



Vänersborgs kommun



# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse Socialnämnden 2022

---

# Sammanfattning

För första gången upprättas kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse gemensamt i ett samlat dokument. 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 2022 har förvaltningen tagit viktiga steg framåt i det systematiska kvalitetsarbetet där flertalet processer inom HSL, SoL, LSS, LVU och LVM nu är kartlagda och publicerade. Kartläggningen av processerna har medfört att brister upptäckts och resulterat i nya och förbättrade rutiner. Verksamheterna kommer under 2023 att fortsätta fokusera på egenkontroll och riskanalys för att fullt ut implementera arbetssättet och det digitala verktyget.

Den sammanfattande bedömningen är att socialnämnden bedriver hälso- och sjukvård och socialtjänst som till stora delar uppnår god kvalitet och hög patientsäkerhet. Berättelsen sammanfattar också särskilt viktiga utvecklingsområden där fortsatt arbete behöver ske, bland annat inom systematisk kvalitetsledning och patientsäkerhet, personal- och kompetensförsörjning, säkerhet och digitalisering.

# Innehåll

Sammanfattning.....	2
Innehåll .....	3
<b>1. Inledning .....</b>	<b>4</b>
1.1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete .....	4
1.2 Vad är kvalitet inom socialtjänst och hälso- och sjukvård? .....	5
1.3 Ansvar i kvalitetsledning .....	6
<b>2. Process – Åtgärder för att säkerställa verksamhetens kvalitet .....</b>	<b>8</b>
2.1 Hur har socialnämndens kvalitetsarbete bedrivits?.....	8
2.2 Riskanalys .....	9
2.3 Avvikelser.....	9
2.4 Lex Sarah .....	12
2.5 Lex Maria.....	13
2.6 Synpunkter och klagomål.....	13
2.7 Egenkontroll.....	14
2.7.1 Senior Alert .....	15
2.7.2 Palliativregistret .....	15
2.7.3 BPSD.....	16
2.7.4 Läkemedelsgenomgångar.....	17
2.7.5 Punktprevalensmätning basal hygienrutiner och klädregler .....	17
2.7.6 Uppföljning kontakter med läkarjouren Källstorp Trollhättan.....	18
2.7.7 Rättssäkerhet .....	18
2.7.8 Följksamhet till ny lagstiftning, föreskrifter etc.....	19
2.7.9 Granskning av dokumentationens kvalitet .....	20
2.7.10 Andra egenkontroller .....	21
2.7.11 Verksamhet upphandlad enligt LoU.....	23
2.7.12 Nationella brukarundersökningar och öppna jämförelser.....	23
<b>3. Utvecklingsarbeten inom metod och arbetssätt .....</b>	<b>30</b>
3.1 Personal- och kompetensförsörjning .....	33
3.2 Välfärdsteknik och digitalisering .....	35
3.3 Våld i nära relation .....	36
3.4 Barnboksut – barnrättsarbete.....	37
3.5 Samverkan .....	41
<b>4. Resultat och analys .....</b>	<b>45</b>
<b>5. Mål och aktiviteter för kommande år.....</b>	<b>46</b>

# 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 kvalitén inom samtliga verksamheter.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen sammanfattar det gångna årets kvalitetsarbete utifrån:

Patient- och brukarperspektiv: nationella undersökningar, synpunkter och klagomål.

Verksamhetsperspektiv: egenkontroller, avvikelserapportering.

Externa och interna granskningar.

## 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 missförhållande, vårdskada eller andra avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten kan förebyggas. Ledningssystemets grunder utgår från fastställande av processer och rutiner, riskanalyser, egenkontroller, utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter samt förbättrande åtgärder. Det systematiska kvalitetsarbetet handlar både om att fortsätta göra sådant som fungerar, men även förändra och utveckla det som kan göras ännu bättre.

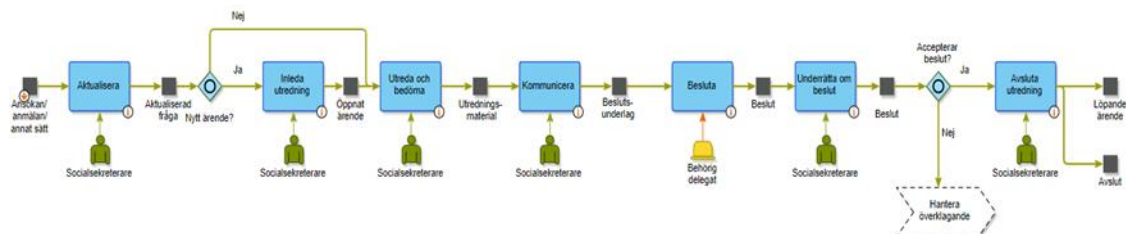
Under 2022 har arbetet fortsatt med att skapa ett sammanhållet ledningssystem för kvalitet i socialförvaltningens verksamheter. Verksamheternas ledningsprocesser, huvudprocesser och stödprocesser har kartlagts och identifierats tillsammans med representanter från verksamheten där både medarbetare och chef har ingått. I slutet av 2022 har c:a 140 huvud- och stödprocesser färdigställts och ytterligare ett 40-tal ligger i pipeline, som styrs av c:a 50 lagstiftningar och därutöver föreskrifter och riktlinjer.

Processkartläggningarna har också på olika sätt medfört en kvalitetsutveckling inom verksamheterna då det bidragit till ett ökat fokus på kvalitetsfrågor och samtal på alla

nivåer. Detta har visat sig genom att verksamheterna blivit än mer medvetna och uppmärksammade på arbetssätt och metoder kopplat till de olika aktiviteterna i processerna.

Arbetet med processkartläggningarna har varit pågående sedan 2021 och implementerades vidare under hösten 2022. Arbetet fortskrider med löpande förbättringar, man blir aldrig ”färdig”.

Nedan ett exempel på hur en process kan se ut. Denna process beskriver myndighetsutövning Ekonomiskt bistånd.



## 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.”*

God kvalité i hälso- och sjukvård innebär att varje patient får en god och säker vård, samt att vårdskador förebyggs.

God kvalité 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



## 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 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 inom sitt verksamhetsområde att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. De ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera 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 lagstyrkt 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 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 kvalitetssäkrar verksamheternas rutiner och processer samt initierar behov av förändring. Vidare bedriver SAS omvärlds- och lagkravsbevakning. Huvuduppdraget för SAS är att utreda inkomna lex Sarah rapporter.

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.

SAS-rollen infördes i augusti 2022.

## **2. Process – Åtgärder för att säkerställa verksamhetens kvalitet**

### **2.1 Hur har socialnämndens kvalitetsarbete bedrivits?**

Av kvalitetsberättelse för 2021 framgår att socialnämnden efter två år av stor pandemipåverkan sett behov av och planerat för aktiviteter under 2022 för att fortsätta säkra och utveckla kvalitén, och även benämnt särskilda utvecklingsområden inom: framförallt inom områdena:

- Barnrättsarbete
- Våld i nära relation
- Personal- och kompetensförsörjning
- Digitalisering och välfärdsteknik
- God och nära vård och omsorg

I berättelsen beskrivs hur socialnämnden har bedrivit sitt arbete med ovanstående under 2022, där utvecklingsområden från 2021 med naturlighet innefattas.



## 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.

De fortlöpande och systematiska riskanalyserna har under 2022 startat upp i och med implementeringen av verksamhetssystem för det systematiska kvalitetsarbetet, där just riskanalys ska ske på varje process. 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 kommer tillsammans med egenkontroller att vidareutvecklas under 2023.

## 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.

1 april 2022 har ett nytt system för digital avvikelshantering införts och process för avvikelshantering enligt HSL, SoL och LSS förbereds också och kommer också att upprättas i kvalitetsledningssystemet.

Under införandet har det framkommit behov av ökat tydlighet och stöd från verksamheterna, och åtgärder om vidtagit utifrån detta är:

- En referensgrupp med representanter har tillsatts som stöd för den fortsatta implementeringen
- En handbok som närmare besvarar hur-frågor kring avvikelset arbetet har tagits fram och gått på remiss i de olika ledningsgrupperna
- Riktlinjen, som tidigare innehöll även rutindelar, har reviderats.

Varje enskild avvikelse utreds och följs upp av ansvarig chef. Om avvikelsen berör HSL är legitimerad personal sk medutredare. Avvikelser ska också följas upp på olika nivåer av organisationen i syfte att lära av varandra och att förhindra att liknande händelser inträffar på nytt. Rapporterade avvikelser sammanställs och analyseras en gång per år på varje ansvarsområde i samband med verksamhetsberättelsen. Med utgångspunkt från analysen identifierar verksamheterna riskområden och handlingsplaner upprättas.

Vid en övergripande analys påvisas att det under året tagits viktiga steg framåt i utvecklingen av avvikelsearbetet och att det digitala systemet varit stödande. Det framgår också att det fortsatt finns utvecklingsområden inom avvikelsearbete, framförallt avseende att hantera avvikelser inom ramen för riktlinjen. Följsamhet är av stor vikt för kvalitetssäkring och bör under kommande år noga följas i referensgrupper och vid analysmöten samt vid verksamhetschefers uppföljning med respektive enhetschef.

Avvikelse typerna är vidare utvecklade i den nya modellen, och därför inte helt jämförbara med tidigare års. Antal inkomna var 2865 år 2019, 2480 år 2020 och 2653 år 2021.

### Nedan avvikelser under perioden 1 april-31 dec 2022.

Notera att sammanställningen begränsas till kvartal 2-4 som hanterats i det digitala avvikelssystemet. From 1 april har alla verksamheter som omfattas av föreskriften som systematisk kvalitetsledning tillgång till detta, och eftersom kvartal 1 inte fullt ut är jämförbart med verksamheter eller avvikelse typer tas det inte med i årets underlag. Det bedöms utifrån årets arbete som att det digitala systemet och rapporteringen stödjer och främjar avvikelserapporteringen och med detta kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Antalet är vidare fler än helåret 2019 som ses som det senaste normalåret att jämföra med.

		År	2022			
Organisation		Rapporttyp	SoL/LSS Annan avvikelse	SoL/LSS Lex Sarah	Vårdskador	Antal
Socialtjänsten			1 194	33	1 780	3 007
Antal			1 194	33	1 780	3 007

### Rapporttyper per verksamhetsområde:

Organisation	År	2022						Antal
	Avvikelse typ	Brister i myndighetsutövning	Brister i utförande/verkställighet	Brister och/eller avsaknad av dokumentation	Samverkan inom förvaltningen	Teknik	Utebliven insats/åtgärd	
Individ och familjeomsorg		22	14	22	1	2	3	64
Antal		22	14	22	1	2	3	64

Organisation	År	2022												Antal
	Avvikelse typ	Brister i bemötande gentemot vårdtagare/brukare/patient	Brister i digital signering	Brister i utförande/verkställighet	Brister och/eller avsaknad av dokumentation	Fall med skada	Fall utan skada	Läkemedel	Medicintekniska produkter	Samverkan inom förvaltningen	Teknik	Tryckskada	Utebliven insats/åtgärd	
Personligt stöd och omsorg		29	19	88	14	5	33	121	4	2	6	2	129	452
Antal		29	19	88	14	5	33	121	4	2	6	2	129	452

Organisation	År	2022													Antal
		Avvikelseyp	Brister i bemötande gentemot vårdtagare/brukare/patient	Brister i digital signering	Brister i myndighetsutövning	Brister och/eller avsaknad av dokumentation	Fall med skada	Fall utan skada	Läkemedel	Medicintekniska produkter	Samverkan inom förvaltningen	Teknik	Tryckskada	Utebliven insats/ åtgärd	
Vård, stöd och utredning			11	1	2	8	17	61	52	4	11	6	1	20	194
	Antal		11	1	2	8	17	61	52	4	11	6	1	20	194

Organisation	År	2022													Antal
		Avvikelseyp	Brister i bemötande gentemot vårdtagare/brukare/patient	Brister i digital signering	Brister i utförande/verkställighet	Brister och/eller avsaknad av dokumentation	Fall med skada	Fall utan skada	Läkemedel	Medicintekniska produkter	Samverkan inom förvaltningen	Stöld/ekonomiska övergrepp	Teknik	Utebliven insats/ åtgärd	
Hemtjänst			8	16	21	75	162	668	349	16	4	5	5	45	1 374
	Antal		8	16	21	75	162	668	349	16	4	5	5	45	1 374

Organisation	År	2022													Antal	
		Avvikelseyp	Brister i bemötande gentemot vårdtagare/brukare/patient	Brister i digital signering	Brister i utförande/verkställighet	Brister och/eller avsaknad av dokumentation	Fall med skada	Fall utan skada	Läkemedel	Medicintekniska produkter	Samverkan inom förvaltningen	Stöld/ekonomiska övergrepp	Teknik	Tryckskada		Utebliven insats/ åtgärd
Särskilda boenden			13	18	36	24	97	291	189	16	3	8	14	3	32	744
	Antal		13	18	36	24	97	291	189	16	3	8	14	3	32	744

Organisation	År	2022										Antal	
		Avvikelseyp	Brister i bemötande gentemot vårdtagare/brukare/patient	Brister i digital signering	Brister i utförande/verkställighet	Fall med skada	Fall utan skada	Läkemedel	Samverkan inom förvaltningen	Stöld/ekonomiska övergrepp	Utebliven insats/ åtgärd		
Daglig verksamhet				17	1	59	5	12	5	4	1	27	131
	Antal			17	1	59	5	12	5	4	1	27	131

## Vilka åtgärder har vidtagits för att avhjälpa och förebygga upprepning?

De vanligaste åtgärderna vid avvikelser är samtal med berörda medarbetare och arbetsgrupper, tillsammans med händelsenära åtgärder för att avhjälpa det aktuella felet (se tabell). I många fall leder också avvikelseteamet till utbildningsinsatser eller revideringar av rutiner och processer som ett led i att förebygga att liknande händelser uppstår.

