



Vänersborgs kommun

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse Socialnämnden 2024

Sammanfattning

Den samlade kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen syftar till att ge en bild av hur kvalitetsutvecklingen och patientsäkerhetsarbetet fortgår inom socialnämndens hela ansvarsområde. Den sammanhållna berättelsen främjar helhetssyn och ökad möjlighet att samordna förbättringsåtgärder i syfte att öka kvalitén inom samtliga verksamheter. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen sammanfattar det gångna årets kvalitetsarbete utifrån Patient- och brukarperspektiv (t ex nationella undersökningar, synpunkter och klagomål) och verksamhetsperspektiv (egenkontroller, avvikelserapportering, externa och interna granskningar)

Under 2024 har förvaltningen fortsatt det systematiska kvalitetsarbetet, efter en övergång från projektorganisation till en förvaltningsorganisation. Arbetet med att arbeta processinriktat och med riskanalyser, egenkontroller kommit lite olika långt inom olika verksamhetsområden, men på helheten tagit tydliga steg framåt.

Socialtjänsten och hälso- och sjukvården nationellt står i och inför att hantera stora utmaningar, framförallt vad avser att erbjuda nödvändiga insatser av god kvalitet till allt fler även i ett läge där tillgången till personal med adekvat kompetens minskar. Hur väl omställningen går till intentionerna till en god och nära vård och en effektiv och lätt tillgänglig socialtjänst kommer sannolikt att påverka utvecklingskurvan/de lokala förutsättningarna i varje kommun, och det är också ett område som behöver utvecklas i mycket nära samarbete med andra huvudmän. Under 2024 har omställningen till god och nära vård fortsatt och förberedelser påbörjats gällande en ny socialtjänstlag. Som en del av detta har också förvaltningen påbörjat ett arbete med omvärldsanalys på förvaltningsnivå, med grund i den kommunövergripande trendanalysen

Den sammanfattande bedömningen är att socialnämnden bedriver hälso- och sjukvård och socialtjänst som till stora delar uppnår god kvalitet och patientsäkerhet. Berättelsen sammanfattar också särskilt viktiga utvecklingsområden där fortsatt arbete behöver ske.

Innehåll

Sammanfattning	2
Innehåll.....	3
<i>Förkortningar och definitioner.....</i>	<i>3</i>
1. Inledning.....	5
1.1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	5
1.2 Vad är kvalitet inom socialtjänst och hälso- och sjukvård?.....	6
1.3 Ansvar i kvalitetsledning	7
2. Process – Åtgärder för att säkerställa verksamhetens kvalitet	9
2.1 Hur har socialnämndens kvalitetsarbete bedrivits?	9
2.1.1 Kunskapsbaserad	12
2.1.2 Säker	13
2.1.3 Individanpassad.....	14
2.1.4 Effektiv	15
2.1.5 Jämlik.....	16
2.1.6 Tillgänglig	16
2.2 Riskanalys.....	17
2.3 Avvikelser	18
2.3.1 Lex Sarah	20
2.3.2 Lex Maria.....	21
2.3.3 Synpunkter och klagomål	21
3. Egenkontroller	21
3.1 Senior alert.....	23
3.2 Palliativregistret.....	24
3.3 BPSD.....	24
3.4 Läkemedelsgenomgångar	25
3.5 Kvalitetsgranskning läkemedelshanteringen	25
3.6 Punktprevalensmätning basala hygienrutiner och klädregler.....	26
3.7 Uppföljning kontakter med läkarjouren Källstorp Trollhättan	27
3.8 Rättssäkerhet och följsamhet till ny lagstiftning.....	27
3.9 Granskning av dokumentationens kvalitet.....	30
3.10 Andra egenkontroller	31
3.10.1 Riktad egenkontroll gällande insatsen städning (hemtjänst).....	31
3.10.2 Säkra vårdövergångar.....	31
3.10.3 Avvikelserapportering mellan vårdgivarna sker i Med Control Pro.....	32
4. Uppföljning privata utförare, verksamhet upphandlad enligt LoU	33
5. Nationella brukarundersökningar och öppna jämförelser	34
6. Våld i nära relation	36
7. Barnbokslut – barnrättsarbete.....	37
8. Samverkan.....	41
9. Resultat och analys	44
10. Mål och aktiviteter för 2025-2027.....	45

Förkortningar och definitioner

I enlighet med Klarspråk undviks förkortningar så långt det är möjligt i dokumentet.

Nedan följer förklaringar av de förkortningar som används, bland annat i tabeller. Övriga förkortningar skrivs ut vid första användningen i löptext.

Verksamhetsområden:

Administrativa avdelningen (ADM)
Arbete, sysselsättning och integration (ASI)
Individ och familjeomsorg (IFO)
Kvalité och utveckling (KoU)
Personligt stöd och omsorg (PSO)
Vård och omsorg (VoO) Hemtjänst
Vård och omsorg (VoO) Särskilt boende (Sä Bo)

Roller och ansvarsnivåer

Förvaltningschef (FC)
Verksamhetschef (VC)
Enhetschef (EC)
Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Medicinskt ansvarig rehabilitering (MAS/MAR)
Socialt ansvarig samordnare (SAS)

1. Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap 3§) ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Av patientsäkerhetsberättelsen ska tydligt framgå strategier, mål och resultat av arbetet med att säkerställa och förbättra patientsäkerheten i syfte att göra vården säkrare och att det ska bli enklare för patienter att tillvarata sina rättigheter, t ex anmäla felbehandling.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) bör vårdgivare eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Syftet med kvalitetsberättelsen är främst att beskriva arbetet med att fortlöpande säkra och utveckla kvaliteten inom nämndens verksamheter under det gångna året. I kvalitetsberättelsen sammanfattas även uppnådda resultat och effekter samt kommande behov av förbättringsarbete.

Den samlade kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen syftar till att ge en bild av hur kvalitetsutvecklingen fortgår inom socialnämndens hela ansvarsområde. Den sammanhållna berättelsen främjar helhetssyn och ökad möjlighet att samordna förbättringsåtgärder i syfte att öka kvaliteten inom samtliga verksamheter.

1.1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Vårdgivaren ska enligt SOSFS 2011:9 "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheterna. Föreskriften omfattar såväl socialtjänst som verksamhet inom hälso- och sjukvård.

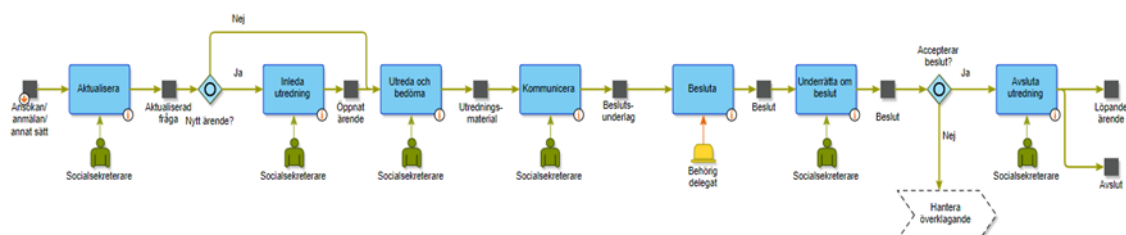
Ledningssystemet ska ge stöd i att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det ska även bidra till att händelser som kan leda till missförhållanden, vårdskador eller andra avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten kan förebyggas.

Ledningssystemets grunder utgår från två delar:

- fastställande av processer och rutiner, dvs hur vi ska arbeta för att säkerställa god kvalitet. (se bild 1 nedan som exempel)
- Systematiskt förbättringsarbete genom att genomföra riskanalyser, egenkontroller, samt utreda och analysera avvikelser samt klagomål och synpunkter skapas underlag för de förbättrande åtgärder som behövs.

Under 2024 har förvaltningen fortsatt det systematiska kvalitetsarbetet, där majoriteten av huvudprocesserna och stödprocesser är kartlagda och fokus nu har legat på förbättringsarbetet genom egenkontroll och riskanalys. I detta sker också löpande anpassning av befintliga processer, som verksamheterna själva kan göra genom utsedda modellörer.

Bild 1. Exempel på process, försörjningsstöd



1.2 Vad är kvalitet inom socialtjänst och hälso- och sjukvård?

Kvalité beskrivs i SOSFS 2011:9 på följande sätt:

"Att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade, och beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Med hjälp av processer och rutiner samt ett systematiskt förbättringsarbete ska verksamheten uppnå kvalitet."

Socialstyrelsen har tagit fram sex övergripande kvalitetsindikatorer för god vård och omsorg, dvs kvalitet inom socialtjänst och hälso- och sjukvård, som beskrivs i bilden nedan:



Källa: Socialstyrelsen

God kvalitet i socialtjänsten innebär bland annat:

Att insatserna bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet (1 kap 1§ SoL, 6§ LSS)

Att det finns den personal som behövs, med lämplig utbildning och erfarenhet

Att insatserna utgår från en helhetssyn, är samordnade och präglade av kontinuitet

Att verksamheterna bedrivs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (evidens)

Myndigheten präglas av rättssäkerhet

God kvalitet i hälso- och sjukvård innebär att vården särskilt ska:

- vara av god kvalitet med en god hygienisk standard
- tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen
- vara lätt tillgänglig



1.3 Ansvar i kvalitetsledning

För att ledningssystemet ska vara väl fungerande krävs en tydlig ansvarsfördelning. Den som bedriver hälso- och sjukvård, socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska säkerställa att verksamhetens medarbetare arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.



Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet

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

Nämnd

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

Förvaltningschef

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

Verksamhetschef enligt HSL

Ledningen inom hälso- och sjukvård ska enligt lag vara organiserad så att det säkerställs

Socialnämnden, Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse – 2024

hög patientsäkerhet och god kvalitet. I varje nämnd ska det beslutas vem som har det samlade ansvaret för hälso- och sjukvårdsverksamheten och är ansvarig verksamhetschef enligt HSL.

Verksamhetschef

Socialförvaltningens verksamhetschefer har ett helhetsansvar för sin specifika avdelning. Verksamhetschefen ansvarar för att genomföra riskanalyser inför större förändringar i verksamheten så som organisatoriska förändringar, byte av/förändrade behandlingsmetoder, medicinteknisk utrustning. Verksamhetschefen ansvarar för att mål formuleras för verksamheten och att dessa nås, samt svara för uppföljning och analys av verksamheten så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården och omsorgen. Verksamhetschefen ansvarar för att personalen inom verksamheten har kännedom om gällande författningar, riktlinjer, rutiner och att dessa följs och att medarbetarna får adekvat introduktion och fortsatt kompetensutveckling

Enhetschef

Enhetschef ansvarar för att inom sina enheter systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. De ska planera och leda genom processerna, kontrollera, följa upp och utvärdera genom riskanalyser och egenkontroller och förbättra verksamheten samt dokumentera kvalitetsarbetet.

Medarbetarna

All personal ska vara delaktig i kvalitetsarbetet och på enhetsnivå kan arbetsplatsträffar vara forum för kvalitetsfrågor.

Chef för kvalitets- och utvecklingsfunktioner

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

MAS/MAR

Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Medicinskt ansvarig rehabilitering arbetar övergripande med hälso- och sjukvårdsfrågor. Ansvaret är lagstyrt för att patienterna ska få en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. I uppdraget ingår kvalitetssäkring av hälso- och sjukvårdens processer, rutiner samt uppföljning och utvärdering av patientsäkerhet och vårdkvalitet. MAS utreder och anmäler ärenden enligt lex Maria.

MAS och i tillämplig omfattning MAR ansvarar enligt 4 kap 1 stycket Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) för att:

1. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355),4.
4. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
 - a) läkemedelshantering,
 - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), och
 - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

MAS ansvarar tillsammans med verksamhetens chefer för det systematiska patientsäkerhetsarbetet utifrån lagstiftning och styrdokument. Säkerställer att samverkan sker mellan hälso- och sjukvård, myndighet och verkställare när patientens behov fordrar det. Utreder och bedömer rapport om risk för eller allvarlig vårdskada enligt lex Maria, samt ansvarar för anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

SAS

Socialt ansvarig samordnare har till uppgift att utveckla, säkra och följa upp delar av det systematiska kvalitetsarbetet samt utöva kvalitetsgranskningar i verksamheten. SAS granskar och kvalitetssäkrar verksamheternas huvudprocesser vid behov samt kan initiera behov av förändring. Vidare bedriver SAS omvärlds- och lagkravsbevakning. SAS har också huvudansvar för att utreda inkomna rapporter enligt lex Sarah samt bedöma om de avser missförhållande/risk för missförhållande eller allvarligt missförhållande eller risk för sådant. Socialnämndens ordförande är delegat på att besluta om anmälan till IVO vid allvarliga missförhållande, utifrån förslag till beslut från SAS.

SAS har en övergripande och strategisk funktion för kvalitetsstyrning inom socialtjänsten och ska säkra att verksamheten bedrivs enligt gällande lagar och föreskrifter. SAS ska inom ramen för detta bl a säkerställa att:

Processen för bedömning, beslut, verkställighet och samverkan inom socialtjänsten är ändamålsenliga och väl fungerande

Den enskilde får sina behov prövade i en rättssäker myndighetsutövning

Den enskilde får insatser av god kvalitet och som är individuellt utformade och utgår från den enskildes delaktighet och inflytande

Dokumentationen förs i den omfattning som föreskrivs i lag och föreskrift

Ta emot och utreda rapporter om missförhållande eller risk för missförhållande enligt Lex Sarah , samt ansvara för anmälan till Inspektionen för vård och omsorg vid allvarliga missförhållanden eller risk för sådana.

2. Process – Åtgärder för att säkerställa verksamhetens kvalitet

2.1 Hur har socialnämndens kvalitetsarbete bedrivits?

Av kvalitetsberättelse för 2023 framgår att socialnämnden benämnt särskilda utvecklingsområden inom nedanstående områden. Samtliga har påbörjats eller färdigställts.

Utvecklingsområden för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet 2024-2026

Nationell kvalitetsindikator	Aktivitet	Uppföljning, se fördjupning under tabellen
2.1.1 Kunskapsbaserad	Fortsatt arbete med systematiskt kvalitetsarbete så att utvecklande insatser har sin grund i den kunskap vi får genom riskbedömningar, egenkontroller och avvikelsearbete, och ger ökad effekt. Fortsatt och fördjupat fokus på analys, genom utveckling av beslutsstöd i olika former samt utveckla former för	Pågående Pågående. Power BI som beslutsstöd har införts under hösten 2024. Analysmöten 2 ggr/år Tas med i internkontrollplan 2025

	dialog om resultat och åtgärder. Implementera gemensam introduktionsplan samt ombudsarbete	
2.1.2 Säker	Fortsatt arbete med lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Införande av nytt verksamhetssystem Lifecare HSL Införande av Millenium Läkemedelsautomater vår 2024 Medverka i framtagande av regionala rutiner och riktlinjer för egenvård Utvärdera pilot digital tillsyn Upphandling av trygghetslarm Översyn av hälso- och sjukvårdsavtalet Upprätta och implementera handlingsplan för civil beredskap, för att säkerställa kontinuitet och kommunikation vid händelser av kris	Under 2024 har processen för dokumentation färdigställts. LifeCare HSL har under hösten 2024 införts. VGR har pausat arbetet. Målet med 50 läkemedelsautomater 2024 är uppnått. Pågående Klart Pågående Utvecklingsledare krisberedskap har anställts under 2024 och leder arbetet
2.1.3 Individanpassad	Säkerställa att uppföljning sker på individnivå i enlighet med fastställda styrdokument, och där det är möjligt samordnas. Systematiskt informera om och erbjuda SIP. Detta ska vara synligt i verksamheternas processer.	Pågående Pågående

2.1.4 Effektiv	Implementering av reviderade vägledande nivåer för försörjningsstöd samt vanligt förekommande insatser enligt SoL och LSS. Fortsatt utveckling av digitala lösningar som kan komplettera medarbetarnas insatser i enlighet med digital färdplan.	Fortlöpande genom egenkontroller Fortlöpande, Exv Handslaget
2.1.5 Jämlik	Säkerställa kompetens gällande HBTQI+ inom samtliga verksamheter. Förvaltningens dokument för remissvar och utredningar bör kompletteras med obligatoriska fält för barnkonsekvensanalys, samt brukarperspektiv och anhörigperspektiv.	Uppmärksammas kommunövergripande Punktinsatser. Delvis, bör systematiseras
2.1.6 Tillgänglig	Fortsatt arbete med omställning god och nära vård där även förberedelse för ny socialtjänstlag med fokus på förebyggande och tillgänglighet innefattas. Framtagande och implementering av anvisning för anhörigperspektiv, utifrån nationell anhörigstrategi. Införande av digital hantering av synpunkter- och klagomål.	Pågående Klart. Anhörigmånad har utsetts för repetition samt digital info. Pågående

En grundläggande faktor för att tillägna sig kunskap och omsätta den i det dagliga arbetet är språket. På nationell nivå uppmärksammas att det finns brister hos äldreomsorgens personal som kan påverka vården och omsorgen, vilket bl a beskrivs i [Ett språkkrav för språkutveckling - Regeringen.se](#) som överlämnades i december 2024. På lokal nivå finns pågående generella aktiviteter för att stärka språkkompetens i personal- och kompetensförsörjningsplanen. Inom viss verksamhet har det i samband med uppföljning av delegerade medicinska insatser och utredning vid avvikelserapportering upptäckts brister i svenska språket hos vård- och omsorgspersonal. Bristerna har varit oförmåga att kommunicera både muntligt och skriftligt i tillräcklig omfattning för att vara förenligt med god och säker vård. Det har resulterat i att delegeringar har avslutats. Viktigt att berörd verksamhet prioriteras när det gäller att vidta åtgärder för att säkerställa att vård- och omsorgspersonal har den språkkunskap och förmåga att kommunicera som krävs för att ge en patientsäker vård.

