



Sammanträde med Socialnämndens arbetsutskott

Tid: 2023-03-08, kl. 09:00-12:00

Plats: Socialförvaltningen, Alingås

,
Ordförande Arita Halili,
Sekreterare

Ärendelista

1. Information och överläggningar
 - A/ Förvaltningschefen informerar
 - B/ Presentation av enhet unga vuxna och socialpsykiatri
 - C/ Utbildning - Framtidens socialtjänst
 - D/ Presentation av 2021 års resultat Öppna Jämförelser
2. Brandskyddsrapport 2022, 2022.055 SN
3. Kvalitetsberättelse för Socialförvaltningen 2022, 2023.017 SN
4. Plan för uppföljning av privata utförare, 2023.020 SN

Brandskyddsrapport 2022

2

2022.055 SN



Datum: 2023-02-21
Handläggare: Dan Sjöholm
Direktnr: 0322-61 65 14
Diariernr: 2022.055 SN

Socialnämnden

Brandskyddsrapport 2022

Ärendebeskrivning

Socialnämnden fastställde reviderade Riktlinjer för systematiskt brandskyddsarbete (SBA) 2020-09-21, § 47. Enligt riktlinjerna ska en årlig rapport om det organisatoriska brandskyddet sammanställas och förslag på eventuella förbättringar presenteras. Rapporten ska lämnas till förvaltningschef, skyddskommitté (FSG) och nämnd.

Förvaltningens yttrande

Uppföljning av 2022 års brandskyddsarbete har genomförts vilket redovisas i rapporten. Under 2022 har flera medarbetare deltagit i utbildningar varför andelen medarbetare som genomgått brandskyddsutbildning ökat. Dock har nyanställda medarbetare ej erbjudits denna möjlighet. Förvaltningens introduktionsmaterial för nyanställda, vilket är under framtagande, skall inkludera SBA vilket bör innebära förbättringar framöver avseende brandskyddsutbildning för nyanställda.

Ekonomisk bedömning

Ärendet medför inga ekonomiska konsekvenser

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner brandskyddsrapport 2022

Beslutet ska skickas till

Avdelningschef Administration

Karin Alvermalm
Förvaltningschef

Alvermalm Dahlgren, Godkännare tjänsteskrivelse, 2023-02-21

Dan Sjöholm
Tf avdelningschef Administration

Karin

Brandskydds- rapport 2022

Socialnämnden

Typ av styrdokument: Uppföljning av riktlinje
Beslutande instans: Socialnämnd
Datum för beslut: 2023-03-21

Diarienummer: 2022.055 SN
Gäller för: Socialförvaltningen
Dokumentansvarig: Avdelningschef
administration

Bakgrund och syfte

Systematiskt brandskyddsarbete (SBA) innebär att man på ett organiserat och strukturerat sätt planerar, utbildar, övar, dokumenterar, kontrollerar och följer upp brandskyddsarbetet i organisationen. Socialförvaltningens systematiska brandskyddsarbete ska ske i enlighet med lagar och riktlinjer för säkerhet och arbetsmiljö. Fastighetsägaren ansvarar för det byggnadstekniska brandskyddet, medan utövare av verksamhet ansvarar för det organisatoriska brandskyddsarbetet. Som verksamhetsutövare ska förvaltningen vidta de åtgärder som behövs för att förebygga brand och olyckor samt hindra och begränsa skador till följd av brand. Det systematiska brandskyddsarbetet (SBA) utförs parallellt med det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Varje nämnd ansvarar för arbetsmiljön och säkerheten inom sitt verksamhetsområde. För närvarande saknar Alingsås kommun övergripande anvisningar för hur brandskyddsarbetet ska bedrivas. Socialförvaltningens *Riktlinjer för systematiskt brandskyddsarbete (SBA)* reviderades och fastställdes av socialnämnden 2020-09-21, § 47.

Enligt riktlinjerna har nämnden det yttersta ansvaret för förvaltningens arbetsmiljö, säkerhet och brandskydd. Detta ansvar är delegerat till förvaltningschef som leder arbetet i förvaltningens samverkansgrupp (FSG) som också är skyddskommitté.

Avdelning Administration ansvarar för funktionen brandskyddssamordnare. I samordnarens uppgifter ingår bland annat att hålla förvaltningens brandskyddsdocumentation aktuell, att samverka med förvaltningschef, fastighetsförvaltare och räddningstjänst i brandskyddsfrågor. I uppdraget ingår även kontakter med förvaltningens brandskyddsombud och att hålla de uppdaterade i lagstiftningsförändringar.

Av riktlinjerna framgår att verksamhetschef ska identifiera och bedöma risker, åtgärda eventuella brister, se till att nyanställda får introduktion i brandskydd och att medarbetare får brandskyddsutbildning, utse brandskyddsombud och följa upp deras uppdrag, se till att brandskyddsronde genomförs och utforma verksamhetsbeskrivning och skriftlig redogörelse av brandskyddet när det så krävs.

Brandskyddsombud utses av verksamhetschef och ska finnas på varje arbetsställe. Brandskyddet ska beskrivas i en SBA-pärm.

Enligt riktlinjerna ska en årlig rapport om det organisatoriska brandskyddet sammanställas och förslag på eventuella förbättringar presenteras. Rapporten ska lämnas till förvaltningschef, skyddskommitté (FSG) och nämnd.

Hur rapporteringen har genomförts

Information har inhämtats från ansvariga chefer och brandskyddsombud.

Enligt riktlinjerna skall brandskyddsombuden ge alla nyanställda och praktikanter en introduktion i brandskyddet på arbetsplatsen med stöd av arbetsställets SBA-pärm och gällande rutiner.

Ett mål är att all personal ska få allmän brandkunskap (BKA) med 5 års intervall. Pandemin har dock medfört att räddningstjänsten under en period tvingats ställa in planerade utbildningstillfällen. Räddningstjänsten erbjuder en digital utbildning för de teoretiska delarna och från 2022 har utbildning för de praktiska delarna återigen erbjudits.

Brandskyddsombuden hanterar larm vid testning och genomför utrymningsövningar.

Brandskyddsombuden ansvarar även för att genomföra och dokumentera brandskyddsronder samt följa upp att upptäckta fel och brister åtgärdas.

Resultat

	Andel ny- anställda som fått introduktion i brandskydd (%)	Andel medarbetare som genomgått brandskydds utbildn (%)	Antal genomför da utrymning sövningar	Antal genomförda brandskydd sronder	Antal identifierade avvikelser efter brandskyddsron d samt hur många som är åtgärdade
Förvaltningskontor					
Förvaltningskontor, Sidenvägen 7 D & F	0	70	1	12	3/3
Verksamhetslokaler					
Gläntan, Grindgatan	-	100	0	0	0/0
Enhet boende, inkluderat Rubingatan och Götagatans stödboende	0	95	2	2	0/0
Sjömansvägen	-	100	0	1	0/0
Nygatan 11	0	80	0	0	0/0

En stor del av socialförvaltningens personal arbetar i förvaltningens kontor på Sidenvägen. Brandskyddsronder genomförs här kontinuerligt och dokumenteras genom checklista. Enligt inrapporteringar finns inga kvarstående avvikelser att åtgärda. Under 2022 genomfördes liksom under 2021 en förannonserad utrymningsövning. Övningen uppvisade goda resultat och planen är att fortsättningsvis genomföra både annonserade och oannonserade utrymningsövningar minst en gång per år.

Utrymningsövningar har också genomförts vid Rubingatan och Götagatan. Vid Grindgatan genomfördes utrymningsövning under 2021, i samband med husmöten informeras här de boende regelbundet om utrymningsvägar och var samlingsplatsen är belägen.

Gällande Sjömansvägen har de boende vanliga hushållsbrandlarm, flera boende finns utspridda inom det aktuella bostadsområdet. Vid husmöten diskuteras brandrisker i förebyggande syfte

Den som har ett andrahandskontrakt med Socialförvaltningen svarar som hyresgäst för sitt eget brandskydd.

