journaler granskade	Senaste värdet under året - Utfall (%)	Godkänd (%)																						
Aug 2023	10	80,77	90																						
Sep 2023	0	-	90																						
Okt 2023	0	-	90																						
Nov 2023	0	-	90																						
Dec 2023	10	79,42	90																						

### Dokumentationsgranskning

MAS i Region Väst granskar HSL-dokumentationen på Attendo Säteriet en gång per år. Dokumentationsgranskningen av HSL-dokumentation under år 2023 genererade ett resultat på 80,77% vilket inte är ett godkänt resultat. Vi kan se att resultatet har påverkats av att verksamheten har under hösten fått två nya sjuksköterskor i verksamheten. En handlingsplan upprättades i december 2023 så att sjuksköterskorna ska få rätt utbildning och kunskap så att hälsoplaner kan utformas på ett korrekt sätt. Samt att de har tagit del av de rutiner och riktlinjer som finns. Målet för

2024 är att uppnå ett godkänt resultat på 90%.

### Egenkontroll

Egenkontroll utförs varje år av verksamhetschef för att minimera risker i verksamheten. Genom egenkontrollen följer vi systematiskt upp och utvärderar samt kontrollerar att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i Attendos ledningssystem.

### Intern revision kvalitet

Intern revision utförs av en centralt utsedda granskare en gång per år. I den interna revisionen ingår att säkerställa att läkemedelshantering, basala hygien- och klädrutiner samt delegeringar utförs enligt MAS-riktlinjer. Även hjälpmedelshanteringen granskas. År 2023 erhöll Attendo Säteriet ett resultat på 99,09%, som är ett mycket bra resultat men där Apoteksgranskningen inte bokades in inom utsatt tid

### Hygienronder

Hygienrond utförs på verksamheten fyra gånger per år för att säkerställa att de basala hygien- och klädrutinerna följs av medarbetare. Under 2023 utfördes fyra hygienronder, alla utan anmärkning.

### Apoteksgranskning

Mål för 2024 är att en Apoteksgranskning kommer utföras på verksamheten med godkänt resultat.

## Öka kunskap om inträffade vårdskador



### *SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §*

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

Inrapporterade avvikelser och allvarliga händelser hanteras skyndsamt. Personalen rapporterar in avvikelser i Centuri. Varje månad vid kvalitetsmöte hanteras avvikelser och där diskuteras åtgärder tillsammans med undersköterska, kvalitetssamordnare, sjuksköterska och verksamhetschef.

I samband med att patienten flyttar in i verksamheten görs en riskbedömning för att fånga upp eventuella risker och med eventuell handlingsplan, patienten bedöms alltid av rehab för individanpassade medicinsktekniska produkter/förflyttningar. Verksamheten arbetar även kontinuerligt i tvärprofessionellt team med Senior Alert för att förebygga risker/vårdskador. Då fall har varit en stor del av avvikelserna 2023 arbetar vi ständigt med åtgärdsplaner för att förebygga fall både på individnivå och verksamhetsnivå.

Läkemedelsavvikelser är också en brist vi kan se under 2023 i kategorin Glömt att ge, vilket vi tror kommer att minimeras under implementering av digitalsignering i Appva MCSS under 2024.

Vårdgivaren är skyldig att anmäla en händelse som har medfört, eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg. Vårdgivaren har delegerat detta uppdrag till MAS. Som underlag för anmälan enligt Lex Maria görs en internutredning och vid behov en händelseanalys av en extern utredare. Beslut från IVO i Lex Maria ärenden och klagomålsärenden tas upp på APT som lärdom för samtliga medarbetare.

Under 2023 inkom det tre stycken allvarlighändelser utredning enligt Lex Maria. Två gällande fördröjd vård och behandling och en gällande fallolycka. Samtliga har genomgående brister i informationsöverföring vårdgivare emellan via Samsa samt mellan olika professioner. Återfärder är redan vidtagna med utbildning i Samsa och SBAR.

## Tillförlitliga och säkra system och processer



Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

### Basala hygienrutiner

Västra Götalandsregionen har tillgång till vårdhygienisk expertis genom Regionens expertfunktion för arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner och risken för smittspridning i vården.

Vårdhygiens uppgift är att medverka till att vårdgivaren bedriver vård med god hygienisk standard och god kvalitet så att smittspridning förhindras och att de vårdrelaterade infektionerna hålls på en låg nivå.

Under 2023 har all personal som arbetar med, eller kan komma i kontakt med, patienter genomfört Socialstyrelsens webbutbildning i Basala hygienrutiner i vård och omsorg och erhållit ett diplom.

Alla medarbetare gör även den interna webbaserade utbildningen i Basala Hygienrutiner en gång per år i Attendos utbildnings portal Talants.

### Läkemedel

Pascal är en applikation för vårdpersonal att förskriva och beställa läkemedel och handelsvaror för patienter som får sina mediciner fördelade i påsar, så kallade dospatienter. Hantering av läkemedel via Pascal ökar patientsäkerheten.

Appva MCSS är en app för digital signering av delegerade HSL-insatser. Detta innebär i praktiken att delegerad personal signerar delegerade HSL-insatser digitalt i en app istället för på pappersbaserade signeringslistor. Alla medarbetare som har behörighet till Appva MCSS använder säker inloggning för att få åtkomst till systemet. Systemet möjliggör ökad patientsäkerhet då rätt HSL-insats utförs i rätt

tid och förenklar och effektiviserar bland annat processen för påfyllning av läkemedel, skapande och uppdatering av signeringslistor samt minskar risk för felmedicinering och, till följd av detta, eventuella vårdskador. Systemet ökar även tryggheten för patienter då det är lättöverskådligt för personalen vilket leder till färre möjligheter att göra fel. Under 2023 skulle Appva/MCSS införts men startdatumet har behövt skjutas upp pga. att de nya sjuksköterskorna skulle få utbildning i programmet innan det kunde startas. Målet för 2024 Q2 är uppstart av MCSS.

## Säker vård här och nu



Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

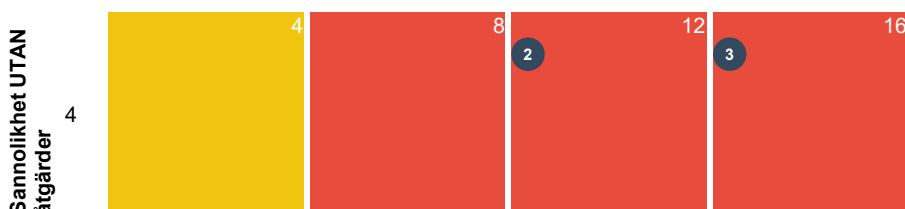
Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Under 2023 fanns det svårigheter att rekrytera en extra sjuksköterska. Därför fanns det endast en ordinarie sjuksköterska på plats samt en inhyrd personal från bemanning på 50%. Det blev till lidande av de arbetsuppgifter som innefattas av ett PAS ansvar. Vilket har legat till grund för de brister som förekommit i utförandet av registrering i kvalitetsregister samt hälsoplaner. Detta kan ha orsakat att vi inte uppnådde godkänt resultat på HSL dokumentationsgranskningen samt resultatet i de kvalitetsregister Senior Alert och Palliativa registret.

## Riskhantering

### **SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4**

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.











Allvarlighetsgrad UTAN åtgärder

2 Hög 1 Medium Totalt: 3

Hög
Medium
Låg

	Sannolikhet UTAN åtgärder	Allvarlighetsgrad UTAN åtgärder
4	Mycket stor - kan inträffa dagligen	Katastrofal - dödsfall, självmord, fysiska/sexuella övergrepp, bestående funktionsnedsättning
3	Stor - kan inträffa varje vecka	Betydande - allvarlig bestående skada/påtaglig risk för skada av kunds hälsa och utveckling, upprepade psykiska övergrepp, kränkande behandling, annan vanvård inklusive allvarlig försummelse, betydande brister i vårdmiljö
2	Liten - kan inträffa varje månad	Måttlig - risk för skada av kunds hälsa och utveckling, övergående funktionsnedsättning, tillfälliga eller mindre allvarliga brister i omsorgen, tillfällig eller mindre allvarlig försummelse, otillräckligt stöd för att klara sig själv, förlängd vård eller behandlingstid
1	Mycket liten - kan inträffa 1 gång/år	Mindre - obehag eller obetydlig skada för kund

N r.	Risker	Åtgärder	Slutdatum
4	Behovet av rörelselarm	✓ Rörelselarm - följs upp vid varje	2023-11-30

N r.	Risker	Åtgärder	Slutdatum
	<b>Konsekvensbeskrivning</b> ökad fallrisk	tvärprofessionellt möte (teammöte) varje vecka	
1	 <b>Negativ påverkan på hälsa r/t värmebölja</b>  <b>Konsekvensbeskrivning</b> Risk för ex uttorkning, nedsatt allmäntillstånd, värmeslag.	 <b>Värmebölja Hantering</b> Att tydliggöra hur vi hanterar sommarens värmeböljor för att skydda våra kunder	2023-08-31
2	 <b>Kund med utmanande beteende</b>  <b>Konsekvensbeskrivning</b> Arbets- och boendemiljöproblem: Personal och andra kunder mår dåligt, tar emot slag, * svårt för personal att följa handlingsplan och BPSD	 <b>Åtgärd för utmanande beteende och hot &amp; våld-situation</b> Minska utmanande beteende och förebygga hot&våld-situationer. * Har 1 personal vid sin sida dygnet runt (utöver ordinarie personalstyrka) * Kontakt med äldrepsykiatri, vårdcentralen, demens-SSK, BPSD-teamet, bemötandeplan, utbildning personal - lågaffektivt bemötande, tas upp på teammöte, samtal med anhöriga,	2023-12-31
3	 <b>Upprepade fall i verksamheten</b>  <b>Konsekvensbeskrivning</b> Skada kunder, osäker miljö	 <b>Belysning</b> Ljus	2023-12-31

Risicanalys är en metod för att systematiskt identifiera och bedöma risker som kan leda till vårdskada. Risicanalys bör genomföras vid en förändring avseende teknik/utrustning, ny metodik eller om en ny organisation planeras. Att analysera risker är ett sätt att arbeta proaktivt och för att förebygga vårdskador.

Analysarbetet på Säteriet kan genomföras på individ- eller verksamhetsnivå. Analysarbetet utförs av tvärprofessionellt team bestående av sjuksköterska, verksamhetschef, rehab och omvårdnadspersonal.

På verksamhetsnivå utreds och analyseras risken på företagets systematiska kvalitetsarbetsystem Stratsys för risk och händelseanalys. Där identifierar man risker och skapar åtgärdsplaner samt regelbunden uppföljning minst var 3: e månad eller vid behov. Exempel på det är värmebölja, rymningsbenägen brukare.

På individnivå utför vi riskbedömning enligt Senior Alert som är ett nationellt kvalitetsregister. Detta är ett verktyg för att stödja vårdprevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion.

Attendo Säteriet bedömer alla som flyttar in med FDRI – bedömning av fallrisk och sedan systematiskt var 6:e månad eller om hälsotillståndet ändras. Åtgärder för att minska fallrisken vidtas och beskrivs i en hälsoplan.



På samma sätt arbetar vi för att förebygga undernäring och trycksår. För bedömning av risk för undernäring använder vi MNA och för bedömning av risk för trycksår används Norton skala.

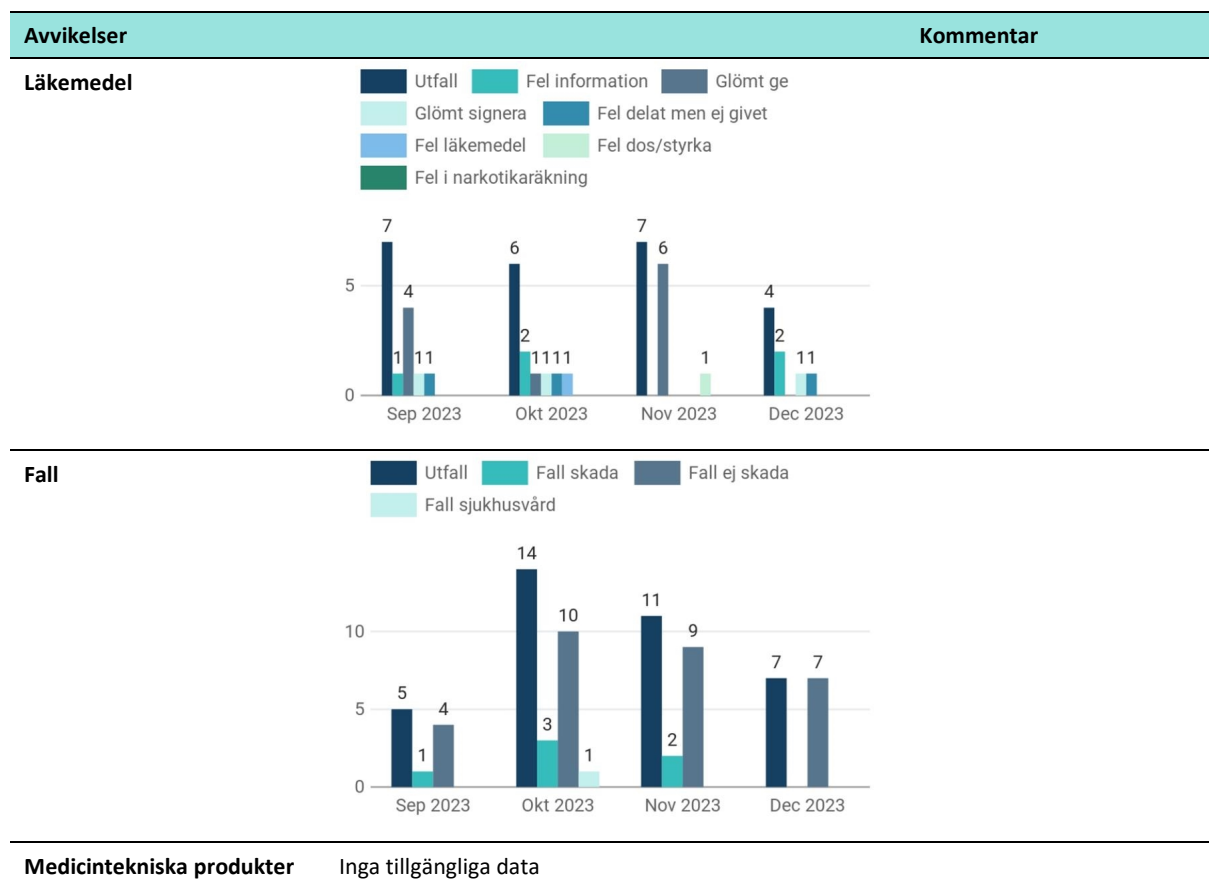
## Stärka analys, lärande och utveckling



Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

### Avvikelser

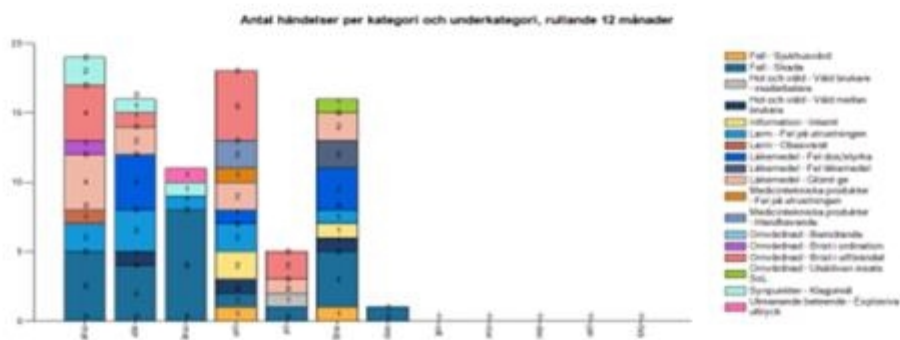
**PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5**



Avvikelser	Kommentar
Trycksår	Inga tillgängliga data

Avvikelser HSL i föregående system ADD Jan till Aug 2023

Händelser kategori 2023	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Totalt
Rapporterade händelse	105								
Allvarliga händelse	1	1							
Fall totalt	8	4	4	6	11	6	11	9	61
Fall utan skada	3	2	1	4	7	4	10	3	
Med skada	4	2	3	2	4	1	1	5	
Fall som krävt sjukhus	1					1	1	1	
Läkemedel totalt	5	4	6	8	3	4	1	11	42
Fel delat ej givet									
Fel dos/styrka	1	2		1		1		2	
Fel info	1	2		1				1	
Fel läkemedel									
Saknas läkemedel	1		2		2			1	
Glömt ge	2		4	2	1	2	1	4	
Glömt signera				1				3	
Medicinska produkter						1			
Handhavande									



Avvikelser HSL i Centuri Sep till Dec 2023

Händelser kategori 2023	Sep	Okt	Nov	Dec	Totalt
Rapporterade händelse	62				
Allvarliga händelse				1	
Fall totalt	5	14	11	7	37
Fall utan skada	4	10	9	7	
Med skada	1	3	2		
Fall som krävt sjukhus		1			
Läkemedel totalt	7	6	7	4	24
Fel delat ej givet	1	1		1	
Fel dos/styrka			1		
Fel info	1	2		2	
Fel läkemedel		1			
Saknas läkemedel					
Glömt ge	4	1	6		
Glömt signera	1	1		1	
Medicinska produkter					
Handhavande					

För att förbättra säkerheten i hälso- och sjukvården måste alla medarbetare i vården rapportera händelser som har medfört en vårdskada eller utgör en risk för vårdskada. Genom att systematiskt rapportera, ta emot och hantera synpunkter, klagomål och avvikelser ökar

kunskapen om varför något har inträffat och vad som hänt och möjligheten för att undvika att det händer igen ökar. Verksamhetschefer och medarbetare introduceras vid nyanställningen i hanteringen av avvikande händelser. Det finns även en webbutbildning att tillgå. Genom att se de boende och de närstående som en viktig resurs i patientsäkerhetsarbetet, och erbjuda möjligheten att delta, så utökas möjligheterna till en säkrare vård ytterligare. För allvarliga händelser som kräver vidare utredning finns metoder och rutiner för internutredning, händelseanalys och eventuell anmälan till IVO enligt föreskriften om lex Maria.

Under 2023 inkom det tre stycken allvarlig händelseutredning enligt Lex Maria. Två gällande fördröjd vård och behandling och en gällande fallolycka. Samtliga har genomgående brister i informationsöverföring vårdgivare emellan via Samsa samt mellan olika professioner. Återfärder är redan vidtagna med utbildning i Samsa och SBAR.

En Lex Maria utredning resulterade i att närstående hade synpunkter och frågor gällande utredningen. Denna hanterades med en genomgång av utredningen tillsammans med närstående och ledningen.

## Klagomål och synpunkter

### **SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6**

Klagomål och synpunkter inom HSL som har inkommit till verksamheten muntligt och skriftligt under 2023 är endast ett, vilket är en förbättring sen år 2022. Dessa har hanterats direkt i samband när verksamhetschef får information eller att ett klagomål inkommer externt. Alla klagomål och synpunkter läggs in i avvikelssystemet. Klagomål och synpunkter hanteras tillsammans med sjuksköterska rehab och omvårdnadspersonalen.

Sammanställning av inkommande synpunkter och klagomål inom HSL i ADD och Centuri

Inrapporterade 2023	Klagomål/Synpunkter	Beskrivning
Jan		
Feb		
Mar		
Apr		
Maj		
Jun		
Jul		
Aug		
Sep		
Okt	1	Fördröjd vård vid höftfraktur. Extern avvikelse
Nov		
Dec		

För att synpunkter och klagomål ska tas emot på rätt sätt är det viktigt att varje sjuksköterska och medarbetare vet sitt ansvar och känner till hur synpunkter och klagomål ska hanteras. Verksamhetschef förankrar rutin med arbetsätt årligen på APT och avdelningsmöten.

Verksamhetschefen ansvarar för att synpunkter och klagomål följs upp genom att:

- återkoppla till den som lämnat synpunkter och klagomål
- vidta åtgärder för förbättring, förändring och utveckling
- följa upp resultatet av åtgärderna
- dokumentera resultatet
- återkoppla resultatet till den som har lämnat synpunkter och klagomål

Om kunden/ närstående inte är nöjd med den återkoppling som denne fått av verksamhetschefen, har denne möjlighet att vända sig till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och anmäla klagomålet vidare där. Information om denna möjlighet ska därför lämnas till denne av verksamhetschefen i samband med återkopplingen.

## Kvalitetsregister

### Senior alert

Unika personer	Samtliga riskområden summerat, trycksår, undernäring, fall och munhälsa								
	Riskbedömningar med risk		Bakomliggande orsaker vid risk		Åtgärdsplan vid risk		Utförda åtgärder vid risk		
	Antal riskbedömningar	Antal riskbedömningar med risk	Antal riskbedömningar med risk	Antal med minst en angiven bakomliggande orsak per riskområde	Antal riskbedömningar med risk	Antal med minst en angiven åtgärd per riskområde	Antal uppföljningar för riskbedömningar med risk	Antal uppföljningar med minst en utförd åtgärd per riskområde	
Härryda kommun	72	79	66	66	62	66	63	59	51
Attendo Säteriet	38	42	32	32	30	32	29	24	16
Casperssons	34	37	34	34	32	34	34	35	35

Säteriet har utfört riskbedömningar och samtliga patienter med någon form av risk har en åtgärdsplan där vi har ett godkänt resultat på 94% men vi uppnår inte godkänt resultat att utföra uppföljningar och utförd åtgärd per riskområde i senior alert. Attendo Säteriet ligger gällande antalet utföra åtgärder vid risk lägre med ett resultat på 67% medans Härryda kommun har godkänt resultat på 86% och Caspersson ligger på 100%.

Resultatet för 2023 visar bättre resultat än 2022 då vi inte uppnådde utsatta målen för

riskbedömningar i senior alert vilket resulterade i 78% utförda riskbedömningar, 28% bakomliggande orsaker, 28% åtgärdsplan och 50% utförda åtgärder.

Vi hoppas på med den stabila sjuksköterska organisation vi nu har och den stabila medarbetargruppen ska bidra till positiva siffror för 2024.

### Palliativa registret

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Säteriet ligger bättre än Härryda kommun på flera områden. Säteriet har ett resultat på vårdplan 100%, smärtskattning på 77,8%, munhälsobedömning 55,6% och brytpunktssamtal på 88,9%. Medans Härrydakommun har resultat på Vårdplan 71,1%, smärtskattning på 68,4%, munhälsobedömning 60,5% och brytpunktssamtal på 85,1%.

Vi ser att 2023 har förbättrats resultat än 2022 på flera punkter i Palliativa registret men ett sämre resultat när det kommer till skattning av munhälsobedömning under 2023 än 2022.

Goda rutiner samt kompetent sjuksköterska har lett till det positiva resultatet. Målet för 2024 är att uppnå 100% på Palliativa registrets samtliga delar.

Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan är ett utvecklingsområde för Säteriet under 2024. Munhälsoåtgärder utförs rutinmässigt under den palliativa fasen dock finns brister i dokumentationen kring detta relaterat till verksamhetens avsaknad av sjuksköterskor med PAS ansvar. Smärtskattning under den sista levnadsveckan har ett liknande resultat och Säteriet måste aktivt arbeta med att utföra smärtskattning enligt rutin samt dokumentera resultat under 2024.

### BPSD

Målet är att alla patienter inom Attendo, enligt Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer, med en demensdiagnos ska registreras i BPSD-registret minst en gång per år samt när behov föreligger. De

som saknar demensdiagnos kan registreras tills diagnosen efterfrågas och fastställs av ansvarig läkare. Det är frivilligt att delta i BPSD-registret, och samtycke efterfrågas av varje enskild patient innan registrering sker.

På Attendo Säteriet 2023 fanns det endast en utbildade administratörer inom BPSD.

BPSD-registrets statistik för Attendo Säteriet år 2023 visar att registreringar inte har skett enligt rutin under, då det totalt registrerades 1st patient i BPSD-registret under året trots en beläggning på 28st boende på demensplatserna. Den skattningen som utfördes skedde dock i team. Vi har haft svårigheter 2023 att utbilda personal då regionen haft brist på BPSD utbildare.

Planen för 2024 är att samtliga patienter som lämnat samtycke skall ha aktuell BPSD-skattning registrerad i BPSD-registret. BPSD-ansvariga ska under 2024 utbildas för varje avdelning. Första utbildningstillfället är i början av 2024 och kommer ske löpande under hela året. Arbetet under 2024 kommer det finnas en strategi för registreringar, skattningar och följsamhet till arbetssättet samt följa upp avdelningarnas arbete med BPSD-registret.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap



Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.

Kompetensutveckling för sjuksköterskor när det gäller att förebygga trycksår samt sårbehandling. Fördjupade kunskaper angående sårbehandling i samarbete med Smith & Nephew samt fördjupande kunskaper inkontinenshjälpmedel genom Attincare. Avtal finns med båda leverantörerna

Målet är att öka patientsäkerheten i framtiden samt att resultatet för HSL dokumentationen uppvisar ett godkänt resultat i den interna revisionen avseende kvalitet med ett önskvärt resultat på 95% för 2024.

## Mål, strategier och utmaningar för hälso-sjukvårdsarbetet för kommande år

### Kvalité

Fortsatt arbete med det systematiska kvalitetsarbetet genom hantering av händelserapporter, månatliga kvalitetsmöten, aktivt arbete med riskanalyser och egenkontroll.

### Palliativa registret

Målet är att vi ska nå målvärdena för dokumenterad smärtskattning och munhälsobedömning samt upprätthålla nivån på övriga parametrar inom Palliativa registret. Verksamhetschef har avstämning avseende detta löpande under året.

### Inkontinenshjälpmedel

Alla patienter ska ha individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Utbildning för sjuksköterskor och utvalda inkontinensombud i inkontinenshjälpmedel samt implementering av Attincare.

### Läkemedel

Alla patienter ska ha en årlig läkemedelsgenomgång och årskontroll tillsammans med läkare och Apoteksgranskning ska göras årligen.

### Basala hygienrutiner

Fortsatt fokus på basal hygien erbjuda kontinuerligt utbildningar i basalhygien genom vår webbportal i Talants men även utbildningen från socialstyrelsen. Hygienombuden utför hygienronder kvartalsvis och stickkontroller kommer utföras och följas upp av chef. Sjuksköterskor gör hygienkontroller 4gg/år utefter årshjulet i HSL. Genomgång av basal hygien i samband vid introduktion av ny personal samt löpande vid APT för att säkerställa att alla medarbetare arbetar utifrån de riktlinjer/rutiner som finns. Samt stickkontroller.

### BPSD

Målet är att alla medarbetare som arbetar på demensavdelningarna ska erhålla utbildningen 2024. Utbildningen kommer ske löpande under året. Vi kommer skapa en struktur och förutsättningar för personalen att aktivt arbeta utifrån BPSD. Målsättningen för 2024 är en skattning frekvens respektive skattning i team på 100%.

### Senior Alert

Målet under 2024 är att vi ska uppnå godkänt resultat på minst 90% på uppföljning av utförda åtgärder vid riskerna. Det är där vi sett att bristerna fanns under 2023.



## 2023 års kvalitets- & verksamhetsberättelse

---

Hjortens Gruppbostad



## Innehållsförteckning

1. Inledning
2. Verksamhetsbeskrivning
3. Individen i centrum
  - 3.1 Målgrupp
  - 3.2 Verksamhetens arbete utifrån Nytidans pedagogiska ramverk
  - 3.3 Verksamhetens individanpassade aktiviteter
  - 3.4 Forum för delaktighet
  - 3.5 Sammanfattning
4. Samverkan
  - 4.1 Samverkan anhöriga/företrädare
  - 4.2 Samverkan med kommun, landsting, intresseorganisationer
  - 4.3 Samverkan internt
5. Kvalitet och hållbarhet
  - 5.1 Sammanställning avvikelser, synpunkter och klagomål
  - 5.2 Synpunkter och klagomål
  - 5.3 Egenkontroller, tillsyner och förbättringslogg
  - 5.4 Resultat av undersökningar
  - 5.5 Sammanfattning, systematiskt förbättringsarbete
6. Hälso- och sjukvård
7. Medarbetare
  - 7.1 Antal anställda
  - 7.2 Personaltäthet
  - 7.3 Personalomsättning
  - 7.4 Sjukfrånvaro
  - 7.5 Systematiskt arbetsmiljöarbete
  - 7.6 Arbetsplatsträffar
  - 7.7 Planeringsdagar
  - 7.8 Kompetensutveckling
  - 7.9 Likabehandling och mångfald
8. Sammanfattande analys av årets resultat

## 1. Inledning

**Nytida är Sveriges ledande aktör inom funktionsnedsättning och psykosocial problematik. Nytida är en del av Ambea koncernen.**

Utgångspunkten för vårt arbete är varje människas unika förutsättningar och individuella behov. Nytida erbjuder insatser för människor som av olika anledningar behöver stöd, omsorg eller behandling.

Nytida ger stöd till barn, unga och vuxna för hela livets behov inom funktionsnedsättning och psykosocial problematik. Vi har cirka 400 verksamheter runt om i landet och 8 500 medarbetare.

”Vår värld” är samlingsbegreppet för vår vision, våra värderingar och vårt uppdrag. Vår värld har sin grund i FN:s deklaration om mänskliga rättigheter och ger tillsammans med aktuell lagstiftning ramar för vår verksamhet.



För att omsätta Vår värld- vision, värdegrund och uppdrag, använder vi oss av något vi kallar Nytidas ramverk för pedagogik. Ramverket utgår från evidensbaserad praktik och sätter individen i centrum.

## 2 Verksamhetsbeskrivning

Hjortens gruppboende vänder sig till målgruppen LSS 9§9. Gruppboendet ligger i anslutning till daglig verksamhet som bedrivs i eget hus på samma adress. Boendet övertogs från kommunal regi av Nytida på entreprenadavtal från Härryda kommun 2020-04-01.

På Hjorten arbetar vi enligt IBIC, Individens Behov I Centrum. Vi individanpassar utifrån Nytidans pedagogiska ramverk, "om mig", personlig pedagogik och bemötandeplaner. Målet är att bemöta individen utifrån hans behov, förmågor och önskemål. Vi jobbar för att erbjuda trygghet och struktur för individen samt skapar möjligheter att utvecklas med individanpassade mål.

Under 2023 har boende deltagit i många aktiviteter såsom FUBs och Studieförbundet Vuxenskolan's evenemang även aktiviteter i offentligheten som museibesök, nöjesfält, biograf, cafébesökare, badhus, Diggelo, Konserter, Träffandans i Kungälv samt 2 semesterresor.

Vi har även arbetat med att anpassa de allmänna utrymmena på gruppboendet och skapat större tillgänglighet till frivillig social samvaro för den enskilde.

## 3 Individen i centrum

### 3.1 Målgrupp

Hjortens gruppboende är ett boende med fem lägenheter för personer med funktionsvariationer enligt LSS 9:9. De boende har alla en aktuell funktionsnedsättning i kombination med ett tilläggsdiagnoser så som autism, Adhd, Downs syndrom, schizofreni, OCD, psykostillstånd och ångest.

På Hjorten bor fyra män och en kvinna i åldrarna 24–49.

Alla boende har dagligverksamhet anpassat efter den enskildes behov och önskemål. Fyra personer går på Hjortens dagliga verksamhet, varav en utgår från sin bostad, och en går på extern daglig verksamhet i Härryda kommuns regi.

### 3.2 Verksamhetens arbete utifrån Nytidans pedagogiska ramverk

Under 2023 har vi arbetat vidare med Nytidans ramverk för pedagogik genom uppdateringar i den personliga pedagogiken samt i bemötande och genomförandeplaner. På så sätt har vi implementerat ett kontinuerligt arbete med individanpassning som sträcker sig över hela året. Vi har även fortlöpande utbildat ny personal i ramverkets grunder och tillämpning.

### 3.3 Verksamhetens individanpassade aktiviteter

På Hjorten individanpassar vi alla aktiviteter efter dagsform och önskemål. Samtliga FUB-medlemmar har deltagit i både lokala och regionala aktiviteter. Vi har varit med på samtliga tillfällen av Träffendansen i Kungälv. Vi har gjort gemensamma och individuella utflykter i kommunen samt kranskommunerna och promenerat i Härrydas många friluftsområden. Vi har haft fri tillgång till Lilla Amundön, en anpassad badplats med uppvärmd pool, hela sommarsäsongen. Vi har besökt Liseberg och Borås djurpark och gått på konserter och föreställningar. Individuella aktiviteter har också genomförts; en person har bland annat varit på bio och museum flera gånger per månad. En annan person har fått åka på semester med övernattnig, en övernattnig i stuga och två övernattningar på camping. Personal och bonde åkte tåg till Halmstad tillsammans med en boende för att tillbringa två nätter på camping i Halmstad. Detta var en mycket uppskattad semesterresa. Några har varit på musikkonserter på Liseberg och Diggelo. Boende och personal har varit på restaurangbesök och AW Bowling i en annan kommuns regi, bad i badhus. Information om alla aktiviteter förmedlas direkt till den enskilde eller hans företrädare, samt finns tillgängligt på en informationstavla där innehållet är anpassat för de boende.

### 3.4 Forum för delaktighet

På Hjortens gruppbostad har de enskilda olika förutsättningar och intresse för delaktighet i framtagandet av planeringar och genomförandeplaner. Den enskilde erbjuds delaktighet utifrån sina förutsättningar och vilja. För den som inte kan/har intresse av delaktighet är den viktigaste representanten dennes stödperson. Stödpersonen ansvarar för att i samarbete med kollegor, god man, anhöriga och eventuellt andra nyckelpersoner planera och utvärdera hur insatser ska genomföras enligt huvudpersons önskemål samt vilka aktiviteter den enskilde har ett intresse att delta i. Planering samt förändringar i existerande plan tas upp och diskuteras i gemensamt forum på APT eller brukarmöte där samtliga anställda har möjlighet att bistå stödpersonerna i deras uppdrag och där vi genom diskussion kan skapa samsyn runt de insatser stödpersonen planerar. På genomförandeplansmöten som hålls 1-2 ggr om året bestämmer den enskilde vilka som ska delta, om hen inte själv vill eller kan delta bjuds nyckelpersoner såsom anhöriga eller god man in samt stödpersoner och stödpedagog som alltid närvarar.

### 3.5 Sammanfattning

Vi har under 2023 kunnat erbjuda individanpassat och varierat utbud av aktiviteter. Samtliga personer har blivit erbjudna samt deltagit i både gemensamma och egna aktiviteter.

Vi har skapat en likvärdig tillgång till allmänna utrymmen och social samvaro såsom gemensamma musik, tv-tittande, spel.  
Samtliga personer har uppnått en högre självständighet i genomförandet av sina dagliga insatser. Vi har skapat delaktighet i de dagliga rutinerna efter egen förmåga.  
Vi har lyckats öka självbestämmandet hos samtliga personer, detta genom att motivera till och förenkla kommunikationen av önskemål genom t.ex. bildstöd, AKK.  
  
Vi har även fått stöd av Lära med ärendehandledning för personal.

## 4 Samverkan

### 4.1 Samverkan anhöriga/företrädare

Under 2023 har anhöriga och företrädare bjudits in till flera träffar där även regionchef och sektorschef har närvarat. Anhöriga och företrädare bjuds in att delta i möten som rör den enskilde utefter dennes önskemål.  
Anhöriga besöker frekvent verksamheten och de boende åker även hem till anhöriga. Enhetschef är på plats i verksamheten under vardagar och anhöriga och företrädare har möjlighet att få direkt med enhetschef.  
I maj hade boendet en grillfest tillsammans med anhöriga, boende och personal. Vi grillade och umgicks på Hjortens altan. All tillsvidarepersonal och timvikarier var inbjudna.

### 4.2 Samverkan med kommun, landsting, intresseorganisationer

Enhetschef har haft nära och regelbunden kontakt med kontaktpersoner i Härryda kommun. Då Hjorten varit media bevakat under 2023 har kommunen granskat boende ett flertal gånger och vi har haft ett nära samarbete med kommunens ansvariga och HSL personal.

Samverkan med kommunens dagliga verksamhet har fungerat väl. Vi har haft flera möten angående boende för att kunna samverka vilket fungerat bra. Den dagliga kommunikationen och samarbetet mellan boendet och kommunens dv har fungerat bra.

Under året har de enskildas olika externa läkarkontakter, arbetsterapeuter samt hemsjukvården besökt verksamheten för att samverka runt den enskilde. Stödperson, stödpedagog samt företrädare och anhöriga har deltagit i samverkansmöten enligt den enskildes önskemål.

Boendet samarbetar med intresseorganisationer så som FUB och Studieförbundet Vuxenskolan. Vi har även deltagit i kultur och fritidsaktiviteter som erbjuds.

--

## 4.3 Samverkan internt

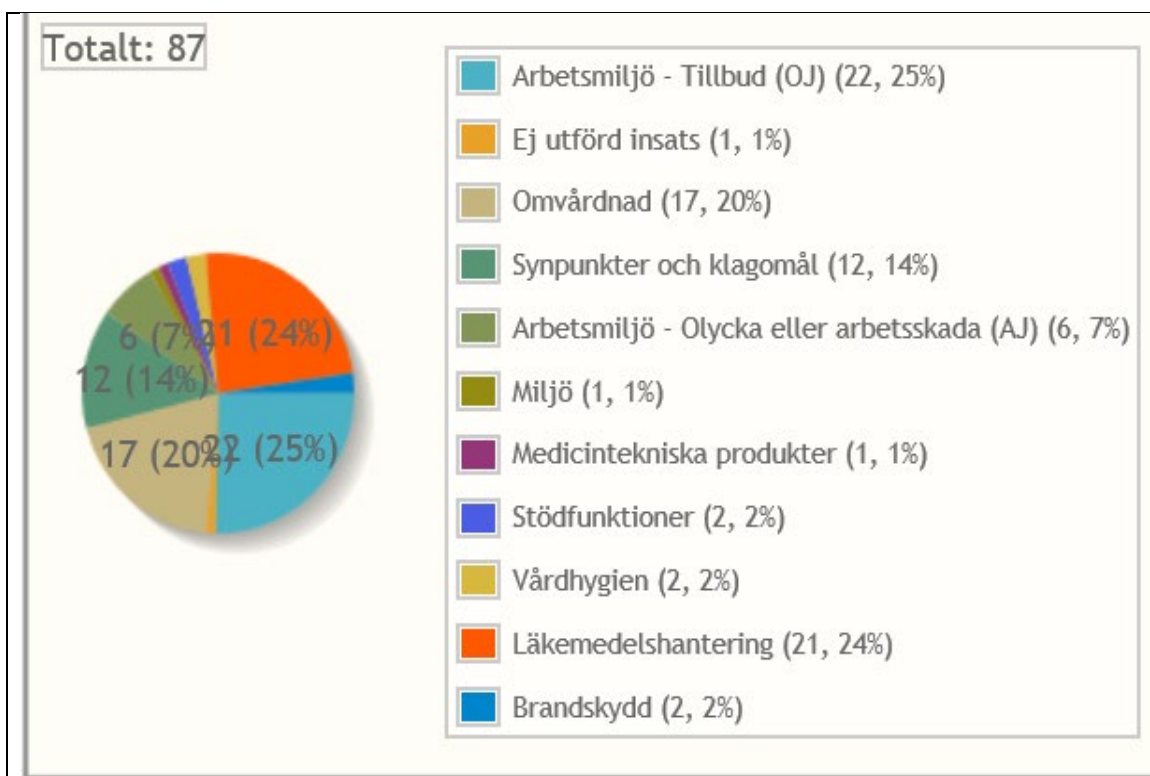
<p>Enhetschef, samordnare och stödpedagog på boendet samarbetar med andra nyckelpersoner inom regionen. Ett nära samarbete har utvecklats med chef och stödpedagog i Falkenberg som varit på Hjorten under hösten och utvecklat det pedagogiska arbetet.</p> <p>Vi har även varit på studiebesök på Falkenbergs dagligverksamhet för att få inspiration till verksamheternas utveckling.</p> <p>Enhetschef har frekvent samverkan med enhets och regionchefer i ledningsmöten.</p> <p>Stödpedagog deltar i regionalt och internt nätverk för stödpedagoger där även företrädare från ledningsgrupp finns med.</p>
---

## 5 Kvalitet och hållbarhet

<p>Alla medarbetare är utbildade i och har tillgång till vårt IT-verktyg där man registrerar och skriver avvikelser. Alla avvikelser registreras i systemet och följs upp av ansvarig enhetschef. Avvikelser som faller under HSL registreras även i Treserva. Två gånger per år genomförs en egenkontroll på enheten av verksamhetschef tillsammans med medarbetare på enheten. Under 2023 har Nytidans kvalitetsansvarig gjort två kvalitetstillsyner.</p> <p>Kvalitetsråd med enhetschef, samordnare, stödpedagog och medarbetare sammanträder månadsvis och arbetar med frågor som gäller verksamhetens kvalitet. Bland annat går vi igenom aktuella förbättringsområden i Qmaxit.</p> <p>Alla dessa delar; egenkontroll, förbättringslogg och avvikelshantering är kopplade i samma IT-system. Varje månad skickas en "kvalitets flash" ut till alla chefer i företaget där man kan se hur aktiviteten ser ut i varje verksamhet. Där kan man bland annat se hur många registrerade avvikelser som skett under månaden, hur många som är uppföljda och avslutade. Man kan även följa och se aktiviteterna i förbättringsloggen, senaste kvalitetsindex från egenkontrollen, ev. tillsyn mm. Kvalitets flashen följs upp varje månad av regionchef och enhetschef där man stämmer av mot föregående månad och ser hur förbättringsarbetet framskrider.</p> <p>Varje månad har enhetschef "Full Koll-möte" med regionchef och Controller då man bl.a. går igenom kvalitets flashen och senaste avvikelserna. Regionchef har sedan Full Koll med Sektorchef, HR-partner, Controller och Kvalitetsutvecklare från kvalitetsavdelningen där stort fokus läggs på kvalitetsfrågor. I det forumet läggs även förslag till "flaggning" av verksamheten, grönt om allt är ok, gult/rosa om behöver bevakas/följas upp och rött om omedelbara åtgärder krävs.</p>	
--	--

De olika delarna i det egna kvalitetsarbetet följer det gemensamma Kvalitetsårshjulet som följs av samtliga verksamheter inom Nytida. Kvalitetsårshjulet säkerställer att alla verksamheter följer vad som ska gås igenom varje månad och tas upp på olika mötesform, såsom APT och kvalitetsråd, gällande kvalitet, HR, arbetsmiljö och hälsa. I årshjulet är det bl.a. genomgång två gånger per år gällande rutiner för Lex Sarah och Lex Maria för alla medarbetare, för att säkerställa att alla får information regelbundet. Information och utbildning ingår även vid introduktion av nya medarbetare och skrivs under via den checklista som följs vid introduktion.

## 5.1 Sammanställning avvikelser, synpunkter och klagomål



Inom Nytida uppmuntrar vi alla att skriva så många avvikelser som möjligt. Det är genom att skriva ner och delge våra synpunkter som vi växer och utvecklas. På Hjortens gruppbostad har man varit aktiv i detta. Här redovisar vi avvikelserna som inkommit från 230101–231231



## 5.2 Synpunkter och klagomål

Alla synpunkter och klagomål har hanterats och återkopplats till aktuella parter och redovisas till Härryda kommun.

## 5.3 Egenkontroll, tillsyner och förbättringslogg

Två gånger per år genomförs en egenkontroll på enheten av verksamhetschef tillsammans med medarbetare på enheten. Det är ca 110 frågor av varierande slag som är aktuella för verksamheten. Utöver dessa gör mindre kontroller inom både livsmedelshantering och basala hygienrutiner.

Egenkontroll gjord 2023-10-23 resultatet blev 1,79 av möjliga 2,0. Hjorten har även haft kvalitetskontroll.

Förbättringsområden skapas i en förbättringslogg som all personal har tillgång till.

I november hade Hjorten en kvalitetstillsyn från företaget.

## 5.4 Resultat av undersökningar

Det är mycket svårt för deltagarna att delta i en undersökning pga deltagarnas förmåga att kunna svara på en enkät. Under hösten kunde vissa svara på enkäten med hjälp av bildstöd. Nytida har regelbundet en medarbetarundersökning som visar nulägesrapport på verksamheterna. Genomgång av resultatet görs på APT och förbättringsområden upprättas vid behov.

## 5.5 Sammanfattning, systematiskt förbättringsarbete

Sammanfattning över på vilket sätt verksamheten har arbetat med analys, åtgärder och förbättringar utifrån avvikelshanteringen, synpunkter och klagomål, egenkontrollen och tillsyner.

## 6. Hälso- och sjukvård

GB samverkar med kommunens sjuksköterskor för att säkerställa den enskildes vårdbehov.  
SSK möte en gång i veckan  
GB har ett hygienombud.

## 7. Medarbetare

### 7.1 Antal anställda

2023 har det varit 19 tillsvidareanställda. En enhetschef, en pedagog och en samordnare 16 boendestödare varav 4 vaken nattpersonal. All personal på Hjortens gruppboende har adekvat utbildning till det arbete som vi utför på Hjorten.

### 7.2 Personaltäthet

Under 2023 arbetade 16,3 årsarbetare. På Hjorten arbetar man en till en, två vaken nattpersonal. Utöver detta har vi haft dubbelbemanning vid behov på utflykter och aktiviteter. På röda dagar har också då bemannats upp med extra personal.

### 7.3 Personalomsättning

2023 har 4 personer slutat då de har fått annan anställning.

## 7.4 Sjukfrånvaro

Under 2023 har Hjortens gruppbostad haft en hög sjukfrånvaro, 4 personal har varit långtidssjuka. Nytidans rutin: Samordnare kontaktar den sjuke dag 1, enhetschef ringer den sjuke dag 3. Uppföljning av sjuktal varje månad av regionchef och möten med HR i företaget där all sjukfrånvaro diskuteras och följs upp. Vi har omtankesamtal med de som varit sjuka mer än tre gånger och en reabutredning startar efter sex tillfällen eller om behovet finns, före det. Under året har chef hållit ett flertal omtanke- och rehab samtal med medarbetare.

## 7.5 Systematiskt arbetsmiljöarbete

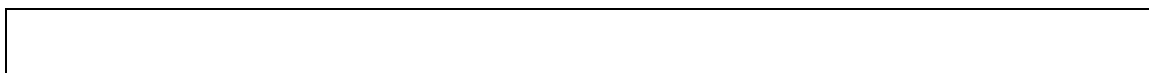
Arbetsmiljö är stående punkt på APT. Vi genomför även en anonym undersökning, Teambarometern, och går igenom resultaten på APT. Om resultaten visar på risker i arbetsmiljön skapas förbättringsområde och medarbetare samverkar för att hitta lösningar. Riskbedömningar i arbete med kund genomförs 2 gånger per år i samband med att genomförandeplan revideras. En skyddsronnd genomfördes under året.

## 7.6 Arbetsplatsträffar

På Hjortens gruppbostad har vi arbetsplatsträffar en gång i månaden / 10 per år nattpersonal har eget APT var 6.e vecka, med undantag för semesterperioden. På APT närvarar samtliga medarbetare, chef, samordnare och stödpedagog. Vi utgår från Nytidans rekommenderade dagordning samt kvalitetsårshjulet för att säkerställa att alla aspekter av arbetsmiljön adresseras.

## 7.7 Planeringsdagar

Hjorten hade en inplanerad planeringsdag i oktober. Vår pedagogiska ramverk med fokus på bemötande och metodutveckling är stående punkt vi arbetat med.



## 7.8 Kompetensutveckling

Webbutbildningar såsom brandutbildning, social dokumentation, stödpersonens uppdrag, vård värld, basala hygienrutiner erbjuds och genomförs kontinuerligt via Ambeas och Läras kompetensportal.

Hjorten prioriterar att all personal ska ha genomgått utbildning i Lågaffektivt bemötande.

Detta fortgår kontinuerligt då medarbetare genomför utbildningen i omgångar.

Nya medarbetare får även genomgå grundutbildning om LSS samt grundutbildning om NPF-diagnoser och kognitiva funktionsvariationer.

Vi har även under året haft handledning.

Personalens utbildningar och erfarenhet är bred och matchar varandra och personalen arbetar på ett genomtänkt professionellt sätt med tydliga mål. Arbetsgruppen består bland annat av undersköterskor, fritidspedagog, socialpedagog, stödassistenter. Arbetsgruppen har en bred erfarenhet av att arbeta inom LSS. På Hjorten har all personal tillgång till utbildningssektionen Lära och vi har även krav på att personalen kontinuerligt utför webbutbildningar.

## 7.9 Likabehandling och mångfald

Nytida accepterar inte någon form av diskriminering, mobbing, kränkande särbehandling, trakasserier, sexuella trakasserier, repressalier eller nedlåtande attityd mot en medarbetare, chef eller grupp. Att bemöta varandra med respekt ska vara vägledande i allt arbete och i alla relationer.

Enskilda medarbetare har möjlighet att anonymt via teambarometern ta upp frågor om likabehandling. Medarbetare har även möjlighet att i enskilt samtal med chef eller HR-avdelning ta upp eventuella psykosociala arbetsmiljöproblem som rör likabehandling och jämställdhet.

På Hjortens gruppbostad arbetar både män och kvinnor i olika åldrar från olika sociala, utbildningsmässiga och etniska bakgrunder. Vi arbetar medvetet för att ha en dynamik i arbetsgruppen då vi tror att mångfald främjar arbetsmiljön och samarbetet.

## 8. Sammanfattande analys av årets resultat

Under 2023 har varit ett turbulent år där personalen trots mediadrev gjort ett fantastiskt arbete och tagit ett stort ansvar för att verksamheten ska fungera. Alla har genomfört många aktiviteter för verksamhetens boenden. Vi har kunnat erbjuda anpassade aktiviteter utefter den enskildes behov och detta har höjt livskvaliteten hos den enskilde.

Det pedagogiska arbetet med handlingsplaner, bemötandeplaner och personlig pedagogik som är baserat på Nytidas ramverk för pedagogik har utvecklats och lett till utveckling hos den enskilde.

Mål för verksamheten 2024 är att alla boende och personal ska få en trygg övergång till kommunens regi.

## 2023 års kvalitets- & verksamhetsberättelse

---

Hjortensdagliga verksamhet



2024-02-29 EC Maria Hultén

## Innehållsförteckning

1. Inledning
2. Verksamhetsbeskrivning
3. Individen i centrum
  - 3.1 Målgrupp
  - 3.2 Verksamhetens arbete utifrån Nytidans pedagogiska ramverk
  - 3.3 Verksamhetens individanpassade aktiviteter
  - 3.4 Forum för delaktighet
  - 3.5 Sammanfattning
4. Samverkan
  - 4.1 Samverkan anhöriga/företrädare
  - 4.2 Samverkan med kommun, landsting, intresseorganisationer
  - 4.3 Samverkan internt
5. Kvalitet och hållbarhet
  - 5.1 Sammanställning avvikelser, synpunkter och klagomål
  - 5.2 Synpunkter och klagomål
  - 5.3 Egenkontroller, tillsyner och förbättringslogg
  - 5.4 Resultat av undersökningar
  - 5.5 Sammanfattning, systematiskt förbättringsarbete
6. Hälso- och sjukvård
7. Medarbetare
  - 7.1 Antal anställda
  - 7.2 Personaltäthet
  - 7.3 Personalomsättning
  - 7.4 Sjukfrånvaro
  - 7.5 Systematiskt arbetsmiljöarbete
  - 7.6 Arbetsplatsträffar
  - 7.7 Planeringsdagar
  - 7.8 Kompetensutveckling
  - 7.9 Likabehandling och mångfald
8. Sammanfattande analys av årets resultat

## 1. Inledning

**Nytida är Sveriges ledande aktör inom funktionsnedsättning och psykosocial problematik. Nytida är en del av Ambeakoncernen.**

Utgångspunkten för vårt arbete är varje människas unika förutsättningar och individuella behov. Nytida erbjuder insatser för människor som av olika anledningar behöver stöd, omsorg eller behandling.

Nytida ger stöd till barn, unga och vuxna för hela livets behov inom funktionsnedsättning och psykosocial problematik. Vi har cirka 400 verksamheter runt om i landet och 8 500 medarbetare.

”Vår värld” är samlingsbegreppet för vår vision, våra värderingar och vårt uppdrag. Vår värld har sin grund i FN:s deklaration om mänskliga rättigheter och ger tillsammans med aktuell lagstiftning ramar för vår verksamhet.



För att omsätta Vår värld- vision, värdegrund och uppdrag, använder vi oss av något vi kallar Nytidans ramverk för pedagogik. Ramverket utgår från evidensbaserad praktik och sätter individen i centrum.



## 2 Verksamhetsbeskrivning

Hjortens dagliga verksamhet ligger i anslutning till Hjortens gruppbostad som båda bedrivs av Nytida i kommunens lokaler på samma adress. Båda verksamheterna övertogs från kommunal regi av Nytida på entreprenadavtal från Härryda kommun 2020-04-01. På Hjortens dagliga verksamhet gör vi många utflykter då aktiviteter i utomhusmiljö är betydelsefullt för målgruppen.

## 3 Individen i centrum

### 3.1 Målgrupp

Hjortens DV vänder sig till målgruppen LSS 9§9. Fyra av fem arbetstagare på Hjortens DV är också boende på Hjortens gruppbostad, ytterligare en arbetstagare bor själv med stöd av personlig assistans som bedrivs av ett annat bolag. Arbetstagarna är i åldrarna 24-49 år gamla, tre män och två kvinnor och alla har autism och andra tilläggsdiagnoser såsom epilepsi, adhd, kognitiv funktionsvariation, ångest, ocd och Downs syndrom.

På Hjortens dagliga verksamhet arbetar vi enligt IBIC, Individens Behov I Centrum. Vi individanpassar utifrån Nytidans pedagogiska ramverk, "om mig", personlig pedagogik och bemötandeplaner och erbjuder den enskilde anpassad daglig verksamhet efter dennes behov, önskemål och intressen.