Vänersborg ingår i Vård- och omsorgscollege Fyrbodal Öst, som arbetar för att säkerställa kompetensförsörjning inom vård och omsorg. Under 2024 har vi fortsatt implementerat kompetensmodellen Fyrbodal, utvecklat våra handledare, samordnat elever på APL, implementerat fler språkombud och planerat kompetensutveckling. Vänersborg har också varit pilot för PRAO med målet att locka fler unga till vård- och omsorgsprogrammet på gymnasiet. Ett samarbete mellan APL-samordnare och studie och yrkesvägledare är inletts med fokus på att inspirera till yrkesval inom vård och omsorg.

12(47)

Projektet gällande Breddad rekrytering i samverkan mellan särskilda boenden och Arbetsmarknadsenheten (AME) och under hösten även tillsammans med HR-partner. Detta var ett projekt som startade upp under 2023 och som kommer att fortsätta även under 2025. Fokus under året som gått har varit att hitta personer som varit intresserade av att gå in i projektet och under hösten började de första serviceassistenterna på våra enheter. Huvuduppgiften är att hantera personaltvätt och hjälpa till med arbetsuppgifter för att underlätta och avlasta undersköterskor så att de kan jobba mer vårdnära.

Merparten av medarbetarna inom IFO arbetar mot de mest utsatta i samhället och löper enligt forskningen en högre risk än de flesta andra yrkesgrupper att utveckla psykisk ohälsa i form av utmattningssyndrom, ställföreträdande och sekundära trauma utifrån att kontinuerligt möta en utsatt målgrupp som ofta har problematiska livsberättelser, tidigare trauman och psykisk ohälsa kombinerat med vår skarpa myndighetsutövning. Inom IFO finns sedan 22-08-01 en överenskommelse som upprättas i samverkan med skyddsombud och fackliga parter. All berörd personal inom IFO har möjlighet att använda fyra dagar under året av sin arbetstid till återhämtning och reflektion utifrån behov. Syftet är att förebygga psykisk ohälsa och att detta ska bidra till hållbarhet på sikt. Detta följs upp kontinuerligt på olika sätt, bland annat i dialog på LSG.

Utvecklingsteamet inom kommunal primärvård har arbetat med kompetensutveckling av omvårdnadspersonal. Totalt har utvecklingsteamet utbildat närmare 1500 medarbetare. Utbildningarna har bokats utifrån verksamhetens behov. Det har handlat som exempel om rehabiliterande förhållningssätt, palliativ vård, sårvård och larmutbildning. Introduktionsutbildning inom omvårdnad och rehabilitering beslutades att alla nya vikarier som saknade grundutbildning skulle genomföra. Vidare har utvecklingsteamet utbildat inför läkemedelsdelegering och personförflyttningar

Inom personligt stöd och omsorg finns också ett metodstöd som under året ärendehandlett kring specifika situationer på flera enheter gällande både barn, vuxna och äldre och även utbildat inom bl a lågaffektivt bemötande och olika pedagogiska metoder.

2.1.2 Säker

Tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) på SÄBO äldreomsorg

Ärendet är avslutat av IVO 240405

IVO:s bedömning är att vårdgivaren efter redovisning har vidtagit åtgärder som ger förutsättningar att komma till rätta med de brister som IVO har konstaterat. Redovisningen innehåller såväl pågående som planerade åtgärder, metoder för uppföljning och effekter av genomförda åtgärder. IVO kan konstatera att vårdgivaren även visat på hur vårdgivaren i sin egenkontroll har för avsikt att säkerställa att vidtagna åtgärder får avsedd effekt.

Av redovisningen framgår exempelvis att vårdgivaren vid egenkontroller sett effekter av vidtagna åtgärder när det gäller vård- och omsorgspersonalens kompetens. Kontrollerna visar till exempel på färre avvikelser kring läkemedelshantering, att fler patienter på SÄBO har fått stöd med säkra förflyttningar samt att sjuksköterskor som arbetar jourtid har framfört att vård- och omsorgspersonalen rapporterar bättre med stöd av SBAR (kommunikationsmodell för att säkerställa god informationsöverföring, Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation). Vidare framgår att resultat från kvalitetsregister bland annat visar att fler smärtskattningar och munhälsobedömningar vid livets slut har genomförts.

IVO påtalar vikten av att vårdgivaren i enlighet med sin redovisning faktiskt utvärderar vilken effekt de vidtagna åtgärderna får för patienterna och vid behov vidtar ytterligare åtgärder. Att kontrollera effekterna av insatta åtgärder för att komma till rätta med bristerna ingår i den egenkontroll som ska utföras inom ramen för det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

För att ge god och patientsäker vård är det viktigt att den vård- och omsorgspersonal som finns närmast patienten har förmågan, kunskapen och kompetensen att observera samt signalera när patientens hälsotillstånd förändras och utföra de insatser som delgerats eller instruerats av den kommunala primärvården.

Under 2024 har det inom ett hemtjänksområde framkommit brister i den personliga omvårdnaden. Samt insatser som viktkontroller och blodstryckskontroller har uteblivit vilket inneburit risk för vårdskada. Bidragande orsak till dessa brister kan vara den arbetsmiljöproblematik som funnits i verksamheten som arbetsgivaren har arbetat intensivt med. Utöver arbetsgivarens direkta åtgärder utifrån ett personalperspektiv har det vidtagits åtgärder för att öka samverkan i teamet, enhetschef, omvårdnadspersonal och legitimerad personal, vilket har utfallit positivt. Arbete pågår fortsatt och det är för tidigt att fullt ut utvärdera effekten men bedömningen är att det är ett bättre läge än på mycket länge.

Vaccination

Vaccineringen mot Covid-19 sker enligt de faser som Folkhälsomyndigheten har beslutat. Under året har påfyllnadsdoser mot covid-19 erbjudits och administrerats till de som har kommunal primärvård.

Vårdtagarna på kommunens särskilda boende erbjöds även i år ett högdosvaccin mot årets säsongsinfluensa enligt riktlinje från Smittskydd, VGR.

2.1.3 Individanpassad

Vården och omsorgen ska ges med respekt för den enskildes specifika behov, önskemål och integritet. Delaktighet är centralt. Under 2024 har fortsatt arbete skett med att säkerställa att individuella behov tillgodoses på bästa möjliga sätt inom ramen för nämndens ansvar. Ett särskilt område som belystes i 2023 års kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse handlade om att implementera reviderade vägledande nivåer, som är ett politiskt antaget styrdokument som ger stöd i bedömningarna kring skälig levnadsnivå samt goda levnadsvillkor. Dessa kan aldrig ange en lägre nivå än vad lagstiftning och praxis anger, men ger riktning för likvärdiga bedömningsgrunder. Revideringen angav bland annat en justerad riktning gällande hur ofta insatser i ordinärt boende generellt ska beviljas och därmed följas upp, och även stärkt uppföljning i samband med pausade eller nekade insatser vilket både handlar om effektivitet men främst att rätt insats ska gå till rätt person i rätt tid. Här har främst biståndsenheten och hemtjänsten påbörjat ett justerat arbetssätt och samarbete under året, och kommer att fortsätta under 2025.

Även samordnad individuell plan (SIP) belystes som ett särskilt viktigt utvecklingsområde, då det är ett vedertaget verktyg för att säkerställa samordning kring individen när man har insatser från flera olika huvudmän. Vid granskning finns SIP med i flera av verksamheternas rutiner, men bör närmare följas upp som ett egenkontrollområde i processerna under 2025-2027.

2.1.4 Effektiv

Nämnden som vård och omsorgsgivare har ett ansvar att tillse att de kommuninvånare som har rätt till insatser utifrån vår lagstiftning får ut mesta möjliga nytta och kvalitet av oss, inom den ekonomiska ram vi har till vårt förfogande. Förvaltningen ser och har erfarenhet av en ökad volymutveckling, nya målgrupper samt också ny eller mer komplex problematik bakom hjälpbehoven, inom flertalet målgrupper och då främst kopplat till äldreomsorgens olika delar, individ- och familjeomsorgens barn och unga, försörjningsstöd, daglig verksamhet LSS inom arbete, sysselsättning och integration samt inom personligt stöd och omsorg.

Förvaltningen har ett ansvar att samverka med andra aktörer, såväl interna som externa, så att enskilda individer får rätt stöd av rätt instans och i de fall det behövs, insatser tillsammans. Samverkan med regionen utifrån en god och nära vård samt omställning till ny socialtjänstlag är av stor vikt och att i detta klargöra vem som ansvarar för vad. Översyn av nuvarande hälso- och sjukvårdsavtal pågår och beräknas träda i kraft för gemensam implementering 2027-01-01.

Vad avser välfärdsteknik och digitalisering finns en förvaltningsövergripande beredningsgrupp med uppdrag att utifrån förvaltningens behov ansvara för att omvärldsbevaka och stödja metoder för utveckling av digitalisering och välfärdsteknik samt bevaka eventuella statsbidrag för ändamålet. Det finns en antagen digitaliseringsstrategi, som bedöms efterföljas. Under året har flera planerade åtgärder vidtagits, och det är tydligt i verksamheterna att den digitala utvecklingen är nödvändig för att klara välfärdsuppdraget på lång sikt. Det finns flera exempel från verksamheterna kring steg framåt gällande digitalisering och välfärdsteknik som ska komplettera medarbetarnas insatser bl a:

- Handslaget (för välfärdsutveckling genom digitalisering). Handslaget för digitalisering handlar om att kommuner och SKR-koncernen går samman om konkreta digitaliseringsinitiativ. Initiativen finns inom områden som socialtjänst, skola, grundläggande infrastrukturella förutsättningar och kompetensförsörjning inom digitalisering. [Initiativ handslag för digitalisering | SKR](#)
- Inom särskilda boenden förbereds ett ideburet offentligt partnerskap (IoP) tillsammans med ABF som handlar om digitala minnesvandringar med hjälp av VR-glasögon.
- Nämnden har som vårdgivare infört arbetet med läkemedelsautomater i ordinärt boende och uppnått ett delmål på 50 stycken läkemedelsautomater vid 2024 slut, i enlighet med den digitala färdplanen.

Inom särskilda boenden och vård, stöd och utredning har ett stort fokus lagts på de långa väntetiderna till särskilt boende. Antalet väntedagar ökade mycket under sommaren och det framkom också att många fler hade väntat väldigt länge, längre än tre månader. Ett större uppdrag i samverkan med hemtjänsten och vård, stöd och utredning inleddes och tid har lagts på att analysera och förstå vad det kommer sig. I samband med detta startade också ett arbete med att se över möjligheterna att öppna upp de åtta platserna i Brålanda som stängdes under hösten 2023 i samband med öppnandet av det nya äldreboendet i Vargön. Uppföljning på individnivå har varit en viktig pusselbit för att säkerställa att personer får sitt behov tillgodosett även i väntan på plats men även för att fånga upp förändrade behov. Ett uppdrag har vidare givits från socialchefsnätverket till SAS-nätverket att se över förutsättningar för samverkan kring platser i enlighet med en dom från högsta förvaltningsdomstolen.

2.1.5 Jämlik

Ekonomisk och social utsatthet, långtidsarbetslöshet, utanförskap och skillnader i skolresultat och nyttjandegrad i förskolan mellan boendeområden är några av de utmaningar som finns nationellt och även i Vänersborgs kommun. Andelen barn som lever i hushåll med låg ekonomisk standard har ökat över tid, och ökningen är mer omfattande i Vänersborg jämfört med riket. Den psykiska ohälsan är högre i Vänersborg jämfört med riket i genomsnitt och kvinnor i Vänersborg skattar sitt psykiska välbefinnande något lägre än männen. Hela lokalsamhället påverkas om polariseringen och utsattheten ökar. Detta är områden som särskilt lyfts fram i förslaget till ny socialtjänstlag, precis som jämlik hälsa inom ramen för god och nära vård. Fortsatt arbete och analys kommer att ske under 2025 för att säkerställa att inga omotiverade skillnader i stöd, vård och insatser finns. Förvaltningen har redan nu goda förutsättningar för en jämlik och jämställda socialtjänst och hälso- och sjukvård, bland annat genom en väl förankrad värdegrund och stöd i lagstiftningen, men det är fortsatt ett viktigt område att reflektera över i alla medarbetares dagliga arbete för att inte egna föreställningar omedvetet påverkar förväntningar på t ex kvinnor respektive män, eller någon av de andra diskrimineringsgrunderna. Det finns under året flera goda exempel på hur skillnader uppmärksammats i verksamheternas analys, och riktade satningar gjorts, t ex inom IFO där fältverksamheten haft särskilt fokus på att nå unga kvinnor, som uppmärksammats vara en grupp som i mindre utsträckning nåtts i det uppsökande arbetet.

Vidare belystes föregående års rapport att ett fortsatt arbete bör ske för att säkerställa kompetens gällande HBTQI+, av samma anledning. Mars månad är kommunövergripande utsedd för att särskilt uppmärksamma HBTQI+ och medarbetare har haft möjlighet att delta i olika aktiviteter kopplade till detta. Inom de förebyggande verksamheterna har kompetenshöjande satsningar skett i studiecirkelform utifrån en nationell rapport som beskrev upplevelsen hos HBTQI+personer som var i behov av stöd från äldreomsorgen, men kände att de inte längre kunde vara sig själva i mötet med vård- och omsorgspersonal. Frivilligsamordnare för seniorer ingår i en kommunövergripande arbetsgrupp kring HBTQI+. Liksom beskrivet ovan finns starkt stöd från lagstiftaren i ett jämlikt och jämställt bemötande, och en värdegrund som betonar detsamma. Vi bedömer dock att det är av vikt att säkerställa kunskap hos all personal om livsvillkoren för personer inom HBTQI+, då det är en mycket stark del av den personliga identiteten, och upprepade rapporter beskriver en generellt lägre hälsa hos dessa personer. Sverige är ett av de länder som kommit längst i världen vad avser HBTQI-personers rättigheter generellt men det är också ett område att värna om och bör inte tas för självklart.