Slutsatser och förbättringar

På grund av pandemin var tillgången till utbildning under en period begränsad då räddningstjänsten ställde in planerad utbildningsverksamhet. Under 2022 har BKA (Brandkunskap för alla) utbildningar återupptagits varvid en hel del medarbetare deltagit i dessa med följd att andelen medarbetare som genomgått brandskyddsutbildning ökat jämfört med 2021. Däremot har nyanställda under fjolåret ej erbjudits introduktion i brandskydd, nuvarande rutin för detta måste således förbättras. I förvaltningens introduktionsmaterial för nyanställda som är under framtagande har introduktion till SBA därför inkluderats.

Under 2023 kommer Räddningstjänsten endast att genomföra BKA-utbildningar under hösten då man under våren flyttar till nya lokaler. Det är då angeläget att de medarbetare som ej genomgått brandskyddsutbildning eller behöver förnya denna erbjuds möjlighet att delta.

Antalet genomförda och dokumenterade brandskyddskontroller bedöms tillräckliga med undantag för Nygatan där det är angeläget att dessa rutiner återupptas. På grund av chefsbyte har avvikelse från rutinerna skett under det gångna året. Brandskyddskontrollerna utgör ett viktigt arbete bland annat för att undvika vissa brandrisker och säkerställa att lokalerna är enkla att utrymma. Enligt socialnämndens riktlinjer ska minst fyra brandskyddskontroller göras per år.

Utrymningsövningar har de senaste åren genomförts vid Sidenvägen, Götagatan och Rubingatan. Vid Grindgatan genomfördes ingen sådan övning under 2022 vilket bör göras framöver.

Kvalitetsberättelse för Socialförvaltningen 2022

3

2023.017 SN



Datum: 2023-02-16
Handläggare: Arita Halili
Direktnr: 0322-617265
Diariernr: 2023.017 SN

Socialnämnden

Tjänsteskrivelse - Kvalitetsberättelse 2022

Ärendebeskrivning

Kvalitetsberättelse 2022 har upprättats enligt Riktlinjer för kvalitetsledningssystem som antogs av socialnämnden, SN 2021-10-26, § 54.

Socialförvaltningen ska årligen upprätta en kvalitetsberättelse som ska godkännas av nämnden. Syftet med den sammanhållna kvalitetsberättelsen är att beskriva hur kvalitetsarbetet bedrivits under föregående år, vilka åtgärder som har vidtagits och vilka resultat som har uppnåtts. Kvalitetsberättelsen utgör underlag för planeringen av det fortsatta kvalitetsarbetet. Kvalitetsberättelsen ska också utmytna i förslag på förbättringar som förvaltningen ska ta tillvara för att utveckla verksamheten.

Ekonomisk bedömning

Beslutet medför inga ekonomiska konsekvenser.

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner Kvalitetsberättelse 2022

Beslutet ska skickas till

Klicka här för att fylla i vilka beslutet ska skickas till.

Karin Alvermalm
Förvaltningschef

Arita Halili
Förvaltningssekreterare

Kvalitetsberättelse 2022

Typ av styrdokument: Kvalitetsberättelse
Beslutande instans: Socialnämnden
Datum för beslut: 2023-03-14
Diarienummer: 2023.017 SN

Gäller för: Socialförvaltningen
Giltighetstid: Tillsvidare
Revideras senast: 2024-03-31
Dokumentansvarig: Förvaltningssekreterare

Innehåll

1.	Kvalitetsberättelse	1
2.	Kommunens kvalitetsarbete	1
3.	Socialförvaltningens kvalitetsarbete	3
3.1.	Processer och rutiner.....	3
3.2.	Systematiskt förbättringsarbete	5
3.2.1	Verksamhetsberättelser	5
3.2.2	Uppföljning av synpunkter och klagomål.....	9
3.2.3	Uppföljning av personuppgiftsincidenter	10
3.2.4	Uppföljning av avvikelser	11
3.2.5	Lex Sarah-utredningar	12
3.2.6	Revisionsrapporter.....	13
3.3.	Uppföljning av kvalitetsberättelser	13
3.4.	Förbättringsområden	14

1. Kvalitetsberättelse

Riktlinjer för kvalitetsledningssystem antogs av socialnämnden, SN 2021-10-26, § 54. Utgångspunkten för riktlinjerna är *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)*, där det framgår att den som bedriver socialtjänst ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Kvalitet innebär att verksamheten uppfyller de krav och mål som ställs enligt gällande lagar och föreskrifter.

Riktlinjerna beskriver ledningssystemets uppbyggnad, hur det systematiska förbättringsarbetet ska bedrivas och vad kvalitetsberättelsen ska innehålla. Socialförvaltningen ska årligen upprätta en kvalitetsberättelse som ska redovisas för nämnden. Syftet med den sammanhållna kvalitetsberättelsen är att beskriva hur kvalitetsarbetet bedrivits under föregående år, vilka åtgärder som har vidtagits och vilka resultat som har uppnåtts. Kvalitetsberättelsen utgör underlag för planeringen av det fortsatta kvalitetsarbetet. Kvalitetsberättelsen ska också utmytna i förslag på förbättringar som förvaltningen ska ta tillvara för att utveckla verksamheten.

2. Kommunens kvalitetsarbete

Kvalitetsstyrning

Styrmodell Alingsås kommun beslutades av fullmäktige, KF 2019-11-27, § 218. Dokumentet beskriver kommunens styrsystem och ska ge en bild av kommunens verktyg för att styra och leda. Styrsystemet består av tre övergripande block, varav kvalitetsstyrning är en del. Samtliga nämnder ansvarar för att ha ett kvalitetsarbete som säkrar verksamhetens grunduppdrag. En god kvalitet utifrån lagstyrning och annan statlig styrning såväl som nämndernas reglementen är grundläggande. Utifrån begreppet god kvalitet ska varje förvaltning identifiera och definiera de områden som är särskilt viktiga i den egna verksamheten, så kallade *kritiska verksamhetsfaktorer*. Områdena identifieras genom en risk- och väsentlighetsanalys. Samtliga förvaltningar ansvarar för att följa upp de kritiska verksamhetsfaktorerna. Uppföljningen ska göras genom att följa nyckeltal och analysera verksamhetens kvalitet. Åtgärder ska vidtas om uppföljningen visar behov av förbättringar. De kritiska verksamhetsfaktorerna revideras årligen vid behov och varje förvaltning säkerställer att den egna nämnden får information om de kritiska verksamhetsfaktorerna.

Kommunledningskontoret tog 2021 fram dokumentet *Kvalitetshandbok, handbok för kvalitetsutveckling i Alingsås kommun*. Handboken består av verktyg och arbetssätt som kan användas i kvalitetsarbetet.

Socialförvaltningen arbetar aktivt med kritiska verksamhetsfaktorer. Genom den risk- och väsentlighetsanalys som genomförs under hösten inför nytt budgetår tar förvaltningen

tillsammans med socialnämndens förstärkta arbetsutskott fram kritiska verksamhetsfaktorer och även de internkontrollpunkter som ska ingå i nämndens internkontrollplan. De kritiska verksamhetsfaktorerna ingår i den månatliga verksamhetsuppföljningen som redovisas för nämnden. Vid årets slut redovisar enheterna och avdelningarna arbetet i sina respektive verksamhetsberättelser.

Kommunfullmäktige antog, KF 2016-04-27, § 102, *Kvalitetsstrategi för Alingsås kommun*. Kvalitetsstrategin är en del av styrmodellen genom att den ska bidra till att uppnå fullmäktiges mål. Nämnder och förvaltningar ansvarar för utvecklingen av kvalitetsarbetet utifrån kommunens kvalitetsstrategi, men även utifrån nationella styrdokument i förekommande fall.

SCB:S Medborgarundersökning

Alingsås kommun deltar i SCB:s årliga medborgarundersökning, där kommuninvånarna får tycka till om kommunen och dess verksamheter. SCB skickar ut en enkät till ett antal slumpmässigt utvalda alingsåsare från 18 år som får svara på attitydundersökningen.