Målet är att bemöta individen utifrån hans behov, förmågor och önskemål. Vi jobbar för att erbjuda trygghet och struktur för individen samt skapar möjligheter att utvecklas med individanpassade mål.

### 3.2 Verksamhetens arbete utifrån Nytidans pedagogiska ramverk

På Hjortens dv har den enskilde deltagaren rätt till en stödperson som ansvarar för att genomföra plan och personlig pedagogik, vilket innefattar tillgänglighet, bemötande, motivation, samarbete och helhetssyn, är aktuella och följer Nytidans ramverk samt anpassas efter individens behov. Stödpersonerna har möjlighet att ta stöd och hjälp från stödpedagog i sin roll som stödperson. Stödpedagog och enhetschef har kontinuerligt genomgångar och fortbildning i ramverkets olika delar med medarbetarna t.ex. på planeringsdagar. Under 2023 har personalen haft ett samarbete med stödpedagog från Nytidans enheter i Falkenberg. Under Q3-Q4 har denna stödpedagog även varit på plats på Hjorten en dag i veckan för att kunna handleda/utveckla i praktiken. Tillsammans har vi arbetat för att utveckla arbetet med ramverket och specifik de enskildas pedagogiska planer.

## 3.3 Verksamhetens individanpassade aktiviteter

På Hjortens dv erbjuds anpassade aktiviteter för personer med olika behov, förmågor och intressen. Man arbetar därför både individuellt där enskilda arbetstagare har egna aktiviteter både i verksamheten och externt, samt gemensamt med aktiviteter som alla kan delta i om så önskas och där social samvaro utefter den enskildes behov och önskan möjliggörs. Individanpassningen säkras av att man jobbar en-till-en vilket säkerställer att vi kan anpassa aktiviteter efter individens behov och dagsform.

Stort fokus läggs på daglig fysisk aktivering utomhus med utflyktsmål och promenader till exempelvis lekplatser, promenader i närområdet, Slottsskogen, Palmhuset, Botaniska trädgården, universum, Liseberg, skogsvandringar etcetera.

Hjortens dv har arbetat för att uppnå KASAM, till exempel genom att skapa sammanhängande aktiviteter, deltagarna har bland annat satt fröer och förkultiverat som sedan planterats i trädgården. Deltagarna har kontinuerligt gjort besök på Biblioteket och Kulturhuset. Då samtliga arbetstagare är bosatta inom kommunen skapar det trygghet och igenkänning med aktiviteter som har förankring i närområdet.

Promenader erbjuds varje dag då hälsa är en viktig del. En brukare har träning med träningsredskap och har börjat springa. EN deltagare har arbetat mycket med datorkunskap och har utvecklat sin självständighet och har lär sig att själv med stöttning kunna beställa biobiljetter och själv ta fram saker på internet som är intressant. Deltagaren har även tränat att skriva brev för att bibehålla förmågan att skriva.

Deltagarna har hjälp till att skära sallad till maten som personal lagar på boendet. Alla måltider är hemmalagad husmanskost.

Interna återkommande aktiviteter erbjuds också för att tillgodose behovet hos de arbetstagare som har behov av det, bland annat promenad till ICA och köpa dricka en gång i veckan, Veckohandling till DV. Man anordnar bland annat musikstund, gemensam bakning och fika, högläsning, pussel eller spel, kreativt skapande och datorspel.

## 3.4 Forum för delaktighet

På Hjortens DV får var och en delta efter eget önskemål och förmåga vid olika möten. Här använder vi oss av en-till-en möte med sin stödperson och god man, då man kanske har svårt att själv komma på olika önskemål. Deltagarna kan i stället få välja mellan olika alternativ eller visa med sitt kroppsspråk och uttryck om man bifaller eller motsätter sig olika förslag. Vi följer

kontinuerligt upp och utvärderar de aktiviteter som erbjuds och ser över intresset hos deltagarna.

I genomförandeplan som uppdateras minst två gånger per år är de deltagarna med efter sina respektive förutsättningar. Om man har svårt att sitta i en mötessituation finns olika lösningar, som ett eget separat möte med sin stödperson innan där man talar om sin dagliga verksamhet och önskningar men ibland kan även det mötet upplevas som kravfyllt. Då kan man i stället som stödperson ta en fråga per tillfälle under flera dagar och sammanställa dem allteftersom. Deltagarna får stöd av bilder, saker eller tecken som stöd under dessa möten.

### 3.5 Sammanfattning

Under året som har gått har vi kunnat erbjuda mer individanpassade aktiviteter. Tillsammans med pedagog från Falkenberg har personalen utvecklat arbetet. Mycket arbete har lagts på att utveckla kommunikationssätt med bildhjälpmedel. Detta har lett till att deltagare kan delta i aktiviteter och sysselsättning på ett rolig och utvecklande och enklare sätt för den enskilde deltagaren.

## 4 Samverkan

### 4.1 Samverkan anhöriga/företrädare

Målet för samverkan med den enskildes företrädare och anhöriga är att säkerställa att individens behov och intressen bevakas och prioriteras från alla perspektiv. Då samtliga av deltagarna har begränsad möjlighet till delaktighet i planering av aktiviteter så är samverkan med representanter som känner individen avgörande för att kunna erbjuda ett individanpassat utbud av aktiviteter.

### 4.2 Samverkan med kommun, landsting, intresseorganisationer

Enhetschef har kontakt med kontaktpersoner i Härrydkommun. Det externa assistansbolag som en deltagare har insatser från har även deltagit på genomförandeplansmöte samt planering på Hjortens dagliga verksamhet.

#### 4.3 Samverkan internt

Hjortens dagliga verksamhet samarbetar nära med Hjortens gruppbostad där de flesta av arbetstagarna är bosatta.  
Hjortens dagliga verksamhet har även ett nära samarbete med en annan daglig verksamhet i Falkenberg där man utbyter idéer med nyckelpersoner och besöker varandras verksamheter för att få inspiration till utveckling i den egna verksamheten.

### 5 Kvalitet och hållbarhet

Alla medarbetare är utbildade i och har tillgång till vårt IT-verktyg där man registrerar och skriver avvikelser. Alla avvikelser registreras i systemet och följs upp av ansvarig enhetschef. Avvikelser som faller under HSL registreras även i Treserva.

Två gånger per år genomförs en egenkontroll på enheten av verksamhetschef tillsammans med medarbetare på enheten.

Kvalitetsråd med enhetschef, samordnare, stödpedagog och medarbetare sammanträder månadsvis och arbetar med frågor som gäller verksamhetens kvalitet. Bland annat går vi igenom aktuella förbättringsområden i Qmaxit.

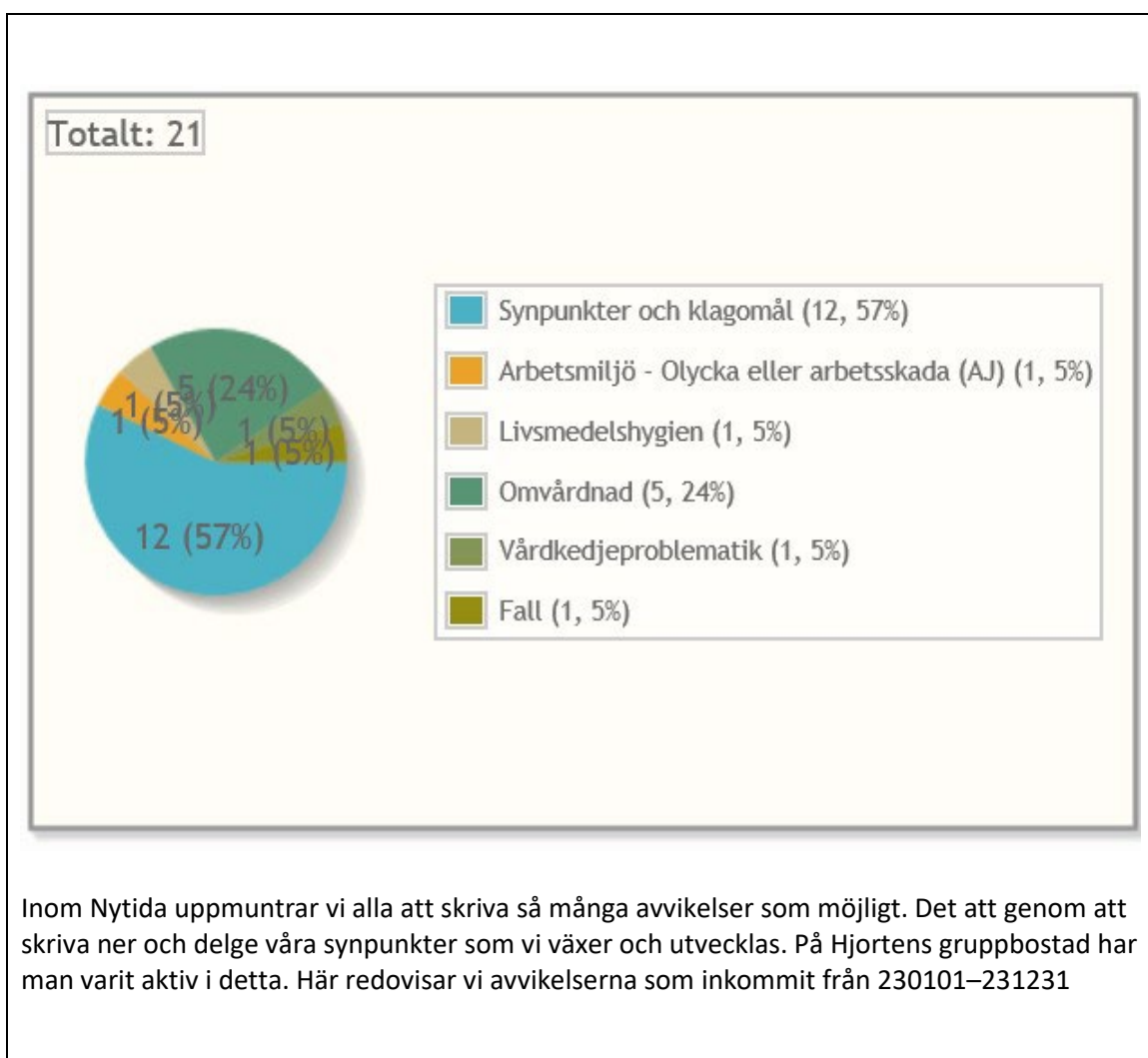
Alla dessa delar; egenkontroll, förbättringslogg och avvikelshantering är kopplade i samma IT-system. Varje månad skickas en "kvalitetsflash" ut till alla chefer i företaget där man kan se hur aktiviteten ser ut i varje verksamhet. Där kan man bl.a. se hur många registrerade avvikelser som skett under månaden, hur många som är uppföljda och avslutade. Man kan även följa och se aktiviteterna i förbättringsloggen, senaste kvalitetsindex från egenkontrollen, ev. tillsyn mm. Kvalitetsflashen följs upp varje månad av regionchef och enhetschef där man stämmer av mot föregående månad och ser hur förbättringsarbetet framskrider.

Varje månad har enhetschef "Full Koll-möte" med regionchef och Controller då man bl.a. går igenom kvalitetsflashen och senaste avvikelserna. Regionchef har sedan Full Koll med Sektorchef, HR-partner, Controller och Kvalitetsutvecklare från kvalitetsavdelningen där stort fokus läggs på kvalitetsfrågor. I det forumet läggs även förslag till "flaggning" av verksamheten, grönt om allt är ok, gult/rosa om behöver bevakas/följas upp och rött om omedelbara åtgärder krävs. Hjorten har 2022 flaggats grönt.

De olika delarna i det egna kvalitetsarbetet följer det gemensamma Kvalitetsårshjulet som följs av samtliga verksamheter inom Nytida. Kvalitetsårshjulet säkerställer att alla verksamheter följer vad som ska gås igenom varje månad och tas upp på olika mötesforum, såsom APT och kvalitetsråd, gällande kvalitet, HR, arbetsmiljö och hälsa. I årshjulet är det bl.a.

genomgång två gånger per år gällande rutiner för Lex Sarah och Lex Maria för alla medarbetare, för att säkerställa att alla får information regelbundet. Information och utbildning ingår även vid introduktion av nya medarbetare och skrivs under via den checklista som följs vid introduktion.

## 5.1 Sammanställning avvikelser, synpunkter och klagomål



## 5.2 Synpunkter och klagomål

Alla synpunkter och klagomål har hanterats och återkopplats till aktuella parter och redovisas till Härryda kommun.

## 5.3 Egenkontroll, tillsyner och förbättringslogg

Två gånger per år genomförs en egenkontroll på enheten av verksamhetschef tillsammans med medarbetare på enheten. Det är ca 100 frågor av varierande slag som är aktuella för verksamheten. Utöver dessa gör mindre kontroller inom både livsmedelshantering och basala hygienrutiner.

Egenkontroll gjord 2023-10-23 resultatet blev 1,77 av möjliga 2,0.

Förbättringsområden skapas i en förbättringslogg som all personal har tillgång till.

DV har haft en kvalitetskontroll från företaget i november.

## 5.4 Resultat av undersökningar

Det är mycket svårt för deltagarna att delta i en undersökning pga. deltagarnas förmåga att kunna svara på en enkät. 2023 deltog alla i brukarundersökningen med kommunikationshjälpmedel med bilder.

Nytida har regelbundet en medarbetarundersökning som visar nulägesrapport på verksamheterna. Genomgång av resultatet görs på APT och förbättringsområden upprättas vid behov

## 5.5 Sammanfattning, systematiskt förbättringsarbete

Avvikelsehantering sker i samråd med enhetschef, och personal. Vid medicinska avvikelser, fall eller omvårdnadsavvikelser sker hanteringen i samråd med sjuksköterska eller arbetsterapeut. Tillsammans tar vi fram olika förbättringsmål för att öka kvaliteten i verksamheterna. Vårt mål är avvikelser övergår till ett förbättringsområde så man arbetar kontinuerligt med att öka kvalitén.

## 6. Hälso- och sjukvård

DV samverkar med kommunens sjuksköterskor för att säkerställa den enskildes vårdbehov.

## 7. Medarbetare

### 7.1 Antal anställda

All personal på Hjortens dagliga verksamhet har adekvat utbildning till det arbete som vi utför på Hjorten. Personalens utbildningar och erfarenhet är bred och matchar varandra och personalen arbetar på ett genomtänkt professionellt sätt med tydliga mål.

Arbetsgruppen består bland annat av undersköterskor och stödassistenter och stödpedagog. Gruppen består av 5 medarbetare och enhetschef.

Arbetsgruppen har en bred erfarenhet av att arbeta inom LSS. Bland annat på gruppboenden, enskilda boenden och daglig verksamhet. Vidare finns en lång erfarenhet av att bemöta människor inom andra grupper.

På DV har vi tillgång till en extern pedagog som stöder oss i vårt dagliga arbete. Vi utgår ifrån ett lågaffektivt förhållningssätt. Därutöver har vi tillgång till utbildningssektionen Lära och vi har även krav på att personalen kontinuerligt utför webbutbildningar. 2 personal har gått utbildning i ADHD/Autism

Sammantaget kan vi konstatera att vår breda utbildning och erfarenhet på Hjortens DV gör oss väl rustade att möta vår målgrupp på ett professionellt och empatiskt sätt där vi alltid sätter brukaren i centrum.

På Hjortens dagliga verksamhet har vi ett fast utbud av vikarier att vända oss till, som arbetat som vikarier där under många år. Vi har ett stort förtroende och känner oss trygga med våra vikarier och anser att de bidrar aktivt med nya arbetssätt och infallsvinklar i vårt arbete på Hjorten.

### 7.2 Personaltäthet

Under 2023 arbetade 4,5 årsarbetare på daglig verksamhet. Utöver detta har vi bemannat upp efter behov då det är en brukare med stort personalbehov. Man jobbar en till en i verksamheten.

## 7.3 Personalomsättning

Under 2023 har ingen personal slutat sin tillsvidare tjänst.

## 7.4 Sjukfrånvaro

Under 2023 har Hjortens dagliga verksamhet haft en långtidssjukskriven personal som ersatts av timvikarie.  
Rutinen är att EC har kontakt dag 1 och 3. Rehabsamtal och omtankesamtal gör av EC.

## 7.5 Systematiskt arbetsmiljöarbete

Arbetsmiljö är stående punkt på APT.

Alla medarbetare på Hjortens dagliga verksamhet har genomfört en arbetsmiljöutbildning. Riskbedömningar i arbete med kund genomförs 2 gånger per år i samband med att genomförandeplan revideras.

Riskbedömning av arbetsmiljörisker genomförs på APT i samband med arbetsmiljöhandboken, Verksamhetsåret Hr följs på APT  
Skyddsronnd genomförs en gång per år.

## 7.6 Arbetsplatsträffar

På Hjortens dagliga verksamhet har vi arbetsplatsträffar 1 gång/månad 10 per år och planeringsmöte varannan vecka med undantag för semesterperioden. Under 2023 har vi haft planeringsmöten varje morgon, EC deltar i dessa möten.

## 7.7 Planeringsdagar

I maj hade personalen planeringsdag på Aludden park och Restaurante i Lerum. Focus var på ramverket och det pedagogiska arbetet.



## 7.8 Kompetensutveckling

Kontinuerliga webbutbildningar så som brand, stödpersonensuppdrag, arbetsmiljö, ramverk m.m har gjorts. Fördjupande utbildning i dokumentation och hur man skriver en genomförandeplan, Ramverksutbildning och fysisk brandutbildning och lågaffektivt bemötande LAB har gjorts. Studiebesök på Falkenbergs dagligaverksamhet genomfördes i våras för att hämta inspiration och ta del av deras utvecklingsarbete. De

## 7.9 Likabehandling och mångfald

Nytida accepterar inte någon form av diskriminering, mobbing, kränkande särbehandling, trakasserier, sexuella trakasserier, repressalier eller nedlåtande attityd mot en medarbetare, chef eller grupp. Att bemöta varandra med respekt ska vara vägledande i allt arbete och i alla relationer.

På Hjortens dagliga verksamhet arbetar både män och kvinnor i olika åldrar (från 30 år upp till pensionsålder) från olika sociala, utbildningsmässiga och etniska bakgrunder

## 8. Sammanfattande analys av årets resultat

Vi har arbetat aktivt med alla avvikelser och förbättringsområden och arbetat aktivt med genomförandeplaner och måluppfyllelser.

Vi har jobbat fokuserat på att hitta möjliga aktiviteter då alla har olika behov.

Under 2023 har personalen utvecklat arbetet med ramverket tillsammans med pedagog från Falkenberg. All personal har utbildats i lågaffektivtbemötande. Pedagog från Falkenberg har stöttat arbetet med ramverket och dokumentation. Personalen har varit på Studiebesök på DV i Falkenberg för att få lite inspiration att utveckla verksamheten.

2024 kommer fokus ligga på att arbeta för en bra övergång i kommunens regi.



Kvalitetsberättelse  
för 1458 Attendo Säteriet  
År 2023

TF Verksamhetschef Py Eliasson

2024-03-05

## Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
<b>Övergripande mål</b> .....	<b>4</b>
<b>Ansvarsfördelning</b> .....	<b>5</b>
<b>Mät- och uppföljningsmetod</b> .....	<b>7</b>
<b>Hur det systematiska kvalitetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts</b> .....	<b>9</b>
Uppföljning av åtgärder.....	9
<b>Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser</b> .....	<b>13</b>
Granskning av dokumentationen .....	13
Brukar-, klient- och närståendeundersökningar .....	14
Externa granskningar.....	14
Egenkontroll.....	15
Egenkontroll lokalt kvalitetsledningssystem .....	21
<b>Samverkan</b> .....	<b>27</b>
<b>Risikanalys</b> .....	<b>28</b>
Riskanalys.....	28
<b>Rapporteringskyldighet</b> .....	<b>29</b>
Avvikelser.....	30
Lex Sarah .....	33
<b>Synpunkter och klagomål</b> .....	<b>34</b>
<b>Sammanställning och analys</b> .....	<b>35</b>
<b>Resultat</b> .....	<b>36</b>
<b>Övergripande mål för kommande år</b> .....	<b>37</b>

## Sammanfattning

- Alla händelser tas upp av kvalitetssamordnaren på kvalitets möte en gång/månad där verksamhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och kvalitetsombud från varje enhet deltar och detta rapporteras in i Stratsys en gång/månad. Med hjälp av avvikelssystem Centuri analysverktyg fastställer vi i verksamheten orsaksområden- var och hur åtgärder som skydds och hjälpåtgärder behövs sättas in.
- Kvalitetssamordnare lyfter och informerar om det som är och varit aktuellt på APT – minst 10 gånger per år.
- Medarbetarna ansvarar för att avvikelser/händelser rapporteras in i avvikelssystemet Centuri och har en bidragande faktor till att förbättringsarbete i verksamheten.
- Brukare informeras kontinuerligt i omvårdnadsarbetet/ patientsäkerhetsarbetet. Vi uppmuntrar till delaktighet i Genomförandeplaner. Under 2023 har vi infört ASCOT samtal, som är en intervjustudie om livskvalité. Vilket bidragit till att brukarna blivit mer delaktiga i sin vård och omsorg.
- De övergripande målen för 2023 var att fortsätta arbetet med att minska antalet fall och läkemedelsavvikelser och fortsätta värdegrundsarbetet.
- Brukare och närståendes synpunkter och klagomål har hanterats skyndsamt ofta via verksamhetschef men även via sjuksköterska. I vissa fall stående uppföljningstillfällen med närstående och /eller boende.
- Det har varit svårt att rekrytera sjuksköterskor under 2023. De sjuksköterskor som varit nya i rollen kan vi se har påverkat utformningar av hälsoplaner, uppföljningar men även registreringar i våra kvalitetsregistret.
- Attendo Säteriet inkluderades i Socialstyrelsen brukarundersökning 2023 vilket 7-9 brukare deltog i. Vilket inte gav ett fullvärdigt resultat. Målet för 2024 är att så många Brukare som möjligt ska delta i undersökningen. Information till brukare och anhöriga kommer skickas ut kontinuerligt under våren 2024.

## Övergripande mål

### SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§

Verksamheten hade flera övergripande mål för kvalitetsarbetet 2023:

- **BPSD:** Målet för föregående år var att utbilda all personal som arbetar på demensavdelningar i BPSD vilket vi inte uppnådde eftersom vi inte hade någon utbildare i vår region. BPSD kommer således vara ett fokusområde för verksamheten under 2024.
- **Primärvården:** Vi skulle utöka samarbetet med Meliva vårdcentral vilket vi har gjort med avstämningsmöten 4ggr/år.
- **Introduktion:** Förbättrade rutiner kring introduktion av nya medarbetare. Avsätta tid för digitala introduktionsutbildning vid bredvid gång samt uppföljning. Denna punkt har vi förbättrat genom att det är en personal som håller i introduktionen och Planeringsledare går igenom de system/program vi har i verksamheten.
- **Attendo Nära:** Detta är ett område som gick bra i starten när vi hade en aktivitetsledare men som tyvärr inte höll i sig när hon slutade och vi uppnådde inte de resultatet vi önskat. Attendo Nära kommer således vara ett fokusområde för verksamheten under 2024
- **Safe-doc:** Säkerställa att samtlig personal dokumenterar i SoL enligt rutin samt att genomförandeplanerna är uppdaterade. Utbildade dokumentsombud som finns tillgängliga på varje plan samt har hållits genomgång av dokumentation under APT samt individuellt. Utbildningar i dokumentation kommer vara ett fokusområde samt kontaktmannaskap för 2024
- **Mat & Måltid:** Kostombud/måltidsvärdar - Införa kostmöten 1 gång per månad för att lyfta vad som går bra och vad som behöver utvecklas. Vi har haft kostavdelningen på besök och utbildat personalen vilket har gjort att följsamheten för bättre måltider och miljön kring måltider blivit bättre. Kostmöten har varit en positiv del där brukarna känt sig delaktiga att tycka till och komma med idéer. Brukarnas upplevelse av hur maten smakar har ökat under året, från 75% feb 2023 till 95% November 2023.
- **Talent:** Följa upp genomförda utbildningar via digitala utbildningsplattformen Talents. Genom att avsätta tid och specifika veckodagar till personalen samt lägga in detta i planeringsverktyget Epsilon har vi öppnat upp för att de digitala utbildningarna blir gjorda. Dock ser vi fortfarande att där är några som ej uppnått målen.
- **Implementering av ASCOT-metoden:** Livskvalitetssamtal enligt Ascot-metoden implementeras i verksamheten. Målet var att minst 3 personer skulle erhålla utbildning dock var det bara en som deltog i utbildningen. Därav gjordes Livskvalitetssamtalen endast på två avdelningar av fem.

## Ansvarsfördelning

### SOSFS 2011:9, 3 kap. 3 §

Huvudansvarig för verksamhetens kvalitetsarbete är verksamhetschef. Kvalitetssamordnare har också ett övergripande ansvar när det gäller planeringsarbete, uppföljning av kvalitetsarbete etc. Verksamhetschef samt kvalitetssamordnare säkerställer att det finns aktuella lokala rutiner i verksamheten och verksamhetschefen ansvarar för att kvalitetsledningssystemet är korrekt uppdaterat.

Kvalitetssamordnaren är den som kallar till, och leder kvalitetsmötet, som sker en gång per månad. På mötet deltar verksamhetschef, kvalitetsombud eller annan representant från avdelningen samt sjuksköterskor och vid behov rehab-personal. Under kvalitetsmötet går kvalitetssamordnaren på ett övergripande sätt igenom månaden som gått ur ett kvalitetsperspektiv. Under mötet lyfts och diskuteras de fokusområden som varit aktuella under månaden som gått samt andra speciella händelser som skett på verksamheten. Under mötet diskuteras även lokala rutiner samt kvalitetsarbetet ur förändrings- och förbättringsperspektiv.

När en händelse inträffar i verksamheten skriver personalen en händelserapport i kvalitetssystemet Centuri. På samma sätt rapporteras tillbud och arbetsskador. Personalen har, när de skriver en händelserapport, möjlighet att välja om händelsen skall bedömas som en Lex Sarah. Verksamhetschef får ett mail med länk till händelserapport/tillbud/arbetsskada och följer upp denna enligt rutin, utefter händelsens art. Ibland kan händelsen avslutas och ibland behövs uppföljning i form av samtal med brukare, samtal med personal, granskning av dokumentation och liknande.

Verksamheten arbetar aktivt med riskanalyser och handlingsplaner. Riskanalyser skrivs när ett nytt arbets sätt implementeras men också när det antingen har skett en incident man inte förutsett som kan bedömas ske igen eller om det finns risk för att en incident kan inträffa. Exempel på detta kan vara när ett nytt larmsystem ska introduceras, brukare med hög fallrisk, brukare med ett utåtagerande beteende, ombyggnation av lokal med mera. Verksamhetschef ansvarar för att upprätta riskanalyser samt se till att dessa förankras i verksamheten och följs upp. Riskanalyserna redovisas till Attendos MAS/Kvalitets utvecklare samt regionchef via kvartalsvis redovisning i Centuri.

### Vård- och omsorgspersonal (Undersköterska, vårdbiträde)

- Arbeta i enlighet med de fastställda processerna och rutinerna.
- Aktivt arbeta med vidareutveckling av rutiner och metoder.
- Påtala behov av nya rutiner och metoder.
- Rapportera risker och avvikelser
- Rapportera allvarliga händelser enligt rutin

### Synpunkter och klagomål

Verksamhetschefen ansvarar för att alla inkomna synpunkter/klagomål utreds och följs upp löpande samt återkopplas till patient/närstående. Återkoppling ska ske så fort det är möjligt, men inom 48 timmar. Samtliga synpunkter samt åtgärder på desamma dokumenteras i Centuri.

Verksamhetschefen gör också en åtgärdsplan. Alla medarbetare informeras regelbundet om inkomna synpunkter/klagomål och förbättringsåtgärder på morgonmöten, arbetsplatsträffar, avdelningsmöten och teammöten.

Eventuella brister som framförs granskas och åtgärdas omedelbart om det finns behov av snabb

åtgärd för att säkerställa att problemet/orsaken till synpunkter inte kvarstår. Om synpunkten/klagomålet kvarstår eller om vederbörande inte är nöjd med åtgärden, hänvisas patienten/närstående till regionchef.

Alla synpunkter/klagomål tas upp på kvalitetsmöte varje månad och dokumenteras i kvalitetsmötesprotokollet.

Verksamhetschefen gör årligen en sammanställning och analys av inkomna synpunkter/klagomål. Analys och åtgärder dokumenteras i verksamhetens kvalitetsberättelse. En åtgärdsplan ska finnas där analysen visar på brister i verksamheten. Åtgärderna ska vara relevanta för att komma tillrätta med de identifierade bristerna.

## Mät- och uppföljningsmetod

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Avvikelser	Beskrivning	Mätmetod och tolkning av resultat	Uppföljningsmetod
<b>Kost och mathantering</b>	Avvikelser kopplat till kost och mathantering-	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Larm</b>	Avvikelser kopplat till larm och larmhantering.	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Synpunkter</b>	Inkomna synpunkter och klagomål.	Antal inrapporterade synpunkter/klagomål per månad.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Fall</b>	Avvikelser kopplat till fall.	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Omvårdnad</b>	Avvikelser kopplat till omvårdnad.	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Hot och våld</b>	Avvikelser kopplat till hot och våld.	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Information</b>	Avvikelser kopplat till information - både intern och extern.	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Övrigt</b>	Övriga avvikelser	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Utmanande beteende</b>	Avvikelser kopplat till utmanande beteende	Andel inrapporterade avvikelser utmanande beteende per kategori	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Externa granskningar IVO</b>	Inrapporterade externa granskningar, IVO	Andel granskningar, IVO	Åtgärder utifrån extern granskning registreras och planeras in i Stratsys.
<b>Externa granskningar Apotek</b>	Inrapporterade externa granskningar, Apoteket	Andel granskningar, Apoteket	Åtgärder utifrån extern granskning registreras och planeras in i Stratsys.



Avvikelser	Beskrivning	Mätmetod och tolkning av resultat	Uppföljningsmetod
<b>Externa granskningar Beställare</b>	Inrapporterade externa granskningar, Beställare	Andel externa granskningar, Beställare	Åtgärder utifrån extern granskning registreras och planeras in i Stratsys.
<b>Externa granskningar Miljö och hälsa</b>	Inrapporterade externa granskningar, Miljö- och hälsa	Andel externa granskningar, Miljö - och hälsa	Åtgärder utifrån extern granskning registreras och planeras in i Stratsys.

På Attendo Säteriet avser förbättringsarbete antalet avvikelser (antalet händelserapporter inom ett visst område) och om tidigare åtgärder eller förslag på åtgärder har genomförts. Det kan röra sig om uppföljning på individ-nivå eller utifrån respektive avdelning och arbetsgrupp.

På individnivå kan det till exempel handla om att mäta huruvida fall har minskat utifrån vissa insatta åtgärder.

På avdelningsnivå kan det handla om arbete med BPSD-skattningar eller andra typer av implementerade åtgärder eller arbetssätt. Det kan också handla om uppföljning och mätning av resultat utifrån uppföljningsmöte med närstående eller liknande, och då kan mätningen innebära att verksamhetschef granskar dokumentation för att säkerställa att överenskomna åtgärder fungerar, följs och dokumenteras. Som en del av arbetet används även vårt planeringssystem Epsilon som ett mätinstrument för att säkerställa att planerade insatser har utförts.

Ett viktigt led i kvalitetsarbetet handlar om att förankra och följa upp resultatet utifrån respektive arbetsområde på individ- eller verksamhetsnivå eller i arbetsgrupp. När information skall lyftas och förankras i hela verksamheten används morgonmöte, kvalitetsmöte och APT som främsta forum. Dessa möten protokollförs och protokoll sparas i den gemensamma mappen på Attendos server, som all personal har tillgång till.

Medarbetarappen Appendo används dagligen för snabb spridning av information till verksamheten och varje vecka inleds med veckobrev från verksamhetschef med viktig information om verksamheten samt planering för den kommande veckan.


## Hur det systematiska kvalitetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts




### SOSFS 2011:9 7kap §1

#### Följande förbättringsåtgärder har genomförts under 2023

- Vi informerar alla nya brukare och närstående om hur de kan framföra synpunkter och klagomål.
- Vi har utvecklat och integrerat oss mer via sociala medier och verktyg som används inom företaget. Appendo är ett webbforum för informationsöverföring i verksamheten och Attendo nära för närstående samt Instagram för närstående och allmänheten.
- Medarbetare har fått ökat stöd i dokumentationen då varje plan har en utbildad dokumentationsstödare att tillgå.
- Ett kostombud som utför måltidobservationer och inkommer med förslag på förbättringar i måltidsmiljön i verksamheten. Brukarna har kostråd en gång i månaden för att delge sina önskemål och upplevelser kring mat och måltid.
- Förbättrade rutiner kring introduktion av nya medarbetare. Planeringsledaren har introduktion i de system/program som använd i verksamheten.
- Attendo Säteriet har en stående punkt gällande värderingar och värderingsarbete på APT och i samband med reflektionsmötena.

#### Uppföljning av åtgärder

Åtgärder	Ansvarig	Syfte med åtgärdsförslag	Tänkbar effekt och förväntad nytta	Startdatum + Slutdatum	Kommentar
 Pågående	Py Eliasson	BPSD-ansvariga ska under 2024 utbildas för varje avdelning. Första utbildningstillfället är i början av 2024 och kommer ske löpande under hela året. Arbetet under 2024 kommer det finnas en strategi för registreringar,	Ska finnas BPSD administratör på samtliga demensavdelningar.	2024-01-01 2024-12-31	

Åtgärder	Ansvarig	Syfte med åtgärdsförslag	Tänkbar effekt och förväntad nytta	Startdatum + Slutdatum	Kommentar
		skattningar och följsamhet till arbetssättet samt följa upp avdelningarnas arbete med BPSD-registret. Utbildning sker löpande			
 Pågående  <b>Brukarundersökning/Närståendeundersökning</b>	Py Eliasson	Vi har skickat ut information i flera steg i våra veckobrev samt att vi satt upp affischer i verksamheten för att öka medvetenheten om undersökningarna och hur viktigt deltagande och resultatet är för verksamheten.	Erhålla resultat på socialstyrelsens brukarundersökning med 75% Erhålla resultat på Brukarundersökning en internt på 90% Erhålla resultat på närståendeundersökningen på 85%	2023-12-01 2024-06-30	
 Pågående  <b>Medarbetar medvetenhet</b>	Py Eliasson	Kontinuerlig information och genomgång av rutiner och riktlinjer. APT 10 ggr/år Kvalitetsmöten 1ggr/månaden Teammöten 1ggr/veckan	Uppnä godkänt resultat kommande år på interrevision kvalitét på medarbetarfrågorna.	2023-12-01 2024-12-31	
 Avslutad  <b>Rörelselarm -</b>		följs upp vid varje tvärprofessionellt möte (teammöte) varje vecka	minska risken att larm ej används korrekt	2023-03-01 2023-11-30	Skattningar enligt senior alert och tas upp på teammötena kontinuerligt med rehab SSK och medarbetare

Åtgärder	Ansvarig	Syfte med åtgärdsförslag	Tänkbar effekt och förväntad nytta	Startdatum + Slutdatum	Kommentar
<p>✓ Avslutad</p> <p><b>Åtgärd för utmanande beteende och hot &amp; våld-situation</b></p>	[Anonymized]	<p>Minska utmanande beteende och förebygga hot&amp;våld-situationer.</p> <p>* Har 1 personal vid sin sida dygnet runt (utöver ordinarie personalstyrka)</p> <p>* Kontakt med äldrepsykiatri, vårdcentralen, demens-SSK, BPSD-teamet, bemötandeplan, utbildning personal - lågaffektivt bemötande, tas upp på teammöte, samtal med anhöriga,</p>	<p>hanterbar situation som ej går ut över personal och resterande boende på avdelningen. Kunden känner sig trygg och lugn</p>	2023-11-02 2023-12-31	<p>Kund har nu fått hjälp med ny medicinering och hjälp från BPSD teamet och kunden känner sig nu trygg och lugn. Problematiken finns inte kvar</p>
<p>▶ Pågående</p> <p><b>Åtgärdsplan HSL dokumentation</b></p>	Py Eliasson	<p>En handlingsplan upprättades i december 2023 så att HSL personal har rätt utbildning och kunskap så att hälsoplaner kan utformas på ett korrekt sätt. Samt att de har tagit del av rutiner och riktlinjer som finns. Regelbunden uppföljning av arbetet.</p>	<p>Målet för 2024 är att uppnå ett godkänt resultat på 90%</p>	2023-12-01 2024-06-30	
<p>▶ Pågående</p> <p><b>Sol dokumentation</b></p>	Py Eliasson	<p>Uppföljning av genomförandeplaner. VC sammankallar teamledarna en</p>	<p>Att alla brukare ska ha en uppdaterad genomförandeplan och kontinuerlig</p>	2023-12-04 2024-12-04	

Åtgärder	Ansvarig	Syfte med åtgärdsförslag	Tänkbar effekt och förväntad nytta	Startdatum + Slutdatum	Kommentar
		<p>gång i månaden. Där säkerställer man att nyinflyttade kunder har en påbörjad och genomförd genomförandeplan.</p>	<p>dokumentation i socialjournal.</p>		
		<p>VC utför stickkontroller av sol dokumentationerna kvartalsvis, allt för att säkerställa så dokumentationerna ligger i fas (loggning). En så kallad lokal egenkontroll av Sol dokumentationerna. Finns det brister följer man upp dessa med teamledarna som får i uppdrag att rätta till bristerna.</p>			

## Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser

### SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

#### Intern revision Kvalitet

Attendos interna kvalitetsgranskning utfördes 2023 med ett resultat på 99,09% och internrevision medarbetarfrågor på 97,62%.

#### Analys

Säteriet har haft omsättning på verksamhetschefer under 2022 och kan nu se de stora förändringarna med en och samma verksamhetschef som rekryterades oktober 2022. Vilket under 2023 har genererat en växande känsla av trygghet och stabilitet i verksamheten under året. I och med ledarskapsstabiliseringen upplever brukare och närstående en ökad kvalitet avseende engagemang från medarbetare, informationsöverföring och kunskap hos nyanställd personal.

Vilket kunde ses i både kundundersökningen och närståendundersökningen 2023.

Verksamhetschef arbetar aktivt med transparens och kommunikation och information till brukare, närstående och beställare och kan på så sätt, och i många fall, agera proaktivt vid klagomål och synpunkter.

Synpunkter och klagomål från brukare, närstående och beställare uppmuntras och hanteras skyndsamt med återkoppling till inblandade vilket skapar förtroende.

Verksamhetschef är närvarande på verksamheten och bygger relationer till brukare, närstående och personal.

#### Granskning av dokumentationen

Kvalitetsindikatorer	Utfall	Antal journaler granskade
Dokumentationsgranskning SÄBO SoL	93,18%	10

#### Granskning av SOL dokumentationen (Egenkontroll)

Verksamhetschef utförde intern granskning av SoL dokumentation vilket innebär att man går in och granskar 10 stycken journaler utifrån brukarinformation, genomförandeplaner och social journal. Granskningen utfördes i juni 2023 med godkänd resultatet 93,18%.

#### Loggkontroll

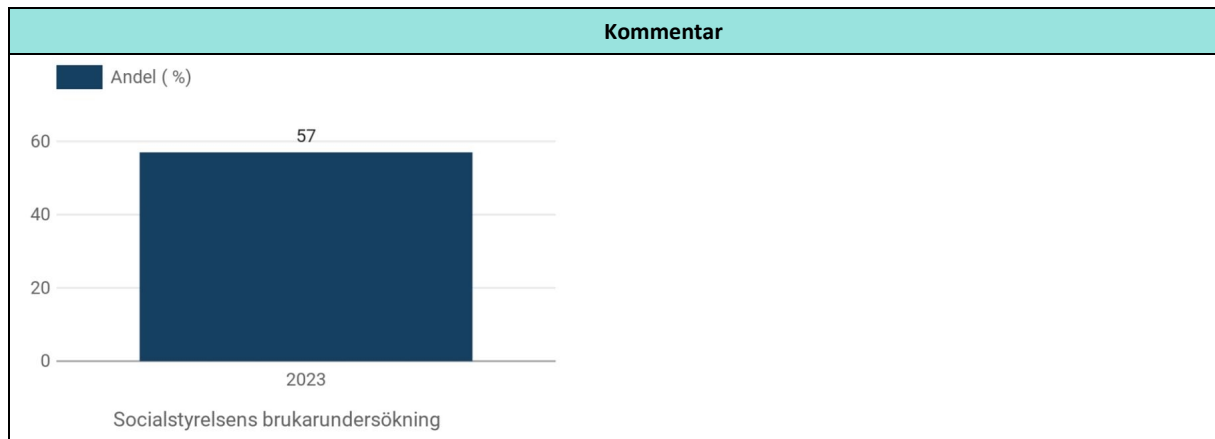
Verksamhetschef loggar samtliga medarbetares användning av det digitala journalsystemet under året och utför logg-kontroll varje kvartal. Medarbetarnas aktivitet i journalsystemet granskas för att säkerställa att de inte är inne i journal till brukare till vilken omvårdnadsrelation och således behörig saknas. Granskning görs även av medarbetares dokumentation- alla medarbetare skall dokumentera regelbundet samt på rätt sätt i både journal och genomförandeplan.

#### Analys

Under 2023 utbildades dokumentationsstödare samt personal i certifierat kontaktmannaskap. Vilket

kan ses i den goda nivån gällande dokumentation i verksamheten.

### Brukar-, klient- och närståendeundersökningar



#### Enhetens brukarundersökning:

Attendos egen tempmätning som de boende utför med hjälp av anhörig alt brukarombud på enheten. Resultatet påvisar genomsnittligt hög nöjdhet bland de boende.

- Resultat brukarnas nöjdhet Feb 2023: 92,4%.
- Resultat brukarnas nöjdhet Nov 2023 89,4%.

#### Analys

Vi kunde se en förändring i nöjdheten när vi hade uppehåll av aktiviteter efter att aktivitetsansvarig slutade.

#### Närståendeundersökning:

Attendos egen tempmätning som går till anhöriga och närstående. Hösten 2023 innebar en nöjdhet bland närstående på 80%.

#### Analys

Vi skickar ut anhörigbrev varje vecka och har närståendeträffar kontinuerligt. Görs den närstående delaktighet i både verksamheten och gemenskapen tror vi har lett till det goda resultatet.

### Externa granskningar

#### Qualify

Härryda kommun ingick avtal med ett företag som heter Qualify 2023 som under 1 års tid kommer att granska kvalitén i verksamheten. Vilket innefattar genomgång av kvalitetsledningssystem, riktlinjer, rutiner men även stickprovet och praktiskt utförande. Ett planerat möte varje månad på minst 6 timmar och ett oanmält besök varje månad. Efter två planerade möten och två oplanerade möten har vi inga anmärkningar.

#### Socialstyrelsens brukarundersökning

Under 2023 har Socialstyrelsens årliga brukarundersökning utförts på Attendo Säteriet. Resultatet är

på endast på 57% vilket innebär av de 28 personerna som innefattades av undersökningen har endast 7-9 personer deltagit per fråga vilket inte ger ett tillräckligt svarsresultat för att säkerställa ett fullständigt resultat.

## Egenkontroll

Kontroller	Resultat	Analys
<p><b>Finns det förhållningssätt och attityder hos medarbetarna som kan leda till brister i kvaliteten? Hur arbetar ni med värderingar?</b></p>	<p>Under 2023 inkom det inga synpunkter på dåligt bemötande mellan medarbetare.</p>	<p>Vi arbetar ständigt med att bibehålla gott bemötande och ha samtal med personal kring detta. I dagsläget arbetar Säteriet utefter Attendos värdegrundsfrågor och bemötande. vilket är en stående punkt på APT där realistiska all tas upp och diskuteras kring. detta arbetssätt håller värderingsarbetet levande i verksamheten. Målet är att skapa en god relation till sina kollegor. Säteriet har även två värderings coacher i verksamheten som leder värderingsarbetet ute på avdelningarna.</p>
<p><b>Brucar-, klient- och närståendeundersökningar</b></p>	<p><b>Socialstyrelsens brukarundersökning</b>            Under 2023 har Socialstyrelsens årliga brukarundersökning utförts på Attendo Säteriet. Resultatet är på endast på 57%</p> <p><b>Säteriets brukarundersökning:</b>            Attendos egen tempmätning som de boende utför med hjälp av anhörig alt brukarombud på enheten. Resultatet påvisar genomsnittligt hög nöjdhet bland de boende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultat brukarnas nöjdhet Feb 2023: 92,4%.</li> <li>• Resultat brukarnas nöjdhet Nov 2023 89,4%.</li> </ul> <p><b>Närståendeundersökning:</b>            Attendos egen tempmätning som går till anhöriga och närstående. Hösten 2023 innebar en nöjdhet bland närstående på 80%. de frågor som vi fick 100% om närstående känner sig välkommen på boendet och 95%</p>	<p><b>Socialstyrelsens brukarundersökning</b>            Resultatet är på endast på 57% vilket innebär av de 28 personerna som innefattades av undersökningen har endast 7-9 personer deltagit per fråga vilket inte ger ett tillräckligt svarsresultat för</p>



Kontroller	Resultat	Analys
	<p>upplever att anhörig får god vård. De vi fick sämre resultat på var att vi inte kommit igång med Attendo Nära appen.</p> <p>Inget aktuellt resultat finns att jämföra med för år 2022 då allt för få svar inkom.</p>	<p>att säkerställa ett fullständigt resultat. Det finns inget resultat att jämföra med eftersom 2022 var uppstartsår för Säteriet och deltog då inte i brukarundersökningen.</p> <p><b>Säteriets brukarundersökning:</b> Vi kunde se en förändring i nöjdheten bland brukarna när vi hade uppehåll av aktiviteter vid personalförändring och en sänkning av att måltiderna är en trevlig stund.</p> <p><b>Närståendeundersökning:</b> Vi skickar ut anhörigbrev varje vecka, samt att närstående har direkt telefonnummer till olika professioner för att lätt komma i kontakt med rätt person. Vi har fyra stora närståendeträffar per år samt söndagsfika en gång i månaden. Genom delaktighet i verksamheten och sin anhöriga tror vi har lett till det goda resultatet.</p>
<p><b>Externa granskningar</b></p>	<p><b>Qualify</b> Härryda kommun ingick avtal med ett företag som heter Qualify 2023 som under 1 års tid kommer att granska kvalitén i verksamheten. Vilket innefattar genomgång av kvalitetsledningssystem, riktlinjer, rutiner men även stickprovet och praktiskt utförande. Ett planerat möte varje månad på minst 6 timmar och ett oanmält besök varje månad. Efter två planerade</p>	<p>Genomgång av kvalitetsledningssystem och lokala rutiner samt olika digitala system. Även stickprover</p>

Kontroller	Resultat	Analys
	<p>möten och två oplanerade möten har vi inga anmärkningar påvisats.</p>	<p>ute i verksamheten har gjorts. Det finns en hållbar struktur som genomsyrar hela verksamheten.</p>
<p><b>Resultatet av Intern revision kvalitet</b></p>	<p><b>Intern revision Kvalitet</b>  Attendos interna kvalitetsgranskning utför en gång om året granskningen utfördes av extern personal från en annan verksamhet och utfördes våren 2023 med ett godkänt resultat på 99,09%.  De punkter som infattas av granskningen är bl.a. Avtal och tillstånd, Egenkontroll, Kvalitetsberättelse, Avvikelsehantering, Arbetsätt och Hälso-sjukvård.   Föregående intern revision 2022 utfördes och resulterade i godkänt resultat.</p>	<p>Under 2023 har det utformats en stabilitet i verksamheten utifrån de riktlinjer och rutiner som finns. Att ha tydliga riktlinjer och följa dem konsekvent är avgörande för framgång. Att vi har regelbundet utvärderat och uppdatera rutiner, samt göra de synliga och tydliga för all personal</p>

Kontroller	Resultat	Analys
------------	----------	--------

## Avvikelsehantering

 Avvikelser i ADD Jan till Aug och från ~~Centuri~~ Sep till Dec

Händelser kategori 2023	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep
Rapporterade händelse									
Allvarliga händelse	1	1							
Fall totalt	8	4	4	6	11	6	11	9	5
Fall utan skada	3	2	1	4	7	4	10	3	4
Med skada	4	2	3	2	4	1	1	5	1
Fall som krävt sjukhus	1					1	1	1	
Hot och Våld		2		2	1	2		3	2
Brukare medarbetar		1				1		1	2
Brukare-Brukare		1		2	1	1		2	
Information	1								
Internt									
Larm Totalt	2	3	4	7	1	2	0	1	2
Fel på utrustning	1	1	3	5	1	1		1	1
Obesvarat	1	2	1	2		1			
Lång svarstid									1
Handhavande									
Omvårdnad	1	3	5	2	0	6	2	1	9
Brist i utförande		1	2	2		3	2	1	6
Utebliven insats i Sol	1		3			3			
Bemötande		2							1
Bristande dokumentation									1
Brist i ordination									1
Synpunkter			1	3	1				
Förbättringsförslag				1					
Klagomål									
Synpunkter			2	1	1				
Utmanande Beteende									
Övrigt	1						2		1
Avvikit									1
Leverantör									
Rutiner									1
Kost och Mathantering			1						1

Alla medarbetare är medvetna om deras skyldighet att rapportera händelser. Att synliggöra brister i verksamheten för att kunna arbeta förbättrings-syftet med det systematiska kvalitetsarbetet. Avvikelserna redovisas på månatliga kvalitetsmöten samt tas upp på APT som en naturlig del i vårt kvalitetsarbete.

År 2022 fanns det totalt 375 SoL avvikelser och år 2023 183 avvikelser i kategori som bilden ovan redovisar. Jämförelsevis har vi 2023 fler fall i verksamheten än året innan och något mindre avvikelser på omvårdnad samt betydligt mindre klagomål och synpunkter.










