

## Kallelse till socialnämnden

<b>Nämnd</b>	Socialnämnden
<b>Tid</b>	Onsdagen den 19 februari 2025 klockan 17.00
<b>Plats</b>	Höger kammarsal, Kommunhuset
<b>Justerare</b>	Fredrik Wärnbring

## Föredragningslista

### Nr    Ärende

1. Val av justerare och tid för justering  
Tid för justering: tisdag 25 februari 2025
2. Godkännande av dagordning
3. Årsbokslut 2024  
Föredragande: John Jaresund/Pernilla Ekstrand
4. Information gällande Trygghetslarm  
Föredragande: Nina Karlsson/Tina Jensen
5. Systematiskt kvalitetsarbete 2024  
Föredragande: Jonas Linderholm Arnklint
6. Patientsäkerhetsberättelse 2024  
Föredragande: Michelle Wahlby
7. Lex Sarah-anmälan  
Föredragande: Jonas Linderholm Arnklint
8. Förberedelser inför ny socialtjänstlag  
Föredragande: Jonas Linderholm Arnklint
9. Avtalssamverkan familjerätt med Jönköpings kommun  
Föredragande: Birgitta Berglund Ågren
10. Delegationsärenden
11. Informationsärenden

Hans Jarstig  
Ordförande

Sandra Grip  
Sekreterare

## Årsbokslut 2024

### Förslag till beslut

Socialnämnden föreslår kommunfullmäktige besluta att ombudgetera följande investeringsprojekt till 2025.

51038 Möbler inventarier hela förvaltningen 94 tkr  
51045 Sängar särskilt boende 291 tkr  
51051 Kärrsgården 568 tkr  
51055 Hypergene uppföljning SOC 59 tkr  
51056 Hypergene ledningssystem 150 tkr

### **Totalt 1 163 tkr**

Bokslutsrapporten för 2024 fastställs och överlämnas till kommunfullmäktige.

### Beskrivning av ärendet

Bokslutsrapporten omfattar uppföljning av ekonomi, kvalitet och verksamhetsutvecklingsmål. Den innehåller också en beskrivning av årets verksamhet och framtiden.

1 163 tkr finns kvar av 2024-års investeringsbudget. Av detta föreslås att 1 163 tkr ombudgeteras till 2025.

John Jaresund  
Controller

### Bifogade handlingar

Bilaga 1 Bokslutsrapport 2024 Socialförvaltningen

**Beslutet skickas till**  
Ekonomichef

# Bokslutsrapport 2024

## Socialförvaltningen



# Bokslutsrapport 2024

*Status: Påbörjad Rapportperiod: 2024-12-31 Organisation: Socialförvaltningen*

# Innehåll

1	Nämndens verksamhetsberättelse .....	3
1.1	Årets ekonomiska resultat.....	3
1.2	Årets verksamhet .....	4
1.3	Nyckeltal.....	5
1.4	Investeringar .....	7
1.5	Framtiden .....	7
2	Uppföljning av personalnyckeltal .....	9
2.1	Sjukfrånvaro.....	9
2.2	Personalomsättning.....	9
2.3	Personalsammansättning.....	9
2.4	Tidsanvändning.....	10
3	Verksamhetsutvecklingsmål och kvalitetsuppföljning .....	11
3.1	Uppföljning av verksamhetsutvecklingsmål.....	11
3.2	Kvalitetsuppföljning .....	16

# 1 Nämndens verksamhetsberättelse

## 1.1 Årets ekonomiska resultat

Verksamhet/enhet	Budget 2024	Bokslut 2024	Avvikelse*	Bokslut 2023
Politisk verksamhet	696	549	148	668
Socialförvaltningen gemensamt	12 172	11 206	965	10 450
Äldreomsorg o Hälso- o sjukvård	150 006	144 318	5 688	132 480
Funktionshinderomsorg	58 194	58 586	-392	53 593
Individ- och familjeomsorg	34 591	35 085	-494	28 362
Flykting och integration	37	-65	102	-229
<b>Total</b>	<b>255 969</b>	<b>249 679</b>	<b>6 017</b>	<b>229 642</b>

Socialnämnden uppvisar för 2024 en avvikelse mot budget på totalt +6 017 tkr. Den totala nettokostnaden är ca 20,0 mnkr högre 2024 än 2023.

