



## Socialnämnden

### Tid

Tisdagen den 28 februari 2023 kl. 09:00-09:00

### Partigruppmöten

S, V, C tisdagen den 28 februari kl. 08:00, rum 250, plan 1

M, L, KD tisdagen den 28 februari kl. 08:00, rum 231, plan 1

### Plats

Socialförvaltningen, Fabriksgatan 31, rum 250

Förhinder anmäls till socialförvaltningen, Carina Björkman, tel. 0480-45 08 63 eller e-post [carina.bjorkman@kalmar.se](mailto:carina.bjorkman@kalmar.se).

Enligt uppdrag

Carina Björkman

## Föredragningslista

- 1 Fastställande av dagordning samt protokolljusterare

### Beslutsärenden

- 2 Socialnämndens årsrapport 2022
- 3 Ej verkställda beslut 4:e kvartalet 2022
- 4 Delegeringsbestämmelser socialnämnden - kompletterande revidering 2023
- 5 Svar på remiss - Lokalförsörjningspolicy Kalmar kommun
- 6 Årsrapport synpunkter och avvikelser 2022

### Informationsärenden

- 7 Årsrapport arbetsmiljöhändelser 2022
- 8 Återrapportering Barnkonventionen 2022
- 9 Tillsyn Vesta - Inspektionen för vård och omsorg, 3.2.2-29753/2022
- 10 Kvalitetsuppföljning IOP Kalmar stadsmission 2022
- 11 Kvalitetsuppföljning IOP Kvinnojouren Kalmar 2022

**Socialnämnden****KALLELSE/  
FÖREDRAGNINGSLISTA**

- 12 Kvalitetsuppföljning IOP Brottsofferjouren Kalmar 2022
- 13 Kvalitetsuppföljning Birgittagården 2022
- 14 Kvalitetsuppföljning Miniprint 2022
- 15 Kvalitetsuppföljning Lustgården 2022
- 16 Kvalitetsuppföljning Mossegården 2022
- 17 Kvalitetsuppföljning Calmia 2022
- 18 Rapport VO Funktionsstöd Vuxen
- 19 Information från förvaltningschef och ordförande
- 20 Anmälan av delegationsärenden
- 21 Anmälan av kännedomsärenden
- 22 Övrigt

Handläggare  
Kristina Appert  
0480-45 09 50

## TJÄNSTESKRIVELSE

Datum  
2023-02-08

Ärendebeteckning  
SN 2021/0248.03.01

Socialnämnden

## Socialnämndens årsrapport 2022

### Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner årsrapport 2022 som inkluderar uppföljning av verksamhetsplan samt kvalitetsberättelse och överlämnar den till kommunstyrelsen för kännedom.

Socialnämnden godkänner uppföljning av den interna kontrollen för år 2022 och överlämnar den till kommunstyrelsen för kännedom.

### Bakgrund

Varje nämnd ska senast i februari månad sammanställa och godkänna föregående års årsrapport och överlämna den till kommunstyrelsen för kännedom. Årsrapporten består av uppföljning av verksamhetsplan, sammanfattning av viktiga händelser, ekonomi och personal, kvalitetsberättelse samt uppföljning av den interna kontrollen.

Kristina Appert  
Administrativ chef

Camilla Freedeke  
Socialchef

Bilagor  
Socialnämndens årsrapport 2022  
Bilaga 1 Tertiäluppföljning verksamhetsplan 2022  
Bilaga 2 Driftredovisning 2022  
Bilaga 3 Verkställda beslut LSS, SOL 2022  
Bilaga 4 Kvalitetsberättelse 2022  
Bilaga 5 Uppföljning av intern kontroll 2022

Socialförvaltningen Verksamhetschef och handläggare

Tel 0480-45 00 00 vx | Kristina.Appert@kalmar.se



**Kalmar kommun**  
WWW.KALMAR.SE

# Bilaga till Tertialrapport december 2022

## **Tertialuppföljning Verksamhetsplan 2022**

I denna bilaga finns en redovisning av uppföljningen av socialnämndens verksamhetsplan för det tredje tertialet 2022.



Kalmar kommun

## Innehåll

Tertialuppföljning Verksamhetsplan 2022.....	0
<i>FOKUSOMRÅDE - ORDNING OCH REDA I EKONOMIN</i> .....	2
Långsiktigt mål - Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet.....	2
<i>FOKUSOMRÅDE - ETT GRÖNARE KALMAR</i> .....	3
Långsiktigt mål - Fordon och transporter .....	3
Långsiktigt mål - Avfallet.....	3
<i>FOKUSOMRÅDE - ETT VÄXANDE ATTRAKTIVT KALMAR</i> .....	3
Långsiktigt mål - Näringslivsranking SKR.....	3
Serveringstillstånd som en del av företagsklimatet.....	3
Årsmål 2022 - Agenda 2030.....	4
Uppdrag - Avhopparverksamhet.....	4
<i>FOKUSOMRÅDE - HÖG KVALITET I VÄLFÄRDEN</i> .....	5
Långsiktigt mål - Socialtjänstens stöd .....	5
Långsiktigt mål - e-hälsokommun .....	6
Långsiktigt mål - Jämställdhetssäkrad verksamhet.....	6
<i>FOKUSOMRÅDE - ETT FÖREDÖME SOM ARBETSGIVARE</i> .....	7
Årsmål 2022 - HME-index.....	7
Årsmål 2022 - Långtidssjukskrivning.....	7
Årsmål 2022 - Utrikesfödda medarbetare .....	8
Fördjupad uppföljning – Socialtjänstens stöd .....	8
Långsiktigt mål - Socialtjänstens stöd .....	8
<b><i>Kunskapsbaserad vård och omsorg</i></b> .....	8
<b><i>Säker vård och omsorg</i></b> .....	13
<b><i>Individanpassad vård och omsorg</i></b> .....	16
<b><i>Effektiv vård och omsorg</i></b> .....	19
<b><i>Jämlig vård och omsorg</i></b> .....	22
<b><i>Tillgänglig vård och omsorg</i></b> .....	24

Under respektive fokusområde finns de fullmäktigemål som var obligatoriska för nämnden.

Fokusområde	Fullmäktigemål
 Ordning och reda i ekonomin	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet</li></ul>
 Ett grönare Kalmar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fossilbränslefria fordon och transporter</li><li>• Minskat avfall</li></ul>
 Ett växande attraktivt Kalmar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Näringslivsranking (Insikt topp 10)</li><li>• Attraktiv kommun att bo, växa upp i och besöka (topp tre)</li><li>• Agenda 2030 kommun (topp 10)</li></ul>
 Hög kvalitet i välfärden	<ul style="list-style-type: none"><li>• Upplevelsen av socialtjänstens stöd topp 30</li><li>• E-hälsokommun 2025</li><li>• Jämställdhetssäkrad verksamhet 2024</li></ul>
 Ett föredöme som arbetsgivare	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hållbart medarbetarengagemang (topp tre)</li><li>• Minskat antal långtidssjukskrivna</li><li>• Ökat antal utrikesfödda medarbetare</li></ul>

Under fokusområdet "Hög kvalitet i välfärden" och fullmäktigemålet "Socialtjänstens stöd" finns nämndens sex egna långsiktiga mål som tillsammans ska leda till att upplevelsen av socialtjänstens stöd rankas bland de 30 bästa i landet. Den utförliga och fullständiga uppföljningen av de sex kvalitetsmålen återfinns under rubriken Fördjupad uppföljning – Socialtjänstens stöd (s. 8 ff).


## FOKUSOMRÅDE - ORDNING OCH REDA I EKONOMIN

Kommunallagen slår fast att kommunerna ska ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet på både lång och kort sikt. God ekonomisk hushållning har både ett finansiellt perspektiv och ett verksamhetsperspektiv.

### Långsiktigt mål - Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

Kommunkoncernens alla verksamheter ska bedrivas på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt.

#### Bedömning

 Delvis uppfyllt

#### Kommentar:

Efter tredje tertialet visar socialnämndens årsutfall ett kraftigt underskott vilket till största delen beror på ökade behov, men också på en stigande inflation som hittills främst påverkat bränsle- och livsmedelskostnader. I jämförelse med andra kommuner i "Kostnad per brukare" samt i Statistiska centralbyråns "nettokostnadsavvikelse IFO" framgår att nämndens verksamhet är kostnadseffektiv. Socialförvaltningens processorientering bidrar till att verksamheten är ändamålsenlig och kostnadseffektiv.


## FOKUSOMRÅDE - ETT GRÖNARE KALMAR

Kalmar ska fortsätta vara en av Sveriges mest hållbara kommuner och ett föredöme inom miljöområdet.

### Långsiktigt mål - Fordon och transporter

Kommunkoncernens egna fordon och inköpta transporter ska vara fossilbränslefria 2023.

#### Bedömning

 Delvis uppfyllt


#### Kommentar:

86 procent av socialförvaltningens totala bilflotta är fossilbränslefri. På helåret innebär det minskning med en procent. Anledning till att fossilfria fordon inte utgör 100 procent av fordonsflottan är att det i dagsläget finns behov av en kontinuitetsplanering kring fordon för att säkerställa att en effektiv och ändamålsenlig verksamhet kan upprätthållas vid en krissituation som t ex avbruten elförsörjning. Detta kräver att fordonsflottan innehåller bilar med olika typer av drivmedel.

### Långsiktigt mål - Avfallet

Avfallet inom kommunkoncernen ska minska med 30 procent från 2018 till 2025.

#### Bedömning

 Delvis uppfyllt

#### Kommentar:

Minskad användningen av plastprodukter - I förvaltningens kontorslokaler har samtliga papperskorgar i kontorsutrymme tagits bort för att minska användning av plastpåsar. Detta bidrar också till att avfall sorteras och slängs i gemensamma källsorteringsstationer.

Ökat återbruk av inventarier - Förvaltningen har arbetssätt som möjliggör återbruk av inventarier på ett enkelt sätt för medarbetare och chefer.

Möjliggjord källsortering - Förvaltningen arbetar kontinuerligt med att ställa krav på fastighetsägare så att det finns möjlighet att sortera avfall i samtliga verksamheter.

## FOKUSOMRÅDE - ETT VÄXANDE ATTRAKTIVT KALMAR

Kalmar ska vara en växande och attraktiv kommun. Det är en förutsättning för att vara med i kampen om framtida etableringar, inflyttare och satsningar på infrastruktur.


### Långsiktigt mål - Näringslivsranking SKR

Kalmar ska vara topp tio i SKR:s näringslivsranking (Insikt)

#### Serveringstillstånd som en del av företagsklimatet

En bra kommunal service präglas av effektivitet, tillgänglighet och kunskap om företagandets villkor. Processen Främja ansvarsfull servering och försäljning av alkohol, tobak, e-cigarettor och receptfria läkemedel bidrar till ett gott företagsklimat när det gäller kommunens service inom myndighetsområdet serveringstillstånd.

### Bedömning

 Helt uppfyllt


#### Kommentar:

Årlig kvalitetsundersökning gällande ansökan och löpande tillsyn av serveringstillstånd ger vid handen att Kalmar har den mest uppskattade servicen avseende tillgänglighet, information, bemötande, kompetens, rättssäkerhet och effektivitet.

### Årsmål 2022 - Agenda 2030

Kalmar kommun ska vara topp 10 bland landets kommuner i Dagens Samhälles Agenda 2030-ranking.

### Bedömning

 Delvis uppfyllt

#### Kommentar:

Kalmar kommun ska vara topp 10 bland landets kommuner i Dagens Samhälles Agenda 2030-ranking. Rankingen bygger på mått som RKA har tagit fram inom Agenda 2030. Det mått som berör socialförvaltningen finns inom målområde ett: Ingen fattigdom, Vuxna biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd (andel av befolkningen). I nationell jämförelse 2021 hamnar Kalmar bland de 25 procent som har lägst andel i befolkningen med långvarigt ekonomiskt bistånd. Inga resultat för 2022 är publicerade i dagsläget.

### Uppdrag - Avhopparverksamhet

Skapa en avhopparverksamhet som ska stödja personer som vill lämna en kriminell gruppering och börja om i livet tillsammans med en rad olika myndigheter och organisationer.

### Status

 Färdig

#### Kommentar:

Under året har verksamhet i form av sociala insatsgrupper s.k. SIG startats upp inom barn- och familj. Verksamheten vänder sig mot ungdomar och unga vuxna i åldern 15–20 år. Inom befintlig verksamhet och resurser inom mottagning och missbruk vuxen, i samverkan med polis och Kriminalvård, ges individanpassade insatser till personer som vill lämna en kriminell livsstil och gruppering och börja om i livet. Under året har ett par personer fått denna hjälp och placerats på annan ort. Samverkan har under hösten inletts med kommunens nya samordnare för brottsförebyggande arbete och kommer att fortsätta och utvecklas 2023. Från och med halvårsskiftet 2023 kommer kommunerna att få en lagstadgad skyldighet att arbeta brottsförebyggande vilket b.l.a. innebär att kontinuerligt ta fram lägesbilder och besluta om åtgärder i samverkan med polis. Kalmar kommun arbetar redan utifrån detta men socialtjänsten avser att öka sin delaktighet och bättre knyta an till det kommuncentrala arbetet som pågår.




## FOKUSOMRÅDE - HÖG KVALITET I VÄLFÄRDEN

I Kalmar ska allas liv präglas av trygghet, kvalitet, tillgänglighet och delaktighet. Invånare i Kalmar ska känna sig trygga med att kommunens välfärdsverksamheter alltid finns när enskilda behöver den och att verksamheten bedrivs med god kvalitet.

### Långsiktigt mål - Socialtjänstens stöd

I Kalmar ska upplevelsen av socialtjänstens stöd rankas bland de 30 bästa i landet.

#### Bedömning

 Delvis uppfyllt

#### Kommentar:

Målet mäts med nationella brukarundersökningar - Inom individ och familjeomsorgen med frågan: Hur har din situation förändrats sedan du fick kontakt med socialtjänsten i kommunen? Inom funktionsstöd vuxen mäts målet med frågor om trivsel och inflytande. I år undersökte Kalmar kommuns socialtjänst brukarupplevelsen inom boendestöd och daglig verksamhet.

Resultatet inom IFO är förbättrat jämfört med föregående år. I år upplever 73 procent att deras situation förbättrats sedan de fått kontakt med socialtjänstens individ och familjeomsorg i kommunen. Det är en förbättring med 11 procentenheter samtidigt som svarsunderlaget har ökat från 95 svarande 2021, till 393 i år. Resultatet innebär att Kalmar kommun hamnar bland de 50 procent av de medverkande 125 kommunerna som ligger i det gula mittenpartiet, vid jämförelse. Här bör noteras att jämförelsen nationellt är högst osäker då sammanställningen bygger på att kommuner valt att genomföra undersökningen inom en, flera alternativt alla målgrupper samt kan ha ett resultat som grundar sig på som minst fem personer.

När det gäller funktionsstöd vuxen är Kalmars resultat i de undersökta delarna, något sämre än 2020 då samma målgrupper fokuserades. När det gäller trivsel uppger 86 procent att de trivs (jämfört med 88 procent 2020) och 79 procent att de upplever att de har inflytande över saker som är viktiga (jämfört med 82 procent 2020). Även här hamnar resultaten i det gula fältet som utgör 50 procent av de medverkande kommunerna.


Målet att vara bland de 30 högst rankade kommunerna uppfylls inte. Men ett stort och säkert svarsunderlag i båda undersökningarna visar på att socialtjänstens stöd i Kalmar upplevs ha god kvalitet.

Under målet om "Socialtjänstens stöd" finns nämndens sex egna långsiktiga mål som tillsammans ska leda till att upplevelsen av socialtjänstens stöd rankas bland de 30 bästa i landet. Den utförliga och fullständiga uppföljningen av de sex kvalitetsmålen med tillhörande utvecklingsområden och indikatorer återfinns under rubriken Fördjupad uppföljning - Socialtjänstens stöd (s. 8 ff).

## Långsiktigt mål - e-hälsokommun

Kalmar ska bli årets e-hälsokommun år 2025.

### Bedömning

 Delvis uppfyllt

### Kommentar:

Arbetet med att nå målet att bli årets e-hälsokommun har intensifierats under årets sista tertiäl. Fokus har legat på att ta fram en kommunikationsplan samt färdigställa tekniska förutsättningar för att visualisera hur väl processer inom vård och omsorg fungerar. Förutom deltagande förvaltningars arbete har kommuncentrala personella och finansiella resurser avsatts för att åstadkomma detta.

Genomförda förbättringar under 2022 som stärker förvaltningens utveckling mot e-hälsa är:

- Appen Glada Schemat är färdigställd och leveransgodkänd. Implementeringsplan för införande i verksamheten har tagits fram tillsammans med de fyra arbetsplatser som kommer att agera pilot innan ett breddinförande.
- Ett systemstöd för Digital Ungdomsmottagning har upphandlats.
- Samarbete med omsorgsförvaltningen har fortsatt under året vad gäller framtagande av gemensamma nyttoanalyser och beslutsunderlag för nya digitala arbetsätt.
- Socialförvaltningen har under 2022 fullgjort sitt uppdrag som objektägare och objektledare för samverkansobjektet Hälsa, Vård och Omsorg (HVO) och lämnar inför 2023 över uppdraget till omsorgsförvaltningen.

Uppstartade förbättringsarbeten som fortlöper under 2023:


- Socialförvaltningen deltar aktivt i projektet Säker Digital Kommunikation (SDK) för att så långt som möjligt kunna avveckla användandet av fax och analoga brev i kommunikationen med statliga myndigheter, andra kommuner och regioner.
- Socialförvaltningen deltar aktivt i projektet Digital myndighetspost för att med en säker digital lösning kunna ersätta de analoga brev som skickas till privatpersoner. Socialförvaltningen agerar pilotförvaltning vad gäller avställning av informationsmängder från verksamhetssystem till ett e-arkiv. Utöver ovanstående deltar representant från socialförvaltningen i koncernövergripande arbetsgrupper för fortsatt utveckling av den digitala verksamhetshandboken, digital arbetsplats samt koncerngemensamt arbetsätt vad gäller införande av nya digitala lösningar.

## Långsiktigt mål - Jämställdhetssäkrad verksamhet

Kommunkoncernens verksamhet ska vara jämställdhetssäkrad år 2024, vilket innebär att alla verksamheter säkerställer att alla kvinnor och män, flickor och pojkar, oavsett bakgrund och tillhörighet ges:

- Likvärdig service och bemötande
- Likvärdig myndighetsutövning
- Likvärdig resursfördelning
- Jämställd fördelning av makt och inflytande

## Bedömning

 Delvis uppfyllt

### Kommentar:

Socialförvaltningen arbetar för en likvärdig vård och omsorg genom de sex kvalitetsmål som ligger under det långsiktiga målet om socialtjänstens stöd. Könsuppdelad statistik används i analysarbete för att få syn på förhållanden som indikerar eventuell brist på likvärdighet. Särskilt positiv utveckling gällande utveckling som berör våld i nära relation.


## FOKUSOMRÅDE - ETT FÖREDÖME SOM ARBETSGIVARE

Kalmar kommun ska vara ett föredöme som arbetsgivare.

### Årsmål 2022 - HME-index

Kalmar kommuns HME-index (Hållbart Medarbetarengagemang) ska vara topp tre i jämförelse med våra jämförelsekommuner; Karlskrona, Kristianstad, Växjö, Halmstad, Skövde och Varberg.

## Bedömning

 Ej utvärderad

### Kommentar:


Målet redovisas ej på förvaltningsnivå. Målet följs upp centralt och kommunövergripande en gång per år.

Varje VO arbetar med resultaten på sina medarbetarenkäter för att ständigt förbättra sina resultat gällande hållbart medarbetarengagemang. Arbete med handlingsplaner pågår utifrån identifierade förbättringsområden.

### Årsmål 2022 - Långtidssjukskrivning

Antal långtidssjukskrivna medarbetare ska minska.

## Bedömning

 Ej uppfyllt

### Kommentar:

Jämfört med föregående år har antalet långtidssjukfrånvarande medarbetare i förvaltningen ökat med en person. I början av året sjönk antalet långtidssjukfrånvarande för att sedan öka i tredje tertialet. Sett till helåret är det små förändringar i de olika områdena.

Långtidssjukfrånvaron i november är fördelad enligt nedan (siffror i parentes avser jämförelsetal nov 2021):

Socialförvaltningen 55 (54)

Socialnämnd gemensamt 4 (5)

Verksamhetsområde barn och familj 10 (8)

Verksamhetsområde vuxen 12 (9)


Verksamhetsområde funktionsstöd 29 (32)

Verksamhetsområde HSL 0 (1)

#### Årsmål 2022 - Utrikesfödda medarbetare

Andelen utrikesfödda medarbetare i kommunen ska öka för att nå ett balanstal mellan 0,8 och 1,0.


#### Bedömning

 Ej utvärderad

## Fördjupad uppföljning – Socialtjänstens stöd

I Kalmar ska allas liv präglas av trygghet, kvalitet, tillgänglighet och delaktighet. Invånare i Kalmar ska känna sig trygga med att kommunens välfärdsverksamheter alltid finns när enskilda behöver den och att verksamheten bedrivs med god kvalitet.

#### Långsiktigt mål - Socialtjänstens stöd

 Delvis uppfyllt

#### Kommentar:

Redovisning av fullmäktigemålet återfinns på sid fem i denna rapport. Här nedan redovisas socialnämndens sex egna långsiktiga mål som tillsammans ska leda till fullmäktigemålet om att upplevelsen av socialtjänstens stöd rankas bland de 30 bästa i landet. Till varje mål finns utvecklingsområden och indikatorer kopplade.

### *Kunskapsbaserad vård och omsorg*

Socialnämndens vård och omsorg ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.





Fokus är implementering av evidensbaserade metoder och systematiska arbetssätt och uppföljning för att stärka verksamhetens kompetens i att bedriva en evidensbaserad praktik där den bästa tillgängliga kunskapen, den professionelles expertis och den berörda personens situation, erfarenhet och önskemål vägs samman.

Ansvarig	Bedömning
Camilla Freedeke	

Utvecklingen mot en alltmer kunskapsbaserad vård och omsorg är god. Nämndsmålet har haft fyra utvecklingsområden under året. I ett av dem uppnås målvärdet. Trenden är över

lag positiv, fränsett utvecklingsområdet Stärkt analys, lärande och utveckling för ökad patientsäkerhet, som inte kunnat prioriteras under året.

### Indikatorer utan utvecklingsområde

SOC - Kompetens utifrån bästa tillgängliga kunskap	
SOC - Rättssäkra uppföljningar av öppna insatser	
SOC - Individens behov i centrum styr vårt arbete Implementering av IBIC i våra stödinsatser	
SOC - Blivande adoptivföräldrar är nöjda med utbildning	

### Utvecklingsområde - Möjliggöra självständighet utifrån förmåga

Vi ska erbjuda individanpassat stöd och bemötande som utgår från behov och tar tillvara individens intresse och förmåga att hitta sin väg mot självständighet.

#### VO Vuxen

Det övergripande syftet med indikatorerna inom detta utvecklingsområde är strävan efter att ha ett arbetssätt där behov och resurser hos klient/brukare framkommer optimalt och att detta överensstämmer med uppdrag/vårdplan och genomförd insats. Indikatorerna möjliggör att uppgifter tas fram på aggregerad nivå, analyseras och diskuteras och att förslag på åtgärder och aktiviteter kunnat tas fram både på individ- och gruppnivå. Utvecklingsområdet har vid uppföljningarna under året visat en positiv utveckling och ökande trend och det kan konstateras att arbetet utifrån indikatorerna verkligen gett effekt.

Samtliga personaktsgranskningar inom både handläggning och insats i processen "Möjliggöra ett liv fritt från riskbruk, missbruk eller beroende" visar ett resultat på 100 % att vårdplan/uppdrag samt insats utgår från bedömda behov. Orsaken är ett kontinuerligt aktivt arbete inom processen för att tydliggöra den röda tråden från utredning av behov till genomförd insats. Ett processteam med medarbetare från de olika delprocesserna har sedan 2021 arbetat med dokumentationsfrågor vilket möjliggjort måluppfyllelsen. För att fortsätta upprätthålla det goda resultatet sker inom alla verksamheter kontinuerligt arbete med att diskutera och synliggöra individens behov och matchningen av dessa. Processteamet kommer fortsätta att arbeta vidare och utveckla samarbetet. Användning av den standardiserade bedömningsmetoden ASI är en viktig del av detta arbete. Metoden är implementerad, rutiner för användande har setts över under året och samtliga handläggare har utbildats. Med metoden följer också ett verktyg, ASI-net, som möjliggör uppföljning och statistikuttag.

I två av processerna inom verksamhetsområdet hjälper indikatorerna till att belysa egenförsörjning respektive skuldsättning med syfte att ge stöd till brukare/klienter att bli mer självständiga och självförsörjande. Kartläggningar har gjorts under året och flera åtgärder har identifierats och påbörjats. Aktiviteter under året har bidragit till en ökad kunskap och medvetenhet hos medarbetare om olika stöd för att öka individens egenförsörjning och vikten av att området försörjning finns med i utredning, uppdrag, genomförandeplan och uppföljning. En ytterligare effekt av arbetet är att antal förfrågningar om försörjningsstöd från individer som redan har en insats från någon annan process har

---

minskat. Utifrån resultat och effekt av åtgärder gjordes bedömning att ingen ny kartläggning behövde genomföras men att förflyttning skett mot fler i egenförsörjning och att behov av stöd inom detta livsområde nu uppmärksammas.

Budget- och skuldrådgivningen har konstaterat behov av ökade informationsinsatser gentemot målgruppen skuldsatta unga vuxna och kartläggningen av målgruppen kommer att fortsätta 2023 för att få ytterligare kunskap om hur socialtjänsten bäst kan komma i kontakt med målgruppen. Målgruppen är svår att nå genom ordinarie kanaler och aktivitet att synliggöra verksamheten har genomförts på sociala medier. Arbete är också påbörjat kring att utveckla och införa en form av e-tjänst för att möjliggöra andra kontaktvägar än telefon samt att uppdatera information på kommunens hemsida. Det är angeläget att tidigt kunna nå och stödja unga vuxna och förhindra allvarliga konsekvenser av skuldsättning.

Processen "Främja självförsörjning" har under 2022 uppdaterats vilket möjliggör ett omtag gällande arbetssätt. Uppföljning på individnivå med personer som står långt från arbetsmarknaden och ett aktivt arbete med dessa har givit god effekt och ett påbörjat omtag med att använda kartläggningsmetoden Förutsättningar Inför arbete (FIA) bedöms ytterligare bidra till detta. Arbetsmarknaden bedöms vara god i Kalmar och det råder arbetskraftsbrist i landet. De som står nära arbetsmarknaden tenderar att ha ett kortvarigt behov av bistånd, medan en stor andel har behov av anpassning och stöd för att komma ut i arbete. I nuläget finns mycket få stödsatser att ge till personer med språksvårigheter utöver SFI men samverkan är etablerad med AME/AF/Kunskapsnavet i syfte att arbeta tillsammans för att möjliggöra vägar till självförsörjning. En formell överenskommelse mellan AF och kommunen med fokus på förbättrad samverkan kring unga och de som står långt ifrån arbetsmarknaden har arbetats fram i slutet av året. Ett av effektmålen är att fler ska få långsiktig egenförsörjning. Indikatorn Minskat utbetalt bistånd inom orsakskod "arbetslös ingen ersättning" har inte fullt ut kunnat följas såsom tänkt utifrån att statistiken inte varit tillförlitlig under 2022. Ett flertal individer har ej varit kodade korrekt och utifrån ett aktivt arbete med uppföljning och orsakskodningen har statistiken förändrats under T3. Tidigare var orsakskodning arbetslös störst sökandekategori medan det i dagsläget är orsakskodning arbetshinder - sociala skäl. Kostnaden har i och med detta naturligt minskat inom indikatorns valda orsakskod.

En tydlig kvalitetshöjning har skett inom socialpsykiatrin i och med implementeringen av IBIC och övergången till Lifecare från Procapita. Vid årsskiftet 2022/2023 är samtliga beslut avseende intern verkställighet i Kalmar kommun överlagda i Lifecare. Kvarstår gör nio bostadsbeslut som verkställs hos externa utförare. Utifrån detta bedöms målet i helhet vara uppnått då det möjliggör att alla verksamheter inom processen "Verka för att vuxna med psykisk funktionsnedsättning kan leva som andra" kan arbeta enligt tänkta arbetssätt. Inom processen kommer arbetet med IBIC att fortsätta under 2023 med fokus på uppföljning och tydliga mål och delmål i utredningar och genomförandeplaner.

Modellen för att systematiskt kartlägga, dokumentera och följa upp avbokningarna i boendestödet är etablerad och har lett till förändrat arbetssätt. Enheterna identifierar orsakerna till avbokningarna, följer upp och motiverar brukarna att ta emot stöd vilket leder till att antal avbokningar minskar. Indikatorn möjliggör ett synliggörande av bakomliggande orsaker som annars inte hade blivit systematiskt uppfångade vilket är mycket positivt både för individen och för förvaltningen. Orsakerna till avbokningar kommer att fortsätta följas upp av verkställighet och handläggare vilket ger förutsättningar för snabbare uppföljningar av insats och bättre samverkan och kunskapsöverföring.

2021 påbörjades arbetet med att öka utbudet av öppna insatser vad gäller meningsfull sysselsättning och att individer med behov av sysselsättning hänvisas till öppna

---

sysselsättningsinsatser i de fall deras behov kan tillgodoses där. Indikatorn för att mäta denna förflyttning är att antal biståndsbeslut gällande sysselsättning ska minska. Målvärdet har dock blivit missvisande då det t.ex. vid uppföljning av beslut om dagverksamhet har tagits nytt beslut om sysselsättning. Antal sysselsättningsbeslut har därför ökat något även om det för individen skett en positiv förflyttning gällande livsområdet. Den samlade bedömningen är ändå att fler ansökningar och förfrågningar om sysselsättning prövas gentemot öppna verksamheter i första hand. Utökad samarbete med Stadsmissionen och anpassningar på Valens aktivitetshus gör det möjligt att erbjuda fler personer stöd som matchar deras behov i öppna verksamheter. Sysselsättning är ett fortsatt prioriterat område under 2023 där flera aktiviteter redan är inplanerade och kommer följas i målarbetet.

Den indikator som har varit mest utmanande att arbeta med under året är i hur stor omfattning inkomna aktualiseringar leder till insats i processen "Möjliggöra ett liv fritt från missbruk" för att utifrån detta förbättra arbetet med eventuella målgrupper. Då den data som tagits fram inte är helt tillförlitlig har inget accepterat utfall kunnat bedömas. Dock verkar det som att fler kvinnor ansöker om stöd mot tidigare, vilket är en positiv förändring. Verksamheterna kommer fortsätta att systematiskt se vad som fungerar väl idag och identifiera och förbättra arbetet för de målgrupper som inte nås på samma sätt. Ett exempel är målgruppen personer med samsjuklighet där arbetet behöver fortsätta aktivt och brett, internt och externt.

## Indikatorer

SOC - Bedömning av behov med evidensbaserad metod	
SOC - Mål i vårdplan/uppdrag samt insats utgår från bedömda behov	
SOC - Stöd för att öka egenförsörjning - boendestöd/mobilt team	
SOC - Aktualisering som leder till insats	
SOC - Individens behov i centrum styr vårt arbete - Etablerat arbetsätt IBIC i bedömning av behov	
SOC - Behov av meningsfull sysselsättning tillgodoses i högre utsträckning med öppna insatser	
SOC - Ökad kvalitet i boendestöd	
SOC - Minskad skuldsättning hos unga vuxna	
SOC - Stöd för ökad egenförsörjning - ek bist	

## **Utvecklingsområde - Öka kunskaper om inträffade vårdskador för ökad patientsäkerhet**






Syftar till att öka kunskapen om förekomst av oönskade händelser, skador och vårdskador samt vilka konsekvenser de haft för patienterna. Ger underlag till analys av bakomliggande orsaker på systemnivå och förbättrar därmed möjligheterna att stärka det förebyggande arbetet samt följa utvecklingen av patientsäkerhet.

Målen i utvecklingsområdets indikatorer är helt eller delvis uppfyllda. Aktiviteter för att öka kunskap om inträffade vårdskador, såsom utbildningsinsatser i patientsäkerhet och införande av digitalt avvikelssystem, är genomförda och väntas få god effekt.

Orsaker: Arbetet med att öka kunskap om inträffade vårdskador är prioriterat utifrån nationell handlingsplan i patientsäkerhet "Agera för säker vård" och därtill genomförd nulägesanalys på förvaltningen.

Åtgärder: Fortsatt arbete med att öka kunskapen om vårdskador på förvaltningen i VP 2023 genom indikatorn "ökad kunskap om vårdskador genom att rapportera och utreda händelser i Lifecare avvikelser vårdskador".

### Indikatorer

SOC - Ökad kunskap om vårdskador genom digitalt avvikelssystem	
SOC - Ökad kunskap om vårdskador genom process för utredning av händelser	
SOC - Ökad kunskap om patientsäkerhet	

### **Utvecklingsområde - Stärka analys, lärande och utveckling för ökad patientsäkerhet**




Syftar till att stimulera kunskapsutveckling genom datainsamling, analys, återkoppling och lärande. Öka systemförståelsen om bakomliggande orsaker till vårdskador, hur vårdens kvalitet och patientsäkerhet kan utvecklas samt stärka det organisatoriska minnet inom hälso- och sjukvården.

Aktiviteter i indikator under utvecklingsområde ej påbörjat, då andra utvecklingsområden prioriterats under 2022.

Åtgärder: VO HSL tillhör efter årsskiftet omsorgsförvaltningen, årshjul i patientsäkerhet upprättas i samråd med omsorgsförvaltningen.

### Indikatorer

SOC - Stärka analys, lärande och utveckling genom årshjul för patientsäkerhet	
---	---

### **Utvecklingsområde - Använda kompetens utifrån bästa tillgängliga kunskap**



För att kunna ge ett stöd som stärker individens självständighet, förmåga och utveckling ska medarbetare utgå från och använda bästa tillgängliga kunskap i det pedagogiska ramverket

Möjliggöra för personer med funktionsnedsättning att leva som andra



Den samlade bedömningen av utvecklingsområdets indikatorer Implementering av pedagogiskt ramverk - kartläggning av behov och Implementering av pedagogiskt ramverk - kompetenshöjande insats är att trenden är positiv och att målvärdet uppnås eller ligger nära värdet i 14 av 19 enheter.



Orsakerna till att målvärdet inte uppnås inom 5 enheter kan sägas bero på att dessa har påverkats av olika typer av förändringar vilket har medfört svårigheter att genomföra de insatser som avses med indikatorerna. Enheterna har fått göra andra värdeskapande prioriteringar. Kontinuitet och stabilitet i verksamhet och ledarskap är viktiga faktorer som måste vara på plats för att ta sig an att använda kompetens utifrån bästa tillgängliga kunskap fullt ut.


Åtgärd för att få bättre effekt på målet om kunskapsbaserad vård och omsorg är att jobba långsiktigt med att använda kompetens utifrån bästa tillgängliga kunskap. En annan åtgärd för att få effekt på målet är fortsätta bygga på den lokala strukturen för kunskapsstyrning, att det finns strukturer på plats som kan vara till stöd och hjälp för att arbeta utifrån evidens eller bästa tillgängliga kunskap. Utvecklingsområdet behöver därför finnas kvar ett par år framöver för att få god effekt på målet Kunskapsbaserad vård och omsorg.

## Indikatorer

SOC - Implementering pedagogiskt ramverk - kartläggning av behov	
SOC - Implementering av pedagogiskt ramverk - kompetenshöjande insats utifrån kartläggning	

## Säker vård och omsorg

Socialnämndens vård och omsorg ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet. Fokus är rättssäkerhet, brukar- och patientsäkerhet och att stärka verksamhetens riskbaserade tänkande.

Ansvarig	Bedömning
Camilla Freedeke	

Utvecklingsområdena för en säker vård och omsorg har under året rört patientsäkerhet och barns förhållanden vid placering. Vad gäller de placerade barnen är det främst att placeringarna avbryts oplanerat som bidrar till de otillfredsställande resultaten. När det gäller utvecklingsområdena för förbättringar av patientsäkerheten har de en positiv trend även om målvärde inte nås.

## Indikatorer utan utvecklingsområde

SOC - Säker och självständig läkemedelshantering genom ökat antal läkemedelsrobotar	
SOC - Riskanalys i samband med genomförandeplan	
SOC - Barnets bästa har beaktats vid domslut	

<b>Utvecklingsområde - Barn som är placerade ska ha det tryggt och säkert</b>	
---	---

Vi ska säkra att placerade barn får den vård och omsorg de har rätt till

## VO Barn och familj

Inom processen Trygga säkra och stödja barn och ungas levnadsvillkor är den samlade bedömningen av indikatorerna inom utvecklingsområdet Barn som är placerade ska ha det tryggt och säkert att målet inte är uppnått. Det finns fortsatta utmaningar kring placeringar som avbrutits oplanerat och ökade antal vårdnadsöverflyttningar. För de övriga indikatorerna, Placerade barns hälsa och Upplevelse av stöd från Socialtjänsten är god, är resultatet positivt och nära målvärdet. Effekten av arbetet med indikatorerna visar alltså på negativa resultat gällande matchning och tillgång på lämpliga familjehem och HVB men positiva resultat för jämlik hälsa och att barn känner till sina rättigheter.

Orsak: Arbetet med att säkra att placerade barn får den vård och omsorg de har rätt till har pågått, men under året har flera placeringar i familjehem och HVB avbrutits oplanerat utifrån bristen på familjehem, jourhem och HVB.

Barnets behov har inte kunnat matchas med rätt boendeform, vilket leder till sammanbrott och flera omplaceringar. För barn med komplex problematik är det svårt att hitta kvalificerade familjehem och HVB. Stor satsning på kampanjer för att söka familjehem har påbörjats och kommer att genomföras framöver.


Processen att Framgångsrikt rekrytera, behålla och stödja familjehem har kartlagts och ska implementeras inom processen Trygga, säkra barn för att bättre tillgodose barns behov av ett tryggt och säkert boende. Familjehemsenheten har flyttat en resurs från rekryteringsteamet till jourhemsteamet (dec 2022) för att bättre kunna tillgodose de tillfälliga jourhemmens behov av stöd i samband med placering för att minska risken för sammanbrott.

Nätverksplacering övervägs i samtliga ärenden inför placering, vilket bidragit till att antalet nätverksplaceringar har ökat. Bedömningen är att om dessa hade placerats externt finns stor risk att sammanbrott skulle ha skett.

Indikatorer med positiv utveckling visar att arbetet med kunskapsutveckling om vikten av att alla barn som är placerade genomgår en hälso- och munundersökning samt syftet med undersökningarna; att alla placerade barn ges samma förutsättningar till god hälsa, gett god effekt. Även det påföljande arbetet med att tillgodose behovet av eventuell vård följs upp för att säkerställa att barnet/den unge får rätt förutsättningar till god hälsa har utvecklats och bedöms vara av god kvalitet. Alla barn som bedöms kunna ta del av informationen "Mina rättigheter" har fått det i samband med placering. Socialsekreterare säkerställer detta genom att dokumentera i barnets akt för att barnen fått ta del av informationen.

Åtgärd: Fortsätta överväga nätverket vid placeringar och andra säkerhetsplaneringar med familjen, fortsätta utveckla hemmaplanslösningar inom öppenvården/ interna boenden samt ökad samverkan med andra viktiga aktörer. Fortsätta att utveckla samarbetet med öppenvården gällande stöd till familjehem. Undersöka möjligheten att anlita behandlingsfamiljer i egen regi. Implementera den nya processen i verksamhetsområdet för att höja kvaliteten i rekryteringen av och kvaliteten i familjehemsplaceringar. Följa upp effekten av barnens upplevelse av att känna till sina rättigheter som placerad i kommande enkät.

## Indikatorer

SOC - Placeringar som avbrutits oplanerat - familjehem	
SOC - Placeringar som avbrutits oplanerat - HVB	

SOC - Vårdnadsöverflyttningar	
SOC - Placerade barns hälsa	
SOC - Placerade barn vet sina rättigheter	

### **Utvecklingsområde - Tillförlitliga och säkra system och processer för ökad patientsäkerhet**





Syftar till att möta förändringarna i hälso- och sjukvården genom ändamålsenliga processer med fokus på patientens väg genom vården. Skapa en säker, sammanhållen, tillgänglig och jämlik vård där patientsäkerheten stärks genom att minska oönskade variationer. Skapa förutsättningar till följsamhet av rekommenderade rutiner och processer.

Strukturer för att säkra det systematiska patientsäkerhetsarbetet har ökat.

Orsaker: Kvalitetsforum för strategiskt patientsäkerhetsarbete upprättat där båda förvaltningarna kommer delta från januari 2023. Gemensam kartläggning av HSL-process påbörjad.

Åtgärder: Fortsatt arbete under 2023 utifrån tillförlitliga och säkra system och processer i kvalitetsforum samt kartläggning av HSL-process.

### **Indikatorer**

SOC - Tillförlitliga och säkra system och processer genom kartlagd HSL-process	
SOC - Tillförlitliga och säkra system och processer genom forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete	

### **Utvecklingsområde - Säker vård här och nu för ökad patientsäkerhet**



Syftar till att skapa en säker och nära vård i det dagliga patientsäkerhetsarbetet. Att skapa en god säkerhetskultur med arbetssätt som underlättar för ett gemensamt agerande och samordning. Genom teamarbete, säkra överlämningar och enkla kommunikationsvägar kring tillstånd, omständigheter samt risker skapa en säker vård här och nu.

Effekten av "forum socialpsykiatri" får mätas i senare skede när gruppen träffats kontinuerligt över tid.

Orsaker: Gruppen har ej träffats i den utsträckning som var tänkt.

Åtgärder: Fortsatt arbete i "forum socialpsykiatri" under 2023 för att samordna vård- och omsorgsinsatser. Fortsätta mäta effekt av forumet.

## Indikatorer

SOC - Ökad samordning och planering med delaktiga och medskapande patienter och närstående



### Individanpassad vård och omsorg

Socialnämndens vård och omsorg ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig. Fokus är att bedriva en flexibel och behovsstyrd vård och omsorg där den enskildes delaktighet och behov är en bärande del vid både bedömning, beslut, planering, genomförande och uppföljning. Fokus ska också vara att tillsammans med den enskilde anpassa och utforma insatser så att de stärker den enskildes förmåga att leva ett självständigt liv.

Ansvarig	Bedömning
Camilla Freedeke	

Arbete med att genom delaktighet och medskapande göra vården och omsorgen alltmer individanpassad har varit framgångsrikt under året. Målvärdena för de tre utvecklingsområdena för att stärka individanpassningen har uppnåtts.

### Utvecklingsområde – Delaktighet



Brukare och klienter ska vara delaktiga och påverka på olika nivåer

VO Vuxen

Den samlade bedömningen för utvecklingsområdet visar en god måluppfyllelse. Det övergripande syftet med indikatorerna är strävan efter att ha ett arbetssätt där klienten/brukaren har en hög grad av delaktighet i utformningen av sina insatser, att upplevelsen av socialtjänstens stöd är god samt att säkerställa ett jämställdhetsperspektiv i verksamheterna.

Effekterna av arbetet med att öka brukare/klienters inflytande och delaktighet över sin insats och att detta tydligt dokumenteras är mycket positiv och framgår vid personaktsgranskningar. Delaktighet och att utgå från brukarens behov lyfts i olika medarbetarsammanhang. Individens syn på sin delaktighet finns med i de olika brukarundersökningarna vilket också bidrar till att medvetandegöra vikten av att individerna får vara delaktiga.

Informationsinsatser om socialtjänstens stöd har genomförts på flera olika sätt under året bl a genom att chefer och medarbetare i olika forum har informerat om verksamheternas arbete. Information har också lagts ut på Piren och utbildningssatsning har genomförts inom socialpsykiatri för att öka kunskapen om självskadebeteende. På sociala medier har information om Budget- och skuldrådgivningens verksamhet gått ut. Aktivitet är påbörjad för att nå ut med information i samband med t. ex. olika uppmärksamhetsveckor och detta arbete kommer fortsätta under 2023. Översyn av förvaltningens hemsida är pågående med syfte att nå ut med information på ett bättre och mer lättillgängligt sätt.

Ett prioriterat arbete under året har varit att öka svarsfrekvensen i befintliga brukarundersökningar och att utveckla arbete med att genomföra undersökningar i de verksamheter där nationella undersökningar inte genomförs. Resultatet av årets brukarundersökningar visar att detta arbete i hög grad lyckats då svarsfrekvens och antal svar ökat i de nationella brukarundersökningarna gällande missbruksvård och ekonomiskt bistånd. Målvärdet gällande nöjdhet uppfylls med god marginal. Inom myndighetshandläggning samt för insats inom socialpsykiatri har egna undersökningar med kvalitetsfrågor i samband med uppföljning genomförts. Resultatet gällande nöjdhet ligger även här på en hög nivå. En egen brukarundersökning för insatser inom missbruks- och beroendevården samt för anhöriga har tagits fram och genomförts på Alkohol- och Drogmottagningen. Undersökningen visar på en hög nöjdhet. Under 2023 kommer resultaten från höstens undersökningar att analyseras och aktiviteter skapas utifrån resultaten. Arbetet med att ställa kvalitetsfrågor kommer att fortsätta då det bidrar till verksamhetsutveckling, brukarnas delaktighet och medarbetarnas medvetenhet om vikten av detta. Medarbetarna känner en ökad meningsfullhet när de får god respons från brukarna i undersökningarna.

I insatsverksamheterna inom socialpsykiatri pågår ett kontinuerligt arbete avseende jämställdhetsaspekten genom analys och aktiviteter utifrån kvinnors och mäns svar i brukarundersökningarna. Målvärdet för indikatorn har uppnåtts och aktiviteterna som genomförts är bl.a. dialog med brukare och övningar i personalgrupper. Arbetet fortsätter 2023 och kommer att kopplas ihop med utvecklingen av arbetssättet IBIC. Utbildning i bemötande och Länsstyrelsens utbildning om jämställdhetsintegrering finns som tänkta aktiviteter liksom att öka antalet svarande i nästa brukarundersökning.

## Indikatorer

SOC - Genomförandeplanen beskriver hur individen varit delaktighet i planering av sitt stöd.	●
SOC - Upplevelse av stöd från socialtjänsten är god	●
SOC - Individens behov i centrum styr vårt arbete Implementering av IBIC i våra stödinsatser	●
SOC - Jämställd verksamhet	●
SOC - Bidra till öppenhet och kunskap genom informationsinsatser	●
SOC - Upplevelse av stöd i insats missbruk	●

## **Utvecklingsområde - Barn och föräldrar är aktiva medskapare**



Vi ska utveckla arbetet med att göra barn och föräldrar delaktiga genom hela processen

Den samlade bedömningen för utvecklingsområdet Barn och föräldrar är aktiva medskapare inom processerna Trygga säkra och stödja barn och ungas levnadsvillkor samt Möjliggöra utveckling hos barn och unga med funktionsnedsättning är att målen i stort är uppnådda.

Resultatet för indikatorerna Delaktighet i genomförandeplanering samt Att barnets bästa har beaktats i handläggningen uppfyller målvärdet.

Resultatet av Upplevelsen av stöd från socialtjänsten är god visar på positiva resultat i att utveckla arbetet med att göra barn och föräldrar delaktiga genom hela processen inom Möjliggöra utveckling hos barn och unga med funktionsnedsättning.

Inom processen Trygga säkra och stödjade barn och ungas levnadsvillkor är målet att öka utfallet på frågan "Hur har din situation förändrats sedan du fick kontakt med socialtjänsten i kommunen?" delvis uppnått. Målvärdet skulle vara större än under 2021. Under 2021 svarade 56% av barnen att den förbättrats mycket och 13% förbättrats lite, jämfört med 47% förbättrats mycket och 23% förbättrats lite under 2022 års mätning. Jämförs de respektive åren kring resultatet från svaren förbättrats mycket och förbättrats lite så är det en ökning på 1 % sammanslaget för 2022 års resultat.

