



Tjänsteutlåtande

Utfärdat 2023-01-23

Diarienummer N161-0248/23

Handläggare

Kamila Norlander, Moa Ohlsson

Telefon: 031-365 00 00

E-post: moa.ohlsson@funktionsstod.goteborg.se

Årsrapport 2022

Förslag till beslut

1. Nämnden för funktionsstöd godkänner årsrapport 2022 med bilagor.
2. Nämndens för funktionsstöd fastställer 2022 års resultat enligt resultaträkningen till 2 971 tkr.
3. Nämnden för funktionsstöd fastställer eget kapital till 80 000 tkr och återredovisar 2 971 tkr.
4. Nämnden för funktionsstöd förklarar paragrafen omedelbart justerad.

Sammanfattning

Nämndens för funktionsstöds årsrapport 2022 avslutar uppföljningen av årets verksamhet och utgör grunden för en samlad uppföljning och analys av året som gått. Nämnden för funktionsstöd upprättar årsrapport 2022 enligt stadsledningskontorets anvisningar. Årsrapporten innehåller bokslut för nämndens totala ansvarsområde.

Årsrapporten innehåller bedömning av måluppfyllelse för mål och genomförande av uppdraget från kommunfullmäktiges budget och uppdrag till nämnden utanför budget. Utöver det följer kommunstyrelsen upp väsentliga områden och frågor av uppsiktskaraktär. Nämnden för funktionsstöd får även styrinformation utifrån verksamhetsansvaret.

Bedömning ur ekonomisk dimension

Årsrapporten är en viktig del i nämndens arbete med god ekonomisk hushållning och bidrar till att verka för en rättvisande bild av verksamheten och ekonomin för att möjliggöra relevanta analysen och beslut.

Bedömning ur ekologisk dimension

Förvaltningen har inte funnit några särskilda aspekter på ärendet utifrån den ekologiska dimensionen.

Bedömning ur social dimension

Årsrapporten med bilagor förväntas ge nämnden en bred bild av nämndens arbete under 2022. Nämndens målgrupper påverkas direkt av insatserna inom nämndens verksamhetsområde. Insatserna ska bidra till målgruppernas förutsättningar att leva ett självständigt liv utifrån rättighetsområdena i programmet för full delaktighet för personer med funktionsnedsättningar (benämns nedan som programmet).

Förvaltningen bedömning är att nämndens verksamheter i sig och de uppdrag som nämnden omhändertagit under året bidragit till flera av rättighetsområdena i programmet. Uppdrag inom valstärkande insatser, att förbättra daglig verksamhet i kommunal regi,

samverka med nämnden för arbetsmarknad och vuxenutbildning för att öka sysselsättningsgraden för personer med funktionsnedsättning, att uppmärksamma barns situation inom verksamhetsområdet, utveckla avvikelshanteringen och genomföra åtgärder utifrån förslag på förbättringar inom befintlig ledsagning och ledsagarservice är tydligt kopplade till rättighetsområden i programmet.

Uppdraget om att arbeta med digitalisering och välfärdsteknik i syfte att förbättra verksamheten och underlätta för personer med funktionsnedsättning kan bidra till ökad självständighet för målgruppen.

Samverkan

Information lämnas i förvaltningens samverkansgrupp (FSG) den 8 februari 2023.

Bilagor

1. Årsrapport 2022
2. Rapportering anmälan IVO Lex Sarah kvartal 3 och 4
3. Uppföljning samlad riskbild och intern kontrollplan 2022
4. Uppföljning revisionens rekommendationer
5. Kvalitetsberättelse 2022
6. Säkerhetsrapport 2022
7. Dataskyddsarbete 2022
8. Barnbokslut 2022

Ärendet

Nämnden för funktionsstöd godkänner årsrapport 2022 med bilagor.

Årsrapporten utgör formell årsredovisning enligt lag om kommunal redovisning och redovisningsreglemente för Göteborgs Stad. Den är därmed föremål för revision och ansvarsprövning.

Beskrivning av ärendet

Sammanfattning av rapporten

Nämndens arbete med mål och uppdrag

Nämnden för funktionsstöd fastställde i verksamhetsplanen strategier för att uppnå kommunfullmäktiges mål. Under 2022 har nämnden för funktionsstöd särskilt fokus på Göteborgs Stads program för full delaktighet för personer med funktionsnedsättning, insatser utifrån Göteborgs Stads plan för sexuell och reproduktiv hälsa (SRHR), Göteborgs Stads plan för jämställdhet, arbete mot våld i nära relationer och barnrätt. Dessa områden är tydligt kopplade till nämndens mål och rättighetsområden i Göteborgs Stads program för full delaktighet för personer med funktionsnedsättning. Nämnden fokuserar fortsatt på likvärdig och effektiv välfärd som utgår från den enskildes behov. Arbetet med budget i balans och att säkerställa rätt insatser, både utifrån staden som helhet och att möjliggöra för den enskilde att vara så självständig som möjligt, är förutsättningar för likvärdig och effektiv välfärd. Nämnden har genomfört planerade insatser utifrån kommunfullmäktiges mål och strategierna i nämndens verksamhetsplan 2022. Nämndens resultat förväntas bidra till att målet uppnås. Nämnden har genomfört de flesta uppdragen i och utanför kommunfullmäktiges budget och rapporterar inga väsentliga avvikelser.

Ekonomiska förutsättningar

Nämndens resultat för verksamhetsåret 2022 är en positiv avvikelse på 3,0 miljoner kronor (mnkr) vilket motsvarar 0,06 procent av kommunbidraget.

Nämnden har under året arbetat kontinuerligt med budget i balans och god ekonomisk hushållning utifrån nämndens ekonomistyrningsprinciper. Utvecklingen följs upp och analyseras utifrån nyckeltal. Det handlar om åtgärder för att effektivisera verksamheterna, välja mer kostnadseffektiva lösningar och minska antalet direktupphandlade platser.

Kommunfullmäktige beslutade den 19 maj om en tillfällig utökning av nämndbidraget för nämnden för funktionsstöd på 85 mnkr. Nämnden nyttjade 83,3 mnkr av den tillfälliga utökningen till bland annat kompetensutveckling, arbetsmiljöinsatser, ersättning för vikarier, satsningar på välfärdsteknik, förbättringar av inne- samt utemiljöer, material till verksamheterna och extra utbetalning av föreningsstöd.

Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjning är en av nämndens största utmaningar på kort och lång sikt. För att kunna utföra grunduppdraget ser nämnden att det krävs insatser inom kompetensutveckling, arbetsmiljö, lönebildning, organisatoriska förutsättningar, digitalisering och välfärdsteknik. Nämndens fastställde i december 2022 plan för kompetensförsörjning som förväntas bidra till ledning och styrning av kompetensförsörjningsarbetet.

Förvaltningens bedömning

Förvaltningen har under 2022 fortsatt arbete med att skapa likvärdig och effektiv välfärd och stärka strukturer och organisationskultur som gynnar arbetet med nämndens målgrupper. Förvaltningen har haft särskilt fokus på samverkan utifrån socialtjänsten som helhet inom Göteborgs Stad men också med andra samverkansaktörer. Förvaltningen har under året arbetat intensivt med att uppfylla nämndens mål, uppdrag och budget i balans. Nämndens plan för kompetensförsörjning är grund för kompetensförsörjningssatsningar under de närmaste åren.

Camilla Blomqvist

Moa Ohlsson

Förvaltningsdirektör

Förvaltningscontroller



Årsrapport 2022

Nämnden för funktionsstöd

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	4
2	Väsentlig styrinformation till kommunledningen	5
2.1	Verksamhetens utveckling	5
2.1.1	Redovisning av resultat	5
2.1.2	Väsentliga avvikelser i verksamhetens utveckling	6
2.2	Kommunfullmäktiges budgetmål	6
2.2.1	Organisationsmål	6
2.2.2	Övergripande verksamhetsmål	9
2.2.3	Nämndspecifika mål från KF	10
3	Övrig uppföljning till kommunledningen	15
3.1	Utveckling inom personalområdet	15
3.1.1	Mått/nyckeltal som beskriver utvecklingen ur ett HR-perspektiv	15
3.1.2	Analys av situationen inom HR-området	15
3.1.3	Långsiktig kompetensförsörjning	16
3.2	Ekonomisk uppföljning	17
3.2.1	Analys av årets utfall	17
3.2.2	Uppföljning av erhållna statsbidrag	18
3.3	Värdering av eget kapital	18
3.4	Uppföljning av särskilda beslut och uppdrag	19
3.4.1	Utvärdering av system för styrning, uppföljning och kontroll	19
3.4.2	Brukar-/kundorienterad kvalitetsledning	19
3.4.3	Ej verkställda SoL/LSS beslut	21
3.4.4	Anmälningar enligt Lex Maria och Lex Sarah	23
3.4.5	Uppföljning av regional överenskommelse om hjälpmedel i förskola, skola och daglig verksamhet	23
3.4.6	Kriskommunikation	23
3.4.7	Krisledningsplaner och beredskapsplaner	23
4	Bokslut	24
4.1	Sammanfattande analys	24
4.2	Resultaträkning	25
5	Styrinformation till nämnden	27
5.1	Fördelning av ram inom nämndens ansvarsområde	27

5.2	Omfördelning av expansionsmedel	27
5.3	Resultat enligt organisationsstrukturen	29
5.4	Intraprenader	30
5.5	Uppföljning av samlad riskbild och intern kontrollplan	31
5.6	Uppföljning av revisionens rekommendationer	32
5.7	Kvalitetsberättelse	32
5.8	Uppföljning av boendeplanen	33
5.9	Säkerhetsrapport	33
5.10	Dataskyddsarbete	34
5.11	Barnbokslut	34
5.12	Uppföljning av utförare inom nämnden för funktionsstöds konkurrensutsatta verksamhet enligt lag om valfrihet	34
5.13	Nuläge kring de tre strategiska områdena - ledning och styrning, ledarskap, kommunikation	35
5.14	Uppföljning domar överklagade ärenden	36
6	Redovisning av nämndens uppdrag	39
6.1	Redovisning av uppdrag (rubrik) från KF/KS i och utanför budget (uppdragskolumn)	39
6.1.1	Budgetuppdrag från KF:s budget 2022	39
6.1.2	Uppdrag till nämnd/styrelse som tilldelats utanför budgetbeslut	46
6.2	Redovisning av nämndens uppdrag (rubrik), exkl. KF/KS	51
6.2.1	Övrigt: Hemställan, Anmodan från kommunstyrelsen till nämnder/styrelser	51
6.2.2	Uppdrag från nämnden för funktionsstöd	51

1 Sammanfattning

Nämndens arbete med mål och uppdrag

Nämnden för funktionsstöd fastställde i verksamhetsplanen strategier för att uppnå kommunfullmäktiges mål. Under 2022 har nämnden för funktionsstöd särskilt fokus på Göteborgs Stads program för full delaktighet för personer med funktionsnedsättning, insatser utifrån Göteborgs Stads plan för sexuell och reproduktiv hälsa (SRHR), Göteborgs Stads plan för jämställdhet, arbete mot våld i nära relationer och barnrätt. Dessa områden är tydligt kopplade till nämndens mål och rättighetsområden i Göteborgs Stads program för full delaktighet för personer med funktionsnedsättning. Nämnden fokuserar fortsatt på likvärdig och effektiv välfärd som utgår från den enskildes behov. Arbetet med budget i balans och att säkerställa rätt insatser, både utifrån staden som helhet och att möjliggöra för den enskilde att vara så självständig som möjligt, är förutsättningar för likvärdig och effektiv välfärd. Nämnden har genomfört planerade insatser utifrån kommunfullmäktiges mål och strategierna i nämndens verksamhetsplan 2022. Nämndens resultat förväntas bidra till att målet uppnås. Nämnden har genomfört de flesta uppdragen i och utanför kommunfullmäktiges budget och rapporterar inga väsentliga avvikelser.

Ekonomiska förutsättningar

Nämndens resultat för verksamhetsåret 2022 är en positiv avvikelse på 3,0 miljoner kronor (mnkr) vilket motsvarar 0,06 procent av kommunbidraget.

Nämnden har under året arbetat kontinuerligt med budget i balans och god ekonomisk hushållning utifrån nämndens ekonomistyrningsprinciper. Utvecklingen följs upp och analyseras utifrån nyckeltal. Det handlar om åtgärder för att effektivisera verksamheterna, välja mer kostnadseffektiva lösningar och minska antalet direktupphandlade platser.

Kommunfullmäktige beslutade den 19 maj om en tillfällig utökning av nämndbidraget för nämnden för funktionsstöd på 85 mnkr. Nämnden nyttjade 83,3 mnkr av den tillfälliga utökningen till bland annat kompetensutveckling, arbetsmiljöinsatser, ersättning för vikarier, satsningar på välfärdsteknik, förbättringar av inne- samt utemiljöer, material till verksamheterna och extra utbetalning av föreningsstöd.

Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjning är en av nämndens största utmaningar på kort och lång sikt. För att kunna utföra grunduppdraget ser nämnden att det krävs insatser inom kompetensutveckling, arbetsmiljö, lönebildning, organisatoriska förutsättningar, digitalisering och välfärdsteknik. Nämndens fastställde i december 2022 plan för kompetensförsörjning som förväntas bidra till ledning och styrning av kompetensförsörjningsarbetet.

2 Väsentlig styrinformation till kommunledningen

2.1 Verksamhetens utveckling

2.1.1 Redovisning av resultat

Volym-, intäkts- och kostnadsutveckling

Mått	2020	2021	2022
Funktionshinder totalt			
Nettokostnadsutveckling, totalt		6,3%	4,0%
Utveckling antal personer med pågående insatser enligt lag om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS), totalt	4 363 (-0,8%)	4 487 (+2,8%)	4490 (0%)
Utveckling antal personer med pågående insatser enligt socialtjänstlagen (SoL), totalt	3 992 (+1,1%)	4 070 (+1,9%)	4120 (+1,2%)
Antal årsarbetare, totalt		5 020	5 155
Bostad med särskild service enligt LSS			
Nettokostnadsutveckling, bostad med särskild service		10,9%	8,9%
Utveckling antal personer med pågående insats bostad med särskild service (LSS och SoL)	1 889 (+2,9%)	1 920 (+1,6%)	1973 (+2,8%)
Antal årsarbetare, bostad med särskild service		2 684	2 751
Daglig verksamhet enligt LSS			
Nettokostnadsutveckling, daglig verksamhet		8,7%	3,1%
Utveckling antal personer med pågående insats daglig verksamhet (LSS)	1 799 (+1,6%)	1 834 (+1,9%)	1852 (+0,9%)
Antal årsarbetare, daglig verksamhet		1 340	1 363

Utveckling av antal personer med verkställda beslut enligt LSS och SoL och bostad med särskild service och daglig verksamhet visar det genomsnittliga antalet personer per månad som under året har haft en pågående insats. Utvecklingen i jämförelse med föregående år visas inom parentes. I antal ärenden enligt LSS är även personer med personlig assistans enligt socialförsäkringsbalken (SFB) med insats av förvaltningen inkluderade. I samband med årsbokslut i samråd med SLK gjordes en förändring vid fördelning av overheadkostnader som kan påverka nettokostnadsutveckling för BmSS och DV.

Nettokostnadsutvecklingen totalt för förvaltningen uppgår till 4 procent jämfört med föregående år, vilket motsvarar 182,6 mnkr. Ökningen beror på pris- och löneökningar, ökad personalvolym och fler verkställda LSS- och SoL-beslut, främst inom BmSS.

Nettokostnadsutvecklingen har påverkats av externa faktorer så som statlig kompensation för sjuklönekostnader, statlig assistansersättning och ersättning från

Migrationsverket. Interna faktorer som påverkat utvecklingen är det samlade arbetet för ekonomi i balans som förvaltningen påbörjat med anledning av identifierad obalans i samband med budgetarbete 2021. Nettokostnadsutvecklingen påverkas även av att nämnden har fått tillskott i form av tillfällig utökning av nämndbidraget på 85 mnkr.

Nettokostnadsutveckling inom bostad med särskild service är 8,9 procent. Ökningen beror främst på expansionen där totalt 179 mnkr omfördelades till avdelningarna bostad med särskild service för BmSS för vuxna i egen regi, myndighet och socialpsykiatri för köp av BmSS och daglig verksamhet och stöd för BmSS för barn och unga i egen regi. Sammanlagt har årets expansionsmedelsbudgeten finansierat verkställighet av cirka 180 beslut om BmSS.

Nettokostnadsutveckling inom daglig verksamhet är 3,1 procent. Ökningen förklaras bland annat med att antalet deltagare med DV LOV har ökat med 24 personer under den senaste tolv månadersperioden. Den stora majoriteten personer har valt daglig verksamhet i kommunal regi dock har andelen personer som väljer externa utförare har ökat med fyra procentenheter, från 24 till 28 procent sedan december 2021. Detta bidrar till en ökad nettokostnad för förvaltningen eftersom deltagare i daglig verksamhet i externt utförande har en något högre deltagandegrad än deltagare i daglig verksamhet i egen regi.

2.1.2 Väsentliga avvikelser i verksamhetens utveckling

Nämnden rapporterar inga väsentliga avvikelser i verksamhetens utveckling i förhållande till nämndens planering som är av vikt ur ett kommunledningsperspektiv.

2.2 Kommunfullmäktiges budgetmål

2.2.1 Organisationsmål

2.2.1.1 Göteborg har en budget i balans och långsiktigt hållbara finanser

Staden ska ha god ekonomisk hushållning i verksamheten

Nämnden har under året arbetat kontinuerligt med budget i balans och god ekonomisk hushållning utifrån nämndens ekonomistyrningsprinciper. Utvecklingen följs upp och analyseras utifrån nyckeltal. Det handlar om åtgärder för att effektivisera verksamheterna, välja mer kostnadseffektiva lösningar och minska antalet direktupphandlade platser.

Åtgärderna har bland annat resulterat i minskat antal direktupphandlade platser för bostad med särskild service. Till och med december har nio ärenden övergått till ramavtal, två ärenden har övergått till egen regi och två ärenden har avslutats. Sammanlagt ger förändringen en minskad kostnad på helår med 6,5 mnkr.

Vidare har förvaltningen arbetat för effektiva och ändamålsenliga processer för förmedling av lägenheter inom befintligt bestånd av bostäder med särskild service. Därigenom har tomlatstiden, det vill säga tiden från det att en lägenhet varit tillgänglig för inflyttning till startdatum för ny hyresgäst, förkortats från i snitt 17 veckor under 2021 till cirka 15 veckor under 2022.

En placeringsgrupp för omhändertagande av akuta behov av verkställighet med befintliga resurser med representanter från samtliga avdelningar har skapats.

Förvaltningen har genomfört arbete med kategoristyrning enligt stadens modell vilket resulterat i en kategoriplan som bidrar i arbetet med att möta behov. Det handlar om att tillgodose de behov som finns inom nämndens ansvar genom att hitta effektiva lösningar för egen regi och tydliga förutsättningar för leverantörer.

Nämnden har arbetat med att effektivisera bemanningsarbetet för att öka kontinuiteten för nämndens målgrupper och använda kompetensen på bättre sätt. Övertidskostnaderna i nämndens verksamheter har dock inte minskat och arbete kommer fortgå.

2.2.1.2 Göteborgarna får valuta för skatten och en välfärd med hög kvalitet

Bedömning av målpuppfyllelse

	Målbedömning
Göteborgarna får valuta för skatten och en välfärd med hög kvalitet	■ Viss

Nämnden fokuserar på likvärdig och effektiv välfärd som utgår från den enskildes behov. Arbetet med budget i balans och att säkerställa rätt insatser, både utifrån staden som helhet och att möjliggöra för den enskilde att vara så självständig som möjligt, är förutsättningar för likvärdig och effektiv välfärd.

Förvaltningen har under 2022 arbetat med kategoristyrning som är en metod inom staden för att möta behov hos nämndens målgrupper på bättre och mer effektivt sätt, både genom att titta på den egna verkställigheten och externa leverantörer.

Barns behov och perspektiv ska alltid beaktas och prioriteras i såväl strategier som i det individuella stödet. Målsättningen är att insatser för målgruppen blir mer effektiva och hållbara och i större utsträckning stödjer barn och deras familjer.

Nämnden har under 2022 fortsatt att utveckla det systematiska kvalitetsarbetet som utgår från ledningssystemet för kvalitet. Utvecklingen av det systematiska kvalitetsarbetet väntas bidra till bättre analyser och bättre stöd för chefer på alla nivåer. Nämndens värdighetsgarantier arbetas in i det systematiska kvalitetsarbetet.

Personal i direktkontakt med invånare i förhållande till staden totala personalstyrka

<i>Göteborgarna får valuta för skatten och en välfärd med hög kvalitet</i>				
Indikator - Personal i direktkontakt med invånare i förhållande till staden totala personalstyrka				
	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022	Mål 2022
Utfall/mål för staden	71	71		73
Utfall/mål för nämnden		85	86	85

Antalet medarbetare i direktkontakt med invånare motsvarar 86 procent av nämndens årsarbetare. Andelen har ökat något vilket innebär att andelen medarbetare inom stödfunktioner, kvalitet och utveckling och ledningsgrupper har minskat i relation till andelen medarbetare. Detta kan påverka stödet till chefer. Då nämnden funnits i två år behöver avvägningar kontinuerligt göras kring om andelen stödresurser är ändamålsenligt utifrån chefers förutsättningar, ansvar i program och planer och utvecklingsfrågor.

Kostnad individ- och familjeomsorg

Göteborgarna får valuta för skatten och en välfärd med hög kvalitet				
Indikator - Kostnad individ- och familjeomsorg (kronor per invånare)				
	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022	Mål 2022
Utfall/mål för staden	7 400	7 545		7 200

Nämnden för funktionsstöd har inte ansvar eller kostnader för målgruppen och väljer därför att inte kommentera indikatorn vidare.

2.2.1.3 Göteborgs Stad är en attraktiv arbetsgivare med goda arbetsvillkor

Medarbetarengagemang (HME) totalt kommunen

Göteborgs Stad är en attraktiv arbetsgivare med goda arbetsvillkor				
Medarbetarengagemang (HME) totalt kommunen				
	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022	Mål 2022
Utfall/mål för staden	79	78		81
Utfall/mål för nämnden	79	79		80

Utfall för 2022 finns inte med eftersom resultat för medarbetarenkät för 2022 kommer presenteras den 6 februari, efter att årsrapporten färdigställts.

För att nå målvärde för index hållbart medarbetarengagemang (där 100 är max) har nämnden fortsatt utveckla ett gemensamt arbetssätt för det systematiska arbetsmiljöarbetet där det rehabiliterande arbetet kompletteras med det främjande, vilket utgår från hälsa och arbete med friskfaktorer, medan det förebyggande och rehabiliterande synsättet utgår från ohälsa och arbete med riskfaktorer. Syftet med arbetet är att sänka sjuktalet i förvaltningen.

Nämnden har fortsatt arbetet med chefers organisatoriska förutsättningar genom att ta fram och genomföra åtgärder utifrån Chefoskopet. Förvaltningsövergripande åtgärder är vidtagna under året som exempelvis införande av rekryteringsstöd. Bättre organisatoriska förutsättningar för chefer bidrar till möjligheter till ett nära ledarskap.

Under 2022 har nämnden satsat på ledarutveckling utifrån förvaltningens ledarprogram med syftet att implementera förvaltningens ledarfilosofi som togs fram gemensamt av förvaltningens chefer år 2021 utifrån stadens förhållningssätt. Programmet innehåller bland annat utveckling i ledning och styrning, internkommunikation och tillit. Förvaltningen arbetar med tillit genom ledning och styrning och organisationskultur och chefers handlingsutrymme och arbetet med en hel linje är särskilt viktigt.

I löneöversynsarbetet behöver nämnden göra åtgärder för att nå den politiska målbilden för staden för att ha konkurrenskraftiga löner. Detta kommer kräva prioriteringar och utrymme i nämndens budget och hänger ihop med arbetet för budget i balans.

Sjukfrånvaro kommunalt anställda totalt

Göteborgs Stad är en attraktiv arbetsgivare med goda arbetsvillkor				
Sjukfrånvaro kommunalt anställda totalt				
	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022	Mål 2022
Utfall/mål för staden	9,6	8,6	8,7	8,1
Utfall/mål för nämnden		10,8	10,9	10,5

Utfallet för nämndens totala sjukfrånvaro till och med november 2022 är 10,9 procent. Det är en ökning på 0,1 procentenheter jämfört med samma period föregående år och en skillnad på 0,4 procentenheter jämfört med nämndens mål.

Korttidssjukfrånvaron ligger på 3,8 procent och långtidssjukfrånvaron ligger på 7,1 procent. Det är en ökning av korttidssjukfrånvaro om 0,4 procentenheter jämfört med föregående år. Ökningen av korttidsfrånvaron finns i början på året då det förekom stor smittspridning utifrån pågående pandemi i samhället.

Medarbetare i direktkontakt med brukare har en högre andel kort- och långtidsfrånvaro jämfört med övriga befattningsgrupper. Medarbetare i dessa verksamheter är i regel mer exponerade för risker i form av smitta, tunga lyft och hot- och våldssituationer i arbetet, vilket kan delvis förklarar den högre graden sjukfrånvaron.

För att nå målvärde för sjukfrånvaro har nämnden fortsatt utveckla ett gemensamt arbetssätt för det systematiska arbetsmiljöarbetet där det rehabiliterande arbetet kompletteras med det främjande, vilket utgår från hälsa och arbete med friskfaktorer, medan det förebyggande och rehabiliterande synsättet utgår från ohälsa och arbete med riskfaktorer. Syftet med arbetet är att sänka sjuktalet i förvaltningen. Nämnden har under 2022 påbörjat riktade insatser för att minska sjukfrånvaron inom de verksamheter som har högst sjukfrånvaro.

2.2.2 Övergripande verksamhetsmål

2.2.2.1 Göteborg genomför tidiga sociala insatser som skapar likvärdiga livschanser för alla

Måluppfyllelse

■ Viss

Inom nämndens verksamhetsansvar utförs stöd till personer som är närstående till personer med funktionsnedsättningar. Anhörigstöd är till för den som stödjer en närstående som på grund av sjukdom, missbruk, beroende, fysisk eller psykisk funktionsnedsättning är i behov av stöd. Anhöriga får stöd genom samtal, enskilt eller i grupp, aktiviteter, information, utbildning och föreläsning och anhöriggrupper. Lots för barn och vuxna med funktionsnedsättning erbjuder information och vägledning om vilket stöd som finns i samhället för barn och vuxna med funktionsnedsättning och kan också ge vägledning till rätt myndighet eller instans. Korttidsvistelse för barn riktar sig till barn som har behov av stöd för att skapa relationer och genomföra aktiviteter. Insatser är också ett stöd till anhöriga.

Aktivitetshuset erbjuder social gemenskap, meningsfull sysselsättning, kursverksamhet och möjlighet att delta i arbetsgrupper. För de som vill arbeta eller

studera erbjuds individuell vägledning och stöd. Många av aktiviteterna är gratis och kräver inte bistånd. Aktivitetshuset erbjuder aktiviteter särskilt riktade till unga personer.

Nämnden samverkar med andra nämnder, så som socialnämnderna och idrott- och föreningsnämnden kring tidiga sociala insatser. Särskilt viktigt är samverkan kring barn och unga. Socialnämndernas gemensamma arbete med gränssnittsproblematisering pågår och förväntas bidra till måluppfyllelse.

Förvaltningen har tillsammans med rådet för funktionsstödsfrågor haft en arbetsgrupp vars arbete har resulterat i flera åtgärder som bedöms bidra till att ge anhöriga bättre kontakt med verksamheten och att förbättra verksamhetens förmåga att dra nytta av anhörigas kompetens i verksamheten och därmed höja kvaliteten för den enskilde.

Indikatorerna av särskild vikt för nämnden som återfinns i kommunfullmäktiges budget 2022 följs upp på stadennivå. Nämndens verksamheter kan sannolikt bidra indirekt till dessa och direkt till indikatorn om hur brukare trivs i sin dagliga verksamhet.

2.2.3 Nämndspecifika mål från KF

- 2.2.3.1 Alla ska utifrån sina förutsättningar kunna leva ett självständigt liv med hög delaktighet, meningsfull sysselsättning och rik social samvaro.

Måluppfyllelse

■ Viss

Nämnden har genomfört planerade insatser utifrån kommunfullmäktiges mål och strategierna i nämndens verksamhetsplan 2022. Nämndens resultat förväntas bidra till att målet uppnås.

Nämndens arbete med likvärdig och effektiv välfärd har fortsatt under 2022. Då nämnden har ansvar för hela verksamhetsområden finns förutsättningar att arbeta med likvärdighet i både myndighetsutövning och verkställighet oavsett var i Göteborg den enskilde får sin insats. Det ger också förutsättningar att göra förändringar i verkställighet utifrån de behov som förvaltningen ser. Det kan handla om att kunna ta emot fler målgrupper genom specialistkompetens och att förändra insatser för att bättre möta behoven hos den enskilde.

Socialpsykiatri och insatser riktade till barn och familjer har särskilt viktiga under 2022.

Nämndens råd för funktionsstödsfrågor bidrar till att målgruppers behov och perspektiv lyfts i beslut som nämnden och förvaltningen tar. Rådet har genom arbetsgrupper bidragit i utvecklingsarbetet.

För att arbeta utifrån målet att alla utifrån sina förutsättningar ska kunna leva ett självständigt liv med hög delaktighet, meningsfull sysselsättning och rik social samvaro har förvaltningens verksamheter arbetat med rättighetsområden i Göteborgs Stads program för full delaktighet för personer med funktionsnedsättning. Utöver det är insatser utifrån Göteborgs Stads plan för sexuell och reproduktiv hälsa (SRHR), Göteborgs Stads plan för jämställdhet och arbete mot våld i nära relationer och barnrätt prioriterade.

Dessa områden är tydligt kopplade till nämndens mål och rättighetsområden i Göteborgs Stads program för full delaktighet för personer med funktionsnedsättning. Under året finns flertal exempel på åtgärder som genomförts

för att nå målet. Det handlar till exempel om att utveckla arbetet med alternativ kompletterande kommunikation, normer och värderingar, hälsofrämjande insatser och valstärkande insatser.

Den tillfälliga utökning av nämndbidraget som kommunfullmäktige beslutade om under våren 2022 har möjliggjort insatser inom kompetensutveckling, arbetsmiljöinsatser, satsningar på välfärdsteknik, förbättringar av inne- och utemiljöer och material till verksamheterna.

Lokalbehovsplanen som är upprättad för samtliga lokaler i förvaltningen förväntas bidra till ökad möjlighet för nämndens målgrupper att få sina behov tillgodosedda i förlängningen.

Självständigt liv

Inom nämndens verksamheter har aktiviteter genomförts för att öka brukarnas självständighet. Myndighet och utförarverksamheter arbetar enligt IBIC, individens behov i centrum. Verksamheterna arbetar med att säkerställa att brukaren är delaktig i sin plan och kan påverka sitt stöd till exempel genom att informera och motivera brukaren att vara delaktig i sin genomförandeplan men också genom att öka kunskapen om kommunikationsstöd hos medarbetarna. Inom vissa verksamheter har man även regelbundna husmöten där det finns möjlighet för brukaren att delta och vara med och påverka olika aktiviteter. Detta för att öka brukarnas möjlighet till inflytande över sin vardag.

I december 2021 antog nämnden fem värdighetsgarantier gällande bemötande, kommunikation och kompetens, självständighet och delaktighet, trygghet och kontinuitet samt synpunkter och kontakt. Förvaltningen har under hösten implementerat värdighetsgarantierna.

Insatser har även skett i förvaltningen för att öka självständighet genom digitala lösningar. Inom daglig verksamhet arbetar 18 deltagare som teknikmentorer med uppdrag att utbilda, testa och ta fram olika digitala lösningar utifrån sina olika kompetenser. Teknikmentorernas arbete har uppmärksammats nationellt och internationellt.

Nämnden har genomfört valstärkande insatser för verksamheternas målgrupper genom riktat informationsmaterial, filmer om att rösta i en vallokal och träff med politiker. Förvaltningen medverkade också på Frihamnsdagarna med en livepodd om möjligheter som personer med funktionsnedsättningar för att få stöd för att kunna rösta.

Delaktighet och kommunikation

Insatser har genomförts i verksamheter för att öka den enskildes möjlighet till delaktighet och kommunikation. Nämnden har arbetat med att informera hur myndighetsutövningen går till, vilka samtalsmetoder som används och hur den enskilde kan lämna synpunkter till förvaltningen.

Teknikmentorerna har i samarbete med demokrati och medborgarservice byggt ett rum i VR-världen för att illustrera hur ett besök i en vallokal kan fungera och ge en möjlighet för personer med funktionsnedsättningar att bekanta sig med miljön i förväg. Även inom bostad med särskild service har valstärkande insatser genomförts vilket innebär att det finns chans att nå ut till fler målgrupper.

Förvaltningen samarbetar med demokrati och medborgarservice, stadsbyggnadskontoret och trafikkontoret för att personer med funktionsnedsättning ska synliggöras tidigare i stadsutvecklingsprocessen.

Meningsfull sysselsättning och rik social samvaro

Förvaltningen medverkar i referensgruppen om idéburet offentligt partnerskap (IOP) mellan idrott- och föreningsförvaltningen, socialförvaltningarna och grundskoleförvaltningen. Uppdraget innebär att bevaka att barn- och unga med funktionsnedsättningar kan delta i aktiviteterna inom ramen för IOP på samma villkor som andra.

Inom daglig verksamhet har samarbeten för att främja hälsan för deltagarna genomförts. Några av enheterna har stärkt sin samverkan med fysio- och arbetsterapeuter inom den kommunala hälso- och sjukvården. Några enheter har sedan flera år tillbaka ett samarbete med idrotts- och föreningsförvaltningen där deltagare tränar tillsammans.

Friskvården i Dalheimers hus erbjuder möjlighet till fysisk aktivitet i tillgängliga lokaler. I samverkan med Västra Götalandsregionen finns fysioterapeuter tillgängliga för rådgivning.

Mått/Indikator	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022	Målvärde 2022
Brukarbedömning gruppbostad - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma	73%	70%	70%	77%
Brukarbedömning gruppbostad - Personalen pratar så brukaren förstår	63%	57%	63%	70%
Brukarbedömning servicebostad - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma	75%	78%	78%	82%
Brukarbedömning servicebostad - Personalen pratar så brukaren förstår	61%	64%	66%	68%
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga	70%	76%	78%	77%
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Personalen pratar så brukaren förstår	72%	76%	78%	78%
Brukarbedömning Personlig assistans - Brukaren har varit med och bestämt alla sina assistenter	20%	37%	42%	49%

Mått/Indikator	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022	Målvärde 2022
Brukarbedömning Personlig assistans - Alla assistenter pratar så brukaren förstår	66%	69%	74%	78%
Brukarbedömning boendestöd SoL - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga	88%	88%	88%	92%
Brukarbedömning boendestöd SoL - Personalen pratar så brukaren förstår	86%	87%	87%	90%
Brukarbedömning korttidshem, läger och avlösarservice - Jag förstår den information jag får av personalen	90	92	90	93
Brukarbedömning korttidshem, läger och avlösarservice - Jag är med och påverkar stödet och hjälpen jag får	78	81	80	87
Brukarbedömning myndighet - Jag förstår den information jag får av min socialsekreterare, handläggare	-	80		82
Brukarbedömning myndighet - Jag får påverka den hjälp/insats jag får	-	73		75

När det gäller brukarundersökningar inom myndighet har förvaltningen använt en enkät som Sveriges Kommuner och Regioner tagit fram under 2022. Förvaltningen arbetar för att medverka i så många nationella brukarundersökningar som möjligt och har varit med som pilot i arbetet med nationell brukarundersökning inom myndighet.

2.2.3.2 Fler människor med funktionsnedsättningar ska komma in på arbetsmarknaden.

Måluppfyllelse

■ Viss

Nämnden har under året arbetat tillsammans med nämnden för arbetsmarknad och vuxenutbildning för att öka sysselsättningsgraden för personer med funktionsnedsättning utifrån framtagen handlingsplan. Nämndens bedömning är att det krävs mer samverkan med nämnden för arbetsmarknad och vuxenutbildning för att nå måluppfyllelse för staden.

Inom nämndens ansvarsområde pågår samarbeten för att öka måluppfyllelsen och förvaltningen bedömer viss måluppfyllelse. Inom aktivitetshuset sker samverkan med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, ACT-team och Kompetenscenter inom socialförvaltningen Hisingen i syfte att öka sysselsättningsgraden. Daglig verksamhet har i samarbete med arbetsmarknad och vuxenutbildningsförvaltningen och Studium genomfört utbildningsinsatser i syftet är att stärka deltagarnas självförtroende och möjlighet till självständigt liv. Vidare har daglig verksamhet i samarbete med arbetsmarknad och vuxenutbildningsförvaltningen, park och naturförvaltningen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen påbörjat ett arbete för att möjliggöra för deltagare från daglig verksamhet att gå vidare till ett offentligt skyddat arbete (OSA) inom staden. För högre måluppfyllelse ser nämnden behov av fortsatt samverkan för att hitta former för deltagare i daglig verksamhet att komma ut på arbetsmarknaden. Förvaltningen har fått medel från europeiska socialfonden för att arbeta med projekt som ska bidra till att personer med funktionsnedsättningar får anställning i offentlig sektor eller näringslivet.

Mått/Indikator	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022	Målvärde 2022
Antal deltagare individual placement and support (IPS) i lönearbete	26	13	24	28
Antal nya brukare som går direkt till individuell placering	9	20	18	20
Antal brukare som går från traditionell daglig verksamhet till individuell placering	13	9	13	14
Antal brukare som går från individuell placering eller traditionell placering till någon annan anställning	5	9	6	9

3 Övrig uppföljning till kommunledningen

3.1 Utveckling inom personalområdet

3.1.1 Mått/nyckeltal som beskriver utvecklingen ur ett HR-perspektiv

	2020	2021	2022
Total sjukfrånvaro (%)		10,8	10,9
Förvaltningsextern personalomsättning (%)		11	13,1

Utfallet för nämndens totala sjukfrånvaro till och med november 2022 är 10,9 procent. Nämnden ser en ökning av antal korttidssjukfrånvaro om 0,4 procentenheter jämfört med föregående år. Ökningen av korttidsfrånvaron förhåller sig till början på året då det förekom en stor smittspridning utifrån pågående pandemi i samhället. Skillnader i sjukfrånvaro mellan kön framgår inom gruppen långtidssjukskrivna för kvinnor om 7,7 procent och för män 5,1 procent. Nämnden fortsätter att arbeta systematiskt med rehabilitering för att sänka sjukfrånvaron. Det pågår riktade satsningar för att främja hälsa, förebygga ohälsa och intensivifiera insatserna till ett aktivt och tidigt rehabiliteringsarbete inom delar av förvaltningen.

Antalet förvaltningsexterna avgångar och rekryteringar har ökat jämfört med föregående års period. Nämndens personalomsättning för 2022 är 13 procent, vilket är 2 procentenheter över målet. Det är den externa personalomsättningen som ökat.

3.1.2 Analys av situationen inom HR-området

Kompetensförsörjning är en av nämnden för funktionsstöd största utmaningar. För att utföra grunduppdraget ser nämnden att det krävs insatser inom kompetensutveckling, arbetsmiljö, lönebildning, organisatoriska förutsättningar och digitalisering och välfärdsteknik.

Välfärdens kompetensbehov går inte att lösa enbart genom att fortsätta rekrytera fler. För att klara kompetensförsörjning behöver nämnden fortsatt arbeta med att öka heltidsarbetet, öka jämställdheten och förlänga arbetslivet. Nämnden behöver behålla och utveckla medarbetare genom att prioritera arbetsmiljöarbetet, minska sjukfrånvaron, stödja medarbetarnas utveckling och stärka ledarskapet.

Det är prioriterat för nämnden att utveckla arbetssätt genom att använda kompetensen rätt och utnyttja tekniken smart. Lägre sjukfrånvaro minskar rekryteringsbehovet i förvaltningen. Att prioritera arbetsmiljöarbetet och att arbeta med friskfaktorer är en förutsättning för att fler ska kunna och vilja arbeta heltid och förlänga sitt arbetsliv.

Nämnden har många verksamheter med stort behov av vikarieanskaffning och det är svårt att få sökanden med rätt kompetens. Utvärderingen av sommarrekryteringen visar på att det finns utmaningar och att nämnden behöver se

över och differentiera lönenivån för vissa komplexa verksamhetsområden.

Övertidskostnaderna ökar fortsatt och nämnden behöver ha ett aktivt arbete för att omhänderta och åtgärda identifierade utmaningar kopplat till bemanning. Höga övertidskostnader påverkar arbetsmiljön för nämndens medarbetare och första linjens chefer.

Nämnden har identifierat att personalomsättning på stödfunktioner är hög vilket i sin tur påverkar stödet till chefer och därigenom chefers förutsättningar.

I syfte att stärka styrning och ledning kring nämndens kompetensförsörjningsarbete har nämnden tagit fram plan för kompetensförsörjning med tillhörande strategier. Det för att skapa förutsättningar och kunna möta nämndens utmaningar inom kompetensförsörjning. Nämnden kommer fortsatt identifiera åtgärder för att medarbetare ska bibehålla sin hälsa och välja att arbeta kvar längre. Programmet för attraktiv arbetsgivare kommer fortsatt att hanteras inom ramen för strategierna i nämndens kompetensförsörjningsplan.

Åtgärder behöver vidtas som syftar till att minska behovet av arbetskraft i nämndens verksamheter som kan handla om att utveckla verksamheter så att de blir mindre personalintensiva och att utföra välfärdsuppdraget på ett effektivare sätt.

Positiv utveckling som nämnden ser är att andelen medarbetare som arbetar heltid har ökat med 67 årsarbetare under 2022, medan deltidsanställda minskat med 62 årsarbetare. Tidsökningen motsvarar 50 årsarbetare.

Lönenivåer påverkar nämndens möjlighet att kompetensförsörja verksamheterna. Analys av stadens lönestruktur visar att behovet av åtgärder för att förändra lönerelationerna till förmån för vissa sektorer kvarstår för att kunna eliminera löneskillnader på gruppnivå. För att kommunen som helhet ska lyckas med den målsättningen krävs att löneökningar för grupper som redan uppnår målbilden begränsas till förmån för löneutvecklingen för yrkesgrupper som inte når upp till stadens målbild. För förvaltningen för funktionsstöd behöver arbetet fortsätta för att uppnå jämställda konkurrenskraftiga löner.

3.1.3 Långsiktig kompetensförsörjning

Nämnden beslutade i december 2022 om plan för kompetensförsörjning med tillhörande strategier. Planen förväntas bidra till att stärka ledning och styrning av kompetensförsörjningsarbetet i nämndens verksamheter för att säkra den långsiktiga kompetensförsörjningen.

Utifrån ett medarbetarperspektiv kommer insatserna kopplat till strategierna att bidra till en bättre arbetsmiljö, arbetsvillkor och kompetens. Det är även viktigt utifrån ett jämställdhetsperspektiv då nämndens verksamheter är kvinnodominerade och verksamheterna behöver ha samma villkor som manligt dominerade verksamheter.

Nämndens bedömning är att nämndens plan för kompetensförsörjning med dess strategier kommer bidra till utveckling av nya arbetssätt och metoder och åtgärder för att nyttja den kompetens som finns hos nämndens medarbetare på ett mer effektivt sätt, att rusta nämndens medarbetare så att kompetensen motsvarar verksamhetens behov även när behoven förändras, identifiera fler åtgärder för att medarbetare ska bibehålla sin hälsa och välja att arbeta kvar längre.

Nämnden behöver identifiera åtgärder som syftar till att minska behovet av arbetskraft i nämndens verksamheter. Det kan handla om att utveckla verksamheter så att de blir mindre personalintensiva och bland annat införa välfärdsteknik. Åtgärder som redan vidtagits är att arbeta med chefers förutsättningar,

rekryteringsstöd till chefer och utveckling av rutin för det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Vidare skall nämnden under 2023 arbeta vidare med arbetsgivarvarumärket för att både attrahera ny arbetskraft samt behålla befintliga medarbetare.

Sammantaget förväntas åtgärderna bidra till en minskad utmaning gällande kompetensförsörjning av nämndens verksamheter.

3.2 Ekonomisk uppföljning

3.2.1 Analys av årets utfall

Resultatredovisning i sammandrag

	Bokslut 2022	Budget 2022	Avvikelse	Bokslut 2021
Intäkter	595,7	495,0	100,7	594,3
Kostnader	-5 364,6	-5 266,8	-97,7	-5 183,3
Kommunbidrag	4 771,8	4 771,8	0,0	4 653,2
Resultat	3,0	0,0	3,0	64,1
Eget kapital	83,0	80,0	-15,9	144,1

Belopp i mnkr exklusive förvaltningsinterna poster. Det saknas uppgift för bokslut år 2020 då nämnden bildades 2021.

Nämndens resultat för verksamhetsåret 2022 är en positiv avvikelse på 3,0 miljoner kronor (mnkr) vilket motsvarar 0,06 procent av kommunbidraget.

Nedan anges de viktigaste orsakerna till avvikelser mot årets budget:

- statlig ersättning för sjuklönekostnader med anledning av covid-19
- ersättning från Migrationsverket
- förväntad återbetalning från kronofogden i ett assistansmål
- expensionsmedel som inte har nyttjats i sin helhet
- högre kostnader än budgeterat för köpta insatser och boende inom avdelning myndighet och socialpsykiatri
- kostnad för nedskrivning av restvärde i samband med renoveringen av Dalheimers hus
- förvaltningsgemensam buffert

Kommunfullmäktige beslutade den 19 maj om en tillfällig utökning av nämndbidraget för nämnden för funktionsstöd på 85 mnkr. Förvaltningens uppskattning har varit att cirka 50 mnkr kommer att nyttjas för åtgärder som syftar till att öka måluppfyllelse, höja kvalitet i verksamheten, höja kompetens och främja arbetsmiljö. Detta bedömdes bidra till den positiva prognosen på 60 mnkr för helåret i den senaste rapporten per november.

Till och med december har förvaltningen nyttjat 83,3 mnkr av den tillfälliga utökningen till bland annat kompetensutveckling, arbetsmiljöinsatser, ersättning för vikarier, satsningar på välfärdsteknik, förbättringar av inne- samt utemiljöer, material till verksamheterna och en extra utbetalning av föreningsbidraget. Den höga nyttjandegraden av extra medel har inneburit ett lägre resultat än prognostiserat.