Kostnaderna för politisk verksamhet har minskat något jämfört med 2023. Detta beror till störst del på minskade arvodeskostnader. Jämfört med budget 2024 hamnade utfallet på +148 tkr.

Kostnaderna för förvaltningsövergripande poster har ökat med ca +756 tkr jämfört med 2023. Detta kan främst förklaras av utökningen av en verksamhetschef under 2024. Överskottet jämfört med budget 2024 på +965 tkr på socialförvaltningen gemensamt beror på föräldraledighet och sjukskrivningar +1,0 mnkr, en särskild avgift till inspektionen för vård och omsorg -280 tkr och övrigt +245 tkr.

Äldreomsorgen och hälso- och sjukvårdsenhetens nettokostnader har ökat med ca 7,5 mnkr mellan 2023 och 2024. Cirka 2,8 mnkr av kostnadsökningen avser särskilt boende och korttidsplatser. Resten av kostnadsökningen fördelar sig på hemtjänsten och övrig verksamhet inom äldreomsorg och hälso- och sjukvård.

Äldreomsorgens och hälso- och sjukvårdens samlade budgetavvikelse 2024 hamnade på + 5 688 tkr. Förklaringen till detta är att avdelningen Linden har inte behövt öppnas under året +3 343 tkr, omförhandlat avtal med Mullsjö kommun gällande fakturering av nattsjuksköterska + 541 tkr, verksamheterna för hemteam och dagverksamhet redovisar ett sammanlagt budgetöverskott på +1 513 tkr. Budgetunderskottet inom hemtjänsten är - 2 862 tkr men har vägts upp med ett statsbidrag för tidigare års arbete med att minska andelen timanställda +3 600 tkr. Vakans inom ledning ÄO/HS + 415 tkr. Ökade kostnader hjälpmedel och bilar -279 tkr. Övriga posters budgetavvikelse summerar till - 583tkr. Kostnaden för utskrivningsklara har under året varit 0 tkr.

Funktionshinderomsorgens nettokostnader är ca 5,0 mnkr högre 2024 än 2023. Den samlade budgetavvikelsen för motsvarar -392tkr. Avvikelsen inom assistansen står för -1 998 tkr varav -1 000 tkr avser en budgeterad intäkt som aldrig erhöles efter Försäkringskassans bedömning. Gruppboendena gör ett samlat överskott på + 1550 tkr bl.a. som följd av att man anpassat personaltätheten utifrån beläggningsgraden. Övriga verksamheter står för en samlad avvikelse på +56 tkr där ökade kostnader inom bostad med särskilt stöd och barnboende vägs upp av minskade kostnader inom daglig verksamhet, ungdomsfritids och kontaktpersoner bl.a.

Nettokostnaderna för individ- och familjeomsorgen har ökat med ca 6,7 mnkr 2024 jämfört med 2023. Den samlade budgetavvikelsen motsvarar -494 tkr. Avvikelsen mot budget beror främst på nettot av kostnaderna för de tjänster som köpts in under året och de tjänster som inte behövt köpas in under året +242 tkr. Beredskapsarbete/arbetsmarknadsåtgärder -555tkr, försörjningsstöd -238 tkr och övriga besparingar +57 tkr.

Verksamheten flykting och integration finansieras helt av bidrag från staten.

## 1.2 Årets verksamhet

Socialnämnden ansvarar för att ge stöd samt vård och omsorg till kommunens invånare inom följande områden:

- Funktionshinderomsorg
- Hälso- och sjukvård
- Individ- och familjeomsorg
- Äldreomsorg

I maj flyttade individ- och familjeomsorgens verksamheter barn- och unga, vuxengrupp och öppenvården till nya och mer ändamålsenliga lokaler. Under året har funktioner som arbetar med någon form av kommunal arbetsmarknadsinsats i kommunens förvaltningar samlokaliseras i en grupp som nu benämns ”Arbete och sysselsättning”. Arbetet utgår från respektive funktions ansvar men med ett tydligare samverkansuppdrag.

Det har under året skett en tydlig ökning av orosanmälningar för att barn och unga far illa. Budget- och skuldrådgivningen har en ökad mängd ärenden. Arbetslösheten ökar i Habo. Insatser i form av öppenvård har ökat och även ärenden inom våld i nära relation, våldsutövare och hedersrelaterat våld och förtryck.