Kommunens kvalitet i korthet, KKiK

Alingsås ingår som en av 170 deltagande kommunerna i det nationella projektet KKiK. Nätverket drivs av SKR (Sveriges kommuner och regioner) och Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA) samt kommunerna som deltar. Kommunerna utmanar sig själva genom att ta fram och jämföra resultat för att lära och utveckla verksamheten. Syftet med KKiK är att ta fram ett komprimerat kunskapsmaterial som stärker de förtroendevalda i att styra mot resultat och i dialogen med kommuninvånarna. Socialförvaltningen lämnar statistiken som avser områdena *Barn och unga* och *Stöd och omsorg*.

Öppna jämförelser

Socialstyrelsen samlar årligen in uppgifter för att möjliggöra jämförelser av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens kvalitet. Resultaten av jämförelserna kan användas för analys och verksamhetsutveckling. Socialförvaltningen bidrar med delenkäterna *ekonomiskt bistånd, missbruk- och beroendevården, psykisk funktionsnedsättning/social-psykiatri, våld i nära relationer* och *sociala ungdomsvården/barn och unga*.

Budget och bokslut 2022

Kommunfullmäktige beslutar varje år om budget inför kommande treårsperiod. Socialnämnden fastställde *Budget 2022 - 2024* på sammanträdet i december 2021. Av budgeten framgår hur socialnämnden hanterar kommunfullmäktiges prioriterade mål och indikatorer. Internkontrollplan 2022 togs fram utifrån de identifierade risker som blev synliga i risk- och väsentlighetsanalysen. Uppföljning av nämndens budget, inklusive internkontrollplanen, har gjorts inför del- och årsbokslut. I årsbokslutet finns ett avsnitt med statistik och analys vad gäller arbetsskador och tillbud. Bilagorna redovisar även uppföljningen av internkontrollplanen samt uppföljningen av privata utförare.

Kostnad per brukare

Kostnad per brukare (KPB) är enkelt uttryckt en metod för kostnadsberäkning av olika insatser och för hur dessa insatser kan knytas till den enskilde brukaren. KPB bygger på avidentifierade individdata vilket innebär att vård och service för olika typer av brukare kan

sammanställas och utgöra grunden för uppföljning ur olika perspektiv. Genom att informationen utgår från de enskilda individerna ges möjligheter att belysa och analysera verksamheten även utifrån ett brukarperspektiv.

Socialförvaltningen har tillsammans med Ensolution AB arbetat fram nyckeltal/mått för 2020 som visar vad socialförvaltningen behöver arbeta med. Under 2021 och 2022 användes resultaten för att höja kvaliteten inom verksamheten. Tanken är att ta fram mätetal vartannat år och använda uppföljningen som underlag tills nästa resultat finns tillgängligt. Nästa genomlysning sker i början av 2023 och avser IFO-verksamheten i Alingsås kommun under verksamhetsåren 2021 och 2022.

SAMLA

Inom *SAMLA – Samverkan Lerum Alingsås* – som är en vårdssamverkan mellan Västra hälso- och sjukvårdsnämnden och Lerum och Alingsås kommuner, rapporteras vård-avvikelser. En vårdavvikelse uppstår då samarbetsavtalet inte har följts. Socialförvaltningen har en ärendeansvarig som rapporterar brister och tar emot inkommande rapporter som berör socialtjänsten i Alingsås.

3. Socialförvaltningens kvalitetsarbete

3.1. Processer och rutiner

Verksamhetsuppföljning

Verksamhetsuppföljningar är ett resultat av det arbetsätt och struktur gällande ledning, styrning och uppföljning som implementerades i förvaltningen vid årsskiftet 2019/2020. Kommunens styrmodell ställer också krav på att följa upp och kvalitetssäkra nämndens grunduppdrag. Arbetssättet innebär en strukturerad uppföljning och analys av verksamheten som bygger på att alla i organisationen görs delaktiga i processen. Syftet är att säkerställa ett gemensamt fokus och en samlad kraft framåt genom att prioriterade verksamhetsmål och framgångsfaktorer tas fram på alla nivåer i början av året för att sedan följas upp kontinuerligt. Även viktiga resurskrävande aktiviteter, så kallade nyckelinitiativ/projekt, beskrivs och följs upp regelbundet. Aktiviteter tas fram löpande för att säkerställa ett ständigt förbättringsarbete och goda resultat. I linje med kommunens styrmodell identifieras kritiska verksamhetsfaktorer utifrån perspektiven ekonomi, målgrupp, verksamhet och medarbetare. Dessa följs också upp kontinuerligt för att säkerställa en långsiktig, hållbar och balanserad utveckling av nämndens grunduppdrag.

Verksamhetsuppföljningar har redovisats kvartalsvis till nämnden. Uppföljningarna visade utfall, analys och aktiviteter för ökad måluppfyllelse på förvaltnings- och avdelningsnivå utifrån styrkort, där framgångsfaktorer syftar till att nå förvaltningens prioriterade mål *Rätt insats i rätt tid*. 2022 års framgångsfaktorer för socialförvaltningen var *Att vi har en*

professionell myndighetsutövning och *Att vi ökar våra riktade förebyggande insatser*. Uppföljningarna gjordes utifrån förutbestämda mått. Förvaltningens och avdelningarnas nyckelinitiativ/projekt följdes upp och kommenterades kvartalsvis. När det gäller de kritiska verksamhetsfaktorerna kommenterades endast de faktorer som krävde åtgärder för att säkerställa kvaliteten utifrån ett i förväg bestämt gränsvärde, där gränsvärdet angav nivån för vad som bedömdes vara en tillräckligt god kvalitet. Sedan 2021 ingår även avdelning Administration i verksamhetsuppföljningarna.

Vid årets slut redovisade enheterna/avdelningarna sitt arbete i verksamhetsberättelser. *Verksamhetsberättelserna för 2022* visar att det aktiva arbetet med att nå förvaltningens långsiktiga mål att ge *rätt insats i rätt tid* har gett relativt goda resultat.

Riktlinje för styrande och stödjande dokument och dokumenthantering

Utifrån, den av nämnden antagna, riktlinjen skapades en ny struktur i dokumenthanteringssystemet *Alfresco*. Styrande dokument är sådana som fastställs av nämnden, till exempel budget och riktlinjer. Stödjande dokument beslutas på olika nivåer inom förvaltningen och kan vara rutiner, handböcker, manualer och förvaltningsprotokoll. Alla dokument i *Alfresco* ska vara aktuella vilket kräver en ständig översyn. En ny grafisk profil gäller för kommunen från halvårsskiftet 2021 och medförde förändrade krav vad gäller dokumentens utseenden. För att tillgängliggöra och öka användningen av *Alfresco* anordnades presentationer av dokument-hanteringssystemet, strukturen och de olika dokumentstyperna på enheternas arbetsplats-träffar under hösten 2021 och våren 2022.

Processverktyg

Socialförvaltningen fattade beslut om att införa ett processororienterat arbetssätt. För att ge verksamhetsstöd införskaffades år 2019 processverktyget *2c8*. Processverktyget ger både en överblick över förvaltningens ansvarsområden och beskriver processer hur själva arbetet utförs. Arbetssättet svarar väl mot de krav som ställs i *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, (SOSFS 2011:9)*.

Under 2022 har arbetet med förvaltningens processer prioriterats och intensifierats tillsammans med engagerade medarbetare, enhets- och avdelningschefer. Varje process beskriver ingående hur arbetet utförs och som stöd vid handläggning och utförande finns aktuella lagar, föreskrifter, handböcker, riktlinjer och rutiner kopplade.

Processverktygets startsida består av *Styrprocesser, Kärnprocesser* och *Stödprocesser*. *Socialtjänstprocessen* är en av kärnprocesserna och grunden för förvaltningens verksamhet. *Socialtjänstprocessen* är uppdelad i Avdelning Unga, Avdelning Vuxna och Förvaltningsgemensamma, så att medarbetare enkelt ska kunna ta fram aktuell process. Implementering av *2c8* har genomförts enhetsvis.