2.1.6 Tillgänglig

Två av de allra största förändringarna är det pågående arbetet med god och nära vård och förberedelser för ny socialtjänstlag som planeras träda i kraft 1 juli 2025. De handlar gemensam mycket om en nära och tillgänglig socialtjänst och hälso- och sjukvård som finns till för brukare och patient när de behöver oss, på det sätt de behöver oss. Brukare/patient ska vara medskapare i sin vård och högst delaktig i den omsorg som ges, med utgångspunkt i att vara så självständig som möjligt. Vad avser ny socialtjänstlag har regeringen i slutet av 2024 gett socialstyrelsen i uppdrag att stödja kommunerna i omställningen, bland annat genom analysstöd för att beskriva ett nuläge och önskat nuläge i enlighet med intentionerna som beskrivs. Vänersborg/socialförvaltningen har

två utsedda processtödjare i arbetet som inlett med skattningar och workshops enligt modellen.

Förvaltningen har också tagit fram och implementerat en avvisning för anhörigperspektiv, med grund i den nationella anhörigstrategin. Som en del av detta har oktober utsetts som återkommande anhörigmånad, då anvisningen gått igenom i alla arbetsgrupper och perspektiv på hur stöd till anhöriga, direkt och indirekt, kan ges har tagits upp.

Anhörigsamordnarna har under året genomfört anhöriggrupper, studiecirkel och anhörigcafé.

Nedan beskrivs ytterligare exempel på inledda och pågående arbeten för att säkerställa en tillgänglig vård och omsorg:

I juni beslutades att kommunen ska införa modellen Bostad först med start 2025. Under hösten har ett förberedande arbete gjorts inom socialförvaltningen och det beslutades att biståndet och insatsen ska organiseras under IFO:s vuxenenhet och kopplas till det redan etablerade och strukturerade samarbetet med ABVB (BOSAM). I samband med implementering av Bostad först kommer även ett mer strukturerat vräkningsförebyggande arbete skapas som i högre utsträckning kommer involvera samtliga socialförvaltningens verksamheter. I framtagandet av samarbetsformer i båda dessa delar pågår dialoger med ABVB i syfte att ge samsyn och framtagande av nödvändiga samarbetsavtal och överenskommelser.

Samarbete inom vårt IOP med föreningen SonRise kring akutlogi för hemlösa på olika sätt, bl.a. i arbetsgrupp och styrgrupp. Samarbetet har ytterligare utvecklats och i slutet av året har medarbetare från vår vuxenenhet stöttat upp och utfört ett uppsökande arbete på akutlogin under några timmar per vecka. På övergripande nivå inom socialförvaltningen intensifierades samarbetet under hösten 2024 för uppföljning i syfte att forma ett nytt avtal.

Inom familjerådgivningen har ett utvecklingsarbete inom digitalisering inneburit att kommuninvånare kan boka samtalstider själv via ett digitalt bokningssystem och vi har i princip inga väntetider. Detta bedöms också ha bidragit till att antalet besökare har ökat, vilket är positivt då detta ses som en viktig del i vårt förebyggande arbete för föräldrar och inte minst för barnen.

2.2 Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Riskanalys är en viktig del av det systematiska kvalitetsarbetet inom socialtjänst och hälso- och sjukvård, och innebär att verksamheten fortlöpande ska bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska verksamheten uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar samt bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Det kan till exempel handla om att i kartläggningen av en process uppmärksamma risker, och genom åtgärder undanröja eller minska risken samt att vid behov göra egenkontroller på utfallet.

Arbetet med riskanalyser har fortsatt, under 2024 i förvaltningsorganisation med bibehållet stöd och uppföljning från centrala stödroller. En viss, men ännu mycket

begränsad, dokumentation av dessa kan utläsas i kvalitetsledningssystemet. 4 risker har dokumenterats, vilket bör sättas i förhållande till närmare 200 kartlagda processer.

Här behöver fortsatt arbete och utveckling ske, då riskanalyserna och åtgärder kopplade till dessa är en mycket viktig del av att arbeta förebyggande och motverka att negativa händelser inträffar.

Nedan ett exempel på beskriven risk, från kommunal primärvård:

Kommunal primärvård 	4	Att patientsäkerheten inte kan säkerställas  Nationell handlingsplan för patientsäkerhet	Beskrivning Ledningssystemet saknar nödvändiga anvisningar och processer för kommunal primärvård.
			Konsekvensbeskrivning Saknas möjlighet att följa upp patientsäkerheten genom riskbedömningar och egenkontroller.

2.3 Avvikelser

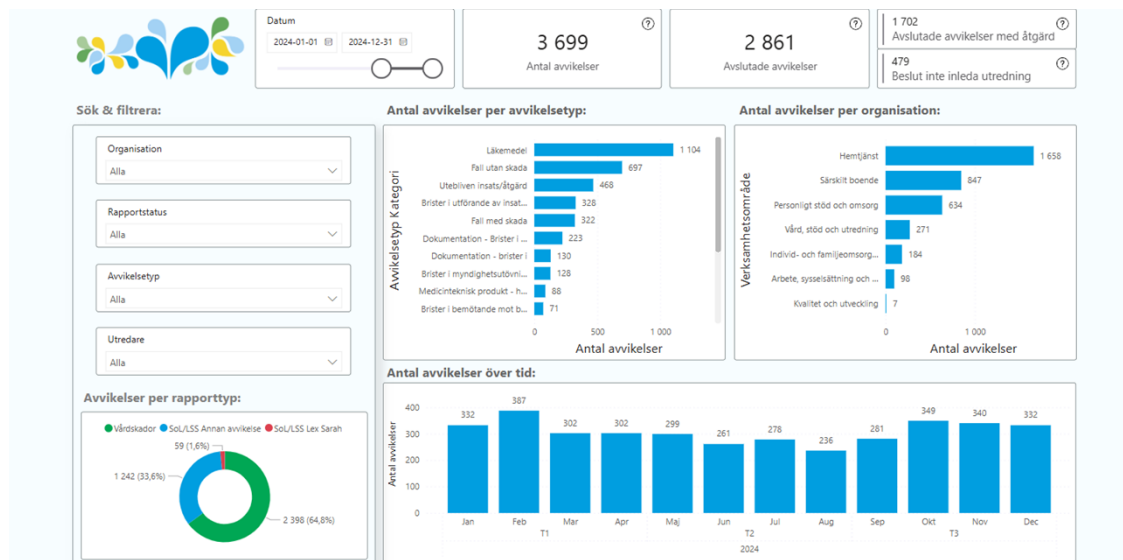
SOSFS: 2011:9, 5 kap. 3-8 §

Förvaltningen arbetar enligt riktlinjen för avvikelshantering i syfte att upptäcka och avhjälpa eventuella felaktigheter, men också för att utreda bakomliggande orsaker för att förebygga att liknande händelser uppstår igen. Verksamheten har skyldighet att bedöma om det finns risk för att en händelse skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Att uppmärksamma det som blivit fel är viktigt och angeläget i vårt arbete med kvalitet och säkerhet. Avvikelsernas syfte är att dra lärdomar och främja en kultur som välkomnar att synliggöra fel för att dessa ska kunna åtgärdas och verksamhetens kvalitet säkras.

Resultat:

Under 2024 noteras en fortsatt god följsamhet till rapportering, även om det skiljer sig åt mellan enheter. Detta har genom analysmöten uppmärksammats och riktade utbildningsinsatser erbjudits till enheter med största behov. För att säkerställa goda underlag för övergripande analys har avvikelse typerna setts över under 2024 och nya trätt i kraft vid årsskiftet 2024/25. En övergripande analys visar en ökad följsamhet till utredningstiden, men fortfarande finns utvecklingsbehov gällande utredningens kvalitet. Sannolikt ligger för mycket fokus på den enskilda händelsen och inte bakomliggande orsaker som är nödvändigt för att förebygga liknande händelser.

Det noteras även att antalet rapporter av mer allvarlig karaktär minskat och åter är på en mer stabil nivå, vilket tros bero på en förbättrad hantering av avvikelser innan de blir mer allvarliga.



Avvikelsekategorier är vidareutvecklade i modellen från 2022, och därför inte helt jämförbara med tidigare års. Antal inkomna var 2865 år 2019, 2480 år 2020 och 2653 år 2021. En översyn av avvikelsekategorier och statistik har skett under 2024, för att from 2025 få ett förbättrat underlag för analys. Här har även beslutsstödet utvecklats som alla enhetschefer fått tillgång till och utbildning i under hösten 2024.

Analys av avvikelser inom verksamhetsområden har löpande skett under 2024 inom ramen för verksamhetsanalysmöten. Gemensamt är en fortsatt god rapporteringskultur, även om det skiljer sig åt mellan enheter. Avvikelsearbetet har lett till 106 dokumenterade åtgärder i syfte att förebygga att liknande händelser sker på nytt, främst samtal med medarbetare och arbetsgrupp, men också i några fall revidering av verksamhetens rutiner och processer, organisatoriska åtgärder samt utbildningsinsats. I några fall har detta också lett till handlingsplaner för enskilda medarbetare som upprepat brustit i vissa delar.

24 avvikelser inom avser stöld/ekonomiska övergrepp av pengar, läkemedel eller värdesaker, att jämföras med 17 st 2023 och 14 st 2022. Dessa polisanmäles alltid och en lex Sarah rapport upprättas. Som åtgärd på en övergripande nivå föreslogs 2022 att utdrag ur misstanke och belastningsregister ska begäras vid anställning även inom vård och omsorg, vilket har genomförts under våren 2023. Hemtjänsten har även tagit fram ett informationsmaterial till brukare som stöd för att förebygga stölder under hösten 2023. Dessa åtgärder är av långsiktig karaktär och har sannolikt ännu inte gett den önskade effekten. Det är dock en allvarlig och tråkig utveckling som förvaltningen ser allvarligt på, särskilt med tanke på den utsatta situation som råder för en person i behov av samhällets stöd och hjälp. Dialog har förts med nationella nätverk kring åtgärder för att förebygga upprepning av misstänkt stöld, men utvecklingen beskrivs vara liknande i hela landet.

Det bör vidare noteras att en misstänkt stöld, som orsakats av enskild medarbetare som agerat brottsligt utan att verksamheten kunde ha påverkat det inträffade, framgent inte kommer att bedömas som ett missförhållande utifrån förtydligande i handlägningsrutinen.

Ett annat viktigt utvecklingsarbete gällande avvikelser som skett under året är ett riktat uppdrag att förtydliga och förenkla det systematiserade samarbetet mellan enhetschef som utredare och legitimerad personal som medutredare vid vårdskador. Arbetet pågår vidare in i första tertialen 2025.

Fortsatt arbete krävs gällande:

- Stärka synsättet att avvikelsearbetet är en del av det systematiska kvalitetsarbetet, och att det vi lär oss av enskilda händelser bör återkopplas till processerna och arbetet med riskanalys och egenkontroll.
- Att utveckla fokus på de bakomliggande faktorerna för att hitta adekvata åtgärder för att förhindra att liknande händelser sker på nytt
- Att öka den egna analysen på inkomna avvikelser på enheten, dvs inte enbart se dem som isolerade händelser utan analysera eventuella mönster
- Att stärka återkoppling till arbetsgruppen kring inkomna rapporter och delaktigheten i att hitta förbättringar.
- Samspel mellan utredare och medutredare vid vårdskador behöver vidareutvecklas

2.3.1 Lex Sarah

14 kap. 3-6 §§ SoL, SOSFS 2011:5

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

En lex Sarah rapport ska upprättas då det föreligger missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande inom verksamheten. Enligt föreskriften finns ett särskilt ansvar för att:

- Rapportera missförhållanden (alla medarbetare)
- Omedelbart avhjälpa missförhållandet / undanröja risk (chef för verksamheten där missförhållandet uppstått)
- Utredda missförhållandet och orsaker (SAS)
- samt upprätta anmälan till IVO om missförhållandet bedöms som allvarligt (Socialnämndens ordförande).

Under 2024 inkom 56 rapporter enligt lex Sarah, att jämföra med 76 rapporter under 2023. Motsvarande siffra för 2022 och 2021 var båda 44 st. Den puckel som fokus på avvikelsearbete kan ha medfört, tillsammans med ökad trygghet kring avgränsningen mellan en kvalitetsavvikelse och den mer allvarliga formen missförhållande enligt lex Sarah, ser ut att ha medfört en återgång och möjligen mer stabil nivå.

Av de inkomna rapporterna har 2 händelser efter utredning bedömts som ett allvarligt missförhållande eller risk för sådant och anmälan upprättats till IVO. 2023 och 2022 var motsvarande siffra 6 ärenden och 2021 1 ärende. IVO har i samtliga fall bedömt att rapporterings- och utredningsplikten anses fullgjord, att vidtagna åtgärder är tillräckliga samt att det inte finns skäl till att inleda tillsyn.

Föreslagna och beslutade åtgärder 2024 har i ökad omfattning riktats mot justerade processer och rutiner i kvalitetsledningssystemet men också exempelvis:

- Utbildning bl.a. gällande dokumentation och sekretess/inre sekretess
- Framtagande av samverkansrutin mellan daglig verksamhet och bostad med särskild service
- Beslut om riktade egenkontroller

2.3.2 Lex Maria

Anmälan enligt Lex Maria ska utföras då en händelse inträffat där en patient drabbats av, eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller allvarlig sjukdom. Allvarliga avvikelser rapporteras till medicinskt ansvarig sjuksköterska som sedan tar ställning till om det ska utredas enligt Lex Maria och anmälas till Inspektionen för vård- och omsorg, IVO. Lex Maria tas upp i nämnd vid inträffande av allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada och medicinskt ansvarig sjuksköterska redovisar en årlig sammanställning till nämnd av de Lex Maria som inkommit under året. Under 2024 har en utredning enligt Lex Maria påbörjats för att avslutas 2025.

2.3.3 Synpunkter och klagomål

Det finns en kommungemensam hantering av synpunkter från medborgare och brukare och det finns förvaltningsövergripande rutiner för hur dessa ska tillvaratas, hanteras och återkopplas på ett snabbt och effektivt sätt. Inrapporteringen sker löpande. Inkomna synpunkter kan avse både beröm och missnöje, samt beröra flera olika teman samt flera enheter. Vid händelser som handlar om flera enheter har enhetschefer gemensamt genomlyst och gett ett samlat svar till den som klagat.

Totalt under 2024 har betydlig färre, 90 synpunkter, inkommit, att jämföra med 135 synpunkter 2023. Motsvarande siffra för tidigare år är 140 st 2022, 174 st (2021) resp 120 st (2020). Liksom föregående år bedöms en god följsamhet till rutinen där enhetschef utreder klagomålet och vidtar de åtgärder som behövs, samt alltid svarar den person som lämnat synpunkten där så är möjligt. Utredning av synpunkter hänger nära samman med avvikelshanteringen, och kopplingen till att vidta åtgärder för att avhjälpa och undanröja risk för upprepning. I enstaka fall har även utredningen av ett klagomål lett fram till att verksamheten upprättat en rapport enligt Lex Sarah då det funnits risk för missförhållanden, vilket hanterats enligt rutin.

Exempel från verksamhet Personligt stöd och omsorg (PSO): "Klagomål och synpunkter har diarieförts enligt rutin. Tilläggas här kan man se att stödteam fått 6 synpunkter och att det var med en positiv feedback på insatsen."

Inom ASI har inga synpunkter och klagomål inkommit.

Inom IFO har 34 synpunkter inkommit via synpunkter och klagomål till IFO. Huvuddelen av synpunkterna avser missnöje med handläggares agerande och beslut och med anledning därav önskade några byta handläggare.

Inom särskilt boende har det inkommit 18 stycken synpunkter och klagomål. Dessa handlar i år främst om missnöje gällande olika frågor så som kosthantering och att teknik som ska fungera på enheten inte fungerar. De synpunkter som inkommit utifrån positiv respons har främst handlat om goda personalinsatser och gott bemötande.

Analys:

Synpunkter och klagomål är en viktig del av det systematiska kvalitetsarbetet. Följsamhet till rutinen bedöms som fortsatt god.