3.2.2 Uppföljning av erhållna statsbidrag

Specialdestinerat/riktat statsbidrag	Erhållen ersättning och/eller uppbokad fordran avseende 2022 (tkr)	Speckod (obligatoriskt)	Bidragsgivare (tex Skolverket)
Insatser våld i nära relationer	529	9016	Socialstyrelsen
Psykisk hälsa	10 125	9050	Socialstyrelsen
Habiliteringsersättning	16 173	9064	Socialstyrelsen
Kompetenshöjande insatser hbtq	43	9098	Socialstyrelsen
Vuxna flyktingar med uppehållstillstånd	34 218	9038	Migrationsverket
Bidrag personligt ombud	7 712	9043	Länsstyrelsen
Covid-19 sjuklönersättning	25 080	9B70	Försäkringskassan
Högriskskydd sjuklönekostnader	523	9084	Försäkringskassan
Insatser för ungdomar och unga vuxna	4,71	9093	Försäkringskassan
Folkhälsa gem avtal vgr	50	9B01	Västra Götalandsregionen, Socialstyrelsen
Krisberedskap och civilt försvar	837	9082	Myndigheten för samhällsskydd och beredskap
Lönebidrag	3 684	9068	Arbetsförmedlingen
Nystartsjobb/anställningsstöd	582	9069	Arbetsförmedlingen
Lärling	285	9067	Skolverket
Vårdens medarbetare (Nära vård)	417	9063	Kammarkollegiet
Summa	100 262		

3.3 Värdering av eget kapital

Nämnden ska årligen, i samband med fastställandet av det ekonomiska utfallet i bokslutet, värdera den egna verksamheten utifrån ett risk- och väsentlighetsperspektiv och skriftligt motivera en rimlig nivå på det egna kapitalet. I detta sammanhang ska nämnden beakta de riktnivåer som gäller för samtliga nämnder. Eget kapital som överstiger denna nivå ska återredovisas till kommunstyrelsen.

Den beslutade riktnivån för eget kapital för nämnden för funktionsstöd är 60–80 mkr. Enligt beslut i bokslutsberedningen den 21 april 2021 tilldelades de nya nämnderna eget kapital enligt den högre delen av intervallet som återfinns i reglerna. Det innebär att nämnden för funktionsstöd fick eget kapital motsvarande 80 mkr. Årsbokslutet 2022 visar ett positivt resultat på 3 mnkr och därmed ett utgående eget kapital på 83 mkr vid årets slut. Det innebär att årets överskott ska återredovisas till staden.

3.4 Uppföljning av särskilda beslut och uppdrag

3.4.1 Utvärdering av system för styrning, uppföljning och kontroll

Göteborgs Stads riktlinje för styrning, uppföljning och kontroll fastställer att nämnder och styrelser årligen ska utvärdera sitt system för styrning, uppföljning och kontroll för att förbättra effektiviteten.

29 § Nämnd/bolagsstyrelse ska årligen utvärdera och förbättra effektiviteten i det egna systemet för styrning, uppföljning och kontroll. I detta arbete ingår att nämnd/bolagsstyrelse erhåller information och rapportering avseende resultat av såväl genomförda interna uppföljningar och utvärderingar som iakttagelser från extern revision och övrig tillsyn.

Som en del i kommunstyrelsens uppsiktsplikt ska respektive nämnd/bolagsstyrelse i samband med årsrapportens upprättande rapportera resultatet från utvärdering samt lämna en bedömning om systemet för styrning, uppföljning och kontroll fungerar på ett betryggande sätt.

Nämnden har under 2022 hållit i arbetet med styrning, uppföljning och kontroll enligt riktlinjen. Nämndens arbete med likvärdig och effektiv välfärd och att skapa struktur för gemensamma frågor som löper över förvaltningen och inom avdelningarna för att säkerställa styrning och ledning utifrån förvaltningens uppdrag som helhet har fortsatt under 2022.

Nämnden för funktionsstöd bedömer sammantaget att systemet för styrning, uppföljning och kontroll har en tillräckligt effektiv hantering.

3.4.2 Brukar-/kundorienterad kvalitetsledning

Förvaltningen för funktionsstöd har under året arbetat för att omhänderta frågor relaterade till det systematiska kvalitetsarbetet och dess processer. Under hösten har förvaltningen arbetat med målsättningen att 2023 ha en tydliggjord ansvarsfördelning och beslutsmandat, former för samverkan med övriga socialnämnder och kopplingen till förvaltning av IT-system. I början av 2023 fattade förvaltningsledningen beslut om ägarskap av förvaltningens ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet, roller och forum vilket kommer möjliggöra ett än mer effektivt förbättringsarbete framöver.

Under 2022 har förvaltningen arbetat med att implementera värdighetsgarantier i nämndens verksamheter. Förvaltningen har tagit fram kommunikationsmaterial och utbildningsmaterial för att alla medarbetare ska känna till garantierna.

I den övergripande analysen av det systematiska kvalitetsarbetet har förvaltningen utgått från perspektiven *Brukarnas bedömning*, *Vår egen bedömning* och *Andras bedömning*.

Brukarnas bedömning

Förvaltningen genomför en samlad bedömning genom att arbeta med synpunktshantering, brukarundersökningar samt brukarrevisioner. Förvaltningen har under året inorporerat värdighetsgarantierna i synpunktshanteringen. Därutöver har rutin och process fastställts för synpunktshantering för att kunna ta emot fler synpunkter som en del av det systematiska förbättringsarbetet och för att kunna skapa god kvalitet för dem vi är till för.

Förvaltningen deltar i brukarundersökningar som tas fram av Sveriges kommuner

och regioner, SKR. Som ett komplement genomförs även stadens egna enkäter inom verksamheter för barn och ungdomar, då SKR ännu inte tillhandahåller nationella brukarundersökningar på det området. Förvaltningen har genomfört åtgärder för att öka svarsfrekvensen för brukarundersökningarna under 2022. Utifrån resultaten ser förvaltningen att det finns fortsatta utvecklingsområden inom kommunikation och medbestämmande inom de flesta av förvaltningens utförarverksamheter.

Brugarrevisioner är ett komplement till andra metoder för att ta reda på vad brukarna tycker om verksamheten.

Vår egen bedömning

Förvaltningens samlade bedömning gäller avvikelser, missförhållanden och vårdskador. Förvaltningen arbetar aktivt med att omhänderta avvikelser. Med avvikelshantering menas att fel och brister som upptäcks inom verksamheten dokumenteras för att komma tillrätta med problemen. Antalet avvikelser ligger i nivå med föregående år och detsamma gäller antal avvikelser som har åtgärdats. Detta är en fråga förvaltningen måste jobba vidare med under 2023. Förvaltningen kommer att satsa på utbildningsinsatser inom avvikelshantering under 2023 för både chefer och medarbetare. Vidare ser förvaltningen behov av att samordna arbetet inom den kommunala hälso- och sjukvården samt tillsammans med övriga socialförvaltningar, grundskoleförvaltningen och utbildningsförvaltningen.

Förvaltningen arbetar aktivt med att förebygga missförhållanden och vårdskador samt hur detta rapporteras och åtgärdas då så inträffar.

Andras bedömning

Andras bedömning utgörs av tillsyner från IVO och av revisioner genomförda av Göteborgs Stads stadsrevision. Dessa revisioner ger möjlighet att se över de insatser som gjorts och vad som behöver göras för att förvaltningen ska kunna skapa god kvalitet för dem vi är till för. Frekvenstillsyn av bostad med särskild service för barn och unga görs årligen. Förvaltningen väntar fortfarande på tre av fem rapporter från dessa tillsyner.

Två revisioner har genomförts av Göteborgs Stads stadsrevision. En rapport angående hantering av privata medel inom bostad med särskild service redovisades i november 2022 och visade att det finns brister i hantering, redovisning och förvaring av privata medel samt att riktlinjer och rutiner saknas. Förvaltningen väntar på rapport från granskning av palliativ vård.

Bedömning av privata utförare

Inför kvalitetsberättelse 2022 har förvaltningen begärt in uppgifter från de privata utförarna av daglig verksamhet enligt LOV avseende deras systematiska kvalitetsarbete. Granskningen visar på att de privata utförarna arbetar på ett systematiskt sätt med brukarnas delaktighet och med hur eventuella missförhållanden och vårdskador tas om hand och på att inga missförhållanden eller vårdskador har rapporterats in till IVO.

Den samlade bedömningen

Förvaltningen ser att ansvarsfördelning och beslutsmandat för det systematiska kvalitetsarbetet behöver tydliggöras. Vidare ser förvaltningen att samverkan behöver utvecklas med övriga socialnämnder samt kopplat till förvaltningen av IT-system.

Förvaltningen har påbörjat implementering av värdighetsgarantier. För att värdighetsgarantierna ska få önskat genomslag krävs ett fortsatt kontinuerligt

arbete i varje verksamhet.

Förvaltningen ser behov av att arbeta vidare med avvikelshanteringsprocessen såväl internt som i samverkan externt. Utbildningsinsatser behöver genomföras för såväl chefer som medarbetare. Förvaltningen arbetar för att alla medarbetare ska veta när och hur avvikelser ska göras, samt för att alla chefer ska ha kunskap om hur avvikelser hanteras, utreds och åtgärdas.

3.4.3 Ej verkställda SoL/LSS beslut

	SoL 2022-12-31	LSS 2022-12-31
Antal beslut som inte verkställts inom tre månader från beslutsdag	43	233
Antal beslut där verkställigheten avbrutits och inte återupptagits inom tre månader från avbrottet	3	87

Under kvartal 4 är det 366 beslut med dröjsmål på minst 3 månader som inte kunnat verkställas innan 2022-12-31. Nedan rapporterar nämnden beskrivning för de insatser med flest ej verkställda beslut.

Daglig verksamhet

För daglig verksamhet är det brist på lediga platser som vänder sig till individer med behov av särskilt anpassade lokaler och för personer som har utmanande beteende. Dessutom finns ett antal ärenden där den enskilde inte har valt utförare enligt lagen om valfrihet (LOV) eller där personer avvaktar val för att de vill ha en specifik daglig verksamhet som för tillfället inte har ledig plats.

Nämnden har genomlyst varför personer med beslut om daglig verksamhet inte gör aktivt val. Nämnden rekryterar lotsar i syfte att stödja och motivera brukare att välja daglig verksamhet och även att välja annan daglig verksamhet till dess att deras förstaval har ledig plats.

Under slutet av 2022 fick samtliga utförare av daglig verksamhet (egen och extern regi) information om orsaker till ej verkställda besluten inom daglig verksamhet och vilka målgrupper det gäller. Detta ger ett bra underlag för vad daglig verksamhet ska fokusera på vad gäller expansion eller verksamhetsförändringar i egen och extern regi.

Tillgång till mer ändamålsenliga lokaler förväntas möjliggöra verkställighet av fler beslut om daglig verksamhet framåt.

Bostad med särskild service

Ej verkställda beslut inom bostad med särskild service (BmSS) beror till stor del på bostadsbrist, i synnerhet gäller det bostäder med adekvat utformning för att möta brukare med behov av mycket nära stöd. Därtill finns brist på bostäder till brukare med komplexa behov som exempelvis samsjuklighet. En andel personer med ej verkställt beslut om BmSS tackar nej till erbjudande om bostad vilket medför längre förmedlingsprocesser.

Nämnden har haft dialog med fastighetskontoret och stadsledningskontoret vilket har resulterat i att fler tomter har identifierats för etablering av BmSS i fristående byggnad. Förvaltningen har i samverkan med planerande förvaltningar reviderat planeringsprocessen för BmSS och har ett pågående arbete i syfte att effektivisera processen för förmedling av BmSS-lägenheter.

Korttidsvistelse

Antalet ej verkställda beslut för korttidsvistelse har ökat under året. Anledningar är genomförda lokalförändringar för korttidshem som tillfälligt minskat möjlighet till verkställighet och svårigheter att verkställa beslut för personer som har behov av mindre sociala sammanhang. Nämnden har identifierat att processen att verkställa korttidsvistelse behöver utvecklas genom samverkan mellan lägerverksamhet och korttidshem för att bättre möta behoven.

Förvaltningen söker lokallösningar för personer som har behov av mindre sociala sammanhang under sin korttidsvistelse.

Insats LSS ej verkställda beslut	Kvartal 3	Kvartal 4
Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna	113	110
Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar	9	9
Korttidsvistelse utanför det egna hemmet	31	27
Personlig assistans	3	1
Korttidstillsyn för skollungdom över 12 år utanför det egna hemmet	1	2
Daglig verksamhet	109	128
Biträde av kontaktperson	12	15
Ledsagarservice	13	10
Avlösarservice i hemmet	17	18
Totalt	308	320

Insats SoL ej verkställda beslut	Kvartal 3	Kvartal 4
Särskild boendeform (äldreomsorg, handikappomsorg)	22	20
Annat bistånd	0	2
Korttidsboende/växelvård	1	2
Hemtjänst	1	2
Boendestöd	21	12
Dagverksamhet/sysselsättning	0	1
Kontaktperson	5	4
Ledsugning	3	0
Avlösning i hemmet	3	3
Totalt	56	46

3.4.4 Anmälningar enligt Lex Maria och Lex Sarah

	Kvartal 3 2022	Kvartal 4 2022
Antal anmälningar enligt Lex Maria	0	0
Antal anmälningar enligt Lex Sarah	2	2

Anmälningarna enligt lex Sarah redovisas i bilaga 2.

Under kvartal 3 och 4 har fyra Lex Sarah anmälts till Inspektionen för vård och omsorg.

Sammanfattningsvis har de huvudsakliga åtgärderna som verksamheterna har planerat och/eller vidtagit avsett

- Genomgång och följsamhet av rutiner
- Säkerställa kompetens och kompetensförsörjning
- Arbete med rekryteringsprocessen och samverkan med HR.
- Systematiskt kvalitetsarbete. så som exempelvis införande av egenkontroller

3.4.5 Uppföljning av regional överenskommelse om hjälpmedel i förskola, skola och daglig verksamhet

Nämnden har inte sett några ekonomiska konsekvenser under 2022.

3.4.6 Kriskommunikation

Riktlinjen för kriskommunikation antogs av kommunfullmäktige i januari 2022. Nämnden har under året sett över kriskommunikationsarbetet och implementerat riktlinjen för kriskommunikation i förvaltningen.

3.4.7 Krisledningsplaner och beredskapsplaner

Hur framskrider arbetet med beredskapsplanerna?

Arbetet med beredskapsplanen pågår enligt plan och den första versionen är färdig. Planen skapar en utgångspunkt för nämndens arbete med krisberedskap och klargör vilka bilagor som behöver revideras eller skapas under 2023.

Har ni reviderat era krisledningsplaner under 2021–2022?

Krisledningsplanen har reviderats utifrån Göteborgs Stads riktlinje för krishantering.

4 Bokslut

4.1 Sammanfattande analys

Resultatet till och med december för förvaltningen som helhet visar ett överskott om 3 mnkr. Nedan anges de viktigaste orsakerna till avvikelser mot årets budget och jämfört med föregående års utfall:

Verksamhetens intäkter

Ersättning för hyror och arrenden ligger i linje med budget men jämfört med föregående år är intäkterna högre med 7,3 mnkr. Avvikelsen förklaras av årets prisindex och fördröjning till följd av pandemin som innebar att lokalförvaltningen 2021 inte kunnat genomföra den årliga hyresförhandlingen. Detta har medfört att nämnden erhållit samma nivå på hyresintäkter som året innan.

Bidragsintäkterna är högre med 74,5 mnkr i förhållande till budget. Budgetavvikelsen förklaras av statlig ersättning för sjuklönekostnader med anledning av covid-19, högre än budgeterat ersättning från Migrationsverket och ersättning för personlig assistans. Positiva avvikelsen mot budget förklaras även av försiktighetsprincipen som används vid budgetering av statsbidrag, då det råder viss osäkerhet om hur mycket verksamheten kommer att erhålla av de ansökta bidragen.

Försäljning av verksamhet och försäljningsintäkter är högre med 22,3 mnkr än budgeterat. Budgetavvikelsen beror på ökade försäljningsintäkter för utförd personlig assistans samt förväntad återbetalning från kronofogden i ett assistansmål.

Verksamhetens kostnader

Personalkostnaderna är lägre än budgeterad med 16,6 mnkr trots höga kostnader för övertid, fyllnadslön och sjuklönekostnader till följd av Covid-19 i början på året. Detta beror främst på vakanser och utmaningar med att bemanna verksamheterna under ordinarie personals frånvaro. Utfallet av årets lönerrevision, fler anställda med anledning av nystartade boenden inom BmSS och ökade kostnader för semesterlöneskulden dämpar den positiva avvikelsen.

Lämnade bidrag är 23,7 mnkr lägre än budgeterat vilket förklaras av lägre kostnader för kommunalt bostadstillägg till följd av ändrade regler från Försäkringskassan då det generella bostadstillägget har höjts vilket innebär lägre kostnader för kommunen, lägre kostnader för statlig personlig assistans och för habiliteringsersättning inom daglig verksamhet. Samtidigt har nämnden fattat beslut om en extra utbetalning av stödet till civilsamhällets organisationer inom funktionshinderområdet på 3 mnkr.

Köp av huvudverksamhet är högre än budgeterad med 76,3 mnkr vilket beror på kostnader för köpta insatser och boende inom bostad med särskild service för både vuxna och barn, daglig verksamhet och korttidstillsyn enligt LSS.

Lokal- och fastighetskostnader är högre än budgeterat med 45,6 mnkr. Ökningen beror på högre underhållskostnader, avskrivningar och räntor och nyinhyrningar. Även driftkostnader kopplade till kvalitetshöjande insatser på underhåll och förbättringar av inne- och utemiljöer som bekostades med hjälp av de tillfälliga extra medel samt kostnaden för nedskrivning av restvärde i samband med

reoveringen av Dalheimers hus förklarar avvikelser.

4.2 Resultaträkning

Resultaträkning	Utfall Jan - Dec 2022	Budget helår 2022	Utfall Jan - Dec 2021
Taxor och avgifter	14,3	10,1	11,1
Hyror och arrenden	153,5	153,9	146,2
Bidrag	294,5	219,9	287,7
Försäljning av verksamhet och konsulttjänster	104,3	94,1	123,1
Försäljningsintäkter	29,0	17,0	26,2
Övriga intäkter	0,0	0,0	0,0
- Verksamhetens intäkter	595,7	495,0	594,3
Lön ersättningar och förmåner	-2 004,7	-1 987,0	-1 908,5
Sociala avgifter och pensionskostnader	-768,2	-802,6	-742,6
- Personalkostnader	-2 772,9	-2 789,6	-2 651,1
Lämnade bidrag	-300,6	-324,3	-324,8
Köp av huvudverksamhet	-1 322,4	-1 202,1	-1 372,4
Lokal- och markhyror	-352,5	-354,6	-316,9
Fastighetskostnader och fastighetsentreprenader	-70,0	-22,3	-24,6
Bränsle, energi och vatten	-0,7	-0,3	-0,7
Kostnader för transportmedel	-9,4	-8,2	-9,1
Köp av entreprenad och tjänster	-356,2	-466,8	-355,4
Övriga verksamhetskostnader diverse	-180,8	-98,8	-128,3
- Övriga verksamhetskostnader	-2 592,6	-2 477,3	-2 532,1
- Verksamhetens kostnader	-5 365,5	-5 266,8	-5 183,2
- Verksamhetens nettokostnader	-4 769,8	-4 771,8	-4 588,9
Generella statsbidrag och utjämning	4 771,8	4 771,8	4 653,2
- Verksamhetens resultat	2,0	0,0	64,3
Finansiella intäkter	1,3	0,0	0,0
Finansiella kostnader	-0,3	0,0	-0,2
- Resultat efter finansiella poster	3,0	0,0	64,1

- Resultat	3,0	0,0	64,1
-------------------	------------	------------	-------------

Resultaträkningen är exklusive förvaltningsinterna poster.

5 Styrinformation till nämnden

I avsnitt nedan får nämnden uppföljningen utifrån nämndens behov av styrinformation för den egna verksamheten.

5.1 Fördelning av ram inom nämndens ansvarsområde

Förvaltningen informerar om tekniska justeringar av budgetramen sedan delårsrapport augusti enligt tabellen nedan. Justeringar består av fördelning av expensionsmedel för nyetablering av BmSS i egen regi och för köp av platser inom ramavtalet (se avsnitt 5.12)

Avdelning (mkr)	Budgetbeslut	Teknisk justering	Total ram per avdelning
Myndighetsutövning/socialpsykiatri	2 417,5	8,5	2 426,0
Bostad med särskild service	1 699,2	19,7	1 719,0
Daglig verksamhet/stöd	161,3		161,3
Kvalitet och utveckling	241,5	-28,2	213,2
Förvaltningsgemensamt och stödfunktioner	252,3	0,0	252,3
Summa	4 771,8	0,0	4 771,8

5.2 Omfördelning av expensionsmedel

I nämndens budget 2022 avsattes 188,2 mkr i expensionsmedel för utökning av antalet bostäder med särskild service (BmSS) enligt LSS. Medel ur expensionsanslaget fördelas enligt särskilda regler för nyetablering av BmSS i egen regi och för köp av platser inom ramavtalet till dess att ordinarie resursfördelning tar vid. Behovsbedömningsmodellen ligger till grund för beräkning av omfördelning av expensionsmedel.

För att delfinansiera expensionsmedelsbudgeten ska resurser som fördelats genom expensionsmedel eller i ordinarie budget för köp av BmSS återföras till expensionsmedelsbudget då köp av ramavtalsplats upphör.

Under 2022 har expensionsmedel omfördelats för nystartade BmSS-enheter och för nya ramavtalsköp 2021 och 2022. Sammanlagt har årets expensionsmedelsbudgeten finansierat verkställighet av cirka 180 beslut om BmSS.

Omfördelningen av expensionsmedel till avdelningarna bostad med särskild service, avdelning myndighet och socialpsykiatri och avdelning daglig verksamhet och stöd administreras av avdelning kvalitet och utveckling. Omfördelning av expensionsmedel för 2022 har skett vid fyra tillfällen (maj, augusti, oktober och december).

Omfördelning av expensionsmedel i december görs enligt nedanstående sammanställning:

Avdelning	Objekt	Expansionsmedel (Tkr)
Myndighet och socialpsykiatri – Centrum 1	Köpt plats Nytida Solhaga by, Ranängen	481
Myndighet och socialpsykiatri – Centrum 2	Köpt plats Humana LSS Sverig AB, Mjösunda	851
Myndighet och socialpsykiatri – Centrum 2	Patia LSS AB, Aspen gruppbofastad	316
Myndighet och socialpsykiatri –Hisingen barn	Gröna Villan AB	1 855
Myndighet och socialpsykiatri –Hisingen barn	Köpt plats Bräcke diakoni Östergården B/U	925
Myndighet och socialpsykiatri –Hisingen barn	Köpt plats Bräcke diakoni Lefflergården	144
Myndighet och socialpsykiatri –Hisingen psyk	Köpt plats Stiftelsen Gyllenkroken, Fräntorpsgatan	268
Myndighet och socialpsykiatri –Hisingen psyk	Köpt plats Aramia, Sjögerstad	430
Myndighet och socialpsykiatri –Hisingen psyk	Köpt plats Aramia, Skultorp	136
Myndighet och socialpsykiatri –Hisingen psyk	Köpt plats AvAsta, Stallbacken	427
Myndighet och socialpsykiatri –Hisingen psyk	Köpt plats AvAsta, Stallbacken	194
Myndighet och socialpsykiatri – Hisingen vuxna	Köpt plats Bräcke diakoni, Lefflergården	453
Myndighet och socialpsykiatri – Majorna-Linné 1	Köpt plats Aramia, Skultorp	170
Myndighet och socialpsykiatri – Nordost psyk	Köpt plats Klaragården, Fristad	72
Myndighet och socialpsykiatri – Nordost psyk	Köpt plats Göteborgs Räddningsmission, Styrmansgatan	412
Myndighet och socialpsykiatri – Nordost psyk	Köpt plats Klaragården, Mölndal	295
Myndighet och socialpsykiatri – Nordost psyk	Köpt plats Främja AB, Klareborgsgatan	153
Myndighet och socialpsykiatri – Nordost psyk	Köpt plats Aramia, Skultorp	194
Myndighet och socialpsykiatri – Nordost vuxna	Köpt plats Humana LSS Sverige AB, Gärdesgatan	832

Myndighet och socialpsykiatri – Nordost vuxna	Köpt plats Främja AB, Klareborgsgatan	378
Myndighet och socialpsykiatri – Nordost vuxna	Köpt plats Aramia, Skultorp	148
Myndighet och socialpsykiatri – Nordost vuxna	Köpt plats Aramia, Sjögerstad	220
Myndighet och socialpsykiatri – Nordost vuxna	Avslutad köpt plats Attendo, Katrineforsliden	-1 905
Myndighet och socialpsykiatri – Sydväst barn	Köpt plats Betaniahemmet, Fiolgatan	301
Myndighet och socialpsykiatri – Sydväst psyk	Köpt plats Främja AB, Klareborgsgatan	452
Myndighet och socialpsykiatri – Sydväst psyk	Köpt plats Främja AB, Klareborgsgatan	171
Myndighet och socialpsykiatri – Sydväst vuxna	Köpt plats Betaniahemmet, Sisjövägen	99
BmSS – Centrum 1	Smögengatan	5 935
BmSS – Centrum 2	Kabelgatan 4	5 894
BmSS – Nordost 2	Gamlestadsvägen	7 238
BmSS – Sydväst 1	Famngatan	672
Summa		28 211

5.3 Resultat enligt organisationsstrukturen

Resultatet till och med december för förvaltningen som helhet visar ett överskott om 3 mnkr vilket motsvarar 0,06 procent av tilldelat kommunbidrag.

Avdelning myndighet och socialpsykiatri redovisar en negativ budgetavvikelse på 31,8 mnkr. Negativa budgetavvikelsen förklaras huvudsakligen av högre kostnader för köpta insatser och boende inom bostad med särskild service för både vuxna och barn, daglig verksamhet och korttidstillsyn enligt LSS. Även förändrad bedömning av ersättningsnivån från migrationsverket för återsökta kostnader inom ramen för ersättningslagen Stöd och hjälp i boendet samt Stödinsatser påverkar resultatet negativt. Samtidigt har avdelningen lägre kostnad än budget för statlig assistansersättning, högre ersättning från migrationsverket och korrigerig av kostnader som felaktigt belastat första tertial 2022. Lägre personalkostnader inom boendestöd samt förväntad återbetalning av assistansersättning enligt dom i tingsrätten bromsar negativa resultatet.

Avdelning bostad med särskild service har en positiv budgetavvikelse på 12,3 mnkr. Avvikelsen förklaras av kompensation för statlig ersättning för sjuklönekostnader, lägre kostnader för kommunalt bostadsbidrag till följd av ändrade regler från Försäkringskassan och lägre än budgeterat kostnader för skyddsutrustning. Trots höga kostnader för övertidsersättning samt ersättning för obekvämt arbetstid är personalkostnader totalt lägre än budgeterat. Detta till följd av försening i uppstart av nya boenden och arbetet med hållbar bemanning.

Avdelning daglig verksamhet och stöd redovisar också en positiv budgetavvikelse på 13,4 mnkr. Avvikelsen beror på ökade intäkter till följd av fler deltagare inom daglig verksamhet och erhållen statlig kompensation för sjuklönekostnader. Samtidigt uppvisar korttidsboende och korttidshem lägre beläggning och därmed minskade intäkter. Hög sjukfrånvaro i början på året till följd av pandemin har inneburit lägre personalkostnader inom daglig verksamhet då ordinarie personal inte har kunnat ersättas med vikarier fullt ut vilket har bidragit till det positiva resultatet för avdelningen.

Avdelning kvalitet och utveckling redovisar en positiv budgetavvikelse på 7,7 mnkr. Avvikelsen förklaras främst att medel avsatta för expansion inom bostad med särskild service inte har nyttjats fullt ut. Detta till följd av försening i uppstart av verksamhet och att genomförda behovsbedömningar som vissa fall har inneburit lägre behovs- och därmed ersättningsnivån hos brukare som flyttat in än den prognostiserade. Det positiva resultatet dämpas av ökade kostnader för kommundemensamma IT-tjänster.

Förvaltningsgemensamt och stödfunktioner redovisar en positiv budgetavvikelse för perioden på 1,4 mnkr. Avvikelsen beror främst på förvaltningens buffert som inte har tagits i anspråk och därför genererar ett överskott på 46 mnkr. Samtidigt påverkas resultatet för året negativt av uppräknig av semesterlöneskuld med 7,2 mnkr och nedskrivning av restvärde i samband med renovering av Dalheimers hus med 30,6 mnkr.

Avdelning (mkr)	Avvikelse utfall-budget perioden	Prognos helår	Budgettram
Myndighet socialpsykiatri	-31,8	-20,7	2 426,0
Bostad med särskild service	12,3	-6,0	1 719,0
Daglig verksamhet/stöd	13,4	18,4	161,3
Kvalitet och utveckling	7,7	6,7	213,2
Förvaltningsgemensamt och stödfunktioner	1,4	61,6	252,3
Summa	3,0	60,0	4 771,8

5.4 Intraprenader

Intraprenad är en självständig resultatenhet inom ramen för den kommunala förvaltningsorganisationen med utökat och/eller förtydligat ansvar och utökade och/eller förtydligade befogenheter. Enheten är fortfarande kommunalt ägd och driven och personalen är anställd av kommunen. I samband med bildandet av nya nämnder överfördes ett antal intraprenader från avlämnande stadsdelsnämnder.

Intraprenaden ges förutsättningar för en mer långsiktig ekonomistyrning genom att de har möjlighet att ta med sig över- och underskott över årsskiften. Intraprenadens årsresultat balanseras mot ackumulerat resultat. Vid ett negativt ackumulerat resultat ska en åtgärdsplan upprättas som beskriver hur balansen ska återställas. Ekonomiska överskott balanseras även dessa mot ackumulerat resultat och följer med intraprenaden över tid, så länge det är inom riktnivån för den aktuella verksamheten.

Nämnden för funktionsstöd har två intraprenadverksamheter, Kvartetten och Tretakten, som bedrivits under 2022 och deras ackumulerade resultat framgår i tabellen nedan:

Enhet	Akkumulerat resultat per 2020-12-31 (tkr)	Akkumulerat resultat per 2021-12-31 (tkr)	Akkumulerat resultat per 2022-12-31 (tkr)
Kvartetten BmSS	391	-359	-245
Tretakten BmSS	2 078	3 606	4 386
Summa intraprenader	2 469	3 247	4 141

Intraprenaden ska i samband med årsbokslutet värdera och motivera storleken på det ackumulerade resultatet om detta avviker mot riktnivåerna.

För en enhet med den omsättningen som Tretakten har, borde det ackumulerade resultatet inte vara högre än 2,2 mnkr. Enheten visar ett positivt resultat för 2022 och det utgående beloppet vid årets slut summeras till 6,4 mnkr. Därför regleras det ackumulerade resultatet ner till maxnivån inför 2023.

5.5 Uppföljning av samlad riskbild och intern kontrollplan

I samband med framtagandet av budget/verksamhetsplan ska riskhanteringen för olika riskområden sammanställas i en samlad riskbild för nämndens verksamhetsområde. Syftet med den samlade riskbilden är att ge en bild över verksamhetens mest väsentliga risker utifrån nämndens perspektiv. Den samlade riskbilden innehåller även åtgärder för att hantera riskerna. Utifrån den samlade riskbilden ska en intern kontrollplan upprättas. Den ska innehålla de områden/processer som särskilt ska granskas under kommande verksamhetsår för att verifiera att redan införda åtgärder har fått avsedd effekt.

Verksamhetsrisker

Förvaltningens bedömning utifrån genomförda åtgärder under året är att åtgärder som genomförs sannolikt minskar riskerna, men att riskerna är sådana som alltid finns inom nämndens verksamhetsområde och därför kräver ständigt löpande arbete. Sådana är *risk för att kvalitén i verksamheten och kontinuitet i mötet med den enskilde påverkas negativt vid svårigheter med kompetensförsörjning* och *risk för att det inträffar våldssituationer i nämndens verksamheter*. Förvaltningen har genomfört åtgärder utifrån den fastställda åtgärdsplanen och mycket av arbetet för att minska riskerna sker i det löpande arbetet med kompetensförsörjning, bemanningsplanering och systematiskt kvalitetsarbete.

Risk för oegentligheter och förtroendeskada

Förvaltningens bedömning är att de åtgärder som genomförts under året sannolikt minskat risker, men *risk för oegentligheter och förtroendeskada* finns alltid inom kommunens uppdrag och kräver därför kontinuerligt arbete. Stadens gemensamma arbete i enlighet med brottsförebyggande och trygghetsskapande programmet förväntas bidra till att risk inom området minskar.

Nämnden kommer under 2023 fortsätta arbetet utifrån *risk för oegentlighet eller felaktig hantering vid kontanthantering i nämndens verksamheter*. Revisionen granskade området under 2022 och deras rekommendationer tillsammans med åtgärder som förvaltningen identifierat förväntas bidra till att risken minskar.

Bedömning av genomförda kontroller - behörighetshantering

Förvaltningen har tagit fram systematik för behörighetskontroller. Uppföljning kommer framöver årligen finnas med i säkerhetsrapport till nämnden. Skulle det

uppkomma större avvikelser kommer förvaltningen lyfta dessa till nämnden. Förvaltningens råd för IT, digitalisering och informationssäkerhet följer upp systematiken kring behörighetshantering. Med detta bedömer förvaltningen att genomförda åtgärder fått effekt och att årlig åiterrapportering till nämnden kommer vara tillräcklig under förutsättning att större avvikelser inte uppkommer.

Bedömning av genomförda kontroller - inköpsprocess

Förvaltningen har genomfört stickprov av fakturor för att kontrollera att förvaltningens inköp följer LOU och förvaltningens rutiner och riktlinjer. Utifrån genomförda kontroller bedömer förvaltningen att åtgärderna för att minska riskerna inom inköpsprocesser har varit tillräckliga och gett resultat.

För mer information, se bilaga 3.

5.6 Uppföljning av revisionens rekommendationer

Stadsrevisionen granskade under 2021 om nämndens verksamhet sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande samt om den interna kontrollen är tillräcklig. Stadsrevisionens granskning 2021 visade att det fanns förbättringsområden i delar av nämndens verksamhet enligt rekommendationerna i revisionsredogörelsen. I övrigt bedömer stadsrevisionen att nämnden bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, att den interna kontrollen varit tillräcklig samt att resultaträkning och balansräkning har upprättats i enlighet med lagen om kommunal redovisning.

Rekommendationer lämnas när revisorerna ser brister i verksamheten och syftar till att utveckla och förbättra verksamheten. Åtgärdsplanen i bilagan omfattar granskningsåret 2021 och nämnden har fått rekommendationer inom områdena nedan. Åtgärderna följs upp i åtgärdsplanen och nedan rapporterar förvaltningen bedömning av hanteringen.

- Hantering av delegationsbeslut

Förvaltningen har sedan januari 2022 publicerat sammanställning av delegationsbeslut på webben vilket möjliggör insyn i nämndens arbete. Förvaltningens bedömning är att rekommendationen är omhändertagen.

- Styrning och uppföljning av arbetet med kompetensutveckling

Stadsrevisionens rekommenderade nämnden att fortsätta utveckling av styrning och uppföljning av arbetet med kompetensutveckling. Förvaltningen har tagit fram och genomfört vissa åtgärder utifrån handlingsplanen med bedömer att arbetet behöver fortsätta 2023.

Uppföljning av åtgärderna finns i bilaga 4.

5.7 Kvalitetsberättelse

Enligt Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 ska den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.

Enligt föreskriften bör den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå

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

Berättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad

- att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar
- att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses

Kvalitetsberättelsen finns i bilaga 5.

5.8 Uppföljning av boendeplanen

Nybyggnation av bostad med särskild service (BmSS) 2022 resulterade i 45 nya lägenheter. Behovet av BmSS i form av gruppboende med möjlighet till mycket nära stöd är stort. 12 av 45 nya lägenheter (27%) var i gruppboende. Övriga nya bostäder var i form av servicebostäder

Under 2022 har 9 BmSS-lägenheter avvecklats i servicebostäder integrerade i flerbostadshus. Lägenheterna ligger avskilt från personal- och gemensamhetsutrymmen. Majoriteten av de som har icke verkställda beslut om BmSS har ett behov av närhet till personalstöd och/eller tillsyn vilket inte kan tillgodoses i dessa lägenheter.

Utökning av BmSS	Antal
Nya lägenheter	45
Varav gruppboende	12
Varav serviceboende	33
Varav i friliggande hus	20
Varav i flerbostadshus	25

5.9 Säkerhetsrapport

Enligt Göteborgs Stads säkerhetspolicy inkluderas personsäkerhet, fysisk säkerhet, informationssäkerhet och krisberedskap i säkerhetsarbetet. Säkerhetsfrågorna är en del av förvaltningens riskhantering och kan beskrivas som förmågan att upprätthålla en definierad risknivå.

Förvaltningen ska genom tydlig inriktning och fördelning av ansvar engagera sig i verksamhetens säkerhetsarbete samt minst årligen följa upp att säkerhetsnivån är acceptabel med återkoppling till nämnden. Säkerhetsrapport 2022 utgör bilaga 6 till denna årsrapport och genom att nämnden godkänner säkerhetsrapporten bedöms säkerhetsarbetet inom förvaltningen vara på en acceptabel nivå.

Säkerhetsarbetet under 2022 har påverkats av Covid-19, kriget i Ukraina och utmaningar i energiförsörjningen, vilket har gjort årets säkerhetsarbete mångfacetterat. Arbetet har trots dessa stora samhällspåverkande händelser utförts enligt planer och mål och bedöms som gott.

5.10 Dataskyddsarbete

Dataskyddsförordningen reglerar hur personuppgifter ska hanteras och tillkom för att särskilt skydda människors rätt till integritet och för att värna var och ens rätt att ha kontroll över vad som sker med uppgifter om ens person. Förvaltningen har ett utsett dataskyddsbud som är organiserad på Intraservice. Dataskyddsbudets uppgift att övervaka den personuppgiftsansvariges efterlevnad av förordningen regleras i artikel 39 i GDPR. Därför har dataskyddsbudet genomfört kontroller av dataskyddsarbetet i förvaltningen och rapporterar till nämnden de iakttagelser som gjorts. De råd och rekommendationer som ges i sammanställningen syftar till att ge ledningen underlag för att kunna fatta väl underbyggda beslut.

Dataskyddsarbetet 2022 finns som bilaga 7 till årsrapporten.

5.11 Barnbokslut

Ett barnbokslut är en sammanställning och ett underlag för nämnden för att få en bild om den egna verksamhetens arbete och resultat i sitt barnrättsarbete utifrån barnkonventionens artiklar, i syfte att tillgodose barn och ungdomars rättigheter utifrån barnkonventionen. Utifrån beslut i kommunfullmäktige i juni 2020 ska samtliga nämnder och styrelser årligen upprätta ett barnbokslut som bilaga i årsrapporten.

Barnbokslutet fungerar samtidigt som uppföljning av Göteborgs Stads barnrättsplan, som antogs av kommunfullmäktige i juni 2022, och sammanställs till kommunstyrelsen och kommunfullmäktige.

Barnbokslut finns att läsa i bilaga 8.

5.12 Uppföljning av utförare inom nämnden för funktionsstöds konkurrensutsatta verksamhet enligt lag om valfrihet

Valfrihetssystem enligt LOV daglig verksamhet

Inom valfrihetssystemet för daglig verksamhet enligt LSS fanns i december 2022 111 enheter varav 26 enheter drivs av 15 olika privata utförare. Sju av de privata utförarna driver fler än en enhet. Av de privata utförarna är åtta föreningar, sex aktieföretag och en stiftelse. Samtliga privata utförare utom en är anslutna till kollektivavtal. Den utförare som inte har kollektivavtal ska enligt kontraktet följa huvudöverenskommelsen (HÖK).

Under 2022 har fyra ansökningar om att bli privat utförare inkommit. En ansökan har godkänts, en ansökan har återtagits och två ansökningar är under handläggning. Den ansökan som godkänts gäller en sedan tidigare godkänd utförare som startar upp ytterligare en enhet. Den nya enheten blir valbar i början av 2023.

I inledningen av pandemin fattade kommunfullmäktige beslut om tilläggsavtal som förändrade krav och ersättning till utförare av daglig verksamhet. Tilläggsavtalen upphörde den 30 september 2021 utifrån minskad smittspridning. Nämnden för funktionsstöd hemställde i januari 2022 till kommunfullmäktige om nytt beslut om tilläggsavtal utifrån att smittspridningen då ökat igen. Kommunfullmäktige fattade beslut enligt hemställan och tilläggsavtal gällde 1 januari till och med 31 mars 2022 då smittspridning återigen minskat. Under den period som tilläggsavtalet gällde utgick krav om andel arbetad tid som utförs av personal med godkänd

omvårdnadsutbildning. Det innebär att krav på godkänd utbildning inte ingick i den uppföljning som genomfördes under perioden.

Uppföljning

Under 2022 har uppföljning skett av sammanlagt 30 enheter. Resultatet tyder på att privata och kommunala utförare delar förbättringsområde gällande systematiskt förbättringsarbete kopplat till synpunkter och klagomål.

Kommunala utförare

Uppföljning av 16 kommunala enheter har genomförts. Uppföljningen avsåg krav på verksamhetsansvarig och ledning, lokaler och skyddsutrustning, omsorgspersonalens kompetens, självbestämmande och integritet, trygghet och säkerhet, synpunkter, klagomål, avvikelser och lex Sarah.

Vid tidigare uppföljningar av kommunala enheter har resultatet visat på behov av att förbättra hantering och dokumentation av samtycke samt hantering av synpunkter och klagomål. Årets uppföljning visar på att förbättringar genomförts vilket tyder på lärande inom förvaltningen och mellan enheter.

44 procent av enheterna uppfyllde samtliga krav och resterande 56 procent uppfyllde kraven i stora delar. Gemensamma förbättringsområden för de kommunala utförarna avser systematisk hantering av synpunkter och klagomål.

Privata utförare

Uppföljning av 14 privata enheter har genomförts. Uppföljningen avsåg krav på skatter och socialförsäkringsavgifter, verksamhetsansvarig och ledning, lokaler och skyddsutrustning, arbetsvillkor och arbetsmiljö, omsorgspersonalens kompetens, självbestämmande och integritet, trygghet och säkerhet, synpunkter, klagomål, avvikelser och lex Sarah.

Samtliga enheter uppfyllde kraven i stora delar. De enheter som behöver vidta åtgärder behöver göra det inom områdena hantering av det systematiska förbättringsarbetet av synpunkter och klagomål och förbättringar som avser dokumentation av samtycke.

5.13 Nuläge kring de tre strategiska områdena - ledning och styrning, ledarskap, kommunikation

Förvaltningsledningen tog vid start av förvaltningen fram tre strategiska områden att arbeta med de kommande åren för att ha en styrning och organisationskultur som bidrar till mål och uppdrag som helhet. De tre områdena är ledning och styrning, ledarskap och kommunikation.

Förvaltningen arbetar med att skapa struktur för gemensamma frågor som löper över förvaltningen och inom avdelningarna för att säkerställa styrning och ledning utifrån förvaltningens uppdrag som helhet. Arbetet för budget i balans och kategoriplansarbetet är exempel på detta. Förvaltningen tog under året fram plan för kompetensförsörjning som fastställdes av nämnden i december. Planen förväntas bidra till styrning och ledning och samordning av arbetet med kompetensförsörjning.

Förvaltningen har arbetat med ledarakademi för samtliga chefer med syfte att stärka ledarskapet. Ledarakademin har fortsatt arbetet med att implementera ledarfilosofin som utgår från stadens förhållningssätt. Förvaltningen har under året

arbetat för att förbättra chefers förutsättningar. Ledarakademin har sedan start innehållit delar kring tillit då förvaltningens alla chefer arbetat med styrning och ledning och organisationskultur. Chefers handlingsutrymme och att arbeta för en organisationskultur där alla tar hela sitt handlingsutrymme tillsammans med att arbeta med en hel linje då förvaltningen är stor och har flera chefsled ser förvaltningen som särskilt viktigt utifrån tillit.

Förvaltningen har arbetat med att skapa en kommunikativ organisation genom öppet kommunikationsklimat, ledningskommunikation och stödja chefer i deras kommunikativa uppdrag.

5.14 Uppföljning domar överklagade ärenden

Nedan redovisas domar i förvaltningsrätten och kammarrätten under år 2022. Avslag innebär att den enskilde får avslag på sin överklagan och att förvaltningens bedömning kvarstår. Bifall innebär att den enskilde får bifall på sin överklagan. Delvis bifall innebär att den enskilde får delvis bifall på sin överklagan och att domstolen har ändrat förvaltningens bedömning i någon del. Återförvisning innebär att domstolen har bedömt att det finns behov av kompletterande bedömning, utredning eller annan handläggning och upphävt förvaltningens beslut. Det förekommer att en enskild dom passar in under flera kategorier, främst delvis bifall eller återförvisning, och en bedömning av beslutets huvudsakliga karaktär har då gjorts för att undvika dubbelredovisning.

Under år 2022 har förvaltningen för funktionsstöd fått 407 domar från förvaltningsrätten. Av dessa domar berör 147 personlig assistans, där 80 domar innebar avslag för den enskildes överklagan och att förvaltningens bedömning har kvarstått. Av resterande ärenden fick den enskilde bifall för sin överklagan i 20 ärenden, delvis bifall i 42 ärenden och fem ärenden återförvisades. Utöver de 147 domarna som berör personlig assistans berör ytterligare 18 domar tillfällig utökning av personlig assistans varav den enskilde fick bifall på sin överklagan i tre ärende. I resterande 15 ärenden fastställdes förvaltningens bedömning.

Av domarna i förvaltningsrätten gäller 102 ärenden enligt socialtjänstlagen (SoL) där den enskilde fått avslag i 85 ärenden och förvaltningens bedömning kvarstår, medan den enskilde fått bifall på sin överklagan i 13 fall och delvis bifall i ett ärende. Tre ärenden har återförvisats till förvaltningen för ny hantering.

Under år 2022 har förvaltningen för funktionsstöd fått 15 domar från kammarrätten och av dem rör 14 domar ärenden enligt lag och stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och en dom rör ärende enligt SoL. Fem av domarna kan hänföras till samma ärende om tillfällig utökning personlig assistans LSS. Övriga domar är en dom gällande korttidsvistelse, en dom gällande bostad med särskild service LSS, en dom gällande korttidsutlysning, en dom gällande övrigt bistånd SoL och sex ärenden om personlig assistans.

Vid jämförelse med 2021 syns ingen förändring i vilka ärenden som oftast överklagas och assistansärenden och korttidsvistelse är även fortsatt de ärenden som överklagas mest. Förvaltningens bedömning kvarstår oftast efter prövning och då ändring görs är det vanligast med delvis bifall och mindre ändringar.

Under sista kvartalet ökade antalet ärenden gällande personlig assistans som avgjordes markant och fördelningen mellan avslag och bifall samt delvis bifall är relativt jämn med knapp övervikt för avslag, av bifallen är majoriteten delvis bifall. Likt tidigare perioder är ändringarna ofta mycket små och mot bakgrund av att prövningen av rätten till personlig assistans är komplex och vanligtvis innefattar bedömning av ett omfattande underlag är det inget anmärkningsvärt med resultatet.

Att förvaltningens beslut om personlig assistans efter överklagan ändras i redovisad omfattning är rimligt utifrån de komplexa bedömningarna och att ändringarna som görs generellt är små och ofta handlar om tidsbedömningen för godtagna behov visar på att förvaltningen följer gällande rätt och uppdaterad praxis på ett bra sätt. Förvaltningen fortsätter arbeta med att göra rimliga tidsbedömningar i ärenden om personlig assistans och följer rättsutvecklingen.