Socialförvaltningens processverktyg publicerades i november 2021 på kommunportalen och blev därmed tillgänglig för alla medarbetare inom förvaltningen. Arbetet med publicering och implementering av *2c8* fortsatte under 2022 med syftet att medarbetarna ska känna tillit

till verksamhetsstödet. Under våren 2022 besökte projektledaren för 2c8 samtliga enheter på APT för att grundligt presentera och demonstrera processverktyget.

3.2. Systematiskt förbättringsarbete

3.2.1 Verksamhetsberättelser

Enligt rutinen *Verksamhetsberättelse* är verksamhetsberättelserna en del av socialförvaltningens systematiska kvalitetsarbete. Verksamhetsberättelserna ska beskriva och följa upp hur avdelningarna/enheterna har arbetat med att systematiskt och fortlöpande utvecklat och säkrat verksamhetens kvalitet under året.

Det framgår av verksamhetsberättelserna att enheterna även under 2022 i viss utsträckning utmanats av återverkningar av covid-19. Efter att pandemi-restriktionerna släpptes i februari har dock verksamheten sakta men säkert återgått till det vanliga.

Avdelning Unga

Under året har ansträngning skett för att bibehålla takten i utvecklingsarbetet, dels genom den fortsatta implementeringen och utvecklingen av arbetet med Signs of safety och dels genom arbetet med att stärka det tidiga och riktade förebyggande arbetet. *Signs of safety* är en lösningsfokuserad, samarbets- och nätverksinriktad metod med barnets säkerhet i fokus som ger stöd åt socialtjänsten i att tillsammans med familjer och deras nätverk finna hållbara lösningar för barn och unga att kunna bo kvar hemma när situationen är så pass allvarlig att socialtjänsten överväger placering av barnet om ingen förändring görs. Samtliga chefer och arbetsledare har utbildats i *Signs of safety* och en tydlig och gemensam målbild har tagits fram som kommer att utgöra ledstjärna för arbetet. Därutöver har all personal genomgått en grundutbildning.

Ett stort fokus har lagts på att kvalitetssäkra och vidareutveckla många av avdelningens processer. Ett led i detta har varit att samverka med andra professioner för att gemensamt kunna erbjuda barn och unga rätt stöd och insatser. Under hösten har avdelningen genomfört ett antal workshops utifrån uppdraget hur socialtjänsten bäst organiseras för att kunna stödja en utveckling mot bland annat brottsförebyggande arbete samt stärka förmågan att i ett tidigt skede minska eller motverka hög risk och öka skyddet för särskilt utsatta barn och unga. Nya tjänster har inrättats för att stödja och effektivisera det operativa arbetet. Avdelningen har lagt grunden för en fortsatt kvalitetshöjning under 2023.

Avdelningens samtliga framtagna rutiner som rör myndighetsutövningen finns inlagda i processverktyget 2c8 under *Socialtjänstprocessen* som stöd för handläggare, arbetsledare och chefer.

Avdelningen har infört en ny rutin som gäller hantering av ärenden med fyra eller fler barn i samma aktuella familj. Inom ramen för detta arbete har en vägledning till hembesök tagits fram för att säkerställa att alla ärenden hanteras på ett bra och enhetligt sätt. Med hjälp av rättshandläggaren har verksamheten arbetat med att utveckla arbets sätt utefter risker som framträtt under årets gång. En ny rutin har även tagits fram för handläggning och stöd till barn efter barnförhör.

Enhet Familjehem har under året haft fokus på att upprätta och uppdatera vård- och genomförandeplaner. Tillsammans med enheterna Barn och unga 1 och 2 har en gemensam rutin arbetats fram som innebär att man två gånger per år slumpmässigt väljer ut tio placeringsärenden, varav minst ett ska vara en institutionsplacering. I denna kontroll tittar enheterna på om överväganden har gjorts i tid, om barnet har kommit till tals samt om det finns uppdaterade vårdplaner och genomförandeplaner. Kontrollen visade goda resultat och i de få fall då brister upptäcktes så upprättades avvikelserapporter.

Vid oplanerade avbrott för familjehemsplacerade barn så har sammanbrottsanalyser gjorts. Vid samtliga sådana tillfällen har förste socialsekreterare kallat berörda parter och fyllt i det nödvändiga underlaget för att kunna göra en effektiv och högkvalitativ analys.

Enheten har påbörjat arbetet med att se över ett flertal av sina rutiner, t.ex. överlämningsrutinen mellan enhet Familjehem och enhet Unga vuxna såväl som umgänges- och överlämningsrutinen mellan enhet Familjehem och enheterna Barn och unga 1 och 2. Samverkanrutinen som har funnits avseende hälsoundersökningar av placerade barn har brutits ner och ersatts av en rutin för att underlätta för socialsekreterarna när de behöver lämna begäran om hälsoundersökning till primärvården.

Enheterna Barn och unga har arbetat med att anpassa ett nytt processtöd där den så kallade orostriangeln sammanvävs med Signs of Safety. Detta innebär bland annat att tiden det tar att färdigställa en utredning ska anpassas efter grad av risk och behov av skydd hos den unge. Detta ska leda till en bättre genomströmning hos enheterna.

Enhet Familjestöd har gjort en genomlysning av enhetens volymer för att kunna skapa ett relevant analysunderlag som ska användas för att utvärdera hur enhetens resurser bäst kan användas. Enheten har också arbetat med att skapa tydlighet över beslutsperiod i de uppdrag som inkommer. Under hösten har det ställts krav på att inkomna ärenden ska innehålla beslutsperiod samt att det ska finnas ett tillhörande uppdrag dokumenterat i Lifecare. En intern översyn har införts, där samtliga aktiva ärenden ska följas upp av enhetschef och/eller metodhandledare för att skapa en bättre kontroll och styrning över insatsernas utveckling. Översynen innebär också en bättre insyn i vilka ärenden enheten arbetar aktivt med. Under året har 45 ärenden som inte längre var aktuella avslutats av enhetschef.

Enhet Familjerätt har med hjälp av Signs of Safetys förhållningssätt och metoder fortsatt arbeta för att öka barnfokus inom de familjerättsliga processerna. Enhetens prioriterade mål för 2022 har varit att erbjuda två barnsamtal i samtliga utredningar där det bedöms vara lämpligt. Det är endast vid låg ålder och låg mognad för delaktighet som barnsamtal inte bedöms vara lämpliga. En vägledande text har framarbetats och lagts in i utredningsmallen i verksamhetssystemet för att stödja arbetet med att redogöra för barnets åsikt.

Avdelning Vuxna

Inom avdelningen har man arbetat för att nå en mer strukturerad samverkan mellan enheterna. Detta för att kunna ge rätt insats i rätt tid. Utvecklingsarbetet har lett till fler samverkansmöten inom och mellan olika enheter och med olika roller på avdelningen. När flera enheter samverkar kan kvaliteten av insatserna öka för den enskilde. Strukturerad samverkan har skett både på gruppnivå mellan olika enheter och utifrån enskilda ärenden. SAP, som är avdelningens samverkansmöten, har varit en del för att skapa ett metodiskt sätt att arbeta tillsammans. Mötena har fungerat i varierande grad då det är ett nytt arbetssätt. Under sista delen av året har ett analysarbete gjorts för att förbättra SAP-träffarna. Bland annat har en tydlig mötesledare utsetts och verksamheterna har arbetat med att tydliggöra syftet med respektive möte.

Under 2021 gjordes ett gediget arbete för att ta fram tydliga processkartor för avdelningens processer som finns samlade under *Socialtjänstprocessen* i processverktyget 2c8. Under 2022 har flera nya processer lagts in i 2c8, bland annat de nya processerna som har tagits fram tillsammans med Alingsåshem för att förtydliga och främja samverkan. Processverktyget är ett stöd för medarbetarna och ger förutsättningar för en rättssäker handläggning och att insatserna därmed ger effekt.