Vårdnadshavarnas upplevelse under 2021 svarade 35% av de vuxna att den förbättrats mycket och 16% förbättrats lite, jämfört med 32% förbättrats mycket och 33% förbättrats lite under 2022 års mätning. Jämförs de respektive åren kring resultatet från svaren förbättrats mycket och förbättrats lite så är det en ökning med 14 % sammanslaget för 2022 års resultat.

Orsak: Arbetssättet för delaktighet i genomförandeplan och att barnets bästa har beaktats har utvecklats inom processerna. Många olika aktiviteter har pågått på enheterna. Till exempel att vårdnadshavare ska vara delaktiga när mål upprättas, att kontaktuppgifter ska delas ut vid första mötet, ökad möjlighet till service har getts och uppfattats positivt. Ökat antal informationssamtal tillsammans med öppenvården har genomförts för att bättre motivera till att ta emot stöd. Vårdnadshavare som tackat nej till stöd har fått broschyrer om vilket stöd som är möjligt att få, med eller utan biståndsbedömning. En försvårande omständighet är att arbeta utifrån en tvångslagstiftning. Den desinformationskampanj som pågår har också medfört stora utmaningar i att vinna tillit hos familjer. De aktiviteter som beskrivs bedöms ge ökade förutsättningar för att barn och föräldrar ska ges möjlighet att uppleva delaktighet och ha möjlighet att påverka sitt stöd och hur det ges.

Åtgärd: Fortsätta utvecklingsarbetet och de olika aktiviteterna som att förbättra kvalitet i att göra barnen/ungdomarna mer delaktiga utifrån tydliggörande pedagogik. Utveckla informationen om socialtjänstens möjligheter till att ge stöd i stället för att upplevas som ett hot. Fortsätta analysen av genomförda undersökningar för att sedan följa upp resultatet i kommande brukarundersökningar.

## Indikatorer

SOC - Delaktighet i genomförandeplanering	
SOC - Barnets bästa har beaktats	
SOC - Föräldrar upplever att de kan påverka stödet	

## **Utvecklingsområde - Delaktighet med genomförandeplaner**



Vi har genomförandeplaner som bygger på uppdrag och kartläggning där individen är delaktig. Genomförandeplanen är ett arbetsverktyg att nå individens mål. Individen påverkar hur stödet ges i sin genomförandeplan.




Möjliggöra för personer med funktionsnedsättning att leva som andra

Den samlade bedömningen av utvecklingsområdets indikatorer är att trenden överlag är positiv och att målvärdet uppnås eller ligger nära värde för 3 av 4 indikatorer.

En av orsakerna till den positiva trenden är att kontinuerligt arbete med genomförandeplaner ger resultat och etablerar ökad förståelse för genomförandeplanens betydelse för processen och insatsens kvalitet. Orsaker till varför målvärdet inte uppnås på en indikator handlar om att nya insikter kan nås på vägen som medför omprioritering av arbetet.

Åtgärder för att hålla i den positiva trenden och för att få effekt på målet om individanpassad vård och omsorg kan vara att fortsätta att på verksamhetsnivå ha fokus på och utveckla genomförandeplanerna individuellt och i grupp, att ha genomförandeplanerna som en stående punkt på APT, att ta hjälp av stödfunktioner vid behov och att aktivt delta i de stödstrukturer som byggt upp i arbetet med IBIC samt att bygga upp strukturer när det gäller e-hälsa och välfärdsteknik inom organisationen för att öka medarbetarnas kompetens.


## Indikatorer

SOC - Genomförandeplanen är aktuell	
SOC - Genomförandeplanen beskriver aktiviteter utifrån individens mål.	
SOC - Genomförandeplanen beskriver hur individen varit delaktighet i planering av sitt stöd.	

## Effektiv vård och omsorg






Socialnämndens vård och omsorg ska utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål.

Fokus är hög kostnadseffektivitet genom att ständigt förbättra och utveckla kvaliteten i våra arbetssätt samt ta vara på digitaliseringens möjligheter.

Ansvarig	Bedömning
Camilla Freedeke	

Arbetet med att säkra en effektiv vård och omsorg genom att utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt har under året fokuserats på att få föräldrar att samarbeta vid vårdnadstvister, kostnader för korttidsvistelser för barn och unga samt ökad självständighet för vuxna med funktionsnedsättning. Utvecklingen har varit god förutom vad gäller kostnaderna för korttidsvistelse.

## Indikatorer utan utvecklingsområden

SOC - Dygnskostnad bostad med särskild service	
SOC - Dygnskostnad boendestöd	
SOC - Kostnad för placeringar	
SOC - Volymutveckling - Behov inom soc's ansvarsomr. matchas m ändamålsenl. stöd	
SOC - Kostnad för externa placeringar	

---

**Utvecklingsområde - Barn ska ha ansvarstagande och samarbetande föräldrar**

Vi ska utveckla och förfina arbetet med samarbetsamtal för att barn ska få ansvarstagande och samarbetande föräldrar.

VO Barn och familj

Den samlade bedömningen för utvecklingsområdet Barn ska ha ansvarstagande och samarbetande föräldrar inom processen Säkra och föra fram barnets rätt, visar på ett positivt resultat och god effekt av genomförda aktiviteter.

Det övergripande syftet med indikatorerna är att utveckla och förfina arbetet med samarbetsamtal för att barn ska få ansvarstagande och samarbetande föräldrar. Informationssamtal ska leda till att föräldrar väljer samarbetsamtal i stället för att stämna om vårdnad i domstol, och därigenom minskas antalet snabbupplysningar som föregår en stämning.

Orsak: De aktiviteter som har genomförts har skapat goda förutsättningar för att handläggarna ska ha en bra grund att stå på samt ett gott stöd för hur informationssamtalen ska genomföras och vad de ska innehålla. Den struktur som byggts upp för att snabbt starta upp ett nytt samarbetsamtal har haft mycket god effekt på målet att samarbetsamtalen ska påbörjas inom 14 dagar. Samordning av resurser har gett ett tidsmässigt utrymme för handläggarna då administratören på familjerätten kan avlasta handläggarna med snabbupplysningar. Snabbupplysningarna har minskat ytterligare som en effekt av det arbetet som gjorts för att marknadsföra samarbetsamtalen. Familjerätten fick möjlighet att erbjuda väldigt många samarbetsamtal under året och därmed också förhindrat att föräldrar gick vidare till domstol.

Åtgärd: Fortsätta att genomföra informationssamtal enligt den struktur som är framtagen. Bygga erfarenhet och ständigt förbättra innehåll och genomförande. Samverka med domstol kring domar för att öka samsyn kring barnets bästa. Fortsätta arbeta utifrån den struktur som byggts upp för samarbetsamtal och att snabbt skicka ut kallelse och erbjuda tid för samarbetsamtal.

**Indikatorer**

SOC - Samarbetsamtal ska öka och snabbupplysningar minska	
SOC - Informationssamtal ska leda till samarbetsamtal	
SOC - Samarbetsamtal påbörjas snabbt	

---

**Utvecklingsområde - Rätt utnyttjade resurser ska ge kostnadseffektiv korttidsverksamhet**

Vi ska arbeta på ett kostnadseffektivt sätt så att resurserna utnyttjas på bästa sätt för den enskilde

VO barn och familj



Inom processen Möjliggöra utveckling hos barn och unga med funktionsnedsättning är den samlade bedömningen av utvecklingsområdet Rätt utnyttjade resurser ska ge kostnadseffektiv korttidsverksamhet att resultatet är fortsatt negativt men med vissa positiva tendenser under året.

En enhet har nått målvärdet att minska dygnskostnaden på korttidsvistelse till 5700kr/dygn. Målet att minska totalkostnaderna för interna korttidsvistelser med 5% jämfört med 2021 är inte uppnått. Det har i stället ökat med 1%.



Orsak: Bedömningen är att de åtgärder som gjorts ger viss effekt och går "försiktigt" åt rätt håll. Bland annat har barnbokningarna justerats för att få en mer jämn fördelning. Bemanningsskruven har granskats noggrant kring varje barn vilket har bidragit till effektivisering av personalresurser.

Utmaningar som uppkommit är att det har tillkommit fler barn med större behov vilket innebär ökade personalresurser som dubbelbemanning och vaken natt i högre utsträckning. De aktiviteter som genomförts bedöms ändå ha bromsat upp en ännu större kostnadsökning trots utökade behov. Under nästa år kommer bemanningsskruven följas upp kontinuerligt och utvärdering av de justeringar som gjorts.

Processteamet kring kostnadseffektivitet med representanter från handläggning, chefer och medarbetare från korttidsverksamheterna kommer fortsätta sitt arbete. Processteamet har tagit fram aktiviteter med syfte att säkerställa att resurser utnyttjas mer kostnadseffektivt. Kommande aktiviteter är bland annat att se över insatser; Ger vi rätt insatser för att möta barnens behov? Diskutera enheternas ambitionsnivå i förhållande till barnens bedömda behov samt förbättra informationen om korttidsvistelse till vårdnadshavare i förhållande till deras förväntningar och önskemål.

Åtgärd: Fortsätta att kontinuerligt följa upp bemanningsskruven och de ändringar som gjorts. Genomföra de aktiviteter som processteamet tagit fram som att skapa forum för att diskutera bemanningsskruven, ta fram checklista som stöd vid schemaläggning, omvärldsbevakning, samsyn kring hur beslut och mål formuleras, tydliggöra syftet med verksamheten (systematisk informationsplan) för att på så sätt nå effekten att resurserna utnyttjas mer kostnadseffektivt.

## Indikatorer

SOC - Kostnad per närvarodygn på korttidsvistelse ska minska	
SOC - Totalkostnad intern korttidsvistelse ska minska	

## Utvecklingsområde - Möjliggöra självständighet utifrån förmåga



Vi ska erbjuda individanpassat stöd och bemötande som utgår från behov och tar tillvara individens intresse och förmåga att hitta sin väg mot självständighet.

Möjliggöra för personer med funktionsnedsättning att leva som andra






Den samlade bedömningen av utvecklingsområdets indikatorer är att trenden är positiv och att verksamhetsområdet är nära målvärden.

Orsaker till den positiva trenden är att det finns ett tydligare arbete med verksamhetsnära verksamhetsutveckling kopplat till det pedagogiska ramverket. Grunder till lokal

kunskapsstyrning börjar falla på plats. Andra orsaker beror på att inhämtande av fakta och omvärldskunskap kopplat till verksamhetsområdet bidragit till helhetssyn och känsla av att vilja driva utvecklingen framåt.


Åtgärder för att få effekt på målet om effektiv vård och omsorg är att ta tillvara på utvecklingsandan och arbeta vidare med den evidens som finns men även att anpassa annan kunskap till verksamhetsområdets målgrupp.

## Indikatorer

SOC - Ökat antal som går till en mer självständig DV	
SOC - Ökat antal som går till en mer självständig sysselsättning SoL	
SOC - Brukarundersökning funk - Trygghet	
SOC - Verkställighetstid antal dagar från beslut till insats	
SOC - Insatser som motsvarar behov	

## Jämlik vård och omsorg

Socialnämndens vård och omsorg ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla. Fokus är hälsa på lika villkor och jämställdhet mellan kvinnor och män, flickor och pojkar.

Ansvarig	Bedömning
Camilla Freedeke	

Stark positiv utveckling under andra tertialet inom socialtjänstens ansvar gällande relationer fria från våld samt stärkt patientsäkerhet som två viktiga grunder för jämlik vård och omsorg.

## Indikatorer utan utvecklingsområden

SOC - Jämställd verksamhet	
----------------------------	---

## Utvecklingsområde - Relationer fria från våld



Utvecklingsområdet ska leda till att vi, som steg ett, utvecklar kompetensen inom alla processer så att alla ges förutsättningar att leva i relationer fria från våld.

### VO Vuxen

Den samlade bedömningen för området är att medvetenheten gällande våld i nära relation ökat. Indikatorerna inom detta område berör aktiviteter både på övergripande kommunal nivå, vidare till förvaltnings- och verksamhetsnivå och ner på individnivå.

Under året har processen "Möjliggöra nära relationer fria från våld" kartlagts och implementeringsarbete påbörjats. Kritisk kompetens och de styrande värden som finns i processen är ledande för kompetensutvecklingsplanen. Flera kompetenshöjande insatser har i verksamhetsområdet genomförts under året, både mer grundläggande baskunskap men även specialistkunskap som behövs hos vissa verksamheter. En viktig del i

implementeringen har under hösten varit att presentera processen i förvaltningen och identifiera hinder och möjligheter. Kunskapen om våld och våldsutsatthet är varierad hos verksamheternas medarbetare och det finns en osäkerhet kring hur våld ska hanteras om information om våldsutsatthet hos en enskild uppkommer. Att identifiera våld handlar inte bara om att ställa frågan utan likväl om att se och upptäcka, motivera till en kontakt och förändring, informera samt veta vilka åtgärder som behöver vidtas. Där skapar den kartlagda processen avseende våld en struktur för socialsekreterare och ökar medvetenheten hela vägen ut till genomförandet. Flera kompetenshöjande insatser är planerade för 2023 och arbetet med att implementera och följa upp processen fortsätter. En kommunövergripande strategi för att förebygga och motverka mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer har arbetats fram under året och implementeras 2023.







Arbetet med att synliggöra stödet som kan ges och nå fler våldsutsatta respektive våldsutövare är aktivt pågående och sker bland annat genom att mottagningen informerar om sitt arbete och har hög tillgänglighet i intern och extern samverkan. Genom att samarbetspartners känner till hur de på ett enkelt sätt får kontakt med mottagningsteamet är förhoppningen att nå fler våldsutsatta och våldsutövare som inte ansöker om stöd på egen hand. Frågor om våld ställs i utredningar inom ekonomiskt bistånd, missbruk och socialpsykiatri. Den större andelen stöd till våldsutsatta och våldsutövare ges utan biståndsbedömning (ATV och Kvinnojour) varvid indikatorerna om inledda utredningar inte är relevanta mått på omfattningen av socialtjänstens stöd. Möjlighet finns att nå socialtjänsten via en e-tjänst och där syns en ökad användning men den behöver utvärderas och bli mer känd. Arbeta pågår med att få till en lokal överenskommelse med polisen för att nå fler våldsutövare. Aktivitet pågår i mottagningsteamet för att systematiskt kunna följa upp och utvärdera verksamheten. Planering är påbörjad för att nå ut med information om aktuellt arbete samt aktiviteter i samband med t.ex. olika uppmärksamhetsveckor, detta arbete kommer fortsätta under 2023. Under 2023 kommer även förvaltningens hemsida ses över med syfte att nå ut med information på ett bättre och lättillgängligare sätt

## VO Barn och familj

Samlad bedömning: Kompetensplan har tagits fram för den generella kompetensen för medarbetare inom samtliga processer. Bedömningen är att det finns en plan för hur målet ska uppnås och flera enheter har genomfört kompetenshöjande insatser eller är på gång utifrån plan.

Åtgärd: Under T1 2023 fortsätta med implanteringen av processen inom verksamhetsområdet samt kartlägga den kritiska kompetensen/t spetskompetens hos olika yrkesroller inom delprocesserna utifrån processerna i verksamhetsområdet. Genomföra kompetenshöjande insatser i enlighet med kompetensplanen under T2 och T3.

## Indikatorer

SOC - Säkerställa kompetens gällande våld i nära relation	
SOC - Nå fler våldsutsatta	
SOC - Nå fler våldsutövare	
SOC - Bidra till öppenhet och kunskap genom informationsinsatser	
SOC - Utveckling av digitala arbetsätt	
SOC - I högre grad Identifiera våldsutsatthet	

---

---

## Utvecklingsområde - Öka riskmedvetenhet och beredskap för ökad patientsäkerhet



Syftar till att öka riskmedvetenheten där analys av scenarier ökar förutsättningarna för god beredskap och framförhållning. Identifiera och analysera risker med den organisatoriska uppdelningen av Kalmar kommuns hälso- och sjukvård. Säkerställa att hälso- och sjukvårdsverksamheten klaras med god patientsäkerhet genom att patientsäkerhetsperspektivet finns med i planering, konsekvensanalys samt prioriteringsbeslut.

I maj 2022 fattades beslut i omsorgsnämnden samt socialnämnden om en gemensam HSL-organisation. Beslutet innebär att den hälso- och sjukvård som bedrivs med organisationstillhörighet på socialförvaltningen flyttas över till omsorgsförvaltningen från den 1 januari 2023.

Orsak: Utifrån de krav som ställs på en väl fungerande hälso- och sjukvård inom den kommunala verksamheten, omställningen till Nära vård samt de utmaningar som ligger i såväl nutid som framtid bedömer socialförvaltningen och omsorgsförvaltningen att en samlad hälso- och sjukvård ger de bästa förutsättningarna för att möta både krav och utmaningar samt skapa en god vård och omsorg utifrån Socialstyrelsens kvalitetsdimensioner.

Åtgärd: En gemensam hälso- och sjukvårdsprocess ska tas fram för att tydliggöra överenskomna arbetssätt. HSL-teamets dagliga patientarbete gäller fortsatt gentemot socialförvaltningens målgrupper i form av teambaserat arbetssätt.

### Indikatorer

SOC - God vård och omsorg genom samordning av SOC och OMS hälso- och sjukvård



### Tillgänglig vård och omsorg

Socialnämndens vård och omsorg ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid. Ingen ska behöva vänta oskälig tid på den vård eller omsorg som hon eller han har behov av.

Fokus är ändamålsenliga och effektiva ledtider.

Ansvarig	Bedömning
Camilla Freedeke	

Fokus på att ge snabb tillgång till stödinsatser har haft en mycket god utveckling under året. Inom alla tre utvecklingsområden har målen uppnåtts. Ingen tillhörande indikator har ett "ej acceptabelt resultat".

---

### Indikatorer utan utvecklingsområden

SOC - Beslut inom skälig tid



SOC - Verkställighetstid antal dagar från beslut till insats	
SOC - Utveckling av digitala arbetssätt	

### **Utvecklingsområde - Barn, unga och föräldrar ska få stöd i ett tidigt skede**



Vi ska arbeta förebyggande och med tidiga insatser genom att öka vår tillgänglighet

#### VO Barn och familj

Inom processen Trygga, säkra och stödja barn och ungas levnadsvillkor är den samlade bedömningen av utvecklingsområdet Barn, unga och föräldrar ska få stöd i ett tidigt skede, mycket positivt.

Målet att tid från beslut till påbörjad insats understiger 5 veckor (35 dagar) är uppnått. Genomsnittet är 21 dagar för 2022.

Målet att antalet föräldrar som fått stöd via föräldraskapsstödsgrupper ska vara fler än 2021 (96 st) är uppnått. Resultat visar att 263 personer genomgått någon typ av föräldrautbildning i grupp.

Nya Råd och stödenheten har hög tillgänglighet för insatser utan föregående behovsprövning och når fler familjer än tidigare, och stödet upplevs som positivt. Fältenhetens arbete med att öka sin närvaro och informera om stöd som kan ges bedöms också ha haft en positiv effekt. Nya arbetssätten SSPF och Tillsammans för barnen är nu implementerade samverkansmodeller på alla grundskolor i kommunen.

De senaste årens utvecklingsarbete har gett goda resultat. Delprocesserna samverkar effektivare för att insatser ska påbörjas skyndsamt och matchas utifrån behov och utförare. Arbetet med tydligare genomförandeplaner, målstyrda reflektioner i dokumentationen hjälper insatserna att med fokus på målen arbeta effektivare i pågående insatser. Matchningen med rätt insats i rätt tid hjälper insatserna att använda sina resurser effektivare.

Deltagande i föräldrastödsgrupper ökade markant i förhållande till föregående år. Utbildnings och samverkanssatsningar mellan huvudmän har bidragit till det goda resultatet. Utmaningar framåt är att kartlägga behovet hos specifika föräldragrupper som föräldrar med egna behov/diagnoser som ADHD och autism för att öka tillgängligheten.

Flertalet aktiviteter för att öka nöjdheten av stöd, upplevelse av trygghet i sitt område och veta var man vänder sig för att få stöd har genomförts under året. Utmaningen för kommande år är att vända den negativa trend kring socialtjänstens roll från en socialtjänst som "tar barn" till en socialtjänst som ger stöd.

Implementeringen av SSPF och har lett till att arbetet i samverkan med skolor och polis har kommit igång bra och kommer fortsätta att utvecklas kommande år genom utvärderingar på individnivå. Tillsammans för barnen har varit igång på kommunens alla grundskolor under höst/vinter. En ny enhet för Råd och Stöd har startat upp som bland annat ansvarar för samverkansarbetet. Genom att samla enheterna som ska tidigt upptäcka behov och erbjuda stöd till barn och föräldrar under samma enhetschef, bedöms möjligheten att öka effekten av tidiga insatser som positiv under kommande år.

## Indikatorer

SOC - Insats inom skälig tid	●
SOC - Fler får stöd gm föräldraskapsstödgrupper	●
SOC - Upplevelse av stöd utan ind. behovsprövning	●
SOC - Ungdomar känner trygghet	◐
SOC - Barn och unga vet var man kan få stöd	-
SOC - Barn i riskzon får stöd för att förhindra brottslighet, drogmissbruk och riskbeteende	●
SOC - Bättre tillgång till tidiga insatser för barn	●

### **Utvecklingsområde - Beslut inom skälig tid**



Vi utreder varje individs behov så enkelt snabbt och kostnadseffektivt som möjligt utan att rättssäkerheten eftersätts. Den som ansöker om stöd ska få beslut inom skälig tid

Möjliggöra för personer med funktionsnedsättning att leva som andra

Den samlade bedömningen av utvecklingsområdets indikatorer Skälig väntetid och IBIC styr vårt arbete - etablerat arbetssätt i bedömning av behov är att trenden är positiv och att målvärden kan sägas vara uppnådda.

Orsaken till den positiva trenden är att ett systematiskt arbete med åtgärder under flera år nu ger resultat.

Åtgärd för att hålla i den positiva trenden är att fortsätta ha fokus på att beslut ska fattas så skyndsamt som möjligt. Under 2023 kommer utredningstiden följas som ett processmått och fortlöpande arbete med ständiga förbättringar kommer att ske för att effektivisera handläggningen med bibehållen rättssäkerhet.

## Indikatorer

SOC - Beslut inom skälig tid	●
SOC - Individens behov i centrum styr vårt arbete - Etablerat arbetssätt IBIC i bedömning av behov	◐

### **Utvecklingsområde - Skälig väntetid till daglig verksamhet**



Kartläggning sker så enkelt, snabbt och kostnadseffektivt som möjligt. Väntetiden för en plats inom daglig verksamhet ska förkortas

Möjliggöra för personer med funktionsnedsättning att leva som andra

Den samlade bedömningen av indikatorerna inom utvecklingsområdet, skälig väntetid till daglig verksamhet, visar på en positiv trend.

Väntetiden till daglig verksamhet har minskat ytterligare och är i det närmaste på målvärde.

---

Dygnskostnaden för daglig verksamhet ligger på samma nivå som föregående år.

Brukarundersökningen visar att resultatet är jämförbart med föregående brukarundersökning men med en ökad svarsfrekvens.

Området når inte målvärdet topp 30 för en meningsfull sysselsättning, men resultatet är fullt jämförbart med liknande kommuner.

Andelen avbrott under T3 har fortsatt en positiv trend.





Orsak:

Väntetid till daglig verksamhet minskar genom ett aktivt arbete med matchning av behov mot tillgänglig verksamhet. Ett omställningsarbete är påbörjat för att tydliggöra för brukaren vad hen kan förvänta sig av sin verkställighet.

Fortsatta åtgärder:

Kartläggning av matcha-processen genomförs. Ett utvecklingsarbete har startats för att verka för fler platser inom daglig verksamhet/sysselsättning, vilket ska medföra en högre flexibilitet.

## Indikatorer

SOC - Skälig väntetid	
SOC - Meningsfull DV/sysselsättning - färre avbrott	
SOC - Brukarundersökning - DV/sysselsättning uppfattas som viktig	
SOC - Dygnskostnad daglig verksamhet	

Driftredovisning, tkr	2022		
Verksamhet	Budget	Utfall	Avvikelse
<b>LEDNINGS- O STÖDFUNKTIONER</b>	<b>68 470</b>	<b>48 359</b>	<b>20 111</b>
NÄMNDVERKSAMHET	1 775	1 642	133
ALKOHOLTILLSYN	294	259	35
VÅRD OCH OMSORG SoL & HSL	578	633	-55
BOSTAD SÄRSK.SERV LSS VUXEN	2 781	-4 535	7 316
PERSONLIG ASSISTANS	391	-4 737	5 128
KORTTIDSVISTELSE	183	-111	294
DAGLIG VERKSAMHET	1 983	2 232	-249
BEMANNINGSSERVICE	2 759	3 392	-633
ÖVR INSATSER LSS	2 444	698	1 746
INSATS T PERS M FUNKTNEDS SOL	2 338	1 060	1 278
INSTVÅRD VUX MISSBRUK	215	205	10
INSTVÅRD BARN OCH UNGDOM	54	62	-8
ÖPPNA INSATSER VUX MISSBR	258	307	-49
ÖPPNA INSATSER BARN, UNGA	441	377	64
GEMENSAMT	51 976	46 874	5 102
<b>BARN o FAMILJ</b>	<b>212 293</b>	<b>224 923</b>	<b>-12 630</b>
<b>Gemensamt barn o familj</b>	<b>13 665</b>	<b>13 841</b>	<b>-176</b>
GEMENSAMT	13 665	13 841	-176
<b>Trygga, säkra o stödj barn o ungas levnadsvillkor</b>	<b>142 859</b>	<b>155 586</b>	<b>-12 727</b>
INSTVÅRD BARN OCH UNGDOM	26 720	33 029	-6 309
FAMILJEHEMSV BARN O UNGA	57 902	69 063	-11 161
ÖPPNA INSATSER BARN, UNGA	30 153	27 414	2 739
ÖVRIG VUXENVÅRD	3 829	4 156	-327
FAMILJERÄTT	931	877	54
GEMENSAMT	23 324	22 686	638
FLYKTINGMOTTAGANDE	0	-1 639	1 639
<b>Säkra o föra fram barnets rätt</b>	<b>3 979</b>	<b>3 757</b>	<b>222</b>
FAMILJERÄTT	3 979	3 757	222
<b>Möjliggöra utveckl hos barn o unga m funktionsnedsättn</b>	<b>51 790</b>	<b>51 739</b>	<b>51</b>
BOSTAD BARN O UNGA LSS	12 024	12 895	-871
KORTTIDSVISTELSE	24 885	24 704	181
ÖVR INSATSER LSS	12 333	12 023	310
GEMENSAMT	2 548	2 117	431
<b>FUNKTIONSSTÖD VUXEN</b>	<b>376 640</b>	<b>381 119</b>	<b>-4 479</b>
<b>Gem k o m med funktionsn att leva som andra</b>	<b>19 287</b>	<b>19 227</b>	<b>60</b>
GEMENSAMT	18 582	18 900	-318
PERSONLIGA OMBUD	705	327	378
<b>Möjliggöra f kvinnor o män m funktionsn att leva som andra</b>	<b>357 353</b>	<b>361 892</b>	<b>-4 539</b>
BOSTAD SÄRSK.SERV LSS VUXEN	187 978	195 753	-7 775
PERS ASS ENL LSS OCH SFB	76 014	74 936	1 078
DAGLIG VERKSAMHET LSS	78 178	76 036	2 142
ÖVRIGA INSATSER LSS	1 570	1 648	-78
INSATS T PERS M FUNKTNEDS SOL	7 032	6 912	120
GEMENSAMT	6 581	6 607	-26
ARBETSMARKNADSÅTGÄRDER	0	0	0



Driftredovisning, tkr	2022		
Verksamhet	Budget	Utfall	Avvikelse
<b>HÄLSO- OCH SJUKVÅRD</b>	<b>18 322</b>	<b>19 128</b>	<b>-806</b>
<b>Tillgodose behov av hälso- o sjukvård</b>	<b>18 322</b>	<b>19 128</b>	<b>-806</b>
VÅRD OCH OMSORG SoL & HSL	16 625	17 483	-858
GEMENSAMT	1 697	1 645	52
<b>VUXEN</b>	<b>234 445</b>	<b>247 168</b>	<b>-12 723</b>
<b>Gemensamt vuxen</b>	<b>13 930</b>	<b>12 356</b>	<b>1 574</b>
ÖPPNA INSATSER	500	276	224
EKONOMISKT BISTÅND	85	30	55
GEMENSAMT	13 345	12 050	1 295
<b>Möjliggöra ett liv fritt fr riskbruk, missbruk o beroende</b>	<b>34 937</b>	<b>45 812</b>	<b>-10 875</b>
INSTVÅRD VUXN MISSBRUKARE	12 259	20 739	-8 480
ÖPPNA INSATSER VUX MISSBR	18 947	22 085	-3 138
GEMENSAMT	3 731	2 988	743
<b>Verka för att vuxna m psykisk funktionsn kan leva som andra</b>	<b>134 527</b>	<b>134 688</b>	<b>-161</b>
BOSTAD SÄRSK.SERV LSS VUXEN	92 271	93 611	-1 340
DAGLIG VERKSAMHET	203	213	-10
INSATS T PERS M FUNKTNEDS SOL	38 112	37 241	871
GEMENSAMT	3 941	3 623	318
<b>Främja självförsörjning</b>	<b>50 151</b>	<b>53 711</b>	<b>-3 560</b>
ÖVRIG VUXENVÅRD	1 005	1 009	-4
EKONOMISKT BISTÅND	43 315	47 287	-3 972
GEMENSAMT	5 831	5 442	389
FLYKTINGMOTTAGANDE	0	-27	27
<b>Möjliggöra nära relationer fria från våld</b>	<b>900</b>	<b>602</b>	<b>298</b>
ÖVRIG VUXENVÅRD	900	602	298
<b>Summa</b>	<b>910 170</b>	<b>920 697</b>	<b>-10 527</b>

## Verksamhetsmått/Nyckeltal LSS

Antal verkställda beslut	Dec	Dec	Dec	Dec	Förändr 2022
	2019	2020	2021	2022	
Boendestöd SoL	278	285	306	322	+16
Personlig assistans SFB	111	111	104	101	-3
Personlig assistans LSS	35	35	37	40	+3
Ledsagarservice LSS	47	35	32	31	-1
Kontaktperson LSS	169	158	162	160	-2
Avlösarservice LSS	12	10	11	13	+2
Livsföring i övr SoL	7	5	5	3	-2
Korttidsvistelse LSS	71	65	63	62	-1
Korttidstillsyn LSS	35	35	35	38	+3
Bostad barn o ungdom LSS	3	4	4	6	+2
Bostad vuxna LSS	313	316	316	317	+1
Särskilt boende SoL	69	69	65	69	+4
Daglig verksamhet LSS	366	374	381	376	-5
Sysselsättning SoL	94	97	79	71	-8

# Kvalitetsberättelse

## Socialförvaltningen Kalmar kommun

# 2022



## Inledning

Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete föreskriver att vårdgivare samt den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska användas för att fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska stödja verksamhetens arbete med att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Samma föreskrift föreskriver att arbetet med att utveckla och säkra kvalitet ska dokumenteras och att det varje år bör upprättas en kvalitetsberättelse (Kap. 7 SOSFS 2011:9). Av kvalitetsberättelsen bör det framgå:

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och
- vilka resultat som uppnåtts

Kvalitetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur detta arbete har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Berättelsen bör hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

# Innehåll

SAMMANFATTNING AV KVALITETSARBETE 2022 .....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR KVALITET .....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	5
Organisation och ansvar .....	8
Arbeta med processer .....	8
Arbeta med ständiga förbättringar .....	8
Basera beslut på fakta .....	9
De vi finns till för i fokus .....	9
Skapa förutsättningar för delaktighet .....	9
SYSTEMATISKT FÖRBÄTTRINGSARBETE 2022 .....	10
Förebygga brister genom riskhantering .....	10
Säkra kvaliteten genom egenkontroll .....	11
Nationella jämförelser .....	12
Resultat i Öppna jämförelser .....	12
Resultat i Kommunens Kvalitet i Korthet - KKiK .....	12
Brukarundersökningar .....	13
Brukarundersökning individ- och familjeomsorg (IFO) .....	14
Brukarundersökning, funktionshinder .....	15
Revisioner .....	16
Internrevision .....	16
Extern revision .....	17
Kvalitetsuppföljning i extern verksamhet .....	18
Ej verkställda beslut .....	18
Systematiskt brandskyddsarbete .....	19
Stärka analys, lärande och utveckling genom utredning av avvikelser .....	19
lex Sarah .....	20
Annan avvikelse .....	20
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR KOMMANDE ÅR .....	21

## **SAMMANFATTNING AV KVALITETSARBETE 2022**

Nedan följer en sammanfattning av delar av det arbete och de åtgärder som vidtogs under 2022, med avsikt att stärka och förbättra kvaliteten i socialförvaltningens verksamhet:

- fastställd strategi för processorientering som syftar till att bidra till fortsatt utveckling av styrning och ledning mot ökad kvalitet
- stärkt systematik och stöd för ett riskbaserat arbetssätt på individnivå
- ökad svarsfrekvens i brukarundersökningar (790 svar)
- överenskomna arbetssätt för hur förvaltningen arbetar med våld med syfte att uppmärksamma och hantera våldet där det uppstår (Att möjliggöra nära relationer fria från våld)
- överenskomna arbetssätt för hur förvaltningen arbetar för att "Främja självförsörjning"
- överenskommet arbetssätt för hur förvaltningen arbetar för att "Framgångsrikt rekrytera, stödja och behålla familje- och nätverkshem"
- överenskommet arbetssätt för hur förvaltningen arbetar för att "Sörja för ett värdigt avslut efter döden"
- överenskommet arbetssätt för hur förvaltningen arbetar för att "Prioritera och besluta om digitala arbetssätt"
- förbättringsarbete för bättre matchning av beslut om daglig verksamhet för att förkorta verkställighetstid samt minska antalet "ej verkställda beslut"
- påbörjat processarbete för stödprocesserna för ändamålsenliga lokaler, logistik samt bemanning
- genomförande av kompetenshöjande insatser genom det "Pedagogiska ramverket" - ca 120 medarbetare har certifierats inom funktionshinderområdet (vuxen och barn)

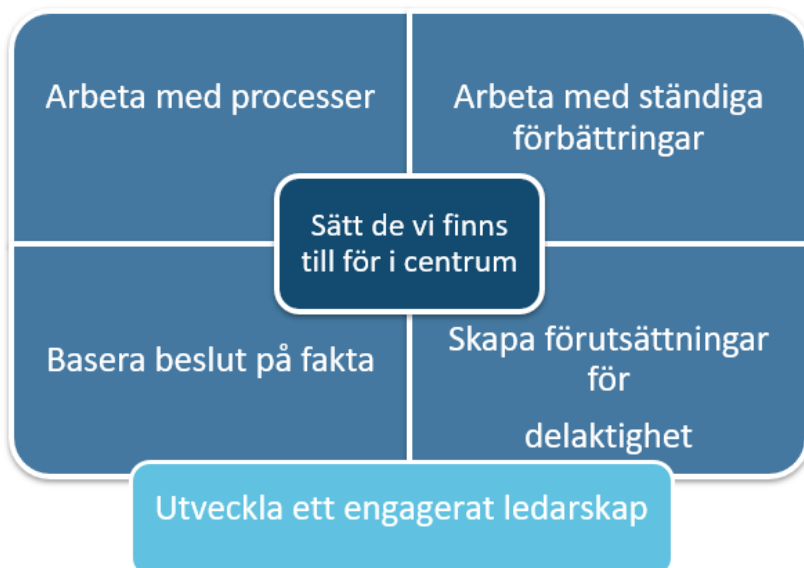
## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR KVALITET

Enligt SOSFS 2011:9 2 kap 1§ definieras kvalitet genom att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt aktuella lagar och föreskrifter samt beslut som fattats med stöd av dessa. Den som bedriver verksamhet ska ta reda på vad som är kvalitet för just den verksamheten.

Socialförvaltningen har därför övergripande valt att definiera att kvalitet inom socialförvaltningen uppnås:

- ✓ när behovet hos dem vi finns till för tillgodoses och förväntningar infrias på ett kostnadseffektivt sätt samtidigt som krav och intentioner i lagar och mål uppfylls
- ✓ när det sociala arbetets innehåll präglas av evidensbaserad praktik och ständiga förbättringar

Ett vedertaget sätt att se på och arbeta med kvalitetsutveckling illustreras i figuren nedan (hörnstensmodellen). Modellen fastställer vilka *värderingar* som anses vara viktiga för ett framgångsrikt kvalitetsarbete. Socialförvaltningen har valt att använda denna modell som utgångspunkt i sitt kvalitetsutvecklingsarbete.



### Engagerad ledning och tydlig styrning

SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Kalmar kommun har ett gemensamt kvalitetsledningssystem som är certifierat enligt ISO 9001 och ISO 14 001. Socialnämnden arbetar med att leva upp till Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem främst inom ramen för kommunens gemensamma kvalitetsledningssystem.

Socialförvaltningen har ett förtydligande dokument som beskriver ledningssystemet "Socialförvaltningens ledningssystem för kvalitet – ett beskrivande ramverk". Ramverket syftar till att tydliggöra vad ledningssystemet består av och hur det ska



användas och därmed underlätta förståelsen för hur vi behöver arbeta systematiskt med att hela tiden säkra och förbättra vår kvalitet.

Genom processororienteringens möjligheter att förstå, leda och ständigt förbättra våra verksamheter agerar ledningen förebild samt engagerar till, och möjliggör förändring och utveckling.

### **Uppdrag, krav och mål för socialnämnden**

I Socialtjänstlagen, Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade samt i Hälso- och sjukvårdslagen anges att verksamhet som bedrivs enligt dessa lagar ska vara av god kvalitet. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska socialnämnden uppnå kvalitet genom att uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten.

Socialstyrelsen har definierat begreppet "god kvalitet" utifrån aktuell lagstiftning för området med hjälp av kvalitetsdimensioner. Dimensionerna tydliggör att socialtjänstens verksamhet ska vara kunskapsbaserad, individanpassad, säker, tillgänglig, effektiv och jämlik för att kunna sägas uppnå god kvalitet.

Socialnämndens målstyrning är ett av de viktigaste redskapen för att säkerställa att, samt följa upp hur, nämnden lever upp till de redan givna kraven i lagstiftningen och därmed de uppgifter som getts nämnden via kommunfullmäktiges reglemente. Eftersom kvalitetsdimensionerna som beskrivits ovan ger nämnden denna möjlighet, beslutade nämnden 2016 att låta dessa kvalitetsdimensioner utgöra socialnämndens mål.

Att styra Socialförvaltningens mångfacetterade verksamhet med gemensamma mål ger socialnämnden möjlighet att hålla ihop nämndens uppdrag och skapa samsyn inom förvaltningen. För att ytterligare förstärka detta och för att knyta ihop och integrera de olika styrande delarna använder socialförvaltningen ett visionshus. Visionshuset syftar till att visualisera socialnämndens roll i kommunen och i visionen "Ett Kalmar för alla". En bärande del i visionshuset är socialnämndens mål vilka utgör byggstenarna för hur uppdraget ska fullgöras med strävan mot visionen. Hur arbete med målen ska ske beskrivs i verksamhetsplanen,

Socialnämndens mål är i sig inte mätbara, så för att mäta måluppfyllelse och för att kunna följa resultat, kopplas utvecklingsområden och indikatorer till målen. Med dessa ges nämnden möjlighet att styra och rikta in sig på specifika utmaningar eller identifierade förbättringsområden. Uppföljning av utvecklingsområden och indikatorer ger en sammanvägd bild av hur nämndens måluppfyllelse ser ut. Eftersom det är med hjälp av utvecklingsområdena och indikatorerna som ambitionen kan höjas och kontinuerlig utveckling förverkligas, kan måluppfyllelsen i de sex långsiktiga kvalitetsmålen, se olika ut från år till år.

Verksamhetsplanen följs upp och rapporteras till nämnden och kommunledningen tertialvis.

Fullmäktigemålet om upplevelsen av socialtjänstens stöd, bedöms 2022 vara delvis uppfyllt, då ett stort och säkert svarsunderlag i brukarundersökningarna visar på att



socialtjänstens stöd i Kalmar upplevs ha god kvalitet, även om målet att vara bland de 30 högst rankade kommunerna inte uppfylls.

Nedan följer en koncentrerad sammanställning över socialnämndens måluppfyllelse för de sex långsiktiga nämndsmål som fullmäktigemålet brutits ner med.

Mål	Kommentar
<p><b>Socialnämndens vård och omsorg ska vara kunskapsbaserad.</b></p> <p><i>Vården och omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.</i></p> <p>Fokus är implementering av evidensbaserade metoder och systematiska arbetssätt och uppföljning för att stärka verksamhetens kompetens i att bedriva en evidensbaserad praktik där den bästa tillgängliga kunskapen, den professionelles expertis och den berörda personens situation, erfarenhet och önskemål vägs samman.</p>	<p>Utvecklingen mot en alltmer kunskapsbaserad vård och omsorg är god. I ett av utvecklingsområdena uppnås målvärdet. Trenden är över lag positiv fränsett utvecklingsområdet som rör att stärka analys, lärande och utveckling för ökad patientsäkerhet som inte kunnat prioriteras under året. Målet är delvis uppnått.</p>
<p><b>Socialnämndens vård och omsorg ska vara säker.</b></p> <p><i>Vården och omsorgen ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.</i></p> <p>Fokus är rättssäkerhet, brukar- och patientsäkerhet och att stärka verksamhetens riskbaserade tänkande.</p>	<p>Utvecklingsområden har rört patientsäkerhet och barns förhållanden vid placering. Det är främst oplanerade avbrott av placeringar som bidrar till resultaten. Däremot noteras en positiv utveckling av patientsäkerheten. Målet är delvis uppnått.</p>
<p><b>Socialnämndens vård och omsorg ska vara individanpassad.</b></p> <p><i>Vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individerna ska ges möjlighet att vara delaktiga.</i></p> <p>Fokus är att bedriva en flexibel och behovsstyrd vård och omsorg där den enskildes delaktighet och behov är en bärande del vid både bedömning, beslut, planering, genomförande och uppföljning. Fokus ska också vara att tillsammans med den enskilde anpassa och utforma insatser så att de stärker den enskildes förmåga att leva ett självständigt liv.</p>	<p>Arbete med att genom delaktighet och medskapande göra vården och omsorgen alltmer individanpassad har varit framgångsrikt under året. Målvärdena för de tre utvecklingsområdena för att stärka individanpassningen har uppnåtts. Målet är uppfyllt.</p>
<p><b>Socialnämndens vård och omsorg ska vara effektiv.</b></p> <p><i>Vården och omsorgen ska utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt för att nå uppsatta mål.</i></p> <p>Fokus är hög kostnadseffektivitet genom att ständigt förbättra och utveckla kvaliteten i våra arbetssätt samt ta vara på digitaliseringens möjligheter.</p>	<p>Arbetet har fokuserats på att få föräldrar att samarbeta vid vårdnadstvist, kostnader för korttidsvistelser för barn och unga samt ökad självständighet för vuxna med funktionsnedsättning. Utvecklingen har varit god förutom vad gäller kostnaderna för korttidsvistelse. Målet är delvis uppnått.</p>
<p><b>Socialnämndens vård och omsorg ska vara jämlik.</b></p> <p><i>Vården och omsorgen ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.</i></p> <p>Fokus är hälsa på lika villkor och jämställdhet mellan kvinnor och män, flickor och pojkar.</p>	<p>Även om alla indikatorer kopplade till utvecklingsområdena inte är uppfyllda i alla delar, bedöms målet om en jämlik vård sammantaget som grönt med anledning den positiva utveckling som präglat båda områdena.</p>
<p><b>Socialnämndens vård och omsorg ska vara tillgänglig.</b></p> <p><i>Vården och omsorgen ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid. Ingen ska behöva vänta oskälig tid på den vård eller omsorg som hen har behov av.</i></p> <p>Fokus är ändamålsenliga och effektiva ledtider.</p>	<p>Fokus på att ge snabb tillgång till stödinsatser har haft en mycket god utveckling under året. Inom alla tre utvecklingsområden har målen uppnåtts. Ingen tillhörande indikator har ett "ej acceptabelt resultat". Målet är uppnått.</p>

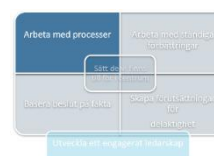
## Organisation och ansvar

SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

Det är alltid vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst som har ansvaret för att det finns ett ledningssystem. Kvalitetsledningssystemet ska integreras med de befintliga systemen för budget och verksamhetsplanering som nämnden har. Men kvalitet är också ett personligt åtagande, där varje chef och varje medarbetare ytterst har att ansvara för kvaliteten i sitt eget arbete. De enskilda medarbetarna är en viktig tillgång i arbetet med att kvalitetssäkra verksamheten (SOSFS 2011:9 6 kap 1-3 §). Som stöd i att säkra och utveckla kvalitet finns olika stödfunktioner inom t ex verksamhetsutveckling, ekonomi, IT och HR. I varje förvaltning inom Kalmar kommun finns också en kvalitetsledare med särskilt ansvar för kvalitet.

## Arbeta med processer

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska socialnämnden anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning. Det ska bestå av de processer och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra verksamhetens kvalitet. Processerna och rutinerna är ledningssystemets grundläggande delar.



Socialförvaltningen har sedan 2018 en sammanhållen struktur för hur förvaltningen arbetar med processorientering, det vill säga hur förvaltningen kartlägger, styr och leder verksamheten med hjälp av processer.

Utgångspunkten för vilka processer som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet är socialförvaltningens huvudprocess. Under denna finns åtta nedbrutna huvudprocesser. Med start i "varför finns vi till" har förvaltningen definierat sina viktigaste processer.

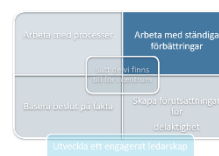
Alla processer följs upp årligen enligt en systematik som synliggör processens behov av förändringar och förbättringar. Behov av utveckling dokumenteras och prioriteras på ett strukturerat sätt och utgör grund för utvecklingsarbete inom processen.

Processernas prestanda mäts med hjälp av indikatorer i verksamhetsplanen. Indikatorerna tas fram, förutom med styrning utifrån målen, med utgångspunkt i processernas styrande värden, resultat, analyser och riskbedömningar innevarande år.

Processkartorna finns, tillsammans med rutiner och övriga styrande dokument, tillgängliga i kommunens digitala verksamhetshandbok.

## Arbeta med ständiga förbättringar

Ständiga förbättringar av arbetssätten är en av de bärande principerna i processorienteringen. Det systematiska förbättringsarbetet som består av; riskanalyser, egenkontroll och utredning av avvikelser utgör viktiga underlag för vilka behov av förändringar i processerna som behövs för att uppnå god



kvalitet. Det systematiska förbättringsarbete som bedrivits under 2022 redovisas längre fram i denna rapport.

## Basera beslut på fakta

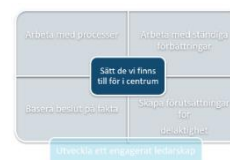
En grundläggande förutsättning för god kvalitet är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar att utföra sitt arbete. Förvaltningens processer är utformade för att leva upp till lagar och andra krav. För att god kvalitet ska uppnås ska personalen arbeta i enlighet med fastställda processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.



Omvärldsbevakning sker strukturerat för att vid behov kunna ställa om och möta förändrade krav och behov. Uppföljning av insatser och resultat som underlag för beslut är avgörande för att bibehålla och förbättra kvalitet. Uppföljningen måste ske på alla nivåer med start hos den enskilde individen vidare på grupp- och systemnivå.

## De vi finns till för i fokus

Processsynsättet innebär att man definierar sin verksamhet utifrån dem man finns till för och hur deras behov kan tillgodoses i gränsöverskridande samverkan i processer snarare än i stuprörsutformade funktioner. Eftersom en framgångsrik process börjar i ett behov och slutar med att det behovet är tillgodosett, innebär processsynsättet en möjlighet att skapa värde för dem vi finns till för. Processsynsättets centrala värderingar är att:



- ha kundfokus genom att se på verksamheten utifrån och in
- ha en positiv människosyn och utgå från att alla kan och vill bidra
- tänka proaktivt och arbeta förebyggande och förutseende
- helheten är större än summan av delarna

Brukarundersökningar, synpunkter och klagomål är viktiga möjligheter för oss att sätta den vi finns till för i fokus. Det är ett sätt att ringa in behov och se vår verksamhet utifrån-och-in.