<b>Allvarliga avvikelser</b>	Under 2023 inkom det tre stycken allvarlighändelser utredning enligt Lex Maria. Två gällande fördröjd vård och behandling och en gällande fallolycka. Samtliga har genomgående brister i informationsöverföring vårdgivare emellan via Samsa samt mellan olika professioner.	Åtgärderna är redan vidtagna med utbildning i Samsa och SBAR.
<b>Jämförelser av verksamhetens resultat med</b>	Socialstyrelsens brukarundersökningen 2023 var nöjdheten med trivsel i sin lägenhet 86% på Säteriet och Rikets resultat var 72%. På frågan upplever du att måltiderna på ditt boende är en trevlig stund på dagen blev Rikets	Brukarundersökning utförts på Attendo Säteriet

Kontroller	Resultat	Analys
<p><b>uppgifter i öppna jämförelser och resultat från andra verksamheter</b></p>	<p>resultat 68% och Säteriet 71%</p> <p>De punkter som vi måste jobba på är anser du att våra gemensamma ytor är trivsamma där Säteriet endast fick 43% och Rikets resultat på 58%. Men även frågan om man upplever att det brukaren kan påverka vilka tider de får hjälp hade vi ett lågt resultat på 43% och riket hade 57%.</p>	<p>2023. Resultatet är på endast på 57% vilket innebär av de 28 personerna som innefattades av undersökningen har endast 7-9 personer deltagit per fråga vilket inte ger ett tillräckligt svarsresultat för att säkerställa ett fullständigt resultat.</p> <p>Säteriet har arbetat aktivt med konceptet God Mat/ Matglädje genom att inhämta kundernas önskemål från brukarråd. Vi har utsett kostombud på varje avd då maten är ett fokusområde. Vi kan se 2023 att efter vi fick en aktivitetsansvarig blev det en struktur och kontinuerliga aktiviteter minst två gånger dagligen både i samlingsalar men även på avdelningen för att höja trivseln på de gemensamma ytorna. Även brukarråd kring önskemål av aktiviteter hålls. Genom delaktighet i genomförandeplanerna så har vi kunnat ta till vara på brukarnas önskemål för de tider de önskar ha</p>











Kontroller	Resultat	Analys
<b>Resultat av dokumentationsgranskning</b>	<p>Vi dokumenterar utifrån Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen.</p> <p>Sol dokumentationen granskas en gång om året eller vid behov.</p> <p>Granskningen gjordes i form av 10 slumpmässigt utvalda journaler. Där man utgår från Brukarinformation, Genomförandeplan och Social journal.</p> <p>Granskning av SOL dokumentation gjordes i Juni med ett godkänt resultat på 93,18%. Resultatet visade att det delvis resultat på levnadsberättelserna, där alla blivit utlämnade till anhöriga men få hade vi fått tillbaka.</p>	<p>hjälp på.</p> <p>Vi kan se under 2023 att införandet av teamledare på varje våningsplan som även är utbildade dokumentationsstödjare. Detta har gjort att medarbetarna har stöttning och vägledning i dokumentation och utförandet av genomförandeplanerna. Det skapat en trygghet för medarbetarna när hjälpen är nära till hands. Vilket har lett till godkänt resultat i Sol granskningen.</p> <p>VC har möte med teamledarna en gång i månaden där man bl.a. har uppföljningar kring dokumentationen, och genomförandeplanerna.</p>
<b>Synpunkter från närstående, brukare och andra</b>	<p><b>Under 2023 har det inkommit 4 synpunkter.</b></p> <p>Samtliga synpunkter har inkommit från anhöriga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Sett en personal ligga i soffan med mobiltelefon.</li> <li>• 1 Uttryckt att det var brist på personal.</li> <li>• 2 Kläder som tvättats i fel temperatur och krympt.</li> </ul> <p>Jämförelse med år 2022 där det inkom 20st synpunkter och klagomål har vi under 2023. Vi har arbetat med att snabbt vidta åtgärder för förbättring/förändring/utveckling och följa upp resultatet av åtgärderna samt återkoppla till den som framförde klagomålet</p>	<p>Klagomål och synpunkter sammanställs årligen av verksamhetschef. Inkomna klagomål/synpunkter redovisas på månatliga APT samt tas med som en naturlig del i vårt kvalitetsarbete.</p> <p>Genom att uppmärksamma och diskutera kring inkomna klagomål/synpunkter har inneburit</p>

Kontroller	Resultat	Analys
		<p>att personalen blir mer uppmärksam på förbättringsområden och delaktiga i framtagandet av åtgärder.</p> <p>Genom att all personal är tillgängliga för både våra brukare och anhöriga ute på avdelningarna och kan i ett tidigt skede fånga upp eventuella irritationer/synpunkter och vidta åtgärder innan det blir klagomål. Detta kan vi se ha bidragit till att det minskade antal synpunkter som inkommit.</p>














### Egenkontroll lokalt kvalitetsledningssystem









	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
<i>Processområde värderingsarbete</i>	<b>Aktuell beskrivning av verksamheten och målgruppen</b>	 Ja	
<i>Processområde värderingsarbete</i>	<b>Aktuell laglista</b>	 Ja	
<i>Processområde sekretess och informationssäkerhet</i>	<b>Processbeskrivning för värderingsarbetet</b>	 Ja	
<i>Processområde sekretess och informationssäkerhet</i>	<b>Lokal rutin för verksamhetens värderingsarbete</b>	 Ja	
<i>Processområde sekretess och informationssäkerhet</i>	<b>Lokal rutin för nationella värdegrunden i äldreomsorgen</b>	 Ja	
<i>Verksamhet</i>	<b>Processbeskrivning för sekretess och informationssäkerhet</b>	 Ja	
<i>Verksamhet</i>	<b>Lokal rutin för tystnadsplikt</b>	 Ja	
<i>Verksamhet</i>	<b>Lokal rutin för utlämnande av journalhandling?</b>	 Ja	
<i>Verksamhet</i>	<b>Lokal rutin för loggning i digitala journalsystem</b>	 Ja	

	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
<i>Processområde värderingsarbete</i>	Loggkontroller utförda enligt rutin	 Ja	
<i>Processområde sekretess och informationssäkerhet</i>	Lokal rutin för dokumentation i nationella kvalitetsregister, avser alla verksamheter som arbetar med kvalitetsregister	 Ja	
<i>Processområde sekretess och informationssäkerhet</i>	Lokal rutin för sändning och mottagning av sekretesshandling	 Ja	
<i>Processområde sekretess och informationssäkerhet</i>	Processbeskrivning för individdokumentationen	 Ja	
<i>Processområde individdokumentation</i>	Lokal rutin för dokumentation i IT-baserat journalsystem	 Ja	
<i>Processområde individdokumentation</i>	Lokal rutin för dokumentation enligt Sol/ LSS/ HSL inkl. arkivering	 Ja	
<i>Processområde individdokumentation</i>	Lokal rutin för händelsehantering	 Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokal rutin för rapportering och anmälan av risk för – eller missförhållande (lex Sarah)	 Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokal rutin för rapportering och anmälan av risk för-eller vårdskada (lex Maria), avser alla verksamheter som har HSL-ansvar. Verksamheter utan HSL-ansvar ska ha en rutin för hur det rapporteras till vårdgivaren	 Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokal rutin för hur verksamheten arbetar med riskanalyser ur ett kund-och verksamhetsperspektiv	 Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokal rutin för hur verksamheten hanterar synpunkter	 Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Processbeskrivning inflytande, delaktighet och självbestämmande	 Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokal rutin för inflytande och delaktighet	 Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokala inskrivnings- och/eller inflyttningsrutiner?	 Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokal rutin för välkomstsamtal?	 Ja	

	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
<i>Processområde inflytande, delaktighet och självbestämmande</i>	Rutin för hur barnets bästa beaktas, enbart barnverksamheter LSS och IOF	Ej relevant	
<i>Processområde inflytande, delaktighet och självbestämmande</i>	Rutin/manual för matchning av barn och familjehem innan placering, enbart jour-och familjehemsverksamheter	Ej relevant	
<i>Processområde inflytande, delaktighet och självbestämmande</i>	Lokal rutin för stöd till barn och unga med funktionsnedsättning, enbart barn-och ungdomsverksamhet LSS	Ej relevant	
<i>Processområde inflytande, delaktighet och självbestämmande</i>	Processbeskrivning samverkan	 Ja	
<i>Processområde inflytande, delaktighet och självbestämmande</i>	Lokal rutin för hur sjuksköterska tar kontakt med läkare samt jourläkare, verksamheter med HSL-ansvar	 Ja	
<i>Processområde inflytande, delaktighet och självbestämmande</i>	Lokal rutin för hur omsorgspersonal tar kontakt med sjukvården/sjuksköterska	 Ja	
<i>Processområde samverkan</i>	Lokal rutin för informationsöverföring vid akut besök på sjukhus	 Ja	
<i>Processområde samverkan</i>	Lokal rutin för regelbunden samverkan med andra aktörer	 Ja	
<i>Processområde samverkan</i>	Processbeskrivning säkerhet	 Ja	
<i>Processområde samverkan</i>	Lokal rutin för att följa upp att beviljade insatser utförs	 Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för lämplighetsbedömning vid inskrivning, avser HVB och stödboende (HSLF-FS 2016:55 och HSLF-FS 2016:56)	Ej relevant	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för att förebygga, uppmärksamma och agera vid sexuella trakasserier/övergrepp.	 Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för hur en drogfri miljö ska upprätthållas, enbart HVB	Ej relevant	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för fall/ fallskada, alla verksamheter inom äldreomsorg	 Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för hur verksamheten arbetar med skyddsåtgärder för kunderna	 Ja	



	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för hur medarbetare ska agera när enskild person avviker, inte öppnar eller uteblir från inplanerad träff	 Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för hur man gör en anmälan utifrån Sol § 14:1	 Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för nyckelhantering	 Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för förvaring av kemtekniska produkter, gäller verksamheter där brukarna vistas men inte relevant i hemtjänst/hemsjukvård	 Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokala rutin för hur verksamheten hanterar utmanande beteende	 Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för stick-och skärskador, samtliga verksamheter inom ÄO, LSS och IOF verksamheter som hanterar stickande- och skärande produkter.	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Processbeskrivning för god och säker hälso-och sjukvård	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för läkemedelshantering, verksamheter med HSL-ansvar	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin/arbetsordning/instruktion för hantering av läkemedel, verksamhet utan HSL-ansvar	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för delegeringar, verksamhet som utför uppgifter enligt HSL eller på delegering enligt HSL.	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för vård i livets slutskede, alla verksamheter i ÄO samt i verksamheter där det kan förekomma.	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för åtgärder i samband med dödsfall, alla verksamheter och gäller både oväntade och väntade dödsfall	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal basala hygien-och klädrutiner (BHK)	 Ja	

	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för förskrivning av inkontinenshjälpmedel, verksamheter med HSL-ansvar	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för tandvård/munhälsa, verksamheter där enskilda personer har rätt till tandvårdsstöd.	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för nutritionsbedömning, verksamheter inom äldreomsorg samt LSS och socialpsykiatri med kunder >65 år	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin hur undernäring ska identifieras och hanteras, Avser verksamheter som omfattas av SOL, bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt 9 § 8 samt vuxna 9 § 9 LSS. (Ej kortidsverksamheter eller dagligverksamheter inom LSS).	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för fallriskbedömning, verksamheter med kunder >65 år och HSL-ansvar	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för bedömning av risk för trycksår, verksamheter med kunder >65 år och HSL-ansvar	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för medicintekniska produkter och utrustning (MTP/MTU), verksamhet med HSL- ansvar.SOL/ LSS-verksamhet utan HSL-ansvar: Rutin ska finnas som beskriver hur medarbetarna ska gå tillväga t.ex. om ett hjälpmedel går sönder	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för egenvård	 Ja	
<i>Processområde Metoder och arbetssätt</i>	Processbeskrivning av metoder och arbetssätt	Ej relevant	
<i>Processområde Metoder och arbetssätt</i>	Beskrivning av arbetssätt?	Ej relevant	
<i>Processområde Metoder och arbetssätt</i>	Metodmanual	Ej relevant	

	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
<i>Processområde Metoder och arbetssätt</i>	<b>Beskrivning av hur standardiserade instrument används</b>	Ej relevant	
<i>Processområde Metoder och arbetssätt</i>	<b>Strategidokument som beskriver verksamhetens arbete mot en evidensbaserad praktik</b>	Ej relevant	

## Samverkan

### SOSFS: 2011:9 4 kap. 5 §

För att upprätthålla en god och säker vård-och omsorg är det viktigt att identifiera de externa aktörer vi bör samverka med. Verksamhetschef är ansvarig att identifiera vilka samverkanspartners vi har samt utse ansvarig kontakt. Samverkan mellan primärvården, kommun, landstingets sjukvård och psykiatri krävs för att den enskilde kunden ska få en så trygg och säker vård och en meningsfull tillvaro.

Attendo Postflyget har följande samverkanspartners:

- **Primärvården:** Melivas vårdcentral i Landvetter som även ansvarar för smittspårning och samordning.
- **Biståndsenhet/ boendesamordning:** från Härryda kommun
- **NOSAM:** (närområdessamverkan) nätverk i syfte att hitta nya samarbetsformer och utvecklas. I NOSAM sitter valda områdes- och verksamhetschefer från primärvård och kommun.
- **Demensteam:** samverkan med Västra Götalandsregionens BPSD-team
- **Altura:** fastighetsservice som är fastighetsägare.
- **Attendos:** andra verksamheter inom regionen. Bland annat sjuksköterskesamverkan, chefsamverkan och rehabteam.
- **Kronans Apoteket:** Kvalitetsgranskning av läkemedel sker årligen och beställs av verksamheten.
- **Försäkringskassan:** Samverkan mellan arbetsgivare, arbetstagare och försäkringskassan vid långtidssjukskrivningar och rehabilitering.
- **Svenska kyrkan:** Råda Säteri församling anordnar andakter samt erbjuder samtalsstöd/andlig vägledning till brukare.
- **Säteriskolan:** Arrangerar olika besök under året med barnen tex luciatåg, sång och pyssel

Samverkan med brukare och närstående är viktig för att utveckla vården, omsorgen och kvaliteten kring kunden. Vid brukarråden inhämtar vi förbättringsförslag från brukare så de blir delaktiga i verksamhetens arbete. Vi bjuder in närstående fyra gånger om året på närståendeträffar och mailar ut veckobrev där vi förmedlar vad som händer på boendet.

Målen med denna samverkan är att:

- Tillsammans med kunden planera för dennes vård och omsorg i eget boende
- Kunden får den vård och omsorg som de är behov av, bemötas med respekt, känna delaktighet och trygghet samt uppleva en meningsfull tillvaro
- Kunden ska känna sig delaktig i sin vardag genom möjligheten att påverka med utvecklingsåtgärder genom brukarråden.
- Kund och dennes närstående ska känna sig trygga.

## Risakanalys

### SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Verksamheten arbetar löpande med riskanalyser. Verksamhetschef ansvarar för upprättandet och uppföljningen av dessa. Riskanalyser utförs både ur brukar-, kvalitets- och arbetsmiljöperspektiv. En riskanalys upprättas om ett nytt arbetssätt införs (t.ex. om ett nytt larmsystem installeras) och i sådana fall blir det ofta aktuellt med riskanalyser för både arbetsmiljö (personal) och brukare.

Risakanalyser utförs även om risk föreligger utifrån den enskilda personen, t.ex. om en brukare har ett utåtagerande beteende eller hög fallrisk. Riskanalys kan också göras ut kvalitetsperspektiv utifrån olika aspekter, t.ex. inkomna synpunkter och klagomål. Beroende på vad riskanalysen gäller följs den upp av verksamhetschef, gruppchef, kvalitetssamordnare och sjuksköterska och/eller rehab-personal.

Risakanalyser sammanställs kvartalsvis i Stratsys och skickas till Kvalitets utvecklare/MAS och regionchef.

Kvalitetsgruppen träffas varje månad och arbetar kontinuerligt med att identifiera risker utifrån ett övergripande perspektiv i verksamheten. Övriga medarbetare identifierar risker som kan finnas i verksamheten genom att skriva händelser i Centuri och/eller meddela verksamhetschef, sjuksköterska eller kvalitetssamordnare.

På teammöten, varje vecka, arbetar teamet med att identifiera risker ur ett brukarperspektiv.

Alla medarbetare får i sin introduktion information om vikten av riskanalys. Vikten av riskanalys diskuteras även på APT och kvalitetsmöten.

### Risakanalys

## Rapporteringskyldighet

### SOSFS 2011:9 6 kap 2 § och 5 kap 4§

Alla medarbetare, oavsett anställningsform har en skyldighet att rapportera missförhållanden samt risker för missförhållanden. Skyldigheten gäller förutom anställda ovan även uppdragstagare (exempelvis extern utbildare, handledning etc.), praktikanter eller motsvarande personer under utbildning, deltagare i arbetsmarknadspolitiska åtgärder.

Vid varje nyanställning får personen i samband med anställningsavtal signera att de förstår rapporteringskyldigheten. Att ta del av denna information och medge sitt eget ansvar är en förutsättning för att kunna arbeta eller vistas i verksamheterna.

Attendo har även infört en visselblåstjänst där personal anonymt kan rapportera synpunkter och klagomål. Rapporteringen utförs via Attendos "mötesplatsen" denna information förankras vid introduktion av ny personal samt regelbundet på verksamhetens APT.

Rutinen för rapportering och anmälan av risk för- eller missförhållanden – Lex Sarah, tas upp på APT varje år, läggs ut i medarbetarappen, samt informeras till samtliga nyanställda vid introduktion, hur rutinen ser ut och om skyldigheten att rapportera.

När ett missförhållande/risk för allvarligt missförhållande uppmärksammas ska följande steg följas:

Missförhållande eller risk för allvarligt missförhållandet ska omgående rapporteras till verksamhetschefen som i sin tur vidarebefordrar information till regionchefen och regionens kvalitetsutvecklare. Om verksamhetschefen inte är i tjänst ska rapporteringen göras till dennes ställföreträdare (regional verksamhetschef eller regionchef). Verksamhetschefen kontaktar/informerar beställare omgående samt eventuella närstående om händelsen.

Verksamhetschefen vidtar omedelbara åtgärder för att förvissa sig om att missförhållandet inte fortsätter eller upprepas. Åtgärder ska vidtas oavsett om situationen är sådan att det inträffade är klarlagt eller inte.

Verksamhetschefen ber berörda medarbetare omgående, inom två dagar, att skriva ner vad som inträffat och även beskriva hur arbetssituationen var vid det aktuella tillfället.

Den som upptäckt händelsen skriver en händelse i avvikelssystemet Centuri och kryssar i rutan om att denne vill rapportera enligt Lex Sarah. Verksamhetschefen startar i sin tur en allvarlig händelse i Centuri. Verksamhetschefen avvaktar därefter beslut från kvalitetsutvecklare/MAS angående utredning.

Regionchefen utser en person som snarast, inom 48 h, påbörjar en utredning utifrån risk- och händelseanalysmetoden. Berörd personal kan inte ansvara för utredningen. Utredningen ska dokumenteras löpande i avvikelssystemet Centuri och det ska ske skyndsamt. Utredaren gör bedömning om händelsen är ett allvarligt missförhållande/risk för allvarligt missförhållande. Om denna bedömning görs ska regionens MAS anmäla händelsen till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Om verksamhetschefen inte vidtar omedelbara åtgärder eller om verksamhetschefen är inblandad i händelsen ska medarbetaren vända sig direkt till regionchef.

### Återkoppling

Beställare informeras om händelsen, om vad som inträffat och vilka åtgärder som vidtagits/kommer

att vidtas. Utredaren ansvarar för att händelsen/samtalet dokumenteras.

Resultatet av händelseanalysen och beslutade åtgärder återkopplas till samtliga medarbetare på APT.

Den enskilde personen och närstående informeras.

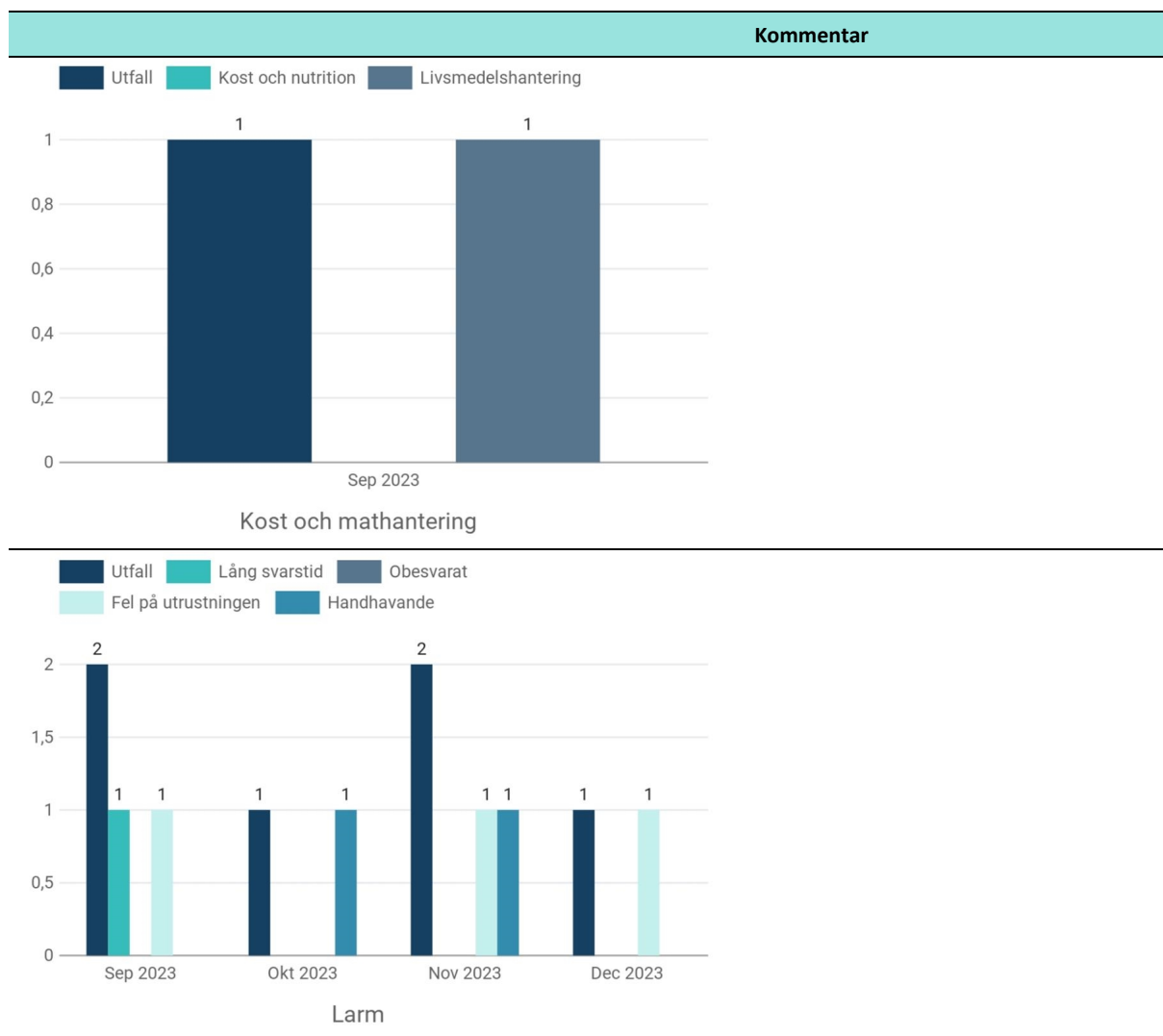
### Synpunkter från medarbetare

Synpunkter från medarbetare hanteras på samma sätt som synpunkter och klagomål från närstående, se avsnitt "Synpunkter och klagomål".

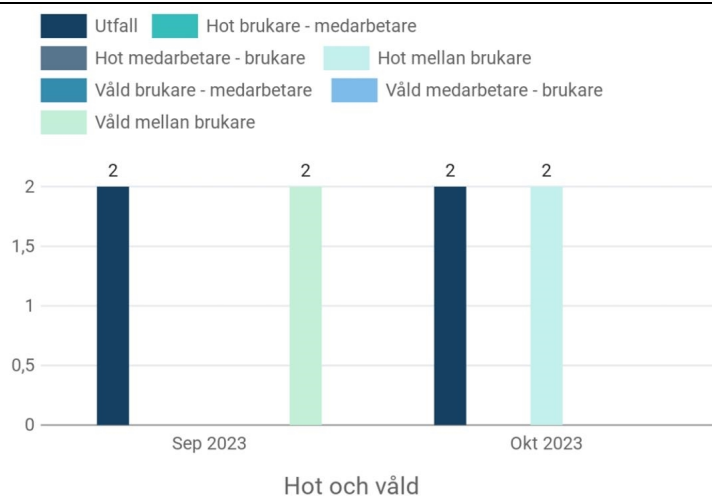
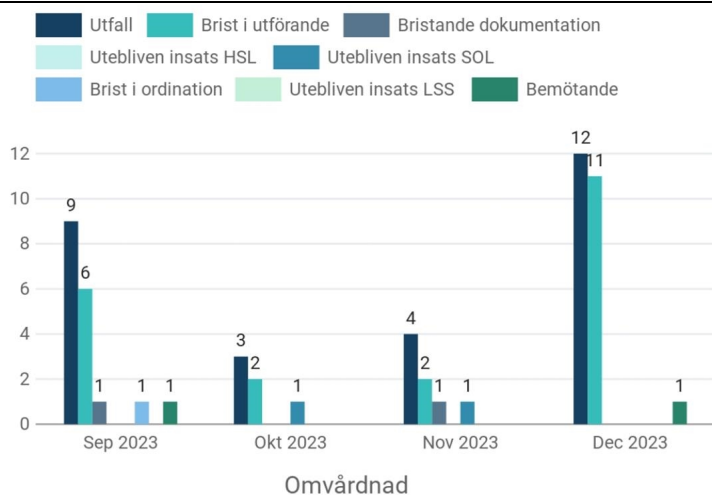
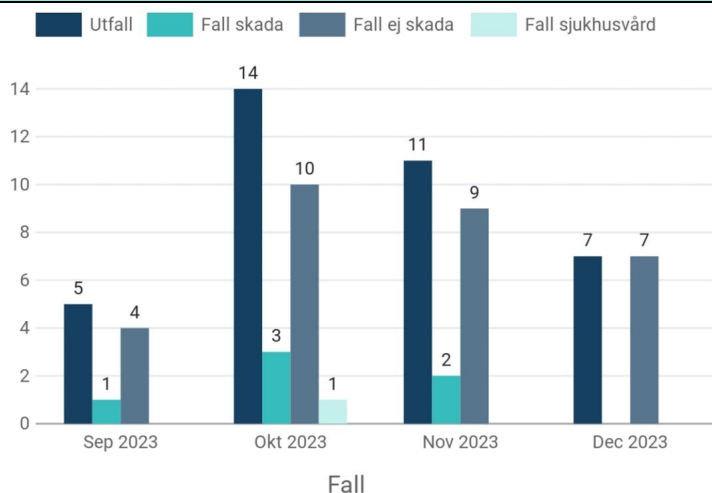
### Sammanställning av händelser

En sammanställning av händelser görs av kvalitetssamordnare månadsvis inför kvalitetsmöte. Kvartalsvis gör verksamhetschef en sammanställning av händelser. Jämförelse görs månadsvis och kvartalsvis för att identifiera ett mönster, trender och kunna identifiera och förbättra åtgärder

### Avvikelser

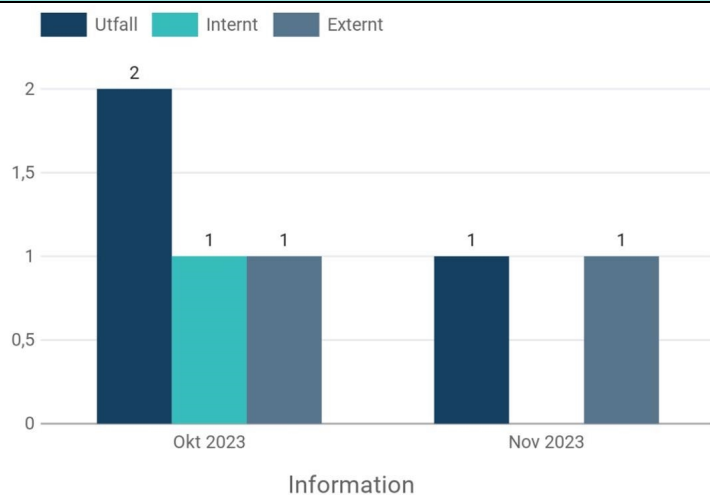


**Kommentar**

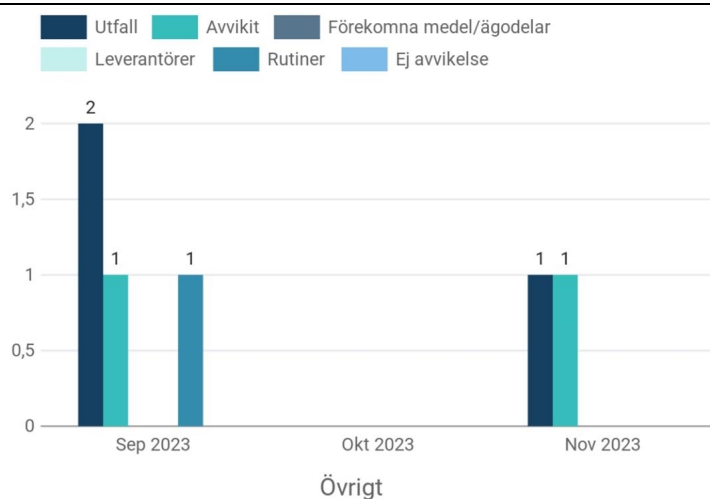




**Kommentar**



**Övrigt**



Inga tillgängliga data

Avvikelser i föregående avvikelssystem ADD Jan till Aug 2023

Händelser kategori 2023	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Totalt
Rapporterade händelse									118
Allvarliga händelse	1	1							
<b>Fall totalt</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>61</b>
Fall utan skada	3	2	1	4	7	4	10	3	
Med skada	4	2	3	2	4	1	1	5	
Fall som krävt sjukhus	1					1	1	1	
<b>Hot och Våld</b>		<b>2</b>		<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>		<b>3</b>	<b>10</b>
Brukare medarbetar		1				1		1	
Brukare-Brukare		1		2	1	1		2	
Information	1								
Internt									
<b>Larm Totalt</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>2</b>		<b>1</b>	<b>20</b>
Fel på utrustning	1	1	3	5	1	1		1	
Obesvarat	1	2	1	2		1			
<b>Omvårdnad</b>		<b>3</b>	<b>5</b>	<b>2</b>		<b>6</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>19</b>
Brist i utförande		1	2	2		3	2	1	
Utebliven insats i Sol	1		3			3			
Bemötande		2							
<b>Synpunkter</b>			<b>1</b>	<b>3</b>					<b>4</b>
Förbättringsförslag				1					
Klagomål				1					
Synpunkter			1	2					
Utmanande Beteende									
<b>Övrigt</b>	<b>1</b>						<b>2</b>		<b>3</b>
Avvikit									
Leverantör									
Rutiner									
<b>Kost och Mathantering</b>			<b>1</b>						<b>1</b>

Lex Sarah

Inga avvikelser som ledde till utredning enligt lex Sarah aktualiserades under 2023.

## Synpunkter och klagomål

### SOSFS 2011:9 5 kap. 3 §

Synpunkter och klagomål kan inkomma på olika sätt till verksamheten. Det vanligaste sättet är att närstående hör av sig till verksamhetschef, personal, aktivitetsansvarig eller sjuksköterska via telefon eller mail. Det händer också att det inkommer synpunkt från brukare eller närstående via extern aktör så som via Härryda kommun eller biståndshandläggare. Oavsett vem som framför synpunkten och på vilket sätt den framförs hanteras den på samma sätt. Eventuella brister som framförs granskas och åtgärdas omedelbart om det finns behov av snabb åtgärd för att säkerställa att problemet/orsaken till synpunkter inte kvarstår. Vid behov tas kontakt med t.ex. omvårdnadspersonal eller sjuksköterska för komplettering av ärendet och ibland behöver även dessa grupper vara inblandade i utförandet av åtgärderna. Det kan också bli aktuellt med ett möte med den som framfört synpunkten tillsammans med samtliga yrkesgrupper i verksamheten. Handläggningen beror på synpunktens art.

Det förekommer ibland att det kommer in en allvarlig synpunkt som behöver hanteras som en allvarlig händelse och det kan också komma in en synpunkt via IVO som kräver svar. Överenskommelse med synpunktslämnaren sker alltid om när/var/hur återkoppling skall ske.

Samtliga synpunkter samt åtgärder ska dokumenteras i journalen samt lägga in i avvikelssystemet Centuri.

Synpunkter och klagomål tas alltid upp på APT.

## Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9 5 kap. 6§

**Det är viktigt att klagomålen följs upp genom att.**

- Vidta åtgärder för förbättring/förändring/utveckling
- Följa upp resultatet av åtgärderna
- Dokumentera dessa
- Återkoppla till den som framförde klagomålet

**Analys/ Sammanställning av klagomål.**

Klagomål och synpunkter sammanställs årligen av verksamhetschef. Inkomna klagomål/synpunkter redovisas på månatliga APT samt tas med som en naturlig del i vårt kvalitetsarbete.

Genom att uppmärksamma och diskutera kring inkomna klagomål/synpunkter har inneburit att personalen blir mer uppmärksam på förbättringsområden och delaktiga i framtagandet av åtgärder.

Genom att all personal är tillgängliga för både våra brukare och anhöriga ute på avdelningarna och kan i ett tidigt skede fånga upp eventuella irritationer/synpunkter och vidta åtgärder innan det blir klagomål. Detta kan vi se ha bidragit till att det minskade antal synpunkter som inkommit.

**Under 2023 har det inkommit 4 synpunkter.**

Samtliga synpunkter har inkommit från anhöriga:

- Sett en personal ligga i soffan med mobiltelefon.
- Uttryckt att det var brist på personal.
- Kläder som tvättats i fel temperatur och krympt.

## Resultat

### SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Under 2023 har ökning av kvaliteten för brukarna på Attendo Säteriet setts inom olika områden. Förbättring har setts i arbete med aktiviteter, kost, kommunikation och nöjdhet hos brukare och närstående.

- Ökat intresse för att förgylla miljön kring måltiden genom Måltidskonceptet till följd av våra nya tillsatta kostombud i verksamheten.
- Vi har satsat på kvalitet för våra boende på många olika sätt, bland annat genom förbättrat arbete med aktiviteter, och kontaktmannaskap samt utbildningsdagar och webbaserade utbildningar i Talants.
- Resultatet på Kundundersökningen som Attendo gör varje år var 89,4%

Mål för BPSD blev inte uppfyllda under 2023. Övriga uppsatta mål för 2023 blev helt eller delvis uppfyllda.

## Övergripande mål för kommande år

Övergripandemål för 2024:

- BPSD utbildning för all personal samt 100% registreringar i BPSD-registret
- Utbildning av nyanställda personal i certifierat kontaktmannaskap,
- Dokumentationsutbildning erbjuds till personalen som önskar fördjupad kunskap inom dokumentation och utformning av genomförandeplanerna.
- Attendo Nära: Motiverande arbete riktat gentemot närstående gällande användning av Attendo Nära-appen. Motivera användning genom APT samt närståendemöten
- Appva MCSA ska implementeras i verksamheten (digitalsignering av HSL)
- Talent: Följa upp genomförda utbildningar via digitala utbildningsplattformen Talents minst tre gånger om året.
- Ascot: Livskvalitetssamtal. Målet är att utbilda minst en till personal i metoden under året och att arbetssättet skall förankrats i verksamheten.
- Arbeta för en svarsfrekvens på minst 75% av brukarna på Brukarundersökningen.



# Kvalitetsberättelse för Attendo Härryda Sb År 2023

Datum och ansvarig för innehållet

2024-01-30

Jennie Martinsson

Verksamhetschef

## Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
<b>Övergripande mål</b> .....	<b>4</b>
<b>Ansvarsfördelning</b> .....	<b>5</b>
<b>Mät- och uppföljningsmetod</b> .....	<b>6</b>
<b>Hur det systematiska kvalitetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts</b> .....	<b>8</b>
Uppföljning av åtgärder .....	9
<b>Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser</b> .....	<b>10</b>
Granskning av dokumentationen.....	10
Brukar-, klient- och närståendeundersökningar.....	10
Externa granskningar .....	11
Egenkontroll.....	11
Egenkontroll lokalt kvalitetsledningssystem .....	13
<b>Samverkan</b> .....	<b>19</b>
<b>Risicanalys</b> .....	<b>20</b>
Risicanalys.....	21
<b>Rapporteringskyldighet</b> .....	<b>22</b>
Avvikelser .....	22
Lex Sarah .....	24
<b>Synpunkter och klagomål</b> .....	<b>25</b>
<b>Sammanställning och analys</b> .....	<b>26</b>
<b>Resultat</b> .....	<b>27</b>
<b>Övergripande mål för kommande år</b> .....	<b>28</b>



## Sammanfattning

Kvalitetsarbetet på Attendo Stenbrottet SB under 2023 bestod i både förbättrings- och utvecklingsarbetet. De viktigaste åtgärderna var att stärka medarbetarna i sina roller som stödpersoner. Alla medarbetare genomgick en utbildning i diplomerat Stödpersonskap.

Uppföljning och kontroll av verksamheten bestod av flera delar. Intern revision med ett resultat på 100%, både i den tekniska delen där lokala rutiner, avtal och tillstånd granskas och i den kvalitativa delen där medarbetarnas kunskap om arbetsmetoder, LSS-lagens innehåll och intentioner samt rapporteringskyldighet granskas.

Uppföljning av kvalitet i verksamheten följs också upp genom arbetsplatsträffar och samverkan med externa aktörer. I årets brukarundersökning så var svarsfrekvens såpass låg att undersökningen inte gav något utfall. I Attendos brukarundersökning så blev svarsfrekvens 5 av 5 stycken brukare och trivselindex var 100%.

Risker för brukare identifieras i det dagliga direktarbetet av medarbetare och kommuniceras direkt till verksamhetschef. Medarbetare har rapporteringskyldighet och skall rapportera avvikelser, tillbud och negativa händelser i Centuri system. Medarbetare behöver påminnas att rapportera in avvikelser i system även om avvikelserna hanteras och åtgärdas i direkt anslutning till händelsen.

Verksamheten har inga rapporterade synpunkter och klagomål inrapporterade under 2023.

## Övergripande mål

### SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§

I kvalitetsberättelse avseende 2022 satte verksamheten upp följande mål inför 2023:

- Tillgodose utbildning för nyligen utsedd kvalitetssamordnare
- Komplettera med utbildning i diplomerat stödpersonskap för tillsvidareanställda.
- Implementera arbetssätt med evidensbaserad praktik (EBP), genom att utbilda en eller flera inom EBP samt avsätta handlingsplan för det arbetet under 2023
- Att stärka medarbetares kompetens och brukarkvalitet utifrån nytt avtal med Härryda kommun från och med 2023-05-01.
- Att få större svarsfrekvens i den nationella brukarundersökningen.

## Ansvarsfördelning

### SOSFS 2011:9, 3 kap. 3 §

På Stenbrottet SB arbetar verksamhetschef, stödassistenter och stödbiträden. Härryda kommun har HSL-ansvar.

Verksamhetschef ansvarar för att verksamheten har ett lokalt anpassat kvalitetsledningssystem som bygger på Attendos centrala kvalitetsledningssystem samt för att planera, leda, kontrollera och följa upp verksamheten och dess processer samt identifiera och aktualisera nödvändig samverkan. Vidare ansvarar verksamhetschef för att mål för verksamheten formuleras och att dessa nås.

Verksamhetschef tar fram, fastställer och dokumenterar rutiner för hur det systematiska förbättringsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna leda, följa upp och utveckla verksamheten. Verksamhetschef ansvarar för att avvikelser i form av klagomål samt för verksamheten aktuella och rapporterade risker och avvikelser utreds. Verksamhetschefens ansvar är även att uppföljning och analys av verksamheten sker, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten och få en utveckling över tid. Minst en gång per år ska verksamhetschef utföra lokal kontroll/verifiering samt dokumentera arbetet i en kvalitetsberättelse.

Kvalitetssamordnare är en representant från medarbetargruppen med intresse för kvalitets- och utvecklingsfrågor och som frivilligt tagit sig an uppdraget. Kvalitetssamordnaren ansvarar för att samordna det löpande kvalitetsarbetet i verksamheten, inbegripande arbetet med avvikelshantering, riskanalyser, handlingsplaner och genomförandeplaner. Kvalitetssamordnare deltar på månatliga kvalitetsmöten.

Värderingscoach- ansvarar för verksamhetens värderingsarbete.

Stödpersonskap- alla medarbetare på Stenbrottet SB är stödpersoner för en eller flera brukare, enligt uppdragsbeskrivning.

Stödpersonen förväntas tillsammans med verksamhetschef samverka med olika aktörer och nätverk som är viktiga utifrån den enskildes behov och vara ett stöd i omvärldsbevakning kring evidensbaserad praktik.

Aktivitetsansvarig- en medarbetare som planerar individuella –och gemensamma brukaraktiviteter, planerar för genomförandet och utvärderar under husmöte och arbetsplatsträffar.

Alla medarbetare (stödassistenter och stödbiträden) ansvarar för att arbeta i enlighet med fastställda processer och rutiner, för att aktivt arbeta med vidareutveckling av rutiner och metoder, för att påtala behov av nya rutiner och metoder, för att rapportera risker och avvikelser samt för att rapportera allvarliga händelser enligt rutin.

Rapporteringskyldighet. I det lokala kvalitetsarbetet har alla medarbetare som upptäckt en avvikelse eller risk för avvikelse ansvarar för att beskriva och rapportera den i rapporteringssystemet Centuri. Verksamhetschef får då mail om att en avvikelse-händelse har inträffat i verksamheten och vidtar omgående åtgärder utifrån händelsens karaktär och innehåll. Vid allvarliga avvikelser ska medarbetarna också lämna muntlig rapportering till verksamhetschef omgående. Den som upptäcker händelsen dokumenterar händelsen i journal.

## Mät- och uppföljningsmetod

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Avvikelser	Beskrivning	Mätmetod och tolkning av resultat	Uppföljningsmetod
<b>Kost och mathantering</b>	Avvikelser kopplat till kost och mathantering-	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Larm</b>	Avvikelser kopplat till larm och larmhantering.	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Synpunkter</b>	Inkomna synpunkter och klagomål.	Antal inrapporterade synpunkter/klagomål per månad.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Fall</b>	Avvikelser kopplat till fall.	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Omvårdnad</b>	Avvikelser kopplat till omvårdnad.	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Hot och våld</b>	Avvikelser kopplat till hot och våld.	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Information</b>	Avvikelser kopplat till information - både intern och extern.	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Övrigt</b>	Övriga avvikelser	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Utmanande beteende</b>	Avvikelser kopplat till utmanande beteende	Andel inrapporterade avvikelser utmanande beteende per kategori	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Externa granskningar IVO</b>	Inrapporterade externa granskningar, IVO	Andel granskningar, IVO	Åtgärder utifrån extern granskning registreras och planeras in i Stratsys.
<b>Externa granskningar Apotek</b>	Inrapporterade externa granskningar, Apoteket	Andel granskningar, Apoteket	Åtgärder utifrån extern granskning registreras och planeras in i Stratsys.

Avvikelse	Beskrivning	Mätmetod och tolkning av resultat	Uppföljningsmetod
<b>Externa granskningar Beställare</b>	Inrapporterade externa granskningar, Beställare	Andel externa granskningar, Beställare	Åtgärder utifrån extern granskning registreras och planeras in i Stratsys.
<b>Externa granskningar Miljö och hälsa</b>	Inrapporterade externa granskningar, Miljö- och hälsa	Andel externa granskningar, Miljö - och hälsa	Åtgärder utifrån extern granskning registreras och planeras in i Stratsys.

I tabellen ovan presenteras en översikt ifrån Centuri, av kategorisering för avvikelser som används i verksamheten samt vilken mätmetod, tolkning av resultat och uppföljning som används utifrån respektive kategori.

Uppföljning av avvikelse kan också analyseras och mätas utifrån resultat ifrån brukarundersökning samt individuppföljning av brukare genom kommunen.

Varje månad mäter verksamheten hur antalet avvikelser per kategori har rapporterats och utvecklats för att se om och hur planerade åtgärder haft effekt. Detta görs först i början på månad vid kvalitetsmöte där verksamhetschef och kvalitetssamordnare deltar. Avvikelserna följs då upp på organisatorisk nivå, per händelsekategori samt per månad. Exempel på avvikelser per kategori är hot- och våldssituationer, läkemedel, omvårdnad, synpunkter och klagomål.

Efter genomfört kvalitetsmöte skickar kvalitetssamordnare ut protokoll från mötet till övriga medarbetare.

På arbetsplatsträff (APT) var fjärde vecka diskuterar hela medarbetargruppen avvikelserna och dess vidtagna åtgärder samt följer upp effekten av åtgärder. Exempel på vidtagna åtgärder kan vara revidering av brukares bemötandeplan, revidering av risk-handlingsplan och / eller samverkan med vård eller socialtjänst.

Under 2023 har avvikelser som rapporteras in i verksamheten varit hanterbara och risker som upptäckts har minimerats eller i vart fall synliggjorts och handlingsplan därefter har upprättats. Vissa avvikelser som har inträffat har varit svårare att minimera risken att det skall inträffa på nytt. Orsak till detta är sannolikt att avvikelser inträffar i samband med yttre faktorer, utanför servicebostadens ansvar.

## Hur det systematiska kvalitetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts

### SOSFS 2011:9 7kap §1

Attendo Stenbrottet SB arbetar systematiskt med kvalitetsarbete utifrån Attendos mall för kvalitetsledningsarbete.

Attendo Stenbrottet SB arbetar med roller för vem som ansvarar för vad gällande kvalitetsarbete och utveckling, genom verksamhetschef och kvalitetssamordnare. Under arbetsplatsträffar (APT) var fjärde vecka samverkar hela arbetsgruppen runt frågor om lokala rutiner, avvikelser, risk-handlingsplaner och runt frågor gällande kunders kvalitet.

Attendo Stenbrottet SB har arbetat med uppsökande verksamhet och lokala risk-handlingsplaner utifrån brukares behov av stöd parallellt med respekt och lyhördhet för personlig integritet och självbestämmanderätt.

I övrigt har målsättningar funnits enligt nedan och arbete med att uppnå dem har genomförts under 2023.

- Tillgodose utbildning för nyligen utsedd kvalitetssamordnare.

Nyttillträdd kvalitetssamordnare genomgick utbildning i januari 2024 och tillsammans med verksamhetschef ansvarar för avvikelshantering.

- Komplettera med utbildning i diplomerat stödpersonskap för tillsvidareanställda. Stödpersonskapet är ett arbetssätt som syftar till att förverkliga ambitionen om ett personligt stöd, utmärkt service och omvårdnad. Detta utifrån Attendos vision att stärka individen. Målet är ökad kontinuitet, utveckling och trygghet för den enskilde individen. Utbildningen är en fysisk utbildning avseende en heldag där deltagarna får grundläggande kunskaper i LSS-lagstiftningen, genomförandeplan och måluppföljning, riskanalyser samt skydds- och begränsningsåtgärder.

Samtliga medarbetare genomgick utbildning i stödpersonskap under 2023. Resultatet av utbildningen är att stödpersonen arbetar fokuserat med den brukare som medarbetaren är stödperson för arbetet med stödpersonskap följs upp månadsvis under APT.

- Implementera arbetssätt med evidensbaserad praktik (EBP), genom att utbilda en eller flera i personalgruppen samt avsätta handlingsplan för det arbetet under 2023.

Arbetet med att implementera evidensbaserad praktik fortsätter under 2024. Under 2023 så genomgick två medarbetare utbildning i EBP och ansvarar tillsammans med verksamhetschef att lyfta fram och utveckla verksamhetens metoder och arbetssätt. Under Q1 och Q2, 2024 så skall ett nytt verktyg implementeras på Attendo Stenbrottet SB för att underlätta och stärka arbetet med EBP arbetet.

- Att stärka medarbetares kompetens och brukarkvalitet utifrån nytt avtal med Härryda kommun från och med 2023-05-01.

Det nya avtalet med Härryda kommun, innebär bla att Attendo Stenbrottet SB får möjligheten att ta emot personer till servicebostaden med mera omfattande och större stödbehov än vad tidigare avtal medgav. Verksamhetschef ser att medarbetare i verksamheten kan komma att behöva ytterligare

kompetensutveckling, särskilt i Tydliggörande pedagogik, beroende på stödbehovet hos de personer som placeras av kommun på Attendo Stenbrottet SB.

Verksamhetschef har under 2023 kartlagt utbildning och kompetens i arbetsgruppen. Medarbetare har därefter utbildats i Risk- och Händelseanalys, utredningsmetodik samt att rapportera in avvikelser i Attendos nya system för avvikelshantering.

Fortsatt kompetensutveckling är planerad under 2024 (se mål).

- Att få större svarsfrekvens i den nationella brukarundersökningen.

Generellt sedan Attendo Stenbrottet togs i drift så har svarsfrekvensen varit varierande i de nationella brukarundersökningarna. Under 2023 så var svarsfrekvensen lägre än 5 stycken deltagare och utfallet presenterades därav ej. Målet kan inte anses uppfyllt och handlingsplan för större svarsfrekvens är reviderad och skall fortlöpa under 2024.

Under året så har samtliga brukares genomförandeplaner reviderats, tillsammans med brukare och i vissa fall anhöriga/förvaltare. Målet är att alla medarbetare självständigt skall ha förståelse och kunskap om social dokumentation och kunna revidera sina brukares genomförandeplaner tillsammans med brukaren innan Q4 2023 är över.

Under 2023 har avvikelshantering främst berört följande åtgärdsområden: Kommunikation och information samt Procedurer, rutiner och riktlinjer.

### **Uppföljning av åtgärder**

Uppföljning av åtgärder sker vid behov samt systematiskt via månatliga kvalitetsmöten samt APT-möten var fjärde vecka.

## Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser

### SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

Attendo Stenbrottet SB genomgick ett antal olika interna kontroller och en extern kontroll under 2023, däribland intern revision och dokumentationsgranskning samt extern avtalsuppföljning.

Den interna revisionen av kvalitetsarbetet syftar till att säkra företagets interna processer och att mäta att de verksamheter vi driver är av god kvalitet. Revisionen är även ett instrument för att vidareutveckla verksamhetens kvalitet.

Den interna revisionen utförs av en granskare internt inom Attendo, men utan koppling till den verksamhet som är aktuell för granskning. Granskningen är uppdelad i två delar, dels en teknisk och dels en kvalitativ. I den tekniska delen tar granskaren del av lokala rutiner, avtal och tillstånd. I den kvalitativa delen genomförs enskilda intervjuer med minst två medarbetare i verksamheten, där granskaren ställer frågor kopplat till arbetsmetoder, LSS-lagens innehåll och intentioner, skydd-och begränsningsåtgärder samt rapporteringskyldighet.

Dokumentationsgranskning utifrån LSS genomförs av verksamhetschef. Granskningen görs utifrån checklista där innehåll i brukarinformation, social dokumentation samt genomförandeplan går igenom systematiskt. Checklistan berör bland annat kontroll av korrekta kontaktuppgifter, att det sker en systematik i måluppföljning, att revidering av genomförandeplan sker minst 2 ggr/år samt att dagliga anteckningar är regelbundna, tillräckliga, väsentliga och ändamålsenliga samt skrivna med respekt för den enskilde. Ett slumpmässigt urval av minst två journaler skall granskas, vilket utgör 33% av det totala antalet journaler. 2023 granskade fem av fem journaler.

Den externa uppföljningen innebar att Attendo Stenbrottet, lämnade sammanställning till kommunen av samtliga rapporterade avvikelser och missförhållanden.

### Granskning av dokumentationen

Kvalitetsindikatorer	Utfall	Antal journaler granskade
Dokumentationsgranskning LSS	97,14%	5

### Brukar-, klient- och närståendeundersökningar

Kommentar
Inga tillgängliga data

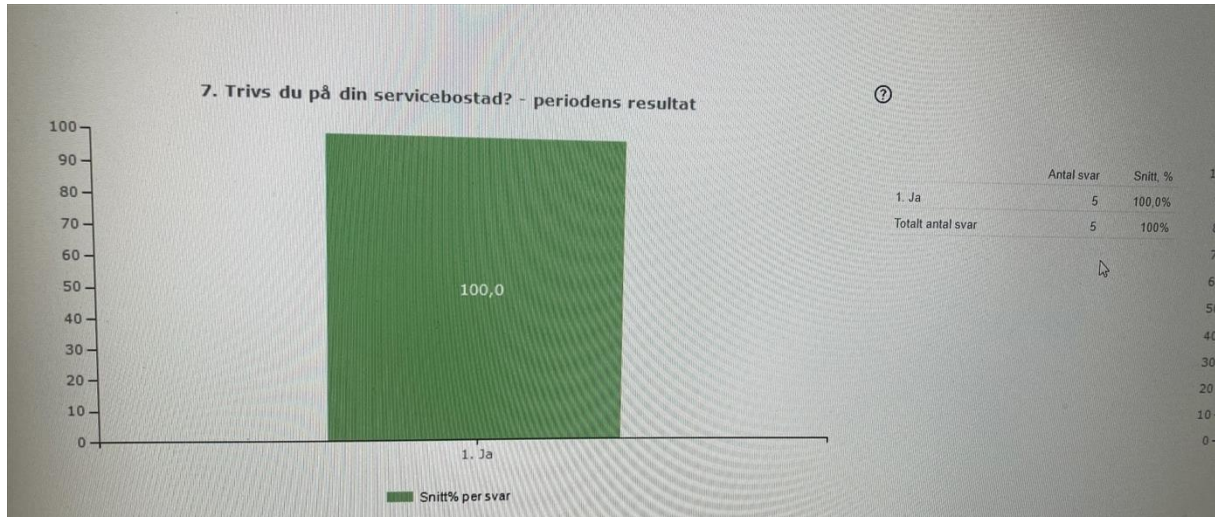
Attendo Stenbrottet SB saknar resultat från nationell brukarundersökning under 2023, på grund av för låg svarsfrekvens. Verksamheten har för närvarande 6 stycken brukare (hösten 2023) och brukarundersökningen kräver minst 5 svar för att få fram resultat på enhetsnivå.

Den låga svarsfrekvensen beror dels på att brukare aktivt valt att tacka nej till att svara på undersökningen och att medarbetare haft svårt att motivera och uppmuntra till deltagande.

Företaget utförde en egen enkät under juli månad 2023 som benämns som Omsorgen Temp-mätning



med ett liknade förfarande som den nationella brukarundersökningen. I denna undersökning så svarade 5/5 stycken brukare. Trivselindex landade på 100%.



### Externa granskningar

Den externa uppföljningen innebar att Attendo Stenbrottet SB, lämnade sammanställning till beställaren- Härryda kommun av samtliga rapporterade avvikelser och missförhållanden.

Avtalsuppföljningens samlade bedömning är att uppföljd avtalspunkt är godkänd utan vidare åtgärd.










### Egenkontroll

Kontroller	Resultat	Analys
<b>Finns det förhållningssätt och attityder hos medarbetarna som kan leda till brister i kvaliteten? Hur arbetar ni med värderingar?</b>	Utifrån Attendos egna brukarundersökning 2023 så framkom det att brukare uppfattade att de hade svårt att förstå vissa personer i personalgruppen. Handlingsplan upprättades av verksamhetschef och tillsammans med arbetsgruppen arbetade sig verksamheten igenom Attendos uppförandekod samt att hitta strategier att möta var och en av brukarna lyhört samt hur vi kommunicera och bemöter brukarna efter deras enskilda behov och önskemål.	Verksamheten arbetar aktivt med värderingar såsom bemötande och respekt för varje enskild individ. Värderingsarbetet lyft under varje arbetsplatsträff och diskuteras gemensamt i personalgruppen. Verksamheten arbetar systematiskt med avvikelshantering, för att fånga upp förhållningssätt och attityder som kan leda till brister i verksamheten. Det gör verksamheten genom bla brukarundersökningar och avvikelshantering om synpunkter och klagomål.
<b>Brukar-, klient- och närståendeundersökningar</b>	Resultat i Attendos temp-mätning, trivsel på boendet 100%, 5/5 svarande.	Attendo Stenbrottet SB saknar resultat från nationell brukarundersökning under 2023, på grund av för låg svarsfrekvens. Verksamheten har för närvarande 6 stycken brukare (hösten 2023) och










Kontroller	Resultat	Analys
		<p>brukarundersökningen kräver minst 5 svar för att få fram resultat på enhetsnivå.</p> <p>Den låga svarsfrekvensen beror dels på att brukare aktivt valt att tacka nej till att svara på undersökningen och att medarbetare haft svårt att motivera och uppmuntra till deltagande.</p> <p>Företaget utförde en egen enkät under juli månad 2023 som benämns som Omsorgen Temp-mätning med ett liknade förfarande som den nationella brukarundersökningen. I denna undersökning så svarade 5/5 stycken brukare. Trivselindex landade på 100%</p>
<b>Externa granskningar</b>	Avtalsuppföljning av beställare-Härryda kommun. Verksamheten sammanställde en redogörelse över alla inkomna avvikelser och allvarliga händelser.	Uppföljning utifrån avtal med Härryda kommun. Inga åtgärder att vidta.
<b>Resultatet av Intern revision kvalitet</b>	Resultat 2023, 100%	Verksamhetschef och personalgruppen arbetar systematiskt med kvalitetsarbetet under året. Kvalitet för brukare följs upp under varje arbetsplatsträff.
<b>Avvikelsehantering</b>	<p>Antal inrapporterade avvikelser under 2023 var 31 stycken.</p> <p>Huvudområden</p> <p>Kost och mathantering 1</p> <p>Övrigt 12 st.</p> <p>Utmanande beteende 3 st.</p> <p>Omvårdnad 5 st.</p> <p>Information 7 st.</p> <p>Läkemedel (egenvård) 2 st.</p> <p>Fall 1st</p> <p>Åtgärdsområden som verksamhetschef och personalgrupp identifierade handlade om Kommunikation och Information samt Procedur, Rutiner och Riktlinjer.</p>	<p>Avvikelse under område Information berör brister i kommunikation inom personalgrupp, osäkerhet vad insatser utifrån LSS innebär samt osäkerhet kring definitionen av avvikelse. åtgärder har satts in genom fysisk utbildning, Diplomerat Stödpersonskap, introduktion av nytt avvikelssystem och tillsammans i arbetsgruppen har vi definierat vad är en avvikelse är och hur man rapporterar avvikelse, dvs händelsehantering. Personalgruppen har tillsammans med verksamhetschef gått igenom lokala rutiner för ex Hot -och våld, lokal rutin för Utmanande beteende samt lokal rutin för Utebliven LSS-insats.</p>
<b>Allvarliga avvikelser</b>	Under 2023 så har inga händelser inträffat av allvarligare art som resultera i rapport om Allvarlig händelse.	
<b>Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i öppna</b>	Verksamheten har inget resultat att tillgå.	