Ledningsgruppen har kontinuerligt under året utvärderat avdelningens arbetssätt. Det som har behövt förbättras är att hitta individanpassade insatser på hemmaplan. Under slutet av året har fler flexibla insatser kunnat erbjudas. Avdelningen har under 2022 även gjort en medveten satsning på att använda avvikelser som en del i det systematiska kvalitetsarbetet. Åtgärder som gjordes utifrån inrapporterade avvikelser var ärendegenomgång med samtliga medarbetare samt handläggarskola där samtliga medarbetare lärde sig grunderna i rättssäkert arbete.

I början av 2022 gjordes ett omtag med automatiserad handläggning av återansökningar om ekonomiskt bistånd. Under året har ett tätt samarbete mellan enheten Stöd och försörjning och IT-enheten pågått och roboten har gått från att göra vissa delar av ansökningsprocessen till att göra allt. Socialsekreterarna gör numera stickprov men behöver inte kontrollera de olika delarna i den automatiserade processen. Efter en lagändring i somras kan numera roboten fatta beslut. Antalet återansökningar som kommer in via e-tjänsten och därmed kan handläggas av roboten har ökat markant.

Inom Enhet Boende har man fortsatt arbetet med att utveckla samverkan med HSL-organisationen. Enhet Boende och Vuxenstöd har tillsammans med Avdelningschef för vuxen haft möte med HSL-chefer i syfte att öka förståelsen för varandras behov. Samordnare och berörda sjuksköterskor har haft operativa möten inför och efter semesterperioder. Utifrån den omställning som har genomförts sker en utveckling av rollen som stödpedagog där valideringsutbildning och tydliggörande av rollen ingår. Vidare sker ett arbete med att få bukt på underrapporteringen av avvikelser, vilket har gett uppmuntrande resultat hittills.

För Enhet Beroendestöd har året präglats av det fortsatta arbetet kring *Socialtjänstprocessen* i 2c8. En medarbetare har haft ansvar för att lägga in i utförarenheternas processer i processverktyget. Arbetet med processerna har tydliggjort vilka rutiner som behöver revideras eller upprättas. Detta arbete är på god väg klart men fortskrider under 2023. Flertalet nya rutiner har arbetats fram framförallt vad gäller andrahandsuthyrningen. Detta arbete kommer än mer omhändertas i den nya påbörjade boendeprocessen där både myndighets- och utförarsidan finns representerade.

2021 upprättades "Förenklad genomförandeplan" i syfte att få klienterna att känna att det själva "äger" dokumentet. Enheten beställde då en brukarrevision av beroendestödsteamet som utförs av Alingsås brukarförening för att ytterligare stärka brukarinflytandet. Detta arbete har fortsatt under 2022.

Enhet Vuxna har utifrån verksamhetsårets styrkort utvecklat och förbättrat arbetet med att använda standardiserade bedömningsinstrument samt ytterligare förbättrat processen kring kommunikering i utredningsarbetet. Under året har en 1:e socialsekreterare tillkommit som har ansvar för metodhandledning i missbruksärenden. Detta har skapat bättre förutsättningar för att kunna fortsätta utveckla arbetet. För att ytterligare stärka rättssäkerheten i myndighetsutövningen så har enhetens personal genomgått utbildning i handläggning och dokumentation. Genom samverkan med förvaltningens rättshandläggare har enheten tillgång till en löpande juridisk kompetens.

Enhet Unga vuxna och socialpsykiatri har arbetat aktivt med samverkan och dess former SAP och samråd med fokus på varje medarbetares förberedelse inför dessa möten. Enhetens medarbetare är engagerade i dessa frågor och en stor del av en heldag under våren ägnades åt samverkan. Vidare har enheten fortsatt arbetet med innehåll i uppdragsbeskrivningar, både genom fokusmöten på enheten samt kopplat till handläggarskola och i samverkansmöten med några utförarenheter. Arbetet planeras fortsätta även under 2023. Enheten arbetar tillsammans för att stärka rättssäkerheten och för att finna en lagom nivå för vidare utvecklingsområden utifrån de prioriteringar som behöver göras. Ett led i detta är enhetens deltagande i handläggarskolan som anordnas av förvaltningens rättshandläggare. Veckovisa metodmöten samt ökade möjligheter till nära metodhandläggning och fler ärendegenomgångar har ökat rättssäkerheten och ordningen i enhetens utredningar.

Enhet Stöd- och försörjning har under 2022 fortsatt med implementeringen av en ny arbetsmetod, fördjupad utredning och Livshjulet. Enheten har även fortsatt att utforma en effektiv och högkvalitativ samverkan och samverkansmöten med AME.

Enheten har veckovisa metodmöten för ärendehandledning med samtliga socialsekreterare för att skapa förutsättningar för en rättssäker och likställd bedömning i ärenden samt säkerställa individuella bedömningar vid komplexa ärenden. Kollegial handledning har genomförts vid dessa tillfällen med bl.a. enhetschef och 1:e socialsekreterare. Detta har lett till ökad självständighet i handläggning av ärenden såväl som bättre implementering av förvaltningens riktlinjer. Detta arbetssätt kommer att fortsätta under 2023 så att arbetsmetoderna kan utvecklas ytterligare.

Enhet Vuxenstöd har gjort uppföljningar med besökarna på Gläntan som en del styrkortsarbetet där syftet har varit att öka besökarnas delaktighet i verksamhet. Bland annat har vissa besökare fått utökat ansvar för aktiviteter som de själv håller i, de har alltså fått ett större ägandeskap över sina aktiviteter och uppgifter. Detta arbete kommer att fortsätta nästa år för öka verksamhetens värde och kvalitet.

Antal avbokningar på boendestödet har analyserats för att kunna kartlägga när och varför avbokningar sker. Vid uppföljningar har frågan om avbokningar lyfts för att kunna revidera uppdrag och genomförandeplaner utefter behov och förutsättningar. Enheten har inte alltid lyckats verkställa inom 5 veckor då kedjan av verkställighet ofta är skör och beroende av andra verksamheter och individen själv. Däremot har detta skapat tillfälle för dialog där enheten har kunnat fördjupa sig i hur den behöver arbeta vidare med problematiken under kommande år. På Sjömansvägen har ett mål satts om att ha minst en uppföljning med handläggare under året vilket har gett goda resultat i arbetet kring att ha aktuell information kring boende och deras ärenden. Även här bedöms det finnas ett behov av att fortsätta arbetet med hur enheten organiserar boendelösningar framöver.

Enhet Vuxenstöd har även lagt fokus på avvikelshantering för att säkerställa att avvikelser inte underrapporteras. Inom detta har även dialog förts kring vad en avvikelse faktiskt är och angående att det är bättre att rapporterna en gång för ofta än en gång för sällan.

3.2.2 Uppföljning av synpunkter och klagomål

Under 2022 har 5 klagomål och 1 synpunkt inkommit till socialförvaltningen som också har diarieförts. Två klagomål rör enheterna barn och unga, ett rör enhet familjehem, ett rör enhet vuxna och ett rör enhet unga vuxna och socialpsykiatri. I samtliga fall är det handläggningen av enskilt ärende som tas upp, då det kan vara fråga om lång handläggningstid, bristande uppföljning av ärendet eller att man inte är nöjd med sin handläggare. Den inkomna synpunkten lyfte att förvaltningen borde erbjuda tjänsten personligt ombud.

En särskild rutin för hantering av synpunkter och klagomål togs fram under 2021. Alla synpunkter och klagomål ska diarieföras och svar/återkoppling ska ske snarast. Rutinen stämmer väl överens med *Alingsås kommuns Riktlinje och rutin för synpunktshantering*. En presentation av rutinen ingick som en del i en utbildning om avvikelser för förvaltningens samtliga chefer. Genom insatserna förväntades att fler synpunkter och klagomål skulle diarieföras, men så har inte skett. Antalet synpunkter och klagomål har minskat jämfört med föregående år. År 2020 diariefördes sammanlagt 28 synpunkter och klagomål. År 2021 diariefördes sammanlagt 16 synpunkter och klagomål. Under året har i jämförelse bara sammanlagt 6 synpunkter och klagomål diarieförts.