## Skapa förutsättningar för delaktighet

Med processorientering kan man uppnå ett effektivt och engagerat samarbete över verksamhets- och organisationsgränser för att tillgodose de behov som de vi finns till för har, på ett värdeskapande sätt. Genom socialnämndens processorientering ges medarbetare en större möjlighet att medverka i kvalitetsarbetet. En ökad delaktighet ger en större tydlighet och ett större engagemang i att skapa samsyn kring vilka arbetssätt som ska råda och vad som fungerar i det dagliga arbetet med klienterna/brukarna.



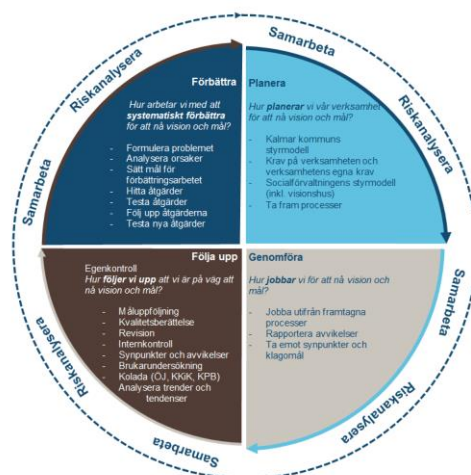
Tydliga överenskomna arbetsätt med utgångspunkt i krav, behov och önskemål gör det också lättare för personal att identifiera när något avviker och därmed kan leda till kvalitetsbrist.

För den enskilde är genomförandeplanen det enskilt viktigaste verktyget för delaktighet, självbestämmande och medskapande i det stöd som planeras och ges.

## SYSTEMATISKT FÖRBÄTTRINGSARBETE 2022

SOSFS 2011:9, 5 kap. 7 kap. 2 § p 1

Systematiskt förbättringsarbetet består av; riskanalyser, egenkontroll, utredning av avvikelser, förbättrande åtgärder i verksamheten och förbättring av processer och rutiner. För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete.



Visualisering av socialförvaltningens ledningssystem

Kvalitetsberättelsen ska beskriva hur förbättringsarbetet bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet samt vilka resultat som uppnåtts.

## Förebygga brister genom riskhantering

SOSFS 2011:9 5. 1§

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS, ska fortlöpande identifiera händelser som, om de inträffar, skulle kunna leda till att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter.

Även ISO 9001:2015 och 14 001:2015 föreskriver ett riskbaserat tänkande. Standarderna ställer krav på organisationen att förstå sina förutsättningar och bestämma risker som underlag för planering. Det innebär att riskbaserat tänkande ska tillämpas när processer för kvalitetsledningssystemet planeras och införs. Kvalitetsledningssystemet syftar i mångt och mycket, i sin helhet, till att fungera som

ett förebyggande verktyg. Ett riskbaserat tänkande handlar om att förebygga att negativa händelser inträffar eller blir allvarliga.

Socialförvaltningen arbetar på flera olika sätt med att identifiera risker och förebygga att de inträffar. Vid behov görs riskanalyser på individnivå i verksamheterna.

I samband med att socialförvaltningen kartlägger sina processer identifieras risker för att processen inte ska kunna leva upp till de styrande värdena i processen. I den årliga uppföljningen av processerna följs risker upp och ställning tas till om nya risker uppkommit. Under 2022 har ett större fokus lagts på processens risker vid de årliga uppföljningarna.

Det arbete som är gjort med att bedöma och visualisera processers påverkan och bidrag ur ett Agenda 2030 perspektiv ger nya och andra förutsättningar att bedöma risker och möjligheter för en hållbar utveckling utifrån en ekonomisk, social och miljömässig dimension.

Riskanalyser görs också med verksamhetsfokus i verksamheterna och på förvaltningsnivå i samband med allvarliga händelser eller förändringar. För risker med hög sannolikhet och allvarlighetsgrad görs en handlingsplan för att förebygga att risken ska inträffa.

Under 2022 har utvecklingsarbete fortgått för att stärka systematiken och stödet för ett riskbaserat arbetssätt. Utvecklingsarbetet har under 2022 bedrivits i samverkan med representanter från omsorgsförvaltningen. Under den första delen av 2022 testades processkartor och tillhörande stödjande mallar för riskanalyser på verksamhetsnivå av en pilotgrupp. Testet ledde till beslut om att en fokusering av riskbaserat arbete på individnivå skulle ske initialt. Hantering av riskanalyser på individnivå sker i verksamhetssystemet Lifecare. Nya frastexter, stödmallar och annat stödmaterial har tagits fram för att stödja detta arbete. Dessa testas och införs under de första månaderna 2023. Stöd för riskbaserat arbete på verksamhetsnivå fokuseras under 2023.

## **Säkra kvaliteten genom egenkontroll**

*SOSFS 2011:9 5kap. 2§*

Enligt Socialstyrelsens föreskrift ska socialnämnden genomföra egenkontroll. Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Socialförvaltningen genomför olika former av egenkontroll, t ex:

- Upprättande och följsamhet av intern kontrollplan
- Årlig uppföljning av processer
- Intern- och externrevisioner
- Jämförelser och undersökningar
- Kvalitetsuppföljningar

Utöver ovan egenkontrollerande aktiviteter görs också "Aktgranskning" och "Journalgranskning" lokalt i varje verksamhet. Dessa är mycket viktiga för att säkra att de vi finns till för får det stöd och den hjälp de har rätt till, samt att rättssäkerheten upprätthålls genom korrekt dokumentation i handläggning och utförande av insats. Avvikelse som upptäcks vid akt- och journalgranskning ska rapporteras som avvikelser.

### **Nationella jämförelser**

Socialförvaltningen deltar i både Öppna jämförelser och Kommunens kvalitet i korthet (KKiK). Förutom redovisning av resultat vid tidpunkt för publicering, använder förvaltningen dessa uppgifter på ett systematiskt sätt under de analysdagar som alla chefer, stödfunktioner samt politiker är involverade i. Väsentliga resultat från denna typ av undersökningar tas på så sätt med i kommande års verksamhetsplanering.

### **Resultat i Öppna jämförelser**

Socialförvaltningen lämnade 2022 in resultat i åtta olika öppna jämförelseundersökningar. Underlaget till årets resultat samlades in i januari till mars 2022. Undersökningarna omfattade dessa områden:

- missbruks- och beroendevård,
- ekonomiskt bistånd,
- social barn- och ungdomsvård,
- våld i nära relationer,
- stöd till personer med funktionsnedsättning LSS,
- stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning,
- motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden,
- krisberedskap inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen publicerar varje år faktablad som beskriver några av årets centrala resultat på nationell nivå. Vid publicering sätter socialförvaltningen sina resultat i relation till de centrala nationella resultaten. Av de 25 punkter som lyftes fram i 2022 års redovisning hade Kalmar ett positivt, eller delvis positivt, resultat i 17 av punkterna. Socialförvaltningen redovisar resultaten för nämnden samt publicerar en kortfattad sammanfattning av resultaten i juni varje år på Kalmar kommuns webbplats i samband med Öppna jämförelsens publicering nationellt.

### **Resultat i Kommunens Kvalitet i Korthet - KKiK**

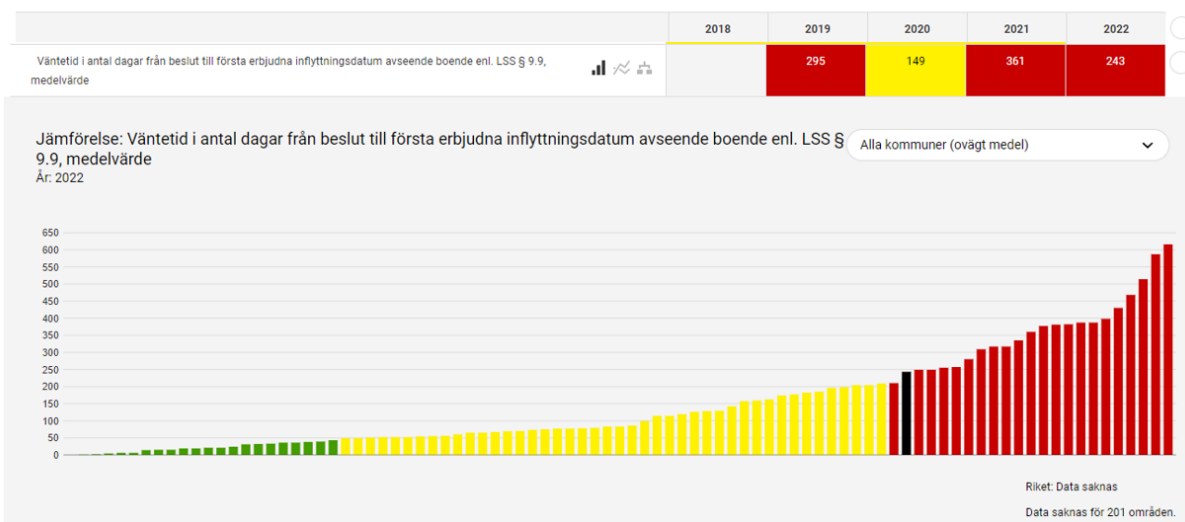
Kommunens kvalitet i korthet omfattar ca 170 kommuner. Undersökningen mäter drygt 40 olika nyckeltal för att värdera kommuners prestationer inom tre olika områden. Områdena är Barn och unga (gäller enbart skola) Stöd och omsorg (socialtjänst inklusive äldreomsorg) samt Samhälle och miljö. Socialförvaltningen berörs av sex av nyckeltalen. I Kolada (databas för kommuner och regioner) anges

resultaten i färgerna rött, gult och grönt för att visa hur ett resultat förhåller sig till den andra medverkande kommunernas resultat. De bästa resultaten får grön färg (25 procent), de sämsta resultaten får röd färg (25 procent) och de i mitten får gul färg (50 procent). Det är i sig ingen värdering av själva resultatet. Färgsättningen visar endast om resultatet är bra eller dåligt i förhållande till andra. I 2022 års resultat redovisar socialförvaltningen ett rött resultat. Det avser väntetid i antal dagar – boende LSS.

### Väntetid i antal dagar – boende enligt LSS

Den genomsnittliga nationella väntetiden för erbjudet inflyttningsdatum i LSS-boende är 153 dagar (jämfört med 142 dagar 2021). Uppgifter saknas från 200 kommuner. I Kalmar är den rapporterade genomsnittliga väntetiden 243 dagar. Spridningen mellan deltagande kommuner är stor, allt från 4 till 616 dagar. Kalmars väntetid har ökat sedan 2015 fram till 2019, då ett tydligt trendbrott skedde. 2021 års väntetid på 361 dagar är den registrerat längsta vi haft.

Stöd och omsorg



Kalmar har vid senaste rapporteringen av "ej verkställda beslut" uppgett att det är 16 personer som inte kunnat få sitt beslut om bostad enligt LSS verkställt. Det beror på att det råder viss brist på bostäder enligt LSS i Kalmar. Socialförvaltningen har rapporterat till kommunledningen att socialnämnden både behöver ta och ges möjlighet att uppfylla samhällsplaneringsansvaret enligt socialtjänstlagen samt fullgöra ansvaret att främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för personer som är berättigad LSS insatser. Målet skall vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra. I det ingår att möta upp med anpassningar och stöd oavsett boende.

### **Brukarundersökningar**

Varje år deltar Kalmar kommuns socialförvaltning i de nationella brukarundersökningarna. Några av frågorna utgör mått i KKiK. Deltagande och resultat är viktiga delar av en kunskapsbaserad socialtjänst. Undersökningarna ger kunskap om hur brukare upplever kontakten med och stödet från socialtjänsten.

Undersökningar genomförs inom områdena funktionshinder, individ- och familjeomsorg samt placerade barn och unga. Under 2022 deltog 180 kommuner i brukarundersökning inom funktionshinderområdet och 125 kommuner inom individ- och familjeområdet.

Inom IFO-området ska man känna till att jämförelsen nationellt är högst osäker då sammanställningen inte tar hänsyn till om kommunerna genomfört undersökningen på delar av eller inom hela verksamheten. I praktiken innebär det att en kommun som genomfört undersökningen inom ett område med så få svarande som fem personer jämförs med en kommun som undersökt alla sina områden med ett högt antal svarande. Även inom funktionshinderområdet kan antalet svarande variera från fem och uppåt vilket har stor påverkan på jämförelserns relevans.

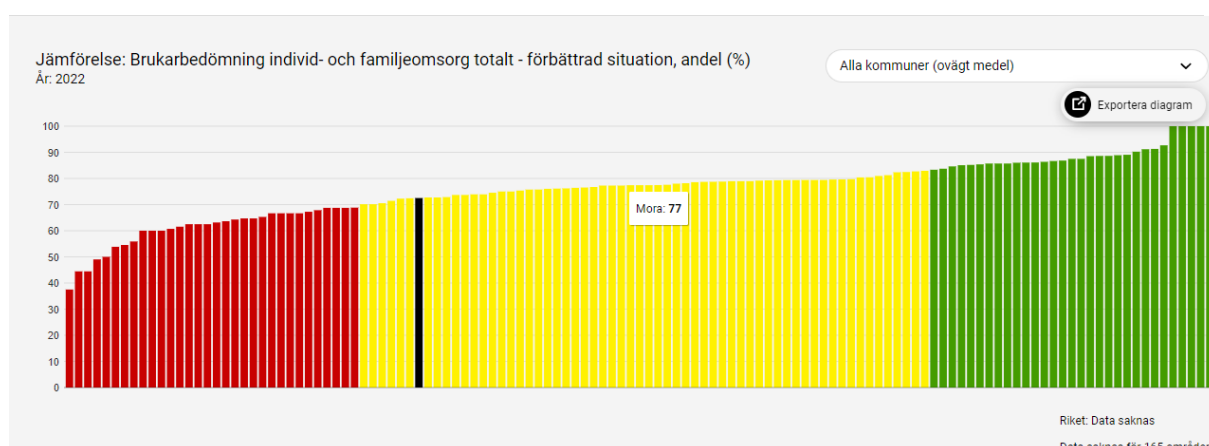
Socialförvaltningen i Kalmar är en av de kommuner som fått störst antal svar i båda undersökningarna. Inom individ- och familjeomsorgen mottogs 393 svar och inom funktionshinderomsorgen 397 svar.

### **Brucarundersökning individ- och familjeomsorg (IFO)**

Brucarundersökningen inom individ- och familjeomsorg har inriktning på kontakten med socialsekreteraren inom myndighetsutövningen. Den omfattar verksamhetsområdena social barn- och ungdomsvård, ekonomiskt bistånd samt missbruks- och beroendevård. Totalt deltog 125 kommuner i årets undersökning, och brukarna gav totalt 10 000 svar.

I Kalmar genomfördes en målmedveten satsning på att få ett större svarsunderlag än föregående år. Det lyckades då 393 personer svarade på någon av enkäterna jämfört med 95 personer 2021.

### Förbättrad situation



Resultatet är förbättrat jämfört med föregående år. I år upplever 73 procent att deras situation har förbättrats sedan de fått kontakt med socialtjänstens individ- och familjeomsorg. 2021 var resultatet 62 procent.

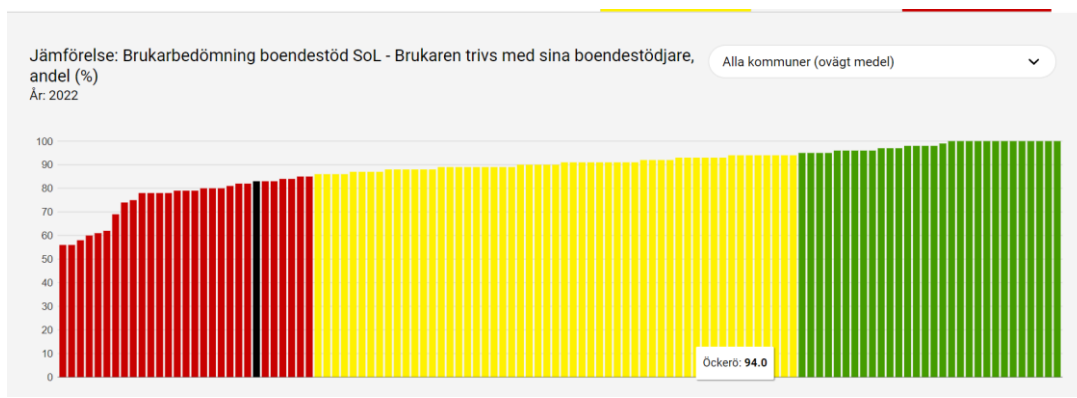


## Brukarundersökning, funktionshinder

Brukarundersökningen riktar sig till vuxna personer med funktionsnedsättning inom boende, boendestöd och daglig verksamhet/sysselsättning enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (SoL) samt personlig assistans.

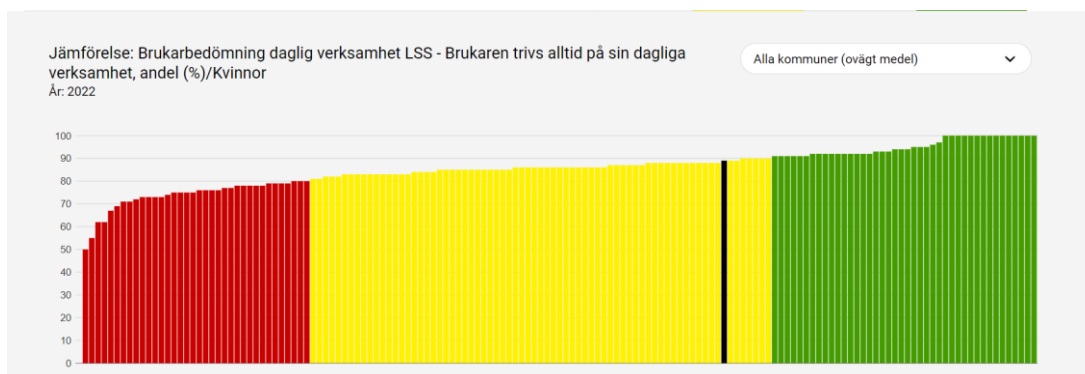
I årets undersökning deltog 180 kommuner. Totalt lämnade brukarna 38 000 svar. I Kalmar genomförs brukarundersökningen vartannat år gällande upplevelse av boendet och vartannat år gällande upplevelse av daglig verksamhet/sysselsättning. I år har Kalmar mottagit 397 svar från brukare med daglig verksamhet/sysselsättning och/eller boendestöd. Nedan redovisas resultaten för frågorna om trivsel och inflytande, vilka är de frågor som socialnämnden prioriterat under året.

### Trivsel - boendestöd



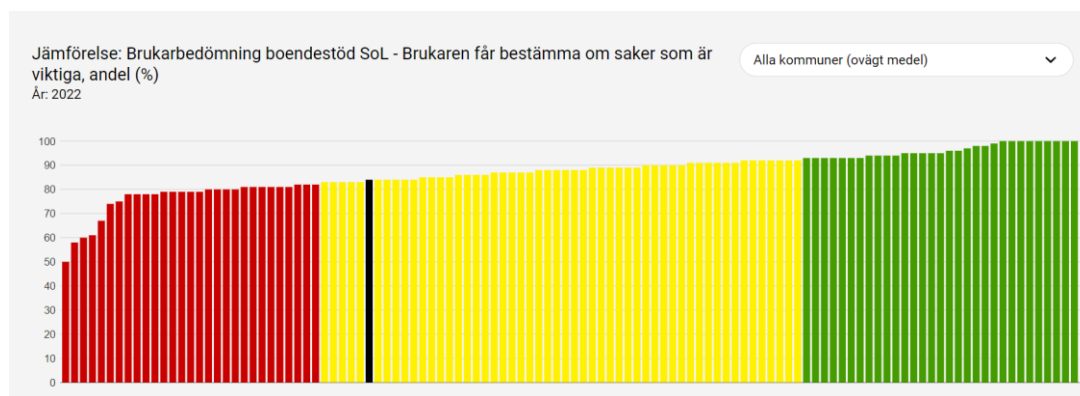
Resultatet är försämrat jämfört med förra undersökningen. I år uppgav 83 procent av de svarande att de trivs med sin boendestödjare. 2020 var resultatet 89 procent. Ingen svarar att de inte trivs med sin boendestödjare.

### Trivsel - daglig verksamhet

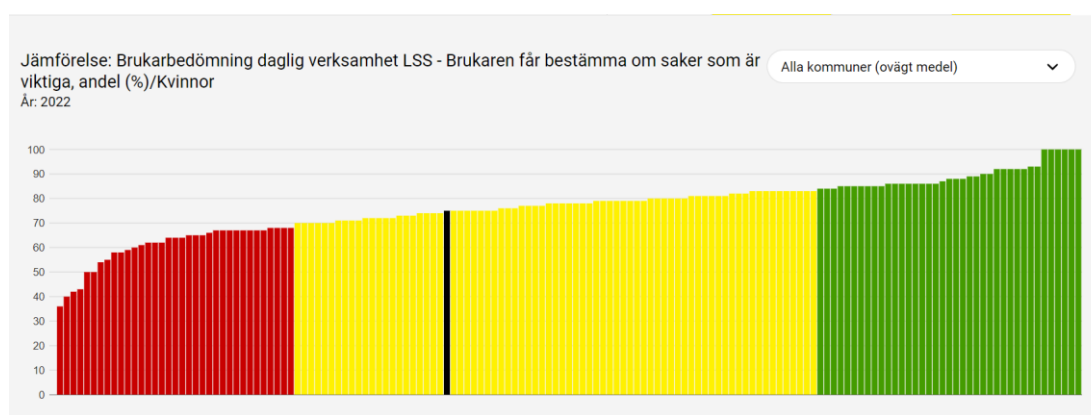


Resultatet är förbättrat jämfört med förra undersökningen. I år uppgav 89 procent av de svarande att de alltid trivs på sin dagliga verksamhet. 2020 var resultatet 87 procent. Två procent uppger att de aldrig trivs på sin dagliga verksamhet.

## Inflytande boendestöd



Resultatet är försämrat jämfört med förra undersökningen. I år uppgav 84 procent av de svarande att de får bestämma om saker som är viktiga. 2020 var resultatet 89 procent. Två procent svarar att de inte får bestämma om saker som är viktiga.



Resultatet är försämrat jämfört med förra undersökningen. I år uppgav 73 procent av de svarande att de får bestämma om saker som är viktiga i sin dagliga verksamhet. 2020 var resultatet 75 procent. Tre procent svarar att de inte får bestämma om saker som är viktiga.

## Revisioner

Varje år sker extern- och intern revision av det ISO certifierade kvalitetslednings- och miljöledningssystemet. Externrevisionen syftar till att säkerställa att det kommungemensamma ledningssystemet underhålls, uppdateras och är effektivt för att möta verksamhetens mål.

Internrevisioner genomförs med syfte att jämföra verksamhetens processer med hur det ser ut i verkligheten.

## Internrevision

Internrevisionen genomfördes under 2022 i ett boende inom Verksamhetsområde Funktionsstöd vuxen samt ett boende inom Verksamhetsområde Vuxen, liksom inom

Mottagning och utredningsenheten för barn och ungdom funktionsnedsättning inom Verksamhetsområde Barn och familj.

Revisionerna ringade in att det finns brister när det gäller:

- Enhetschef på distans
  - o Åtgärd: Påbörjat förbättringsarbete för att arbeta riskbaserat och pågående arbete med händelserapportering. (Årshjul ec se nedan)
- Helhetssyn saknas
  - o Åtgärd: VP 2023 – Individen har en sömlös vardag
- Överenskomna arbetssätt
  - o Åtgärd: Påbörjat arbete kunskapsstyrning
  - o Åtgärd: VP 2023 Effektiv stödprocess - Utökad uppdrag dokumentation utifrån IBIC färdplan
- Samlad tydlighet saknas i vad som behöver vara lika i enhetschefers arbete/ansvar/prioriteringar.
  - o Åtgärd: Utveckla årshjul EC med utgångspunkt i befintligt årshjul samt i visualisering av ledningssystem

#### Extern revision

Externrevisionen genomfördes av certifieringsbolaget Qvalify inom nedan områden.

- Förvaltningens ledning och styrning,
- Process - Tillhandhålla anpassad teknik
- Process - Främja självförsörjning
- Gränsöverskridande samarbete inom SOC (övergångar mellan VO Vuxen och VO Barn och familj)

Revisorerna konstaterade 13 mindre allvarliga avvikelser inom Kalmar kommun. Inga avvikelser riktades enbart till de reviderade verksamheterna inom socialförvaltningen. Eftersom Kalmar kommun har ett kommungemensamt certifikat gäller avvikelser noterade i andra verksamheter dock hela kommunen. De kommungemensamma kvalitets- och miljönätverken ansvarar för att besvara avvikelserna med en förklaring till orsak samt beskrivning av omedelbar och långsiktig åtgärd.

De avvikelser som bedöms kunna vara aktuella för socialförvaltningen hanteras med åtgärder inom förvaltningen.

Inom socialförvaltningen noterade externrevisorn bland andra dessa positiva iakttagelser:

- Resurser och kompetens för att fortsätta utveckla det systematiskt miljö- och kvalitetsarbetet och därigenom vara ett bra stöd för förvaltningen och de kommungemensamma processerna.
- Ett mycket moget processtänk genomsyrar organisationen.
- Visionshus och tydliga styrande värden som tillsammans med processens styrning upplevs som ett bra stöd i hela organisationen.

- Arbete med betydande miljöaspekt - transporter - samarbete mellan förvaltningarna OMS och SOC.
- Inspelning ledningens genomgång.
- Flera spännande digitaliseringsprojekt på gång.

Externrevisorn identifierade ett litet antal förbättringsförslag för socialförvaltningen:

- Var en aktiv part i att utvärdera förvaltningsövergripande processutvecklingsarbete.
- Utvärderingen är fortsatt ett område där ni behöver lägga mer fokus. Det gäller både effekter av implementerade arbetsätt, implementering av åtgärder och effekter av genomförda utbildningar (centralt stöd bör finnas).

Resultat från externrevisionen redovisas för socialnämnden i januari 2023.

### **Kvalitetsuppföljning i extern verksamhet**

Särskild kvalitetsuppföljning görs av förvaltningen i upphandlad och avtalad verksamhet. Fem av uppföljningarna rör verksamhet inom verksamhetsområde funktionsnedsättning, varav två avser boende och tre daglig verksamhet. Socialförvaltningen har också följt upp avtal med tre idéburna organisationer (IOP idéburet offentligt partnerskap).

Syftet är att följa upp hur utföraren följer överenskommet avtal med målet att säkerställa kvalitet. Inför besöket granskas avtal, verksamhetsberättelse, årsredovisning, tillstånd, handlingsplan och tidigare kvalitetsuppföljning. Resultatet av uppföljningarna redovisas i socialnämnden i februari 2023.

Inga allvarliga kvalitetsbrister har uppmärksammats vid uppföljningarna. Verksamheterna inom funktionshinderområdet rekommenderas dock stärka kompetensen samt bli bättre på att identifiera även mindre risker för missförhållande och därmed använda rutiner för lex Sarah.

### **Ej verkställda beslut**

Socialnämnden redovisar ej verkställda beslut kvartalsvis till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Besluten redovisas även till kommunens revisorer samt kommunfullmäktige. Bestämmelser om detta finns i 28 § f-h lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt 16 kap 6 § f-h socialtjänstlagen (SoL). Beslut som inte har verkställts inom tre månader från datum då beslut togs, samt avbrott i verkställigheten som har varat mer än tre månader, rapporteras.

Förvaltningen har under året vid varje kvartalsredovisning haft ej verkställda beslut att rapportera till IVO. Nivån har dock återgått till samma som innan pandemin. En viss ökning i antal har noterats för varje kvartal 2022. Kvartal tre 2022 rapporterades 108 ärenden. Flest beslut avser daglig verksamhet enligt LSS/sysselsättning SoL. Efter daglig verksamhet/sysselsättning följer i antal; bostad med särskild service

enligt LSS/särskilt boende SoL, kontaktperson enligt SoL/LSS och kontaktfamilj enligt SoL.

Ingen särskild avgift har utdömts av IVO under 2022. Däremot har avgörande skett gällande två ärenden från 2020 och 2021 vilket har resulterat i särskild avgift.

### **Systematiskt brandskyddsarbete**

Det systematiska brandskyddsarbetet är ett strukturerat sätt att jobba med brandskyddsfrågor för att tidigt kunna förebygga olyckor och effektivt kunna begränsa skador till följd av en olycka. Arbetet innebär att riskinventera, planera, utbilda, dokumentera, öva, kontrollera och följa upp brandskyddsarbetet i en organisation. Andel genomförda brandskyddskontroller inom socialförvaltningen låg 2022 på i snitt 90 procent under årets tre första kvartal och på ca 70 procent sista kvartalet. Under hösten gjordes en riktad insats till enhetschefer i alla verksamhetsområden med mål att stödja brandsäkerhetsarbetet. Detta kommer fortsätta under 2023 men med större fokus på brandskyddskontrollanternas ute i verksamheterna.

Endast 25 procent av verksamheterna har uppgett att de genomfört utrymningsövningar under 2022. Anledning till det kan vara att grupper ej velat samlas under restriktionerna med risk för ökad smittspridning samt att flera påtalar svårigheter att genomföra "skarpa övningar" med boende. En utrymningsövning kan dock utföras på olika sätt. Det finns inget lagkrav att boende ska vara med vid en övning. Den kan utföras som en praktisk övning, men också som en personalgenomgång av de rutiner som finns för personalens agerande vid utrymning. Arbetet med plan för utrymning kommer vara en prioriterad uppgift i socialförvaltningens systematiska brandskyddsarbete under 2023.

### **Stärka analys, lärande och utveckling genom utredning av avvikelser**

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

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska socialnämnden ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Efter att en rapporterad händelse har utretts och bedömts som en avvikelse identifieras bakomliggande orsak som en grund för val av åtgärd.

Klagomål och synpunkter kan framföras av alla intressenter med syfte att den som bedriver verksamhet ska kunna få en bred återkoppling på hur verksamheten bedrivs och få kännedom om ifall verksamheten avviker från krav och mål som gäller för verksamheten. Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet ska bli synliga. Avvikelser inom hälso- och sjukvård redovisas i separat patientsäkerhetsberättelse.

Socialförvaltningen har under 2022 blivit lite bättre på att få till stånd ett gemensamt lärande och utbyte mellan processer och verksamheter inom förvaltningen.

Verksamhetsområdena har utvecklat sina analyser och börjat sammanställa dessa på ett mer strukturerat sätt. Dessa ger vid handen att det finns brister i riskbaserat arbetssätt, vilka föranlett brister i verksamheten. Förbättringsåtgärder som kompetenshöjande insatser, större medvetenhet samt strukturstöd att göra riskanalyser på individnivå i befintligt verksamhetssystem har haft god effekt.

Ett gemensamt lärande har också kommit till stånd genom avvikelserapportering gällande hantering av våld i nära relation. Med stöd av processen "Att möjliggöra nära relationer fria från våld" har en lärande dialog kring alla medarbetares gemensamma ansvar för hur vi ska reagera och agera kunnat ske.

### **lex Sarah**

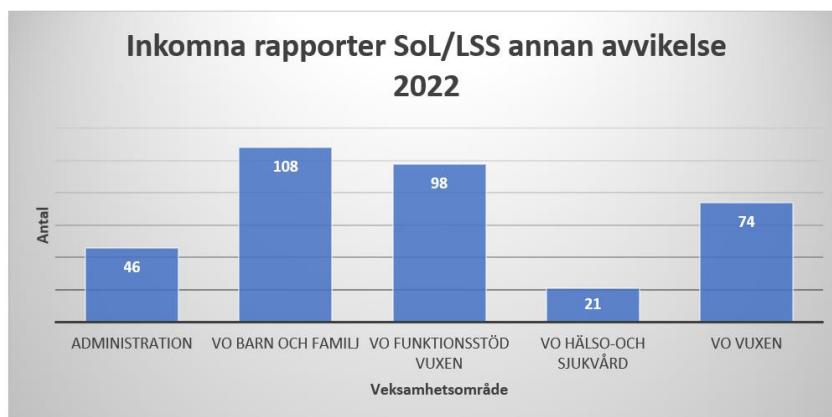
Mellan januari och december 2022 har 23 händelser rapporterats. Det är tio rapporter färre än 2021 då 33 rapporteringar gjordes. Nio händelser är bedömda som allvarliga och har således anmälts till Inspektionen för vård och omsorg. Det är tre fler än förra året.

<b>lex Sarah januari till december 2022</b>	
Antal rapporter totalt under perioden:	23
Varav pågående:	6
Anmällda till IVO:	9

Kunskapen om skyldigheten att rapportera missförhållande och risk för missförhållanden ska hela tiden hållas aktuell. Enhetschef ska därför enligt rutin informera medarbetare minst en gång per år på t.ex. arbetsplatsträff. För att underlätta detta arbete finns en webintroduktion till lex Sarah som ligger i den digitala verksamhetshandboken samt intranätet. Det finns också en lex Sarahgrupp bestående av verksamhetsutvecklare för att kvalitetssäkra och utveckla arbetet med lex Sarahutredningar.

### **Annan avvikelse**

Under året har förvaltningen rapporterat 347 andra händelser (jämfört med 327 under 2021). Den enda påtagliga förändringen i rapporteringsmönster jämfört med föregående år är att verksamhetsområde Barn och familj har ökat sin rapportering av händelser.



Av de rapporterade händelserna är ca 85 procent sådana som vi själva noterat. Övriga 15 procent har påtalats från externt håll. Av de händelser som är färdigutredda är det ca 20 procent som inte bedöms vara en avvikelse.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR KOMMANDE ÅR

Socialnämnden har konstaterat att en hållbar och ändamålsenlig socialtjänst som möter framtidens utmaningar förutsätter att kommunen i sin helhet samverkar. En socialtjänst som tillsammans med andra förvaltningar, civilsamhället och övriga aktuella samhällsaktörer tar ett gemensamt ansvar, ökar förutsättningarna att tidigare nå och komma närmare de socialtjänsten finns till för. Tillsammans med nya arbetssätt, digitalisering och större användning av välfärdsteknik behöver detta leda till att resurserna används långsiktigt effektivt och därmed räcker till fler.

De tre centrala, övergripande och prioriterade utvecklingsområdena för socialnämnden är därför en nära och hållbar socialtjänst som är kunskapsstyrd och som utnyttjar digitaliseringens möjligheter.



Förvaltningsledningen har analyserat vad som påverkar de långsiktiga utvecklingsområdena i rätt riktning för att prioritera vad socialförvaltningen behöver

fokusera under 2023. Analysen ledde fram till att fyra gemensamma utvecklingsområden för förvaltningens nedbrutna huvudprocesser identifierades.



Varje nedbruten huvudprocess har dessutom identifierat vilka områden som, i tillägg till de gemensamma, prioriterat behöver utvecklas under nästkommande år. Dessa återfinns i verksamhetsplan för 2023.

Utöver detta fokuseras särskilt en stärkt kunskapsstyrning och effektiva stödprocesser under 2023.



# Uppföljning av intern kontroll 2022

*Fas: Intern kontroll 2022 - Uppföljning Rapportperiod: 2022-12-31 Organisation: Socialnämnd*

LEDNINGSPROCESSER

## Fastställa mål och fördela resurser

- Ta fram statistik
- Ta fram budget och följa upp den
- Hantera mål och uppdrag
- Ta fram underlag genom omvärldsbevakning

### Risk för brister vid framtagande av statistik

Det finns risk att tillförlitliga statistiska uppgifter inte tas fram vilket kan få konsekvenser för verksamheten. Kan bli leda till felaktigheter i beslutsunderlag

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Camilla Freedeke	3	1	3

### Risk för brister vid framtagande av budget och uppföljning

Det finns risk att budget inte tas fram och/eller följs upp på ett korrekt sätt. Socialförvaltningen har identifierat 9 huvudprocesser och det är viktigt att alla inblandade följer den upprättade budgetprocessen.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Risk i finansiell rapportering	Camilla Freedeke	6	2	3

### Risk för brister vid hantering av mål och uppdrag

Det finns risk för att målarbetet inte följer fastställd process.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Camilla Freedeke	3	1	3

### Risk för brister i omvärldsbevakning

Det finns risk för bristande omvärldsbevakning samt felbedömning av olika omvärldsfaktorer.



[Skriv här]

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Omvärldsrisk	Camilla Freedeke	3	1	3

### LEDNINGSPROCESSER

## Organisera, leda och följa upp verksamheten



- Följa upp verksamheten
- Stödja, styra, samordna genom verksamhetsledningssystem
- Leda och fördela arbetet
- Bevaka och informera om lagar och förordningar

### Risk för ineffektiv och kostsam administration

Kommungemensamma stödprocesser är inte kartlagda eller designade efter intressenters krav, önskemål eller behov. Det medför risker inom såväl legalt som ekonomiskt område.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Kristina Appert	9	3	3

### KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Fortsätta kartläggningen inom socialförvaltningen	Socialförvaltningen fortsätter att kartlägga resterande identifierade stödprocesser.		

#### Kommentar:

Resultat: Kartläggningen av förvaltningens stödprocesser men även vissa uppdrag (exvis anhörigstöd) har fortsatt under året. Införande av nya digitala arbetssätt har färdigställts under året och kompletterats med nyttokalkylsberäkning vilket medför bättre koll på kostnadseffektivitet. Kartläggningen av stödprocesserna inom teknik och fastighet som är gemensamma med omsorgsförvaltningen har fortsatt under året.  
Åtgärder: Socialförvaltningens arbete med att kartlägga stödprocesser fortsätter. Arbetet med att kartlägga de kommunövergripande processerna väntas komma igång under 2023.

### HUVUDPROCESSER

## Allmänt främja Kalmars näringsliv

- Lotsa företagare i den kommunala organisationen
- Genomföra företagsbesök
- Erbjuda ändamålsenliga lokaler för det lokala näringslivet
- Genomföra starta-eget kurser
- Hantera etableringsfrågor

### HUVUDPROCESSER

[Skriv här]

## Bedriva samhällsskydd och säkerhetsarbete

- Planera åtgärder inför extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap
- Tillhandahålla räddningstjänst
- Arbeta med frågor inom förebyggande brandskydd

Risk för att vi inte följer handlingsplan vid värmebölja och höga temperaturer

Höga temperaturer medför risk för brukares/klienters hälsa i socialförvaltningens olika boendeformer. Viktigt att upprättad handlingsplan efterföljs.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Camilla Freedeke	8	2	4

### KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Handlingsplan för höga temperaturer	Kontrollera att handlingsplan efterföljs	✓	●

#### Kommentar:

Handlingsplan för höga temperaturer har fastställts och åtgärder har vidtagits enligt plan.

### HUVUDPROCESSER

## Bidra till individers utveckling och lärande

- Leda och stödja barns utveckling och lärande i förskola och pedagogisk omsorg
- Leda och stödja elevers utveckling och lärande i förskoleklass, fritidshem, grundskola och grundsärskola
- Anordna gymnasial vuxenutbildning
- Bedriva och utveckla gymnasial utbildning
- Bedriva och utveckla kommunal vuxenutbildning

### HUVUDPROCESSER

## Främja ett rikt kultur- och fritidsliv

- Erbjuder kulturaktiviteter
- Erbjuder undervisning
- Svara för informationsförsörjning
- Stödja föreningslivet
- Sköta inom- och utomhusanläggningar för idrott och friluftsliv

[Skriv här]

## HUVUDPROCESSER

# Förvalta och utveckla det fysiska samhället

- Prioritera och samordna fysisk planering
- Handlägga lantmäteriåfrågor
- Planera trafikmiljön
- Handlägga lov enligt PBL
- Producera och hantera geografisk information
- Planera för infrastruktur/kommunikationer
- Planera mark till bostäder och verksamhet
- Sälja anläggningstillgångar
- Förvalta och utveckla allmän platsmark
- Förvalta och utveckla kommunal mark
- Hantera bidrag till enskilda vägar
- Hantera markreservationer
- Handlägga parkeringstillstånd och tillfälliga markupplåtelse
- Genomföra exploatering och investeringar
- Bedriva tillsyn enligt PBL
- Handlägga anmälan enligt PBL

## HUVUDPROCESSER

# Svara för vård, omsorg och sociala tjänster

- Hantera invandrar- och flyktingåfrågor
- Lindra effekter av arbetslöshet
- Ansvara för stöd, omsorg och vård till äldre och till personer under 65 år med mindre omfattande funktionsnedsättningar
- Ansvara för individ- och familjeomsorg och omsorg om personer med funktionsnedsättning
- Tillhandahålla olycksfallsförsäkring

Identifiering av risker inom socialförvaltningens huvudprocesser.

Risker i socialförvaltningens huvudprocesser och nedbrutna processer identifieras och följs upp systematiskt i respektive process samt i verksamhetsplanens måldel.

[Skriv här]

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Camilla Freedeke	3	1	3

#### Kommentar:

Kommentar:

*HUVUDPROCESSER*

## Värna om miljö och hälsa

- Bidra till säker livsmedelshantering
- Erbjud energirådgivning
- Hantera frågor om naturvård
- Hantera avfall
- Ta emot felanmälan
- Bidra till bättre livsmiljö för människor, djur och natur
- Hantera strandskyddsdispens

*STÖDPROCESSER*

## Hantera ekonomi

- Hantera redovisning och övrig ekonomiadministration
- Hantera finansförvaltning
- Handlägga finansieringsfrågor
- Arbeta med dagliga ekonomiprocesser
- Arbeta med fastighetstaxering

### Risk för brister i hantering av kontanter eller motsvarande stöldbegärliga värdeföremål

Det finns risk att kontanter eller andra stöldbegärliga föremål inte hanteras enligt gällande rutiner och riktlinjer. När det gäller kontanter finns det också risk för att handkassor redovisas i fel period och momsens därmed blir felaktig. Det finns också risk att förteckningen över handkassorna eller andra stöldbegärliga föremål inte är aktuell och handkassorna/föremålen därmed försvinner.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Risk i finansiell rapportering	Kristina Appert	6	2	3

### Kontroll av statsbidrag

Risk finns att socialförvaltningen missar att söka statsbidrag för sin verksamhet. Det kan leda till förlorade intäkter.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Risk i finansiell rapportering	Camilla Freedeke	6	2	3

### Risk för brister i hantering av attest

[Skriv här]

Det finns risk för att attest sker i strid mot reglementet för verifikationer avseende jävs- och integritetsreglerna. Det finns även risk för att utbetalningar atteras av fel attestant på grund av att attestförteckningar inte är uppdaterade och kommunicerade med systemförvaltarna för ekonomi- och verksamhetssystem

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Risk i finansiell rapportering	Kristina Appert	9	3	3

#### KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Attestförteckning	Granska att attestförteckningen är uppdaterad av nämnd samt att attestförteckningen kommit systemförvaltare av utbetalande system tillhanda.	✓	●

**Kommentar:**

Resultat: Attestförteckning har uppdaterats 18 gånger under året dvs när det skett förändringar av beslutsattestanter

#### Risk för brister i hantering av leverantörsfakturor

Det finns risk att kostnader inte redovisas enligt gällande kodplan, att representation, kurser, och resor inte har korrekt dokumentation avseende syfte, deltagande och program.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Risk i finansiell rapportering	Kristina Appert	12	4	3

#### KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Förfallna fakturor	Kontrollera att det inte finns några förfallna fakturor vid månadsbryt.	✓	○

**Kommentar:**

Resultat: Kontroll har skett månadsvis och flertalet av de fakturor som varit på väg att förfalla har haft anteckning om att åtgärd vidtagits. Om det inte funnits någon anteckning har berörd beslutsattestant kontaktats. Bokförda kostnader för påminnelseavgifter har dock ökat något jämfört med 2021.

Åtgärd: Information till beslutsattestanter ang vikten av att betala fakturor i tid. Detta ska ingå som ett moment i samband med budgetuppföljning.

Kontroll av leverantörsfakturor i Procapita	Kontroll av leverantörsfakturor som hanteras i procapita, bl a om leverantör har F-skattsedel, har rätt attestant samt att fakturor innehåller	▶	●
---	--	---	---

[Skriv här]

	andra lagmässiga krav som finns på en utställd faktura.		
--	---	--	--

**Kommentar:**

Kontroll har utförts enligt instruktion och inga avvikelser har hittats.

Representation, kurser och resor	Granska att syfte, deltagare och program är angivet på underlaget till fakturorna enligt gällande regelverk.	✓	🚫
----------------------------------	--	---	---

**Kommentar:**

Resultat: Stickprovskontroller har skett enligt instruktion. Andelen korrekt administrerade fakturor ligger på en ej acceptabel nivå. Det som brister är att det saknas uppgifter om deltagare vid utbildningar och representation.

I Proceedo är inte anteckning tvingande för konto representation och kursavgifter, vilket är en förklaring till att uppgifter saknas på fakturorna.

Åtgärd: Ekonom har mejlat enhetschefer som har kompletterat fakturorna med deltagare och syfte där det saknats. Lathund har skickats till beslutsattestanter för att säkerställa att alla vet hur man gör när man lägger till en anteckning eller bifogar ett underlag till fakturor. Önskemål har framförts till systemförvaltare om att anteckning ska vara tvingande i proceedo, på samma sätt som det var tidigare.

Firmatecknare	Kontrollera att underskrift av årets avtal/kontrakt eller liknande dokument är underskrivna av korrekt firmatecknare för socialnämnden.	✓	●
---------------	---	---	---

**Kommentar:**

Resultat: Utav de 99 avtal som upprättades under 2022 har 20 granskats. Samtliga var undertecknade av rätt firmatecknare.

### Risk för brister i redovisningen

Det finns risk för felkonteringar gällande periodisering, motparter, kontoslag, drift och investeringskostnader vid ombokningar av verifikationer. Det finns också risk för brister i rättelser som inte kan härledas.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Risk i finansiell rapportering	Kristina Appert	6	2	3

### Risk för brister i hantering av kundfakturering

Det finns risk att fakturering inte sker i rätt tid eller inte alls. Risk finns att försystemen inte har uppdaterade register avseende kunder och beslutade taxor eller avtal.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Risk i finansiell rapportering	Kristina Appert	6	2	3

### Risk för brister i hanteringen av mervärdesskatt

Det finns risk att kommunens hantering och redovisning av mervärdesskatt är felaktig. Momslagstiftningen är komplicerad vilket ökar risken för fel.

[Skriv här]





Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Risk i finansiell rapportering	Kristina Appert	6	2	3

#### Risk för brister i hantering av kontanter eller motsvarande stödbegärliga värdeföremål

Det finns risk att kontanter eller andra stödbegärliga föremål inte hanteras enligt gällande rutiner och riktlinjer. Det finns också risk att förteckningen över handkassorna eller andra stödbegärliga föremål inte är aktuell och handkassorna/föremålen därmed försvinner.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Risk i finansiell rapportering	Kristina Appert	8	2	4

#### KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontrollmoment			
Kontroll av handkassor	Kassakontroll av handkassor. Kontroll av ansvarig för handkassan och kontroll av utbetalningsadress.		

#### Kommentar:

Resultat: Kontroll av handkassor och innehavare har skett under året. De handkassor som inte används har avslutats. Fortfarande måste handkassor finnas i vissa verksamheter där andra befintliga betalsätt inte kan användas. Gäller exvis vid betalning av en del aktiviteter med brukare. Behövs även för att lösa in parkeringsavgifter.

Åtgärd: Fortsatt dialog förs med Kommunledningskontoret för att hitta bättre betalsätt så att samtliga handkassor ska kunna avslutas.

