



Karlshamns
kommun

Kvalitetsberättelse

Förvaltningen för omsorg och arbetsmarknad

2024

Februari 2025

Sara Holmström Ottinge, Socialt ansvarig socionom

Diarienummer: 2025/55



Innehåll

1	Inledning	3
1.1	Bakgrund	3
1.2	Genomförande	3
2	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	4
3	Organisatoriskt ansvar	5
4	Förvaltningens arbete med kvalitet	8
4.1	Omsorgs- och arbetsmarknadsnämndens prioriterade utvecklingsområden utifrån uppdrag och nämndens samt kommunfullmäktiges mål 2024–2026	8
4.2	Processer och rutiner	8
4.3	Samverkan	9
4.4	Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	11
4.5	Individens medverkan i kvalitetsarbetet	15
4.6	Riskanalys	17
4.7	Internkontroll och egenkontroll	18
4.8	Avvikelse	23
4.8.1	Åtgärder utifrån avvikelser	26
4.9	Krisberedskap	29
4.10	Digitalisering och välfärdsteknik	29
5	Prioriterade områden under året	29
5.1	Sammanställning av analys och resultat	33
6	Barnkonventionen	35
7	Mål och strategier för 2025	36



1 Inledning

1.1 Bakgrund

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska den som bedriver verksamhet enligt SoL (socialtjänstlag) eller LSS (lag om stöd och service till vissa funktionshindrade) fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Det ska finnas ett ledningssystem som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska ge en struktur för verksamhetens ledning och styrning och ska bidra till att verksamhetens kvalitet säkerställs.

Med kvalitet avses att verksamheten ska uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service för vissa funktionshindrade samt beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Med hjälp av ledningssystemet ska den som bedriver socialtjänst

- planera,
- leda,
- kontrollera,
- följa upp,
- utvärdera och
- förbättra verksamheten.

Det ska framgå hur uppgifterna i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten. Arbetet ska dokumenteras.

Med dokumentationen som utgångspunkt upprättas en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det ska framgå

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

Berättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad

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

1.2 Genomförande

Kvalitetsberättelsen är sammanställd av Sara Holmström Ottinge, socialt ansvarig socionom, SAS. Uppgifter som SAS ej ansvarar för själv har inhämtats via verksamhetscheferna samt verksamhetssystem för avvikelssystem. Verksamhetscheferna har fått en skriftlig anvisning om innehåll i kvalitetsberättelse och vilka uppgifter som de ska lämna som berör kvalitetsarbetet. En del är information om arbetet med avvikelser.



2 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

I SOSFS 2011:9 anges hur kvaliteteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Den som bedriver verksamhet enligt SoL eller LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet. I varje process ska man identifiera de aktiviteter som ingår och bestämma aktiviteternas inbördes ordning. För varje aktivitet ska man ta fram och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska beskriva tillvägagångssätt och hur ansvaret är fördelat. I processer och rutiner ska det även framgå vilken samverkan som behövs och hur den ska bedrivas.

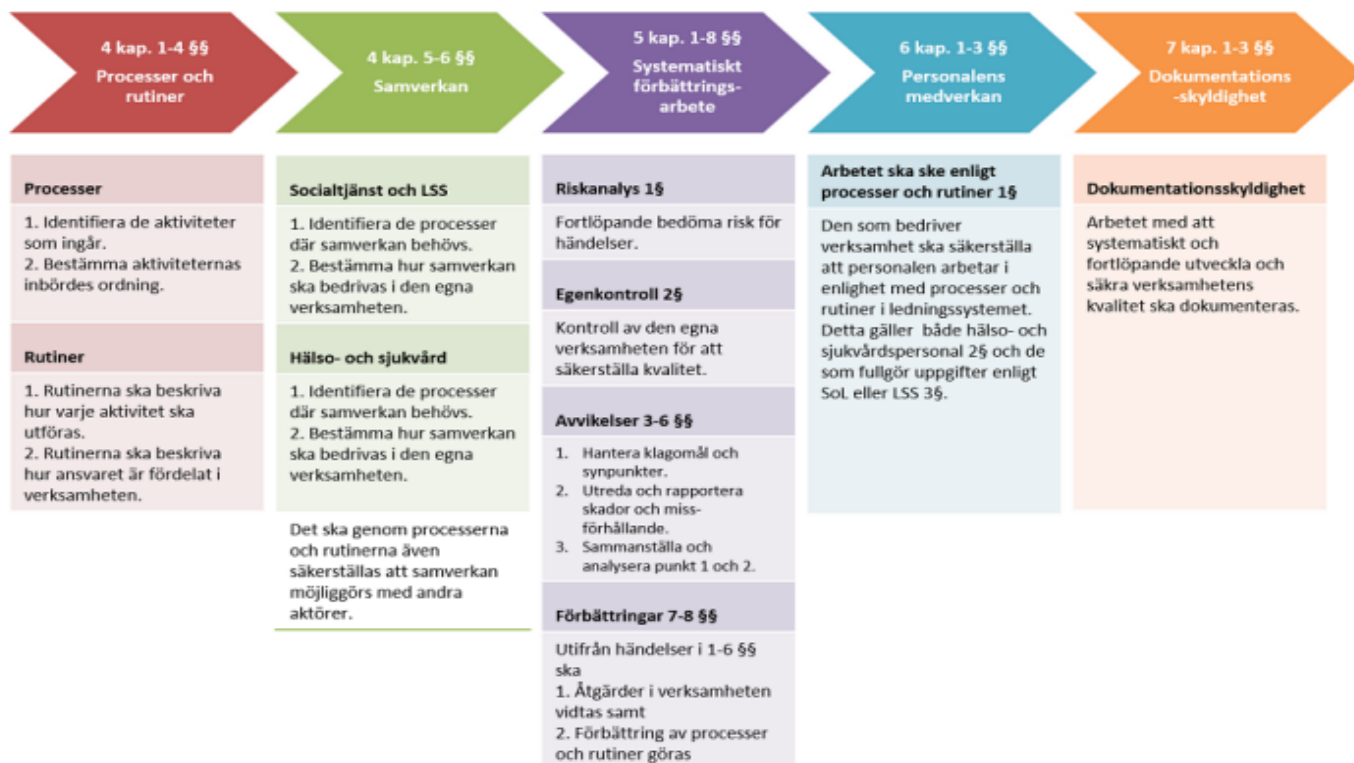
I det systematiska förbättringsarbetet ska verksamheten fortlöpande bedöma om det finns risk för händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet, så kallad riskanalys. Detta är ett förebyggande arbete och kan exempelvis vara aktuellt vid en omorganisation.

Verksamheten ska även göra egenkontroller. Det innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamheten. Det innebär att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Egenkontroller ska göras i den frekvens och omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

En del i det systematiska förbättringsarbetet är avvikelsehantering. Enligt SOSFS 2011:9 ska den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Utredningen ska leda till att verksamheten ska kunna ta ställning till om det förekommit avvikelse i verksamheten. Verksamheten ska vidta de åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet och vid behov förbättra processer och rutiner. Verksamheten ska ta emot klagomål och synpunkter från exempelvis personal, vård- och omsorgstagare och deras närstående och andra myndigheter. Bestämmelser om lex Sarah regleras i SoL och LSS. Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att den som bedriver verksamheten ska kunna se mönster och trender som tyder på brister i verksamhetens kvalitet.



· Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad, 4-7 kap. SOSFS 2011:9



3 Organisatoriskt ansvar

Av kvalitetsberättelsen bör framgå hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har varit fördelade. 2023 beslutade Omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden om en riktlinje för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. I denna riktlinje anges ansvarsfördelning. I riktlinjen framgår även att arbetsledning inom förvaltningen för omsorg och arbetsmarknad har ett ansvar att implementera ledningssystemet samt att introducera ny personal/medarbetare.

Omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden ansvarar för att:

- säkerställa att ledningssystemet uppfyller de krav och mål som framgår av lagar och andra föreskrifter samt beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter
- ledningssystemet integreras med det kommunövergripande gemensamma arbetet för styrning och kvalitetsutveckling
- ge direktiv och säkerställa att ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är enhetligt och dokumenterat samt följa upp kvalitetsarbetet
- att fastställa, följa upp och revidera riktlinjen för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- verksamheten är organiserad så att hög patientsäkerhet och god kvalitet kan upprätthållas samt ge förutsättningar för detta



Förvaltningschef ansvarar för att:

- inom ramen för verksamheten ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten
- kommunicera och omsätta kommunfullmäktiges och omsorgs- och arbetsmarknadsnämndens övergripande mål och policyn för styrning och kvalitetsutveckling
- årligen kontrollera förvaltningens övergripande processer och vid behov revidera processer och rutiner

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att:

- patienterna får en säker, kunskapsbaserad och ändamålsenligt hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- tillse att den kommunala hälso- och sjukvården bedrivs i överensstämmelse med gällande författningar, föreskrifter och rutiner
- säkerställa att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för delegering, läkemedel och medicinsktekniska produkter, dokumentation samt anmälningsskyldighet vid negativa händelser och tillbud
- upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet ned patientsäkerhet och kvalitet i kommunal hälso- och sjukvård i en årlig patientsäkerhetsberättelse
- föreslå förbättringsåtgärder inom den kommunala hälso- och sjukvården utifrån resultat av riskanalys, kontroller och utredning av avvikelser
- utreda inkomna rapporter om negativa händelser och tillbud som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada enligt lex Maria
- hålla sig uppdaterad kring författningar, styrdokument och vetenskapliga rön som gäller för hälso- och sjukvård

Socialt ansvarig socionom (SAS) ansvarar för att:

- på uppdrag av förvaltningschef leda och driva utvecklings- och kvalitetsarbete och med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten
- upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet genom att planera, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet årligen genom att sammanställa en kvalitetsberättelse
- utreda inkomna rapporter om allvarliga missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande enligt lex Sarah
- hålla sig uppdaterad kring författningar, styrdokument och vetenskapliga rön som gäller för socialtjänsten



Verksamhetscheferna för förvaltningens samtliga verksamhetsområden ansvarar för att:

- inom sitt verksamhetsområde bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete enligt ledningssystemet
- kommunicera och omsätta övergripande strategier och mål inom sitt verksamhetsområde
- årligen eller vid behov revidera samtliga, på medarbetarwebben presenterade processer och rutiner inom verksamhetsområdet så att dessa är aktuella
- vid behov upprätta nya processer och rutiner som gäller hela verksamhetsområdet
- säkerställa implementering av processer och rutiner som gäller hela verksamhetsområdet

Verksamhetsutvecklare ansvarar för att:

- på uppdrag av verksamhetschef vara ett stöd till ledningen i kvalitets- och förbättringsarbete
- sammanställa och tillsammans med verksamheten analysera resultat i brukarundersökningar och nationella undersökningar
- identifiera förbättringsområden
- ge förslag på utveckling och förbättringar för verksamheten
- ta emot och utreda inkomna rapporter om missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande enligt lex Sarah

Enhetscheferna ansvarar för att:

- säkerställa att verksamhetens personal känner till och arbetar enligt processer och rutiner i ledningssystemet
- genom bemötande och personligt engagemang vara föredöme i en framåtsyftande kvalitetsutveckling
- inom sin enhet bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete enligt ledningssystemet
- kommunicera och omsätta övergripande strategier och mål inom sin enhet
- årligen eller vid behov revidera samtliga, på medarbetarwebben presenterade processer och rutiner på enhetsnivå så att dessa är aktuella
- vid behov upprätta nya processer och rutiner på enhetsnivå
- säkerställa implementering av processer och rutiner
- utreda synpunkter och klagomål, så kallad annan avvikelse och vårdskador

Alla medarbetare ansvarar för att:

- medverka till att den verksamhet som bedrivs är av god kvalitet
- arbeta enligt upprättade processer och rutiner och återkoppla till enhetschef när dessa inte fungerar. Följa gällande delegationsordning.
- aktivt medverka i utbildning och handledning
- rapportera avvikelser och vårdskador samt fullgöra sin rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah



4 Förvaltningens arbete med kvalitet

Förvaltningen har SAS (socialt ansvarig socionom), MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) samt MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering). Förvaltningen har även en verksamhetsutvecklare med övergripande ansvar förvaltningen samt verksamhetsutvecklare inom verksamhetsområdena. SAS, MAS, MAR och verksamhetsutvecklare förvaltningen är organiserade under förvaltningschef. Övriga verksamhetsutvecklare är organiserade under verksamhetscheferna. I de olika verksamheterna/enheterna finns sedan andra tjänster som arbetar med kvalitetsfrågor såsom kvalitetsundersköterska, kvalitetsombud, samordnare och 1:e socialsekreterare.