En stor del avser fall utan skada där handlingsplan redan är upprättad, varför inga åtgärder dokumenteras. Dock avser många fall, med eller utan skada, personer som inte är inskrivna i den kommunala primärvården (hemsjukvården), varför det också är en viktig del för socialtjänsten att utifrån ett förebyggande arbetssätt fortsätta jobba med.

Närmare 150 avvikelser handlar om bristande dokumentation vilket ses som en påtaglig risk för såväl rättssäkerhet som kvalitet. Utbildningsinsatser har genomförts men som en åtgärd har även SAS fått i uppdrag att ta fram en förvaltningsgemensam riktlinje gällande dokumentation inom LSS, SoL, LVM och LVU. En sådan riktlinje

förtydligar ansvaret för att personal har tillräcklig kunskap och förutsättningar för att dokumentera, och kan utgöra stöd för egenkontroll och dialog kring utbildningsbehov. Riktlinjen ska beslutas under 2023 varefter fortsatt planering sker.

13 avvikelser inom vård och omsorg avser stöld/ekonomiska övergrepp av pengar, läkemedel eller värdesaker. Dessa polisanmäles alltid och en lex Sarah rapport upprättas. Som åtgärd på en övergripande nivå har föreslagits att utdrag ur misstanke och belastningsregister ska begäras vid anställning även inom vård och omsorg.

För att minska riskerna för stöld av läkemedel har en upphandling av 800 läkemedelskåp med nyckelfria lås genomförts, som ska finnas inom ordinärt boende inom hemtjänsten, gruppboenden inom personligt stöd och omsorg och särskilda boenden äldreomsorg samt dagverksamhet och daglig verksamhet.

Projektmålet, att införa läkemedelskåp med nyckelfria lås bedöms vara uppfyllt. Effektmålet, om att minska läkemedelsstölder, behöver följas på längre sikt

Åtgärdstyp	År	2022	Antal
	Genomgång av händelse på möte		438
Händelsenära åtgärder		290	290
Omgivning och organisation		31	31
Samtal med medarbetare		293	293
Uppdaterad genomförandeplan/vårdplan		23	23
Uppdatering av/nya processer, rutiner och riktlinjer		59	59
Utbildningsinsats		12	12
Utredarens förslag på åtgärder		35	35
Översyn av hjälpmedel		23	23
Antal		1204	1204

## 2.4 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 på delegation av nämnden.

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 (Socialnämnden).

Under 2022 inkom 33+11 rapporter enligt lex Sarah. Det är precis överensstämmande med föregående års siffra (44).

Av de inkomna rapporterna har 6 händelser efter utredning bedömts som ett allvarligt missförhållande och anmälan upprättats till IVO. 2021 var motsvarande siffra 1 ärende. Pågående översyn av avvikelset arbetet samt justerade rutin där samtliga lex Sarah-rapporter utreds av SAS som ett huvuduppdrag, har sannolikt påverkat skillnaden i antal. IVO har vid kvalitetsberättelsens upprättande beslutat i 4 av ärendena, och bedömt att rapporterings- och utredningsplikten anses fullgjord, att vidtagna åtgärder är tillräckliga samt att det inte finns skäl till att inleda tillsyn.

Arbetet med lex Sarah har under 2022 medfört viktiga åtgärder för att säkerställa och vidareutveckla kvalitet genomförts och föreslagits bl a

- Förslag till införande av regelmässigt utdrag från misstanke och belastningsregister för alla anställningar, även inom vård och omsorg.
- Översyn av arbetssätt gällande specificering av boendenivå, servicebostad/gruppbostad
- Justerade rutiner och egenkontroller inom myndighet
- Utbildningsinsatser

## 2.5 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 kontinuerligt 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 2022 gjordes ingen Lex Maria anmälan till IVO.

## 2.6 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 2022 har 140 synpunkter och klagomål inkommit, att jämföra med 174 st (2021) respektive 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. Utredning av synpunkter hänger nära samman med avvikelsethanteringen, 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.

Nedan redovisas de större teman som kan utläsas:

- På övergripande nivå har 4 synpunkter inkommit som rör akutlogin och 2 frågor/synpunkter har rört flyktingprocessen med anledning av kriget i Ukraina.

- Den mest förekommande synpunkten inom förvaltningens utförarverksamheter rör klagomål gällande utförande av insats (37 st), vilka också innefattar synpunkter på rutiner vid smitta (5 st), personalens framförande av bilar (4 st) samt sophantering/källsortering inom ordinärt boende (5 st).
- Analys av de inkomna synpunkterna visar vidare att många synpunkter som inkommer rör myndighetsinsatser, IFO 29 st och Biståndsenheten 14 st. Av dessa handlar 30% (13 st) om missnöje med beslut, 58 % (25 st) om klagomål på handläggningen och resterande 12% avser bemötande. Myndighetsutövning har direkt inverkan på enskilda personer i viktiga delar av livet såsom vårdnadsfrågor, försörjning och rätt till olika stödinsatser. Utöver möjligheten att överklaga är det viktigt att enskilda har möjlighet att lämna sina synpunkter på sin upplevelse, och det bedöms som att följsamheten fortsatt är hög till rutinen.

Det saknas idag system för att närmare belysa vilka åtgärder som vidtagits med anledning av inkomna synpunkter, och ett digitalt system och hantering hade sannolikt underlättat uppföljningen av vilka förbättrande och kvalitetssäkrande åtgärder som vidtagits.

Sammantaget har också 14 synpunkter inkommit som rör beröm i yrkeskunnande och bemötande, framförallt riktat till personal som utför insats i ordinärt boende (boendestöd, hemtjänst) och även inom särskilda boenden /korttidsboende och myndighet.

## 2.7 Egenkontroll

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



Egenkontroll som begrepp innefattar:

- 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 egenkontroller i kvalitetsledningssystemet kommer att vidareutvecklas under 2023

## 2.7.1 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 2021 års resultat.

### **Resultat:**

Det har gjorts 1013 (714) riskbedömningar och 935 (673) av dessa var med risk hos totalt 717(573) unika personer. Hos 87% (90%) fanns det angivet bakomliggande orsaker till risken. En åtgärdsplan togs fram i 92% (94%) av de med risk. En uppföljning av utförda åtgärder har gjorts för 69% (71%).

Antalet personer med tryckskada och antalet trycksår har minskat från att 67 personer hade 96 trycksår 2021 till 49 personer hade 68 trycksår 2022.

Andelen personer med risk för undernäring har minskat från 37% 2021 till 36% 2022.

Andelen personer med ohälsa i munnen, grad 2 eller 3 enligt ROAG, har minskat från 40% 2021 till 35 2022.

### **Analys av resultat:**

Positivt med ökat antal registrerade unika personer samt antal riskbedömningar.

När det gäller resultat om bakomliggande orsaker, att man tagit fram åtgärdsplan samt uppföljning av utförda åtgärder är jämförbara med 2021.

Positivt att trenden har vänt gällande antal trycksår, risk för undernäring och ohälsa i munnen.

### **Åtgärder:**

Det gäller nu fortsätta arbetet med att öka kompetens hos våra medarbetare gällande förebyggande insatser inom riskområdena. Det finns ett uppdrag som pågår sedan 2022 med syfte att revidera lokal rutin samt utbilda olika yrkeskategorier utifrån berörda ansvarsområden. Ytterligare ett riskområde blåsdysfunktion ska implementeras.

Även berörda särskilda boenden inom avdelningen personligt stöd och omsorg ska börja arbeta med Senior alert.

## 2.7.2 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.

**Resultat:**

Något färre registreringar har gjorts 2022 90 stycken jämfört med 2021 104 stycken.

Smärtskattning sista levnadsveckan är fortfarande mycket lågt resultat, 2022 23% jämfört med 2021 28%. Målvärdet är 100%.

Dokumenterat brytpunktssamtal 2022 51 % jämfört med 2021 62%. Målvärde 98%.

Närvarande i samma rum i dödsögonblicket 2022 72% jämfört med 2021 82%. Målvärde 90%.

Utan trycksår kategori 2-4 2022 89% jämfört med 2021 84%. Målvärde 90%.

Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan 2022 33% jämfört med 2021 33%. Målvärde 90%.

**Analys av resultatet:**

Vänersborg kommun når inte målvärdet i någon av dom fem ovanstående indikatorerna. När det gäller utan trycksår kategori 2-4 är vi nästan uppe i målvärdet och där har vi förbättrat resultatet jämfört med året innan.

**Åtgärd:**

När det gäller smärtskattning så har utvecklingssköterskorna under 2022 påbörjat utbildning för omvårdnadspersonal samt legitimerad personal. Dom har även reviderat den lokala rutinen för smärtskattning. Vad det gäller dom övriga områdena måste det komma igång utvecklingsarbete för att förbättra vården. Ett uppdrag att revidera dom lokala rutinerna för palliativ vård pågår sedan 2022. Viktigt att koppla utbildningsinsatser till detta uppdrag. Viktigt att återkommande under året följa resultatet av dessa indikatorer så att åtgärder kan vidtas fortlöpande.

## 2.7.3 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, sömnsvårigheter, 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 två 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 226 personer, av dom är 120 undersköterskor och 66 legitimerad personal.

**Resultat:**

Under 2022 har 134 registreringar inklusive uppföljningar gjorts på 134 unika personer. Under 2021 var det 107 personer registrerade och 67 registreringar med uppföljningar.

**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.

## 2.7.4 Läkemedelsgenomgångar

**Mål:**

Alla patienter som har kommunal primär med övertaget läkemedelsansvar ska få en läkemedelsgenomgång 1 gång/år. Kommunal primärvård har en lokal samverkansrutin med regional primärvård som reglerar detta arbetssätt.

**Resultat:**

2022 är det rapporterat 591 personer med övertaget läkemedelsansvar. Av dom har 510 fått en läkemedelsgenomgång. 86% följsamhet till rutinen. 2021 var resultatet 601 personer med övertaget läkemedelsansvar. Av dom hade 403 stycken fått en läkemedelsgenomgång. 67% följsamhet till rutinen.

**Analys:**

Ett betydligt förbättrat resultat. Orsaker som påverkat att vi inte nått ännu längre är enskilda läkare som inte har arbetat enligt våra rutiner. Brister i introduktion av sjuksköterskor i den kommunala primärvården.

**Åtgärd:**

Hemsjukvården kommer fortsätta arbeta för ökat samarbete med vårdcentralerna och läkarna för att nå full följsamhet. Samt se till sjuksköterskor får information i samband med introduktion om lokal rutin för läkemedelsgenomgång.

## 2.7.5 Punktprevalensmätning basal hygienrutiner och klädregler

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

**Bakgrund:** Den nationella 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.

**Resultat:**

Det sammanlagda resultatet för alla deltagande enheter visar att i de fyra hygienstegen är resultatet marginellt sämre 2022 79,6% jämfört med 2021 80,7.

När det gäller dom fyra stegen för klädregler är resultatet bättre 2022 87,4% jämfört med 2021 83,2

**Analys av resultat:**

Följsamheten i dom flesta momenten är god men det brister också i vissa moment som drar ner resultatet. De större bristerna syns i att sprita händerna innan kontakt med patient. 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.

**Åtgärd:**

Fortsätta att ge utbildning för 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

## 2.7.6 Uppföljning kontakter med läkarjouren Källstorp Trollhättan

**Mål:**

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

En enkätundersökning genomfördes 2022-06-22--2022-08-29. Kommunens sjuksköterska fyllde i en enkät vid kontakt med läkarjouren.

**Resultat:**

Det var totalt 20 kontakter. Kontaktorsaker urinvägsbesvär (2), oro (4), blödning/ sår (2), andningsbesvär (1), smärta (5), dödsfall (2), vårdintyg (1) och konsultationer (3).

**Analys:**

Sammanfattningsvis är den största bristen skriftliga ordinationer vid ordination av läkemedel samt dokumentation kring kontakten i NPÖ kommande vardag.