Ett våldsteam har under året implementerats inom individ- och familjeomsorgen för att snabbt kunna möta och uppmärksamma behov hos våldsutsatta och våldsutövare. Under 2024 har ett projekt startats med syfte att förebygga och upptäcka våldsutsatthet och



våldsutövande i nära relation bland anställda i Habo kommun. Förvaltningen har avsatt delar av en tjänst som har i uppdrag att arbeta med våld i nära relation.

Under året infördes ny lagstiftning kring skyddat boende. Utbildningsinsatser har getts från Länsstyrelsen.

En ny socialtjänstlag träder i kraft den 1 juli 2025 vilket under året har inneburit ett behov av förberedelser och att se över ansvarsområden och arbetssätt.

Beslut togs i socialnämnden under hösten 2023 att införa rambeslut inom äldre- och funktionshinderomsorg. Det är en stor omställning för biståndshandläggare och utförare av hemtjänst att gå från detaljplanerade beslut till rambeslut. Planeringsarbetet har pågått under 2024. Rambeslut beräknas träda i kraft i februari 2025.

En ny avdelning för särskilt boende planerades att tas i bruk under 2024 men på grund av minskade behov har avdelningen ännu inte behövt öppnas.

Under 2024 genomfördes upphandling av trygghetslarm för ordinärt boende. Att byta trygghetslarm innebär ett stort arbete i både planering och genomförande.

För tredje året har data sammanställts gällande hemtjänstindex som är ett samlat mått på hemtjänstens kvalitet i Sveriges 290 kommuner och där Habo placerar sig på plats 10.

Förvaltningen har under 2024 beviljats statsbidrag för att arbeta med aktiviteter för att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre. Det handlar till exempel om att hitta nya mötesplatser och ordna med aktiviteter där många äldre personer bor. I oktober anordnade socialförvaltningen en informationsträff för kommuninvånare 70 år och äldre som inte är beviljade äldreomsorg. Nära 100 personer kom till mötet. En enkät har delats ut till äldre med frågor om vilka aktiviteter man saknar i kommunen och vilka hinder eller utmaningar man upplever för att kunna delta i aktiviteter.

Under 2024 delades rollen som vård- och omsorgschef till två verksamhetschefer där en av tjänsterna ansvarar för äldreomsorg och hälso- och sjukvård och den andra tjänsten ansvarar för funktionshinderomsorg samt bemanning och administration.

### 1.3 Nyckeltal

<b>Egna nyckeltal</b>	<b>2024</b>	<b>2023</b>	<b>2022</b>	<b>2021</b>	<b>2020</b>
Nettokostnad/inv (kr)	18 711	17 418	15 577	15 224	15 605
Antal årsarbetare (TV)	306	298	274	250	251
Sjukfrånvaro (%) Korttidssjukfrånvaro	4,1	4,3	4,7	4,3	5,0
Sjukfrånvaro (%) Långtidssjukfrånvaro	5,0	5,0	6,3	7,1	6,2

Sjukfrånvaro (%) Totalt	9,2	9,3	11,1	11,4	11,2
<b>Äldreomsorg</b>					
Andel tid hos brukare av arbetad tid inom hemtjänsten (%)	56	55	57	51	48
Kostnad per utförd timme i hemtjänst egen regi (kr)	724	744	697	704	651
Kostnad per belagd plats äldreboende inkl korttid o växelvård, exkl natt (kr)	668 052	662 661	622 791	671 328	651 358
Kostnad per belagd plats demensboende inkl korttid o växelvård, exkl natt (kr)	835 196	726 408	684 197	717 346	722 791
<b>Funktionshinderomsorg</b>					
Kostnad per tim personlig assistans egen regi (kr)		419	417	449	386
<b>Individ- o familjeomsorg</b>					
Nettokostnad försörjningsstöd per hushåll	44	40	34	43	48
<b>Flykting och integration</b>					
Nettokostnad försörjningsstöd per hushåll	39	31	24	32	18

Nettokostnaden per invånare för förvaltningen är 7,4 % högre 2024 än 2023. Inflationen spelar viss roll i detta men det beror också på viss utökning av verksamheten.

Antalet tillsvidareanställda årsarbetare har ökat med 8 st till totalt 306 st. Ökningarna beror på ökade behov inom verksamheterna.