Det har saknats system för att närmare belysa vilka förbättrande och kvalitetssäkrande åtgärder som vidtagits med anledning av inkomna synpunkter, vilket förväntas underlättas genom införande av digitalt system och hantering under 2025.

3. Egenkontroller

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



Egenkontroll som begrepp kan t ex innefatta:

- granskning av utfall av domar
- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister
- jämförelser av verksamhetens resultat dels med öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat jämfört med tidigare resultat,
- målgruppsundersökningar
- granskning av journaler och annan dokumentation mm
- inhämtande av synpunkter från revisionsrapporter
- revisioner, tillsyner om sådana genomförts.

Arbetet med att förbereda egenkontroller i kvalitetsledningssystemet har liksom riskanalyserna vidareutvecklats under 2023, och bedöms få helårseffekt under 2024.

Exempel från verksamhetsområde ASI:

“För att säkra kvalitén i verkställighetsprocessen har Daglig verksamhet under året fastställt olika områden för egenkontroll som har lagts in i kvalitetsledningssystemet i Stratsys.

Som stöd för egenkontroll har vissa digitala verktyg utvecklats under 2024, bland annat avseende egenkontroll av genomförandeplanerna inom äldreomsorg och omsorg om personer med funktionsnedsättning. Grunden för denna är förvaltningens dokumentationsriktlinje.

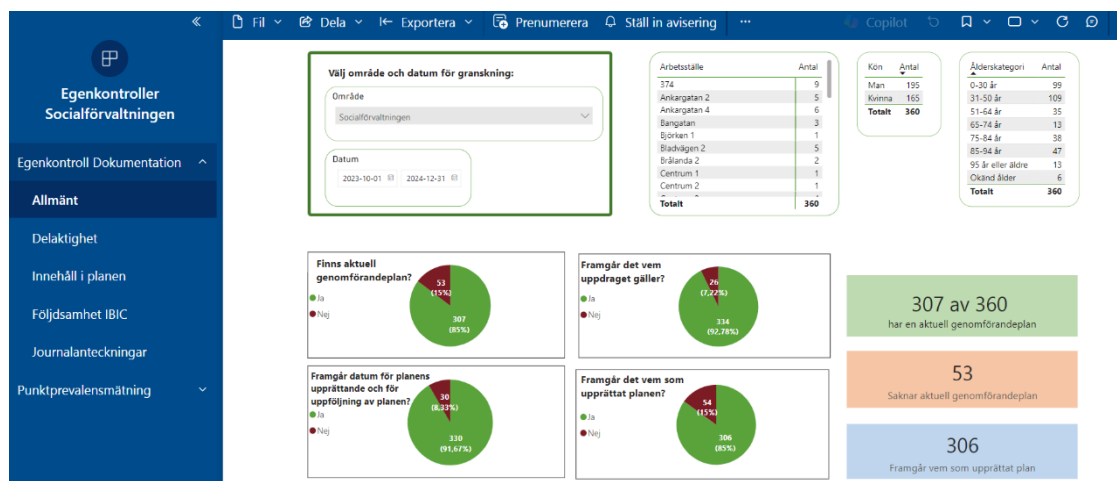


Bild som exempel från Power BI.

3.1 Senior alert

Bakgrund:

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister, som verkar för ett proaktivt/förebyggande arbetssätt. Det görs bedömningar för varje individ vilka risker som finns för trycksår, undernäring, fall och ohälsa i munnen. Det leder till ett systematiserat arbetssätt där åtgärder enkelt kan följas upp. Siffrorna inom parentes 2023 års resultat.

Resultat:

Det har gjorts 842 (966) riskbedömningar och 787 (903) av dessa var med risk hos totalt 669(714) unika personer. Hos 84% (77%) fanns det angivet bakomliggande orsaker till risken. En åtgärdsplan togs fram i 94% (90%) av de med risk. En uppföljning av utförda åtgärder har gjorts för 79% (67%).

Antalet personer med tryckskada och antalet trycksår har ökat något från att 49 personer hade 71 trycksår 2023 till 53 personer hade 74 trycksår 2024. Ökningen har framförallt varit i ordinärt boende.

Antalet personer med risk för undernäring har minskat från 272 stycken 2023 till 211 stycken 2024. Minskningen har varit både inom ordinärt boende och SÄBO-äldre.

Antalet personer med ohälsa i munnen, grad 2 eller 3 enligt ROAG, har minskat från 269 stycken 2023 till 211 stycken 2024. Minskningen har endast skett inom SÄBO-äldre.

Analys av resultat:

För 2024 har förvaltningens resultat försämrats vad det gäller unika personer som har riskbedömts och därmed också antalet utförda riskbedömningar.

När det gäller resultat om bakomliggande orsaker, att man tagit fram åtgärdsplan samt uppföljning av utförda åtgärder har resultatet förbättrats.

Positivt att det blir färre med risk för undernäring och ohälsa i munnen.

Hemtjänsten har riskbedömt ungefär lika många unika personer 2024 som 2023 och gjort stora framsteg vad det gäller det vårdpreventiva arbetet med åtgärdsplaner och uppföljningar. Tyvärr har ett hemtjänstområde slutat att registrera i Senior alert efter första halvåret 2024. Det har fått till följd att enhetschefen inte kan få några resultat på enhetsnivå och det systematiska vårdpreventiva arbetet på enhetsnivå uteblivit.

Vård och omsorg SÄBO har behållit sina goda resultat som man redan hade 2023 med viss förbättring inom det vårdpreventiva arbetssättet. Håller detta fina arbete i sig kan man bli utsedd till Guldkommun av Senior alert 2025.

Åtgärder:

Det gäller nu att fortsätta arbetet med att öka kompetens hos medarbetare gällande förebyggande insatser inom riskområdena. Riskområde blåsdysfunktion som är det femte riskområdet har ståtts på vänt för att kvalitetsutveckla dom fyra områdena vi arbetar med.

Av dom fem stycken boendeenheter inom PSO som skulle starta registrering under 2024 är det två som börjat registrera. Resterande kommer påbörja registrering under 2025.

Korttidsvården och växelvård har under 2023 slutat med registreringar i Senior alert på grund av svårigheter att följa processen i registret med korta vårdtider. Verksamheter behöver hitta andra sätt att kvalitetssäkra uppföljningen av dessa riskområden. Det utförs registreringar på unika personer men tyvärr har det inneburit att enhetschefen inte kan följa några resultat på enhetsnivå och får då svårt att kvalitetsutveckla inom dessa riskområde på enhetsnivå.

3.2 Palliativregistret

Bakgrund:

Palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patient och närstående. Sjuksköterskorna besvarar en enkät, som handlar om hur vården har varit sista veckan i livet.

Mål:

God vård i livets slut. Löpande registrering av sjuksköterskorna i svenska palliativregistret. Alla som avlider inom den kommunala primärvården ska registreras. Avdelningen Vård, stöd och utredning beslutade i mars 2024 att sätta upp delmål (internt målvärde) för tre prioriterade kvalitetsindikatorer smärtskattning, dokumenterat brytpunktssamtal och munhälsobedömning. Det har under 2024 tillsätts en arbetsgrupp för att arbeta med att öka kvalitén i den palliativa vården i livets slutskede.

Resultat:

Ett större antal registreringar har gjorts 2024 160 stycken jämfört med 2023 116 stycken.

Smärtskattning sista levnadsveckan 2024 44 % jämfört med 2023 42%. Nationellt målvärde är 100%. Internt målvärde 75%

Dokumenterat brytpunktssamtal 2024 42 % jämfört med 2023 52%. Nationellt målvärde 98%. Internt målvärde 60%

Närvarande i samma rum i dödsögonblicket 2024 81% jämfört med 2023 77%. Nationellt målvärde 90%.

Utan trycksår kategori 2-4 2024 84% jämfört med 2023 89%. Nationellt målvärde 90%.

Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan 2024 45% jämfört med 2023 34%. Nationellt målvärde 90%. Internt målvärde 80%

Analys av resultatet:

Trots extra åtgärder för att förbättra resultaten har endast en mindre förbättring skett i två av tre prioriterade kvalitetsindikatorer. Det är långt kvar till dom uppsatta interna målen och ännu längre till dom nationella målen. När det gäller brytpunktssamtal har resultatet försämrats med 10 % från föregående år.

Åtgärd:

Nödvis med riktade utbildningsinsatser kring kvalitetsindikatorerna för att först nå delmålen och sedan dom nationella målen. Viktigt att samverka med den regionala vården vad det gäller brytpunktssamtal. Viktigt att återkommande under året följa resultatet av dessa indikatorer så att åtgärder kan vidtas fortlöpande.

3.3 BPSD

Bakgrund:

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD, förekommer hos 90 % av alla personer med demenssjukdom någon gång under sjukdomstiden. Exempel på BPSD är t.ex. hallucinationer, motorisk oro, sömnsvarigheter, ångest och apati. BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet med registret är främst att minska symtomen och därigenom öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom. Arbetet med BPSD-registret skapar en tydlig struktur i en personcentrerad omvårdnad och personalen får ett gemensamt verktyg som kan underlätta och förbättra både omvårdnaden och arbetsmiljön.

Utbildning:

För att underlätta spridningen och det lokala arbetet med BPSD-registret använder BPSD-registret sig av certifierade utbildare. Vänersborg har en certifierade utbildare. Uppdraget varierar något, men består i huvudsak av att genomföra administratörsutbildningar, vara ett stöd i implementeringen av arbetssättet och att hålla uppföljande träffar för administratörer samt att minst en gång per år delta i de nätverksträffar som BPSD-registret ordnar för certifierade utbildare.

Antal utbildade personer i kommunen är 252 personer, av dom är 134 undersköterskor och 70 legitimerad personal.

Resultat:

Under 2024 har 137 registreringar inklusive uppföljningar gjorts på 175 unika personer. Under 2023 var 127 registreringar med uppföljningar på 149 unika personer.

Analys:

För att minska BPSD krävs det att vi fortsätter att öka antalet uppföljningar/utvärderingar av insatta åtgärder för att säkerställa att dessa är korrekta.

Åtgärder:

Det behöver skapas förutsättningar för uppföljningar mer regelbundet och oftare än 1 gång/år, dels för att få en regelbundenhet i bedömningarna, men också för att arbeta in bättre rutiner och därigenom få en högre säkerhet och kvalitet i bedömningarna.

3.4 Läkemedelsgenomgångar

Mål: Alla patienter som har kommunal primärvård med övertaget läkemedelsansvar ska få en läkemedelsgenomgång 1 gång/år. Kommunal primärvård har en lokal samverkansrutin med regional primärvård som reglerar arbetssättet.

Analys:

Under hösten 2024 bytte vårdgivaren till ett nytt verksamhetssystem som för 2024 inneburit att det inte kan tas fram resultat på helår. Det har registrerats flera olika KVÅ-benämningar för läkemedelsgenomgångar och detta sammantaget gör att det inte kan presenteras något resultat för 2024. 2025 får bli nästa gång vi kan presentera ett resultat.

3.5 Kvalitetsgranskning läkemedelshanteringen

Vårdgivaren ska som ett led i egenkontrollen enligt 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete säkerställa att hanteringen av läkemedel i verksamheten regelbundet genomgår en extern kvalitetsgranskning. Kvalitetsgranskningen är en del i arbetet med att kvalitetssäkra och kvalitetsutveckla hanteringen av läkemedel.

Kvalitetsgranskning syftar till att vara ett stöd för att svara upp mot författningskrav ([HSLF-FS2017:37](#)) och att stödja en säker och rationell läkemedelshantering.

Kvalitetsgranskningen genomförs av en specialutbildad farmaceut från Apoteket AB och utförs genom samtal och rundvandring på enheten. Kvalitetsgranskningen utförs i närvaro av läkemedelsansvarig sjuksköterska, enhetschef, omvårdnadspersonal och MAS. Under 2024 har 7 granskningar genomförts inom särskilda boende Vård och omsorg. Apotekarens bedömning har genomgående varit att läkemedelshanteringen fungerar väl.

De förbättringsförslag som identifierades finns upptagna i en åtgärdsplan. Enhetschefen är ansvarig för att åtgärder vidtas och sätter tidplan. Åtgärdsplanen ska hanteras i verksamhetens fortsatta kvalitetssäkringsarbete. Granskningar kommer fortsätta inom SÄBO och kommunal primärvård ordinärt boende 2025.

Under 2024 har en kvalitetsgranskning av kommunens fyra akutläkemedelsförråd (KAF) genomförts av ansvariga sjuksköterskor. Granskningen har genomförts som en egenkontroll med hjälp av en digital enkät. En rapport kommer i början på 2025 som innehåller de enkätfrågor och svar. En åtgärdsplan ska tas fram utifrån kommentarerna i rapporten.

3.6 Punktprevalensmätning basala hygienrutiner och klädregler

Mål: Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler inom socialförvaltningens vård- och omsorgsverksamheter.

Bakgrund: Mätningen av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete är avsedd som ett stöd för kommunen i arbetet med att uppnå hög följsamhet. En ökad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler förhindrar smittspridning och bidrar till en minskning av vårdrelaterade infektioner (VRI). Punktprevalensmätningen baseras på "Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg" (SOSFS 2015:10).

Metod för mätningen: Mätningen grundar sig på observationsstudier, som sker under en i förväg angiven tidsperiod. Observationerna ska utföras vid patientnära arbete exempelvis omvårdnad, undersökningar och behandling. Det är fyra steg gällande hygienrutiner som observeras, 1 handdesinfektion före och 2 efter vårdmoment, 3 handskanvändning och 4 användning av skyddsförkläde. Det är fyra steg gällande klädrutiner som observeras, 1 arbetsdräkt, 2 ringar, klockor, och armband, 3 hår och 4 naglar. Urvalet ska vara slumpmässigt både avseende personalkategorier och observerade arbetsmoment. Tidigare har mätningen utförts med hjälp av en databas från SKR men 2023 var sista året. 2024 har socialförvaltningen tagit fram en egen digital metod för inmatning av mätresultaten i ett beslutstöd och analysen av resultaten har utförts i Stratsys.

Resultat:

2024 har det gjorts 402 observationer.

Fyra steg gällande hygienrutiner: 79% följsamhet till korrekt desinfektion av händerna före ett vårdmoment. 92% följsamhet till korrekt desinfektion av händerna efter ett vårdmoment. 92 % korrekt användning av handskar, 80% korrekt användning av engångsförkläde.

Fyra steg gällande klädrutiner: 92% korrekt arbetsdräkt, 91% fri från ringar, klockor, armband, bandage och stödskenor, 95% korta naglar, fri från nagellack och konstgjort material, 96% kort eller uppsatt hår.

Analys av resultat:

Följsamheten i dom flesta momenten är bra men det brister också i vissa moment som drar ner resultatet. De större bristerna syns i att inte sprita händerna innan vårdmoment. Antalet observationsstudier varierar mellan enheterna, så underlaget kan vid få observationer vara osäkert. Resultatet varierar också mellan olika enheter man kan också se klara skillnader mellan olika yrkeskategorier. Värt att notera är att fem av tolv hemtjänstgrupper inte har några registreringar.

Åtgärd:

Fortsätta att ge utbildning till medarbetare i basal hygien löpande under året så att alla medarbetare blir påminda och får en uppdatering av kunskap om de basala hygienrutinerna. Att alla chefer inom kommunal vård- och omsorgsverksamheter går webbutbildningen om att förebygga och förhindra smitta, källa föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt Sol och LSS HSLF-FS 2022:44.

Bättre följsamhet inom hemtjänsten att utföra egenkontrollerna.

3.7 Uppföljning kontakter med läkarjouren Källstorp Trollhättan

Mål: Följsamheten till läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård på jourtid.

En enkätundersökning genomfördes 241101-241201. Kommunens sjuksköterska fyllde i en enkät vid kontakt med läkarjouren.