**Åtgärd:**

Delgett resultatet till vårdenhetschef för jourcentralen för att kvalitetssäkra identifierade brister.

## 2.7.7 Rättssäkerhet

En översyn och granskning av inkomna domar från förvaltningsdomstolarna under 2022 har skett och visar:

Inom äldreomsorg och funktionshinderområdet har totalt 32 domar inkommit, vilket är mycket likt 2020 och 2021. 26 avser förvaltningsrätt, 4 kammarrätt och 3 högsta förvaltningsdomstolen. Mest förekommande insats som överklagades var kontaktperson, personlig assistans och korttidsvistelse enligt LSS. 94% av ärendena som prövades fastställde nämndens bedömning. Under 2022 har biståndsenheten fattat 3268 beslut och 3106 beslut 2021. Av besluten var 45 avslag 2022 vilket är en minskning från 74 avslag 2021.

Inom försörjningsstöd har 59 domar inkommit, varav 95% utfaller i enlighet med nämndens beslut eller avskrivs.

Inom vuxnenheten har förvaltningsrätten i 2 ärenden beslutat om vård enligt 4§ LVM

Inom den sociala barn- och ungdomsvården har 8 förvaltningsrättsdomar inkommit som fastställer socialnämndens beslut efter överklagande. Ytterligare 13 kammarrättsdomar har inkommit som fastställer förvaltningsrättens dom och avslår överklagande. I 9 ärenden har också förvaltningsdomstolen beslutat om vård enligt 2 och 3§§ LVU

Analys: För alla aktuella verksamheter har rättslig prövning i mycket hög utsträckning fastställt nämndens bedömning vilket ses som en indikator på att bedömningarna fortsatt ligger väl i linje med praxis. Det bedöms vidare som positivt att utfallet inte är 100%, vilket kan ses som ett tecken på att verksamheterna använder sig av rättslig prövning i oklara fall, vilket kan leda till ett klarläggande av rättsläget.

### 2.7.8 Följsamhet till ny lagstiftning, föreskrifter etc

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 kvalitet och utveckling gällande detta. Under 2022 kom inom socialtjänstens område bl a fyra större förändringar som beskrivs nedan.

#### **Lex Lilla Hjärtat**

Den 1 juli 2022 infördes nya bestämmelser i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. De nya bestämmelserna handlar bland annat om följande

- Vård enligt 2 § LVU får inte upphöra förrän omständigheterna har förändrats på ett varaktigt och genomgripande sätt.
- Obligatoriskt att överväga flyttningsförbud vid upphörande av vård av barn i familjehem.
- Obligatoriskt att följa upp barnets situation när tvångsvården upphör.
- Övervägande av vårdnadsöverflytt efter två år i samma familjehem.
- Drogtest av vårdnadshavare eller förälder inför umgänge vid vård med stöd av 2 § LVU.
- Inför prövning av om vård med stöd av 2 § LVU ska upphöra, kan drogtest av vårdnadshavare krävas.

Verksamheterna har under våren 2022 förberett och anpassat rutiner för att säkerställa att bestämmelserna är väl kända av all personal och att följsamhet till dessa råder.

### **Fast omsorgskontakt i hemtjänsten**

Krav på att den som har hemtjänst ska erbjudas en fast omsorgskontakt infördes 1 juni 2022 i socialtjänstlagen (2001:453). Den fasta omsorgskontakten ska tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning när hemtjänstinsatser verkställs. Från och med den 1 juli 2023 införs vidare krav på att den som utses till fast omsorgskontakt ska ha yrkestiteln undersköterska.

Under 2022 har en större omorganisering skett inom Vård och omsorg Hemtjänst, där bland annat utformandet av kontaktteam med Fast omsorgskontakt har införts. Planering har också genomförts för att säkerställa att rollen på kort och lång sikt får de verktyg och kunskap som behövs för uppdraget. Den fasta omsorgskontakten bedöms utifrån rollens uppdrag bli en mycket viktig aktör i det direkta kvalitetsarbetet runt varje enskild person.

### **Förändringar i LSS**

Förberedelser och utbildningsinsatser har skett inom biståndsenheten med anledning av förändringar i LSS lagstiftningen som träder i kraft 1 jan 2023. Det har varit en lång statlig utredningsprocess som landade i förändringar främst gällande grundläggande behov inom personlig assistans, där ett tas bort (ingående kunskap) och två tillkommer. Även schablonavdrag för föräldraansvar vid personlig assistans för barn införs, och åldersgränsen för personlig assistans höjs till 66 år.

Verksamheten har lagt plan för dialog och ärendestöd för 2023 samt noga följa den praxis som kommer att utvecklas på området.

### **Ny lag om egenvård**

Bevakning av frågan har även skett avseende den nya lagen om egenvård (2022:1250) införs 1 januari 2023.

I lagen anges att egenvård är en hälso- och sjukvårdsåtgärd som behandlande hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att en patient kan utföra själv eller med hjälp av någon annan. Det anges vidare att när egenvård utförs gäller inte hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Lagförändringen är ett nationellt förtydligande, som till stora delar bedöms överensstämma med nuvarande rutiner och arbetssätt.

## **2.7.9 Granskning av dokumentationens kvalitet**

Inom IFO granskas journaler, akter och annan dokumentation regelbundet. Ett flertal slumpvis utvalda ärenden per enhet har granskats och genomförts utifrån särskilda rutiner och mallar dock vid minst fyra tillfällen/år. Det föreligger överlag en god kvalitet men verksamheten har uppmärksammat att det finns områden att fortsatt utveckla såsom tydliggörande av barns delaktighet och uppdaterade genomförandeplaner.

Förste socialsekreterare inom biståndsenheten granskar regelbundet handläggning och dokumentation utifrån lagar och föreskrifter. Verksamheten ser genomgående goda resultat vad avser tydlig dokumentation av vad ansökan handlar om, vem som ansöker, om ansökan inkommit muntligt eller skriftligt samt samtycke till utredningskontakter och att inleda utredning, och bedömer att dokumentationen håller en hög nivå i jämförelse med andra kommuner, något som belyses när man ibland får in utredningar från andra kommuner. Verksamheten kommer att fortsätta arbeta med att förbättra bland annat motiveringen i bedömningen till att handläggaren föreslår avsteg från de vägledande nivåerna.

Inom personligt stöd och omsorg granskas sex enheter per år. Vilka det blir bestäms årligen och enheterna är fördelade på de olika insatserna. Det finns en mall att utgå ifrån där två utomstående representanter träffar enhetschef ihop med medarbetare. 2021 års egenkontroller visade att det inom området social dokumentation framkom att samtliga brukare har genomförandeplan med uppföljningsbara mål. Ett förbättringsområde som framkommit är att dokumentation runt vilka metoder som används bör tydliggöras likaså hur brukare är delaktiga och hur verksamheten arbetar för självständighet. Plan finns för åtgärd.

Inom hemtjänsten har egenkontroller av social dokumentation och genomförandeplaner skett regelbundet för att se att alla vårdtagare har en upprättat genomförandeplan och att den sociala dokumentationen följer grundläggande bestämmelser. Bedömningen är att den sociala dokumentationen generellt behöver förbättras och vi behöver erbjuda regelbundna utbildningar för att ge förutsättningar för medarbetarna att lyckas.

Med anledning av detta genomfördes hösten 2022 en halvdagsutbildning för gruppleddare inom hemtjänsten med fokus på dokumentation, avgifter, och systemvård. Även de externa utförarna bjöds in och deltog.

Inom den kommunala primärvården är det granskat 226 journaler av totalt 1002 journaler i januari månad. Väldokumenterade områden är: åtgärdsplaner och resultat kopplat till åtgärdsplanerna. Brister som identifierades i dokumentationen var: kontaktuppgifter, samtycke, inskrivningsorsak, socialbakgrund, livsstil och överkänslighet. Resultatet har delgivits legitimerad personal samt deras enhetschefer. Olika åtgärder har vidtagits för att förbättra kvalitén utifrån nämnda brister.

## 2.7.10 Andra egenkontroller

### Säkra vårdövergångar

Antal betaldagar har under 2022 varit 196 dagar vilket är en avsevärd ökning mot 2021 (31 dagar). Antalet utskrivningsklara patienter var 1264 under 2022 att jämföra med 1459 för 2021. Resultatet bedöms i huvudsak orsakas av ett enskilt ärende, som renderar 118 dagar där det funnits oklarheter om ansvaret vid utskrivning. Det enskilda ärendet borträknat innebär ett resultat på 78 dagar, dvs en dryg fördubbling av dagar. Detta bedöms ha orsakats i huvudsak av de färre antalet boendeplatserna som medfört att personer (som inte kan vistas hemma i väntan på en ledig plats) blivit kvar på korttidsboendet och att platser på korttids därför inte funnits tillgängliga för andra utskrivningsklara personer. Verksamheten beslutade därför att under hösten 2022 öppna ytterligare 8 platser i väntan på färdigställandet av det särskilda boendet som nu renoveras.

Inom Vård och omsorg Särskilt boende är snittet på väntetid för särskilt boende som under 2022 varit 39 dagar i kommunen och där rikssnittet varit 53 dagar (utifrån KKiK). Beläggningen på särskilda boenden har varit cirka 99% under året. Detta är en hög beläggning och användning av våra boendeplatser. Under januari till september fanns det 339 boendeplatser. I september öppnades det upp 8 tillfälliga platser på Sörbygården i Brålanda och dessa kommer att avvecklas i samband med att det nya boendet i Vargön öppnar 2023

## **Avvikelseberättelser mellan vårdgivarna sker i Med Control Pro.**

### **Resultat:**

Antalet avvikelser som berörde NU-sjukvården var 78 stycken 2022 och 24 stycken 2021. Avvikelseberättelser som gällde vårdcentralerna var 9 stycken 2022 och 1 styck 2021.

Avvikelseberättelserna hos NU-sjukvården har handlat om att: epikris och läkemedelslista är felaktiga eller inte är klara i tid vid utskrivning. Datum för utskrivningsklar flyttas ofta och sent. Rutinen för SAMSÄ följs inte. Saknas hjälpmedel vid hemgång.

Från andra vårdgivare skickades det 12 stycken avvikelser 2022 på den vård som kommunen bedriver jämfört med 8 stycken 2021.

Avvikelseberättelserna har handlat om att: rutinen för SAMSÄ inte följts och trycksår som uppstått i den kommunala vården.

### **Egenkontroll Kommunalt akutläkemedelsförråd (KAF)**

I Vänersborgs kommun finns 4 stycken akutläkemedelsförråd. Dessa innehåller de viktigaste och vanligaste läkemedlen som patienten kan behöva i akuta situationer. Regionen svarar för kostnaderna för läkemedel som rekvideras till läkemedelsförråden.

Kvalitetsgranskning av basförrådet har gjorts genom en egenkontroll där frågor från Regionen besvarades av ansvariga för basförrådet. Resultatet av egenkontrollen identifierade förbättringsförslag som att tydliggöra uppdatering av listor och noggrann hållbarhetskontroll. Rutinen för KAF uppdaterades efter egenkontrollen och återkopplades till verksamheten.

### **Arbete, sysselsättning och försörjning**

Det totala antalet avslutade hushåll på Försörjningsstödsenheten under 2022 var 356 st. Det kan jämföras med antal nya hushåll som var 264 st. Det har alltså varit betydligt fler som avslutats än som kommit nya under året. Orsaker till avslut; 34% erhöll arbete, 17% erhöll annan ersättning/bidrag, 14% ej avhörda, 12% började studera, 12% flyttade, 7% annan orsak, 2% pension (<65år), 2% ändrad familjesituation, 0% ersättning på grund av arbetslöshet.

Under 2022 var antalet unga hushåll under 25 år som uppbar försörjningsstöd totalt 133st (179 år 2021), vilket innebär en kraftig minskning under året med ca 25% även av antalet ungdomsärenden jämfört med föregående år.

Antalet hushåll som uppbar långvarigt bistånd (mer än 10 månader) var i januari 2022 393st. och i december 2022 var det 320st., alltså en minskning med totalt 73 hushåll under året.

#### **Analys:**

Från slutet av 2019 ökade antal hushåll som uppbar försörjningsstöd, från att tidigare varit på en nivå av i genomsnitt lite drygt ca 400 hushåll per månad till att som mest under en period 2021 handla om ca 550 hushåll per månad. Därefter har en kontinuerlig minskning skett och vi har nu för 2022 ett genomsnitt på ca 438 hushåll per månad. Jämförelse med nationell statistik visar att vi minskat utbetalt försörjningsstöd något mer än riket i övrigt mellan 2021 och 2022. Även om faktorer som konjunktur, arbetslöshet och ekonomisk situation styr lägesbilden av utbetalt försörjningsstöd, så bedöms de områden som verksamheten arbetat strategiskt med i samverkan med AME under året vara starka orsaker till minskat försörjningsstöd.