Vid uppföljningen av 2020 års inkomna synpunkter och klagomål saknades svar/återkoppling i några ärenden, vilket bedömdes som ett förbättringsområde. Vid genomgången efter 2021 kan konstateras att svar/återkoppling skett i samtliga ärenden. Samtliga synpunkter och klagomål ska besvaras och dessa svar ska diarieföras tillsammans med respektive synpunkt och klagomål. Under 2022 har återkoppling endast dokumenterats i tre av sex ärenden. Framöver behöver arbetet med synpunkter och klagomål ta ny fart för att säkerställa att förvaltningen är lyhörd och ansvarstagande samt att vi dokumenterar inkomna synpunkter och klagomål på ett korrekt sätt.

3.2.3 Uppföljning av personuppgiftsincidenter

Vad som är personuppgiftsincident framgår av *Riktlinjer för hantering av personuppgifter inom socialnämndens verksamhet*. En bedömning om huruvida en incident behöver anmälas till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY) ska göras vid varje enskild personuppgiftsincident. En personuppgiftsincident måste anmälas till IMY ifall det är troligt att incidenten kan medföra en risk för dem vars personuppgifter berörs. Om personuppgiftsincidenten kan medföra en hög risk för de berördas rättigheter och friheter behöver de informeras direkt och utan onödigt dröjsmål.

Under året har 3 personuppgiftsincidenter diarieförts.

Programmeringsföretaget Xlent arbetar med programmering av roboten ADA som handlägger återansökningar av ekonomiskt bistånd som inkommer via e-tjänst. En medarbetare inom enhet Stöd och försörjning uppmärksammade att Xlent hade skickat skärmdumpar av en PDD (process description dokument) via email till arbetsgruppen som bestod av medarbetare på enhet Stöd och försörjning, ansvarig projektledare samt en annan ansvarig anställd på Xlent. Skärmdumparna hade maskats för att dölja personuppgifter men på vissa ställen hade det missats vilket innebär att känsliga personuppgifter har skickats inom Outlooks mailsystem som inte är säkert för personuppgifter. Samtliga mottagare har skrivit på sekretessförbindelser med anledning av sina uppdrag och uppgifterna har inte spridits utanför arbetsgruppen vars medverkande alla är väl förtrogna om vad som gäller kring personuppgifter. Samtliga raderade mejlet med personuppgifterna. Efter händelsen laddas liknande dokument istället alltid upp i arbetsgruppens sekretessrum i Alfresco. Bedömningen gjordes att personuppgiftsincidenten inte behövde anmälas till Integritetsskyddsmyndigheten.

Roboten ADA hanterar digitala återansökningar om försörjningsstöd. Vid handläggning skickar ADA länk till ärendet till aktuell handläggare via Outlook-mailen. Länken är säker och leder till verksamhetssystemet Lifecare där handläggaren måste identifiera sig för att ta del av ärendet. Vid ett tillfälle uppstod ett fel och ADA skickade istället namn och personnummer på klienten till handläggaren via Outlook. Handläggaren raderade mejlet och kontaktade 1:e socialsekreterare på enheten som i sin tur kontaktade programmeraren från Xlent. ADA programmerades om så att problemet inte skulle uppstå igen. Bedömningen gjordes att personuppgiftsincidenten inte behövde anmälas till Integritetsskyddsmyndigheten.

Den sista personuppgiftsincidenten uppstod i samband med en inkommen orosanmälan av en vuxen individ. Mottagande socialsekreterare registrerar orosanmälan på det namn som anmälaren har angivit. Det visar sig dock att registreringen skett på en annan individ i kommunen med samma namn. När ärendet blivit tilldelat till aktuell socialsekreterare så märker inte denna heller att det rör sig om fel individ. Socialsekreteraren skickar därför ett brev med information om att en orosanmälan har inkommit till socialtjänsten. Senare blir socialsekreteraren uppringd av individen som har mottagit brevet och informeras om att det måste röra sig om någon annan. Socialsekreteraren uppmärksammar då att individen delar namn med en person som har varit aktuell hos enheten flera gånger tidigare. Efter händelsen har större noggrannhet utövats vid registrering av orosänmälningar för att undvika att problemet kan uppstå igen. Bedömningen gjordes att personuppgiftsincidenten inte behövde anmälas till Integritetsskyddsmyndigheten.

3.2.4 Uppföljning av avvikelser

Avvikelse är sådant som inträffar i verksamheten, till skillnad från synpunkter och klagomål som kommer utifrån. En avvikelse uppstår om verksamheten inte efterlever beslut eller krav och mål i föreskrifter. Det är också en avvikelse om medarbetare inte arbetar enligt fastställda processer och rutiner.

Rutin för hantering av avvikelser

Enligt rutinen ska avvikelser rapporteras in i avvikelsehanteringssystemet *Lifecare*. Under året har 37 avvikelser inrapporterats. En dryg fjärdedel, 9 stycken, av avvikelserna berörde Enhet Familjehem. Vid enhetens egenkontroll konstaterades att det fanns behov av att uppdatera eller upprätta tydligare rutiner kring vissa processer. Det kan sådana saker som att överväganden eller hälsoundersökningar inte har gjorts i tid. Vid tillfälle har familjehem upplevt att de fått otillräckligt stöd och att de inte fått nödvändig information i tid direkt från enheten. Som följd av detta så kontaktar enheten familjehemmen när deras ärenden av olika skäl behöver byta familjehemssekreterare.

8 av de resterande 28 avvikelserna rör enheterna barn och unga 1 och 2. 6 avvikelser rör enhet Stöd och försörjning, 5 avvikelser rör enhet Vuxna, och 4 avvikelser rör enhet Boende. De övriga 5 avvikelserna är fördelade mellan enhet Vuxenstöd, avdelning Administration samt avdelningschef Vuxna.

Av 37 inrapporterade avvikelser så hade 6 stycken ännu inte utretts eller avslutats vid årsskiftet.

I 2021 års internkontrollplan ingick den identifierade risken att de administrativa processerna prioriteras ned och kontroll gjordes att hantering av avvikelser görs enligt fastställda rutiner. Denna risk ingick inte i 2022 års interkontrollplan, däremot visar avdelningarnas och enheternas verksamhetsberättelser på ett tydligt sätt att de har arbetat aktivt med avvikelshantering. En del av enheterna uttrycker att de har problem med underrapportering av avvikelser. Då avvikelserapportering och avvikelshantering är en betydande faktor i det systematiska kvalitetsarbetet så bör ytterligare fokus skjutas till för att säkerställa att socialförvaltningen bedriver en högkvalitativ och ansvarstagande verksamhet.

Enligt **Rutin när djur far illa – Lex Maja** är det möjligt att bryta sekretessen när anställd i sin tjänst påträffar djur som far illa. Om anmälan görs till Länsstyrelsen/Polismyndighet ska anmälan diarieföras. Inga anmälningar har diarieförts under året.

För avvikelser enligt Hälso- och sjukvårdslagen gäller rutinen, **Hantering av händelser/vårdskador inom socialförvaltningen**, som berör några boenden inom förvaltningen och det kan vara fråga om avvikelser som felaktig medicinering eller fallskada. En sådan avvikelse har rapporterats in under året. Avvikelsen inträffade på enhet Boende då planerat sjukhusbesök fick avbokas på grund av personalbrist.

3.2.5 Lex Sarah-utredningar

Vid ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande ska avvikelsen lämnas som en lex Sarah-rapport i avvikelshanteringssystemet *Lifecare*. En utredning ska alltid inledas vid en lex Sarah-rapport.

Tre Lex Sarah-rapporter har inkommit under året och utredningar initierades.