Förutom personlig assistans är det vanligast med överklagande av beslut angående korttidsvistelse. Ändringsfrekvensen i dessa ärenden är låg och förvaltningens beslut fastställs i 33 av 40 ärenden. Det är ungefär samma resultat som sista halvåret 2021 och visar att förvaltningens bedömning följer gällande rätt på ett bra sätt.

Det är viktigt att förvaltningens bedömningar fortsätter att prövas rättsligt. Förvaltningen följer sedan det sakliga innehållet i domar, såväl som statistik, kontinuerligt för att säkerställa en lärande organisation samt att förvaltningen förhåller sig till gällande rättspraxis.

Domar förvaltningsrätten 2022	Avslag	Bifall	Delvis bifall	Återförvisas	Summa
Personlig assistans LSS	80	20	42	5	147
Tillfällig utökning personlig assistans LSS	15	3	0	0	18
Ersättning personlig assistans LSS	2	0	0	0	2
Ledsagarservice LSS	17	1	2	1	21
Kontaktperson LSS	14	1	0	1	16
Avlösarservice LSS och SoL	27	1	0	0	28
Korttidsvistelse LSS och SoL	33	5	2	0	40
Korttidstillsyn LSS	1	0	0	0	1
BmSS barn och unga LSS	2	0	0	0	2
BmSS vuxna LSS	11	0	0	0	11
Daglig verksamhet LSS	3	0	0	0	3
Dagverksamhet/sysselsättning SoL	2	0	0	0	2
Förhandsbesked LSS	2	1	0	0	3
Personkrets LSS	2	2	0	0	4
Korttidsboende SoL	12	1	0	2	15
BmSS SoL	4	1	0	0	5
Bostadsanskaffning F100-lägenhet SoL	5	2	0	0	7
Övriga boenden SoL	8	0	0	0	8
Boendestöd SoL	16	6	0	0	22
Hemtjänst SoL	11	3	0	1	15
Ledsugning SoL	15	0	1	0	17
Kontaktperson SoL	11	0	0	0	11
Övriga beslut SoL	1	0	0	0	1
Laglighetsprövning KL	9	0	0	0	9
Summa	304	47	47	10	407

Domar kammarrätten 2022	Avslag	Bifall	Delvis bifall	Återförvisas	Summa
Personlig assistans LSS	4	1	1	0	6
Tillfällig utökning personlig assistans LSS	1	4	0	0	5
Ersättning personlig assistans LSS	0	0	0	0	0
Ledsagarservice LSS	0	0	0	0	0
Kontaktperson LSS	0	0	0	0	0
Avlösarservice LSS och SoL	0	0	0	0	0
Korttidsvistelse LSS och SoL	1	0	0	0	1
Korttidstillsyn LSS	0	1	0	0	1
BmSS barn och unga LSS	0	1	0	0	1
BmSS vuxna LSS	0	0	0	0	1
Daglig verksamhet LSS	0	0	0	0	0
Dagverksamhet/sysselsättning SoL	0	0	0	0	0
Förhandsbesked LSS	0	0	0	0	0
Personkrets LSS	0	0	0	0	0
Korttidsboende SoL	0	0	0	0	0
BmSS SoL	0	0	0	0	0
Bostadsanskaffning F100-lägenhet SoL	0	0	0	0	0
Övriga boenden SoL	0	0	0	0	0
Boendestöd SoL	0	0	0	0	0
Hemtjänst SoL	0	0	0	0	0
Ledsagning SoL	0	0	0	0	0
Kontaktperson SoL	0	0	0	0	0
Övriga beslut SoL	0	1	0	0	1
Laglighetsprövning KL	0	0	0	0	0
Summa	6	8	1	0	15

6 Redovisning av nämndens uppdrag

6.1 Redovisning av uppdrag (rubrik) från KF/KS i och utanför budget (uppdragskolumn)

6.1.1 Budgetuppdrag från KF:s budget 2022

6.1.1.1 Nämnder och styrelser ges i uppdrag att tillgängliggöra lokaler till valnämnden för att säkerställa vallokaler

Beskrivning av uppdrag

Förvaltningen arbetar tillsammans med valnämnden för att tillgängliggöra vallokaler.

Status

✓ Avslutad

Kommentar

Uppdraget återrapporterades till nämnden i delårsrapport per augusti 2022.

Nämnden har upplåtit lokaler i Dalheimers hus och i Selma Lagerlöfs Center för förtidsröstning och röstning på valdagen.

6.1.1.2 Nämnder och styrelser får i uppdrag att genomföra ett långsiktigt strategiskt effektiviseringsarbete för att frigöra resurser inom staden.

Beskrivning av uppdrag

Nämnden för funktionsstöds arbete utifrån kommunfullmäktiges uppdrag till samtliga styrelser och nämnder kan handla om att verkställa behov på annat sätt, andra insatser till familjer som har barn och unga med funktionsnedsättning, att ha ett effektivt bemanningsarbete och att effektivisera lokalanvändning.

Status

✓ Avslutad

Kommentar

Nämnden arbetar kontinuerligt med budget i balans och god ekonomisk hushållning utifrån nämndens ekonomistyrningsprinciper. Det handlar om åtgärder för att effektivisera verksamheterna, göra mer kostnadseffektiva lösningar och minska antalet direktupphandlade platser.

Förvaltningen har arbetat med att effektivisera bemanning av nämndens verksamheter. Det har handlat om att öka kontinuiteten för nämndens målgrupper och använda kompetens på bättre sätt.

Förvaltningen har under 2022 arbetat med kategoristyrning vilket resulterat i

strategi för behovsförsörjning av nämndens verksamheter. Det handlat om att tillgodose de behov som finns inom nämndens ansvar genom att hitta effektiva lösningar och tydliga förutsättningar för leverantörer.

Förvaltningen har skapat en placeringsgrupp för omhändertagande av akuta behov av verkställighet med befintliga resurser med representanter från samtliga avdelningar.

6.1.1.3 Nämnden för funktionsstöd får i uppdrag att genomföra en översyn av den kommunala dagliga verksamheten med syfte förbättra och utveckla verksamheten.

Beskrivning av uppdrag

Förvaltningen tar utgångspunkt i uppdraget från 2021. Arbetet med att förbättra och utveckla verksamheten är ett kontinuerligt arbete som innebär att säkra att verksamheterna i egen regi möter behoven för att minska ej verkställda beslut, att förbättra verksamheten utifrån uppföljning som görs inom ramen för lag om valfrihet av enheten för kontrakt. I arbetet ingår att arbeta med systematiskt kvalitetsarbete och arbeta med utveckling och förbättringar, exempelvis inom digitalisering.

Status

✓ Avslutad

Kommentar

Uppdraget återrapporterades till nämnden i delårsrapport per augusti 2022.

Förvaltningen har under året arbetat vidare med att utveckla och förbättra den kommunala dagliga verksamheten. Arbetet med att förbättra och utveckla verksamheten är något som sker regelbundet och inte bara i samband uppdraget i kommunfullmäktiges budget.

Det tre verksamhetsområden som ansvarar för daglig verksamhet arbetar regelbundet med systematisk kvalitetsarbetet som grundar sig i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9). Detta sker bland annat genom att regelbundet följa synpunkter och avvikelser och utifrån dessa förbättra och utveckla verksamheten. Egenkontroller av verksamheten görs regelbundet.

Enheten för kontrakt och uppföljning genomför regelbundet granskningar av enheter som bedriver kommunal daglig verksamhet. Resultatet av granskningarna används i det systematiska förbättringsarbetet av verksamheterna.

Vid kartläggning av medarbetarnas kompetens framkom att många saknar grundläggande kompetens inom alternativ kompletterande kommunikation (AKK), tydliggörande pedagogik samt förståelse för dokumentationens betydelse. Plan för kompetensutveckling har tagits fram utifrån kartläggningen med syfte att genom medarbetarnas ökade kompetens öka deltagarnas självständighet och delaktighet i insatserna. Ett annat syfte är att öka medarbetarnas förståelse hur social dokumentation kan användas i verksamhetsutveckling.

Kompetensutvecklingsinsatser inom digitalisering för medarbetare sker regelbundet. Det finns IT-ambassadörer på enheterna som stöttar sina kollegor. Inom de enheter som kommit långt i arbetet med välfärdsteknik finns teknikmentorer. Teknikmentorer är teknikintresserade deltagare i daglig verksamhet som har uppdrag i att utbilda, testa och ta fram digitala lösningar utifrån sina kompetenser. Genom ökad kunskap om olika tekniska lösningar och dess användningsområden ökar deltagarnas förutsättningar till ett mer självständigt

liv.

Flera projekt tillsammans andra förvaltningar och aktörer pågår med syfte att deltagarna ska kunna komma ut på den öppna arbetsmarknaden.

Ett arbete har påbörjats för att anpassa befintliga lokaler och lokaler för nya verksamheter.

Samarbete med myndighet gällande beslut som är svåra att verkställa pågår för att kunna möta behovet för vissa målgrupper.

Utifrån att arbetet med att utveckla och förbättra den kommunala dagliga verksamheten är ett ständigt arbete kommer detta uppdrag att avslutas utifrån kommunfullmäktiges budget 2022, men arbetet med att ständigt förbättras kommer att fortsätta.

6.1.1.4 Nämnden för funktionsstöd får i uppdrag att i samverkan med nämnden för arbetsmarknad och vuxenutbildning arbeta för att öka sysselsättningsgraden för personer med funktionsnedsättning.

Beskrivning av uppdrag

Förvaltningen tar utgångspunkt i uppdraget från 2021. Beskrivning av arbetet tillsammans med arbetsmarknad och vuxenutbildningsförvaltningen finns under kommunfullmäktiges mål.

Status

✓ Avslutad

Kommentar

Förvaltningen har under 2022 samverkat med Arbetsmarknad och vuxenutbildning (ArbVux) genom flera projekt. Exempel på detta är projektet *Lönebidrag för utveckling (LFU)* tillsammans med Centrum för anställningar (CFA). Tillsammans med CFA så kan verksamheter som bedriver individual placementsupport (IPS) möjliggöra anställningar med anställningsstöd inom stadens förvaltningar i max fem år med mål att staden ska öka antalet anställda personer med funktionsnedsättningar under ordinarie anställningsvillkor. Under året har fyra personer fått anställning via projektet.

För att skapa förutsättningar så att fler personer med funktionsnedsättning som gått på gymnasiesärskola ska kunna komma i praktik, arbete och studier finns *Startsträckan* med syfte att ungdomar med funktionsnedsättning ska få bättre hjälp genom förbättrad samverkan mellan skola, Arbetsförmedlingen och arbetsgivaren (kommunen). Projektet har nu implementerats i ordinarie verksamhet.

Vidare har förvaltningen i samarbete med arbetsmarknad och vuxenutbildningsförvaltningen, park- och naturförvaltningen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen påbörjat arbete för att möjliggöra för åtta deltagare från daglig verksamhet att gå vidare till ett offentligt skyddat arbete (OSA) inom staden.

Ett annat exempel är projekt där tre personer med *EgenErfarenResurs* (PEER) ska anställas till bostad med särskild service. Vidare har projektet *Recovery Jobb* inletts, där ArbVux kommer frigöra medel för att personer inom aktivitetshuset ska få möjlighet att prova att arbete med syfte att dessa deltagare ska söka sig till IPS. Projektet kommer fortsätta under 2023.

Förvaltningen har i samarbete med arbetsmarknad och vuxenutbildning och Studium tagit fram två utbildningsinsatser; *Jag i samhället* och *Jag i arbetslivet*. Totalt 16 deltagare inom daglig verksamhet som står närmast arbetsmarknaden

omfattas. I utvärderingen framkom att kursdeltagarna upplever sig ha fått förstärkt självkänsla och sociala färdigheter.

- 6.1.1.5 Nämnden för funktionsstöd får i uppdrag att uppmärksamma barns situation inom verksamhetsområdet, både vad gäller barn med olika funktionsnedsättningar och barn till vuxna med funktionsnedsättning som ansöker om stöd och service för att säkerställa barnperspektivet.

Beskrivning av uppdrag

Förvaltningen tar utgångspunkt i uppdraget från 2021. Utöver att implementera material för att beakta barnperspektiv i myndighetsarbetet ser förvaltningen behov av att erbjuda olika former av verkställighet för att möta behovet hos familjer med barn och unga med funktionsnedsättning.

Status

✓ Avslutad

Kommentar

Under 2022 har samtliga enheter inom myndighet implementerat rutin för att beakta barnrättsperspektivet vid handläggning. Rutinen avser både handläggning av barnärenden och vuxenärenden och syftar till att säkerställa att barnperspektivet beaktas på ett likvärdigt sätt i handläggningen i hela staden.

Arbetet med att beakta barnperspektivet i all handläggning är fortgående. Uppdraget för 2022 bedöms dock vara fullgjort.

- 6.1.1.6 Nämnden för funktionsstöd får i uppdrag att arbeta för att fortsätta utveckla användandet av digitalisering och välfärdsteknik i syfte att förbättra verksamheten och underlätta för personer med funktionsnedsättningar

Beskrivning av uppdrag

Förvaltningen tar utgångspunkt i uppdraget från 2021. Förvaltningen kommer under 2022 ta fram en digitaliseringsplan för på ett tydligt sätt kunna styra och leda området.

Status

✓ Avslutad

Kommentar

Uppdraget återrapporterades till nämnden i delårsrapport per augusti 2022.

Workshop per avdelning och med brukare har genomförts som underlag för förvaltningens gemensamma digitala färdplan.

Go-DigIT fortsätter utbilda förvaltningens medarbetare för att höja den digitala kompetensen.

Fortsatt kommer förvaltningen sammanställa den gemensamma digitala färdplanen inför 2023 då förvaltningen tillsammans med övriga välfärdförvaltningar övertar ansvaret för digitalisering inom välfärdssystemen. Förvaltningen kommer ha fortsatt fokus på utbildning av förvaltningens medarbetare inom digitalisering.

Nämnden har en struktur för arbetet och förklarar därmed uppdraget avslutat.

- 6.1.1.7 Nämnden för funktionsstöd får i uppdrag att utveckla poolen för vikarier för att minska antalet timanställda.

Beskrivning av uppdrag

Förvaltningens arbete med hållbar bemanning förväntas resultera i att minska andelen timavlönade och öka kontinuiteten. En del av hållbar bemanning handlat om att öka grundbemanningen i verksamheterna så att timavlönade från bemanningsenheterna enbart används för oplanerad frånvaro.

Status

✓ Avslutad

Kommentar

Tillsvidareanställda i pool finns inom delar av bostad med särskild service och daglig verksamhet. Arbets sättet kring dessa har utvecklats under året och haft positiv påverkan när det gäller att täcka för uppkomna luckor i bemanningen. På grund av pandemi har detta inte haft någon positiv påverkan på andelen timavlönade som ökat under året.

På helheten behöver grundbemanningen öka inom de verksamheter och enheter där det finns vakanta tjänster. Det skulle på sikt trygga bemanningsbehovet och minska andelen timavlönade.

Förvaltningens bemanningsenheter har under hösten organiserat centralt rekryteringsstöd till förvaltningens chefer vilket framåt kan öka tillsättningen av vakanser och därigenom bidra till minskad andel timavlönade.

- 6.1.1.8 Nämnden för funktionsstöd får i uppdrag att, i samverkan med funktionshinderombudsmannen, klargöra gränsdragningen mellan ombudsmannens och nämndens ansvar.

Beskrivning av uppdrag

Uppdraget genomförs i samarbete med funktionshinderombudsmannen på stadsledningskontoret.

Status

✓ Avslutad

Kommentar

Uppdraget rapporterades i delårsrapport per mars 2022 på nämndens sammanträde 2022-04-20.

- 6.1.1.9 Nämnden för funktionsstöd får i uppdrag att tillsammans med övriga socialnämnder och äldre samt vård- och omsorgsnämnden utveckla avvikelshanteringen och systematisera analyserna av avvikelserna, för att få fler inrapporterade avvikelser och missförhållanden eller allvarliga missförhållanden.

Beskrivning av uppdrag

Uppdraget genomförs inom ramen för välfärdens processer och det systematiska kvalitetsarbetet tillsammans med socialförvaltningarna och äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen.

Status

 Pågående

Kommentar

I samband med omorganisation till fackförvaltningar överlämnades samordning och ansvaret för ledningssystemet för det systematiska kvalitetsledningssystemet enligt Socialstyrelsens föreskrift 2011:9 från stadsledningskontoret till de sex socialförvaltningarna.

Under hösten 2022 har avdelningen ansvarat för att en överenskommelse arbetats fram mellan de sex socialförvaltningarna samt utbildningsförvaltningen och grundskoleförvaltningen. Syftet med överenskommelsen är att säkra att de förvaltningar i Göteborgs Stad som bedriver socialtjänst enligt SoL, LSS eller hälso- och sjukvård har en gemensam avvikelshanteringsprocess. I detta ingår de tillhörande underliggande processerna, så som att utreda missförhållanden enligt lex Sarah, anmäla vårdskada enligt Lex Maria, avvikelser i annan organisation samt avvikelser i samverkan med Västra Götalandsregionen

Överenskommelsen innebär att arbetet samordnas av förvaltningen för funktionsstöd och att samtliga förvaltningar utser en ansvarig tjänsteperson och en beslutsfattare. Överenskommelsen gäller från januari 2023 och innebär att det systematiska kvalitetsarbetet på strategisk nivå gällande avvikelser har förtydligats på ledningsnivå gällande organisation och mandat.

Det arbete som genomförts under 2022 medför goda möjligheter att tillsammans med de övriga förvaltningarna arbeta vidare med utveckling av avvikelseprocessen och systematisering av analyserna under 2023

6.1.1.10 Nämnden för funktionsstöd får i uppdrag att utveckla arbetet med vikarier för att öka kontinuiteten för varje enskild brukare och höja kvalitén genom att rekrytera vikarier från de som går för yrket relevanta utbildningar.

Beskrivning av uppdrag

Förvaltningens arbete med hållbar bemanning förväntas resultera i att minska andelen timavlönade och öka kontinuiteten. En del av hållbar bemanning handlat om att öka grundbemanningen i verksamheterna så att timavlönade från bemanningsenheterna enbart används för oplanerad frånvaro.

Status

 Avslutad

Kommentar

Förvaltningen gör regelbundet besök på lärosäten med utbildningar som har relevans för nämndens verksamheter för att attrahera potentiella framtida medarbetare. Under studietiden erbjuds anställning i förvaltningens bemanningsenheter och under sommaren anställning som semestervikarier. Vikarier kopplas i huvudsak till en arbetsplats för detta för att brukarna ska känna sin personal.

Inför 2023 har en handlingsplan tagits fram för på vilka lärosäten förvaltningen ska besöka och med vilka aktiviteter.

6.1.1.11 Nämnden för funktionsstöd får i uppdrag att, i samverkan med byggnadsnämnden och fastighetsnämnden, korta kötiden till BmSS genom att effektivisera processen och minska kostnader för ny-, om- och tillbyggnationer av BmSS. Inspiration från andra kommuner ska inhämtas.

Beskrivning av uppdrag

Uppdraget tar utgångspunkt i vad som framkom i föregående års budgetuppdrag kring att öka tillgången till bostad med särskild service. Utifrån omvärldsbevakning och kostnadsanalys kommer ramprogrammet för byggnation att revideras. Förvaltningen kommer att involvera lokalförvaltningen i processen.

Status

✓ Avslutad

Kommentar

Förvaltningen har justerat förmedlingsprocessen för bostäder med service (BmSS) anpassad till nuvarande organisation. Under 2022 har den genomsnittliga tiden som en ledig lägenhet i BmSS i egen regi stått tom minskat med två veckor.

Förvaltningen har tillsammans med stadsledningskontoret (SLK), fastighetskontoret (FK) och lokalförvaltningen (LF) reviderat planeringsprocessen för BmSS. Faktorer som påverkar byggkostnader har identifierats. Förvaltningen har även tillsammans med SLK, FK och LF haft erfarenhetsutbyte med funktionsstödsförvaltningen inom Malmö Stad för dialog om planering av BmSS.

Mot bakgrund av erfarenhetsutbyte mellan förvaltningen och funktionsstödsförvaltningen inom Malmö stad har ett utvecklingsarbete för att effektivisera förmedlingsprocessen påbörjats. Fortsatt dialog kommer att föras kring de förslag som har tagits fram i syfte att effektivisera processen.

I arbetet med att ta fram ramprogram för nämndens verksamhetslokaler förs en dialog med Stadsfastighetsförvaltningen om hur BmSS kan utformas för att uppnå kostnadseffektiva lösningar med bibehållen funktionalitet.

6.1.1.12 Nämnden för funktionsstöd får i uppdrag att i samverkan med fastighetsnämnden ta fram ett minimimål för antalet nya BmSS årligen.

Beskrivning av uppdrag

Behov av tomter för byggnation av bostad med särskild service kommer att definieras i förvaltningens lokalbehovsplan. Lokalbehovsplanen ligger till grund för stadens lokalförsörjningsplan.

Status

✓ Avslutad

Kommentar

Förvaltningen har tagit fram förslag till nämndens lokalbehovsplan 2023. Planen är ett underlag för stadens lokalförsörjningsplan. I planen konstateras att behovet av nybyggnation av BmSS inte kommer att tillgodoses under kommande femårsperiod. Det bedömda behovet är 400 lägenheter och nybyggnationen under perioden bedöms bli 290 lägenheter. Under en tioårsperiod är behovet 650 nya lägenheter. Det innebär att det behövs ett nettotillskott på 65 nya lägenheter årligen under en 10-årsperiod. Därefter görs bedömningen att det krävs 50 nya lägenheter årligen i framtiden.

6.1.2 Uppdrag till nämnd/styrelse som tilldelats utanför budgetbeslut

- 6.1.2.1 Samtliga nämnder och bolag får i uppdrag att införa verksamhetsspecifika klimatmål som en del i det ordinarie uppföljningssystemet senast 2020. Målen ska vara baserade på att vi globalt uppnår 1,5-gradersmålet.

Status

 Pågående

Kommentar

Under 2021 påbörjades ett långsiktigt arbete för att etablera ett systematiskt miljöarbete i förvaltningen. Under 2022 har en miljöutredning, som kartlägger förvaltningens miljöpåverkan, genomförts. Miljöutredningen kommer utgöra ett kvalitativt och kvantitativt underlag för de verksamhetsspecifika klimatmålen. Arbetet med att ta fram verksamhetsspecifika klimatmål har påbörjats och kommer vara klart för beslut i nämnden under det första kvartalet 2023.

- 6.1.2.2 Äldre samt vård- och omsorgsnämnden och nämnden för funktionsstöd får i uppdrag att inför nyanställning till tjänster där personal utför vissa insatser i hemmet åt äldre personer eller personer med funktionsnedsättning, be den sökande att uppvisa ett utdrag från belastningsregistret.

Beskrivning av uppdrag

Uppdraget pågår ihop med äldre vår och omsorgsförvaltningen med att ta fram en rutin för att omhänderta uppdraget. Dialog har även förts med Malmö funktionsstödsförvaltning som har en rutin för att hantera utdrag ur belastningsregister. Nämnden räknar med att ha en rutin klar under våren för att starta arbetet med att komplettera nyanställningar för medarbetare som utför vissa insatser i hemmet för våra brukare med utdrag ur belastningsregister.

Status

 Avslutad

Kommentar

Förvaltningen har tagit fram en rutin gällande uppvisande av utdrag ur belastningsregistret vid nyanställning. Rutinen har utretts enligt de krav som ställs utifrån GDPR. Den nya rutinen verkställs från januari 2023.

- 6.1.2.3 Alla stadens nämnder ges i uppdrag att göra samtliga av Göteborgs Stads nämndhandlingar, undantaget sekretesshandlingar, presidiehandlingar samt interna arbetsmaterial, tillgängliga i appen Netpublicator när handlingarna är färdigställda enligt nämnden, för politiska sekreterare, kommunalråd i kommunstyrelsen samt gruppleddare i kommunfullmäktige i Göteborgs Stad.

Beskrivning av uppdrag

Uppdraget beslutades i kommunfullmäktige 2021-11-25.

Stadsledningskontoret utreder hur tillgängliggörandet ska gå till och återkommer till förvaltningarna med en gemensam rutin. Förvaltningarna avvaktar därför med

uppdraget till dess att den gemensamma rutinen/metoden är på plats.

Status

✓ Avslutad

Kommentar

Uppdraget återrapporterades till nämnden i delårsrapport per augusti 2022.

Mapp finns numera i Netpublicator där nämndens handlingar laddas upp och tillgängliggörs och rutin finns för att säkerställa detta fortsättningsvis från förvaltningen för funktionsstöd.

- 6.1.2.4 Stadens nämnder och styrelser får i uppdrag att under 2022 genomföra förbättringar på de områden som brister i linje med svaren i enkäten gällande bland annat cykelparkeringsmöjligheter för anställda.

Beskrivning av uppdrag

Uppdraget beslutades i kommunfullmäktige 2021-12-09.

Förvaltningen behöver värdera möjligheten att genomföra uppdraget tillsammans med lokalförvaltningen.

Status

✓ Avslutad

Kommentar

Inventering av förvaltningens cykelparkeringar är avslutad och arbete pågår att ta fram åtgärder som genomförs under 2023 efter sökta klimatmedel.

- 6.1.2.5 Förskolenämnden, grundskolenämnden, utbildningsnämnden, äldre samt vård- och omsorgsnämnden, nämnden för funktionsstöd samt socialnämnd Sydväst, får i uppdrag att ta fram verksamhetsspecifika anvisningar som konkretiserar tillämpning av Göteborgs Stads policy för måltider.

Beskrivning av uppdrag

Uppdraget beslutades i kommunfullmäktige 2021-12-09.

Förvaltningen planerar att via överenskommelse med äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen höja kompetensen via utbildningsinsatser i förvaltningen.

Status

▶ Pågående

Kommentar

Beslut om anvisning som konkretiserar tillämpning av policyn planeras till nämnden för funktionsstöds sammanträde under våren 2023.

- 6.1.2.6 Nämnden för funktionsstöd får i uppdrag att genomföra de förslag som redovisas i rapporten Rapport: Uppdrag – förslag på förbättringar inom befintlig ledsagning och ledsagarservice samt genomlysning av ledsagningen för att se hur den enskildes inflytande kan öka och utvecklas för att stärka de identifierade förbättringsområdena inom organisering, kompetens, styrande och stödjande dokument samt information.

Status

 Pågående

Kommentar

Arbetet med att genomföra de förslag som redovisas i rapporten pågår. Arbetet inleddes med förbättringsområdena organisering och styrande och stödjande dokument. Arbetsgrupperna med representanter från förvaltningen och representanter utsedda av rådet för funktionsstödsfrågor som har arbetat med förslagen under våren är avslutade. Under hösten 2022 påbörjades implementeringen av de förslag inom förbättringsområdena organisering och styrande och stödjande dokument. Förvaltningen har beslutat att beslut om ledsagarservice enligt LSS ska fattas per månad och att genomföra en organisationsförändring. All ledsagning som utförs inom förvaltningen, enligt SoL och LSS, kommer att samlas inom en enhet inom avdelning daglig verksamhet och stöd. I nuläget pågår ett förberedelsearbete inför organisationsförändringen som träder i kraft våren 2023.

Vid nämndens sammanträde 2022-12-14 godkände nämnden att ledsagarservice enligt LSS vid behov inkluderar stöd med exempelvis förflyttning, av- och påklädning, dusch, toalettbesök och måltidssituationer. Detta i samband med aktiviteter som utförs inom ramen för syftet med den beviljade ledsagarservicen och de övergripande målen.

Förvaltningen har valt att i nuläget inte gå vidare med förslag om att den enskilde ska ha rätt att spara timmar. Efter att organisationsförändringen gällande ledsagningen har genomförts kommer förvaltningen att arbeta med aktiv involvering. Utifrån det som framkommer i arbetet med aktiv involvering kommer förvaltningen under 2023 ta ny ställning i frågan om förvaltningen ska gå vidare med ett förslag om att den enskilde ska ha rätt att spara timmar och i så fall i vilken omfattning.

En dialog om arbetet med de två förbättringsområdena kompetens och information har inletts under hösten 2022. Det fortsatta arbetet kommer att ske under 2023 när organisationsförändringen har genomförts.

I januari 2023 hade nämndens 373 pågående insatser inom ledsagarservice LSS och ledsagning SoL.

Uppdraget i sin helhet beräknas vara klart 2023.

- 6.1.2.7 Göteborgs Stads Parkering AB och andra berörda nämnder får i uppdrag att avskaffa p-avgifter på personalparkeringar i ytterområden där det finns andra parkeringsplatser (ofta på/längs gata) i området eller motsvarande lägen som är avgiftsfria, vilket undviker risk för förmånsbeskattning.

Status

 Pågående

Kommentar

Uppdraget pågår tillsammans med andra nämnden. För att det ska bli rätt gentemot Skatteverket och att staden ska ha en gemensam hållning bör stadsledningskontoret ta fram vilka urvalskriterier som ska gälla.

- 6.1.2.8 Kulturnämnden, idrotts- och föreningsnämnden, äldre samt vård- och omsorgsnämnden samt nämnden för funktionsstöd ges i uppdrag att se över kontanthantering inom verksamheterna, i syfte att möjliggöra kontant betalning i högre utsträckning. Inom ramen för översynen ska säkerhets- och trygghetsaspekter viktas mot en ökad kontanthantering. Uppdraget ska samverkas med Göteborgs Stads råd för funktionshinderfrågor, Göteborgs Stads pensionärsråd och Göteborgs Stads trygghetsråd.

Status

 Avslutad

Kommentar

Uppdraget återrapporterades till nämnden i delårsrapport per augusti 2022.

Efter avstämning med stadsledningskontoret svarar nämnden för funktionsstöd på uppdraget utifrån avgränsningen allmänhetens möjligheter att betala med kontanter inom nämndens verksamheter. Nämndens verksamheter som tar emot betalning från allmänheten är få och innefattar Dalheimers hus gym och bad, viss försäljning på dagliga verksamheter och utlämnande av allmänna handlingar. Nämnden har inga samhällsviktiga verksamheter där betalning sker i händelse av kris.

- 6.1.2.9 Samtliga nämnder och bolag får i uppdrag att se över sin kapacitet att hantera kontanter i händelse av kris.

Status

 Avslutad

Kommentar

Uppdraget återrapporterades till nämnden i delårsrapport per augusti 2022.

Efter avstämning med stadsledningskontoret svarar nämnden för funktionsstöd på uppdraget utifrån avgränsningen allmänhetens möjligheter att betala med kontanter inom nämndens verksamheter. Nämndens verksamheter som tar emot betalning från allmänheten är få och innefattar Dalheimers hus gym och bad, viss försäljning på dagliga verksamheter och utlämnande av allmänna handlingar. Nämnden har inga samhällsviktiga verksamheter där betalning sker i händelse av kris.

6.1.2.10 Göteborgs Stads samtliga nämnder och styrelser får i uppdrag att tillse att alla anställda informeras om grundlagens meddelarfrihet, meddelarskydd och i förekommande fall lagstadgade skyldigheter att rapportera om missförhållanden.

Status

✓ Avslutad

Kommentar

Plan finns för utbildning och information under 2023.

6.1.2.11 Göteborgs Stads samtliga nämnder och styrelser får i uppdrag att informera om att i Göteborgs Stad förväntar vi oss ett öppet och transparent informationsflöde om verksamheten och där alla anställda välkomnas att vid identifierade brister kontakta politiker.

Status

✓ Avslutad

Kommentar

Förvaltningen arbetar med material för att under 2023 informera förvaltningens chefer och medarbetare. Efter den informationsinsatsen kommer förvaltningen ta ställning till om ytterligare åtgärder behöver vidtas.

6.1.2.12 Nämnden för funktionsstöd får i uppdrag att bistå med nödvändiga insatser i de fall tillfälligt skyddsbehövande på grund av funktionsnedsättning bedöms ha behov av detta i det anordnade boendet, om det inte faller under annan huvudmans ansvar.

Status

✓ Avslutad

Kommentar

Uppdraget återrapporterades till nämnden i delårsrapport per augusti 2022.

Nämnden kommer bistå med nödvändiga insatser i de fall tillfälligt skyddsbehövande på grund av funktionsnedsättning bedöms ha behov av detta i det anordnade boendet, om det inte faller under annan huvudmans ansvar.

6.1.2.13 Samtliga nämnder och bolag får i uppdrag att förbereda och genomföra energieffektiviserande och energibesparande åtgärder i syfte att minska energiförbrukningen och effektbehovet inför vintern 2022/23.

Beskrivning av uppdrag

Uppdrag utanför budget till samtliga nämnder och bolag

Status

✓ Avslutad

Kommentar

Förvaltningen har satt samman en arbetsgrupp som arbetar med att ta fram åtgärder som ska genomföras under vintermånaderna. Åtgärderna genomförs stegvis med hjälp av kommunikation via intranätet och förvaltningsledning och chefer. Arbetsgruppen dokumenterar och följer upp framtagna, planerade och genomförda åtgärder i samverkan med lokalförvaltningen och stadsledningskontoret. Arbetsgruppen arbetar också för att förbereda verksamheterna på en eventuell bristsituation.

Exempel på genomförda åtgärder är att begränsa jul- och dekorationsbelysning, informera om energisparande åtgärder och energimyndighetens kampanj samt sänka inomhustemperaturen med en grad. Förvaltningen har också lanserat en intranätssida med temat energibesparing och energieffektivitet och tagit fram bildstöd för att kunna kommunicera budskapet till brukare med behov av alternativ kommunikation.

6.2 Redovisning av nämndens uppdrag (rubrik), exkl. KF/KS

6.2.1 Övrigt: Hemställan, Anmodan från kommunstyrelsen till nämnder/styrelser

6.2.1.1 Kommunstyrelsen hemställer till samtliga nämnder och bolag att sammanställa vilka verksamhetsmässiga eller affärsmässiga konsekvenser som kriget i Ukraina och tillhörande effekter har inneburit för verksamheterna. Samtliga nämnder och bolag ska även redovisa verksamheternas prognoser på kostnadsutvecklingen för direkta kostnader som är kopplade till flyktingmottagandet. Uppföljningen ska redovisas i samband med delårsrapport per mars för Staden.

Status

✓ Avslutad

6.2.2 Uppdrag från nämnden för funktionsstöd

6.2.2.1 Nämnden för funktionsstöd ger enligt skriftligt yrkande från M, L och KD, protokollsbilaga 5, förvaltningsdirektören i uppdrag att lyfta fram problematiken med framkomlighet vid snöfall för personer med funktionsnedsättning till berörda facknämnder för att säkerställa framkomligheten på stadens gator.

Beskrivning av uppdrag

N161-0089/22

Status

✓ Avslutad

6.2.2.2 Nämnden för funktionsstöd ger förvaltningen i uppdrag att redovisa, senast i oktober 2023, hur nya riktlinjerna i LSS har implementerats i verksamheten.

Beskrivning av uppdrag

Dnr N161-2120/22

Nämnden önskar med anledning av återrapporteringen av uppdragen om kortidsvistelse för barn med funktionsnedsättning (§ 207) Dnr N161-0578/22 och personlig assistans (§ 208) Dnr N161-1038/22, ha mer information om förändringar gällande lagar, handläggning och domar.

Status

— Ej påbörjad

Kommentar

Uppföljning inför redovisning av hur nya riktlinjer inom LSS har implementerats i verksamheten kommer genomföras under 2023. Uppdraget ska redovisas till nämnd senast i oktober månad 2023.

6.2.2.3 Nämnden för funktionsstöd uppdrar åt förvaltningen att återkomma med en uppföljning av revideringen av handboken gällande kortidsvistelse.

Beskrivning av uppdrag

Dnr N161-2120/22

Nämnden önskar med anledning av återrapporteringen av uppdragen om kortidsvistelse för barn med funktionsnedsättning (§ 207) Dnr N161-0578/22 och personlig assistans (§ 208) Dnr N161-1038/22, ha mer information om förändringar gällande lagar, handläggning och domar.

Status

— Ej påbörjad

Kommentar

Uppföljning av revidering av handboken gällande kortidsvistelse kommer genomföras under 2023 och redovisas till nämnd senast oktober månad 2023.

6.2.2.4 Nämnden för funktionsstöd ger förvaltningen i uppdrag att redovisa domarna angående kortidsvistelse i Göteborg jämfört med tidigare år.

Beskrivning av uppdrag

Dnr N161-2120/22

Nämnden önskar med anledning av återrapporteringen av uppdragen om kortidsvistelse för barn med funktionsnedsättning (§ 207) Dnr N161-0578/22 och personlig assistans (§ 208) Dnr N161-1038/22, ha mer information om förändringar gällande lagar, handläggning och domar.

Status

✓ Avslutad

Kommentar

I analysen har samtliga domar från förvaltningsrätten rörande Göteborgs stads beslut om korttidsvistelse under perioden 1 januari 2021 – 31 december 2022 granskats, totalt rör det sig om 90 domar. Sammanfattningsvis visar granskningen att kommunens beslut om korttidsvistelse förhåller sig väl till rättspraxis. Under både 2021 och 2022 avslog förvaltningsrätten 80 procent av överklagade ärenden. De ärenden som ändras av domstolen är främst sådana där förvaltningen har avslagit ansökan delvis och förvaltningsrätten anser att det finns skäl att bevilja ytterligare antal dygn. Fördelningen mellan ärenden som rör vuxna och barn är relativt jämn men under 2021 ändrades betydligt fler ärenden som rörde barn än vuxna, under 2022 ändrades istället fler ärenden som rörde vuxna.

Granskade ärenden bedöms välutredda då förvaltningsrätten inte har återförvisat något ärende och innehåller generellt inte några subjektiva bedömningar. Förvaltningsrättens praxis gällande vid vilken ålder det är aktuellt att bevilja korttidsvistelse för att möjliggöra frigörelse från vårdnadshavare är något oklar då de granskade domarna skiljer sig åt i frågan. Under 2022, till skillnad från 2021, har förvaltningsrätten inte fört argumentation kring eventuella syskons behov annat än i något enstaka fall.

- 6.2.2.5 Nämnden för funktionsstöd ger förvaltningen i uppdrag att fördela 3 miljoner kronor till de 65 föreningar och organisationer som verkar inom funktionsstödsområdet, och som fick bidrag 2022.

Status

✓ Avslutad

Kommentar

Nämnden för funktionsstöd fick svar på uppdraget vid nämndssammanträde 2022-11-16 (diarienummer 2447/22).

- 6.2.2.6 Nämnden för funktionsstöd ger förvaltningen i uppdrag att under 2023 följa upp implementeringen av rätten till ledsagning för personer över 65 år samt återsrapportera till nämnden.

Beskrivning av uppdrag

beslut i nämnden 2022-11-16 §238

Status

— Ej påbörjad

Kommentar

Nämnden får återkoppling på uppdrag under 2023.

- 6.2.2.7 Nämnden för funktionsstöd ger förvaltningen i uppdrag att utreda om Stockholm och Malmö gör en annan tolkning av lagen när det gäller ledsagare efter 65 års ålder.

Beskrivning av uppdrag

beslut i nämnden 2022-11-16 §238

Status

✓ Avslutad

Kommentar

Uppdraget rapporterades till nämnden 18 januari 2023, diarienummer N161-2450/22.

Lex Sarah kvartal 3 och 4 2022

Rapporterande förvaltning: Förvaltningen för funktionsstöd

Händelse 1

IVO:s diarienummer	Verksamhet	Egen/Annan
3.1.2-27965/2022-3	Bostad med särskild service, BmSS Centrum 2	

Typ av händelse

Av rapporten framgår att ett brandlarm utlöstes i en brukarens lägenhet. Personal väntade ca 15-20 minuter innan de gick in i brukarens lägenhet som då var rökfylld. Obehöriga har även vistats i lokalerna i samband med branden. Utredningen visar på allvarliga brister i arbetsutövning hos enskilda medarbetare.

Vidtagna åtgärder för att skydda den enskilde

Verksamhetens åtgärder

- Personal vid händelsen omedelbart tog ut brukaren och vädrade ut lägenheten.
- NN undersöks av sjuksköterska
- EC informerar NNs anhöriga/godeman om händelsen.

Vidtagna åtgärder för att händelsen inte ska upprepas

- Rapportör skriver att förslag till åtgärd är att personal följer brandrutinerna.
- EC har enskilda samtal med berörda
- EC försäkrar att alla vet och kan agera om brandlarmet går. Detta görs genom att information lämnas genom stödpedagog och brandskyddsombud till personal.
- EC lämnar information till arbetsgruppen om att det inte är tillåtet att ta med sig obehöriga till boendet.
- Brandskyddsombud har uppmärksammat att det behöver tillses en följsamhet till den rutin som finns om en faktisk signering efter att personal fått information om brandrutiner. Samt att det övervägs om en repetition av informationen även bör ges individuellt för att stärka kunskapen.
- 2022-07-06 besöker utvecklingsledare säkerhet och krisberedskap boendet för en genomgång av SBA-arbetet
- Det pågår ett aktivt arbete för att stärka gruppens samarbetskultur sedan tidigare

Händelse 2

IVO:s diarienummer	Verksamhet	Egen/Annan
3.1.2-30332/2022-4	Daglig verksamhet och stöd, Barnboende	

Typ av händelse

Ett barn berättar att hen blivit utsatt för våld av en personal. Personalen var en vikarie som på grund av personalbrist var ensam i tjänst vid tillfället. Förvaltningen har vid tillfället för incident inte kunnat verkställa en adekvat placering för barnet och därför utfört insatsen utan att tillförsäkra barnets rätt till trygg och säker vård och omsorg i enlighet med lagstiftning. Detta genom att förvaltningen inte säkerställt erforderad bemanning, inte säkerställt personals kompetens och introduktion, inte säkerställt att adekvata rutiner för insatsens genomförande upprättats och bristande samverkan. Bedömningen görs att de bakomliggande orsakerna är systematiska brister i relation till styrning och ledning.

Vidtagna åtgärder för att skydda den enskilde

Omedelbara:

Polis, ambulans och vårdnadshavare kontaktas och kommer till boendet.

Andra vidtagna:

Stödpedagog åkte till jobbet i förtid och fick överlämning och tog över ansvar för barnet på sjukhuset.

Stödpedagog kontaktade tf EC CN.

Tf EC CN kontaktade berörd medarbetare

Tf EC CN överlämnade till tf EC (MG)

Tf EC MG involverade tf EC MÖ

Tf EC MG och MÖ involverade tf verksamhetschef barnboende

Tf EC MÖ hade överlämning till ny EC LS

EC LS har arbetat mycket aktivt för att säkerställa en hållbar bemanning

VC har aktiverat akutteamet till stöd för EC LS gällande att säkerställa bemanning.

Verksamheten har tagit fram en långsiktig planering för att säkerställa att barnets behov tillgodoses

Vidtagna åtgärder för att händelsen inte ska upprepas

Verksamheten ska ta fram en åtgärdsplan som bland annat innehåller åtgärder som säkerställer att det finns mandat för prioritering över verksamhetsgränser då akut bemanningsbrist råder i akuta situationer.

För att möta kompetensförsörjningsutmaningarna kommer förvaltningen fortsätta arbeta systematiskt med employer branding, utveckla och nyttja kompetensstegen och möjliggöra utbildning. Förvaltningen har redan vidtagit åtgärder och arbetar systematiskt med att ta fram en kompetensförsörjningsplan som ska färdigställas under hösten 2022 för att säkerställa att förvaltningen kan utföra grunduppdraget.

Förvaltningen har inlett en inventering av befintligt bostadsbestånd.

Planeringen är att istället för utpekade "specialist-personer" inom BmSS som riktas till akutteam påbörjas inventering av om det finns lämpliga boenden med specialistkompetens i befintligt bestånd där akut plats kan skapas. Detta för minskad sårbarhet. Dessa identifierade BmSS ska sedan kunna ges i uppdrag att släppa ifrån sig personal till akutplats och ska ha bemanningsplanering för detta.

Arbete på akutplats bör innebära ekonomiska incitament för medarbetare. För att säkerställa adekvat

personal planeras dessa identifierade boenden BAS-värderas till högsta värdering för att säkerställa adekvat kompetens hos personalen. HR kartlägger nuvarande verksamheter och genomför justering efter att boenden är identifierade i samråd med avdelningschef BmSS.

Händelse 3

IVO:s diarienummer	Verksamhet	Egen/Annan
3.1.2-45280/2022-2	Daglig verksamhet och stöd, Personlig assistans	

Typ av händelse

Utredningen hanterar åtta rapporter. Rapporterna visar på att verksamheten återkommande brister i utförande av insatsen, bemanning, kompetens och bemötande. Flera av rapporterna rör en och samma personal som på ett allvarligt sätt brustit i sitt arbetsutövande. Det konstaterades att flera missförhållanden förekommit i verksamheten under en längre tid och att det inte vidtagits nödvändiga åtgärder för att trygga brukaren trots att flera av bristerna varit kända hos ansvariga enhetschefer. Bristerna som identifierades var omfattande och systematiska och inkluderar brister i styrning och ledning, brister i det systematiska kvalitetsarbetet, brister i utförande av insats, enskild personal som brister i sitt arbetsutövande (övergrepp), bristande kompetens hos personal, brister i bemanningsplanering, otydliga roller och mandat samt brister inom social dokumentation.

Vidtagna åtgärder för att skydda den enskilde

Verksamhetens åtgärder

- Ett samarbete med HR resulterade i uppsägning och personal satt ur tjänst.
- Rutin för säkerställande att läkemedel alltid skall finnas tillgängligt.

Utredarens föreslagna åtgärder (SAS)

- Att det i verksamheten bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete
- Tillse och säkerställa att enhetschefer och personal har den kunskap som krävs gällande avvikelseprocessen inklusive lex Sarah samt att informationsöverföringen och ansvarsfördelning mellan chefer fungerar vid frånvaro.
- Tillse att verksamheten har ett stabilt, närvarande och kontinuerligt ledarskap.
- Verksamheten behöver tillse att enhetschefer har den kunskap som krävs för att kunna agera skyndsamt för att trygga brukares trygghet och säkerhet.
- Tillse att personalen har kompetens (inklusive bemötande), kunskap och rätt förutsättningar att kunna utföra uppdraget,
- Säkerställa att verksamhetens roller är kända och att ansvarsområden är klarlagda för personalen.
- Verksamheten behöver tillse att personal följer upprättade/instruktioner/rutiner/beskrivningar som enhetschef och eller annan arbetsledande funktion angett.
- Tillse att verksamheten ha rätt bemanningen utifrån behov.
- Säkerställa att den sociala dokumentationen uppfyller de krav som ställs enligt lagstiftning.