Den totala sjukfrånvaron har minskat jämfört med tidigare år till 9,2 % vilket är den lägsta sedan 2018 (8,9 %). Långtidssjukfrånvaron ligger likt 2023 på 5,0 % vilket innan dess är den lägsta sedan 2017.

Brukartiden inom hemtjänsten uppgick i snitt till 56 % under 2024. Målet för 2024 var satt till 57 %. Verksamheten uppnådde målet under 5 månader på året. Som högst var utfallet 59 % i april. En anledning till den svaga måluppfyllelsen torde bero på att arbetsgruppen inom lås och larm räknas in i måttet samt en hög andel timanställda under sommarmånaderna för att garantera en god verksamhet med bibehållen kvalitet.

Jämförelsen med årets utfall i kostnaden för hemtjänsten, äldreboende och demensboende jämfört med tidigare år är något komplex att göra då tidigare år påverkats av ökade kostnader till följd av Covid-19 inom respektive verksamhet. Främst var det åren 2021 och 2020 som påverkades av pandemin. Kostnaderna generellt har dock ökat något jämfört med 2023.

Kostnaden per belagd plats demensboende inkl korttid o växelvård har ökat i jämförelse med 2023. Anledningarna är flera men huvudorsakerna bedöms vara att kostnader för anställda som egentligen jobbat på natten dragits på samma kostnadsställe som de som jobbat på dagen. Man har även haft utmaningar med sjukskrivningar samt att anpassa sig till arbetssättet med heltid som norm för att undvika dubbelbemanning på tider som inte kräver det.

Kostnaden för försörjningsstöd per hushåll inom individ- o familjeomsorgen har ökat mellan 2023 och 2024. Antalet hushåll med försörjningsstöd har totalt ökat något vilket även fått till följd att kostnaderna ökat. Inom flykting o integration har kostnaden för försörjningsstöd ökat trots att antalet hushåll med försörjningsstöd minskat. Anledningen till den ökade kostnaden bedöms till stor del bero på att riksnormen höjdes med 8,7% mellan åren 2023 och 2024.

## 1.4 Investeringar

<b>Investeringsbudget 2024</b>	<b>Bokslut 2024</b>	<b>Avvikelse</b>
3 186	2 023	1 163

Överskottet på 1 163 tkr beror bl.a. på följande:

Budgeterat belopp för möbler och inventarier för hela förvaltningen uppgår till 1 000 tkr. Av dessa har 906tkr nyttjats under 2024. Stora poster avser kostnader för låssystem och installation, byte av dörrar Kärregården, larm och installation, kontorsmöbler och möbler till boende.

Sängar särskilt boende hade en budget på 485 tkr varav 194 tkr nyttjats under året.

Uppfräschning av Kärregården har fortsatt under 2024 och här återstår 568tkr av den totala budgeten på 1 392tkr.

Det finns också ett överskott på projekten som rör nya moduler i Hypergene där totalt 209 tkr återstår.

## 1.5 Framtiden

En ny socialtjänstlag kommer börja gälla från 1 juli 2025. Flera av kommunens verksamheter kommer att beröras av den nya lagstiftningen. För att lyckas i omställningen behöver samordning ske på övergripande nivå i kommunen. Socialtjänsten behöver ställa om sitt arbete utifrån den nya lagen och förändrade samhällsutmaningar. Socialtjänsten ska arbeta förebyggande, vara lätt tillgänglig, tillitsskapande och arbetssätten ska vara kunskapsbaserade.

Regeringen planerar att genomföra en omfattande bidragsreform för att ta itu med utanförskapet. Reformen innebär bland annat ett aktivitetskrav där kommunerna blir skyldiga att tillhandahålla aktiviteter för personer som får försörjningsstöd och ett krav på att dessa personer deltar i aktiviteter. Syftet är att fler ska komma i arbete eller närma sig arbetsmarknaden. Syftet med aktivitetskravet är även enhetlighet i kommunerna samt att stärka rättssäkerheten.

Införande av rambeslut under 2025 kommer innebära en stor omställning för utförande verksamheter som går från detaljplanerade beslut till rambeslut. Det kommer också att ställas andra krav på administration och planering på utförarsidan.

Omställningen till Nära vård innebär att mer avancerad sjukvård kommer bedrivas inom kommunens primärvård och i relation till utmaning med kompetensförsörjning ställer detta krav att ställa om både i arbetssätt, organisering och digitalisering.