Den största orsaken till den höga andelen som långvarigt uppbär bistånd är det höga inflödet från etableringsprogrammet (flyktingar) mellan åren 2016 - 2020. Totalt för perioden var det 393st. som blev beroende av försörjningsstöd efter avslutad etablering. Tyvärr är det många i just denna målgrupp som blivit långvarigt biståndsberoende

Inom AME visar uppföljning ett mycket gott resultat i form av att fler gått egenförsörjning genom arbete och studier 2022 i jämförelse med 2021. Detsamma gäller de som har gått till annan ersättning, dvs. från försörjningsstöd till t ex a-kassa eller sjuk- och aktivitetsersättning. Detta enligt nedan:

- Arbete: 78 st 2021 och 110 st 2022 (+41%)
- Studier: 12 st 2021 och 21 st 2022 (+75%)
- Annan ersättning: 23 st 2021 och 33 st 2022 (+43%)

Resultatet bedöms dels påverkas av att ökad möjlighet att komma ut i arbete när Covid-19 från och med 2022-04-01 inte längre klassades som allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom, men också att verksamheten arbetat strukturerat med snabbare processer för deltagarna, dvs. ett mer fokus på rustande under anställning snarare än fokus på rustande inför anställning. Medarbetare har som stöd bl a fått utbildning i BIP och tjänstedesign i samarbete med Samordningsförbundet.

### 2.7.11 Verksamhet upphandlad enligt LoU

Under 2022 har en extern aktör (Samhall) utfört tvätt och inköp inom ramen för upphandlat hemtjänst enligt Lagen om offentlig upphandling (LOU). Verksamheten har tillstånd via IVO, som också är tillsynsmyndighet.

Egenkontroller gällande externa utförare sker enligt upprättad rutin där avgiftshandläggare kontrollerar avgifter utifrån debiteringen från utförarna. Fakturerade insatser kontrolleras månatligen gentemot utförda insatser. Analyserna som görs är att det är ett bra resultat och bara små justeringar som behöver göras. Under året har också en enkätundersökning gått ut till de som har insatsen inköp och tvätt.

Enkätundersökningens av serviceinsatserna visar på ett bättre resultat 2022 jämfört 2021. Svarefrekvensen minskade från 2019 till 2021. 2022 är svarefrekvensen likställd med 2021. Den externa utföraren upplevs fortsatt göra ett bra arbete, respondenterna är mycket nöjda/nöjda med utförandet av både tvätt och inköp. De upplever även att personalen har ett bra bemötande.

Verksamhetschef har sammankallat till regelbundna samverkansmöten med Samhall uppskattas mycket av båda parter och ligger till grund för att avtalet följs och att insatserna utförs av god kvalitet.

### 2.7.12 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. Resultat har presenterats för varje ledningsgrupp under året tillsammans med ett stödmaterial för analys (PDCA-snurran). Varje enhet ska

utifrån detta jobba med de behov som framkommit. Nedan beskrivs en kortare sammanfattning av resultaten men avgörande för kvalitetsbegreppet är hur verksamheten systematiskt tar sig an, analyserar och använder resultaten för att säkra god kvalitet och patientsäkerhet. Under 2022 har utvecklingsledare tagit fram ett tydligare presentationsmaterial med samlade uppgifter som underlag och stöd för verksamheternas fortsatta arbete. Fortsatt arbete behöver ske under 2023 vad avser att även föra in och följa upp dessa resultat och planerade åtgärder i ledningssystemet för att säkerställa systematiken.

### **Öppna jämförelser**

Syftet med Öppna jämförelser är att kommuner ska använda resultaten för att analysera sin verksamhet, lära av varandra, förbättra kvaliteten och effektivisera verksamheten. Öppna jämförelser redovisas för nedan områden inom socialtjänsten och den kommunala primärvården.

IFO:s olika verksamhetsområden.

Kommunens äldreomsorg.

Motverka hemlöshet.

Socialpsykiatri.

Kommunal primärvård

Krisberedskap.

Funktionsnedsättning, LSS.

Våld i nära relation.

Fyrbodals kommunalförbund har numera tagit ett ansvar att sammankalla representanter från kommunerna inför insamlandet av data för att försöka få en likvärdig tolkning av frågorna. Resultat har presenterats för varje ledningsgrupp under året tillsammans med ett stödmaterial för analys (PDCA-snurran). Varje enhet ska utifrån detta jobba med de behov som framkommit.

Underlaget påvisar i mångt och mycket goda resultat och hög jämförbarhet med övriga kommuner i Fyrbodal. Utvecklingsområden som framkommer genom genomgående ”röda” svar, och som även varit belysta under tidigare år är:

- Vräkningsförebyggande arbete, rutin vid avhysning samt arbete enligt modellen Bostad först.
- Om uppföljningsarbete har skett enligt IBIC samt om verksamheten använt resultatet från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling.
- Om krisberedskap finns med i upphandlingsunderlag för olika insatser, t ex HVB eller bostad med särskild service.

### **Inom IFO har undersökningar riktats mot:**

Social barn- och ungdomsvård

Vårdnadshavare

Ungdomar 13 år eller äldre

Missbruks- och beroendevård

Ekonomiskt bistånd



För att öka frekvensen av utdelade enkäter har verksamheten under 2022 arbetat med ambassadörer. Sammanlagt delades 160 enkäter ut till besökare.

Totalt inkom 99 besvarade enkäter. Av de svarande var 45% kvinnor och 55% män.

Antalet besvarade enkäter varierar i hög grad mellan de olika sektionerna/grupperna. Trots satsningen på ambassadörer sjönk svarsfrekvensen även i år, från 65% 2021 till 57% 2022, vilket verksamheten nu analyserar och planerar för justerat arbetssätt kring.

### **Ekonomiskt bistånd och missbruksstöd**

Resultaten visar för ekonomiskt bistånd och missbruksstöd att brukarna generellt är mer nöjda med stödet som ges än rikssnitt, vad gäller t.ex. tillgänglighet. Minst nöjd är man med hur den egna situationen förändrats under tiden med socialtjänsten, vilket är en viktig signal för vidare analys i verksamheten kring insatsernas effekt.

### **Sociala barn- och ungdomsvården**

100% (7 personer) svarar att de är nöjda med hur lätt det är att få kontakt med socialsekreterare, att socialsekreteraren frågar efter brukarens synpunkter och hur situationen skulle kunna förändras. 100 % av ungdomarna är också nöjda med hur lätt det är att förstå informationen från socialsekreterare

Minst nöjda, 57 %, var ungdomarna med upplevelsen av hur mycket/ganska mycket de kunnat påverka vilken typ av hjälp de fått av socialtjänsten i kommunen. 80% upplever att situationen har förbättrats mycket/förbättrats lite sedan de fick kontakt med socialtjänsten.

100% av vårdnadshavarna upplevde att det är lätt att få kontakt med socialsekreteraren och upplevde att det var lätt att förstå informationen de får av socialsekreteraren.

Det lägsta resultatet (64%) avser hur många som tyckte att deras situation hade förbättrats sedan de fick kontakt med socialtjänsten.

Analys: Antal svar från vårdnadshavare har i Vänersborg minskat med hälften, vilket är tvärtom utvecklingen i riket där antal svarande ökat. Andel vårdnadshavare som upplever att situationen har förbättrats och möjligheten att kunna påverka vilken typ av hjälp de får från socialtjänsten är fortsatt låg.

I riket framkommer stor skillnad mellan könen för vårdnadshavare inom den sociala barn och ungdomsvården. 60% av männen svarar att situationen har förbättrats. Motsvarande siffra för kvinnor är 72%. I Vänersborg är det tvärtom, 100 % av de tillfrågade männen och 38% av kvinnorna anser att situationen har förbättrats. Andel svarande kvinnor är 20 % fler än männen.

Underlagen påtalar att det finns en risk för ojämlikhet då insatserna i mindre utsträckning upplevs leda till förbättringar i livssituationen för kvinnliga vårdnadshavare. Verksamheten kommer med att ta med detta i kvalitetsledningens processer och utifrån riskbedömning lägga in egenkontroller och åtgärder.

### **Kommunal primärvård**

Den kommunala primärvården har uppfyllt indikator gällande tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med fördjupad kompetens i att förebygga och behandla

undernäring. Kommunen har uppfyllt indikator gällande standardiserad bedömningsmetod för symtomskattning för läkemedelsbehandling inom SÄBO vård och omsorg, personligt stöd och omsorg samt i ordinärt boende.

Den kommunala primärvården har inte uppfyllt indikator för vård och omsorg vid diabetes på grund av att det saknas styrdokument samt att det inte erbjuds enkel fotundersökning inom någon av boendeformerna.

Den kommunala primärvården har inte uppfyllt indikator för vård och omsorg vid demenssjukdom på grund av att vi inte erbjuder vård och omsorg med ett demensteam inom någon av boendeformerna. Det finns styrdokument för demenssjukdom.

Den kommunala primärvården uppfyller fyra av fem indikatorer gällande kompetens- och personalförsörjning. Det finns en överenskommelse för samverkan om verksamhetsförlagd utbildning (VFU). Kommunen tilldelar verksamhetsförlagda utbildningsplatser för sjuksköterskeprogram, arbetsterapeutprogram och fysioterapeutprogram på grundnivå.

### **Vad tycker äldre om äldreomsorgen? Hemtjänst**

358 personer i Vänersborg besvarade enkäten, vilket är 60,2% av de tillfrågade. Resultatet har försämrats i flera delar i jämförelse med vårt egna resultat för 2019. Om man jämför 2022 års siffror med riket så uppnår vi rikssnitt i de flesta delarna och särskilt positivt är om personalen har tillräckligt med tid, att personalen kommer på avtalad tid och vart man vänder sig med sina synpunkter. Detta är sannolikt effekter av verksamhetens arbete för att synliggöra blanketten synpunkter och klagomål samt fortsatt implementering av metoden IBIC. Personalen får vidare vara med och påverka hur mycket tid som behövs vid ett besök utifrån kännedom om vårdtagarens behov, och ett nytt modernt planeringssystem ger också personalen information om när besöken ska ske och vad som ska göras.

Utvecklingsområden som framkommer är om man kan påverka när och hur insatsen utförs samt att meddela om förändringar i planeringen sker. I Öppna jämförelser så får hemtjänsten i Vänersborg röda siffror gällande kontinuitet, dvs antal olika personal som en hemtjänsttagare möter under en 14-dagarsperiod. Detta är sannolikt direkt kopplat till Vänersborgs arbete med att differentiera arbetsuppgifterna i hemtjänsten utifrån långsiktig personal- och kompetensförsörjning, vilket gör att vi har flera utförare av serviceinsatser inom ramen för hemtjänst.

### **Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Särskilt boende**

Inom särskilt boende har resultatet generellt försämrats från det att underökningen senast genomfördes 2020. Nästan alla frågeställningar har ett sämre resultat än tidigare och man kan se en direkt koppling till Covid-19 och pandemiåren. Rutiner, riktlinjer och förhållningssätt i samband med pandemin har påverkat relationer mellan boende, anhöriga och personal.

Totalt på särskilt boende svarade 112 personer på enkäten, vilket är 41% av de tillfrågade och motsvarande siffra för riket var 43%. Flera av enheterna fick inte ut något resultat alls på grund av för få svarande på enheten. Verksamheten behöver av denna anledning jobba för att öka svarsfrekvensen för att få ett bättre/säkrare underlag för framtida analysarbete.

Enligt resultatet framkommer också att enkäten till mycket stor del har besvarats av någon annan än den äldre själv och i de allra flesta fall är det en närstående/anhörig

som besvarat enkäten. Under pandemiåren är det många anhöriga som upplevt att man inte har haft så god insyn när det gäller vården och omsorgen om den enskilde vårdtagaren och verksamheten behöver öppna upp och bjuda in anhöriga till de olika enheterna.

Positivt i resultatet är att flertalet av vårdtagaren, hela 93% upplevde ett positivt bemötande från personalen, vilket var en något högre siffra än tidigare undersökning. Enheterna har arbetat aktivt med att implementera socialförvaltningens medarbetarprinciper utifrån det utbildningsmaterial som tagits fram av enhetscheferna inom särskilt boende. Materialet har använts vid utvecklingsdagar i de olika personalgrupperna. Flera av enhetscheferna har också lyft in och pratat om det ”Goda vårdskapet” utifrån hur man bemöter sig själv, andra och varandra.

Positivt är också att fler upplever att man påverka vilka tider man får sina insatser utförda, vilket tyder på att personalen tar hänsyn till den enskildes önskemål. Däremot upplever den enskilde i mindre omfattning att personalen tar hänsyn till hur man själv önskar att hjälpen ska utföras. Idag roterar vi mer personal mellan våra avdelningar för att klara av att möta de schemakrav som finns vilket kan leda till minskad kontinuitet och en upplevelse av okunskap hos personalen. Under pandemin har också personalomsättningen varit större då fler på grund av symtom fått vara hemma och ersatts med vikarier. I vissa perioder har personalbristen varit kännbart och detta påverkar kontinuiteten och kunskapen runt den enskilde brukaren.