Under 2024 har arbetet med att utveckla ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för hela förvaltningen fortsatt. De delar av ledningssystemet som är färdigställt är publicerat på medarbetarwebben. Där finns även den riktlinje för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som beslutades av Omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden i augusti 2023 publicerad. I riktlinjen anges ansvarsfördelning, som redogjorts för ovan. I riktlinjen behandlas arbetet med hela ledningssystemet, således processer och rutiner, riskanalyser, egenkontroller samt avvikelshantering.

Stabschef har haft fortsatt ansvar för arbetet med att utveckla ledningssystemet och stabschefen har planerat in regelbundna möte med en utsedd grupp för att driva utvecklingen framåt. Delaktiga i gruppen är stabschef, SAS, MAS, MAR, verksamhetsutvecklare, IKT-strateg samt handläggare. Gruppen har träffats cirka en gång/månad och dessa möten kommer att fortgå under 2025. Målet är att ledningssystemet med processer och rutiner ska vara samlat och lättillgängligt för all personal. Det ska så långt det är möjligt vara enhetligt för all verksamhet inom förvaltningen. Arbetet sker utifrån bestämmelserna i SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

4.1 Omsorgs- och arbetsmarknadsnämndens prioriterade utvecklingsområden utifrån uppdrag och nämndens samt kommunfullmäktiges mål 2024–2026

- Nämnden ska ha en balans mellan kvalitet och kostnader.
- Omställning till ny socialtjänstlag där förebyggande och främjande arbete har ett tydligt fokus.
- Vården och omsorgen ska präglas av kultur där bästa tillgängliga kunskap ligger till grund för arbetet och där resultat kan mätas till exempel genom att använda kvalitetsregister vilket bidrar till att säkra kvaliteten i verksamheten samt bidrar till ett kontinuerligt lärande.
- Minska bidragsberoende.
- Fortsatt fokus på systematiskt förbättringsarbete.
- Samverkan med civilsamhället och andra intressenter, öka tillgänglighet för medborgarna samt kartlägga insatser som pågår för det förebyggande och främjande arbetet och därifrån arbeta fram en plan för den fortsatta utvecklingen.

4.2 Processer och rutiner

Olika verksamheter/enheter i förvaltningen har kommit olika långt gällande att fastställa processer samt upprätta och revidera rutiner. Under 2024 har arbetet med detta fortgått men där det inte är klart behöver arbetet var en prioriterad del under 2025.



När en rutin är färdigställd så diarieförs dokumentet och läggs in i ledningssystemet. Rutinen ska förvaras på en plats så att det ska vara lätt att byta ut när den är inaktuell eller revideras. Det ska alltid vara det som finns publicerat i ledningssystem som är den gällande rutinen. Det har framkommit att det finns medarbetare som anser att ledningssystemet är svårt att hitta till och att det är svårnavigerat. Det är viktigt att implementering fortgår och att hitta sätt att göra det lätt tillgängligt för medarbetarna. Ett sådant sätt är att ha personliga telefoner där en länk till ledningssystemet kan läggas som genväg.

SAS arbetar fram rutiner, vid behov tillsammans med MAS och MAR, som är förvaltningsövergripande såsom avvikelshantering. Inom de olika verksamhetsområdena har verksamhetsutvecklare ett ansvar för att säkerställa kvaliteten på rutinerna och de arbetar övergripande med rutiner, tillsammans med arbetsledning och medarbetare. I arbetet med styrdokument följer förvaltningen riktlinje för styrdokument som är antagen av kommunstyrelsen oktober 2023 och som gäller samtliga nämnder och förvaltningar.

4.3 Samverkan

Förvaltningen

- SAS och samtliga verksamhetsutvecklare träffas en gång/månad.
- Arbetsgrupp ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (se ovan).
- SAS deltar i kommunens barnrättsnätverk. Förvaltningen har ett eget barnrättsnätverk. Syfte är att implementera barnkonventionen.
- Verksamhetsutvecklare samverkar med övriga kommuner i länet gällande omställning till ny SoL.
- Förvaltningen ingår i den regionala samverkansstrukturen såsom LSVO (ledningssamverkan vård och omsorg) och PSVO (politisk samverkan vård och omsorg). Inom LSVO ingår även samverkansgrupperna att växa upp, mitt i livet samt att åldras och förvaltningen har representanter från relevanta verksamhetsområden.
- Yrkesresan. Erbjuder en introduktion och kompetensutveckling inom socialtjänsten och utgår från bästa tillgängliga kunskap. Exempelvis inom handläggning barn i centrum har Karlshamn en utbildare tillsammans med två andra kommuner i länet. Blekinge kompetenscentrum har regional utvecklingsledare för yrkesresan.

Stöd i ordinärt boende

Inom stöd i ordinärt boende är vårdmöten, där olika professioner samlas, ett viktigt forum för samverkan. Dagordningen för vårdmöten har reviderats under 2024 med syfte att förbättra samverkan kring individer med behov av stöd från olika professioner. Det finns ett behov att förbättra arbetet med pre-SIP (samordnad individuell plan), vilket är ett prioriterat område för 2025.

Samverkan sker även med trygghetslarmgruppen. Trygghetslarmgruppen för statistik över larmfrekvens och kan i ett tidigt skede signalera om en individ börjar larma mer frekvent. Vid ökad larmfrekvens tas ärendet upp på ett vårdmöte.

Inom stöd i ordinärt boende finns behov av ökad samverkan eller att i ett tidigt skede skapa relation med assistansbolag och andra verksamheter som ger individen stöd. En del i



uppdraget fast omsorgskontakt är att ha en samordnande roll. I takt med att uppdraget som fast omsorgskontakt utvecklas och får mer struktur så kommer fast omsorgskontakt ha en betydande roll i kvalitetsarbetet.

Stöd i särskilt boende

Rutin för vårdmöten finns. Under vårdmöten träffas olika professioner för att tillgodose vård och omsorg till individ med insats särskilt boende. Vid inflytt till särskilt boende hålls ankomstsamtal där personal från hälso- och sjukvård medverkar. Förbättringsarbete pågår utifrån avvikelser och klagomål som inkommit. På strategisk nivå sker samverkan genom ledningsgruppsmöte varje vecka samt VSG (verksamhetssamverkansgrupp) en gång/månad. Det upplevs fungera väl.

Myndighet och resurs

Ledningsgrupper myndighet och resurs och särskilt boende träffas i samverkan. Planering är att det även ska påbörjas samverkan med stöd i ordinärt boende 2025.

Samverkan med regionen sker på olika sätt. Biståndshandläggare har deltagit i samverkansträffar med vårdcentral, ambulans och akutmottagning för att arbeta mer förebyggande och uppmärksamma varandra på individers omsorgsbehov. Syftet är att minska akutresor och i stället samordna mer insatser tillsammans i hemmet. Samverkan med läkare på Blekingesjukhuset Karlshamn samt bedömningsläkare för att öka förståelse för de olika lagrummen (SoL och HSL) samt uppmärksamma vilka processer de har som inte leder till sömlösa processer utifrån god och nära vård och omsorg.

Demens-och psykiatriteamet genomför individnära handledning till personal för individer som man i verksamheten behöver stöd med. Till största delen hanteras ärenden där personen har en demensdiagnos. Fler och fler ärenden hamnar dock inom psykiatri och socialpsykiatri.

Biståndshandläggare samverkan med frivilligorganisation *Hej Blekinge* för att öka kunskapen om de olika aktiviteter som civilsamhälle utför och som kan vara ett sätt att tillgodose behov utan insats från kommunen eller som ett komplement till beviljad insats. Boendesamordnare deltar i projekt för att minska ofrivillig ensamhet.

Det föreligger en hög andel inläggande SIP. Under november 2024 påbörjades samverkan med andra kommuner i länet samt regionen för att analysera orsaken och om det går att minska. Arbete fortgår under 2025.

IFO/AME

Samtliga medarbetare har ansvar för samverkan och det framgår i processer och rutiner. Samverkan sker både på individ- och gruppnivå. På individnivå kallas, vid behov, till samverkansmöten och SIP används. På gruppnivå finns följande samverkan:

- Samverkansstruktur enligt TSI (tidiga och samordnade insatser)
- SSPF (skola, socialtjänst, polis, fritid)
- Arbetsgrupp unga vuxna



- FINSAM och lokal arbetsgrupp FINSAM, gemensamt för Karlshamn och Ronneby.

LSS stöd och service

Under 2024 bytte hälso- och sjukvårdspersonal inom LSS organisationstillhörighet och tillhör numera myndighet och resurs. Under hösten 2024 har en ny form för samverkan mellan LSS stöd och service ledningsgrupp och hälso- och sjukvårdspersonal LSS startats upp och det planeras fortgå under 2025. Ett av syftena med regelbundna möten är att säkerställa en effektiv samverkan framåt.

Förutom samverkansgruppen mitt i livet, så deltar verksamhetschef också i det nationella RSS-nätverket (regional samverkan och stödstruktur) för funktionshinder och får där ta del av vad som är aktuellt inom området nationellt.

I individärenden har samverkan skett bland annat genom individuella vårdmöten (IVM) och SIP. IVM genomförs regelbundet och är väl känt ute i verksamheterna. LSS stöd och service har en egen rutin för IVM och medarbetarna upplevs ha stor kunskap. SIP sker inte i stor utsträckning. En förklaring kan vara att medarbetare och enhetschefer har mindre kunskap om förutsättningarna och möjligheterna med SIP.

4.4 Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Stöd i ordinärt boende

Inom stöd i ordinärt boende har en utmaning varit att få ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete väl känt bland medarbetarna. Ledningssystemet har upplevts svårt att hitta till och till viss del att navigera i. I samband med att personliga telefoner införs i verksamheten läggs en genväg till ledningssystemet med syfte att det ska användas mer och upplevas som mer lätt tillgängligt. Implementering av personliga telefoner kommer att slutföras under 2025. Verksamhetsutvecklare är vid behov behjälplig med implementering av ledningssystemet.

Stöd i ordinärt boende har under 2024 fortsatt med arbetet att skapa tydliga roller och ansvar för medarbetarna. De har arbetat med struktur och förutsättningar som gör medarbetarna delaktiga, som gör att de vet vad som förväntas av dem och att de vågar ta ansvar. Det långsiktiga arbetet i hela verksamheten, med struktur och förutsättningar, har fått mer fokus under 2024. Verksamhetschef har fått information om att det ses ett ökat ansvarstagande hos fast omsorgskontakt och medarbetare generellt.

Verksamhetsområdet har även tagit fram en utbildningsplan för fast omsorgskontakt och som avser 2025. Fast omsorgskontakt genomför uppföljningar av hur individerna upplever kvaliteten i de insatser de får. I samband med införandet av uppföljningen framkommer att fast omsorgskontakt är i behov av ökad kompetens i samtalsmetodik.

Varje dag avsätts tid för dokumentation med syfte att ge förutsättningar för att fullgöra dokumentationsskyldigheten. Tiden är inlagd i schema och döpt till dokumentation för att tydliggöra för medarbetarna vad som förväntas.

Verksamheten har under flera år arbetat med avvikelsehantering och rapporteringskyldighet så att verksamheten har ett systematiskt förbättringsarbete där de får kunskap om vilka



förbättringsområden de har. Kvalitetsundersköterskor (KUSK) är delaktiga i avvikelshantering som enhetschef ansvarar för. Enhetschef har fortsattansvar för utredning, analys och eventuell åtgärd och uppföljning. Att göra vissa delar tillsammans med KUSK upplevs höja kvaliteten på avvikelshanteringens då det ger KUSK bättre insyn i arbetet och vad som sker. Detta medför att det sedan, i det dagliga arbetet, sprider sig till övriga medarbetare. KUSK har även ofta god kännedom om individen och situationen och kan därmed bidra med viktig kunskap.

Stöd i ordinärt boende har förbättrat arbetet med introduktion. Under 2024 har ett introduktionsprogram införts. Syftet är att ge nya medarbetare förståelse för uppdraget. Introduktionen är en viktig del i att säkerställa ett gott bemötande och ett professionellt förhållningssätt. I tidigare avvikelshantering har det identifierats brister i introduktion och ett förbättringsarbete har genomförts och uppföljning visar hittills på positiva resultat. Det har sedan introduktionen förbättrades ej framkommit i någon lex Sarah-utredning att det föreligger brister.

Stöd i särskilt boende

Verksamhetsdagar har genomförts på boenden där man koncentrerat sig på delar som bidrar till målen i verksamhetsplanen.

Ombudsroller såsom hygien, kontinens och kost finns och de fick kompetenshöjande insatser kontinuerligt under året. Utsedda enhetschefer har under året haft regelbundna träffar för alla ombud. Gemensamma träffar för alla kvalitetsundersköterskor inom särskilt boende har anordnats under året i syfte att skapa en gemensam bild av uppdraget och tillsammans utveckla verksamheten.