Vidtagna åtgärder för att händelsen inte ska upprepas

- Nytt arbetssätt som innebär att två enhetschefer i samma stadsområde täcker för varandra vid frånvaro och på så sätt lär känna varandras verksamhet. Vid eventuell frånvaro på den som täcker finns utsedd back-up av enhetschefer i annat stadsområde.
- Behörighet i Treserva för kollega så att mejl går ut om att avvikelse har registrerats till både ordinarie chef samt kollega.
- Ta fram mall för informationsöverföring vid längre ledighet.
- Verka för att delegering i Adato/IA kan vara stående så kollega kan komma åt dokumentation kring personal och händelser av vikt.
- Metodutvecklare tar en gång per kvartal fram statistik om inkomna avvikelser och avvikelser markerade att utredas som lex Sarah.
- Stående punkt på APT både för EC samt medarbetare.
- Verksamhetschef följer upp utifrån framtagna statistik av metodutvecklare med varje enskild enhetschef kvartalsvis på redan inbokade uppföljningstider.
- Återkoppla lex Sarah-utredning på ledningsgrupp som ett lärande.
- Egenkontroll av genomförandeplaner varje år.
- Kontinuerlig uppföljning av det pedagogiska arbetet på enheten av enhetschef.
- En stödpedagogsresurs på heltid på enheten sedan 2020.
- 3-4 bredvidgångar för ny personal innan de kan arbeta självständigt enligt arbetsbeskrivning.
- Revidera genomförandeplanen utifrån assistansanvändarens hälsa och mående.
- Tydlig introduktion i innehållet i sitt uppdrag och vad det innebär att arbeta i enskilt hem.
- Omedelbara åtgärder vid behov
- Oanmälda hembesök, godkända av assistansanvändaren, när misstanke om brister i arbetsutövande finns
- Återkommande introduktionsträffar hållna av stödpedagogerna i verksamhetsområdet för nyanställd och befintlig personal för att säkerställa att alla får samma information.
- Kompetenskartläggning en gång per år och framtagande av kompetensutvecklingsplan per enhet som även är kopplad till resultat i brukarenkät
- Säkerställa tillräcklig kompetens hos medarbetarna, exempelvis genom assistansskolan och grundutbildning personlig assistent vid YRGO
- Tydlig introduktion i innehåller i sitt uppdrag och vad det innebär att arbeta i enskilt hem. Gemensamt introduktionsmaterial är framtaget.
- Nyrekryterad enhetschef som påbörjar sitt uppdrag 1 december 2022. Tillförordnad enhetschef finns kvar i verksamheten under december 2022 och januari 2023 för att vidmakthålla processer.
- Implementering av värdegarantisarbetet som tagits fram i förvaltningen.
- Säkerställer kunskapsnivån gällande avvikelseprocessen och lex Sarah genom stående punkt på APT samt återkoppling av lex Sarah-utredning på APT.
- Samarbete med bemanningsenhet Centrum för att tillgodose vikarier med rätt kompetenser.
- Strukturerat arbetssätt med tillsättning av vikariat.
- Skall se över rekryteringsvägar för att säkerställa bemanningen.
- Metodutvecklare har ett uppdrag att komma ut i enheter och prata om social dokumentation
- Stödpedagog har en kontrollfunktion för att säkerställa att social dokumentation utförs enligt lagstadgat krav

Uppföljning

Åtgärder i åtgärdsplanen ska följas upp senast 2023-01-31 av enhetschef och verksamhetschef.

Händelse 4

IVO:s diarienummer	Verksamhet	Egen/Annan
3.1.2-45985/2022	Bostad med särskild service, BmSS Hisingen 1	

Typ av händelse

Utredningen hanterar fyra rapporter i vilka det framgår att medarbetare har använt sig av otillåtna begränsningsåtgärder samt uttryckt sig på ett kränkande sätt gentemot de boende.

Vidtagna åtgärder för att skydda den enskilde

Enhetschef (EC) har fått information om händelserna.
Avvikelserna rapporteras.

EC har varit i kontakt med brukarnas släktingar och informerat om händelsen och utredning enligt lex Sarah.

Vidtagna åtgärder för att händelsen inte ska upprepas

- Hotellås (dörren till den boende kan öppnas inifrån men inte utifrån om man inte har nyckel) på alla dörrar har installerats under oktober 2022.
- Utbildningsinsats: genomgång av informationsfilm ihop med enhetens medarbetare 2022-10-27: Från idiot till medborgare - 100 år av omsorg om de utvecklingsstörda.
- Två planeringsdagar har hållits med enhetens alla medarbetare 2022-11-09 och 2022-11-10. En extern part som är konsult och psykolog har deltagit och hjälpt till i arbetsgruppens utvecklingsarbete. Medarbetarna har diskuterat vad som behövs göras, vem som skall göra det och tidpunkt för detta. Det har fokuserats på bemötande, roller samt tvångs- och begränsningsåtgärder. Se bilaga Samtycke och skyddsåtgärder. Enheten tittade även på en informationsfilm från IVO: Trygghet utan tvång rörande samtycke och skyddsåtgärder. Samtal fördes kring förhållningssätt och bemötande gentemot de boende. En tydlig överenskommelse gjordes mellan enhetens medarbetare och ledningen.
- Enhetschef har hållit utbildning om arbetet med avvikelser och lex Sarah för enhetens medarbetare 2022-11-09 och 2022-11-10.
- Beslut har fattats att enheten omgående förstärker från en till två stödpedagoger och rekrytering pågår.
- Enhetschef har lånat in stödpedagog från annan enhet från och med 2022-11-15.
- Vissa av enhetens medarbetare har fått arbeta på andra enheter för att lära sig andra arbetssätt.

Utöver de tidigare beskrivna åtgärderna behöver verksamheten genomföra nedanstående åtgärder för att förebygga och förhindra liknande händelser:

- Enhetschefen behöver öka sina egenkontroller genom att vara mer närvarande på enheten genom exempelvis fler besök. Detta arbete skall påbörjas omgående från och med 2022-11-10 och beräknas vara pågående under våren 2023.
- Enhetschef ansvarar för att grinden omedelbart tas bort om inte rutinen omedelbart blir mer tydlig och konsekvent. Detta arbete skall påbörjas omgående från och med 2022-11-10 och beräknas vara genomfört 2022-12-15.
- Enhetschef ansvarar för att omedelbart implementera att grinden används på korrekt sätt samt att regelbundet utföra egenkontroller för att se att så görs. Detta arbete skall påbörjas 2022-11-10 och beräknas vara genomfört 2022-12-15.
- Det bör framgå från de skriftliga samtyckena att dessa ej gäller under de tillfällen när de enskilda ändrar sig i stunden. Samtycken kan återkallas. I de situationer de enskilda ej längre samtycker bör all personal vara medvetna att dessa då ej gäller om de ej lyckas motivera de enskilda till att återigen samtycka till insatserna. Detta arbete skall påbörjas omgående 2022-11-10 och beräknas vara genomfört 2022-12-15.

Enhetschef och verksamhetschef ansvarar för att följa upp effekten av genomförda åtgärder löpande under våren och en större uppföljning i maj 2023.

Utredande SAS kommer att ta kontakt med enhetschef och verksamhetschef i slutet av maj 2023 för att gå igenom detta.

Uppföljning samlad riskbild och intern kontrollplan

Nämnden för funktionsstöd
2022

1 Inledning

I samband med framtagandet av verksamhetsplan ska riskhanteringen för olika riskområden sammanställas i en samlad riskbild för nämndens verksamhetsområde. Syftet med den samlade riskbilden är att ge en bild över verksamhetens mest väsentliga risker utifrån nämndens perspektiv. Den samlade riskbilden innehåller även åtgärder för att hantera riskerna.

Utifrån den samlade riskbilden ska en intern kontrollplan upprättas. Den ska innehålla de områden/processer som särskilt ska granskas under kommande verksamhetsår för att verifiera att redan införda åtgärder har fått avsedd effekt. Syftet är ta reda på om den interna kontrollen i verksamheten fungerar på ett tillfredsställande sätt men även att kunna ifrågasätta befintliga åtgärder och vid behov komma med förbättringsförslag (nya åtgärder). Genom planen får nämnden en bild av om de åtgärder som genomförts fungerar som tänkt.

I denna bilaga får nämnden uppföljning av åtgärder och granskningar under år 2022.

2 Samlad riskbild med åtgärder

2.1 Riskområden: Verksamhetsrisker

Bedömning av riskområdet

Förvaltningens bedömning utifrån genomförda åtgärder under året är att åtgärder som genomförs sannolikt minskar riskerna, men att riskerna är sådana som alltid finns inom nämndens verksamhetsområde och därför kräver ständigt löpande arbete. Sådana är *risk för att kvalitén i verksamheten och kontinuitet i mötet med den enskilde påverkas negativt vid svårigheter med kompetensförsörjning* och *risk för att det inträffar våldssituationer i nämndens verksamheter*. Förvaltningen har genomfört åtgärder utifrån den fastställda åtgärdsplanen och mycket av arbetet för att minska riskerna sker i det löpande arbetet med kompetensförsörjning, bemanningsplanering och systematiskt kvalitetsarbete.

2.1.1 Risk för att kvalitén i verksamheten och kontinuitet i mötet med den enskilde påverkas negativt vid svårigheter med kompetensförsörjning.

Hantera risk

Riskbeskrivning

Nämnden har i uppdrag att verkställa beslut och ha kvalitetssäkrade insatser.

Konsekvensbeskrivning

Svårigheter med att rekrytera, utveckla och behålla medarbetare och chefer kan resultera i att kvalitén sjunker i verksamheten och i mötet med den enskilde.

Åtgärder

Aktuell status och åtgärd	Beskrivning	Kommentar vid uppföljning
<p>✓ Avslutad</p> <p>För att säkra kompetensförsörjningen arbetar nämnden enligt programmet för attraktiv arbetsgivare och de områden som pekats ut som särskilt viktiga 2022</p> <p>Slutdatum 2022-12-31</p>	<p>Nämnden ska arbeta för att minska sjukfrånvaro, hållbar bemanning, kompetensutveckling, organisatoriska förutsättningar och det systematiska arbetsmiljöarbetet.</p>	<p>Nämnden har beslutat om plan för kompetensförsörjning med strategier som förväntas bidra till att risken minskas.</p> <p>Förvaltningen har fortsatt arbetet med att utveckla gemensamt arbetssätt för det systematiska arbetsmiljöarbetet. En riktad satsning för att främja hälsa, förebygga ohälsa och intensifiera insatserna till ett aktivt och tidigt rehabiliteringsarbete kommer att genomföras inom avdelning daglig verksamhet och stöd som har högst sjukfrånvaro.</p> <p>Via chefoskopet har förvaltningen undersökt chefers förutsättningar och identifierat åtgärder som vidtagits under året. En åtgärd är rekryteringsstöd till förvaltningens chefer som implementeras under hösten i syfte att avlasta chefer, främst med administration kopplat till rekrytering,</p> <p>Inom nämnden för funktionsstöd kommer särskilda lönesatsningar behöva göras även under kommande år för vissa yrkesgrupper med syfte att både behålla och rekrytera medarbetare.</p> <p>Förvaltningen ser att den tillfälliga utökningen av nämndbidraget med 85 mnkr som kommunfullmäktige fattade beslut om under våren 2022 har möjliggjort för satsningar inom kompetensutveckling och arbetsmiljöinsatser.</p>

2.1.2 Risk för att det inträffar våldssituationer i nämndens verksamheter

Hantera risk

Riskbeskrivning

I vissa av nämndens verksamheter finns risk att våldssituationer förekommer.

Konsekvensbeskrivning

Risk för våldshändelser har påverkan på brukares trygghet, kvalitén i verksamheterna och medarbetares och chefers arbetsmiljö.

Åtgärder

Aktuell status och åtgärd	Beskrivning	Kommentar vid uppföljning
✓ Avslutad Kontinuerligt arbete med rutiner kring riskbedömningar och hot och våld Slutdatum 2022-12-31	Nämndens verksamheter stärker arbetet med riskbedömningar och hot och våld utifrån framtagna rutiner. Dessa åtgärder behöver se olika ut beroende på verksamhetens målgrupper.	Förvaltningen har tagit fram förbättrade mallar för riskbedömning och implementering av dessa har genomförts under året.
✓ Avslutad Kontinuerligt arbete med krisplanering i verksamheterna Slutdatum 2022-12-31	Nämndens verksamheter gör åtgärder för att ha god planering och kunskap om hantering då krissituation uppstår.	Kontinuitetsplan per enhet har uppdaterats och krisplaner per enhet tagits fram utifrån gemensam mall. Förvaltningen håller på att avsluta risk- och sårbarhetsarbete (RSA) som kommer bli en del av stadens gemensamma RSA som görs vid varje ny mandatperiod.
✓ Avslutad Kompetensutveckling utifrån målgruppens behov, till exempel lågaffektivt bemötande och självskydd. Slutdatum 2022-12-31	Denna åtgärd är en del av nämndens arbete med kompetensutveckling utifrån kompetensförsörjningsarbetet. Behovet av utbildning skiljer sig mellan nämndens verksamheter beroende på målgrupper.	Förvaltningen arbetar kontinuerligt med kompetensutveckling. Under hösten har utbildare utbildats i bland annat metod som hanterar utmanande beteende genom lågaffektivt bemötande. Syftet med att utbilda utbildare är att medarbetare i förvaltningen ska kunna utbilda och handleda sina kollegor.

Aktuell status och åtgärd	Beskrivning	Kommentar vid uppföljning
<p>✓ Avslutad</p> <p>Utveckla samverkan med berörda vårdgivare, till exempel regionen (närområdessamverkan, vårdcentraler), kommunala hälso- och sjukvården</p> <p>Slutdatum 2022-12-31</p>	<p>Förvaltningen ser över hur utvecklad samverkan med vårdgivare ska genomföras.</p>	<p>Ledningsgrupp för samverkan med regionen (LGS) kommer fatta beslut om att inrätta en arbetsgrupp med representanter från förvaltningen och berörda verksamheter inom psykiatri för att utveckla samverkan inom Göteborgsområdet.</p> <p>Samverkan sker idag genom närområdessamverkan (NOSAM) där både region och kommun är representerade. Det pågår ett arbete inom NOSAM med att ta fram ny organisation. Under hösten 2022 påbörjades en samverkan med hälso- och sjukvårdsnämnden inom Västra Götalandsregionen.</p> <p>Utöver detta sker regelbunden möten internt med äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen för att stärka samverkan i gemensamma frågor.</p>

2.2 Riskområden: Risk för oegentligheter och förtroendeskada

Bedömning av riskområdet

Förvaltningens bedömning är att de åtgärder som genomförts under året sannolikt minskat risker, men *risk för oegentligheter och förtroendeskada* finns alltid inom kommunens uppdrag och kräver därför kontinuerligt arbete. Stadens gemensamma arbete i enlighet med brottsförebyggande och trygghetsskapande programmet förväntas bidra till att risk inom området minskar.

Nämnden kommer under 2023 fortsätta arbetet utifrån *risk för oegentlighet eller felaktig hantering vid kontanthantering i nämndens verksamheter*. Revisionen granskade området under 2022 och deras rekommendationer tillsammans med åtgärder som förvaltningen identifierat förväntas bidra till att risken minskar.

2.2.1 Sammantagen risk för felaktigheter som kan innebära kostnader eller förtroendeskador

Hantera risk

Riskbeskrivning

Ledning och styrning för administrativa processen inom nämndens ansvarsområde och reglemente är viktig för att säkra kostnadsmedvetenhet och minimera risk för oegentligheter som leder till förtroendeskada. Nämnden behöver under 2022 säkerställa den interna kontrollen inom de administrativa processer och fortsätta arbetet från 2021 utifrån att arbetsätten sett olika ut i de elva tidigare förvaltningarna.

När det gäller behörighetshantering finns risk att behörigheter i IT-system fortlöper efter förändrad eller avslutad anställning. För inköpsprocessen finns risk att beställningar görs i strid mot gällande regelverk eller utanför ramavtal vilket i sin tur leder till ökade kostnader och administrativ hantering. Inom dessa områden har åtgärder genomförts under 2021 men behöver fortsätta under 2022.

De områden som nämnden avser granska under året inom ramen för intern kontrollplan är risk för felaktigheter i inköpsprocessen och behörighetshantering.

Konsekvensbeskrivning

Konsekvenser kan bli kostnader eller förtroendeskada.

Om nämnden inte har tillräcklig intern kontroll vad gäller behörighetshantering kan det leda till att obehöriga personer ges tillgång till i IT-system. Felaktigheter i inköpsprocessen kan leda till onödiga/felaktiga kostnader. Områden är dessutom förtroendekänsligt.

2.2.2 Risk att enskilda påverkar myndighetsbeslut och utförande av insatser genom otillåten påverkan

Hantera risk

Riskbeskrivning

Med otillåten påverkan menas trakasserier, hot, våld och korruption som syftar till att påverka myndighetsutövningen eller utförande av insatser.

Otillåten påverkan är både ett arbetsmiljöproblem och har inverkan på myndigheternas funktioner och är därför i förlängningen en demokratifråga.

Konsekvensbeskrivning

Konsekvens av otillåten påverkan för medarbetare och chefer är arbetsmiljörisker.

Konsekvens för nämnden är inverkan på myndighetsutövning eller utförande av insatser vilket får som konsekvens att rättssäkerheten påverkas.

Åtgärder

Aktuell status och åtgärd	Beskrivning	Kommentar vid uppföljning
✓ Avslutad Implementera rutiner och arbetssätt i syfte att hantera situationer där otillåten påverkan sker Slutdatum 2022-12-31	I det utbildningsmaterial som finns framtaget finns verktyg för att göra riskbedömningar utifrån situationer där risk för otillåten påverkan kan uppstå. Utbildning har skett hur man ska agera när otillåten påverka sker.	Nämnden fick återrapportering i oktober 2022 kring hur förvaltningen arbetar med hot och våld kopplat till personsäkerhet.
✓ Avslutad Kunskaphöjning kring otillåten påverkan Slutdatum 2022-12-31	Utbildningar har genomförts och utbildningsmaterial har tagits fram centralt i Staden som används i de olika enheterna i förvaltningen för att utbilda i frågorna löpande.	Förvaltningen har fått utbildningsmaterial från stadsledningskontoret och påbörjat implementering.

2.2.3 Risk för oegentlighet eller felaktig hantering vid kontanthantering i nämndens verksamheter

Hantera risk

Riskbeskrivning

Vid kontanthantering finns risk för oegentligheter eller felaktig hantering i nämndens verksamheter.

Nämnden har under 2021 beslutat om yrkande som rör kontanthantering i nämndens verksamheter. Utifrån utredningen som presenteras för nämnden i mars 2022 kommer förvaltningen och nämnden värdera om risken eller lägga till åtgärder utifrån risken.

Konsekvensbeskrivning

Konsekvens vid oegentligheter eller felaktig hantering kan innebära att enskilda personer som står i beroendeställning påverkas negativt. I ett större perspektiv riskerar oegentligheter och felaktig hantering att skada förtroendet för nämnden och Göteborgs Stad.

Åtgärder

Aktuell status och åtgärd	Beskrivning	Kommentar vid uppföljning
<p>✓ Avslutad</p> <p>Genomförande av beslut utifrån yttrande om kontanthantering i nämnden för funktionsstöd</p> <p>Slutdatum 2022-03-31</p>	<p>Förvaltningen har uppdrag från nämnden att genomföra punkterna nedan:</p> <p>1. Förvaltningen får i uppdrag att redovisa hur rutinerna för kontanthantering ser ut inom förvaltningens verksamheter.</p> <p>2. Förvaltningen får i uppdrag att redovisa vilka verksamheter som har kontanthantering.</p>	<p>Nämnden gav förvaltningen i uppdrag att redovisa hur rutinerna för kontanthantering ser ut inom förvaltningens verksamheter samt att redovisa vilka verksamheter som har kontanthantering. Kontanthantering innefattar:</p> <p>Hushållskassor - som revisionen granskat</p> <p>Intäcksredovisning - försäljning på daglig verksamhet, Dalheimers hus, aktivitetshuset (redovisningstjänster på intraservice genomför intern kontroll)</p> <p>Handkassor i kontanter eller förladdade kort – förvaltningens rutin för att förtydliga och säkerställa hantering antagen och implementerad.</p> <p>Förvaltningen har även tagit fram anvisning för hantering av privata medel i samband med gemensamma måltider inom avdelning bostad med särskild service. Implementering pågår.</p> <p>Syftet med anvisningen är att tydliggöra hanteringen av privata medel i samband med inköp av livsmedel till gemensamma måltider och att säkerställa en likvärdig och säker hantering för hyresgäster inom bostad med särskild service. Nästa steg är framtagandet av anvisning för hantering av övriga privata medel (som inte är kopplat till gemensamma måltider), dvs. hur privata medel ska hanteras, redovisas och förvaras, säkerställa att det finns skriftlig överenskommelse med och redovisning till enskild eller företrädare samt rutiner för systematisk uppföljning och kontroll.</p>

3 Samlad riskbild - Intern kontrollplan

3.1 Riskområden: Risk för oegentligheter och förtroendeskada

Bedömning av genomförda kontroller

Behörighetshandling

Förvaltningen har tagit fram systematik för behörighetshandlingar. Uppföljning kommer framöver årligen finnas med i säkerhetsrapport till nämnden. Skulle det uppkomma större avvikelser kommer förvaltningen lyfta dessa till nämnden. Förvaltningens råd för IT, digitalisering och informationssäkerhet följer upp systematiken kring behörighetshandling. Med detta bedömer förvaltningen att genomförda åtgärder fått effekt och att årlig återrapportering till nämnden kommer vara tillräcklig under förutsättning att större avvikelser inte uppkommer.

Inköpsprocess

Förvaltningen har genomfört stickprov av fakturor för att kontrollera att förvaltningens inköp följer LOU och förvaltningens rutiner och riktlinjer. Utifrån genomförda kontroller bedömer förvaltningen att åtgärderna för att minska riskerna inom inköpsprocesser har varit tillräckliga och gett resultat.

3.1.1 Sammantagen risk för felaktigheter som kan innebära kostnader eller förtroendeskador

Hantera risk

Riskbeskrivning

Ledning och styrning för administrativa processen inom nämndens ansvarsområde och reglemente är viktig för att säkra kostnadsmedvetenhet och minimera risk för oegentligheter som leder till förtroendeskada. Nämnden behöver under 2022 säkerställa den interna kontrollen inom de administrativa processer och fortsätta arbetet från 2021 utifrån att arbetssätten sett olika ut i de elva tidigare förvaltningarna.

När det gäller behörighetshandling finns risk att behörigheter i IT-system fortlöper efter förändrad eller avslutad anställning. För inköpsprocessen finns risk att beställningar görs i strid mot gällande regelverk eller utanför ramavtal vilket i sin tur leder till ökade kostnader och administrativ handtering. Inom dessa områden har åtgärder genomförts under 2021 men behöver fortsätta under 2022.

De områden som nämnden avser granska under året inom ramen för intern kontrollplan är risk för felaktigheter i inköpsprocessen och behörighetshandling.

Konsekvensbeskrivning

Konsekvenser kan bli kostnader eller förtroendeskada.

Om nämnden inte har tillräcklig intern kontroll vad gäller behörighetshandling kan det leda till att obehöriga personer ges tillgång till i IT-system. Felaktigheter i inköpsprocessen kan leda till onödiga/felaktiga kostnader. Områden är dessutom förtroendekänsligt.

Kontrollaktiviteter (intern kontrollplan)

Aktuell status - Kontrollaktiviteter	Kontrollmetod	Kommentar vid uppföljning
✓ Avslutad Granskning av behörighetshandling Slutdatum 2022-12-31	Under året har vi infört ett strukturerat arbetssätt för att genomföra behörighetskontroller. Resultatet av dem finns beskrivet i säkerhetsrapporten. Behörighetskontroller är en del i förvaltningens informationssäkerhetsarbete och under 2023 kommer stickprov att genomföras på behörighetskontrollerna för att säkerställa att de görs och att åtgärder vidtas utifrån resultatet av kontrollerna.	Förvaltningen har tagit fram systematik för behörighetskontroller. Uppföljning kommer framöver årligen finnas med i säkerhetsrapport till nämnden. Skulle det uppkomma större avvikelser kommer förvaltningen lyfta dessa till nämnden. Förvaltningens råd för IT, digitalisering och informationssäkerhet följer upp systematiken kring behörighetshandling. Med detta bedömer förvaltningen att genomförda åtgärder fått effekt och att årlig återrapportering till nämnden kommer vara tillräcklig under förutsättning att större avvikelser inte uppkommer.

Aktuell status - Kontrollaktiviteter	Kontrollmetod	Kommentar vid uppföljning
<p>✓ Avslutad</p> <p>Granskning av inköpsprocessen</p> <p>Slutdatum 2022-12-31</p>	<p>Utifrån påbörjat arbete under 2021 i syfte att stärka den interna kontrollen inom inköpsområden kommer förvaltningen under 2022 att utvärdera om införda åtgärder och rapportera dessa till nämnden 2022.</p>	<p>Förvaltningen har under 2022 arbetat med implementering av en ny centraliserad inköpsorganisation. Det övergripande syftet har varit att få till ett förvaltningsgemensamt förhållnings- och arbetssätt kring inköp och upphandlingsfrågor. Ett omfattande utbildningsprogram för chefer och berörda medarbetare har bedrivits med målet att säkerställa det nya arbetssättet. Chefer har därutöver fått en fördjupad utbildning inom lagen om offentlig upphandling (LOU) med tillhörande regler, rutiner och processer. Den centraliserade inköpsorganisationen är uppbyggd kring tre huvudsakliga delar: strategiskt, taktiskt och operativt inköp.</p> <p>Den operativa nivån är basen i den centraliserade inköpsorganisationen och består av ett antal inköpsadministratörer med fördjupad kompetens inom avrop och mindre direktupphandlingar. Den operativa nivån utför majoriteten av verksamheternas beställningar i enlighet med framtagna inköpsprocesser och säkerställer därmed följsamhet mot LOU. Antalet behöriga beställare i inköp och upphandlingssystemet har därmed minskat betydligt.</p> <p>Den taktiska nivån är plattformen från vilken förvaltningens inköpsamordnare arbetar. De är förvaltningens inköps- och upphandlingsexperter och stöttar chefer i mer komplicerade avrop, större upphandlingar samt tolkningar av LOU. De utvecklar och säkerställer också förvaltningens inköpsprocesser med</p>

Aktuell status - Kontrollaktiviteter	Kontrollmetod	Kommentar vid uppföljning
		<p>tillhörande internkontroll.</p> <p>Den strategiska nivån är den tredje plattformen där förvaltningens inköpssamordnare arbetar mer långsiktigt med bland annat politiska mål, utvecklings-, styr- och kategoristyrningsprocesser, inköpsorganisationen och kommande upphandlingar.</p> <p>Sammantaget leder det nya arbetssättet till att de som har behörighet att utföra beställningar har rätt kompetens och utbildning vilket ger en ökad kontroll och säkerställer att inköp och upphandlingar görs på rätt sätt. Den centraliserade inköpsorganisationen skapar även en tydlighet och ökad trygghet för verksamheterna och dess chefer.</p> <p>Förvaltningen samarbetar även med Intraservice och Göteborgs Stads robot GÖREL för att ta fram en rutin för digitaliserade stickprov av fakturor. Stickproven kommer bland annat att kontrollera om förvaltningens inköp följer LOU samt om upphandlingarna följer förvaltningens rutiner och riktlinjer. Robotlösningen har inte tagits i bruk ännu och därför genomför förvaltningen manuella stickprover. Utifrån genomförda kontroller bedömer förvaltningen att åtgärderna för att minska riskerna inom inköpsprocesser har varit tillräckliga och gett resultat.</p>

Uppföljning revisionens rekommendationer december 2022

Nämnden för funktionsstöd

1 Inledning

Stadsrevisionen granskade under 2021 om nämndens verksamhet sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande samt om den interna kontrollen är tillräcklig. Stadsrevisionens granskning 2021 visade att det fanns förbättringsområden i delar av nämndens verksamhet enligt rekommendationerna i revisionsredogörelsen. I övrigt bedömer stadsrevisionen att nämnden bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, att den interna kontrollen varit tillräcklig samt att resultaträkning och balansräkning har upprättats i enlighet med lagen om kommunal redovisning.

Rekommendationer lämnas när revisorerna ser brister i verksamheten och syftar till att utveckla och förbättra verksamheten. Åtgärdsplanen i bilagan omfattar granskningsåret 2021 och nämnden har fått rekommendationer inom områdena nedan. Åtgärderna följs upp i åtgärdsplanen och nedan rapporterar förvaltningen bedömning av hanteringen.

- Hantering av delegationsbeslut

Förvaltningen har sedan januari 2022 publicerat sammanställning av delegationsbeslut på webben vilket möjliggör insyn i nämndens arbete. Förvaltningens bedömning är att rekommendationen är omhändertagen.

- Styrning och uppföljning av arbetet med kompetensutveckling

Stadsrevisionens rekommenderade nämnden att fortsätta utveckling av styrning och uppföljning av arbetet med kompetensutveckling. Förvaltningen har tagit fram och genomfört vissa åtgärder utifrån handlingsplanen med bedömer att arbetet behöver fortsätta 2023.

2 Uppföljning av åtgärder

2.1 Rekommendationer från revisionens granskningar

2.1.1 Hantering av delegationsbeslut

Riskbeskrivning

Stadsrevisionen rekommenderar nämnden för funktionsstöd att säkerställa en förbättrad tillgänglighet för allmänheten avseende beslut fattade på delegation.

Konsekvensbeskrivning

Granskningen visar att nämnden inte publicerar de sammanställningar av delegationsbeslut som anmäls eller tillgängliggör dessa beslut på annat vis. För att se vilka delegationsbeslut som fattats och därigenom kunna tillvarata sin rätt att laglighetspröva ett beslut behöver en medborgare därmed via diarienummer begära ut handlingar i två omgångar. Detta förfarande försvårar allmänhetens tillgänglighet och insyn i nämndens arbete.

Åtgärder	Beskrivning	Status och kommentar
Publicera förteckning över delegationsbeslut på goteborg.se/handlingarochprotokoll		✓ Avslutad Sedan januari 2022 publiceras förteckning Anmälan av delegationsbeslut på www.goteborg.se per sammanträdesdatum. Av förteckningen framgår ärenderubrik, datum för beslut och diarienummer.

2.1.2 Styrning och uppföljning av arbetet med kompetensutveckling






Riskbeskrivning

Stadsrevisionen rekommenderar nämnden för funktionsstöd att fortsätta utveckla sin styrning och uppföljning av arbetet med kompetensutveckling.

Konsekvensbeskrivning

Efter genomförd granskning bedömde stadsrevisionen att nämnden för funktionsstöd hade vidtagit åtgärder för att utveckla ett systematiskt arbetssätt med ändamålsenliga organisationer, processer och rutiner för kompetensutveckling. Samtidigt bedömde revisionen att det fanns områden för förbättringar och att nämndens arbete med kompetensutveckling inte var fullt ut ändamålsenligt.

Åtgärder	Beskrivning	Status och kommentar
Färdigställa kompetensförsörjningsplan	I förvaltningens kompetensförsörjningsplan kommer behov av kompetensutveckling på lång och kort sikt identifieras.	✓ Avslutad Nämndens för funktionsstöd fastställde plan för kompetensförsörjning i december 2022.

<p>Kartlägga kompetensutvecklingsbehov i förvaltningen</p>	<p>Förvaltningen kommer följa upp kompetensutvecklingsbehov genom uppföljning av kompetenser via enkät och per avdelning.</p>	<p> Pågående</p> <p>Inventering av kompetensförsörjningsbehov i förvaltningen påbörjas våren 2023 och blir underlag för arbetet med kompetensutveckling inom nämndens verksamheter.</p>
<p>Tydliggöra för vad som sker förvaltningsövergripande och per avdelning när det gäller kompetensutveckling</p>		<p> Avslutad</p> <p>Nämndens plan för kompetensförsörjning och dess strategier ger styrning och ledning kring kompetensförsörjningsarbetet. Förvaltningen arbetar utifrån strategier i nämnden för funktionsstöds plan för kompetensförsörjning och rapporterar uppföljning till nämnden. I verksamheterna arbetar respektive chefsled tillsammans med medarbetare för att planera, genomföra och följa upp aktiviteter utifrån strategierna i planen.</p>
<p>Ta fram introduktion för ny medarbetare</p>	<p>Introduktion för ny medarbetare kommer innehålla central och avdelningsspecifika aktiviteter.</p>	<p> Pågående</p> <p>Förvaltningen beräknar att kunna påbörja arbetet snarast med att ta fram en gemensam introduktion för medarbetare för att säkerställa likvärdighet i introduktion av nya medarbetare.</p>
<p>Ta fram ny mall för medarbetarsamtal och kompetensutvecklingsplan</p>		<p> Avslutad</p>
<p>Kontroll av följsamhet av rutin för medarbetarsamtal och kompetensutvecklingsplan</p>	<p>Förvaltningen kommer genomföra stickprov för att följa upp att nya mallar följs och för att identifiera förbättringar och stödinsatser. Uppföljning av medarbetarsamtal görs på avdelningsnivå för att identifiera eventuella kompetensbehov och kompetensutvecklingsinsatser.</p>	<p> Pågående</p> <p>Uppföljning kommer ske av mallen för medarbetarsamtal och individuell kompetensutvecklingsplan under 2023.</p>

Kvalitetsberättelse 2022

Nämnden för funktionsstöd

Innehållsförteckning

1	Ordlista	3
2	Sammanfattning	4
3	Inledning	6
4	Organisering av det systematiska kvalitetsarbetet.....	7
4.1	Utvecklingsarbeten under 2022	7
4.2	Privata utförare	8
5	Analys och bedömning av förvaltningens systematiska kvalitetsarbete	9
5.1	Brukarnas bedömning.....	9
5.1.1	Synpunkter.....	9
5.1.2	Brukarundersökning	10
5.1.3	Brukarrevision	15
5.2	Vår egen bedömning	16
5.2.1	Avvikelser.....	16
5.2.2	Missförhållanden enligt lex Sarah.....	18
5.2.3	Vårdskada enligt lex Maria	20
5.3	Andras bedömning.....	20
5.3.1	Tillsyn.....	20
5.3.2	Revisioner	21

1 Ordlista

LSS Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

SoL Socialtjänstlag (2001:453)

HSL Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrift om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

IVO Inspektionen för vård och omsorg

Lex Sarah Reglerar skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden

Lex Maria Reglerar skyldighet att rapportera och utreda händelser som medfört eller skulle kunna medföra en allvarlig vårdskada

2 Sammanfattning

Förvaltningen för funktionsstöd har under året arbetat för att omhänderta frågor relaterade till det systematiska kvalitetsarbetet och dess processer. Under hösten har förvaltningen arbetat med målsättningen att 2023 ha en tydliggjord ansvarsfördelning och beslutsmandat, former för samverkan med övriga socialnämnder samt kopplingen till förvaltning av IT-system. I början av 2023 fattade förvaltningsledningen beslut om ägarskap av förvaltningens ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet, roller och forum vilket kommer möjliggöra ett än mer effektivt förbättringsarbete framöver.

Under 2022 har förvaltningen arbetat med att implementera värdighetsgarantier för nämndens verksamhet. Förvaltningen har tagit fram kommunikationsmaterial och utbildningsmaterial för att alla medarbetare ska känna till garantierna.

I den övergripande analysen av det systematiska kvalitetsarbetet har förvaltningen utgått från perspektiven Brukarnas bedömning, Vår egen bedömning - det vill säga förvaltningens bedömning, samt Andras bedömning.

Brukarnas bedömning

Förvaltningen genomför en samlad bedömning genom att arbeta med synpunktshantering, brukarundersökningar samt brukarrevisioner. Förvaltningen har under året inorporerat värdighetsgarantierna i förvaltningens synpunktshantering. Därutöver har rutin och process fastställts för synpunktshantering för att kunna ta emot fler synpunkter som en del av det systematiska förbättringsarbetet och för att kunna skapa god kvalitet för dem vi är till för.

Förvaltningen deltar i brukarundersökningar som tas fram av Sveriges kommuner och regioner, SKR. Som ett komplement genomförs även stadens egna enkäter inom verksamheter för barn och ungdomar, då SKR ännu inte tillhandahåller nationella brukarundersökningar på det området. Förvaltningen har genomfört åtgärder för att öka svarsfrekvensen för brukarundersökningarna under 2022. Utifrån resultaten ser förvaltningen att det finns fortsatta utvecklingsområden inom kommunikation och medbestämmande inom de flesta av förvaltningens utförarverksamheter.

Brukarrevisioner är ett komplement till andra metoder för att ta reda på vad brukarna tycker om verksamheten.

Vår egen bedömning

Förvaltningens samlade bedömning gäller avvikelser, missförhållanden och vårdskador. Förvaltningen arbetar aktivt med att omhänderta avvikelser. Med avvikelshantering menas att fel och brister som upptäcks inom verksamheten dokumenteras för att komma tillrätta med problemen. Antalet avvikelser ligger i nivå med föregående år och detsamma gäller antal avvikelser som har åtgärdats. Detta är en fråga förvaltningen måste jobba vidare med under 2023. Förvaltningen kommer att satsa på utbildningsinsatser inom avvikelshantering under 2023 för både chefer och medarbetare. Vidare ser förvaltningen behov av att samordna arbetet inom den kommunala hälso- och sjukvården samt tillsammans med övriga socialförvaltningar, grundskoleförvaltningen och utbildningsförvaltningen.

Förvaltningen arbetar aktivt med att förebygga missförhållanden och vårdskador

samt hur detta rapporteras och åtgärdas då så inträffar.

Andras bedömning

Andras bedömning utgörs av tillsyner från IVO samt av revisioner genomförda av Göteborgs Stads stadsrevision. Dessa revisioner ger möjlighet att se över de insatser som gjorts och vad som behöver göras för att förvaltningen ska kunna skapa god kvalitet för dem vi är till för. Frekvenstillsyn av boende för barn och unga görs årligen. Förvaltningen väntar fortfarande på tre av fem rapporter från dessa tillsyner. Två revisioner har genomförts av Göteborgs Stads stadsrevision. En rapport angående hantering av privata medel inom bostad med särskild service redovisades i november 2022 och visade att det finns brister i hantering, redovisning och förvaring av privata medel samt att riktlinjer och rutiner saknas. Förvaltningen väntar på rapport från granskning av palliativ vård.

Bedömning av privata utförare

Inför denna kvalitetsberättelse har förvaltningen för första gången begärt in uppgifter från de privata utförarna av daglig verksamhet enligt LOV avseende deras systematiska kvalitetsarbete. Granskningen visar på att de privata utförarna arbetar på ett systematiskt sätt med brukarnas delaktighet och med hur eventuella missförhållanden och vårdskador tas om hand och på att inga missförhållanden eller vårdskador har rapporterats in till IVO.

Den samlade bedömningen

Förvaltningen ser att ansvarsfördelning och beslutsmandat för det systematiska kvalitetsarbetet behöver tydliggöras. Vidare ser förvaltningen att samverkan behöver utvecklas med övriga socialnämnder samt kopplat till förvaltningen av IT-system.

Förvaltningen har påbörjat implementering av värdighetsgarantier. För att värdighetsgarantierna ska få önskat genomslag krävs ett fortsatt kontinuerligt arbete i varje verksamhet.

Förvaltningen ser behov av att arbeta vidare med avvikelshanteringsprocessen såväl internt som i samverkan externt. Utbildningsinsatser behöver genomföras för såväl chefer som medarbetare. Förvaltningen arbetar för att alla medarbetare ska veta när och hur avvikelser ska göras, samt för att alla chefer ska ha kunskap om hur avvikelser hanteras, utreds och åtgärdas.

3 Inledning

Alla som bedriver verksamhet enligt socialtjänstlagen - SoL, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade - LSS eller hälso- och sjukvårdslagen – HSL är skyldiga att ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Detta framgår av Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - SOSFS 2011:9. Göteborgs Stads riktlinje för styrning, uppföljning och kontroll beskriver också att nämnder och styrelser ska bedriva en ändamålsenlig och effektiv verksamhet med fokus på kvalitet för dem verksamheten riktar sig till, och beakta detta i styrningen.

För att beskriva det systematiska kvalitetsarbetet och genomföra analys och bedömning av delar i det, har förvaltningen tagit fram en kvalitetsberättelse för 2022. Kvalitetsberättelsen innehåller beskrivningar utifrån perspektiven brukarnas bedömning, vår egen bedömning i förvaltningen och andras bedömning.

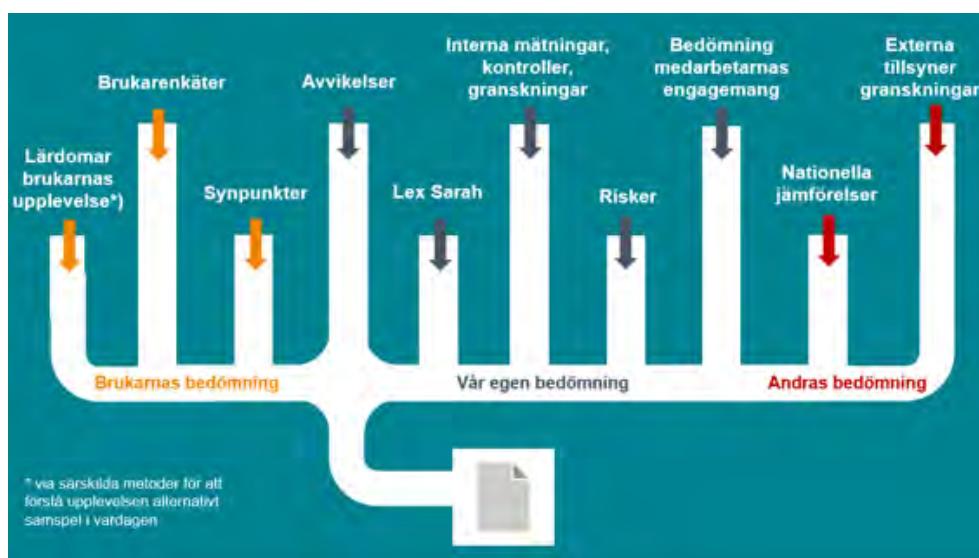


Bild: Samlad bedömning utifrån brukarnas bedömning, vår egen bedömning och andras bedömning.

4 Organisering av det systematiska kvalitetsarbetet

En vårdgivare eller någon som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten enligt Socialstyrelsens föreskrifter om systematiskt kvalitetsarbete 2011:9 § 1. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

I den tidigare stadsdelsorganisationen ansvarade stadsledningskontoret för samordning av stadens gemensamma ledningssystem. I samband med facknämndernas tillkomst 2021 så lämnade stadsledningskontoret över ansvaret till de sex nya socialförvaltningarna. I ledningssystemet ingår de processer som utgör de så kallade Valfärdens processer samt beskrivningar av förutsättningarna för ett kvalitetsarbete. Förvaltningen har hittills valt att använda sig av det gemensamma ledningssystemet i oförändrat skick för sitt systematiska kvalitetsarbete.

Förvaltningen har analyserat och bedömt delar av det systematiska kvalitetsarbetet på en övergripande nivå. Fokus ligger på att identifiera trender och synliggöra strukturella utvecklingsområden i förvaltningens processer och arbetssätt. Den uppföljning som har genomförts under året redovisas i det följande och har strukturerats efter perspektiven brukarnas bedömning, vår egen bedömning (det vill säga förvaltningens bedömning) samt andras bedömning.

Ledningssystemet utgår från ett ”kvalitetshjul” där planering, genomförande, uppföljning och förbättringsarbete vävs samman med verksamheternas ordinarie arbete. Den största delen av förvaltningens förbättringsarbete sker på enhets- och verksamhetsnivå. En systematiserad uppföljning av arbetet möjliggör förbättringsarbete på en övergripande nivå och skapar möjlighet att ta tillvara goda erfarenheter.

4.1 Utvecklingsarbeten under 2022

För att inom förvaltningen omhänderta frågor relaterade till ledningssystemet och dess processer så har förvaltningen under året arbetat över avdelningsgränserna. Målsättningen har varit att inför 2023 ha tydliggjort ansvarsfördelning, beslutsmandat, former för samverkan med övriga socialnämnder samt kopplingen till förvaltning och utveckling av verksamhetsspecifika tjänster och IT-system. Beslut om ägarskap av förvaltningens ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet, samt roller och forum för arbetet fattades i början av 2023, vilket ger förutsättningar för ett än mer effektivt förbättringsarbete framöver.

Utifrån uppdrag från kommunfullmäktige har förvaltningen för funktionsstöd samordnat arbete tillsammans med övriga socialnämnder och äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen för att utveckla avvikelshanteringsprocessen och systematiseringen av analyser av avvikelserna för att få fler inrapporterade avvikelser och missförhållanden eller allvarliga missförhållanden.

I december 2021 beslutade nämnden för funktionsstöd att införa värdighetsgarantier. Under 2022 har förvaltningen arbetat i projektform för att skapa förutsättningar för en strukturerad implementering av värdighetsgarantier för

nämndens verksamhet. Projektet har tagit fram kommunikationsmaterial och utbildningsmaterial för chefer och medarbetare. En uppföljningsenkät i december 2022 visade att 68 procent av de 85 svarande enhetscheferna hade visat materialet för sina medarbetare på APT och att många arbetar engagerat med frågan på olika sätt. Inom samtliga avdelningar finns samtidigt chefer som ännu inte gått igenom materialet med sina medarbetare. För att värdighetsgarantierna ska få önskat genomslag krävs ett fortsatt kontinuerligt arbete i alla verksamheter.

En rutin för synpunktshantering har tagits fram under året. För att systematisera synpunkterna och underlätta förbättringsarbetet framåt, så kategoriseras de numera efter respektive värdighetsgaranti.

4.2 Privata utförare

I egenskap av socialnämnd har nämnden för funktionsstöd enligt reglementet, det yttersta ansvaret för att individer får den hjälp och det stöd de behöver inom nämndens verksamhetsområde (kapitel 2, §2) oavsett om insatsen utförs i egen regi eller av privat utförare. Inför denna kvalitetsberättelse har förvaltningen för första gången begärt in uppgifter från de privata utförarna av daglig verksamhet, som ingår i valfrihetssystemet enligt LOV. De uppgifter som inhämtats berör systematiskt kvalitetsarbete gällande brukarnas delaktighet, arbete med avvikelser samt eventuella missförhållanden, vårdskador och tillsyner. Det inkomna underlaget har analyserats av förvaltningen och visar på att de privata utförarna arbetar på ett systematiskt sätt med brukarnas delaktighet och med hur eventuella missförhållanden och vårdskador tas om hand, samt på att inga missförhållanden eller vårdskador har rapporterats in till IVO. Inför kommande år kommer förvaltningen se över hur kvalitetsarbetet även hos privata utförare som är upphandlade enligt LOU kan införlivas i kvalitetsberättelsen.

Uppföljning genom enheten för kontrakt och uppföljning

Enheten för kontrakt och uppföljning genomför regelbundet granskningar av enheter som bedriver daglig verksamhet. Resultatet av uppföljning används i det systematiska förbättringsarbetet av verksamheterna. Under 2022 har uppföljning skett av sammanlagt 30 enheter. Resultatet tyder på att privata och kommunala utförare har samma förbättringsområden gällande systematiskt förbättringsarbete kopplat till synpunkter och klagomål.

5 Analys och bedömning av förvaltningens systematiska kvalitetsarbete

5.1 Brukarnas bedömning

Brukare och deras anhöriga har möjlighet att påverka och vara delaktiga i verksamheterna dels i vardagen och dels genom några reglerade tillvägagångssätt som ingår i det systematiska kvalitetsarbetet.

5.1.1 Synpunkter

Antal synpunkter

Antal inkomna synpunkter 2021	Antal inkomna synpunkter 2022
157	169

Antal synpunkter med koppling till värdighetsgarantierna

Bemötande	Kommunikation och kompetens	Självständighet och delaktighet	Trygghet och kontinuitet	Synpunkter och kontakt
52	24	37	44	29

Synpunkter är åsikter som på något sätt berör förvaltningens verksamhet i form av klagomål, beröm eller förslag på förbättringar. Vem eller vilka som helst kan lämna in en synpunkt, till exempel brukare, anhöriga privata organisationer, gode män, andra myndigheter eller allmänhet. Förvaltningen har under året tagit fram och fastställt rutin och process för synpunktshantering. Implementering av den nya rutinen och processen har påbörjats i januari 2023.