Resultat:

Det var totalt 16 kontakter. Vanliga kontaktorsaker har varit urinvägsbesvär, oro, andningsbesvär, smärta och dödsfall

Analys:

Sammanfattningsvis är den största bristen att det saknas skriftliga ordinationer av läkemedel. Vid två fall efterfrågades hembesök och var av ett blev nekat med hänvisning till att man inte gör några hembesök och ett blev utfört i palliativ vård i livets slut.

Åtgärd:

Resultatet delges till vårdenhetschef för jourcentralen för att kvalitetssäkra identifierade brister. Dom tre kommunerna som samarbetar med jourcentralen har under 2024 haft samverkansmöte med medicinsk rådgivare och enhetschef för jourcentralen. En återkommande fråga är i vilken mån och utsträckning som hembesök görs i konsultationsärenden. Vi är överens att det ingår i primärvårdens uppdrag och därmed i den jouransvarige läkarens uppdrag och att det är en bedömning som vederbörande läkare gör i samråd med kommunens sköterska när detta är ändamålsenligt. Samverkansmöte mellan berörda kommuner och ledningen för jourcentralen fortsätter under 2025.

3.8 Rättssäkerhet och följsamhet till ny lagstiftning

Under 2024 noteras en ovanligt hög mängd utredningar om lagförslag som kan komma att beröra socialnämndens verksamhet om respektive när de införs. Dessa beskrivs närmare i förvaltningens verksamhetsplan. Socialtjänsten och den kommunala primärvården är kunskapsintensiva områden, och särskilt inom områden som rör barn och unga samt att motverka kriminalitet rör det sig mycket på nationell nivå. Även här finns en tydlig koppling till det systematiska kvalitetsarbetet där en lagförändring som

grund ska ses som en risk, åtgärder vidtas för att förebygga risken (t ex förberedelse genom utbildning och anpassning av rutiner etc) och följas upp inom den ramen.

Verksamheterna arbetar löpande med att hålla sig väl uppdaterade med förändringar inom socialtjänstens område och anpassa verksamheten därefter, och har också stöd från stabsfunktionerna inom kvalité och utveckling gällande detta.

En översyn och granskning av inkomna domar till biståndsenheten från förvaltningsdomstolarna under 2024 har skett och visar 17 inkomna domar, varav 16 utfaller i enlighet med socialnämndens beslut. De överklagande insatserna avser personlig assistans (5) Korttidsboende enligt SoL (4), korttidsvistelse enligt LSS (3), ledagsarsevice enligt LSS (2), och en vardera avseende kontaktperson SoL, Bostad med särskild service LSS och avgifter. Det är en minskning från 2023 (37 domar) och 2021 och 2021 (både 32 domar) och kan tyda på att rättstillämpningen stadgats.

År	2023			2024		
Beslutsnamn Kategori	Avslag	Bifall	Total	Avslag	Bifall	Total
Insatskategori	Nya beslut	Nya beslut	Nya beslut	Nya beslut	Nya beslut	Nya beslut
IBIC avlösarservice		1	1			
IBIC dagverksamhet		93	93	1	76	77
IBIC hjälp i hemmet	21	1 820	1 841	8	1 919	1 927
Hemgångsbeslut		360	360		271	271
IBIC Hjälp i hemmet Boendestöd	1	89	90		92	92
IBIC kontaktperson	1	46	47	3	48	51
IBIC korttidsboende	28	406	434	28	358	386
IBIC korttidsboende växelvård		66	66		59	59
IBIC ledsagarservice	1		1	1		1
IBIC LSS Avlösarservice	7	20	27	12	24	36
IBIC LSS bostad med s service	3	18	21	2	11	13
IBIC LSS Daglig verksamhet		25	25		24	24
IBIC LSS Familjehem s service	1	5	6		8	8
IBIC LSS Kontaktperson	2	34	36	8	39	47
IBIC LSS Korttids över 12 år		12	12		10	10
IBIC LSS Korttidsvistelse	8	33	41	15	35	50
IBIC LSS Ledsagarservice	7	25	32	6	20	26
IBIC LSS Personlig assistans	24	26	50	14	20	34
IBIC medboende		1	1			
IBIC Särskilt boende	16	207	223	25	181	206
IBIC SoL korttidstillsyn barn		1	1		1	1
IBIC SoL korttidsvistelse barn	1	7	8	3	3	6
IBIC Trygghetslarm		356	356		451	451
LSS Sjuklön personlig ass		16	16			
LSS Sjuklön personlig ass.		2	2		4	4
Tillfällig vistelse SoL		1	1		2	2
Total	121	3 670	3 791	126	3 656	3 782

Justerat utfall 2024 med 561 beslut om bifall som avser schabloner på redan fattade hemtjänstbeslut.

Under 2024 fattades totalt 3782 beslut, jämfört med 3791 beslut 2023. Beslut om hemtjänst, inklusive hemgångsbeslut, ligger på samma nivå som föregående år. Vi ser en ökning av beslut om trygghetslarm till 451 beslut (356 förra året). Beslut om Bifall Särskilt boende var 181 att jämföra med 207 förra året. Beslut om korttidsboende/växelvård minskade något till 445 beslut (500 förra året). Beslut om personlig assistans ökade till 34 beslut (24 förra året).

Inom vuxenheten Under året registrerades sammanlagt 547 aktualiseringar vid Vuxenheten av varierande anledningar och orsaker (331 unika personer), 124 st. var kvinnor och 207 st. män. Den yngsta personen som hade någon form av aktualitet vid enheten var 18 år och den äldsta personen var 84 år.

Det har inkommit 161 anmälningar om oro under året (70 kvinnor och 91 män). 11 av dessa var oro utifrån våld i nära relation. 105 personer har själva ansökt om stöd och behandling, utav dessa var 39 ansökningar utifrån våld i nära relation. Totalt har 117 utredningar enligt SoL och 9 enligt LVM genomförts.

När det gäller insatser har 104 personer beviljats stöd/behandling avseende missbruks-/beroendeproblematik och 46 personer utifrån våld i nära relation samt totalt tre (3) avseende avhoppare/ våldsutövare/ brottsoffer/övr. social problematik. I år har endast tre kvinnor haft insats på skyddat boende utifrån vårt avtal med Trollhättan stad och en man med ett barn har beviljats externt skyddat boende. Trots att antalet VIN-ärenden ökat något så har antalet personer med behov av skyddat boende ändå minskat från föregående år.

Precis som de senaste sex åren har under 2024 totalt tre personer vårdats enligt LVM, en av dessa övergick sedan till en placering på HVB enligt SoL under tre månader. Verksamheten beskriver att de i övrigt inte haft behov av att bevilja någon annan form av extern SoL-insats på HVB utan kunnat använda oss av den egna öppenvården.

95 personer har haft någon form av biståndsbedömd insats avseende missbruks-/beroendeproblematik och 10 st. har haft insats utifrån VIN/avhoppare/våldsutövare. Utförarteamet har också genomfört 43 biståndslösa insatser rörande 19 unika personer inom ramen för social service, inkl. anhörigstöd. I genomsnitt har mellan 8-11 brukare per månad har varit beviljade Strandviken-insatsen.

Inom försörjningsstöd har ett fortsatt strukturerat utvecklingsarbete i handläggningen kopplat till våra två huvudspår – arbetsspåret för de brukare som bedöms ha arbetsförmåga samt sjuk/rehabiliteringsspåret för brukare med hög ohälsa, ofta kopplat till sjukskrivning. På samtliga tjänster ska det bedrivas ett socialt förändringsarbete med hög kvalitet i delaktighet med våra brukare.

I arbetsspåret har samverkan med AME haft hög prioritet under året, Vi fortsätter att arbeta utifrån framtagna gemensam process för samverkan mellan arbetsmarknadsenheten och försörjningsstödsenheten. Processen sker för att vi tillsammans ska stödja brukare i en målinriktad process mot arbete, studier och sysselsättning för självförsörjning och självständighet. Även arbetet med välfärdsbedrägerier och felaktiga utbetalningar (FUT) har haft hög prioritet där en särskild utsedd socialsekreterare arbetar kvalificerat med denna typ av utredningar. Under året genomfördes 23 utredningar avseende FUT (*jämförelse 2023; 16st.*).

Under 2024 har det totalt varit 249 antal bokade nybesök på Försörjningsstödsenheten. Denna siffra motsvarar antal nya hushåll som blivit aktuella på enheten och visar alltså hur stort inflödet av nya ärenden till enheten är (*jämförelse 2022; 264 st. 2023; 270st.*)

Totala antalet hushåll har i medeltal per månad ökat något jämfört med föregående år, i år var medeltalet 419 hushåll per månad. Totalt har 691 hushåll uppburit ekonomiskt bistånd någon gång under året. Antalet ungdomshushåll upp till 25 år ligger på samma nivåer som föregående år, i medeltal per månad var det under året 49 hushåll. Kostnaderna har däremot ökat betydligt mer än ökningen av antalet hushåll på grund av hög inflation som bl.a. inneburit kraftiga höjningar av riksnormen de senaste orsakat av hög inflation (höjning av riksnormen med hela 17;6% för perioden 2023-2024). Den månatliga genomsnittskostnaden per invånare i Vänersborg för försörjningsstöd var 99 kronor per invånare för perioden januari till november 2024 (*Jämförelse, Uddevalla; 101 kr. Trollhättan; 96 kr*).

Det totala antalet avslutade hushåll på Försörjningsstödsenheten under 2024 var ca 236 st. Således var det något fler nya hushåll jämfört med avslutade under året. Av de som avslutades gick ca 26% ut i arbete, ca 17% fick annan ersättning/bidrag, ca 11% gick till studier, ca 11% flyttade från kommunen och ca 4% erhöll ålderspension. För resterande var det övriga orsaker som ej registreras specifikt i vårt verksamhetssystem.

Vad gäller unga hushåll upp till 25 år så avslutades 59 hushåll under 2024. Utav dessa gick ca 34% ut i arbete, ca 22% började studera, ca 17% erhöll annan ersättning/bidrag och 10% flyttade till annan kommun. I gruppen unga är det således fler som går ut i arbete och studier än för de brukare som är över 25 år.

Av totala antalet hushåll som uppbär försörjningsstöd under året så var 52% utrikes födda utanför norden, andelen utrikesfödda har kontinuerligt minskat sedan 2020 då andelen var 62%.

Antal hushåll som uppbär långvarigt försörjningsstöd (mer än 10 månader) ökade kontinuerligt fram till 2021. Därefter har det skett en minskning, även om det nu i år åter ökat marginellt jämfört med år 2023. Andelen med långvarigt bidragsberoende var under året 311 hushåll (*Jämförelse; 2022; 356 st. 2023; 307st.*). Detta trots att intensivt arbete skett med målgruppen som har ohälsa och långvarigt bidragsberoende under året. Verksamheten har lyckats stödja många till sjukersättning och aktivitetsersättning via Försäkringskassan, annars hade denna siffra varit ännu högre.

3.9 Granskning av dokumentationens kvalitet

Under 2023 antogs en förvaltningsgemensam riktlinje för dokumentation inom socialtjänsten, där bland annat ansvaret för egenkontroll i tillräcklig omfattning framkommer. Dokumentation är en tydlig del av alla processer som rör handläggning och utförande, och har inför 2024 lyfts med som riskområden i det systematiska kvalitetsarbetet. Många verksamheter har redan en mer eller mindre omfattande egenkontroll av dokumentation och journaler, men genom kopplingen till kvalitetsledningen kommer verksamheten att få tydligare underlag på vilka utvecklingsområden som finns och bättre kunna rikta träffsäkra åtgärder.

Egenkontroll av genomförandeplaner via digital mall har genomförts på 360 ärenden i förvaltningen, främst inom PSO och ASI. Kontrollen visar att huvuddelen av alla personer har en aktuell genomförandeplan, och att de generellt håller god kvalite. Utvecklingsområden finns fortsatt gällande delaktighet, framförallt att av dokumentationen kunna utläsa om den enskilde har framfört önskemål och hur de i sådana fall ha bemötts.

Det framkommer också att den digitala mallen implementerats olika i verksamheterna, några enheter har varit väldigt aktiva i användningen medan andra verksamhetsområden inte kommit lika långt i år.

Som stöd för dokumentation har under året vidare utvecklats digitala utbildningar, generellt kring dokumentation och för upprättande av genomförandeplan. Arbetet med dokumentationsombud har påbörjats under året med två träffar och riktade utbildningar ha också getts till roller med ett större ansvar för genomförandeplanen, bland annat fast omsorgskontakt.

Ett nytt arbetssätt enligt vårdprocessen och verksamhetssystemet Life Care HSL har införts. Hälso- och sjukvårdsdokumentationen har setts över efter ny anvisning och utbildning för att säkerställa ett nytt arbetssätt enligt Nationell informationsstruktur. Implementeringen skedde i samband med övergången till Life Care HSL. Granskning av patientjournal planeras till hösten 2025.

3.10 Andra egenkontroller

3.10.1 Riktad egenkontroll gällande insatsen städning (hemtjänst)

Hemtjänstens verksamhetschef har uppdragit att genomföra en egenkontroll av städ, som utförs av kommunens lokalvård. Utvecklingsledare har genomfört djupintervjuer med 8 personer fördelat på lika många män och kvinnor som haft insatsen under mer än ett år, respektive mindre än ett år.

Resultatet är generellt mycket gott, särskilt vad avser upplevelse av hur insatsen utförs samt personalens bemötande. Resultatet av upplevd delaktighet och inflytande är något lägre, och här är utvecklingsområden att ge fördjupad skriftlig information i samband med uppstart av insatsen samt att även dokumentera erbjudanden, t ex två val, viktigt att journalföra. Detta är något som verksamheten vid avtalsuppföljning beskriver att de samtalar mycket om, t ex att personerna får välja om för- eller eftermiddag passar dem bäst. Verksamheten kan också i utökad omfattning ta med skriftliga synpunktsblanketter ut, då enhetschef beskriver att inga sådana inkommit under året, heller ej digitalt. De samtal som omkommit har rättats till direkt. De flesta samtal handlar om frågor som nästa städtillfälle, när kommer ni?

Vissa skillnader tolkas finnas mellan kvinnor och män, där kvinnor är mindre nöjda. Samma tendens finns inom hela hemtjänsten, även på nationell nivå, och behöver belysas i det fortsatta arbetet. Hemtjänsten har ett mål från kommunfullmäktige, nöjd med hemtjänsten som helhet ska upp till 90% 2027 (nu 86 för 2025)

Hemtjänsten tar över planeringen av städning under våren 2025, där även genomförandeplansarbetet tas med som varit ett tydligt utvecklingsområde.

Det upplevs av ansvarig utförare finnas vissa städ som över tid är enkla, och där det kan finnas tecken på förändrade behov ska signal till handläggare initieras vilket påminns om vid uppföljningstillfället. Det noteras att insatsen städning inte ges enligt IBIC utifrån differentierade behov, utan att insatsen ges som ett generellt utformat paket.

3.10.2 Säkra vårdövergångar

Antalet utskrivna patienter från slutenvården var 1174, jämfört med 1359 år 2023. Betaldagarna på sjukhus minskade från 473 till 47 dagar.

<u>Utskrivningsklara</u>	<u>2021</u>	<u>2022</u>	<u>2023</u>
Antal patienter (ej <u>unika</u>)	1 459	1 264	1 343
Antal betaldagar	31	196	473
Kostnad per vård dag, i kr	8 900	9 300	10 500

Antal betaldagar gjorde en mycket positiv utveckling under 2024, vilket kan ses som en indikator på säkra och effektiva vårdövergångar till rätt nivå. Trycket är fortsatt högt på korttids- och särskilt boende platser men samordningsteamerna med roller från Biståndsenheten, kommunal primärvård och hemtjänsten har arbetat för effektiv samverkan med brukare/patient i fokus och nått effekt.

Som bilden visar nedan har efterfrågan på korttidsplatser kraftigt ökat och verksamheten har en fortsatt hög grad av effektivitet, se bl a beläggningsmättet som 2024 uppgår till 99% Det stora trycket på korttidsplatser har medfört minskad tillgång till växelvårdsplatser.