KUSK inom SÄBO har tillsammans med medarbetare stöd i ordinärt boende och verksamhetsutvecklare tagit fram en förvaltningsgemensam levnadsberättelse.

Samsyn gällande individer som har beviljad insats särskilt boende sker på APT för att säkra att omsorgen bedrivs utifrån genomförandeplan, levnadsberättelse och bemötande- och handlingsplaner. Reflektion sker dagligen för att säkra till exempel medicinhantering och att rätt omsorg ges.

Särskilt boende har för några år sedan tagit fram en enkät för uppföljning av insats särskilt boende som under 2024 reviderats och används av fast omsorgskontakt.

All personal ska ha genomfört värdegrundsbildning och utbildningen demens ABC. Utbildning gällande första hjälpen psykisk ohälsa (MHFA) har påbörjats och fast omsorgskontakt är prioriterade.

Myndighet och resurs

Myndighet och resurs har haft verksamhetsdag med fokus på avvikelser HSL.

Medarbetare och enhetschef inom myndighetskontoret arbetar tillsammans med jurist för där man systematiskt tittar på ärenden, domar och gällande regelverk för att säkerställa att



arbetat sker med god kvalitet. Handläggare har själva arbetat med underlag till ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

IFO/AME

På enheterna har de kommit olika långt i arbetet med egenkontroller och är därav en prioriterad aktivitet under 2025, i syfte att vidareutveckla kvalitetsarbetet på samtliga enheter. Efter utbildning och uppföljning i ledningsgruppen har enhetscheferna arbetat medvetet med avvikelsehantering på sina enheter. För att ha ett lärande utifrån de avvikelser som inkommit och utretts så avsätts tid en gång/månad på VLG (verksamhetsledningsgrupp) där enhetscheferna delger varandra vad som inkommit.

Medarbetare har tillgång till handledning för att reflektera kring sitt arbete, bemötande och förhållningssätt. Se under prioriterade områden för information om arbete med Signs of Safety.

För vuxna missbruk och beroende har en riktlinje tagits fram som förtydligar uppdrag och insatser samt riktning för verksamheten. Det har aktivt arbetats med att använda det interna stödboendet som möjlig hemmaplanslösning i kombination med öppenvård innan placering men även som utslusning efter behandlingshem. Fokus framåt är att planera för insatser på hemmaplan redan vid första placeringsdag. Insatsmöten har införts vilket har gett god effekt på samarbetet mellan enheterna inom verksamhetsområdet när det gäller planering. Arbetet med att sätta tydliga mål i behandlingsplanerna har utvecklats vilket möjliggör förbättrade uppföljningar.

Arbetsmarknadsenheten har påbörjat ett omställningsarbete med målsättning att nå ut till fler individer som står långt ifrån arbetsmarknaden. För att det ska ske behöver insatser som erbjuds inom enheten utvecklas. Två insatskoordinatorer har anställts inom ramen för FINSAM-samverkan. I arbetet med individer som står långt från arbetsmarknaden behöver det ofta ske täta uppföljningar, ett personligt stöd samt hjälp att samordna aktuella och nödvändiga insatser. Arbetsmarknadskonsulenterna kommer som tidigare att jobba med individer som har någon form av arbetsförmåga. Insatskoordinatorerna arbetar med individer utan aktuell arbetsförmåga men med målsättning att de framöver skall återfå/få arbetsförmåga. Ärendegången för insatsen "*insatskoordinator*" är att tjänstgörande socialsekreterare på försörjningsstöd bedömer att det finns behov av en insatskoordinering. Målgruppen är, enligt den beviljade projektansökan, personer med försörjningsstöd och ohälsa med eventuell sjukskrivning. Beslut om insats fattas av socialsekreterare som även har ett formellt ansvar att följa upp insatsen i fråga.

Under året har analysdagar genomförts inom alla enheter. Upplägget har tagits fram tillsammans med stödfunktioner (controller, verksamhetsutvecklare, HR, systemförvaltare). Analysdagarna har genomförts vid tre tillfällen; ett tillfälle för barn och familj, ett för vuxen och ett för försörjning och AME. Utgångspunkten vid dessa tillfällen har varit att dels ge en övergripande kompetensutvecklande insats kring vad ett analysarbete innebär och exempel på verktyg som kan användas, dels har utvald statistik presenterats som enhetschefer tillsammans med utvalda medarbetare har fått arbeta vidare med. Detta har varit



uppskattade dagar och nya insikter har formulerats där det finns ett engagemang för att fortsätta utveckla analysarbetet så de uppnår bästa förutsättningar för att fatta välgrundade beslut som leder till relevant förändring och/eller förbättring. Inom verksamhetsområdet är avsikten att årligen genomföra analysdagar med gemensamt framtaget tema då det ger ett stort mervärde att tänka tillsammans.

LSS stöd och service

Personal deltar i kvalitetsarbetet under APT och brukarmöten. Kontaktman ansvarar också för att skriva individens genomförandeplan och säkra kvaliteten kring individen. Bland personal finns också kvalitetsombud som enhetschefen väljer. Målet med uppdraget är att säkerställa och utveckla kvaliteten för individerna. Kvalitetsombuden träffas också fyra gånger/år för att fortbildas och samverka mellan enheter.

En metodstödjare finns anställd inom LSS stöd och service i syfte att höja kvaliteten i utförandet. Metodstödjaren har under 2024 genomfört cirka 56 insatser.Handledning har getts till personal individuellt kopplat till enskilda individer och gemensamt i personalgrupper. Handledning har skett i gruppboendestäder, serviceboendestäder och daglig verksamhet. Insatser som metodstödjaren genomfört år 2024 är till exempel:

- Skrivit veckoschema/dagsschema, rutiner, arbetsbeskrivningar, bemötandeplaner och bildstöd till individer tillsammans med respektive individ och/eller med enbart personal
- Samtal med individer
- "Skuggat" personal i brukarmöten/ insatser och handlett i situation
- Handledning i samarbete mellan daglig verksamhet/ boende
- Handledning i diagnoser, kognitiva nedsättningar, strategier, TBA (tillämpad beteendeanalys), InPrint (skapa bildstöd), struktur och förutsägbarhet, förhållningssätt/bemötande och kommunikation
- Individer som inte tar emot stödinsatser, kommer inte i väg till jobb/sysselsättning, utåtagerande beteende, självskadebeteende, OCD (tvångssyndrom), schizofreni.

Metodstödjarens arbete förväntas höja kvaliteten i personalens arbete genom att individen blir tryggare, mer nöjd och känner sig lyssnad på. Individen kan få större förutsägbarhet i sin vardag genom att personal stöttar med till exempel schema, rutiner och struktur. Personal kan också känna sig tryggare efter handledning i och med att man fått ett gemensamt arbetssätt, bättre förutsättningar att arbeta lika i olika moment samt större tydlighet kring vad individer som tar emot stöd behöver för att nå sina mål.

Personal på en servicebostad har under 2024 fått stöd av en handledare från demens- och psykiaritteamet. Handledaren har skuggat all personal vid ett arbetspass och observerat personalens bemötande. Handledaren har sedan lämnat en rapport där hen beskrev styrkor och brister i bemötande, och förslag till förbättringar. Det har skett en positiv förändring efter handledningen och kvaliteten i utförandet har höjts.



4.5 Individens medverkan i kvalitetsarbetet

Socialstyrelsen genomför brukarundersökning inom äldreomsorgen. Via SKR ges kommuner möjlighet att genomföra olika brukarundersökningar och där har förvaltningen deltagit, dock med varierad svarsfrekvens. Brukarundersökningarna är en egenkontroll och uppföljning där individerna som har kontakt med förvaltningen genom olika frågor ges möjlighet att svara på hur de upplever kvaliteten. Undersökningarna rör utförare funktionshinderområdet, myndighetsutövning funktionshinderområdet, placerade barn och unga, öppna insatser barn och unga och myndighetskontakt individ och familj. Delar av resultat redogörs för under egenkontroll och källan informationen är hämtad från år Kolada.

Stöd i ordinärt boende

Inom stöd i ordinärt boende har individerna en fast omsorgskontakt. Fast omsorgskontakt är ett uppdrag som bidragit till ökad kvalitet. Genomförandeplanerna är av bättre kvalitet. Under 2024 har de sett att individernas delaktighet i upprättandet av genomförandeplan har ökat.

Under 2024 har stöd i ordinärt boende kommit i gång med uppföljning av hur individerna upplever kvaliteten i de insatserna som utförs hos dem. Det är fast omsorgskontakt som genomför uppföljningen. Frågorna i uppföljningen är framtagna utifrån nationella värdegrunden för äldre. I syfte att individerna ska känna sig trygga att framföra negativa synpunkter så har enhetscheferna arbetat med att fast omsorgskontakt ska vara trygga i de svåra samtalen och exempelvis inte gå i försvar. Syftet med uppföljning har tydliggjorts för personal och uppföljningen ses som positiv. Nästa steg i att förbättra arbetet är att säkerställa att den information som framkommer i uppföljningarna har ett forum där arbetsgrupperna och ledningsgruppen kan analysera, identifiera mönster för att sedan förbättra verksamheten. Resultat från brukarundersökning som Socialstyrelsens genomför presenteras för medarbetarna. Det finns idag inget utarbetat arbetssätt att delge individerna.

Hösten 2024 har stöd i ordinärt boende implementerat förvaltningsgemensam levnadsberättelse. Syftet med levnadsberättelsen är att den ska följa individen från hemtjänst, dagverksamhet och till särskilt boende, där det är aktuellt. Levnadsberättelsen är ett viktigt verktyg för individen och leder till bättre arbetssätt hos medarbetaren hos individerna.

Myndighet och resurs

Individens medverkan i sin egen omsorg sker på individnivå i kontakt med biståndshandläggare. Samtal förs både inför beslut, fattat beslut och uppföljning. De har inte systematiskt involverat medborgare i det systematiska kvalitetsarbetet, utan inhämtning av information sker i individmötet mellan handläggare och individ.

IFO/AME

I alla ärenden på myndighet vuxen finns behandlingsplan med tillhörande genomförandeplan. Det ska framgå mål med insats och den följs upp med ett intervall om en till tre månader. Individen görs delaktig under uppföljningen och eventuella önskemål dokumenteras. Brukarundersökningen presenteras för medarbetare och resultatet diskuterats utifrån perspektiven vad de är nöjda med och vad de vill förbättra.



På stödboendet Mariegården används en livskvalitetsblankett som fylls i första dagarna på placering och igen när placering avslutas. Detta möjliggör för både medarbetare och individ att se vilka förändring och framsteg som har gjorts och vad som har ökat livskvaliteten. Genomförandeplan används på ett tydligare sätt och sammanfattas/följs upp kontinuerligt under placering. Det görs ingen egenkontroll direkt med individ. Varje vecka hålls husmöte där individer har möjlighet att framföra sina önskemål och åsikter.

På öppenvård vuxen används en utvärderingsblankett som är en mätning av individens nöjdhet. Den är något missvisande då individer som avbryter sin behandling oftast inte fyller i blanketten. I enlighet med upprättad rutin för avslut och utvärdering ska behandlingsinsats/placering sammanfattas och en utvärdering av uppnådda mål enligt genomförandeplan göras.

Öppenvård barn och unga genomför en digital enkät med fokus på individers upplevelse av nöjdhet, trygghet, delaktighet och respektfullt bemötande. Frågorna har en skala från 0 – 5 och enkäten förmedlas i samband med avslutad insats eller råd & stöd. Resultatet redovisas i arbetsgruppen kvartalsvis och ligger till grund för dialoger kring huruvida de når upp till kvalitativa insatser och nöjda brukare. Medelvärde för 2024:

Trygghet: 4,52

Nöjdhet: 4,74

Delaktighet: 4,45

Respektfullt bemötande: 4,81

Uppföljning i individärenden genomförs av socialsekreterare/introduktionssekreterare på enheten för försörjning och vägledning, sker genom samtal och insatser utifrån genomförandeplan. Det görs också ärendegenomgångar där aktuell planering går igenom för att komma vidare mot målsättning. Resultat av brukarundersökning presenteras på APT och dialog förs kring förbättringsområden, dessa ligger till grund för aktiviteter i verksamhetsplan 2025. Det finns en påbörjad tanke om att införa kvalitativa intervjuer med individer som kan ge en djupare kunskap om deras upplevelser i kontakten med socialtjänsten samt vad som kan förbättras ur deras perspektiv.