### **Personligt stöd och omsorg samt ASI (daglig verksamhet)**

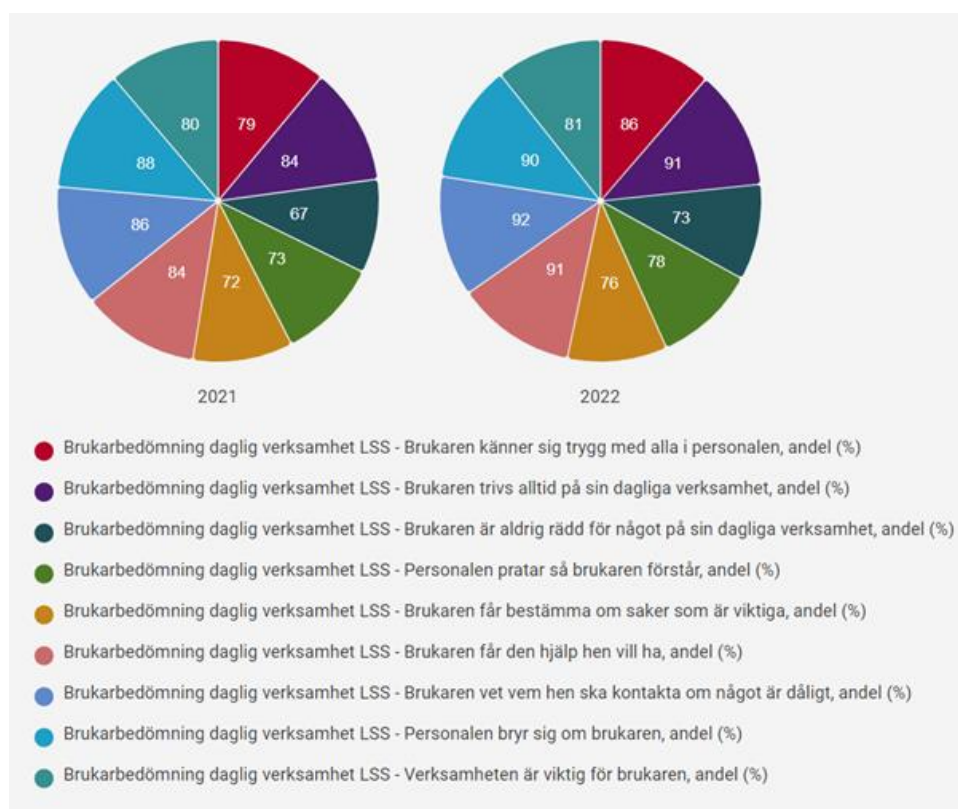
Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) genomför för sjätte året en brukarundersökning. Resultatet för 2022 års undersökning publicerades under december 2022 i Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada). I år var det 180 kommuner anmälda som svarade på enkäterna. Undersökningen genomfördes med webbenkätverktyg från Enkätfabriken. Den besvarades via smarttelefon, surfplatta eller dator, samt i pappersform för de brukare som så önskade.

Brukarundersökningen är en temperaturmätning som signalerar hur brukare upplever kvalitén av de insatser som ges vid mättillfället. I undersökningen ingår:

- Gruppboendestöd LSS
- Serviceboendestöd LSS
- Daglig verksamhet LSS
- Sysselsättning SOL
- Boende med särskild service SoL
- Personlig assistans
- Boendestöd

Inom området **gruppboendestöd enligt LSS** påvisas flera röda resultat, dvs sämre än rikssnitt, inom viktiga frågor såsom att känna sig trygg, förstådd och att kunna påverka hjälpen man får. Trenden är också negativ jämfört även med egna resultat från föregående år. Inom **serviceboendestöd enligt LSS** visar resultaten på samma frågor en ganska stabil trend jämfört med tidigare år, och där genomgående resultat över rikssnitt eller jämförbart med rikssnitt. Verksamheten behöver under 2023 analysera resultaten vidare och planera för åtgärder utifrån de behov som framkommer.

Resultatet inom **daglig verksamhet** påvisar genomgående ökade positiva svar inom i princip alla områden, och ligger nu väl jämförbart på riksnivå eller över. Särskilt glädjande är den höga andelen som alltid trivs på sin dagliga verksamhet.

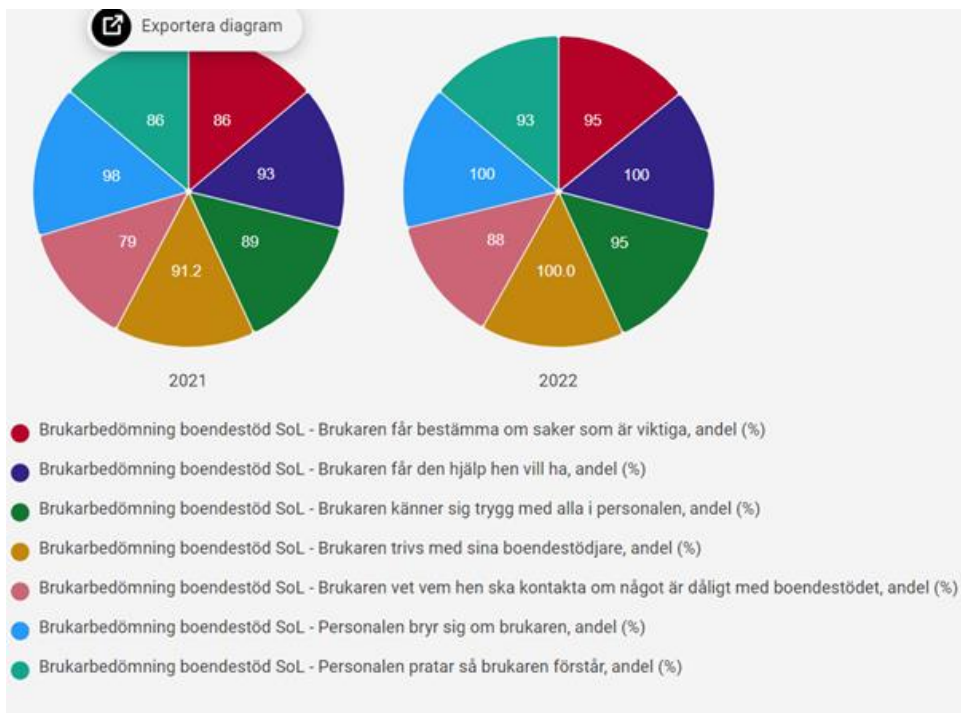


Inom **personlig assistans** påvisas också goda resultat över riksnivå, tex avseende att känna sig förstådd, att trivas och känna sig trygg med sina assistenter. Inom frågorna ”Brukaren kan göra det hen vill med hjälp av assistenterna” och ”Brukaren får den hjälp hen vill ha av assistenterna” påvisas ett tydligt rött resultat, vilket bedöms bero på tillämpningen av praxis inom området och mer begränsade beslut än tidigare.

Inom **boende med särskild service enligt SoL** ligger de flesta resultat på riksnivå eller över. Jämfört med eget resultat tidigare år har upplevelsen av att kunna få hjälp med det man själv vill minskat, medan andelen som upplever sig trygg med all personal ökat.



**Boendestöd enligt SoL** visar mycket goda resultat med genomgående svar över rikssnitt.



Särskilt glädjande är utvecklingen inom förtroende för personalen, som ökat från ett tidigare rött resultat till nu grönt, dvs över rikssnitt. Nedan visas som exempel upplevelsen av att få den hjälp hen vill ha, vilket kan vara en särskilt viktig uppgift när man stödjer personer med varierande dagsform i att klara sin dagliga livsföring.



Inom **sysselsättning SoL** är resultaten något spridda. Inom område trygghet och förtroende för personal visas höga resultat medan ett tydligt utvecklingsområde är brukarens upplevelse av om verksamheten är viktig för hen, samt om man får den hjälp man behöver.



### 3. Utvecklingsarbeten inom metod och arbetssätt

Systematiskt utvecklingsarbete är att löpande utveckla och förbättra verksamheten och sker dagligen inom nämndens komplexa verksamhet. Nedan beskrivs några av de större åtgärder som vidtagits för att säkra och utveckla kvalitén och patientsäkerheten:

#### Anpassat antal platser inom Daglig verksamhet för att möta ökande behov

Under de senaste åren har antalet personer med beslut på daglig verksamhet ökat kraftigt och det uppstod brist på lokalyta och personalresurser för att kunna ta emot fler personer. Totalt sett har daglig verksamhet ökat med 28 antal platser under året. Under året har ”Gränden” startat upp, som vänder sig till unga vuxna med spelintresse (TV- och datorspel). Verksamheten har 12 platser, idag deltar 10 personer i verksamheten. Ytterligare en grupp har startat upp på Slättergatan för att kunna ta emot fler personer där.



## **ÅKA-projektet blir SPIRA**

Gruppen särskilt utsatta på arbetsmarknaden når nivåer motsvarande 75-80% av de arbets sökande. Dessa individer befinner sig långt från arbetsmarknaden och många gånger finns ett behov av att klargöra förutsättningarna för ett långsiktigt och hållbart deltagande i arbetslivet. Under 2021 genomfördes därmed en organisationsförändring inom AME som bestod i att de praktiska verksamheterna till att bli en utredningsenhet, och beslut togs under slutet av 2021 att AME skulle satsa vidare på ÅKA-modellen i egen kommunal regi framöver tillsammans med IFO. ÅKA-teamet knöts till utredningsenheten och består av fyra personer (handledare, socialsekreterare, arbeidskonsulent och arbetsterapeut. Under 2022 implementerade teamet, under namnet Spira, en sammanhållen insats för arbetslivsinriktad rehabilitering inom ramen för AME:s verksamhet. Målgrupp är personer i arbetsför ålder 20-65 år som idag har sin försörjning via försörjningsstöd och som har behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. Fokus för teamet är att klargöra individens förutsättningar för arbete.

## **Stegvis förflyttning**

Under året har det skett ett fördjupat arbete med arbetssätt och metoder för att på ett strukturerat sätt arbeta med att förverkliga en av ASI:s vägledande principer, stegvis förflyttning. Detta för att skapa fler möjligheter till personlig utveckling för deltagarna i daglig verksamhet och en ökad inkludering i samhället och arbetslivet. Modellen för hur personalen ska arbeta med stegvis förflyttning har under året förankrats hos samtliga medarbetare. Ytterligare en Företagsgrupp i samarbete med Erikshjälpen startade upp under hösten. Det finns nu fyra Företagsgrupper med totalt 18 deltagande brukare. Det finns 10 företagsplatser, dvs platser på olika arbetsplatser där individen arbetar självständigt med viss handledning och stöd.

Att arbetet med stegvis förflyttning har intensifierats kommer på sikt generera fler personer till externa platser (företagsplatser) och/eller uti i reguljärt arbete. Under 2022 har två personer från daglig verksamhet fått ett reguljärt arbete. Detta frigör platser i ordinarie daglig verksamhet vilket gör att vi kan ta emot nya brukare med beslut på insatsen daglig verksamhet enligt LSS.

## **Uppsökande verksamhet för personer som inte kommer till daglig verksamhet**

En verksamhet gällande "hemmasittare" har under året startat upp i projektform finansierat med statsbidrag. Det har bedrivits ett uppsökande arbete hos de personer som har beslut på daglig verksamhet men av någon anledning inte kan eller vill delta i daglig verksamhet. Syftet är att motverka social isolering genom att underlätta/motivera till en återgång till daglig verksamhet eller någon annan insats. Det har gjorts goda framsteg med de ca 10 personer som omfattas av verksamheten. Två personer har kommit tillbaka till sin dagliga verksamhet och flera personer är på väg tillbaka. Under 2023 kommer projektet jobba vidare också med de personer som idag har låg närvaro.

## **Samverkan barn och unga**

Gemensamt uppdrag har påbörjats under 2022 där syftet är att stärka samarbetet än mer mellan barn- och utbildningsförvaltningen och socialförvaltningen. Målet är att stärka det främjande och förebyggande arbetet kring barn och unga genom att arbeta

tätare tillsammans för barn och unga i riskzon och inför, under och efter placering av barn och unga både inom och utanför kommunen.

Det pågår flera arbetsgrupper för att ta fram gemensamma metoder och samverkan. Möjligheten att rekrytera en gemensam SIP-samordnare har beslutats av Vårdsamverkan Fyrbodal och kommer att implementeras 2023.