#### STÖDPROCESSER

## Hantera ärenden och dokument

- Hantera post
- Hantera arkiv och bevarandefrågor
- Hantera skrivelser och frågor från kunder/medborgare
- Hantera uppdrag och projekt från nämnd/styrelse och kommunfullmäktige

#### Risk för att diarietäring och gallring inte sker enligt gällande lagstiftning

Risk för att diarietäring inte sker enligt gällande lagstiftning eftersom det är många tjänstepersoner som är mottagare och avsändare av inkommande och utgående post.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Legal risk	Kristina Appert	6	2	3



#### Risk för felaktig hantering av inkommande ärenden och dokument

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Legal risk	Kristina Appert	9	3	3

#### KONTROLLMOMENT



[Skriv här]

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontroll av inkommande domar	Genomgång och uppdatering av rutinen så att ansvarsfördelningen förtydligas.		

**Kommentar:**

Resultat: Under året har expediering av domar till handläggare försenats vid några tillfällen. Detta har rapporterats i avvikelssystemet. Anledningen till förseningarna beror på den mänskliga faktorn. För att säkerställa att detta inte upprepas har justeringar gjorts i den rutin som finns för hantering av inkommande handlingar. Konsekvenserna av de brister som förekommit har inte lett till konsekvenser för någon klient eller brukare.

Åtgärd: Rutinen har justerats och arbetats om för att säkerställa att expediering sker på korrekt sätt.

## STÖDPROCESSER

# Informera och kommunicera



- Välja hur vi ska informera
- Publicera och samordna Kalmar.se
- Hantera presskontakter
- Producera trycksaker

### Risk för att informationen inte når fram eller inte tas emot

Risk för att informationen inte når fram eller inte tas emot eftersom informationsflödet är högt och informationskanalerna många.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Kristina Appert	9	3	3

## KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Tillämpa stödprocessen	Stödprocessen "Informera effektivt och välriktat" har kartlagts. Kontroll sker ifall kommunikation och information sker enligt processen.		

**Kommentar:**

Resultat: Stödprocessen fastställdes 2021 och har används under hela 2022. Under året har inkommit tre klagomål från klienter/brukare som handlar om att information från handläggare eller insatspersonal inte varit tillräcklig.

Åtgärd: Varje klagomål hanteras enligt fastställt rutin. Åtgärder har vidtagits och återkoppling har gjorts till berörda klienter/brukare. Översyn har skett i arbetssätten för att förhindra att felen ska uppstå igen

### Risk för att information är felaktig

Det finns risk för att informationen är felaktig, inte uppdaterad, bristfällig eller kan misstolkas. Kommunen hanterar och tar emot mycket information vilket medför en risk för

[Skriv här]

felaktigheter. Det finns också flera informationskanaler in och ut vilket gör det svårare att få kontroll över hela informationsflödet.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Kristina Appert	6	2	3

## STÖDPROCESSER

# Leverera IT-stöd

- Bistå med IT-stöd
- Införa och hantera drift av IT-system
- Förändra IT-miljön
- Leverera ny dator-arbetsplats

### Risk för att IT-system inte stödjer verksamheten

Risk för att IT-system inte stödjer användarna och därmed verksamheten. Detta kan innebära att arbetsuppgifter inte kan utföras på ett optimalt sätt tex att användare inte hittar information som han/hon söker

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
IT-risk	Kristina Appert	3	1	3

### Risk för att det finns oklarheter i befogenheter och ansvar gällande IT-system

Risk för oklarheter i befogenheter och ansvar gällande IT-system. Systemförvaltning av IT-system ligger i vissa fall ute på enheterna som använder/har köpt in systemen. Oklarheter kan då uppstå om vilka befogenheter systemförvaltaren respektive kommunens IT-avdelning har och vem som är ansvarig för vad.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
IT-risk	Kristina Appert	6	2	3

### Risk för att system köps ute i verksamheter urtan IT:s kännedom

System för samma hantering kan finnas i flera av kommunens verksamheter vilket innebär en onödig kostnad. Informationssäkerhet, drift och underhåll av systemet beaktas ej vid införskaffandet

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
IT-risk	Kristina Appert	2	1	2

### Risk för felaktiga behörigheter i system



Felaktig behörighet i IT-system riskerar att leda till sekretessbrott och personuppgiftsincidenter samt andra överträdelser av befogenheter.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
IT-risk	Kristina Appert	9	3	3

## KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontrollmoment			<input type="radio"/>

[Skriv här]

Kontroll av behörigheter	Varje system kontrolleras enligt kommungemensam informationssäkerhetspolicy. Riktlinje upprättas för behörighetstilldelning i våra verksamhetssystem efterföljs.		
--------------------------	--	---	---

**Kommentar:**

Resultat: Under året har riktlinje för behörighetstilldelning fastställts av socialnämnden. Systemförvaltarna för våra verksamhetssystem har gått igenom och säkerställt behörigheterna efter riktlinjen. Systemförvaltare för lifecare vård och omsorg har även gått igenom behörigheter med resp chef. Genomgång har skett av de system som är registrerade i Draftit enligt riktlinjen ang informationssäkerhetspolicy.

Åtgärd: Det finns risk för att gammal behörighet i verksamhetssystem inte avslutas för personal som byter arbetsplats inom kommunen. Här förs dialog med IT-enheten för att hitta lösningar för att minska risken.

*STÖDPROCESSER*

## Rekrytera, utveckla och avveckla personal

- Rekrytera personal
- Genomföra löneöversyn
- Genomföra förhandlingar
- Arbeta med kompetensutveckling
- Arbeta med personaladministration
- Stödja utvecklingen av en attraktiv och frisk arbetsplats
- Administrera lokal och central samverkansgrupp
- Genomföra tvisteförhandlingar
- Genomföra intresseförhandlingar
- Handlägga pensionsfrågor
- Hantera och utbetala lön
- Arbeta med systematiskt arbetsmiljöarbete
- Handlägga arbetsgivarens rehabiliteringsansvar
- Arbeta med vårt inre miljöarbete

**Risk för att kommunen inte kan säkerställa personalförsörjning med rätt kompetens**

Det finns risk att kommunen inte kan rekrytera personal eller behålla personal med rätt kompetens. Flera yrkesgrupper inom välfärdssektorn är bristyrken och befolkningen i arbetsför ålder minskar i relation till barn och äldre. Kommunen måste vara en attraktiv arbetsgivare samt arbeta för att kommunens verksamheter är i ständig förändring för att kunna möta nya lagstadgade krav. Kompetensutveckling av personalen ska ske i den utsträckning som behövs för att klara yrkesrollen nu och i framtiden

[Skriv här]

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Kristina Appert	6	2	3

#### Risk för brister i hantering av lön

Personalkostnader utgör den andelsmässigt största delen av kommunens kostnader, cirka 80%. Processer från anställning till utbetald lön innefattar flera steg beroende av den mänskliga faktorn. I de fall processerna inte följs eller blivit föråldrade kan detta generera fel vid löneutbetalningar eller få stor påverkan för den anställda eller arbetsgivaren. Det finns risk att frånvaro såsom sjukfrånvaro, semester och föräldraledighet inte rapporteras som det ska. Det finns också risk att redovisningen av lönen blir fel.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
	Kristina Appert	9	3	3

#### KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontroll av utbetalningar	Kontroll av att utbetalning sker till rätt personer	✓	●

#### Kommentar:

Resultat: Kontroll har skett dels av ekonomer men även av chefer i samband med månadsuppföljningar. Inga felaktiga utbetalningar har hittats. Felaktiga konteringar har hittats och dessa uppstår framför allt vid omorganisationer eller då personal byter arbetsplats.

Åtgärder: Rättningar av felaktiga konteringar sker kontinuerligt

#### STÖDPROCESSER

## Stödja och utveckla den demokratiska processen

- Administrera nämndens/styrelsens verksamhet
- Hantera motioner
- Hantera medborgarförslag
- Genomföra allmänna val
- Genomföra medborgardialoger
- Hantera interpellationer och frågor

#### Risk för att lagar och rutiner inte följs i den demokratiska processen

Det finns risk för att lagar och rutiner inte följs i den demokratiska processen. Kommunen har rutiner som ska följas för att administrera nämnder och styrelsers verksamhet samt att det finns lagar att följa. Om dessa inte är kända eller inte följs i verksamheten finns risk för att fel görs. Risk finns att protokollen utformas på ett otydligt sätt och att tveksamheter uppstår om vad som har beslutats

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Legal risk	Kristina Appert	6	2	3

#### Risk för att delegationsbeslut inte rapporteras

[Skriv här]

Det finns risk för att delegationsbeslut inte återrapporteras enligt antagen delegationsordning

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Legal risk	Kristina Appert	4	2	2

STÖDPROCESSER

## Tillhandahålla lokaler

- Beställa installation och funktion för telefoni och data
- Lösa verksamhetens behov av lokaler
- Arbeta med larm/styr och övervakning av fastigheter
- Genomföra uppdrag kring nybyggnation
- Överlämna entreprenad till fastighetservice
- Hantera uppdrag på fastighetservice
- Hyra ut lediga lokaler externt
- Hantera felanmälan
- Arbeta med energieffektivisering
- Planera underhåll av fastigheter

### Risk för irrationell hantering av lokaler

Det finns risk för att samordningsvinsterna uteblir och hanteringen av lokaler inte blir optimal då lokalhantering sker av andra än fastighetsförvaltarna.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Risk i finansiell rapportering	Kristina Appert	6	2	3

STÖDPROCESSER

## Tillhandahålla varor och tjänster

- Tillhandahålla vaktmästeritjänster
- Tillhandahålla telefonistjänster
- Upphandla telefoner och datorer
- Förvalta IT-system
- Lösa ärenden till helpdesk
- Hantera förändringar av IT-infrastrukturen
- Lösa verksamhetens behov av lokaler
- Hantera våra försäkringar
- Arbeta med inköp och upphandling
- Arbeta med skal- och personskydd

[Skriv här]


- Hantera kundbeställningar, leveranser och förråd
- Anskaffa material från leverantörer
- Planera och utföra städuppdrag
- Utföra transporter
- Underhålla, reparera och besiktiga fordon
- Köpa/leasa fordon och motorredskap
- Planera och leverera kostverksamhet

#### Risk för att inköp inte sker enligt avtal

Det finns risk för att inköp inte sker enligt de ramavtal som kommunen tecknat. Det finns brister i det systemstöd som används för att samla alla tecknade avtal. Beställningsportalen Proceedo har ännu inte införts i alla kommunens verksamheter då det finns vissa brister som ännu inte har åtgärdats.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Legal risk	Kristina Appert	9	3	3

#### KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontroll av fakturor mot avtal	Avtalsdatabas skickas till Inyett. Kontroll av fakturor mot avtal		

#### Kommentar:

Resultat: Det har inte skett någon total kontroll ang avtalstrohet under året. Det saknas ett bra system för denna typ av uppföljning. Beställningsportalen i Proceedo skulle ha införts under hösten 2022 men har försenats. Det är serviceförvaltningen som håller i införandet. Beställningsportalen är ett verktyg för samtliga beställare att göra inköp hos rätt leverantör. Samtliga chefer har fått utbildning i fakturahanteringsdelen i Proceedo. Vid dessa tillfällen har även information lämnats om inköpsprocessen.

Kontroll har gjorts av samtliga inköp som skett via betalkort under april månad. Av totalt 112 inköp är 8 gjorda hos leverantörer där avtal finns. Dessa leverantörer skulle därmed fakturerats i stället. Inköpen uppgår till sammanlagt 2 tkr.

Åtgärd: Införande av beställningsportalen i Proceedo kommer att förbättra möjligheterna att följa inköpsprocessen

#### Risk för mutor, jäv och ogentligheter



Kalmar kommun har antagit riktlinjer mot mutor och jäv samt tillhörande handlingsplan som en del i ett aktivt förebyggande arbete. Det finns risk för att dessa inte följs. För att ytterligare förebygga ogentligheter ska varje nämnd bedöma risken för mutor, jäv och ogentligheter inom sin verksamhet. Ett aktivt, förebyggande arbete mot korruption i kommunal verksamhet skyddar medborgarna mot slöseri och ineffektivitet. Medborgarnas förtroende för kommunen fordrar att de anställda och förtroendevalda inte påverkas av ovidkommande önskemål, mutbrott, favorisering av en enskild leverantör eller ovidkommande hänsyn i tjänsteutövningen.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Legal risk	Kristina Appert	9	3	3

#### KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
-------	-------------	--------	-----------

[Skriv här]

Årlig genomgång av riktlinje	Påminnelse till alla chefer om årlig genomgång av riktlinjen.		
------------------------------	---	---	---

**Kommentar:**

Resultat: Någon allmän påminnelse om riktlinjen har inte gjorts till enhetscheferna under året. Däremot har alkoholhandläggarna fått genomgång eftersom risken att utsättas för mutor och jäv inom den verksamheten bedöms som stor.



Åtgärd: Riktlinjen lyfts vid ett tillfälle i samband med "ledningens genomgång" under 2023 så att alla enhetschefer sprider informationen till sina verksamheter

**Risk att direktupphandling inte sker**

Det finns risk för att direktupphandling inte görs enligt gällande lagkrav. Lagens krav är inte kända hos alla som gör inköp. Det finns också risk att de direktupphandlingar som görs inte redovisas till upphandlingsenheten.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Legal risk	Kristina Appert	9	3	3

**KONTROLLMOMENT**

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontroll om direktupphandling har skett	Leverantörsfakturor kontrolleras för att se om rutin för direktupphandling har följts.		

**Kommentar:**

Resultat: Kontroll i form av stickprov har skett under året. Samtliga kontrollerade avtal har hanterats enligt rutin för direktupphandling

Handläggare  
Johnny Lesseur  
0480-450000

## TJÄNSTESKRIVELSE

Datum  
2023-02-03

Ärendebeteckning  
SN 2022/0288.11.01

Socialnämnden

## Ej verkställda beslut 4:e kvartalet 2022

### Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att godkänna informationen avseende ej verkställda beslut för 4:e kvartalet 2022 och överlämna denna till kommunfullmäktige. Sammanställningen skickas även till kommunrevisorerna.

### Bakgrund

Socialnämnden ska kvartalsvis redovisa ej verkställda beslut till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Besluten ska även redovisas till kommunens revisorer samt rapporteras till kommunfullmäktige. Bestämmelser om detta finns i 28 § f-h lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt 16 kap 6 § f-h socialtjänstlagen (SoL). Beslut som inte har verkställts inom tre månader från datum då beslut togs samt avbrott i verkställigheten, som har varat mer än tre månader, rapporteras.

I bilaga 1 finns en summerad sammanställning av de beslut som rapporterats till IVO för 4:e kvartalet 2022 (beslutade/avbrutna under 3:e kvartalet 2022 eller tidigare). Redovisningen avser nya ärenden under 4:e kvartalet (som ska återrapporteras samt under perioden verkställda), återrapporerade ärenden (som ska återrapporteras samt under perioden verkställda) samt ärenden som tidigare har rapporterats som ej verkställda men som under 4:e kvartalet har avslutats av annan anledning än på grund av verkställighet. Dessutom ingår fyra diagram, som visar utvecklingen av ej verkställda beslut över tid.

I bilaga 2 lämnas en preciserad redovisning gällande ej verkställda beslut om bostad med särskild service enligt LSS/boende enligt SoL.

Det totala antalet rapporterade ärenden för 4:e kvartalet 2022 uppgick till 98 – en minskning med 10 ärenden jämfört med 3:e kvartalet. Antalet nyrapporterade ärenden uppgick till 23, vilket är en liten nedgång, jämfört med förra rapporteringstillfället (25). Detta kvartal bröts därmed trenden av ökning, som hade registrerats från de tre föregående rapporteringstillfällena. Antalet återrapporeringar minskade också (från 68 st föregående kvartal), till 62 st.





Även antalet rapporterade verkställda beslut minskade, från 19 st under kvartal 3, till 13 st under 4:e kvartalet. Detta ska inte tolkas alltför negativt, utan främst ses som en effekt av att det totala antalet ej verkställda beslut också minskar. Detsamma får anses gälla för de beslut som avslutades utan verkställighet. Dessa minskade till 12 st, från 15 st under kvartal 3.

Andelen ärenden som har rapporterats ej verkställda eller med avbrutna verkställigheter till följd av smitta/oro för smitta rörande covid-19 fortsätter att minska, från 13 vid förra rapporteringstillfället till 9 för kvartal 4. De kvarvarande covidrelaterade ärendena är sådana som av olika anledningar inte har återvänt till beviljad insats, efter att någon gång ha avbrutit till följd av (oro för) covidsmitta. Några nytillkommande covidrelaterade ärenden har inte förekommit vid detta rapporteringstillfälle.

Flest rapporterade beslut totalt avser även denna gång daglig verksamhet enligt LSS/sysselsättning SoL (46). Detta innebär en minskning denna gång, med 5 ärenden jämfört med förra kvartalet.

Efter daglig verksamhet/sysselsättning följer i antal kontaktperson enligt SoL/LSS (27; en ökning med 3 sedan föregående rapporteringstillfälle), bostad med särskild service enligt LSS/särskilt boende SoL (21; en minskning med 4) och kontaktfamilj enligt SoL (3; en minskning med 1).

Johnny Lesseur  
Förvaltningssekreterare

Camilla Freedeke  
Socialchef

Bilagor

Rapportering ej verkställda beslut 4:e kvartalet 2022

Nulägesrapport ej verkställda bostadsbeslut kvartal 4, oktober – december 2022

## Rapportering ej verkställda beslut 4:e kvartalet 2022

Ej verkställda beslut IFO SoL

	Nya 4:e kvartalet	Nya 4:e kvartalet verkställda	Återrapporterade	Verkställda tidigare rapporterade	Avslutade utan verkställighet (*)	Nya och avslutade utan verkställighet (*)
Kontaktfamilj			1	2		
Öppenvård ATV						
Kontaktperson						
Öppenvård familjebehandling						

S:a kvarstående ej verkställda till nästa kvartal
1
0
0
0

Ej verkställda beslut OF SoL

	Nya 4:e kvartalet	Nya 4:e kvartalet verkställda	Återrapporterade	Verkställda tidigare rapporterade	Avslutade utan verkställighet (*)	Nya och avslutade utan verkställighet (*)
Kontaktperson	2			1		
Sysselsättning	1			3	3	
Boende				3		1
Boendestöd	1					

S:a kvarstående ej verkställda till nästa kvartal
3
4
3
1

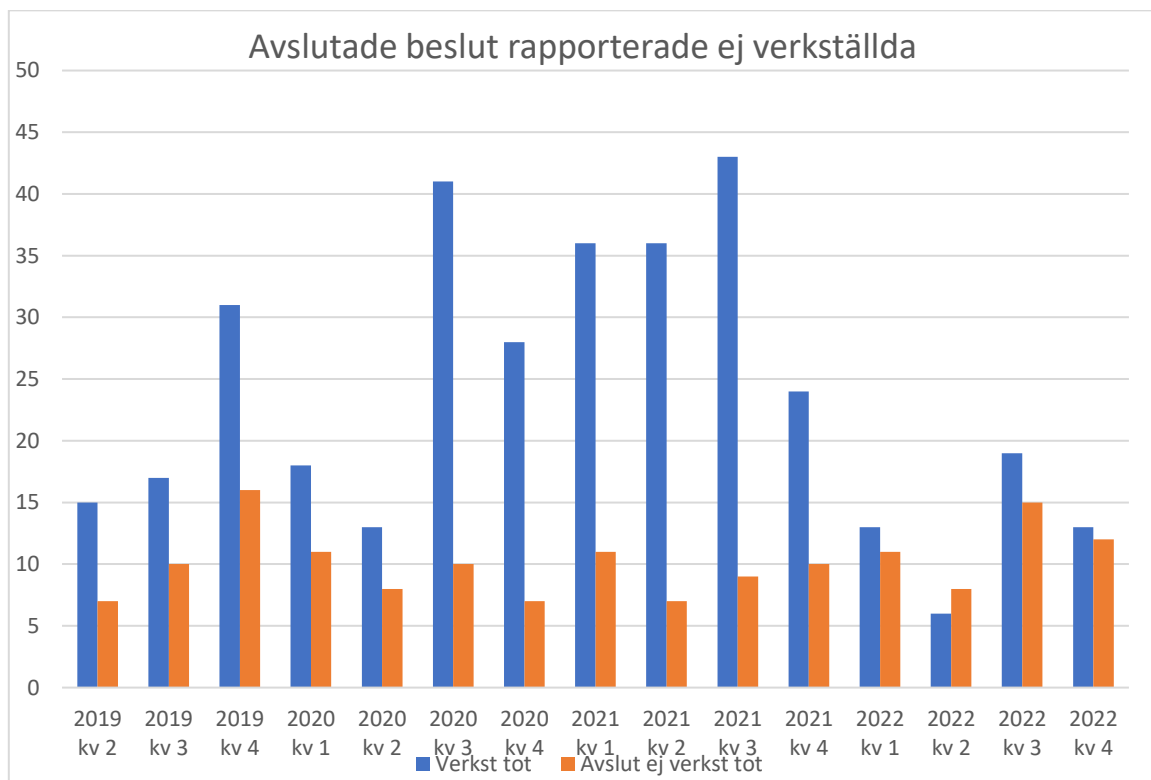
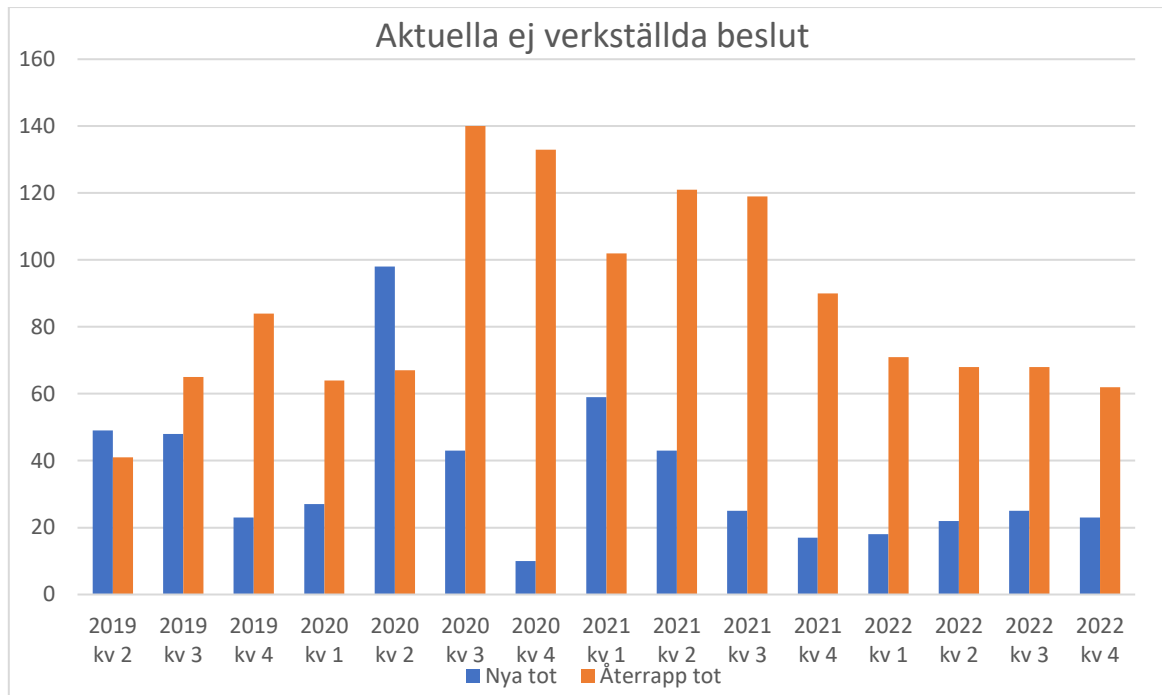
Ej verkställda beslut LSS

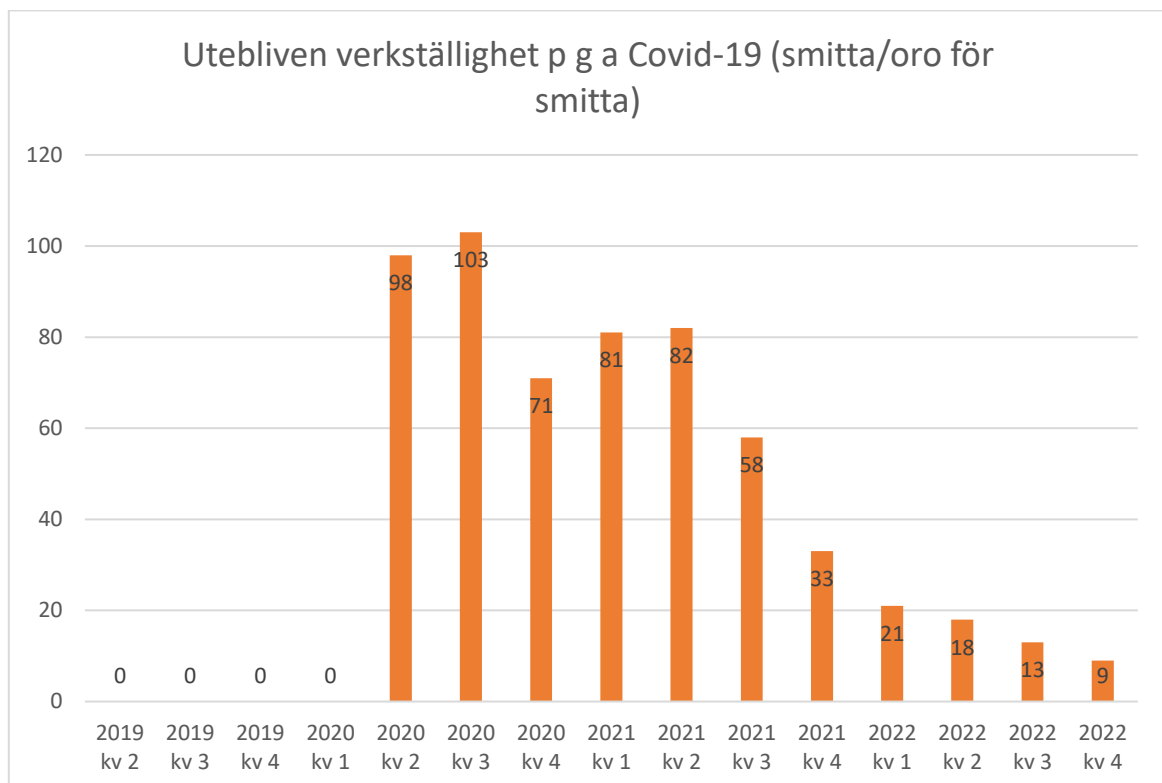
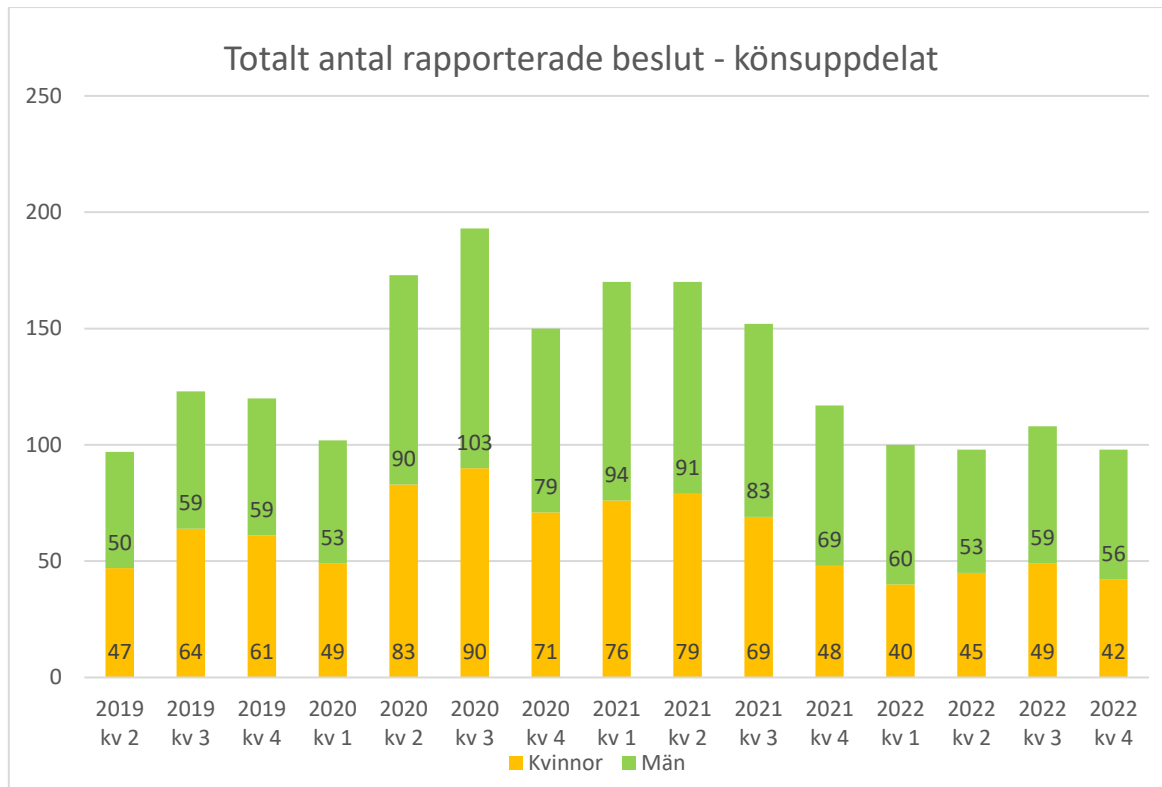
	Nya 4:e kvartalet	Nya 4:e kvartalet verkställda	Återrapporterade	Verkställda tidigare rapporterade	Avslutade utan verkställighet (*)	Nya och avslutade utan verkställighet (*)
Kontaktperson	7			10	5	2
Daglig verksamhet	11	1		18	5	4
Bostad med särskild service	1			14		2
Ledsagning						
Korttidsvistelse						
Avlösarservice						
Personlig assistans						

S:a kvarstående ej verkställda till nästa kvartal
17
29
15
0
0
0
0

<b>Totalt antal rapporterade beslut:</b>	<b>98</b>
Varav kvinnor:	42
Varav män:	56

(\*) Totalt 12 ärenden avslutade utan verkställighet, varav 4 där tidsbegränsat beslut hade omprövats eller löpt ut. 1 ärende avslutades p g a pensionsavgång och 1 ärende till följd av att den enskilde har avlidit. Övriga 6 har tackat nei till eller av sagt sig insatsen.





## Nulägesrapport ej verkställda bostadsbeslut kvartal 4, oktober-december 2022

### Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS

Servicebostad – 9 beslut 3 personer har flyttat in i bostad under kvartal 4. 1 person har tackat nej till erbjudande och valt att avsluta sitt beslut. 1 person har tackat ja till erbjudande. Planering finns för 2 personer. Återstår 2 att erbjuda men i dagsläget finns ingen bostad. 4 av dessa beslut är förhandsbesked från Torsås, Mörbylånga, Högsby och Borgholm.

Gruppboende – 13 beslut 1 person har flyttat in i gruppboende under kvartal 4. 4 personer har tackat ja till erbjudande. Finns en planering för ytterligare 2. 1 person har tackat nej till erbjudande. 1 person har valt att avsluta sitt beslut. För övriga 4 finns ingen bostad att erbjuda i nuläget. 3 av besluten är förhandsbesked från Borgholm, Ronneby och Helsingborg.

### Korttidsboende/Särskilt boende enligt SoL

Korttidsboende – 5 beslut Alla är verkställda. Ingen väntar.

Särskilt boende – 5 beslut 1 person har flyttat in i bostad under kvartal 4. 1 person har tackat nej till erbjudande. 1 person har valt att avsluta sitt beslut. Finns en planering för de återstående 2.

### Kommentar

Det är fortfarande högt tryck med ett fåtal lediga bostäder att erbjuda i gruppboende. Även i servicebostad så minskas nu tillgången av lediga bostäder. Planering finns att starta upp ny LSS-bostad med 6 lägenheter under våren 2023. Särskilt boende är i balans då det finns bostäder att tillgå.

Under 2022 har det totalt verkställts 20 bostadsbeslut (13 LSS och 7 SoL). 16 bostadsbeslut har avslutats (13 LSS och 3 SoL). 27 personer (17 LSS och 10 SoL) har bytt bostad av olika anledningar under året.

Socialnämnden

## **Delegeringsbestämmelser socialnämnden - kompletterande revidering 2023**

### **Förslag till beslut**

Socialnämnden beslutar att godkänna förslag till kompletterande revidering av delegeringsbestämmelser.

### **Bakgrund**

Förslag till kompletterande revidering av delegeringsbestämmelserna har utarbetats, med anledning av en nyttillkommen förändring i lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU.

### **Kap 9. Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)**

Som ett resultat av den händelseutveckling där ett tidigare familjehemsplacerat barn dödades av biologisk förälder efter hemplacering – det s k lilla hjärtat-fallet – infördes flera nya lagändringar i syfte att stärka skyddet för placerade barn. Ändringarna har kommit att få namn efter den aktuella händelsen, lex Lilla Hjärtat. En av ändringarna gäller införandet av två nya bestämmelser i LVU, 32 a och 32 b §§. I den förstnämnda paragrafen anges att ifall den unge har vårdats med stöd av 2 § (miljöfall) ska nämnden inför umgänge, ”... om det finns anledning till det, kontrollera om en vårdnadshavare eller förälder är eller har varit påverkad av narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådant medel som avses i 1 § lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådan vara som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor.” En sådan kontroll kan göras genom att vårdnadshavare eller förälder lämnar ”... blod-, urin-, utandnings-, saliv-, svett- eller hårprov.” Socialnämnden får besluta att uppmana till en sådan provtagning men kan inte tvinga den vuxne att medverka.

I 32 b § finns en motsvarande skrivning, där nämnden inför prövning av om vården ska upphöra - vid fall då den unge har beretts vård med stöd av 2 § - ”...om det finns anledning till det, kontrollera om en vårdnadshavare är eller har varit påverkad av någon sådan dryck eller vara eller något sådant medel



som anges i 32 a §.” I ett sådant läge får nämnden också besluta om motsvarande provtagning. Inte heller denna provtagningssituation är dock tvingande för den berörda vuxne.

Bägge ovan nämnda ställningstaganden har av lagstiftaren ansetts vara så pass ingripande att det föreligger delegationsförbud, annat än till socialt utskott (10 kap 4 § socialtjänstlagen). Förvaltningens förslag blir därför att socialnämnden beslutar att delegera beslut enligt 32 a och 32 b §§ till delegationsnivå 2 (socialt utskott), enligt bilaga.

Johnny Lesseur  
Förvaltningssekreterare

Camilla Freedeke  
Socialchef

Bilagor  
Förslag till utformning av socialnämndens delegeringsbestämmelser 230301 -  
utdrag



**Kalmar kommun**

## **SOCIALFÖRVALTNINGENS VERKSAMHETSHANDBOK**

Fastställt av  
Socialnämnden  
Dnr SN 2023/0005.11.01

Dokumentansvarig  
Förvaltningssekreterare Johnny Lesseur

Datum  
2023-03-01

1 (3)

## **SOCIALNÄMNDENS DELEGERINGSBESTÄMMELSER**



## Delegeringsnivåer

Genom beslut i socialnämnden 2012-11-20 § 246 (dnr SN 2012/0683) infördes system med numeriska delegeringsnivåer, enligt nedan.

Nivå 1	Socialnämnd (gäller i alla fall då ingen delegering har lämnats)
Nivå 2	Socialnämndens sociala utskott
Nivå 3	Tjänsteförrättande ordförande i socialnämnden (och i förekommande fall annan förordnad ledamot)
Nivå 3a	Förvaltningschef
Nivå 3b	Namngivna ordinarie ledamöter som förordnats att fatta beslut i vissa ärenden enligt LVU och LVM, där beslut inte kan avvaktas.
Nivå 3c	Namngivna tjänstemän (VC samt EC, socialsekreterare vid Sydostjouren) som förordnats att fatta beslut enl. 43 § 2 p LVU, där beslut inte kan avvaktas.
Nivå 4	Verksamhetschef, avdelningschef
Nivå 5	Enhetschef
Nivå 5a	Föreståndare
Nivå 5b	Socialsekreterare i jour/beredskap samt socialsekreterare vid Sydostjouren.
Nivå 5c	Förvaltningssekreterare
Nivå 6	Socialsekreterare, LSS-handläggare, handläggare psykiskt funktionsnedsatta, alkoholhandläggare
Nivå 6a	Boendeplanerare
Nivå 7	Administratör

Nivåerna med markering ”a” kan inte ersätta eller ersättas av annan funktion med samma delegeringsnivå men utan bokstavstillägg. Vid frånvaro, eller då det av annan anledning inte är lämpligt att fatta beslutet på den lägsta gällande delegeringsnivån, ska beslutet istället hänvisas till lägst närmast högre beslutsnivå. Nivå med markering ”b” kan inte ersätta annan funktion med samma delegeringsnivå utan eller med annat bokstavstillägg men väl ersättas av delegat på samma delegeringsnivå, utan bokstavstillägg.

Delegeringsnivå 3 b och c kan inte ersättas av annan funktion. Delegeringsnivå 5 c kan enbart fatta beslut i specifikt angivna delegeringsbeslut och ersätts av annan delegat enligt för aktuellt beslut gällande delegation.

Namngivna ordinarie ledamöter som förordnats, se protokoll SN 2015-04-28 § 83, 2017-01-31 § 14 samt 2017-04-25 § 98.

Namngivna tjänstemän som förordnats, se protokoll SN 2015-05-26 § 103 samt 2017-02-28 § 31.

Om inte annat anges omfattar delegationen både bifall och avslag samt - i de fall det är aktuellt - även upphörande av insats.

## 9. Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)

	Ärendegrupp	Lagar mm	Lägsta beslutsnivå	Kommentar
36	Uppmaning att lämna drogtest a. inför umgänge, eller b. inför vårdens upphörande vid vård enligt 2 § LVU	a. 32 a § b. 32 b §	2	Socialnämndens beslut om drogtest innebär inte ett åliggande för föräldern. Socialnämnden kan alltså inte tvinga denne att genomföra testet.
37	Beslut att begära biträde av polis för att genomföra läkarundersökning	43 § 1 p LVU	2	
38	Beslut att begära biträde av polis för att genomföra läkarundersökning.	43 § 1 p LVU	3 i brådskande fall	OBS Endast tjänsteförättande ordförande
39	Beslut att begära biträde av polis för att genomföra beslut om vård eller omhändertagande med stöd av LVU.	43 § 2 p LVU	3 b i brådskande fall 3 c i brådskande fall	(Kompletterande beslutanderätt)
40	Beslut att återkalla begäran om biträde av polis.		Samma delegeringsnivå som det ursprungliga beslutet är fattat på	
41	Begäran om eller medgivande till utskrivning fr. HVB då vården ges med stöd av LVU.	3 kap 14 § 2 st. SoF	5, 5b	
42	Ansökan hos Skatteverket om medgivande för barn som vårdas med stöd av LVU att bli folkbokfört på en annan folkbokföringsort än där barnet är bosatt (skyddad folkbokföring).	16 § och 30 § 3 st Folkbokföringslagen	5	

Handläggare  
Kristina Appert  
0480-45 09 50

## TJÄNSTESKRIVELSE

Datum  
2023-02-09

Ärendebeteckning  
SN 2022/0811.02.10

Socialnämnden

# Svar på remiss - Lokalförsörjningspolicy Kalmar kommun

## Förslag till beslut

Socialnämnden antar upprättat förslag till yttrande som sitt eget och överlämnar det till servicenämnden.

## Bakgrund

Servicenämnden har tagit fram ett förslag till gemensam lokalförsörjningspolicy för Kalmar kommun. Policyn har remitterats till bl a socialnämnden för förankring samt för att fånga upp eventuella synpunkter.

Socialförvaltningens ser stora fördelar med att det fastställs en kommungemensam policy som tydliggör och vägleder nämnder och förvaltningar i arbetet med att planera och samordna kommunens lokalförsörjning. Socialförvaltningen ser dock en del risker med förslaget nuvarande utformning och avgränsning. Dialog kring dessa har förts med representanter från serviceförvaltningen. Bland annat finns behov av att ytterligare tydliggöra det ekonomiska ansvaret mellan kommunstyrelse, servicenämnd och övriga nämnder vid beslut om anskaffning och omfördelning av lokaler.

Kristina Appert  
Administrativ chef

Camilla Freedeke  
Socialchef

## Bilagor

Remiss av förslag till Lokalförsörjningspolicy Kalmar kommun  
Protokollsutdrag från servicenämnden sammanträde den 2022-11-23

Socialförvaltningen Verksamhetschef och handläggare

Tel 0480-45 00 00 vx | Kristina.Appert@kalmar.se



**Kalmar kommun**  
WWW.KALMAR.SE

Lokalförsörjningspolicy Kalmar kommun – remissversion  
Svar på remiss lokalförsörjningspolicy från socialförvaltningen

Socialnämnden

## Lokalförsörjningspolicy – socialförvaltningens remissvar

Serviceämnden har tagit fram ett förslag till gemensam lokalförsörjningspolicy för Kalmar kommun. Policyn har remitterats till bl a socialnämnden för förankring samt för att fånga upp eventuella synpunkter.

### Bakgrund

För att få ett helhetsgrepp över lokalförsörjningen i Kalmar kommun pågår ett större utvecklingsarbete som leds av serviceförvaltningen. Det kommer ske i form av tre delar, där lokalförsörjningspolicyn är det övergripande ramverket och den första delen. Lokalförsörjningen i Kalmar kommun är en viktig pusselbit i att förvalta och utveckla det fysiska samhället. De kommunala verksamheterna är beroende av effektiva och ändamålsenliga lokaler för att kunna fullgöra sina uppdrag och gemensamt uppnå ett samhälle med god livskvalitet. Genom upprättandet av en gemensam lokalförsörjningspolicy skapas en gemensam värdegrundsbaserat förhållningssätt med tydliga principer som vägledning. En effektiv lokalförsörjning är ett lagbygge där många aktörer behöver samverka. Samverkan i kombination med tydliga ansvar och roller möjliggör en maximerad kommunnytta. Målsättningen är att policyn ska bidra till att lokalförsörjningsarbetet i Kalmar kommun bedrivs på ett effektivt och samarbetsinriktat sätt. Varje nämnd bidrar till viktiga pusselbitar i lokalförsörjningsarbetet genom framtagandet av väl underbyggda behovsanalyser och strategisk verksamhetsplanering. Maximerad kommunnytta uppnås genom samarbete där det finns en tydlighet och transparens i lokalförsörjningsarbetet.

### Yttrande

Socialförvaltningen är positiv och ser stora fördelar med att det fastställs en policy som tydliggör och vägleder nämnder och förvaltningar i arbetet med att planera och samordna kommunens lokalförsörjning. Socialförvaltningen ser dock en del risker med förslagets nuvarande utformning och avgränsning.

I enighet med rådande rutin för Kalmar kommuns dokumenttyper ska en Policy beskriva grundläggande värderingar och vägledande principer. Policydokument utgör därigenom ett stöd så att kärnverksamheterna har ett övergripande ramverk för att fullfölja sina uppdrag.



Förslaget för lokalförsörjningspolicy har i dess nuvarande utformning en vidare avgränsning och innehåller utöver värderingar också beskrivning av processer för lokalförsörjning och lokalplanering med aktiviteter, roller och ansvarsfördelning. Att stödprocesser inte tagits fram i samverkan med de huvudprocesser de ska ge stöd till skapar en risk för att effektivisering sker suboptimerat och att stödet inte bidrar till ökat värdeskapande ur ett helhetsperspektiv. Socialförvaltningen önskar därför att utformningen av policyn avgränsas i enlighet med rådande rutin för dokumenttyper och att framtagande av stödprocesserna sker i enlighet med kommunövergripande vägledningar för processororienterat arbetsätt.

Enligt lokalförsörjningsplanen ska nämnderna årligen upprätta en behovsbeskrivning kring förändrat behov av verksamhetslokaler för en kommande 10-årsperiod. Dessa lokalbehov ska vara väl underbyggda. Socialförvaltningens behov påverkas av de förändringar som sker i omvärlden – krig, flyktingströmmar etc, på nationell nivå som exempelvis lagförändringar samt till ändrade förutsättningar på regional nivå. Behov och förutsättningar kan därför ändras snabbt vilket kräver flexibilitet och snabba anpassningar i lokalplaneringen. Långtidsprognoser i form av 10-årsplaner kan bli missvisande och riskerar att övergripande beslut fattas utifrån felaktiga faktaunderlag.

Uppstår förseningar i lokalanskaffning kan konsekvenserna bli att lagkrav inte uppfylls vilket kan leda till vitesföreläggningar. Det gäller inte enbart vid behov av bostäder utan även för lokaler till daglig verksamhet etc.

Enligt policyn ska varje lokalnyttjande nämnd upprätta väl underbyggda behovsanalyser. Därefter är det lokalförsörjaren som gör nyttoanalyser. Dessa två analyser är beroende av varandra. För att uppnå bästa kostnadseffektivitet anser socialförvaltningen att nyttoanalysen måste upprättas tillsammans med lokalnyttjande nämnd. Resultaten i nyttoanalyserna kan leda till att behovsanalyserna behöver förändras.

Enligt policyn är det servicenämnden som fattar beslut om vilka lokaler som ska anskaffas men det är den lokalnyttjande nämnden som finansierar och har budgetmedel för lokalkostnaden. Det kan även uppstå merkostnader för lokalnyttjande nämnd pga. samlade överväganden utifrån kommunnyttan. Viktigt att klargöra den ekonomiska ansvarsfördelningen mellan servicenämnd, övriga nämnder och kommunstyrelse.

Socialförvaltningen ställer sig positiv till policyförslaget men vill att hänsyn tas till följande sammanfattande synpunkter:

- Stora fördelar med kommungemensam policy
- En policy ska omfatta grundläggande värderingar och vägledande principer – ej processbeskrivningar
- Risk för suboptimering när stödprocesserna inte tagits fram i samverkan med huvudprocesserna
- Svårt för lokalförsörjare att uppfylla lagkrav hos lokalnyttjare
- Snabba verksamhetsförändringar leder till akuta lokalbehov
- Långtidsprognoser mycket osäkra – underlag kan leda till felaktiga beslutsunderlag
- Behovsanalys och nyttoanalys behöver hanteras parallellt

- Ekonomiska ansvaret mellan kommunstyrelse, servicenämnd och övriga nämnder behöver tydliggöras

## Remiss av förslag till Lokalförsörjningspolicy Kalmar kommun

För att få ett helhetsgrepp över lokalförsörjningen i Kalmar kommun pågår ett större utvecklingsarbete. Det kommer ske i form av tre delar, där lokalförsörjningspolicyn är det övergripande ramverket och den första delen.

Lokalförsörjningen i Kalmar kommun är en viktig pusselbit i att förvalta och utveckla det fysiska samhället. De kommunala verksamheterna är beroende av effektiva och ändamålsenliga lokaler för att kunna fullgöra sina uppdrag och gemensamt uppnå ett samhälle med god livskvalitet. Genom upprättandet av en gemensam lokalförsörjningspolicy skapas en gemensam värdegrundsbaserat förhållningssätt med tydliga principer som vägledning. En effektiv lokalförsörjning är ett lagbygge där många aktörer behöver samverka. Samverkan i kombination med tydliga ansvar och roller möjliggör en maximerad kommunnytta.

Målsättningen är att policyn ska bidra till att lokalförsörjningsarbetet i Kalmar kommun bedrivs på ett effektivt och samarbetsinriktat sätt. Varje nämnd bidrar till viktiga pusselbitar i lokalförsörjningsarbetet genom framtagandet av väl underbyggda behovsanalyser och strategisk verksamhetsplanering. Maximerad kommunnytta uppnås genom samarbete där det finns en tydlighet och transparens i lokalförsörjningsarbetet.

Lokalförsörjningspolicyn remitteras nu till ett antal instanser för förankring samt för att fånga upp eventuella synpunkter.

### Anvisningar för remissinstanser

Synpunkter skickas till [serviceforvaltningen@kalmar.se](mailto:serviceforvaltningen@kalmar.se) senast den 28 februari 2023.

Därefter kommer inkomna yttrande att sammanställas och eventuella revideringar att göras. Beslut av den slutliga versionen förväntas ske av kommunfullmäktige innan sommaren 2023.