LSS stöd och service

Individer som tar emot stöd har erbjudits att medverka i kvalitetsarbetet på olika sätt. Husmöten och arbetsplatsträffar har till exempel hållits för att möjliggöra individens delaktighet och möjlighet att lämna synpunkter och önskemål. Det är en utmaning att göra vissa individer delaktiga i och med kommunikativa och kognitiva begränsningar. Många individer i målgruppen klarar inte heller av att delta i möten med många personer. På flera grupp- och servicebostäder erbjuds individerna regelbundna samtal med sin kontaktman för att på så vis kunna framföra synpunkter och önskemål.

Delaktighetsmodellen bygger på dialogsamtal, dialogslingor, som förs i mindre grupper, individer för sig och personal för sig, innan alla träffas för gemensamt samtal. Syftet är att stödjande individer att öka sin förmåga att uttrycka och formulera sina behov tillsammans med dem som de delar vardagen med. Under år 2024 har DMO-slingor genomförts på två gruppboendestäder, vilket är färre än tidigare år. Enligt verksamhetsplan för år 2024 framgick att arbetet med delaktighetsmodellen inte skulle prioriteras. Dock har ambitionen varit att hålla

liv i arbetet eftersom det anses vara en värdefull möjlighet för individen att framföra synpunkter och önskemål.

Resultatet från brukarundersökningen år 2023 har legat till grund för handlingsplaner år 2024. Till exempel har en satsning gjorts på AKK-utbildningar (alternativ och kompletterande kommunikation) för personal i syfte att öka individens möjligheter att förstå och göra sig förstådd i kommunikation med personal. En brist som identifierats är att resultatet från brukarundersökningen inte delgetts individerna som svarat. Planen framåt är att det övergripande resultatet från år 2024 ska delges de svarande i någon form.

I kvalitetsberättelsen från 2023 framgår en ambition att öka andelen individer som varit delaktiga i sin genomförandeplan. I verksamhetsplanen för år 2024–2026 framgår inte en särskild satsning på ökad delaktighet i genomförandeplan men superanvändare i verksamhetssystemet har fått i uppgift att höja kvaliteten. I och med att egenkontroll av genomförandeplaner från 2023 inte finns redovisad går det inte att följa upp om delaktigheten ökat under år 2024. Enhetschefer uppger generellt att man inte arbetat med detta särskilt under året. Under år 2025 ska egenkontroll av genomförandeplaner genomföras i alla verksamheter och dokumenterad delaktighet kommer då vara en faktor som granskas.

Ett brukarråd startades upp inom LSS stöd och service under hösten 2024. Representanter har valts ut bland personer som bor i en grupp- och servicebostad som har bjudits in att delta i brukarrådet. Under 2024 har två träffar hållits. Under träffarna deltar en enhetschef, aktivitetssamordnare samt andra inbjudna gäster. Hälsa, kost och fritidsaktiviteter är exempel på teman från 2024. Syftet med brukarrådet är att erbjuda individer som tar emot stöd en möjlighet att diskutera och framföra önskemål, synpunkter och idéer. Tanken är att öka individernas möjlighet till delaktighet. Representanterna som deltar i brukarrådet delger sedan sina grannar informationen från mötena på husmöten i grupp- eller servicebostaden. Återkoppling vid mötestillfällen har varit positiva och planen är att brukarrådet ska fortsätta träffas under 2025.

4.6 Riskanalys

Arbetet med riskanalys enligt SOSFS 2011:9 genomförs i förvaltningen i varierande grad. Riskanalyser görs främst vid förändring i verksamheten och det finns idag endast en mall som avser riskanalys utifrån arbetsmiljö. SAS kommer under 2025 se över hur en mall för riskanalys utifrån SOSFS 2011:9 kan utformas.

En ny enhet har startats upp inom myndighet och resurs där hälso- och sjukvård, LSS, minnessjuksköterska och demens- och psykiaritteamet ingår. Riskanalys för uppstart av ny enhet är gjord och dokumenterad. Riskanalys på enheten för försörjning och vägledning har dokumenterats i samband med förändringar i verksamheten och den årliga arbetsmiljöenkäten. På enheten för barn och familj har en större omorganisation genomförts och en riskbedömning och handlingsplan är upprättad. Detta har arbetats med under året och resultat kommer att sammanställas våren 2025.

Vuxen myndighet har dokumenterat och följt upp riskanalyser som ett led i arbetet med avvikelser och tillbud. Detta har resulterat i förbättring av rutin kring hantering av



orosanmälningar till både vuxen och barn och unga där det identifierades en risk att de blev liggande i kansliets mejllåda flera timmar innan de kom rätt.

I början av 2024 identifierades att utredningstider för våldsteamet var för långa där flera individer fått sina insatser/behov tillgodosedda men inte sin utredning. En riskanalys påvisar hög arbetsbelastning, underbemanning och högt inflöde samt akuta ärenden som minskat förutsättningarna för handläggarna att skriva utredningar. Arbetsätt och struktur har arbetats om och numera är inga utredningar äldre än fyra månader, ingen dokumentation är försenad och våldsteamet är fullt bemannad.

Efter internkontroll 2022 och kartläggning av verksamhetsutvecklare 2023 avseende öppenvård och stödboende vuxen har det implementerats nya rutiner under 2024 med fokus på att få en sammanhållen och enhetlig process. På stödboendet har ett helhetskoncept utvecklats där öppenvårdsinsatser ska ingå som behandling i kombination med placering då det har visat sig mer lönsamt och hållbart för individernas fortsatta förändring.

Enheterna för myndighet och öppenvård vuxen har tillsammans arbetat fram en rutin för obligatoriskt överlämningsmöte för att uppdrag ska vara gemensamt överenskomna med klient innan behandling/placering påbörjas. En riskbedömning görs för varje enskild individ för att säkerställa arbetsmiljön för medarbetarna. Vid identifierade riskfyllda besök görs en åtgärdsplan för hur besöket ska hanteras. Efter en inspektion från arbetsmiljöverket gällande förebyggande av hot och våld har det tagits fram en rutin för undersökning och riskbedömning på Mariegårdens stödboende.

På Arbetsmarknadsenheten har samtliga arbetsmoment riskbedömts. Det finns endast ett fåtal rapporterade tillbud och följsamhet till befintliga säkerhetsrutiner bedöms som hög.

Under år 2024 har LSS stöd och service genomfört ett antal riskanalyser. Det har till exempel rört införandet av den nya titeln stödpedagog, ny struktur för titulatur (kompetenstrappan), förändring i ombudsroller samt nya scheman. Riskanalyserna har dokumenterats.

Riskbedömningarna följs upp enligt dokumenterad plan, där man följer upp vad som fungerat bra och vad som fungerat mindre bra. Utifrån uppföljningar har förändringar gjorts, till exempel har man ändrat scheman efter information som framkommit i riskanalysen.

Riskanalyser har också genomförts på individnivå i många verksamheter, i syfte att säkra kvaliteten i arbetet med en enskild individ. Det handlar till exempel om risker kopplat till hot och våld eller återkommande risk för fall. Resultatet från riskanalyser har sedan legat till grund för handlingsplaner eller aktiviteter i genomförandeplan. I vissa verksamheter finns en brist i dokumentation och uppföljning av riskanalyser, samt att riskanalysen inte infogats i verksamhetssystemet.

4.7 Internkontroll och egenkontroll

SÄBO, Kompassen korttidsenhet och LSS har genomfört egenkontroll skyddsåtgärd. Materialet har inkommit till MAS, MAR och SAS. Egenkontrollen avsåg hela 2024 så analys av resultat är ännu inte sammanställt.

Internkontroll av avvikelshantering är genomförd. Granskning har gjorts av både så kallad annan avvikelse samt uppföljning av vidtagna åtgärder efter utredning med stöd av bestämmelserna om lex Sarah.

SAS har granskat 85 rapporter "annan avvikelse" och hur dessa avvikelser hanterats. Samtliga verksamhetsområden är representerade, det är olika enhetschefer som varit ansvariga



utredare och rapporterna har inkommit under perioden mars till december 2023. I en avvikelse framkommer det i dokumentationen att det inte är en avvikelse då den inträffade händelsen inte skett i verksamheten. Två rapporter rör arbetsmiljöfrågor och är inte en avvikelse då det inte framkommer något om att individerna som haft kontakt med verksamheten inte fått insats av god kvalitet. Informationen i rapporterna rör endast hur enskilda medarbetare upplevt sin arbetssituation. Det framgår dock inte tydligt i dokumentationen att enhetschef bedömt att rapporterna inte avser avvikelse utan en arbetsmiljöfråga och att det därmed hanteras enligt dessa bestämmelser. 30 stycken rapporter rör fall eller briser i läkemedelshantering (på delegering) vilket innebär att de rapporterats felaktigt och borde i stället rapporterats som vårdskada.

Granskningen visar på fortsatta brister i avvikelsehantering och därmed det systematiska förbättringsarbetet och briserna finns i hela förvaltningen och ser liknande ut. Det finns i brister i dokumentation. Det finns inga utredningar dokumenterade utan dokumentation sker i åtgärder eller i anteckningar. Det går ej att följa hur man utrett rapporten och vad de bakomliggande orsakerna är. Det förekommer att åtgärder är registrerade men det går inte att se hur man kommit fram till bakomliggande orsak. Att noga utreda bakomliggande orsak är viktigt då det är utifrån den informationen man sedan gör bedömning av vilka åtgärder som behöver vidtas för att säkerställa att något liknande inte inträffar igen. Det förekommer att åtgärd är registrerad, ibland med uppföljning, ibland finns ingen uppföljning. Ibland är åtgärd och uppföljning registrerad samma datum. Det förekommer även att det i anteckning går att läsa att en åtgärd ska vidtas, exempelvis se över en rutin, men det registreras inte som åtgärd och följs således inte upp.

När det gäller åtgärder så är det inte alltid de utgår från brister verksamheten. I 10 avvikelser så är det fokus på individen och inte verksamheten och eventuella brister där. Det är viktigt att ha ett fokus på verksamheten då avvikelsehantering syftar till att förbättra och säkerställa att något inte händer igen. Då räcker det inte med att rikta åtgärder till en individ och det arbete som görs runt denne, även om detta också är viktigt. Dokumentation riktat till individ ska ske i personakt. Ett annat mönster SAS observerat i granskningen är att det inte är ovanligt med åtgärd som består i att informera på APT/gruppmöten och påminna varandra, att påtala vikten av att följa rutin och att påtala att personal ska vara uppmärksamma. Det framkommer inte något i dokumentation varför man bedömer att dessa åtgärder är mest lämpliga. SAS ställer sig också frågan vad de bakomliggande orsakerna är som dessa åtgärder ska säkerställa att de inte inträffar igen. Exempelvis att påtala vikten av att följa en rutin – varför följdes rutinen inte från början? Det är också svårt att veta vem som ansvarar och hur det ska följas upp.

SAS har granskat de lex Sarah-rapporter (35 stycken) som inkommit under 2023 och de åtgärder som dokumenterats. SAS har tittat i utredningar och anteckningar efter information om individens delaktighet. För information om åtgärder och uppföljning har SAS granskat registrerade åtgärder samt och uppföljning och vad som dokumenterats. Totalt är 75 åtgärder registrerade. Flera utredningar resulterar i flera åtgärder, därav är antalet åtgärder fler än utredningar. Inte heller alla utredningar har lett till beslut om att händelsen varit ett missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande enligt bestämmelser om lex Sarah. I 19 registrerade åtgärder finns ingen dokumenterad uppföljning. En utredning resulterade i beslut



om 6 olika åtgärder och där saknas dokumenterad uppföljning i fem av åtgärderna. Det är dock positivt att det finns dokumenterade uppföljningar i 56 av de registrerade åtgärderna.

I samtliga ärenden utom två framkommer om individen varit delaktig eller anledning till varför individen ej varit delaktig. Individen har varit delaktig i 12 utredningar. Anledningar till att individen inte varit delaktig är

- Avliden strax innan eller under utredning
- Vill ej medverka
- På grund av hälsoskäl, sjukdomstillstånd, kognitiv svikt.
- Bedömning att individen ej bör informeras då det riskerar att försämra individens mående.

Brukarundersökningar inom förvaltningen

2024 har 89 % av individer inom stöd i ordinärt boende svarat mycket nöjd eller nöjd på frågan om hur nöjd eller missnöjd man är sammantaget den hemtjänst man har. 2023 var resultatet 86 % så det är en ökning och resultatet är jämförbart med 2022 då det var 90 %. Resultatet 2024 för riket är 85 %.

2024 har 78 % svarat mycket nöjd eller nöjd på frågan om hur nöjd eller missnöjd man sammantaget är med sitt äldreboende. Resultatet för 2023 var 81 %, vilket är en minskning men där är fortsatt en ökning jämfört med 2022 då resultatet var 75 %. Resultatet 2024 för riket är 79 %.