### **Senior i VBG**

Senior i VBG är en del i Vänersborgs kommuns arbete att uppmärksamma och skapa hälsofrämjande insatser för kommunens invånare. Biståndsenheten, Frivilligverksamhet och Kommunrehab är viktiga aktörer. Aktiviteter som genomförts under 2022 är bl a en seniorträff för medborgare som fyller 80 år i Vänersborg, där närmare 120 personer deltog och lyssnade till en föreläsning med förebyggande innehåll samt information om kommunens insatser. Senior sports school har också genomförts vid tre omgångar, där 20–25 seniorer ingår i varje omgång som träffas under 12 veckor för att prova olika idrotter och teoripass kring hälsa. Utvärderingen visar att så gott som alla upplever att de fått ett större socialt nätverk och en ökad motivation till och kunskap om en hälsosammare livsstil. Många välbesökta arrangemang har genomförts på de kommunala träffpunkterna, såsom besök av Polisen, biblioteket, föredrag om munhälsa och musikunderhållning.

### **MEA (Möjliggöra egen aktivitetsförmåga)**

Projektet är i en ny fas där planering skett för breddinförande inom hemtjänsten tillsammans med ordinarie handläggare, gruppleddare och arbetsterapeut med målet att möjliggöra egen aktivitet. Informationstelefonen som infördes 2021 har gett goda effekter och fortsatt under 2022 och kommuninvånare ringer för att få stöd att komma rätt.

### **Bostad först**

Utredning gällande förutsättningar för att införa metoden har under 2022 skett via KS, efter politisk motion. Metoden är även rekommenderad i den nationella strategin mot bostadslöshet. Arbetsgrupp med representanter från socialförvaltningen och det kommunala bostadsbolaget har tillsatts som bl a genomfört digitalt studiebesök och tagit fram underlag till utredningen gällande lokala behov och förutsättningar. Utredningen presenteras för KF under våren 2023.

### **Omorganisation hemsjukvården**

Målen är att:

- Hemsjukvården i Vänersborg är lika oavsett var jag bor geografiskt.
- Patienterna får en kvalitativ vård och behandling
- Medarbetarna trivs och är engagerade med hög kvalitet
- Cheferna är hållbara och har förutsättningar för att driva sin enhet med hög kvalitet utifrån tilldelad budget



### 3.1 Personal- och kompetensförsörjning

Kompetens benämns som den enskilt viktigaste faktorn för kvalitet. Under 2022 har en strategisk **Personal och kompetensförsörjningsplan** framtagits och beslutats som ska ligga till grund för framtida planering av kompetensförsörjning och rekryteringsförutsättningar. Planen har utblick på fem år och kommer årligen att revideras. Syftet är att säkerställa att verksamheterna har rätt kompetens idag och framåt. Till planen kommer förvaltningens ombudsroller att ses över och utvecklas.



#### **Yrkesresan SKR (Nationell)**

Under sommaren 2022 tecknade Vänersborg avtal om att gå med i den nationella yrkesresan, som är ett samarbete mellan SKR, Socialstyrelsen och Regionala samverkans – och stödstrukturer (RSS). Målet med Yrkesresan är att stärka kompetens och yrkes stolthet för både medarbetare och chefer inom socialtjänsten genom att erbjuda bästa tillgängliga kunskap på ett samlat och pedagogiskt sätt. Idag har drygt 90% av alla kommuner valt att anslutna till Yrkesresan.

Totalt ska fem yrkesresor produceras för olika verksamhetsområden inom socialtjänsten under avtalsperioden 2021-2028.

Yrkesresan Barn och unga är först ut och startade under hösten 2022.

Nästa yrkesresa vänder sig till medarbetare inom funktionshinderområdets utförarverksamheter (preliminärt hösten 2023) och längre fram planeras även en yrkesresa för myndighetsutövande medarbetare inom funktionshinderområdet. Förstudier pågår för ytterligare två yrkesresor: missbruk och beroende samt utförarverksamheter inom äldreomsorgen.

#### **Modellen för kunskap, kompetens och kvalitet (Kunskapsresan, Fyrbodals)**

Har tagits fram under 2022 inom Fyrbodals för vår baspersonal och kommer att fortsätta att implementeras 2023. Det övergripande syftet med denna modell är att nå en ökad kvalitet och resurseffektivitet i våra verksamheter, men också möjliggöra karriärvägar för baspersonal och höja status för yrket och därigenom kunna bibehålla personal och få ökade förutsättningar för nyrekrytering. Modellen ställer krav på underlag för att beställa utbildningar och även behovsprövning av kompetens utifrån våra brukare/patienter.

#### **Vård- och omsorgscollege (VO-college)**

Genom VO-college finns ett systematiskt arbetssätt att få fler personer att bli intresserad av och utbilda sig inom området och få anställning inom förvaltningen. VO-college innefattar även utbildning av språkbud för chefer och personal, samt

handledarutbildning. Löpande inventeringar av behov av utbildning inventeras årligen av enhetschefer och ensamordning av detta har skett under året genom en förvaltningsassistent.

### **Modell för förvaltningsgemensam introduktion**

Inom ramen för personal och kompetensförsörjningsplan har också under året har ett uppdrag getts att arbeta fram en modell för förvaltningsgemensam introduktion, där samtliga roller innefattas. Syftet är att säkerställa att medarbetare har den kompetens som är nödvändig, både avseende gemensamma delar (värdegrund, dokumentation, lagstiftning, kvalitetsledning) likväl som områdesspecifika kunskaper (målgruppskunskap). Tex finns webbutbildningar från Fyrbodals samt material från kunskapsguiden.

### **Projekt utvecklingsjuksköterskor/arbetsterapeuter**

Under 2022 har projektet med 6 utvecklingsjuksköterskor genomförts för att öka vardagslärandet för baspersonal kring omvårdnad.

Utvecklingsjuksköterskor träffade initialt alla enhetschefer samt omvårdnadsansvariga sjuksköterskor ute på enheterna för att inventera kompetensbehov och önskemål. Det skapades en ny läkemedelsutbildning som startade i maj månad och pågått fortlöpande för både nyanställd personal samt för all vård- och omsorgspersonal som har läkemedelsdelegering. Introduktion för sommarvikarier utbildning i basal omvårdnad skapades under våren och startades upp i maj månad. Utvecklingsjuksköterskorna har varit ute på enheterna samt erbjudit handledning för omvårdnadspersonal i specifika situationer eller där personal önskar stöd. Skapat metodrum på Niklasberg & Brålanda – vilket är ett evidensbaserat arbetssätt.

### **Verksamhetspecifika exempel på hur kompetensutveckling har bedrivits:**

#### Personligt stöd och omsorg:

PSO har under året genomfört stora utbildningsinsatser för baspersonal, bl a har cirka 300 medarbetare genomgått utbildning i samsjuklighet, personlighetsyndrom, psykosjukdom och suicidprevention. Verksamhetsledare har fått riktad utbildning i situationsanpassat ledarskap och de kommer även få handledning under våren -23. All personal inom PSO har också fått utbildning i social dokumentation och verksamhetssystemet Life Care.

#### Individ- och familjeomsorg:

Yrkesresan, modell för kompetensutveckling för medarbetare inom IFOs verksamheter i samverkan genom Fyrbodals.

Inom IFO har jämställdhet, mångfald och ett normkritiskt perspektiv varit ett högt prioriterat område och i maj 2022 genomfördes en heldag för all IFO:s personal med detta fokus med en halvdagsföreläsning från organisationen ”Jämställt” kombinerat med dialoger på eftermiddagen. Detta var mycket uppskattat enligt genomförd utvärdering av dagen.

### Vård och omsorg Hemtjänst och Särskilt boende

VoO särskilt boende har tillsammans med AME under 2022 påbörjat ett arbete gällande breddad rekrytering, som ett led i att klara personalförsörjningen men också öppna vägar för personer som står utan för arbetsmarknaden idag.

Inom VoO hemtjänst har satsningar på kompetensutveckling skett och alla medarbetare i hemtjänsten fick två dagars utbildning på Högskolan Väst där temat var bemötande, professionalitet och värdegrund. Alla medarbetare fick även en grundläggande IT utbildning där syftet var att skapa trygghet för att hantera all digital teknik men även lära om IT säkerhet.

Utbildning i rehabiliterande förhållningssätt har genomförts i alla hemtjänstgrupper i ett samarbete med Kommunrehab, utvecklingssköterskorna har utbildat medarbetarna i sjukdomslära och basal omvårdnad och språkbud har utbildats på några arbetsplatser och det finns handlingsplaner för hur det ska implementeras i det dagliga arbetet.

### Arbete, stöd och integration

ASI har riktat uppmärksamhet på jämställdhetsperspektivet inom AME och daglig verksamhet och genomfört aktiviteter enligt beslutad plan för jämställdhetsarbete. Fokus för verksamhetsår 2022 har varit att tillhandahålla på kompetensutveckling för ASI:s samtliga medarbetare i jämställdhetsfrågor och rättighetsbaserat arbetssätt. Satsningen på kompetensutveckling har satt jämställdhetsarbetet på agendan och synliggjort jämställdhetsperspektivet i det dagliga arbetet. Dialog har förts med medarbetarna vad det innebär att rent praktiskt att arbeta utifrån mänskliga rättighetsprinciperna om icke diskriminering, jämlikhet, deltagande och inkludering.

### Vård, stöd och utredning

Under 2022 har ledningsgruppen inom VSU arbetat med planering och kompetenshöjande insatser inom God och nära vård. Flera enhetschefer har gått ledarskapsprogram nära vård från SKR. Handläggare inom biståndsenheten har gått en utbildning i MI med fokus på att i utredningsarbetet vidareutveckla fokus på förmågor/utveckling av självständighet. En medarbetare har också genomgått den nystartade påbyggnadsutbildningen till socionom på Högskolan i Väst.

## 3.2 Välfärdsteknik och digitalisering

En förvaltningsövergripande beredningsgrupp har i 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. Behovet av stöd och support gällande digitalisering är dock stort och utformningen av detta behöver fortsätta utvecklas under 2023.

Under 2022 har också en teknikenhet inom Kvalitet och utveckling etablerats och en enhetschef rekryterats.

Exempel på genomförda digitala lösningar:

- Inköp av dagligvaror inom hemtjänsten görs digitalt hemma hos brukarna genom en digital plattform hos en matvarubutik. Samhall stödjer med att transportera matvarorna hem och in till vårdtagarna.

- Digitala samtal används inom IFO bland annat för att följa upp familjehemsplacerade barns situation
- Läkemedelsskåpen som finns hemma hos brukarna har bytts ut till nya med digitala lås.
- Läkemedelsskåp med digitala lås har köpts in till grupplokaler, för att säkra en trygg läkemedelshantering i lokalen innan de lämnas ut till brukarna.
- Under 2022 fick hemtjänstens tillsvidareanställda medarbetare personliga mobiltelefoner. Syftet var att de på ett säkrare sätt kan ta del av information i mobilen och att telefonernas hållbarhet och funktionalitet skulle förbättras.
- Bärbara datorer till varje kontaktteam har köpts in inom hemtjänsten. Dessa används för de digitala inköpen men även för att kunna göra genomförandeplaner och uppföljningar i brukarnas hem.
- Digitala vårdkatter finns inom några av verksamheterna som riktar sig till personer med demenssjukdom.
- PSO har under året jobbat med att utbilda kring appar och andra tekniker som kan underlätta vardagen för den enskilde. Detta har skett i studiecirkels form. Insatsen har uppfattats som positivt

Under 2022 har en utsedd arbetsgrupp fortsatt arbetet med att förbereda för införandet av elektronisk arkivering, sk "E-arkiv". De tekniska delarna är till stora delar på plats och arbete på går parallellt med att se över nuvarande arbetsrutiner för arkivering / dokumenthanteringsplan, för att säkerställa en god och säker hantering av arkiverade journaler även innefattande en längre övergångsperiod där akter kommer att finnas i både elektronisk och fysisk form.

Fortsatt arbete i samverkan med Västra Götalands kommuner och region har också skett under året gällande digitalt informationssystem, där en övergång från nuvarande Samsa till Millennium förbereds.

Vänersborgs kommun har beslutat att ingå i samverkansavtalet Digitala hjälpmedel som syftar till att påbörja införandet av ett samarbete kring digitala hjälpmedel i Västra Götaland.

### 3.3 Våld i nära relation

*SOSFS: 2011:5*

Kommunens revisorer har under 2022 genomfört en revision gällande arbetet mot våld i nära relation med genomgående goda resultat. Nya bestämmelser har tillkommit avseende bl a sekretesskydd och trätt i kraft 2022-07-01. Kunskapspridningen och följsamheten enligt nuvarande arbetsstruktur med en samrådsgrupp med verksamhetsrepresentanter på chefsnivå bedöms som god.

För att säkerställa målstyrning och uppföljning som revisionen kom fram till saknades, har Socialnämnden och vidare Kommunfullmäktige beslutat att i arbetet med MRP 2023 införa ett mål gällande arbetet mot våld i nära relationer.