Om ni i samband med nämndsmöte önskar få en dragning lokalförsörjningspolicyn eller om ni har frågor om remissen kontakta Evelina Selander, lokalstrateg 0480-45 42 66 [evelina.selander@kalmar.se](mailto:evelina.selander@kalmar.se)



## **Sändlista**

Kalmarsundsöverförmyndarnämnd

Kommunstyrelsen

Kultur- och fritidsnämnd

Samhällsbyggnadsnämnd

Socialförvaltningsnämnd

Södermöre kommundelsnämnd

Omsorgsnämnd

Utbildningsnämnd

Nämnd för integration och arbetsmarknad (från och med 1 januari 2023)



## Servicenämnden

### § 106

## Remiss - Lokalförsörjningspolicy Kalmar kommun

Dnr SFN 2022/0202

### Handlingar

Förvaltningens skrivelse den 28 oktober 2022  
Lokalförsörjningspolicy Kalmar kommun - remissversion  
Följebrev – Lokalförsörjningspolicy Kalmar kommun

### Bakgrund

För att få ett helhetsgrepp över lokalförsörjningen i Kalmar kommun pågår ett större utvecklingsarbete. Det kommer ske i form av tre delar, där lokalförsörjningspolicyn är det övergripande ramverket och den första delen.

Lokalförsörjningen i Kalmar kommun är en viktig pusselbit i att förvalta och utveckla det fysiska samhället. De kommunala verksamheterna är beroende av effektiva och ändamålsenliga lokaler för att kunna fullgöra sina uppdrag och gemensamt uppnå ett samhälle med god livskvalitet. Genom upprättandet av en gemensam lokalförsörjningspolicy skapas en gemensam värdegrundsbaserat förhållningssätt med tydliga principer som vägledning. En effektiv lokalförsörjning är ett lagbygge där många aktörer behöver samverka. Samverkan i kombination med tydliga ansvar och roller möjliggör en maximerad kommunnytta.

Målsättningen är att policyn ska bidra till att lokalförsörjningsarbetet i Kalmar kommun bedrivs på ett effektivt och samarbetsinriktat sätt. Varje nämnd bidrar till viktiga pusselbitar i lokalförsörjningsarbetet genom framtagandet av väl underbyggda behovsanalyser och strategisk verksamhetsplanering. Maximerad kommunnytta uppnås genom samarbete där det finns en tydlighet och transparens i lokalförsörjningsarbetet.

Lokalförsörjningspolicyn remitteras nu till ett antal instanser för förankring samt för att fånga upp eventuella synpunkter.

### Tidplan

Efter beslut om remissversion skickas denna ut till berörda instanser. Svar på remissförfrågan önskas senast den 28 februari 2023. Därefter kommer inkomna yttrande att sammanställas och eventuella revideringar att göras. Beslut av den slutliga versionen förväntas ske av kommunfullmäktige innan sommaren 2023.

---

**Servicenämnden****UTDRAG**

Sammanträdesdatum  
2022-11-23

Föredragande: Gunilla Svensson, fastighetschef

**Beslut**

Servicenämnden skickar ut redovisat förslag av Lokalförsörjningspolicy Kalmar kommun på remiss till berörda intressenter.  
Sista svarsdag för remissen är den 28 februari 2023.

**Sekreterare**

Ulrika Cederholm

**Justeras**

Johanna Petersson  
ordförande

Sven-Erik Ekblad

# STYRANDE DOKUMENT

Fastställt av

Dokumentansvarig  
Evelina Selander  
Lokalstrateg

Beslutsdatum

1 (9)

## Lokalförsörjningspolicy

### Innehållsförteckning

1. Inledning .....	2
2. Syfte.....	2
3. Avgränsning.....	2
4. Ställningstaganden.....	3
5. Lokalförsörjningsprocessen.....	3
5.1 Lokalplaneringsprocessen.....	4
5.1.1 Nämndens lokalförsörjningsplan (NÄLP) .....	4
5.1.2 Kalmar kommuns lokalförsörjningsplan (KALP).....	4
5.2 Lokalanskaffningsprocessen.....	5
6. Roller och ansvar .....	6
6.1 Lokalnyttjare .....	6
6.1.1 Lokalsamordnare.....	6
6.2 Lokalförsörjare .....	6
6.2.2 Förvaltare.....	6
6.3 Förutsättningsskapare.....	7
Bilaga 1 - Lokalplaneringsprocessen .....	8
Bilaga 2 – Lokalanskaffningsprocess .....	9

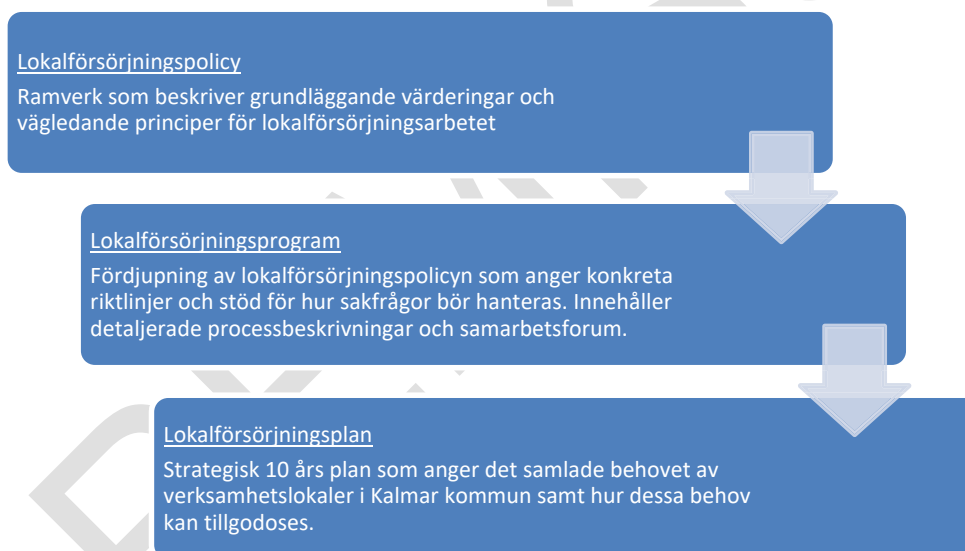


## 1. Inledning

Med lokalförsörjningspolicyn kommer Kalmar kommun stå bättre rustad för att möta det utökade behovet av kommunal service. Det finns ett ömsesidigt beroende i hur utvecklingen av bostäder driver behovet av verksamhetslokaler och vice versa. Genom att långsiktigt planera kommunens lokalbehov går det att finna goda möjligheter till effektiviseringar och samnyttjande där lokalförsörjningen är hållbar över tid.

Kalmar kommun arbetar med lokalförsörjning genom styrdokument på tre strategiska nivåer. Lokalförsörjningspolicyn är det övergripande ramverket som fastställer grundläggande värderingar och vägledande principer för hur lokalförsörjningsarbetet ska bedrivas. Lokalförsörjningsprogrammet ger riktlinjer för hur sakfrågor bör hanteras medan lokalförsörjningsplanen är det strategiska planeringsdokumentet för Kalmar kommuns lokalbehov över tid. Syftet med upprättandet av dessa styrdokument är att förlänga planeringshorisonten och skapa en förutsägbarhet i systemet

Lokalförsörjning i Kalmar kommun – tre strategiska nivåer



## 2. Syfte

Denna policy reglerar hur lokalförsörjningsarbetet i Kalmar kommun ska bedrivas genom att skapa ett gemensamt värdegrundsbaserat förhållningssätt med tydliga principer som vägledning. Lokalförsörjningspolicyn är ett ramverk som anger hur övergripande ställningstaganden, huvudprocesser samt roller och ansvar styr lokalförsörjningsarbetet för att maximera kommunnyttan. Policyn syftar till att säkerställa tydliga processer för planering och samordning med en tydlig struktur för beslutsfattande. På så sätt kan lokalförsörjningen bedrivas på ett effektivt, transparent och samarbetsinriktat sätt.

## 3. Avgränsning

Denna policy gäller för samtliga nämnder i Kalmar kommun. Med lokaler avses lokaler ägda av Kalmar kommun samt externa inhyrningar. Lokalförsörjningspolicyn innefattar ej förhyrningen av enskilda bostäder.

## 4. Ställningstaganden

Kalmar kommuns gemensamma ställningstaganden är en central grundpelare i Kalmar kommuns lokalförsörjning. Gemensamma ställningstaganden skapar ett gemensamt ramverk vid bedömningen av kommunnyttan som syftar till att skapa en effektiv, tydlig och transparent lokalförsörjning. Kalmar kommuns ställningstaganden grundar sig i god ekonomisk hushållning, livscykelperspektiv, helhetssyn och samnyttjande över förvaltningsgränser. Samtliga delar är viktiga pusselbitar i helheten med att säkerställa ändamålsenliga och kostnadseffektiva verksamhetslokaler över tid.

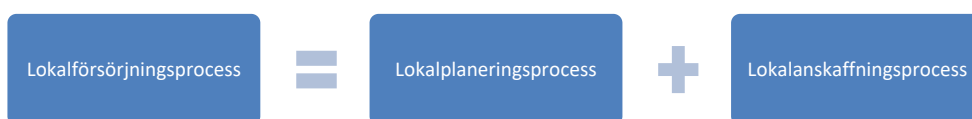
- Kalmar kommuns bestånd av ägda och inhyrda lokaler är en gemensam resurs. Samtliga nämnder ska bidra till att lokalförsörjningen planeras i samverkan och att kommunnyttan maximeras.
- Lokalförsörjningen ska präglas av en helhetssyn där alla kommunens nämnder aktivt söker möjligheter till effektiviseringar och samnyttjande. Det finns en tydlig vilja att samnyttja och samlokalisera över förvaltningsgränser för att uppnå samordningsvinster.
- Kommunen ska äga och hyra för sina verksamheter ändamålsenliga och kostnadseffektiva lokaler.
- Lokalanskaffningen i Kalmar kommun utgår från de behov som uttrycks i kommunens lokalförsörjningsplan (KALP) och kännetecknas av framsynt planering. Gemensam process för lokalanskaffning ska följas.
- Kalmar kommun ska i första hand lösa verksamheternas lokalbehov inom det befintliga lokalbeståndet. Detta kan innefattas både av vakanta lokaler och genom omflyttningar och samlokaliseringar. Vid förändrat lokalbehov prövas alltid förändringar inom befintlig lokal innan en eventuell utökning prövas.
- Vid beslut om nyanskaffning av verksamhetslokaler ska det alternativ av att äga eller hyra som genererar störst kommunnytta och resurseffektivitet väljas. Nyttan ska bedömas för hela nyttjandetiden.
- Vid om-, till- och nybyggnation ska kostnadseffektivitet beaktas ur ett livscykelperspektiv där både resultat och balansposter beaktas.
- Kommunalt ägandeskap av fastigheter med verksamhetslokaler ska begränsas till sådana av strategisk betydelse för att kunna bedriva verksamhet i egen regi.

## 5. Lokalförsörjningsprocessen

Lokalförsörjningsprocessen beskriver hela processen från tidigt uttryckt behov av verksamhetslokal till en färdigställd väl anpassad verksamhetslokal. Lokalförsörjningsprocessen delas i sin tur in i de två huvudprocesserna lokalplanering och lokalanskaffning. Lokalförsörjningsprocessen är tillämplig vid all typ av lokalförsörjning från såväl nyproduktion till mindre omDispositioner i befintliga lokaler. I lokalförsörjningspolicyn hanteras både lokalplaneringsprocessen och lokalanskaffningsprocessen som ett schematiskt

flöde. Båda processerna kommer att förtydligas i kommande lokalförsörjningsprogram med detaljerade processscheman.

Lokalförsörjningsprocessen, två huvudprocesser



## 5.1 Lokalplaneringsprocessen

Lokalplaneringsprocessen innefattar det planeringsarbete som krävs för att kommunens lokalnyttjare ska kunna erhålla verksamhetslokaler i rätt tid, på rätt plats, till rätt kostnad och med rätt kvalitet. Att kommunen långsiktigt planerar det sammanlagda behovet av verksamhetslokaler är nyckeln till att kunna uppnå kostnadseffektiva och ändamålsenliga lokaler. Lokalplaneringsprocessen syftar till att upprätta en strategisk lokalförsörjningsplan som är en sammanfattning på det kommunövergripande behovet verksamhetslokaler för en planeringshorisont om 10 år. Lokalförsörjningsplanen fastställs årligen av kommunfullmäktige.

Lokalplaneringsprocess (uppförstorad processbild återfinns i Bilaga 1)



### 5.1.1 Nämndens lokalförsörjningsplan (NÄLP)

Varje lokalnyttjande nämnd har ansvar för att framställa det egna lokalbehovet och att nämnden nyttjar sina lokaler effektivt, inom ramarna för kommunens policy för lokalförsörjning samt den egna nämndens reglemente. Varje lokalnyttjande förvaltning ansvarar för att årligen upprätta en behovsbeskrivning gällande förändrat behov av verksamhetslokaler för kommande tioårsperiod. De lokalbehov som tas upp i nämndens lokalförsörjningsplan har väl underbyggda behovsanalyser. NÄLP definierar behovet av verksamhetslokaler, ej hur behovet ska lösas. Lokalförsörjaren förser lokalnyttjaren med den mall till NÄLP där behoven ska framställas. Respektive nämnd ansvarar för att årligen fatta beslut om sin lokalförsörjningsplan.

### 5.1.2 Kalmar kommuns lokalförsörjningsplan (KALP)

Lokalförsörjaren ansvarar för att upprätta en sammanhållen kommunövergripande lokalförsörjningsplan som hanterar det sammanlagda behovet av verksamhetslokaler för de kommande 10 åren. Lokalförsörjaren ansvarar för att utreda hur ett framställt lokalbehov kan tillgodoses och hur det påverkar kommunens ekonomiska ramar. Lokalförsörjningsplanen innehåller väl avvägda beslut baserat på övergripande kommunnytta huruvida ett behov medför omflyttning(ar), ny-, om och tillbyggnationer, in- och utflyttningar eller avvecklingar. Grundprincipen är att de lokaler som ägs av Kalmar kommun ska nyttjas i ett första skede, innan alternativ gällande anpassning, nyinvestering eller extern förhyrning utreds. KALP ska vara koordinerad med

översiktsplanen, bostadsförsörjningsplanen samt baserad på lokalbehovet redovisat i nämnderna.

Schematisk uppställning från NÄLP till KALP

	Vad	Dokument	Tidshorisont	Leverans	Ansvar
År 1	Nämndens lokalförsörjningsplan	NÄLP	Rullande 10 år	Maj, årligen	Respektive nämnd
År 2	Beredning av NÄLP, samordning till KALP	Utkast KALP	Rullande 10 år	Mars, årligen	Servicekommittén
År 2	Strategisk lokalförsörjningsplan	KALP	Rullande 10 år	I samband med budget och VP, årligen	Kommunfullmäktige

## 5.2 Lokalanskaffningsprocessen

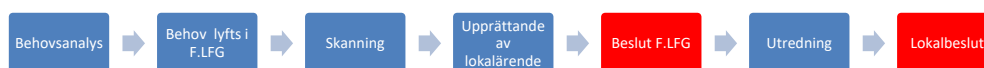
Lokalanskaffningsprocessen beskriver det arbete som sker efter att lokalnyttjaren har identifierat ett konkret behov av lokalförändring som behöver aktiveras. Ett lokalbehov övergår därmed från att vara en del i lokalförsörjningsplanen till att övergå till anskaffningsprocessen. Ett konkret behov innebär att lokalnyttjaren har analyserat det egna lokalbeståndet och säkerställt att det finns ett förändrat lokalbehov som ej kan inrymmas inom befintliga förhållningar. Lokalanskaffningsprocessen bygger på ett samarbete mellan lokalnyttjare, lokalförsörjare och förutsättningskapare.

Ett lokalbehov ska som huvudprincip vara upptaget i lokalförsörjningsplanen där en behovsanalys redan är upprättad från lokalnyttjarens sida. Denna behovsanalys ligger till grund för det första steget i lokalanskaffningsprocessen. Vid behov kompletterar lokalnyttjaren behovsanalysen innan behovet lyfts i den förvaltningsspecifika lokalförsörjningsgruppen (F.LFG). I den förvaltningsspecifika lokalförsörjningsgruppen finns representanter från den lokalnyttjande förvaltningen i form av lokalsamordnare och erforderliga stödfunktioner så som exempelvis ekonomi och stabsfunktion för den specifika lokalnyttjande förvaltningen. Lokalförsörjaren representeras av lokalstrateg och förvaltare.

F.LFG gör därefter en skanning för att se vilka utredningar som behöver genomföras för att hantera det förändrade lokalbehovet. Skanningen avslutas med upprättandet av ett lokalärende innan beslut fattas i F.LFG. Först när beslut fattats kan vidare utredning ske. Lokalförsörjaren ansvarar för att erforderliga utredningar utförs och lämnar slutligen över ett sammanfattat lokalärende för formellt lokalbeslut. Med det formella lokalbeslutet innefattas både beslut gällande behov och ekonomisk konsekvens. Vem eller vilka som har rätt att fatta lokalbeslutet baseras på tidigare upprättade styrdokument. I samtliga steg av lokalanskaffningsprocessen kan ett ärende skickas tillbaka för komplettering. Lokalanskaffningsprocessen är tillämplig för all typ av lokalanskaffning som en minsta gemensam nämnare. Nedan går att finna en schematisk uppställning av lokalanskaffningsprocessen.



Lokalanskaffningsprocess (uppförstora processbild återfinns i Bilaga 2)



## 6. Roller och ansvar

I Kalmar kommun bygger lokalförsörjningen på samarbete och tillit mellan kommunens nämnder, förvaltningar och de professioner som medverkar i arbetet. Nedan anges vilka funktioner och professioner inom lokalförsörjningen som finns kopplade till att vara lokalnyttjare, lokalförsörjare och förutsättningskapare. Genom samarbete och tillit mellan dessa aktörer skapas ett tydligt medborgar- och verksamhetsfokus med målet om maximerad kommunnytta.

### 6.1 Lokalnyttjare

Lokalnyttjare är samtliga nämnder som bedriver verksamhet i kommunens lokaler. Med kommunens lokaler avses både ägda såväl som inhyrda. Varje lokalnyttjare ansvarar för att årligen framställa verksamhetens lokalbehov i nämndens lokalförsörjningsplan (NÄLP).

#### 6.1.1 Lokalsamordnare

Varje lokalnyttjande nämnd utser en lokalsamordnare som är kontaktperson och representant för lokalnyttjaren och deras behov på både kort och lång sikt. I rollen innefattas ansvar för att genomföra behovsanalys(er) för framtida lokalbehov och årligen sammanställer underlagen till NÄLP. Lokalsamordnaren ska löpande rapportera förändringar i verksamheten som påverkar det långsiktiga behovet till lokalstrategen.

### 6.2 Lokalförsörjare

I Kalmar kommun är servicenämnden lokalförsörjare och ansvarar för att förse de kommunala verksamheterna med ändamålsenliga och kostnadseffektiva lokaler.

#### 6.2.1 Lokalstrateg

Serviceförvaltningens lokalstrateg har den övergripande samordningsrollen för kommunens strategiska lokalplanering. Lokalstrategen är sammanhållande för kommunens resursplanering av lokaler och säkerställer att kommunens ställningstaganden efterlevs i lokalanskaffningsprocessen och att lösa de målkonflikter som kan uppstå. I ansvaret ingår att ta emot lokalnyttjarnas behov av lokalförändringar. Lokalstrategen är ett stöd till lokalnyttjare och deras lokalsamordnare vid framtagande av behovsanalyser och styrande nyckeltal. Lokalstrategen lämnar förslag på investeringsbudget baserad på KALP, förslaget lämnas årligen till plan- och investeringsberedningen.

#### 6.2.2 Förvaltare

Det är fastighetsförvaltarna som innehar tjänstepersonsuppdraget att agera ägarrepresentant och bevaka att byggnaderna uppvisar god driftsekonomi över tid och att fastigheterna driftas och underhålls på ett långsiktigt hållbart sätt. Förvaltarna för löpande dialog med sina hyresgäster och säkerställer att

verksamhetslokalerna uppfyller kraven på ändamålsenlighet och kostnadseffektivitet. I både planerings- och anskaffningsprocessen bistår förvaltarna med utredningar samt vid behov leder förstudie. Vid beslut om lokalanskaffning genomför förvaltarna lokalanskaffningen.

### **6.3 Förutsättningsskapare**

Kommunfullmäktige har det övergripande strategiska ansvaret för kommunens långsiktiga lokalförsörjning.

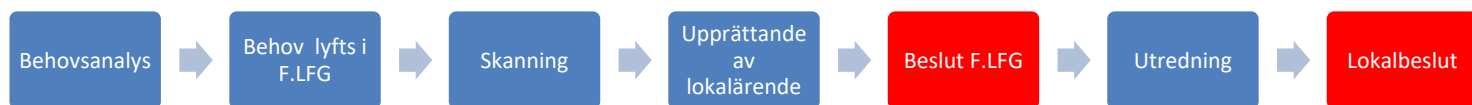
Kommunstyrelsen innehar det förutsättningsskapande uppdraget, genom att vara juridisk markägare, att tillgodose lokalförsörjningens behov av mark i enlighet med KALP. Det åligger kommunstyrelsen att göra samlade överväganden av kommunnytta vid markförsörjning och exploatering. Det är även kommunstyrelsen som ansvarar för kommunens investeringar i fastigheter och infrastruktur. Samhällsbyggnadsnämnden ansvarar för kommunens fysiska planering och att planläggning av mark sker i linje med av kommunfullmäktige antagen lokalförsörjningsplan. När en plan innehåller kommunala verksamhetslokaler åligger det samhällsbyggnadsnämnden verka för att en plan inrymmer tilltänkt byggnad och kan utformas utifrån verksamheternas behov.

## Bilaga 1 - Lokalplaneringsprocessen



REMISS

## Bilaga 2 – Lokalanskaffningsprocess



REMISS

Handläggare  
Kerstin Lagerlund

## TJÄNSTESKRIVELSE

Datum  
2023-02-20

Ärendebeteckning  
SN 2022/0093.11.01

Socialnämnden

# Årsrapport synpunkter och avvikelser 2022

## Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att godkänna rapport avseende synpunkter, avvikelser och lex Sarah för 2022.

## Bakgrund

Socialförvaltningen arbetar kontinuerligt med att förbättra kvaliteten i verksamheten. En viktig del av detta är att hantera de synpunkter, avvikelser, lex Sarah-rapporter samt personuppgiftsincidenter som inkommer för att förebygga att brister upprepas och för att hitta eventuella systemfel i organisationen.

Som en del av socialförvaltningens kvalitetsarbete och kommunens ledningssystem ska förvaltningen rapportera till nämnden de synpunkter, avvikelser, lex Sarah-rapporter samt personuppgiftsincidenter som inkommit och handlagts av förvaltningen.

Kerstin Lagerlund  
Verksamhetsstrateg

Camilla Freedeke  
Socialchef

Bilagor  
Årsrapport avvikelser 2022



## Redovisning av avvikelser 2022

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll samt ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet ska bli synliga. Vid behov ska åtgärder vidtas och processer och rutiner förbättras för att säkra verksamhetens kvalitet.

Socialförvaltningen tar emot och dokumenterar arbete med rapporterade händelser i Lifecare. Nedan följer en sammanställning av årets rapporterade avvikelser. Inkluderat i denna sammanställning är personuppgiftsincidenter. Dessa särredovisas i slutet av denna sammanställning.

Analys av avvikelser sker på verksamhetsområdesnivå samt förvaltningsnivå. I nämndens årliga kvalitetsberättelse dokumenteras slutsatser utifrån sammanställning och analyser.

### Lex Sarah

Mellan januari och december 2022 har 23 händelser rapporterats. Det är tio rapporter färre än 2021 då 33 rapporteringar gjordes. I sex av årets rapporterade ärenden pågår utredning. Nio händelser är bedömda som allvarliga och har således anmälts till Inspektionen för vård och omsorg. Det är tre fler än förra året.

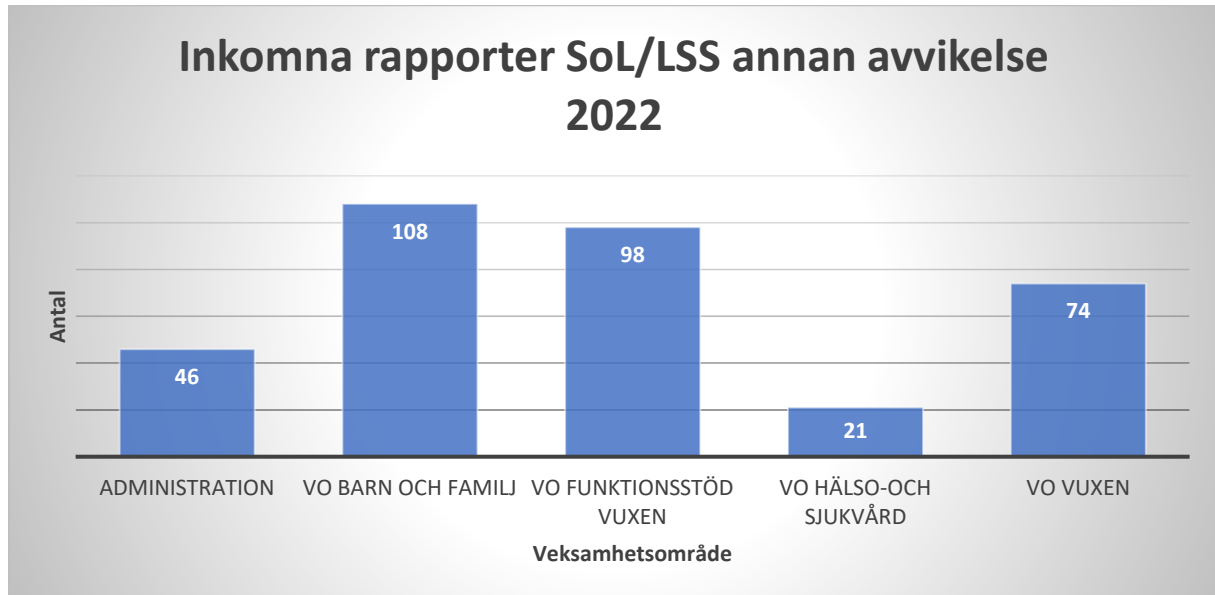
lex Sarah januari till december 2022	
Antal rapporter totalt under perioden:	23
Varav pågående:	6
Anmälda till IVO:	9

Registrerade typer av handlingar eller underlåtelser	
Fysiska övergrepp	1
Sexuella övergrepp	
Psykiska övergrepp	1
Brister i bemötande av anställda med flera	4
Brister i rättssäkerhet	5
Brister i utförande av insatser (insatser som utförts felaktigt eller inte alls)	7
Brister i fysisk miljö, utrustning, teknik	1
Ekonomiska övergrepp	1
Inget missförhållande	

Åtgärdstyp	
Omgivning och organisation	
Utbildning/kompetenshöjande insatser	4
Processer, riktlinjer och rutiner	16
Information och kommunikation	23
Teknik, utrustning och apparatur	
Arbetsrättslig åtgärd	

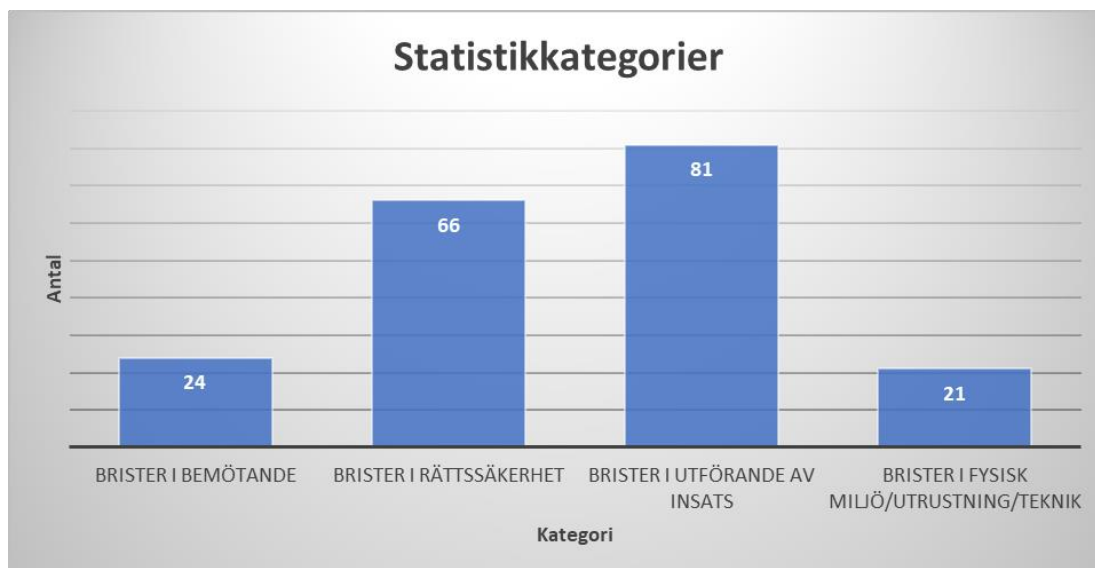
## Annan avvikelse

Under året har förvaltningen rapporterat 347 andra händelser (jämfört med 327 under 2021). Den enda påtagliga förändringen i rapporteringsmönster jämfört med föregående år är att verksamhetsområde Barn och familj har ökat sin rapportering av händelser. I övrigt är fördelning och den totala rapporteringen ungefär lika som föregående år.



Av de rapporterade händelserna är ca 85 procent sådana som vi själva noterat. Övriga 15 procent har påtalats från externt håll. Av de händelser som är färdigutredda är det ca 20 procent som inte bedöms vara en avvikelse.

De rapporter som har utretts och klassificerats utifrån typ av handling eller underlåtelse fördelar sig enligt nedan.

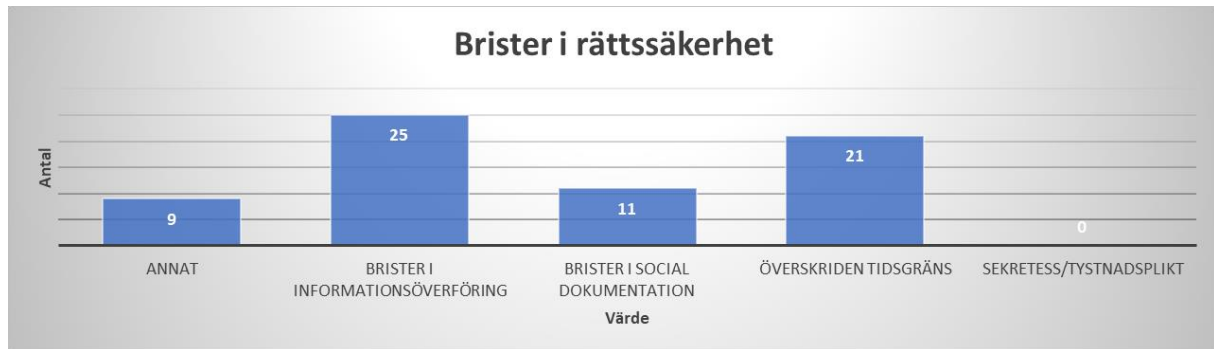


Fördelningsmönstret är likt det vi hade efter år 2021 även om fler utredningar har klassificerats 2022. Det är den som utreder händelsen som klassificerar vilken typ av brist det rör sig om.

Varje typ av brist går att specificera ytterligare. Nedan redovisas bristerna i rättssäkerhet och i utförande av insats mer ingående utifrån att dessa dominerar i mängd.

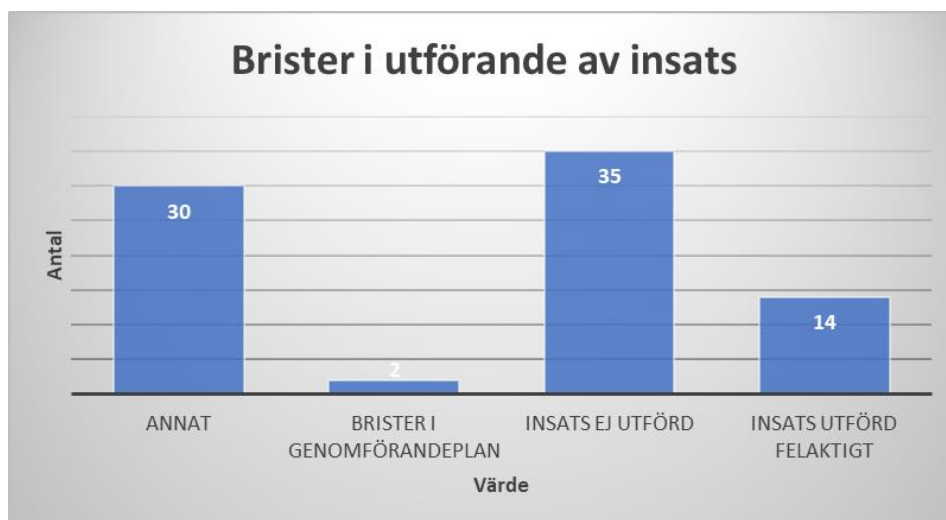
### Brister i rättssäkerhet

Vid jämförelse med föregående år har avvikelser som rör överskriden tidsgräns ökat tydligt. En annan förändring är att ingen avvikelse gäller sekretess/tystnadsplikt jämfört med fem sådana händelser under 2021.



### Brister i utförande av insats

Ganska naturligt är det fortsatt brister i utförande av insats som dominerar bland avvikelserna. Klassificering av "annat" har minskat i förhållande till "insats ej utförd" men är fortsatt stor. Det är alltså angeläget att den verksamhetsnära analysen reder ut vilken typ av brister som inte anses kunna rymmas i de andra valbara kategorierna alternativt om det rör sig om behov av kommunikation kring hur kategorierna bör tolkas.





## Åtgärder för att komma till rätta med brister

Efter att en rapporterad händelse har utretts och bedömts som en avvikelse identifieras bakomliggande orsak som en grund för val av åtgärd. Genom att registrera och kategorisera åtgärdstyper kan man på aggregerad nivå få ytterligare upplysning om vad som kan tänkas ligga bakom bristen. Som tabellen nedan visar dominerar åtgärder som berör arbetssätt och stöd som finns för arbetssätt, följt av åtgärder kring information och kommunikation. Dessa åtgärdstyper har bytt plats med varandra vad gäller förekomst jämfört med förra året.

Åtgärdstyp	
Anmälan till annan myndighet	9
Information och kommunikation	114
Omgivning och organisation	18
Processer, riktlinjer och rutiner	131
Teknik, utrustning och apparatur	21
Utbildning/kompetenshöjande insatser	12
Arbetsrättsliga åtgärder	0

## Personuppgiftsincident

Enligt socialförvaltningens rutin ska uppmärksammade personuppgiftsincidenter rapporteras via det digitala systemet för avvikelsehantering. Dessa händelser finns således inbegripna i presentationen ovan. Här följer en utbruten sammanställning av de avvikelser som har bedömts innefatta en personuppgiftsincident.

Nr	Händelse	Datum händelse	Datum upptäckt	Antal påverkade personer	Bedömd allvarlighetsgrad	Anmälan IMY
1	Utskrifter av sekretesshandlingar på fel skrivare p g a uppdatering av Windows	2022-01-11	2022-01-11	1	Begränsad	Ja
2	Dataintrång; tidigare anställd fortsatt läsa journalanteckningar i ärende	2021-06-03- 2022-03-04	2022-03-07	1	Betydande	Ja
3	Datorstöld på Fabriksgatan och Norra vägen	2022-03-21	2022-03-22	11-100	Mycket allvarlig	Ja
4	Larm Evondos i aktivitetsklocka	2022-05-31	2022-06-01	1	Begränsad	Nej
5	Sekretesshandlingar i fel ärende skickade till skolledare	2022-06-14	2022-06-16	1	Begränsad	Ja
6	Jourrapport skickad till fel kommun	2022-10-23	2022-10-23	1	Begränsad	Ja
7	Jourrapport skickad till fel kommun	2022-11-18	2022-11-18	1	Begränsad	Ja
8	Anmälan enligt 14 kap 1 § SoL felaktigt skickad till annan kommun	2022-12-05	2022-12-06	2	Begränsad	Ja

Handläggare  
Camilla Freedeke

## TJÄNSTESKRIVELSE

Datum  
2023-02-09

Ärendebeteckning  
SN 2022/0094.11.01

Socialnämnden

# Årsrapport arbetsmiljöhändelser 2022

## Förslag till beslut

Socialnämnden fattar inget beslut med anledning av informationen.

## Bakgrund

Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrift AFS 2001:1 är arbetsgivaren skyldig att årligen dokumentera det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Enligt socialnämndens årscykel rapporteras arbetsmiljöhändelser, såsom tillbud och arbetsskador, till socialnämnden i februari och september. Resultat för 2022 redovisas för socialnämnden.