2024 har 94 % svarat att de är mycket nöjda eller ganska nöjda på fråga om hur nöjd eller missnöjd man sammantaget är med det stöd man får från socialtjänsten (IFO). Resultatet för 2023 var 88 %. Data för riket samt för 2022 saknas.

Inom IFO/AME har den totala svarsfrekvensen varit 45 %. Inom vissa områden, såsom enheten för barn och familj, har de identifierat utmaningar med att involvera och förmedla till individerna syftet med att delta. Ekonomiskt bistånd har haft något högre svarsfrekvens, 55 %. Missbruksvård har haft en lägre svarsfrekvens, 37 % och inom andra områden saknas resultat. En låg svarsfrekvens innebär att resultaten bör tolkas med försiktighet.

Inom myndighetskontakt funktionshinderområdet är det även där en låg svarsfrekvens, cirka 38%. 100 % svarade att de fick säga det som var viktigt på mötet, handläggaren förstod vad individen sa och handläggaren pratade så individen förstod mötet. 91 % svarade att mötet med handläggaren var bra. Ett förbättringsområde är att individen ska veta vem hen ska prata med om hen tycker att mötet var dåligt. Där svarade 50 % ja, vilket tyder på att information om synpunkt- och klagomålshantering behöver förbättras.

LSS stöd och service har deltagit i SKR brukarundersökning för utförare funktionshinder. Svarsfrekvensen totalt är 60 %. En låg svarsfrekvens eller ett litet antal deltagare i undersökningen innebär att resultaten bör tolkas med försiktighet. Svarsfrekvensen skiljer sig mellan de olika områdena år 2024. Inom servicebostäder är svarsfrekvensen högre. Svarsfrekvensen har sjunkit inom samtliga områden från år 2023 till år 2024. I och med att svarsfrekvensen skiljer sig så stort, framför allt inom gruppboende, bör jämförelser med tidigare år tolkas med försiktighet. Av resultat framgår att utmaningar fortsatt föreligger inom



område kommunikation och individers möjlighet att ge och ta emot information. Inom gruppboendestäder är resultatet från 2024 sämre än 2023. Inom serviceboendestäder har andelen som uppger att personal förstår vad de säger ökat medan andelen som uppger att de förstår vad personalen säger har minskat. Inom daglig verksamhet har en positiv förflyttning gjorts inom båda frågorna. Inom grupp- och serviceboendestäder har en mindre negativ förflyttning gjorts i frågan om den enskilde känner sig trygg med personalen. Inom daglig verksamhet är resultatet för 2024 i stället högre än 2023. På frågorna *Bryr sig personalen om dig?* och *Får du den hjälp du vill ha?* har resultatet generellt sjunkit något sedan 2023. Resultatet från 2024 och identifierade förbättringsområden kommer att ligga till grund för verksamhetsplan för 2025.

Stöd i ordinärt boende

Stöd i ordinärt boende behöver utveckla arbetet med egenkontroller, man har dock egenkontrollplan för verksamheten. Egenkontrollplanen för 2024 har inte genomförts fullt ut. Verksamhetschef upplever att det finns en samsyn i ledningsgruppen om vad som ska ingå i egenkontrollplanen. Flera enhetschefer gör egna kontroller och har framför allt blivit bättre på att följa upp om förändringar efterlevs och om de haft den förväntade effekten.

Stöd i särskilt boende

Egenkontroll av genomförandeplaner görs löpande av fast omsorgskontakt och enhetschef. De utgår från metodstöd för genomförandeplan.

Kontroll av basala hygienrutiner görs kontinuerligt av hygienombud och här ser vi att förbättringar skett inom flera områden och att det kan relateras till arbetet som görs med hygienombuden. Registrering i senior alert görs på alla enheter för att förebygga undernäring. Det finns ett stort behov av ökad kunskap gällande kost och undernäring hos både undersköterskor och hälso- och sjukvårdspersonal. SÄBO har utbildning och samverkan kontinuerligt för kostombuden. Registrering i BPSD- registret (beteendemässiga och psykiska sjukdomar vid demens) har ökat under 2024. För mer information, se Patientsäkerhetsberättelse.

I demens- och psykiatriteamets rapporter ses inom SÄBO en fortsatt hög kvalitet inom demensvården gällande bemötande och miljö.

Brukarundersökningen för särskilt boende går igenom årligen på VLG och enhetschefer delger enheterna resultaten.

De fastställda kontrollerna som görs av brandombud och chefer under året är genomförda. Brandutbildning finns nu digitalt och praktisk utbildning har pågått under 2023–2024.

Myndighet och resurs

Egenkontroller är genomförda enligt plan. Enhetschef och biståndshandläggare har genomfört ärendegranskning. Granskning visar behov av utbildning kring skillnad mellan anmälan och ansökan där individen har nedsatt beslutsförmåga men inte har någon legal ställföreträdare och där inte anhörigbehörighet finns. Utbildning sker under 2025. Granskning visar även på behov av mer samverkan med utförare av insats kring tydligare målsättning i



beslut så målen finns i genomförandeplan. Samverkansgrupp ska genomföra utbildning gällande IBIC (individens behov i centrum) för att se hur man kan arbeta mer med målsättningar. Ett arbete ska sedan göras för att se över målsättning med hemtjänstinsatser.

Egenkontroll av genomförandeplan på Kompassen kortidssenhet är genomförd. Av 20 granskade genomförandeplan (stickprov perioden januari till april) hade 19 stycken upprättats inom 24 timmar, vilket är rutin. En genomförandeplan upprättades efter fyra dagar efter ankomst på grund av informationsmiss mellan personal. Vid granskning av 20 stycken genomförandeplaner under perioden maj till december hade samtliga upprättats samma dag som individen kom till Kompassen.

IFO/AME

Inom verksamhetsområdet har det genomförts två analysdagar där information inhämtas från inrapporterad statistik. Detta har under året gjorts både för att skapa förbättrad beslutsunderlag för förändrings- och förbättringsarbete på enheterna och för att arbeta med nuläges- och behovsanalys kopplat till ny socialtjänstlag. Det kräver ett fortsatt arbete under 2025 innan det kan presenteras målbeskrivningar utifrån detta arbete.

Under hösten 2024 har det tagits fram egenkontrollplan i öppenvård vuxen med fokus på dokumentation. Egenkontrollen har genomförts genom granskning av avslutsanteckning, kontrollen visar på brister i innehåll och följsamhet till rutin. En följd av detta är att samtliga rutiner kopplade till genomförandeprocessen ska utvärderas och gås igenom med alla medarbetare under första kvartalet 2025.

På enheten för försörjning och vägledning har en egenkontrollplan upprättats men inte med information inhämtad från individ. Ärenden har granskats med fokus på genomförandeplan och upprättad barnkonsekvensanalys. Barnkonsekvensanalys finns med i hög grad i de granskade ärendena vilket är en klar förbättring sedan tidigare år. Resultatet kring genomförandeplan är ojämn, allt ifrån att den är upprättad och aktuell till att den inte finns upprättad och att det inte är dokumenterat varför. Detta resultat ska analyseras och aktiviteter tas fram för 2025.

På arbetsmarknadsenheten har det tagits fram och genomförts en deltagarundersökning som omfattade 30 deltagare. Frågorna berör trygghet, delaktighet och bemötande. På en femgradig skala ligger resultatet högt vilket stödjer uppfattning av att bedriva verksamheten i en inkluderande och stödjande miljö.

LSS stöd och service

Ekonomihandläggare har tillsammans med enhetschefer genomfört egenkontroller av privata medel samt nyckelhantering i 14 verksamheter. Egenkontrollerna visar att rutinen för förvaltning av enskildas fickpengar i huvudsak följs. Små brister har uppmärksamats och rättats till i samband med egenkontroll. Rutin för nyckelhantering efterlevs enligt enhetschefer i samtliga kontrollerade verksamheter. Ekonomihandläggare har dock inte granskat dokument ute i verksamheter utan gjort en muntlig kontroll där samtliga tillfrågade enhetschefer svarat att rutinen följs.



Ett antal enhetschefer uppger att de kontrollerat kvaliteten i dokumentation i genomförandeplaner och journaler och återkopplat till medarbetare på APT eller direkt till enskilda medarbetare. Dessa kontroller har dock inte dokumenterats utan har skett muntligen. Med detta som bakgrund kommer en mall för egenkontroll att tas fram och användas för dokumentation av egenkontroller 2025.

Utifrån Socialstyrelsens öppna jämförelser enhetsundersökning LSS 2024 framgår att 100 % av personer med beslut 9§9 bostad med särskild service i Karlshamns kommun har en aktuell genomförandeplan (riket 95 %). 88 % av dessa innehåller dokumentation angående den enskildes delaktighet (riket 73 %). Av personer med beslut 9§10 daglig verksamhet i Karlshamns kommun har 100 % en aktuell genomförandeplan och 100 % av dessa innehåller dokumentation angående den enskildes delaktighet (riket 93 % resp. 90 %). I jämförelse har alltså LSS stöd och service i Karlshamns kommun ett bättre resultat än riket totalt. Socialstyrelsen understryker att positiva resultat inte är en garanti för god kvalitet i det enskilda fallet och vice versa. Jämförelserna behöver alltid kompletteras med andra underlag för att få en mer heltäckande bild av de faktiska förhållandena. I och med att egenkontroller av genomförandeplaner inte dokumenterats 2024 går det inte att säga något om genomförandeplanernas generella kvalitet.

Utifrån Socialstyrelsens öppna jämförelser enhetsundersökning LSS 2024 framgår också att 100 % personal inom bostad med särskild service 9§9 i Karlshamn har erbjudits kompetensutveckling inom AKK mellan 1 mars 2023 - 1 mars 2024. Resultatet för riket är 61 %. Inom daglig verksamhet 9§10 har också 100 % av personal erbjudits kompetensutveckling inom AKK samma period. Resultatet för riket är där 67 %. I jämförelse har alltså LSS stöd och service i Karlshamns kommun ett bättre resultat än riket totalt. Det höga resultatet kan förklaras av en tydlig satsning på kompetensutveckling inom AKK för samtlig personal.

4.8 Avvikelser

2023 fick enhetscheferna utbildning i avvikelsehantering. Det har i tidigare kvalitetsberättelse framkommit att det finns behov av ett förbättringsarbete gällande avvikelsehantering (s.k. annan avvikelse). Det behövdes bli lättare att följa avvikelsehanteringen gällande vilken information som samlats in och vad man gjort för bedömning utifrån denna information. Det fanns ett behov av att förbättra dokumentationen så att det tydligt går att utläsa om det förelagt en avvikelse, vad den består i, bakomliggande orsak samt behov av åtgärder och att åtgärderna sedan följs upp för att säkerställa att de varit ändamålsenliga och tillräckliga. Samtliga verksamheter behövde utveckla systematik i att sammanställa och analysera avvikelser.

Det är viktigt att avvikelsehanteringen är av god kvalitet, att man får en kunskap om hur vi kan förbättra vår verksamhet så att det blir en del i det systematiska förbättringsarbetet. Under 2024 påbörjades arbete med analysdagar. Syftet är att förbättra avvikelsehantering och analysera mönster och förbättringsområden och en ökad kunskap om avvikelsehantering finns. Analysdagarna hålls per verksamhetsområde. Under analysdagarna har vi pratat om avvikelsehantering och hur arbetet ska dokumenteras. SAS, MAS och MAR har visat Lifecare avvikelse och vad man dokumenterar var. Då IFO haft andra analysdagar samt ett arbete med NUSO så har de ännu ej påbörjat analysdagar utifrån avvikelser. Det har i samband med lex Sarah-utredning under hösten/vintern 2024 identifierats att ett behov av att påbörja arbete



med att förbättra kunskap och arbete med avvikelser finns inom IFO och det kommer att påbörjas under 2025. Under 2025 fortsätter arbetet med analysdagar. Verksamheterna kommer att behöva följa sitt fortsatta förbättringsarbete gällande avvikelshantering genom egenkontroller.

Inför analysdagarna har SAS sammanställt statistik samt granskat stickprov av inkomna rapporter och hur de hanterats. Vad om framkommer stämmer i stort överens med det som framkom i internkontroll, vilket visar på att det fortsatt behövs bedrivas ett förbättringsarbete gällande avvikelshantering. Det som framkommit är att det fortsatt förekommer felrapporteringar där vårdskador rapporteras som avvikelse enligt SoL. Det föreligger även en brist i dokumentation av utredningar så det går ej att utläsa ur utredning genomförts, bakomliggande orsak, vilka åtgärder som vidtagits, bedömning av om det förelegat en avvikelse/brist i verksamhetens kvalitet samt uppföljning av om åtgärder haft önskvärd effekt. De brister som identifierats i avvikelshantering är likande inom alla verksamhetsområden.