<u>Korttidsvård och växelvård</u>	<u>2022</u>	<u>2023</u>	<u>2024</u>
Antal inskrivna under året	650	712	683
Antal platser	26	26	26
Antal vård dagar	8 230	8 927	8 709
Beläggning i %	94	102	99
Antal köpta korttidsdygn	0	500	101
Personalkostnad per vård dag	1 916	1 845	1 962
Total nettokostnad per vård dag	2 025	1 964	2 081

Inom Vård och omsorg Särskilt boende är snittet på väntetid för särskilt boende (från beslut till första erbjudande) 104 dagar att jämföra med 66 dagar 2023. Detta är en fortsatt negativ trend även sett till siffrorna från 2022 (39 dagar) och 2021 (12 dagar). Alla beslut som överstiger 90 dagar rapporteras till tillsynsmyndigheten IVO, som tar ställning till om sanktionsavgift ska begäras när den skäligen tiden har överskridits. Detta har skett vid ett tillfälle under 2024, och gällde då ett ärende från 2023. Sannolikt är att fler ärenden kommer att uppkomma med anledning av 2024 års siffror. Som beskrivits i kapitlet uppföljning, är detta ett område som måste åtgärdas under kommande år för att enskilda ska få den insatser han eller hon bedöts ha behov av, inom skälig tid.

3.10.3 Avvikelse rapportering mellan vårdgivarna sker i Med Control Pro. **Resultat:**

Antalet avvikelser som berörde NU-sjukvården var 60 stycken 2024 och 66 stycken 2023. Avvikelser som gällde vårdcentralerna var 11 stycken 2024 och 8 stycken 2023. Övriga enheter (sjuktransport) 2 avvikelser 2024, saknas bärhjälp.

Avvikelseerna hos NU-sjukvården har handlat om att läkemedel saknas eller felaktiga läkemedel är medskickade vid hemgång. Epikris och läkemedelslista är felaktiga eller inte är klara i tid vid utskrivning. Datum för utskrivningsklar flyttas och sent. Rutinen för SAMSA följs inte. Saknas hjälpmedel vid hemgång.

Avvikelseerna hos vårdcentralerna har handlat om brister i information vid ändrade läkartider. Av 9 avvikelser hos vårdcentralerna är 6 stycken kopplade till Medpro där uteblivna läkemedelsgenomgångar och ej tillgång till hembesök är vanligast.

Från andra vårdgivare skickades det 11 stycken avvikelser 2024 på den vård som kommunen bedriver jämfört med 7 stycken 2023.

Avvikelserna har handlat om att: rutinen för SAMSA inte följts, samordning mellan kommunal primärvård och ambulansverksamheten, brister i omvårdnad, kommunikation. Hemtjänsten har inte mött upp när brukaren kommer hem.

Åtgärd:

MAS har initierat ett samarbete med apotekare inom NU-sjukvården för att minska läkemedelsavvikser i vårdövergångarna. Arbetet har under 2024 lyfts in till Vårdsamverkan Fyrbodal för ett utvecklingsarbete.

4. Uppföljning privata utförare, verksamhet upphandlad enligt LoU

Under 2024 har en extern aktör (Samhall) utfört serviceinsatserna tvätt och inköp inom ramen för hemtjänst enligt Lagen om offentlig upphandling (LOU). Verksamheten har tillstånd via IVO, som också är tillsynsmyndighet.

Verksamhetschef har sammankallat till regelbundna samverkansmöten med Samhall som ligger till grund för att avtals- och kvalitetsuppföljning tillsammans med en årlig skriftlig redovisning. Samhall träffar även samtliga gruppleddare i hemtjänsten vid digitalt möte varannan månad, för information och möjlighet att ställa frågor åt båda håll.

Granskning av verksamhetens kvalitetsarbete

Under 2024 har Samhall genomfört ett antal kvalitetshöjande insatser, dels genom utbildning av personal och chefer. Samhall har under året fortsatt bjudit in till driftavstämning emellan Samhalls områdeschefer och driftledare samt hemtjänstens gruppleddare. Driftavstämningens syfte är att få till ett tätare samarbete emellan Samhall och hemtjänsten samt kunna nå ut med information bättre. Inhandling: Samhall har fortsatt månadsmöten med Stora Coop Överby för uppföljning av avvikelser. Detta för att förekomma klagomål och funderingar hos brukarna. Samhall har under året utökat antal inventarier till Samhalls förfogande på stora Coop.

Utökning Tvätt: Under 2024 har Samhalls tvätteri fortsatt arbeta aktivt för ett minskat klimatavtryck. Förutom fortsatt arbeta med tvättmaskinernas fyllnadsgrad för att minska åtgång av energi och vatten har tvätteriet förnyat fordonsflottan med två elbilar. För att öka Samhalls tillgänglighet för brukare och hemtjänst samt förkorta svarstid har Samhall inrättat en kundtjänst som är bemannad 08:00-15:30. Kundtjänst går att nå via telefon, mail samt meddelande i Lifecare. För att säkerställa rutinefterlevnad i tvätteriet har antal områdeschefer i tvätteriet utökats för en till fyra. För att förbättra medarbetarnas arbetsmiljö och säkra leveranssäkerhet under varma sommandagar har tvätteriet installerat takfläktar för att uppnå ett bra klimat i lokalen.

Beskrivning av Samhalls egenkontroller

Inhandling: För att säkerställa att brukaren får de varor som har beställts utför Samhall egenkontroll i samband med att varorna har plockats. Plocklistan jämförs med innehållet i pappåsen. I de fall Samhall hjälper till med att plocka upp varor i kyl, frys och skafferi utför Samhall en andra egenkontroll. Innehållet som packas upp i brukarens bostad jämförs med plocklistan för att säkerställa leveransen. För att säkerställa kyl och frysledning så kontrolleras temperaturerna 3ggr/dag. Temperaturerna dokumenteras och arkiveras. Renlighetskontroll av fordonets lastutrymme utförs dagligen, dokumenteras och arkiveras.

Tvätt: Vid slutbehandling av tvätt utförs följande egenkontroller;

- Samtliga artiklar är korrekt slutbehandlade i form av strykning/mangling samt vikning med gott resultat
- Samtliga artiklarna stäms av mot de inregistrerade artiklarna för att säkerställa att brukaren får tillbaka alla artiklar. Vid utlämning av ren tvätt kontrollerar Samhall att alla brukare i det aktuella hemtjänstområdet som lämnat in tvätt också fått leverans tillbaka.

Synpunkter/Klagomål

Samhall har under 2025 inte tagit emot någon rapport enligt Lex Sarah.

Inhandling: Under året har 26 synpunkter inkommit gällande felplockad/missad/förstörd vara. Samhall har vid 24 av dessa ersatt varan och levererat till brukaren.

Tvätt: Under året har Samhall betalat ut ersättning vid 11 tillfällen för försvunnet eller skadat plagg. Övriga synpunkter rör bristande kvalitet i form av att kläderna inte blivit uppackade hos brukare eller att plagg som lämnats åter till brukaren skrynkliga.

Avtalsuppföljning

Avtalsuppföljning på helhet har skett vid möte i november, där inga avvikelser framkommit.

Bedömning:

Bedömning görs att insatserna utförs avtalsenligt och är av god kvalitet.

5. Nationella brukarundersökningar och öppna jämförelser

Syftet med brukarundersökningar och öppna jämförelser är att kommuner ska använda resultaten för att analysera sin verksamhet, lära av varandra, förbättra kvaliteten och effektivisera verksamheten. Varje enhet ska inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet jobba med de behov som framkommit och följa upp effekterna, och detta kommer från 2024 att dokumenteras i verksamhetssystemet stratsys.

För att säkerställa underlagen är en utvecklingsledare inom Kvalité och utveckling ansvarig för samordningen av svaren. Resultaten analyseras både inom verksamhetsområdet och i samband med analysmöten i tvärprofessionella strukturer.

Resultaten i sin helhet för samtliga verksamhetsområden: [Öppna jämförelser av socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård - Socialstyrelsen](#)

De nationella brukarundersökningarna kommer framgent att ske vartannat år.

Individ och familjeomsorg:

Öppna jämförelser – resultatet presenteras per verksamhet för IFO:s olika områden, resultat som presenterades under 2024 visade på generellt goda resultat.

Brukarundersökningar - I den nationella brukarundersökning som gjordes hösten 2024 har IFO Vänersborg mycket goda resultat och har förbättrat resultatet i en majoritet av de olika frågeområdena. Totalt för IFO ligger resultatet i nivå med rikssnittet inom två frågeområden (inflytande och upplevelse av förbättrad situation) och betydligt över rikssnittet avseende de tre övriga områdena (Nöjdhet med stödet man får totalt, personalen visar förståelse samt om man kunnat påverka vilken hjälp man får). 79% anser att de fått en förbättrad situation i undersökningen 2024 jämfört med 76% 2022.

Verksamheten gör också egna brukarundersökningar som analyseras på enheterna och ingår liksom öppna jämförelser i det systematiska kvalitetsarbetet. Generellt visar även dessa goda resultat där majoriteten är nöjda.

Personligt stöd och omsorg:

Verksamheten har tagit till sig resultat från brukarundersökningar och analyserat det för vidare arbete. När det gäller svar från senaste brukarundersökningen har verksamheten uppmärksammat att en fortsatt utveckling behöver ske vad gäller kommunikation/dialog med brukarna. Dessa områden har också lagts in i vårt ledningssystem som egenkontroll under 2024. Verksamhetschef har också inför regelbundna avstämningsmöten med respektive enhetschef för kvalitetsuppföljning för att övergripande följa utvecklingen.

Hemtjänst:

Den övergripande hemtjänsten når inte upp till rikssnitt i år men även här finns det stora variationer mellan enheterna. Det finns de som visar mycket bra resultat och som ligger över rikssnitt och de enheter som har sämre resultat än föregående år. Alla enheter har redan startat upp arbetet med att identifiera aktiviteter som krävs för att komma upp i eller vidmakthålla en god kvalitet.

Särskilt boende:

När det gäller helhetsbedömningen av hur brukarna upplever nöjdheten med sitt boende får verksamheten ett resultat på 74. Detta är under rikssnitt och en försämring mot föregående år. Positivt är ändå att man som brukar upplever 62 att personalen har ett fint bemötande och att man känner sig trygg på sitt boende

Verksamheten har med anledning av resultaten i brukarundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" målen att dels höja svarsdeltagandet på enkäten samt att skapa både gemensamma och individuella aktiviteter för den enskilde brukaren. Enheterna har jobbat aktivt med detta och det har anordnats bl a anhörigträffar, sommarfester och andra trevliga sammankomster på de olika boendena, också i samarbete med externa samarbetspartners/frivilligorganisationer. Under hösten startade även ett skolprojekt upp med elever som går sista året på gymnasiet som inom ramen för Ungt företagande startade ett företag som riktade in sig på att ordna aktiviteter för äldre. I samband med besöken på en projektenhet var målet att skapa ett möte mellan generationer.

Ett annat samarbete som startat upp gällande ökad aktivitet är ett tillsammans med en närliggande förskola, där barnen kommer till äldreboendet vid t ex olika högtider och vid flera tillfällen under sommaren och hösten. Här handlar det om att låta barn och äldre umgås och leka fritt. Varje tillfälle avslutas med en gemensam fikastund och lite sång som barnen tränat på innan de kommer.

Vård, stöd och utredning:

På frågan "Är handläggarens beslut anpassat efter dina behov?" är resultatet (66%) lägre än rikssnitt (71%). Analys pågår bland handläggare och i samordningsteamet och under 2024 kommer det att arbetas vidare med aktiviteter för ett ökat resultat.

Inom dagverksamhet har en egen enkätundersökning genomförts, "Vad tycker du om din dagverksamhet?", som grundar sig på det nationella enkätarbetet "vad tycker de äldre om äldreomsorgen?". Av 95 utskickade enkäter (oktober månad) inkom 63 svar, vilket ger en svarsfrekvens på 66%. Svaren är mycket positiva, som exempel så anger 98% av de svarande att personalen bemöter dem på ett bra sätt. 81% anger att de är mycket nöjda med den dagverksamhet de har, 19 % är ganska nöjda, ingen anger missnöje. Svaren har gått igenom och analyserats tillsammans med alla medarbetare. Där det är möjligt kommer också brukare att erbjudas ta del av sammanställningen.

Arbete, sysselsättning och integration:

Under år 2024 har daglig verksamhet fortsatt och fördjupat det systematiska förbättringsarbete som inleddes under 2022 med ambitionen att brukarna skulle uppleva ökad trygghet, bättre kommunikation och ökad delaktighet i sin sysselsättning. Förbättringsarbetet har bidragit till en förbättring av resultat i 2024 års brukarundersökning, då andelen brukare som anser att man får bestämma över saker som är viktiga har ökat från 71,58% 2021 till 80% 2024. Varje verksamhet har satt upp mål utifrån delaktighet, kommunikation och trygghet för att på så sätt få personerna delaktiga i sina egna liv. Personerna får/har utifrån sin genomförandeplan också mål som ska genomlysas av dialog och delaktighet. Verksamheterna har också som mål att få personerna så självständiga som möjligt, för att få personerna att växa och på så sätt känna delaktighet. Genom det arbete som gjorts och görs kring självständighet ser vi att personerna växt, utvecklats och gör egna val i större utsträckning. Detta understöds av resultaten av årets brukarenkät som uppvisar ett förbättrat resultat i så gott som samtliga frågeområden. Även sysselsättning enligt SoL har förbättrat sina resultat jmf med föregående år i så gott som samtliga frågeområden. Resultat värt att nämna är att andelen brukare som anser att man får bestämma över saker som är viktiga har ökat från 79 % 2022 till 90 % 2024 och om brukaren trivs på sin dagliga sysselsättning har ökat från 80 % 2022 till 95% 2024.

6. Våld i nära relation

SOSFS: 2011:5

Skyddat boende – Våld i nära relation & Avhoppare	2021	2022	2023	2024
Antal köpta platser under året - ViN	4	2	2	1
Antal vårddygn under året - ViN	926	399	260	12
Antal insatser i skyddat boende, THN enligt avtal	13	5	8	3

Inför 2024 har målstyrning funnits från kommunfullmäktige: Våld i nära relation ska uppföra genom följsamhet till upprättad handlingsplan. Handlingsplanen innebär att varje enhet ska ha en plan för hur personal får kunskap om våld i nära relationer, samt hur man ska arbeta systematiskt för att upptäcka våld i nära relationer hos brukare.

Arbetsformen med en central samrådsgrupp med verksamhetsrepresentanter som startade 2020 med att ta fram förvaltningsgemensam riktlinje och stödmaterial har bedömts ge god effekt på kvalitén i det fortsatta arbetet och har implementerats som permanent struktur. Bland annat har en stående VIN-månad införts för att extra belysa det viktiga arbetet, och systematiskt följa upp processer och rutiner inom området som stöd för alla medarbetare. Det är ännu ett fåtal verksamheter som strukturerat ställer frågor om våld, och det arbetet behöver ytterligare stärkas och utvecklas.

Exempel från verksamhetsområde hemtjänst:

“Hemtjänstens ledningsgrupp har ett utsett VIN ombud som tagit fram en handlingsplan och en VIN pärm som finns på varje enhet. Alla enheter har tagit upp rutinen kring VIN på APM. Några enheter har tagit ett större omtag med tex föreläsning med enheten mot våld i nära relation.”

Under 2023 gav vidare regeringen jämställdhetsmyndigheten i uppdrag att följa upp och stödja myndigheters arbete med att hantera skyddade personuppgifter. Detta beror på att antalet personer som lever med skyddade personuppgifter har ökat, och det bedöms finnas ett stort behov av ökad kunskap om och långsiktigt stöd till såväl personer med skyddade personuppgifter som till myndigheter och andra aktörer som möter dessa personer. Uppdraget ska slutredovisas 2027. Nämnden har sedan flera år tillbaka en

övergripande rutin som stöd för hantering vid skyddade personuppgifter, och välkomnar den nationella översynen så det i vardagsarbetet har noterats vissa svårigheter för personer med skyddad identitet, t ex att hantera inköp mot faktura.