Den första rapporten rörde en klient som påträffades avliden i sitt hem till följd av suicid. Av vad som framkom i utredningen gjordes bedömningen att det inträffade inte berodde på brister i den egna verksamheten, utan orsakerna var andra faktorer förknippade med den enskildes psykiska ohälsa och omfattande självskadebeteende. Avdelningschef Administration beslutade att hantera rapporten som en avvikelse och inte inom regelverket för lex Sarah. Suicid förekommer bland målgruppen och till följd av detta ärende samt tidigare fall av suicid så har avdelning Vuxna tagit fram en handlingsplan i suicidprevention.

Den andra lex Sarah-rapporten inkom i augusti efter att rättshandläggare ombads granska dokumentationen i ett ärende. Då uppdagades det att en ansökan om bistånd enligt SoL inte hade handlagts färdigt och att den enskilde inte hade fått beslut i ärendet. Den enskilde hade därmed inte getts möjlighet att få sin sak prövad. Vidare upptäcktes även brister i

ärendets handläggning och dokumentation. Händelsen bedömdes ha uppstått på grund av bristande kompetens i rättssäker handläggning och händelsen anmäldes därmed till IVO. Åtgärder som gjordes utifrån ärendet var ärendegenomgång med samtliga medarbetare samt handläggarskola där samtliga medarbetar lärde sig grunderna i rättssäkert arbete.

Den tredje rapporten inkom i november till följd av att en klient hade fått en ny socialsekreterare på grund av att tidigare socialsekreterare hade avslutat in anställning. Innan anställningen avslutades hade den tidigare socialsekreteraren tagit emot en muntlig ansökan om bistånd i form av social förtur i juni. Detta noterades i journalanteckning från hembesök och omnämndes även i en omprövningsutredning men ansökan registrerades aldrig genom en aktualisering och utredning inleddes inte. När den nye socialsekreteraren tog vid skulle ärendet enligt överlämning vara fullgott handlagt och dokumenterat. Missen uppdagades först i november då klienten bad om återkoppling i ärendet. Utredning hade inte inletts på grund av den bristfälliga dokumentationen och felaktiga handläggningen av ansökan. Händelsen bedöms ha uppstått på grund av stress och glömska då den tidigare socialsekreteraren inom kort skulle vara semesterledig samt avsluta sin anställning. Det bedöms inte finnas bakomliggande strukturella problem som har orsakat händelsen.

3.2.6 Revisionsrapporter

Den årliga grundläggande granskningen av nämndernas verksamheter för år 2022 genomfördes av KPMG som skickade ut en enkät. Enkäten besvarades och godkändes av nämnden, 2022-09-20, § 58.

På revisorernas uppdrag har KPMG genomfört en granskning av kommunens mål och arbete för hållbar utveckling utifrån Agenda 2030. Kommunens revisorer har behandlat och antagit revisionsrapporten. Den 17 november inkom ett missiv från kommunrevisionen med revisionsrapporten där samtliga nämnder ombads yttra sig över vilka åtgärder nämnden avser att genomföra avseende den genomförda granskningen. Socialnämnden godkände socialförvaltningens förslag till yttrande och att det skickades till kommunens revisorer som svar på det missiv som sändes ut till samtliga nämnder, SN 2022-12-13, § 77.

3.3. Uppföljning av kvalitetsberättelser

I den kvalitetsberättelse som upprättades för **år 2018** angavs förbättringsområdena fortsatta digitala initiativ och hantering av avvikelser.

De digitala initiativen har ökat under de senaste åren och förvaltningen arbetar aktivt med att ligga i framkant på digitaliseringsfronten. Socialförvaltningen har många e-tjänster som syftar till att underlätta kontakten med socialtjänsten.

Någon kvalitetsberättelse upprättades inte för **år 2019**.

De förbättringsområden som angavs i **2020 års** kvalitetsberättelse var att hantera avvikelser

genom att upprätta rutiner och sprida kunskap om avvikelshantering för att öka inrapporteringen och få ett bättre underlag för analys och förbättringsåtgärder och att utbilda i avvikelshanteringssystemet *Lifecare* så att relevant statistik kan erhållas och analys göras

Under 2021 gjordes ett omtag vad gäller socialförvaltningens arbete med avvikelser. Bland annat så omarbetades en omfattande rutin om avvikelser till flera mer specifika rutiner: *Riktlinjer för hantering av personuppgifter inom socialnämndens verksamhet*, *Rutin för synpunkter och klagomål*, *Rutin för hantering av avvikelser*, *Rutin när djur far illa – Lex Maja*, samt *Hantering av händelser/vårdsador inom socialförvaltningen*. Utbildning om avvikelshantering, inklusive avvikelshanteringssystemet *Lifecare*, hölls för samtliga chefer i augusti och vid ett uppsamlingstillfälle i början av november.

I den kvalitetsberättelse som upprättades för år **2021** identifierades återigen avvikelshantering som ett nödvändigt förbättringsområde. Under året tog hanteringen av avvikelser ett stort steg framåt, det bedömdes dock finnas ett fortsatt stort behov för förbättring.

3.4. Förbättringsområden

Det är viktigt att fånga upp avvikelser för att ge underlag till förbättringsarbetet. Somliga enheter beskriver problem med underrapportering av avvikelser. Därtill har förvaltningen ännu inte nått ett läge där alla avvikelserapporter utreds inom en skälig tid. Handläggningstiderna i avvikelshanteringssystemet *Lifecare* har en tendens att bli långa.

Under de senaste åren har avvikelshantering identifierats som ett av förvaltningens förbättringsområden. Ett gediget arbete har gjorts hittills men det finns fortfarande en väg att gå. Fortsatt utbildning/workshops vad gäller alla typer av avvikelser ger förutsättningar för att verksamhetssystemen används än mer effektivt och ger det stöd i arbetet som de är avsedda för.

Plan för uppföljning av privata utförare

4

2023.020 SN



Datum: 2023-02-28
Handläggare: Arita Halili
Direktnr: 0322-617265
Diariernr: 2023.020 SN

Socialnämnden

Tjänsteskrivelse - Plan för uppföljning av privata utförare

Ärendebeskrivning

Enligt kommunlagen (KL) får kommuner lämna över verksamhet till privata utförare. Kommunen är fortsatt ansvarig gentemot kommuninvånarna för överlämnade verksamheter på samma sätt som om verksamheten drivs i egen regi. När en kommunal angelägenhet överlämnas till privat utförare ska kommunen kontrollera och följa upp verksamheten, enligt 10 kap. 8,9 §§ KL.

Program för uppföljning av privata utförare antogs av kommunfullmäktige, KF 2021-10-27, § 216. Varje nämnd ska utifrån programmet utarbeta en plan för när och på vilket sätt uppföljning och kontroll av avtal med privata utförare ska ske under året. En samlad uppföljning av verksamheten som utförts av privata utförare ska redovisas i nämndens årsrapport.

Plan för uppföljning av privata utförare har avgränsats till privata utförare enligt ramavtal samt övriga privata utförare som direktupphandlats. Uppföljning av att kontroll av IVO-tillstånd finns vid anlitanande av privat utförare och hur kontrollen har dokumenterats ska göras i början av nytt kalenderår och redovisas i socialnämndens årsbokslut.

Ekonomisk bedömning

Klicka här för att skriva hur ditt förslag ska finansieras.

Förslag till beslut

Socialnämnden fastställer Plan för uppföljning av privata utförare.

Beslutet ska skickas till

Klicka här för att fylla i vilka beslutet ska skickas till.

Karin Alvermalm
Förvaltningschef

Arita Halili
Förvaltningssekreterare



ALINGSÅS

K O M M U N

Datum: 2023-02-28
Handläggare: Arita Halili
Direktr: 0322-617265
Diariern: 2023.020 SN

Socialnämnden

Plan för uppföljning av privata utförare

Typ av styrdokument: Plan
Beslutande instans: Socialnämnden
Datum för beslut: 2023-03-21
Diarienummer: 2023.020 SN

Gäller för: Socialförvaltningen
Giltighetstid: 2023
Revideras senast: Årligen
Dokumentansvarig: Verksamhetscontroller

Bakgrund

Enligt kommunlagen (KL) får kommuner lämna över verksamhet till privata utförare. Kommunen är fortsatt ansvarig gentemot kommuninvånarna för överlämnade verksamheter på samma sätt som om verksamheten drivs i egen regi. När en kommunal angelägenhet överlämnas till privat utförare ska kommunen kontrollera och följa upp verksamheten, enligt 10 kap. 8,9 §§ KL. Kommunen som sluter avtal med privat utförare ska i avtalen tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över.