SAS vill dock påtala att det skett en förbättring i avvikelshantering och de hanteras även om det inte alltid kan utläsas i verksamhetssystemet. Ett område som förbättrats är att avvikelserna tas emot så antalet ej hanterade rapporter inom rimlig tid är betydligt färre än tidigare. Det finns en ökad kunskap om avvikelshantering och syfte.

Synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål ska tas emot och dokumenteras i Evolution (diariet). De klagomål som inkommit rör olika verksamheter inom förvaltningen. Det som inkommer rör frågor såsom brister i bemötande, brister i handläggning och brister i utförande av insatser. Klagomål besvaras ofta men det finns till största del inga utredningar dokumenterade. Enligt SOSFS 2011:9 ska synpunkter och klagomål tas emot och utredas. Det går av dokumentationen därmed inte att utläsa om det förelegat brister i verksamhetens kvalitet och vilka eventuella mönster som kan finnas. I samband med rutin för all avvikelshantering behöver arbetssättet med synpunkter och klagomål förtydligas, inklusive hur de ska sammanställas och analyseras då det framkommit att det idag kan upplevas svårt.

Annan avvikelse

2024 rapporterades 318 stycken så kallade "annan avvikelse" för hela förvaltningen. 2023 rapporterades 379 stycken och 2022 inkom 557 rapporter. Det går inte att uttala sig om orsaken till minskningen.

- 67 rapporter avsåg stöd i ordinärt boende (122 stycken 2023)
- 43 rapporter avsåg stöd i särskilt boende (46 stycken 2023).
- 9 rapporter avsåg myndighet och resurs (4 stycken 2023)
- 1 rapporter avsåg gruppboenden socialpsykiatri och 2 rapporter socialpsykiatri utredning (3 respektive 1 rapport 2023)
- 45 rapporter avsåg IFO (64 stycken 2023)
- 138 rapporter avsåg stöd och service (130 stycken 2022)
- 5 rapporter avsåg MAS/MAR ssk Karlshamn och Hällaryd samt ssk kväll/natt (9 stycken HSL-organisationer 2023)
- 3 rapporter avsåg larmteamgruppen



- 3 rapporter avsåg social beredskap
- 2 rapporter avsåg hela förvaltningen

8 rapporter är inkomna men inte mottagna och utredning är således inte inledd. Motsvarande antal 2023 var 30 rapporter så en förbättring har skett. En rapport ska tas emot och utredas utan dröjsmål då det är viktigt att nödvändiga åtgärder vidtas så snart det är möjligt för att förhindra att en ny avvikelse sker och därmed riskerar att individer utsätts för missförhållanden. 201 åtgärder är registrerade (160 stycken 2023). Förutom nedanstående är även följande åtgärder registrerade; 12 stycken annat, 8 stycken åtgärder är arbetsrättsliga, 27 stycken händelsenära åtgärder och 9 stycken omsorgs-/vårdnära insats/åtgärd. 57 utredning avslutas utan åtgärd. 34 utredningar avslutas med bedömning att avvikelse ej föreläggat.

- 135 ärenden avser brister i processer och rutiner (164 stycken 2023). 38 åtgärder som avser processer, rutiner, riktlinjer är registrerade.
- 74 ärenden avser brister i kommunikation och information (83 stycken 2022). 85 åtgärder som avser information och kommunikation är registrerade.
- 72 ärenden rör utebliven eller felaktigt utförd insats (113 stycken 2023).
- 34 ärenden avser brister i dokumentation (27 stycken 2023).
- 30 ärenden avser brister i handläggning (39 stycken 2023).
- 25 ärenden avser brister i rättssäkerhet, varav 3 rör barn (totalt 36 stycken 2023).
- 22 ärenden avser brister i bemötande (14 stycken 2023).
- 21 ärenden avser brister i utbildning och kompetens (23 stycken 2023). 3 åtgärder som avser utbildning och kompetens är registrerade.
- 20 ärenden avser brister i teknik, utrustning och apparatur (9 stycken 2023). 10 åtgärder som avser teknik, utrustning och apparatur är registrerade.
- 17 ärenden avser brister i omgivning och organisation (24 stycken 2023). 9 åtgärder som avser omgivning och organisation är registrerade.
- 15 ärenden avser våld/övergrepp/tvång/begränsning (10 stycken 2023).
- 1 ärende avser brister i delaktighet (21 stycken 2023).

Lex Sarah

2024 inkom 22 stycken rapporter enligt lex Sarah, vilket är en minskning jämfört med året innan. 2023 inkom 35 rapporter enligt lex Sarah och under 2022 inkom 49 rapporter enligt lex Sarah. Samtliga rapporter har tagits emot och utredning har inletts.

Det är svårt att dra någon slutsats om varför antalet rapporter minskat men att förvaltningen aktivt påbörjat ett förbättringsarbete gällande övriga avvikelser kan ha lett till att avvikelser åtgärdats innan det uppstår ett missförhållande enligt lex Sarah. Förändringar i antalet rapporter kan även påverkas av olika utbildningar medarbetarna får såsom utbildning i avvikelshantering och utbildningar rörande systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete. Det kan ske en ökning av rapporter efter en utbildning då kunskapen och medvetenheten ökar hos medarbetarna.

8 rapporter rör stöd i ordinärt boende (22 stycken 2023), 7 rapporter rör stöd i ordinärt boende (7 stycken 2023), 4 stycken rör LSS stöd och service (5 stycken 2023) och IFO/AME är berörda av 2 rapporter (1 styck 2023). Övriga var ej berörda av någon rapport 2023.



- Hemtjänst Asarum 2
- Hemtjänst Asarum – natt 1
- Hemtjänst Mörrum – natt 1
- Hemtjänst Hällaryd 1
- Hemtjänst Svängsta 1
- Hemtjänst västra 1
- Hemtjänst östra och centrala 1
- SÄBO Gustavsborg Linnéan 2
- SÄBO Östralycke Opalen 1
- SÄBO Östralycke Dungen - natt 1
- IFO VINR 1
- IFO barn och familj 1
- LSS Boken 3
- LSS handläggare 1
- Verksamhetsområde LSS 1
- Verksamhetsområde MoR 1
- Kommunkansli 2

4.8.1 Åtgärder utifrån avvikelser

Förvaltningen

Under året inkom flera rapporter enligt lex Sarah som rörde felaktig hantering av överklagade beslut och flera verksamheter var berörda (såsom LSS handläggare och kommunkansli). Det framkom att hanteringen av överklagandeprocessen är ett delat ansvar mellan kommunkansliet och verksamheten och att ansvaret för att följa upp ärendena inte varit tydlig. Dessa brister åtgärdades med en revidering av dokumenthanteringsplanen och ett beslut om att handlingar till domstol endast läggs till akt i verksamhetssystemet. Med anledning av detta tar varje handläggande enhet själv över ansvaret för hela processen kring överklagande av beslut och rutiner uppdateras på de enheter som berörs. Det har ej inkommit fler rapporter gällande liknande händelse.

Stöd i ordinärt boende

Inom stöd i ordinärt boende har det vidtagits flera åtgärder under året för att förbättra kvaliteten utifrån vad som framkommit i avvikelshantering. Det inkom färre klagomål under sommaren, vilket var en förväntad effekt och önskad effekt som kopplas till det nya introduktionsprogrammet. Introduktionsprogrammet har tillkommit utifrån brister som framkommit i tidigare avvikelser. Det har tidigare både rapporterats annan avvikelse samt enligt lex Sarah och under 2024 har det inte rapporterats några liknande händelser. Arbete med introduktionsprogrammet har följts upp via enkät. 90 % var nöjda eller mycket nöjda och resterande varken eller. 78 % kände att introduktionen var helt och hållet tillräcklig eller till stor del var tillräcklig.

Inom stöd i ordinärt boende har avvikelshanteringen visat ett behov av att förbättra arbetet med tidiga och samordnade insatser för individer med sammansatta och komplexa behov samt individer som tackar nej till insatser. Att arbeta motiverande är en viktig del samt att samverkan mellan olika berörda verksamheter är god. En ny rutin är under utarbetande där



fast omsorgskontakt kommer få ansvar för att initiera samverkansmöte där behov finns. Samverkansmötet ska hållas när individen beviljas hemtjänstinsatser. Undermötet ska roller och ansvar tydliggöras och hur man tillsammans ska arbeta för att individens behov ska tillgodoses. Det är viktigt att alla verksamheter/enheter ansvarar för samverkan när en individ har insatser från flera, det avser inte bara stöd i ordinärt boende.

Uppföljning av förutsättningar för uppdraget fast omsorgskontakt i stöd i ordinärt boende är genomförd. Merparten upplever att de vet vad som förväntas av dem och känner sig trygga med uppdraget, någon enstaka känner fortfarande en osäkerhet både gällande förväntningar och trygghet. Merparten upplever också att de har det stöd som behövs för uppdraget. Några önskar mer kunskap i samtalsmetodik. Resultatet visar på att det fortfarande visst fåtal som inte behärska samtliga delar i uppförande av genomförandeplanen. Det går att se att enheterna kommit lite olika långt i arbetet med fast omsorgskontakt men utveckling är positiv.

Stöd i särskilt boende

Inom stöd i särskilt boende har rapporter om stöld åtgärdats genom att säkerställa att dörrar och lås är låst, att de har en säker nyckelhantering och en förvaltningsövergripande rutin för misstänkt stöld har upprättats. En rapport handlade om brister i omvårdnad och på den enheten finns det ett redan påbörjat förbättringsarbete i många delar som nu följs upp kontinuerligt. Det handlar om kompetenshöjande insatser, rutiner, närvarande ledarskap och kommunikation. I uppföljningar framkommer att avvikelser har minskat på enheten och att arbetet utvecklas positivt.

Flertalet av avvikelser inom stöd i särskilt boende har handlat om brister i omvårdnad. Arbeta pågår kontinuerligt med dessa delar i verksamheten genom olika kompetenshöjande insatser för personal. Övergripande i verksamheten har utbildning för fast omsorgskontakt utformats och enkäten för uppföljning av insats särskilt boende är reviderad, används av fast omsorgskontakt och följs upp i ledningsgrupp och på enhetsnivå. De arbetar kontinuerligt med förbättringsarbeten inom de olika kvalitetsregistren såsom BPSD, senior alert och palliativregistret för att förbättra omvårdnad och kvalitet.

IFO/AME

14 avvikelser på Mariegårdens stödboende där merparten har handlat om brister i utförande där medarbetare har missat att utföra uppdrag enligt rutin, exempelvis följa upp genomförandeplan eller hantering av drogtest. Avvikelser tas upp vid gemensamma möten och åtgärder utvecklas tillsammans. Rutiner har reviderats och fått tillägg där så varit nödvändigt. Innehållet i avvikelserna används som lärande exempel för att kvalitetssäkra arbetet på enheten.

3 avvikelser på myndighet vuxen avseende utredningsförfarande i våldsteamet, sent inkommen orosanmälan samt brister i jourrapport från social beredskap. Utredningsförfarande och sent inkommen orosanmälan har tidigare redovisats under rubriken riskanalys. Brister i jourrapport avsåg ofullständiga personuppgifter, detta har lyfts med social beredskap som har tagit på sig ansvaret för att förbättra detta i sin organisation.



En avvikelse på öppenvård barn och unga resulterade i tydliggörande av rutin för arbetsgång vid drogtester. Rutinen är känd av medarbetare och har lett till att brister har undvikits.

19 avvikelser på enheten för försörjning och vägledning som lyfts för dialog och lärande vid enhetens gruppmöten. Detta är ett mindre forum och uppfattningen är att det möjliggör i större utsträckning dialog och det har även öppnat upp för att känna sig bekväm med att rapporter avvikelser, prata om misstag och lämpliga åtgärder. I flera avvikelser kan konstateras att det finns rutiner på plats och att bristen har orsakats av den mänskliga faktorn. Exempel på detta är miss att verkställa utbetalning och att meddelande har skickats till fel person. Enhetschef kommer under 2025 att med stöd av verksamhetsutvecklare djupare analysera dessa avvikelser för att se om det finns ytterligare åtgärder att genomföra för att säkra upp genomförandet av arbetsuppgift. Avvikelse har även berört brist i introduktion där information om förfarandet vid överklagansprocess inte var tillräcklig. Detta medförde att en komplettering till Förvaltningsrätten skickades in senare än skäligt. Planerad åtgärd är förtydligande i aktuell rutin för introduktion av nyanställda. I ärendet där meddelande skickades till fel individ har det inte funnits uppgifter som går att härleda var det skulle i stället.