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 varje enhet har upprättat en handlingsplan gällande VIN-arbetet som beskriver hur medarbetare får tillgång till aktuell kunskap samt hur enheten planerat för att ställa frågor om våldsutsatthet (screening). Det är ännu ett fåtal verksamheter som strukturerat ställer frågor om våld, och det arbetet behöver ytterligare stärkas och utvecklas.

### 3.4 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 två representanter 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 2022.

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.

Som stöd för arbetet har stödmaterial och checklistor upprättats.

Flera arbetsgrupper i socialförvaltningen under 2022 diskuterat barnkonventionens artiklar och funderat över hur just deras verksamhet ”lever upp” till dessa. Det är ett bra incitament för fortsatt arbete ute i verksamheterna – hur vi verkligen gör- för att se vad som eventuellt kan göras annorlunda och förändras. I övergripande föredragningar inför socialnämnden och budgetberedning har vidare särskilt betonats hur situationen för barn och unga i Vänersborgs kommun ser ut gällande kontakt med socialtjänsten avseende behov av placeringar utanför hemmet samt också barn och unga som lever i ekonomiskt utsatta hushåll.

I årets barnrättsarbete skulle följande artiklar diskuteras vid APM i de verksamheter som på något sätt arbetar direkt eller indirekt med barn, i årshjul under oktober månad, och svaren sammanställs av utvecklingsledare.

Inom Socialförvaltningen har materialet skickats ut till de enhetschefer inom förvaltningen som direkt arbetar med barn och unga. Fyra enhetschefer/1:e socialsekreterare av sju, har skickat in sammanställning enligt ovan. Svarsfrekvensen är relativt låg och behöver utvecklas under 2023.

Verksamhetens resultat och exempel på svar är sorterat under respektive artikel.

## **Artikel 2**

*Finns det grupper som kan vara särskilt utsatta i vår verksamhet?*

Verksamheterna som möter barn och familjer direkt, såsom råd och stöd och fältarbetarna svarar med självklarhet ja, och beskriver att de barn/föräldrar och familjer de möter befinner sig i utsatta livssituationer. Möten sker dagligen med ungdomar som växer upp i svåra uppväxtförhållanden. En del familjer har låg socioekonomisk standard, missbruksproblematik, barn/ungdomar med hög skolfrånvaro, psykisk ohälsa både hos barn/ungdomar och föräldrar etc.

Verksamheterna belyser en särskild utsatthet hos följande grupper:

- de föräldrar som inte tar emot hjälp från oss
- asylsökande som inte har rätt till våra insatser.

Gällande barn och unga med funktionsnedsättning ser verksamheten följande särskilt utsatta grupper:

- Högfungerande barn som känner att de inte ”passar” in, och ibland inte får så mycket hjälp fastän de har stora behov.
- Familjer som inte pratar svenska
- Det råder en ökad risk för utsatthet för alla unga med funktionsnedsättning, framförallt flickor och personer som inte kan uttrycka sig verbalt.

## **Artikel 3**

*Hur tungt får barnets bästa väga i våra beslut?*

*Hur kommer vi fram till vad som är barnets bästa?*

Verksamhet som jobbar direkt med barn och unga beskriver att barnets bästa ska väga tungt i allt arbete, och trycker på vikten av att lyssnar på barnen, informera dem om olika delar samt att de, utifrån ålder och mognad, får vara med och tänka till kring t ex behandlingsarbetet. Verksamheten behöver också ha en samtidig dialog med föräldrarna och ber om deras åsikter, och reflekterar över vikten att inta olika perspektiv i behandlingsarbete, framför allt barnperspektivet och barnets perspektiv. En utmaning som beskrivs är att även involvera föräldrarna i dessa två tankesätt då föräldrar ibland fastnar i sitt eget perspektiv, vuxenperspektivet.

En av verksamheterna inom myndighet beskriver att barnets bästa utifrån barnkonventionen är en del av varje moment i varje möte. Verksamheten har en väl utvecklad mall för utredningar kring vårdnad/boende /umgänge som reviderades oktober 2022. Ett arbete har inletts i att ytterligare göra förtydligande kring det som kallas barnkonsekvensanalys. En utbildning är planerad under mars 2023.

Barnets bästa i verksamheter som riktar sig till barn och unga med funktionsnedsättningar har lagt fokus på att de individuella behoven måste styra. De

beskriver att många parter har olika infallsvinklar på barnets bästa och behov, och en ibland svår avvägning i vardagen mellan barnets behov och föräldrarnas behov av avlastning. Verksamheten beskriver vikten av att alltid se och höra det enskilda barnet och ta kontakter när andra insatser kan behövas. De beskriver också att barn kan ha flera olika insatser och miljöer att vistas i, och att det i sig kan vara negativt utifrån just det enskilda barnets bästa.

Verksamheter som jobbar indirekt med barn, dvs möter eller ger insatser till vuxna som också kan vara föräldrar, beskriver att de har i sitt uppdrag att uppmärksamma och lyfta om det framkommer att ett barn kan behöva skydd i någon form.

### **Artikel 6**

*Vilka behöver vi samverka med och hur ser vår samverkan ut och hur är den utformad med utgångspunkt i barnets bästa?*

Verksamheterna beskriver vikten av samverkan med barnens nätverk och ibland ”fylla på” barnens nätverk om det saknas. Både professionella och andra kan behöva involveras, och SIP-möten är ett viktigt verktyg som används men också skulle behöva utvecklas än mer. Fältsekreterarna ger exempel på intern samverkan med tex familjehandlare och socialsekreterare och extern samverkan såsom skola, fritid och andra aktörer som ungdomen möter. Samverkan sker även på övergripande nivå i professionella nätverk, tex Nätverk ungdom.

Verksamheter som riktar sig till barn med funktionsnedsättning beskriver att löpande samverkan utifrån barnets behov sker med föräldrar, skola, BUP och barnhabiliteringen samt LSS-handläggare. Verksamheterna beskriver också svårigheten med att föräldrars bild av barnets behov och förmågor inte alltid samstämmer med det som barnet visar när hen är i verksamheten. Här lyfts samverkan som ett utvecklingsområde med koppling till olika parter syn på vad som är barnets bästa.

### **Artikel 12**

*Hur arbetar vi för att ta in barnets åsikter när vi fattar beslut i vår verksamhet för att alla barn ska ha det bra?*

Verksamheterna beskriver vikten av kunskap och erfarenhet i mötet med barn som är traumatiserade och/eller har funktionsnedsättningar vilket innebär att extra lyhördhet krävs för att få barnen att våga prata/ berätta och lämna information. I en genomförd brukarundersökning framgick att barnens kunskap om sina rättigheter och delaktighet behövde utvecklas och förbättras vilket arbetsgruppen nu arbetar med. Material på temat har arbetats fram och ska säkerställas att barnen får del av.

Barns delaktighet behöver bli mer synlig i dokumentationen, till exempel i utredningar och övervägande. Om barnet inte varit delaktigt ska anledning till detta klart framgå. Återkommande beskrivningar från verksamheterna handlar om samtalet med barnen och att efterfrågar deras åsikter under arbetets gång, samt att tillvarata föräldrars kunskaper genom att be dem berätta vad de tänker att deras barn tycker och tänker om saker och ting. Några verksamheter beskriver att det finns löpande dialog på våra metodtider/team-möten om vi kan se barnens röst i vår journalföring, t ex genom att använda barnens ord i genomförandeplaner.

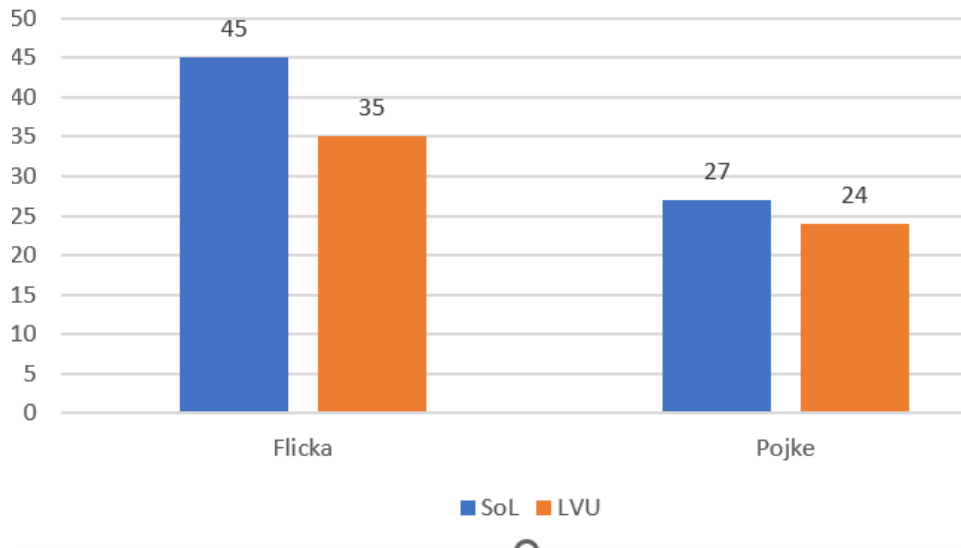
Fältsekreterarna beskriver att de eftersöker barnens åsikter exempelvis genom att vara aktiva i sociala medier, utvärderingar och genom gruppverksamheter samt genom individuella samtal.

Korttidsverksamheterna beskriver vikten av att skapa goda, professionella relationer för att få fram den information som är viktig och relevant och kunna anpassa t ex helgplanering, matsedel och aktiviteter utifrån önskemål och behov. Även anpassa bokningarna så gott det går utifrån kompisar. De beskriver också vikten av att kartlägga och dokumentera påverkan utifrån delad vårdnad, där det ibland uppstår situationer där barnen kan hamna emellan olika åsikter, t ex i något så vardagligt som vad man får lov att äta till frukost.

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

#### Antal placerade barn

Insatser kan ges frivilligt, med stöd av 4 kap. 1 § Socialtjänstlagen (SoL), eller med tvång, enligt 2, 3 eller 6 § Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). En individ kan ha fått heldygnsinsatser med stöd av olika lagrum under samma år. I Vänersborg har 131 barn och ungdomar haft vid något tillfälle varit placerade under 2022, se diagram nedan. Det noteras att markant fler flickor än pojkar i Vänersborg har haft en sk heldygnsinsats, enligt båda lagrum, vilket avviker mot den nationella statistiken från Socialstyrelsen (senast 2021) som beskriver att av de som fick en heldygnsinsats år 2021 var 54 procent pojkar och 46 procent flickor, vilket även var fallet år 2020.



#### Bostad med särskild service för barn och unga enligt 9§8 LSS

Unga personer med funktionsnedsättning kan ha rätt till bostad med särskild service för att möjliggöra skolgång på annan ort. Under 2022 har 4 personer haft sådan insats, varav 3 är kvar under hösten 2022 på en gymnasieskola med internat i relativt närområde. Antalet elever som söker dit bedöms ganska stabilt. Det finns också ett barn med grundskoleplacering utifrån behov av anpassningar inom såväl skola som boendemiljö.



### Barns ekonomiska utsatthet och vräkningar under året

10 barn i Vänersborg har varit med om en vräkning.

Nationella siffror visar att 572 barn vräktes 2021 och 449 barn 2020. Kronofogdens analys över första halvåret 2022 visar en preliminär likvärdighet mellan 2021 och 2022.

I ett ärende i Vänersborg har kronofogden verkställt en avhysning som berört flera barn, vilket indikerar att betydligt fler barn berörs men inte nödvändigtvis antalet ärenden.

Idag finns samverkansstrukturer t ex genom Bosam och information mellan hyresvärdar och socialnämnden vid störningar, utebliven hyra etc men saknas ett riktat vräkningsförebyggande arbete.

### Barn som varit utsatta för våld och/eller bevittnat våld

222 barn har varit utsatta för eller bevittnat våld.

### Insatser enligt SoL och LSS som riktar sig till barn och unga

283 barn har haft öppenvårdsinsatser enligt SoL inom Individ- och familjeomsorgen i form av familjebehandling, kontaktfamilj, kontaktperson, särskild kvalificerad kontaktperson, observationsuppdrag, råd/stödsamtal med socialsekreterare.

Inom Personligt stöd och omsorg har vidare insatser enligt LSS som syftar till att kompensera funktionsnedsättningens konsekvenser, såsom avlösarservice, biträde av kontaktperson, ledsagarservice, korttidstillsyn, korttidsvistelse bedrivits under året, men inte tidigare redovisats som nyckeltal vilket planeras för 2023.

### Kommunal primärvård till barn

Hälso- och sjukvårdsavtalet för den kommunala primärvården kan även innefatta barn. Det saknas specifik rutin kring vården inom kommunal primärvård för barn och därför har frågan lyfts till vårdsamverkan samt i MAS-nätverk. Väldigt få barn har beslut om kommunal primärvård, och har varit så över tid.