Under 2025 planeras två större upphandlingar genomföras av trygghetslarm och trygghetsskapande teknik i särskilt boende samt personlarm.

## 2 Uppföljning av personalnyckeltal

Habo kommun har tagit fram ett antal nyckeltal inom området personal som bedöms viktiga att följa upp regelbundet. Dessa nyckeltal analyseras i fyra områden; sjukfrånvaro, personalomsättning, personalsammansättning och tidsanvändning.

### 2.1 Sjukfrånvaro

	Sjukfrv 1-14 % ack Jan - Dec 2024	Sjukfrv 15+ % ack Jan - Dec 2024
Alla åldrar	4.14%	5.02%

Sjukfrånvaron har procentuellt minskat något från föregående år. Sjukfrånvaron är högst inom vård- och omsorg. Korttidssjukfrånvaron är högst i åldersgruppen t.o.m. 29 år medan långtidssjukfrånvaron är högst i åldersgruppen 50 år och äldre.

### 2.2 Personalomsättning

	2023	2024
Externa avgångar	-41	-29
Omsättning externt (%)	14.27%	9.63%

29 medarbetare har under 2024 slutat sin anställning. Personalomsättningen är betydligt lägre än 2023 då 41 medarbetare slutade sin anställning. Nämnden har valt att prioritera verksamhetsutvecklingsmålet Behålla personal och förvaltningen arbetar brett med olika åtgärder för att vara en attraktiv arbetsgivare och öka måluppfyllelsen inom detta område.

### 2.3 Personalsammansättning

	2021	2022	2023	2024
Antal tillsvidareanställda månadsavlönade	268	290	313	320
Antal visstidsanställda månadsavlönade	40	24	38	27

	<b>Antal årsarbetare enl. ÖK</b>	<b>Genomsn. syss.grad, (%)</b>
Tillsvidare	305.97	95.62%

Genomsnittlig sysselsättningsgrad för tillsvidareanställda har fortsatt att öka något och är nu uppe i 95,62%, vilket bedöms vara en effekt av det pågående arbetet med heltidsresan.

## 2.4 Tidsanvändning

	<b>Timmar Jan - Dec 2024</b>	<b>Timmar Jan - Dec 2023</b>
A ARBETAD TID	531 135.02	514 807.47
4 FYLLNADSTID	2 565.75	2 173.39
5 ÖVERTID	4 061.07	4 680.67
B FRÅNVARO	170 712.80	161 017.12

Fler anställda inom förvaltningen innebär fler timmar arbetad tid. Antalet övertidstimmar har minskat med drygt 600 timmar från föregående år medan fyllnadstiden har ökat med knappt 400 timmar. Sjukfrånvaron har procentuellt minskat något från föregående år. Andelen tid som utförs av timvikarier har fortsatt minska.

## 3 Verksamhetsutvecklingsmål och kvalitetsuppföljning


### 3.1 Uppföljning av verksamhetsutvecklingsmål

Kommunfullmäktige beslutar för varje mandatperiod om fokusområden för verksamhetsutveckling. För innevarande mandatperiod är dessa fokusområden; Enkel och tillgänglig service, Mod och innovation för effektiv resurshantering samt Attraktiv arbetsgivare.

Utifrån fokusområden för verksamhetsutveckling tar respektive nämnd fram verksamhetsutvecklingsmål kopplade till grunduppdragen för verksamheterna. Varje nämnd ska arbeta fram 4-6 verksamhetsutvecklingsmål där de önskar göra en markant förflyttning. Målen beslutas årligen av nämnden och vid behov kan mål alltså läggas till eller plockas bort under en pågående mandatperiod. Utöver de mål som är kopplade till fokusområdena kan nämnden besluta om ytterligare så kallade "egna verksamhetsutvecklingsmål".

#### 3.1.1 Enkel och tillgänglig service

Fokusområde Enkel och tillgänglig service syftar till att Habo kommun ska vara en attraktiv kommun men nöjda invånare och till att stärka kommunens varumärke och förtroende. Kommunens invånare ska tillhandahållas en hög servicenivå, ett gott bemötande och snabba handläggningstider.