4 avvikelser och en Lex Sarah-rapport för enhet barn och familj, myndighetsutövning. Lex Sarah-rapporten är kopplad till social jour med samma identifierade brist och åtgärd som beskrivits under vuxen myndighet. Övriga påvisar brister i följsamhet till gällande rutiner och lagstiftning. Det är den mänskliga faktorn som orsakat bristen och det kan inte påvisas i något ärende att barn eller ungdom har kommit till skada.

LSS stöd och service

Vanligaste orsaken i avvikelserna är brister i utförande av insats, hot och våld samt brister i fysisk miljö, utrustning eller teknik. Då avvikelser år 2023 inte klassificerats på samma sätt som år 2024 är det svårt att göra jämförelser mellan åren.

Perioden 1 januari 2024 – 31 december 2024 finns 85 registrerade åtgärder inom LSS stöd och service. De vanligast förekommande åtgärderna är uppdatering, revidering eller påminnelse om rutiner, information och dialog på APT. Vanligt förekommande är också individuella åtgärder kopplat till den enskildes genomförandeplan samt samtal med enskilda medarbetare. Andra åtgärder som förekommer är till exempel kopplat till samverkan, schema och kommunikation.

En brist som uppmärksammats under året är att avvikelser rapporteras in felaktigt av medarbetare. Det gäller vårdskador som rapporteras som annan avvikelse SoL/LSS och tvärtom. Flera enhetschefer uppger att kunskapen om avvikelser bland medarbetarna är låg och planerar för kompetenshöjande insatser 2025. Vid analysdagen uppmärksammades också att flera enhetschefer inte visste hur de skulle dokumentera i systemet under utredningen. Utifrån identifierade brister har förslag på en tydligare rutin tagits fram i syfte att höja kvaliteten i hanteringen. Planen är att rutinen ska börja gälla 2025.

Även ett arbete med introduktion har påbörjat, se nedan under prioriterat område.



4.9 Krisberedskap

Inom förvaltningen har det under 2024 fortsatt ett arbete avseende krisberedskap och arbetet har gått enligt plan. Samtliga verksamhetsområden har arbetat med KHOSS-uppdraget (kommunal hälso- och sjukvård och social beredskap). I arbetet med krisberedskap ingår att ta fram risk- och sårbarhetsanalys, vilket alla gjort men som nu följs upp. Arbetet med krisberedskap fortgår under 2025.

4.10 Digitalisering och välfärdsteknik

Inom stöd i ordinärt boende är förarbetet klart för att påbörja ett test av mobilt trygghetslarm. Testet omfattar cirka tio individer. Testet har ännu inte påbörjats på grund av försenad leverans av larmklockan.

Stöd i särskilt boende har sedan 2023 infört teknik- och larmombud i verksamheten. Träffar planeras kontinuerligt av utsedda enhetschefer och ombuden får utbildning inom larm men även inspiration gällande aktuell välfärdsteknik inom omsorg. I verksamheten använder de idag gungstolar med sinnesstimulering, robotkatter och Yetiplatta. Verktygen har följts upp och visar på ökad kvalitet hos användare.

Digital tillsyn används inom stöd i ordinärt boende. Korttidsenhet Kompassen har påbörjat förberedelse inför implementering av digital tillsyn.

Under år 2024 har gruppboendestäder, serviceboendestäder samt barnverksamheterna inom LSS stöd och service satt upp och börjat använda digitala medicinskåp. Inom daglig verksamhet har satsningar gjorts på träningsprogram via bildskärmar, stora bildskärmar med touchfunktion med rörelseprogram och spel. Träningen blir på så vis tillgänglig för alla, även den som sitter i rullstol. I vissa verksamheter har iPads köpts in för kommunikation och nöje.

För mer information se Teknikberättelse, som innehåller digitaliseringsplan.

5 Prioriterade områden under året

Förvaltningen

Omställning ny socialtjänstlag samt god och nära vård har pågått under året och kommer att fortgå under 2025. Förvaltningen har anställt en verksamhetsutvecklare vars huvudsakliga uppgift är att övergripande arbeta med omställningen till ny SoL. Förvaltningen har bland annat genomfört SKR:s digitala verktyg skatta läget. En annan del i omställningen är att barn och familj inom IFO har varit med i NUSO (nationell uppföljning av socialtjänstens omställning), vilket även pågår under 2025. Förvaltningens verksamhetsutvecklare har genomfört kartläggning av vilka insatser som tillhandahålls i förvaltningen. Denna kartläggning kommer ligga till grund för fortsatt arbete i omställning nya SoL såsom insatser utan behovsprövning och omställning till att arbeta mer förebyggande.

Omställning till god och nära vård har pågått under en tid och kommer fortgå under flera verksamhetsår framöver. Omställning till god och nära vård samt till ny SoL är förenliga med varandra och pågår parallellt.



Arbetet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete har fortgått i hela förvaltningen, se under rubrik förvaltningens arbete med kvalitet. Detta arbete kommer fortsatt vara ett prioriterat område under 2025.

Ett prioriterat område är att minska bidragsberoende. Flera bidragstagare har språksvårigheter som gör det svårt att komma in på arbetsmarknaden. En plan för omställningen av insatser på arbetsmarknaden för att möta dessa individers behov finns. Vidare har verksamheten utökat antalet serviceassistenter inom särskilt boende som ett led i praktisk träning av svenska språket.

Inom området systematiskt förbättringsarbete har det gjorts flera aktiviteter under året och de redogörs för i kvalitetsberättelsen. Exempel är analysdagar av avvikelser, arbete med ledningssystem och egenkontroller. Omställning till en mer förebyggande och främjande socialtjänst är också en del i förbättringsarbetet.

Förvaltningen har under året haft kontinuerlig kontakt och ett tätt samarbete med de föreningar som det finns ett avtal med, gällande Idéburet Offentliga Partnerskap, IOP-avtal. Från och med januari 2025 finns även ett nytt avtal med Hej Vänner. Utöver IOP-avtalen finns flera andra väl etablerade samarbeten med föreningar, samfund och organisationer. Under året har det tillkommit samarbete med bland annat föreningen Tandem och Cykling utan ålder. En kartläggning har gjorts över de föreningar, organisationer, samfund och studieförbund som förvaltningen har någon form av samarbete med. Det pågår också en genomlysning av olika evenemang och aktiviteter som förvaltningen genomför tillsammans med civilsamhället. Kartläggningen är ett underlag för att skapa en plan för ytterligare utvecklingsmöjligheter under 2025. För att öka tillgängligheten för medborgarna har en satsning gjorts på en av kommunens träffpunkter. Samtliga träffpunkter har ökat sitt deltagarantal sedan året innan.

Stöd i ordinärt boende

Verksamhetens högsta prioritet är att uppnå balans mellan kvalitet, effektivitet och hälsa (god arbetsmiljö). Det långsiktiga målet är en effektiv verksamhet med tydliga mål, begriplighet i verksamhetens uppdrag och där medarbetare och individer tillsammans skapar en meningsfull vardag. Prioriterade områden har varit att fortsätta arbetet med introduktion, se över ombudsroller, arbeta med rollen fast omsorgskontakt exempelvis med kompetensutveckling och förutsättningar. Ett annat prioriterat område var att implementera gruppleddare med syfte att skapa en god arbetsmiljö och att säkrare kunna ta hem individer utan förändrade insatser även på helgerna. Planerarorganisationen har gjorts mindre sårbar med två resursplanerare. Fortsatt arbete med att göra enhetschefsuppdraget mer hållbart. Ett prioriterat område har även varit kompetensförsörjning med rekrytering, marknadsföring och introduktion.

Stöd i särskilt boende

Verksamheten kommer främst att fortsätta prioritera att professionernas olika uppdrag är definierade och arbetas utifrån på rätt sätt. Detta har för 2024 inneburit arbete med ombudsrollerna, kvalitetsundersköterskans uppdrag, fast omsorgskontakt och att börja



differentiera arbetsuppgifter mellan undersköterska och vårdbiträde. Verksamheten ser att vi genom detta arbete bidrar till många av de satta prioriteringarna för förvaltningen.

Myndighet och resurs

Myndighetsutövning socialpsykiatri har omorganiserats från IFO/AME till myndighet och resurs. Det har uppdagats stora brister i utredningar och uppföljningar, och arbete pågår för att höja kvaliteten i myndighetsutövningen. Bland annat har man påbörjat uppföljningar som sker vid fysiskt möte, tidigare har det skett till största del via telefon. Nya arbetssätt har införts hos biståndshandläggarna med målsättning att få en mer effektiv myndighetsutövning. Det har gjort det möjligt att utveckla arbetssätt med mer samverkan med andra aktörer och professioner; både internt och externt, vilket är i riktning mer personcentrerad vård och omsorg. Under 2024 fick verksamheten en ny enhet där hälso- och sjukvård, LSS, minnessjuksköterska och demens- och psykiariteamet ingår.

IFO/AME

En implementeringsplan av Signs of Safety har tagits fram. Planen beskriver införandet av förhållningssättet inom enheterna som arbetar med barn och familj. Följande mål är framtagna inom verksamheten:

- Barn ska få växa upp i sin familj under trygga och säkra förhållanden.
- Barnets nätverk ska undersökas och involveras vid behov.
- Vid alla placeringar ska nätverket kring barnet undersökas och göras delaktigt.
- Alla barn och unga ska bli lyssnade på, känna sig delaktiga och veta varför de har kontakt med socialtjänsten.
- Alla vårdnadshavare/föräldrar ska bli lyssnade på, känna sig delaktiga och veta varför de har kontakt med socialtjänsten.

Signs of Safety innehåller ett lösningsfokuserat förhållningssätt som fokuserar på att identifiera och stärka det som fungerar inom familjen och deras nätverk och på så sätt minska oron. Med hjälp av att ställa detaljerade frågor skapar de processer som leder till förändring och lösningar som ska fungera över tid. I Signs of Safety ingår olika verktyg för att på ett tydligt sätt lyfta och skapa en gemensam bild av oron, det som fungerar och tänkbara lösningar. Exempel på dessa verktyg är kartläggning, ord och bildberättelser, skalfrågor och uppskattande intervju. Signs of Safety har tagits fram i det praktiska sociala arbetet och ska genomsyra hela verksamheten, så väl organisatoriskt som i arbetet med familjerna.

Under implementeringstiden fokuserar de på struktur, kultur och ledarskap. Det pågår ett aktivt arbete med att identifiera vad de behöver tillföra eller förändra i organisationen för att fullt ut kunna nå våra målsättningar. Det har tagits fram en plan för vilka indikatorer som ska följas för att säkra att utvecklingsarbetet går i rätt riktning. Denna plan följs upp av enhetschef tillsammans med verksamhetschef under implementeringstiden för att sedan fasas in i den ordinarie resultatrapporteringen. I arbetet har specialistsocionom och ungdomsbehandlare fått ett utökat ansvar för implementeringen. Detta har fått effekten att enheternas medarbetare har kommit närmare varandra samtidigt som de har synliggjort behov av en översyn kring hur arbetet med Signs of Safety behöver organiseras framöver.



Internt inom IFO/AME ska en implementering av förhållningssättet ske även inom verksamhet för vuxna, det finns samordningsvinster med att samma förhållningssätt råder över enhetsgränserna och det ökar förutsättningar för ett gott samarbete. En implementering för verksamhet vuxen kommer att genomföras utan externa resurser och planen ska arbetas fram under hösten 2024 för att genomföras våren 2025.

LSS stöd och service

Under år 2024 har LSS stöd och service en särskild satsning kring arbete med skyddsåtgärder pågått. Arbetet har bestått av kompetenshöjande insatser till enhetschefer och medarbetare samt implementering av en ny process för kartläggning, beslut och uppföljning av skyddsåtgärder. Ett prioriterat område för 2024 var att uppdatera introduktionsmaterialet och skapa en bättre struktur för introduktion av nya medarbetare. En mindre uppdatering gjordes inför sommaren 2024 men planen är att se över det i större omfattning inför sommaren 2025. Vid lex Sarah-utredning har brister i introduktionen framkommit på vissa enheter. Brister som har uppmärksammats är till exempel att olika medarbetare ansvarar för introduktionen vilka kan ge motstridig information till den nyanställde. Den som introduceras upplever då en otydlighet i hur arbetet ska utföras. Det förekommer också att medarbetare som själva brister i sitt yrkesutövande håller i introduktionen, vilket uppfattas som olämpligt. Planen är att implementera en ny rutin för introduktion med tydligare ansvarsfördelning inför sommaren 2025 för att säkerställa bättre kvalitet.

Medarbetare inom LSS stöd och service har under 2024 påbörjat Yrkesresan. LSS stöd och service i Karlshamns kommun har varit angelägna om att starta arbetet och har nu kommit längst i länet. I december 2024 har cirka 90 % av alla medarbetare i verksamheten gått steg 1 i basväskan. Steg 2 har påbörjats under hösten 2024. Enligt planering ska samtliga medarbetare erbjudas att gå steg 2 under våren 2025.