#### Analys:

Under året Socialförvaltningens handlingsplan beslutats och arbete skett utifrån denna under hösten. Verksamheter som arbetar direkt med barn har arbetat mer riktat med utvecklingsområden utifrån ett framtaget stödmaterial. Barnrättsarbetet behöver utvecklas vidare, dels genom att inför 2024 ta med barnrättsarbetet i mål- och styrningsarbetet inför kommande år vilket också skulle stärka uppföljning och systematiken i kvalitetsarbetet. I Öppna jämförelser följs placerade barns hälsa genom indikatorer fullföljd grundskola och gymnasium, vilket bör tas med i arbetet framåt. Vidare behöver arbetet fortsätta med att stärka arbetet med SIP och barns delaktighet i enlighet med verksamhetens analys.

## 3.5 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 2022.

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 sjukvårdvårdsavtalet.

En extraordinär och tragisk händelse som krävde intensiv samverkan mellan olika parter var kriget i Ukraina som utbröt den 24 februari. Behov uppstod att ta emot personer i flykt enligt massflyktsdirektivet. Kommunens tog fram och utrustade 54 boendeplatser, i detta låg även att förbereda ett mottagande med praktiskt stöd. Allt detta gjordes möjligt genom ett tätt samarbete med andra kommunala verksamheter, men också ett samarbete med det privata näringslivet och civilsamhället. Den 1 juli började Migrationsverket anvisa skyddsbehövande från Ukraina enligt en fastställd fördelningsnyckel. Ansvaret att ordna boendeplatser överlämnades därmed till kommunerna. Vänersborgs fördelningstal var att ordna boende till 27 personer. Förutom boende så har flyktingmottagandet även ombesörjt vissa introduktionsinsatser för gruppen. Ett exempel på detta är det nuvarande och kommande samarbetet med Folkuniversitetet och Brahe Folkhögskola 2023. Där gruppen får språkträning och samhällsinformation.

Under 2022 har den lokala överenskommelsen för samverkan med AF som tagits fram under året färdigställdes och undertecknades i december månad av parterna. Denna nya lokala överenskommelse som även innefattar Trollhättan och Grästorps kommun samt Kunskapsförbundet Väst kommer att utgöra grunden för kommunernas samverkan med AF främst kring målgruppen vuxna som uppstår försörjningsstöd. Syftet är att genom samverkan förbättra kompetensförsörjning och påskynda individens etablering i arbetslivet med utgångspunkt i regionala och lokala rekryteringsbehov.

Under året har hemsjukvården arbetat med samverkande sjukvård utöver ordinarie patienter. 2022 har vi tagit över 58 uppdrag från 1177, ambulansen och vårdcentralerna. Under 2021 hade vi 101 uppdrag.

### **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.

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.

Under hösten genomfördes medborgardialoger med brukare och anhöriga i samband med framtagande av kommunens funktionshinderprogram, som hölls samman av representanter från politik, kommunstyreselförvaltning och socialförvaltningen.

### **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.

*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 inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård 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.

# Säker vård här och nu

## **Pandemin Bakgrund:**

Ett coronavirus som kan orsaka svår luftvägsinfektion sprids pandemiskt. Viruset har fått namnet SARS-CoV-2 och sjukdomen benämns covid-19. Covid-19 ingår sedan den 2 februari 2020 i smittskyddslagens allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar. Covid-19 slutade att klassas som allmänfarlig- och samhällsfarlig sjukdom från 1 april 2022.

## **Uppdatering av gällande rekommendationer**

De rekommendationer som Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har gett ut och de rutiner som Smittskydd Västra Götaland och Vårdhygien har publicerat har hela tiden följts av verksamheten. Informationen finns tillgänglig via förvaltningens egna covid-19 sida på intranätet. Vårdhygien och smittskydd i Fyrbodalen har varje till varannan vecka haft möten med alla medicinskt ansvariga sjuksköterskor.

## **Skyddsutrustning**

Tillgången på skyddsutrustning har varit god under hela 2022. Under större delen av året har source control legat på nivå 1, som innebär munskydd vid allt brukarnära arbete som är närmare än två meter. En kort period i början av sommaren var det inga krav på munskyddsanvändning. Vid smitta eller misstänkt smitta med symtom används munskydd och andningsskydd. Periodvis har source control nivå 2, som innebär att munskydd används kontinuerligt av all personal i vårdlokaler varit det som gällt. Besökare och patienter erbjuds munskydd, som de rekommenderas att använda under hela besöket.

## **Provtagning av patienter**

Provtagning vid symtom hos patienter har fortsatt under hela året. Screening vid inflyttning eller hemkomst från sjukhus till särskilt boende avslutades under hösten.

## **Personalprovtagning**

Egentester av personal i kommunens regi upphör och testningen fortsätter på vårdcentraler men avslutades helt senare under året.

## **Smittspridning**

Under året muterar sig viruset och vi har smittspridning inom flera verksamheter. Det är inte ovanligt att man får en smitta på ett SÄBO så är det en stor andel som smittas av både boende och personal. Virusvarianten har en hög smittsamhetsgrad. De flesta som insjuknar får lindriga symtom.

## **Vaccination**

Vaccineringen mot Covid-19 sker enligt de faser som Folkhälsomyndigheten har beslutat. Under året har en fjärde och en femte dos mot covid-19 erbjudits och administrerats till de som har kommunal hälso- och sjukvård.

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

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

IVO- tillsyn av särskilt boende för äldre kopplat till en god och säker vård är genomförd under 2022. Det begärdes in journaler från särskilt boende som har granskats och analyserats. Vidare har det gått ut enkäter till patienter/närstående, vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor och verksamhetsföreträdare. Inspektion har

---

Socialnämnden, Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse – 2022

genomförts genom att möta patienter, sjuksköterskor och ledning under december. Vidare analys av resultatet och åtgärder kommer att genomföras under 2023 efter att tillsynsprotokoll och beslut om åtgärder kommer från IVO.

## 4. Resultat och analys

Under 2022 har förvaltningen tagit viktiga steg framåt i det systematiska kvalitetsarbetet där flertalet processer inom socialtjänst och hälso- och sjukvård nu är kartlagda och publicerade. Kartläggningen av processerna har medfört att brister upptäckts och resulterat i nya och förbättrade rutiner. Verksamheterna kommer under 2023 att fortsätta fokuserat på egenkontroll och riskanalys för att fullt ut implementera arbetssättet och det digitala verktyget. 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. Enhetscheferna är nyckelpersoner i detta och det är viktigt att även deras behov av utbildning och påfyllnad tillgodoses.

Arbetet med avvikelser enligt SoL/LSS och HSL i ett digitalt system har upplevts som i huvudsak positivt, och främjar en god uppföljning av så väl händelser som åtgärder. Följsamheten till att rapportera avvikelser samt rapporteringsskyldighet enligt Lex Sarah bedöms som god, och verksamheten har med grund av dessa och även synpunkter och klagomål vidtagit åtgärder för att avhjälpa det som kan ha blivit fel samt förebygga återupprepning.

Arbetet mot våld i nära relation har kontinuerligt utvecklats genom implementeringen av en ny arbetsstruktur, och den revision som genomfördes under året visar genomgående goda resultat. Det som saknades, målstyrning inom området, har omhändertagits inom ramen för arbetet med resultat- och aktivitetsplan.

Barnbokslutet visar att socialnämndens verksamheter vidtagit åtgärder för att säkerställa medarbetares kompetens och kunskap inom området, samt gällande rutiner och samverkan i mötet kring enskilda barn. Barnrättsarbetet behöver utvecklas vidare bland annat genom att lyftas in i det systematiska kvalitetsarbetet med löpande analyser, mål och uppföljning, samt genom vidare utveckling av vräkningsförebyggande arbete, SIP och barns delaktighet.

Avseende rättssäkerhet har 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.

Att rekrytera och bibehålla personal med god kompetens är fortsatt en stor utmaning, även nationellt, och har stor inverkan på kvalitet och patientsäkerhet. Under 2022 har en personal- och kompetensutvecklingsplan utvecklats som stöd och riktning för det fortsatta arbetet. Verksamheterna har också vidtagit en rad åtgärder inom kompetenshöjning och i satsningen på att vara en attraktiv arbetsgivare, bl a heltidsresan och differentiering av arbetsuppgifter, men fortsatt utveckling behöver ske för att säkerställa att den enskilde får insatser och vård av god kvalitet även i tider där fler personer behöver hjälp och färre personer kan ge den. I detta innefattas utveckling av digitalt stöd som kompletterar medarbetarnas insatser men även ansvaret för dokumentation, som av analys av avvikelserna bedöms vara ett område där kompetensutveckling behöver ske.

Arbetet med omställning till en god och nära vård har påbörjats under 2022, och under 2023 ska kommunen och i vårdsamverkan ska ta fram en strategisk plan kopplat till färdplan nära vård med innehåll kring: Ett personcentrerat förhållningssätt och arbetssätt som utgår ifrån patienten/brukaren. En ökad kontinuitet för den enskilde, ökad tillgänglighet med e-tjänster, digitalisering och välfärdsteknik och en samverkande primärvård för att ta tillvara allas resurser/kompetenser.

Stödet till personer med vuxna med samsjuklighet har varit ett fortsatt arbete under 2022 och är en fortsatt utmaning. Samsjuklighetsproblematiken ställer särskilda krav på verksamheterna och kräver en väl fungerande samverkan avseende stödinsatser och boende. Det pågår nu en nationell översyn (*samsjuklighetsutredningen* SOU 2020:08) av bl.a. huvudmannaskapet för vård för personer med ”*missbruk och beroende och psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd*”. Ett slutbetänkande kommer att presenteras senast 31 januari 2023. En ”grupp inom gruppen” personer med samsjuklighet som behöver belysas samtidigt också äldre personer med missbruk och beroende och somatiska/kognitiva funktionsnedsättningar. Frågan är vidare närbesläktad med utmaningen att kunna erbjuda alla Vänersborgare med beslut om bostad med särskild service enligt LSS och SoL ett boende på hemmaplan, där ett fortsatt arbete behöver göras med kontinuerlig kompetensutveckling men också inventering gällande bostädernas fysiska utformning i förhållande till brukares behov.

Under 2022 har frågan om modellen Bostad först för personer som lever i bostadslöshet lyfts, genom en politisk motion samt att modellen förespråkas i nationella riktlinjer och hemlöshetsstrategi. En utredning om förutsättningarna för införande har skett i nära samverkan med det kommunala bostadsbolaget och kommer att presenteras för kommunfullmäktige under våren 2023. Vad gäller akut bostadslöshet så pågår ett arbete sedan lång tid för att skapa alternativ till nuvarande akutlogi, och under 2022 har steg tagits mot att ingå ett avtal enligt IOP (ideellt offentligt partnerskap) med en förening som därefter startar upp en akutlogi i kommunen.

## 5. Mål och aktiviteter för kommande år

### Utvecklingsområden för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Område	Aktivitet
Systematiskt kvalitetsarbete	<p>Implementering av ledningssystemet för medarbetare, fortsatt arbete med processkartläggning.</p> <p>Fortsatt arbete med kompetensutveckling för enhetschefer inom kvalitetsarbete, säkerställa följsamhet till beslutad rutin och handbok.</p> <p>Utveckla arbetet med riskbedömningar och egenkontroll i Stratsys</p> <p>Utveckla arbetet med att upprätta åtgärder i verksamhetssystemet utifrån analys av resultat av nationella brukarundersökningar mm.</p>

Personal och kompetens	Implementera personal- och kompetensplan samt gemensam introduktion. Säkerställa att personal har nödvändig kunskap för sitt uppdrag.
Patientsäkerhet	Upprätta lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet.
God och nära vård	Utifrån en läns-gemensam strategi skapa en lokal aktivitetsplan för implementering av färdplan god och nära vård. Målet är att vården och omsorgen ska vara samordnad och att den enskilde är delaktig utifrån hans förutsättningar och preferenser. Syftet med omstruktureringen av hälso- och sjukvården är att vården i så stor utsträckning som möjligt ska ges i öppna vårdformer eller i hemmet i stället för på sjukhus.
Systematisk uppföljning	Säkerställa att uppföljning på individnivå sker i den omfattning som är nödvändig och att underlaget används för att utveckla det individuella vården/stödet men också utveckla verksamheten. Samordning av uppföljning bör utvecklas.
Säkerhet	Införa ny rutin för utdrag från misstanke- och brottsregister vid anställning inom VoO Förberedelse gällande informationsöverföring Millennium Förbereda övergång till Life Care HSL.
Digitalisering	Fortsatt arbete i enlighet med handlingsplanen Införande av e-arkiv Införande av medborgartjänst inom IFO Utveckling av digitala hjälpmedel i samverkan med regionen
Våld i nära relation	Utveckling av screening. Uppföljning kommer framgent att ske i Stratsys utifrån mål i RA-planen.
Barnrättsarbete	Införa barnrättsarbete i den systematiska målstyrningen och uppföljningen 2024 Utveckling av barns delaktighet, SIP samt vräkningsförebyggande insatser.