[. Myndigheternas arbete med skyddade personuppgifter ska förbättras - Regeringen.se](#)

7. Barnbokslut – barnrättsarbete

Barnkonventionen är ett rättsligt bindande internationellt avtal som slår fast att barn är individer med egna rättigheter.

Barnkonventionen har varit gällande i Sverige sedan år 1990, genom en folkrättslig skyldighet att tolka svensk lagstiftning i enlighet med internationella åtaganden. Sedan den 1 januari 2020 har barnkonventionen ställning som svensk lag. Detta innebär ett förtydligande att rättstillämpare på alla nivåer inom offentlig verksamhet ska beakta de rättigheter som följer av barnkonventionen vid avvägningar och bedömningar som görs i beslutsprocesser som rör barn.

I Vänersborgs kommun finns ett barnrättsteam där socialförvaltningen deltagit aktivt i det strategiska barnrättsarbetet med en representant under året. Barnrättsteamet ska vara ett forum för stöd, vägledning och lärande mellan förvaltningarna i frågor och dilemman som rör den praktiska tillämpningen av barnkonventionen. För att skapa förutsättningar för att bedriva ett strategiskt och långsiktigt barnrättsarbete krävs det kommunikation, information och samverkan mellan kommunens förvaltningar.

Barnrättsteamet har i uppdrag att:

- effektivisera arbetet med att implementera arbetet med barnkonventionen utifrån inriktningsmål och förväntade resultat.
- arbeta fram enhetlig mall/checklista
- erbjuda utbildningsinsatser
- göra årlig sammanställning och utvärdering för kommunen och tillse att arbetet dokumenteras i Stratsys
- synliggöra barnrättsarbetet

Syftet med ett barnbokslut är att se över hur barnkonventionen följs och hålls levande ute i verksamheterna. En kommungemensam sammanställning upprättas samlat på övergripande nivå i barnrättsteamet, och på förvaltningsnivå beskrivs arbetet som bedrivits i inom socialförvaltningen under 2023.

Socialförvaltningens handlingsplan beskriver aktiviteter som riktar sig mot att all personal inom socialförvaltningen ska få kunskap om och genomgå en för verksamheten ändamålsenligt utbildning/information om barnkonventionen. En större satsning genomfördes under 2022, och ska löpande ingå i introduktion och verksamhetens stödmaterial utifrån den specifika inriktningen. På övergripande nivå finns även barnkonsekvensanalys med som en stående rubrik för att vid alla förändringar och utredningar ha med en analys av hur olika former av avvägningar eller beslut kan komma att påverka barn generellt. Den anges idag som exempel på kommunnivå men ska regelmässigt användas som rubrik inom socialförvaltningen, tillsammans med brukarperspektiv och anhörigperspektiv.

Nyckeltal som berör barn och unga (SOL, LVU, LSS)

Resultat IFO:

Under året har totalt 2882 (jämförbar siffra år 2023 var 2474)

orosanmälningar/inkommande information hanterats, dessa har berört totalt 1176

Socialnämnden, Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse – 2024

individer. Av dessa 1176 individer var 556 flickor och 620 pojkar. Utöver detta har det inkommit 73 ansökningar av bistånd.

Under perioden 2020-2024 har antalet orosanmälningar/inkommande information ökat kraftigt från 153 till 243 i snitt per månad, en ökning med 63%. Merparten inkommer från polis och skola/förskoleklass.

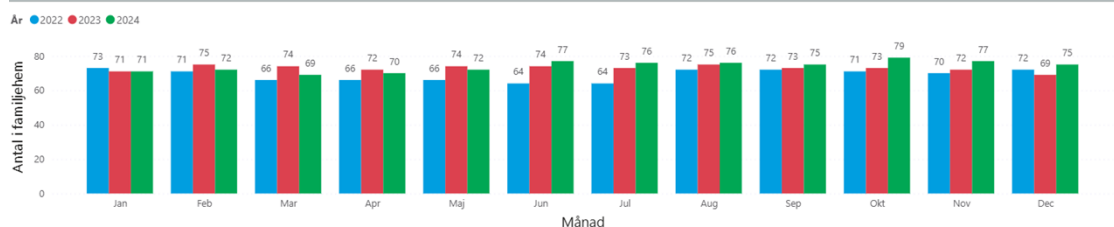
Den vanligaste orsaken till orosanmälan är bristande omsorg om barn och unga med totalt 646st. (jämförelse 2023; 710st.) Utöver detta inkom 394 orosanmälningar kring våldsutsatta barn avseende 274 unika barn (jämförelse 2023; 247 orosanmälningar, 204 unika barn). Det är således en ökning från 2023 vad gäller ärenden som aktualiseras utifrån våld. Totalt 68 orosanmälningar rörde ungas missbruk (jämförelse 2023; 51st.) Vad gäller hedersrelaterad problematik var det 16st. (jämförelse 2023; 14st.) Vi kan också konstatera att det särskilt under de senaste två åren inkommit betydligt mer allvarliga orosanmälningar som lett till fler resurskrävande insatser och placeringar.

Totalt har 695 utredningar inletts under året (jämförelse 2023; 677st). De 695 utredningarna avsåg 600 unika individer, av dessa var 273 flickor och 327 pojkar.

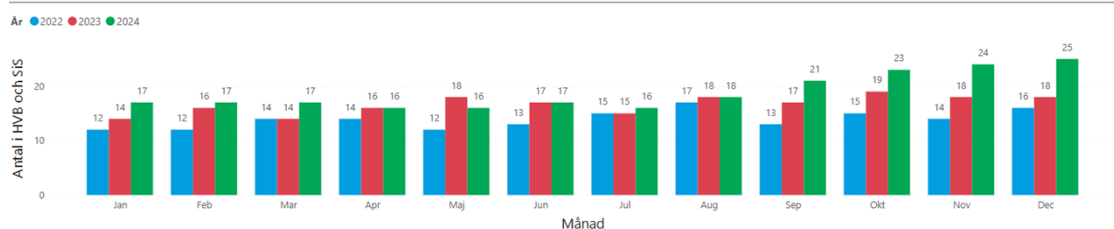
Totalt var 261 barn aktuella för olika typer av insatser under 2024. Av dessa var 121 flickor och 140 pojkar.

Under 2024 genomfördes totalt 48 nya barn- och ungdomsplaceringar, 28 flickor och 20 pojkar. Av dessa placerades 34 enligt SoL och 14 enligt LVU. 31 placerades i familjehem, 13 placerades i HVB, 2 placerades inom SIS och 2 placerades i skyddat boende. Antalet unga placerade på HVB (hem för vård eller boende) eller på statens institutioner har ökat kraftigt under de senaste åren. Antalet vårddygn har ökat med 18% jämfört med 2023.

Antal barn/ungdomar i familjehem



Antal barn/ungdomar i HVB och SIS



Antalet ärenden i form av både biståndsbedömda och biståndslösa öppenvårdsinsatser har stadigt ökat under flera år, vilket har lett till utökade anställningar av familjebehandlare. Antalet familjer i biståndsbedömda öppenvårdsinsatser har ökat med hela 124% sedan 2021. Under 2024 var det i snitt 113 familjer (152 barn) per månad som var föremål för biståndsbedömda insatser på enheten. Antalet har ökat kontinuerligt under hela året och i december 2024 hade 133 familjer (181barn) en pågående insats.

Antalet icke biståndsbedömda insatser har ökat med 17%% jämfört med 2023. Verksamhetens biståndslösa insatser i form av rådgivning och stödgrupper har under året i genomsnitt haft ca 35 personer pågående per månad (*jämförelse 2023; 30st.*).

Familjerådgivning ett intensivt arbete gjordes för att korta ned köerna påbörjades hösten 2023, vilket också påverkade antalet besökare särskilt i första delen av 2024. Numera kan våra kommuninvånare boka samtalstider själv via ett digitalt bokningssystem och vi har i princip inga väntetider.

Det är mycket glädjande att antalet besökare har ökat då detta ses som en viktig del i vårt förebyggande arbete för föräldrar och inte minst för barnen.

Antal besökande personer 2024; 327 (jämförelse 2023; 174st.)

Antal genomförda samtal 2024; 601 (jämförelse 2023; 387st.)

Familjerätt

	2024	2023	2022
VBU (Vårdnad, boende och umgänge) utredning enligt FB 6:19	58	51	27
Umgängesstöd yttrande	12	18	16
Umgängesstöd Dom	12	12	8
Upplysning enligt FB 6:20	70	49	42
Samarbetssamtal frivilliga	88/barn	68/barn	61/barn
Samarbetssamtal enligt Dom	5	9	7
Yttrande/medgivande adoption	2	3	0
Namn/pass yttrande	2	0	1
Avtal VBU	15	8	9
Informationssamtal	63	55	
Faderskap/föräldraskap	70	68	
Bistånd faderskap/föräldraskap (Ny statistik för oss då vi registrerar de ärenden där vi bistår andra kommuner)	6		

Familjehemsvård

Verksamheten beskriver att året inleddes med färre placerade barn i åldern 0-12 år i jämförelse med 2023 men mot slutet av året har siffrorna vänt, men dock i en liten utsträckning. Under 2024 har det dock varit fler familjehemsplacerade barn/unga i åldern 13-20 år. Inledningsvis av året hade vi betydligt fler än föregående år, men antalet har sjunkit något under senare delen av året. En del av sänkningen beror så att familjehemsvård inte fungerat och den unge har haft behov av placering på HVB.

Totalt har 102 barn och unga varit placerade i familjehem någon gång under året. I åldersgruppen 0-12 år har det i snitt per månad under året varit 43st. (*jämförelse 2023; 43 st.*) och i åldersgruppen 13-20 år 24st (*jämförelse 2023; 20 st.*)

Vänerns borg har sedan många år arbetat aktivt för vårdnadsöverflyttningar från vårdnadshavare till familjehemsföräldrar utifrån gällande lagstiftning, där detta bedöms

vara till barnets bästa. I jämförelse med våra stora grannkommuner har vi procentuellt fler vårdnadsöverflyttningar. Under 2024 genomfördes 13 vårdnadsöverflyttningar. Familjehemsvården är fortsatt starkt påverkad av den rådande marknaden där kommunen konkurrerar med privata bolag om familjehemmen som i vissa fall erbjuder extremt höga ersättningar, jour dygnet runt, spavistelser för familjehemsföräldrarna, mycket avlastning etc. Under 2024 har Socialstyrelsen haft ett särskilt uppdrag att stödja kommunerna i rekrytering av familjehem, då bristen är stor i hela landet. De har genomfört nationella kampanjer vid tre tillfällen under året.

Barnkonventionen - dialogen kring barnens rättigheter, delaktighet etc. beskrivs mer eller mindre ständigt pågående övergripande inom de enheter som arbetar direkt med barn. På våra enheter som arbetar med vuxna blir det än viktigare med barnkonsekvensanalyser t.ex. utifrån på vilket sätt förälderns ekonomiska situation eller beroende/utsatthet påverkar barnen och vilka konsekvenser beslut och insatser har för barnen. Trots detta så har vi ett fortsatt utvecklingsarbete att göra inom området, inte minst med en ny kommande socialtjänstlag där barnens rätt förstärks genom att lagen anpassas till barnkonventionen. Ett intressant exempel är vidare Familjerätten som under senare delen av 2024 gjort en planering för att barnrättssäkra samtliga arbetsprocesser, arbetet kommer att påbörjas i början av 2025.

Korttidsverksamheten för barn och unga med funktionsnedsättning konstaterar att beläggningen har gått ned under 2024. Trolig orsak är att nyprövning av beslut har lett till färre dygn i enlighet med domstolarnas praxis. Verksamheten reflekterar över förhållandet mellan nivån av dygn och de individuella behoven av kontinuitet, och för fortsatt dialogen med myndighet.

Barn som berörts av vräkning:

Trots regeringens nollvision gällande barn som berörs av vräkning, ökade antalet med 17% från 2022 till 2023 – till 674 barn. Under flera år minskade antalet barn som berördes av vräkning, men sedan 2018 har kurvorna vänt upp nationellt. Det totala antalet vräkningar ökade med 10%, till 2768 st. Det finns stora geografiska skillnader. Vanligast är att allmännyttan lämnar in en ansökan om avhysning, och hyresskulder är den vanligaste orsaken.

I Kronofogdemyndighetens officiella statistik berördes 7 barn i två ärenden av vräkning i sitt permanentboende 2024, att jämföra med 3 barn 2023 och 5 barn 2022. I Trollhättan var motsvarande siffra 2 och Uddevalla 2, för 2024. Detta är den näst högsta siffran i hela Västra Götaland, där endast Göteborg som långt större kommun har ett högre antal (26 barn, fördelat på 15 ärenden).

Noterbart är dock även att det för 2023 finns ytterligare 8 ärenden som berör 20 barn (varav majoriteten permanentboende), där avhysning inte verkställdes. Även om det är positivt att den yttersta konsekvensen inte blivit genomförd, belyser bland annat Socialstyrelsens vägledning för att vräkningsförebyggande arbete att en osäker boendesituation har tydlig negativ inverkan på barns mående.

Barn i familjer med försörjningsstöd

Antal barn i hushåll med försörjningsstöd ökade kontinuerligt under perioden 2017 – 2020. Orsaken bedömdes i första hand vara det ökade antalet hushåll som uppbar försörjningsstöd. Under 2024 var det totalt 456 barn vars familj någon gång under året uppbar försörjningsstöd (*jämförelse; 2022; 560 st. 2023; 451 st.*) Från 2021 har det skett en minskning, men i år har en marginell ökning jämfört med år 2023 skett. Detta bedöms bero på att det totala antalet hushåll nu åter ökat något.

Analys:

Skyddet och stödet till utsatta barn och unga är ett av nämndens mest angelägna områden. Inflödet har varit fortsatt högt och även ökande, vilket ställt stora krav på verksamheten. Verksamheterna har arbetat intensivt för att hantera alla ärenden på ett kvalitativt och rättssäkert sätt, och ser behov av att få jobba med långsiktig kvalitetsutveckling på ett mer systematiskt sätt på flera nivåer.

Vad gäller barn som berörs av vräkning finns en nollvision, men ändå har 7 barn drabbats av detta under 2024. Det vräkningsförebyggande arbetet som planeras starta upp i annan utformning under 2025 är angeläget.

Barn i migration är ett område med gråzoner gällande ansvar och förvaltningen har under 2024 påbörjat en viktig dialog med andra huvudmän, som behöver fortsätta. Ett annat område som behöver klarläggas i intern samverkan är barn och familjer med funktionsnedsättningar som inte faller inom nålsögat som motsvarar LSS-personkretstillhörigheter, men där förebyggande insatser och lotsning i samhällssystemet kan vara av stor vikt för så väl barnen som syskon och föräldrar.

Barnrättsarbetet behöver generellt fortsätta vidareutvecklas, och föreslås göra detta genom att tydliggöras ytterligare i mål- och styrningsarbetet inför kommande år vilket också skulle stärka uppföljning och systematiken i kvalitetsarbetet. Som ett första steg bör en granskning av barnkonventionens synlighet i alla berörda verksamheters processer ske under 2025, för att säkerställa att barnrättsarbetet har införlivats i verksamhetens vardagsarbete och rutiner.

8. Samverkan

Samverkan med externa aktörer

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 3 § p 3

Samverkan och samarbete med interna och externa verksamheter ingår i det ordinarie arbetet för samtliga anställda är ett högt prioriterat område utifrån enheternas olika målgruppers specifika behov. Nedan beskrivs några av de samverkansstrukturer som är etablerade och har arbetats inom under 2024.