Camilla Freedeke  
Socialchef

Bilagor  
Arbetsmiljöhändelser 2022



# Arbetsmiljöhändelser

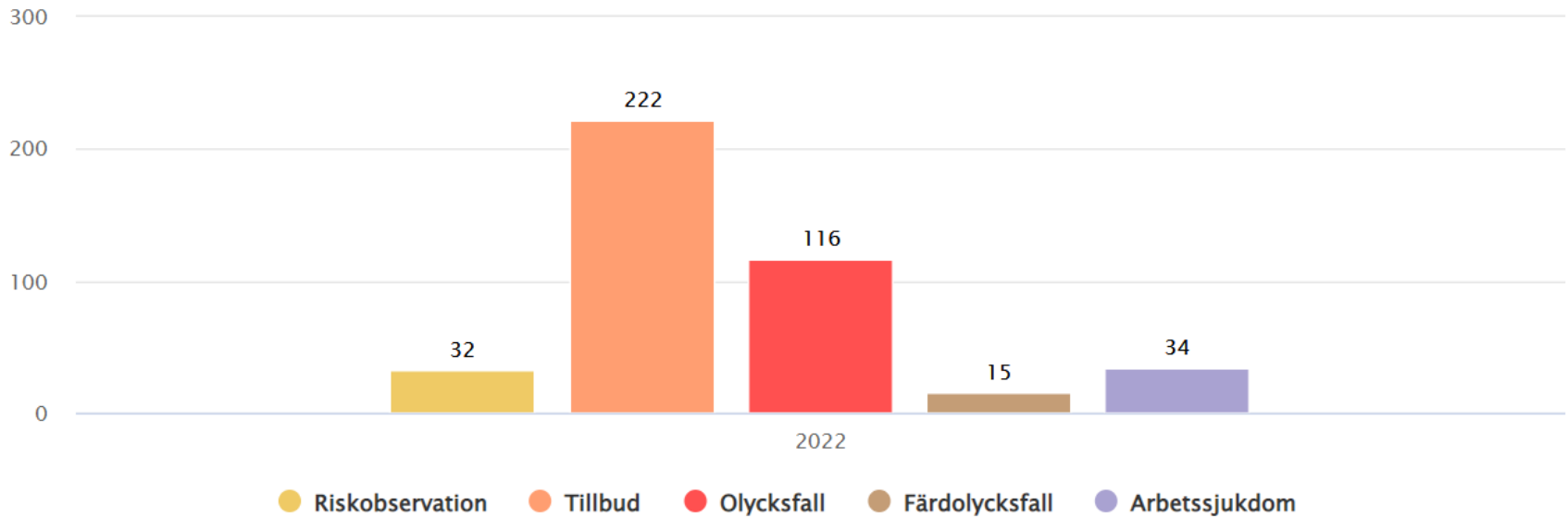
## Översikt rapporterade händelser 2022



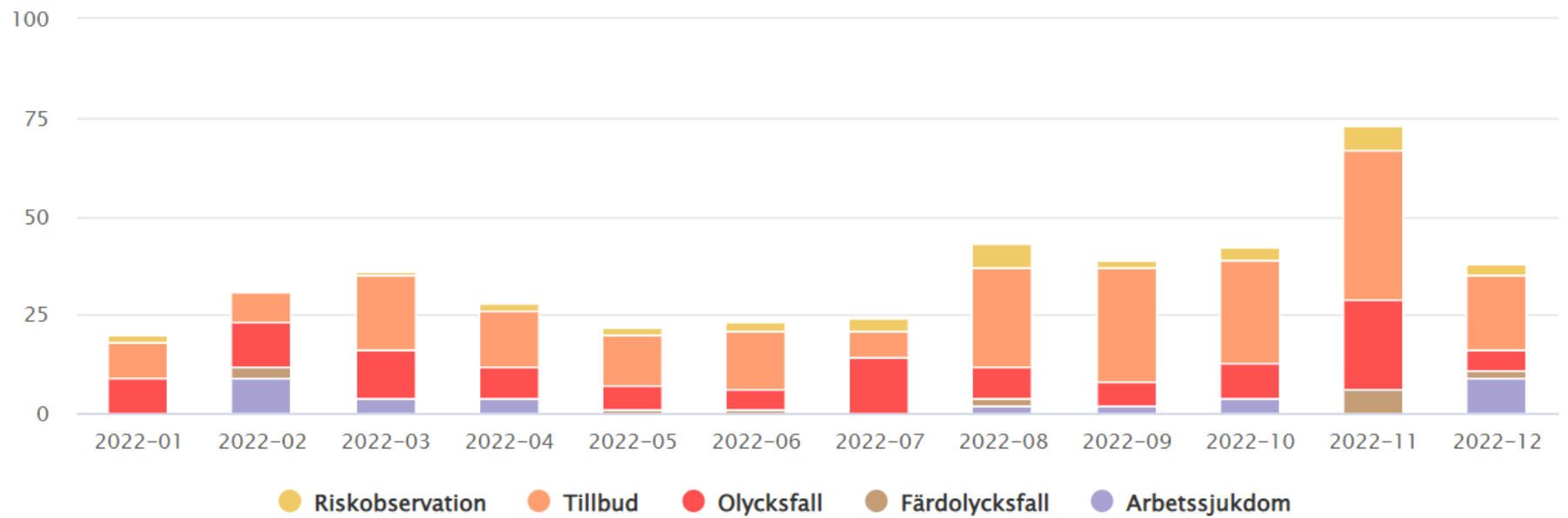
**Kalmar kommun**

2023-02-21

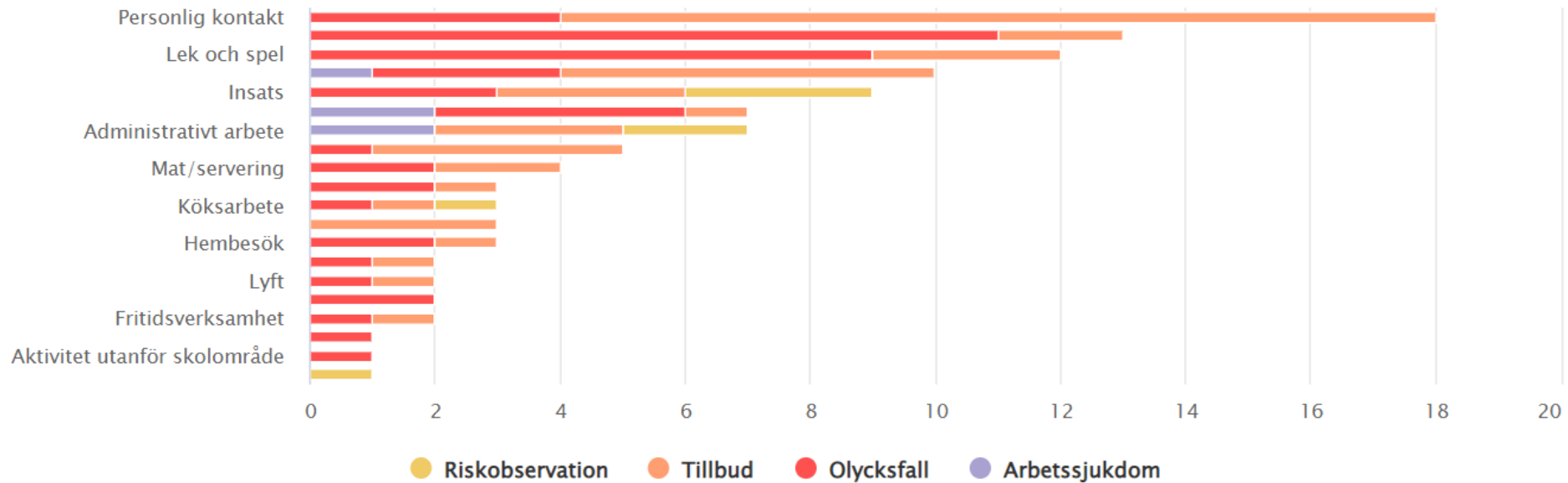
# Totalt 419 händelser 2022



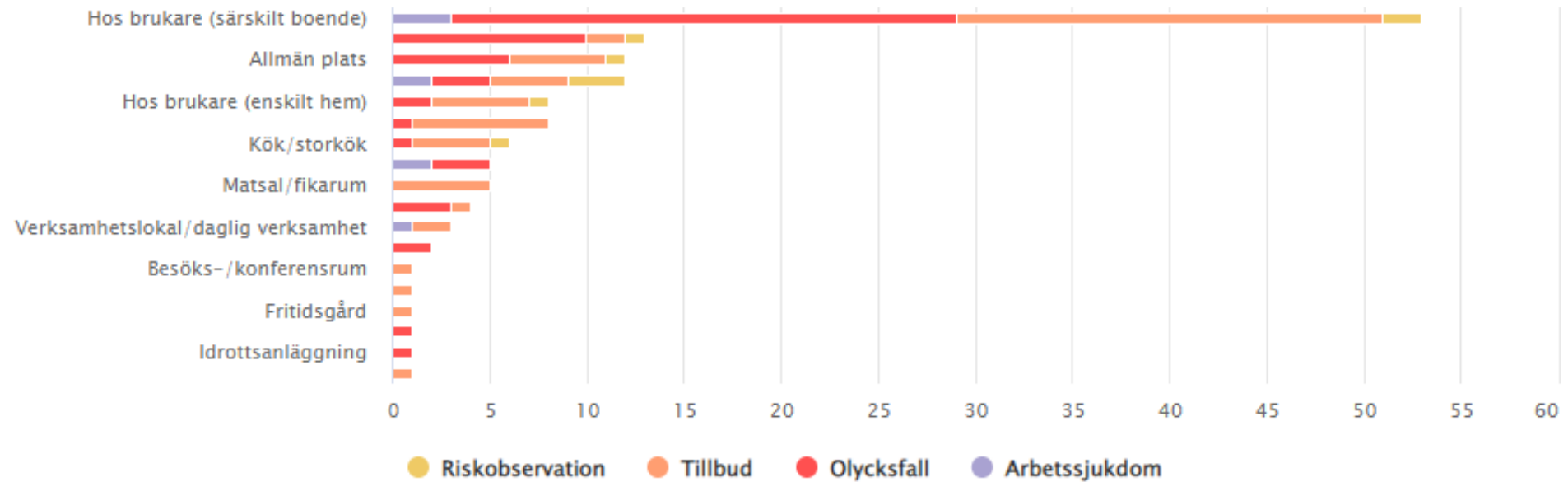
# Händelser per månad



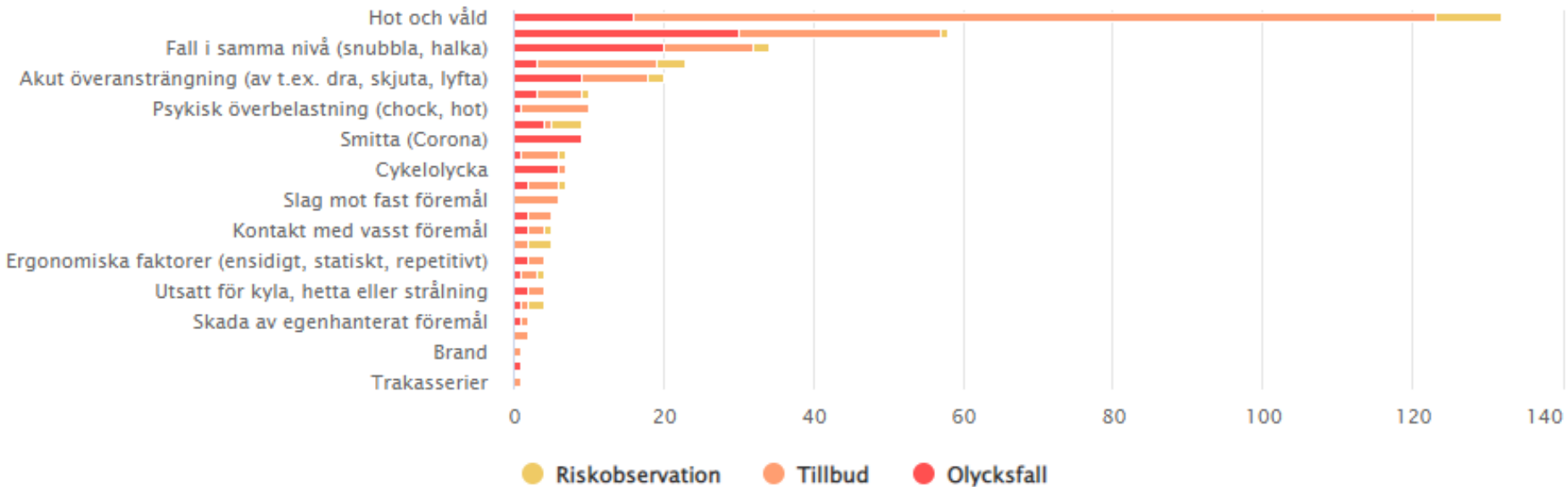
# Aktivitet



# Plats

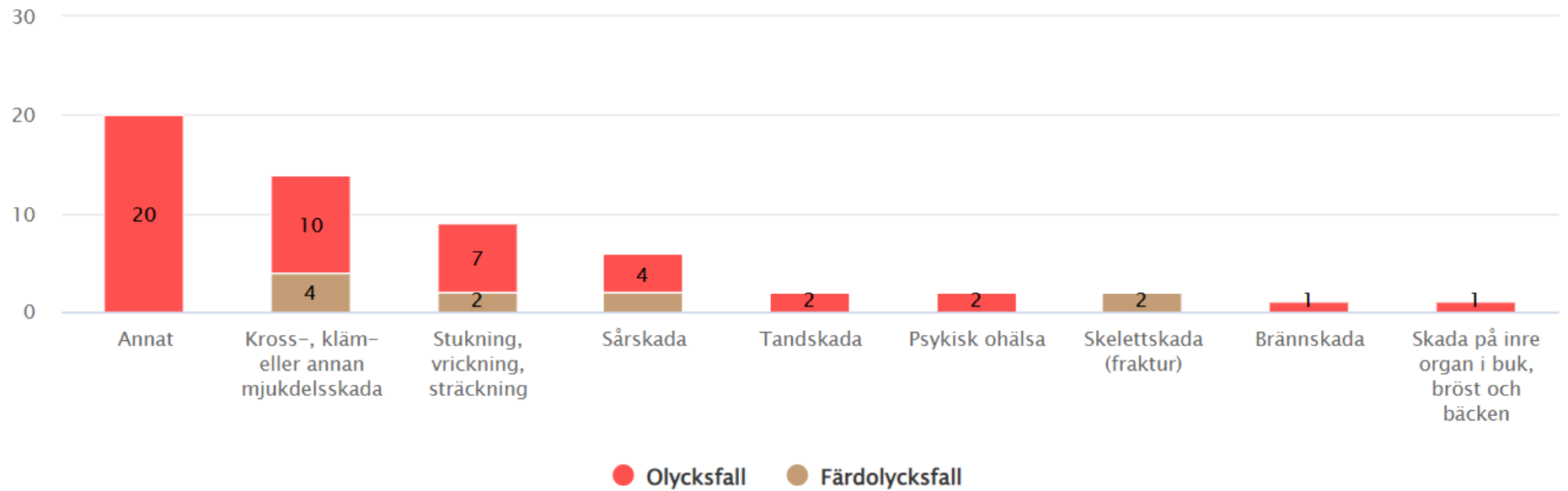


# Skadeorsak

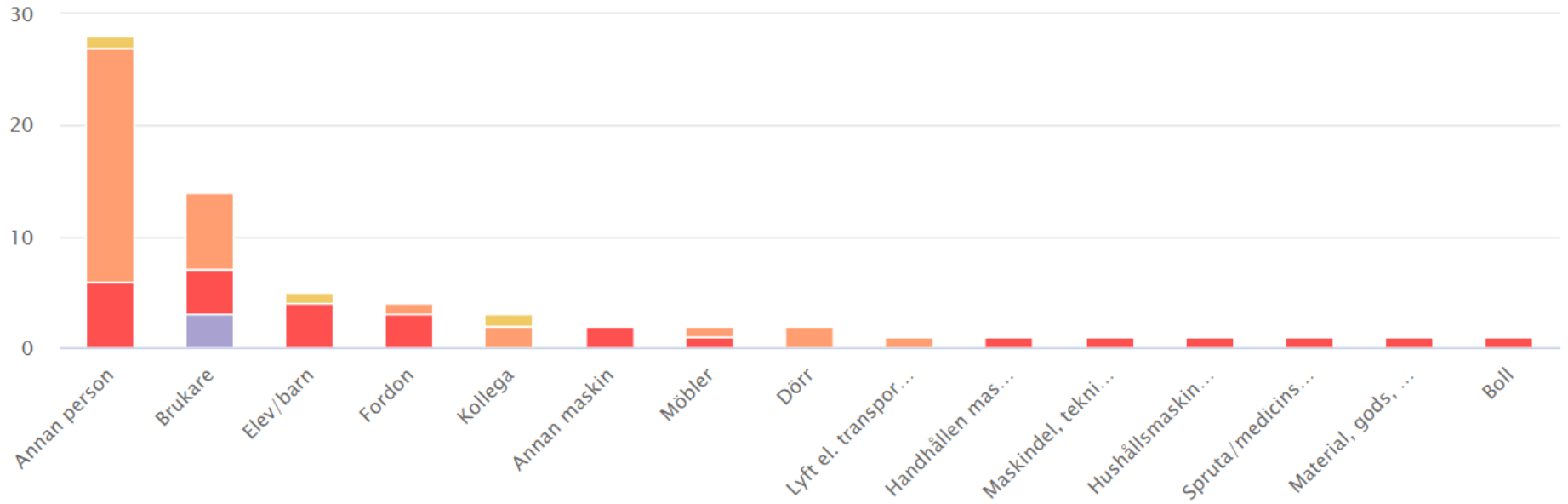




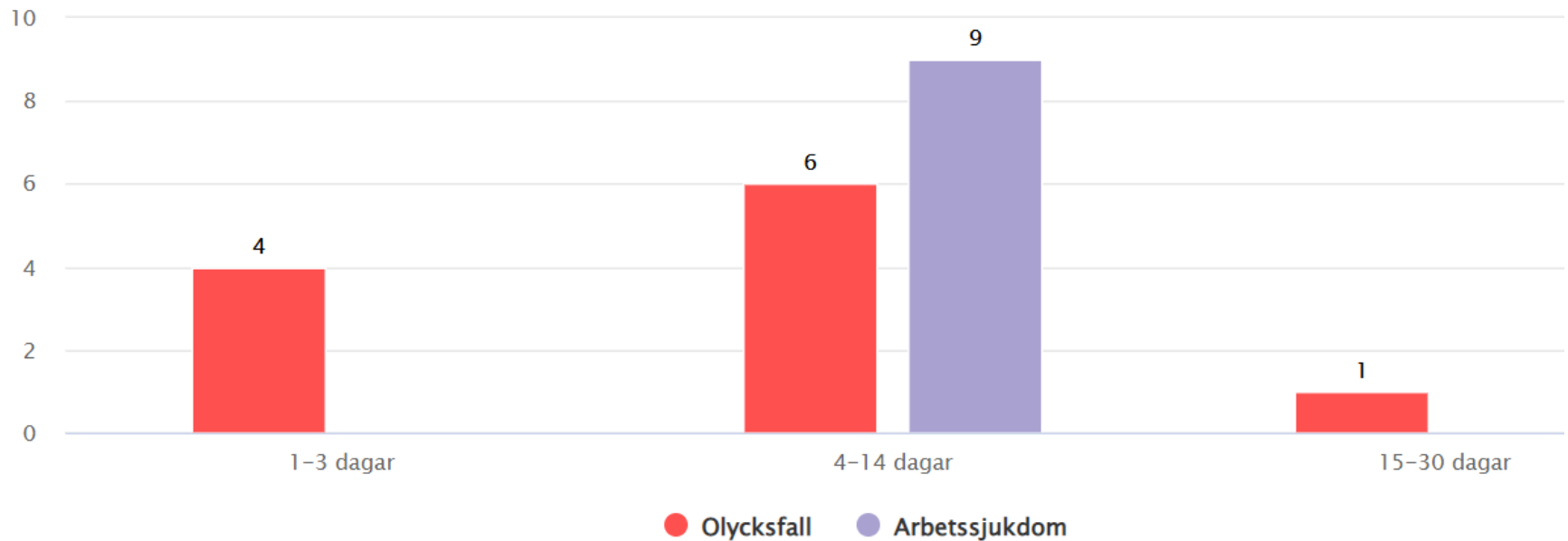
# Skadetyp



# Inblandat objekt eller person



# 20 händelser med frånvaro



Handläggare  
Ann-Charlotte Hedström  
0480-45 37 80

## TJÄNSTESKRIVELSE

Datum  
2023-02-08

Ärendebeteckning  
SN 2023/0136.11.01

Socialnämnden

# Återrapportering Barnkonventionen 2022

## Förslag till beslut

Socialnämnden fattar inget beslut med anledning av informationen.

## Bakgrund

Enligt handlingsplanen ”Förutsättningar och konsekvenser för implementering av barnkonventionen – implementeringsplan och ekonomisk konsekvensbeskrivning” som antogs av Kommunstyrelsen i mars 2019 ska nämnderna årligen redovisa hur de arbetar med att tillgodose barnets rättigheter. Redovisningen av resultatet sammanställs och presenteras i ett årligt barnbokslut som redovisar barns levnadsvillkor i kommunen.

Syftet med att göra ett barnbokslut är att belysa hur levnadsvillkoren för barn i kommunen ser ut, utifrån barnkonventionens artiklar om barnets rättigheter. Det syftar också till att undersöka hur kommunens förvaltningar arbetar för att tillgodose artiklarna i barnkonventionen, att öka uppmärksamheten på att barnkonventionen sedan den 1 jan 2020 är inkorporerad i svensk lag samt att öka statusen på barnrättsfrågor.

Nämnderna har ombetts svara på frågor inför årets barnbokslut.

Ann-Charlotte Hedström  
Verksamhetschef

Camilla Freedeke  
Socialchef

## Bilagor

Återrapportering av barnrättsarbete 2022

Återrapportering av barnkonventionen 2022

Socialförvaltningen Verksamhetschef och handläggare

Tel 0480-45 00 00 vx | ann-charlotte.hedstrom@kalmar.se



**Kalmar kommun**  
WWW.KALMAR.SE

## Årlig återrapportering av barnrättsarbetet

### Bakgrund

Från den 1 januari är FN:s konvention om barns rättigheter (Barnkonventionen) inkorporerad i svensk lag. Inför detta gjordes en kartläggning och en implementeringsplan för Kalmar kommuns verksamheter. Då beslutades att nämnderna årligen ska redovisa hur man arbetar med att tillgodose barnets rättigheter. Detta sammanställs sedan till ett årligt barnbokslut.

I år är temat på barnbokslutet barns röster i fysisk planering, det vill säga hur barn i Kalmar kommun har möjlighet att påverka, tycka till och göras delaktiga i arbetet med t ex byggnation, anläggning, planering av bostadsområden, skolor och skolgårdar, idrottsanläggningar, lekplatser, kollektivtrafik, trafikplanering runt skolor och idrottsanläggningar, gång- och cykelvägar, översiktsplanering, detaljplaner och förvaltning. Artikel 12 i barnkonventionen säger att barn har rätt att tycka till i alla frågor som berör dem.

### Utbildning inom området barnkonventionen och barnets rättigheter

Under året har få utbildningssatsningar inom området barnkonventionen genomförts inom förvaltningens tre verksamhetsområden. Inom verksamhetsområde Barn och familj har handläggare utbildats inom barnsamtal, riskbedömningar och basprogram om våld som inkluderar barns rättigheter till inflytande, information och rätt till skydd.

Inom verksamhetsområde Vuxen har bedöms det finnas ett behov av utbildning rörande barnkonventionen och främst i hur barns rättigheter ska bevakas i utredningar.

### Barnets rättigheter i nämndens mål

Ett flertal av de utvecklingsområden med tillhörande indikatorer som är kopplade till nämndens mål syftar till att stärka barnets rättigheter.

Utvecklingsområdena för 2022 var:

**Barn ska ha ansvarstagande och samarbetande föräldrar**

**Barn som är placerade ska ha det tryggt och säkert**

### **Barn, unga och föräldrar ska få stöd i ett tidigare skede**

I stort sett alla indikatorer inom verksamhetsområdet Barn och familjs tre processer hade ett direkt eller indirekt syfte att förbättra villkoren för barn. De indirekta handlar till exempel om ökad kunskap, kostnadseffektivitet för att resurserna används effektivt, att verksamheterna är säkra och jämställda.

De direkta indikatorerna handlar bland annat om att barns bästa har beaktats, riskanalyser utifrån barnets situation, upplevelse av delaktighet och att man upplever att man fått det stöd man behöver. Att barn som är placerade ska ha det tryggt och säkert samt förutsättningar för god hälsa och att barn ska ha ansvarstagande och samarbetande föräldrar vid separation.

### **Barnchecklista/barnkonsekvensanalys**

På socialförvaltningen har det hittills inte arbetats aktivt med vare sig barnchecklista eller barnkonsekvensanalyser. Inom verksamhetsområdet Vuxen samt Funktionsstöd vuxen gick processledare tillsammans med utsedda socialsekreterare/handläggare utbildning via SKR i barnrättsperspektiv under 2021 och bildade i samband med det en arbetsgrupp som pågick under 2022. Ett fokusområde för arbetsgruppen är att barnperspektivet ska beaktas i alla beslut som fattas. Varje enhet ska säkerställa detta i respektive utredningsunderlag vilket följs upp via personaktgranskningar.

### **Barnkonventionen i budgetplanering samt målformulering för 2023**

I budgetplaneringen för 2023 finns budgetposten för Råd- och stödenheten inom barn och familj på 2,6 mnkr. Största delen är personalresurser, 4 årsarbetare.

Socialförvaltningen arbetar för en hållbar socialtjänst som tidigt och förebyggande möter barn och deras familjer i behov av stöd och hjälp. På detta sätt kan socialtjänsten bygga förtroende för att tidigt kunna förebygga och minska risken för omfattande social problematik, och därigenom också frigöra resurser till de som behöver mest stöd.

Utöver pågående arbete såsom uppsökande verksamhet genom fältverksamhet, föräldrastödsgrupper i olika former och områdesarbete har socialförvaltningen under de senaste åren genomfört olika samverkansprojekt tillsammans med andra aktörer som polis, skola och regionens barn- och ungdomshälsa. Syftet är att öka möjligheterna att nå fler barn och ungdomar med tidiga och samordnade insatser med barnet i fokus.

Utvecklingsarbetet bedrivs brett, på generell, selektiv och indikerad nivå. Exempel är samverkan med utbildningsförvaltningens grundskolor och regionens barn och ungdomshälsa i Tillsammans för barnen, som riktar sig mot barn med tidiga tecken av behov av stöd där målet är att fler elever ska klara sin skolgång.

Under 2022 permanentades arbetssättet och utökades att inkludera samtliga skolor genom finansiering ur beslutat trygghetspaket i verksamhetsplan 2022. Ett annat exempel på utökad samverkan är samordnade insatser som riktar sig till barn och unga i riskzon, Samverkan socialtjänst, skola, polis och fritid (SSPF).

I målformulering till 2023 års verksamhetsplan finns följande utvecklingsområden med indikatorer som har särskild hänsyn till barnkonventionen:

#### **Utvecklingsområde Barn och föräldrar är aktiva medskapare**

Utvecklingsområdet syftar till att utveckla arbetet med att göra barn och föräldrar delaktiga genom hela processen.

Indikatorer kopplade till utvecklingsområdet ska bland annat leda till ökad delaktighet i framtagandet av mål och delaktighet i genomförandeplanering. Upplevelse av att kunna påverka stödet och upplevelsen av att stödet är god.

#### **Utvecklingsområde Barn och föräldrars behov samordnas utifrån deras fokus**

Utvecklingsområdet syftar till att utveckla samverkan för att tillgodose barn och föräldrars behov genom teambaserat arbetssätt och samordning utifrån deras fokus.

Indikatorer kopplade till utvecklingsområdet ska bland annat leda till att kontakten med barn vars föräldrar är i konflikt ska ske samordnat och effektivt i samverkan och barn med komplexa behov ska få samordnat stöd.

#### **Utvecklingsområde Barn som är placerade ska ha det tryggt och säkert med jämlika livsvillkor**

Utvecklingsområdet syftar till att säkerställa att placerade barn får den vård och omsorg de har rätt till.

Indikatorer kopplade till utvecklingsområdet ska bland annat säkerställa placerade barns rätt till en sammanhållen skolgång, att placerade barn känner till sina rättigheter och att öka förutsättningarna för hemflytt när det är möjligt.

#### **Utvecklingsområde Barn, unga och föräldrar ska få stöd i ett tidigt skede**

Utvecklingsområdet syftar till att utveckla arbetet med förebyggande och tidiga insatser genom att öka tillgängligheten.

Indikatorer kopplade till utvecklingsområdet ska bland annat leda till att barn i riskzon får tidigt och samordnat stöd för att minska riskbeteende. Möjliggöra kontakt via nya vägar/sätt för råd och stöd till barn, unga och föräldrar som ordinarie kontaktvägar inte når.

#### **Barns delaktighet i fysisk planering**

Förvaltningen har inte arbetat med att inkludera barn i olika frågor rörande byggnation, anläggning, planering av bostadsområden etc. Däremot har en grupp barn, *Expertgruppen*, barn med insatser från vår process Möjliggöra utveckling hos barn och unga med funktionsnedsättning, fått utbildning i barnkonventionen.

Med grund i barnkonventionen genomfördes dialogmöten kring olika teman som: Vad är delaktighet? Vad är rättigheter? Vad är viktigt när jag är på korttids? Hur kan barn bli mer delaktiga på korttids? Barnen själva lyfte bl.a. upp att de önskade bli mer delaktiga i beslutsprocessen rörande sin insats. Öka inflytande i vardagen som vilken mat som serveras och vilka aktiviteter som planeras samt möjlighet att påverka hur det ska se ut på deras rum.

## Åtterrapporering av barnrättsarbetet 2022

Nu är det dags att rapportera in nämndernas arbete med barnets rättigheter i Kalmar kommun!

Enligt handlingsplanen ”Förutsättningar och konsekvenser för implementering av barnkonventionen – implementeringsplan och ekonomisk konsekvensbeskrivning” som antogs av Kommunstyrelsen i mars 2019, ska nämnderna årligen redovisa hur de arbetar med att tillgodose barnets rättigheter. Redovisningen av resultatet sammanställs och presenteras i ett årligt barnbokslut som redovisar barns levnadsvillkor i kommunen.

Syftet med att göra ett barnbokslut är att belysa hur levnadsvillkoren för barn och unga i kommunen ser ut, utifrån barnkonventionens artiklar om barnets rättigheter. Det syftar också till att undersöka hur kommunens förvaltningar arbetar för att tillgodose artiklarna i barnkonventionen, att öka uppmärksamheten på att barnkonventionen sedan den 1 januari 2020 är inkorporerad i svensk lag samt att öka statusen på barnrättsfrågor.

I år är temat på barnbokslutet barns röster i fysisk planering, det vill säga hur barn i Kalmar kommun har möjlighet att påverka, tycka till och göras delaktiga i arbetet med t ex byggnation, anläggning, planering av bostadsområden, skolor och skolgårdar, idrottsanläggningar, lekplatser, kollektivtrafik, trafikplanering runt skolor och idrottsanläggningar, gång- och cykelvägar, översiktsplanering, detaljplaner och förvaltning. Artikel 12 i barnkonventionen säger att barn har rätt att tycka till i alla frågor som berör dem.

För att kunna göra årets barnbokslut ombeds nämnderna nu att svara på de frågor som finns i detta dokument, senast den 15 april 2023. Sist i dokumentet finns en bilaga som innehåller en kortare översikt över barnkonventionens artiklar, som stöd för besvarandet. Tänk på att alla exempel, dokumentation, statistik och dyl. ska vara könsuppdelad.



Vänligen besvara följande frågor kring hur er nämnd och förvaltning arbetar med att tillgodose barnets rättigheter.

- Har personalen på förvaltningen och/eller nämnden under 2022 genomgått någon utbildning inom området barnkonventionen och barnets rättigheter?  
Om ja, vilken utbildning/utbildningar och för vilka personalgrupper? Om nej, finns det en önskan att få hjälp med utbildning under 2023 för personalen?
- Fanns särskilda verksamhetsmål för 2022 med fokus på att tillgodose barns rättigheter? Om svaret är ”ja”, ge exempel på dessa.
- Har kommunens barnchecklista eller någon form av barnkonsekvensanalys efterfrågats och/eller använts någon gång under det senaste året? Om svaret är ”ja”, ge exempel på detta.
- Har särskild hänsyn till barnkonventionen tagits i budgetplanering samt målformulering för kommande år, 2023? Om svaret är ”ja”, redogör för dessa mål och budgetposterna i budgetplaneringarna.
- Årets tema är barns delaktighet i fysisk planering. Arbetar förvaltningen med att inkludera barn i olika frågor som rör byggnation, anläggning, planering av bostadsområden, skolor och skolgårdar, idrottsanläggningar, lekplatser, kollektivtrafik, trafikplanering runt skolor och idrottsanläggningar, gång- och cykelvägar, översiktsplanering, detaljplaner, förvaltning, dvs fysisk planering? Om förvaltningen arbetar med att inkludera barn i detta, hur går det arbetet till?

Svar lämnas till mig senast den 15 april 2023. Ta gärna en kontakt vid frågor,

[sophia.sundlin@kalmar.se](mailto:sophia.sundlin@kalmar.se)

0480-450167

**Tack på förhand!**

Vänligen,

Sophia Sundlin, Ungdomsombud och samordnare för barnrättsfrågor

## **Bilaga 1. Barnkonventionens artiklar i korthet**

### Artikel 1

Ett barn – det är varje människa under 18 år.

### Artikel 2

Alla barn har samma rättigheter och lika värde. Ingen får diskrimineras.

### Artikel 3

Barnets bästa ska beaktas i alla beslut som rör barn.

### Artikel 4

Konventionsstaterna ska till fullo utnyttja sina tillgängliga resurser för att förverkliga barnets ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. När resurserna inte räcker till bör man söka lösningar genom internationellt samarbete.

### Artikel 5

Föräldrarna har det yttersta ansvaret för barnet och ska utifrån utvecklingen av barnets egen förmåga säkerställa att det får kännedom om och hjälp i att utöva sina rättigheter.

### Artikel 6

Varje barn har rätt att överleva och att utvecklas.

### Artikel 7-8

Barnet har rätt till ett namn och en nationalitet. Barnet har rätt, så långt det är möjligt, att få veta vilka föräldrarna är. En stat får inte ta ifrån barnet dess namn eller nationalitet.

### Artikel 9

Barnet ska inte hållas åtskilt från sina föräldrar mot sin vilja, utom när det är för barnets bästa. Barn som inte bor med båda föräldrarna ska ha rätt att träffa båda två regelbundet.

### Artikel 10

Ansökningar från familjer som vill återförenas över statsgränser ska behandlas på ett positivt, humant och snabbt sätt.

### Artikel 11

Ett barn får inte föras bort eller hållas kvar i utlandet utan tillstånd. Staten ska ingå avtal med andra länder för att bekämpa detta.

#### Artikel 12–15

Barnet har rätt att uttrycka sin mening i alla frågor som berör det. När domstolar och myndigheter behandlar fall som rör barnet ska barnet höras och barnets intresse komma i första rummet. Barnets rätt till tankefrihet, samvetsfrihet och religionsfrihet ska respekteras.

#### Artikel 16

Varje barn har rätt till sin privat- och familjeliv, hem och post och ska skyddas mot ingripanden i dessa. Varje barn ska också skyddas mot angrepp på sin heder och sitt anseende.

#### Artikel 17

Alla barn har rätt att ta del av information från massmedia, som syftar till att främja deras välfärd och utveckling. Massmedia ska därför uppmuntras att sprida information särskilt riktad till barn, samarbeta över gränserna, producera barnböcker, sprida information på minoritetsspråk samt skydda barn mot skadligt innehåll.

#### Artikel 18

Båda föräldrarna har gemensamt det primära ansvaret för barnets uppfostran och utveckling. De ska låta sig vägledas av vad som bedöms vara barnets bästa.

#### Artikel 19

Barnet har rätt att skyddas mot fysiskt eller psykiskt våld och mot vanvård eller utnyttjande av föräldrar eller andra vårdnadshavare.

#### Artikel 20–21

Ett barn, som berövats sin familjemiljö, ska ha rätt till alternativ omvårdnad. Vid adoption ska staterna säkerställa att största vikt ges till vad som bedöms vara barnets bästa.

#### Artikel 22

Flyktingbarnet har rätt till skydd och hjälp om det kommer ensamt eller tillsammans med föräldrar eller annan person.

#### Artikel 23

Ett barn med fysisk eller psykisk funktionsnedsättning har rätt till ett fullvärdigt och anständigt liv som gör det möjligt för dem att delta aktivt i samhället.

#### Artikel 24

Barnet har rätt till bästa möjliga hälso- och sjukvård och rehabilitering. Alla länder ska arbeta för att minska spädbarns- och barnadödligheten och bekämpa sjukdomar och undernäring och avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa. Gravida och nyblivna mammor har rätt till hälsovård.

#### Artikel 25

Ett barn som har omhändertagits för vård, skydd eller behandling har rätt att få sin behandling och sitt omhändertagande granskat på regelbunden basis.

#### Artikel 26 och 27

Varje barn har rätt till den levnadsstandard som är skälig för att trygga barnets utveckling. Föräldrarna har huvudsakligen ansvaret för detta, men om de inte klarar av det, måste staten se till att det finns stödprogram för att säkerställa detta. Även barnets sociala trygghet ska säkerställas med tex socialförsäkringar som ska ges till familjer beroende på vilka tillgångar de har.

#### Artikel 28–29

Barnet har rätt till gratis grundskoleutbildning. Undervisningen bör förbereda barnet för livet, utveckla respekt för mänskliga rättigheter och fostra i en anda av förståelse, fred, tolerans och vänskap mellan folken.

#### Artikel 30

Barnet, som tillhör minoritetsgrupper eller ursprungsbefolkningar, har rätt till sitt språk, sin kultur och religion.

#### Artikel 31

Barnet har rätt till lek, vila och fritid.

#### Artikel 32

Barnet har rätt att skyddas mot ekonomiskt utnyttjande samt mot hårt arbete som skadar eller hindrar barnets skolgång och äventyrar barnets hälsa.

#### Artikel 33

Barnet har rätt att skyddas från olaglig användning av narkotika.

#### Artikel 34

Barnet har rätt att skyddas mot alla former av sexuella övergrepp och mot att utnyttjas i prostitution och pornografi.

#### Artikel 35

Bortförande, försäljning eller handel med barn ska förhindras.

#### Artikel 36

Rätt till skydd mot alla former av utnyttjande som kan skada barnet i något avseende.

#### Artikel 37

Inget barn får utsättas för tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling och bestraffning. Inget barn får olagligt eller godtyckligt berövas sin frihet. Barnet får inte bestraffas med livstids fängelse eller dödsstraff. Varje frihetsberövat barn ska behandlas humant och med respekt. Barnet har rätt att snarast möjligt få juridisk hjälp. Barnet i fängelse har rätt till kontakt med och besök av sin familj.

#### Artikel 38

Konventionsstater skall vidta alla lämpliga åtgärder för att tillförsäkra att barn under 18 år inte deltar i väpnade konflikter. Barn får inte heller användas eller rekryteras av gerillarörelser m.fl.

#### Artikel 39

Barnet som blivit offer för vanvård, utnyttjande, försummelse, tortyr, väpnade konflikter eller annan omänsklig behandling har rätt till rehabilitering och social återanpassning.

#### Artikel 40

Barnet, som är anklagat för brott eller blivit dömt för straffbara handlingar, har rätt till en behandling som främjar barnets känsla för värdighet och för andras mänskliga rättigheter och grundläggande friheter.

#### Artikel 41

Rättigheterna i konventionen gäller inte om andra nationella lagar ger barnet större möjligheter att förverkliga rättigheterna.

#### Artikel 42

De stater som anslutit sig till konventionen åtar sig att göra konventionens bestämmelser och principer allmänt kända bland vuxna och barn.

#### Artikel 43–45

Bestämmelser om hur alla länder som anslutit sig till konventionen ska arbeta för att förverkliga den. En övervakningskommitté inom FN granskar konventionsstaternas rapporter. FN-organ och frivilligorganisationer kan också delta med information till FN.

#### Artikel 46–54

Regler om hur stater kan ansluta sig till konventionen och när dessa börjar gälla. En reservation som strider mot denna konventions ändamål och syfte skall inte tillåtas.

*Källa:* Rädda Barnen. För att läsa hela konventionstexten, se UNICEFs hemsida: <https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten#hela-texten>

Handläggare  
Ann-Charlotte Hedström  
0480-45 37 80

## TJÄNSTESKRIVELSE

Datum  
2023-02-07

Ärendebeteckning  
SN 2022/0616.01.08

Socialnämnden

### Tillsyn Vesta - Inspektionen för vård och omsorg, 3.2.2-29753/2022

#### Förslag till beslut

Socialnämnden fattar inget beslut med anledning av informationen.

#### Bakgrund

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, har genomfört en tillsyn av Vesta, bostad med särskild service för barn och ungdomar.

Den 10 – 11 oktober 2022 genomförde IVO en anmäld inspektion på Vesta. IVO har granskat att verksamheten bedrivs i enlighet med de uppgifter som nämnden anmält till IVO gällande antal barn och ungdomar, föreståndare och lokaler. Dessutom har följande områden granskats: barnens trygghet och säkerhet, bemanning och kompetens, hälso- och sjukvårdsinsatser samt förekomst av begränsningsåtgärder. IVO har också följt upp vidtagna åtgärder utifrån föregående års tillsyn.

IVO avslutar ärendet men påtalar följande brister:

- Två av barnen/ungdomarna ljudövervakades med hjälp av babymonitor under natten trots att behov av detta saknas.
- En anhörig till en ungdom förvarade ett stort förråd av läkemedel i ungdomens rum utan att kommunsköterskan var involverad.

Nödvändiga åtgärder med anledning av bristerna kommer att vidtas och följas upp av IVO vid kommande tillsyn.

Ann-Charlotte Hedström  
Verksamhetschef

Camilla Freedeke  
Socialchef

Socialförvaltningen Versamhetschef och handläggare

Tel 0480-45 00 00 vx | ann-charlotte.hedstrom@kalmar.se



**Kalmar kommun**  
WWW.KALMAR.SE

Bilagor  
Beslut IVO 2023-02-01

Kalmar kommun  
Box 611  
391 26 Kalmar

SOCIALFÖRVALTNINGEN Kalmar	
2023 -02- 02	
Diarienumr	Diarienumr
SN 2022/0616	01.08

## Huvudman

Kalmar kommun

## Ärendet

Tillsyn av bostad med särskild service för barn eller ungdomar vid Vesta barn- och ungdomsboende i Kalmar kommun.

Tillsynen har omfattat barn och ungdomars upplevelse av att bo på Vesta barn- och ungdomsboende. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har granskat att verksamheten bedrivs i enlighet med uppgifter som nämnden anmält till IVO gällande antal barn och ungdomar, föreståndare och lokaler. Dessutom har följande områden granskats: Barnens trygghet och säkerhet, bemanning och kompetens, hälso- och sjukvårdsinsatser samt förekomst av begränsningsåtgärder. IVO har också följt upp vidtagna åtgärder utifrån föregående års tillsyn.

## Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet men påtalar följande brister:

- Två av barnen/ungdomarna ljudövervakades med hjälp av babymonitor under natten trots att behov av detta saknas.
- En anhörig till en ungdom förvarade ett stort förråd av läkemedel i ungdomens rum utan att kommunsjuksköterskan var involverad.

IVO vidtar i nuläget inte några åtgärder med anledning av bristerna, då ansvarig chef under inspektionen informerade IVO om att nödvändiga åtgärder kommer att vidtas för att åtgärda bristerna. IVO kommer att följa upp vidtagna åtgärder vid kommande tillsyn.

## Skälen för beslutet

IVO bedömer att två av barnen/ungdomarna utsattes för otillåten ljudövervakning med hjälp av babymonitorer, trots att inget av barnen/ungdomarna hade behov av det. Enligt IVO:s bedömning kan ljudövervakning med babymonitor vara integritetskränkande för berörda barn/ungdomar och IVO bedömer att det är en brist att åtgärden används på det sätt som verksamheten har gjort.



IVO bedömer vidare att det inte var lämpligt att en ungdom förvarade ett förråd av läkemedel, varav vissa är narkotikaklassade, i en garderob i sitt rum utan att kommunsjuksköterskan var involverad. Skälet var enligt personalen att ungdomens mamma skötte hälso- och sjukvården utifrån ett egenvårdsintyg och förvarade läkemedlen i ungdomens rum.

IVO uppmärksammar också nämnden på att stödet och hjälpen till barnen/ungdomarna under inspektionen inte alltid var personcentrerad. Enligt IVO kan verksamheten därför behöva arbeta med att utveckla den personcentrerade vården och omsorgen så att det blir ett gemensamt och vedertaget arbetssätt som är implementerat i hela personalgruppen.

Vid uppföljningen av vidtagna åtgärder kopplat till den brist som kom fram vid tillsynen 2021, konstaterar IVO att nämnden har bytt ut de dåvarande sängarna med höga spjälor till sängar utan spjälor. De nya sängarna går att sänka ned till golvnivå. Verksamheten är enligt chefen numera också bemannad med vaken nattpersonal alla nätter. IVO bedömer därmed att tillräckliga åtgärder är vidtagna för att inte utsätta barnen/ungdomarna för otillåten begränsningsåtgärd i form av inlåsning i säng med höga spjälor.

#### Ljudövervakning med hjälp av babymonitor

IVO fann vid inspektionen att två av barnen/ungdomarna övervakades genom avlyssning med hjälp av en babymonitor och då särskilt på natten. IVO:s inspektörer fick information om att två av barnen/ungdomarna hade en babymonitor som var påslagen på natten. Enligt personalen fanns det inget behov av dessa eftersom verksamheten numera var bemannad med vaken nattpersonal. Personalen berättade också att de kunde höra om något av barnen/ungdomarna vaknade, alternativt genomförde de täta tillsyner. Enligt ansvarig chef ska båda barnen/ungdomarnas babymonitorer plockas bort eftersom vaken nattpersonal tillgodoser behovet av tillsyn. IVO kommer att följa upp att den planerade åtgärden är vidtagen vid nästa tillsyn.

Vid tillsynen framkom att babymonitor hos de berörda barnen/ungdomarna användes slentrianmässigt och utan att ett bedömt behov förelåg. Användningen av babymonitor hade heller inte föregåtts av ett uttryckligt och informerat samtycke från barnen/ungdomarna och mindre ingripande åtgärder hade inte provats eller övervägts. IVO bedömer att detta är en brist och vill upplysningsvis informera nämnden om följande:

IVO menar att en babymonitor som är påslagen under en avsevärd del av dygnet, exempelvis hela natten, utgör en starkt integritetskränkande åtgärd. Om denna typ av teknisk lösning används för att under långa perioder eller ständigt avlyssna en enskild i offentlig verksamhet omfattas lösningen av bestämmelsen i 2 kap. 6 § andra stycket kungörelse (1974:152) om beslutad ny regeringsform, RF. Av denna bestämmelse framgår att var och en är, gentemot det allmänna, skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten. Att avlyssna någon på detta sätt är en åtgärd som är av sådan karaktär att den utgör ett betydande intrång i den personliga integriteten och har en övervakande effekt. Detta innebär att lösningen endast kan användas efter ett informerat och uttryckligt

samtycke från den enskilde. Om en babymonitor används på ovan angivna sätt kan åtgärden således inte vidtas utan att den enskilde till fullo förstår vad åtgärden innebär och samtycker till detta. Att en sådan åtgärd vidtas utan uttryckligt och informerat samtycke är inte heller förenligt med bestämmelserna om respekt för den enskildes självbestämmande och integritet i 6 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Denna typ av teknisk lösning (babymonitor) kan dock användas på många andra sätt. Alla fall behöver inte omfattas av nämnda bestämmelse i RF, men detta måste alltid avgöras med hänsyn tagen till förhållandena i det enskilda fallet.

Alla former av tvångs- och begränsande åtgärder eller integritetskränkande åtgärder ska föregås av en individuell riskbedömning där mindre ingripande åtgärder i första hand ska övervägas och provas. Det ska tydligt gå att utläsa i dokumentationen som rör den enskilde vilka bedömningar som gjorts, vilka åtgärder som provats samt effekterna av dessa. Vidare ska också resultatet av uppföljningar av åtgärderna framgå av dokumentationen, samt vad en eventuell ny bedömning resulterat i. Det är också av betydelse att det i dokumentationen går att utläsa hur den enskildes samtycke löpande ska kunna inhämtas eller hur verksamheten arbetar för att noggrant försöka utvärdera att åtgärden inte vidtas mot den enskildes vilja.

#### Förråd av läkemedel i en ungdoms rum

IVO bedömer att det inte är lämpligt att en ungdom har ett förråd av läkemedel, varav vissa är narkotikaklassade, i en garderob i sitt rum. Enligt uppgift från både personal och ledning var det ungdomens mamma, som vid tidpunkten för inspektionen skötte ungdomens hälso- och sjukvård utifrån ett egenvårdsintyg och som också införskaffat läkemedlen.

Efter inspektionen har IVO fått information av ansvarig chef att läkemedelshanteringen för samtliga barn/ungdomar på boendet har övergått till kommunens hälso- och sjukvårdsteam. Samtidig omvårdnadspersonal på boendet har delegering och det förvaras inga narkotikaklassade läkemedel på boendet utöver de som är doserade av sjuksköterska. IVO bedömer därmed att tillräckliga åtgärder vidtagits och kommer vid nästa inspektion följa upp att det fortsatt fungerar enligt chefens redovisning.

#### Personalens fokus på barn/ungdomar som saknar verbal kommunikation

Under inspektionen på Vesta barn- och ungdomsboende genomförde IVO:s inspektörer tre observationer i syfte att fånga upp om barnen/ungdomarna får en god och personcentrerad omvårdnad. Sammantaget uppfattade IVO:s inspektörer att barnen/ungdomarna var trygga i boendet och att personalen var engagerad i barnen/ungdomarna. IVO:s inspektörer uppmärksammade dock att det kunde hända att det brast i personalens interaktion med barn/ungdomar. Exempelvis observerade inspektörerna att det fanns stunder när personalen inte tog sig tid att tolka och förstå barnens/ungdomarnas eventuella försök att uttrycka sig. Det hände också att personalen ställde frågor till barnen/ungdomarna utan att

invänta svar. Barnen/ungdomarna fick information av personalen om vad som hände i ett omvårdnadsmoment, men IVO:s inspektörer observerade att vid flera tillfällen gavs informationen först i direkt anslutning till att momentet genomfördes. Det gav troligen inte barnet/ungdomen nödvändig tid till att förstå vad som skulle hända.

IVO vill med ovan sagda uppmärksamma nämnden på att personalen kan behöva visst stöd och vägledning i omvårdnadsarbete så att det kan utvecklas och bli än mer personcentrerat. Enligt IVO behöver det också fortsatt finnas ett pågående arbete med att utveckla alternativt och kompletterande kommunikationsstöd för samtliga barn/ungdomar, men specifikt för de barn/ungdomar som helt saknar verbal kommunikationsförmåga. För att kunna bedriva en verksamhet med god kvalitet i enlighet med 6 § LSS och fullt ut kunna erbjuda individuellt anpassade insatser och goda levnadsvillkor enligt 7 § LSS är det viktigt att barnen/ungdomarna får förutsättningar att utifrån egen förmåga kunna göra sig förstådda och också förstå vad personalen vill säga.

## Underlag

- Inspektionsprotokoll (Intervjuer personal och ansvarig chef)
- Sammanfattning barnobservationer
- Mejlsvar om läkemedelshanteringen från enhetschefen daterad den 17 januari 2023

IVO genomförde en anmäld inspektion vid Vesta barn- och ungdomsboende i Kalmar den 10-11 oktober 2022. I samband med inspektionstillfället observerade och/eller pratade inspektörerna med sammanlagt tre barn/ungdomar samt intervjuade representanter för personalen och verksamhetens enhetschef.

## Ytterligare information

Boendet är en bostad med särskild service enligt 9 § 8 LSS som drivs av Kalmar kommun. Verksamheten har plats för fyra barn/ungdomar inom personkrets 1 § 1 och riktar sig till barn och ungdomar med omfattande funktionsnedsättningar och komplexa medicinska diagnoser. Verksamheten hade vid inspektionen fyra barn/ungdomar inskrivna.

Före inspektionen fick barn och ungdomar möjlighet att besvara en enkät med frågor om aktiv involvering och delaktighet, respekt och integritet, relationer och bemötande, hälsa och välbefinnande, boendemiljö och fritid. Inget av barnen eller ungdomarna som bor på Vesta barn- och ungdomsboende har svarat på enkäten.

Föreståndaren har fått lämna skriftliga uppgifter om olika riskindikatorer, såsom personalomsättning, incidenter, oplanerade utskrivningar och begränsningsåtgärder. Svaren har, tillsammans med IVO:s övriga kännedom om verksamheten, legat till grund för planeringen av tillsynens inriktning och omfattning.

IVO ska enligt 11§ förordning (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade inspektera bostad med särskild service för barn eller ungdomar minst en

gång per år och samtala med de barn och ungdomar som samtycker till det.

---

Beslut i detta ärende har fattats av inspektören Michaela Hecht Gunnarsson. Inspektören Yvonne Berneke har deltagit i den slutliga handläggningen. Inspektören Lena Fyhr har varit föredragande.

Kopia till: Enhetschef Lena Andersson



Handläggare  
Kristina Appert

Tel. 0480-45 09 50

## TJÄNSTESKRIVELSE

Datum

Ärendebeteckning  
SN 2023/0094.11.01

Socialnämnden

# Kvalitetsuppföljning IOP Kalmar stadsmission 2022

## Förslag till beslut

Socialnämnden fattar inga beslut i samband med informationen.

## Bakgrund

Socialförvaltningen har sedan december 2020 ett samverkansavtal med Kalmar Stadsmission om IOP (idéburet offentligt partnerskap). Kvalitetsuppföljning har genomförts 2022-12-20 med syfte att följa upp hur väl samverkansparten lever upp till syfte och målsättning med ingånget avtal.

Under kvalitetsuppföljningen framgår det att det pågår mycket produktiv aktivitet och planering som dokumenteras. Företrädarna för verksamheten beskriver å sin sida att det pågått nyttiga diskussioner om gemensam målbild men att det är viktigt att framöver avväga målformuleringar i samarbetet för att undvika missförstånd. Utifrån intervjuer med företrädare från båda parter framgår att det är av vikt att göra skillnad på nämnds-mål som indikator, respektive mål med IOP-avtalet som syftar till att gynna gemensam målgrupp. Socialförvaltningens företrädare uttrycker också angelägenhet om mätning av mål kommer i gång och redogörs för att kunna säkerställa uppföljning av huruvida målgruppens behov blir tillgodosedda. Under våren 2023 kommer en workshop genomföras med båda parter kring tydlighet i uppdrag, mätning och uppföljning. Kvalitetsuppföljaren bedömer utifrån detta att det utöver beskrivna planerade aktiviteter inte fordras ytterligare förbättringsåtgärder utifrån årets kvalitetsuppföljning.

Nadja Widéhn  
Verksamhetsutvecklare

Camilla Freedeke  
Socialchef

Socialförvaltningen Verksamhetschef och handläggare

Tel 0480-45 00 00 vx | Kristina.Appert@kalmar.se



**Kalmar kommun**  
WWW.KALMAR.SE

Bilagor

Kvalitetsuppföljning IOP Kalmar stadsmission 2022

# Kvalitetsuppföljning i Idéburet Offentligt

## Partnerskap - IOP

### Basuppgifter

Idéburen sektor: Kalmar Stadsmission.

Inriktning: Erbjuder ett stort utbud av sysselsättning av olika slag och har förutsättningar att individanpassa (se mer info om verksamheter i avtal).

Medverkande från idéburen sektor: Katarina Borgemo och Susanne Lundström.

Datum för kvalitetsuppföljningen: 2022-12-20

### Krav för samarbete

Verksamheten ska vara icke vinstdrivande, politiskt obunden och arbeta utifrån alla människors lika värde. Arbetet ska utgöra såväl ett mervärde för de människor vi möter som ett komplement till socialförvaltningens ordinarie verksamhet genom en form som de offentliga aktörerna inte erbjuder.

### Verksamhetens syfte, mål och målgrupp

**Syfte:** Syftet är att skapa strukturerad samverkan för att kunna bygga långsiktiga och hållbara lösningar kring sammanhang, social gemenskap och sysselsättning för de individer vi möter (se mer info i avtal).

**Mål:** Individers behov av social gemenskap och sysselsättning kan variera över tid, och det behöver därför finnas olika typer av sysselsättningsformer att välja mellan. Det kan handla om att kravlöst få träffa andra människor i ett sammanhang till att ha något att göra eller få stöd att komma vidare till ett aktivt liv genom studier eller arbete. Individers egen vilja väger tungt (se mer info i avtal).

**Målgrupp:** Människor i utsatta livssituationer såsom personer med långvarig arbetslöshet, personer med beroendeproblematik och/ eller psykisk ohälsa.

### Syfte och mål med kvalitetsuppföljning

Syftet är att följa upp hur väl samverkansparten lever upp till syfte och målsättning med ingånget avtal.

Målet är säkerställd kvalitet.



## Kvalitetsuppföljning

Hur har verksamheten levt upp till eventuella verksamhetsmål och kvalitetsmål angivna i avtalet?

I 2022 års kvalitetsuppföljning framgår det att arbetet med arbetsgrupp respektive styrgrupp strukturerats och att det pågår arbete med att arbeta fram aktiviteter med mätbara mål som gynnar syftet med IOP-avtalet och dess målgrupp.

## Sammanfattande intryck och slutsatser med eventuella identifierade förbättringsområden

Intryck och slutsatser: Under kvalitetsuppföljningen framgår det att det pågår mycket produktiv aktivitet och planering som dokumenteras. Företrädarna för verksamheten beskriver å sin sida att det pågått nyttiga diskussioner om gemensam målbild men att det är viktigt att framöver avväga målformuleringar i samarbetet för att undvika missförstånd. Utifrån intervjuer med företrädare från båda parter framgår att det är av vikt att göra skillnad på nämnds-mål som indikator, respektive mål med IOP-avtalet som syftar till att gynna gemensam målgrupp.

Socialförvaltningens företrädare uttrycker också angelägenhet om mätning av mål kommer igång och redogörs för att kunna säkerställa uppföljning av huruvida målgruppens behov blir tillgodosedda.

Under våren 2023 kommer en workshop genomföras med båda parter kring tydlighet i uppdrag, mätning och uppföljning.

Kvalitetsuppföljaren bedömer utifrån detta att det utöver beskrivna planerade aktiviteter inte fordras ytterligare förbättringsåtgärder utifrån årets kvalitetsuppföljning.

## Öppna frågor

Hur ser man på framtiden? Hur lång tid är det kvar på avtalet? Förutsättningar för fortsättning? Företrädarna från båda parter ser positivt på fortsatt samverkan.