Synpunkter kopplat till värdighetsgarantierna

Under 2022 har förvaltningen arbetat med att införa värdighetsgarantierna och göra dem kända av medarbetare, brukare och anhöriga. De fem värdighetsgarantierna är:

Bemötande. Vi respekterar dig, din integritet och dina upplevelser. Vi visar omtanke och bemöter dig med värdighet och medmänsklighet. Vi har förståelse för att din situation är unik.

Kommunikation och kompetens. Du ska kunna förstå oss och vi ska förstå dig. Vi har kunskap om dina funktionsnedsättningar, kommunikationssätt och ger stöd i att använda de hjälpmedel du behöver.

Självständighet och delaktighet. Vi stöttar och möjliggör för dig att kunna vara delaktig och påverka sin situation. Vi utgår från dina förmågor och uppmuntrar dig till att vara självständig och självbestämmande.

Trygghet och kontinuitet. Du ska trivas och känna dig trygg. Alla som ger dig stöd

ska känna till dina behov och hur du vill att stödet ges. Stödet ska präglas av kontinuitet och förutsägbarhet.

Synpunkter och kontakt. Du ska veta vem du kan vända dig till med önskemål och dypunkter kring ditt stöd. Det ska kännas enkelt och tryggt att kontakta oss. Vi lyssnar på dina synpunkter och du ska få ett tydligt svar.

Under våren arbetade förvaltningen med att inkorporera värdighetsgarantierna i förvaltningens synpunktshandling. Arbetet resulterade i en ny kategorisering av synpunkter, utifrån de fem värdighetsgarantierna. Samtliga avdelningar har använt den nya kategoriseringen sedan den 1 juli och även kategoriserat om synpunkter inkomna under första halvåret 2022. En synpunkt kan kategoriseras på fler än en värdighetsgaranti, vilket gör att summan från de fem kategorierna inte överensstämmer med summan av antalet inkomna synpunkter för året.

	Bemötande	Kommunikation och kompetens	Självständighet och delaktighet	Trygghet och kontinuitet	Synpunkter och kontakt
Totalt	52	30	37	44	29
Myndighet och socialpsykiatri	25	18	24	23	16
Daglig verksamhet och stöd	16	9	10	11	1
Bostad med särskild service	11	3	3	10	11
Kvalitet och Utveckling	0	0	0	0	1

"Bemötande" är den kategori som hamnar högst inom samtliga tre utföraravdelningar, även om steget till näst störst inte är stort. Det skiljer sig sedan något vilka kategorier som följer därefter. Inom Myndighet och socialpsykiatri är det "Självständighet och delaktighet". För Daglig verksamhet och stöd är det "Trygghet och kontinuitet" och för Bostad med särskild service är antalet synpunkter i kategorin "Synpunkt och kontakt" lika många som för "Bemötande". Anledningen till att synpunkterna fördelar sig olika kan höra samman med att avdelningarnas verksamhet ser olika ut, samtidigt kan det ge en indikation på vilka aspekter som är särskilt viktiga för respektive avdelning att analysera och arbeta vidare med i det systematiska kvalitetsarbetet och verksamhetsutveckling.

Synpunktshandlingen gör att förvaltningen kan uppmärksamma brister och genomföra förbättringar för både den enskilde och för verksamheten i stort. Från och med 2023 har förvaltningen nya processer och rutiner på plats för implementering, såsom informationsmaterial, för att kunna ta emot fler synpunkter som en del av det systematiska förbättringsarbetet och för att kunna skapa god kvalitet för dem vi är till för.

5.1.2 Brukarundersökning

Brukarundersökningar genomförs och sammanställs årligen för att ge kunskap om

brukarens upplevelser av kontakt med och stöd från förvaltningens verksamheter.

Brukarundersökningarna är ett viktigt verktyg för att ge underlag till kvalitetsförbättring i verksamheterna där brukarnas åsikter är en viktig del. Brukarundersökningarna sker under hösten och resultaten analyseras sedan på enhets-, avdelnings- och förvaltningsnivå.

Förvaltningen använder sig framförallt av SKRs (Sveriges kommuner och regioner) brukarundersökningar. Undersökningarna är speciellt anpassade till funktionshinderområdet och det finns hjälpmedel för att genomföra dem i form av alternativ och kompletterade kommunikation, såsom bildstöd och översättningar till fler språk.

Under 2022 har förvaltningen deltagit i SKR:s nationella brukarundersökningar som riktar sig till gruppbostad LSS, servicebostad LSS, daglig verksamhet LSS, boendestöd SoL samt personlig assistans. Under 2022 har SKR dessutom genomfört en pilotundersökning för myndighetskontakt för vuxna inom funktionshinderområdet som förvaltningen deltagit i.

Förvaltningen har 2022 liksom 2021 även använt sig av brukarundersökningar genom Göteborgs Stads egen enkät. De undersökningar där förvaltningen använder stadens enkäter vänder sig huvudsakligen till verksamheter för barn och ungdomar, då SKR ännu inte tillhandahåller nationella brukarundersökningar på det området.

Under 2021 identifierades behov av att ta fram likvärdigt informationsmaterial på området i förvaltningen. Under 2022 har därför ett omfattande arbete genomförts med att ta fram likvärdigt informationsmaterial för hela förvaltningen vilket även kan anpassas utifrån lokala, samt enskilda brukares behov. Materialet innehåller information till brukare och medarbetare för att förbereda inför undersökningarna samt återkoppla resultat till brukarna och underlätta analys i verksamheterna. Detta syftar till en likvärdighet över förvaltningen, att öka svarsfrekvenser, skapa delaktighet samt att ge förutsättningar för återkoppling och analys av resultaten.

Resultat för brukarundersökningen som görs för Sveriges kommuner och regioner finns på www.kolada.se. Resultat för delar av nämndens verksamheter där staden gör en egen brukarundersökning finns på www.enkater.goteborg.se

Nationella undersökningar via Sveriges kommuner och regioner, SKR

SKRs enkäter består av nio till elva frågor, varav en är en bakgrundsfråga (kön) och övriga är kvalitetsfrågor. I SKRs brukarundersökningar är det brukaren själv som ska svara på enkäten. Frågorna anpassas utifrån verksamheten som undersökningen gäller. Som exempel visas frågorna som ställts gällande servicebostad:

- Får du bestämma om saker som är viktiga för dig hemma?
- Får du den hjälp du vill ha av boendepersonalen?
- Bryr sig boendepersonalen om dig?
- Pratar personalen hemma med dig så att du förstår vad de menar?
- Förstår personalen hemma vad du säger?
- Känner du dig trygg med boendepersonalen?
- Är du rädd för något hemma?

- Vet du vem du ska prata med om något är dåligt med stödet från boendepersonalen?
- Trivs du med boendepersonalen?

SKRs brukarundersökningar genomförs för brukare som har insats som verkställs inom Göteborgs kommuns geografiska område och innefattar därmed såväl egen regi som privat regi. Det är dock ett mycket litet antal privata utförare av daglig verksamhet och bostad med särskild service som ingår, vilket innebär att förvaltningens egna verksamheter är dominerande.

Svarsfrekvenser i SKRs undersökningar

Svarsfrekvenserna i undersökningarna 2022 har ökat jämfört med 2021. 2022 var den sammanlagda svarsfrekvensen i förvaltningen för alla områden i SKRs undersökning 56 procent jämfört med 44 procent år 2021.

Som bakgrund bedöms det ha haft betydelse att det under 2021 fanns tekniska problem för undersökningarna i förhållande till enkätleverantören. 2021 fanns också vissa svårigheter kopplat till att förvaltningen var nystartad, exempelvis att identifiera och anmäla alla enheter samt att tidigare strukturer för att genomföra undersökningar förändrades med den nya organisationen. Under 2022 har förvaltningen arbetat med att återuppbygga och utveckla/förbättra strukturer för att genomföra undersökningarna och det likvärdiga informationsmaterial som tagits fram har varit ett viktigt led i arbetet. Det bedöms vara den sammanlagda bakgrunden till de förbättrade svarsfrekvenserna.

Fokus på trygghet, kommunikation och medbestämmande

I den förvaltningsövergripande uppföljningen av resultatet av SKRs brukarundersökningar har förvaltningen 2022 liksom år 2021 valt att fokusera på områdena Trygghet, Kommunikation och Medbestämmande. Valet av dessa områden grundar sig i en koppling till FN:s deklaration om rättigheter för personer med funktionshinder, Programmet för full delaktighet samt Världighetsgarantierna.

Resultat Trygghet

Känner du dig trygg med personalen?

Svarsalternativ	Nationellt 2021	Göteborg 2021	Nationellt 2022	Göteborg 2022
Alla	81%	79%	82%	79%
Några	17%	19%	17%	19%
Ingen	2%	2%	2%	2%
Totalt	100%	100%	100%	100%

Är du rädd för något?

Svarsalternativ	Nationellt 2021	Göteborg 2021	Nationellt 2022	Göteborg 2022
Aldrig	71%	72%	72%	72%
Ibland	24%	23%	22%	23%
Ofta	5%	5%	5%	5%
Totalt	100%	100%	100%	100%

Av tabellerna framgår att Göteborg sammantaget har ett resultat som ligger något under, eller i nivå med, riksnittet gällande trygghetsrelaterade frågor. I förhållande till 2021 ligger resultaten på samma nivå i förvaltningen 2022. Resultatet för respektive avdelning redovisas inte i tabellerna ovan. Resultaten varierar mellan de olika områdena. Förvaltningen uppmärksammar även att för flera områden i undersökningarna finns könsskillnader i resultaten.

Inom daglig verksamhet har resultaten på frågorna inom trygghetsområdet förbättrats jämfört med resultaten för 2020 innan förvaltningen bildades. Resultaten för 2022 ligger i nivå med, respektive något över, riksnittet i daglig verksamhet. Förvaltningen har uppmärksammat att var fjärde kvinna 2022 svarar att de någon gång varit rädd för något på sin dagliga verksamhet, jämfört med var femte man.

Frågorna om trygghet är viktiga även inom Bostad med särskild service, såväl trygghet med personalen som man är rädd för något på sitt boende. Den upplevda tryggheten är något lägre än inom daglig verksamhet, och Göteborg har något sämre utfall än riksnittet. Upplevelsen av trygghet är även inom bostad med särskild service lägre bland kvinnor än bland män.

Resultat Kommunikation

Pratar personalen med dig så att du förstår vad de menar?

Svarsalternativ	Nationellt 2021	Göteborg 2021	Nationellt 2022	Göteborg 2022
Alla	77%	75%	78%	77%
Några	21%	23%	21%	21%
Ingen	2%	2%	2%	1%
Totalt	100%	100%	100%	100%

Förstår personalen vad du säger?

Svarsalternativ	Nationellt 2021	Göteborg 2021	Nationellt 2022	Göteborg 2022
Alla	77%	76%	78%	77%
Några	21%	22%	20%	21%
Ingen	2%	2%	2%	1%
Totalt	100%	100%	100%	100%

Tabellerna visar att Göteborg sammantaget har ett något lägre resultat än riksnittet på frågorna gällande kommunikation men att resultaten har förbättrats något sedan 2021. Resultatet för respektive avdelning redovisas inte i tabellerna ovan.

En majoritet av verksamheterna har en positiv utveckling i sina resultat, såväl jämfört med 2020 som med 2021. Förvaltningen har arbetat aktivt med kompetensutveckling av personalen, bland annat genom egna webbaserade utbildningar i alternativ och kompletterande kommunikation, AKK. Inom område bostad med särskild service försämrades resultaten 2021, men under 2022 har de förbättrats betydligt, även om de fortfarande avviker något negativt mot riksnittet.

Inom flera verksamheter är resultaten för kvinnor lägre än för män även inom detta frågeområde, både i 2022 års undersökning och i undersökningen 2021.

Resultat Medbestämmande

Får du bestämma ...?

Svarsalternativ	Nationellt 2021	Göteborg 2021	Nationellt 2022	Göteborg 2022
Ja	80%	79%	80%	81%
Ibland	16%	16%	16%	15%
Nej	4%	5%	4%	4%
Totalt	100%	100%	100%	100%

Frågan formuleras olika i de olika enkäterna som ingår i underlaget till uppgifterna till tabellen. Till exempel "Får du bestämma om saker som är viktiga för dig hemma?" i enkäten för servicebostad och "Låter dina boendestödjare dig bestämma om saker som är viktiga för dig" i enkäten för boendestöd.

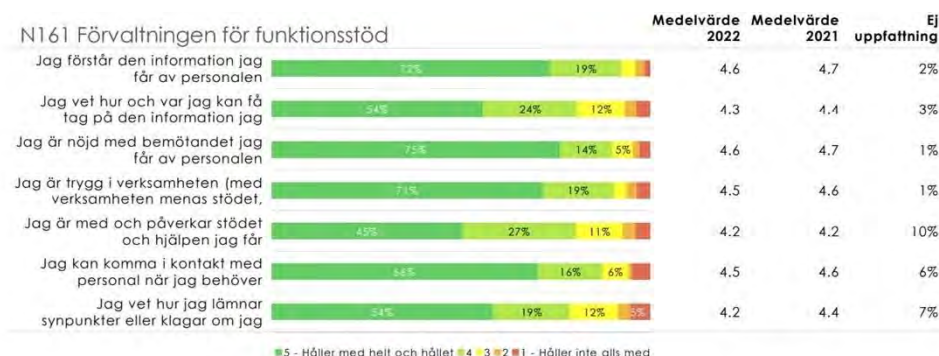
Av tabellen framgår att Göteborg sammantaget hade ett något lägre resultat än det nationella snittet 2021 på frågan om medbestämmande, men att resultatet för 2022 har förbättrats och nu ligger något över rikssnittet. Resultatet för respektive avdelning redovisas inte i tabellen ovan.

Resultaten varierar mellan de olika områdena och enheterna. Förvaltningens bostäder med särskild service har resultat något lägre än rikssnittet och med en marginell minskning sedan 2020. Resultaten inom boendestöd ligger på samma nivå som rikssnittet och för daglig verksamhet ses en förbättring av resultaten sedan 2020 så att de nu ligger något över rikssnittet. Inom flera verksamheter är resultaten för kvinnor lägre än för män även inom detta frågeområde, både i 2022 års undersökning och i undersökningen 2021.

Göteborgs Stads enkäter

Göteborgs Stads egen enkät 2022 var inom förvaltningen för funktionsstöd riktad till lägerverksamhet, korttidshem, avlösarservice och Klippankooperativen.

Göteborgs Stads enkät riktar sig inte specifikt mot funktionshinderområdet utan samma enkät riktar sig till alla utförarverksamheter inom socialtjänstområdet i staden. I dessa brukarundersökningar, liksom i förvaltningen för funktionsstöd huvudsakligen avser verksamheter riktade mot barn, är det oftast vårdnadshavare som svarar på enkäten.



Bilden visar resultat från Göteborgs Stads brukarundersökning

Som framgår av tabellen är de som besvarat enkäten i hög grad nöjda med

insatserna, även om resultaten försämrats marginellt i 2022 års undersökning i förhållande till 2021.

Analys och bedömning

Förvaltningen bedömer att underlaget från brukarundersökningen år 2022 är tillräckligt omfattande och representativt för att utgöra ett underlag för förvaltningens fortsatta förbättringsarbete och indikatorer för nämndens måluppfyllelse. Under 2022 har förvaltningen vidtagit åtgärder för att öka svarsfrekvensen för brukarundersökningen och det arbetet behöver upprätthållas framåt. Underlaget visar att det finns fortsatta utvecklingsområden inom trygghet, kommunikation och medbestämmande inom de flesta av förvaltningens utförarverksamheter. Resultaten visar även könsskillnader inom fokusområdena, där resultaten är lägre för kvinnor än för män både i Göteborg och nationellt. En vidare analys av orsaker och plan för möjliga åtgärder bör genomföras.

För att bättre kunna analysera och använda resultaten från brukarundersökningarna i förvaltningens kvalitets- och utvecklingsarbete kommer systematik för ett samordnat omhändertagande att utvecklas under 2023.

5.1.3 Brukarrevision

Brukarrevision är ett verktyg för kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling. Revisionen går ut på att brukare intervjuar brukare. En brukarrevision fokuserar på frågor om bemötande och delaktighet och ger en fördjupad kunskap om vad de vi är till för tycker om verksamheterna. Brukarperspektivet uppnås på två sätt, dels genom att brukare utför revisionen, dels genom att revisionen fokuserar på brukarnas upplevelse av bemötande och delaktighet. Brukarrevisionen är ett komplement till andra metoder.

Analys och bedömning

Under året har sex revisioner genomförts i förvaltningen, samtliga inom avdelningen Bostad med särskild service. Revisionerna visar goda resultat när det gäller trivsel, såsom inne- och utemiljö och gemensamma måltider. Resultaten visar på ett fortsatt behov av att förenkla, tydliggöra och tillgängliggöra information till de boende. Det gäller exempelvis personalens arbetstider och information om aktiviteter. Vidare finns utmaningar att finna balans mellan behov av individuella aktiviteter och gruppaktiviteter, inte minst som följd av pandemin. Det finns en ojämn takt när det gäller att återta tidigare aktiviteter såsom utflykter, vilket är saknat av många.

För att fördjupa möjligheten att få kunskap om vad brukarna tycker har förvaltningen ambitionen att under 2023 prioritera att genomföra brukarrevisioner i enheter som saknar resultat på brukarundersökningen eller har låg svarsfrekvens.

5.2 Vår egen bedömning

5.2.1 Avvikelser

Avvikelser	2021	2022
Antal inkomna avvikelser	10 183	11 136
Antal åtgärdade avvikelser	6 924	6 957

Definitionen av en avvikelse är enligt Socialstyrelsen ”en händelse som medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat”. Tabellen nedan visar samtliga rapporterade avvikelser till och med den 31 december 2022. En avvikelse betraktas som åtgärdad först när ärendet har behandlats och avslutats i verksamhetssystemet.

Totalt inkom 11 136 avvikelser under 2022. Förvaltningen vill poängtera att många avvikelser inom samma verksamhet inte behöver betyda sämre kvalitet. På samma sätt är få eller inga avvikelser inte säkert ett tecken på god kvalitet i verksamheten. Förvaltningen arbetar för att alla medarbetare ska veta när och hur avvikelser ska rapporteras, samt för att alla chefer ska ha kunskap om hur avvikelser hanteras, utreds, åtgärdas och avslutas.

Vanligast förekommande kategorier

Varje inkommen avvikelse kategoriseras, dels utifrån området som avvikelsen berör, dels utifrån bedömd orsak. Det vanligast förekommande området för rapporterade avvikelser är "Läkemedel". Under 2022 har denna kategori 3 890 avvikelser, vilket utgör nästan 35 % av samtliga avvikelser.

Den näst vanligast förekommande kategorin är kategorin "Övrigt" med 1 743 avvikelser vilket motsvarar drygt 15 % av alla avvikelser. Förvaltningen har påbörjat arbete för att undersöka hur bättre klassning av avvikelser inom "övrigt" kan ske. Därefter kommer kategorin "Fall - registrering" med 1 082 avvikelser samt "Utförande av SoL/LSS-insats" med 1 021 avvikelser, vilket motsvarar drygt 9 % vardera.

När avvikelserna i nästa steg hanteras av chef så bedöms också orsaker till avvikelsen, som exempelvis brister i arbetsmiljö och kultur, brist i kommunikation, kompetensbrist, brist i planering, brist i riktlinjer och rutiner och så vidare.

Exempel på hur avdelningarna har arbetat

Inom avdelning Daglig verksamhet och stöd hanteras avvikelserna idag enligt en reflektionsmodell. Inkomna avvikelser analyseras för att systematiskt kartlägga, skapa handlingsplaner och förebygga att liknande avvikelser uppkommer igen. Statistiken visar att enheterna arbetar olika med att skriva avvikelser och att kunskapsnivån om avvikelser skiljer sig över verksamhetsområdet. Flera metodutvecklare har anställts under året. Metodutvecklare kan fungera som individuellt stöd till enhetschefer och stödpedagoger i val av evidensbaserade metoder, men också som stöd till hela arbetsgrupper samt för att söka och förmedla information och kunskap. Det ingår också i uppdraget att stötta enhetscheferna i arbetet med processer, avvikelser och egenkontroller.

Inom avdelningen Bostad med särskild service har arbete pågått under året för att stärka den gemensamma strukturen för avvikelshantering inom avdelningen. Två gånger per år sker analys systematiskt på avdelningsnivå och ute i verksamheterna

sker analysen löpande. Avdelningen tittar bland annat på antal inkomna avvikelser, andel avvikelser som inte är avslutade, antal avvikelser som är rapporterade som lex Sarah samt antal avvikelser som ligger i kategorin "Övrigt". Ledningsgrupperna tar upp och arbetar med avvikelser och lex Sarah-rapporter som lärande exempel. Därtill tittar avdelningen extra på så kallade tvångs- och begränsningsåtgärder.

Inom avdelningen Myndighet och socialpsykiatri har de vanligast förekommande avvikelserna handlat om "Samverkan", både inom förvaltningen samt med sjukvården. Utöver detta kan en del av avvikelserna härledas till att beslut eller uppdrag saknas, eller till att uppföljning inte har genomförts. Den typ av avvikelse som rapporterats mest frekvent inom boendestödet är utebliven insats samt fördröjd insats. Boendestödets verksamhet och förutsättningar vid korttidsfrånvaro gör det svårt att helt undvika situationer där insats inte kan utföras som planerat. Därtill avsäger sig en del brukare insats om den inte kan utföras av ordinarie personal.

Avdelningen ser behov av att ytterligare stärka enheternas systematiska avvikelshantering och avvikelseuppföljning, samt att säkerställa att samtliga medarbetare har kunskap om att de omfattas av krav på att göra avvikelse samt hur en avvikelse görs. Ett sätt att arbeta med lärande inom avdelningen är att lyfta och diskutera allvarliga avvikelser i verksamheternas ledningsgrupper.

Patientsäkerhet

Enligt patientsäkerhetslagen, SFS 2021:656, ansvarar verksamhetschefer för hälso- och sjukvård för att en patientsäkerhetsberättelse upprättas årligen.

Inom förvaltningen för funktionsstöd lämnas cirka 1 500 000 läkemedelsdoser per år. Under 2022 inkom 3 890 läkemedelsavvikelser. Dessa utgörs framför allt av att läkemedelsdos har uteblivit, att signering av narkotikaklassade läkemedel brister, att läkemedelsskåp har lämnats olåst samt brister i delegeringsförfarande, vilket är problematiskt främst under sommarmånaderna.

När det gäller hälso- och sjukvård har förvaltningen också identifierat brister i samverkan, såväl internt som externt. Det brister i samverkan mellan kommunal hälso- och sjukvård och utförare såväl som mellan regionens hälso- och sjukvård och utförare. Tydligare rutin för hur samverkan ska stärkas behöver tas fram. Arbetet har påbörjats. Förvaltningen ser att det har varit få allvarliga vårdskador under året samt att rapporterade läkemedelsavvikelser under året inte har ökat jämfört med föregående år.

Medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), vilka är anställda i Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen, har identifierat generella brister i delegeringsförfarandet och pekar på ett behov att genomlysas följsamhet till gällande lagar, riktlinjer och rutiner. Inom förvaltningen för funktionsstöd har MAS sett en ökning av patienter med ordination på komplexa insatser som PEG/sonder, trakeostomier, respiratorer och sugning i övre luftvägar. Både avvikelser, utredningar och frågor gällande delegering av arbetsuppgifter har varit vanligt förekommande. Utifrån fördjupad granskning ser MAS behov av samordning, kompetensutveckling, säkra rutiner och en adekvat uppföljning på olika nivåer för att säkerställa patientsäkerhet.

Avvikelser i samverkan

Göteborgs Stad samverkar med Västra Götalandsregionen (VGR) bland annat avseende in- och utskrivning från slutenvård och så kallad SIP, samordnad individuell plan. Särskild rapportering av avvikelser sker avseende denna samverkan. Under 2022 har sammanlagt 88 avvikelser i samverkan hanterats mellan förvaltningen för funktionsstöd och VGR. Av dessa har 53 rapporterats av

medarbetare i förvaltningen och skickats till VGR för utredning och eventuella åtgärder, medan förvaltningen har mottagit, utrett och hanterat 35 inkomna avvikelser från VGR. Arbete med att inom förvaltningen förbättra processer för hantering av avvikelser i samverkan pågår och kommer att fortsätta under 2023.

Analys och bedömning

Förvaltningen ser allvarligt på det låga antalet åtgärdade avvikelser, då det under året endast är 6 957 av 11 136 avvikelser som registrerats som åtgärdade i verksamhetssystemet. Den låga andelen avvikelser som registrerats som åtgärdade kan delvis förklaras med att åtgärder har vidtagits, men inte registrerats enligt gällande administrativ rutin - vilket kan förklaras med osäkerhet kring det formella förfarandet vid avvikelshantering. Detta är ett utvecklingsområde för förvaltningen under kommande år.

Det systematiska arbetet med avvikelser behöver stärkas under nästa år för att säkerställa att samtliga medarbetare har kunskap om kravet på att göra avvikelse samt hur en avvikelse görs. Arbetssätt kring avvikelshantering varierar idag inom avdelningarna, och bland enheterna finns ett fortsatt behov av kompetensutveckling gällande korrekt rapportering, hantering och analys av avvikelser för att förbättra kvaliteten. Fortsatta samtal behövs i arbetsgrupperna om att avvikelser är en del av det systematiska kvalitetsarbetet i strävan efter att ständigt förbättra verksamheten.

Under hösten 2022 har utbildningsinsatser om avvikelser och lex Sarah påbörjats som en del i ett internt kompetensprogram kallat Kompetenshjulet. Utbildningen om avvikelshantering riktas till medarbetare och kommer att ske regelbundet en gång per termin och planering finns för fördjupade utbildningsinsatser i avvikelshantering. Från och med 2023 kommer introduktionsutbildning om avvikelseprocessen att hållas för nya chefer och därefter även utbildningsinsatser till alla chefer samt medarbetare i verksamheterna.

Samverkan med de övriga socialförvaltningarna samt grundskole- och utbildningsförvaltningen har påbörjats under 2022 för att förbättra den gemensamma avvikelseprocessen. En överenskommelse om detta arbete, som samordnas av förvaltningen för funktionsstöd, har förberetts och kommer att antas i början av 2023.

Förvaltningen har under 2022 identifierat behov av kartläggning av processer och rutiner för handläggning av HSL-avvikelser, det vill säga avvikelser som berör hälso- och sjukvårdsinsatser, mellan förvaltningen för funktionsstöd och Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen. Planering för detta pågår och ska genomföras under 2023.

Under 2023 kommer förvaltningen också att utreda möjlighet till förbättrat IT-stöd för hantering av avvikelser för att förenkla och effektivisera rapportering och utredning och förbättra systematiken i analysen.

5.2.2 Missförhållanden enligt lex Sarah

Lex Sarah rapporter	2021	2022
Antal rapporter	230	407

När anställda i förvaltningen får kännedom om ett missförhållande, eller en påtaglig risk för ett missförhållande, som rör en eller flera enskilda som får insatser inom verksamheten, så är medarbetaren skyldig att genast göra en lex Sarah-

rapport. Förvaltningen är då skyldig att utreda, dokumentera och avhjälpa eller undanröja missförhållandet/risken för missförhållandet.

Tabellen ovan innehåller samtliga rapporter som har upprättats enligt lex Sarah. Från den 1 december 2021 till och med den 30 november 2022 har 407 rapporter rapporterats och hanterats av SAS - Social ansvarig samordnare. SAS uppdrag är att utreda, bedöma och fatta beslut om lex Sarah-rapporter samt göra anmälningar till IVO när det är aktuellt. Av de inkomna och utredda rapporterna för året är det sju som blivit ärenden anmälda till IVO. Under 2021 var det fem rapporter som blev anmälda ärenden till IVO. Om SAS inte bedömer att ärendet ska anmälas till IVO så är det att betrakta som en avvikelse som hanteras enligt ordinarie avvikelseprocess.

Förvaltningen vill belysa att många rapporter inom samma verksamhet inte behöver betyda sämre kvalitet. På samma sätt är få eller inga rapporter inte ett säkert tecken på god kvalitet i verksamheten.

Genomförd granskning

Förvaltningen fick ett uppdrag från kommunfullmäktige att göra en genomlysning av hur rutinerna gällande lex Sarah-rapporteringen efterlevs. Den egenkontroll som genomfördes visade att det under 2021 hade upprättats 232 rapporter enligt lex Sarah som inte hade inkommit till SAS i enlighet med process och rutin. Det är allvarligt att rutinen inte följs och åtgärder har vidtagits under året. Resurser tillsattes för att kunna utreda de rapporter som inte inkommit enligt rutinen och utbildningar har genomförts med förvaltningens alla avdelningar. Vidare har intern information, samverkan kring systemtekniska lösningar och riktade åtgärder satts in inom avdelningarna. Utvecklingen har gått åt rätt håll, men det återstår arbete och insatser för att det ska kunna ses som ett acceptabelt resultat.

Analys av bristområden

Förvaltningen har sedan december 2021 påbörjat arbete med att systematisera lex Sarah-rapporterna i bristområden. Detta kommer att möjliggöra jämförelser för kommande år. Det finns totalt elva möjliga bristområden, och områdena är samma som för avvikelser. Varje rapport kan innefatta flera områden. De fyra vanligaste bristområden är:

Brister i utförande av beviljade insatser (insatser som utförts delvis, inte alls/försummelse eller på ett felaktigt sätt, bristande resurser såsom bemanning, planering, avsaknad av material)

Enskild personal som brister i arbetsutövande (exempelvis bemötande, kränkning fysiska och psykiska övergrepp, bristande arbetsutövning trots adekvat utbildningsgrund och introduktion)

Bristande kompetens hos personal (exempelvis brister i introduktion, förhållningssätt, personals nödvändiga kompetens gällande målgrupp och uppdrag/roll, arbetsmetoder, löpande kompetensutveckling, svårigheter med rekrytering)

Bristande social dokumentation (med bristande rättssäkerhet som följd)

Förvaltningen ser att insatser behöver göras för att komma till rätta med dessa brister. Det ställer krav på att introduktion och utbildningsinsatser håller en god kvalitet och är tillgänglig för nyanställd och befintlig personal. Det är dessutom viktigt med en tydlig, närvarande och kontinuerlig arbetsledning samt metodstöd i direkt verksamhet. Verksamheten behöver ge personalen rätt förutsättningar att

utföra sitt uppdrag.

5.2.3 Vårdskada enligt lex Maria

Lex Maria är det vardagliga namnet på anmälningsskyldigheten gällande vårdskada, som följer av 3 kap 5 § Patientsäkerhetslagen. Anmälningsskyldigheten innebär att en vårdgivare har skyldighet att anmäla till IVO om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av en allvarlig skada eller sjukdom.

	2021	2022
Antal anmälningar enligt lex Maria	5	1

Den anmälan som gjorts under 2022 gäller bristande signeringar och uppföljningar. Äldre- samt vård och omsorgsförvaltningen är ansvarig för legitimerad personal och har därför upprättat rutiner för att säkerställa kompetens, förberedelser och möjlighet till full närvaro vid behandlingar. I utredningen framkommer bristande kunskap om gällande riktlinjer och rutiner. I det specifika fallet har omgivande faktorer haft stor påverkan. Verksamheten har upprättat åtgärdsplan.

5.3 Andras bedömning

5.3.1 Tillsyn

Frekvenstillsyn - barn och unga

IVO ska enligt lag och förordning regelbundet inspektera boenden för barn och ungdomar. Regleringen avser exempelvis bostäder med särskilt stöd och service för barn eller ungdomar enligt LSS. Inspektionen ska ske minst en gång per år. Vid alla inspektioner ska de barn som vill prata med inspektören från IVO få möjlighet till det.

Vid tillsyner 2021 lyfte IVO fram tre brister som ansågs vara allvarliga. Bristerna avsåg begränsningsåtgärder utan samtycke, bristande kompetens inom alternativ och kompletterande kommunikation, så kallad AKK, samt ohanterade avvikelser. Arbete har genomförts på alla förvaltningens barnboenden för att lösa dessa brister. Personal har fått kompetensinsatser inom AKK, översyn av begränsningsåtgärder och inhämtande av samtycke har fortsatt och mer systematiska arbetssätt för att hantera avvikelser har införts.

Under 2022 har fem tillsyner gjorts och två av rapporterna har inkommit. Rapporten för det ena boendet visar att omvårdnaden i boendet är individuellt utformad och att verksamheten inte tillämpar begränsande och/eller integritetskränkande åtgärder. IVO har därmed avslutat ärendet. Rapporten för det andra boendet konstaterar att det fortfarande finns brister kring samtycke för vissa begränsningsåtgärder. Denna brist och eventuella åtgärder ska redovisas till IVO i februari 2023. Utöver den påtalade bristen har tillsynen visat att verksamhetens bemanning och personalens kompetens ger förutsättningar för att tillgodose de boendes individuella omvårdnadsbehov och att verksamheten tar omhand och utreder avvikelser. De tre återstående rapporterna inväntas i början av 2023. Det sjätte barnboendet öppnades i maj 2022 och har inte haft någon tillsyn än.

5.3.2 Revisioner

Privata medel

Göteborgs Stads stadsrevision har granskat hantering av privata medel för personer med funktionsnedsättning som bor i bostad med särskild service. Granskningen visar att nämnden för funktionsstöd saknar riktlinjer och rutiner samt att det finns brister i hantering, redovisning och förvaring. Granskningen redovisades i november 2022.

Arbete pågår med att ta fram en övergripande rutin för privata medel och förvaltningen har som ett första steg antagit en "Anvisning för hantering av privata medel i samband med inköp av livsmedel till gemensamma måltider". Nya arbetssätt kopplade till bland annat fakturering och kassabok håller på att införas.

Nästa steg i den övergripande rutinen som tas fram är övrig hantering av kontanter, hantering av bankkort/betalkort samt förvaring av privata medel och värdesaker. Detta arbete planeras till början av 2023.

Palliativ vård

Göteborgs Stads stadsrevision har under året genomfört en granskning av Göteborgs Stads palliativa vård samt stöd till patienter och närstående i nämnden äldre- samt vård och omsorgsnämnden, nämnden för funktionsstöd samt socialnämnden Nordost. Syftet med granskningen är att bedöma om de granskade nämnderna erbjuder en god palliativ vård och omsorg och ett gott stöd till den sjuke och dennes närstående.

I granskningen undersöker stadsrevisionen om de berörda nämnderna har ändamålsenliga processer och rutiner som säkerställer en god palliativ vård och omsorg, om de säkerställer att närstående erbjuds bistånd, stöd och social omsorg i den omfattning som de har rätt till samt om nämnderna samverkar kring patienten på ett ändamålsenligt sätt.

Rapporten från granskningen har inte publicerats än och därför kommer frågan att lyftas i nästkommande års kvalitetsberättelse.



Säkerhetsrapport 2022

Förvaltningen för funktionsstöd

2022-12-31

Innehåll

1	Bakgrund	4
2	Sammanfattning	4
3	Personssäkerhet	4
3.1	Systematiskt arbetsmiljöarbete	4
3.1.1	Arbets-skador och tillbud	5
3.1.2	Hot, våld, otillåten påverkan samt tystnadskultur	6
3.2	Trygghetsskapande och brottsförebyggande arbete	8
3.3	Personlarm	8
3.4	HLR och Första Hjälpn	8
3.5	Bedömning Personssäkerhet.....	9
4	Fysisk säkerhet	9
4.1	Systematiskt brandskyddsarbete	9
4.1.1	Systematiskt brandskyddsarbete, SBA	9
4.1.2	Utbildning	10
4.1.3	Uppföljning av systematiskt brandskyddsarbete	11
4.2	Lås, larm, passage/skalskydd	12
4.2.1	Passersystem	12
4.2.2	Inbrottslarm	12
4.2.3	Medicinskåp	13
4.3	Bedömning Fysisk säkerhet.....	13
5	Informationssäkerhet	13
5.1	Informationssäkerhet	13
5.2	Dataskydd	14
5.2.1	Sammanställning av personuppgiftsincidenter 2021	15
5.3	Bedömning Informationssäkerhet	16
6	Krisberedskap	17
6.1	Krisberedskap.....	17
6.1.1	Risk- och sårbarhetsanalys (RSA).....	17
6.1.2	Beredskapsplan.....	17
6.1.3	Krisberedskapsarbete.....	18
6.1.4	Krisledning.....	18
6.1.5	Rakel och SOS-inkallning teknikprov samt WIS.....	18
6.1.6	Kriskommunikation	19
6.2	Covid-19.....	19

6.3	Bedömning Krisberedskap.....	19
7	Samlad bedömning.....	20

1 Bakgrund

Förvaltningen ska genom tydlig inriktning och fördelning av ansvar engagera sig i verksamhetens säkerhetsarbete samt minst årligen följa upp att säkerhetsnivån är acceptabel med återkoppling till nämnden.

Enligt Göteborgs Stads säkerhetspolicy inkluderas personsäkerhet, fysisk säkerhet, informationssäkerhet och krisberedskap i säkerhetsarbetet. Säkerhetsfrågorna är en del av förvaltningens riskhantering och kan beskrivas som förmågan att upprätthålla en definierad risknivå.

Denna säkerhetsrapport utgör den årliga rapporteringen för 2022. Genom att nämnden godkänner säkerhetsrapporten, som utgör en bilaga till årsrapporten, bedöms säkerhetsarbetet inom förvaltningen vara på en acceptabel nivå.

2 Sammanfattning

Vid inledningen av 2022 präglades förvaltningens säkerhetsarbete till stor del av arbetet och hanteringen av Covid-19. I slutet av februari bröt kriget i Ukraina ut och under mars månad intensifierades därför förvaltningens beredskapsarbete med större fokus på kris- och krigsberedskap än tidigare. En reviderad version av krisledningsplanen fanns på plats redan i början av året men krigsutbrottet medförde att beredskapsfrågorna tog över mer och mer. Arbetet omfattade hela organisationen och på förvaltningsövergripande nivå genomfördes en ny risk- och sårbarhetsanalys för att formellt sammanföra de tidigare stadsdelarnas risk- och sårbarhetsanalyser till en analys specifikt för förvaltningen.

Under sommaren och hösten trappades arbetet med Covid-19 ner och beredskapsfrågor kom på nytt i fokus när samhällets ställdes inför utmaningar i energiförsörjningen. Förvaltningen har under hösten och vintern arbetat intensivt med energiberedskap från förvaltningsövergripande perspektiv ner till enhetsnivå.

Trots dessa mer eller mindre nya utmaningar bedöms förvaltningens totala säkerhetsarbete under 2022 som gott och utfört enligt planer och mål.

3 Personsäkerhet

3.1 Systematiskt arbetsmiljöarbete

Ett förebyggande systematiskt arbetsmiljöarbete leder till bra arbetsmiljö. Arbetsgivaren ansvarar för arbetsmiljön och ska se till att arbetsmiljöarbetet ingår naturligt i verksamheten.

Ett systematiskt hälso- och arbetsmiljöarbete handlar om att i det dagliga arbetet uppmärksamma och ta hänsyn till alla förhållanden i arbetsmiljön som kan

påverka de anställdas hälsa och säkerhet. Förvaltningen bedriver ett systematisk hälso- och arbetsmiljöarbete utifrån aktuella lagar, regler, riktlinjer samt i enighet med Samverkan Göteborg.

Det systematiskt hälso- och arbetsmiljöarbetet följs upp i både den förvaltningsövergripande samverkansgruppen (FSG) och i de lokala samverkansgrupperna (LSG). I skyddskommittéerna följs bland annat riskobservationer, tillbud, arbetsskador, sjukfrånvaro och arbetsmiljöronder upp.

3.1.1 Arbetsskador och tillbud

Arbetsskada anmäls när medarbetare drabbats av skada i samband med olycksfall på arbetet eller sjukdom/ohälsa som på annat sätt orsakats av arbetet. Tillbud anmäls när en medarbetare råkat ut för en händelse som kunde lett till en arbetsskada. Från och med 2022 har ett nytt incidentrapporteringssystem för arbetsskador (IA) införts i staden där även riskobservationer ska dokumenteras. En riskobservation innebär att man observerat en risk i arbetsmiljön som skulle kunna orsaka tillbud eller arbetsskador om det inte åtgärdats. Allvarliga arbetsskador och tillbud anmäls till Arbetsmiljöverket enligt arbetsmiljölagen kapitel 3, § 3a.

Varje chef ansvarar för att utreda och vidta åtgärder för att motverka tillbud och förhindra att arbetsskador sker.



Under 2022 har det inrapporterats 1438 arbetsskador jämfört med 2008 händelser 2021 vilket är en kraftig minskning. 1410 tillbud under 2022 att jämföra med 1401 händelser 2021 vilket är en marginell ökning. 233 riskobservationer har inrapporterats 2022 och eftersom riskobservationen inte ingick i stadens tidigare inrapporteringssystem så finns ingen jämförbar variabel. 48 anmälningar om otillåten påverkan har registrerats jämfört med 46 händelser 2021 vilket är en marginell ökning.

Av totalt 3081 inrapporterade riskobservationer, tillbud och arbetsskador har 14 anmälts till Arbetsmiljöverket enligt arbetsmiljölagen kapitel 3, § 3a vilket kan

jämföras med 64 händelser 2021. Den kraftiga minskningen kan bero på att 2021 var många inrapporterade händelser kopplade till exponering av Covid-19. Från och med 1 april 2022 behöver arbetsgivare inte rapportera allvarligt tillbud till Arbetsmiljöverket. Exponering som skett senast den 31 mars 2022 ska dock anmälas.

Antalet arbetsskador som handlar om skador av person är ett arbetsmiljöproblem och även en målkonflikt där arbetsmiljölagen (AML) och lagen om stöd och service till vissa personer med funktionsvariation (LSS) och socialtjänstlagen (SoL) möts och ingen av lagstiftningarna är överordnad. Igen av dessa lagar upphäver således den andra. Arbetsgivaren ska sträva efter att tillämpa såväl arbetsmiljölagen som lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och socialtjänstlagen. De arbetsskador och tillbud som härrör till skadad av person fysiskt har en koppling till förvaltnings typ av verksamhet.

3.1.2 Hot, våld, otillåten påverkan samt tystnadskultur

I förvaltningen förekommer hot, våld, otillåten påverkan samt tystnadskultur i varierande omfattning. Målgruppen är bred och innefattar alla former av funktionsnedsättning som inte grundas i åldrande. Detta medför en stor variation i klienters, brukares och deltagares förmåga, förståelse och utsatthet vilket skapar olika utmaningar och ställer krav på väl fungerande arbetsmiljöarbete och gott stöd från förvaltningens stödfunktioner i sakfrågor såsom hot och våld.

Det finns rutiner för hot och våld inom förvaltningens olika verksamheter som talar om hur chefer och medarbetare ska agera vid hot- och våldssituationer. Det finns även en övergripande rutin för hot- och våldssituationer som gäller för hela förvaltningen. Under 2022 har arbete påbörjats med att uppdatera den förvaltningsövergripande rutinen till att bli mer omfattande och fånga fler aspekter inom området för att utgöra ett större stöd. Det pågår även ett arbete med att ta fram en mall för lokala/verksamhetsspecifika hot- och våldsplaner.

Som ett stöd till medarbetare inklusive timavlönade har en föreläsning om hot, våld och konfliktpsychologi genomförts under hösten. Målet med föreläsningen var att ge medarbetarna kompetens att bemöta upprörda eller arga personer samt att kunna bedöma och hantera hot. 282 medarbetare deltog på föreläsningen.

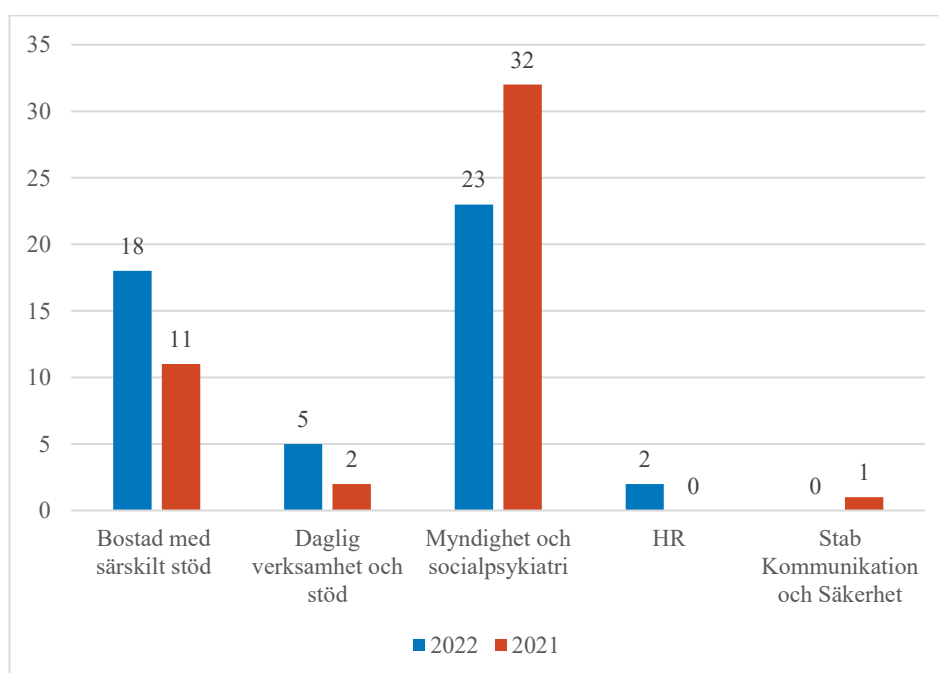
Arbetet att motverka tystnadskultur och otillåten påverkan har pågått sedan förvaltningen startade. Under 2021 utbildades alla chefer, HR-specialister och fackliga representanter i området. Till sommaren 2022 kom utbildningsmaterial från stadsledningskontoret (SLK) som chefer och medarbetare kan arbeta tillsammans med utifrån för att utbilda i vad otillåten påverkan och tystnadskultur är för något och hur man kan jobba för att identifiera risker i förebyggande syfte.

Som en del av Göteborgs Stads samlade arbete mot tystnadskultur har chefer i staden också fått möjlighet att lyssna till en föreläsning i självledarskap av Mia Törnblom. Föreläsningen syftar till att stärka chefen i sitt eget ledarskap för att kunna hantera och stå emot tystnadskultur. Kommunstyrelsen har gett SLK i

uppdrag att ta fram en handlingsplan för att motverka tystnadskultur 2022-2025. Förslaget till handlingsplan var på remiss under hösten och när den är fastställd kommer den ge ytterligare stöd till det arbete som förvaltningen påbörjat.