Kontroller	Resultat	Analys
<b>jämförelser och resultat från andra verksamheter</b>	Verksamheten deltar inte.	
<b>Resultat av dokumentationsgranskning</b>	Resultat 2023 juni: 97,14 %.	Analysen visar att verksamheten bör förbättra arbetet med mål i genomförandeplaner samt att förbättra den systematiska uppföljningen av satta mål i genomförandeplanen. Avböjer en brukare mål så bör det tydligt framgå i genomförandeplanen.
<b>Synpunkter från närstående, brukare och andra</b>	Verksamheten har inga inrapporterade synpunkter under 2023.	Att inga synpunkter finns inrapporterade behöver inte betyda att det inte finns synpunkter på verksamheten. Det kan röra sig om att både personalgruppen, brukare och anhöriga kan behövas påminnas om möjligheten att lämna synpunkter och hur man kan lämna synpunkter på verksamheten.







### Egenkontroll lokalt kvalitetsledningssystem

	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
<i>Processområde värderingsarbete</i>	<b>Aktuell beskrivning av verksamheten och målgruppen</b>	 Ja	
<i>Processområde värderingsarbete</i>	<b>Aktuell laglista</b>	 Ja	
<i>Processområde sekretess och informationssäkerhet</i>	<b>Processbeskrivning för värderingsarbetet</b>	 Ja	
<i>Processområde sekretess och informationssäkerhet</i>	<b>Lokal rutin för verksamhetens värderingsarbete</b>	 Ja	
<i>Processområde sekretess och informationssäkerhet</i>	<b>Lokal rutin för nationella värdegrunden i äldreomsorgen</b>	Ej relevant	
<i>Verksamhet</i>	<b>Processbeskrivning för sekretess och informationssäkerhet</b>	 Ja	
<i>Verksamhet</i>	<b>Lokal rutin för tystnadsplikt</b>	 Ja	
<i>Verksamhet</i>	<b>Lokal rutin för utlämnande av journalhandling?</b>	 Ja	
<i>Verksamhet</i>	<b>Lokal rutin för loggning i digitala journalsystem</b>	 Ja	
<i>Processområde värderingsarbete</i>	<b>Loggkontroller utförda enligt rutin</b>	 Ja	
<i>Processområde sekretess och informationssäkerhet</i>	<b>Lokal rutin för dokumentation i nationella kvalitetsregister,</b>	Ej relevant	

	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
	avser alla verksamheter som arbetar med kvalitetsregister		
<i>Processområde sekretess och informationssäkerhet</i>	Lokal rutin för sändning och mottagning av sekretesshandling	● Ja	
<i>Processområde sekretess och informationssäkerhet</i>	Processbeskrivning för individdokumentationen	● Ja	
<i>Processområde individdokumentation</i>	Lokal rutin för dokumentation i IT-baserat journalsystem	● Ja	
<i>Processområde individdokumentation</i>	Lokal rutin för dokumentation enligt SoL/ LSS/ HSL inkl. arkivering	● Ja	
<i>Processområde individdokumentation</i>	Lokal rutin för händelsehantering	● Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokal rutin för rapportering och anmälan av risk för – eller missförhållande (lex Sarah)	● Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokal rutin för rapportering och anmälan av risk för-eller vårdskada (lex Maria), avser alla verksamheter som har HSL-ansvar. Verksamheter utan HSL-ansvar ska ha en rutin för hur det rapporteras till vårdgivaren	● Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokal rutin för hur verksamheten arbetar med riskanalyser ur ett kund-och verksamhetsperspektiv	● Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokal rutin för hur verksamheten hanterar synpunkter	● Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Processbeskrivning inflytande, delaktighet och självbestämmande	● Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokal rutin för inflytande och delaktighet	● Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokala inskrivnings- och/eller inflyttningsrutiner?	● Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokal rutin för välkomstsamtal?	● Ja	
<i>Processområde inflytande, delaktighet och självbestämmande</i>	Rutin för hur barnets bästa beaktas, enbart barnverksamheter LSS och IOF	Ej relevant	

	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
<i>Processområde inflytande, delaktighet och självbestämmande</i>	Rutin/manual för matchning av barn och familjehem innan placering, enbart jour-och familjehemsverksamheter	Ej relevant	
<i>Processområde inflytande, delaktighet och självbestämmande</i>	Lokal rutin för stöd till barn och unga med funktionsnedsättning, enbart barn-och ungdomsverksamhet LSS	Ej relevant	
<i>Processområde inflytande, delaktighet och självbestämmande</i>	Processbeskrivning samverkan	 Ja	
<i>Processområde inflytande, delaktighet och självbestämmande</i>	Lokal rutin för hur sjuksköterskorna tar kontakt med läkare samt jourläkare, verksamheter med HSL-ansvar	Ej relevant	
<i>Processområde inflytande, delaktighet och självbestämmande</i>	Lokal rutin för hur omsorgspersonal tar kontakt med sjukvården/sjuksköterska	 Ja	
<i>Processområde samverkan</i>	Lokal rutin för informationsöverföring vid akut besök på sjukhus	 Ja	
<i>Processområde samverkan</i>	Lokal rutin för regelbunden samverkan med andra aktörer	 Ja	
<i>Processområde samverkan</i>	Processbeskrivning säkerhet	 Ja	
<i>Processområde samverkan</i>	Lokal rutin för att följa upp att beviljade insatser utförs	 Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för lämplighetsbedömning vid inskrivning, avser HVB och stödboende (HSLF-FS 2016:55 och HSLF-FS 2016:56)	Ej relevant	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för att förebygga, uppmärksamma och agera vid sexuella trakasserier/övergrepp.	 Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för hur en drogfri miljö ska upprätthållas, enbart HVB	Ej relevant	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för fall/ fallskada, alla verksamheter inom äldreomsorg	Ej relevant	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för hur verksamheten arbetar med skyddsåtgärder för kunderna	 Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för hur medarbetare ska agera när enskild person	 Ja	

	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
	avviker, inte öppnar eller uteblir från inplanerad träff		
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för hur man gör en anmälan utifrån SoL § 14:1	● Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för nyckelhantering	● Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för förvaring av kemtekniska produkter, gäller verksamheter där brukarna vistas men inte relevant i hemtjänst/hemsjukvård	● Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokala rutin för hur verksamheten hanterar utmanande beteende	● Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för stick-och skärskador, samtliga verksamheter inom ÄO, LSS och IOF verksamheter som hanterar stickande- och skärande produkter.	Ej relevant	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Processbeskrivning för god och säker hälso-och sjukvård	● Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för läkemedelshantering, verksamheter med HSL-ansvar	Ej relevant	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin/arbetsordning/instruktion för hantering av läkemedel, verksamhet utan HSL-ansvar	● Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för delegeringar, verksamhet som utför uppgifter enligt HSL eller på delegering enligt HSL.	● Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för vård i livets slutskede, alla verksamheter i ÄO samt i verksamheter där det kan förekomma.	Ej relevant	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för åtgärder i samband med dödsfall, alla verksamheter och gäller både oväntade och väntade dödsfall	● Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal basala hygien-och klädrutiner (BHK)	● Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för förskrivning av inkontinenshjälpmedel, verksamheter med HSL-ansvar	Ej relevant	

	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för tandvård/munhälsa, verksamheter där enskilda personer har rätt till tandvårdsstöd.	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för nutritionsbedömning, verksamheter inom äldreomsorg samt LSS och socialpsykiatri med kunder >65 år	Ej relevant	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin hur undernäring ska identifieras och hanteras, Avser verksamheter som omfattas av SOL, bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt 9 § 8 samt vuxna 9 § 9 LSS. (Ej kortidsverksamheter eller dagligverksamheter inom LSS).	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för fallriskbedömning, verksamheter med kunder >65 år och HSL-ansvar	Ej relevant	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för bedömning av risk för trycksår, verksamheter med kunder >65 år och HSL-ansvar	Ej relevant	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för medicintekniska produkter och utrustning (MTP/MTU), verksamhet med HSL- ansvar. SOL/ LSS-verksamhet utan HSL-ansvar: Rutin ska finnas som beskriver hur medarbetarna ska gå tillväga t.ex. om ett hjälpmedel går sönder	Ej relevant	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för egenvård	 Ja	
<i>Processområde Metoder och arbetssätt</i>	Processbeskrivning av metoder och arbetssätt	 Ja	
<i>Processområde Metoder och arbetssätt</i>	Beskrivning av arbetssätt?	 Ja	
<i>Processområde Metoder och arbetssätt</i>	Metodmanual	 Ja	
<i>Processområde Metoder och arbetssätt</i>	Beskrivning av hur standardiserade instrument används	Ej relevant	

	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
<i>Processområde Metoder och arbetssätt</i>	<b>Strategidokument som beskriver verksamhetens arbete mot en evidensbaserad praktik</b>	<input checked="" type="radio"/> Ja	



## Samverkan

### SOSFS: 2011:9 4 kap. 5 §

Attendo Stenbrottet SB har regelbundna samverkansmöten med de aktörer som är aktuella att samverka med utifrån servicebostadens målgrupp samt brukarnas behov och egna önskemål.

På Attendo Stenbrott SB finns samverkan med beställaren, Härryda kommun.

Attendo Stenbrottet SB skall stödja brukare genom att medarbetare underlättar i kontakt med föreningar och andra aktörer som kan tillgodose de behov brukarna har och utifrån de önskemål brukarna har. Exempel på föreningar kan vara FUB och kommuns egna fritidsverksamheter.

Samverkan kan vara nödvändig för att förebygga att brukare riskerar att- eller har hamnat i situationer i livet som kan påverka dem negativt. Dessa former av samverkan sker mellan verksamheten, socialtjänsten, vården och ibland tillsammans med anhöriga och godemän.

Samverkan med brukare sker exempelvis under husmöten och under revidering av brukares genomförandeplaner.

## Risicanalys

### SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risker kan identifieras genom förestående förändringar i verksamheten, så som organisationsförändringar och införande av nya metoder. Risker i verksamheten kan även identifieras via avvikelserapportering. Verksamheten lyfter regelbundet inträffade avvikelser på APT en gång i månaden, med syfte att identifiera risker samt påbörja åtgärder utifrån ett förebyggande arbetssätt.

Risicanalys genomförs således för att skapa trygghet och förebygga olägenheter genom att etablera en kultur som kännetecknas av att alla tänker efter före och att vi lär av det som sker.

Alla medarbetare har ansvar att rapportera risker enligt " lokal rutin för händelsehantering ". Verksamhetschef ansvarar för att det utförs risicanalys på de risker som upptäcks. Nya medarbetare får utbildning i risicanalys och händelsehantering.

Under 2023 har all ordinarie personal har tillförskaffat sig kunskap i arbete med risicanalys genom utbildning i diplomerat stödpersonskap. Flera av medarbetarna har genomgått vidareutbildning i risk- och händelsehantering. En risicanalys kan göras på verksamhetsnivå och på brukarnivå.

### Hur gör vi en risicanalys?

Risicanalysen genomförs i sju steg:

1. Uppdrag ges av verksamhetschef att risicanalys ska göras.
2. Beskriv den process som risicanalysen gäller
3. Identifiera risker i processen och bakomliggande orsaker till risken/riskerna
4. Bedöm riskens storlek utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet för inträffande.
5. Ta fram åtgärdsförslag som minskar eller eliminerar risken.
6. Bedöm åtgärdsförslagets effekt genom att använda mall för riskmatris och dokumentera resultat av åtgärder i risicanalysmall.
7. Ta fram en slutrapport som lämnas till uppdragsgivaren.

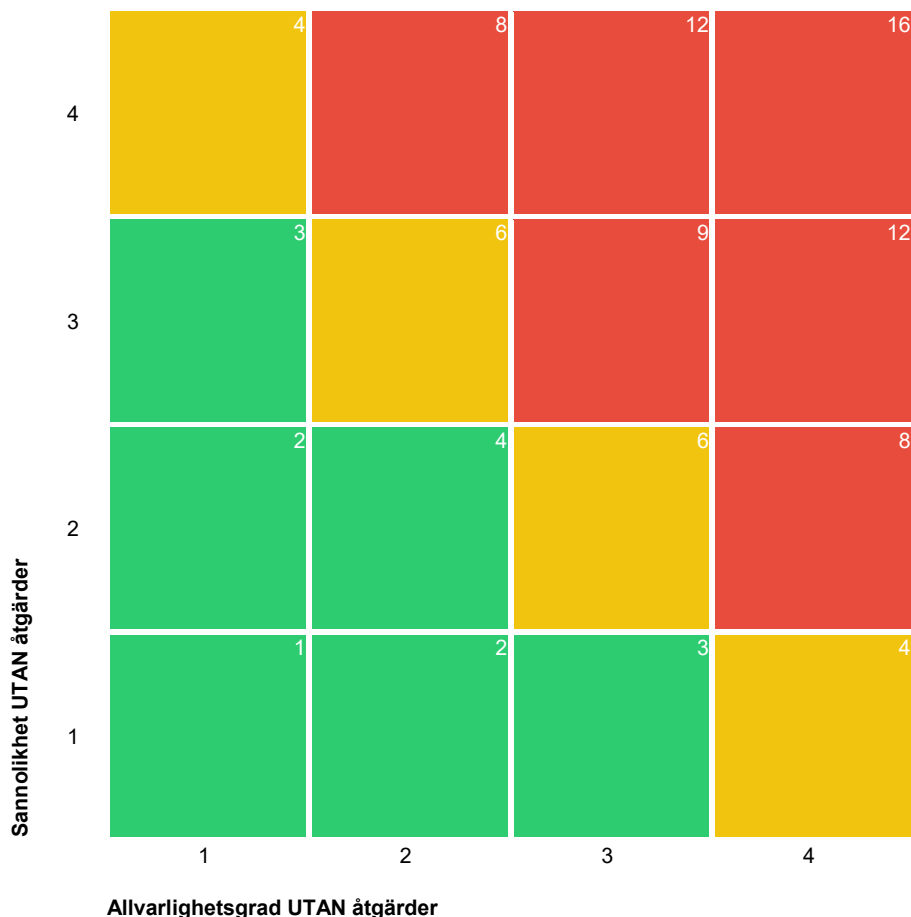
Alla aktiviteter och risker förs in i ett analyschema där man gör en bedömning av konsekvens, allvarlighetsgrad och sannolikhet för att risken ska inträffa (se bilaga riskmatrismall). Bakomliggande orsaker identifieras och åtgärdsförslag utarbetas.

Åtgärderna ska rikta sig mot de bakomliggande orsakerna, vara konkreta och realistiska, kunna genomföras inom en rimlig tidsplan samt kunna utvärderas. Verksamhetschef är den som ansvarar för vilka av åtgärdsförslagen som ska genomföras/prövas.

En risk- eller händelseanalys ska alltid avslutas med att uppdragsgivaren (verksamhetschef/regionchef) beslutar om vilka åtgärder som ska vidtas mot de bakomliggande orsakerna eller vilka åtgärder som ska vidtas så att konsekvenserna begränsas vid en händelse. Efter detta beslut följer ett förbättringsarbete med implementering av eventuella förändringar i verksamheten.

Attendo Stenbrottet SB tar fram nya risicanalys och reviderar befintliga gemensamt via APT. Medarbetarna är delaktiga i att identifiera risker, komma med förslag på förebyggande åtgärder samt tillsammans bestämmer vi på Stenbrottet SB vem som ansvarar för vad och när risicanalysen skall följas upp. VC har dock det yttersta ansvaret med risicanalyserna.

### Risakanalys



	Sannolikhet UTAN åtgärder	Allvarlighetsgrad UTAN åtgärder			
<table border="1"> <tr><td>Hög</td></tr> <tr><td>Medium</td></tr> <tr><td>Låg</td></tr> </table>	Hög	Medium	Låg	4	Mycket stor - kan inträffa dagligen
	Hög				
	Medium				
	Låg				
3	Stor - kan inträffa varje vecka				
2	Liten - kan inträffa varje månad				
1	Mycket liten - kan inträffa 1 gång/år				
		Katastrofal - dödsfall, självmord, fysiska/sexuella övergrepp, bestående funktionsnedsättning Betydande - allvarlig bestående skada/påtaglig risk för skada av kunds hälsa och utveckling, upprepade psykiska övergrepp, kränkande behandling, annan vanvård inklusive allvarlig försummelse, betydande brister i vårdmiljö Måttlig - risk för skada av kunds hälsa och utveckling, övergående funktionsnedsättning, tillfälliga eller mindre allvarliga brister i omsorgen, tillfällig eller mindre allvarlig försummelse, otillräckligt stöd för att klara sig själv, förlängd vård eller behandlingstid Mindre - obehag eller obetydlig skada för kund			

## Rapporteringskyldighet

### SOSFS 2011:9 6 kap 2 § och 5 kap 4§

Vid nyanställning informeras medarbetaren om rapporteringskyldighet och vad det innebär i praktiken, som föreligger i verksamheten. I den individuella introduktionsplanen ingår även en genomgång i hur verksamheten arbetar med avvikelshantering samt genomgång i vårt inrapporteringsystem.

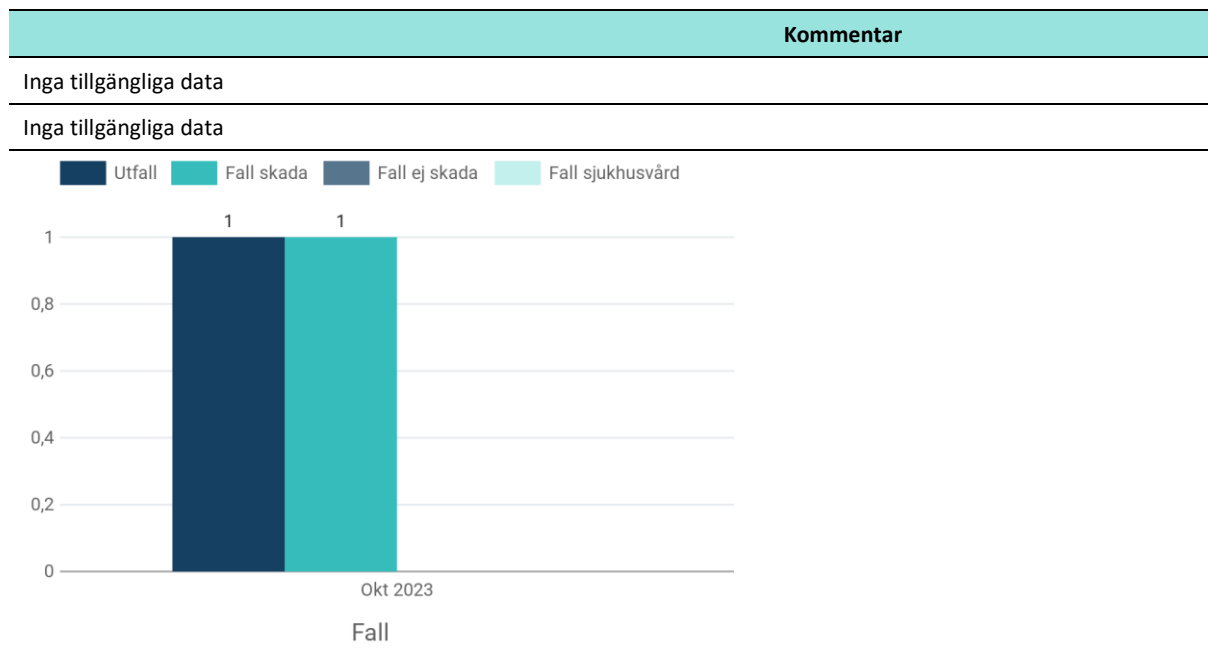
Varje månad lyfts avvikelserna av kvalitetssamordnare eller verksamhetschef på arbetsplatsträff med all ordinarie personal, där åtgärder diskuteras och protokollförs för uppföljning vid nästkommande möte. Vikarier informeras om avvikelshanteringens aktuella månad via mötesprotokoll.

Är avvikelserna av allvarlig karaktär rapporterar verksamhetschef in detta som en "allvarlig händelse", som då skickas till kvalitetsutvecklare för bedömning. Om kvalitetsutvecklare bedömer att avvikelserna ska utredas enligt Lex Sarah eller Lex Maria, skickas avvikelserna vidare till regionchef som utser en extern utredare. Resultatet av utredningen återkopplas alltid till verksamhetschef, som i sin tur informerar medarbetare och andra berörda om resultatet.

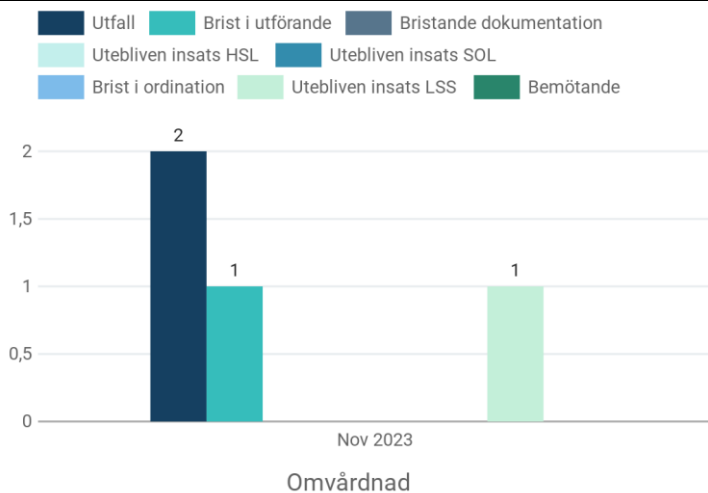
På Attendo Stenbrottet SB har det inte förekommit några avvikelser av allvarlig art under 2023.

På Attendo Stenbrottet SB rapporterar varje enskild medarbetare avvikelser i det digitala systemet Centuri. Centuri infördes i verksamheten i september 2023, dessförinnan användes rapporteringssystemet Attendo Add. Nedan redovisas därför sammanställning av avvikelser från Attendo Add under perioden januari-augusti samt från Centuri under perioden september-december.

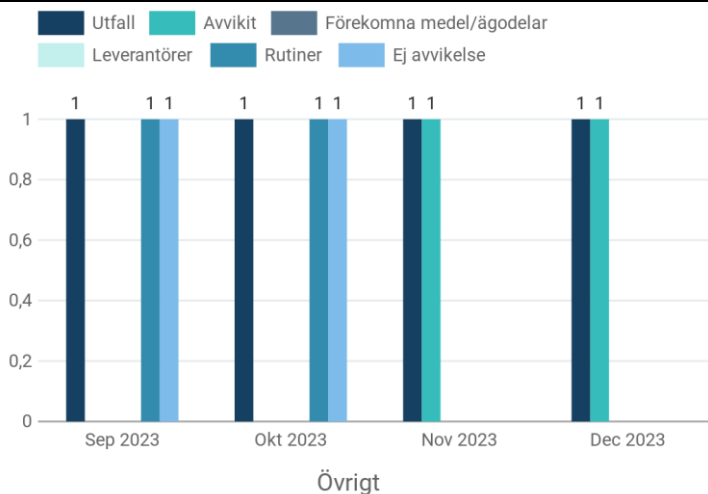
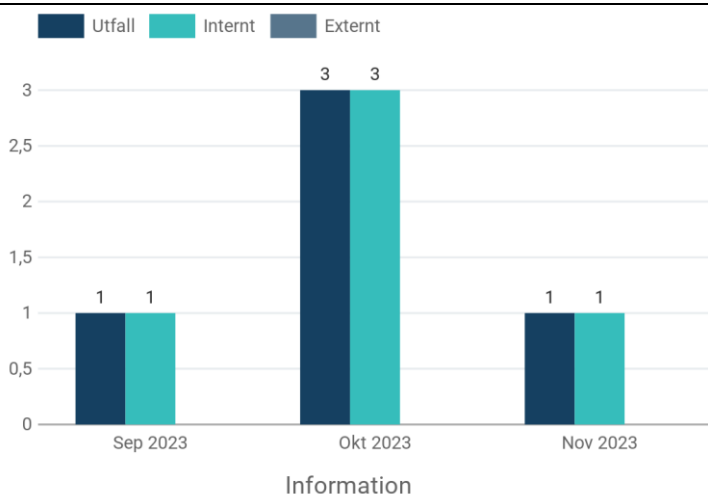
### Avvikelse

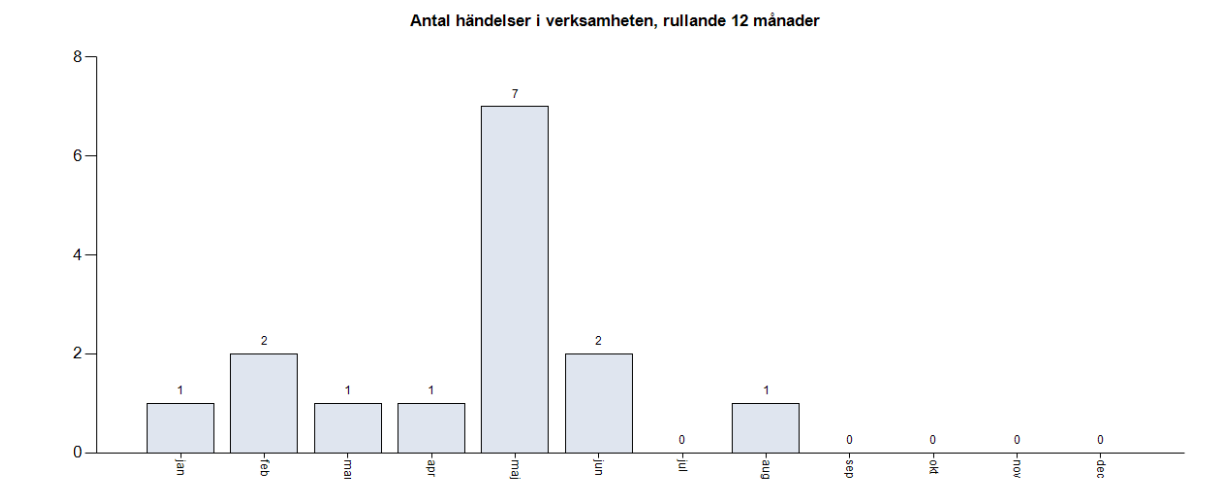
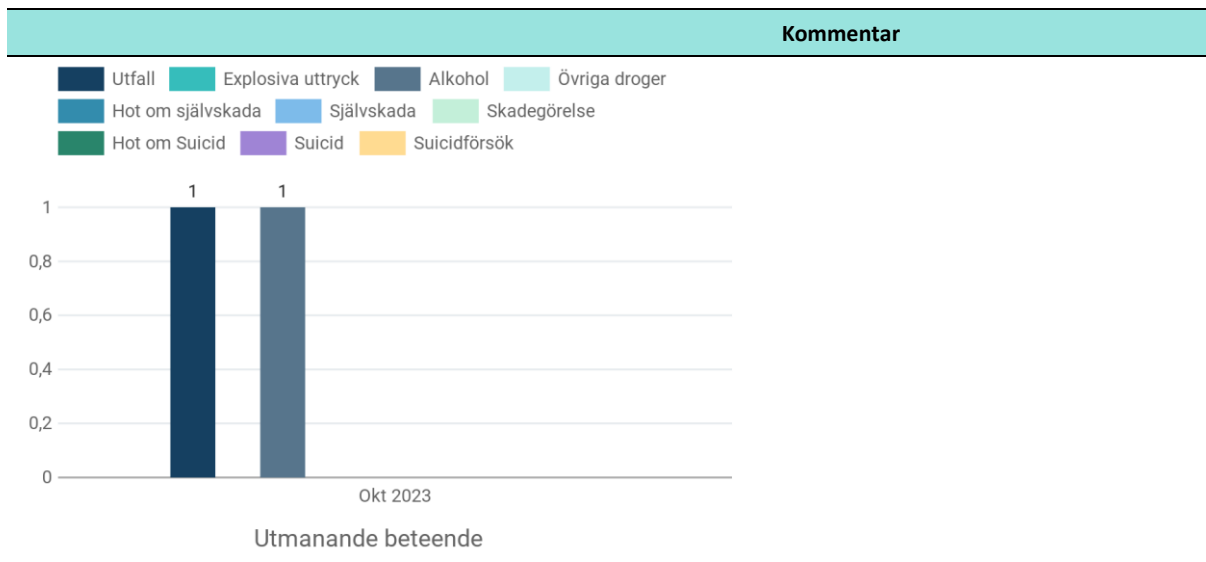


**Kommentar**



Inga tillgängliga data





Under 2023 så rapporterades det in sammanlagt 31 stycken avvikelser, i snitt 2,5 st./ månad. Verksamhetschefens analys visar att åtgärdsområden till stor del har fokuserat på att förbättra kommunikation och information i personalgruppen samt att revidera rutiner och bemötandeplaner utifrån nya upptäckta omsorgsbehov.

**Lex Sarah**

Avvikelser	Utfall	Kommentar
Antal Lex Sarah/Lex Maria med klassificering, samt övriga allvarliga avvikelser		Verksamheten har inga inrapporterade allvarliga händelser under 2023.

## Synpunkter och klagomål

### SOSFS 2011:9 5 kap. 3 §

På Attendo Stenbrottet SB tas synpunkter och klagomål emot via olika typer av forum som exempelvis husmöten, möten tillsammans med anhöriga eller brukare samt vid regelbundna uppföljningar av insatserna. I verksamheten finns även blanketten "Vi vill bli bättre" som kan fyllas i och lämnas till verksamhetschef. Målsättningen är att alla synpunkter som berör Attendos ansvar ska lösas inom organisationen.

När synpunkt eller klagomål inkommer läggs denna in i Centuri av den som mottagit synpunkten eller klagomålet. Därefter mottar verksamhetschef ärendet och utreder det vidare samt vidtar åtgärder. Återkoppling från verksamhetschef till den klagande sker alltid inom 48 h. Anses synpunkt eller klagomål vara av allvarlig art utreds den av extern utredare som utses av regionchef.

Uppföljning av synpunkter och klagomål sker via arbetsplatsträffar och den som lämnat synpunkten samt ärendemöten, d.v.s. möten så som uppföljning av genomförandeplan eller avtalsuppföljning med Härryda kommun.

Synpunkter och klagomål är värdefull information till förbättringsarbetet. En sammanställning av inkomna synpunkter och klagomål görs minst en gång om året i verksamhetens kvalitetsberättelse. Vid frekventa och upprepade inkomna synpunkter och klagomål under en begränsad tidsperiod, genomförs sammanställning och analys mer frekvent.

Under 2023 inkom inga synpunkter och klagomål via avvikelserapportering. Orsaksanalys är att troligtvis både medarbetare, brukare och anhöriga behöver påminnas om möjligheten att lämna synpunkter och klagomål för verksamheten samt hur hanteringen sker. Åtgärd för detta planeras in under 2024, där verksamhetschef går igenom rutin för synpunkt och klagomål tillsammans med all personal. vid husmöte så informeras brukare och vid möten med anhöriga så informeras även de om att kunna lämna synpunkter och klagomål på verksamheten.

## Sammanställning och analys

### SOSFS 2011:9 5 kap. 6§

Analys av Attendos Stenbrottets kvalitetsarbete under 2023.

Verksamheten har blivit godkända i interna revisionen både i kvalitet och medarbetarfrågor. Dock så fanns det osäkerhet i personalgruppen vad som menas med begränsningsåtgärder och tvångsåtgärder.

I dokumentationsgranskningen så blev verksamheten godkänd. Resultatet visade också att det finns vissa brister i genomförandeplanerna om att det saknas tydliga mål och hur målen följs upp.

31 stycken avvikelser rapporterades in under 2023. Sammanställning och analysen visar att verksamheten har anpassade arbetssätt, struktur över insatserna och lokala rutiner men att de behövs uppdateras och kommuniceras med alla medarbetare. Avvikelsena visar också på att medarbetare behöver bli bättre på att kommunicera internt och det förbättringsarbetet har visat på positiva resultat.

Förbättringsområden är att informera brukare och anhöriga om att kunna lämna synpunkter och klagomål för verksamheten.

Förbättringsområde med tillhörande handlingsplan, är att svarsfrekvensen i den nationella brukarundersökningen skall vara minst 5 stycken svarande, så att verksamheten når resultatgränsen.

Förbättringsområden finns också inom området Värderingar - att arbeta mera aktivt med värdegrunden under varje arbetsplatsträff.

Utbildningsinsatser för att stärka kvalitén på Attendo Stenbrottet har under 2023 varit flertal. All personal har genomgått Diplomerat stödpersonskap, några medarbetare har deltagit i utbildning om risk-och händelseanalys samt utredningsmetodik. Några av medarbetarna har utbildats i evidensbaserad praktik.



## Resultat

### SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Målen som sattes upp inför 2023 är uppfyllda till stor del.

- Tillgodose utbildning för nyligen utsedd kvalitetssamordnare.

Målet uppfyllt. Utbildningen genomfördes dock i januari 2024.

- Komplettera med utbildning i diplomerat stödpersonskap för tillsvidareanställda.

Målet uppfyllt. Samtlig personal på Attendo Stenbrottet har deltagit i den fysiska utbildningen.

- Implementera arbetssätt med evidensbaserad praktik, genom att utbilda en metodvägledare samt avsätta handlingsplan för det arbetet under 2023.

Målet är delvis uppfyllt. Två medarbetare har utbildats i evidensbaserad praktik och under arbetsplatsträffar har personalgruppen tillsammans med verksamhetschef kommunicerar runt EBP.

Målet är satt att gälla under 2024.

- Att stärka medarbetares kompetens och brukarkvalitet utifrån nytt avtal med Härryda kommun från och med 2023-05-01.

Målet delvist uppfyllt. Medarbetare har fortbildats under 2023, där fokus varit utbildning i Diplomerat stödpersonskap. Verksamhetschef och medarbetare ser fortsatta behov av fortbildning för att kunna möta och säkra kvalitet för eventuellt en ny målgrupp som placeras på Attendo Stenbrottet. Fortbildning bör ske främst inom arbetsmetoder, ex TEACCH, tydliggörande pedagogik och lågaffektivt bemötande.

- Att få större svarsfrekvens i den nationella brukarundersökningen.

Målet är inte uppfyllt. Verksamheten kom inte upp i tillräckligt antal svarande för att få resultat.

Handlingsplan är framtagen för 2024. Verksamheten fick ett resultat i Attendos egna temp-mätning.

## Övergripande mål för kommande år

Inför 2024 har verksamheten satt upp följande mål:

- Säkerställa ett levande arbete i enlighet med stödpersonskapet, genom implementering av års hjul samt uppnådd systematik i arbetet med SMART: a mål.
- Påbörja arbete med att tillgodose medarbetargruppen med utbildning i Tydliggörande pedagogik enligt TEACCH.
- Arbete med evidensbaserad praktik ska implementeras för minst två brukare. Implementering av arbetssätt sker utifrån en brukare i taget. Medarbetare och verksamhetschef genomför styrning, handledning och uppföljning i arbetssättet.
- Uppnå svarsfrekvens om minst 5 svarande i årets nationella brukarundersökning.
- Öka andelen inrapporterade synpunkter och klagomål.



# Kvalitetsberättelse för Attendo LSS Östra Backa År 2023

## **Datum och ansvarig för innehållet**

2024-02-16 Regional Verksamhetschef Linnéa Olsson

## Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
<b>Övergripande mål</b> .....	<b>4</b>
<b>Ansvarsfördelning</b> .....	<b>4</b>
<b>Mät- och uppföljningsmetod</b> .....	<b>5</b>
<b>Hur det systematiska kvalitetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts</b> .....	<b>6</b>
Uppföljning av åtgärder .....	6
<b>Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser</b> .....	<b>7</b>
Granskning av dokumentationen.....	7
Brukar-, klient- och närståendeundersökningar.....	8
Externa granskningar .....	8
Egenkontroll.....	8
Egenkontroll lokalt kvalitetsledningssystem .....	10
<b>Samverkan</b> .....	<b>15</b>
<b>Riskanalys</b> .....	<b>16</b>
Riskpoäng utifrån sannolikhet och allvarlighetsgrad .....	16
<b>Rapporteringskyldighet</b> .....	<b>17</b>
Avvikelse.....	17
Lex Sarah .....	19
<b>Synpunkter och klagomål</b> .....	<b>20</b>
<b>Sammanställning och analys</b> .....	<b>21</b>
<b>Resultat</b> .....	<b>22</b>
<b>Övergripande mål för kommande år</b> .....	<b>22</b>

## Sammanfattning

Under 2023 har det systematiska kvalitetsarbetet främst berört avvikelser med orsaksområden kopplat till efterföljande av befintliga rutiner, otillräcklig information under introduktion, brister i användandet av anpassad kommunikation i mötet med den enskilde, behov av ökad tydlighet i stödpersonsuppdrag samt ansvarsfördelning mellan roller i verksamheten.

Förbättringsarbetet har inneburit åtgärder i form av utbildningsinsatser inriktade mot aktuell lagstiftning, arbetsmetoder samt innehåll i ansvarsområden. Nya roller har tillsatts i medarbetargruppen avseende kvalitetssamordnare, metodvägledare och stödpedagog. Därtill har revidering av tekniska områden genomförts, så som rutiner, årshjul och arbetsinstruktioner.

Attendo Östra Backa genomgick under 2023 sin första intern revision med ett resultat på 100%, både i den tekniska delen där lokala rutiner, avtal och tillstånd granskas och i den kvalitativa delen där medarbetarnas kunskap om arbetsmetoder, LSS-lagens innehåll och intentioner samt rapporteringskyldighet granskas.

Målsättningarna som sattes upp i föregående kvalitetsberättelse inför 2023 är uppfyllda till stor del. Under arbetet med kvalitetsberättelsen har nya målsättningar för 2024 definierats, med utgångspunkt i det förbättrings- och utvecklingsarbete som påbörjats under föregående år.

Den samlade bedömningen utifrån kvalitetsberättelsen för 2023 är att Attendo Östra Backa har en god systematik i samtliga led avseende inrapportering, identifiering av orsaksområden, anpassade åtgärdsförslag och slutligen utveckling och förbättring av verksamheten.

## Övergripande mål

### SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§

I kvalitetsberättelse avseende 2022 satte verksamheten upp följande mål inför 2023:

- Tillgodose utbildning för nyligen utsedd kvalitetsamordnare
- Öka antalet inrapporterade avvikelser till i genomsnitt minst 5 avvikelser per månad
- Komplettera med utbildning i diplomerat stödpersonskap för nyanställda samt nattpersonal
- Tillgodose utbildning i TAKK (Tecken som alternativ och kompletterande kommunikation) för all ordinarie personal
- Implementera arbetssätt med evidensbaserad praktik, genom att utbilda en metodvägledare samt avsätta handlingsplan för det arbetet under 2023

## Ansvarsfördelning

### SOSFS 2011:9, 3 kap. 3 §

Verksamhetschef ansvarar för att verksamheten har ett lokalt anpassat kvalitetsledningssystem som bygger på Attendos centrala kvalitetsledningssystem samt för att planera, leda, kontrollera och följa upp verksamheten och dess processer samt identifiera och aktualisera nödvändig samverkan. Vidare ansvarar verksamhetschef för att mål för verksamheten formuleras och att dessa nås. Verksamhetschef tar fram, fastställer och dokumenterar rutiner för hur det systematiska förbättringsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna leda, följa upp och utveckla verksamheten. Verksamhetschef ansvarar för att avvikelser i form av klagomål samt för verksamheten aktuella och rapporterade risker och avvikelser utreds. Verksamhetschefens ansvar är även att uppföljning och analys av verksamheten sker, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten och få en utveckling över tid. Minst en gång per år ska verksamhetschef utföra lokal kontroll/verifiering samt dokumentera arbetet i en kvalitetsberättelse.

Kvalitetssamordnare är en representant från medarbetargruppen med intresse för kvalitets- och utvecklingsfrågor och som frivilligt tagit sig an uppdraget. Kvalitetssamordnaren ansvarar för att samordna det löpande kvalitetsarbetet i verksamheten, inbegripande arbetet med avvikelshantering, riskanalyser, handlingsplaner och genomförandeplaner. Kvalitetssamordnare deltar på månatliga kvalitetsmöten.

Stödpedagog ansvarar för att utifrån ett pedagogiskt perspektiv planera, implementera, utvärdera och handleda medarbetare i verksamhetens arbetssätt och metoder. Stödpedagogen har en samverkande och stöttande roll i arbetsteamet och ska agera som en förebild och inspirera sina kollegor i det pedagogiska arbetet. Yrkesrollen innefattar vardagsstöd och kartläggning av individernas förmågor, framförallt kognitiva funktionsnedsättningar. Stödpedagogen förväntas samverka med olika aktörer och nätverk som är viktiga utifrån den enskildes behov och vara ett stöd i omvärldsbevakning kring evidensbaserad praktik.

Alla medarbetare (stödpedagog, stödassistenter och stödbiträden) ansvarar för att arbeta i enlighet med fastställda processer och rutiner, för att aktivt arbeta med vidareutveckling av rutiner och metoder, för att påtala behov av nya rutiner och metoder, för att rapportera risker och avvikelser samt för att rapportera allvarliga händelser enligt rutin.

I det lokala kvalitetsarbetet har alla medarbetare som upptäckt en avvikelse ansvar för att beskriva och rapportera den i rapporteringssystemet Centuri. Verksamhetschef får då ett mail om att en händelse har inträffat i verksamheten och vidtar omgående åtgärder utifrån händelsens karaktär och innehåll. Vid allvarliga avvikelser ska medarbetarna också lämna muntlig rapportering till verksamhetschef omgående. Den som upptäcker händelsen dokumenterar händelsen i journal.

## Mät- och uppföljningsmetod

### SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Avvikelse	Beskrivning	Mätmetod och tolkning av resultat	Uppföljningsmetod
<b>Kost och mathantering</b>	Avvikelse kopplat till kost- och mathantering	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Larm</b>	Avvikelse kopplat till larm och larmhantering.	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Synpunkter</b>	Inkomna synpunkter och klagomål.	Antal inrapporterade synpunkter/klagomål per månad.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Fall</b>	Avvikelse kopplat till fall.	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Omvårdnad</b>	Avvikelse kopplat till omvårdnad.	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Hot och våld</b>	Avvikelse kopplat till hot och våld.	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Information</b>	Avvikelse kopplat till information - både intern och extern.	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Övrigt</b>	Övriga avvikelser	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Utmanande beteende</b>	Avvikelse kopplat till utmanande beteende	Andel inrapporterade avvikelser utmanande beteende per kategori	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
<b>Externa granskningar IVO</b>	Inrapporterade externa granskningar, IVO	Andel granskningar, IVO	Åtgärder utifrån extern granskning registreras och planeras in i Stratsys.
<b>Externa granskningar Apotek</b>	Inrapporterade externa granskningar, Apoteket	Andel granskningar, Apoteket	Åtgärder utifrån extern granskning registreras och planeras in i Stratsys.
<b>Externa granskningar Beställare</b>	Inrapporterade externa granskningar, Beställare	Andel externa granskningar, Beställare	Åtgärder utifrån extern granskning registreras och planeras in i Stratsys.
<b>Externa granskningar Miljö och hälsa</b>	Inrapporterade externa granskningar, Miljö- och hälsa	Andel externa granskningar, Miljö - och hälsa	Åtgärder utifrån extern granskning registreras och planeras in i Stratsys.

I tabellen ovan presenteras en översikt av kategorisering för avvikelser som används i verksamheten samt vilken mätmetod, tolkning av resultat och uppföljning som används utifrån respektive kategori.

Varje månad mäter verksamheten hur antalet avvikelser per kategori har utvecklats för att se hur åtgärderna haft effekt. Detta görs först i början på månad vid kvalitetsmöte där alltid verksamhetschef och kvalitetssamordnare deltar. Avvikelserna följs då upp på organisatorisk nivå, per händelsekategori samt per månad. Exempel på avvikelser per kategori är hot- och våldssituationer, läkemedel, omvårdnad, synpunkter och klagomål.

Efter genomfört kvalitetsmöte skickar kvalitetssamordnare ut protokoll från mötet till övriga kollegor. På arbetsplatsträff (APT) var fjärde vecka diskuterar hela medarbetargruppen vidtagna åtgärder samt följer upp effekten av dessa.

## Hur det systematiska kvalitetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts

### SOSFS 2011:9 7kap §1

Under året har det systematiska kvalitetsarbetet omfattat utvärdering av verksamhetens planering, genomförande, resultat och utveckling. Detta har gjorts genom kvalitetsmöten samt arbetsplatsträffar. För varje möte skrivs protokoll innehållande beslutade åtgärdsförslag samt metod och datum för uppföljning. Vid varje möte följs tidigare mötesprotokoll upp.

Verksamhetens utsedda kvalitetssamordnare utbildades i uppdraget i mars 2023. Ett skifte i rollen som kvalitetssamordnare skedde under september månad, varpå ny kvalitetssamordnare utbildades i november 2023.

Under 2023 har avvikelshantering främst berört följande områden: Larm, Läkemedel, Omvårdnad, Information samt Övrigt. Orsaksområden har kopplats till efterföljande av befintliga rutiner, otillräcklig information under introduktion, brister i användandet av anpassad kommunikation i mötet med den enskilde, behov av ökad tydlighet i stödpersonsuppdrag samt ansvarsfördelning mellan roller i verksamheten.

### Kompetensutveckling och ombudsroller

Under året har all ordinarie personal har genomgått utbildning i Diplomerat stödpersonskap. Stödpersonskapet är ett arbetssätt som syftar till att förverkliga ambitionen om ett personligt stöd, utmärkt service och omvårdnad. Detta utifrån Attendos vision att stärka individen. Målet är ökad kontinuitet, utveckling och trygghet för den enskilde individen. Utbildningen är en fysisk utbildning avseende en heldag där deltagarna får grundläggande kunskaper i LSS-lagstiftningen, genomförandeplan och måluppföljning, riskanalyser samt skydds- och begränsningsåtgärder.

Årshjul för stödpersonskap har introducerats och införts, med syfte att öka tydlighet i uppdragets innehåll samt underlätta löpande arbete samt uppföljning.

Metodvägledare har valts i arbetsgruppen. Metodvägledaren har i uppdrag att arbeta för evidensbaserad praktik i verksamheten samt för att handleda kollegor i arbetssätt och metod. Utvald metodvägledare genomgick utbildning i evidensbaserad praktik i mars. I juni utbildades sedan all ordinarie personal i arbetssättet evidensbaserad praktik.

I slutet av 2023 anställdes en stödpedagog i verksamheten.

### Teknisk kvalitet

Introduktionsmaterial har setts över och arbetats om. Arbetssätt med mentorskap till nyanställda har förtydligats.

Omstrukturering och förtydligande av APT-agenda där tre stående punkter återfinns utifrån varje brukare: Genomförandeplan (status i arbete med aktivt mål), riskanalys (uppföljning och vid behov revidering) samt eventuella nya rutiner. Respektive stödperson ansvarar för att förbereda samt hålla i dessa punkter inför varje möte.

Omarbetning av instruerande rutiner vid insats har påbörjats och kommer att fortsätta under 2024.

### Uppföljning av åtgärder

Uppföljning av åtgärder sker systematiskt via månatliga kvalitetsmöten samt APT-möten var fjärde vecka.



## Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser

### SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

Attendo Östra Backa genomgick ett antal olika lokala och externa kontroller under 2023, däribland intern revision och dokumentationsgranskning samt extern avtalsuppföljning.

Den interna revisionen av kvalitetsarbetet syftar till att säkra företagets interna processer och att mäta att de verksamheter vi driver är av god kvalitet. Revisionen är även ett instrument för att vidareutveckla verksamhetens kvalitet.

Den interna revisionen utförs av en granskare internt inom Attendo, men utan koppling till den verksamhet som är aktuell för granskning. Granskningen är uppdelad i två delar, dels en teknisk och dels en kvalitativ. I den tekniska delen tar granskaren del av lokala rutiner, avtal och tillstånd. I den kvalitativa delen genomförs enskilda intervjuer med minst två medarbetare i verksamheten, där granskaren ställer frågor kopplat till arbetsmetoder, LSS-lagens innehåll och intentioner samt rapporteringskyldighet.

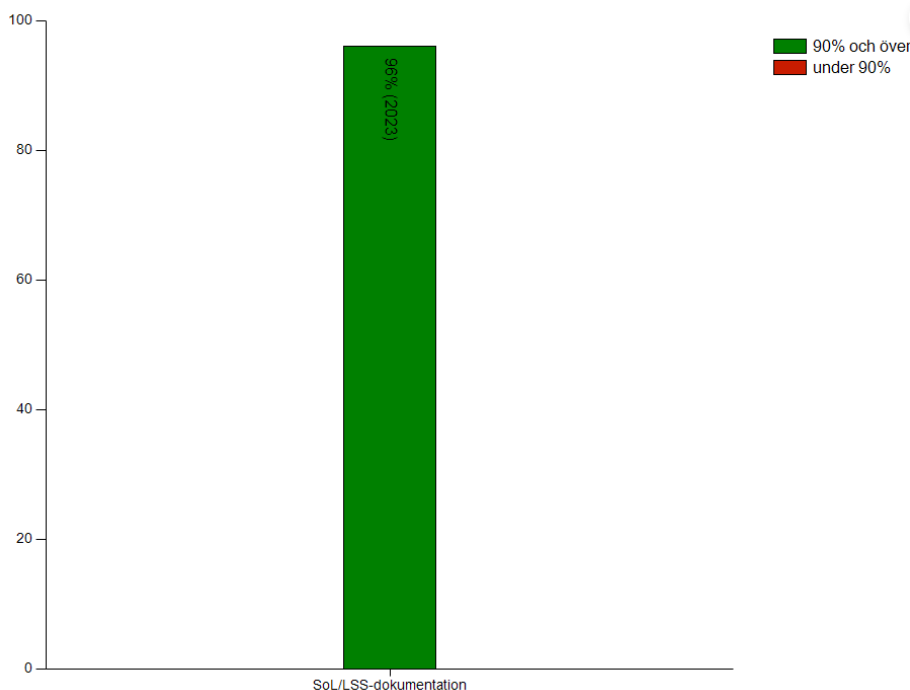
Dokumentationsgranskning utifrån LSS genomförs av verksamhetschef. Granskningen görs utifrån checklista där innehåll i brukarinformation, social dokumentation samt genomförandeplan går igenom. Checklistan berör bland annat kontroll av korrekta kontaktuppgifter, att det sker en systematik i måluppföljning, att revidering av genomförandeplan sker minst 2 ggr/år samt att dagliga anteckningar är regelbundna, tillräckliga, väsentliga och ändamålsenliga samt skrivna med respekt för den enskilde. Ett slumpmässigt urval av minst två journaler granskas, vilket utgör 33% av det totala antalet journaler.

### Granskning av dokumentationen

*Dokumentationsgranskning genomförd i juni 2023 i nytt system Stratsys:*

Kvalitetsindikatorer	Utfall	Antal journaler granskade
Dokumentationsgranskning LSS	100%	2

*Dokumentationsgranskning genomförd i januari 2023 i tidigare system Attendo Add:*



Under 2023 har två stycken dokumentationsgranskningar genomförts av LSS-dokumentationen. Dessa granskningar genomfördes i januari och juni månad med resultat 96% respektive 100%.

Den första granskningen i januari visade brister i dokumentationens innehåll avseende levnadsberättelse samt arbete med mål.

Under våren 2023 har verksamheten haft särskilt fokus på arbetssättet kring mål i genomförandeplaner. Verksamheten arbetar idag med mål i enlighet med modellen SMART: Specifikt, Mätbart, Accepterat, Realistiskt, Tidsatt.

### Brukar-, klient- och närståendeundersökningar

Attendo Östra Backa saknar resultat från brukarundersökningen under 2023, på grund av för låg svarsfrekvens. Verksamheten har 6 stycken brukare och brukarundersökningen kräver minst 5 svar för att få fram resultat på enhetsnivå.

Den låga svarsfrekvensen beror dels på att brukare aktivt valt att tacka nej till att svara på undersökningen, och dels på att verksamhetens medarbetare inte haft kompetens och verktyg för att kunna ställa frågorna på ett sätt som säkerställer att brukaren förstår frågorna. En brukare kan inte delta i undersökningen på grund av kommunikationsnivå.

Det påbörjade arbetet kring evidensbaserad praktik kommer att fortsätta under 2024. I det arbetet har medarbetargruppen påbörjat utveckling av arbetsmetoder kopplat till brukarens egen förmåga att kommunicera till omgivningen. Vidare kommer anställd stödpedagog få i uppdrag att säkerställa att frågeställningar kopplat till brukarundersökningen är väl anpassat utifrån den enskildes kognitiva nivå.