Övriga synpunkter/återkoppling till kommunen (som offentlig part)? Företrädarna från stadsmissionen beskriver förhoppning om att arbetet i IOP på sikt kan bygga förutsättningar för IOP-avtal för andra målgrupper i verksamheten.

Handläggare  
Kristina Appert  
Tel. 0480-45 09 50

## TJÄNSTESKRIVELSE

Datum  
2023-02-03

Ärendebeteckning  
SN 2023/0095.11.01

Socialnämnden

# Kvalitetsuppföljning IOP Kvinnojouren Kalmar 2022

## Förslag till beslut

Socialnämnden fattar inga beslut i samband med informationen.

## Bakgrund

Socialförvaltningen har tillsammans med kommunstyrelsen (avdelning trygghet och säkerhet) sedan januari 2022 ett samverkansavtal med kvinnojouren i Kalmar om IOP (idéburet offentligt partnerskap). Kvalitetsuppföljning har genomförts 2022-11-01 med syfte att följa upp hur väl samverkansparten lever upp till syfte och målsättning med ingånget avtal.

Representanterna från socialförvaltningen respektive kvinnojouren berättar att arbetet med IOP-avtalet inleddes i dialog mellan kvinnojouren och säkerhetssamordnare från kommunens avdelning för trygghet och säkerhet tidigare under våren. I juni hölls ett möte med parterna där även socialförvaltningens kontaktpersoner deltog, samt i oktober då med nyttillträdd säkerhetssamordnare från kommunen. De två senaste mötena har handlat mycket om att lära känna varandra och få information om aktiviteter som är på gång. Socialförvaltningens representanter uttrycker att IOP-avtalet utöver samverkan med kvinnojouren även skapat ett bra dialog-forum internt i kommunen mellan kontaktpersoner. Socialförvaltningen och säkerhetssamordnare från trygghet och säkerhet har fördelat sina roller inom kommunen.

I kvalitetsuppföljningen framkommer det osäkerhet från kvinnojourens sida gällande omfattning på socialtjänstens del i avtalet vilket kan bero på att alla parter inte träffats tillsammans från början i uppstarten av IOP-avtalet. Kvalitetsuppföljaren gör emellertid bedömningen att detta är något som rimligtvis borde klarna och bli tydligt i samverkan som nu har kommit i gång och att det inte krävs särskild förbättringsåtgärd kring detta. Frågan kommer att följas upp vid nästkommande kvalitetsuppföljning hösten 2023.

Socialförvaltningen Verksamhetschef och handläggare

Tel 0480-45 00 00 vx | Kristina.Appert@kalmar.se



**Kalmar kommun**  
WWW.KALMAR.SE

Nadja Widéhn  
Verksamhetsutvecklare

Camilla Freedeke  
Socialchef

Bilagor  
Kvalitetsuppföljning IOP Kvinnojouren 2022

# Kvalitetsuppföljning i Idéburet Offentligt

## Partnerskap - IOP

### Basuppgifter

Idéburen sektor: Kvinnojouren Kalmar

Inriktning: Att ge skydd och stöd till våldsutsatta kvinnor, barn och unga.

Medverkande från idéburen sektor: Pernilla Printz.

Medverkande från socialförvaltningen: Verksamhetsutvecklare Nadja Widéhn.

Datum för kvalitetsuppföljningen: 2022-11-01

### Krav för samarbete

Verksamheten ska vara icke vinstdrivande, politiskt obunden och arbeta utifrån alla människors lika värde. Arbetet ska utgöra såväl ett mervärde för de människor vi möter som ett komplement till socialförvaltningens ordinarie verksamhet genom en form som de offentliga aktörerna inte erbjuder.

### Verksamhetens syfte, mål och målgrupp

**Syfte:** Syftet med överenskommelsen är att skapa en mer långsiktig samverkan kring våldsutsatta kvinnor, barn och unga vuxna i Kalmar. Samarbetsformen skapar också goda förutsättningar för att komplettera varandras insatser. Samverkan gäller såväl det akuta och direkta stödet som det långsiktiga våldsförebyggande arbetet.

**Mål:** Den gemensamma utmaningen är att minska antalet våldsutsatta och utveckla olika insatser utifrån målgruppens behov.

**Målgrupp:** Kvinnojouren vänder sig till alla våldsutsatta kvinnor och barn samt unga vuxna som är utsatta för relationsvåld. Även personer som känner någon som är utsatt för våld i en nära relation kan ta kontakt med kvinnojouren för stöd och vägledning. I IOP-avtalet är målgruppen för det utåtriktade förebyggande arbetet primärt unga i kommunen. Målgruppen kan komma att förändras och utökas under avtalsperioden.

### Syfte och mål med kvalitetsuppföljning

Syftet är att följa upp hur väl samverkansparten lever upp till syfte och målsättning med ingånget avtal.

Målet är säkerställd kvalitet.

## Kvalitetsuppföljning

Hur har verksamheten levt upp till eventuella verksamhetsmål och kvalitetsmål angivna i avtalet?

Representanterna från socialförvaltningen respektive kvinnojouren berättar att arbetet med IOP-avtalet inleddes i dialog mellan Kvinnojouren och säkerhetssamordnare från kommunens avdelning för trygghet och säkerhet tidigare under våren. I juni hölls ett möte med parterna där även socialförvaltningens kontaktpersoner deltog, samt i oktober då med nyttillträdd säkerhetssamordnare från kommunen.

De två senaste mötena har handlat mycket om att lära känna varandra och få information om aktiviteter som är på gång. Socialförvaltningens representanter uttrycker att IOP-avtalet utöver samverkan med kvinnojouren även skapat ett bra dialog-forum internt i kommunen mellan kontaktpersoner. Socialförvaltningen och säkerhetssamordnare från trygghet och säkerhet har fördelat sina roller inom kommunen och kommit överens om att det är säkerhetssamordnaren som framöver kommer vara sammankallande till styrgruppens möten. Det kommer hållas ytterligare ett möte innan årsskiftet för att planera inför 2023.

## Sammanfattande intryck och slutsatser med eventuella identifierade förbättringsområden

Intryck och slutsatser:

I kvalitetsuppföljningen framkommer det osäkerhet från kvinnojourens sida gällande omfattning på socialtjänstens del i avtalet vilket kan bero på att alla parter inte träffats tillsammans från början i uppstarten av IOP-avtalet. Kvalitetsuppföljaren gör emellertid bedömningen att detta är något som rimligtvis borde klarna och bli tydligt i samverkan som nu har kommit igång och att det inte krävs särskild förbättringsåtgärd kring detta. Frågan kommer emellertid följas upp vid nästkommande kvalitetsuppföljning hösten 2023.

Handläggare  
Kristina Appert  
0480-45 09 50

## TJÄNSTESKRIVELSE

Datum  
2023-02-03

Ärendebeteckning  
SN 2023/0096.11.01

Socialnämnden

# Kvalitetsuppföljning IOP Brottsofferjouren Kalmar 2022

## Förslag till beslut

Socialnämnden fattar inga beslut i samband med informationen.

## Bakgrund

Socialförvaltningen har sedan 2018 samverkansavtal med Brottsofferjouren om IOP (idéburet offentligt partnerskap). Kvalitetsuppföljning har genomförts 2022-11-09 med syfte att följa upp hur väl samverkansparten lever upp till syfte och målsättning med ingånget avtal.

Under föregående kvalitetsuppföljningen framkom det att samverkan inte kommit i gång i avsaknad av styrgrupp.

I 2022 års kvalitetsuppföljningen framgår det att förutsättningarna för samverkan har ordnats och att parterna inlett samarbete. I år identifieras inga särskilda förbättringsområden utöver att samarbetet fortsätter enligt plan och avtal, vilket kommer följas upp i kvalitetsuppföljning hösten 2023.

Nadja Widéhn  
Verksamhetsutvecklare

Camilla Freedeke  
Socialchef

Bilagor  
Kvalitetsuppföljning IOP Brottsofferjouren 2022

Socialförvaltningen Verksamhetschef och handläggare

Tel 0480-45 00 00 vx | Kristina.Appert@kalmar.se



**Kalmar kommun**  
WWW.KALMAR.SE

# Kvalitetsuppföljning i Idéburet Offentligt

## Partnerskap - IOP

### Basuppgifter

Idéburen sektor: Brottsofferjouren i södra Kalmar län

Inriktning: Att ge brottsoffer stöd och hjälp.

Medverkande från idéburen sektor: Samordnare Caroline Åkesson.

Medverkande från socialförvaltningen: Verksamhetsutvecklare Nadja Widéhn.

Datum för kvalitetsuppföljningen: 2022-11-09

### Krav för samarbete

Verksamheten ska vara icke vinstdrivande, politiskt obunden och arbeta utifrån alla människors lika värde. Arbetet ska utgöra såväl ett mervärde för de människor vi möter som ett komplement till socialförvaltningens ordinarie verksamhet genom en form som de offentliga aktörerna inte erbjuder.

### Verksamhetens syfte, mål och målgrupp

**Syfte:** Syftet med samverkansavtalet är att tillhandahålla stöd till unga och vuxna brottsoffer samt till vittnen och anhöriga.

**Mål:** Genom förebyggande arbete och insatser ge brottsoffer det stöd och den hjälp de behöver för att känna sig trygga.

**Målgrupp:** Brottsoffer och anhöriga i Kalmar kommun och dess anhöriga och vittnen.

### Syfte och mål med kvalitetsuppföljning

Syftet är att följa upp hur väl samverkansparten lever upp till syfte och målsättning med ingånget avtal.

Målet är säkerställd kvalitet.

## Kvalitetsuppföljning

Hur har verksamheten levt upp till eventuella verksamhetsmål och kvalitetsmål angivna i avtalet?

Representanterna från socialförvaltningen respektive brottsofferjouren berättar att förbättringsområdena som identifierades under föregående kvalitetsuppföljning har åtgärdats utifrån följande:

En styrgrupp har formats bestående av verksamhetscheferna för VO barn och familj respektive VO Vuxen, respektive ordförande, kassör och samordnare från brottsofferjouren.

Styrgruppen har haft ett första möte i maj månad 2022 där representanterna presenterade sig för varandra och berättade om sina verksamheter. Styrgruppen gick igenom avtalet och det avhandlades förslag och idéer om gemensam marknadsföring i till exempel olika aktiviteter. Efter mötet har socialförvaltningen börjat sprida broschyrer om brottsofferjouren i mottagningens väntrum. Ett andra möte hölls i oktober då brottsofferjouren lämnade över ytterligare informationsmaterial att sprida.

Brottsofferjourens representant beskriver det stora värdet i IOP-avtalet, att det möjliggör samarbete i utbyte och tips om olika sammanhang och sprida material. En viktig del handlar i om att nå ut till målgrupperna brottsoffer, vittnen och anhöriga. Men det handlar också om att hitta volontärer. Just nu har verksamheten ett behov av kompetens inom sociala medier för att kunna nå ut med informationen på det sättet.

## Sammanfattande intryck och slutsatser med eventuella identifierade förbättringsområden

Intryck och slutsatser:

I kvalitetsuppföljningen framgår det att förutsättningarna för samverkan har ordnats och att parterna inlett samarbete. I år identifieras inga särskilda förbättringsområden utöver att samarbetet fortsätter enligt plan och avtal, vilket kommer följas upp i kvalitetsuppföljning hösten 2023.



Socialnämnden

## Kvalitetsuppföljning Birgittagården 2022

### Förslag till beslut

Socialnämnden fattar inga beslut i samband med informationen

### Bakgrund

Den vård- och omsorgsverksamhet som bedrivs av annan, vilken socialnämnden i Kalmar kommun har tecknat avtal med (avtalad verksamhet), ska själva göra egenkontroll i sin verksamhet enligt SOSFS 2011:9. Socialnämnden har ett ansvar att följa upp denna verksamhet för att säkerställa kvaliteten i verksamheterna och att tecknat avtal följs. Kvalitetsuppföljning av Birgittagårdens verksamhet gjordes av socialnämnden 2022-11-10.

Birgittagården har i tidigare kvalitetsuppföljningar uppvisat god kvalitet till både inre och yttre krav med fokus på brukarnas bästa, samtidigt som de haft ekonomiska utmaningar sista åren. Även i årets kvalitetsuppföljning framgår det att brukarna får god omsorg i verksamheten och att professionen i verksamheten värnar om att brukarna har det bra. Under 2021 pågick ett tillsynsärende från IVO som har sin grund i händelse där brukare farit illa. Verksamheten hade genomfört åtgärder i samband med det inträffade, men på grund av okunskap brustit i hantering av lex Sarah. IVO avslutade tillsynen med kommentarer om förbättringsåtgärder som verksamheten har verkställt. I samband med årets kvalitetsuppföljning får verksamheten förbättringsåtgärder i samverkan med socialförvaltningen gällande exempelvis kompetensutveckling, stöd och vägledning i utformande av rutiner men också stöd i att träna på tillämpning av redan befintliga rutiner såsom lex Sarah. Med anledning av detta har verksamheten inkommit med efterfrågad handlingsplan om flera åtgärder.

yttrande ska det finnas två separata skrivelser, ett yttrande och en tjänsteskrivelse där man antar yttrandet.

Nadja Widéhn  
Verksamhetsutvecklare

Teresa Tolic Trossmo  
Verksamhetschef

Bilagor  
Rapport Kvalitetsuppföljning Birgittagården 2022  
Handlingsplan Birgittagården

# Rapport Birgittagården

Kvalitetsuppföljning i avtalad verksamhet: Bostad  
med särskild service för vuxna LSS 9:9



## Basuppgifter

### Verksamhetens namn

Birgittagården

### Utförare (bolag, stiftelse, entreprenad etc)

Stiftelsen Birgittagården

### Föreståndare/ verksamhetsansvarig

Sara Fogelström

### Kontaktperson på socialförvaltningen

Teresa Tolic Trossmo

### Antal brukare i verksamheten

5 st

### Vid kvalitetsuppföljningen medverkade:

Nadja Widéhn, verksamhetsutvecklare socialförvaltningen i Kalmar kommun  
Teresa Tolic Trossmo, verksamhetschef socialförvaltningen i Kalmar kommun.  
Sara Fogelström, föreståndare Birgittagården.  
Staffan Gezelius, styrelseordförande Birgittagården  
Lars Nordborg, medarbetare Birgittagården

## Sammanfattande intryck och slutsatser med eventuella förbättringsområden

### Intryck och slutsatser

Birgittagården har i tidigare kvalitetsuppföljningar uppvisat god kvalitet till både inre och yttre krav med fokus på brukarnas bästa, samtidigt som de haft ekonomiska utmaningar sista åren.

Även i årets kvalitetsuppföljning framgår det att brukarna får god omsorg i verksamheten och att professionen i verksamheten värnar om att brukarna har det bra.

Under 2021 pågick ett tillsynsärende från IVO<sup>1</sup> som har sin grund i händelse där brukare varit illa. Verksamheten hade genomfört åtgärder i samband med det inträffade, men på grund av okunskap brustit i hantering av lex Sarah. IVO avslutade tillsynen med kommentarer om förbättringsåtgärder som verksamheten har verkställt. I samband med årets kvalitetsuppföljning får verksamheten förbättringsåtgärder i samverkan med socialförvaltningen gällande exempelvis kompetensutveckling, stöd och vägledning i utformande av rutiner men också stöd i att träna på tillämpning av redan befintliga rutiner såsom lex Sarah.

---

<sup>1</sup> Inspektionen för vård och omsorg

## **Förbättringsområden**

Verksamheten behöver upprätta handlingsplan (senast 2023-01-06) gällande följande åtgärder:

- Inleda arbete med att aktivt söka risker som kan utredas i lex Sarah. Verksamheten kan ta hjälp/ vägledning av verksamhetsutvecklare Nadja Widéhn i tillämpandet av egna framtagna rutiner.
- Utifrån punkter nedan upprätta individuella handlingsplaner för verksamhetens profession.
  - o Inventera behov av utbildning med hjälp av tips från kontaktperson (verksamhetschef Teresa Tolic Trossmo) om utbildningssatsningar såväl som informations och kunskapskanaler.
  - o Samverka med socialförvaltningen i kompetenssatsning "pedagogiskt ramverk".

## **Bakgrund**

Den vård- och omsorgsverksamhet som bedrivs av annan, som socialnämnden i Kalmar kommun har tecknat avtal med (avtalad verksamhet), ska själva göra egenkontroll i sin verksamhet enligt SOSFS 2011:9. Socialnämnden har dock ett ansvar att följa upp denna verksamhet för att säkerställa kvaliteten i verksamheterna och att tecknat avtal följs.

## **Syfte och mål**

Syftet är att följa upp hur utföraren följer överenskommet avtal. Målet är säkerställd kvalitet.

## **Metod**

Inför besöket granskas avtal, verksamhetsberättelse, årsredovisning, tillstånd, handlingsplan och tidigare kvalitetsuppföljning.

## **Verksamhetens mål**

Att följa den kristna etiken. Inget krav på att brukarna skall vara kristna.

## **Kunskapsbaserad verksamhet**

**Vilken utbildning och erfarenhet har föreståndare/verksamhetsansvarig som ansvarar för driften av verksamheten?**

Utbildad förskolelärare. Arbetat som förskolelärare i sju år och då även inom specialpedagogiskt område. Varit föreståndare på Birgittagården i tio år.

**Vilka kompetenskrav ställs på ordinarie personal?**

Undersköterskeutbildning.

**Samtliga anställda har en skriftlig och individuell kompetensutvecklingsplan som inte är äldre än ett år.**

Företrädarna berättar att behov kring utbildning avhandlas regelbundet på personalmöten både vad gäller brukarnas behov men också utifrån riktlinjer och regelverk. Socialförvaltningens kontaktperson hänvisar till tips om olika

kunskapskällor som verksamheten har fått tidigare men vi kommer även överens om att verksamheten ska erbjudas särskild kompetenssatsning (pedagogiskt ramverk) i socialförvaltningens regi. Kontaktpersonen kommer även skicka uppdaterad lista på kunskapskällor såsom Kunskapsguiden, Region Kalmar och olika nyhetsbrev.

Företrädarna för verksamheten berättar att de är intresserade av dokumentationssystemet Lifecare (som kommunen använder) och arbetssättet IBIC (individens behov i centrum). Socialförvaltningens kontaktperson förmedlar att hon kommer undersöka möjligheterna kring detta.

#### **Skriftliga rutiner för introduktion av nyanställda finns och tillämpas?**

Ja.

### **Trygghet och säkerhet**

#### **De enskilda**

##### **Den enskilde får muntlig och skriftlig information då insatsen påbörjas.**

Ja.

##### **Samtliga enskilda på enheten har en särskild kontaktman bland personalen.**

Ja.

##### **Har verksamheten en ansvarsförsäkring?**

Ja.

#### **Personal**

##### **Hur många personer omräknat till heltidstjänster är anställda i verksamheten.**

5,2

##### **Hur många personer är anställda?**

5

##### **Hur många personer har arbetat minst ett år?**

5

##### **Rutin för information om sekretess och tystnadsplikt finns och tillämpas.**

Ja.

#### **Dokumentation**

##### **Aktuell (utifrån behov och situation idag) genomförandeplan finns för varje enskild.**

Ja. Företrädarna beskriver att genomförandeplan och social dokumentation är ett viktigt verktyg för att hålla sig uppdaterade kring arbetssätt och rutiner kring brukarna. Verksamheten är visserligen liten och med hög kontinuitet i personal, men de förklarar att det är ändå viktigt att kunna "läsa in sig" efter ledighet etc.

**Social journal finns för varje enskilde där faktiska omständigheter och händelser av betydelse dokumenteras.**

Ja. Se svaret ovan.

**Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt så inga obehöriga får tillgång till den.**

Ja. Verksamheten dokumenterar i digitalt dokumentationssystem.

**lex Sarah**

**Rutiner enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah – SOSFS 2011:5 finns och tillämpas.**

Verksamheten har tidigare uppgett att de har rutiner för lex Sarah-hantering. På förekommen anledning har det visat sig att det saknas kunskaper i verksamheten för att tillämpa rutinerna. Det som skett är att verksamheten under 2021 uppmärksammat ett missförhållande som de åtgärdade direkt men utan att dokumentera orsaksanalys i lex Sarah-utredning samt risker för att liknande kan ske igen.

Verksamheten uppmanas att börja träna på sina rutiner genom att aktivt söka efter mindre risker så att de får in vana i att utreda avvikelser och lex Sarah. De kommer kunna få stöd och vägledning av verksamhetsutvecklare i arbetet med detta.

Företrädarna för verksamheten beskriver att de arbetar löpande med att identifiera risker och åtgärdar det direkt men de dokumenterar inte riskanalyser och gör därför inte heller sammanställningar. Under kvalitetsuppföljningen diskuterar vi nyttan med sammanställningar även i en mindre verksamhet då det ökar möjligheterna för riskbaserat tänkande och förebyggande arbetssätt. Socialförvaltningens kontaktperson kommer skicka verksamheten stödmaterial kring riskanalyser som kan vara ett hjälpmedel för detta men också för att sortera information och effektivisera möten.

**Sammanställning och analys av lex Sarah-rapporteringar samt vidtagna åtgärder har gjorts under senaste året.**

Nej

**Rapportering enligt lex Sarah har gjorts under det senaste året.**

Nej.

**Antal lex Sarah rapporter inlämnade till socialnämnden under senaste året? (Skyldighet enl. 14 kap 5 § SoL och 24 d § LSS)**

Nej

**Synpunkter och klagomål**

**Skriftliga rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns och tillämpas.**

Ja.

**Information finns och har delgetts den enskilde så att denne vet vart han/hon ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål.**

Ja.

**Sammanställning och analys av inkomna synpunkter och klagomål samt vidtagna åtgärder har gjorts under senaste året.**

Nej. Företrädarna har tidigare berättat att de hanterar synpunkter direkt när de kommer. Brukarna tar upp sina synpunkter i samtal med personalen.

Verksamheten har boendemöten för brukarna. Det är då en brukare som antecknar. Dessa möten dokumenteras därför inte på ett sådant sätt att de med säkerhet speglar allas synpunkter. Kvalitetsgranskaren lyfter frågan nästa kvalitetsuppföljning, exempelvis hur genomförda åtgärder utifrån synpunkter kan redogöras i verksamhetsberättelse.

**HSL/egenvård**

**Skriftliga rutiner för hur hälso- och sjukvårdspersonal ska kontaktas finns och tillämpas.**

Nej, men företrädarna uppger att samtal förs kontinuerligt vid personalmöten om vilka rutiner som ska följas vid kontakt med HSL. De berättar att det aldrig förekommit problem kring detta och att det inte funnits behov av skriftlig rutin då det är ett väl inarbetat arbetssätt. De hänvisar till att det är en liten verksamhet med samma personal (fast personal såväl som vikarier).

**Delegerade HSL-uppgifter finns i verksamheten.**

Nej, ej aktuellt.

**Skriftliga rutiner för hantering av läkemedel finns och tillämpas.**

Nej, ej aktuellt.

**Lokaler**

**Lokalerna är utrustade med brandlarm.**

Ja.

**Rutiner finns för utrymning vid brand eller annan fara.**

Ja.

**Utrymningsövningar genomförs regelbundet.**

Ja.

**Tidpunkt för senaste brandskyddskontroll?**

2022-09-05

**Delaktighet och inflytande**

**Samtliga enskilda har varit delaktiga i upprättandet av genomförandeplan.**

Ja.

**Regelbundna möten hålls där de enskilda är med och bestämmer i gemensamma frågor.**

Ja, under boendemöten varje vecka.



### **Tillgänglighet**

**Har enheten nödvändiga hjälpmedel till de brukare som behöver det?**

Ja.

**Har de enskilda tillgång till gemensamt kök och vardagsrum dygnet runt?**

Ja.

**Har samtliga enskilda tillgång till privat badrum och privat kök?**

Ja.

### **Självbestämmande och integritet**

**Enheten har gjort brukarundersökning under det senaste året och använt resultatet till att utveckla verksamheten.**

Verksamheten har deltagit i kommunens brukarundersökning 2021.

Brukarundersökningen görs vartannat år och drivs i nationell regi av SKR.

Verksamheten beskriver att det framkom upplevelser från brukarna i brukarundersökningen som återspeglade brister i bemötande som nu är åtgärdat. (se text under rubrik om lex Sarah).

### **Öppna frågor**

**Hur fungerar samarbetet med beställaren?**

Företrädarna för verksamheten uppger att samarbete med beställaren fungerar bra. De har haft god kontakt med verksamhetschef för funktionsstöd på socialförvaltningen.

**Hur fungerar samarbetet med andra aktörer?**

Frågan ställdes inte i år

**Hur ser man på framtiden?**

Verksamheten har haft stora ekonomiska utmaningar senaste åren och har fått ökad ersättning från kommunen kopplat till ökat omsorgsbehov. Verksamheten har dock kunnat visa på (i tidigare såväl som i föreliggande kvalitetsuppföljning) att den ekonomiska situationen inte har påverkat brukarna negativt.

Verksamheten och socialförvaltningen är överens om att förlänga avtalet.

Här kommer handlingsplanen för förbättringsområden på Birgittagården.

- Ett riskanalysarbete kommer att inledas under våren där vi tar hjälp av materialet som Teresa Tolik Trossmo skickade till oss efter kvalitetsuppföljningen. Då materialet är ganska massivt och omfattande behöver vi troligtvis hjälp av Nadja för att få ner det till våra eget framtagna rutiner.
- Angående utbildning ser vi i första hand att samtlig personal får delta vid kompetenssatsningen "Pedagogiskt ramverk". Vi är lovade att få delta under våren. Utbildningsledare ska meddela oss genom Teresa T Trossmo. Sedan ser vi att det är mycket viktigt för upprätthållandet av kvaliteten på verksamheten att vi får möjlighet att köpa in oss i Lifecare och att vår personal då får utbildning i användandet av systemet.

Med vänliga hälsningar  
Sara och Staffan

Socialnämnden

## Kvalitetsuppföljning Miniprint 2022

### Förslag till beslut

Socialnämnden fattar inga beslut i samband med informationen

### Bakgrund

Den vård- och omsorgsverksamhet som bedrivs av annan, vilken socialnämnden i Kalmar kommun har tecknat avtal med (avtalad verksamhet), ska själva göra egenkontroll i sin verksamhet enligt SOSFS 2011:9. Socialnämnden har ett ansvar att följa upp denna verksamhet för att säkerställa kvaliteten i verksamheterna och att tecknat avtal följs. Kvalitetsuppföljning av Miniprints verksamhet gjordes av socialnämnden 2022-12-05.

I 2022 års kvalitetsuppföljning görs bedömningen att verksamheten på samma sätt som tidigare håller en god kvalitet till kärnverksamheten utifrån brukarnas behov såväl som till yttre krav utifrån föreskrifter, allmänna råd och avtal. Det framgår att verksamheten har arbetat med identifierade utvecklingsområden från föregående kvalitetsuppföljning, i synnerhet kring riskanalys och kompetensutveckling. Utifrån verksamhetens egen redogörelse över kompetensbehov råds verksamheten till att kontakta demenssjuksköterska för information och kompetensutveckling inom demens och åldrande. Verksamheten uppmanas att aktivt träna på sina rutiner i lex Sarah genom att fortsatt identifiera även mindre risker för missförhållanden. Socialförvaltningen bjuder in verksamheten för att samverka i metodutveckling i den gemensamma brukarundersökningen som genomförs vartannat år.

Verksamheten har efter detta inkommit med handlingsplan för föreslagna åtgärder.

Claes Wiridén  
Verksamhetschef

Nadja Widéhn  
Verksamhetsutvecklare

Bilagor  
Rapport kvalitetsuppföljning Mini-print

# Kvalitetsuppföljnings- rapport

Daglig verksamhet och sysselsättning enligt LSS  
och SoL – Miniprint



## Basuppgifter

### Verksamhetens namn

Miniprint

### Utförare (bolag, stiftelse, entreprenad mm)

Ekonomisk förening

### Föreståndare/verksamhetsansvarig

Louise Ek

### Telefon, epost

0480-4032 58

### Kontakt på socialförvaltningen

Annelie Liljegren tel: 0480-45 08 66

### Verksamhetens inriktning

Daglig verksamhet.

### Antal omsorgstagare i verksamheten

6 st

### Vid kvalitetsuppföljningen medverkade

Nadja Widéhn, verksamhetsutvecklare socialförvaltningen.

Claes Wiridén, verksamhetschef VU funktionsstöd vuxen socialförvaltningen.

Louise Ek, föreståndare Miniprint.

Göran Stridsberg, styrelserepresentant.

## Sammanfattande intryck och slutsatser

### Intryck och slutsatser

I 2022 års kvalitetsuppföljning görs bedömningen att verksamheten på samma sätt som tidigare håller en god kvalitet till kärnverksamheten utifrån brukarnas behov såväl som till yttre krav utifrån föreskrifter, allmänna råd och avtal.

Det framgår att verksamheten har arbetat med identifierade utvecklingsområden från föregående kvalitetsuppföljning, i synnerhet kring riskanalys och kompetensutveckling.

## **Förbättringsområden**

Utifrån verksamhetens egen redogörelse över kompetensbehov råds verksamheten till att kontakta demenssjuksköterska för information och kompetensutveckling inom demens och åldrande.

Verksamheten uppmanas att aktivt träna på sina rutiner i lex Sarah genom att aktivt fortsatt identifiera även mindre risker för missförhållanden. Verksamheten kan ta verksamhetsutvecklare och lex Sarah-samordnare Nadja Widéhn till hjälp för handledning. Socialförvaltningen kommer även att ta fram en webbintroduktion i lex Sarah för externa verksamheter under våren 2023.

Socialförvaltningen bjuder in verksamheten för att samverka i metodutveckling i den gemensamma brukarundersökningen som genomförs vartannat år.

## **Handlingsplan**

Rapport från kvalitetsgranskare skickas till föreståndare i avtalad verksamhet senast två veckor efter kvalitetsgranskning. En handlingsplan upprättas av föreståndaren i avtalad verksamhet. Handlingsplanen ska innehålla förslag till åtgärder för det som framkommit under rubriken förbättringsområden. Handlingsplanen skickas per e-post till ansvarig kvalitetsgranskare senast (4) veckor efter att rapporten mottagits, vilket innebär den 20 januari 2023. Rapport och handlingsplan redovisas av tjänsteperson i socialnämnden. Vidtagna åtgärder följs upp av kvalitetsgranskare vid nästa årliga kvalitetsuppföljning eller tidigare vid behov.

## **Bakgrund**

Den vård- och omsorgsverksamhet som bedrivs av annan, som socialnämnden i Kalmar kommun har tecknat avtal med (avtalad verksamhet), ska själva göra egenkontroll i sin verksamhet enligt SOSFS 2011:9. Socialnämnden har dock ett ansvar att följa upp denna verksamhet för att säkerställa kvaliteten i verksamheterna och att tecknat avtal följs.

## **Syfte och mål**

Syftet är att följa upp hur utföraren följer överenskommet avtal. Målet är att säkerställa kvaliteten för de verksamheter som är till för.

## **Metod**

Inför besöket granskas avtal, verksamhetsberättelse, årsredovisning, tillstånd, handlingsplan, tidigare kvalitetsuppföljning samt att verksamheten ombeds fylla i en enkät utifrån dessa.

## **Verksamhetens mål**

Att utgöra en utvecklande och lärande miljö och verksamhet för personer med funktionsnedsättning.

## **Kunskapsbaserad verksamhet**

### **Ledning**

**Vilken utbildning och erfarenhet har föreståndare/verksamhetsansvarig som ansvarar för driften av verksamheten?**

Treårig högskoleutbildning till fritidspedagog samt 20 års erfarenhet av arbete inom gruppboende LSS och daglig verksamhet.

### **Personal**

**Vilka kompetenskrav ställs på ordinarie personal?**

Verksamhetens krav är kompetens anpassad till verksamheten och kunskap om LSS. Verksamheten lägger stor vikt vid ett gott bemötande, erfarenhet av arbete med människor med funktionsnedsättning, adekvat högskoleutbildning, personlig lämplighet och kännedom om brukarna. Verksamheten har två tillsvidareanställda och har inte anställt någon ny sedan 2013. Miniprint samarbetar mycket med gruppboenden Calmia vad gäller timvikarier, vilket skapar god kontinuitet för brukarna och bra förutsättningar för ovanstående kompetens.

**Samtliga anställda har en skriftlig och individuell kompetensutvecklingsplan som inte är äldre än ett år.**

Under kvalitetsuppföljningen framkommer det att verksamheten under året format en kompetensutvecklingsplan och bland annat identifierat behov av kompetensutveckling kring demens och åldrande i kombination med intellektuell funktionsnedsättning, autism osv. Kvalitetsuppföljarna råder verksamheten att ta kontakt med kommunens demenssjuksköterska för detta.

**Skriftliga rutiner för introduktion av nyanställda finns och tillämpas?**

Ja. Företrädarna för verksamheten beskriver hur introduktion går till.

## **Trygghet och säkerhet**

### **De enskilda**

**Den enskilde får muntlig och skriftlig information då insatsen påbörjas.**

Ja, detta har dock inte varit aktuellt sedan 2004.

**Samtliga enskilda på enheten har en särskild kontaktman bland personalen.**

Nej. De tre anställda har gemensamt ansvar gentemot samtliga brukare men delar upp ansvaret när det gäller dokumentation.

**Har enheten en ansvarsförsäkring?**

Ja.



## Personal

**Hur många personer omräknat till heltidstjänster är anställda i verksamheten? Två**

**Hur många personer är anställda?**

Tre samt 2-4 timvikarier. (Två vikarier för närvarande sjukskrivna).

**Hur många personer har arbetat minst ett år?**

Alla

**Rutin för information om sekretess och tystnadsplikt finns och tillämpas.**

Ja.

## Dokumentation

**Aktuell (utifrån behov och situation idag) genomförandeplan finns för varje enskild.**

Ja

**Social journal finns för varje enskilde där faktiska omständigheter och händelser av betydelse dokumenteras.**

Ja.

**Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt så inga obehöriga får tillgång till den. Ja i låst arkivskåp.**

**Lex Sarah Rutiner enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah – SOSFS 2011:5 finns och tillämpas.**

Verksamheten uppger att de har rutiner men att de aldrig behövt nyttja dem. Kvalitetsuppföljarna påtalar därför vikten av att aktivt söka risker för missförhållande dels för att förhindra missförhållanden så sådant, men också för att träna upp och upprätthålla vana i att utreda lex Sarah.

Företrädarna för verksamheten redogör för god vana i övrig avvikelshantering genom att beskriva olika exempel. Under 2022 har de bedrivit förbättringsarbete i arbetssätt med riskanalys både generellt såväl som kontinuerligt i deltagarnas genomförandeplaner. De berättar att de har en riskanalys för hela verksamheten som de reviderar vid behov, vilket även gjorts i år utifrån förbättringsområden i föregående kvalitetsuppföljning.

**Sammanställning och analys av lex Sarah-rapporteringar samt vidtagna åtgärder har gjorts under senaste året.**

Nej.

**Rapportering enligt lex Sarah har gjorts under det senaste året.**

Nej

**Antal lex Sarah rapporter inlämnade till socialnämnden under senaste året? (Skyldighet enl. 14 kap 5 § SoL och 24 d § LSS).**

Inga rapporter under 2022.

## **Synpunkter och klagomål**

**Skriftliga rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns och tillämpas.**

Ja. Verksamheten har också tagit fram ett intervjuformulär som används årligen.

**Information finns och har delgetts den enskilde så att denne vet vart han/hon ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål.**

Ja muntligen

**Sammanställning och analys av inkomna synpunkter och klagomål samt vidtagna åtgärder har gjorts under senaste året.**

Nej ingen sammanställning. Protokoll skrivs vid varje brukarmöte där de flesta synpunkter och klagomål framkommer. När något som avviker eller brister i verksamheten så diskuterar medarbetarna detta direkt sinsemellan. Företrädarna för verksamheten beskriver även att en del av synpunktshandlingen sker i samverkan med anhöriga och deltagarnas boendepersonal (se rubrik om samverkan). De avvikelser/händelser som upptäcks förmedlas vidare till styrelsen för den dagliga verksamheten Miniprint.

## **HSL/egenvård**

**Skriftliga rutiner för hur hälso- och sjukvårdspersonal ska kontaktas finns och tillämpas.**

Ja

**Delegerade HSL-uppgifter finns i verksamheten.**

Ej aktuellt för närvarande men kontakt med ansvarig sjuksköterska finns, som har varit ute i verksamheten på besök.

**Skriftliga rutiner för hantering av läkemedel finns och tillämpas.**

Ja

## **Lokaler**

**Lokalerna är utrustade med brandlarm.**

Ja.

**Rutiner finns för utrymning vid brand eller annan fara.**

Ja.

**Utrymningsövningar genomförs regelbundet.**

Ja.

**Tidpunkt för senaste brandskyddskontroll?**

Maj 2022. Det sker kontinuerligt genom avtal med Brandab.

## **Delaktighet och inflytande**

**Samtliga enskilda har varit delaktiga i upprättandet av genomförandeplan.**

Ja. Personalen upprättar genomförande planerna 2 ggr om året baserat på den enskildes behov och kunskaper. I genomförandeplanen finns också kontrollfrågor med årlig uppföljning, för att kunna följa den enskildes utveckling och åldrande. Personalen har kontinuerligt möten med de enskilda om dagliga schemat och önskemål denne vill framföra som blir som underlag i genomförandeplanerna. Anhöriga och den enskilde får sedan ta del av den skriftliga genomförandeplanen. Personalen använder bilder och schema, för att göra den enskilde delaktig. Utifrån förbättringsåtgärd i föregående kvalitetsuppföljning omfattar uppföljning av genomförandeplanerna även riskanalys.

**Regelbundna möten hålls där de enskilda är med och bestämmer i gemensamma frågor.**

Företrädarna berättar att verksamheten ordnar möte varje måndag med deltagarna då de går igenom veckan tillsammans. Mötena protokollförs. Vidare beskriver de att schemana lämnas ut med olika intervall och tidpunkt för deltagarna utifrån önskemål. Schemana är idag skrivna med de funderar över att anpassa med bilder utifrån behov.

## **Tillgänglighet**

**Har enheten nödvändiga hjälpmedel till de brukare som behöver det?**

Ja. En brukare har rullator vilket fungerar bra i lokalerna. Samma brukare använder rullstol utomhus.

## **Självbestämmande och integritet**

**Enheten har haft en eller flera personer som har övergått från daglig verksamhet till förvärvsarbete under det senaste året eller sedan föregående uppföljning.**

Nej. Men företrädarna för verksamheten beskriver att de sett utveckling och större självständighet hos samtliga deltagare sedan start. De planerar sätta in mer resurs för att möjliggöra individuella utmaningar för de deltagare som behöver det.

**Enheten har gjort brukarundersökning under det senaste året och använt resultatet till att utveckla verksamheten.**

Verksamheten deltar tillsammans med socialförvaltningen vartannat år i den av SKR (Sveriges kommuner och regioner) anordnade brukarundersökningen. Verksamheten beskriver emellertid svårigheter för brukarna att svara på frågorna. Under kvalitetsuppföljningen framkommer gemensamt önskemål om att samverka för att tillsammans förbättra genomförandet generellt.

En gång per termin har arbetstagaren "egen tid" med en av personalen under en halvdag. Den enskilde bestämmer då aktivitet. Synpunkter och behov framkommer också vid den årliga uppföljningsintervjun.

**Har ni något uppdrag som förvaltare eller god man till någon deltagare i verksamheten?**

Nej.

## Öppna frågor

**Hur fungerar samarbetet med beställaren?**

Verksamheten beskriver ett mycket gott samarbete och "team-arbete" med anhöriga såväl som med boendepersonal. Tidigare gjordes även genomförandeplanen tillsammans med boendet. Företrädarna för verksamheten respektive socialförvaltningen konstaterar att det vore positivt att återuppta ett sådant samarbete som arbetssätt.

Verksamheten har tidigare haft samarbete med kommunen och Friskis & Svettis som pausats under pandemin. Vid kvalitetsuppföljningen konstateras att detta samarbete kommer återupptas 2023.

**Hur ser man på framtiden? Hur lång tid är det kvar på avtalet?**

**Förutsättningar för fortsättning?**

Framtidsutsikterna ser goda ut. Socialförvaltningen och verksamheten är överens om att förlänga avtalet.

Miniprint ekonomisk förening

Slöjdaregatan 11

393 66 KALMAR

0480-403258

[miniprint.kalmar@telia.com](mailto:miniprint.kalmar@telia.com)

## Handlingsplan för Miniprint

Verksamheten Miniprint har upprättat en **handlingsplan** gällande förbättringsområden som uppkom vid kommunens kvalitetsuppföljning 221205. Vi har tagit till oss de åtgärder som ska göras.

**Årsberättelse:** Miniprints årsberättelse kommer lämnas in så snart som möjligt av ansvarig chef för verksamheten.

**Kompetensbehov:** Miniprints föreståndare kommer snarast kontakta en demenssköterska i kommunen som kan ge information och kompetensutveckling inom demens och åldrande.

Miniprints personal är positiva till att ta Nadja Widéhn till hjälp för handledning om det skulle behövas i lex Sarah. Miniprint kommer att träna på dessa rutiner genom att aktivt fortsätta identifiera även mindre risker för missförhållanden. Miniprint är positiva till att ta del av Socialförvaltningens webbintroduktion i lex Sarah för externa verksamheter. Miniprint är också positiva till att Socialförvaltningen bjuder in verksamheten för att samverka i metodutveckling i den gemensamma brukarundersökningen som genomförs vartannat år.

Socialnämnden

## Kvalitetsuppföljning Lustgården 2022

### Förslag till beslut

Socialnämnden fattar inga beslut i samband med informationen

### Bakgrund

Den vård- och omsorgsverksamhet som bedrivs av annan, vilken socialnämnden i Kalmar kommun har tecknat avtal med (avtalad verksamhet), ska själva göra egenkontroll i sin verksamhet enligt SOSFS 2011:9. Socialnämnden har ett ansvar att följa upp denna verksamhet för att säkerställa kvaliteten i verksamheterna och att tecknat avtal följs. Kvalitetsuppföljning av Lustgårdens verksamhet gjordes av socialnämnden 2022-11-22.

Det samlade intrycket i årets kvalitetsuppföljning av Lustgården är att brukarna får god omsorg och att professionen värnar om att brukarna har det bra och får en meningsfull sysselsättning. I tidigare kvalitetsuppföljningar har det framgått behov av förbättringsarbete vad gäller att utveckla verksamhetens kvalitetsledningssystem till ett praktiskt verktyg, dvs att verksamheten säkerställer att exempelvis de rutiner de tagit fram är till nytta och fungerar som redskap i verksamhetens uppdrag. I årets kvalitetsuppföljning framgår det att verksamheten under året har bedrivit mycket utvecklingsarbete kring detta, med fokus på kommunikation och delaktighet för brukarna. Verksamheten har också arbetat mycket kring riskbaserat arbete, men det framgår att det saknas kunskaper kring olika verktyg såsom lex Sarah i förebyggande syfte. Verksamheten får därför förbättringsåtgärd kring detta i syfte att bygga upp vana och tillämpning av rutin.

Verksamheten har efter detta inkommit med handlingsplan för föreslagna åtgärder.

Claes Wiridén  
Verksamhetschef

Nadja Widéhn  
Verksamhetsutvecklare

Bilagor  
Rapport Kvalitetsuppföljning Lustgården 2022

# Kvalitetsuppföljnings- rapport

Daglig verksamhet och sysselsättning enligt LSS  
och SoL – Lustgården





## Basuppgifter

### Verksamhetens namn

Lustgården i Lövshult  
Lövshult 157, 388 93 Ljungbyholm

### Utförare (bolag, stiftelse, entreprenad mm)

Enskild firma

### Föreståndare/verksamhetsansvarig

Lena Karlsson

### Telefon, epost

0480-52087  
lovhultgarden@telia.com

### Hemsida

<http://lustgardenilovshult.com/>

### Kontakt på socialförvaltningen

Anita Yvlander  
0480-450289

### Verksamhetens inriktning

Daglig verksamhet i lantlig miljö.

### Antal omsorgstagare i verksamheten

Totalt 10, finns plats för ytterligare en heltid.

### Vid kvalitetsuppföljningen medverkade

Nadja Widéhn, verksamhetsutvecklare socialförvaltningen.  
Anita Yvlander, enhetschef VO funktionsstöd vuxen socialförvaltningen.  
Claes Wiridén, verksamhetschef VU funktionsstöd vuxen socialförvaltningen.  
Lena Andersson, föreståndare Lustgården.  
Kim Karlsson, medarbetare Lustgården.  
Frida Karlsson, medarbetare Lustgården.

# Sammanfattande intryck och slutsatser

## Intryck och slutsatser

Det samlade intrycket i årets kvalitetsuppföljning av Lustgården är att brukarna får god omsorg och att professionen värnar om att brukarna har det bra och får en meningsfull sysselsättning.

I tidigare kvalitetsuppföljningar har det framgått behov av förbättringsarbete vad gäller att utveckla verksamhetens kvalitetsledningssystem till ett praktiskt verktyg, dvs att verksamheten säkerställer att exempelvis de rutiner de tagit fram är till nytta och fungerar som redskap i verksamhetens uppdrag.

I årets kvalitetsuppföljning framgår det att verksamheten under året har bedrivit mycket utvecklingsarbete kring detta, med fokus på kommunikation och delaktighet för brukarna. Verksamheten har också arbetat mycket kring riskbaserat arbete, men det framgår att det saknas kunskaper kring olika verktyg såsom lex Sarah i förebyggande syfte. Verksamheten får därför förbättringsåtgärd kring detta i syfte att bygga upp vana och tillämpning av rutin.

## Förbättringsområden

Verksamheten behöver träna på sina rutiner i lex Sarah genom att aktivt identifiera även mindre risker för missförhållanden. Verksamheten kan ta verksamhetsutvecklare och lex Sarah-samordnare Nadja Widéhn till hjälp för handledning. Socialförvaltningen kommer även att ta fram en webbintroduktion i lex Sarah för externa verksamheter under våren 2023.

Verksamheten behöver ordna plan som säkerställer att de håller sig uppdaterade på senaste kunskap samt inventera behov av detta genom exempelvis:

- Kunskapsguiden
- Nyhetsbrev från Socialstyrelsen och SKR (Sveriges kommuner och regioner).
- Kunskapsportalen på [regionkalmar.se/vardgivarwebben/](http://regionkalmar.se/vardgivarwebben/) utveckling och kompetens/ kunskapsportalen.

Verksamheten uppmanas att kontakta sin kontaktperson på kommunen (Anita Yvlander i frågor som framkommit kring samverkan, specifikt gällande:

- Förekomst av oro kring brukare.
- Daglig kommunikation vid behov mellan boende och daglig verksamhet.
- Underlag kring brukare som Lustgården behöver för att verkställa insatsen för respektive brukare.

## Handlingsplan

Verksamheten uppmanas återkomma med handlingsplan utifrån förbättringsåtgärd senast 6:e januari 2023.

## **Bakgrund**

Den vård- och omsorgsverksamhet som bedrivs av annan, som socialnämnden i Kalmar kommun har tecknat avtal med (avtalad verksamhet), ska själva göra egenkontroll i sin verksamhet enligt SOSFS 2011:9. Socialnämnden har dock ett ansvar att följa upp denna verksamhet för att säkerställa kvaliteten i verksamheterna och att tecknat avtal följs.

## **Syfte och mål**

Syftet är att följa upp hur utföraren följer överenskommet avtal. Målet är säkerställd kvalitet.

## **Metod**

Inför besöket granskas avtal, verksamhetsberättelse, årsredovisning, tillstånd, handlingsplan, tidigare kvalitetsuppföljning samt att verksamheten ombeds fylla i en enkät utifrån dessa.

## **Verksamhetens mål**

Meningsfull sysselsättning i stimulerande miljö med närhet till djur och natur. Verksamheten bedrivs på landet och brukaren ska ingå i en gemenskap och ha ansvarsområden. Verksamheten bedrivs i nära samverkan med deltagarna. Personal och deltagare arbetar sida vid sida.