Övergripande forum för samverkan är t.ex. Samordningsförbundet, Nätverk inom Fyrbodal, Vårdsamverkans lokala samverkansgrupper inom sammansatta vård och omsorgsbehov, psykiatri och missbruk samt Barn och Unga, Barnhuset, Krami samt Fyrbodals socialjour. Samverkan mellan VGR och kommunerna i regionen regleras i hälso- och sjukvårdsvårdsavtalet.

SSPF- Under 2024 har ett omfattande utvecklingsarbete skett i samverkan för att starta igång samverkansarbetet SSPF (socialtjänst, skola, polis och fritid) på individnivå. Arbetet har skett i den arbetsgrupp med koordinator som tagits fram med deltagare från alla de fyra verksamheterna. Polisens verksamhet är de som haft svårast att bidra till arbetsgruppens verksamhet på grund av begränsade resurser i kommunen. Arbetet har under 2024 fokuserat på att lära känna varandras olika verksamheter och dess uppdrag, ta fram rutiner för aktualisering av enskilda individer, rutiner för arbetssätt samt ett brett material att använda för marknadsföring såsom film och broschyrer. Arbetsgruppen har också arbetat med att informera om SSPF i ett flertal olika forum och verksamheter under hösten 2024. Utifrån ett mycket grundligt och gediget arbete är nu arbetsgruppen SSPF i Vänersborg redo att inför 2025 börja arbeta med enskilda individer.

Under 2023 sa alla kommuner upp avtalet med Samverkande sjukvård. I den operativa gruppen så har det genomförts riskanalyser och arbetat fram ett förslag på nytt avtal mellan VG-regionen och kommunerna. Beslut togs om fortsatt avtal från 2024.

Under 2024 har den kommunala primärvården utfört 62 uppdrag från 1177, ambulansen och vårdcentralerna. Under 2023 utfördes 78 uppdrag.

Ny mall för gemensam närområdesplan

Gemensam närområdesplan för lokal partsamverkan som gäller för primärvård, angränsande socialtjänst samt vårdgrannar och är ett verktyg för en god och nära vård utifrån ett personcentrerat förhållningssätt och vårdförlopp. Planen tydliggör omfattning och former för samverkan inom flera områden. Den gemensamma närområdesplanen gäller från 2025-02-01 och tills vidare. Gemensam närområdesplan ska följas upp och utvärderas en gång per år mellan samverkande parter på lokal nivå, kommunvis. Planen revideras vid behov. Koncernkontoret följer upp gemensam närområdesplan utifrån krav och kvalitetsboken inom vårdval vårdcentral.

Nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet

Västra Götalandsregionen ansvarar för att anordna munvårdsutbildning till kommunernas omsorgspersonal utifrån ansvaret för tandvårdsstöd och munhälsobedömningar. Vid dessa utbildningstillfällen instruerar tandhygienister omsorgspersonal hur de ska sköta den dagliga munvården för vårdtagare de har omvårdnadsansvar för. 160 personal har deltagit på utbildningen under 2024 jämfört med 85 personal 2023 och 160 personal 2022. Av inkomna uppgifter har 327 patienter fått en munhälsobedömning genomförd under 2024. är Antal intyg nödvändig tandvård 403.

Samverkan mellan interna aktörer

Socialförvaltningen har sedan 2016 en samverkansriktlinje, som går igenom årligen på APM i alla verksamheter. Riktlinjen bedöms väl implementerad. Det finns flera goda exempel på etablerad interna, multiprofessionella samverkansformer och forum bla kvalitetsteam och samordningsteamsmöten.

Individ- och familjeomsorgen har haft ett fortsatt nära samarbete med barn- och utbildningsförvaltningen genom bland annat Samverkan Vänersborg där även externa aktörer är parter, men också som ett konkret exempel genom rollen samverkande socialsekreterare där skola och socialtjänst har ett delat ledarskap.

Samordningsteamet med nya strukturer har förutom hemtjänsten även påverkat kommunal primärvård, bemanningsenheten och biståndsenheten. Under hela året har det pågått implementering med målet att uppnå en effektiv samverkan med brukaren/patienten i fokus som möjliggör för professionerna att flexibelt fördela resurserna. Förutom en styrgrupp för samordningsteam så har vi även startat en styrgrupp för central planering och arbetet kommer att fortsätta under 2024.

Samverkansprocess mellan arbetsmarknadsenheten och försörjningsstöd har under 2023 fullt ut implementerats och gett ökad tydlighet i ansvarsfördelning och riktning för det gemensamma arbetet kring individen i syfte att korta vägen till egenförsörjning. En fortsatt minskning av antal hushåll på försörjningsstöd bedöms av verksamhetschefer till stor del kunna förklaras av ovan nämnda samverkan.

På ledningsnivå sker samverkan med naturlighet i den samlade förvaltningsledningsgruppen och styr- och ledningskedjan med beredningsgrupper inom olika gemensamma teman. På de gemensamma chefsdagarna har även förvaltningens övergripande stödfunktioner deltagit för ökad samsyn och helhet.

Samverkan med intresseorganisationer

Plan för systematisk samverkan finns upprättad och genomförs löpande. Viktiga forum för detta är t ex det kommunala pensionärsrådet (KPR), rådet för funktionshinderfrågor (KRF) och dialogmöten mellan PSO och FUB, DUF och Attention. Råden och dialogmöten fungerar som ett tillfälle för att delge och få information om övergripande planering, samt för intresseorganisationerna att lyfta frågor från sina medlemmar. Råden utgör också remissinstans när det finns behov, exempelvis vid revidering av riktlinjer.

Samverkan med den enskilde och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §, PSL 2010:659 3 kap. 4 §



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

Samverkan med den enskilde/patienten innebär att den enskilde ska beredas möjlighet till delaktighet i utredningsprocessen och inflytande över hur stödet/vården utformas, i de planer som upprättas. Det innebär också att göra den enskildes röst hörd vid utredning av avvikelser och rapporter enligt Lex Maria och Lex Sarah.

Genomförandeplanen är ett centralt verktyg för den enskildes delaktighet, liksom arbetet med SIP.

Under 2023 har arbete påbörjats för att ta fram en anvisning för anhörigperspektiv inom förvaltningen, med grund i den nationella anhörigstrategin (länk). Beslut förväntas fattas i maj 2024 och implementering ske under hösten.

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Att vården utformas efter de behov som patienten har, genomsyrar de planeringar som sker av patientens vård. Att legitimerad personalen vid beslut om kommunal primärvård har inskrivningssamtal för en dialog med patienten och närstående om den egna vården, hälsohistoria och patientens behov. Att informationen dokumenteras i patientens journal, samt att man öppnar upp för en fortsatt dialog framöver. Målsättningen är att göra patienten delaktig i behandlingen och skapa förståelse för den.

9. Resultat och analys

Kvalité är mycket nära sammanlänkat med resurserna ekonomi och personal, och alla chefer har ett viktigt uppdrag i att arbeta systematiskt med de tre perspektiven. SAS och MAS har i sitt tillsynsuppdrag ett särskilt fokus på att bevaka att brukar- och patientperspektivet säkerställs och att vården och omsorgen är av god kvalitet. Vi noterar att det är ett löpande och viktigt arbete som inte alltid är enkelt, inte minst för första linjens chefer. Vi bedömer att det finns en inbyggd svårighet i att de strukturer/forum/logiker som ska bevaka personalens arbetsmiljö, ibland tenderar att få så stort inflytande att personalperspektivet blir mer tongivande än brukar- och patientperspektivet och att detta behöver bevakas och balanseras än mer. Exempelvis finns en stark tradition i att göra riskanalyser ur ett arbetsmiljöperspektiv vid förändringar i verksamhet, medan det inte görs eller dokumenteras lika systematiskt gällande brukare/patient (vilket det systematiska kvalitetsarbetet och ledningssystemet egentligen ger gott stöd för som struktur, vilket har förtydligats under året).

Under 2024 har förvaltningen fortsatt implementeringen av det systematiska kvalitetsarbetet där flertalet processer inom socialtjänst och hälso- och sjukvård är kartlagda och publicerade, och arbetet med egenkontroller och riskbedömningar fortskrider. Ledning och chefer har en stor vilja att förbättra verksamheten, och har fått en ökad insikt i hur uppföljningar, egenkontroller och förbättringsåtgärder på ett systematiskt sätt bidrar till en kvalitetssäkrad verksamhet. Framförallt har uppmärksamats att avvikelsearbetet behöver gå från ett händelsefokus på individnivå, till ett förebyggande perspektiv på organisatorisk nivå. Enhetscheferna är nyckelpersoner i arbetet och under 2024 har också uppmärksamats att medutredares roll behöver förtydligas och ges förutsättningar för vilket ett arbete har startat upp kring. Det har också blivit tydligt att andra nyckelroller såsom verksamhetsledare och stödpedagoger är av vikt för den fortsatta implementeringen och stöd till baspersonalen.

Arbetet med omställning till en ny socialtjänstlag och god och nära vård kommer att påverka verksamheten i hög grad under lång tid framöver. En socialtjänst och kommunal primärvård som ska finnas till för de med störst behov och samtidigt driva ett mer omfattande långsiktigt och förbyggande arbete med tidiga insatser är betydligt mer resurskrävande än dagens uppdrag. Ständigt nya lagkrav och skärpta föreskrifter samt rekryteringsbehov medför stora utmaningar i att planera och få en stabilitet och kontinuitet både i det dagliga arbetet och utvecklingsarbetet. Det noteras också en mängd nya lagförslag och föreskrifter som berör socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens områden, och för att dessa ska vara möjliga att implementera och omsätta i det dagliga arbetet för alla våra medarbetare är processerna centrala som stöd och verktyg för ledning.

Kommuninvånarnas behov av socialnämndens insatser som vård- och omsorgsgivare är högre än någonsin tidigare. Det handlar inte bara om betydligt fler i behov av stöd och insatser, utan även om alltmer komplexa behov inom samtliga områden som ställer krav på hög kompetens och ett brett samarbete. I den stora välfärdsomställning som nu påbörjats kommer vi vara helt beroende av tät samverkan på alla nivåer med våra samverkansparter både extern och internt i kommunen för att lyckas.

Avseende rättssäkerhet har även i år rättslig prövning i mycket hög utsträckning fastställt nämndens bedömning vilket ses som en indikator på att bedömningarna fortsatt ligger väl i linje med praxis. Verksamheterna har vidare jobbat aktivt med att hålla sig uppdaterade och anpassat rutiner efter ny lagstiftning och föreskrifter.

Nämnden har haft en positiv utveckling av antalet betaldagar som kommunen betalar till regionen för utskrivningsklara patienter! Däremot har väntetiden till särskilt boende ökat dramatiskt, och ett omfattande arbete inletts för att komma tillrätta med detta bland annat genom översyn av flöden, möjlighet att öppna ytterligare platser samt

samarbete med andra kommuner. Inom ramen för individuell uppföljning bör verksamheterna överväga att alltid erbjuda en individuell planering eller SIP när ansökan om boende görs, eftersom det ofta föregås av en förändrad situation eller hälsotillstånd, så att en så hållbar plan som möjligt kan läggas och förberedelse ske för flytt till särskilt boende.

En särskild utmaning i Vänersborg är att vi har Nordens största flyktingförläggning i vår kommun. Detta innebär dels en ökad arbetsbelastning utifrån kommunens yttersta ansvar i akuta situationer, men också svåra juridiska bedömningar i många fall, inte minst utifrån barnrättskonventionen då många barn vistas där under väldigt lång tid. Redan 1 mars 2025 gäller ny lagstiftning för asylsökande som innebär att asylsökande enbart ska bo på Migrationsverkets boenden, de kommer inte längre ha rätt att bosätta sig någon annanstans om de ska ha rätt till ersättning via LMA. Detta i kombination med att Restad gård numera också är ett återvändarcenter för personer som ska utvisas, kommer sannolikt innebära att antalet flyktingar på Restad gård kommer öka betydligt. Det finns också förslag på kommande lagförändringar där kommunen kommer få ett betydligt större ansvar för socialtjänstens insatser för asylsökande.

Barnbokslutet visar genomgående positiva resultat men också en negativ trend gällande allt fler barn som bedöms ha behov av vård utanför det egna hemmet. Det är av största vikt att de barn som behöver sådana insatser för skydd och omvårdnad får det, men nämnden behöver tillsammans med andra samverkansparter med kraft och i enlighet med den nya socialtjänstlagen fortsätta och intensifiera det arbete som görs för att motverka att behovet blir så omfattande och ofta akut.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska/ansvarig för rehabilitering (MAS/MAR) och socialt ansvarig samordnare (SAS) bedömer sammantaget att socialnämnden som vård och omsorgsgivare till stora delar uppnår god kvalitet och patientsäkerhet. De utvecklingsområden som kvalitet och patientsäkerhetsberättelsen noterat sammanställs i mål och aktiviteter nedan.

10. Mål och aktiviteter för 2025-2027

Utvecklingsområden för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Nationell kvalitetsindikator	Aktivitet	Ansvar
------------------------------	-----------	--------

Kunskapsbaserad	Fortsatt arbete med systematiskt kvalitetsarbete så att förändringar och utvecklande insatser har sin grund i den kunskap vi får genom riskbedömningar, egenkontroller och avvikelsearbete, och ger ökad effekt. Beslut om treårig egenkontroll på avvikelseprocessen.	VC Fokusområden tas fram i samarbete
	Säkerställa medarbetarnas följsamhet till processerna i det dagliga arbetet (<i>som kontinuerligt uppdateras vid t ex nya kunskapsstöd, föreskrifter, beslut från IVO etc</i>)	VC
	Fortsatt och fördjupat fokus på individbaserad, systematisk uppföljning och analys på aggregerad nivå/verksamhetsnivå, utveckla former för dialog om resultat och åtgärder.	VC
	Säkerställa tillräcklig kunskap för alla roller och anställningsformer.	VC
	Vidareutveckla förutsättningar att stärka språkförmågan inom äldreomsorgens verksamheter, i enlighet med personal- och kompetensutvecklingsplan samt riktade insatser där behov finns.	VC Sä Bo, Hemtjänst, VSU
Säker	Färdigställa och implementera återstående huvudprocesser inom kommunal primärvård för ökad patientsäkerhet	VC VSU MAS
	Implementera regionala rutiner, riktlinjer och kunskapsstöd för egenvård tillsammans med regionen i vårdsamverkan.	VC
	Säkerställa arbetssätt för att utreda och utföra kompenserande stöd till barn och familjer med funktionsnedsättning, enligt SoL	VC IFO, VSU och PSO
	Upprätta och implementera handlingsplan för civil beredskap, för att säkerställa kontinuitet och kommunikation vid händelser av kris	FC, VC
	Säkerställ rutiner för uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser vid köp av plats	
	Genom uppföljning av processen för systematiskt kvalitetsarbete säkerställa att riskanalyser sker ur ett brukar- och patientperspektiv. Syftet är att säkra insatsernas kvalitet vid planerade och oplanerade organisatoriska förändringar.	VC PSO, VSU +MAS VC

Individanpassad	Systematiskt informera om och erbjuda SIP. Detta ska vara synligt i verksamheternas processer.	VC
Effektiv	Fortsatt utveckling av digitala lösningar som kan komplettera medarbetarnas insatser i enlighet med digital färdplan, i syfte att stärka den enskildes egenmakt och självständighet.	VC
Jämlik	Analys av underlag för att upptäcka och åtgärda eventuella omotiverade skillnader utifrån diskrimineringsgrunderna, i bemötande eller utformning av stöd och insatser.	VC
Tillgänglig	Fortsatt arbete med omställning god och nära vård Implementering ny socialtjänstlag där förebyggande och tillgänglighet innefattas. Utveckla former av stöd och samarbeten för att motverka behov av placering av barn utanför det egna hemmet, inom och utom förvaltningen Initiera och delta i framtagande av anvisning för barnrättsarbete i enlighet med barnkonventionen och förtydligade bestämmelser i nya SoL (Kommande steg: barnrättssäkra egna processer)	VC VC VC IFO, VSU, PSO VC