Under hösten 2022 reviderades Göteborgs Stads rutin för polisanmälan vid hot och våld i tjänsten. Rutinen fastställer att vid alla fall av hot och våld i Göteborgs Stad är utgångspunkten att en polisanmälan ska upprättas. Vid fyra tillfällen under november 2022 till januari 2023 har chefer och stödfunktioner möjlighet att delta på ett frukostseminarium med temat polisanmälan vid hot och våld i tjänsten. Seminarierna leds av förvaltningens säkerhetschef och syftar till att höja kunskapsnivån i förvaltningen och svara på frågor kring anmälningsprocessen samt vilka rättigheter och skyldigheter som finns för den utsatte och för förvaltningens chefer. Under 2022 har 41 chefer eller stödjande funktioner deltagit på seminarierna och vid årets slut är ytterligare 22 anmälda till seminarierna under 2023.

Enheten säkerhet och krisberedskap stöttar även medarbetare och chefer med hot- och våldssamtal kopplade till incident eller enskild situation, fysiska och tekniska åtgärder kopplat till hot eller våld samt stöd i kontakter med andra myndigheter såsom polismyndigheten och rättsväsendet. Under året har ca 70 stödsamtal genomförts inom dessa områden, att jämföra med drygt 20 samtal under 2021.



Tabellen ovan visar fördelningen av anmälningarna för otillåten påverkan.

Under 2022 inkom totalt 48 anmälningar kring otillåten påverkan inom förvaltningen, vilket är 2 anmälningar mer än föregående år. Anmälningarna är fördelade inom verksamhetsområdena Bostad med särskild service, Daglig verksamhet och stöd, Myndighet och socialpsykiatri samt HR.

De mest utsatta yrkesgrupperna är även detta år utredare, handläggare och socialsekreterare inom avdelning Myndighet och socialpsykiatri även om antalet anmälningar har gått ner jämfört med 2021. Inom Bostad med särskild service samt Daglig verksamhet och stöd har antalet anmälningar om otillåten påverkan ökat.

3.2 Trygghetsskapande och brottsförebyggande arbete

I juni 2022 fattade kommunfullmäktige beslut om Göteborgs Stads trygghetsskapande och brottsförebyggande program. Programmet följer inriktningen i det nya lagförslaget kring kommuners brottsförebyggande ansvar som träder i kraft 1 juli 2023.

Programmet består av 5 målområden med tillhörande arbetsprocesser där *särskilt ansvar* och *ansvar* tilldelas olika nämnder och styrelser. Flera av arbetsprocesserna medför ett *ansvar* för samtliga stadens nämnder och styrelser men nämnden för funktionsstöd har även ett direkt tilldelat *ansvar* i två arbetsprocesser inom målområde 4: minska benägenheten att begå brott.

Förvaltningen arbetar för att ta fram en struktur för hur det trygghetsskapande och brottsförebyggande arbetet ska se ut i sin helhet men har redan inlett samarbete med socialförvaltningarna för att i januari 2023 ansluta sig till systemet Embrace. Embrace är ett system för att rapportera händelser i staden i syfte att skapa lägesbilder som grund för insatser och åtgärder och är tänkt att användas av samtliga förvaltningar och bolag i staden. Även polis och räddningstjänst ska använda systemet för så kompletta lägesbilder som möjligt. Kontakt har även tagits med Framtiden AB för att samverka med bostadsbolagen i Staden för att öka den upplevda tryggheten omkring våra verksamheter.

3.3 Personlarm

Upphandlingen av personlarm påbörjades redan våren 2021, men på grund av överklagande process fanns ramavtal på plats först 1 november 2022. Ramavtalets inköpsprocess är utformad så att varje verksamhet får stöd i sin behovsbedömning vilket många gånger leder till kompletterande insatser i verksamheten för en trygg och säker arbetsmiljö.

3.4 HLR och Första Hjälp

Utbildning i hjärt- och lungräddning (HLR) och första hjälpen finns att avropa hos ramavtalsupphandlad företagshälsovård samt från Räddningstjänsten. Under 2022 har 456 personer utbildats av Räddningstjänsten Storgöteborg (RSG) fördelat på 39 olika tillfällen.

3.5 Bedömning personsäkerhet

Förvaltningens arbete med att minimera risker för tillbud, arbetsskador och sjukfrånvaro genom systematiskt hälso- och arbetsmiljöarbete och genom att medarbetare har den kompetens de behöver fortsätta att utvecklas. Implementering av incidentrapporteringsystem för arbetsskador (IA) behöver fortsätta.

Flera arbeten som påbörjats under 2021, såsom ramavtal för personlarm, uppdrag från nämnden kring tystnadskultur och utbildningsmaterial kring otillåten påverkan har avslutats eller färdigställts under 2022.

Förvaltningen har hanterat stadens trygghetsskapande och brottsförebyggande program aktivt och driver viktiga samarbeten med andra förvaltningar för det fortsatta arbetet.

Antalet stödsamtal med koppling till hot- och våld har under 2022 ökat kraftigt jämfört med 2021. Sannolikt beror detta på att fler medarbetare har kännedom om det stöd som erbjuds från enheten säkerhet och krisberedskap till följd av informationssatsningar under året på exempelvis intranätet, i ledningsgrupper och till fackliga representanter genom förvaltningsövergripande samverkansgrupp (FSG).

4 Fysisk säkerhet

4.1 Systematiskt brandskyddsarbete

4.1.1 Systematiskt brandskyddsarbete, SBA

Enligt 2 kap. 2 § lagen (2003:778) om skydd mot olyckor ska ägare eller nyttjanderättshavare till byggnader eller andra anläggningar genomföra de åtgärder som behövs för att förebygga brand och för att hindra eller begränsa skador till följd av brand. Åtgärderna kan vara av teknisk eller organisatorisk karaktär. Åtgärder av teknisk karaktär kan vara inköp av utrustning för brandsläckning medan åtgärder av organisatorisk karaktär kan vara utbildning och information. För att uppfylla dessa krav bör ett systematiskt brandskyddsarbete (SBA) bedrivas kontinuerligt under byggnadens eller anläggningens hela användningstid. I detta ingår att brandskyddet bör dokumenteras.

Det är respektive chef som är ansvarig för att SBA bedrivs. I SBA ingår bland annat att bygga upp en brandskyddsorganisation samt att dokumentera och kontinuerligt säkerställa brandskyddet i fastigheten.

Enligt kommunfullmäktiges riktlinjer ska verksamheterna göra egenkontroller. Egenkontrollerna ska dokumenteras och det ska framgå vad som kontrollerats, vad resultatet blev, när kontrollen genomfördes och när åtgärd vidtagits. Därutöver ska verksamheterna följa upp att samtliga anställda har kännedom

om SBA i den egna verksamheten. I förvaltningen ska egenkontrollerna som genomförs under året rapporteras in en gång per kvartal.

4.1.2 Utbildning

4.1.2.1 SBA-utbildning

Utbildning i SBA för brandskyddsombud och chefer hanteras och utförs av utvecklingsledare säkerhet och krisberedskap. Utbildningarna sker digitalt via Teams eller fysiskt ute på enheterna beroende på behov och möjlighet. Utbildningarna syftar till att ge deltagaren förståelse för samt tillräcklig kunskap kring det förebyggande brandskyddsarbetet inom verksamheten. På så vis ges verksamheten möjlighet att på egen hand upptäcka eventuella brister och lyfta behovet av åtgärder.

Utbildningen bidrar också till att möjliggöra en nära kontakt med verksamheterna och att skapa förtroende för förvaltningens övergripande brandskyddsarbete. Under året har cirka 190 brandskyddsombud och chefer deltagit på SBA-utbildning, fördelat på 37 utbildningstillfällen.

4.1.2.2 Brandutbildning

Sedan tidigare finns en brandutbildning framtagen som riktar sig specifikt till förvaltningen och som leds av Räddningstjänsten Storgöteborg. Utbildningen är både teoretisk och praktisk och omfattar systematiskt brandskyddsarbete, brandkunskap, utrymningskunskap och praktisk handbrandsläckning. Under 2022 har 537 medarbetare utbildats, fördelat på 37 utbildningstillfällen.

4.1.2.3 Anläggningsskötartutbildning

Varje verksamhet som har ett brandlarm direktkopplat till Räddningstjänsten med tillhörande insats/åtgärd ska ha två anläggningsskötare utsedda. Att vara anläggningsskötare innebär ett ansvar och medarbetaren ska erbjudas erforderlig utbildning för att kunna genomföra sitt uppdrag. Lokalförvaltningen ansvarar för genomgång av respektive brandlarmsanläggning. Räddningstjänsten Storgöteborg tillhandahåller utbildningen ”Anläggningsskötartutbildning-brandlarm”. Under 2022 har 36 anläggningsskötare utbildats, fördelat på 10 utbildningstillfällen.

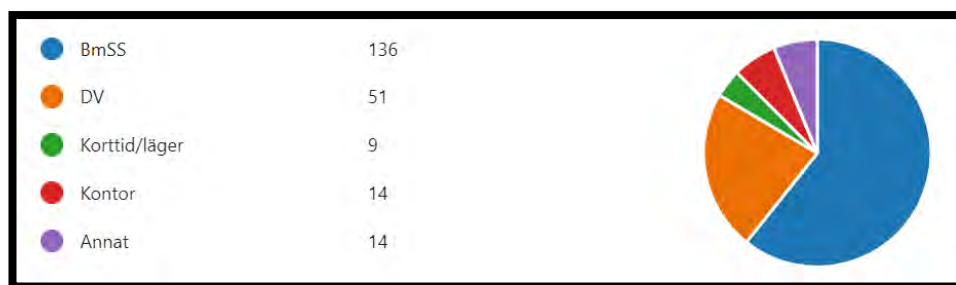
4.1.2.4 Utrymningskunskap – utbildning

Utrymningsövningar ska genomföras kontinuerligt inom ramen för SBA. För utbildningsbehov kring utrymning erbjuder Räddningstjänsten Storgöteborg utbildningen ”Utrymningsövning och praktisk utrymning”. Under 2022 har 30 medarbetare utbildats, fördelat på tre utbildningstillfällen.

4.1.3 Uppföljning av systematiskt brandskyddsarbete

Årets uppföljning av förvaltningens SBA har skett genom en enkät med tio frågor till förvaltningens chefer tillika brandskyddsansvariga. Frågorna har hanterat samma områden som förra året; brandskydds- och utrymningsorganisationer, riskanalyser, utbildningar/övningar samt egenkontroller.

Det inkom 224 svar, att jämföra med 279 svar 2021, och fördelningen på typ av verksamhet framgår enligt nedan.



Detta motsvarar en svarsfrekvens om ca 55 % inom BmSS, ca 55 % inom DV och 100 % inom korttid/läger. Bedömningen av svaren är att dessa verksamheter har ett i huvudsak gott systematiska brandskyddsarbete och brandskydd.

I kategorin Kontor ingår främst kontorsbaserade verksamheter som administration, myndighetsutövning och verksamheter som bedriver brukarnära arbetet i brukarens egna hem. Dessa verksamheter finns ofta i lokaler där SBA och brandskyddsorganisationen är samordnat för flera enheter, ofta fördelat över flera förvaltningar, vilket gör det svårt att bedöma brandskyddsarbetet.

I kategorin Annat anger verksamheten själva i fritext vilken typ av verksamhet som avses och här är det överhängande boendestöd, myndighetsutövning och barnboende som besvarat enkätfrågorna.

Frågorna om utbildningar och utrymningsövningar uppvisar lägst måluppfyllelse då endast cirka 65% av alla som svarat anger att man genomfört utbildningar/övningar enligt utbildningsplanen. Det beror huvudsakligen på att utbildningar hos räddningstjänsten uteblev under pandemin Covid-19 och att det därefter skapades ett högt tryck på räddningstjänsten när det återigen blev möjligt att boka under 2022.

Som komplement till enkäten har det genomförts 40 stickprov i enheternas SBA-dokumentation, att jämföra med 10 stickprov under 2021. Vid stickprovet kontrollerades om kvartalsvisa egenkontroller genomförts, om SBA-organisation är ifylld, om kvartalskontroll brandlarm utförts samt om riskanalysen är ifylld.

Egenkontroll (kvartalskontroll) ifylld?	SBA-organisation ifylld?	Kvartalskontroll brandlarm?	Riskanalys ifylld?
55% Nej	73% Nej	63% Oklart	88% Nej

Resultatet visar att 55% av verksamheterna som omfattades av stickprovet inte har fyllt i någon av sina kvartalsvisa egenkontroller enligt SBA, vilket kan bero på att vissa enheter inte dokumenterar i Sharepoint utan har en fysisk SBA-pärm.

Det framgår också att 73% saknar ifylld brandskyddsorganisation och att 88% saknar ifylld riskanalys. För 63% av de kontrollerade enheterna är det oklart om kvartalskontroller för brandlarm saknas då ifyllda egenkontroller (där detta ska framgå) antingen saknas helt eller är ofullständigt ifyllda.

Vid utlöst automatlarm skickas en rapport från räddningstjänsten till förvaltningen. Rapporterna visar att det finns en generell osäkerhet kring hur brandlarm ska hanteras och vid besök i verksamheterna framkommer att medarbetare har svårt att uppehålla tillräcklig kunskapsnivå kring verksamheternas brandlarmscentraler. Detta kan vara en av anledningarna till att kvartalskontroller brandlarm ibland inte är genomförda enligt ifylld egenkontroll.

4.2 Lås, larm, passage/skalskydd

4.2.1 Passersystem

De olika typer av passersystem som förvaltningen har ligger i huvudsak installerade på förvaltningens servrar hos Intraservice.

Förvaltningens ambition är att hålla ned antalet olika fabrikat av passersystem, och en standardisering av system vid nyinstallation har påbörjats.

Detta innebär större säkerhet och mer kostnadseffektivitet, avseende exempelvis serverkostnad, licenser och operatörer. Det medför också en effektivare support till verksamheterna.

4.2.2 Inbrottslarm

En majoritet av förvaltningens lokaler och fastigheter utgörs av bostäder med särskild service med dygnet runt verksamhet där det inte finns behov av inbrottslarm. Inbrottslarm kopplat till bevakningsbolag finns i övriga verksamhetslokaler. Lokalförvaltning är driftansvariga för inbrottslarm i de fastigheter där de är fastighetsägare. Samtliga inbrottslarm är kopplade till larmcentral med uttryckning av väktare som åtgärd. Integrering/styrning med passersystem förekommer i vissa fall.

4.2.3 Medicinskåp

Under 2022 har förvaltningen färdigställt det påbörjade arbetet med en standardisering av medicinskåp så att de ingår i passersystemet. Detta medför att verksamheterna har möjlighet att ta del av händelseloggar för medicinskåpen.

Passersystemet installeras på server hos Intraservice och händelseloggar kan endast hämtas ut av behörig personal.

4.3 Bedömning fysisk säkerhet

Under 2022 har förvaltningens fysiska säkerhetsarbete utvecklats ytterligare och påbörjade processer, såsom exempelvis standardisering av passagesystem och medicinskåp har fortlöpt som planerat.

Förvaltningens systematiska brandskyddsarbete har fokuserat på att upprätthålla, vidareutveckla och synliggöra det anpassade utbildningskonceptet samt det interna stödet inom förvaltningen.

Under 2022 har svarsfrekvensen på enkäten för uppföljningen av SBA minskat jämfört med 2021. För att få en mer heltäckande bild av SBA-arbetet i förvaltningen behöver svarsfrekvensen öka under 2023.

Vid stickprov i förvaltningens verksamheter framkommer att verksamheterna behöver bli bättre på att genomföra riskanalyser och att ha en ifylld och uppdaterad brandskyddsorganisation. Det framkommer även att endast drygt hälften av verksamheterna genomfört samtliga sina egenkontroller under året vilket kan bero på att verksamheterna dokumenterar sitt brandskydd i fysisk pärm i verksamheten och inte i den digitala yta där stickproverna genomförts.

Det finns en generell osäkerhet bland anläggningsskötare och brandskyddsansvariga kring hur brandlarm ska hanteras. Detta kan i vissa fall bero på hög personalomsättning och att kunskapen och uppgiften faller mellan stolarna när anläggningsskötare avslutar sin tjänst. Det kan också bero på att anläggningsskötare inte har brandskyddsuppdraget som huvudsyssla och att specialistkunskap snabbt faller bort. Här finns det ett förbättringsområde i att höja kunskapen kring verksamheternas brandlarm.

5 Informationssäkerhet

5.1 Informationssäkerhet

Under 2022 har informationssäkerhetsarbetet fortlöpt utifrån informationssäkerhetsorganisationens årshjul samt det metodstöd som tagits fram av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) som ett stöd för organisationers informationssäkerhetsarbete. Under slutet av 2022 köptes flera

olika ISO-standarder in och kommer att användas som ett stöd för det fortsatta informationssäkerhetsarbetet.

Informationssäkerhetsorganisationen har fortsatt med att ta fram rutiner och stöddokument som riktar sig mot chefer och medarbetare inom förvaltningen. Rutinerna och stöddokumenterna syftar till att säkerställa en enhetlig och säker hantering av information och personuppgifter inom förvaltningen.

Förvaltningen har tagit fram ett förvaltningsövergripande arbetssätt för införande och avvecklande av nya IT-system för att säkerställa att samtliga aspekter (IT, informationssäkerhet, dataskydd och arkiv) involveras vid införandet och avvecklingen av ett nytt IT-system. Arbetssättet kommer att utvecklas kontinuerligt under 2023 och framåt.

I januari 2022 driftsatte informationssäkerhetsorganisationen och IT även en rutin och struktur för att kunna genomföra behörighetskontroller i förvaltningens olika IT-system. Strukturen utgår ifrån systemförteckningen där det framgår vilken kontrollnivå respektive system har. Kontrollnivån avgör hur ofta systemet ska behörighetskontrolleras.

Förvaltningen har totalt 34 verksamhetssystem och lokalt systemansvarig ansvarar, med stöd av IT och informationssäkerhetsorganisationen, för att bedöma vilken kontrollnivå systemet ska ha baserat på respektive systems behov av behörighetskontroller. Rollen som lokalt systemansvarig har tilldelats avdelningschef eller förvaltningscontroller.

Kontroller per år	Antal verksamhetssystem
Kontrollnivå 0: Inga kontroller	2
Kontrollnivå 1: En kontroll per år	9
Kontrollnivå 2: Två kontroller per år	16
Kontrollnivå 3: Fyra kontroller per år	5

50,78% av planerade behörighetskontroller har genomförts under året.

5.2 Dataskydd

Dataskyddsorganisationens mål för 2022 var att etablera en godtagbar kompetensnivå för de anställdas kunskap inom dataskyddsområdet. En del utbildningsinsatser har genomförts. I Stadens utbildningsportal finns en kort (30 minuter) grundutbildning inom dataskydd som anställda kan genomföra digitalt som numera är obligatorisk för chefer och medarbetare inom förvaltningen. I december 2022 hade 413 personer påbörjat utbildningen, varav 161 personer hade genomfört utbildningen.

Medarbetare och chefer kan även välja att gå någon av de längre utbildningarna som är mer heltäckande för att komplettera den obligatoriska grundutbildningen. Genom att säkerställa en godtagbar kompetensnivå ökar förvaltningens förmåga att arbeta med dataskyddsfrågor och säkerställa att hantering av personuppgifter sker i enlighet med dataskyddsförordningen.

5.2.1 Sammanställning av personuppgiftsincidenter 2021

En personuppgiftsincident ska rapporteras till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY) såvida det inte är osannolikt att personuppgiftsincidenten medför en risk för fysiska personers rättigheter och friheter. Rapporteringen ska ske inom 72 timmar från det att incidenten upptäckts.

Under 2022 har förvaltningens dataskyddsorganisation fått kännedom om 57 (antal) misstänkta personuppgiftsincidenter. Av dessa har sex (6) incidenter rapporterats till IMY, varav två (2) har rapporterats in senare än 72h efter att incidenten upptäckts.

ID	Incidenten inträffade	Incidenten upptäcktes	Incident gällande	Rapport till IMY
1	2022-01-10	2022-01-11	ServiceNow Intraservice, skyddad identitet	
2	2022-01-11	2022-01-12	TimeCare, utlånade inloggningsuppgifter	Ja
3		2022-01-12	Tekniskt fel i O365, felaktig information	
4	2022-01-26	2022-01-26	ServiceNow Intraservice, skyddad identitet	
5		2022-02-04	Journalssystem Samsa, felaktiga behörigheter	Ja
6	2022-02-04	2022-02-04	ServiceNow Intraservice, skyddad identitet	
7		2022-02-18	Felaktig hantering av gamla daganteckningar	
8		2022-02-25	TimeCare, anteckningar om frånvaro	
9	2022-03-02	2022-03-02	ServiceNow Intraservice, skyddad identitet	
10	2022-03-10	2022-03-11	Utskrift på fel skrivare	
11	2022-03-15	2022-03-15	Felaktig mailhantering	
12	2022-04-01	2022-04-01	Röjande av känsliga personuppgifter via telefon	
13		2022-04-07	BmSS, utlånade inloggningsuppgifter till brukare	Ja
14	2022-04-07	2022-04-08	Utskrift på fel skrivare	
15	2022-04-24	2022-04-25	ServiceNow Intraservice, patientuppgifter	
16	2022-04-29	2022-04-29	ServiceNow Intraservice, skyddad identitet	
17	2022-05-03	2022-05-04	ServiceNow Intraservice, skyddad identitet	
18	2022-05-08	2022-05-11	Instagram, synlig bild på brukare utan samtycke	
19	2022-05-25	2022-05-25	ServiceNow Intraservice, skyddad identitet	
20		2022-05-27	Personec, utlånade inloggningsuppgifter	Ja
21	2022-06-20	2022-06-20	SPINK, placeringsavtal	
22	2022-06-23	2022-06-23	ServiceNow Intraservice, skyddad identitet	
23	2022-07-12	2022-07-12	SPINK, placeringsavtal	
24	2022-07-20	2022-07-20	ServiceNow Intraservice, skyddad identitet	
25	2022-07-21	2022-07-22	Inbrott, stöld av IT-utrustning och sekretessmaterial	Ja, sent
26	2022-08-23	2022-08-23	SPINK, placeringsavtal	
27	2022-08-24	2022-08-25	SPINK, placeringsavtal	

28	2022-08-29	2022-08-29	ServiceNow Intraservice, skyddad identitet	
29	2022-08-31	2022-08-31	SPINK, placeringsavtal	
30	2022-08-24	2022-09-01	Felaktig avvikelshandtering	
31	2022-09-08	2022-09-08	SPINK, placeringsavtal	
32		2022-09-09	TimeCare Pool, läsbehörighet ser för mycket	
33	2022-09-07	2022-09-07	Personec, behörighet till Stadens alla medarbetare	
34	2022-09-21	2022-09-21	ServiceNow Intraservice, skyddad identitet	
35	2022-09-15	2022-09-22	ServiceNow Intraservice, skyddad identitet	
36	2022-09-23	2022-09-28	ServiceNow Intraservice, skyddad identitet	
37	2022-09-27	2022-09-28	ServiceNow Intraservice, skyddad identitet	
38	2022-10-06	2022-10-06	Stöld av telefon innehållande information om brukare	
39	2022-10-07	2022-10-07	SPINK, placeringsavtal	
40	2022-10-10	2022-10-10	SPINK, placeringsavtal	
41	2022-10-12	2022-10-12	SPINK, placeringsavtal	
42	2022-10-19	2022-10-19	SPINK, placeringsavtal	
43	2022-10-28	2022-10-31	SPINK, placeringsavtal	
44	2022-11-01	2022-11-02	ServiceNow Intraservice, skyddad identitet	
45	2022-11-03	2022-11-03	SPINK, placeringsavtal	
46		2022-11-14	Felaktig synkronisering mellan verksamhetstelefon och surfplatta	
47	2022-11-17	2022-11-17	SPINK, placeringsavtal	
48	2022-12-05	2022-12-05	SPINK, placeringsavtal	
49	2022-12-02	2022-12-05	ServiceNow Intraservice, skyddad identitet	
50	2022-12-09	2022-12-12	SPINK, placeringsavtal	
51	2022-12-12	2022-12-12	SPINK, placeringsavtal	
52	2022-12-12	2022-12-12	SPINK, placeringsavtal	
53	2022-12-19	2022-12-19	SPINK, placeringsavtal	
54	2022-12-21	2022-12-21	SPINK, placeringsavtal	
55	2022-12-22	2022-12-22	Treserva, otillgänglig journal	
56	2022-12-22	2022-12-22	SPINK, placeringsavtal	
57	2022-05-14	2022-12-29	Ascend, testverktyg/arbetspsykologiska tester, PuB förvarade personuppgifter efter att avtal löpt ut, i strid mot överenskommelsen.	Ja, sent

5.3 Bedömning Informationssäkerhet

Målet inför 2023 är att vi ska ha etablerat en godtagbar kompetensnivå inom informationssäkerhet och dataskydd inom förvaltningen. Ju högre kunskapen och förståelsen är, desto större möjligheter finns att skapa en säker informations- och personuppgiftshantering. Då kommer sannolikt antalet

inrapporterade incidenter även att öka. Idag är bedömningen att det sannolikt finns ett stort mörkertal när det gäller just incidenter. Är incidenterna inte kända, finns det mycket små möjligheter att vidta åtgärder för att minska förekomsten och motverka osäker eller olaglig hantering.

Det finns även förbättringsmöjligheter vad det gäller behörighetskontrollerna i förvaltningens IT-system. Genomförandet av behörighetskontroller beräknas öka under 2023 eftersom rutinen då får anses som känd för alla lokalt systemansvariga och behörighetskontrollanter. Det finns dock behov av att förtydliga rutinerna kring hur kontrollerna ska genomföras samt uppföljning (stickprov) rörande vilka åtgärder som vidtas för eventuella upptäckter som görs vid kontrollen.

6 Krisberedskap

6.1 Krisberedskap

6.1.1 Risk- och sårbarhetsanalys (RSA)

Inför varje ny mandatperiod ska förvaltningar och bolag revidera sina risk-och sårbarhetsanalyser (RSA). RSA har därför varit planerad att genomföras för samtliga förvaltningar och bolag i staden under hösten/vintern 2022/2023. I samband med att kriget i Ukraina bröt genomförde förvaltningen ändå en revidering av tidigare stadsdelars RSA för att skapa en uppdaterad och samlad bild över förvaltningens risker och sårbarheter.

Under oktober 2022 till januari 2023 genomförde förvaltningen som planerat den nya RSA för mandatperioden 2022 – 2026. Tidigare RSA har syftat till att identifiera samtliga risker och sårbarheter i förvaltningen men denna gång har Stadsledningskontoret valt att avgränsa analysen till två risker, skyfall och cyberattack. Utifrån scenarier kopplade till dessa två risker har förvaltningens verksamheter sett över sina sårbarheter och förmågor att upprätthålla verksamheten. I syfte att minska riskerna för störningar i verksamheten vid skyfall eller cyberattack har alla verksamheter upprättat åtgärdslistor som skall följas upp under 2023.

6.1.2 Beredskapsplan

Arbete med en första version av beredskapsplan för förvaltningen har pågått under hösten 2022 med deadline årsskiftet 2022/2023. Målet är att skapa förvaltningen för funktionsstöds plan för höjd beredskap, som även ska vara en riktlinje för kontinuitetsplaneringen i syfte att skapa en robusthet inom förvaltningen för att bättre klara kriser och höjd beredskap.

Den första versionen av beredskapsplanen syftar till att skapa en utgångspunkt för hur förvaltningens arbete med krisberedskap skall bedrivas och pekar även

på vilka bilagor som behöver revideras eller upprättas för att kunna ha en färdig plan att ta hjälp av i främst höjd beredskap, men även andra större kriser. Bilagorna ska bland annat tydliggöra hur krigsorganisationen skall se ut, vilka verksamheter som är prioriterade och hur bemanningsplaneringen skall skötas.

6.1.3 Krisberedskapsarbete

Under året har en rutin för krislådor med checklista och tips på inköp färdigställts.

Till följd av rådande energibrist i landet och stora delar av Europa har förvaltningen inventerat vilka verksamheter som har kritiska elberoenden. Materialet har sammanställts och ger förvaltningen en bild över omfattning och geografisk placering för de mest sårbara verksamheterna. Med resultatet från inventeringen som grund har förvaltningen stärkt sin förvaltningsövergripande beredskap genom centrala inköp för reservkraft och stöd vid matlagning. Ytterligare åtgärder vidtas under 2023 för att minska förvaltningens sårbarheter till följd av energibrist.

En plan för nödvatten har påbörjats och beräknas vara klar 2023.

6.1.4 Krisledning

Förvaltningens krisledningsplan reviderades som planerat under början av 2022. En ny rutin för TiB (tjänsteperson i beredskap) -organisation har tagits fram och innebär att TiB upprätthålls genom ett rullande schema för deltagarna i ledningsgruppen.

Under 2022 har nya ordinarie deltagare och samtliga ersättare i krisledningsgruppen utbildats i krisledning och fått en genomgång av krisledningsrummet. Utbildningen har bland annat sett till att ersättarna får insikt i hur förvaltningens krisledningsarbete fungerar och också belyst ersättarens roll i krisledningsarbetet. Det har vid dessa tillfällen även varit genomgång av tekniken i krisledningsrummet, Selma Lagerlöfs Center.

I oktober genomfördes en krisledningsövning, vilken arrangerades av konsultföretaget Murphys solution. Scenariot var översvämning efter kraftigt skyfall. Övningen genomfördes som en skrivbordövning och samtliga ersättare deltog, främst som observatörer men vissa inslag av gruppdiskussioner inom avdelningarna förekom.

6.1.5 Rakel och SOS-inkallning teknikprov samt WIS

Årligen genomförs en Rakel-övning samt SOS-inkallning 4 gånger per år (en gång per kvartal). Förvaltningen har deltagit vid tre tillfällen då ett tillfälle ställdes in av SLK till följd av tekniska problem. Uppdatering av förvaltningens Rakelutrusningen har påbörjats under hösten 2022.

Genomgång och ändringar av användare och behörigheter i WIS gjordes i november.

6.1.6 Kriskommunikation

Arbetet med kriskommunikation har intensifierats under året med fokus på den ansträngda elförsörjningen. Det har tagits fram bildstöd för att kunna nå ut till brukare och deltagare. Ytterligare krismeddelanden förmedlade med bildstöd håller på att tas fram.

Kommunikationsenheten har ökat sin kunskap när det gäller att hantera ryktesspridning och informationspåverkan. I förvaltningens beredskapsplan har behovet av kriskommunikation poängteras tillsammans med konkreta åtgärder för att upprätthålla kommunikationen i samband med exempelvis avbrott i elförsörjningen.

Enheten har genomfört en övning i kriskommunikation som kommer att följas upp 2023.

6.2 Covid-19

Under 2022 har förvaltningens arbetsgrupp för hantering av frågor kring Covid-19 träffats återkommande, varje alternativt varannan vecka, under hela året med undantag för uppehåll i oktober samt november månad. Under dessa månader var smittspridningen i samhället på så låg nivå att arbetsgruppen kunde pausa sina avstämningar.

I början av året fram till mitten på maj har även den fasta konstellationen med direktör, avdelningschef Stab, kommunikation och säkerhet samt säkerhetschef träffats veckovis. Mellan mars till maj månad syftade avstämningarna även till att hantera frågor kring kriget i Ukraina.

Den utökade förvaltningsledningen som också träffades veckovis under 2021 har varit pausad sedan mitten på februari. Samverkansmöten med SLK utifrån frågor kring Covid-19 har inte genomförts under 2022.

6.3 Bedömning krisberedskap

Under 2022 har förvaltningen arbetat med flertalet större uppgifter inom krisberedskap och samtidigt hanterat stöd till verksamheterna utifrån ett förändrat omvärldsläge till följd av kriget i Ukraina samt rådande energikris. Arbetet fortlöper som planerat och sammantaget utgör varje uppgift för sig såsom krisledningsövning, risk- och sårbarhetsanalys, beredskapsplanering, rutin för krislådor med mera ett stort stöd i förvaltningens fortsatta arbete med kris- och krigsberedskap på samtliga nivåer i organisationen.

Mall för lokala krishanteringsplaner finns i förvaltningen sedan tidigare men under året har det blivit tydligt att mall för lokala kontinuitetsplaner (enhetsspecifik plan för att upprätthålla verksamheten vid samhällsstörningar som inte medför en kris) saknas och behöver upprättas under 2023.

7 Samlad bedömning

Den sammantagna bedömningen är att förvaltningens säkerhetsarbete under 2022 har varit gott och löpt på som planerat. Covid-19, kriget i Ukraina och energibristen i samhället har tillsammans krävt mycket resurser inom framför allt området krisberedskap. Arbetet inom övriga områden, fysisk säkerhet, informationssäkerhet och personsäkerhet har påverkats i varierande omfattning men i samtliga fall genomförts på en tillfredställande nivå i enlighet med gällande planer och mål.



Årsrapport för dataskyddsarbetet 2022

Förvaltningen för funktionsstöd

2022-12-30

Innehåll

1	Dataskydd i kommunal verksamhet	3
1.1	Göteborgs Stads dataskyddsombud	3
2	Granskning av dataskyddsarbetet 2022.....	4
2.1	Dataskyddsombudets kontrollfunktion	4
2.2	Fördjupad kontroll.....	4
2.2.1	Kontroll av behörighetsstyrning 2022.....	4
2.3	Årlig kontroll av dataskyddsarbetet	5
2.3.1	Metod och risknivåer	5
2.4	Förvaltningen för funktionsstöds dataskyddsarbete 2022	6
2.4.1	Kontrollpunkt 1: Dataskyddsorganisation	6
2.4.2	Kontrollpunkt 2: Personuppgiftsincidenter	7
2.4.3	Kontrollpunkt 3: Biträdesavtal och andra överenskommelser	7
2.4.4	Kontrollpunkt 4: Personuppgiftsregister	8
2.4.5	Kontrollpunkt 5: Övergripande strategi för dataskydd	9
2.4.6	Kontrollpunkt 6: Utbildning	9
2.4.7	Kontrollpunkt 7: Integritetspolicy	10
2.4.8	Kontrollpunkt 8: E-post och dokumenthantering.....	11
2.4.9	Kontrollpunkt 9: Konsekvensbedömning/samråd	11
2.4.10	Kontrollpunkt 10: IT-projekt och upphandling	12
2.4.11	Kontrollpunkt 11: IT-system och digitala verktyg	13
2.4.12	Kontrollpunkt 12: Hantering av registrerades rättigheter	14
2.5	Sammanfattande rekommendationer	14
3	Bilagor	16

1 Dataskydd i kommunal verksamhet

Att få ta del av och hantera andra människors personliga uppgifter på ett sådant sätt som kommunala förvaltningar och bolag gör innebär att förvalta ett stort förtroende. Dataskyddsförordningen (GDPR) har tillkommit för att särskilt skydda människors rätt till integritet, och för att värna var och ens rätt att få ha kontroll över vad som sker med uppgifter om ens person. Att förvaltningar och bolag hanterar personuppgifter i enlighet med gällande lag bör vara en självklarhet i syfte att visa omsorg om det förtroende som givits den som har att hantera uppgifterna.

Arbetet med att säkerställa att personuppgifter behandlas enligt reglerna i GDPR behöver genomsyra arbetet inom de kommunala verksamheterna på alla olika plan. Det gäller allt från rutiner och processer för det dagliga arbetet, till arbetet med innovations- och digitaliseringslösningar för framtidens arbetssätt på förvaltningar och bolag inom Göteborgs Stad. I det framåtsyftande arbetet är GDPR ett viktigt redskap för att kunna säkerställa en digitalisering som håller över tid.

1.1 Göteborgs Stads dataskyddsombud

Dataskyddsenheten på Intraservice är Göteborgs Stads dataskyddsombud. Vad som är dataskyddsombudets uppgifter framgår direkt av lagstiftningen i GDPR.¹

Dataskyddsombudets viktigaste uppgift är att övervaka att stadens förvaltningar och bolag följer dataskyddslagstiftningen. Detta sker bland annat genom att samla in information om hur personuppgifter behandlas och genom att kontrollera hur bestämmelser och interna styrdokument som styr dataskyddsarbetet efterlevs.

Dataskyddsombudet har också till uppgift att ge råd och information till förvaltningar och bolag i dataskyddsfrågor. Detta sker genom att dataskyddsombudet är behjälplig när frågor rörande behandlingen av personuppgifter uppkommer hos verksamheterna. Dataskyddsombudet erbjuder också regelbundet utbildningar för stadens medarbetare. Rådgivning ges även till förvaltningar och bolag när dessa genomför konsekvensbedömningar, vilket är en skyldighet som följer av GDPR. Efter att ha identifierat ett särskilt behov av stöd i arbetet med konsekvensbedömningar, har dataskyddsenheten under 2022 tagit fram mallar och mallstöd för det arbetet.

Det är nämnd/styrelse som har det yttersta ansvaret för att verksamheterna följer dataskyddslagstiftningen och dataskyddsombudet ska enligt lag rapportera om detta till högsta förvaltningsnivå.² Dataskyddsombudet har inte mandat att fatta beslut åt verksamheterna. Det är i stället genom råd och rekommendationer som dataskyddsombudet bistår verksamheterna med underlag för att dessa själva ska kunna fatta väl underbyggda beslut.

¹ Artikel 39 i GDPR

² Artikel 38.3 i GDPR

2 Granskning av dataskyddsarbetet 2022

2.1 Dataskyddsombudets kontrollfunktion

Dataskyddsombudets uppgift att övervaka den personuppgiftsansvariges efterlevnad av förordningen regleras i artikel 39 i GDPR. I Göteborgs Stad innebär en del av denna övervakning att dataskyddsombudet genomför kontroller av dataskyddsarbetet inom den personuppgiftsansvariges organisation.

Enligt dataskyddsregelverket ska dataskyddsombudet arbeta utifrån en riskbaserad metod som utgår från risker för de registrerades fri- och rättigheter. Genom att utgå från en sådan metod minskas risken för negativa konsekvenser även för verksamheten själv. Sådana konsekvenser kan omfatta bland annat skadestånd, sanktionsavgifter, försämrat varumärke eller minskad tillit för verksamheten.

För dataskyddsombudet är kontrollarbetet ett sätt att få en bild av vilka risker och/eller brister som eventuellt föreligger inom en verksamhet. Genom kontroller kan dataskyddsombudet kartlägga verksamhetens dataskyddsarbete, och därigenom hjälpa verksamheten att få en nulägesbild av hur de faktiskt ligger till i sitt dataskyddsarbete. Denna kartläggning kan sedan användas som ett stöd för verksamheten i sitt fortsatta arbete med dataskydd. Kontrollarbetets syfte är inte främst att peka ut brister utan ska ses som en vägledning för verksamheten och ett verktyg för att identifiera relevanta prioriteringar. Det är sedan upp till varje verksamhet att besluta om hur det interna dataskyddsarbetet ska utformas utifrån verksamhetens förutsättningar för att på bästa sätt kunna hantera identifierade risker. I det arbetet är dataskyddsombudet behjälplig med rådgivning utifrån verksamhetens behov och de risker som identifierats.

2.2 Fördjupad kontroll

2.2.1 Kontroll av behörighetsstyrning 2022

Under 2022 har dataskyddsombudet genomfört en fördjupad kontroll där delar av verksamhetens arbete med behörighetsstyrning i IT-systemet Treserva har granskats. Syftet med kontrollen är att granska om dataskyddsombudet ser risker i verksamhetens arbete med behörighetsstyrning utifrån kraven i artikel 32 i GDPR dataskyddsförordningen. Kontrollen har avgränsats till att endast omfatta tilldelning och kontroll av behörigheter för chefer och medarbetare vid enheterna tillhörande Myndighet Hisingen/Centrum under avdelningen Myndighet och socialpsykiatri.

Dataskyddsombudet har i rapporten lämnat följande sammanfattande rekommendationer:

- Förvaltningen rekommenderas säkerställa att uppföljning av tilldelade behörigheter i Treserva genomförs i enlighet med beslutade rutiner.
- Förvaltningen rekommenderas att minimera risken för felaktiga behörigheter vid personalförändringar och att detta sker i direkt anslutning till att en medarbetare exempelvis byter tjänst.
- Förvaltningen rekommenderas att fortsätta arbetet med att ta fram rutiner för åtkomstkontroll/logguppföljning. Berörda medarbetare måste sedan informeras om gällande rutiner.
- Förvaltningen rekommenderas att ge personuppgiftsbiträdet dokumenterade instruktioner.
- Förvaltningen rekommenderas att se över behovet av konsekvensbedömning för behandlingarna i systemet, eftersom det då kan identifieras risker med för vida behörigheter.

2.3 Årlig kontroll av dataskyddsarbetet

Verksamhetens interna dataskyddsarbete följs årligen upp genom en enkät. Enkäten består av tolv punkter ("fasta kontrollpunkter") där varje punkt innehåller ett antal delfrågor i form av påståenden och/eller skattningsfrågor. Enkäten är avsedd att spänna över de viktigaste delarna inom dataskyddsarbetet för att på så sätt fånga in en större bredd av frågor. Metoden syftar till att få till ett långsiktigt och systematiskt arbetssätt som möjliggör uppföljning över tid.

2.3.1 Metod och risknivåer

I arbetet används en modell som består av fyra kategorier, vilka representerar fyra olika risknivåer. Verksamheten får utifrån sina svar ett värde som visar vilken risknivå verksamheten befinner sig på inom respektive kontrollpunkt. Genom att arbeta med risknivåer möjliggörs ett riskbaserat arbetssätt för både verksamhet och dataskyddsombud, då resultaten ger en bild av vad verksamheten behöver prioritera i dataskyddsarbetet framåt.³

Beskrivning av risknivåer

Riskenivåer	Färgkod
Nivå 1. Höga risker identifierade som omgående kräver insatser av ledning och/eller övriga verksamheten.	
Nivå 2. Risker identifierade som bedöms vara omfattande och/eller kräver omgående åtgärder.	
Nivå 3. Risker identifierade som bör åtgärdas men ej bedöms vara brådskande, omfattande eller allvarliga.	
Nivå 4. Inga direkta risker av betydelse identifierade. Indikerar att verksamheten har ett systematiskt dataskyddsarbete.	

³ I arbetet med enkäten har dataskyddsenheten utgått från Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps (MSB) uppföljningsstruktur för den offentliga förvaltningens systematiska informationssäkerhetsarbete.

2.4 Förvaltningen för funktionsstöds dataskyddsarbete 2022

I detta avsnitt anges vilken risknivå verksamheten befinner sig inom för respektive kontrollpunkt, baserat på verksamhetens svar på de fasta kontrollpunkterna. Under varje kontrollpunkt presenteras även dataskyddsombudets bedömning gällande verksamhetens risker utifrån de iakttagelser som dataskyddsombudet gjort under året.

2.4.1 Kontrollpunkt 1: Dataskyddsorganisation



Kontrollpunkten avser verksamhetens organisatoriska förutsättningar för att kunna bedriva ett kontinuerligt dataskyddsarbete, och omfattar bland annat verksamhetens dataskyddsorganisation, definierade ansvarsområden och rapporteringsvägar för involverade funktioner samt tillhandahållna resurser för arbetet.

Dataskyddsombudets kommentarer:

Verksamheten har skattat höga värden på flera av påståendena under denna kontrollpunkt. Sammantaget genererar svaren ett högt resultat som innebär att inga direkta risker av betydelse har identifierats och indikerar att verksamheten har organisatoriska förutsättningar för att kunna bedriva ett kontinuerligt och systematiskt dataskyddsarbete.

Verksamheten anger att det stämmer bra att det finns en intern organisation för dataskyddsarbetet, där roller och ansvar är tydligt definierade. De anser vidare att det stämmer bra att det finns särskilda befattningar med utpekat ansvar, att det finns möjlighet att rapportera om dataskyddsarbetet till högsta förvaltningsnivå och att de har regelbunden kontakt med dataskyddsombudet. Däremot behöver dataskydd bli mer en naturlig och integrerad del i det dagliga arbetet i alla delar av verksamheten, vilket det inte är idag. Det anges även att den interna dataskyddsorganisationen inte har tillräckliga resurser för att kunna bedriva ett systematiskt dataskyddsarbete.

Dataskyddsombudet anser att verksamheten har goda förutsättningar att kunna bedriva ett effektivt och välfungerande dataskyddsarbete. Det finns en kompetent och engagerad intern dataskyddsorganisation som lyfter många och viktiga dataskyddsfrågor med dataskyddsombudet. Det är därför viktigt att verksamheten fortsätter stödja och prioritera det interna dataskyddsarbetet och att möjligheter ges för att förbättra arbetet ytterligare, bland annat genom att säkerställa tillräckliga resurser för att bedriva arbetet. Verksamheten behöver även arbeta för att dataskydd blir en naturlig och integrerad del i verksamhetens dagliga arbete.

2.4.2 Kontrollpunkt 2: Personuppgiftsincidenter



Kontrollpunkten avser verksamhetens förutsättningar och rutiner för att identifiera och hantera personuppgiftsincidenter.

Dataskyddsombudets kommentarer:

Verksamheten har skattat sig högt på denna kontrollpunkt. Sammantaget genererar svaren ett högt resultat som innebär att inga direkta risker av betydelse har identifierats och indikerar att det bedrivs ett bra arbete med att identifiera och hantera inträffade personuppgiftsincidenter.

Verksamheten anger att de har rutiner på plats för att hantera personuppgiftsincidenter och att dessa regelbundet ses över och utvärderas. Vidare uppger verksamheten att de systematiskt följer upp inträffade personuppgiftsincidenter som en naturlig del i dataskyddsarbetet. Medarbetare informeras om vad personuppgiftsincidenter är och rutinerna för hanteringen av dessa. Dataskyddsombudets uppfattning är att det bedrivs ett bra arbete med att identifiera och hantera inträffade personuppgiftsincidenter. Verksamheten kontakter vid behov dataskyddsombudet när personuppgiftsincidenter har inträffat, för att stämma av den fortsatta handläggningen.

Verksamheten anger att de inte har tillräckliga rutiner för när och hur information till registrerade ska tillhandahållas, samt vilken information som ska lämnas.

Dataskyddsombudet rekommenderar därför verksamheten att ta fram rutiner för bedömningen av hög risk och information till registrerade.

Dataskyddsorganisationen bör dessutom ges möjlighet att kontinuerligt se över och förbättra verksamhetens rutiner för hanteringen av personuppgiftsincidenter för att bland annat säkerställa att samtliga anmälningar till Integritetsskyddsmyndigheten sker i rätt tid.

2.4.3 Kontrollpunkt 3: Biträdesavtal och andra överenskommelser



Kontrollpunkten avser verksamhetens dokumentation av biträdesavtal och andra överenskommelser gällande dataskydd, och förutsätter att verksamheten har identifierat samt registrerat personuppgiftsbiträden i personuppgiftsregistret. Även verksamhetens rutiner för uppdatering och uppföljning av tecknade biträdesavtal innefattas.

Dataskyddsombudets kommentarer:

Resultatet av verksamhetens skattning av dataskyddsarbetet med biträdesavtal och andra överenskommelser genererar sammantaget ett resultat som indikerar att det

finns risker identifierade, men att de inte bedöms vara brådskande, omfattande eller allvarliga.

Att reda ut rollerna inom dataskydd är en av de svårare men också en av de absolut viktigaste utmaningarna i dataskyddsarbetet. En personuppgiftsansvarig behöver säkerställa att samtliga personuppgiftsbiträden har identifierats och att nödvändiga avtal har tecknats.