## **Kunskapsbaserad verksamhet**

### **Ledning**

**Vilken utbildning och erfarenhet har föreståndare/verksamhetsansvarig som ansvarar för driften av verksamheten?**

Fritidsassistent, fritidsledarutbildning, ridinstruktör inom handikapp-ridning, 27 års erfarenhet från baskursen vid Högalids Folkhögskola och 16 års erfarenhet som verksamhetschef vid Lustgården. Sammanlagt drygt 40 års yrkeserfarenhet med målgruppen.

### **Personal**

**Vilka kompetenskrav ställs på ordinarie personal?**

Att personal är allsidig – kunskap och erfarenhet människor med funktionsnedsättningar samt erfarenhet av gårds- och djurskötsel. Ett professionellt förhållningsätt, humanistisk människosyn, medmänsklighet och ett gott bemötande gentemot brukarna är det viktigaste.

**Samtliga anställda har en skriftlig och individuell kompetensutvecklingsplan som inte är äldre än ett år.**

Nej. Samtidigt framgår det i kvalitetsuppföljningen att brukarna vistats i dagliga verksamheten under många år och att personalen är väl insatta i deras behov. Med det sagt sker det emellertid förändringar i takt med stigande ålder hos brukarna som verksamheten behöver hålla sig uppdaterade i kunskapsmässigt.

Vi diskuterar vikten av att hålla verksamheten uppdaterad genom olika kunskapskanaler på nationell såväl som regional nivå. Företrädarna från

socialförvaltningen åtar sig även att bjuda in verksamheten till utbildning i pedagogiska ramverket.

**Skriftliga rutiner för introduktion av nyanställda finns och tillämpas?**

Ja.

## **Trygghet och säkerhet**

### **De enskilda**

**Den enskilde får muntlig och skriftlig information då insatsen påbörjas.**

Ja.

**Samtliga enskilda på enheten har en särskild kontaktman bland personalen.**

Nej. Verksamheten har ett fåtal anställda och de arbetar nära brukarna. De har ett gemensamt kontaktmannaskap, om inget annat är bestämt.

**Har enheten en ansvarsförsäkring?**

Ja.

### **Personal**

**Hur många personer omräknat till heltidstjänster är anställda i verksamheten? Två**

**Hur många personer är anställda?**

Två plus föreståndare.

**Hur många personer har arbetat minst ett år?**

Tre.

**Rutin för information om sekretess och tystnadsplikt finns och tillämpas.**

Ja.

### **Dokumentation**

**Aktuell (utifrån behov och situation idag) genomförandeplan finns för varje enskild.**

Genomförandeplan finns för varje brukare. Minst var sjätte månad har personalen ett utvecklingssamtal enligt en skriftlig mall med varje brukare. Frågorna berör trivsel, önskemål samt uppfattning om: aktiviteter, mat, resor, medbestämmande mm. Genomförandeplanen revideras i samband med och utifrån vad som kommer fram i utvecklingssamtalet. När en ny individ börjar på Lustgården är det viktigaste att komma in i gruppen. Personalen skriver därför

genomförandeplanen och den enskilde blir delaktig i genomförandeplanen vid utvecklingssamtalet.

**Social journal finns för varje enskilde där faktiska omständigheter och händelser av betydelse dokumenteras.**

Ja.

**Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt så inga obehöriga får tillgång till den. Ja i låst kassaskåp.**

**Lex Sarah Rutiner enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah – SOSFS 2011:5 finns och tillämpas.**

Rutiner finns men det framgår under kvalitetsuppföljningen att det saknas kunskap om syftet med dessa och kring lex Sarah som verktyg i sin helhet.

**Sammanställning och analys av lex Sarah-rapporteringar samt vidtagna åtgärder har gjorts under senaste året.**

Nej.

**Rapportering enligt lex Sarah har gjorts under det senaste året.**

Nej

**Antal lex Sarah rapporter inlämnade till socialnämnden under senaste året? (Skyldighet enl. 14 kap 5 § SoL och 24 d § LSS).**

Inga rapporter under 2022.

## **Synpunkter och klagomål**

**Skriftliga rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns och tillämpas.**

I utvecklingssamtalet som hålls var sjätte månad dokumenteras brukarens synpunkter och önskemål. Det finns även skriftlig rutin. Det mesta av detta sker i stunden, när det händer och verksamheten hanterar det där och då.

**Information finns och har delgetts den enskilde så att denne vet vart han/hon ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål.**

Ja.

**Sammanställning och analys av inkomna synpunkter och klagomål samt vidtagna åtgärder har gjorts under senaste året.**

Verksamheten bygger på ett fåtal brukare och två personal. I direkta samtal med brukarna och vid utvecklingssamtalen framkommer brukarnas synpunkter. Det finns en stor tillit till varandra och alla kan prata öppet med personalen om de synpunkter och klagomål som finns. I och med denna närhet till en liten grupp har personalen god kännedom om varje deltagares situation och behov av utveckling. De kan utifrån detta se om det skulle uppstå återkommande mönster i synpunkterna. Börjar något gå snett, så anser de att de kan rätta upp det på en

gång. Samtidigt konstaterar de att det är bra att dokumentera händelser av betydelse, för att kunna gå tillbaka i dokumentationen och göra en analys.

Företrädarna för verksamheten visar en planeringstavla som de börjat använda under året. På planeringstavlan framgår schema för varje brukare, olika ansvarområden och struktur för dagen. Tavlan är placerad i gemensamhetsutrymmet där alla samlas på morgonen och brukarna blir därför delaktiga i göra justeringar på tavlan efter behov och önskemål.

## **HSL/egenvård**

### **Skriftliga rutiner för hur hälso- och sjukvårdspersonal ska kontaktas finns och tillämpas.**

Ja. Det finns angivet i den enskildes sociala dokumentation vilken HSL-personal som är aktuell.

### **Delegerade HSL-uppgifter finns i verksamheten.**

Nej. Ej aktuellt.

### **Skriftliga rutiner för hantering av läkemedel finns och tillämpas.**

Nej. Ej aktuellt.

## **Lokaler**

### **Lokalerna är utrustade med brandlarm.**

Ja, sammankopplade larm.

### **Rutiner finns för utrymning vid brand eller annan fara.**

Ja.

### **Utrymningsövningar genomförs regelbundet.**

Egenkontroll av brandskydd görs varannan månad. Brandövning 2 gånger om året. Genomgång av samlingsplats vid brand med alla nya deltagare. Senaste brandövningen genomfördes för två veckor sedan.

**Tidpunkt för senaste brandskyddskontroll?**  
(Datum för 2022?)

## **Delaktighet och inflytande**

### **Samtliga enskilda har varit delaktiga i upprättandet av genomförandeplan.**

Ja. Brukarnas görs delaktiga genom tidigare nämnda utvecklingssamtal. Företrädarna beskriver även att brukarna får prova på olika aktiviteter innan deras schema planeras. Detta kan de också göra om någon skulle vilja prova på

något nytt. Aktiviteterna är planerade efter årstid men också efter förmåga. Företrädarna beskriver att det är viktigt att gynna brukarnas utveckling genom att erbjuda mer utmaningar om de ser förutsättningar för detta hos individen, men att det sker med försiktighet så att det inte blir för mycket/ för stort för den enskilde.

Socialförvaltningens företrädare föreslår att verksamheten kan reflektera över vinster med att planera genomförandeplan i samverkan med brukarnas boenden.

### **Regelbundna möten hålls (arbetsplatsträffar på DV) där de enskilda är med och bestämmer i gemensamma frågor.**

Ja. Dels genom tidigare nämnde utvecklingssamtal, men också genom dagliga morgon och lunchmöten då man gemensamt går igenom sysslor och schemat för förmiddag respektive eftermiddag.

Verksamheten har också en förslagstavla där alla kan lämna förslag på aktiviteter, mat, utflykter m.m. I denna låda kan brukarna även lägga klagomål.

Företrädarna beskriver också att det finns mycket av en familjekänsla i verksamheten genom att alla känner varandra väl och arbetar ofta med gemensamma aktiviteter. Även de brukare som föredrar att arbeta mer enskilt kan göra detta lite mer vid sidan om men ändå ingå i det gemensamma sammanhanget.

### **Det är möjligt för den som vill (avser DV) att delta i enhetens dagliga verksamhet 40 timmar per vecka**

Ja.

## **Tillgänglighet**

### **Har enheten nödvändiga hjälpmedel till de brukare som behöver det?**

Ej aktuellt.

### **Finns det minst 2 handikappvänliga hästar och ytterligare två tamdjursarter?**

Ja. På gården finns det 2 handikappvänliga islandshästar och 2 shetlandsponnys. Ett stort antal höns, 2 marsvin, 3 minigrisar, 2 katter, 5 hundar, 2 sköldpaddor och fiskar.

### **Enheten är öppen utöver fyra veckor på sommaren och helgdagar?**

Ja.

### **Kan enheten (så långt det är möjligt) erbjuda kost utifrån individens önskemål utifrån hälso-, etniska eller religiösa skäl?**

Ja.

### **Finns det (utöver matsal) särskilt rum för rast och vila?**

Ja.

## **Självbestämmande och integritet**

**Enheten (avser DV) har haft en eller flera personer som har övergått från daglig verksamhet till förvärvsarbete under det senaste året eller sedan föregående uppföljning.**

Nej.

**Enheten har gjort brukarundersökning under det senaste året och använt resultatet till att utveckla verksamheten.**

Verksamheten deltar tillsammans med socialförvaltningen i nationell brukarundersökning som anordnas av SKR (Sveriges kommuner och regioner). Brukarundersökningen görs i verksamheten vartannat år och ger på det sättet en automatisk uppföljning. Verksamheten kan också jämföra sig med andra verksamheter lokalt och nationellt i den nationella statistikportalen Kolada.

I jämförelse med Lustgårdens resultat 2020 framgår det att fler brukare i verksamheten svarat i år. De är överlag lika nöjda och i flera områden mer nöjda än förra gången. Det finns en lite försämring i frågorna om kommunikation (att förstå och bli förstådd i dialog med personal). Företrädarna uppger att de hoppas att den gemensamma planeringstavlan kan bli ett verktyg för att förbättra detta.

**Har ni något uppdrag som förvaltare eller god man till någon deltagare i verksamheten?**

Nej.

## **Öppna frågor**

**Hur fungerar samarbetet med beställaren?**

Företrädarna uppger att det finns vissa svårigheter i samverkan med en del av brukarnas boenden. Det handlar till exempel om att Lustgården gärna vill ha mer daglig notis om saker som de kan behöva veta för brukarnas skull. Till exempel om något särskilt hänt som de kan behöva veta om som påverkar brukarens mående och dagsform. Företrädarna berättar om särskild händelse då de inte fått till sig information av vikt som kunnat få större konsekvenser.

Företrädarna uttrycker frustration i vissa av dessa frågor på ett sätt som i sig riskerar att bli ensidigt och innebära ett hinder för god dialog och samverkan. Företrädarna från socialförvaltningen trycker därför av vikten på vardera huvudmans/ verksamhetsansvar och roll i olika situationer, till exempel där skeenden i en verksamhet påverkar en annan. Det innefattar bland annat att riskbaserat tänk och utredningsansvar för hur detta påverkar och vad som sker i den egna verksamheten, men också att sakligt kunna påtala oro för risker utanför den egna verksamheten och då överlåta utredningsansvar om orsak och verkan.



Verksamheten uppmanas därför till att ta stöd av kommunens kontaktperson vad gäller kommunikation med boenden samt eventuell förekomst av oro. Verksamheten informeras även om möjlighet till att ta stöd av socialförvaltningens lex Sarah-samordnare för att bedöma och eventuellt utreda egna risker i samband med detta.

Verksamheten efterfrågar beslutsunderlag (inklusive medicinskt underlag) som behövs för att kunna planera insatserna efter brukarnas behov. Socialförvaltningens kontaktperson meddelar att hon skall ordna med detta.

**Hur fungerar samverkan med särskola? (Praktik särskoleelever).**

Verksamheten har under pandemin inte tagit emot praktikanter.

**Har det varit aktuellt med samverkan kring SIP alt. Individuell plan enligt LSS § 10?**

Nej.

**Hur ser man på framtiden? Hur lång tid är det kvar på avtalet? Förutsättningar för fortsättning?**

Avtalet är förlängt till augusti 2024 och är sista optionsåret.

**Har enheten anlitat någon underleverantör?**

Nej.

**Har enheten något kvalitetsledningssystem?**

Verksamheten har en pärm med innehåll som efterfrågas i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Föreståndaren har tidigare genomgått Kunskapsguidens webbutbildning och uppdaterar sig kontinuerligt. Det är en liten verksamhet, som bygger på närhet med brukarna och de försöker att lägga ambitionsnivån kring kvalitetsledningssystemet, så att det gagnar brukarna och verksamhetens kvalitet. Det framgår i kvalitetsuppföljningen att verksamheten arbetat med att tydliggöra struktur kring hur verksamheten arbetar med kvalitetsledningssystemet för att ta tillvara både synpunkter från brukarna, risker, avvikelser och kvalitetsuppföljning för att förbättra kvaliteten på verksamheten. Även om arbetet tydligt går framåt i detta finns det emellertid avsaknad av förståelse kring syftet med avvikelshantering kring exempelvis lex Sarah.

## Handlingsplan Lustgården i Lövshult

Kvalitetsuppföljning 2022-11-28

Vi kommer under året 2023 ta hjälp av Nadja Widéhn i vårt arbete med Lex Sarah i praktiken.

Nadja kommer i början av år 2023 erbjuda en film som vi kommer ta del av.

Vi kommer inta kunskap från kunskapsguiden samt kunskapsportalen.

Och invänta nyhetsbrev från socialstyrelsen samt SKR.

Vi kommer även ta hjälp av verksamhetschefer från andra kommuner för bredare kunskap i vårt arbete med Lex Sarah.

Vi kommer fortsätta vårt dagliga analyserande av risker/ev. risker m.m

Socialnämnden

## Kvalitetsuppföljning Mossegården 2022

### Förslag till beslut

Socialnämnden fattar inga beslut i samband med informationen

### Bakgrund

Den vård- och omsorgsverksamhet som bedrivs av annan, vilken socialnämnden i Kalmar kommun har tecknat avtal med (avtalad verksamhet), ska själva göra egenkontroll i sin verksamhet enligt SOSFS 2011:9. Socialnämnden har ett ansvar att följa upp denna verksamhet för att säkerställa kvaliteten i verksamheterna och att tecknat avtal följs. Kvalitetsuppföljning av Mossegårdens verksamhet gjordes av socialnämnden 2022-12-02.

Under kvalitetsuppföljningen framgår det att Mossegården är en verksamhet med genuin känsla och omsorg för deltagarnas intresse och behov. Verksamheten är välfungerande vad gäller kärnverksamhet och även till de yttre kraven på verksamheten såsom systematiskt förbättringsarbete och dokumentation. Detta tack vare att verksamheten kontinuerligt eftersträvar bästa tillgängliga kunskap och god kvalitet. Det framgår att verksamheten i enlighet med sin handlingsplan har utvecklat arbetssätt kring riskanalys samt ordnat kompetensutvecklingsplan.

Verksamheten uppmanas att aktivt träna på sina rutiner i lex Sarah genom att aktivt fortsatt identifiera även mindre risker för missförhållanden. Att fortsätta bevaka tillgänglig kompetensutveckling bland annat genom ”kompetensportalen” hos vårdgivarwebben på [regionkalmar.se](http://regionkalmar.se). Verksamheten uppmanas också att fortsatt analysera sina lokala resultat från brukarundersökningen med övergripande resultat från socialförvaltningen.

Verksamheten har efter detta inkommit med handlingsplan för föreslagna åtgärder.

Claes Wiridén  
Verksamhetschef

Nadja Widéhn  
Verksamhetsutvecklare

Bilagor  
Kvalitetsuppföljning Mossegården 2022  
Handlingsplan Mossegården 2023

# Kvalitetsuppföljnings- rapport

Daglig verksamhet och sysselsättning enligt LSS  
och SoL – Mossegården



## Basuppgifter

### Verksamhetens namn

Mossegården daglig verksamhet

### Utförare (bolag, stiftelse, entreprenad mm)

Enskild firma

### Föreståndare/verksamhetsansvarig

Nina Nätbring Benlow

### Telefon, epost

0480-320 44, mossegarden@hotmail.com

### Kontakt på socialförvaltningen

Anita Yvlander

0480-450289

### Verksamhetens inriktning

Daglig verksamhet.

### Antal omsorgstagare i verksamheten

8 platser – för närvarande 7 heltid och 2 deltider

### Vid kvalitetsuppföljningen medverkade

Nadja Widéhn, verksamhetsutvecklare socialförvaltningen.

Anita Yvlander, enhetschef VO funktionsstöd vuxen socialförvaltningen.

Claes Wiridén, verksamhetschef VU funktionsstöd vuxen socialförvaltningen.

Nina Nätbring, föreståndare Mossegården.

Linn Benlow, medarbetare Mossegården.

## Sammanfattande intryck och slutsatser

### Intryck och slutsatser

Under kvalitetsuppföljningen framgår det att Mossegården är en verksamhet med genuin känsla och omsorg för deltagarnas intresse och behov. Verksamheten är välfungerande vad gäller kärnverksamhet och även till de yttre kraven på verksamheten såsom systematiskt förbättringsarbete och dokumentation. Detta tack vare att verksamheten kontinuerligt eftersträvar bästa tillgängliga kunskap och god kvalitet. Det framgår att verksamheten i enlighet med sin handlingsplan har utvecklat arbetssätt kring riskanalys samt ordnat kompetensutvecklingsplan.

## Förbättringsområden

Verksamheten uppmanas att:

- Aktivt träna på sina rutiner i lex Sarah genom att aktivt fortsatt identifiera även mindre risker för missförhållanden. Verksamheten kan ta verksamhetsutvecklare och lex Sarah-samordnare Nadja Widéhn till hjälp för handledning. Socialförvaltningen kommer även att ta fram en webbintroduktion i lex Sarah för externa verksamheter under våren 2023.
- Bevaka vårdgivarwebben på regionkalmar.se för kompetensutveckling i "kompetenssportalen" samt överenskommelse och praktiska anvisningar kring SIP.
- Fortsatt analysera sina resultat från brukarundersökningen med övergripande resultat från socialförvaltningen.

## Handlingsplan

Verksamheten uppmanas återkomma med handlingsplan utifrån förbättringsåtgärd senast 19:e januari 2023.

## Bakgrund

Den vård- och omsorgsverksamhet som bedrivs av annan, som socialnämnden i Kalmar kommun har tecknat avtal med (avtalad verksamhet), ska själva göra egenkontroll i sin verksamhet enligt SOSFS 2011:9. Socialnämnden har dock ett ansvar att följa upp denna verksamhet för att säkerställa kvaliteten i verksamheterna och att tecknat avtal följs.

## Syfte och mål

Syftet är att följa upp hur utföraren följer överenskommet avtal. Målet är säkerställd kvalitet.

## Metod

Inför besöket granskas avtal, verksamhetsberättelse, årsredovisning, tillstånd, handlingsplan, tidigare kvalitetsuppföljning samt att verksamheten ombeds fylla i en enkät utifrån dessa.

## Verksamhetens mål

Sträva efter att brukaren ska bli självständig. Alla deltagare har sitt eget ansvarsområde. Det ger en trygghet och självständighet att kunna sina sysslor. Personalen finns där, för att vid behov backa upp. Verksamheten utgår från individens behov och att anpassa verksamheten utifrån den enskilde, bli genom att vara lyhörd för individens behov, prata med den enskilde om situationen. Det gäller att göra vardagen begriplig och att använda de kognitiva hjälpmedel som behövs. Var och en ska ha en givande dag känna sig behövd. Djuren på gården är den viktigaste delen för att uppfylla målen.

## **Kunskapsbaserad verksamhet Ledning**

### **Vilken utbildning och erfarenhet har föreståndare/verksamhetsansvarig som ansvarar för driften av verksamheten?**

Ettårig vårdutbildning med inriktning utvecklingsstörning GPU/APU. Nina har 40 års erfarenhet inom LSS området. Senaste 23 åren har hon arbetat i Kalmar kommun varav 19 år i egen regi. Nina har stor erfarenhet av hästar och har arbetat som handikapp-instruktör och ridinstruktör på ridskola. Hon har anlitats som föreläsare av LRF avseende Grön omsorg.

## **Personal**

### **Vilka kompetenskrav ställs på ordinarie personal?**

En adekvat vårdutbildning. Anställning sker efter personlig lämplighet med höga krav på gott bemötande och förmåga att arbeta med målgruppen och för deltagarnas individuella utvecklingsmål med en meningsfull sysselsättning. Likväl ställs det höga krav på erfarenhet och förmåga att arbeta med djuren tillsammans med deltagarna såsom handikappvänliga hästar.

### **Samtliga anställda har en skriftlig och individuell kompetens-utvecklingsplan som inte är äldre än ett år.**

Företrädarna i verksamheten berättar att de sedan föregående år arbetat med att ringa in behov i en kompetensutvecklingsplan. Prioriterade områden är att fylla på kunskap om riskanalys, avvikelshantering (såsom lex Sarah) och kvalitetsledningssystem.

Kvalitetsuppföljarna noterar att det i föregående kvalitetsuppföljning framgår att verksamheten deltagit i utbildningar gällande just dessa områden, men även i TAKK och HLR. Det framgår att de aktivt söker senaste bästa kunskap via relevanta kunskapskällor.

Kvalitetsuppföljarna tipsar om ytterligare kunskapskällor såsom vårdgivarwebben på [regionkalmar.se](http://regionkalmar.se) där det bland annat finns utbud gällande överenskommelse om SIP i Kalmar region.

Kvalitetsuppföljarna informerar om att kommunen kan erbjuda journalsystemet Lifecare med IBIC utbildning (individens behov i centrum).

### **Skriftliga rutiner för introduktion av nyanställda finns och tillämpas?**

Ja.



# Trygghet och säkerhet

## De enskilda

**Den enskilde får muntlig och skriftlig information då insatsen påbörjas.**

Ja.

**Samtliga enskilda på enheten har en särskild kontaktman bland personalen.**  
Nej, det är ett gemensamt kontaktmannaskap.

**Har enheten en ansvarsförsäkring?**

Ja.

## Personal

**Hur många personer omräknat till heltidstjänster är anställda i verksamheten?** 2-3. En föreståndare på varierande arbetstid. Två heltider och en timanställd 1 dag/vecka.

**Hur många personer är anställda?**

4

**Hur många personer har arbetat minst ett år?**

4

**Rutin för information om sekretess och tystnadsplikt finns och tillämpas.**

Ja.

## Dokumentation

**Aktuell (utifrån behov och situation idag) genomförandeplan finns för varje enskild.**

Ja

**Social journal finns för varje enskilde där faktiska omständigheter och händelser av betydelse dokumenteras.**

Ja.

**Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt så inga obehöriga får tillgång till den.** Ja i låst arkivskåp.

**Lex Sarah Rutiner enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah – SOSFS 2011:5 finns och tillämpas.**

Rutiner finns och verksamheten har årlig genomgång av rutinerna enligt ett årshjul. Verksamheter uttrycker önskemål om stöd/ vägledning i syfte att bygga upp vana kring förfarandet.

I övrigt beskriver företrädarna för verksamheten att de kommit igång ordentligt med att arbeta med riskanalyser både generellt och i genomförandeplan. De beskriver arbetet som utmanande men lärande.

**Sammanställning och analys av lex Sarah-rapporteringar samt vidtagna åtgärder har gjorts under senaste året.**

Nej.

**Rapportering enligt lex Sarah har gjorts under det senaste året.**

Nej

**Antal lex Sarah rapporter inlämnade till socialnämnden under senaste året? (Skyldighet enl. 14 kap 5 § SoL och 24 d § LSS).**

Inga rapporter under 2022.

## **Synpunkter och klagomål**

**Skriftliga rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns och tillämpas.**

Nej. Verksamheten redogör emellertid noggrant och tydligt för hur synpunkter samlas och tillvaratas i olika sammanhang.

**Information finns och har delgetts den enskilde så att denne vet vart han/hon ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål.**

Inte skriftligen men muntligen. Verksamheten förklarar att deltagarna vänder sig direkt till personalen med synpunkter, samt att det framkommer synpunkter vid uppföljning av genomförandeplanen var tredje månad.

**Sammanställning och analys av inkomna synpunkter och klagomål samt vidtagna åtgärder har gjorts under senaste året.**

Nej.

## **HSL/egenvård**

**Skriftliga rutiner för hur hälso- och sjukvårdspersonal ska kontaktas finns och tillämpas.**

Verksamheten har fått en lista för de brukare som har en kommunsjuksköterska och kontaktuppgifter till vederbörande. Kontakt har aldrig behövts tas. Verksamheten kontakter i stället brukarens boende som då har kontakt med aktuell sjuksköterska.

**Delegerade HSL-uppgifter finns i verksamheten.**

Nej, inte för närvarande.

**Skriftliga rutiner för hantering av läkemedel finns och tillämpas.**

Nej. Ej aktuellt.

## **Lokaler**

**Lokalerna är utrustade med brandlarm.**

Ja, sammankopplade larm.

**Rutiner finns för utrymning vid brand eller annan fara.**

Ja.

**Utrymningsövningar genomförs regelbundet.**

Ja.

**Tidpunkt för senaste brandskyddskontroll?**

Kontrolleras årligen av Brandab. Senast 2022-10-10.

## **Delaktighet och inflytande**

**Samtliga enskilda har varit delaktiga i upprättandet av genomförandeplan.**

Ja utifrån deltagarnas förutsättningar. De deltar i uppföljning av genomförandeplan var tredje månad men ibland kompletteras detta med att synpunkter och signaler fångas upp i vardagen. Detta kan behövas eftersom deltagarna kan uppleva det som pressande med direkta frågor i samband med genomförandeplanen, samt ibland även missuppfatta och tolka situationen med genomförandeplanen så som att det handlar om huruvida de klarat av att prestera till utsatta krav.

Regelbundna möten hålls (husmöte) där de enskilda är med och bestämmer i gemensamma frågor. En gång i månaden sker ett möte med enskilda brukarna med agendan "vad vill brukaren göra på verksamheten". Varje morgon hålls också möte för att "känna av" schemat som satts för dagen, utifrån brukarens önskemål och dagsform. Utöver detta hålls individuella utvecklingssamtal en gång i halvåret, samt i grupp en gång per halvår. Inför utvecklingssamtalen använder verksamheten en samtalsmatta med bilder.

Verksamheten har tidigare genomgått utbildning i tecken som stöd och använder sig av bildstöd, som de ser är ett bra komplement till den verbala kommunikationen.

"För oss på Mossegården är det viktigt att arbeta med jämlikhet och delaktighet för våra brukare enligt LSS 5 §. Vi arbetar som ett team tillsammans. För oss är det viktigt att alla röster bli hörda, detta sker genom gruppsamtal och enskilda samtal. De brukare som har svårt att uttrycka sig i tal, tar vi hjälp av tecken och

bilder. För att kunna påverka och känna delaktighet är det viktigt för oss att varje brukare är med och formulerar den genomförandeplan som görs runt den enskilde.”

**Det är möjligt för den som vill (avser DV) att delta i enhetens dagliga verksamhet 40 timmar per vecka**

Ja.

## **Tillgänglighet**

**Har enheten nödvändiga hjälpmedel till de brukare som behöver det?**

Verksamheten är handikappanpassad med ramper till lokalen och inför ridning.

**Finns det minst 2 handikappvänliga hästar och ytterligare två tamdjursarter?**

Ja.

**Enheten är öppen utöver fyra veckor på sommaren och helgdagar?**

Ja.

**Kan enheten (så långt det är möjligt) erbjuda kost utifrån individens önskemål utifrån hälso-, etniska eller religiösa skäl?**

Ja.

**Finns det (utöver matsal) särskilt rum för rast och vila?**

Ja.

## **Självbestämmande och integritet**

**Enheten (avser DV) har haft en eller flera personer som har övergått från daglig verksamhet till förvärvsarbete under det senaste året eller sedan föregående uppföljning.**

Nej.

**Enheten har gjort brukarundersökning under det senaste året och använt resultatet till att utveckla verksamheten.**

Verksamheten deltar i nationell brukarundersökning tillsammans med socialförvaltningen vartannat år och skulle gjort detta under 2022. Socialförvaltningen har tyvärr missat att bjuda in verksamheten i år. Under kvalitetsuppföljningen visade det sig att verksamheten har genomfört brukarundersökningen med samma frågor på egen hand och har gjort så var 6:e månad. Representanterna berättar att resultat blev positivt men att en brukare uppgett att hen är mindre nöjd. Företrädarna förklarar att detta kan vara svårtolkat utifrån dagsform. Kvalitetsuppföljarna rådet verksamheten till att jämföra sina resultat med övergripande resultat från socialförvaltningen för att

möjligtvis kunna se trender till hjälp för att omsätta resultaten till förbättringsarbete.

**Har ni något uppdrag som förvaltare eller god man till någon deltagare i verksamheten?**

Nej.

## Öppna frågor

**Hur fungerar samarbetet med beställaren?**

Företrädarna för verksamheten beskriver att samarbetet med socialförvaltningen i stort fungerar bra, men att de ibland önskat bättre kontakt med deltagarnas boendepersonal. De beskriver att boendepersonal hänvisar till sekretess vilket ibland gör att verksamheten inte får till sig information de kan behöva för att möta behoven hos den enskilde. Det kan handla om dagsform eller om något särskilt hänt som kan vara bra att veta om.

Under kvalitetsuppföljningen diskuteras möjligheter kring att ordna öppet hus för deltagarnas boendepersonal.

**Hur fungerar samverkan med särskola? (Praktik särskoleelever).**

. Det har inte varit aktuellt att ta emot praktikant på ett tag.

**Har det varit aktuellt med samverkan kring SIP alt. Individuell plan enligt LSS § 10?**

Nej. Företrädarna har ibland funderat kring om det skulle kunna vara aktuellt med SIP men inte upplevt gensvar från socialförvaltningen. Kvalitetsuppföljarna tar med sig denna synpunkt till socialförvaltningen. Verksamheten råds även ta del av lokal överenskommelse kring SIP och deras möjlighet kring att initiera behov av sådan.

**Hur ser man på framtiden? Hur lång tid är det kvar på avtalet?**

**Förutsättningar för fortsättning?**

Framtidsutsikterna ser goda ut. Socialförvaltningen och verksamheten är överens om att förlänga avtalet.

**Har enheten anlitat någon underleverantör?**

Nej.

**Har någon brukare varit frånvarande mer än en månad?**

I samband med pandemin har brukare i riskgruppen stannat hemma från den dagliga verksamheten, för att inte riskera bli smittade.

**Har enheten något kvalitetsledningssystem?**

Ja.

# Handlingsplan, förbättringsområden

## [Konkurrentanalys](#)

### Aktivitet/Insats

Verksamheten behöver träna på sina rutiner angående Lex Sarah. Detta för att fortsatt identifiera risker i verksamheten, stora som små.

Bevaka vårdgivarwebben på regionkalmar.se samt överenskommelse och praktiska anvisningar kring SIP.

Fortsätta analysera svarsresultaten från brukarundersökningar, jämför med övergripande resultat från socialförvaltningen.

### Delmål

Linn Benlow tar kontakt med Nadja Widéhn under Q1 för att få input angående hur verksamheten bäst går till väga med utbildningsrutinerna.

Detta sker löpande.

Sammanställning sker efter varje halvår, då brukarundersökning genomförs

### Mål

All personal inom Mossegårdens verksamhet förväntas ha god förståelse för hur förfarandet inom Lex Sarah går till.

Detta sker löpande.

Aktivt jobba med de svar vi får för att hela tiden förnya och förbättra verksamheten efter brukarnas behov.

### Beräknat utfört

**23-3-30**

**23-1-17**

**2023-06-30 2023-10-31**

### Ansvarig

Linn Benlow

Linn Benlow

Linn Benlow

|

|

|

Deltagande: Linn Benlow	Datum: 2023-01-14
-------------------------	-------------------

### **Kommentar**

Verksamheten är även mycket angelägen om att få delta i webinroduktionen parallellt med arbetet som görs ihop med Nadja.

Verksamheten avser bevaka detta löpande, minst en gång i veckan vid personalmöten.

Brukarundersökning utförs två gånger per år för att snabbt kunna fånga upp brukarnas behov.



Socialnämnden

## Kvalitetsuppföljning Calmia 2022

### Förslag till beslut

Socialnämnden fattar inga beslut i samband med informationen

### Bakgrund

Den vård- och omsorgsverksamhet som bedrivs av annan, vilken socialnämnden i Kalmar kommun har tecknat avtal med (avtalad verksamhet), ska själva göra egenkontroll i sin verksamhet enligt SOSFS 2011:9. Socialnämnden har ett ansvar att följa upp denna verksamhet för att säkerställa kvaliteten i verksamheterna och att tecknat avtal följs. Kvalitetsuppföljning av Calmias verksamhet gjordes av socialnämnden 2022-11-15.

I 2022 års kvalitetsuppföljning av verksamheten Calmia är bedömningen att verksamheten utgör ett tryggt hem för brukarna och att verksamheten lever upp till inre och yttre krav för verksamheten. Det är en liten verksamhet som i sig kan innebära utmaningar i jämförelse med en större organisation (exempelvis behov av jour nattetid), men som företrädarna beskriver att de hanterar. Verksamheten har god kontinuitet i personal som brukarna känner väl och det finns en god samverkan mellan verksamhet och anhöriga. Kvalitetuppföljarna får intrycket av att dessa förutsättningar möjliggör att verksamheten kan värna om brukarna på djupet i olika aspekter vilket framgår i hur representanterna beskriver olika sammanhang såsom kontakt med hälso- och sjukvård.

Verksamheten har en ny föreståndare med socionomutbildning och som på olika sätt visar under kvalitetsuppföljningen att hon är väl insatt i krav på verksamheten, samt var de ska leta efter information. Under kvalitetsuppföljningen visar verksamheten dokumenterad riskanalys kring brandövningar som efterfrågats föregående kvalitetsuppföljning och de beskriver på ett bra sätt hur de arbetar med riskbaserat tänkande i vardagen såväl som hur de fångar upp synpunkter och önskemål från brukarna. Kvalitetuppföljarna identifierar inga brister under kvalitetsuppföljningen, men ringar in förbättringsområden som kan vara till stöd för verksamheten enligt.

Verksamheten har efter detta inkommit med handlingsplan för föreslagna åtgärder.

Nadja Widéhn  
Verksamhetsutvecklare

Teresa Tolic Trossmo  
Verksamhetschef

Bilagor  
Rapport Kvalitetsuppföljning Calmia 2022  
Handlingsplan Calmia

# Rapport Calmia

Kvalitetsuppföljning i avtalad verksamhet: Bostad  
med särskild service för vuxna LSS 9:9



## Basuppgifter

### Verksamhetens namn

Calmia

### Utförare (bolag, stiftelse, entreprenad etc)

Stiftelsen Calmia

### Föreståndare/ verksamhetsansvarig

Madeleine Karlsson

### Kontaktperson på socialförvaltningen

Teresa Tolic Trossmo

### Antal brukare i verksamheten

3 st

### Vid kvalitetsuppföljningen medverkade:

Madeleine Karlsson, föreståndare Calmia.

Anette Karlsson, medarbetare Calmia.

Göran Stridsberg, styrelseordförande Calmia

Nadja Widéhn, verksamhetsutvecklare Socialförvaltningen Kalmar.

Teresa Tolic Trossmo, verksamhetschef Socialförvaltningen Kalmar VO  
Funktionsstöd vuxen.

## Sammanfattande intryck och slutsatser med eventuella förbättringsområden

### Intryck och slutsatser

I 2022 års kvalitetsuppföljning av verksamheten Calmia är bedömningen att verksamheten utgör ett tryggt hem för brukarna och att verksamheten lever upp till inre och yttre krav för verksamheten.

Det är en liten verksamhet som i sig kan innebära utmaningar i jämförelse med en större organisation (exempelvis behov av jour nattetid), men som företrädarna beskriver att de hanterar. Verksamheten har god kontinuitet i personal som brukarna känner väl och det finns en god samverkan mellan verksamhet och anhöriga. Kvalitetuppföljarna får intrycket av att dessa förutsättningar möjliggör att verksamheten kan värna om brukarna på djupet i olika aspekter vilket framgår i hur representanterna beskriver olika sammanhang såsom kontakt med hälso- och sjukvård.

Verksamheten har en ny föreståndare med socionomutbildning och som på olika sätt visar under kvalitetsuppföljningen att hon är väl insatt i krav på verksamheten, samt var de ska leta efter information.

Under kvalitetsuppföljningen visar verksamheten dokumenterad riskanalys kring brandövningar som efterfrågats föregående kvalitetsuppföljning och de beskriver på ett bra sätt hur de arbetar med riskbaserat tänkande i vardagen såväl som hur de fångar upp synpunkter och önskemål från brukarna.

Kvalitetuppföljarna identifierar inga brister under kvalitetsuppföljningen, men ringar in förbättringsområden som kan vara till stöd för verksamheten enligt nedan.

### **Förbättringsområden**

- Socialförvaltningen erbjuder verksamheten extra stöd och förberedelser inför brukarundersökning 2023.
- Kvalitetuppföljarna råder verksamheten att ta del av utbildningsmaterial via länkar som kommer skickas ut av kontaktperson Teresa Tolic Trossmo, samt att hålla sig uppdaterade via nyhetsbrev från Socialstyrelsen och SKR.
- Verksamheten uppmanas att träna på sina rutiner i lex Sarah genom att aktivt identifiera även mindre risker för missförhållanden. Verksamheten kan ta verksamhetsutvecklare och lex Sarah-samordnare Nadja Widéhn till hjälp för handledning.
- Verksamheten uppmanas att med jämna mellanrum sammanställa synpunkter och önskemål från brukarna med eventuella åtgärder. Sammanställning/ analys av detta kan med fördel ingå i verksamhetens årsberättelse.

Verksamheten återkopplar planerade åtgärder i en handlingsplan till kvalitetsuppföljare senast 16:e december.

### **Bakgrund**

Den vård- och omsorgsverksamhet som bedrivs av annan, som socialnämnden i Kalmar kommun har tecknat avtal med (avtalad verksamhet), ska själva göra egenkontroll i sin verksamhet enligt SOSFS 2011:9. Socialnämnden har dock ett ansvar att följa upp denna verksamhet för att säkerställa kvaliteten i verksamheterna och att tecknat avtal följs.

### **Syfte och mål**

Syftet är att följa upp hur utföraren följer överenskommet avtal. Målet är säkerställd kvalitet.

### **Metod**

Inför besöket granskas avtal, verksamhetsberättelse, årsredovisning, tillstånd, handlingsplan och tidigare kvalitetsuppföljning.

### **Verksamhetens mål**

Att personer med funktionsnedsättning får möjlighet att bo tillsammans på gruppboendet och att dessa personer får möjlighet till ett liv i gemenskap med andra och delaktighet i samhällslivet. Stiftelsen skall på alla sätt verka för att stödja och stimulera deras utveckling som individer.

### **Kunskapsbaserad verksamhet**

**Vilken utbildning och erfarenhet har föreståndare/verksamhetsansvarig som ansvarar för driften av verksamheten?**

Föreståndare: Socionomexamen 2011. Arbetat som timvikarie i verksamheten 2005-2006 och har sedan dess skaffat sig erfarenhet av handläggning inom LSS, enhetschef inom LSS och äldreomsorg, projektledare på Regionförbundet Kalmar med införande av IBIC-modellen inom kommunens äldreomsorg.

#### **Vilka kompetenskrav ställs på ordinarie personal?**

Undersköterske-utbildning eller liknande.

#### **Samtliga anställda har en skriftlig och individuell kompetensutvecklingsplan som inte är äldre än ett år.**

Företrädarna beskriver att de aktivt diskuterar behov av kompetens i verksamheten och omvärlds-bevakar dessa. Frågan ställdes inte om individuella kompetensutvecklingsplaner i år.

#### **Skriftliga rutiner för introduktion av nyanställda finns och tillämpas?**

Frågan ställdes inte i år men det har i tidigare kvalitetsuppföljning framgått att detta finns.

## **Trygghet och säkerhet**

### **De enskilda**

#### **Den enskilde får muntlig och skriftlig information då insatsen påbörjas.**

Frågan ställdes inte i år men det har i tidigare kvalitetsuppföljning framgått att detta görs.

#### **Samtliga enskilda på enheten har en särskild kontaktman bland personalen.**

Frågan ställdes inte i år men det har i tidigare kvalitetsuppföljning framgått att detta finns.

#### **Har verksamheten en ansvarsförsäkring?**

Ja.

### **Personal**

#### **Hur många personer omräknat till heltidstjänster är anställda i verksamheten.**

4

#### **Hur många personer är anställda?**

4 tillsvidareanställda, 1 visstidsanställd och 4 timvikarier.

#### **Hur många personer har arbetat minst ett år?**

8 av 9.

#### **Rutin för information om sekretess och tystnadsplikt finns och tillämpas.**

Ja.

### **Dokumentation**

**Aktuell (utifrån behov och situation idag) genomförandeplan finns för varje enskild.**

Ja.

**Social journal finns för varje enskilde där faktiska omständigheter och händelser av betydelse dokumenteras.**

Ja.

**Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt så inga obehöriga får tillgång till den.**

Ja.

### **lex Sarah**

**Rutiner enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah – SOSFS 2011:5 finns och tillämpas.**

Ja, men verksamheten uppger att det inte haft behov av att tillämpa dessa. Kvalitetsuppföljarna gör därför bedömningen att det saknas vana av att rapportera och utreda lex Sarah vilket kan få konsekvenser i att händelser inte fångas upp och/ eller får en värre utveckling genom att de inte förhindras i tid.

Företrädarna beskriver att de under året arbetat med att systematisera riskanalytiskt arbete genom att som återkommande punkt lyfta risksituationer på arbetsplatsträffar.

**Sammanställning och analys av lex Sarah-rapporteringar samt vidtagna åtgärder har gjorts under senaste året.**

Har inte varit aktuellt.

**Rapportering enligt lex Sarah har gjorts under det senaste året.**

Har inte varit aktuellt

**Antal lex Sarah rapporter inlämnade till socialnämnden under senaste året? (Skyldighet enl. 14 kap 5 § SoL och 24 d § LSS)**

Har inte varit aktuellt.

### **Synpunkter och klagomål**

**Skriftliga rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns och tillämpas.**

Frågan ställdes inte i år men verksamheten har föregående kvalitetsuppföljning svarat att detta finns.

**Information finns och har delgetts den enskilde så att denne vet vart han/hon ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål.**

Ja.

**Sammanställning och analys av inkomna synpunkter och klagomål samt vidtagna åtgärder har gjorts under senaste året.**

Frågan ställdes inte i år men verksamheten har tidigare uppgett att det inte görs sammanställningar. I år beskriver verksamheten dock utförligt hur de arbetar med att fånga upp synpunkter och önskemål och ger konkreta exempel (se rubrik om regelbundna möten tillsammans med brukarna). Det vore till fördel att med viss regelbundenhet sammanställa/ analysera dessa samt kunna lyfta slutsatser från sammanställningarna i verksamhetens årsberättelse.

**HSL/egenvård**

**Skriftliga rutiner för hur hälso- och sjukvårdspersonal ska kontaktas finns och tillämpas.**

Nej, men verksamheten har god kontakt med kommunsjuksköterska som löpande informerar om olika krav på rutiner osv. Representanterna uppger att de vet vart de ska vända sig om de har frågor, kontaktuppgifter till hälsocentral för respektive brukare osv.

**Delegerade HSL-uppgifter finns i verksamheten.**

Ja, dospåsar.

**Skriftliga rutiner för hantering av läkemedel finns och tillämpas.**

Ja.

**Lokaler**

**Lokalerna är utrustade med brandlarm.**

Ja.

**Rutiner finns för utrymning vid brand eller annan fara.**

Ja.

**Utrymningsövningar genomförs regelbundet.**

Nej. Verksamheten uppger att de gjort detta tidigare men att det orsakat brukarna stress och fått motsatt effekt än vad som är avsett. Verksamheten har gjort en riskanalys utifrån detta och tagit fram rutiner för vad var och en ska göra och vem som ansvarar för att respektive brukare kommer ut i säkerhet.

**Tidpunkt för senaste brandskyddskontroll?**

20/9 2022.

**Delaktighet och inflytande**

**Samtliga enskilda har varit delaktiga i upprättandet av genomförandeplan.**

Ja, på det sätt att personalen är lyhörda i vad brukarna uttrycker i form av önskemål och synpunkter. Företrädarna förklarar att de på detta sätt eftersträvar att göra brukarna delaktiga och skapa inflytande.



### **Regelbundna möten hålls där de enskilda är med och bestämmer i gemensamma frågor.**

Verksamheten beskriver att de inte håller formella möten då detta inte visat sig gynnsamma för brukarna, men att de aktivt lyssnar in önskemål och synpunkter i vardagen vid exempelvis fikastunder och lunch. Genom att justera tidpunkt för vardagliga rutiner (såsom handling och städ) har verksamheten också lyckats lösgöra med "fri" tid att umgås med brukarna och lyssna in önskemål. Under 2022 har brukarna bland annat lämnat önskemål om att ändra tider för dusch under dagen vilket har hörtsammats.

### **Tillgänglighet**

#### **Har enheten nödvändiga hjälpmedel till de brukare som behöver det?**

Ja.

#### **Har de enskilda tillgång till gemensamt kök och vardagsrum dygnet runt?**

Ja.

#### **Har samtliga enskilda tillgång till privat badrum och privat kök?**

Ja.

### **Självbestämmande och integritet**

#### **Enheten har gjort brukarundersökning under det senaste året och använt resultatet till att utveckla verksamheten.**

Verksamheten deltar i nationell brukarundersökning tillsammans med socialförvaltningen vartannat år. Då verksamheten endast har tre brukare kan de inte komma upp i sådan svarsfrekvens att de kan få resultaten av SKR (förutom enskilda text-svar). Företrädarna beskriver också vissa utmaningar för brukarna att kunna delta i undersökningen. Socialförvaltningen kommer nästkommande brukarundersökning ge extra stöd till egna verksamheter som är i behov av detta, och kommer även kunna erbjuda detta till Calmia.

### **Öppna frågor**

#### **Hur fungerar samarbetet med beställaren?**

Verksamheten beskriver att samverkan varit god.

#### **Hur fungerar samarbetet med andra aktörer?**

Verksamheten beskriver utmaningar i samverkan med hälso- och sjukvård då stödet från habilitering för vuxna utvecklats. Företrädarna beskriver att detta känns mycket bekymmersamt då habiliteringen kunnat erbjuda bland annat läkarkontakt med specifik kunskap kring autism. Företrädarna beskriver hur de behöver "vara på tårna" för att se till att sjukvård förstår och tolkar brukarnas signaler rätt och för att se till att hälsoproblem uppmärksammas.

Styrelseordförande i verksamheten är aktiv i föreningslivet (brukar och anhängigorganisation) och beskriver att han i den rollen löpande träffar ledning inom bland annat sjukvård där han aktivt lyfter dessa frågor.

### **Hur ser man på framtiden?**

Företrädarna för verksamheten uppger att de ser ljust på framtiden och att allt fungerar väl. Verksamhetschef från socialförvaltningen och företrädarna för Calmia är överens om att förlänga avtalet.

Representanterna berättar att det ibland uppstår utmaningar när det kommer till plötsligt behov av vikarie nattetid. Idag ställer det höga krav på att befintlig personal är tillgänglig även när de är lediga och det pågår diskussion i verksamheten om behov av jour.

I föregående kvalitetsuppföljning har verksamheten berättat att styrelsen har blivit förstärkt. Planen är att de nya ledarmötena så småningom ska ta över arbetet i styrelsen och fortsätta driva verksamheten.

Hej Nadja

Vi kommer under våren 2023 "träna" på lex Sarah, gå igenom olika "fall" där vi diskuterar vad som är Lex Sarah och/eller avvikelser.

Vi kommer vid behov kontakta er för stöd och hjälp. Gällande det som ska framföras i årsberättelsen kommer stiftelsen /Göran Stridsberg göra.

Mvh Madeleine Karlsson  
Föreståndare Gula Gatan  
0480-42 08 58