Under 2024 har man inom LSS stöd och service gått igenom och reviderat ombudsroller. Syftet har varit att få större tydlighet och bättre struktur. Resultatet har blivit ett färre antal ombudsroller med tydligare uppdrag. Enhetschef ansvarar för att fortbilda sina ombud och erbjuda regelbundna träffar för kunskapsutbyte.

Sekretess skulle varit ett prioriterat område i kvalitetsarbetet under 2024 men har fått prioriteras bort under året. Sekretess kommer i stället att prioriteras på kvalitetsombudsträffar 2025. Kvalitetsombuden ska sedan ta vidare arbetet ut i verksamheterna.

Utifrån 2023 års brukarundersökning har ett fokus för år 2024 varit kompetenshöjande insatser i AKK. Medarbetare har under året erbjudits AKK-utbildning av hälso-och sjukvårdspersonal. År 2024 har ombudsträffar för AKK-ombuden prioriterats ned för att i stället fokusera på utbildningsinsatser för samtlig personal. Syftet har varit att öka den enskildes möjlighet till kommunikation och delaktighet. Medarbetare har också erbjudits utbildning i bildstödsprogrammet Inprint. Där behov funnits har medarbetare också erbjudits utbildningar i TAKK (tecken som alternativ och kompletterande stöd). AKK-ombud finns i alla verksamheter och har som uppgift att driva arbetet med AKK.



Arbetet med levnadsvanor har fortsatt under 2024. Målet är att stötta den enskilde till att förändra/förbättra sina levnadsvanor gällande kost och motion och på detta sätt arbeta för att minska riskerna för ytterligare ohälsa och förtidig död. Levnadsvaneombud i varje verksamhet driver arbetet framåt. Arbetet med att förbättra levnadsvanor har också genomförts i individärenden, där individen, boendepersonal och HSL-personal samverkar.

En kurator har anställts inom LSS stöd och service under år 2024. Sedan uppstart har hen haft cirka 18 enskilda samtal med individer som tar emot stöd. Kuratorn har också varit på en gruppbostad under åtta tillfällen och pratat med personal i storgrupp. Kuratorns insatser har under år 2024 varit samtalsstöd till enskilda individer. På en gruppbostad har hen observerat personal i direktarbetet och sedan återkopplat på brukarmöte/APT i syfte att höja kvaliteten. Kurator har också deltagit i professionsmöten angående specifika individer samt på IVM.

5.1 Sammanställning av analys och resultat

Förvaltningen

Det arbete som görs i förvaltningen sker med utgångspunkt från nämndens mål och prioriterade områden. Målen bedöms dock till stora delar vara uppfyllda. Ett undantag är att antal hushåll med ekonomiskt bistånd har minskat fram till 2024 men därefter ökat igen. Arbetet med att personer som står utanför arbetsmarknaden ska komma vidare till arbete eller studier fortgår under 2025.

Ett annat mål som bedöms vara till stora delar men inte helt uppfyllt är att verksamheten utvecklar och förbättrar arbetssätt för att höja individens kvalitet och inflytande utifrån befintliga resurser. En indikator är brukarundersökningar kan vara i nivå med jämförbara kommuner och tidigare resultat. Förvaltningen har inte tillförlitliga resultat i alla delar och på något område är det en liten försämring. Verksamheten ligger dock på liknande nivå, till och med något i högre i något fall, som riket. Nämnas bör även att inom ett annat område har en förbättring skett. En djupare analys, tillsammans med annan data om förvaltningens och kommunens kvalitet, såsom öppna jämförelser och KKiK (kommunens kvalitet i korthet), behöver fortgå, exempelvis såsom de analysdagar som genomförts inom IFO/AME. Det är av vikt att identifiera förbättringsområden kring individens delaktighet och vad som kan förbättras så att de upplever att de insatser som ges är av god kvalitet. Implementering av nya SoL samt god och nära vård innebär att individen ska göras delaktig och vara samskapande i beslut och utformandet av sina insatser och i den vård de har behov av.

Stöd i ordinärt boende

Resultat av brukarundersökning pekar på ett förbättrat resultat. Arbeta med att skapa god struktur och arbetssätt där medarbetarna är delaktiga och ansvarstagande är viktiga faktorer för god kvalitet. Synpunkter och klagomål har minskat. Ledningsgruppen arbetar för att arbeta lika men med individens behov i centrum. Att arbeta gemensamt och med en gemensam målbild ger en större tydlighet och bättre förståelse för hela verksamheten. Under 2024 ses ett ökat ansvarstagande än tidigare kopplat till bättre förståelse, tydligare förväntningar och bättre förutsättningar. Målen för 2024 har uppnåtts.



Stöd i särskilt boende

De ser en förbättring i många delar inom SÄBO, till exempel att använda kvalitetsregister. Internkontroller som visar på förbättring såsom inom hygien. När det gäller arbete med avvikelser behöver det ske ett arbete med hur man utreder och vilka åtgärder som görs. I kontroller, avvikelser och utredningar som gjorts under 2024 kan man genomgående se att kompetens inom dokumentation behöver stärkas. Genom att prioritera arbete med att stärka kompetensen hos all personal och definiera uppdragen som finns i verksamheten arbetar vi för att nå målen övergripande i verksamhetsplanen.

Myndighet och resurs

Arbetet med nya socialtjänstlagen pågår i form av kunskapsinhämtning för att förbereda att lagen träder i kraft. Det stora arbetet kommer att ske 2025 då det kommer krävas vissa omställningar i verksamheten. Mycket fokus inom myndighet har varit övertag av socialpsykiatri och det arbete som det kräver, där man har kartlagt ärenden, kvalitetsgranskat och identifierat brister som håller på att åtgärdas. Byte av verksamhetssystem från Lifecare IFO till Lifecare vård och omsorg pågår och kommer att kräva resurser även under 2025.

IFO/AME

Den samlade bedömningen är att de inom verksamhetsområdet har utvecklat mål och strategier för att arbeta med kvalitet och riskbedömningar för att skapa en verksamhet som både individer och medarbetare förstår. Det främsta arbetet har avsett att möjliggöra en trygg bas på samtliga enheter genom att kartlägga processer och arbeta fram rutiner till ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Målet är att medarbetarna har ett likvärdigt arbetssätt som är rättssäkert och med god kvalitet. I första hand görs detta arbete enhetsvis och nästa steg är att arbeta vidare med processer och rutiner som behöver fungera över enhetsgränserna. Mål för verksamhetsområdet är att uppnå en enad socialtjänst med sömlösa flöden. Resultat av kvalitetsarbete och måluppfyllelse under 2024 visar att det går i positiv riktning. Implementering pågår kring arbets- och förhållningssätt som förenklar och tydliggör våra uppdrag samt möjliggör för individerna att vara mer delaktiga i sin insats. Samverkan inom och mellan enheter stärks, vilket ger medarbetarna en tryggare och tydligare arbetsmiljö.

IFO/AME har en ojämn fördelning av avvikelser och det finns sannolikt en underrapportering. I de avvikelser som är hanterade går det att följa att de leder till förändrings- och/eller förbättringsarbeten på enheterna. Under 2025 kommer de fortsätta arbeta med förståelse för avvikelshantering och ansvaret för att arbeta med kvalitet, med bland annat avvikelser som verktyg.

LSS stöd och service

Under år 2024 har flera satsningar gjorts inom LSS stöd och service i syfte att höja kvaliteten i verksamheterna. Utifrån Socialstyrelsens enhetsundersökning framgår att satsningar på kompetenshöjande insatser inom AKK har gett positiva resultat då 100 % av personalen inom LSS stöd och service erbjudits kompetenshöjande insatser inom AKK år 2024. Cirka 90 % av



medarbetarna har också gått steg 1 i Yrkesresan, vilket är längst i länet. Resultaten från brukarundersökningen 2024 har dock inte helt speglat denna satsning. Den samlade bedömningen är att det finns ett fortsatt behov av kompetenshöjande insatser även framåt för att fler individer som tar emot stöd ska kunna ge och ta emot information i önskad utsträckning. Förhoppningen är att satsningarna på kompetensutveckling kommer leda till högre kvalitet i verksamheterna, och att detta i nästa steg leder till bättre resultat i brukarundersökningen.

En slutsats från 2024 är också att mycket gjorts i syfte att öka individers möjlighet till delaktighet. Ett brukarråd har startats, kontinuerliga brukarmöten hålls i de flesta verksamheter och individer erbjuds kontinuerliga samtal med sin kontaktman för att kunna ge synpunkter och framföra önskemål. Enligt Socialstyrelsens enhetsundersökning finns dokumentation angående individens delaktighet i 90 % av genomförandeplanerna inom daglig verksamhet och 73 % av genomförandeplanerna i grupp- och servicebostäder. Dock saknas möjligheten att följa upp på vilket sätt individer varit delaktiga i genomförandeplanen eftersom egenkontroller av genomförandeplaner inte gjorts under året.

Den samlade bedömningen är också att det fortsatt finns brister i hantering av avvikelser vilket bland annat framkom under analysdagen hösten 2024. Förhoppningen är att den nya rutin som tagits fram inom LSS stöd och service ska utveckla och förbättra arbetet med avvikelser 2025.

6 Barnkonventionen

Under 2023 antog Omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden en handlingsplan för barnkonventionen och som avser 2023 till 2026. Det har sedan 2021 funnits en riktlinje för kommunens barnrättsarbete. Riktlinjen är övergripande och behöver konkretiseras för kommunens olika förvaltningar och verksamheter. Syftet med handlingsplanen är att stärka barns rättigheter inom förvaltningen för omsorg och arbetsmarknad och förbättra barns och ungas levnadsvillkor i praktiken. Syftet är även att ett barnrättsperspektiv ska genomsyra förvaltningens samtliga verksamheter och på olika nivåer i organisationen. Handlingsplanen har utgångspunkt i den vägledande propositionen 2009/10:232 och som heter "Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige".

Det finns sedan tidigare ett barnrättsnätverk där varje förvaltning finns representerade. I detta nätverk arbetar vi med frågor av övergripande karaktär och som avser kommunen. Folkhälsosamordnaren leder och sammankallar nätverket. SAS representerar förvaltningen för omsorg och arbetsmarknad. För att ge ett stöd till verksamheterna i förvaltningen så har förvaltningsledningen beslutat om att det även ska finnas ett barnrättsnätverk i förvaltningen för omsorg och arbetsmarknad. Nätverket består av representanter från alla förvaltningens verksamhetsområden. Nätverket leds av SAS, som även är utbildad barnrättsstrateg. Då SAS även deltar i kommunens barnrättsnätverk kan information, vid behov, föras mellan de båda nätverken och SAS har möjlighet att bevaka så att rätt frågor behandlas i rätt nätverk och i förlängningen ett mer effektivt arbetssätt.

Förvaltningens nätverk träffas fyra gånger/år och de två första träffarna hölls hösten 2023 och har fortgått under 2024. På dessa träffar har SAS informerat om handlingsplan. En del i handlingsplanen är att varje verksamhet/enhet ska upprätta aktivitetsplaner för att ytterligare



konkretisera vad som behöver utvecklas för att implementera barnkonventionen och ha ett barnrättsperspektiv. Aktivitetsplaner är skrivna. Nätverket fortsätter träffas under 2025.

7 Mål och strategier för 2025

Mål och strategier utgår från resultat under 2024 samt nämndens mål och prioriterade områden enligt verksamplan.

- Fortsätta att utveckla och ta fram ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt att implementera det som är färdigställt. Medarbetarna ska ha kunskap om att ledningssystemet finns samt var de kan hitta processer och rutiner.
- Fortsätta utveckla och förbättra arbetet med avvikelsehantering inklusive arbeta fram process och rutin tillsammans med MAS och MAR. Alla rapporter som inkommer ska utredas och dokumenteras.
- Implementera ny socialtjänstlag och arbeta för god och nära vård. Förbereda för eventuellt införande av socialtjänstdataregister.
- Internkontroll avseende social dokumentation (ej verksamhetsområde IFO/AME, se nedan) i syfte att säkerställa att medarbetarna följer dokumentationsskyldigheten.
- Internkontroll vuxen myndighet och öppenvård (verksamhetsområde IFO/AME). Granska beslutsunderlag, uppdrag och utförande. Granskning av ärendeprocessen samt samverkan. Omställning till ny SoL innebär bland annat att socialtjänst ska arbeta förebyggande och vara lätt tillgänglig. Samverkan är en viktig del. Granskningen ger ett nuläge och information om behov av förbättringsarbete för att säkerställa god kvalitet samt vilka indikatorer som verksamheten kan behöva följa framöver.