Verksamheten anger att det finns rutiner för bedömningen om en ny leverantör är ansvarig eller biträde och för tecknandet av biträdesavtal. Det finns tecknade personuppgiftsbiträdesavtal för uppskattningsvis 75 % av verksamhetens anlidade personuppgiftsbiträden. Dataskyddsombudet rekommenderar verksamheten att fortsätta det goda arbete som bedrivits med att kartlägga personuppgiftsbiträden och upprätta personuppgiftsbiträdesavtal i de fall det saknas.

Verksamheten uppger emellertid att det inte finns tillräckliga rutiner för att kontinuerligt genomföra efterlevnadskontroller och för att bedöma hela kedjan av underbiträden vid anlitaandet av nya personuppgiftsbiträden. Dataskyddsombudet rekommenderar verksamheten att arbeta vidare med dessa frågor och ta fram nödvändiga rutiner. En rutin för dokumenteringen av hela kedjan av underbiträden behövs exempelvis för att få en bättre överblick och på så vis kunna se om det finns risker för tredjelandsoverföring eller liknande.

2.4.4 Kontrollpunkt 4: Personuppgiftsregister



Kontrollpunkten avser verksamhetens efterlevnad av skyldigheten att systematiskt dokumentera alla personuppgiftsbehandlingar i form av ett register. Även verksamhetens arbete med, och rutin för, att säkerställa ett uppdaterat och heltäckande personuppgiftsregister innefattas.

Dataskyddsombudets kommentarer:

Resultatet av verksamhetens skattning av efterlevnaden av skyldigheten att ha ett personuppgiftsregister genererar sammantaget ett resultat som indikerar att det finns risker identifierade men att de inte bedöms vara brådskande, omfattande eller allvarliga.

Verksamheten uppskattar att upp till 75 % av behandlingarna är dokumenterade i personuppgiftsregister. De bedömer att ungefär 75 % av dessa innehåller all obligatorisk information som krävs enligt artikel 30 i GDPR. Verksamheten har berättat att det kommer att ske ett övergripande arbete under 2023 med att kartlägga alla processer och behandlingar inom förvaltningen. Dataskyddsombudet rekommenderar därför verksamheten att som ett led i detta arbete uppdatera registret med samtliga behandlingar och tillföra den information som krävs enligt GDPR i de fall uppgifter saknas.

Verksamheten anger att det inte finns tillräckliga rutiner avseende regelbundna uppdateringar av registret. Dataskyddsombudet rekommenderar därför verksamheten att säkerställa att det finns ansvariga för att uppdatera registret och att det uppdateras när en behandling tillkommit eller förändras. Ett aktuellt och uppdaterat personuppgiftsregister kan vara ett användbart hjälpmedel i verksamhetens dataskyddsarbete. Verksamheten behöver därför även fundera över på vilket sätt personuppgiftsregistret kan användas som del i det löpande dataskyddsarbetet.

2.4.5 Kontrollpunkt 5: Övergripande strategi för dataskydd



Kontrollpunkten avser verksamhetens övergripande strategi för att arbeta med dataskydd.

Dataskyddsombudets kommentarer:

Verksamheten har skattat sig högt på denna kontrollpunkt. Resultatet av verksamhetens skattning av den övergripande strategin för arbetet med dataskydd genererar sammantaget ett högt resultat som innebär att inga direkta risker av betydelse har identifierats.

Verksamheten anger under denna punkt att det finns en övergripande strategi för arbetet med dataskydd och att arbetet sker systematiskt med att integrera dataskyddsfrågorna i informationssäkerhetsarbetet. Det finns därutöver ett riskbaserat arbetssätt i dataskyddsfrågor, regelbundna interna kontroller genomförs för att säkerställa följsamheten gentemot GDPR och det finns rutiner för att säkerställa att styrande dokument som reglerar verksamhetens personuppgiftsbehandlingar hålls uppdaterade. Verksamheten har identifierat och värderat uppskattningsvis 50 % av dess informationstillgångar i enlighet med stadens styrande dokument inom informationssäkerhet. Dataskyddsombudet rekommenderar verksamheten att fortsätta arbetet för att säkerställa att samtliga informationstillgångar värderas.

Verksamheten har sammanfattningsvis de flesta övergripande strategier på plats men bör kontinuerligt fortsätta att förbättra det strategiska arbetet med dataskydd.

2.4.6 Kontrollpunkt 6: Utbildning



Kontrollpunkten avser verksamhetens arbete med att utbilda och upprätthålla kunskapsnivån i dataskyddsfrågor hos anställda.

Dataskyddsbudets kommentarer:

Resultatet av verksamhetens skattning av utbildning inom dataskyddsområdet genererar sammantaget ett resultat som indikerar att det finns risker identifierade som bedöms vara omfattande och/eller kräver omgående åtgärder.

Verksamhetens svar på enkäten i denna del indikerar att medarbetarna regelbundet ges möjlighet att delta i utbildningar inom dataskydd. Trots detta saknas det en god allmän kunskapsnivå hos medarbetarna inom verksamheten som i sin tur kan skapa goda förutsättningar i dataskyddsarbetet. Det saknas även rutiner för att följa upp och bibehålla kunskapsnivån hos medarbetare. Dataskyddsbudet rekommenderar verksamheten att kartlägga utbildningsnivån inom förvaltningen och undersöka vilka utbildningsinsatser man behöver fokusera på, samt till vilka målgrupper utbildningarna ska ges. Verksamheten rekommenderas också att ta fram och besluta om en långsiktig utbildningsplan och rutiner som gäller för alla medarbetare som behöver kunskaper i dataskydd.

2.4.7 Kontrollpunkt 7: Integritetspolicy



Kontrollpunkten avser verksamhetens utformning samt tillhandahållande av dess integritetspolicy till registrerade (både internt och externt). Även verksamhetens rutin för att upprätthålla en aktuell integritetspolicy omfattas.

Dataskyddsbudets kommentarer:

Verksamheten har skattat sig högt på denna kontrollpunkt. Resultatet av verksamhetens skattning av utformningen och tillhandahållandet av integritetspolicy genererar sammantaget ett högt resultat som innebär att inga direkta risker av betydelse har identifierats.

Integritetspolicyens syfte är att informera registrerade om verksamhetens behandling av personuppgifter i enlighet med de krav som ställs i dataskyddsförordningen. Verksamheten anger under denna punkt att integritetspolicyen uppfyller kraven på information. Informationen är tydlig och lättillgänglig samt uppdateras vid behov. De registrerade kan på ett enkelt sätt nå verksamhetens integritetspolicy från verksamhetens samtliga digitala kanaler. Dataskyddsbudet noterar dock att verksamheten behöver säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för att informera medarbetare om hur deras personuppgifter behandlas. Därutöver vill dataskyddsbudet påminna om att det alltid är viktigt att kontinuerligt säkerställa att policyen uppfyller kraven på information och att informationen är lättillgänglig oavsett i vilken del av verksamheten som den registrerades personuppgifter behandlas. Det behöver vara tydligt vilka enskilda behandlingar som hanteras inom verksamheten, rättslig grund för respektive behandling, samt tillämpliga lagrings- och gallringsfrister.

2.4.8 Kontrollpunkt 8: E-post och dokumenthantering



Kontrollpunkten avser verksamhetens rutiner för e-post och dokumenthantering. I detta är en aktuell och fastställd dokumenthanteringsplan med gallringsbeslut en förutsättning för att verksamheten ska kunna säkra följsamhet gentemot dataskyddsförordningen. Även verksamhetens rutin för att säkerställa att gallringsrutiner för personuppgifter följs innefattas.

Dataskyddsombudets kommentarer:

Resultatet av verksamhetens skattning av rutiner för e-post och dokumenthantering genererar sammantaget ett resultat som indikerar att det finns risker identifierade men att de inte bedöms vara brådskande, omfattande eller allvarliga.

Idag saknar verksamheten en dokumenthanteringsplan med gallringsbeslut. Det är av stor vikt att verksamheten säkerställer att en sådan kommer på plats för att personuppgiftsbehandlingar ska kunna ske i enlighet med bland annat principen om lagringsminimering i GDPR. En dokumenthanteringsplan behöver omfatta alla verksamhetsdelar och det ska finnas rutiner för när handlingar med personuppgifter gallras. Enligt besked till dataskyddsombudet ska en dokumenthanteringsplan antas under 2023.

Dataskyddsombudet rekommenderar dessutom verksamheten att informationsklassificera samtliga sina personuppgiftsbehandlingar och säkerställa att de klassningar som gjorts är aktuella.

2.4.9 Kontrollpunkt 9: Konsekvensbedömning/samråd



Kontrollpunkten avser verksamhetens förutsättningar för att kunna identifiera när en konsekvensbedömning ska göras, samt rutiner kopplat till detta.

Dataskyddsombudets kommentarer:

Resultatet av verksamhetens skattning av dataskyddsarbetet med konsekvensbedömningar genererar sammantaget ett resultat som indikerar att det finns risker identifierade men att de inte bedöms vara brådskande, omfattande eller allvarliga.

Syftet med konsekvensbedömningar är att förebygga risker och på så sätt även minimera riskerna vid sådana behandlingar av personuppgifter som innebär en hög risk för de registrerades fri- och rättigheter. Arbetet med konsekvensbedömningar behöver inledas i ett tidigt skede vid nya eller förändrade behandlingar och vid införanden behöver man ta höjd för att arbetet kräver tid, resurser och korrekt kompetens. Detta arbete är till stor del avhängigt den generella medvetenheten om dataskydd inom förvaltningen som helhet och dataskyddsorganisationen i stort.

Detta eftersom det behöver vara tydligt vart inom verksamheten som bedömningar av behov av konsekvensbedömningar ska göras, vilka som fattar beslut om genomförandet och sedermera också beslutar om de risker som konsekvensbedömningen belyser.

Avseende konsekvensbedömningar anger verksamheten att det finns rutiner/arbetsätt för att identifiera personuppgiftsbehandlingar med hög risk för de registrerades fri- och rättigheter och metod för att inhämta och dokumentera dataskyddsombudets synpunkter när konsekvensbedömning inte bedöms behövas genomföras. Verksamheten har därutöver rutiner för att genomföra och dokumentera konsekvensbedömningar innan behandlingen påbörjas samt för att involvera dataskyddsombudet i detta arbete. Dataskyddsombudet har under det gångna året involverats i de tröskelanalyser och konsekvensbedömningar som verksamheten genomfört. Verksamheten behöver dock se till så att det finns rutiner även för att uppdatera befintliga konsekvensbedömningar vid förändringar. Därutöver behöver de säkerställa att det finns rutiner för hur beslut om att acceptera risker i en konsekvensbedömning ska fattas och dokumenteras samt att det finns rutiner för att följa upp beslutade åtgärder.

Verksamheten anger att de för uppskattningsvis 25 % av verksamhetens personuppgiftsbehandlingar har genomfört konsekvensbedömning utifrån hög risk eller för att det krävs enligt Integritetsskyddsmyndighetens checklista. Det saknas en planering som omfattar alla de behandlingar för vilka en konsekvensbedömning krävs. Detta är i sig en risk och dataskyddsombudet rekommenderar därför att verksamheten kartlägger de personuppgiftsbehandlingar som kan innebära en hög risk för registrerades fri- och rättigheter. Därefter bör en handlingsplan tas fram för att på sikt säkerställa att konsekvensbedömningar genomförs för samtliga behandlingar där detta krävs.

2.4.10 Kontrollpunkt 10: IT-projekt och upphandling



Kontrollpunkten avser verksamhetens organisation och rutiner för hantering av dataskyddsfrågor inom IT-projekt och upphandling. I detta ingår till exempel hur verksamheten integrerar dataskyddsfrågor i arbetet med upphandling av nya, samt utvecklingen av, befintliga system och tjänster.

Dataskyddsombudets kommentarer:

Resultatet av verksamhetens skattning av dataskyddsarbetet med IT-projekt och upphandling genererar sammantaget ett resultat som indikerar att det finns risker identifierade som bedöms vara omfattande och/eller kräver omgående åtgärder.

Verksamheten uppger att de har rutiner på plats för att genomföra risk/behovsanalyser för att säkerställa att nya lösningar uppfyller de grundläggande kraven i GDPR och att det dessutom finns rutiner för att involvera dataskyddsombudet från start. Dataskyddsombudet instämmer i denna bedömning.

Däremot behöver verksamheten arbeta mer systematiskt och kontinuerligt med att bedöma risker för personuppgiftsbehandlingen i såväl nya som befintliga system och tjänster.

Av enkätsvaren framgår att den interna dataskyddsorganisationen saknar kunskap om huruvida det vid upphandlingar av nya system/tjänster säkerställs via kravställningen att det finns en anpassning till inbyggt dataskydd och dataskydd som standard. Enligt uppgift från verksamheten har dock den interna dataskyddsorganisationen i något större utsträckning än tidigare involverats när förvaltningen gör nya upphandlingar. Dataskyddsombudet rekommenderar därför verksamheten att prioritera ett ökat samarbete och involvering i dessa frågor. Det är nämligen viktigt redan vid upphandlingen, av exempelvis ett IT-system, att ta hänsyn till integritetsskyddet och bygga in funktioner som stödjer detta. Det är inte enbart vid nya upphandlingar som en anpassning till inbyggt dataskydd och dataskydd som standard behöver säkerställas, utan det måste även kontrolleras vid avrop och förnyad konkurrensutsättning att detta beaktats i ramavtalet.

2.4.11 Kontrollpunkt 11: IT-system och digitala verktyg



Kontrollpunkten avser verksamhetens rutiner för att säkerställa att verksamhetens personuppgiftshantering inom ramen för IT-system och digitala verktyg är förenlig med dataskyddsförordningen. Rutin för att säkerställa och kontrollera att dessa system/tjänster uppfyller kraven på dataskydd ingår även.

Dataskyddsombudets kommentarer:

Resultatet av verksamhetens skattning av dataskyddsrutiner för IT-system och digitala verktyg genererar sammantaget ett resultat som indikerar att det finns risker identifierade men att de inte bedöms vara brådskande, omfattande eller allvarliga.

Dataskyddsombudet rekommenderar verksamheten att kontrollera så att IT-system och digitala verktyg används på rätt sätt och att det finns rutiner för att systematiskt följa upp användningen. Eftersom IT-system och digitala verktyg är några av de främsta arbetsredskapen inom en verksamhet är det dessutom alltid betydelsefullt att säkerställa så att det finns målgruppsanpassad information om hur personuppgifter behandlas i de digitala verktyg och IT-system som används, samt att denna information kontinuerligt uppdateras. I detta innefattas även att se till så att införandet och användandet av kostnadsfria tjänster så som gratis appar och sociala medier sker i överensstämmelse med reglerna i GDPR.

Verksamheten har uppgett att det finns rutiner för tilldelning av behörigheter och åtkomst till IT-system samt att dessa regelbundet följs upp. Dataskyddsombudets fördjupade kontroll för 2022 ligger inom ramen för denna kontrollpunkt och fokuserar på frågan om behörighetsstyrning och åtkomstkontroll. Resultatet av den fördjupade kontrollen presenteras i sin helhet i bilaga 2 till årsrapporten.

2.4.12 Kontrollpunkt 12: Hantering av registrerades rättigheter



Kontrollpunkten avser verksamhetens förutsättningar och rutiner för att hantera de registrerades rättigheter, till exempel registerutdrag eller radering.

Dataskyddsombudets kommentarer:

Resultatet av verksamhetens skattning av rutiner för att hantera de registrerades rättigheter genererar sammantaget ett resultat som indikerar att det finns risker identifierade men att de inte bedöms vara brådskande, omfattande eller allvarliga.

Verksamheten har rutiner på plats avseende flertalet av de rättigheter som de registrerade kan åberopa. Dataskyddsombudet rekommenderar förvaltningen att säkerställa att de har alla rutiner på plats som behövs för att kunna garantera en korrekt och rättssäker hantering av de registrerades rättigheter. Svaren i enkäten indikerar att det inte finns en tillräckligt utbredd medvetenhet hos medarbetarna inom verksamheten om de rättigheter som de registrerade har eller när dessa begränsas. Dataskyddsombudet rekommenderar därför verksamheten att kartlägga kunskaperna angående registrerades rättigheter för att veta om verksamhetens medarbetare har behov av en riktad utbildning inom området.

2.5 Sammanfattande rekommendationer

För att på ett praktiskt plan kunna identifiera vad verksamheten behöver arbeta med inom ramen för respektive kontrollpunkt behövs en noggrann genomgång av enkätresultaten. I detta rekommenderas verksamheten att samråda med dataskyddsombudet för att se hur arbetet framåt bör utformas och vilka delar som bör prioriteras utifrån verksamhetens risker. Även för verksamheter med låga risker krävs kontinuerliga insatser för att denna risknivå ska bibehållas.

Utifrån identifierade risker rekommenderar dataskyddsombudet att förvaltningen under 2023 prioriterar följande delar av dataskyddsarbetet:

- Kontrollpunkt 4: Personuppgiftsregister
Säkerställ att samtliga behandlingar dokumenteras i personuppgiftsregistret och att uppgifterna innehåller all obligatorisk information om behandlingarna som krävs enligt artikel 30 i GDPR.
- Kontrollpunkt 6: Utbildning
Kartlägg utbildningsbehovet inom dataskydd och ta fram en långsiktig utbildningsplan.
- Kontrollpunkt 9: Konsekvensbedömning/samråd
Kartlägg samtliga personuppgiftsbehandlingar som innebär en hög risk för registrerades fri- och rättigheter och ta fram en handlingsplan för att på sikt

säkerställa att konsekvensbedömningar genomförs för samtliga
behandlingar där detta krävs.

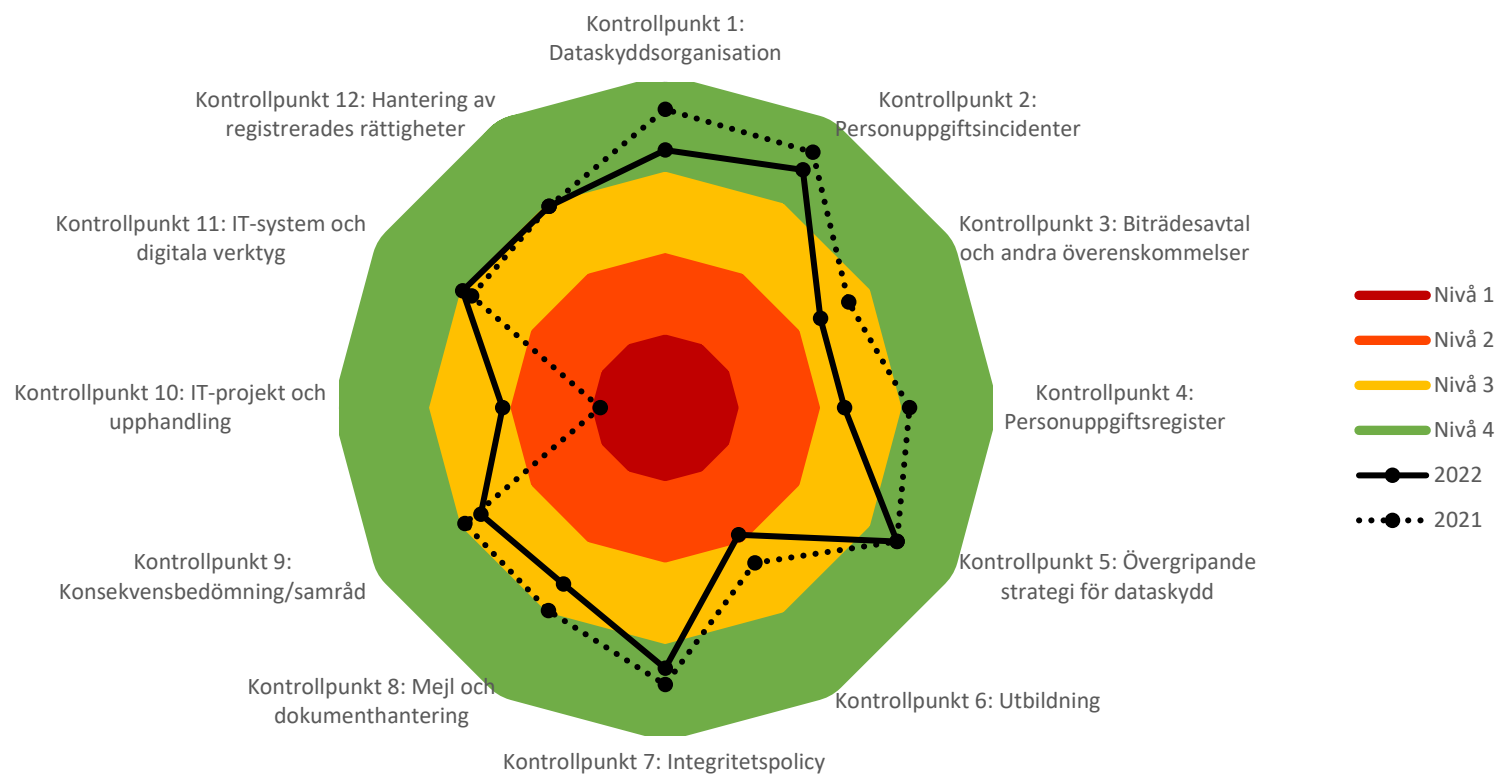
3 Bilagor

Bilaga 1: Diagram över resultat av fasta kontrollpunkter, jämfört med 2021.

Bilaga 2: Fördjupad kontroll 2022

Bilaga 1: Diagram över resultat av fasta kontrollpunkter, jämfört med 2021.

Förvaltningen för funktionsstöd



Fördjupad kontroll 2022

Kontrollpunkt 11: Behörighetsstyrning (Förvaltningen för funktionsstöd)

Bakgrund

Under 2022 har dataskyddsombudet genomfört en fördjupad kontroll av verksamhetens arbete med behörighetsstyrning i IT-systemet Treserva och hur detta används för att begränsa vilka personuppgifter som medarbetare får ta del av.

Kontrollen har omfattat verksamhetens rutiner för tilldelning av behörigheter i ett särskilt utvalt IT-system, uppföljning av behörigheter samt användning av logg-/åtkomstkontroller. Kontrollen har genomförts i två delar, den första som ett generellt frågeutskick och den andra som ett kompletterande frågeutskick. Kontrollen har avgränsats till att endast omfatta tilldelning och kontroll av behörigheter för chefer och medarbetare vid enheterna tillhörande Myndighet Hisingen/Centrum under avdelningen Myndighet och socialpsykiatri.

Granskningen har gjorts med utgångspunkt i artikel 32 i dataskyddsförordningen (GDPR)¹ som handlar om lämpliga tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder vid personuppgiftsbehandling. Vid bedömningen av lämplig säkerhetsnivå ska hänsyn tas till bland annat risken för obehörig åtkomst till personuppgifter. Behörighetsstyrning kan vara ett verktyg för verksamheterna att använda för att förhindra obehörig åtkomst till personuppgifter i ett IT-system.

Utifrån risker för registrerade vid behandlingen av dennes personuppgifter bör en medarbetares tillgång till system med personuppgifter vara anpassad och begränsad utifrån vad medarbetaren behöver för att kunna utföra sina arbetsuppgifter. För att säkerställa detta bör verksamheten dokumentera sitt arbetssätt för tilldelning av behörigheter, uppföljning av behörigheter samt för hur logg-/åtkomstkontroller används.

lakttagelser från kontrollen

I systemet finns personuppgifter tillhörande klienter och medarbetare. Bland annat behandlas klienternas namn, personnummer och uppgifter om anhöriga.

I maj 2022 hade enheterna tillhörande Myndighet Hisingen/Centrum totalt 5 231 öppna/pågående ärenden. Antalet sökbara avslutade ärenden i Treserva uppgick till 8 806. Antalet personer med behörighet till enheternas ärenden i Treserva varierar mellan 63 – 118 personer/enhet. Vid enheterna arbetar enhetschefer, 1:e socialsekreterare och handläggare.

Behörighetsstruktur och roller i system

Förvaltningen uppger att behörigheterna i Treserva för chefer och medarbetare vid enheterna tillhörande Myndighet Hisingen/Centrum är baserade på vilken befattning medarbetaren har och vilka arbetsuppgifter som ska utföras. Behörigheter ges utifrån en

¹ Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG

behörighetsprofil som är baserad på medarbetarens arbetsuppgifter och enligt det som Intraservice har lagt inom dessa behörigheter. Förvaltningen har rutinen *Behörighetsprofiler för Treserva FFS* och i denna regleras de behörighetsprofiler som kan tilldelas inom förvaltningen av lokalt verksamhetsstöd inom respektive stadsområde och verksamhet. Den behörighetsprofil som tilldelas medarbetaren styr vad hen får göra i Treserva. En behörighetsprofil kombineras oftast med ett gruppfilter som innehåller de organisatoriska enheter som medarbetaren ska vara behörig till. Gruppfiltert styr alltså var i Treserva som medarbetaren kan arbeta.

Behörighetsprofilerna inom förvaltningens myndighetsutövning är följande:

- FH Handläggare myndighet (gruppfilter)
- FH Enhetschef myndighet (gruppfilter)
- FH Läsbehörighet (gruppfilter)
- FH Debitering och kontrakt (gruppfilter)
- FH Frågebehörighet (gruppfilter)

Tilldelning av behörighet

Förvaltningen beskriver att det sker en begränsad behörighetstilldelning generellt i Treserva. Behörigheter tilldelas utifrån medarbetarnas behov att kunna utföra sitt arbete. Exempelvis är det så att en enhetschef behöver kunna hantera avvikelser och får en behörighet tilldelad för denna uppgift men en handläggare tilldelas inte den behörigheten. Omfattningen av behörigheten påverkas även av vilken/vilka enheter som medarbetaren ska ha tillgång till. Det läggs inte på fler behörigheter än vad som behövs för arbetet. Det sker endast en begränsad tilldelning av behörigheter för sekretesskyddade ärenden.

Förvaltningen redogör vidare för att i Treserva är det inte svårt att begränsa behörigheter till en specifik enhet och att medarbetarna har då enbart behörighet till de uppgifter som härrör till den egna enheten inom förvaltningen. Det uppges att enhetschefer kan vilja att handläggarna ska ha tillgång till fler enheter än vad som är nödvändigt. Detta kan ibland kan vara problematiskt för handläggaren som då får tillgång till information som inte är nödvändig för dennes arbete.

Dataskyddsombudet anser att förvaltningen beskriver en tydlig och ändamålsenlig tilldelning av behörigheter som utgår från särskilda behörighetsprofiler baserade på medarbetarens arbetsuppgifter och gruppfilter utifrån organisatorisk tillhörighet. Vad som är en ändamålsenlig behörighetstilldelning beror på flera faktorer, som hur arbetsuppgifterna ser ut, hur många personer det är som har samma arbetsuppgifter och hur socialtjänsten är organiserad.² Det är positivt att förvaltningen uppfattar att det kan vara problematiskt om för vida behörigheter ges till medarbetare. Det är dessutom viktigt att förvaltningen beaktar att ju bredare teknisk behörighet en medarbetare har i ett system desto viktigare blir det att förvaltningen klargör för medarbetarna när det får anses tillåtet att ta del av information i systemet, exempelvis genom arbetsinstruktioner eller rutindokument.

² Socialstyrelsen. 2019-2-6, Säker personuppgiftsbehandling i socialtjänsten. Rättsläge och utgångspunkter. s. 29.

Beslut om behörighet

Förvaltningen uppger att beslut om behörigheter fattas av en medarbetares närmsta chef eller en högre chef. Behörigheterna tilldelas därefter av lokalt verksamhetsstöd. Vissa behörigheter kan endast tilldelas av systemförvaltare på Intraservice efter beställning från förvaltningen.

Uppföljning av behörighet

Förvaltningen anger att det har beslutats att behörighetskontroller ska genomföras två gånger per år. Verksamhetsutvecklare för Treserva ska ansvara för kontrollerna. Någon kontroll har dock inte genomförts då organisationen inte fungerar så väl ännu.

Det uppges att det därutöver är viktigt att uppmärksamma när en handläggare byter enhet. Om handläggaren har sekretessmarkerade behörigheter måste dessa avslutas i samband med ett byte av enhet, för att förhindra fortsatt tillgång till den sekretessmarkerade personen. Det är chefers ansvar att meddela om en behörighet ska avslutas om någon slutar sin anställning, men det sker inte alltid.

Dataskyddsombudet ser det som positivt att förvaltningen beslutat att genomföra regelbundna behörighetskontroller. Förvaltningen rekommenderas att påbörja arbetet med att genomföra kontrollerna i enlighet med beslutade rutiner så snart som de organisatoriska problemen är lösta. Att följa upp tilldelade behörigheter utgör en viktig del av arbetet med behörighetsstyrning, då det syftar till att upptäcka och motverka obehörig åtkomst. Dataskyddsombudet rekommenderar även förvaltningen att se över sitt arbetssätt vid personalförändringar som innebär att medarbetaren inte längre ska ha en tilldelad behörighet i systemet. Detta för att säkerställa att behörigheten följs upp direkt i samband med att en medarbetare avslutar sin anställning, får en ny roll inom organisationen, eller har en längre frånvaro genom exempelvis tjänstledighet, föräldraledighet eller sjukskrivning.

Åtkomstkontroll/kontroll av loggar

Åtkomstkontroll sker genom specifika beställningar av loggranskningar. Förvaltningens rutin är inte klar ännu men tanken är att åtkomstkontroll ska genomföras två gånger per år. Det är verksamhetsutvecklare för Treserva som ska ansvara för kontrollerna.

Dataskyddsombudet tycker att det är mycket positivt att förvaltningen arbetar med denna fråga. Förutom uppföljning av tilldelade behörigheter är logg- och åtkomstkontroller viktiga redskap för att upptäcka och förebygga obehörig åtkomst till personuppgifter. Det är därför av vikt att det finns ett tydligt arbetssätt och rutiner för kontroll av loggar och åtkomst. Genom att dokumentera hur arbetet ska bedrivas kan förvaltningen visa hur de arbetar för att efterleva kraven i GDPR. Dataskyddsombudet vill även påminna om att det är viktigt att informera berörda medarbetare om åtkomstkontrollerna och att kontrollerna bör inte inskränka medarbetarnas integritet på ett oproportionerligt sätt.

Personuppgiftsbiträdet

Förvaltningen beskriver att det finns ett personuppgiftsbiträdesavtal mellan Göteborgs Stad och leverantören av Treserva, CGI. I detta avtal finns instruktioner om hur personuppgifter ska behandlas. Förvaltningen har inte lämnat några instruktioner till Intraservice men förväntar sig att de har koll på behörigheterna.

Dataskyddsombudet vill uppmärksamma förvaltningen på att de som personuppgiftsansvarig behöver ge personuppgiftsbiträdet dokumenterade instruktioner.³ Förvaltningen rekommenderas därför att ge personuppgiftsbiträdet Intraservice dokumenterade instruktioner. Vidare, eftersom Treserva innehåller sekretessbelagda uppgifter, behöver förvaltningen se till så att Intraservice iakttar konfidentialitet och tystnadsplikt.⁴

Konsekvensbedömning och risker

Förvaltningen anger att det inte finns någon genomförd konsekvensbedömning avseende de behandlingar som sker i Treserva. Bedömningar på processer kopplade till behandlingar i Treserva gjordes 2019 men dessa har varken uppdaterats eller säkerställts om de fortfarande gäller. Dataskyddsombudet rekommenderar förvaltningen att identifiera de behandlingar som sker i systemet och ta ställning till om de behöver konsekvensbedömas utifrån hög risk för de registrerades fri- och rättigheter. I samband med en konsekvensbedömning kan det identifieras risker med för vida behörigheter.

Avseende risker i övrigt uppger förvaltningen att det har uppmärksammats att när en insats om en klient avslutas kan man i Treserva välja att meddela om detta. Dessa interna mejl går då ut till alla som har tillgång till den aktuella enheten som utfört insatsen, oavsett om medarbetaren har kvar klienten eller inte. I samband med utbildningsinsatser informeras medarbetare att inte välja att meddela vid avslut av insats för att förhindra detta. Enligt information från Intraservice går funktionen inte att ta bort.

Dataskyddsombudet är medveten om att det eventuellt kan finnas praktiska och tekniska utmaningar i att genomföra en ändamålsenlig behörighetsstyrning i Treserva. Det är dock bra att förvaltningen gör vad man kan för att minska de risker som finns.

Sammanfattade rekommendationer

- Förvaltningen rekommenderas säkerställa att uppföljning av tilldelade behörigheter i Treserva genomförs i enlighet med beslutade rutiner.
- Förvaltningen rekommenderas att arbeta för att minimera risken för felaktiga behörigheter vid personalförändringar och att det sker i direkt anslutning till att en medarbetare exempelvis byter tjänst.
- Förvaltningen rekommenderas att fortsätta arbetet med att ta fram rutiner för åtkomstkontroll/logguppföljning. Berörda medarbetare måste sedan informeras om gällande rutiner.
- Förvaltningen rekommenderas att ge personuppgiftsbiträdet dokumenterade instruktioner.
- Förvaltningen rekommenderas att se över behovet av konsekvensbedömning för behandlingarna i systemet, eftersom det då kan identifieras risker med för vida behörigheter.

³ Se artikel 28.3 a i GDPR

⁴ Se artikel 28.3 b i GDPR



Bilagor

- Information om fördjupad kontroll 2022
- Fördjupad kontroll 2022, Kontrollpunkt 11: Behörighetsstyrning (del 1)
- Fördjupad kontroll 2022, Kontrollpunkt 11: Behörighetsstyrning (del 2)

Information om fördjupad kontroll 2022

Kontrollpunkt 11: Behörighetsstyrning

För att säkerställa säkerheten och en korrekt personuppgiftshantering inom en verksamhet behöver både tekniska och organisatoriska åtgärder vidtas. Exempel på tekniska säkerhetsåtgärder är att system utformas så att endast behöriga personer kan göra sökningar och att det finns behörighetskontrollsystem. En viktig och effektiv organisatorisk åtgärd i en verksamhet är behörighetsstyrning.

I artikel 32.2 i dataskyddsförordningen ställs krav på att den personuppgiftsansvarige i samband med bedömning av lämplig säkerhetsnivå ska ta särskild hänsyn till risker i synnerhet från bland annat obehörig åtkomst till personuppgifter. Obehörig är den som inte har legitim anledning att ta del av en handling eller uppgift i sin tjänsteutövning. Bestämmelser om sekretess utgör ofta men inte alltid en utgångspunkt för vilka uppgifter som någon får ta del av. Genom en ändamålsenlig behörighetsstyrning kan det säkerställas att ingen obehörig åtkomst sker inom verksamheten. Behörighetsstyrning sker genom att bland annat bedriva ett arbete med att avgöra hur stor tillgång till uppgifter i ett verksamhetssystem som en medarbetare med en viss funktion eller roll ska ha. Det är viktigt att behörigheterna är anpassade och begränsade till det som är nödvändigt och i enlighet med gällande rättslig reglering. Dessutom behöver behörigheterna löpande kontrolleras och följas upp samt att åtkomstkontroller genomförs. En felaktig eller bristfällig behörighetsstyrning kan leda till exempelvis inskränkningar av den enskildes integritet eller personuppgiftsincidenter.

Den fördjupade kontrollen avser undersöka hur behörighetsstyrning används för att begränsa vilka uppgifter som medarbetarna får ta del av. Verksamhetens rutiner för tilldelning av behörigheter och åtkomster i IT-system kommer att granskas. Kontrollen kommer även omfatta verksamhetens uppföljning av medarbetares behörigheter och åtkomst till personuppgifter i IT-system samt om logg-/åtkomstkontroller används för att upptäcka och motverka obehörig åtkomst.

Syftet med den fördjupade kontrollen är att undersöka om medarbetares tillgång till personuppgifter är anpassade och begränsade till det som är nödvändigt för att medarbetaren ska kunna utföra sina arbetsuppgifter, att åtkomstkontroller genomförs och att därmed risken för obehörig åtkomst inom verksamheten minimeras.

Tillvägagångssätt

Den fördjupade kontrollen kommer att genomföras i två delar. I del ett ombeds ni att besvara ett antal frågor samt att skicka in dokumenterade rutiner, styrande dokument eller liknande underlag avseende tilldelning av behörigheter och åtkomst till IT-systemet Treserva. I del två kommer uppföljande frågor att ställas.

Kontrollen begränsas till att endast avse tilldelning av behörigheter och åtkomst till Treserva för medarbetare och chefer vid enheterna tillhörande Myndighet Hisingen/Centrum under avdelningen Myndighet och socialpsykiatri.

Dataskyddsbudet kommer sedan att sammanställa underlaget i en delårsrapport som lämnas till er i maj/juni.

Obs! Det är mycket viktigt att frågorna besvaras av eller i samråd med rätt befattningar inom förvaltningen för att resultatet ska bli korrekt. Säkerställ även en lämplig förankring av svaren inom organisationen innan de översänds till dataskyddsbudet.

Fördjupad kontroll 2022

Kontrollpunkt 11: Behörighetsstyrning (del 1)

Del 1: Ni ombeds besvara frågorna nedan samt skicka in dokumenterade rutiner, styrande dokument eller liknande underlag avseende tilldelning av behörigheter och åtkomst till IT-systemet Treserva.

Kontrollen begränsas till att endast avse tilldelning av behörigheter och åtkomst till Treserva för medarbetare och chefer vid enheterna tillhörande Myndighet Hisingen/Centrum under avdelningen Myndighet och socialpsykiatri.

- Beskriv systemets behörighetsstruktur och olika roller i systemet.
- Vilka roller får vilka behörigheter och vad baseras den bedömningen på?
- Vem beslutar om vilka som ska ha vilken behörighet?
- Hur ofta följs behörigheterna upp för att kontrollera att dessa är korrekta och anpassade efter medarbetarens arbetsuppgifter? Vem/vilka ansvarar för det?
- Beskriv hur åtkomstkontroller/kontroll av loggar kan genomföras i systemet.
- När och hur ofta genomförs åtkomstkontroller/kontroll av loggar?
- Vem/vilka ansvarar för åtkomstkontrollerna/kontroll av loggar?
- Finns det annan lagstiftning eller andra bestämmelser, utöver dataskyddsförordningen, som er verksamhet behöver beakta i arbetet med behörighetstilldelning? I så fall, vilken/vilka?
- Vilka andra åtgärder vidtas för att förhindra obehörig åtkomst till personuppgifter i systemet?
- Har verksamheten identifierat några personuppgiftsincidenter kopplat till felaktiga behörigheter?

Obs! Det är mycket viktigt att frågorna besvaras av eller i samråd med rätt befattningar inom förvaltningen för att resultatet ska bli korrekt. Säkerställ även en lämplig förankring av svaren inom organisationen innan de översänds till dataskyddsombudet.

Underlaget ska ha inkommit till dataskyddsombudet **senast den 10 mars 2022**.

Har du frågor, kontakta ditt huvudansvarige dataskyddsombud.

Fördjupad kontroll 2022

Kontrollpunkt 11: Behörighetsstyrning (del 2)

Del 2: Utifrån vad som framkommit i del 1 av den fördjupade kontrollen ombeds ni besvara frågorna nedan.

- Vad är det för personuppgifter som behandlas i Treserva hos enheterna tillhörande Myndighet Hisingen/Centrum under avdelningen Myndighet och socialpsykiatri?
- Hur många registrerades personuppgifter hanteras i Treserva med anledning av ärenden som dessa enheter handlägger? Ange antalet registrerade som har öppna ärenden hos respektive enhet under maj månad 2022 samt antalet registrerade i respektive enhets avslutade ärenden som är sökbara i Treserva. Om det inte är möjligt att ta fram dessa uppgifter ange det i så fall (och varför).
- Ange antalet personer som har åtkomst till enheternas ärenden i Treserva. Specificera svaret så att det framgår hur många som arbetar på respektive enhet med åtkomst till personuppgifterna samt hur många som tillhör andra organisatoriska enheter/avdelningar inom förvaltningen eller hos personuppgiftsbiträdet med åtkomst till personuppgifterna.
- Föreligger det inbyggda svårigheter i aktuellt systemstöd att begränsa behörigheterna på så vis att personer enbart kan se sådana uppgifter som härrör till den egna förvaltningen? Varför/varför inte?
- Hur kontrolleras Intraservice/personuppgiftsbitrådets behörigheter i systemet?
- Finns det instruktioner till personuppgiftsbiträdet? Om ja, översänd dessa. Om nej, varför inte?
- Har ni konsekvensbedömt behandlingarna i systemet? Varför/varför inte?
- Har ni identifierat specifika risker kopplat till nuvarande hantering av behörigheter? Varför/varför inte? Beakta såväl risker inifrån organisationen som utanför (ex, intrång) för de registrerades rättigheter.

Obs! Det är mycket viktigt att frågorna besvaras av eller i samråd med rätt befattningar inom förvaltningen/bolaget för att resultatet ska bli korrekt. Säkerställ även en lämplig förankring av svaren inom organisationen innan de översänds till dataskyddsombudet.

Underlaget ska ha inkommit till dataskyddsombudet **senast den 8 juni 2022**.

Dataskyddsombudet kan komma att ställa kompletterande frågor i samband med sammanställande av rapporten och/eller begära visning av systemet. Frågor kan komma att ställas såväl muntligen som skriftligen.

Har du frågor, kontakta ditt huvudansvarige dataskyddsombud.



Barnbokslut 2022

Nämnden för funktionsstöd

2023-01-20

Ordlista

LSS	Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade
SoL	Socialtjänstlag
HSL	Hälso- och sjukvårdslag
LVU	Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
BmSS	Bostad med särskild service
AKK	Alternativ och kompletterande kommunikation
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
SIP	Samordnad individuell plan
IBIC	Individens behov i centrum
Lex Sarah	Reglerar skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden
Lex Maria	Reglerar skyldighet att rapportera och utreda händelser som medfört eller skulle kunnat medföra en allvarlig vårdskada

Sammanfattning

Barnbokslut för nämnden för funktionsstöd utgör en sammanställning och bild av den egna verksamhetens arbete och resultat i sitt barnrättsarbete. Utgångspunkten är barnkonventionens artiklar och Göteborgs Stads barnrättsplan och syftet är att beskriva hur barns rättigheter tillgodoses och ge ett underlag för fortsatt förbättringsarbete.

Nämnden arbetar direkt med ungefär 1000 barn som har insatser enligt LSS eller SoL. Ytterligare barn påverkas indirekt för att de är barn eller syskon till en person som får insatser. Under året har utvecklingsarbete bedrivits på flera håll i förvaltningen. Inom myndighetsutövningen så har man fullföljt en påbörjad omorganisering för att ha specialiserade enheter som hanterar barnärenden. En rutin har tagits fram och implementerats som ger stöd för att tillämpa barnrättsperspektiv. Inom utförarverksamheterna har man arbetat med kompetensutveckling både inom barnrätt/-konventionen och inom specifika områden som stärker barns rättigheter, möjligheter och delaktighet. Behov av fortsatt kompetensutveckling lyfts av verksamheterna.

Ett område som identifierats ha behov av utvecklingsarbete är samverkan, både internt och externt. Önskemål om förbättrad samverkan gäller bland annat mellan myndighetsutövning och utförarverksamhet, samt mellan utförarverksamhet och Västra Götalandsregionen. Flera initiativ har tagits under året för att förbättra och förtydliga samverkan mellan de sex socialförvaltningarna.

Satsningar för att öka barns rätt till ett tryggt liv har gjorts dels genom kompetenssatsning kring kommunikation och delaktighet, dels genom utbildning om våld i nära relationer. Satsningarna kommer att fortsätta.

Precis som i förra årets barnbokslut konstateras att det finns utmaningar beträffande barns delaktighet och information till barn om rättigheter. Svar på brukarenkät i barnverksamheter, som besvaras av vårdnadshavare, visar att en stor majoritet anser att de får information på ett sätt som de förstår, men arbete med kommunikation och delaktighet behöver fortsätta.

Med fortsatt tillämpning av de nya arbetssätt som implementerats under 2022 och med fortsatt kompetensutveckling och stärkande av samverkan finns goda förutsättningar att stärka barnrättsarbetet än mer under 2023.

Innehåll

Ordlista	2
1 Inledning	5
1.1 Barnbokslut och barnrättsplan	5
1.2 Utvecklingsinsatser från bokslut 2021	5
2 Nuläge	6
2.1 Nämndens verksamheter riktade till barn	6
2.2 Samverkan	8
2.3 Bedömning av verksamheterna	9
2.4 Hälsa- och sjukvård inom LSS-verksamheter för barn	10
3 Barnrättsarbete under 2022	11
3.1 Förändringar i verksamheten	11
3.2 Resurssättning	15
3.3 Föreslagna utvecklingsområden	16
4 Uppföljning av insatser	17
5 Avslutning	19

1 Inledning

1.1 Barnbokslut och barnrättsplan

Ett barnbokslut är en sammanställning och ett underlag för nämnder och styrelser för att **få en bild om den egna verksamhetens arbete och resultat** i sitt barnrättsarbete utifrån barnkonventionens artiklar, i syfte att tillgodose barn och ungdomars rättigheter utifrån barnkonventionen. Utifrån beslut i kommunfullmäktige juni 2020 ska samtliga nämnder och styrelser årligen upprätta ett barnbokslut som bilaga i årsrapporten. Barnbokslutet fungerar samtidigt som uppföljning av Göteborgs Stads barnrättsplan, som antogs av kommunfullmäktige i juni 2022, och sammanställs till kommunstyrelsen och kommunfullmäktige. Barnrättsplanen har också identifierat fyra fokusområden, nämligen *Utbildning*, *Fritid*, *Trygghet* och *Hälsa*. Dessa fokusområden har en tydlig koppling både till de grundläggande artiklarna i barnkonventionen och till flera av rättighetsområdena i Programmet för full delaktighet för funktionshindrade, liksom till nämndens värdighetsgarantier.

Från och med 2022 och framåt ska barnbokslutet fokusera på de *resultat* som en verksamhet uppnått under året i sitt barnrättsarbete, där en analys och utvärdering görs av hur fattade beslut och arbetsinsatser påverkat barns och ungas villkor. Barnbokslutets fokus på resultat ska framför allt utgå ifrån barnkonventionens fyra grundläggande principer/artiklar.

Barnkonventionens grundläggande principer/artiklar

Artikel 2 – Principen om icke-diskriminering: Alla barn är lika mycket värda och har samma rättigheter. Ingen får diskrimineras.

Artikel 3 – Barnets bästa: Vid alla beslut som rör barn ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa. Vad som är barnets bästa måste avgöras i varje enskilt fall och hänsyn ska tas till barnets egen åsikt och erfarenhet.

Artikel 6 - Barns rätt till liv, överlevnad och utveckling: Med utveckling menas främjandet av god fysisk, andlig, moralisk, psykisk och social utveckling.

Artikel 12 – Barns rätt till delaktighet: Barn har rätt att uttrycka sin mening och höras i alla frågor som rör barnet. Hänsyn ska tas till barnets åsikter, utifrån barnets ålder och mognad.

1.2 Utvecklingsinsatser från bokslut 2021

Det första barnbokslutet, 2021, beskrev hur förvaltningen arbetar med barns mänskliga rättigheter inom sina myndighets- och utförarverksamheter via lagreglerade insatser/biståndsbeslut. En självskattning avseende de olika rättighetsområdena visade då att kunskapen om barns rättigheter i huvudsak är goda och att förvaltningen arbetar med fokus på barns bästa, samt att arbetet på ett tydligt sätt bidrar till barnets rätt till trygghet, fritid, lek och rekreation.