### Externa granskningar

Avtalsuppföljning genomfördes av beställare Härryda kommun i december 2023.

Uppföljningen genomfördes utan leverantörens inblandning och har avsett kontroll av uppgifter. Granskning har skett av kreditupplysning, fakturor samt klagomål och synpunkter. Vidare har tillståndsbevis begärts in från Inspektionen för vård och omsorg, IVO. De bedömningsnivåer som använts är krav godkänt och krav ej godkänt.

Avtalsuppföljningen samlade bedömning är att uppföljda avtalspunkter är godkända utan vidare åtgärder.

### Egenkontroll











Kontroller	Resultat	Analys
<p><b>Finns det förhållningssätt och attityder hos medarbetarna som kan leda till brister i kvaliteten? Hur arbetar ni med värderingar?</b></p>	<p>Verksamheten har utsedd värderingscoach som håller i värderingsövning för medarbetargruppen vid APT.</p> <p>Medarbetargruppen har tillsammans i workshop identifierat fem stycken mindset- och beteendeförflyttningar man vill göra under 2024:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Egna arbetssätt, lösningar -&gt; Samsyn</li> <li>Agerande utifrån erfarenhet/sunt förnuft -&gt; Agerande utifrån evidens</li> <li>Gör saker åt brukarna -&gt; Uppmuntra, motivera, stärka självständighet</li> <li>Reaktiva -&gt; Proaktiva</li> <li>Vad jag som personal vill -&gt; Brukarnas behov och önskemål styr</li> </ul>	<p>Verksamhetens styrkor är en stabil medarbetargrupp med fokus på förbättringsarbete och utveckling.</p> <p>På Attendo Östra Backa eftersträvar vi en öppen och välkomnande kultur, för både medarbetare, brukare, externa besökare. Arbetet på Attendo Östra Backa utgår från den enskilde med fokus på de bärande principerna enligt LSS: Tillgänglighet, inflytande, delaktighet, självbestämmande, helhetssyn och kontinuitet.</p>










Kontroller	Resultat	Analys
<b>Brukarundersökning</b>	Verksamheten saknar resultat från årets brukarundersökning, på grund av för få svarande (under 5 stycken).	Den låga svarsfrekvensen beror dels på att brukare aktivt valt att tacka nej till att svara på undersökningen, och dels på att verksamhetens medarbetare inte haft kompetens och verktyg för att kunna ställa frågorna på ett sätt som säkerställer att brukaren förstår frågorna. En brukare kan inte delta i undersökningen på grund av kommunikationsnivå.
<b>Externa granskningar</b>	Avtalsuppföljning genomfördes av beställare Härryda kommun i december 2023. Uppföljningen genomfördes utan leverantörens inblandning och har avsett kontroll av vissa uppgifter.	Avtalsuppföljningen samlade bedömning är att uppföljda avtalspunkter är godkända utan vidare åtgärder.
<b>Resultatet av Intern revision kvalitet</b>	Verksamheten fick 100% godkänt resultat på intern revision som genomfördes under 2023.	Väl utarbetad kvalitetsledningssystem samt goda kunskaper hos medarbetare kring dess innehåll och syfte. Verksamheten arbetar fortlöpande med att hålla kvalitetsledningssystemet aktuellt
<b>Avvikelsehantering</b>	Kost och mathantering: 3 avvikelser Omvårdnad: 11 avvikelser Information (internt och externt): 13 avvikelser Övrigt: 12 avvikelser Orsaksområden har kopplats till efterföljande av befintliga rutiner, otillräcklig information under introduktion, brister i användandet av anpassad kommunikation i mötet med den enskilde, behov av ökad tydlighet i stödpersonsuppdrag samt ansvarsfördelning mellan roller i verksamheten.	Kost och mathantering: 1 respektive 2 avvikelser under nov-dec. Få till antalet och dess innehåll kopplas till engångsföreteelser. Omvårdnad: Ökning i antal i juli och i november där antalet låg på 3 stycken per månad. Trolig koppling till andel vikarier i verksamheten. Åtgärder insatta utifrån verksamhetsrutiner samt introduktion. Information: Ingen större variation i antal avvikelser per månad. Variation mellan 0-3 stycken. Mestadels kopplat till brister i intern informationsöverföring. Flera mindre åtgärder har satts in under året, så som förtydligande av verksamhetens interna informationskanaler och hur de används samt tydliggörande av rutin för överlämning. Övrigt: Något större ökning av antalet under nov-dec, varav 4 avvikelser respektive månad. Avvikelser kopplade till avvikelse från befintliga verksamhetsrutiner. Orsak kopplat till frånvaro av ordinarie personal där ersättare påbörjade sina tjänster under aktuell period. Åtgärder insatta utifrån verksamhetsrutiner samt introduktion.
<b>Allvarliga avvikelser</b>	Inga allvarliga avvikelser har skett under 2023	Verksamheten har ett välfungerande systematiskt kvalitetsarbete. Genomgång av rapporteringsskyldighet enligt Lex Sarah och Lex Maria genomförs på APT.
<b>Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i öppna jämförelser och resultat från andra verksamheter</b>	Verksamheten har inga resultat att tillgå i öppna jämförelser	
<b>Resultat av dokumentationsgranskning</b>	Januari: 96% Juni: 100%	Åtgärder vidtagna efter första granskningen avseende arbete med mål i planerna
<b>Synpunkter från närstående, brukare och andra</b>	Inga synpunkter eller klagomål finns rapporterade under 2023	Se kvalitetsberättelse 2023 för vidare analys

## Egenkontroll lokalt kvalitetsledningssystem

	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
<i>Processområde värderingsarbete</i>	Aktuell beskrivning av verksamheten och målgruppen	 Ja	
<i>Processområde värderingsarbete</i>	Aktuell laglista	 Ja	
<i>Processområde sekretess och informationssäkerhet</i>	Processbeskrivning för värderingsarbetet	 Ja	
<i>Processområde sekretess och informationssäkerhet</i>	Lokal rutin för verksamhetens värderingsarbete	 Ja	
<i>Processområde sekretess och informationssäkerhet</i>	Lokal rutin för nationella värdegrunden i äldreomsorgen	Ej relevant	
<i>Verksamhet</i>	Processbeskrivning för sekretess och informationssäkerhet	 Ja	
<i>Verksamhet</i>	Lokal rutin för tystnadsplikt	 Ja	
<i>Verksamhet</i>	Lokal rutin för utlämnande av journalhandling?	 Ja	
<i>Verksamhet</i>	Lokal rutin för loggning i digitala journalsystem	 Ja	
<i>Processområde värderingsarbete</i>	Loggkontroller utförda enligt rutin	 Ja	
<i>Processområde sekretess och informationssäkerhet</i>	Lokal rutin för dokumentation i nationella kvalitetsregister, avser alla verksamheter som arbetar med kvalitetsregister	Ej relevant	Verksamheten är ej aktuell för nationella kvalitetsregister
<i>Processområde sekretess och informationssäkerhet</i>	Lokal rutin för sändning och mottagning av sekretesshandling	 Ja	
<i>Processområde sekretess och informationssäkerhet</i>	Processbeskrivning för individdokumentationen	 Ja	
<i>Processområde individdokumentation</i>	Lokal rutin för dokumentation i IT-baserat journalsystem	 Ja	
<i>Processområde individdokumentation</i>	Lokal rutin för dokumentation enligt SoL/ LSS/ HSL inkl. arkivering	 Ja	
<i>Processområde individdokumentation</i>	Lokal rutin för händelsehantering	 Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokal rutin för rapportering och anmälan av risk för – eller missförhållande (lex Sarah)	 Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokal rutin för rapportering och anmälan av risk för-eller vårdskada (lex Maria), avser alla verksamheter som har HSL-ansvar. Verksamheter utan HSL-ansvar ska ha en rutin för hur det rapporteras till vårdgivaren	 Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokal rutin för hur verksamheten arbetar med riskanalyser ur ett kund-och verksamhetsperspektiv	 Ja	

	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokal rutin för hur verksamheten hanterar synpunkter	Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Processbeskrivning inflytande, delaktighet och självbestämmande	Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokal rutin för inflytande och delaktighet	Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokala inskrivnings- och/eller inflyttningsrutiner?	Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokal rutin för välkomstsamtal?	Ja	
<i>Processområde inflytande, delaktighet och självbestämmande</i>	Rutin för hur barnets bästa beaktas, enbart barnverksamheter LSS och IOF	Ej relevant	
<i>Processområde inflytande, delaktighet och självbestämmande</i>	Rutin/manual för matchning av barn och familjehem innan placering, enbart jour-och familjehemsverksamheter	Ej relevant	
<i>Processområde inflytande, delaktighet och självbestämmande</i>	Lokal rutin för stöd till barn och unga med funktionsnedsättning, enbart barn-och ungdomsverksamhet LSS	Ej relevant	
<i>Processområde inflytande, delaktighet och självbestämmande</i>	Processbeskrivning samverkan	Ja	
<i>Processområde inflytande, delaktighet och självbestämmande</i>	Lokal rutin för hur sjuksköterska tar kontakt med läkare samt jourläkare, verksamheter med HSL-ansvar	Ej relevant	Härryda kommun har HSL-ansvar
<i>Processområde inflytande, delaktighet och självbestämmande</i>	Lokal rutin för hur omsorgspersonal tar kontakt med sjukvården/sjuksköterska	Ja	
<i>Processområde samverkan</i>	Lokal rutin för informationsöverföring vid akut besök på sjukhus	Ja	
<i>Processområde samverkan</i>	Lokal rutin för regelbunden samverkan med andra aktörer	Ja	
<i>Processområde samverkan</i>	Processbeskrivning säkerhet	Ja	
<i>Processområde samverkan</i>	Lokal rutin för att följa upp att beviljade insatser utförs	Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för lämplighetsbedömning vid inskrivning, avser HVB och stödboende (HSLF-FS 2016:55 och HSLF-FS 2016:56)	Ej relevant	

	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för att förebygga, uppmärksamma och agera vid sexuella trakasserier/övergrepp.	 Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för hur en drogfri miljö ska upprätthållas, enbart HVB	Ej relevant	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för fall/ fallskada, alla verksamheter inom äldreomsorg	Ej relevant	Ej relevant utifrån aktuell målgrupp
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för hur verksamheten arbetar med skyddsåtgärder för kunderna	 Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för hur medarbetare ska agera när enskild person avviker, inte öppnar eller uteblir från inplanerad träff	 Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för hur man gör en anmälan utifrån SoL § 14:1	 Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för nyckelhantering	 Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för förvaring av kemtekniska produkter, gäller verksamheter där brukarna vistas men inte relevant i hemtjänst/hemsjukvård	 Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokala rutin för hur verksamheten hanterar utmanande beteende	 Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för stick-och skärskador, samtliga verksamheter inom ÄO, LSS och IOF verksamheter som hanterar stickande- och skärande produkter.	Ej relevant	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Processbeskrivning för god och säker hälso-och sjukvård	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för läkemedelshandling, verksamheter med HSL-ansvar	Ej relevant	Härryda kommun har HSL-ansvar
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin/arbetsordning/instruktion för hantering av läkemedel, verksamhet utan HSL-ansvar	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för delegeringar, verksamhet som utför uppgifter enligt HSL eller på delegering enligt HSL.	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för vård i livets slutskede, alla verksamheter i ÄO samt i verksamheter där det kan förekomma.	Ej relevant	Ej relevant utifrån aktuell målgrupp

	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för åtgärder i samband med dödsfall, alla verksamheter och gäller både oväntade och väntade dödsfall	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal basala hygien-och klädrutiner (BHK)	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för förskrivning av inkontinenshjälpmedel, verksamheter med HSL-ansvar	Ej relevant	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för tandvård/munhälsa, verksamheter där enskilda personer har rätt till tandvårdsstöd.	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för nutritionsbedömning, verksamheter inom äldreomsorg samt LSS och socialpsykiatri med kunder >65 år	Ej relevant	Ej relevant utifrån aktuell målgrupp
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin hur undernäring ska identifieras och hanteras, Avser verksamheter som omfattas av SOL, bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt 9 § 8 samt vuxna 9 § 9 LSS. (Ej kortidsverksamheter eller dagligverksamheter inom LSS).	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för fallriskbedömning, verksamheter med kunder >65 år och HSL-ansvar	Ej relevant	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för bedömning av risk för trycksår, verksamheter med kunder >65 år och HSL-ansvar	Ej relevant	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för medicintekniska produkter och utrustning (MTP/MTU), verksamhet med HSL- ansvar. SOL/ LSS-verksamhet utan HSL-ansvar: Rutin ska finnas som beskriver hur medarbetarna ska gå tillväga t.ex. om ett hjälpmedel går sönder	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för egenvård	 Ja	
<i>Processområde Metoder och arbetssätt</i>	Processbeskrivning av metoder och arbetssätt	 Ja	
<i>Processområde Metoder och arbetssätt</i>	Beskrivning av arbetssätt?	 Ja	
<i>Processområde Metoder och arbetssätt</i>	Metodmanual	 Ja	

	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
<i>Processområde Metoder och arbetssätt</i>	<b>Beskrivning av hur standardiserade instrument används</b>	<input checked="" type="radio"/> Ja	
<i>Processområde Metoder och arbetssätt</i>	<b>Strategidokument som beskriver verksamhetens arbete mot en evidensbaserad praktik</b>	<input checked="" type="radio"/> Ja	



## Samverkan

### SOSFS: 2011:9 4 kap. 5 §

Attendo Östra Backa samverkar med flera externa aktörer för att säkerställa kvaliteten i verksamheten. Dessa externa aktörer är bland annat HSL-personal från Härryda kommun, vårdcentral, daglig verksamhet och anhöriga.

Varje år har gruppboenden så kallade brukarmöten med daglig verksamhet, där den enskilde deltar tillsammans med stödpersoner från både boende och arbete. Även verksamhetschef deltar. Vid behov genomför stödpersoner från boendet studiebesök på daglig verksamhet, med syfte att eftersträva ett liknande arbetssätt med den enskilde.

Samverkan med patientansvarig sjuksköterska (PAS) sker regelbundet veckovis samt vid behov. PAS besöker gruppboenden varje fredag, alternativt ringer till gruppboenden för att stämma av ärenden. Samverkan sker även med arbets- och fysioterapeut som besöker verksamheten regelbundet samt deltar vid APT minst två gånger per år.

Verksamheten har ett nära samarbete med anhöriga. På Östra Backa har målgruppen nära relationer till sina anhöriga, varför ett gott samarbete mellan verksamhet och anhöriga är av stor vikt. Respektive stödperson har regelbunden dialog med anhöriga och gode män, utifrån samtycke av den enskilde. Verksamhetschef bjuder in till anhörigträff minst två gånger per år - en gång inför sommaren och en gång i samband med jul.

## Risicanalys

### SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risker kan identifieras genom förestående förändringar i verksamheten, så som organisationsförändringar och införande av nya metoder. Risker i verksamheten kan även identifieras via avvikelserapportering. Verksamheten lyfter regelbundet inträffade avvikelser på APT en gång i månaden, med syfte att identifiera risker samt påbörja åtgärder utifrån ett förebyggande arbetssätt.

Risicanalys genomförs således för att skapa trygghet och förebygga olägenheter genom att etablera en kultur som kännetecknas av att alla tänker efter före och att vi lär av det som sker.

Risicanalys finns för samtliga brukare i verksamheten och uppdateras minst var tredje månad, alternativt tidigare vid förändringar. Respektive stödperson ansvarar för att risicanalys finns och är aktuell. Verksamhetschef samt kvalitetssamordnare finns behjälpliga som stöd i processen.

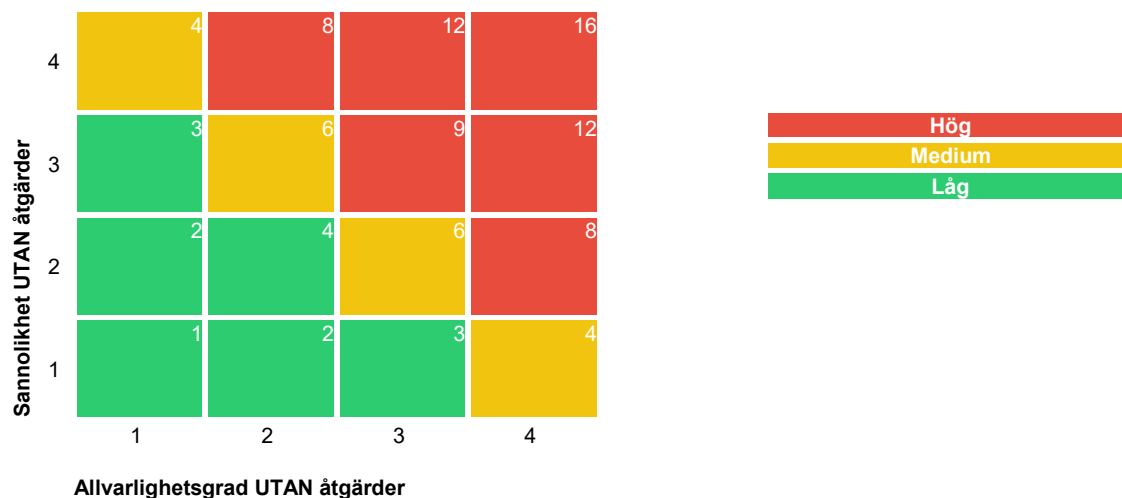
Under 2023 har all ordinarie personal har tillförskaffat sig kunskap i arbete med risicanalys genom utbildning i diplomerat stödpersonskap.

### Risikoöng utifrån sannolikhet och allvarlighetsgrad

Vid arbete med risicanalys genomförs bedömning av risiken utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet. Utifrån bedömningen fås en risikoöng mellan 1-16, vilket i sin tur föranleder nästa steg i analysen.

**Risikoöng 1-6:** Analysteamet avgör om behov av att arbeta vidare med risiken föreligger.

**Risikoöng 8-16:** Risiken är så stor att de bakomliggande orsakerna alltid behöver identifieras.



Sannolikhet UTAN åtgärder	Allvarlighetsgrad UTAN åtgärder
4 Mycket stor - kan inträffa dagligen	Katastrofal - dödsfall, självmord, fysiska/sexuella övergrepp, bestående funktionsnedsättning
3 Stor - kan inträffa varje vecka	Betydande - allvarlig bestående skada/påtaglig risk för skada av kunds hälsa och utveckling, upprepade psykiska övergrepp, kränkande behandling, annan vanvård inklusive allvarlig försummelse, betydande brister i vårdmiljö
2 Liten - kan inträffa varje månad	Måttlig - risk för skada av kunds hälsa och utveckling, övergående funktionsnedsättning, tillfälliga eller mindre allvarliga brister i omsorgen, tillfällig eller mindre allvarlig försummelse, otillräckligt stöd för att klara sig själv, förlängd vård eller behandlingstid
1 Mycket liten - kan inträffa 1 gång/år	Mindre - obehag eller obetydlig skada för kund

## Rapporteringskyldighet

### SOSFS 2011:9 6 kap 2 § och 5 kap 4§

Vid nyanställning informeras medarbetaren om rapporteringskyldighet som föreligger i verksamheten. I den individuella introduktionsplanen ingår även en genomgång i hur verksamheten arbetar med avvikelshantering samt genomgång i vårt inrapporteringsystem.

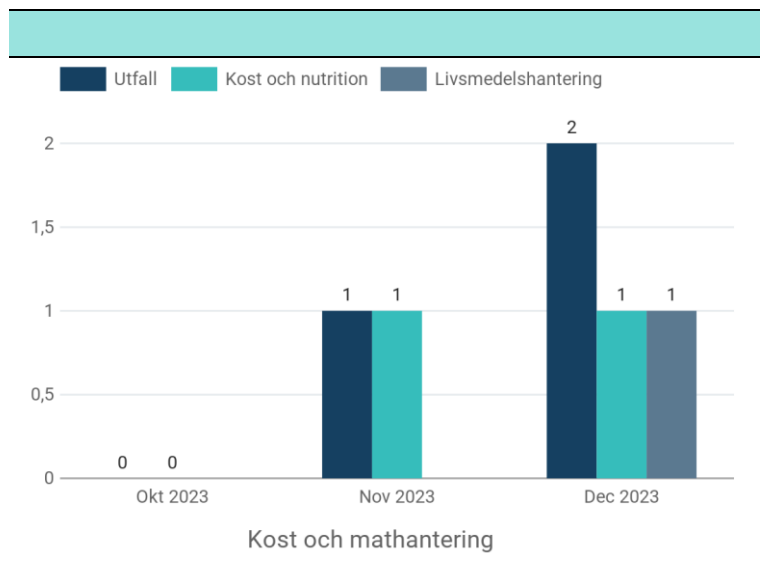
Varje månad lyfts avvikelserna av kvalitetssamordnare eller verksamhetschef på arbetsplatsträff med all ordinarie personal, där åtgärder diskuteras och protokollförs för uppföljning vid nästkommande möte. Vikarier informeras om avvikelshanteringens aktuella månad via mötesprotokoll.

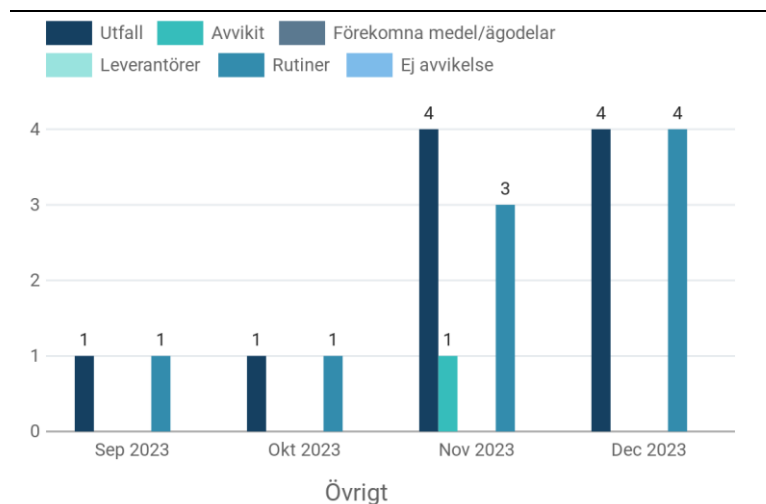
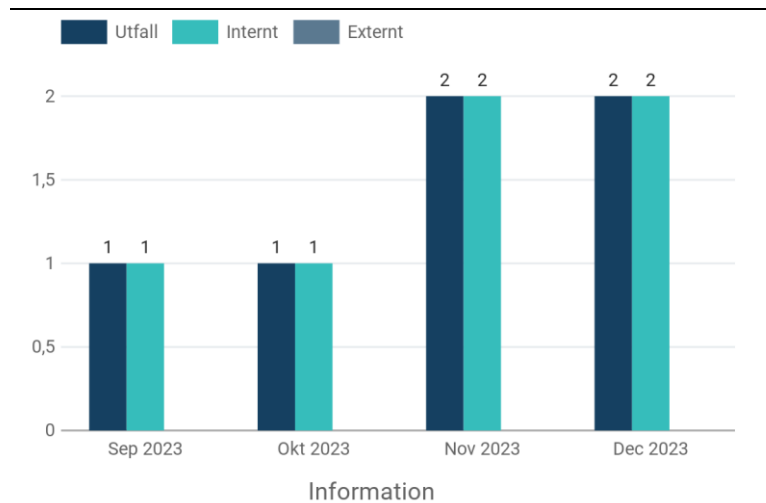
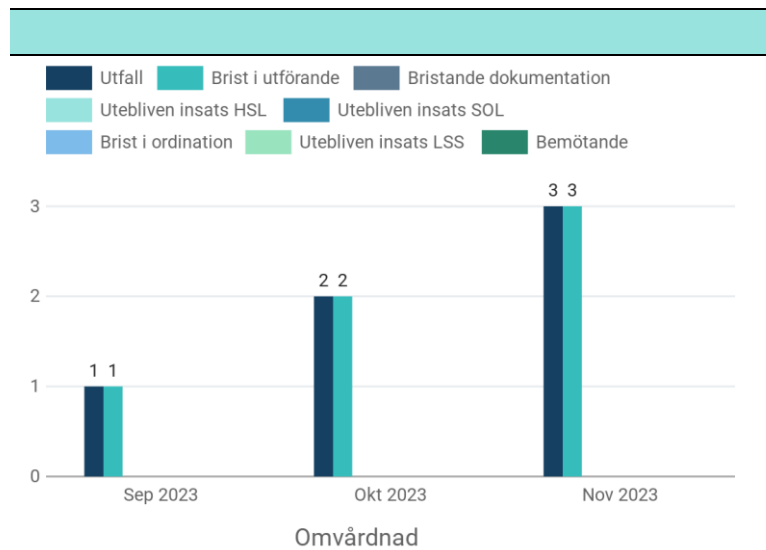
Är avvikelserna av allvarlig karaktär rapporterar verksamhetschef in detta som en "allvarlig händelse", som då skickas till kvalitetsutvecklare för bedömning. Om kvalitetsutvecklare bedömer att avvikelserna ska utredas enligt Lex Sarah eller Lex Maria, skickas avvikelserna vidare till regionchef som utser en extern utredare. Resultatet av utredningen återkopplas alltid till verksamhetschef, som i sin tur informerar medarbetare och andra berörda om resultatet.

På Attendo Östra Backa har det inte förekommit några avvikelser av allvarlig art under 2023.

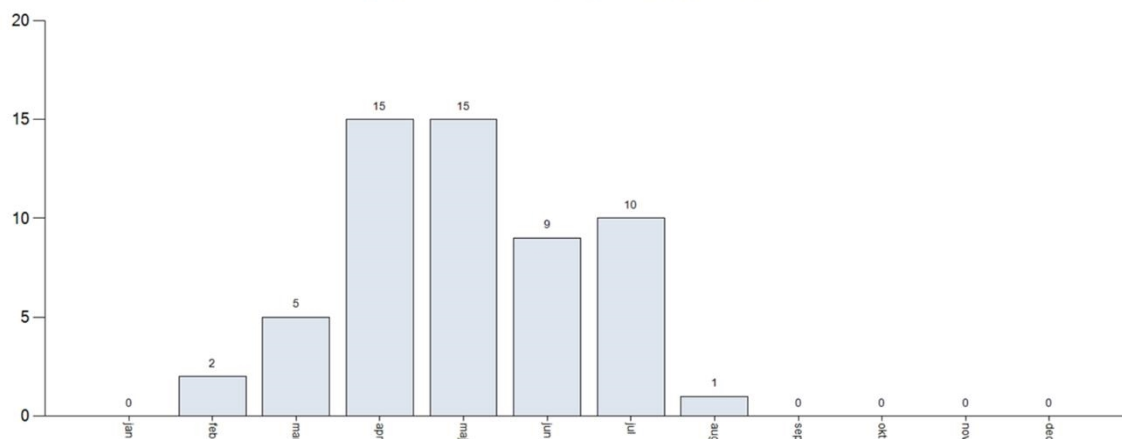
På Attendo Östra Backa rapporterar varje enskild medarbetare avvikelser i det digitala systemet Centuri. Centuri infördes i verksamheten i september 2023, dessförinnan användes rapporteringssystemet Attendo Add. Nedan redovisas därför sammanställning av avvikelser från Attendo Add under perioden januari-augusti samt från Centuri under perioden september-december.

### Avvikelse

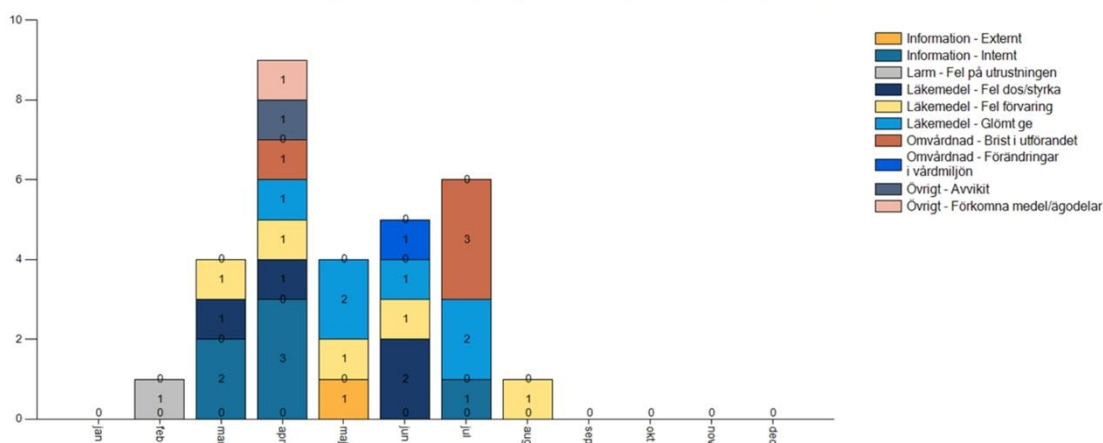




Antal händelser i verksamheten, rullande 12 månader



Antal händelser per kategori och underkategori, rullande 12 månader



### Lex Sarah

Avvikelser	Utfall	Kommentar
Antal Lex Sarah med klassificering, samt övriga allvarliga avvikelser	Inga tillgängliga data	På Attendo Östra Backa har det inte förekommit några avvikelser av allvarlig art under 2023.

## Synpunkter och klagomål

### SOSFS 2011:9 5 kap. 3 §

På Attendo Östra Backa tas synpunkter och klagomål emot via olika typer av forum som exempelvis husmöten, anhörigträffar och vid regelbundna uppföljningar av insatserna. I verksamheten finns även blanketten "Vi vill bli bättre" som kan fyllas i och lämnas till verksamhetschef. Målsättningen är att alla synpunkter som berör Attendos ansvar ska lösas inom organisationen.

När synpunkt eller klagomål inkommer läggs denna in i Centuri av den som mottagit synpunkten eller klagomålet. Därefter mottar verksamhetschef ärendet och utreder det vidare samt vidtar åtgärder. Återkoppling från verksamhetschef till den klagande sker alltid inom 48 h. Anses synpunkt eller klagomål vara av allvarlig art utreds den av extern utredare som utses av regionchef.

Uppföljning av synpunkter och klagomål sker via ärendemöten, d.v.s. möten så som uppföljning av genomförandeplan eller avtalsuppföljning med Härryda kommun.

Synpunkter och klagomål är värdefull information till förbättringsarbetet. En sammanställning av inkomna synpunkter och klagomål görs minst en gång om året i verksamhetens kvalitetsberättelse. Vid frekventa och upprepade inkomna synpunkter och klagomål under en begränsad tidsperiod, genomförs sammanställning och analys mer frekvent.

Under 2023 inkom inga synpunkter och klagomål via avvikelserapportering. Orsaksanalys av den låga andelen är att det dels beror på att verksamheten har etablerat en stabilitet utifrån låg personalomsättning, vilket medfört kontinuitet i stödpersonsuppdraget. Verksamheten har därtill ett stabilt ledarskap där det inte har skett någon omsättning av chef sedan verksamheten startade i Attendos regi 2022. Ovan nämnda förutsättningar möjliggör ett proaktivt arbete förbättringsarbete genom tät och kontinuerlig dialog med samverkansparter.

Resultatet kan även bero på en viss underrapportering i systemen för avvikelshantering. Synpunkter av mindre karaktär förekommer troligen bland den dagliga kontakten mellan medarbetare och anhöriga, utan att det läggs in i systemet av den medarbetare som mottar synpunkten. Åtgärd för detta planeras in under 2024, där verksamhetschef går igenom rutin för synpunkt och klagomål tillsammans med all personal.

## Sammanställning och analys

### SOSFS 2011:9 5 kap. 6§

Totalt antal inrapporterade avvikelser fördelat per kategori under 2023 ser ut enligt följande:

- **Kost och mathantering:** 3 avvikelser
- **Omvårdnad:** 11 avvikelser
- **Information (internt och externt):** 13 avvikelser
- **Övrigt:** 12 avvikelser

Fördelningen av antalet inrapporterade avvikelser per kategori ser ut enligt följande:

- **Kost och mathantering:** 1 respektive 2 avvikelser under november-december.
- **Omvårdnad:** Något högre antal i juli och i november där antalet låg på 3 stycken per månad.
- **Information:** Ingen större variation i antal avvikelser per månad. Variation mellan 0-3 stycken.
- **Övrigt:** Något större ökning av antalet under nov-dec där antalet låg på 4 avvikelser respektive månad.

Orsaksområden har kopplats till efterföljande av befintliga rutiner, otillräcklig information under introduktion, brister i användandet av anpassad kommunikation i mötet med den enskilde, behov av ökad tydlighet i stödpersonsuppdrag samt ansvarsfördelning mellan roller i verksamheten.

Insatta åtgärder är inriktade på uppdatering av verksamhetsrutiner samt introduktionsmaterial, förtydligande av verksamhetens interna informationskanaler och hur de används samt tydliggörande av rutin för överlämning. Därtill har utbildningsinsatser genomförts under året avseende diplomerat stödpersonskap, evidensbaserad praktik samt kvalitetssamordnaruppdraget. Verksamheten har anställt en stödpedagog under slutet av året, vilket skapar ytterligare möjligheter till utveckling av det pedagogiska arbetet under 2024.

Att dra större slutsatser av förbättringsarbetet utifrån statistiken för avvikelser under 2023 är svårt på grund av de små variationer i antalet mellan de olika månaderna. Generellt varierar inrapporterade avvikelser per kategori mellan 0-4 i antal varje månad.

Verksamhetschef har däremot goda förutsättningar att kontinuerligt följa upp effekter av genomförda åtgärder i det dagliga arbetet, vilket möjliggör en bild av insatta åtgärders effekt med koppling till innehållet i enskilda avvikelserapporter. Därtill är medarbetargruppen stabil, vilket leder till kontinuitet och underlättar förbättringsarbete. Den samlade bedömningen utifrån kvalitetsarbetet 2023 är att Attendo Östra Backa har en god systematik i samtliga led avseende inrapportering, identifiering av orsaksområden, anpassade åtgärdsförslag och slutligen utveckling och förbättring av verksamheten.

## Resultat

### SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Målen som sattes upp inför 2023 är uppfyllda till stor del. Kvalitetssamordnare har tillgodosetts utbildning i uppdraget och all ordinarie personal har genomgått utbildning i diplomerat stödpersonskap. Verksamheten har totalt 61 inrapporterade avvikelser under 2023 (inklusive HSL-avvikelser), vilket innebär ett genomsnitt på 5 avvikelser per månad. Målsättningen kring implementering av arbetssättet med evidensbaserad praktik är uppfyllt. Metodvägledare har utsetts och hela arbetsgruppen har utbildats i arbetssättet.

Målsättningen att utbilda all ordinarie personal i TAKK (Tecken som alternativ och kompletterande kommunikation) är delvis uppfyllt. Det har varit svårt att hitta externa utbildningsalternativ i metoden. Verksamheten har genomfört intern kompetensutveckling genom kunskapsdelning på APT via medarbetare som är utbildade i metoden.

## Övergripande mål för kommande år

Inför 2024 har verksamheten satt upp följande mål:

- Säkerställa ett levande arbete i enlighet med stödpersonskapet, genom implementering av årshjul samt uppnådd systematik i arbetet med SMART:a mål.
- Påbörja arbete med att tillgodose medarbetargruppen med utbildning i Tydliggörande pedagogik enligt TEACCH.
- Arbete med evidensbaserad praktik ska implementeras för minst två brukare. Implementering av arbetssätt sker utifrån en brukare i taget. Metodvägledare och stödpedagog samt verksamhetschef genomför styrning, handledning och uppföljning i arbetssättet.
- Uppnå svarsfrekvens om minst 5 svarande i årets brukarundersökning.
- Öka andelen inrapporterade synpunkter och klagomål.



Dokumentbeteckning

## Handlingsplan mot våld i nära relationer för sektorn för socialtjänst

Godkänd av sektorschef Lena Lager

Upprättad 2019-03-13

Uppdaterad 2021-12-08

Johanna Almqvist-Larsson

## **Handlingsplan mot våld i nära relationer för sektorn för socialtjänst**

S

## Innehållsförteckning

Handlingsplan mot våld i nära relationer för sektorn för socialtjänst	1
1 Inledning	4
1.1 Bakgrund .....	4
1.2 Kvalitetssäkring.....	5
1.3 Syfte .....	6
1.4 Mål .....	6
1.5 Uppföljning .....	6
2. Resultatmål	7
3. Ansvar och samverkan	11
a. Intern samverkan .....	11
b. Organisering av relationsvåldsärenden.....	12
c. Kommunens ansvar .....	12
Portalparagrafen.....	12
Brottsofferparagrafen.....	12
Andra relevanta SoL-paragrafer .....	13
När den enskilde vill byta kommun .....	13
Socialnämndens ansvar för den som utövar våld .....	14
Inleda utredning.....	14
Andra relevanta lagstiftningar .....	14
Avvikelseberättelser .....	15
d. Landstingets ansvar .....	15
e. Polismyndighetens ansvar .....	15
f. Åklagarmyndighetens ansvar .....	15
g. Skatteverkets ansvar gällande skyddade personuppgifter .....	16
h. Länsstyrelsens ansvar och arbete .....	16
4. Bilaga 1 : Kunskapsöversikt	18
Bilaga 2: Riskbedömningsinstrument.....	27
Bilaga 3: Exempel på stödinsatser till våldsutsatta .....	27
Bilaga 4: Att ställa frågan om våldsutsatthet.....	27
Bilaga 5: Prata med pictobilder om våld .....	27
Bilaga 6: Reda ut-häfte om våld (Vuxen) .....	27
Bilaga 7: Reda ut-häfte om våld (Barn).....	27
Bilaga 8: Slagen. Ordlös. Maktlös.....	27
Bilaga 9: Webbutbildningar .....	27



## 1 Inledning

### 1.1 Bakgrund

Våld i nära relationer är ett stort samhälls- och folkhälsoproblem, ett allvarligt brott och ett brott mot de mänskliga rättigheterna. Våldet ger allvarliga hälsomässiga, sociala, ekonomiska och juridiska konsekvenser, såväl för individen som för samhället. Våld i nära relationer drabbar både kvinnor och män samt personer med könsöverskridande identitet, men kvinnor drabbas oftare av upprepat och mer allvarligt våld. Förövaren är oftast en man. Många barn upplever våld i sin familj. Enligt Brottsförebyggande rådet (Brå), lever ca 200 000 barn i Sverige tillsammans med en förälder som blivit misshandlad av den andra föräldern. Enligt en beräkning som Socialstyrelsen gjorde 2006 uppskattas kostnaderna för mäns våld mot kvinnor till nästan 3 miljarder kronor per år ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)). Ur ett globalt perspektiv finns uppskattningar om att kostnaderna för våld i hemmet mot barn och kvinnor vida överstiger kostnader förorsakade av inbördeskrig och mord (SOU 2015:55). Våldet kan vara psykiskt, fysiskt, sexualiserat, materiellt, ekonomiskt, latent, relaterat till funktionsnedsättning och/eller hedersrelaterat.

Denna handlingsplan redogör hur sektorn för socialtjänst i Härryda kommun ska arbeta med våld i nära relationer.

Den 1 oktober 2014 trädde nya forskrifter och **allmänna råd** om våld i nära relationer kraft (SOSFS 2014:4). Författningen SOSFS 2014:4 gäller Socialtjänstens och Hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. Socialstyrelsen utfärdade en kompletterande **handbok** till forskrifterna och de allmänna råden, "*Våld – handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*". Författningen och handboken omfattar en vidare målgrupp än de tidigare allmänna råden.

Våld och andra övergrepp mot kvinnor och barn är idag enligt regeringen den mest akuta jämställdhetsfrågan (SOU 2015:55). Regeringen genomför en samlad, flerårig satsning för att förebygga och bekämpa våld i nära relation och hedersrelaterat våld och förtryck. Regeringen arbetar för att mäns våld mot kvinnor ska upphöra och att flickor och pojkar, kvinnor och män ska ha samma rätt till kroppslig integritet, i enlighet med det sjätte jämställdhetspolitiska målet. Regeringen har tagit fram en jämställdhetspolitisk skrivelse; "*Makt mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid*" (Skr. 2016/17:10). Skrivelsen innehåller en **nationell strategi** för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor, inklusive hedersrelaterat våld och förtryck. Strategins fyra målsättningar är:

- Ett utökat och verkningsfullt förebyggande arbete mot våld
- Förbättrad upptäckt av våld och starkare skydd och stöd för våldsutsatta kvinnor och barn
- Effektivare brottsbekämpning
- Förbättrad kunskap och metodutveckling

Strategin och samtliga målsättningar fokuserar tydligt på det våldsförebyggande arbetet. Det handlar bland annat om arbete för att motverka destruktiva normer kopplade till maskulinitet och våld. Det lyfter också vikten av mäns delaktighet för att uppnå en förändring. Strategin gäller på tio år och började gälla den 1 januari 2017.

Socialstyrelsen är ansvarig för att i olika uppdrag ta fram kunskap och metoder, som ska ge förutsättningar att genomföra strategin.

Jämställdhetsmyndigheten har fått i uppdrag att göra strategin känd, stödja samordningen av andra aktörers arbete med strategin, att stödja länsstyrelsernas insatser inom länen samt att följa upp genomförandet av strategin på nationell nivå.

Den 14 juni 2018 beslutade regeringen om Sveriges handlingsplan för **Agenda 2030**. Den innehåller politiska åtgärder för åren 2018–2020 och lyfter fram sex tvärsektoriella fokusområden. Jämlikhet och jämställdhet utgör ett fokusområde. Arbetet mot målet om att kvinnor och män, flickor och pojkar, ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv ska fortsätta. Sverige ska nå ett jämställt samhälle med jämn fördelning av makt och inflytande, ekonomisk jämställdhet, jämställd utbildning, jämn fördelning av det obetalda hem- och omsorgsarbetet och jämställd hälsa, och där mäns våld mot kvinnor upphör. I handlingsplanen redogör man för sektorsövergripande och centrala åtgärder som ska genomföras och som bidrar till ett jämlikt och jämställt samhälle<sup>1</sup>.

Redan den 7 april 2011 antog Europarådet konventionen om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och våld i hemmet, den så kallade Istanbulkonventionen. Sverige skrev under denna i maj 2014 och den trädde i kraft i november samma år. Istanbulkonventionen omfattar alla former av våld mot kvinnor, men parterna uppmanas att tillämpa konventionen på alla som utsätts för våld i hemmet (artikel 2). I konventionen finns bestämmelser om brottsoffers rätt till stödtjänster såsom t.ex. skyddat boende (artiklarna 19, 20 och 22) samt om förebyggande arbete i form av behandlingsprogram för våldsutövare (artikel 16).

## 1.2 Kvalitetssäkring

För att säkerställa att socialtjänstens verksamheter uppfyller de mål som handlingsplanen satt upp är kvalitetssäkringsarbetet viktigt. Kvalitetssäkring av denna handlingsplan sker genom att:

- Handlingsplanens innehåll integreras i socialtjänstens styrnings- och ledningssystem i samband med sektorns verksamhetsplanering.
- Den gemensamma samverkansgruppen för våld i nära relationer med representanter från de olika verksamhetsområdena följer upp handlingsplanen under ledning av planeringsledare årligen. Vid behov görs en revidering av handlingsplanen inför mars månad (Våld i nära relation månad).

---

<sup>1</sup> Se vidare Handlingsplan Agenda 2030, 2018-2012 s 43  
<https://www.regeringen.se/49e20a/contentassets/60a67ba0ec8a4f27b04cc4098fa6f9fa/handlingsplan-agenda-2030.pdf> (hämtat 180829)

### 1.3 Syfte

Syftet med handlingsplanen är att bidra till likabehandling i kommunen för sökande, vara ett stöd för handläggningen där våld i nära relationer påträffas samt säkerställa ett gemensamt synsätt genom att alla anställda ska ha en god kunskap om våld i nära relationer. Kompetensen ska öka, arbetet ska utvecklas, samordnas och genomföras i enlighet med lagstiftning och styrdokument. Våldet ska på så sätt förebyggas och upprepning ska förhindras.

Vidare är syftet med handlingsplanen att tydliggöra de politiska intentionerna för kommunens arbete med våld i nära relationer och socialtjänstens ansvar vid ärenden där våld i nära relationer förekommer.

En grundläggande handlingsplan mot våld i nära relationer innefattar inte instruktioner i alla detaljer. Rutiner ska upprättas på respektive enhet av ansvarig enhetschef, metodhandledare/metodhandläggare eller den på enheten som enhetschefen utser som ansvarig för upprättande av rutiner.

### 1.4 Mål

**Socialtjänstens övergripande mål** är visionärt att våld i nära relationer ska upphöra i Härryda kommun. En handlingsplan för våld i nära relationer medför en mer rättssäker och enhetlig process för den enskilde. Vidare att socialtjänstens resurser ska tillhandhållas på rätt sätt och att arbetsgången ska vara effektiv och verkningsfull.

Kompetens – och kunskapsnivån ska vara hög vad gäller våld i nära relationer och anpassad till socialtjänstens olika verksamhetsområden. Våldsutsatta och våldsutövare ska erbjudas råd, stöd och hjälp av god kvalitet och utifrån sina individuella behov samt genom samverkan och samarbete internt samt med andra myndigheter och organisationer. Målet utgår från ett helhetsperspektiv och riktar sig till kvinnor/män som utsatts för våld, barn som upplevt våld i nära relation samt våldsutövare.

### 1.5 Uppföljning

Handlingsplanen följs upp och utvärderas årligen genom samverkansgruppen<sup>2</sup> samt godkänns av sektorschef.

Handlingsplanen ska vara känd och förankrad hos all personal i organisationen. Ansvariga för implementering och upprätthållande av handlingsplanen är sektorsledningen och verksamhetschef för respektive område.

Se även resultatmål (matris): kapitel 2 – Delmål: Socialtjänstens insatser för våldsutsatta barn, våldsutsatta vuxna och våldsutövare ska följas upp.

---

<sup>2</sup> Se kap 4.1 Intern samverkan

## 2. Resultatmål

Sektorsledning och planeringsledare (ViNR) och övriga planeringsledare på Utvecklings- och uppföljningsenheten utgör verksamhetsstöd i arbetet att uppfylla målen i arbetet mot våld i nära relationer.

Förkortningar:

BF = Barn och familj, FS = Funktionsstöd, HB = Hälsa och bistånd,

HF = Härryda framtid, VO = Vård och omsorg

Alla mål gäller för året, men nederst listas mål med ett extra fokus under 2022. Dessa har plockats ut bland annat för att lagändringar har skett.

**Vision:** Att våld i nära relationer har upphört

**Delmål:** Att alla som arbetar inom sektorn för socialtjänst ska ha kunskap om våld i nära relation

Resultatmål	Aktiviteter	Ansvarig	Tidsram
Sektorn ska implementera handlingsplanen i organisation	Gå igenom handlingsplanen på APT på respektive enhet	BF, FS, HB, HF, VO: Verksamhetschefer informerar respektive ledningsgrupp	2022
All personal ska ha god kompetens gällande våld i nära relationer och på så sätt tidigt upptäcka det relations- och könsbetingade våldet genom att uppmärksamma och ställa frågor om våld  Handläggare som utreder barn som utsatts för eller bevittnat våld har under det senaste året fått fortbildning om våld i nära relationer  Handläggare som utreder vuxna har under det senaste året fått fortbildning	All personal ska få grundläggande utbildning om våld i nära relation; – genomgå basutbildningsdagar som erbjuds via Göteborgs Stad (Dialoga) – internutbildningar som erbjuds – webbutbildning om våld och hedersrelaterat våld och förtryck (se bilaga 8). <b>Webbkurs heder</b>  – andra utbildningar som är relevanta utifrån verksamhetsområde , t.ex. fortbildning	BF, FS, HB, HF, VO: Enhetschef för respektive enhet	Kontinuerligt

om våld i nära relationer			
Använder standardiserade bedömningsmetoden FREDA-kortfrågor för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna	Rutiner om att fråga om våld ska finnas inom de enheter som berörs, likaså dokumentationshantering	Enligt kompetensplan	Kontinuerligt
Använder minst en standardiserad bedömningsmetod vid utredning av vuxna som utsatts för våld	Personal ska ha genomgått adekvat utbildning, vid kompetensbortfall ska det kompensera genom adekvat utbildning	BF: Enhetschef för Relationsvåldsgruppen	Kontinuerligt

**Delmål:** Barn och unga som upplevt eller bevittnat våld i nära relationer ska särskilt uppmärksammas och erbjudas stöd och hjälp på socialtjänsten

Resultatmål	Aktiviteter	Ansvarig	Tidsram
Aktuell rutin för att säkra skolgång för barn i skyddat boende	Rutin upprättas	Enhetschef för Relationsvåldsgruppen	2022

**Delmål:** Sektorn ska arbeta förebyggande mot våld i nära relationer

Resultatmål	Aktiviteter	Ansvarig	Tidsram
Barn och ungdomar ska få tillgång till ett normkritiskt förhållningssätt till könsroller och normer	Metodmaterialet Kärlek börjar aldrig med bråk ska genomföras på alla högstadieskolor i kommunen	Enhetschef inom verksamhet Barn och familj tillsammans med enhetschef elevhälsan UKF	2022
Erbjuder partnersamtal till nyblivna föräldrar som har ett behov	BMC uppmärksammar och kontaktar familjecentral som kan erbjuda samtal	Enhetschef inom barn och familj	2022
Flygplatssamverkan	Ingå i samverkan kring Landvetter	Enhetschef inom barn och familj	2022



	flygplats som Länsstyrelsen håller i		
--	---	--	--

**Delmål:** Personer som utsätts för våld i nära relationer ska få ett gott och professionellt bemötande samt erbjudas stöd och skydd utifrån sina individuella behov

Resultatmål	Aktiviteter	Ansvarig	Tidsram
Erbjuder skyddat boende med biståndsbeslut till kvinnor som utsatts för våld  Erbjuder skyddat boende med biståndsbeslut till män som utsatts för våld	Genomföra riskbedömning, erbjuda skyddat boende vid behov	BF, FS, HB, HF, VO: Samtliga anställda inom socialtjänsten ska informera och hänvisa vart man kan vända sig för akut skydd Relationsvåldshandläggare och socialsekreterare/handläggare utreder samt fattar beslut om biståndsansökan enligt delegationsordning	Kontinuerligt
Aktuell rutin för att inte röja skyddade personuppgifter	Uppdateras	UU	2022
Våldsutsatta erbjuds behovsanpassat stöd enskilt eller i grupp	Bedömning om lämplig insats. Informera om insatser som finns, internt och externt	BF: Relationsvåldgruppen på enheten för barn och unga	Kontinuerligt

**Delmål:** Personer som utövar våld i nära relation ska få ett gott och professionellt bemötande och erbjudas stöd utifrån sina individuella behov

Resultatmål	Aktiviteter	Ansvarig	Tidsram
Våldsutövare erbjuds samtalsstöd enskilt eller i grupp	Bedömning om lämplig insats  Information om insatser som finns, internt och externt	BF: Relationsvåldgruppen/enheten för barn och unga  Familjestödsenheten	Kontinuerligt

**Delmål:** Alla kommuninvånare i Härryda kommun ska veta att de kan vända sig till socialtjänsten för att få hjälp om de utsätts/utsatts eller utsätter någon för våld i nära relationer

Resultatmål	Aktiviteter	Ansvarig	Tidsram
Relationsvåldsgruppens och Familjestödsenheten arbetar gällande relationsvåld ska etableras och vara en välkänd verksamhet för kommunens medborgare. Likväl vart man kan vända sig för råd och stöd.	Information ska finnas på hemsidan och offentliga platser.	BF, FS, HB, HF, VO: Barn och familj ansvarar för att informera om sina verksamheter.	Kontinuerligt
	All personal inom socialtjänsten ska informera om insatser inom socialtjänsten.	All personal inom socialtjänsten har en skyldighet att informera om vart man kan vända sig att få hjälp och stöd.	

**Delmål:** Öka samverkan

Resultatmål	Aktiviteter	Ansvarig	Tidsram
Fortsatt följa organisationen för ViNR i sektorn	Våld i nära – månad, samverkansgrupp	BF, FS, HB, HF, VO, Planeringsledare ViNR	Kontinuerligt
Upprätta samverkan med andra sektorer, kommuner, myndigheter och frivilligorganisationer	Samverka med UTK vad gäller utbildningsinsatser och rutiner  Delta i samverkansforum internt såsom externt	Planeringsledare ViNR	Kontinuerligt

**Fokusmål under 2022**

Resultatmål	Aktiviteter	Ansvarig	Tidsram
Öppnare ingångar för förövare	Förövare ska på ett lätt sätt kunna kontakta kommunen för stöd. Ska arbetas fram	Enhetschef inom barn och familj	2022

Barn som upplevt våld i nära relation ska få stöd i att bearbeta	Överväga polisanmälan vid kännedom om att barn bevittnat våld i nära relation	Enhetschefer inom verksamhet Barn oh familj	Kontinuerlig
Öka samverkan med UKF	Upprätta samverkan	Utvecklingschef UU	2022

### 3. Ansvar och samverkan

Samverkan externt med andra verksamheter, myndigheter och organisationer som berörs är ytterst viktigt för att skapa förutsättningar för att samordna insatser från de olika aktörerna så att de inte motverkar varandra.

Socialtjänsten, sjukvården, polisen, åklagarmyndigheten, brottsoffermyndigheten, kriminalvården samt länsstyrelsen har särskilt ansvar att bekämpa mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer. Andra aktörer och ideella organisationer, såsom kvinnojourer, har också en viktig roll i arbetet. Våldsutsatta har ofta ett omfattande behov av olika myndighetskontakter. Insatserna för de som utsätts för våld förutsätter samverkan. Bristar i samverkan kan leda till allvarliga konsekvenser för den våldsutsatta.