Kommunen är huvudman för sina angelägenheter, oavsett om kommunen eller annan är utförare. Att kommunen är huvudman för flera välfärdstjänster medför lagansvar för att tillhandahålla tjänster med tillfredställande kvalitet till kommunens invånare. Kommunfullmäktiges mål gäller för samtliga verksamheter, även de som bedrivs av privata utförare på uppdrag av kommunen.

Program för uppföljning av privata utförare antogs av kommunfullmäktige, KF 2021-10-27, § 216. Varje nämnd ska utifrån programmet årligen utarbeta en plan för när och på vilket sätt uppföljning och kontroll av avtal med privata utförare ska ske under året. En samlad uppföljning av verksamheten som utförts av privata utförare ska redovisas i nämndens årsrapport. Kommunstyrelsen ska följa upp nämndernas uppföljningar och kontroller genom en årlig sammanställning till kommunfullmäktige.

Av *Program för uppföljning av privata utförare* framgår att vård som köps i privat regi omfattas av programmet. Med privat utförare avses en juridisk person eller enskild individ som har hand om vården av en kommunal angelägenhet, enligt 3 kap. 16 § KL. Det kan vara aktiebolag, handelsbolag, ekonomisk eller en ideell förening, men även idéburna organisationer och kooperativa föreningar kan vara privata utförare. En privat utförare är utan kommunalt ägande, vilket betyder att ett hel- eller delägt kommunalt bolag eller kommunala stiftelser inte är att betrakta som privata utförare.

Programmet omfattar verksamheter som utgör en kontinuerlig verksamhet inom nämndens ansvarsområde, alternativt att tjänsterna nyttjas återkommande med regelbundenhet. Avtal där avrop görs för enskilda tillfällen omfattas inte av programmet.

Enligt *Tillämpningsanvisningar för uppföljning av privata utförare*, beslutade av ekonomichef 2021-12-15, ska respektive förvaltning inför upphandling av privat utförare peka ut vilka mål och krav som gäller. Som utgångspunkt bör liknande krav identifieras för privata utförare som för egen verksamhet, om verksamheterna motsvarar varandra.

I tillämpningsanvisningarna anges vad som ska ingå i nämndernas uppföljningsplan: vilket/vilka avtal som ska följas upp och inom vilket verksamhetsområde, vilka mål och krav som är aktuella utifrån gällande lagstiftning och kommunens styrdokument, hur och när uppföljningen ska göras, vem som ansvarar för den och när återkoppling ska göras.

Uppföljningen redovisas i samband med socialnämndens årsbokslut.

Privata utförare inom socialnämndens verksamheter

Socialtjänstens insatser är anpassade utifrån individen. För att insatserna ska vara effektiva krävs att de motsvarar individens behov och förutsättningar. I första hand genomförs insatserna av socialförvaltningens verksamheter och i andra hand används befintliga ramavtal. Som sista alternativ anlitas privat utförare genom direktupphandling.

Plan för uppföljning av privata utförare omfattar uppföljning av privata utförare enligt ramavtal samt övriga privata utförare som direktupphandlas. Privata utförare som anlitas kontinuerligt är framförallt de som bedriver HVB (hem för vård eller boende) samt konsulentstöd till familjehemsvård. Ett HVB kan rikta sig till barn, unga, vuxna eller familjer med någon form av behov inom socialtjänstens ansvarsområde, exempelvis missbruks- eller beroendeproblematik. Konsulentstöd för familjehemsvård har som uppgift att till socialnämnden föreslå familjehem och jourhem till barn samt att lämna stöd och handledning till sådana hem som tar emot barn. Även öppenvårdsinsatser för barn och unga samt korttidsboende och stödboende inom vuxna socialpsykiatri anlitas regelbundet, dock ej i samma omfattning som HVB och konsulentstödda familjehem.

En privat aktör enligt ovan måste ha tillstånd av IVO (Inspektionen för vård och omsorg) för att kunna bedriva verksamhet. Innan IVO ger tillstånd sker en formaliagranskning, en lämplighetsprövning av de som ansöker om tillstånd och en prövning av verksamhetens innehåll. Formaliagranskningen innebär att en komplett ansökan måste finnas för att IVO ska gå vidare. IVO genomför en lämplighetsprövning av den privata aktören och dess företrädare. Man bedömer om aktörens ägare och ledning har insikt, är lämpliga att driva verksamheten och huruvida verksamheten har ekonomiska förutsättningar. Insikt är det som företrädarna har skaffat sig genom erfarenhet eller utbildning. IVO har listat de områden som man ska insikt om, vilka kan styrkas med hjälp av exempelvis tjänsteintyg, kursintyg eller examensbevis. Som en del i underlaget för att bedöma lämpligheten hämtar IVO in uppgifter från Polisens belastningsregister, Kronofogden, Skatteverket och Bolagsverket. De ekonomiska förutsättningarna innebär kortfattat att verksamheten ska kunna bära sina egna kostnader och inte riskera att behöva stänga ner verksamheten.

IVO bedriver även tillsyn över bland annat kommunernas handläggning av ärenden inom socialtjänsten och verksamheter som HVB. IVO får löpande in synpunkter och klagomål på brister från klienter, brukare, allmänhet och media, vilket kan föranleda granskning. Vård- och omsorgsgivare har skyldighet att anmäla brister enligt lex Sarah. IVO sammanställer upplysningar tillsammans med egna och andra aktörers källor som iakttagelser från brukarorganisationer, kommuner och regioner. Informationen ger underlag för att bedöma i vilka verksamheter som det finns stora risker. Utifrån riskanalyserna inriktas tillsynen mot de verksamheter som är mest angelägna att granska.

Enligt lag ska IVO granska boenden för bland annat barn och unga minst en gång per år, så kallad frekvenstillsyn. Myndigheten kan också få särskilda regeringsuppdrag med krav på tillsyn inom avgränsade områden.

Utifrån de granskningar och prövningar som görs av myndigheteten före tillstånd beviljas och den tillsynsverksamhet som bedrivs löpande av myndigheten bedöms det som tillräckligt att kontrollera att den privata utförare som anlitas innehar ett aktuellt tillstånd från IVO.

Uppföljning och kontroll av privata utförare enligt ramavtal

Ramavtal finns för *HVB – vuxna med missbruk och Konsulentstött familjehemsvård*. *Ramavtalen* är kopplade till Adda Inköpscentral AB som är ett företag inom SKR (Sveriges kommuner och landsting).

Adda följer kontinuerligt upp ramavtalet genom årliga enkäter och besök under ramavtalsperioden hos verksamheterna för att säkerställa att de följer ramavtalsvillkoren. De tar även del av IVOs granskningar och tillsyn. För privata utförare enligt ramavtal bedöms det därmed som tillräckligt att följa upp att aktuellt IVO- tillstånd finns två gånger per år (juni och december). Uppföljningen ska dokumenteras.

Uppföljning och kontroll av övriga privata utförare

Direktupphandling behöver ske vid anlitage av privata utförare som ej omfattas av ramavtal. De privata utförare som anlitas kontinuerligt och som ej omfattas av ramavtal är de som bedriver HVB- verksamhet och öppenvårdsinsatser för barn och unga samt korttidsboende och stödboende inom vuxna socialpsykiatri.

När det gäller privata utförare som direktupphandlas bedöms det som viktigt att säkerställa att verksamheten innehar ett aktuellt tillstånd från IVO. Kontroll ska ske före anlitage. Uppföljningen ska dokumenteras.