Behov av utvecklingsinsatser identifierades avseende några områden, såsom barns möjlighet att ge synpunkter på verksamheten samt information till barn om deras rättigheter. Vidare uttrycktes önskemål om förbättrad och förtydligad samverkan, både mellan myndighetsenheter och utförarverksamheter och mellan funktionsstöd

och socialförvaltningarna. Bokslutet 2021 lyfte också behov av tydligare barnrättsbaserad analys på en strategisk nivå, och av att bättre synliggöra på vilket sätt de arbetsmetoder som tillämpas stödjer barns mänskliga rättigheter.

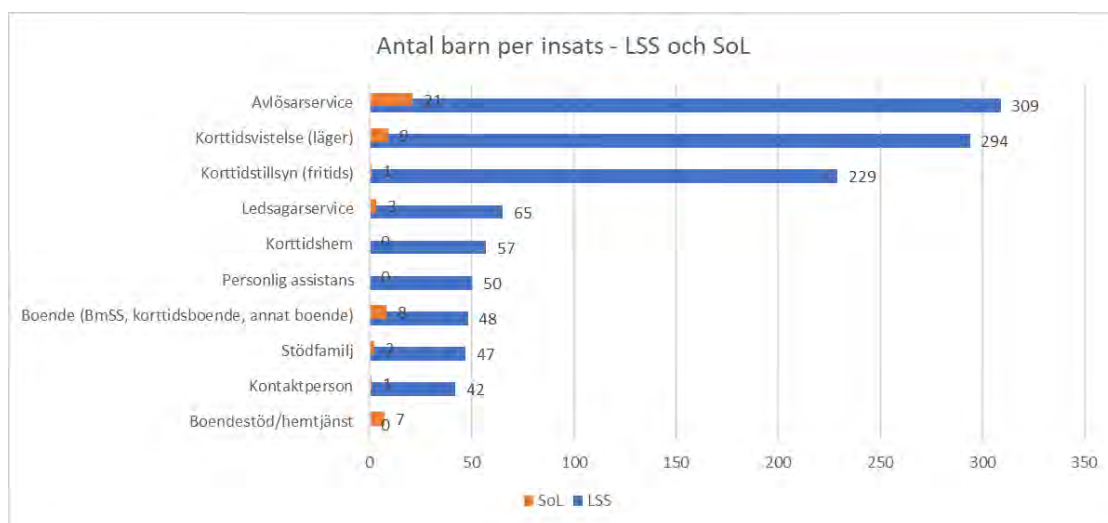
2 Nuläge

2.1 Nämndens verksamheter riktade till barn

Nämnden för funktionsstöd beviljar insatser till barn enligt lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade – LSS, och enligt socialtjänstlagen – SoL. Insatserna utförs i många fall i egen regi, men även av externa aktörer. De vanligaste insatserna för barn är avlösarservice och korttidsvistelse i form av läger eller korttidshem. Andra insatser är personlig assistans, ledsagning, stödfamilj, kontaktperson samt boende med särskild service (BmSS) för barn – även kallat barnboende. Förvaltningen fattar också beslut enligt LSS om korttidstillsyn för barn över 12 år (fritidshem) där besluten verkställs av grundskoleförvaltningen.

Därutöver ger nämnden omfattande stöd till olika föreningar med funktionshinderperspektiv, som kan omfatta både barn och vuxna. Förvaltningen organiserar också *Lots för barn och vuxna med funktionsnedsättning* som erbjuder information och vägledning om vilket stöd som finns i samhället för barn och vuxna med funktionsnedsättning. På *Dalheimers hus* bedrivs bland annat friskvårdsverksamhet som är tillgänglig för barn med funktionshinder och i huset finns *Eldorado Resurscenter* som erbjuder kultur- och fritidsupplevelser till barn och vuxna med intellektuell funktionsnedsättning. Andra icke biståndsprövade aktiviteter är kompisläger och Passalens Weekendklubb¹.

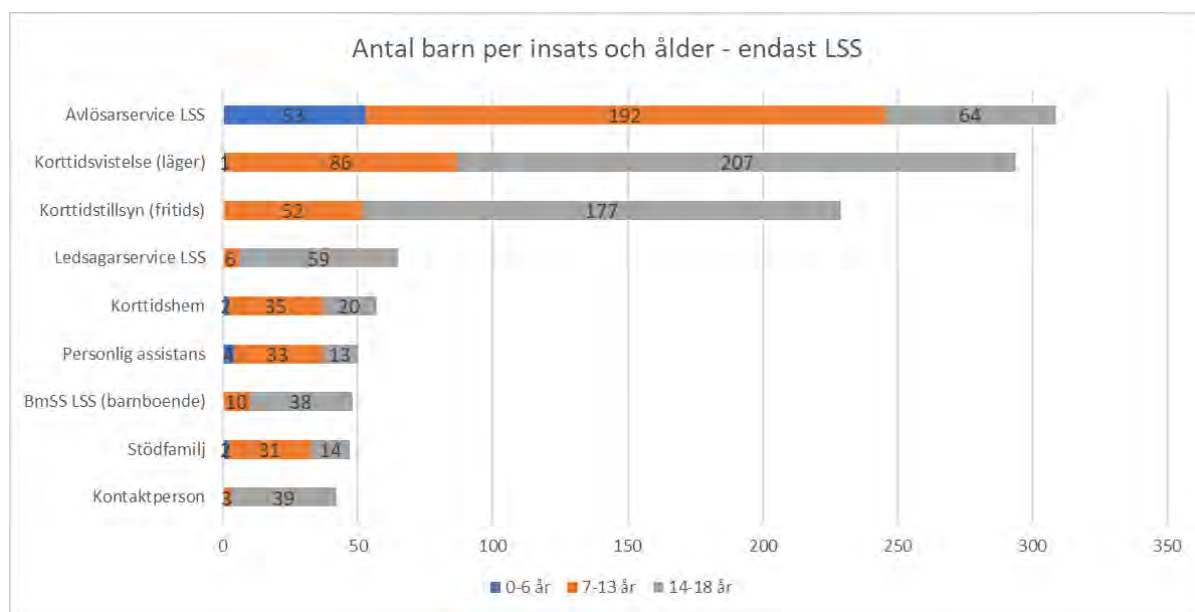
Den sista december 2022 hade 972 barn under 18 år någon beviljad insats, i form av drygt 1 140 insatser enligt LSS och drygt 50 insatser enligt SoL.



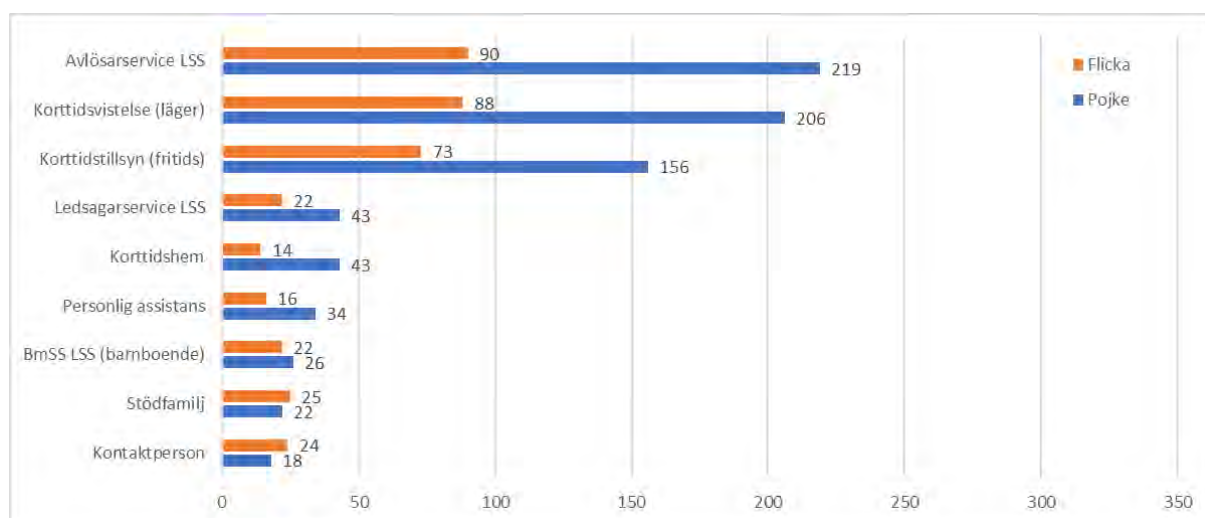
¹ Passalens Weekendklubb är ett innovationsprojekt som erbjuder inkluderande helgaktiviteter för barn och unga med funktionsvariation och drivs som idéburet offentligt partnerskap – IOP - i samverkan mellan föreningen Passalens och förvaltningen för funktionsstöd.

Av de barn som har insatsen BmSS enligt LSS så är det i december 17 barn som bor på boenden i stadens egen regi, medan majoriteten bor i boenden i annan regi. Omkring hälften av dessa är skolplaceringar, det vill säga stöd ges till boende för att en ungdom ska kunna gå i skolan utanför Göteborg.

Ju högre ålder på barnet desto vanligare är det att barnet har insatser. Insatsen korttidstillsyn kan endast ges efter 12 års ålder, men även övriga insatser omfattar i huvudsak barn över 7 år. De yngsta barnen och deras familjer har framför allt tillgång till insatsen avlösarservice.

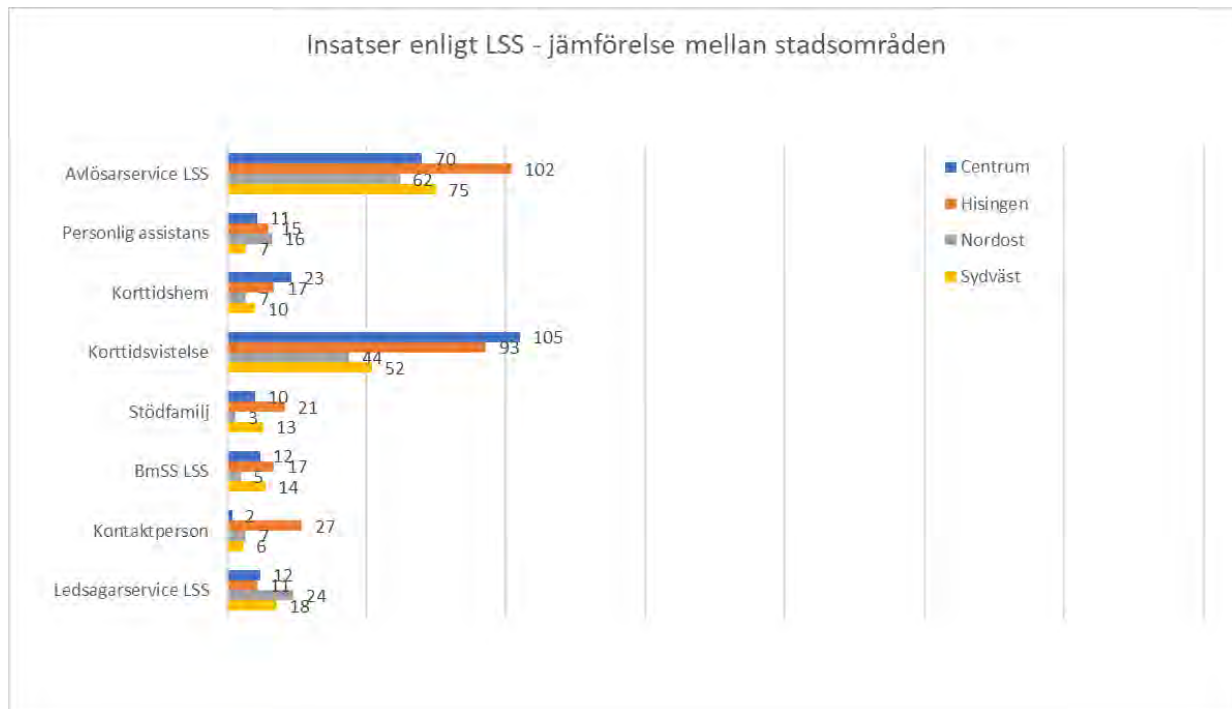


Liksom vid förra årets sammanställning är det avsevärt fler pojkar än flickor som har insatser enligt både LSS och SoL – ungefär 65 % av insatserna omfattar pojkar. Det ligger i linje med statistik i övriga riket och även med fördelningen mellan pojkar och flickor i grundskolan – där 66 % av eleverna i Göteborg var pojkar enligt Skolverkets statistik för läsåret 21/22.



Även om könsfördelningen följer mönstret i riket och jämfört med skolan, så är det viktigt att fortsätta bevaka och analysera om det finns några orsaker till den ojämna fördelningen som kan spegla en ojämlikhet i bedömningen.

De fyra stadsområdena har ungefär lika stor befolkning under 18 år, och med ungefär samma inbördes åldersfördelning. En något större andel av barnen, 31 %, bor på Hisingen, medan de övriga stadsområdena är jämnstora. Spridningen av insatser följer inte riktigt samma fördelning, framför allt när det gäller insatserna korttidshem och korttidsvistelse, samt insatsen kontaktperson - vilket kan vara värt att analysera vidare.



Arbetsättet hos förvaltningen är att utreda de ansökningar om stöd som inkommer utifrån de rättigheter som finns enligt befintlig lagstiftning. Den enskilde ansöker om insatser utifrån det egna behovet. Detta innebär att förvaltningen har begränsad möjlighet att påverka utfallet av insatserna i relation till kön, ålder eller geografisk hemvist. Möjligen kan förvaltningen se över hur olika insatser lyfts och diskuteras i mötet med barn och unga för att säkerställa att samtliga insatser ges lika stort utrymme.

2.2 Samverkan

Barn med funktionsnedsättning är en grupp som ofta möter många olika aktörer. Från kommunen kan det vara olika parter från funktionsstödsverksamheterna, förskola/skola, fritidsverksamheter samt individ- och familjeomsorg. Från regionen kan det bland annat vara habilitering, BUP, vårdcentraler, tandvård och specialistsjukvård. Flera familjer har också kontakter och stöd till exempel från Försäkringskassan. Behovet av samordning och samverkan är alltså stort och i flera fall finns lag som reglerar vad som ska finnas. Bristande koordination och samordning inom och mellan olika aktörer är dock enligt flertalet rapporter och utredningar mycket vanligt. Dessa brister drabbar särskilt barn och unga med samsjuklighet, olika psykiatriska tillstånd och stora sociala behov.²

² SOU 2021:34, Börja med barnen, sid 205 mfl

Som stöd i samverkan med regionen finns en *överenskommelse om samverkan för barns och ungas hälsa* mellan regionen och alla länets kommuner, liksom en gemensam riktlinje för SIP³ - samordnad individuell plan. Inom den delregionala vårdsamverkan finns en organisation för att arbeta övergripande med denna samverkan i göteborgsområdet.

2.3 Bedömning av verksamheterna

Externa och interna granskningar av verksamheterna

Varje år genomför inspektionen för vård och omsorg (IVO) inspektioner av alla särskilda boenden för barn och unga. Vid tillsyner 2021 lyfte IVO fram tre brister som ansågs vara allvarliga. Bristerna avsåg begränsningsåtgärder utan samtycke, bristande kompetens inom alternativ och kompletterande kommunikation, så kallad AKK, samt ohanterade avvikelser. Arbete har genomförts på alla förvaltningens barnboenden för att lösa dessa brister. Personal har fått kompetensinsatser inom AKK, översyn av begränsningsåtgärder och inhämtande av samtycke har fortsatt och mer systematiska arbetssätt för att hantera avvikelser har införts.

Under 2022 har fem tillsyner gjorts och två av rapporterna har inkommit. Rapporten för det ena boendet visar att omvårdnaden i boendet är individuellt utformad och att verksamheten inte tillämpar begränsande eller integritetskränkande åtgärder. IVO har därmed avslutat ärendet. Rapporten för det andra boendet konstaterar att det fortfarande finns brister kring samtycke för vissa begränsningsåtgärder. Denna brist och eventuella åtgärder ska redovisas till IVO i februari 2023. Utöver den påtalade bristen har tillsynen visat att verksamhetens bemanning och personalens kompetens ger förutsättningar för att tillgodose de boendes individuella omvårdnadsbehov och att verksamheten tar omhand och utreder avvikelser. De tre återstående rapporterna inväntas i början av 2023.

När anställda i förvaltningen får kännedom om ett missförhållande, eller en påtaglig risk för ett missförhållande, som rör en eller flera enskilda som får insatser inom verksamheten, så är medarbetaren skyldig att genast göra en lex Sarah-rapport. Förvaltningen är då skyldig att utreda, dokumentera och avhjälpa eller undanröja missförhållandet/risken för missförhållandet. Under 2022 har förvaltningen utrett 42 lex Sarah-rapporter i verksamheter som berör barn. Majoriteten av rapporterna, 31 stycken, gäller barnboende. En av dessa rapporter har lett till anmälan om allvarligt missförhållande till IVO. IVO avslutade ärendet utan vidare åtgärder vilket innebär att de bedömt att verksamhetens vidtagna åtgärder är tillräckliga.

Brukarbedömning

Inom korttidshem, läger och avlösarservice för barn genomförs brukarenkäter varje år med hjälp av en egen enkät i staden. Förvaltningen har valt att särskilt följa frågor om kommunikation och medbestämmande. Svarspoängen på frågan om de

³ Begreppet Västbus har ersatts av begreppet SIP och Västbusmöten heter nu SIP-möten. En SIP ska ge en samlad beskrivning av den enskildes pågående och planerade insatser, från kommun och region samt andra aktörer.

förstår den information de får av personalen är 90 av max 100, och på frågan om de är med och påverkar stödet och hjälpen de får är svarspoängen 80.

2.4 Hälsa- och sjukvård inom LSS- verksamheter för barn

Många barn med funktionsnedsättning har en omfattande medicinsk problematik och ett dagligt behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i form av exempelvis medicinering. Inom särskilda boenden, både för vuxna och för barn, är det enligt hälso- och sjukvårdslagen kommunen som har ansvar för hälso- och sjukvårdsåtgärder. Kommunens legitimerade personal har då ansvar för utförandet av ordinerade åtgärder och delegerar rätten att utföra somliga åtgärder till personal på boendena, efter att personalen utbildats. Ingen lex Maria har förekommit i något av barnboendena, men medicinskt ansvarig sjuksköterska bedömer att brister i patientsäkerhet ibland förekommer när det gäller utförandet av delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder.

En särskild problematik som omfattar barn med funktionsnedsättning handlar om trygghet och säkerhet i samband med hälso- och sjukvårdsbehov på korttidsvistelse. Många gånger har barnen nödvändig medicinering och andra hälso- och sjukvårdsåtgärder som har bedömts som egenvård⁴. Åtgärderna utförs i vardagen av vårdnadshavare eller personlig assistent.

Vid insatsen korttidsvistelse, i form av läger eller korttidshem, uppstår en otydlighet och ibland en risk när dessa hälso- och sjukvårdsbehov ska tillgodoses. Personalen inom verksamheterna förväntas utföra dessa åtgärder som egenvård, men ofta utan adekvat utbildning. Många gånger är det vårdnadshavarna som instruerar personal, och den riskbedömning som läkaren har gjort i bedömningen att åtgärden kan utföras som egenvård med hjälp av vårdnadshavare, är inte längre tillämplig. Eftersom det medicinska ansvaret är otydligt tvingas personalen ofta kontakta vårdnadshavare kring frågor om behandling eller oro kring det medicinska tillståndet. Eftersom insatserna har i syfte att avlasta vårdnadshavarna så tillmötesgår insatsen i de fallen inte deras behov.

Egenvårdsinsatser ska utföras endast om det finns ett egenvårdsbeslut från ansvarig läkare, eller motsvarande, som även beskriver åtgärderna. I dessa verksamheter har inte kommunens legitimerade personal något ansvar och de har heller ingen tillgång till vårddokumentation. Kommunen, vårdnadshavarna och regionen är skyldiga att samverka så att ansvarsfrågan är löst när barnet kommer till korttidsvistelsen.

Redan 2016 konstaterade IVO i en övergripande granskning av korttidshem att det ofta uppstår oklarheter om vem som har ansvaret för att tillgodose barnens hälso- och sjukvårdsbehov⁵. Kommunerna ansågs inte samverka i tillräcklig omfattning

⁴ Egenvård innebär åtgärder som en patient antingen kan utföra själv, eller med hjälp av anhörig eller personal. Det är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, ofta behandlande läkare, som bedömer att en åtgärd kan utföras som egenvård och att förutsättningar finns för att den kan utföras på ett patientsäkert sätt. Om en åtgärd bedöms som egenvård så är den inte längre en hälso- och sjukvårdsåtgärd och faller inte under den lagstiftningen.

⁵ IVO 2016-17, *Nästan som hemma*

med regionen för att få till tillfredsställande lösningar, och regionerna har enligt IVO inte tagit sitt ansvar för att hitta säkra lösningar på frågan.

I dialog mellan presidierna för nämnden för funktionsstöd och hälso- och sjukvårdsnämnden Göteborg, efterfrågades uppföljning av verksamheten på Broströmsgårdens korttidshem, där barn med mycket omfattande funktionsnedsättning vistas. Företrädare för nämndens korttidsverksamheter, tillsammans med företrädare för regionen, gjorde en genomlysning som beskriver problematiken, både på Broströmsgården och övriga korttidshem, och man efterlyser en vidare utredning där vårdgivaransvar och organisationsbyggnad, liksom egenvårdsfrågan, behöver utredas på nytt och tydliggöras.

Sedan 2023-01-01 finns en ny lag om egenvård⁶ och enligt propositionen till lagen föreslås Socialstyrelsen få ett uppdrag att stödja kommunerna i arbetet med egenvård. Parallellt pågår ett arbete i länet med översyn av den gemensamma egenvårdsrutinen i och med den nya lagen. Inom flera av kommunalförbunden i Västra Götaland pågår ett arbete för att se över hur situationen med egenvård inom korttidsverksamheter i LSS kan förbättras.

3 Barnrättsarbete under 2022

De grundläggande frågeställningarna, enligt vägledning för att genomföra ett barnbokslut, är om det har skett några förändringar i verksamheten som påverkar barn direkt eller indirekt och om man kan beskriva vilka resultat som åtgärderna har genererat, samt vilka resurser som avsatts och om de fördelas utifrån barns rätt till likvärdiga villkor.

Specifika fördjupningsfrågor, med koppling till de grundläggande artiklarna i barnkonventionen, är vilka åtgärder som har vidtagits för att:

- öka kunskapsnivån om barn och barns rättigheter samt för att utveckla metoder för att säkra ickediskriminering utifrån de sju diskrimineringsgrunderna? (§2)
- utveckla arbetssätt, rutiner och stöd för att göra systematiska prövningar av barnets bästa i verksamheten? (§3)
- stödja alla barn direkt/indirekt i att kunna utvecklas utifrån sina förutsättningar? (§6)
- inhämta barns åsikter inför beslut som rör dem samt för att involvera barn i strategiska frågor och stärka barns egen kunskap? (§12)

3.1 Förändringar i verksamheten

Den verksamhet som bedrivs inom förvaltningen för funktionsstöd är i sitt grundläggande uppdrag ämnad åt att individer ska få den hjälp och det stöd de behöver och att alla utifrån sina förutsättningar ska kunna leva ett självständigt liv med hög delaktighet, meningsfull sysselsättning och rik social samvaro. Allt arbete

⁶ Den nya lagen ersätter Socialstyrelsens föreskrift om egenvård och reglerar förutsättningarna för egenvård bland annat när det gäller personlig assistans. Lagens fokus är alltså inte problematiken kring egenvård på korttidsvistelse.

som bedrivs inom barnverksamheter kan därför sägas syfta till att stödja barn att utvecklas utifrån sina förutsättningar och för att uppfylla övriga artiklar i barnkonventionen. Det faktum att förvaltningen arbetar med barn med extra stora behov innebär emellertid att det är extra viktigt att arbeta på ett kunskapsbaserat och systematiskt sätt med ständig förbättring.

Det dagliga arbetet med ständiga förbättringar har koppling till alla ovanstående artiklar från barnkonventionen, och en tydlig sortering av åtgärder utifrån artiklar i barnkonventionen är inte alltid möjlig då åtgärderna har bäring på flera områden.

Öka kunskapsnivån om barn och barns rättigheter, motverka diskriminering

Inom både myndighets- och utförarverksamheterna har man arbetat aktivt med barnkonventionen både i utbildningar och dialoger. Nämndens värdighetsgarantier har antagits och ett implementeringsarbete av dessa har genomförts under året, bland annat på APT. Inom många verksamheter har man arbetat med att utveckla kompetensen i AKK för att öka förmågan att ta del av barnens egna uppfattningar, och barnens möjligheter att involveras i beslut som gäller dem.

Inom utförarverksamheterna har man under året arbetat systematiskt på flera plan. Man har som nämnts bedrivit utvecklingsarbete inom barnboende för att undvika begränsningsåtgärder, förbättra arbete med avvikelser och utbilda medarbetare inom AKK, baserat på IVO:s tidigare granskningar. Genom den gemensamma organiseringen i en stor avdelning, för förvaltningens verksamheter för barn och unga, har förvaltningen kunnat samla resurser och anställa två metodutvecklare. Ett program – kompetenshjul – har tagits fram för att möjliggöra regelbunden kompetensutveckling i barnrätt, AKK, lågaffektivt bemötande, undvikande av begränsningsåtgärder med mera. Som resultat av arbetet har IVO funnit att tidigare års synpunkter inte lägre är aktuella vid granskningar av nämndens barnboende.

Förvaltningen bedriver även en liknande satsning ”assistansskolan”, där personliga assistenter genom en serie utbildningstillfällen får lära sig mer om allt från diagnoser och bemötande till välfärdsteknik och våld i nära relationer.

Utifrån att behov av utbildningar i AKK efterfrågades redan i förra årets barnbokslut har förvaltningen, genom Eldorado resurs, tagit fram webbaserade utbildningar i AKK med tillhörande arbetsmaterial.

Utveckla arbetssätt, rutiner och stöd för att göra systematiska prövningar av barnets bästa i verksamheten

En viktig förändring som verkstälts under året är att myndighetsutövningen har organiserats med särskilda enheter som fokuserar på barn och unga. Den nya organiseringen har inneburit bättre fokus på och kunskap om barnrättsperspektivet liksom kompetens för att öka barnens delaktighet. Förvaltningen har också tagit fram och infört en särskild rutin för att beakta barnrättsperspektiv och barnets bästa i handläggning både av barnärenden och vuxenärenden, där barn kan påverkas indirekt. I ett vuxenärende kan det exempelvis handla om att planera stödsatser så att de sker när barnet inte är närvarande. Inom ramen för rutinen finns även stödmaterial för att bättre informera barn och checklistor för bedömning av barns bästa, samt för att genomföra barnkonsekvensanalys.

Under året har direktörerna för de sex socialförvaltningarna initierat arbete med att hantera det man kallar *Ny socialtjänst*, för att ge bättre stöd till personer med behov som berör flera förvaltningar, i frågor där det funnits problem kring gränsdragningar. En övergripande samverkansgrupp har startat, för att hitta former med individens bästa för ögonen och en särskild arbetsgrupp finns med fokus på barn. I detta utvecklingsarbete har en rutin om *Samordnad plan* tagits fram under året, vilket innebär att professionerna möts för att planera ett samordnat och rättssäkert stöd för personen. En utredning har gjorts för att klargöra förutsättningarna för att hantera kombinationen av LSS-insatser och omhändertagande med hjälp av LVU - lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga. Frågan har varit hur samverkan över förvaltningsgränser ska kunna ske för ett samordnat stöd för barn och deras familjer. Bland annat visar utredningen att det inte finns något rättsligt hinder att barn har en LSS-insats samtidigt som det finns ett omhändertagande enligt LVU.

Under 2022 har nämnden behandlat ett ärende⁷ om ändrad, mer generös, praxis när det gäller korttidsvistelse. Huvudfrågan i ärendet är om barn som har personlig assistans även ska kunna få rätt till korttidsvistelse. I ärendet konstateras att ökad korttidsvistelse kan bidra till att minska behovet av särskilda boenden för barn, samt att korttidsvistelsen kan vara väsentlig när det finns syskon i familjen, för att ge syskonen egen tid med sina föräldrar. En revidering av handboken för handläggning pågår och ett uppdrag har getts om att ta fram utredningsstöd för bedömning av korttidsvistelse.

Ett forskningsprojekt som kommer att bedrivas från 2023 har initierats, som närmare ska studera perspektivet hos barn som anhöriga, med fokus på att vara syskon till barn som har insatsen personlig assistans. Ytterligare ett projekt som startat under 2022 görs i samarbete med forskare från FoU i väst som är Göteborgsregionens gemensamma enhet för forskning och utveckling. Förvaltningen och stadens gemensamma inköpsorganisation SPINK kommer att genomföra en kvalitetsuppföljning av placeringar av barn och unga på korttidshem och läger. Syftet är att fånga upp socialsekreterarnas och barnens synpunkter på aktuella utförare. Resultatet kommer sedan att kunna användas för utvärdering av aktuella utförare samt som underlag för verksamhetsutveckling och upphandling.

Stödja alla barn i att kunna utvecklas utifrån sina förutsättningar

Ett arbete pågår inom myndighetsutövningen för att förstärka användningen av IBIC, dvs individens behov i centrum. Metoden stärker varje individs möjlighet att utvecklas utifrån sina förutsättningar, och används vid utredning och uppföljning.

Socialsekreterarna som möter barn och unga i behov av en mer aktiv fritid eller socialt sammanhang arbetar också aktivt med att uppmuntra till deltagande i weekendklubbar, utifrån partnerskapet med Passalen. Arbetssättet har resulterat i ökat deltagande under året - från 53 personer halvår ett, till 68 personer halvår två.

Att all stödverksamhet i form av läger, korttidshem och liknande inom Göteborgs Stad nu finns samlad på en avdelning har skapat utrymme att ha metodstödjare och

⁷ § 207, Dnr N161-0578/22, Återrapportering av uppdrag om korttidsvistelse för barn med funktionsnedsättning

bedriva kompetensutvecklingsinsatser på ett nytt sätt. Det kompetensutvecklingsarbete som bedrivits hos utförarverksamheterna under året beträffande kommunikation, värdighetsgarantier, lågaffektivt bemötande med mera, har ökat barnens möjligheter att utvecklas utifrån sina förutsättningar.

Under hösten har en samlokalisering av två korttidshem för barn och unga genomförts, vilket har skapat bättre möjligheter till att utveckla aktiviteter och använda medarbetarnas kompetens där den behövs som mest.

Under året har också en dialog påbörjats med skolförvaltningarna för att undersöka hur staden kan underlätta för fler barn att genomföra sin skolgång på hemmaplan istället för i kommuner långt hemifrån, för att öka deras möjlighet att fortsätta bo med sina familjer. Dialogen planeras fortsätta under 2023.

Inhämta barns åsikter inför beslut som rör dem samt för att involvera barn i strategiska frågor och stärka barns egen kunskap

De olika tillfrågade enhetscheferna beskriver ett aktivt arbete med att medvetandegöra och engagera barn och unga. Själva syftet med verksamheterna är att stärka och utveckla barns möjligheter att utvecklas utifrån sina förutsättningar så detta finns med i allt man gör. Därmed finns hela tiden en ambition att involvera och efterfråga barnens synpunkter samt ett ständigt pågående arbete att hitta fungerande sätt att efterfråga reaktioner och önskemål och i möjligaste mån medvetandegöra barnen om sina rättigheter. Ett utvecklingsarbete under året har också fokuserat på större enhetlighet i hur man arbetar med genomförandeplaner och att möjliggöra större delaktighet för barnen.

Under året har förvaltningen arbetat med införande av värdighetsgarantierna, som alla har en tydlig koppling till de övergripande målen för funktionshinderpolitiken såväl som barnrättsperspektivet. De fem värdighetsgarantierna är:

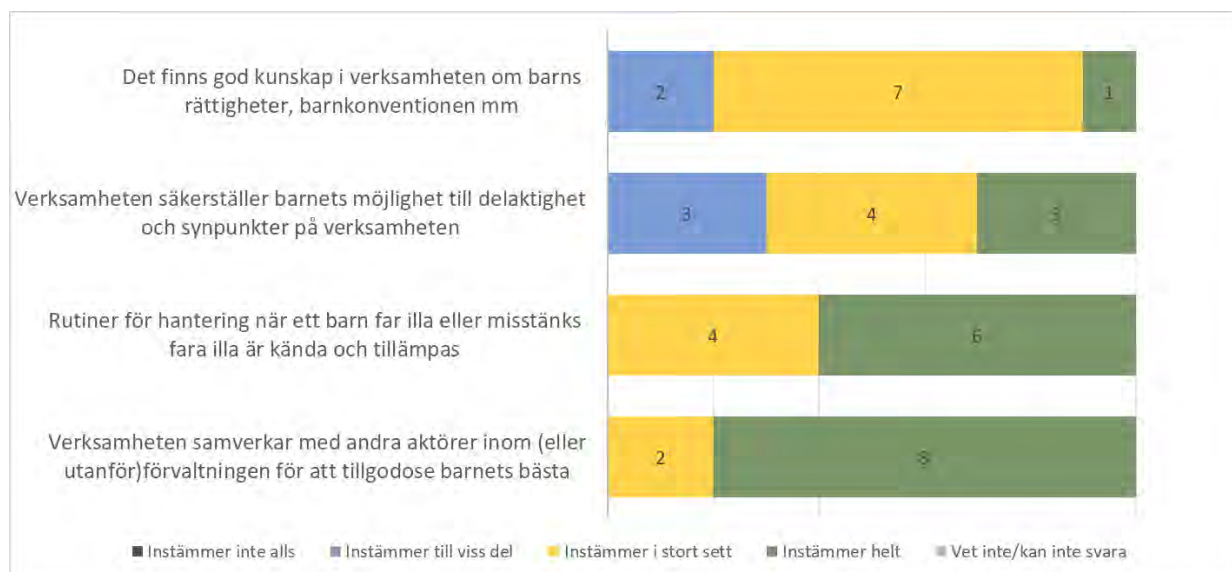
- **Bemötande.** Vi respekterar dig, din integritet och dina upplevelser. Vi visar omtanke och bemöter dig med värdighet och medmänsklighet. Vi har förståelse för att din situation är unik.
- **Kommunikation och kompetens.** Du ska kunna förstå oss och vi ska förstå dig. Vi har kunskap om dina funktionsnedsättningar, kommunikationssätt och ger stöd i att använda de hjälpmedel du behöver.
- **Självständighet och delaktighet.** Vi stöttar och möjliggör för dig att kunna vara delaktig och påverka sin situation. Vi utgår från dina förmågor och uppmuntrar dig till att vara självständig och självbestämmande.
- **Trygghet och kontinuitet.** Du ska trivas och känna dig trygg. Alla som ger dig stöd ska känna till dina behov och hur du vill att stödet ges. Stödet ska präglas av kontinuitet och förutsägbarhet.
- **Synpunkter och kontakt.** Du ska veta vem du kan vända dig till med önskemål och dynpunkter kring ditt stöd. Det ska kännas enkelt och tryggt att kontakta oss. Vi lyssnar på dina synpunkter och du ska få ett tydligt svar.

Värdighetsgarantierna tydliggör vad förvaltningen kan och ska ge för stöd och service och möjliggör viktiga diskussioner om innehåll och arbetssätt och de ska också underlätta för berörda att framföra synpunkter. Bland annat finns ett APT-material och ett särskilt framtaget fördjupningsmaterial med koppling till barnperspektivet, som har använts av flertalet av förvaltningens verksamheter som utför insatser för barn. På detta sätt har ett mer enhetligt förhållningssätt skapats.

Inom barnboendeverksamheterna har en forskningsstudie genomförts under året, om barns delaktighet på BmSS⁸. Rekommendationer och slutsatser av studien är att personalens möjligheter att göra barnen delaktiga behöver förbättras, vilket handlar om arbetsvillkor, samsyn och kompetens. Studien rekommenderar också att förvaltningen fördjupar kunskap om vad som ligger bakom beslut om BmSS och vilka alternativ som finns. Utifrån resultaten, tillsammans med tidigare identifierade erfarenheter, har ett arbete initierats mellan myndighetsutövningen och barnboendeverksamheterna. Ambitionen är att undersöka möjligheter att, genom ökat stöd till familjer och med hjälp av andra typer av insatser, kunna minska behovet av barnboende.

Enkät till enhetschefer

I en enkät som genomfördes med enhetschefer inom utförar- och myndighetsverksamheter för barn i samband med detta barnbokslut, fanns ett antal påståenden att värdera. Svar från tio chefer och verksamhetsutvecklare ger en bild av att samverkan för att tillgodose barnets bästa fungerar väl, och att verksamheterna har goda rutiner för att hantera när ett barn misstänks fara illa. Däremot kan det finnas skäl att genomföra ytterligare insatser för att öka kunskap om barnrätt, samt att vidareutveckla metoder och möjligheter för barnens delaktighet. Resultatet stämmer väl överens med förra årets utvecklingsområden.



3.2 Resurssättning

Eftersom förvaltningen har att utreda de ansökningar om insatser och bistånd som inkommer och att verkställa de beslut som fattas utifrån befintliga regelverk, så är omfattning på, och fördelning av, resurser en fråga som i huvudsak styrs av externa faktorer. De skillnader som kan ses angående vilka insatser som förekommer i olika stadsområden, visar dock att det kan vara viktigt att följa den nya rutinen för barnrättsarbete inom myndighetsutövningen och analysera om det finns skillnader i tillämpningen.

⁸ Hur kan man öka barns delaktighet på LSS-boenden?, FoU i Väst

Barnrättsplanen är ett halvår gammal. Den anger att det i varje nämnd bör finnas ett utpekat ansvar på ledningsnivå för att se till barns rättigheter i den egna verksamheten och för att säkerställa samverkan kring barnrätt med övriga verksamheter i staden. Förvaltningen har idag en utsedd funktion som arbetar med barnrättsarbetet integrerat med annat kvalitet- och rättighetsarbete, men ett utpekat ansvar för barnrätt på ledningsnivå finns inte idag. Samtidigt är rättighetsområdena i programmet för full delaktighet för personer med funktionsnedsättning utgångspunkt för majoriteten av nämndens utpekade mål, och aktiviteter och resurser avsätts i och med dessa satsningar för att stärka barns självständighet, trygghet, hälsa och fritid.

3.3 Föreslagna utvecklingsområden

Ett syfte med barnbokslutet är också att ge en uppdaterad bild av vilka utvecklingsområden som finns och identifiera önskade prioriteringar att arbeta vidare med för att ytterligare förbättra barns livsvillkor och stärka barns rättigheter. I processen med att sammanställa barnbokslut har vissa områden och förslag återkommit i samtal och enkäter med avdelningarna.

- **Kompetensutveckling.** Flera enhetschefer och verksamhetsutvecklare påtalar behov av mer utbildningar och satsningar som handlar om barnrätt för att stötta personal och chefer – webbutbildningar lyfts som förslag. Även utbildning inom autism/neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och intellektuell funktionsnedsättning efterfrågas av någon, liksom mer kompetensutveckling inom AKK. Några enhetschefer föreslår även att skapa utbildningsmaterial om rättigheter som är anpassade till deltagare/brukare, även om rättigheter som man har ”trots” sin funktionsnedsättning.
- **Intern samverkan.** Behov har påtalats av att samverkan mellan utförarverksamheter för barn och myndighetsenheter för barn behöver utvecklas för att förbättra helhetsperspektivet. Särskild samordning med gemensamma kompetensinsatser och forum för dialog lyfts som tänkbara metoder.
- **Samverkan med skolan.** Övergripande samverkan och kontakt mellan skolverksamhet och utförare inom funktionsstöd, till exempel för utveckling av fritidsaktiviteter. Myndighetsverksamheten lyfter behov av bättre samverkan med skola för att säkerställa specialkompetens i vissa individärenden i syfte att förhindra att skolstarten försenas, samt behov av tidig samverkan med skola och socialtjänst för att motverka rekrytering till kriminella nätverk eller liknande.
- **Samverkan avseende hälso- och sjukvårdsinsatser.** Utveckling av samverkan och förbättrade rutiner behövs för säkrare hälso- och sjukvård inom korttidsvistelse och -boende.
- **Särskilda insatser för att utveckla verksamheter.** Några verksamhetsspecifika utvecklingsbehov har framkommit såsom önskemål att skapa särskilt kvalificerade verksamheter, som jourhem/korttidshem för komplexa behov, eller att genomföra anpassningar i miljön på barnboende – exempelvis anpassning av innemiljöer för att skapa trygga förutsättningar.

- **Insatser kopplade till programmet för full delaktighet för personer med funktionsnedsättning och barnrättsplanen.** Enkäten till enhetschefer påtalar behov av fortsatt arbete för att öka trygghet och för att kompetensutveckla kring våld i nära relationer. Önskemål framkommer också om fortsatta satsningar på bättre fritid för barn med funktionsnedsättning, vilket ligger i linje med nämndens uppdrag för 2023. En problematik har också lyfts avseende barnets bästa i myndighetsbeslut, när exempelvis lägerinsatser ibland avslutas mitt i terminen.

I arbetet med barnbokslutet har framför allt utvecklingsbehov som avser kompetensutveckling och samverkan lyfts, och fortsatt utveckling inom dessa områden kan på ett tydligt sätt påverka barns förhållanden inom flera av rättighetsområdena i programmet för full delaktighet för funktionshindrade. Det gäller särskilt rätt till ett självständigt liv, rätt till information och kommunikation och rätt till ett tryggt liv. Dessa utvecklingsbehov ligger väl i linje med både barnrättsplanen och programmet för full delaktighet.

Sedan tidigare har nämnden ett fokus på fritid och på tidiga sociala insatser som ska skapa likvärdiga livschanser för alla. Nämnden har ett uppdrag att under 2023 samverka med socialnämnderna, idrotts- och föreningsnämnden samt föreningslivet för att förstärka och utveckla möjligheterna till bra fritidssysselsättning för barn med funktionsnedsättning. Utifrån de behov som identifierats när det gäller barn som bor i BmSS på annan ort för att kunna gå i skola, så har förvaltningen tagit initiativ till att se över och utveckla det stöd som ges. Syftet är att på ett mer långsiktigt och effektivt sätt stödja barns möjlighet att bo tillsammans med sina familjer, exempelvis genom större flexibilitet när det gäller korttidsvistelse för barn, familjehem och avlösarservice. Båda uppdragen kommer att finnas i verksamhetsplanen för 2023.

4 Uppföljning av insatser

Göteborgs Stads barnrättsplan har identifierat önskvärda insatser som syftar till att stärka förutsättningarna för att bedriva ett systematiskt och inkluderande barnrättsarbete. Nedan listas insatserna tillsammans med en kort sammanfattande beskrivning av nämndens arbete under 2022.

Nr.	Insatsnamn i planen	Kommentar utifrån nämndens barnrättsarbete 2022
Insatser för kompetenshöjning		
Insats 1:1	Öka den grundläggande kompetensen om barns rättigheter	Utbildningar i barnrätt, barnkonventionen har genomförts brett över förvaltningen. Ytterligare kompetenshöjande insatser efterfrågas. Organisering i särskilda enheter som endast arbetar med barn ökar kompetensen och möjligheterna att ta hänsyn till barnrättsperspektivet.
Insats 1:2	Utveckla metoder för att följa upp barns livsvillkor utifrån alla barns lika värde.	Rutiner för myndighetsutövning med särskilt beaktande av barnrätt har tagits fram och börjat tillämpas under året. Användning av IBIC i uppföljning av beslut skapar systematik.

		Brukarenkäter i barnverksamheterna ger möjlighet att följa barnens åsikter om insatserna.
Insats 1:3	Utveckla metoder för barns delaktighet.	Stödmaterial för utredning och uppföljning med barnrättsperspektiv framtaget och implementerat hos myndighetsenheterna. Metodutvecklare och utbildningsinsatser (kompetenshjul och assistansskola) inom utförarverksamheterna för barn, för att öka kunskaper i AKK, kunskap om funktionshinder, lågaffektivt bemötande med mera – som ökar barnens möjligheter att vara delaktiga. Förvaltningsövergripande har webbaserade utbildningar i AKK med tillhörande arbetsmaterial tagits fram.
Insatser för styrning och ledning		
Insats 2:1	Identifiera hur den egna verksamheten påverkar barns rättigheter utifrån barns olika livsvillkor	Analysen påbörjades i och med arbetet med barnbokslut. Fortsatt analys och kompetensökning kan vara relevant, liksom tydligare inkluderat barnrättsperspektiv i strategiska beslut.
Insats 2:2	Identifiera och använda metoder för barns delaktighet som är anpassade utifrån barns olika förutsättningar.	Se kommentar på insats 1:3 Att systematisera underlag till ledningsnivån för att möjliggöra fortsatt förbättringsarbete kan vara en utvecklingsinsats.
Insats 2:3	Säkerställa samverkan kring barnrätt	Många goda exempel på samverkan, och omfattande initiativ har tagit för att organisera samverkan mellan de sex socialförvaltningarna. Ytterligare insatser efterfrågas av verksamheterna. Ett utpekat ansvar på ledningsnivå för att se till barns rättigheter samt för att säkerställa samverkan efterfrågas i barnrättsplanen.
Insats 2:4	Årligen upprätta barnbokslut	Detta dokument
Insatser direkt riktade till barn		
Insats 3:1	Genomföra en kommunikationsinsats till barn om deras rättigheter	Genom <i>Lots för barn och vuxna med funktionsnedsättning</i> ges information och vägledning om vilket stöd som finns i samhället. Aktiv information om Passalens verksamhet ges inom myndighetsutövningen. Ytterligare insatser efterfrågas.
Insats 3:2	Medborgarkontor med tydlig inriktning för barn	Nämnden för funktionsstöd har inget ansvar i insatsen
Insats 3:3	Säkerställa insatser för placerade barns rätt till utbildning	Nämnden för funktionsstöd har inget ansvar i insatsen
Insats 3:4	Höja valdeltagandet till Ungdomsfullmäktige	Nämnden för funktionsstöd har inget ansvar i insatsen

5 Avslutning

Nämndens övergripande prioritering inför 2023 är liksom tidigare år att livsvillkoren för personer med funktionsnedsättning ska förbättras. Därtill har nämnden ett särskilt uppdrag att uppmärksamma barns situation inom verksamhetsområdet, för att säkerställa barnperspektivet. De tio rättighetsområdena i programmet för full delaktighet för personer med funktionsnedsättning ligger som grund för verksamhetsplaneringen. Satsningar inom samtliga dessa rättighetsområden kommer att kunna ge bäring på barns situation.

Förvaltningen har själv rådighet över insatser för att öka kompetens avseende både barnrätt och mer riktade insatser som kommunikation, våld i nära relationer och lågaffektivt bemötande. Kompetensutvecklingskoncept finns påbörjade och det är prioriterat att de kan fortsätta och få spridning. Förvaltningen äger också själv frågan om samverkan mellan avdelningar, där utvecklingsbehov har påtalats och där en gemensam helhetssyn på barnets situation bör kunna uppnås.

Förvaltningen för funktionsstöd har genom sin storlek goda möjligheter att utveckla och driva insatser både för kompetensutveckling och samverkan och för innovativa, förbättrande aktiviteter.