Bestämmelser om att kommunen tillsammans med landstinget ska upprätta en individuell plan när enskild person har behov av insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården finns i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453).

Samverkan gäller endast för sådana uppgifter för vilka det inte föreligger sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller tystnadsplikt enligt 15 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

#### a. Intern samverkan

Inom socialtjänsten i Härryda kommun finns en arbetsgrupp med enhetschefer med representanter från de olika verksamhetsområdena, i syfte att samverka och utbyta kunskap. De ska lyfta gemensamma behov gällande kompetensutbildning och utvecklingsområden för arbetet mot våld i nära relationer samt revidera handlingsplanen mot våld i nära relationer.

Socialtjänsten i Härryda kommun ska samverka internt för att samordna insatser så att de inte motverkar varandra. Socialtjänstens olika enheter samverkar i ärenden där relationsrelaterat våld förekommer för att ge så bra stöd som möjligt. Om insatser ges till flera i en familj, ska samtliga insatser samordnas. Detta ska göras med beaktande av behovet av trygghet och säkerhet hos våldsutsatta och barn som bevittnat våld. Vidare strävar socialtjänsten efter samverkan internt inom kommunen med bl.a. Sektorn för utbildning och kultur.

## **b. Organisering av relationsvåldsärenden**

Relationsvåldsgruppen som är organiserat under enheten för barn och unga hanterar relationsvåldsärenden avseende vuxna personer. Om våld framkommer vid utredning och/eller bedömning av en socialsekreterare/handläggare inom socialtjänsten ska kontakt tas med Relationsvåldsgruppen. Socialsekreterare/handläggare som har uppdagat våldet, oavsett enhet, har ett viktigt samverkansansvar i förhållande till relationsvåldshandläggaren. Relationsvåldshandläggaren är alltid huvudhandläggare i relationsvåldsärendet samt hanterar dokumentation och beslut som rör relationsvåldsärendet. Det är viktigt att relationsvåldshandläggare och socialsekreterare/handläggare i andra ärendetyper samverkar utifrån respektive ansvarsområde så att det finns en gemensam planering för individen vad gäller stöd och eventuella insatser. Socialsekreterare/Handläggare som handlägger ett annat ärende (än relationsvåldsärende) hanterar dokumentation som rör den egna enheten enligt enhetens rutiner samt beaktar nödvändig sekretessmarkering vad gäller dokumentation, akthantering och övrig ärendehantering såsom säkerhetsplanering i samråd med enhetschef eller den enhetschefen utser ansvarig på enheten.

## **c. Kommunens ansvar**

### **Portalparagrafen**

Enligt socialtjänstlagens så kallade portalparagraf i 1 kap. 1 § SoL ska samhällets socialtjänst på demokratins och solidaritetens grund främja människors ekonomiska och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhället. Vidare ska socialtjänsten, med hänsyn till den enskildes ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser. Verksamheten ska bygga på respekt för människors rätt till självbestämmande och integritet.

### **Brottsofferparagrafen**

Den så kallade brottsofferparagrafen i 5 kap. 11 § SoL (2001:453) klargör socialtjänstens ansvar för att brottsoffer och deras närstående får stöd och hjälp. Här poängteras särskilt det ansvar socialtjänsten har för våldsutsatta kvinnor och barn som har bevittnat våld av eller mot närstående. Likaså har socialtjänsten även ansvar för att erbjuda personer med egen våldsproblematik det stöd de behöver.

### **5 kap. 11 § första stycket SoL: Socialnämnden ansvar för brottsoffer**

Till socialnämndens uppgifter hör att verka för att den som utsatts för brott och dennes närstående får stöd och hjälp. Detta omfattar alla brottsoffer, oavsett ålder och kön, och nämnden ska efter individuell bedömning enligt 4 kap. 1 § SoL bevilja behövligt bistånd till dem och deras närstående, om de själva inte kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodoses på annat sätt.

Socialnämnden ska *särskilt beakta att kvinnor* som är eller har varit utsatta för våld eller andra övergrepp av närstående kan vara i behov av stöd och hjälp för att förändra sin situation (5 kap. 11 § andra stycket SoL).

Socialnämnden ansvarar för att ett barn, som utsatts för brott, och dennes närstående får det stöd och den hjälp som de behöver (5 kap. 11 § tredje stycket SoL).

Socialnämnden ska också *särskilt beakta att ett barn* som bevittnat våld eller andra övergrepp av eller mot närstående är offer för brott och ansvarar för att barnet får det stöd och den hjälp som barnet behöver (5 kap. 11 § fjärde stycket SoL).

Socialnämnden skall göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för äldre människor samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om Socialtjänstens verksamhet på detta område (5 kap. 6 § SoL.)

Socialnämnden skall göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för människor med fysiska och psykiskt funktionshinder samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om Socialtjänstens verksamhet på dessa områden (5 kap. 8 § SoL).

Socialnämnden skall erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar nära anhörig som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer närstående som har funktionshinder (5 kap. 10 § SoL.)

#### **Andra relevanta SoL-paragrafer**

- 2 kap. 1 § och 2 a kap. 1 SoL: Socialtjänstens har det yttersta ansvaret för de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver.
- 2 a kap. 3 § SoL: Bosättningskommunens ansvar.
- 2 a kap. 8 och 9 § SoL: Ansökan om insatser i annan kommun.
- 3 kap. 1 § SoL: Vissa uppgifter inom socialtjänsten, m.m.
- 4 kap. 1 § SoL: Rätten till bistånd.
- 11 kap. 1 § SoL: Inleda utredning.

#### **När den enskilde vill byta kommun**

En person som på eget initiativ önskar flytta till en annan kommun får ansöka om insatser i den önskade kommunen om han/hon på grund av våld eller andra övergrepp behöver flytta till en annan kommun, men inte kan göra det utan att de insatser som han/hon behöver lämnas (2 a kap. 8 § 2 SoL). En sådan ansökan ska bemötas som den enskilde var bosatt i inflyttningkommunen och hänsyn får inte tas till att den sökandes behov är tillgodosedda i bosättningskommunen. Bosättningskommunen är skyldig att på begäran bistå med utredning som den andra kommunen behöver för att pröva ansökan (2a kap. 9 § SoL).

Begreppet våld eller andra övergrepp i 2a kap. 8 SoL har samma mening som i 5 kap. 11 § andra stycket SoL, men är inte begränsat till kvinnor och inte heller till att övergreppen ska ha begåtts av en närstående. Individuell bedömning görs av vika personer som anses ha behov av att flytta med anledning av våld eller andra övergrepp, men omfattar vart fall den som har skyddade personuppgifter (se t.ex. prop 2010/11:49 s. 88f).

Biståndsprövningen avseende form av insatser, såsom hjälp att ordna boende eller ekonomiskt bistånd, görs utifrån den enskildes utsatta situation (Socialstyrelsen 2016, *Våld*).

### **Socialnämndens ansvar för den som utövar våld**

I de allmänna råden framlyfts vikten av insatser som riktar sig till våldsutövare är en viktig del i arbetet för att bekämpa och förebygga våld. Vidare att socialtjänsten i detta sammanhang har ett ansvar för att ta ett helhetsgrepp om frågan och se till att hela familjen får den hjälp och det stöd som respektive person behöver. Insatser till våldsutövaren har avgörande betydelse för att förebygga att våldet upprepas. I de allmänna råden framkommer att socialnämnden ska med utgångspunkt i barnets behov kunna erbjuda insatser dels till våldsutövande föräldrar, dels till andra våldsutövande vuxna som bor tillsammans med barn. Nämnden ska vidare, utöver detta, kunna erbjuda våldsutövare insatser som syftar till att de förändrar sitt beteende och upphör med att utöva våld (SOSFS 2014:4, 7 kap.).

### **Inleda utredning**

Socialnämnden ska utan dröjsmål inleda utredning av vad som genom ansökan eller på annat sätt kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden, enligt 11 kap. 1 § SoL. Om det t.ex. kommer in information om att en kvinna utsatts för våld och hon är positiv till att få stöd eller hjälp ska en utredning enligt 11 kap. 1 § SoL inledas. Socialnämnden får dock inte inleda utredning om inte den enskilde själv vill det.

### **Andra relevanta lagstiftningar**

- Föräldrabalken, FB 13a§: Vidtagande av åtgärd utan båda vårdnadshavares samtycke om det krävs med hänsyn till barnets bästa
- Brottsbalken, BrB;

3 kap. 5§ Misshandel

4 kap. 4a§ Fridskränkning och kvinnofridskränkning

4 kap. 5§ Olaga hot

4 kap. 7§ Ofredande

6 kap. 1 § Om sexualbrott

6 kap 1 och 2 §§ Samtyckeslag

- Se även styrande dokument i inledning

### **Avvikelserapportering**

Lex Sarah är den bestämmelse som reglerar rapporteringsskyldigheten inom socialtjänsten. Socialtjänsten är skyldiga att rapportera, utreda och åtgärda pågående missförhållanden som vi upptäcker. Exempel på övergrepp och missförhållanden som utgör ett hot mot den enskildes liv och hälsa är:

- Fysiska: slag, nypningar, hårda tag samt fasthållanden
- Psykiska: hot, bestraffningar, trakasserier, skrämnel och kränkningar
- Ekonomiska: stöld, utpressning eller förskingring
- Sexuella övergrepp
- Brister i omsorgen gällande personlig hygien, mathållning, tand- och munhygien eller den tillsyn som den enskilde får
- Bemötande som klart avviker från grundläggande krav på respekt, självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet
- Andra typer av brister eller risker i verksamheten som kan medföra konsekvenser för den enskildes liv, säkerhet eller fysiska och psykiska hälsa.

#### **d. Landstingets ansvar**

Hälso- och sjukvårdens ansvar är att upptäcka och identifiera våld i nära relationer. Detta gäller bl.a. akutvården, psykiatrin, barnmorskemottagning och mödravårdscentral. Landstinget har program för arbete med personer för utsatta för våld i nära relationer.

VKV är Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer ([www.valdinararelationer.se/vkv](http://www.valdinararelationer.se/vkv)).

Landstinget kan vara behjälpligt med att dokumentera skador hos våldsutsatta. Tandvården dokumenterar tandskador. Personalen har även ett ansvar att ställa frågor om våldsutsatthet samt anmäla oro för barn enligt 14 kap. 1 § SoL.

#### **e. Polismyndighetens ansvar**

Polisen ansvarar för att utreda brott, allt från ofredande till mord, kan vara aktuella. Vidare kan upprepade brott av olika karaktär riktade mot en kvinna i nära relation samlas ihop under rubriceringen grov kvinnofridskränkning. Den våldsutsatta kan göra polisanmälan, men även andra såsom polismyndigheten själv, grannar, anhöriga eller vänner. Vid anmälan om våldsbrott görs en så kallad förundersökning. Polisen är skyldig att rapportera samtliga våldsbrott till socialtjänsten då barn är involverade enligt 14 kap. 1 § SoL.

För mer information, se Polismyndighetens hemsida ([www.polisen.se](http://www.polisen.se)).

#### **f. Åklagarmyndighetens ansvar**



Åklagare ansvarar för att leda polisens brottsutredning, fatta beslut om åtal ska väckas samt föra talan i domstol. Vidare ansvarar även åklagaren för att förmedla information gällande utredning, varför utredning eventuellt läggs ned samt möjliga skadeståndsanspråk.

När den våldsutsatta personen önskat målsägandebitråde via polisanmälan, tas beslut av åklagare om det beviljas eller ej. Man har rätt till målsägandebitråde om man utsatts för sexualbrott, brott mot liv och hälsa som kan innebära fängelsestraff och brott mot frihet och frid.

Målsägandebitrådes uppgift är att ta tillvara den utsattes intressen och styrka, skadeståndsanspråk och kan vara ett stöd under rättegången. Målsägandebitråde är gratis och bistår den utsatte på samma sätt som försvarsadvokaten bistår den misstänkte förövaren.

För mer information om den juridiska processen, se Åklagarmyndighetens hemsida ([www.aklagare.se](http://www.aklagare.se)) samt Brottsoffermyndighetens hemsida ([www.brottsoffermyndigheten.se](http://www.brottsoffermyndigheten.se)).

#### g. Skatteverkets ansvar gällande skyddade personuppgifter

Skatteverket administrerar skyddade personuppgifter för personer som har behov av skydd. Det finns inte några formella krav för att få en sekretessmarkering. Någon form av intyg, exempelvis från socialtjänst, polis, dokument från rättegång eller annan utredning som styrker den våldsutsattas förhållanden bör dock finnas som underlag för bedömningen. Det ska röra sig om ett konkret hot.

Det finns tre grader av skyddade personuppgifter: sekretessmarkering, skyddad folkbokföring och fingerade personuppgifter.

För mer information om de olika graderna besök Skatteverkets hemsida ([www.skatteverket.se](http://www.skatteverket.se)).

#### h. Länsstyrelsens ansvar och arbete

**Länsstyrelsen arbetar för jämställdhet i länet utifrån regeringens nationella jämställdhetspolitik.** Det nationella målet är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. För att uppnå detta har regeringen fastställt sex långsiktiga delmål för jämställdhetspolitiken:

**En jämn fördelning av makt och inflytande.** Kvinnor och män ska ha samma rätt och möjlighet att vara aktiva samhällsmedborgare och forma villkoren för beslutsfattandet

**Ekonomisk jämställdhet.** Kvinnor och män ska ha samma möjligheter i fråga om betalt arbete som ger ekonomisk självständighet livet ut

**Jämställd utbildning.** Kvinnor och män, flickor och pojkar, ska ha samma möjligheter och villkor när det gäller utbildning, studieval och personlig utveckling

**En jämn fördelning av det obetalda hem- och omsorgsarbetet.** Kvinnor och män ska ta samma ansvar för hemarbetet och ha möjlighet att ge och få omsorg på lika villkor



**Jämställd hälsa.** Kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor

**Mäns våld mot kvinnor ska upphöra.** Kvinnor och män, flickor och pojkar, ska ha samma rätt och möjlighet till kroppslig integritet.

#### 4. Bilaga 1: Kunskapsöversikt

##### Våld

Härryda kommun utgår ifrån följande definition; ”Våld är varje handling riktad mot en annan person, som genom att denna handling skadar, smärtar, skrämmer eller kränker, får denna person att göra något mot sin vilja eller avstå från att göra något den vill” (Isdal, 2001).

##### Nära relationer

Handlingsplanen omfattar ”närstående” i enlighet med Socialstyrelsens definition<sup>3</sup> som anges i samband med den så kallade brottsofferparagrafen 5 kap. 11 § socialtjänstlagen (SoL). Socialstyrelsen anger att utgångspunkten för om någon ska betraktas som närstående eller inte, är om det finns en nära och förtroendefull relation mellan den som utövat våldet och den som utsatts för brottet. Exempelvis omfattas makar, sambor, pojk- och flickvänner, föräldrar, styvföräldrar, fosterföräldrar, syskon, barn, mor- och farföräldrar eller andra personer som personen har en nära och förtroendefull relation med.

Vid hedersrelaterat våld kan kretsen av ”nära” utvidgas till andra personer som mer avlägsna släktingar eller andra personer i eller från hemlandet med stort inflytande i den enskildes liv.

Bedömningen av vem som kan betraktas som närstående ska göras utifrån familje- och levnadsförhållanden i det enskilda fallet.

#### Mäns våld mot kvinnor

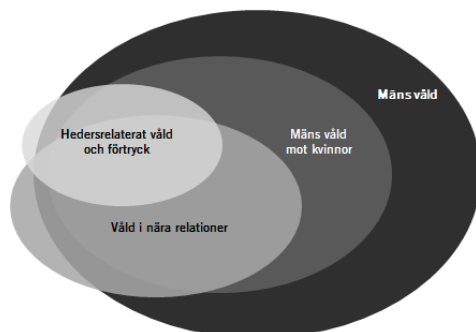
Både kvinnor och män utsätts för våld i nära relationer. Våld förekommer också i samkönade relationer. Våld i nära relation kan drabba vem som helst. Enligt Brottsförebyggande rådet (Brå) uppger knappt 7 procent av befolkningen (7 procent av kvinnorna och 6,7 procent av männen) att de utsattes för våld i en nära relation under 2012. Det innefattar både fysiskt och psykiskt våld. Även om utsattheten verkar ungefär jämnt fördelad mellan könen, så finns det betydande skillnader. I både Brå:s och NCK:s<sup>4</sup> studie framkommer att kvinnorna utsätts för grövre våld. Under 2012 var det tio gånger vanligare att de våldsutsatta kvinnorna hade behövt uppsöka läkare, sjuksköterska eller tandläkare för sina skador. Brottsförebyggande rådets kartläggning visar att drygt var femte person i befolkningen någon gång i livet har varit utsatt för våld i en nära relation. Även här är kvinnorna särskilt utsatta, drygt var fjärde kvinna jämfört med var sjätte man. Förutom att våldet mot kvinnorna är grövre, så är det också i högre grad upprepat. Båda undersökningarna visar att det är betydligt vanligare att kvinnor utsätts för sexuellt våld. Enligt NCK har var femte kvinna och var tjugonde man någon gång i sitt liv utsatts för sexuellt våld (Socialstyrelsen, *Våld*, 2016 s 14). När det gäller dödligt våld i nära relationer är könsskillnaden betydande. Det är fyra till fem gånger vanligare att kvinnor blir dödade av en partner eller före detta partner än att män blir det. Detta bekräftas av

<sup>3</sup> Meddelandeblad december 2009. Socialnämndens arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld.

<sup>4</sup> Nationellt Centrum för Kvinnofrid (NCK)

Socialstyrelsens rapport Dödsfallsutredningar 2012–2013 (Socialstyrelsen 2016, *Våld*, s 15).

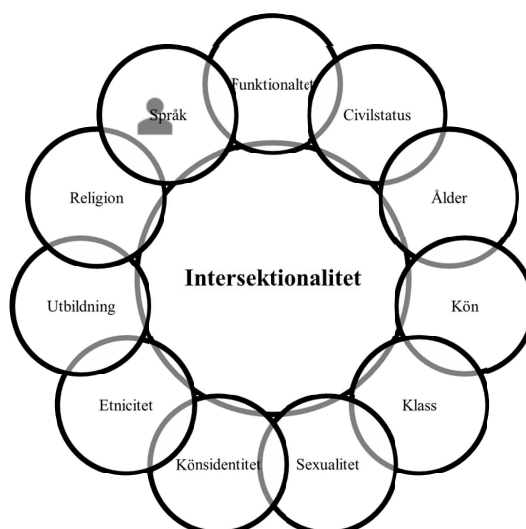
(Källa: SOU 2015:55)



Varje år misshandlas 75 000 kvinnor i en nära relation och 200 000 barn bevittnar våld i hemmet. Men under samma period genomgår endast 1 500 män behandling för sin våldsproblematik (SKL 2011, *Våldsförebyggande arbete med män -en kunskapsöversikt om våldsförebyggande arbete med män*). Mörkertalet är stort, Brå uppskattar att omkring 80 procent av våldet mot kvinnor i nära relationer aldrig polisanmäls. Varje år mördas omkring 13 kvinnor av en man de har eller har haft en kärleksrelation med ([www.bra.se](http://www.bra.se)).

## Våld i nära relationer – några teoretiska perspektiv

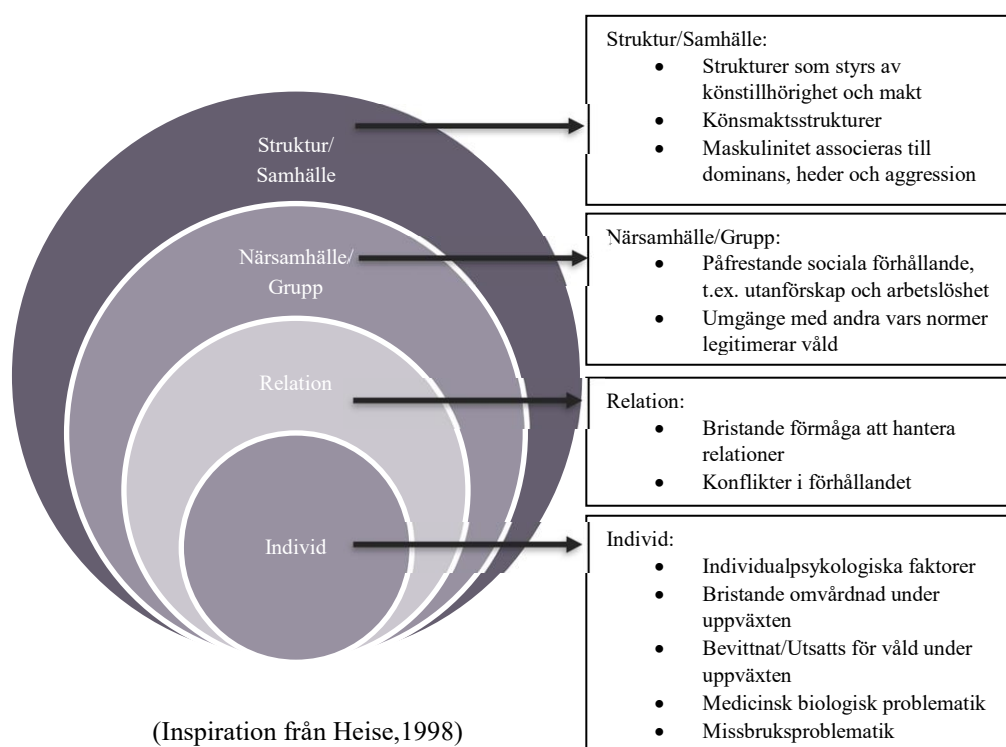
Våld i nära relation förekommer i alla samhällsgrupper och är inte beroende av klasstillhörighet, ålder eller etnicitet. Kön är en viktig aspekt i ojämställda samhällen men det finns fler kategorier än kön som påverkar hur mycket makt en individ har i en relation, vilket brukar beskrivas med begreppet intersektionalitet (SOU 2015:55).



Orsaker till våld i nära relationer kan diskuteras utifrån olika teoretiska perspektiv som utgångspunkt. Våld kan t.ex. ses:

- ur ett strukturellt perspektiv, med fokus på bristande jämställdhet och skev maktfördelning mellan könen
- ur ett samhällsperspektiv som omfattar socioekonomiska förhållanden
- ur ett socialpsykologiskt perspektiv, där fokus sätts på faktorer i relationen, eller
- ur ett individualpsykologiskt perspektiv, med fokus på individuella faktorer.

För att göra bilden mer flerdimensionell och för att fånga komplexiteten i våldet kan perspektiven behöva kompletteras med varandra. Det kan således finnas strukturella orsaker till att våld uppkommer, men ofta kan ett sådant perspektiv behöva kompletteras med andra bakomliggande faktorer. Enligt en ekologisk eller holistisk modell – som bl.a. används av FN-organet WHO – förstås våld utifrån ett samspel mellan strukturella, samhälleliga, relationsbetingade och individuella faktorer. Varken de som utövar våld eller de som utsätts för våld utgör homogena grupper, och det finns inte ett perspektiv eller en faktor som kan förklara allt (Socialstyrelsens 2016, *Våld*).



### **Våldets olika uttrycksformer**

Oavsett uttryck så är syftet med våldet detsamma; att etablera och utöva makt och kontroll genom att skada och skrämja. Våld i nära relationer utmärker sig från andra former av övergrepp då det ofta utövas under en längre period (men kan även ske vid ett enskilt våldstillfälle) och tenderar att öka i intensitet med tiden. Detta kan leda till att våldet mer och mer blir ett både förväntat och till viss del accepterat inslag i den utsattes liv.

Här är några exempel på våldets uttryck:

<b>Fysiskt våld</b>	T.ex. önskad fysisk beröring eller handling som skadar och orsakar smärta; knuffa, hålla fast, släpa, slå, dra i håret, nypa, sparka, hota med vapen.
<b>Psykiskt våld</b>	T.ex. verbala kränkningar med ord och handlingar, nertryckande uttalanden, isolering, hot, och kontroll av olika slag och genom att utöva emotionell utpressning.
<b>Sexuellt våld</b>	T.ex. tvingas utföra sexuella handlingar hon/han inte vill delta i.
<b>Ekonomiskt våld</b>	T.ex. stöld av pengar eller ägodelar, inte ha egna pengar, hindra partner från att arbeta, inte ha insyn i gemensam ekonomi, tvingas skriva på papper/uppge bankkoder, ekonomisk utpressning, ekonomiska olagligheter såsom förfälska namnteckning. Förtrycket skapar begränsat handlingsutrymme och verkar nedvärderande.
<b>Materiellt våld</b>	T.ex. förstöra ägodelar eller slänga saker som personen tycker om. Det kan också vara att tvinga sin partner att själv förstöra viktiga ägodelar av affektvärde för henne/honom.
<b>Försummelse</b>	Avser äldre och personer med funktionsvariation. Aktivt försvårande av vardagen för personer som är beroende av omsorg på grund av funktionsvariation eller ålder. T.ex. hindra tillgängligheten till hjälpmedel genom att t.ex. flytta på eller gömma rullstolen, ej vara behjälplig vid tolkning, gömma hörapparat, felaktig medicinering, bristande hygien, lämna utan tillsyn.

**Digitalt våld** T.ex. hot om våld via telefon och dator, förföljelse på sociala medier, att styrka vistelseplats genom att ringa videosamtal eller gps-app som visar exakt vart man befinner sig.

**Latent våld** Att leva under risk för att utsättas för nytt våld.

### **Särskilt utsatta grupper**

- Kvinnor med missbruks- och beroendeproblematik
- Kvinnor med funktionsnedsättning
- Äldre kvinnor
- Kvinnor som saknar uppehållstillstånd
- Kvinnor/flickor och HBTQ-personer som lever i en hederskontext
- HBTQ-personer
- Barn som upplevt våld

(t.ex. prop. 2006/07:38 s 16 ff eller (SOU 2006:65)

### **Kvinnor med missbruks- och beroendeproblematik**

När det gäller grovt och upprepat partnervåld visar svensk och internationell forskning att det oftast utövas av en man mot en kvinna i en heterosexuell relation. Mäns våld mot kvinnor, såväl inom som utanför nära relationer, ses ur ett feministiskt perspektiv som ett uttryck för en bristande jämställdhet som delvis orsakas av att det finns strukturer i samhället som gör att män som grupp har mer makt än kvinnor (en så kallad könsmaktsordning). Med missbruksproblematiken följer ofta en livssituation som ökar risken för att utsättas för våld. Attityder hos omgivningens är inte sällan att kvinnor med missbruksproblem får ”skylla sig själva” för att de blir utsatta för våld, då våldet ses som en konsekvens av missbruket. Våldsutsattheten förminskas och osynliggörs vilket gör det svårare för dem att få det stöd och den hjälp som de behöver. Det kan vara särskilt svårt för våldsutsatta kvinnor med missbruksproblem att söka hjälp p.g.a. rädsla för att bli dåligt bemött, för att inte bli trodd, för att missbruket ska avslöjas, för att råka ut för sanktioner om missbruket avslöjas och för att bli sedd som en dålig förälder och därmed riskera att få sina barn omhändertagna (t.ex. Socialstyrelsen 2011a, sid 9).

### **Kvinnor med funktionsnedsättning**

Det finns lite forskning kring denna målgrupp och det går inte att ange några säkra siffror på hur stor utsattheten är eller hur våldet ser ut. Studier<sup>5</sup> visar att personer med funktionsnedsättning utsätts för våld i minst lika stor utsträckning som personer utan funktionsnedsättning.

Kvinnor med psykiska och intellektuella funktionsnedsättningar har dock inom forskningen lyfts fram som särskilt utsatta när det gäller att utsättas för våld, särskilt i form av sexuella övergrepp. Utsattheten kan variera utifrån olika typer och grader av funktionsnedsättningar. Inte sällan betraktas personer med funktionsnedsättning som ”könlösa” och icke-sexuella och

---

<sup>5</sup> t.ex. Socialstyrelsen, 2013, ”Fristad från våld” eller Kristensen ”Dubbelt utsatta damer” GU, 2010

identifieras främst med sin funktionsnedsättning. Det bidrar bl.a. till att osynliggöra sexuella övergrepp. Våldet som de utsätts för kan också osynliggöras genom att det förklaras utifrån missförhållanden eller brister i olika verksamheter.

Förutom att utsättas för våld inom partnerrelationer riskerar personer med funktionsnedsättning även att utsättas för våld av personer som de är beroende av för att få vård, stöd och service, som till exempel personal från hemtjänsten eller en personlig assistent. Våldet kan ibland riktas mot själva funktionsnedsättningen vilket kallas för funktionshinderspecifikt våld (t.ex. Socialstyrelsen 2011b).

### **Äldre kvinnor**

Äldre kvinnor är till följd av kroppens naturliga åldrande, funktionsnedsättningar eller sjukdom fysiskt bräckliga, vilket skapar en särskild sårbarhet. När en äldre kvinna som t.ex. har synliga tecken på att ha utsatts för fysiskt våld, finns risk för att skadorna tolkas som en naturlig följd av olyckor eller sjukdomar.

Liksom kvinnor med funktionsnedsättning kan även äldre kvinnor vara beroende av andra i sitt dagliga liv för vård, stöd och service och genom det ha en särskild sårbarhet.

### **Kvinnor utan permanent uppehållstillstånd**

Det som kan göra en kvinna eller person med utländsk bakgrund sårbar är om personen t.ex. saknar (permanent) uppehållstillstånd, har bristande kunskaper i svenska språket, okunskap om sina rättigheter eller bristande socialt nätverk.

Så kallade ”papperslösa”<sup>6</sup> personer saknar tillstånd att befinna sig i landet undviker ofta att göra en polisanmälan av rädsla för att utvisas. De har också svårigheter med att vara målsägande eller vittna i en rättegång av rädsla för att utvisas vid kontakt med rättsväsendet. Detta leder till att de i högre utsträckning än andra riskerar att bli utnyttjade och hotade av personer i sin omgivning. En ansökan om socialtjänst från en person som saknar tillstånd att befinna sig i landet måste prövas av vistelsekommunen enligt principen i 2a kap. 1 § SoL om vistelsekommunens yttersta ansvar.

Asylsökande personer har en liknande sårbarhet som papperslösa då deras legala status ännu inte är beslutad. I de fall en asylsökande person under asyltiden utsätts för våld eller andra övergrepp av en närstående har kommunen enligt 2a kap. 1 § SoL det övergripande ansvaret för att personen får det stöd och den hjälp den behöver. I de fall det är en kvinna ska socialnämnden enligt 5 kap. 11 § andra stycket SoL särskilt beakta att hon kan vara i behov av stöd och hjälp för att förändra sin situation.

Migrationsverket har ansvar för att asylsökande personer över 18 år vid

---

<sup>6</sup> Papperslösa definieras som:

- Personer som vistas i Sverige och aldrig har ansökt om uppehållstillstånd.
- Personer som vistas i Sverige och som har fått avslag på asylansökan.
- Personer som vistas i Sverige som saknar giltigt visum eller uppehållstillstånd.
- Barn som föds i Sverige av papperslösa föräldrar.

(t.ex. prop. 2012/13:109 )

behov beviljas logi, bostadsersättning, dagersättning och särskilt bidrag (1, 2 och 13 §§ LMA, lagen om mottagande av asylsökande m.fl.).

Även personer med tillfälligt uppehållstillstånd utifrån en anknytningsrelation är särskilt utsatta. Om en person kommer till Sverige på grund av giftermål eller samboskap med en svensk medborgare är uppehållstillståndet villkorat relationen. Om relationen består efter två år får personen beviljas uppehållstillstånd. Om relationen upphör innan två år har gått kan personen inte beviljas permanent uppehållstillstånd med anknytningen som grund, utan måste antingen lämna landet eller söka asyl. Detta kan föra med sig att en person tvingas stanna i en våldsam relation till följd av rädsla för att utvisas. Statistik visar att mer än 300 kvinnor med tillfälligt uppehållstillstånd utifrån en anknytningsrelation under 2013 sökte hjälp hos jourer som är knutna till Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige (Roks).

### **Kvinnor och HBTQ-personer som lever i hederskontext**

Hedersrelaterat våld och förtryck definieras av FN som en del av en traditionell familjeideologi, vilken dikterar villkor för kvinnors sexualitet och familjeroll. Identiteter och handlingar som bryter mot dessa normer, exempelvis otrohet, sex före äktenskapet, att umgås med ”fel” personer och i vissa fall även att bli våldtagen, kan ge upphov till starka sanktioner och även dödligt våld. Regeringens definition av hedersrelaterat våld och förtryck, är att det liksom mäns våld mot kvinnor generellt, har sin grund i kulturella föreställningar om kön, makt och sexualitet. I hederstänkandet står föreställningar om oskuld och kyskhet i fokus och familjens rykte och anseende ses som avhängigt flickors och kvinnors faktiska eller påstådda beteende.

Flickor eller kvinnor utsatta för hedersrelaterat våld och förtryck befinner sig i en särskilt utsatt situation eftersom det ofta inte finns möjlighet att få skydd från våldet inom den egna släkten eller familjen. Hedersrelaterat våld och förtryck handlar om våld som är direkt sanktionerat av ett kollektiv.

Kvinnlig könsstympning är en form av hedersrelaterat våld och förtryck som oftast drabbar flickor i spädbarnsålder men kan ske i tonåren också. Övergreppet kan innebära allvarliga fysiska konsekvenser och psykiska konsekvenser såsom traumasymtom och svårigheter till sexuellt umgänge. Tvångsgifte är en annan form hedersvåld som drabbar både unga kvinnor och män (Länsstyrelsen Östergötland, 2018, Skr. 2007/08:39).

Offren vad gäller hedersrelaterat våld och förtryck kan dock vara av olika kön, i olika ålder och behöver inte stå i direkt nära relation till förövaren. Patriarkala normer som följs kollektivt begränsar livsutrymmet och föreställningar om sexualitet är centrala. HBTQ-personer som bryter mot heteronormen och unga HBTQ-personer är särskilt utsatta. Den heteronormativa tolkningen av våldstypen kan försvåra upptäckten av utsatta HBTQ-personer samt identifiering av hotbilden.



### **Våld i HBTQ-relationer**

Våld i HBTQ-relationer förringas inte sällan utifrån att våld ses som en konsekvens av mäns överordning och därmed något som enbart är ett problem som berör heterosexuella relationer (så kallad heteronormativitet). Personer i HBTQ-relationer kan vara mer hänvisade till varandra än heterosexuella par, då det finns en okunskap om HBTQ-relationer och om HBTQ-personers livsvillkor i allmänhet som bidrar till en samhällslig isolering. Det finns en rädsla hos HBTQ-personer att få ett negativt bemötande, vilket hindrar dem från att söka hjälp.

Studien ”*Våldsamt lika och olika – En skrift om våld i samkönade parrelationer*” (2008) visade att 25 procent personerna i studien är och/eller hade varit utsatta för våld, varav 10 procent av sin nuvarande partner. Polisanmälan hade endast gjorts av 6 procent av de 349 personer som deltagit i studien som var eller hade varit utsatta för någon typ av våld.

### **Barn som upplever våld i nära relationer**

Med *barn som upplever våld i nära relationer* avses både barn som har bevittnat våld av eller mot någon närstående vuxen samt barn som själva är eller varit direkt utsatta för våld. Barn är särskilt utsatta vid våld i nära relationer då de är i beroendeställning till sina föräldrar och i stor utsträckning beroende av vuxna för att få stöd och hjälp och kunna förändra sin situation. Barn är personer upp till 18 år (Barnkonventionens 1 § och 1 kap. 2 § SoL).

Barn som lever i familjer där våld förekommer är inte passiva vittnen utan påverkas av våldet, att se en anknytningsperson bli utsatt för våld upplevs ofta värre för barn än när våldet riktas direkt mot dem (NCK, 2018a). Enligt Brå:s rapport 2014:8 rapporteras att ca 200 000 barn blir utsatta eller bevittnar våld, varav hälften upplever våld ofta. Studier visar att den mest framträdande av alla riskfaktorer för att barn skall utsättas för våld i hemmet är att de vuxna använder våld som medel för att lösa konflikter. Detta gäller oavsett vilken part i förhållandet det är som utsätter den andre partnern (Jason 2010, NCK).

### **Personer som utövar våld i nära relationer**

Våldsutövare finns inom alla olika grupper i samhället och är inte beroende av exempelvis klasstillhörighet eller etnisk bakgrund. Olika studier visar att 60-65 procent av vuxna män med ett våldsamt beteende själva varit utsatta för våld. En svensk studie, *Våld mot barn 2006-2007 – en nationell kartläggning*, visar att egen erfarenhet av psykisk eller fysisk misshandel av en förälder leder till en ökad benägenhet att vara positiv till våld.

En viktig del i det förebyggande arbetet är att erbjuda insatser till personer som utövar våld. Våld i nära relationer har i hög utsträckning bevisats vara ett upprepningsbrott och därför kan insatser som syftar till att förebygga återfall och förändra ett våldsamt beteende ha stor betydelse för att våldet ska upphöra. Den person som utövar våld kan även fara illa av sitt beteende och stöd- och hjälpinsatser är viktiga för att få möjlighet att åstadkomma en förändring.

### **Män utsatta i heterosexuella relationer**

Män utsätts sällan för sexuellt våld i heterosexuella relation enligt studier. Det våld som de utsätts för är främst psykiskt. De utsätts även för fysiskt våld, men av förhållandevis mildare grad. Det finns identifierbara grupper vad gäller män i heterosexuella relationer, som i högre utsträckning är utsatta för våld i nära relation än andra män: personer med kortvariga förhållanden, unga personer, personer som har varit utsatta för fysisk eller sexuellt våld som barn och personer som är begränsade i vardagen med anledning av olika fysiska eller psykiska tillstånd samt kroniska sjukdomar (Nyberg, 2013). De våld som utövas mot män av närstående är oftast mindre grovt än det våld som utövas av andra/obekanta. Män anmäler i mindre grad våld som de utsätts för av närstående jämfört med annat våld. Förklaringen kan delvis vara utifrån ett könsrollsperspektiv och att män har svårt att ses som offer (Brå, 2012).

**Bilaga 2: Riskbedömningsinstrument**

Se separat dokument på IDA under Socialtjänst > Våld och hot i nära relation

**Bilaga 3: Exempel på stödinsatser till våldsutsatta**

Se separat dokument på IDA under Socialtjänst > Våld och hot i nära relation

**Bilaga 4: Att ställa frågan om våldsutsatthet**

Se separat dokument på IDA under Socialtjänst > Våld och hot i nära relation

**Bilaga 5: Prata med pictobilder om våld**

Se separat dokument på IDA under Socialtjänst > Våld och hot i nära relation

**Bilaga 6: Reda ut-häfte om våld (Vuxen)**

Se separat dokument på IDA under Socialtjänst > Våld och hot i nära relation eller [www.bildsamt.se](http://www.bildsamt.se)

**Bilaga 7: Reda ut-häfte om våld (Barn)**

Se separat dokument på IDA under Socialtjänst > Våld och hot i nära relation eller [www.bildsamt.se](http://www.bildsamt.se)

**Bilaga 8: Slagen. Ordlös. Maktlös**

Se separat dokument på IDA under Socialtjänst > Våld och hot i nära relation

**Bilaga 9: Webbutbildningar**

Se separat dokument på IDA under Socialtjänst > Våld och hot i nära relation

## Handlingsplan mot hedersrelaterat våld och förtryck

2020-2022

Antagen i Valfärdsnämnden § 67, 2020-03-04

## 1. Inledning

Förvaltningen i Härryda kommun fick i välfärdsnämndens budget och verksamhetsplan för 2019–2021 i uppdrag att gemensamt sektorn för socialtjänst och sektorn för utbildning och kultur ta fram en kommunövergripande handlingsplan mot hedersrelaterat våld och förtryck. Handlingsplanen har ett särskilt fokus på barn och unga i syfte att tidigt upptäcka och förebygga problematiken.

En handlingsplan för våld i nära relation finns sedan tidigare för sektorn för socialtjänst, men har inte ett genomgripande fokus på hedersrelaterat våld och förtryck.

En av Härryda kommuns prioriteringar är arbetet med Agenda 2030. Inom Agenda 2030 är ett av målen jämställdhet och ett annat är minskad ojämlikhet, därför utgör handlingsplanen även en del av det arbetet.

Under hösten 2019 har Härryda kommun arbetat fram och antagit en vision:  
*Härryda - här vågar vi!*

*I Härryda kommun bygger vi framtiden. Här har människor och företag möjlighet att växa och blomstra. Här lyfter idéer och landar lösningar som håller för kommande generationer.*

De tre ledorden för visionen är mod, nytänkande och handlingskraft.

Med visionen om att människor ska ha möjlighet att växa och med kommande generationer i fokus är handlingskraft och mod viktiga hörnstenar i arbetet mot hedersrelaterat våld och förtryck.

### 1.1 Bakgrund

Våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck är ett allvarligt och omfattande folkhälsoproblem såväl i Sverige som i resten av världen. Förenta Nationerna (FN) och dess medlemsstater tar tydligt avstånd från allt våld mot kvinnor och barn genom konventionerna om mänskliga rättigheter (1948), om all slags diskriminering mot kvinnor (1979) och om barns rättigheter (1989). Sverige har som en av FN:s medlemsstater ratificerat samtliga nämnda konventioner. Även barnkonventionen är från den förste januari 2020 svensk lag.

Vid FN-toppmötet 2015 antogs 17 globala mål för hållbar framtid, kallad Agenda 2030. Även dessa mål belyser mäns våld mot kvinnor och mål 5 som har rubriken jämställdhet lyder:

”Alla former av våld mot kvinnor och flickor drabbar såväl individen som samhället i stort och utgör ett hinder för jämställdhet och utveckling. Sociala normer och sedvänjor som sanktionerar ojämställdhet och våld mot kvinnor och flickor måste förändras.”

För att stärka arbetet mot hedersrelaterat våld och förtryck har delmål 5.3 specificerats ytterligare:

”Avskaffa alla skadliga sedvänjor, såsom barnäktenskap, tidiga äktenskap och tvångsäktenskap samt kvinnlig könsstympning.”

Arbetet mot våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck genomsyrar även svensk politik. Regeringen presenterade år 2016 den 10-åriga strategin *Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid*. I strategin ryms regeringens nationella strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor som började att gälla 1 januari 2017. I den statueras mäns våld mot kvinnor som den yttersta konsekvensen av den maktobalans som råder mellan män och kvinnor. Strategin utmynnar i mål om att kartlägga och stärka kompetensen kring hedersrelaterat våld och förtryck.

Som stöd för arbetet för mänskliga rättigheter och mot hedersrelaterat våld och förtryck finns förutom ovan nämnda konventioner och strategier ytterligare föräldrabalken som genom 6 kap. 1 och 11 §§ stärker att:

Barn har rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran. Barn ska behandlas med aktning och får inte utsättas för kroppslig bestraffning eller annan kränkande behandling. Vårdnadshavaren ska i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta större hänsyn till barnets egna synpunkter.

Med denna bakgrund som underlag, och med ett särskilt fokus på konventionen om mänskliga rättigheter och barnkonventionen, har handlingsplanen mot hedersrelaterat våld och förtryck utformats.

## **1.2 Kvalitetssäkring och uppföljning**

För att säkerställa att kommunens samtliga sektorer uppfyller de mål som handlingsplanen satt upp är kvalitetssäkringsarbetet viktigt. Kvalitetssäkring av denna handlingsplan sker genom att:

- Handlingsplanens innehåll integreras i sektoreernas styrnings- och ledningssystem i samband med verksamhetsplanering.
- Handlingsplanen följs upp årligen av styrgruppen för folkhälsa.

## **1.3 Syfte**

Handlingsplanens syfte är att stärka Hälaryda kommuns förmåga att upptäcka, förebygga och åtgärda risker för medborgare, med ett särskilt fokus på barn och ungas risk, att utsättas för hedersrelaterat våld och förtryck. Ytterligare syftar handlingsplanen till att konkretisera de politiska

intentionerna för kommunens arbete med frågan. Att leva ett liv i frihet och fritt från våld och förtryck i hederns namn är en mänsklig rättighet.

Handlingsplanen riktar sig till alla anställda i Härryda kommun med ett särskilt fokus på sektorn för utbildning och kultur och sektorn för socialtjänst.

## **2. Definitioner**

### **2.1 Våld**

Härryda kommun utgår ifrån följande definition av begreppet våld myntad av Isdal: ”Våld är varje handling riktad mot en annan person, som genom att denna handling skadar, smärtar, skrämmer eller kränker, får denna person att göra något mot sin vilja eller avstå från att göra något den vill”

### **2.2 Nära relationer**

Handlingsplanen omfattar ”närstående” i enlighet med Socialstyrelsens definition som anges i samband med den så kallade brottsofferparagrafen 5 kap. 11 § socialtjänstlagen (SoL). Socialstyrelsen anger att utgångspunkten för om någon ska betraktas som närstående eller inte, är om det finns en nära och förtroendefull relation mellan den som utövat våldet och den som utsatts för brottet. Exempelvis omfattas makar, sambor, pojk- och flickvänner, föräldrar, styvföräldrar, fosterföräldrar, syskon, barn, mor- och farföräldrar eller andra personer som personen har en nära och förtroendefull relation med.

Vid hedersrelaterat våld kan kretsen av ”nära” utvidgas till andra personer som mer avlägsna släktingar eller andra personer i eller från hemlandet med stort inflytande i den enskildes liv.

Bedömningen av vem som kan betraktas som närstående ska göras utifrån familje- och levnadsförhållanden i det enskilda fallet.

### **2.3 Hedersrelaterat våld och förtryck**

Regeringens definition av hedersrelaterat våld och förtryck är:

”Hedersrelaterat våld och förtryck liksom mäns våld mot kvinnor generellt, har sin grund i kulturella föreställningar om kön, makt och sexualitet. I hederstänkandet står föreställningar om oskuld och kyskhet i fokus och familjens rykte och anseende ses som avhängigt flickors och kvinnors faktiska eller påstådda beteende. Kontrollen kan sträcka sig från begränsningar i vardagen som rör exempelvis klädval, socialt umgänge och rörelsefrihet till livsval som utbildning, jobb, giftermål och skilsmässa. Det

är inte ovanligt att kontrollen utvecklas till hot om våld och våld och ibland dödligt våld. Pojkar samt homosexuella, bisexuella och personer med könsöverskridande identitet och uttryck kan också drabbas.”

### **3. Ansvar och samverkan**

#### **3.1 Kommunens ansvar**

Kommunen har det yttersta ansvaret för att enskilda får den hjälp och det stöd som hen behöver. Ansvaret regleras i socialtjänstlagen och det är den politiskt tillsatta Valfärdsnämnden som ansvarar för Härryda Kommuns socialtjänst.

Enligt 14 kap. 1 § SoL har alla myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdom skyldighet att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa.

##### **3.1.1 Sektor för utbildning och kulturs ansvar**

Med skola menas all form av pedagogisk verksamhet, så som förskola, grundskola, gymnasium och vuxenutbildning som alla har sin grund i skollagen och FN:s konvention om de mänskliga rättigheterna.

Kultur avser alla de aktörer som möter barn och unga på deras fritid. Personal som arbetar inom fritidsgårdar, bibliotek, kulturskola och med föreningsliv har alla ett stort ansvar i att möta individer, skapa tillitsfulla relationer samt iakttä sin anmälningsplikt till socialtjänsten vid oro för barn och unga.

Skolan har enligt skollagen och läroplan två uppdrag; ett kunskapsuppdrag och ett värdegrundsuppdrag. Skolans värdegrundsuppdrag utgår från det svenska samhällets grundläggande demokratiska värderingar.

Enligt 1 kap. 5 § skollagen ska utbildningen utformas i överensstämmelse med grundläggande demokratiska värderingar och de mänskliga rättigheterna som människolivets okränkbarhet, individens frihet och integritet, alla människors lika värde, jämställdhet samt solidaritet mellan människor. Var och en som verkar inom utbildningen ska främja de mänskliga rättigheterna och aktivt motverka alla former av kränkande behandling.

Skolan har som ansvar att på socialnämndens initiativ samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs, i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa. (29 kap. 13 § skollagen). Bestämmelser om skyldighet att anmäla till socialnämnden att ett barn kan



behöva nämndens skydd finns i 14 kap. 1 § SoL. Uppföljning sker i samråd mellan socialtjänst och rektor/elevhälsa.

### **3.1.2 Sektor för socialtjänsts ansvar**

Enligt socialtjänstlagens så kallade portalparagraf i 1 kap. 1 § SoL ska samhällets socialtjänst på demokratins och solidaritetens grund främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhället. Vidare ska socialtjänsten, med hänsyn till den enskildes ansvar för sin och andras sociala situation, inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser. Verksamheten ska bygga på respekt för människors rätt till självbestämmande och integritet.

Den så kallade brottsofferparagrafen i 5 kap. 11 § SoL klargör socialtjänstens ansvar för att brottsoffer och deras närstående får stöd och hjälp. Här poängteras särskilt det ansvar socialtjänsten har för våldsutsatta kvinnor och barn som har bevittnat våld av eller mot närstående. Likaså har socialtjänsten även ansvar för att erbjuda personer med egen våldsproblematik det stöd de behöver.

Välfärdsnämnden ansvarar för att barn, som utsatts för brott, och deras närstående får det stöd och den hjälp som de behöver (5 kap. 11 § tredje stycket SoL). Välfärdsnämnden ska också särskilt beakta att ett barn som bevittnat våld eller andra övergrepp av eller mot närstående är offer för brott och ansvara för att barnet får det stöd och den hjälp som barnet behöver (5 kap. 11 § fjärde stycket SoL).

Välfärdsnämnden ska utan dröjsmål inleda utredning av vad som, genom ansökan eller på annat sätt, kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden, enligt 11 kap. 1 § SoL. Om socialtjänsten mottar information om att en kvinna utsatts för våld och hon är positiv till att få stöd eller hjälp ska en utredning enligt 11 kap. 1 § SoL inledas. Välfärdsnämnden får inte inleda utredning utan personens samtycke om personen är över 18 år.

#### Välfärdsnämndens ansvar för den som utövar våld

I de allmänna råden (7 kap. SOSFS 2014:4) framlyfts vikten av insatser som riktar sig till våldsutövare och är en viktig del i arbetet för att bekämpa och förebygga våld. Insatser mot våldsutövaren har en avgörande betydelse för att förebygga att våldet upprepas. Vidare lyfts fram att socialtjänsten i detta sammanhang har ett ansvar för att ta ett helhetsgrepp om frågan och se till att hela familjen får den hjälp och det stöd som respektive person behöver. I de allmänna råden framkommer att socialnämnden, med utgångspunkt i barnets behov, bör kunna erbjuda insatser dels till våldsutövande föräldrar, dels till andra våldsutövande vuxna som bor tillsammans med barn. Nämnden bör vidare, utöver detta, kunna erbjuda våldsutövare insatser som syftar till att de förändrar sitt beteende och upphör att utöva våld.

### 3.1.3 Övriga sektorer och extern samverkan

För att få ett helhetsgrepp om problematiken med hedersrelaterat våld och förtryck krävs att samtliga sektorer i kommunen är inblandade och delaktiga i arbetet.

Det är av stor vikt att formalisera samverkan med externa aktörer såsom hälso- och sjukvård, polis, frivilliga organisationer, åklagare osv. För en enskild som har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska en individuell plan upprättas enligt 2 kap. 7 § SoL.

## 4. Resultatmål

I handlingsplanen har fyra stycken delmål definierats som alla syftar till att upptäcka, förebygga och åtgärda risker med hedersrelaterat våld och förtryck: att öka kompetensen hos medarbetare, att skapa struktur och rutiner, att arbeta fram tydlig information om stödinsatser samt en ökad samverkan.

Utöver de fyra delmålen ska Härryda kommun även delta vid eventuell uppstart av regionalt stödcentrum för personer utsatta för hedersrelaterat våld och förtryck, som samordnas via GR.

Insatserna ska rymmas inom befintlig budget hos respektive verksamhet.

Förkortningar:

SOC = Sektorn för socialtjänst

UTK = Sektorn för utbildning och kultur

TOF = Sektorn för teknik och förvaltningsstöd

SC = Sektorchef

EC = Enhetschef

PL ViNR = Planeringsledare våld i nära relation på Utvecklings- och Uppföljningsenheten inom socialtjänsten

Sektorsledning, PL ViNR och övriga planeringsledare på Utvecklings- och uppföljningsenheten utgör verksamhetsstöd i arbetet med att uppfylla målen i arbetet mot hedersrelaterat våld och förtryck.

### Delmål 1:

Att öka kompetensen om hedersrelaterat våld och förtryck bland anställda i Härryda kommun

Resultatmål	Aktiviteter	Ansvarig	Tidsram	Uppföljning
-------------	-------------	----------	---------	-------------

All personal ska ha grundläggande baskunskap om samt veta vart de ska hänvisa personer utsatta för hedersrelaterat våld och förtryck	En nanolearning ska arbetas fram och skickas ut till all personal	Arbetas fram av PL ViNR Alla sektorer genomförande	2020	PL ViNR följer upp via statistik vid årsslut 2020
Handlingsplanen ska implementeras i samtliga sektorer	SC ansvarar för att implementera handlingsplanen utifrån verksamhetens specifika förutsättningar och behov	Alla sektorer	2020	PL ViNR följer upp med SC vid årsslut 2020
Personal som möter barn och unga ska ha god kompetens gällande hedersrelaterat våld och förtryck	Webbutbildning (ca 2 h)	UTK SOC TOF: Kontaktcenter	2020	PL ViNR följer upp med EC vid årsslut 2020 samt 2021
	Dialogas grundutbildning (en halvdag)	UTK: Elevhälsoteam, chefer SOC TOF: Kontaktcenter	2020-2021	

## Delmål 2:

Att skapa struktur och rutiner kring arbetet mot hedersrelaterat våld och förtryck

Resultatmål	Aktiviteter	Ansvarig	Tidsram	Uppföljning
Det finns upprättade rutiner för hur enheten ska arbeta med frågan	Enhetsspecifika rutiner ska framarbetas	SOC UTK Övriga sektorer vid behov	2020	PL ViNR följer upp med EC vid årsslut 2020
All personal ska känna till den enhetspecifika rutinen	EC ansvarar för att rutinen går igenom på APT	SOC UTK Övriga sektorer vid behov	2020	PL ViNR följer upp med EC vid årsslut 2020
Standardiserade bedömningsmodeller ska användas vid utredning av utsatthet för hedersrelaterat våld och förtryck	Personal som utreder utsatthet ska utbildas i metoden Patriark eller andra för klienten anpassade bedömningsmodeller	SOC	2020-2021	PL ViNR följer upp med EC vid årsslut 2020 och 2021

**Delmål 3:**

Att tydlig information ska finnas lättillgänglig för medborgare i Härryda kommun om vilka stödinsatser som finns i kommunen

Resultatmål/ Mål	Aktiviteter	Ansvarig	Tidsram	
Information om hedersrelaterat våld och förtryck ska finnas på allmänna platser i Härryda kommun.	Befintligt informationsmaterial om stödinsatser från Härryda kommun ska anpassas till att inkludera hedersrelaterat våld och förtryck	Berörda sektorer	2020-2021	PL ViNR följer upp med EC vid årsslut 2020 och 2021
	Informationsmaterial ska spridas och finnas tillgänglig inom den egna verksamheten	Alla sektorer	Kontinuerligt	
	Nationellt informationsmaterial ska beställas och finnas synligt i verksamheter som berör målgruppen	Berörda sektorer	Kontinuerligt	

**Delmål 4:**

Att öka samverkan

Resultatmål	Aktiviteter	Ansvarig	Tidsram	
Hedersrelaterat våld och förtryck ska lyftas in i ViNR- organisationen	Hedersrelaterat våld och förtryck är en stående punkt på alla möten	PL ViNR	Kontinuerligt	PL ViNR
Hedersrelaterat våld och förtryck ska lyftas in i redan befintlig samverkansgrupp mellan SOC och UTK	Frågan behandlas och beslutas om av verksamhetschefer. Frågan implementeras i utsedd samverkansgrupp	VIS-gruppen	2020 därefter kontinuerligt	PL ViNR följer upp med VIS-gruppen
Arbeta för att öka extern samverkan	Utforma samverkansavtal	PL UU	2020 - 2021	PL ViNR

## **5. Bilagor**

Bilaga 1: Kunskapsöversikt

Bilaga 2: Observationspunkter

Bilaga 3: Webbutbildningar

Bilaga 4: Telefonnummer/länkar

Bilaga 5: Litteratur och informationsmaterial

Bilaga 6: Förslag på lokala rutiner

## **Bilaga 1 - Kunskapsöversikt**

### **1. Våld i nära relationer och mäns våld mot kvinnor**

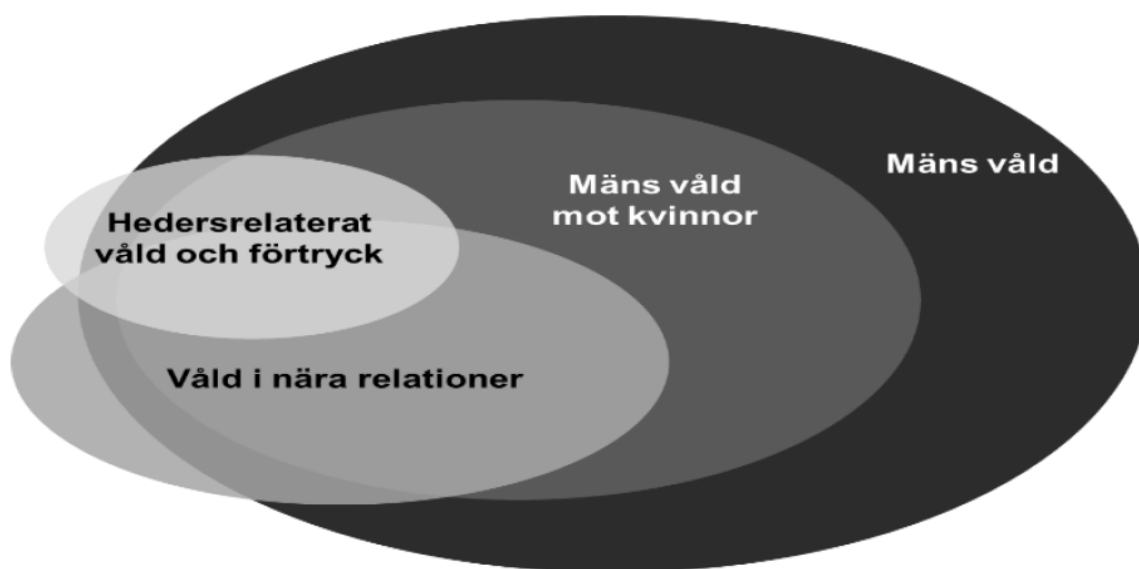
Våld i nära relationer kännetecknas av att den utsatta och förövaren har en nära, och ibland intim relation, samt starka och ofta känslomässiga band mellan sig. Detta gör det svårare för den utsatta att göra motstånd och lämna förövaren. Våld i nära relation utövas till största del inomhus i den egna bostaden och upprepas och stegras med tiden i omfattning och intensitet. I takt med att våldet byggs upp och ökar, sker en normaliseringsprocess som gör att den utsatta ser våldet som någonting som mer eller mindre en förväntad del av vardagen.

Våld i nära relation kan drabba vem som helst och såväl kvinnor som män utsätts. Våld förekommer också i samkönade relationer. Enligt Brottsförebyggande rådet (Brå) uppger knappt 7 procent av befolkningen (7 procent av kvinnorna och 6,7 procent av männen) att de utsattes för våld i en nära relation under 2012. Det innefattar både fysiskt och psykiskt våld. Även om utsattheten verkar ungefär jämnt fördelad mellan könen finns det betydande skillnader. Enligt en kartläggning från Brå utsätts kvinnor för grövre våld än män. Under år 2012 var det tio gånger vanligare att våldsutsatta kvinnor uppsökte läkare, sjuksköterska eller tandläkare för sina skador. Förutom att våldet mot kvinnorna är grövre, så är det också i högre grad upprepat. Brås kartläggning visar även att det är betydligt vanligare att kvinnor utsätts för sexuellt våld. Enligt NCK har var femte kvinna och var tjugonde man någon gång i sitt liv utsatts för sexuellt våld. När det gäller dödligt våld i nära relationer är könsskillnaden tydlig. Det är fyra till fem gånger vanligare att kvinnor blir mördade av en partner, eller före detta partner, än att män blir det. Detta bekräftas av en rapport från Socialstyrelsen. Varje år misshandlas 75 000 kvinnor i en nära relation och 200 000 barn bevittnar våld i hemmet. Men under samma period genomgår endast 1 500 män behandling för sin våldsproblematik. Mörkertalet är stort, Brå uppskattar att omkring 80 procent av våldet mot kvinnor i nära relationer aldrig polisanmäls. Enligt statistik från Brå mördades under år 2018 22 stycken kvinnor av en partner eller före detta partner.

Våld mot kvinnor definieras av FN som ”varje könsrelaterad våldshandling som resulterar i eller sannolikt kommer att resultera i fysisk, sexuell eller psykisk skada eller sådant lidande för kvinnor, innefattande hot om sådana

handlingar, tvång eller godtyckligt frihetsberövande, vare sig det sker i det offentliga eller privata livet”. Amnesty menar att de olika typerna av våld överlappar varandra och att våldet sker kontinuerligt över tid.

Som figuren nedan visar utgör mäns våld mot kvinnor en betydande del av det totala våldet som utövas av män. Figuren visar även att mäns våld mot kvinnor inrymmer den största delen av hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i nära relationer. Utöver det hedersrelaterade våldet och våld i nära relationer utsätts kvinnor för våld i andra sammanhang av såväl närstående män som manliga bekanta eller, för kvinnan, helt okända män. Som exempelvis i skolan, på arbetet, på krogen, på gatan, på internet, på olika typer av boenden så som äldreboenden etc. Inom dessa miljöer utsätter även män andra män för våld. När det gäller det hedersrelaterat våld och förtryck ryms det inte enbart inom våld i nära relationer, utan utövas på ett kollektivt plan och inte sällan av flera släktingar, såväl kvinnliga som manliga, och är inte begränsat till en enskild förövare. Såväl mäns våld mot kvinnor som hedersrelaterat våld och förtryck är orsakat av ojämställdhet och könsmaktsordning.



## 2. Hedersrelaterat våld och förtryck – teoretiska perspektiv

Heder är ett begrepp som kan ha flera olika innebörder beroende på kontext, men som generellt sett kan beskrivas som att man utgår från och anpassar

sitt liv efter andras syn på en, framförallt den egna familjen och släkten. Det som särskiljer hedersrelaterat våld och förtryck är dess kollektiva art och att det ofta är ett flertal släktingar, eller andra närstående, som är inblandade i planerna och i själva våldsutövandet. Inom kollektivet med hedersnormer är familjens heder beroende av familjemedlemmarnas, speciellt döttrarnas oskuld och renhet. Därför kontrolleras flickor och kvinnor inom en hederskultur av familjen och samhället. Våldet sker i en bred kontext exempelvis i skolan, i bostadsområde och över landsgränser. Följaktligen kan den utsattas hela liv bli involverat. Att utsättas för hedersrelaterat våld och förtryck kan innebära ett flertal olika saker. Det kan exempelvis innebära att ens liv kontrolleras och övervakas, att därmed inte få välja kläder, umgänge, partner, utbildning själv och att inte ha tillåtelse att röra sig fritt. Eller att bli utsatt för olika typer av fysiskt våld. Det kan dels även innebära att bli tvungen att kontrollera andra släktingar eller närstående. Det hedersrelaterade våldet och förtrycket har sin grund i starka och extrema patriarkala och heteronormativa strukturer, vars syfte är att bevara familjens heder, rykte och anseende.

## 2.1 Våldets olika uttrycksformer

Hedersrelaterat våld och förtryck utgörs av flera olika typer av våld, så som exempelvis fysiskt, psykiskt och socialt. Detta våld går ofta in i våld i nära relationer och även mäns våld mot kvinnor. Det är svårt att göra några tydliga gränsdragningar mellan de olika typerna av våld och det psykiska våldet kan vara vanligare än det fysiska, men hoten, kontrollen, begränsningarna kan göra att en ständigt är rädd för att bli utsatt för fysiskt våld.

Hedersrelaterat våld och förtryck kan delas upp i fem uttrycksformer:

**Fysiskt våld** som kan ta i sig uttryck i form av exempelvis misshandel, könsstympning, påtvingat självmord och mord.

**Socialt våld** i form av exempelvis isolering, förbud mot deltagande i viss typ av undervisning i skolan, tvång till viss typ av klädsel, tvång till att ingå äktenskap med en viss person.

**Psykiskt våld** så som exempelvis förödmjukelser, nedvärdering, skuld- och skambeläggning, utfrysning, förföljelse och hot.

**Sexuellt våld** som innefattar till exempel våldtäkt, omvändelseförsök eller att tvingas att ingå i en relation eller äktenskap mot sin vilja. Homosexuella personer och i vissa fall bisexuella personer kan tvingas in i relationer med personer av motsatt kön vilket innebär att man förvägras rätten till sin sexualitet.

**Ekonomiskt våld** kan exempelvis handla om att flickor och kvinnor inte får



tillgång till utbildning, hamnar utanför arbetsmarknaden, får rätten till utbildning men förvägras rätten att arbeta eller inte får tillgång till sin egen ekonomi eller inkomst.

### **2.1.1 Vardagsheder**

Vardagsheder kan beskrivas som dagliga återkommande begränsningar och kränkningar vars syfte är att kontrollera unga personers vardagsliv. TRIS skriver: ”Kärnan i vardagsheder är att barn och unga förväntas följa normer som krockar med majoritetssamhällets normer. Det kan förklaras som inskränkningar i livsutrymmet med ett tydligt inslag av ett föräktenskapligt kärleksförbud och oskuldskrav.”

Vardagsheder kan exempelvis vara övervakning, begränsning och kontroll av en persons umgänge, kläder, skol- och fritidsaktiviteter, vad hen gör på sociala medier. Vardagsheder inbegriper också när manliga syskon eller närstående tvingas övervaka systrar/flickor för att sedan avrapportera till föräldrar. Det omfattar oftast en tyst förväntan från familj och nätverk att barn och unga ska kontrollera varandras uppförande och rapportera olämpligt beteende. Kontrollen sker ofta genom att den utsatta blir hotad med tvångsåktenskap eller ett ännu mindre livsutrymme. Det är inte ovanligt att de utsatta försöker anpassa sig med hjälp av olika strategier. En strategi kan vara att följa påtryckningarna och normerna och göra det som förväntas från familjen, med förhoppningen att deras liv ska få mer utrymme och tid för det som de vill göra som att till exempel studera. En rapport från Varken hora eller kuvad visar att hedersrelaterat våld och förtryck är ett utbrett problem i samhället och att såväl ungdomar som vuxna upplever att deras liv begränsas och kontrolleras. Familjen och dess omgivning med exempelvis släktingar, grannar, religiösa samfund etc. är inom hederskulturer viktigare än sin egen och andras frihet.

### **2.1.2 Könstympling**

Könstympling innebär att delar av de yttre könsorganen skärs bort. Ingreppet ser olika ut i olika traditioner beroende på hur mycket som skärs bort, orsaken till varför det görs och även i vilken ålder som ingreppet utförs. Enligt lag är könstympling av flickor och kvinnor förbjudet i Sverige. För bosatta i Sverige gäller förbudet även om ingreppet sker i ett annat land. WHO har gjort en uppskattning att 100–140 miljoner flickor och kvinnor över världen är könstymptade. Socialstyrelsen uppskattar att omkring 38 000 flickor och kvinnor i Sverige är detsamma. Könstympling som tradition är vanligast i några afrikanska länder och i Mellanöstern.

### **2.1.3 Barn- och tvångsäktenskap**

Tvångsäktenskap innebär att tvingas ingå äktenskap med en person som inte är självvald. Äktenskapet kan vara direkt och uttryckligt påtvingat, men det kan även ske genom att en person blir utsatt för pådrivningar och övertalning. Enligt lag är detta förbjudet i Sverige, såväl att tvinga eller försöka pressa eller lura någon till att ingå äktenskap med någon mot sin egen vilja som att gifta bort barn. Äktenskapstvång drabbar både pojkar som flickor, män som kvinnor. Särskilt hög risk att drabbas är personer som är homo- eller bisexuella och intellektuellt funktionsnedsatta.

### **2.1.4 Hedersmord**

Den mest extrema formen av hedersvåld är hedersmord.

Nationalencyklopedin beskriver hedersmord som ”en form av hedersvåld där skälet anges vara att återupprätta familjens eller släktens heder”. Offren för hedersmord är oftast en flicka eller kvinna som blir mördad av en manlig släkting eller närstående, detta efter att hon på något sätt dragit vanära över familjen, exempelvis genom att gifta sig mot familjens vilja. Hedersmord är följaktligen ett mycket extremt sätt skydda sin familj mot skam. Det finns ett stort mörkertal när det gäller hedersmord.

## **3. Särskilt utsatta grupper**

Vid tal om hedersrelaterat våld och förtryck finns det en risk för generaliseringar, fördomar och stereotypa bilder av vem offret och förövaren är och ser ut och inom vilka specifika grupper som hedersnormer finns. Det hedersrelaterade våldet och förtrycket kan förekomma i många olika typer av familjer eller grupper och är inte beroende av exempelvis etnisk bakgrund eller religion. Det krävs därför kunskap och en förståelse för omfattningen av problematiken med hedersrelaterat våld och förtryck.

Finns det exempelvis en föreställning om att det enbart är flickor och kvinnor som utsätts för hedersrelaterat våld och förtryck kommer det vara lättare att upptäcka våldet inom den specifika gruppen, medan andra utsatta grupper eventuellt missas. Pojkar och män kan också vara utsatta genom att exempelvis tvingas ta på sig rollen som övervakare. Den som utsätter någon kan följaktligen också vara utsatt.

## **3.2 HBTQ och heder**

HBTQ-personer är en grupp som brukar benämnas som särskilt utsatt. Detta då man inom en hederskultur har ett heteronormativt syn- och förhållningssätt, som krävs att man följer, är HBTQ-personer ofta extra hårt

drabbade av våldet och förtrycket. Om en person inte håller sig till heteronormerna kan hen exempelvis bli utsatt för fysiskt våld eller bli tvingad till omvändelseförsök. Att försöka omvända någon innebär att få en person att följa heteronormerna genom att, till exempel, bli skickad till ett annat land för att en religiös person ska få personen att omvändas eller genom tvångsäktenskap. Det kan även vara viktigt att se att det finns flera faktorer som samspelar och som påverkar en persons utsatthet, exempelvis kön, sexuell läggning och klass.

### **3.3 Hedersvåld och intellektuell funktionsnedsättning**

En person med en intellektuell funktionsnedsättning, löper en ökad risk att hamna i en utsatt position där hen riskerar att utnyttjas. Det här beror på att personer med intellektuell funktionsnedsättning kan sakna den kognitiva förmågan att bedöma huruvida en situation potentiellt sätt kan vara riskfylld, men även att personen kan vara helt beroende av människorna runt omkring. Att ett barn har en intellektuell funktionsnedsättning kan anses skamligt av familjen och det kan också vara en av orsakerna till att de gifter bort personen. Det saknas dock forskning kring hedersvåld och personer med intellektuell funktionsnedsättning, i nuläget finns endast en studie utförd kring omfattningen och karaktären av våldet i Sverige. En rapport från TRIS visar och synliggör att framförallt flickor med utländsk bakgrund och en intellektuell funktionsnedsättning är särskilt utsatta. Men att även pojkar med intellektuell funktionsnedsättning som lever i en hederskontext löper en högre risk att utsättas för våld och förtryck.

## Bilaga 2 – Observationspunkter

En förutsättning för att skolan ska kunna hjälpa elever som utsätts för hedersrelaterat våld och förtryck är att någon på skolan ser och förstår vad som händer. Att upptäcka elever utsatta för hedersrelaterat våld och förtryck är således en viktig uppgift för skolan. Det är nödvändigt att skolans personal har en grundläggande kunskap om hederskulturens mekanismer.

Utifrån nedanstående observationspunkter kan ett mönster framträda som ger en övergripande bild av elevens livssituation. Det är viktigt att vara medveten om att framför allt flickors liv begränsas successivt med stigande ålder och således kan en utförlig dokumentation över tid bidra till uppmärksammande av hedersrelaterat våld och förtryck.

### **Observationspunkter för att upptäcka elever utsatta för hedersförtryck enligt Länsstyrelsen Östergötlands handbok ”Om våld i hederns namn”.**

#### **Flicka:**

- Får hon delta i all undervisning, inklusive idrott och sex & samlevnad?
- Får hon vara med på skolresor och lägerskolor?
- Finns det ett krav på att hon ska ta ett stort ansvar för hemarbete och småsyskon?
- Måste hon ljuga om pojkvän/flickvän, vilka hon umgås med, fritidsvanor och dylikt?
- Hur ser hennes studiemotivation och koncentration ut över tid?
- Är hon tidvis (oförklarligt) ledsen, orolig eller uppgiven?
- Uppvisar hon psykosomatiska symptom (till exempel huvudvärk eller magont)?
- Har hon sömnsvårigheter?
- Begränsas hon i sitt privatliv (kontroll av mobiltelefon, dagbok, kläder, väskor osv.)?
- Är hon utsatt för någon form av bevakning, till exempel från en bror/släkting på skolan?
- Verkar hon oförklarligt rädd för något/någon?
- Talar hon om problem hemma eller sin ofrihet i termer av ”vår kultur kräver”?

- Talar hon om att förlova sig eller gifta sig trots att hon är ung och inte är klar med skolan? Är partnern någon som hon rimligen inte kan känna särskilt väl?

**Pojke:**

- Måste han ljuga om pojkvän/flickvän?
- Hur ser hans studiemotivation och koncentration ut över tid?
- Är han tidvis (oförklarligt) ledsen, orolig eller uppgiven?
- Uppvisar han psykosomatiska symptom (till exempel huvudvärk eller magont)?
- Har han sömnsvårigheter?
- Tvingas han bevaka en syster/släkting på skolan?
- Verkar han oförklarligt rädd för något/någon?
- Talar han om problem hemma eller sin ofrihet i termer av ”vår kultur kräver”?
- Talar han om att förlova sig eller gifta sig trots att han är ung och inte är klar med skolan? Är partnern någon som han rimligen inte kan känna särskilt väl?

Om du ser några av ovanstående tecken måste du som skolpersonal våga samtala med eleven om dennes allmänna situation. Våga fråga vilka krav som föräldrarna ställer samt vad som skulle hända om eleven bröt mot dessa krav. Det är svårt för barn och unga att göra en fullständig analys av sitt liv, ställ därför korta, enkla och raka frågor. Undvik ledande frågor, låt istället eleven beskriva med egna ord.

**Exempel på frågor:**

- Vad är det du vill göra som du inte får?
- Vad är det du måste göra som du inte vill?

### **Bilaga 3 - Webbutbildningar**

Webbaserad kurs om hedersrelaterat våld och förtryck  
[www.webbkursheder.se](http://www.webbkursheder.se)

Webbaserad introduktionskurs om mäns våld mot kvinnor  
[www.webbkursomvald.se](http://www.webbkursomvald.se)

## **Bilaga 4 - Telefonnummer/länkar**

**Polisen**

**114 14**

**Kvinnofridslinjen**

**020-50 50 50**

**Nationellt kompetensteam**

**<http://www.hedersfortryck.se/>**

**010-223 57 60**

**Kommunens växel i Härryda kommun**

**031-724 61 00**

**Länk till Våld och hot i nära relationer på IDA**

**<https://ida.harryda.se/huvudmeny1/socialtjanst/valdochhotinararelation.4.58950f9a14b8b70061710215.html>**

## **Bilaga 5 – Litteratur och informationsmaterial**

*Handlingsplan för elever med skyddade personuppgifter inom grundskolan.*

[https://www.lansstyrelsen.se/download/18.1dfa69ad1630328ad7c5692/1526067994809/Handlingsplan\\_grundskola\\_webb.pdf](https://www.lansstyrelsen.se/download/18.1dfa69ad1630328ad7c5692/1526067994809/Handlingsplan_grundskola_webb.pdf)

*Hedersrelaterat våld – handbok.*

<https://www.aklagare.se/globalassets/dokument/handbocker/handbok-hedersrelaterat-vald-uppd-2014.pdf>

*TRIS Ingen ska bli gömd och glömd.* Bok på lättläst svenska om hedersrelaterat våld och förtryck och personer med intellektuell funktionsnedsättning

<https://www.tris.se/publikationer/lista/2019/7/18/ingen-ska-bli-gomd-och-glomd-boken>

*Våga Se – En vägledning för stöd, vård och skydd av flickor och kvinnor som är eller riskerar att bli könsstympade.*

<https://www.lansstyrelsen.se/download/18.1dfa69ad1630328ad7c5287/1526068007750/V%C3%A5ga%20Se%20-%20KSv%C3%A4gledning.pdf>

*Våga stå kvar! – En mindre kommuns erfarenheter av ett framgångsrikt arbete mot hedersrelaterat våld och förtryck.*

<https://www.lansstyrelsen.se/download/18.1dfa69ad1630328ad7c2e57a/1526068071255/vaga-sta-kvar.pdf>

*Våld i hederns namn – Handbok för skola och socialtjänst om skyldigheten att se och hjälpa utsatta.*

<https://www.lansstyrelsen.se/download/18.1dfa69ad1630328ad7c2ff28/1526067829632/V%C3%A5ldHedernsNamn2014.pdf>

**Allmänt informationsmaterial kring hedersrelaterat våld och förtryck**



## **Bilaga 6 – Förslag på lokala rutiner**

### **Förslag på innehåll i lokal rutin för sektorer som kommer i kontakt med barn och unga**

#### **Målgrupp och syfte:**

Samtliga enheter inom Härryda kommun ska ta fram lokalt anpassade rutiner utifrån ovanstående riktlinjer.

#### **Handläggning/arbetsbeskrivning**

*Att diskutera i verksamheten;*

1. Hur kan vuxna med erfarenhet av hedersrelaterat våld och förtryck (våldsutsatt/våldsutövare) samt barn som far illa/riskerar att fara illa inkl. barn som bevittnat/upplevt våld identifieras i vår verksamhet?
2. Tillfrågas alltid enskilda vid misstanke om våldsutsatthet/våldsutövande?
3. När och hur ställer vi rutinmässiga frågor om våld i vår verksamhet? T.ex. vid nybesök?
4. Hur förebygger och uppmärksammar vi könsstympling/ tvångsgifte?
5. Vilka i personalgruppen ställer rutinmässiga frågor om våld? Ska alla professioner fråga? Är några professioner mer lämpade att fråga?
6. Hur kan vi hänvisa till adekvat hjälp internt eller externt?
7. Hur gör vi en riskbedömning, handläggning?
8. Hur följer vi upp den enskilde?

#### **Dokumentation** Hur sker dokumentation?

#### **Anmälan till socialtjänsten enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (SoL)**

Hur sker eventuell konsultation internt/externt – internt: andra verksamheter inom kommunen, externt: polis, åklagare, hälso- och sjukvård.

Skyddsbedömning av barnet. Rutin vid akut anmälningssituation. Vem/vilka skriver under anmälan. Rutin för stöd till personal som gör anmälan enligt 14 kap. 1 § SoL. Rutin vid hot om våld mot personal vid anmälningssituationer.

#### **Telefonnummer och kontaktuppgifter till lokala stödinstanser**

Lokala kontaktlistor för personalen Informationsmaterial till enskilda

#### **Verksamhetschefens ansvar/uppföljning**

Kvalitetssäkring i arbetet. Personalens kompetens inom området.  
Personalens kunskap om anmälningsskyldigheten enligt 14 kap.1 § SoL.  
Dokumentation. Utarbeta samverkansrutiner internt samt externt. Rutiner ska finnas för stödinsatser till personal vid anmälningssituationer enligt 14 kap.1 § SoL.

### **Förslag på innehåll i lokal rutin övriga sektorer**

#### **Målgrupp och syfte:**

Samtliga enheter inom Härryda kommun ska ta fram lokalt anpassade rutiner utifrån ovanstående riktlinjer.

#### **Handläggning/arbetsbeskrivning**

*Att diskutera i verksamheten;*

1. Tillfrågas alltid enskilda vid misstanke om våld utsatthet/våldsutövande?
2. Hur kan vi hänvisa till adekvat hjälp internt eller externt?

#### **Anmälan till socialtjänsten enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (SoL)**

Hur sker eventuell konsultation internt/externt – internt: andra verksamheter inom kommunen, externt: polis, åklagare, hälso- och sjukvård.

Skyddsbedömning av barnet. Rutin vid akut anmälningssituation. Vem/vilka skriver under anmälan. Rutin för stöd till personal som gör anmälan enligt 14 kap. 1 § SoL. Rutin vid hot om våld mot personal vid anmälningssituationer.

#### **Telefonnummer och kontaktuppgifter till lokala stödinstitutioner**

Lokala kontaktlistor för personalen Informationsmaterial till enskilda

#### **Verksamhetschefens ansvar/uppföljning**

Kvalitetssäkring i arbetet. Personalens kompetens inom området.  
Personalens kunskap om anmälningsskyldigheten enligt 14 kap.1 § SoL.  
Dokumentation. Utarbeta samverkansrutiner internt samt externt. Rutiner ska finnas för stödinsatser till personal vid anmälningssituationer enligt 14 kap.1 § SoL.

SAMMANTRÄDESPROTOKOLL  
Rådet för tillgänglighet och delaktighet

Sammanträdesdatum  
2024-02-21

Sida 1 (8)

---

Plats och tid	Rådasjön kommunhuset i Mölnlycke/Distansmöte Microsoft Teams, kl. 17.00-18.30
Ledamöter	Hengameh Mokhtari Madjd (M), ordförande Katarina Kaspersson, vice ordförande Kajsa Lackovic (S) Steinar Walsö-Kanstad (KP) Göran Fohlin Birgitta Garnemark Eva Sördal Jenny Bramstång
Övriga närvarande	Pernilla Wallén, administrativ chef Zelda Thunberg, nämndsekreterare Håkan Hammarbäck, nämndsekreterare
Utses att justera	Katarina Kaspersson
Justeringens plats	Kommunhuset i Mölnlycke
Protokollet omfattar	§§ 1-6
Förvaringsplats för protokollet	Kommunkansliet, arkiv

Sekreterare

---

Håkan Hammarbäck

Ordförande

---

Hengameh Mokhtari Madjd

Justerande

---

Katarina Kaspersson

SAMMANTRÄDESPROTOKOLL  
**Rådet för tillgänglighet och delaktighet**

Sammanträdesdatum  
2024-02-21

Sida 2

---

§ 1

**Information ny gruppboestad 2028**

Pernilla Wallén, administrativ chef för socialtjänsten, informerar rådet om planering av nytt LSS-boende 2028.

**Rådet för tillgänglighet och delaktighets behandling**

Rådet för tillgänglighet och delaktighet noterar informationen.

---

Signatur justerande	Utdragsbestyrkande
---------------------	--------------------

SAMMANTRÄDESPROTOKOLL  
**Rådet för tillgänglighet och delaktighet**

Sammanträdesdatum  
2024-02-21

Sida 3

---

§ 2

**Rådets årsrapport**

Ordförande går igenom rådets årsrapport för 2023 som delgivits rådet med kallelsen. I rapporten framgår bland annat vilka ärenden råden har fått lämna synpunkter i, vad rådet har fått information om och vad rådet delgetts under 2023.

**Rådet för tillgänglighet och delaktighets behandling**

Rådet för tillgänglighet och delaktighet noterar informationen.

---

Signatur justerande	Utdragsbestyrkande
---------------------	--------------------

SAMMANTRÄDESPROTOKOLL  
**Rådet för tillgänglighet och delaktighet**

Sammanträdesdatum  
2024-02-21

Sida 4

---

§ 3

**Rådets årsplan**

Ordförande går igenom rådets årsplan för 2024 som delgivits rådet med kallelsen.

**Rådet för tillgänglighet och delaktighets behandling**

Rådet för tillgänglighet och delaktighet noterar informationen.

---

Signatur justerande	Utdragsbestyrkande
---------------------	--------------------

SAMMANTRÄDESPROTOKOLL  
**Rådet för tillgänglighet och delaktighet**

Sammanträdesdatum  
2024-02-21

Sida 5

§ 4

**Bemötande och tillgänglighetspriset**

Rådet utser representanter att ingå i en jury för att ta emot nomineringar och lämna förslag på vinnare av priset till nästa sammanträde den 25 mars 2024. De representanter som utsågs är Katarina Kaspersson, Göran Fohlin och Eva Sördal.

**Rådet för tillgänglighet och delaktighets behandling**

Rådet för tillgänglighet och delaktighet noterar informationen.

---

Signatur justerande	Utdragsbestyrkande
---------------------	--------------------

SAMMANTRÄDESPROTOKOLL  
**Rådet för tillgänglighet och delaktighet**

Sammanträdesdatum  
2024-02-21

Sida 6

§ 5

**Sammanträdesdagar 2024**

Rådet beslutar om följande sammanträdesdagar 2024

Onsdag 21 februari 16.30-18.30  
Måndag 25 mars 16.30-18.30  
Onsdag 3 juni 16.30-18.30  
Onsdag 4 september 16.30-18.30  
Onsdag 16 oktober 16.30-18.30  
Onsdag 27 november 16.30-18.30

**Rådet för tillgänglighet och delaktighets behandling**

Rådet för tillgänglighet och delaktighet noterar informationen.

---

Signatur justerande	Utdragsbestyrkande
---------------------	--------------------



SAMMANTRÄDESPROTOKOLL  
Rådet för tillgänglighet och delaktighet

Sammanträdesdatum  
2024-02-21

Sida 7

§ 6

**Rapport från kommunstyrelser och nämnder**

Ordförande informerar rådet om ärenden från kommunstyrelsens sammanträde den 8 februari 2024, socialnämndens sammanträde den 7 februari samt nämnden för utbildning kultur och fritids sammanträde den 6 februari som är av relevans för rådet.

**Kommunstyrelsen**

§ 23 Revidering av placeringsföreskrifter för förskola, fritidshem och annan pedagogisk verksamhet.

Kommunstyrelsens förslag till beslut i kommunfullmäktige: Kommunfullmäktige fastställer reviderade Placeringsföreskrifter för förskola, fritidshem och annan pedagogisk verksamhet med ändring av punkt fem under rubriken, Omsorg på obekvämtid, enligt följande: Arbetstidens förläggning skall styrkas med intyg eller schema där det även framgår om möjlighet till andra arbetstider finns.

**Socialnämnden**

§ 19 Samverkansavtal kring vuxnas lärande i Göteborgsregionen

Socialnämnden godkänner Samverkansavtalet för vuxnas lärande i Göteborgsregionen. Socialnämnden uppdrar åt socialnämndens ordförande att underteckna avtalet

**Nämnden för utbildning, kultur och fritid**

§ 19 Överenskommelse om idéburet offentligt partnerskap (IOP) mellan Bygdegårdsföreningen Hindås station och Härryda kommun

Nämnden för utbildning, kultur och fritid godkänner Överenskommelse om idéburet offentligt partnerskap (IOP) mellan Bygdegårdsföreningen Hindås station och Härryda kommun. Nämnden för utbildning, kultur och fritid beslutar att överenskommelsen ersätter tidigare IOP av den 14 februari 2017 mellan Härryda kommun och Bygdegårdsföreningen Hindås station.

**Rådet för tillgänglighet och delaktighets behandling**

Rådet för tillgänglighet och delaktighet noterar informationen.

---

Signatur justerande	Utdragsbestyrkande

Till  
Kommunstyrelsen  
Socialnämnden

För kännedom till

Kommunfullmäktige

Datum  
2024-03-04

## Uppföljande granskning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Härryda kommun genomfört en uppföljning av fyra tidigare genomförda granskningar (2021). Dessa fyra granskningar är:

- Granskning av kommunens arbete med att beakta barnkonventionen (revisionsobjekt är kommunstyrelsen)
- Granskning av välfärdsnämndens styrning och uppföljning av arbetsmarknadsverksamheten (revisionsobjekt är socialnämnden)
- Granskning av fastighetsunderhåll (revisionsobjekt är kommunstyrelsen)
- Granskning av intern kontroll i intäktprocessen (revisionsobjekt är kommunstyrelsen och socialnämnden)

Granskningens syfte är att bedöma om granskade nämnder och kommunstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i tidigare genomförda granskningar.

Granskningen har besvarat följande revisionsfrågor:

- Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?
- Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

Utifrån genomförd granskning redovisas vår bedömning för respektive granskningen nedan:

Vi bedömer att kommunstyrelsen inte helt har vidtagit tillräckliga åtgärder med hänsyn till revisorernas rekommendationer utifrån genomförd granskning av kommunens arbete med att beakta barnkonventionen.

Vi bedömer att socialnämnden inte helt har vidtagit tillräckliga åtgärder med hänsyn till revisorernas rekommendationer utifrån genomförd granskning av välfärdsnämndens styrning och ledning av arbetsmarknadsverksamheten.

Vi bedömer att kommunstyrelsen inte helt har vidtagit tillräckliga åtgärder med hänsyn till revisorernas rekommendationer utifrån genomförd granskning av fastighetsunderhåll

Vi bedömer att kommunstyrelsen och socialnämnden inte helt har vidtagit tillräckliga åtgärder med hänsyn till revisorernas rekommendationer utifrån genomförd granskning av intern kontroll i intäktprocessen.

### **Rekommendationer**

Vi rekommenderar kommunstyrelsen och socialnämnden att färdigställa och åtgärda de delar som påbörjats och/eller återstår utifrån tidigare lämnade rekommendationer.

Kommunens revisorer beslutade den 4 mars 2024 att överlämna ovan rubricerad rapport till kommunstyrelsen och socialnämnden för hantering och svar. Svar önskas senast den 10 juni 2024.

KOMMUNENS REVISORER

Ingegerd Helén  
Ordförande

Marcus Tonell  
Vice ordförande

# Uppföljande granskning

Härryda kommun

Revisionsrapport  
Februari 2024



*Johanna Larsson, revisionskonsult  
Julia Dieckelman, revisionskonsult  
Marie Lindblad, certifierad kommunal revisor*

# Innehållsförteckning

1.	Inledning	03
2.	Granskningsresultat	05
	Kommunens arbete med att beakta barnkonventionen	06
	Välfärdsnämndens styrning och uppföljning av arbetsmarknadsverksamheten	14
	Granskning av fastighetsunderhåll	19
	Granskning av intern kontroll i intäktprocessen	26
3.	Revisionell bedömning	31

# 1

## Inledning

# Inledning

## Bakgrund

Revisorerna i Härryda kommun granskar årligen delårsbokslut och årsredovisning, samt genomför fördjupade granskningar utifrån en risk- och väsentlighetsanalys. De granskningar som revisionen genomför innehåller ofta förslag på åtgärder som bör genomföras. Dessa åtgärder varierar i omfattning och därmed också i tid för genomförande. En viktig del av revisionens arbete är därför att följa upp tidigare genomförda granskningar för att se om åtgärder vidtagits med anledning av dessa och om den granskade organisationen beaktat noterade brister, synpunkter och förslag.

Enligt SKR:s styrdokument *God revisionssed i kommunal verksamhet 2018* påtalas även vikten av att följa upp de granskningar revisorerna gjort under året. Genom att regelbundet följa upp genomförda granskningar ges svar på om åtgärder med anledning av revisorernas kritik och rekommendationer har tagits i beaktande. SKR skriver vidare att uppföljningen kan genomföras som en särskild granskningsinsats med skriftlig rapport. Uppföljningen ger också underlag för att bedöma om det finns anledning till förnyad granskning, och blir därmed en grund för riskanalysen inför kommande års revisionsplanering.

Mot bakgrund av detta har kommunens revisorer beslutat att genomföra en uppföljning av de fördjupade granskningar som genomfördes under 2021.

## Syfte och frågeställningar

Syftet med granskningen är att bedöma om granskade nämnder och kommunstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförda granskningar.

Granskningen har sin utgångspunkt i följande revisionsfrågor:

- Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?
- Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

## Avgränsning

Granskningen avser uppföljning av ett urval av granskningar genomförda 2021. Totalt görs en uppföljning av 4 granskningar:

- Granskning av kommunens arbete med att beakta barnkonventionen
- Granskning av välfärdsnämndens styrning och uppföljning av arbetsmarknadsverksamheten
- Granskning av fastighetsunderhåll
- Granskning av intern kontroll i intäktprocessen

## Metod

Granskning har skett genom:

- Genomgång av revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder som angetts i lämnade revisionsrapporter och tillhörande missivbrev, samt genomgång och granskning av yttranden som revisorerna erhållit.
- Utskick av skriftliga frågor till förvaltningen samt genomgång av svar
- Inhämtande av kompletterande underlag för granskning och verifiering av genomförda åtgärder och utveckling samt övrig materialinsamling nödvändig för att fånga statusen för respektive granskning.
- Intervjuer har genomförts med:
  - Ekonomichef
  - Redovisningschef
  - Utvecklingschef
  - Verksamhetsutvecklare, Sektor för utbildning, kultur och fritid
  - Verksamhetschef elevhälsa och utveckling
  - Sektorschef Teknik och förvaltningsstöd
  - Fastighetschef
  - Verksamhetschef Härryda framtid
  - Enhetschef Arbetsmarknadsenheten

Intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska ett utkast av rapporten.

Rapporten är kvalitetssäkrad av Marie Lindblad, certifierad kommunal revisor, i enlighet med PwCs interna riktlinjer.

2

# Granskningsresultat



# Kommunens arbete med att beakta barnkonventionen

Granskning av kommunens arbete med att beakta barnkonventionen genomfördes under 2021.

I granskningen gällande kommunens arbete med att beakta barnkonventionen bedömdes kommunstyrelsens ledning, styrning och uppföljning *inte helt* ändamålsenlig utifrån ett barnrättsperspektiv.

De brister som framkom i granskningen var följande:

- Det saknas ett tydligt barnrättsperspektiv i kommunens centrala styrdokument
- Kommunen har inte säkerställt former för bedömning av barnets bästa
- Ungdomsrådet är inte tillräckligt delaktiga i kommunens beslutsprocesser
- Det saknas en kompetensutvecklingsplan utifrån en analys av behov och vilka funktioner, inklusive förtroendevalda, som bör utbildas inom barnkonventionen
- Barnrättsarbetet och dess effekter följs inte upp

Utifrån ovanstående brister lämnades fem rekommendationer till kommunstyrelsen.

# Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?

## Iakttagelser

PwC har på uppdrag av Härryda kommuns förtroendevalda revisorer under revisionsår 2021 genomfört en granskning av kommunens arbete med att beakta barnkonventionen. Revisorerna överlämnade 2020-12-07 revisionsrapport med tillhörande missiv till kommunstyrelsen.

Kommunstyrelsen behandlade revisionsrapport med tillhörande missiv på sammanträdet 2021-08-26 § 289. Kommunstyrelsen beslutade att notera förvaltningens svar och godkänna de åtgärder som förvaltningen redovisat med anledning av revisorernas granskning.

Av kommunstyrelsens yttrande framgår följande:

- Kommunstyrelsen delar bedömningen om behovet av en tydligare styrning i kommunens barnrättsarbete.
- Handboken för ärendehantering uppfyller ett första steg i att säkerställa former för bedömning av barnets bästa i beslutsprocesser, den bör dock kompletteras med ett metodstöd.
- Förvaltningen delar revisionens bedömning att ungdomsrådets roll som remissinstans behöver förtydligas/stärkas.
- Den kommunövergripande arbetsgruppen för implementering av barnkonventionen har bland annat till uppgift att ta fram en kompetensutvecklingsplan för ändamålet.
- Förvaltningen bedömer att Lupp-enkäten (Lokal uppföljning av ungdomspolitik) behöver kompletteras med ett systematiskt uppföljningsarbete.

## Bedömning

**Ja.**

Bedömningen baseras på att kommunstyrelsen har besvarat revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder. Samtliga av rekommendationerna har besvarats.

# Har synpunkterna och förslagen åtgärdats? Sida 1/4

## **lakttagelser**

### **Rekommendation 1: Inkludera ett tydligt barnrättsperspektiv i centrala styrdokument**

Vid förra granskningen gavs rekommendationen om att kommunens centrala styrdokument, så som verksamhetsplan och budget, bör utformas ytterligare för att styra mot att barnrättsperspektivet ska genomsyra kommunens arbete.

I kommunstyrelsens yttrande delas bedömningen gällande behovet av en tydligare styrning i kommunens barnrättsarbete och arbetade för att barnrättsperspektivet skall komma till uttryck på ett tydligare sätt, till exempel i verksamhetsplaner.

I inkomna svar på skriftliga frågor framgår att de centrala styrdokumenterna ännu inte är systematiskt utformade för att styra mot att ett barnrättsperspektiv genomsyrar hela kommunens arbete, men att vissa områden lyfter barnrätt. Vidare redogörs exempel på styrdokument som innefattar ett barnrättsperspektiv, där ett av dem är socialnämndens verksamhetsplan 2022-2024. Det framgår också att kommunstyrelsens verksamhetsplan för 2024–2026 beskriver att den policy som tas fram ska ge tydlighet och ramar för att ytterligare utveckla och förstärka arbetet med barnrätt. Ett ytterligare exempel på styrdokument där barnrätt lyfts är det hållbarhetsstrategiska programmet för Härryda kommun (2023–2035) som antogs våren 2023. Programmet beskriver att kommunen ska nå de globala målen kopplade till demokrati och delaktighet (4,5,10,12 och 16), exempelvis genom att: "Använda ett rättighetsbaserat arbetssätt för att säkerställa jämställd och jämlik tillgång till välfärd och rättssäkra bedömningar/beslut. Särskild hänsyn ska tas till barns rättigheter."

I mål, inriktning och budget 2023 för Härryda kommun under avsnitt prioriterade mål och inriktningar för 2023 på kommunövergripande nivå, under rubrik social hållbarhet, framgår en skrivelse: "Härryda kommun skall aktivt arbeta för att våra medborgare skall känna framtidstro och att de kan påverka det samhälle som de lever i. Det är viktigt att bygga ett hållbart samhälle för alla. Vi sätter särskilt fokus på barn och unga. En barnkonsekvensanalys ska göras vid varje beslut som kan tänkas påverka kommande generationer.". Detta stycket är ett ytterligare exempel på hur Härryda kommun lyft in barnrättsperspektivet i ett centralt styrdokument.

Vidare framgår av inkomna svar på de skriftliga frågorna att det pågår ett arbete med att ta fram ett övergripande policydokument utifrån barnkonventionen och barnrättsperspektivet. Enligt kommunstyrelsens verksamhetsplan för 2024-2026 ska detta dokument färdigställas under 2024. Verksamhetsplanen beskriver att: "Policyn ger tydlighet och ramar för att ytterligare utveckla och förstärka arbetet med barnrätt, bland annat vad gäller kunskap och arbetsmetoder." I dagsläget har ett utkast tagits fram och bedöms vara redo för beslut i kommunstyrelsen under våren 2024, för granskningen har vi tagit del av utkastet. Vid intervju framgår att det kan bli aktuellt att ta fram en kompletterande handlingsplan utifrån det övergripande policydokumentet.

Vid intervju framgår att det pågående arbetet med framtagandet av policyn utförs av en medarbetare vid kansliet. Det material som medarbetaren utgår från är bland annat omvärldsbevakning (jämförelse med andra kommuner), interna och externa diskussioner, avstämning med socialtjänstens företrädare och kommunalråden. Dessutom har den tvärsektionella arbetsgruppen haft möjlighet till insyn och ungdomsrådet informerats om framtagandet av policyn. Genom den process som ägt rum under policyns utformning och med dess tvärsektionella involvering kommer, enligt representanterna från Härryda kommun, barnrättsperspektivet genomsyra det styrdokument som ännu inte är fastslaget.

I den tidigare granskningen framgår att i barnrättssamordnarens uppdragsbeskrivning ingick framtagande av strukturer och rutiner för barnrättsarbete. Vid tid för förra granskningen var arbetet pågående. I de skriftliga svaren framgår att barnrättssamordnaren har sedan dess bildat en tvärsektionell arbetsgrupp för implementering av barnkonventionen i kommunen. Gruppens syfte är att utveckla och sprida gott arbete utifrån barnkonventionen, samt fungera som en kanal för informations- och metodspridning. I arbetsgruppen ingår representanter från samtliga sektorer. Initialt träffades gruppen någon gång per termin men frekvensen av möten har successivt ökat och under 2023 har gruppen träffats månadsvis.

# Har synpunkterna och förslagen åtgärdats? Sida 2/4

## **Rekommendation 2: Säkerställa former för bedömning av barnets bästa, såsom stöd för barnkonsekvensanalyser, i kommunens beslutsprocesser**

Vid förra granskningen gavs rekommendationen om att implementera arbetssätt för att systematiskt ta tillvara på barnets bästa i kommunstyrelsens arbets- och beslutsprocesser.

I kommunstyrelsen yttrande bedöms handboken för ärendehantering uppfylla ett första steg i att säkerställa former för bedömning av barnets bästa i kommunens beslutsprocesser. Handboken bör dock kompletteras med ett metodstöd för handläggare vid genomförande av till exempel barnkonsekvensanalyser.

I inkomna svar på skriftliga frågorna framgår att det inte tagits fram en sammanhållen övergripande struktur i kommunen för att säkerställa bedömning av barnets bästa i samtliga beslutsprocesser som berör barn. Likt kommunstyrelsen yttrande av revisionsrapporten tillämpas idag handboken *Så skriver vi tjänsteskrivelser* för ärendehantering som ska behandlas politiskt i nämnden avseende utbildning, kultur och fritid, socialnämnden, kommunstyrelsen och kommunfullmäktige. I handboken framgår det att "Om förslaget påverkar barn ska det föregås av en bedömning av vilka konsekvenser beslutet kan få för det enskilda barnet eller barn i grupp. Beslutsunderlaget behöver motivera vad barns bästa bedöms vara, hur bedömningen har genomförts och hur barns bästa har bedömts gentemot andra intressen.". I handboken återfinns även sex frågor kopplat till bedömning av barnets bästa. Under intervju framgår att tjänsteskrivelser med bedömning av barnets bästa i form av barnkonsekvensanalyser förekommer väldigt sällan för kommunstyrelsens och samtliga nämnders beslutsunderlag.

Vidare framgår det av skriftliga svar att arbetsgruppen har tagit fram ett stödverktyg/mall för att kunna genomföra bedömning av barnets bästa i beslutsprocesser. Mallen har spridits via arbetsgruppen och diskuterats vid ett flertal interna utbildningarna. Samtliga medlemmar i arbetsgruppen har under hösten 2023 genomfört Sveriges kommuner och regioners (SKR) barnrättsstrategsutbildning. Genom utbildningen har kompetensen kring prövningar av barnets bästa fördjupats inom förvaltningen och mallen uppdateras nu utifrån de senaste rekommendationer från SKR. Ansvaret för och systematiken kring prövningarna förväntas också komma att stärkas av det planerade policydokumentet kring barnrätt.

Under intervju framgår att det stödverktyg/mall som tagits fram praktiskt används mer inom utbildningsförvaltningen eftersom det finns en tydligare koppling mellan dessa verksamheter och barnrättsarbetet. Det finns inga mätbara resultat av stödverktyget/mallen men intrycket är positivt. Det råder en enighet under intervjun att stödverktyget/mallen behöver anpassas till varje enskild verksamhet, särskilt de verksamheter där koppling med verksamhetens syfte och barnrättsarbetet inte är lika tydligt.

## **Rekommendation 3: Fortsätta utveckla former för barns och ungas rätt till delaktighet och tydligare koppla ungdomsrådet till beslutsprocesser**

Vid förra granskningen gavs rekommendationen om att fortsätta utveckla former för barns och ungas rätt till delaktighet, att tydligare koppla ungdomsrådet till beslutsprocesser och tydliggöra rådets plats i den kommunövergripande strukturen samt att dess roll som remissinstans.

I kommunstyrelsen yttrande delas bedömningen med revisorerna men de tillägger att det pågick en översyn av arbetssätten för kommunens samtliga råd, där ungdomsrådet ingår. Samtidigt arbetar förvaltningen med utveckling av andra former för barn och ungas delaktighet, exempelvis genom Myndigheten för Ungdoms- och Civilsamhällesfrågors ungdomsenkät LUPP (Lokal Uppföljning av Ungdomspolitik).

I inkomna svar på de skriftliga frågorna framgår att det sedan granskningen 2021 även möjliggjorts att vara representant i ungdomsrådet från så kallade gårdsråd, råd för ungas inflytande kopplade till kommunens öppna mötesplatser för unga. Ungdomsrådet samlas fortsatt vid minst fyra tillfällen per år och ungdomarna i rådet har dessutom förberedande möten inför rådsmötet. Detta beskrivs som ett utvecklingsarbete som tar fasta vid varierande gruppkonstellationer, metoder och frågeställningar, ungdomarna gör detta i samråd med verksamhet-/metodutvecklare och/eller fritidsledare. Rådet har framförallt påtalat behovet av att se över ungdomsrådsinstruktionen eftersom granskningen 2021 konstaterade frånvaron av en tydlig koppling mellan ungdomsrådet och kommunens beslutsprocesser. Förvaltningen och ungdomsrådet tar i dagsläget fram en instruktion som ska presenteras för kommunstyrelsen i maj 2024. Det sker även en översyn av ungdomsrådets årshjul, detta görs bland annat för att möjliggöra att ungdomsrådet, likt övriga invånarråd, får möjlighet att göra inspel i kommunens budgetprocess.

# Har synpunkterna och förslagen åtgärdats? Sida 3/4

Vidare framgår av inkomna svar på skriftliga frågor att under hösten 2023 anordnades elevrådsutbildningar med utgångspunkt i barnkonventionen. Likaledes har de årliga elevskyddsombudsutbildningar förankrats i barnrättsarbete. Även LUPP-enkäten har tydligare kopplats till kommunens barnrättsarbete och uppdraget kring enkäten har placerats under den tvärsektionella arbetsgruppen för barnkonventionen för att förankra och analysera arbetet brett. Genom resultatet av LUPP-enkäten har det fattats beslut om att ytterligare utveckla möjligheten till inflytande och delaktighet för ungdomar i kommunen, till exempel genom digitala mötesplatser/kanaler. Med hänsyn till omvärldsbevakning och samtal inom både ungdomsrådet och förvaltningen, har det under hösten 2023 genomförts workshops med samtliga elevråd i de kommunala skolor. Utgångspunkten för workshopen har varit att anpassa kommunens hemsida till en liknande hemsida för ungdomar. Elevrådsrepresentanter har uppmuntrats lämna förslag på innehåll till sidan inklusive former och verktyg för dialog och möjlighet till inflytande. Nästa steg i arbetet är att bearbeta förslagen tillsammans med ungdomsrådet.

## **Rekommendation 4: Upprätta en kompetensutvecklingsplan utifrån en analys av behov och vilka funktioner, inklusive förtroendevalda, som bör utbildas i barnkonventionen**

Vid förra granskningen gavs rekommendationen om att den kommunövergripande arbetsgruppen för implementering av barnkonventionen har till uppgift att ta fram en kompetensutvecklingsplan för ändamålet. Planen ska innehålla en analys av behov och vilka funktioner inom förvaltningen som bör utbildas i barnkonventionen. Detta gäller även för förtroendevalda.

I kommunstyrelsens yttrande framgår att arbetsgruppen för barnkonventionen har till uppgift att ta fram en kompetensutvecklingsplan för implementeringen av barnkonventionen. Planen ska innehålla en analys av behov och vilka funktioner som förvaltningen och förtroendevalda bör utbildas inom.

I inkomna svar på skriftliga frågor framgår att det tagits fram en kompetensutvecklingsplan utifrån en prioriteringsordning kring vilka funktioner och tjänster som ansågs viktiga att utbilda för att påbörja kommunens systematiska barnrättsarbete. Kompetensutvecklingsplanen har tagits fram i samarbete med arbetsgruppen. Utöver de initialt prioriterade utbildningarna har det även tillkommit utbildningar utifrån förfrågningar från verksamheter.

För granskningen har vi tagit del av en sammanställning av planerade och genomförda utbildningsinsatser 2021-2023, där det framgår att det genomförts utbildning för förtroendevalda i förvaltningen.

## **Rekommendation 5: Systematiskt följa upp och utvärdera barnrättsarbetet och dess effekter**

Vid förra granskningen gavs rekommendationen till kommunstyrelsen om att systematiskt följa upp och utvärdera barnrättsarbetet och dess effekter.

I kommunstyrelsens yttrande framgår att det planeras att barnrättsarbetet tydligare ska ingå i nämndernas verksamhetsplaner vilket möjliggör för systematiskt uppföljning och utvärdering av kommunens barnrättsarbete.

I inkomna svar på skriftliga frågor framgår att det inte tagits fram ett systematiskt uppföljningsarbete som är uttalat kopplat till barnrättsarbetet. Vidare framgår att områden kopplat till barnrätt nämns i verksamhets- och sektorsplaner och återrapporteras där utefter. Under intervju framgår att det vore önskvärt att genomföra en samlad uppföljning av barnrättsarbetet utöver det som följs upp genom verksamhets- och sektorsplaner. Vidare framförs förhoppningen att uppföljningen av barnrättsarbetet genomsyrar ordinarie uppföljningsprocess för att undvika för många separata uppföljningar av olika områden. Verksamhets- och sektorsplaner skiljer sig åt när det kommer till arbetsförfarandet med barnrättsfrågan, vilket försvårar den systematiska utvärderingen och uppföljningen. Förtroendevalda har utbildats i barnkonventionen under våren 2023 med anledning av den nya mandatperioden 2022-2026. Därutöver har kommunstyrelsen inte informerats under sammanträden om det pågående barnrättsarbetet i Härryda kommun under 2023.

För granskningen har vi gått igenom kommunstyrelsens verksamhetsberättelse för 2021 och 2022 samt årsredovisning 2021 och 2022 för Härryda kommun. I verksamhetsberättelse 2021 görs ingen uppföljning av barnrättsarbetet och dess effekter. I verksamhetsberättelse 2022 framgår att arbetet med implementering av barnrättsperspektivet fortsätter, det redogörs bland annat för att en kommunövergripande arbetsgrupp har bildats och att en treårsplan för hur arbetet ska genomföras har tagits fram. I årsredovisning 2021 redogörs för implementering av barnkonventionen, inriktningen under 2021 har varit att identifiera områden där sektorerna fattar beslut som berör barn, skapa en plan för grundutbildning samt en mall för barnkonsekvensanalys. I årsredovisning 2022

# Har synpunkterna och förslagen åtgärdats? Sida 4/4

redovisas hur välfärdsnämnden arbetar med barnkonventionen.

Vidare framgår från intervju att det övergripande policydokumentet inte är tänkt till att beskriva hur själva barnrättsarbetet kommer utvärderas eller följas upp inom Härryda kommun.

## **Bedömning**

### **Delvis.**

Bedömningen baseras på att förvaltningen arbetar aktivt med att åtgärda de rekommendationer som lämnats i den tidigare granskningen. En rekommendation är genomförd avseende kompetensutvecklingsplan. För resterande fyra rekommendationer pågår arbete och det krävs fortsatt implementering för att exempelvis säkerställa att former för bedömning av barnets bästa används i tjänsteskrivelser och att barnkonsekvensanalyser genomförs. Vidare behöver kommunstyrelsen fortsatt arbeta vidare med rekommendationen om att systematiskt följa upp och utvärdera barnrättsarbetet och dess effekter.

# Sammanfattning av åtgärdade rekommendationer sida 1/2

Rekommendation	Rekommendation genomförd
<p><b>Rekommendation 1</b> Inkludera ett tydligt barnrättsperspektiv i centrala styrdokument</p>	<p><b>Rekommendationen är delvis genomförd.</b> Sedan den tidigare granskningen har barnrättsperspektivet införts i sektors- och verksamhetsplaner. Barnrättsperspektiv framgår även i hållbarhetsstrategin. I dagsläget pågår arbetet med att ta fram ett övergripande policydokument utifrån barnkonventionen och barnrättsperspektivet som planeras vara redo för beslut i kommunstyrelsen våren 2024.</p>
<p><b>Rekommendation 2</b> Säkerställa former för bedömning av barnets bästa, såsom stöd för barnkonsekvensanalyser, i kommunens beslutsprocesser</p>	<p><b>Rekommendationen är delvis genomförd.</b> I handbok för tjänsteskrivelser framgår att "Om förslaget påverkar barn ska det föregås av en bedömning av vilka konsekvenser beslutet kan få för det enskilda barnet eller barn i grupp. Beslutsunderlaget behöver motivera vad barns bästa bedöms vara, hur bedömningen har genomförts och hur barns bästa har bedömts gentemot andra intressen.". I handboken återfinns sex frågor kopplat till bedömning av barnets bästa. Däremot framgår vid intervju att tjänsteskrivelser som går till styrelse och nämnder sällan innehåller en bedömning av barnets bästa.</p> <p>Utöver detta finns en mall/stödverktyg för barnkonsekvensanalyser, dock behöver denna anpassas till respektive verksamhet och fortsätta att implementeras. Kompetensen kring barnkonsekvensanalyser bedöms ha ökat genom att representanterna i den tvärsektoriella arbetsgruppen för barnkonventionen har under hösten 2023 genomfört SKR:s barnrättsstrateg utbildning.</p>
<p><b>Rekommendation 3</b> Fortsätta utveckla former för barns och ungas rätt till delaktighet och tydligare koppla ungdomsrådet till beslutsprocesser</p>	<p><b>Rekommendationen är delvis genomförd.</b> Kommunen fortsätter att utveckla former för barn och ungas rätt till delaktighet, bland annat genom införandet av gårdsråd samt framtagandet av ungdomsrådsinstruktionen, som tydliggör kopplingen mellan ungdomsrådet och beslutsprocesser. En översyn av ungdomsrådets årshjul är planerad för att rådet ska ges insyn i budgetprocessen.</p> <p>Det pågår ett arbete med att utveckla möjligheten till inflytande och delaktighet för ungdomar i kommunen, genom digitala mötesplatser/kanaler.</p>

# Sammanfattning av åtgärdade rekommendationer sida 2/2

Rekommendation	Rekommendation genomförd
<b>Rekommendation 4</b> Upprätta en kompetensutvecklingsplan utifrån en analys av behov och vilka funktioner, inklusive förtroendevalda, som bör utbildas i barnkonventionen	<b>Rekommendationen är genomförd.</b> Förvaltningen har upprättat en kompetensutvecklingsplan utifrån en prioriteringsordning på vilka funktioner och tjänster som anses viktiga för att planera kommunens systematiska barnrättsarbete.
<b>Rekommendation 5</b> Systematiskt följa upp och utvärdera barnrättssarbetet och dess effekter	<b>Rekommendationen är delvis genomförd.</b> Förvaltningen har inte utformat ett systematiskt uppföljningsarbete som är kopplat till barnrättsarbete, däremot ska barnperspektiv ingå i sektors- och verksamhetsplaner och arbetet följs upp där utefter. Vi kan se en viss spårbarhet av uppföljning av barnrättsarbetet i verksamhetsberättelser och årsredovisningar, däremot saknas en systematik för att utvärdera barnrättsarbetet och dess effekter.



# Välfärdsnämndens styrning och uppföljning av arbetsmarknadsverksamheten

Granskning av välfärdsnämndens styrning och uppföljning av arbetsmarknadsverksamheten genomfördes år 2021.

I den uppföljande granskningen avseende styrning och uppföljning av arbetsmarknadsverksamheten bedömdes att välfärdsnämnden *inte helt* säkerställer en ändamålsenlig styrning och uppföljning av arbetet för att nå individer som uppbär försörjningsstöd till egen försörjning.

De brister som framkom i granskningen var följande:

- De politiska inriktningarna kopplas inte till indikatorerna så att de uppsatta målen går att följa upp årligen
- Det saknas en samlad uppföljning och bedömning av de två politiska inriktningarnas utfall i delårs- och årsbokslut

Utifrån ovanstående brister lämnades två rekommendationer till välfärdsnämnden.

# Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?

## **Iakttagelser**

PwC har på uppdrag av Härryda kommuns förtroendevalda revisorer under revisionsår 2021 genomfört en granskning av välfärdsnämndens styrning och uppföljning av arbetsmarknadsverksamheten. Revisorerna överlämnade 2021-06-07 revisionsrapport med tillhörande missiv till välfärdsnämnden.

Välfärdsnämnden behandlade revisionsrapport med tillhörande missiv på sammanträdet 2021-08-25 § 205. Välfärdsnämnden beslutade att notera förvaltningens svar och godkänna de åtgärder som förvaltningen redovisat med anledning av revisorernas granskning.

Av yttrandet på granskningen framgår att förvaltningens bedömning är att de rekommendationer som revisionsrapporten framför är antingen redan implementerade eller är inplanerade att vidtas inför verksamhetsåret 2022.

## **Bedömning**

### **Ja.**

Bedömningen baseras på att välfärdsnämnden har besvarat de synpunkter och förslag till åtgärder som lämnats i revisionsrapporten med tillhörande missiv. Samtliga rekommendationer har besvarats av nämnden.

# Har synpunkterna och förslagen åtgärdats? Sida 1/2

## **lakttagelser**

**Rekommendation 1: Se över målstyrningen av arbetsmarknadsverksamheten så att uppföljningen av de politiska inriktningarna kopplas till indikatorer som medger att de faktiska målen går att följa upp årligen och står i harmoni med de politiska inriktningarna.**

Vid förra granskningen gavs rekommendationen om att välfärdsnämnden bör se över målstyrningen av arbetsmarknadsenheten så att uppföljningen av de politiska inriktningarna kopplas till indikatorer som medger att de faktiska målen går att följa upp årligen och står i harmoni med de politiska inriktningarna.

I välfärdsnämndens yttrande på granskningen framgår att de bedömer att de redan uppfyller denna rekommendation. Vidare framgår att Arbetsmarknadsenheten styrs av följande två politiska inriktningar;

- Kostnader för ekonomiskt bistånd ska minska
- Verksamheten ska arbeta för att Härryda kommun ska ha lägst andel arbetslösa och lägst andel hushåll beroende av försörjningsstöd i Sverige i enlighet med ambitionen med Härryda framtid

Målen är enligt förvaltningens svar mätbara och tydliga. Dessutom framgår att välfärdsnämnden i januari 2021 beslutade om en kvartalsvis uppföljning av målen där det anges huruvida målen är uppfyllda, delvis uppfyllda eller ej uppfyllda. Detta innefattar uppföljning i delårs- och i årsbokslut (verksamhetsberättelse). Vidare framgår av nämndens yttrande att kvalitetsindikatorerna, så som de redovisas till nämnd, under våren 2021 har ändrats till att mäta en andel, en procentsats. En översyn av kvalitetsindikatorerna i verksamhetsplanen gällande arbetsmarknadsverksamheten är planerad under hösten 2021 inför 2022.

Under intervju framgår att målstyrningen av arbetsverksamheten utgår från grunduppdraget för Härryda framtid, som kan utläsas i Härryda framtids verksamhetsplan 2023: Verksamheten bygger på idén om alla kommuninvånarens möjlighet till arbete, studier och egenförsörjning. Eftersom målstyrningen för arbetsverksamheten förhåller sig till grunduppdraget så är det grunduppdraget som följs upp inom förvaltningen. Den årliga uppföljningen består bland annat av informationstal och kvalitetsindikatorer i samband med bokslutet.

Utöver grunduppdraget finns politiska inriktningar som förvaltningen måste ta hänsyn till, och dessa varierar beroende på den politiska styrningen i kommunen. Det politiska uppdraget för Härryda framtid är sedan år 2020: Verksamheten ska arbeta för att Härryda kommun ska ha lägst andel arbetslösa och lägst andel hushåll beroende av försörjningsstöd i Sverige i enlighet med ambitionen med Härryda framtid.

Välfärdsnämnden finns inte längre sedan 1 januari 2023 och Härryda framtid inklusive Arbetsmarknadsenheten tillhör socialnämndens verksamhetsområde, därav inkluderas även socialnämndens mål, politiska inriktningar och uppföljning för arbetsmarknadsverksamheten för år 2023 i granskningen. I socialnämndens verksamhetsplan 2023 framgår den politiska inriktningen för Härryda framtid samt socialnämndens mål och inriktning för Härryda framtid, som är följande: Satsningarna på förebyggande arbete skall öka.

Sedan Härryda framtid bytte nämndstillhörighet till socialnämnden har förvaltningen infört uppföljning av grunduppdraget genom fem kvalitetsprognoser per år. Kvalitetsprognoserna tas fram internt inom förvaltningen som en del av kvalitetsarbetet och redovisas inte till nämnden. För granskningen har vi har tagit del av tre kvalitetsprognoser, eftersom två prognoser ställdes in på grund av sjukdom. Av de kvalitetsrapporter vi tagit del av fokuserar en på avvikelserapportering, en på säkerställande och prognos av påbörjat processarbete och en fokuserar på kvalitetsindikatorer kopplade till grunduppdraget.

I den tidigare granskningen konstaterades att kvalitetsindikatorerna mättes i antal. Nu jämförs andelar istället för antal. Enligt intervju redovisas kvalitetsindikatorer för nämnd årligen sedan 2023, tidigare redovisades kvalitetsindikatorerna två gånger per år. Vidare framgår från intervju att kvalitetsindikatorer är ett mått på vilka resultat verksamheten når. Dessa jämförs med resultaten från tidigare års utfall på kvalitetsindikatorerna och redovisas tillsammans med utbetalt försörjningsstöd samt arbetslöshetssiffrorna. Vi kan inte verifiera detta utifrån att vi inte kunnat ta del av socialnämndens verksamhetsberättelse för 2023.

# Har synpunkterna och förslagen åtgärdats? Sida 2/2

## **Rekommendation 2: Gör en samlad uppföljning och bedömning av de politiska inriktningarnas utfall för arbetsmarknadsverksamheten i delårs- och årsbokslut.**

Vid förra granskningen gavs rekommendationen om att välfärdsnämnden bör göra en samlad uppföljning och bedömning av de två politiska inriktningarnas utfall för arbetsmarknadsverksamheten i delårs- och årsbokslut.

I välfärdsnämndens yttrande framgår att gällande nämndens uppföljning och bedömning av de två politiska inriktningarnas utfall har nämnden vid tidigare redovisningar konstaterat att inga åtgärder behöver vidtas. Förvaltningen följer genom den nya uppföljningsmodellen upp målen fyra gånger per år, vilket även redovisas för nämnden. Nämnden får därför förutom delårs- och årsbokslut, via kvalitetsuppföljningarna, ytterligare möjlighet att välja att notera informationen eller komma med åtgärder.

För granskningen har vi tagit del av välfärdsnämndens verksamhetsberättelse 2021 där det framgår återslag av grunduppdraget genom informationstal och kvalitetsindikatorer samt uppföljning av de två politiska inriktningarna. Likt tidigare granskning framgår ingen bedömning om informationstalen, uppdragen eller kvalitetsindikatorerna är uppfyllda eller inte. Det framgår dock att kostnader för ekonomiskt bistånd har minskat jämfört med föregående år. Den politiska inriktningen - att Härryda kommun ska ha lägst andel arbetslösa och lägst andel hushåll beroende av försörjningsstöd i Sverige - varken presenteras eller utvärderas i förhållande till riket.

I välfärdsnämndens delårsrapport per augusti 2022 redovisas uppföljning av grunduppdraget och uppföljning av en av två politiska inriktningar - kostnader för ekonomiskt bistånd ska minska.

Välfärdsnämnden har inte upprättat en verksamhetsberättelse för 2022.

Välfärdsnämnden finns inte längre sedan 1 januari 2023 och Härryda framtid inklusive Arbetsmarknadsenheten tillhör socialnämndens verksamhetsområde, därav inkluderas även socialnämndens mål, politiska inriktningar och uppföljning för arbetsmarknadsverksamheten för år 2023 i granskningen.

I socialnämndens verksamhetsplan 2023 framgår politisk inriktning för Härryda framtid samt socialnämndens mål och inriktning för Härryda framtid som är följande: Satsningarna på förebyggande arbete skall öka. I socialnämndens delårsrapport per augusti 2023 följs socialnämndens mål och inriktning om förebyggande arbete upp samt grunduppdraget för Härryda framtid. Vi inte kunnat ta del av socialnämndens verksamhetsberättelse 2023 utifrån granskningens tidsplan.

Uppföljning av Härryda framtid politiska inriktningar och grunduppdrag återfinns även i Härryda framtid verksamhetsberättelse. I verksamhetsberättelsen återfinns ingen jämförelse med riket för den politiska inriktningen - att Härryda kommun ska ha lägst andel arbetslösa och lägst andel hushåll beroende av försörjningsstöd i Sverige.

## **Bedömning**

### **Delvis.**

Bedömningen baseras på att likt tidigare granskning framgår ingen bedömning av om informationstalen, uppdragen eller kvalitetsindikatorerna är uppfyllda eller inte. Välfärdsnämnden har följt upp båda politiska inriktningarna i nämndens senast upprättade verksamhetsberättelse, däremot följs enbart en politisk inriktning upp i nämndens senast upprättade delårsrapport. Den politiska inriktningen - att Härryda kommun ska ha lägst andel arbetslösa och lägst andel hushåll beroende av försörjningsstöd i Sverige - presenteras inte eller utvärderas i förhållande till riket. Det saknas indikatorer för inriktningen.

Socialnämnden följer upp en av två politiska inriktningar i delårsrapport per augusti 2023. Det saknas indikatorer för den politiska inriktningen som följs upp.

I både välfärdsnämndens och socialnämndens uppföljning följs arbetsmarknadsverksamheten grunduppdrag upp med informationstal och kvalitetsindikatorer. Sedan 2023 följs kvalitetsindikatorer en gång per år.

# Sammanfattning av åtgärdade rekommendationer

Rekommendation	Rekommendation genomförd
<p><b>Rekommendation 1</b> Se över målstyrningen av arbetsmarknadsverksamheten så att uppföljning av de politiska inriktningarna kopplas till indikatorer som medger att de faktiska målen går att följa upp årligen och står i harmoni med de politiska inriktningar</p>	<p><b>Rekommendationen är inte genomförd.</b> Välfärdsnämndens förvaltning har reviderat sin uppföljning av arbetsmarknadsverksamheten sedan granskningen 2021, däremot har revideringen inte anpassats efter den rekommendation som lämnades vid förra granskningen. Av delårsrapport och årsredovisning framgår att de politiska inriktningarna inte följs upp på ett tydligt sätt, det saknas indikatorer för inriktningarna.</p>
<p><b>Rekommendation 2</b> Göra en samlad uppföljning och bedömning av de två politiska inriktningarnas utfall för arbetsmarknadsverksamheten i delårs- och årsbokslut</p>	<p><b>Rekommendationen är delvis genomförd.</b> Likt tidigare granskning framgår ingen bedömning av om informationstalen, uppdragen eller kvalitetsindikatorerna är uppfyllda eller inte. I välfärdsnämndens verksamhetsberättelse 2021 följs de båda politiska inriktningarna upp. Likt tidigare granskningen presenteras eller utvärderas inte den politiska inriktningen - att Härryda kommun ska ha lägst andel arbetslösa och lägst andel hushåll beroende av försörjningsstöd i Sverige - i förhållande till riket. En av två politiska inriktningar följs upp i Välfärdsnämndens delårsrapport per augusti 2022.</p> <p>Sedan arbetsmarknadsverksamheten flyttat till socialnämnden kan vi se att uppföljning av en av två politiska inriktningarna hittills har skett i delårsrapport per augusti 2023, däremot saknas det indikatorer för inriktningen.</p>

# Granskning av fastighetsunderhåll

Granskning av fastighetsunderhåll genomfördes 2021.

I granskningen av fastighetsunderhåll är revisorernas samlade bedömning att kommunstyrelsen inte har säkerställt ett ändamålsenligt underhåll av kommunens fastigheter.

De brister som framkom i granskningen var följande:

- Tillse att långsiktiga underhållsplaner för kommunens samtliga fastigheter upprättas. Underhållsplaner bör baseras på statusinvesteringar, branschmässiga riktvärden och andra relevanta underlag.
- Säkerställa att nyckeltal med bäring på fastighetsunderhåll identifieras.
- Försäkra sig om att det sker en bedömning och analys av den totala underhållsskulden kopplat till kommunens fastigheter.
- Tillse att adekvat uppföljning av fastighetsunderhåll sker vid kommunstyrelsens ordinarie uppföljningstillfällen.
- Försäkra sig om att det sker erforderliga riskanalyser och efterkontroller kopplat till fastighetsunderhåll.

Utifrån ovanstående brister lämnades fem rekommendationer till kommunstyrelsen.

# Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?

## **Iakttagelser**

PwC har på uppdrag av Härryda kommuns förtroendevalda revisorer genomfört en granskning av fastighetsunderhåll under revisionsår 2021. De förtroendevalda revisorerna översände revisionsrapport med tillhörande missiv till kommunstyrelsen för granskning av fastighetsunderhåll 2021-09-06.

Kommunstyrelsen behandlade revisionsrapporten vid sitt sammanträde 2022-01-13 § 14. Kommunstyrelsen noterade förvaltningens svar och godkände de åtgärder som förvaltningen redovisat med anledning av revisorernas granskning.

Av Sektorn för teknik och förvaltningsstöd yttrande framgår följande:

- Förvaltningen bedömer att det påbörjade arbetet med statusbedömningar som i sin tur genererar underhållsplaner till stor del svarar upp till de brister revisorerna pekar på och grundar sina rekommendationer i.
- Arbetet med statusbedömningar kommer att ge ett bra underlag för framtida krav på underhåll av de kommunala fastigheterna.
- Statusbedömningarna kommer även att bli en del i den ordinarie uppföljningen och därmed kommer kommunstyrelsen att få en regelbunden redovisning av de kommunala fastigheternas underhållsskuld.
- Genom att området även ingår i sektorn för teknik- och förvaltningsstöds riskanalys för internkontroll från 2022 har det även säkrats upp att de sker kontinuerlig efterkontroll och riskanalys.

## **Bedömning**

**Ja.**

Bedömningen baseras på att revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder har besvarats av kommunstyrelsen. I yttrandet på granskningen besvaras samtliga rekommendationer som lämnats i den tidigare granskningen av fastighetsunderhåll.

# Har synpunkterna och förslagen åtgärdats? Sida 1/3

## **lakttagelser**

**Rekommendation 1: Tillse att långsiktiga underhållsplaner för kommunens samtliga fastigheter upprättas på ett så skyndsamt sätt som möjligt. Underhållsplanerna bör baseras på statusinvesteringar, branschmässiga riktvärden och andra relevanta underlag med syfte att ge en adekvat bild av underhållsbehov framgent.**

Vid förra granskningen gavs rekommendationen om att kommunstyrelsen bör upprätta en långsiktig underhållsplan för samtliga av kommunens fastigheter. Underhållsplanen bör baseras på relevanta underlag för att få en adekvat bild av underhållsbehovet framgent.

I kommunstyrelsens yttrande framgår att det påbörjade arbetet med statusbedömning som i sin tur genererar underhållsplaner till stor del svarar upp till de brister revisorerna pekar på.

I de svar PwC mottagit av de skriftliga frågorna framgår att kommunstyrelsen tagit fram underhållsplaner sedan 2022 för statusinventerade fastigheter, det är dock ett pågående arbete. I dagsläget finns inte en underhållsplan för samtliga av kommunens fastigheter.

Av intervju framgår att det finns underhållsplaner framtagna för samtliga lokaler inom skola och förskola, som är baserade på statusinventeringar och branschmässiga riktvärden. Det pågår ett arbete med att ta fram underhållsplaner för socialförvaltningens lokaler. Under andra halvan av 2025 förväntas samtliga fastigheter ha en underhållsplan som bygger på statusinventeringen.

**Rekommendation 2: Säkerställa att nyckeltal med bäring på fastighetsunderhåll identifieras. Nyckeltalen bör förankras i branschmässiga riktvärden och bör även tillåta jämförelser med andra kommuner. Uppföljning av dessa nyckeltal bör ske regelbundet och kan med fördel redovisas vid kommunstyrelsens ordinarie uppföljningstillfällen.**

Vid förra granskningen gavs rekommendationen om att kommunstyrelsen bör säkerställa att nyckeltal med bäring på fastighetsunderhåll identifieras.

I kommunstyrelsens yttrande framgår att verksamhetssystemet Xpand utgår från nyckeltal men att det inte är en tydlig koppling till fastighetsunderhåll i systemet.

I svaren på de skriftliga frågorna framgår att Härryda kommun tidigare jämfört sig med nyckeltal via Repab, men valt att avsluta denna jämförelse på grund av det låga antalet kommuner som ingår. De har tidigare även använt sig av SKR:s mätning för fastighetsunderhåll för olika regioner. I de skriftliga svaren framgår inte om nyckeltal används i kommunens arbete i fastighetsunderhåll.

Av intervju framgår att Härryda kommun fortfarande använder sig av Repab (nu Momentum) dock med reservation eftersom det är få kommuner som är med i denna mätning. Vidare framgår att de även jämför sig på egen hand med liknande kommuner i Sverige, även här lyfts svårigheter sett till kommunernas skiftande statusinventeringsarbete. I kommunstyrelsens verksamhetsplan 2023 återfinns en kvalitetsindikator som beskriver sambandet mellan fastighetsprojekt och ekonomin kopplat till det. I kommunstyrelsens verksamhetsplan 2023 listas 4 kvalitetsindikatorer som har bäring på fastighetsunderhåll; *ändamålsenliga lokaler (NKI)*, *andel genomförda underhållsprojekt i utbildningslokaler (jämfört med plan)*, *underhållsbehov kr/kvm (150 kr) jämfört med utfall*, och till sist *kostnad för skadegörelse på kommunens fastigheter, tkr*.

**Rekommendation 3: Försäkra sig om att det sker en bedömning och analys av den totala underhållsskulden kopplat till kommunens fastigheter. Regelbunden redovisning av hur underhållsskulden utvecklas över tid kan med fördel ske till kommunstyrelsen.**

Vid förra granskningen gavs rekommendationen om att kommunstyrelsen bör försäkra sig om att det sker en bedömning och analys av den totala underhållsskulden kopplat till kommunens fastigheter samt att redovisning kan med fördel ske till kommunstyrelsen.

I kommunstyrelsens yttrande framgår att det påbörjade arbetet med statusbedömningar kommer även att bli en del i den ordinarie uppföljningen och därmed kommer kommunstyrelsen att få en regelbunden redovisning av de kommunala fastigheternas underhållsskuld. Det framgår också att området ingår i sektorn för teknik och förvaltningsstöd riskanalys för intern kontroll från 2022, genom det har det säkrats upp att det sker kontinuerlig efterkontroll och riskanalys.



# Har synpunkterna och förslagen åtgärdats? Sida 2/3

Som nämnts tidigare pågår ett arbete med att statusinventera samtliga av kommunens fastigheter för att sedan ta fram underhållsplaner för att bedöma och analysera den totala underhållsskulden

I de skriftliga svaren framgår att det i dagsläget finns analys av underhållsskuld för utbildningslokaler och socialförvaltningens lokaler. Övriga fastigheter får sin analys klar i början av 2025. Vidare framgår att underhållsskulden redovisas regelbundet till ekonomiutskottet, samtidigt som en uppföljning av hur fastighetsfunktionen arbetar med fastighetsunderhåll hållits för kommunstyrelsen under hösten 2023.

Av intervju framgår att redovisningen av underhållsskulden till ekonomiutskottets sker med varierande regelbundenhet, vilken kan verifieras av protokoll från ekonomiutskottet. Enligt protokoll som vi tillhandahållit av Härryda kommuns ekonomiutskott redovisas underhållsskulden till ekonomiutskottet en gång under 2022. Genom kontakt med en representant från ekonomiutskottet informeras PwC att fastighetsunderhållet inte varit en punkt på ekonomiutskottets dagordning under 2023. Inom ramen för granskningen har vi tillhandahållit presentation *Åtterrapporering renovering och statusbedömningar* som presenterades för kommunstyrelsen 2023-11-23 § 379 där redovisning av kommunens underhållsskuld framgår. Vid sakgranskning framgår att statusinventering av fastigheter där socialtjänsten bedriver verksamhet redovisades för ekonomiutskottet under februari 2024.

***Rekommendation 4: Tillse att adekvat uppföljning av fastighetsunderhåll sker vid kommunstyrelsens ordinarie uppföljningstillfällen. Uppföljningen bör innehålla en helhetsbild av utfall mot budget och kan med fördel kompletteras med en uppdelning i reinvesteringar respektive resultatförda fastighetsunderhåll samt planerat respektive felavhjälpande fastighetsunderhåll***

Vid förra granskningen gavs rekommendationen om att kommunstyrelsen tillser att adekvat uppföljning av fastighetsunderhåll sker vid kommunstyrelsens ordinarie uppföljningstillfällen.

I kommunstyrelsens yttrande framgår att de påbörjade statusbedömningarna kommer bli en del i den ordinarie uppföljningen och därmed kommer kommunstyrelsen att få en regelbunden redovisning av de kommunala fastigheternas underhållsskuld.

I de skriftliga svaren framgår att kommunstyrelsens uppföljning sker via nyckeltal i verksamhetsberättelsen samt via informationspunkt på kommunstyrelsens sammanträde någon gång per år. Utöver detta får kommunstyrelsens ekonomiutskott flera informationer under året.

Av intervju framgår att uppföljningen innehåller information om underhållsskulden och hur arbetet sett ut med fastighetsekonomin. Uppföljningen är inte uppdelad i reinvesteringar respektive resultatförda fastighetsunderhåll, inte heller planerat respektive felavhjälpande fastighetsunderhåll.

Av kommunstyrelsens verksamhetsberättelse 2022 framgår utfall mot budget samt en redogörelse för att underhållsplaner tagits fram för samtliga skolor och att statusbedömningar genomförts på alla kommunens förskolor. I investeringsredovisning 2022 för sektor teknik och förvaltningsstöd redovisas utfall mot budget för bland annat komponentutbyte fastighet samt komponentutbyte akut underhåll.

I kommunstyrelsens delårsrapport per augusti 2023 framgår att som en följd av de statusinventeringar som skett i kommunens utbildningslokaler har ett flertal stora underhållsprojekt startats upp. I investeringsredovisning för sektor teknik och förvaltningsstöd redovisas utfall mot budget för bland annat komponentutbyte fastighet samt komponentutbyte akut underhåll.

***Rekommendation 5: Försäkra sig om att det sker erforderliga riskanalyser och efterkontroller kopplat till fastighetsunderhåll. Det är av särskild vikt då kommunen i nuläget är i stånd att implementera en nyligen framtagen strategi för fastighetsunderhåll. Riskanalys och efterkontroller kan med fördel inkluderas i kommunstyrelsens internkontrollplan.***

Vid förra granskningen gavs rekommendationen om att kommunstyrelsen bör försäkra sig om att det sker erforderliga riskanalyser och efterkontroller kopplat till fastighetsunderhåll.

I kommunstyrelsens yttrande framgår att sektorn för teknik och förvaltningsstöd genomfört riskanalys för intern kontroll från 2022 och att det även säkrats upp att det sker kontinuerligt efterkontroll och riskanalys.

# Har synpunkterna och förslagen åtgärdats? Sida 3/3

I de skriftliga svaren från förvaltningen framgår att det inte fullt ut görs riskanalyser och efterkontroller kopplat till fastighetsunderhåll. Förvaltare och projektledare prioriterar vilka underhållsåtgärder som behöver genomföras och i vilken ordning. Vidare svarar förvaltningen nej på frågan om riskanalyser och efterkontroller inkluderas i kommunstyrelsens internkontrollplan.

För granskningen har vi tagit del av internkontrollplan 2022 för sektorn för teknik och förvaltningsstöd, där det framgår att fastighetsunderhåll var en identifierad risk i riskanalysen men den var inte en del av internkontrollplanen.

Av intervju framgår att kommunstyrelsens riskanalyser och internkontrollplan inte har inkluderat fastighetsunderhåll eftersom att risken bedöms ha minskat utifrån det pågående arbetet med statusinventeringar och underhållsplaner. Dessutom har budgeten för fastighetsunderhåll utökats och vid intervju framgår att budgeten anses tillräcklig för fastighetsunderhåll vilket också minskar riskerna.

I kommunstyrelsens verksamhetsberättelse 2023 framgår att enligt kommunstyrelsens beslut 2021 beviljades fastighetsfunktionen att överskrida budgeten med 15 mnkr år 2021. Eftersom 7,6 mnkr av dessa medel inte användes, tilläts mer omfattande underhållsåtgärder även år 2022 för att uppnå totalbeloppet. I skriftliga svar framgår att under 2023 fick fastighetsfunktionen ett stort tillskott i sin budgetram för att hantera den underhållsskuld som redovisats till politiken. Under 2024 kommer budgeten justeras ytterligare. I kommunstyrelsens verksamhetsplan 2023 framgår att ett anslag om 225 mnkr har avsatts under planperioden för renovering och underhåll av lokaler kopplat till fastighetsstrategi.

Under perioden 2021-2024 har underhållsbudgeten utökats med 338 %. Vidare framgår av inkomna svar på skriftliga frågor att om nuvarande budgetkompensation får vara kvar fram till 2035 har fastighetsfunktionen goda möjligheter att hantera nuvarande underhållsskuld och ha ett fastighetsbestånd i gott skick. Budgetramen från 2024 och framåt anses därför rimlig.

## Bedömning

### Delvis.

Bedömningen baseras på att det pågår ett arbete med att statusinventera kommunens samtliga fastigheter som sedan genererar i underhållsplaner. Arbetet är slutfört för samtliga utbildningslokaler och arbete pågår för socialförvaltningens lokaler.

Vi kan inte spåra en tydlig uppföljning av fastighetsunderhåll vid kommunstyrelsens ordinarie uppföljningstillfällen. Fyra kvalitetsindikatorer finns i kommunstyrelsens verksamhetsplan avseende fastighetsunderhåll, däremot saknas nyckeltal för exempelvis andel planerat fastighetsunderhåll respektive akut fastighetsunderhåll.

Fastighetsunderhåll har inte varit inkluderat i kommunstyrelsens riskanalys eller internkontrollplan sedan den tidigare granskningen genomfördes. Förvaltare och projektledare prioriterar vilka underhållsåtgärder som behöver genomföras och i vilken ordning. Den utökade budgeten och det pågående arbetet med statusinventeringar som genererar i underhållsplaner bedöms minska riskerna inom området fastighetsunderhåll.

# Sammanfattning av åtgärdade rekommendationer sida 1/2

Rekommendation	Rekommendation genomförd
<p><b>Rekommendation 1</b> Tillse att långsiktiga underhållsplaner för kommunens samtliga fastigheter upprättas på ett så skyndsamt sätt som möjligt. Underhållsplanerna bör baseras på statusinvesteringar, branschmässiga riktvärden och andra relevanta underlag med syfte att ge en adekvat bild av underhållsbehov framgent</p>	<p><b>Rekommendationen är delvis genomförd.</b> Det finns underhållsplaner framtagna för samtliga lokaler inom skola och förskola som är baserade på statusinventeringar och branschmässiga riktvärden. Det pågår ett arbete med att ta fram underhållsplaner för socialförvaltningens lokaler. Under andra halvan av 2025 förväntas samtliga fastigheter i kommunen ha genomgått statusinventering.</p>
<p><b>Rekommendation 2</b> Säkerställa att nyckeltal med bäring på fastighetsunderhåll identifieras. Nyckeltalen bör förankras i branschmässiga riktvärden och bör även tillåta jämförelser med andra kommuner. Uppföljning av dessa nyckeltal bör ske regelbundet och kan med fördel redovisas vid kommunstyrelsens ordinarie uppföljningstillfällen</p>	<p><b>Rekommendationen är delvis genomförd.</b> Härryda kommun använder sig av Repab (nu Momentum) dock med reservation eftersom det är få kommuner som är med i denna mätning. De har tidigare även använt sig av SKR:s mätning för fastighetsunderhåll för olika regioner. Förvaltningen jämför sig på egen hand med liknande kommuner i Sverige, även här lyfts svårigheter sett till kommunernas skiftande statusinventeringsarbete. I kommunstyrelsens verksamhetsplan 2023 återfinns 4 kvalitetsindikatorer som har bäring på fastighetsunderhåll. Det saknas indikatorer för exempelvis andel akut fastighetsunderhåll och andel planerat fastighetsunderhåll.</p>
<p><b>Rekommendation 3</b> Försäkra sig om att det sker en bedömning och analys av den totala underhållsskulden kopplat till kommunens fastigheter. Regelbunden redovisning av hur underhållsskulden utvecklas över tid kan med fördel ske till kommunstyrelsen</p>	<p><b>Rekommendationen är delvis genomförd.</b> I dagsläget finns analys av underhållsskuld för utbildningslokaler och socialförvaltningens lokaler. Övriga fastigheter får sin analys klar i början av 2025. En viss uppföljning av underhållsskulden har skett till ekonomiutskottet under 2022 samt vid ett tillfälle under 2023 till kommunstyrelsen.</p>

# Sammanfattning av åtgärdade rekommendationer sida 2/2

Rekommendation	Rekommendation genomförd
<p><b>Rekommendation 4</b> Tillse att adekvat uppföljning av fastighetsunderhåll sker vid kommunstyrelsens ordinarie uppföljningstillfällen. Uppföljningen bör innehålla en helhetsbild av utfall mot budget och kan med fördel kompletteras med en uppdelning i reinvesteringar respektive resultatförda fastighetsunderhåll samt planerat respektive felavhjälpande fastighetsunderhåll</p>	<p><b>Rekommendationen är delvis genomförd.</b> Kommunstyrelsen tar del av uppföljning av fastighetsunderhåll genom delårsrapport och verksamhetsberättelse. I investeringsredovisning för sektor teknik och förvaltningsstöd (som ingår i kommunstyrelsens delårsrapport och verksamhetsberättelse) redovisas utfall mot budget för bland annat komponentutbyte fastighet samt komponentutbyte akut underhåll. Kommunstyrelsen har även fått återrapportering renovering och statusbedömningar i november 2023. Den uppföljning som kommunstyrelsen tagit del av har inte varit uppdelad i reinvesteringar respektive resultatförda fastighetsunderhåll samt planerat respektive felavhjälpande fastighetsunderhåll</p>
<p><b>Rekommendation 5</b> Försäkra sig om att det sker erforderliga riskanalyser och efterkontroller kopplat till fastighetsunderhåll. Det är av särskild vikt då kommunen i nuläget är i stånd att implementera en nyligen framtagna strategi för fastighetsunderhåll. Riskanalys och efterkontroller kan med fördel inkluderas i kommunstyrelsens internkontrollplan</p>	<p><b>Rekommendation är genomförd.</b> I de skriftliga svaren från förvaltningen framgår att det inte helt görs riskanalyser och efterkontroller kopplat till fastighetsunderhåll. Förvaltare och projektledare prioriterar vilka underhållsåtgärder som behöver genomföras och i vilken ordning. Vidare svarar förvaltningen nej på frågan om riskanalyser och efterkontroller inkluderas i kommunstyrelsens internkontrollplan.</p> <p>Av intervju framgår att kommunstyrelsens riskanalyser och internkontrollplan inte har inkluderat fastighetsunderhåll eftersom att risken bedöms ha minskat utifrån det pågående arbetet med statusinventeringar och underhållsplaner. Dessutom har budgeten för fastighetsunderhåll utökats och vid intervju framgår att budgeten anses tillräcklig för fastighetsunderhåll vilket också minskar riskerna.</p> <p>I internkontrollplan 2022 för sektorn för teknik och förvaltningsstöd framgår att fastighetsunderhåll var en identifierad risk i riskanalysen men den var inte en del av internkontrollplanen.</p>

# Granskning av intern kontroll i intäktprocessen

Granskningen av intern kontroll i intäktprocessen genomfördes 2021.

I granskningen av intern kontroll i intäktprocessen var den sammanfattande bedömningen att kommunstyrelsen och nämnderna inte har en helt tillräcklig intern kontroll i kommunens intäktprocesser.

De brister som framgick i granskningen var:

- Dokumenterade riktlinjer och rutiner är inte fullständiga eller aktuella vad gäller kundefaktureringsprocessens inledande steg inför och vid framtagandet av debiteringsunderlaget.
- Svårt att få en tydlig överblick över alla rutindokument.
- I regel är inte intäktsgruppernas rutiner dokumenterade, det samma gäller för resultat av genomförda kontroller.

Utifrån ovanstående brister lämnades tre rekommendationer till kommunstyrelsen och välfärdsnämnden.

# Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?

## **Iakttagelser**

PwC har på uppdrag av Härryda kommuns förtroendevalda revisorer genomfört en granskning av intern kontroll i intäktprocessen under revisionsår 2021. De förtroendevalda revisorerna översände revisionsrapport med tillhörande missiv till kommunstyrelsen och välfärdsnämnden för granskning av intern kontroll i intäktprocessen 2021-10-25.

Kommunstyrelsen behandlade revisionsrapport vid sitt sammanträde 2022-06-02 § 231 och fattade följande beslut: Kommunstyrelsen noterar förvaltningens svar och godkänner de åtgärder som förvaltningen redovisat med anledning av revisorernas granskning.

Välfärdsnämnden behandlade revisionsgranskningen vid sitt sammanträde 2022-06-01 § 124 och fattade följande beslut: Välfärdsnämnden noterar förvaltningens svar och godkänner de åtgärder som förvaltningen redovisat med anledning av revisorernas granskning.

Av kommunstyrelsen och välfärdsnämndens yttranden framgår att följande åtgärder ska vidtas av förvaltningen:

- Revidering och aktualisering av riktlinjer gällande in och utbetalningar samt kravhantering.
- Utveckling av dokumenterade rutiner för arbetet med intäktprocessen och kontrollmoment.

## **Bedömning**

### **Ja.**

Bedömningen baseras på att kommunstyrelsen och välfärdsnämnden har besvarat de synpunkter och förslag till åtgärder som lämnats i revisionsrapporten med tillhörande missiv. Samtliga rekommendationer har besvarats av kommunstyrelsen och välfärdsnämnden.

# Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

## **lakttagelser**

### **Rekommendation 1: Revidera och aktualisera finanspolicyns riktlinjer gällande in- och utbetalningar samt kravhantering samt säkerställ att de efterlevs**

Vid förra granskningen gavs rekommendationen att kommunstyrelsen och välfärdsnämnden bör revidera och aktualisera finanspolicyns riktlinjer gällande in- och utbetalningar samt kravhantering samt säkerställa att de efterlevs.

I kommunstyrelsen och välfärdsnämndens yttrande framgår att "åtgärden revidering och aktualisering av riktlinjer gällande in och utbetalningar samt kravhantering" kommer att vidtas.

Av intervju framgår att finanspolicyn utan bilagan revideras och aktualiseras årligen. Revidering av bilagan med tillhörande riktlinjer är däremot ett pågående arbete som planeras färdigställas under våren 2024. Vidare framgår under intervju att arbetssättet för rutiner är oförändrat från den fördjupade granskningen som utfördes 2021. För att säkerställa att rutiner efterlevs för ekonomiavdelningen diskussioner med verksamheterna. Det finns en framtagen rutin för digitala flöden för påminnelser för obetalda fakturor.

### **Rekommendation 2: Upprätta tydliga dokumenterade rutiner för arbetet med kundfaktureringsprocessens inledande steg inför och vid framtagandet av debiteringsunderlag.**

Vid förra granskningen gavs rekommendationen om att kommunstyrelsen och välfärdsnämnden bör upprätta tydliga och dokumenterade rutiner för arbete med intäktprocessen.

I kommunstyrelsen och välfärdsnämndens yttrande framgår att åtgärden "utveckling av dokumenterade rutiner för arbetet med intäktprocessen och kontrollmoment" kommer att vidtas.

Av intervju framgår att kommunen skarpt bytte ekonomisystem i slutet av 2021 och i samband med det har förvaltningarna börjat se över sina rutiner för arbetet med intäktprocessen. Skriftliga frågor har skickats ut till respektive handläggare för de fyra intäktsgupper som ingick i den tidigare granskningen (barnomsorgsavgifter, äldreomsorgsavgifter, hyror inom sektorn för socialtjänst samt interkommunala ersättningar).

Av inkomna svar på de skriftliga frågorna som skickats ut till handläggare för barnomsorgsavgifter och interkommunala ersättningar framgår att missnöje med leverantör resulterade i att en ny upphandling genomfördes under 2022-2023 och mot bakgrund av detta har dokumenterade rutiner för kundfaktureringsprocessens inledande steg inför och vid framtagande av debiteringsunderlag avseende barnomsorg inte kunnat prioriteras. Under 2024 förväntas arbetet med att formalisera inarbetade rutiner och manualer från systemleverantörer att påbörjas för barnomsorgsavgifter. För interkommunala ersättningar finns ingen framtagen rutin, Härryda kommun följer det samverkansavtal som är framtaget med Göteborgsregionen (GR).

Av skriftliga svar från handläggare för äldreomsorgsavgifter framgår att de har två handskrivna processkort, en för fakturasammanställning och en avgiftsammanställning. Sektorn för socialtjänst har även en debiteringsrutin med syfte att kvalitetssäkra debiteringen i verksamhetssystemet Treserva, som används av handläggarna.

Av skriftliga svar från administrativ chef, sektorn socialtjänst, framgår att utifrån att tidigare rapport inte innehöll några alarmerande brister rörande hyresdebitering inom sektorn socialtjänst så har inga åtgärder i nuvarande process prioriterats under 2023. Administrativ chef har tillsammans med administratörgruppen diskuterat i stort hur de kan förbättra sina interna processer rörande hyresdebitering för att säkra upp sårbarheter som de ser. Ett planerat förbättringsarbete för 2024 är att fler administratörer som ombesörjer hyresdebitering ska lära sig varandras områden, för att minska sårbarheter vid exempelvis sjukdom och semester.

### **Rekommendation 3: Förtydliga och dokumentera vilka kontroller som ska ske samt säkerställa att resultatet av dessa kontrollmoment dokumenteras på ett strukturerat sätt.**

Vid förra granskningen gavs rekommendationen om att kommunstyrelsen och välfärdsnämnden bör förtydliga och dokumentera vilka kontroller som ska ske samt säkerställa att resultatet av dessa kontrollmoment dokumenteras på ett strukturerat sätt.



# Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

I kommunstyrelsen och välfärdsnämndens yttrande framgår att det finns dokumenterade rutiner i form av flödesscheman och manualer för hur arbetet ska utföras. En rad kontroller utförs med dokumenteras och hanteras normalt enbart vid avvikelser.

Av intervju framgår att det inte finns ett övergripande dokument som utgörs av kontrollmoment och dess resultat. Vidare framgår att intervjupersoner ser ett behov av att dokumentera hela kedjan men det återstår ett arbete med att bedöma på vilken nivå dokumentation av kontroller ska genomföras. Vidare framgår att det sker en indirekt kontroll genom prognosrapportering månatligen, där kommunens ekonomer träffar varje enskild verksamhet och följer upp intäktprocessen.

I inkomna skriftliga svar från administrativ chef, sektorn för utbildning, kultur och fritid, framgår att den utdragna processen med ny upphandlad leverantör även påverkat dokumentationen om vilka kontroller som ska ske inom respektive intäktsgrupp. Under 2024 införs en modul i det nya systemet, vilket kommer att möjliggöra inkomstkontroller med början på år 2026 (kontrollen görs retroaktivt). Handläggaren tillägger att stickprovskontroller utförs regelbundet och ligger till grund för barnomsorgsavgiften. För interkommunala ersättningar genomförs en månadsavstämning av utfallet av intendent på gymnasiet.

I inkomna skriftliga svar från administrativ chef, sektorn för socialtjänst, framgår att kontroll av intäkterna sker i samband med månadsprognoser och uppföljning av ekonomin av ansvarig chef. Kontroll sker i detta fall inte på individnivå utan per kontonivå/enhetsnivå. Vid avvikelser av något slag rörande ekonomin (så även hyresintäkter) ska detta enligt sektorns prognosmodell kommenteras särskilt vid månadsprognoser, vilket följs upp flera gånger årligen tillsammans med ekonomer, utvecklingschef och sektorschef. Intäktskontroll per individnivå sker även via så kallade "restlistor" från ekonomifunktionen, där sammanställd information om uteblivna hyresintäkter per hyresgäst, lämnas via administratör till budgetansvarig chef. Listan granskas och följs upp vid behov upp med ansvarig handläggare för hyresgästen.

## Bedömning

### Delvis.

Bedömningen baseras på att det pågår ett arbete med att revidera finanspolicyns riktlinjer gällande in- och utbetalningar samt kravhantering. Vidare baseras bedömningen på att det delvis finns upprättade tydliga dokumenterade rutiner för arbete med intäktprocessen. Det kvarstår ett arbete med att förtydliga och dokumentera vilka kontroller som ska ske samt säkerställa att resultatet av dessa kontrollmoment dokumenteras på ett strukturerat sätt.



# Sammanfattning av åtgärdade rekommendationer

Rekommendation	Rekommendation genomförd
<b>Rekommendation 1</b> Revidera och aktualisera finanspolicyns riktlinjer gällande in- och utbetalningar samt kravhantering samt säkerställ att de efterlevs	<b>Rekommendationen är delvis genomförd.</b> Finanspolicyn utan bilagan revideras och aktualiseras årligen. Revidering av bilagan är däremot ett pågående arbete som planeras färdigställas under våren 2024.
<b>Rekommendation 2</b> Upprätta tydliga dokumenterade rutiner för arbete med intäktsprocessen	<b>Rekommendationen är delvis genomförd.</b> Härreda kommun har nyligen bytt ekonomisystem och i samband med detta har förvaltningarna börjat se över dess rutiner för arbete med intäktsprocessen. Inom barnomsorgsavgiften har ett byte av leverantör fördröjt processen för implementering av rutiner för arbete med intäktsprocessen. Under 2024 planeras dock arbetet med barnomsorgsavgiftens rutiner för arbetet med intäktsprocessen ta vid. För interkommunala ersättningar finns en dokumenterad samverkansavtal mot Göteborgsregionen (GR), som handläggaren följer. För äldreomsorgsavgifter finns handskrivna processkartor för fakturasammanställning och en avgiftsammanställning. Sektorn för socialtjänst har även en debiteringsrutin med syfte att kvalitetssäkra debiteringen i verksamhetssystemet Treserva, som används av handläggarna.  För hyror inom sektorn socialtjänst har administrativ chef tillsammans med administratörgruppen diskuterat i stort hur de kan förbättra deras interna processer rörande hyresdebitering för att säkra upp sårbarheter som de ser. Ett planerat förbättringsarbete för 2024 är att fler administratörer som ombesörjer hyresdebitering ska lära sig varandras områden, för att minska sårbarheter vid exempelvis sjukdom och semester.
<b>Rekommendation 3</b> Förtydliga och dokumentera vilka kontroller som ska ske samt säkerställa att resultatet av dessa kontrollmoment dokumenteras på ett strukturerat sätt.	<b>Rekommendationen är inte genomförd.</b> I kommunstyrelsen och välfärdsnämndens yttrande framgår att det finns dokumenterade rutiner i form av flödesscheman och manualer för hur arbetet ska utföras. En rad kontroller utförs men dokumenteras och hanteras normalt enbart vid avvikelser. Vidare framgår att det sker en indirekt kontroll genom prognosrapportering månatligen, där kommunens ekonomer träffar varje enskild verksamhet och följer upp intäktsprocessen. För granskningen kan vi inte verifiera att det har förtydligats och dokumenterats vilka kontroller som ska ske och därav framgår det inte heller hur kontrollerna ska dokumenteras på ett strukturerat sätt.

# 3

## Revisionell bedömning

# Revisionell bedömning

PwC har, på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Härryda kommun, genomfört en uppföljande granskning av fördjupade granskningar under 2021. Syftet har varit att bedöma om omgranskade nämnder och kommunstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och åtgärdsförslag som lämnats i genomförda granskningar.

De bedömningar som lämnas utifrån respektive granskning framgår nedan:

Vi bedömer att kommunstyrelsen *inte helt* har vidtagit tillräckliga åtgärder med hänsyn till revisorernas rekommendationer utifrån genomförd granskning av kommunens arbete med att beakta barnkonventionen.

Vi bedömer att socialnämnden *inte helt* har vidtagit tillräckliga åtgärder med hänsyn till revisorernas rekommendationer utifrån genomförd granskning av välfärdsnämndens styrning och ledning av arbetsmarknadsverksamheten.

Vi bedömer att kommunstyrelsen *inte helt* har vidtagit tillräckliga åtgärder med hänsyn till revisorernas rekommendationer utifrån genomförd granskning av fastighetsunderhåll

Vi bedömer att kommunstyrelsen och socialnämnden *inte helt* har vidtagit tillräckliga åtgärder med hänsyn till revisorernas rekommendationer utifrån genomförd granskning av intern kontroll i intäktsprocessen.

## Rekommendationer

- Vi rekommenderar kommunstyrelsen och socialnämnden att färdigställa och åtgärda de delar som påbörjats och/eller återstår utifrån tidigare lämnade rekommendationer.



2024-03-04

Marie Lindblad

---

*Uppdragsledare*

Johanna Larsson

---

*Projektledare*