Verksamhetsutvecklingsmål	Bedömning
SN VUM God digital tillgänglighet	

#### Kommentar:

Förvaltningen arbetar med följande åtgärder för att göra en förflyttning framåt för socialnämndens verksamhetsutvecklingsmål "God digital tillgänglighet":

- Utveckla Mina sidor på webben:

Syftet med att utveckla "Mina Sidor" på webben är att öka tillgängligheten till de tjänster som finns i socialförvaltningen. Mina sidor på webben finns och har testats. Förvaltningen ska besluta om vilka e-tjänster som ska läggas ut. Målet är att de ska finnas tillgängliga för kommuninvånaren under våren 2025.

- Införande av e-tjänst för att kunna ansöka om ekonomiskt bistånd

E-tjänsten används i handläggningen vad gäller ansökan om ekonomiskt bistånd gällande återansökan. På sikt kan tjänsten användas även i nyansökan. Arbetet fortskrider med att öka andelen som använder tjänsten.

- Införa e-tjänst för att kunna anmäla intresse av att bli uppdragstagare

E-tjänsten är införd och nås via kommunens hemsida.

- Utredda behovet av resurser för att komma framåt i arbetet med digitalisering och välfärdsteknik

Behovet är utrett och förvaltningen har kommit fram till att det finns behov av en ytterligare medarbetare som har kunskap och intresse inom området teknik och som kan arbeta med att införa och underhålla befintlig och ny teknik i verksamheterna samt kunna ge brukare stöd med teknisk utrustning i hemmet. Åtgärden är genomförd.

- Införa säker digital kommunikation (SDK)


Kommunen är anmäld till handslaget och arbetet kommer att starta i mars 2025.

Målet innebär att underlätta kommunikationen mellan kommuninvånaren och förvaltningen genom att till exempel kunna kommunicera digitalt på ett säkert sätt. Arbetet med de beskrivna åtgärderna går framåt men det tar innan innan nya digitala lösningar är på plats och löper på i vardagen.

### 3.1.2 Mod och innovation

Fokusområde Mod och innovation för effektiv resurshantering syftar till att Habo kommun ska ha en kostnadseffektiv verksamhet för att säkerställa största möjliga nytta för pengarna och att använda resurser på bästa sätt i relation till våra invånare.

Organisationen ska t ex våga använda ny teknik för att skapa en bättre verksamhet med samma eller mindre resursåtgång.

Verksamhetsutvecklingsmål	Bedömning
SN VUM Frigöra resurser genom förändrade arbetssätt	

#### **Kommentar:**

Förvaltningen arbetar med följande åtgärder för att öka måluppfyllelsen av socialnämndens verksamhetsutvecklingsmål "Frigöra resurser genom förändrade arbetssätt"

- Combine-appen

Combine-appen används fullt ut inom särskilt boende och korttidsenheten för att signera insatser och läkemedel. Hemteam planerar att implementera appen under 2025. I hemtjänsten används den än så länge av ett fåtal medarbetare för dokumentation och signering av insatser. Inom funktionshinderomsorgen används appen fullt ut av boendestöd. Individ- och familjeomsorgens öppenvård använder appen för att dokumentera.

- Öka tillgängligheten av tillsynskamera

Från december 2024 är det inte längre biståndsenheten som beslutar hur tillsyn ska utföras. Det är utförarens ansvar, vilket innebär en större delaktighet för brukaren att bestämma om hur tillsynen ska utföras. I dagsläget utförs tillsyn med tillsynskamera hos sex brukare.

- Införa digitala hjälpmedel i beroendevården




Behovet av att införa digitala hjälpmedel i beroendevården är utrett och individ- och familjeomsorgen ser det som ett bra och möjligt arbetssätt. Kostnaden för att införa detta generellt i verksamheten finns upptagen i budget 2025. Avstämning har skett under senhösten gällande inköp av verktyget Previct. Beslut har tagits att avvakta vidare. Införande bör ske inom Öppenvårdsenheten.

Målet innebär att kunna tillgodose ökade och förändrade behov utan att nödvändigtvis behöva öka de befintliga resurserna. Fokus ligger mer på intern effektivisering och samordning än direkt nytta för brukaren. De åtgärder förvaltningen arbetar med för att frigöra resurser och förändra arbetssätten bedöms bidra till att nå målet.

### 3.1.3 Attraktiv arbetsgivare

Fokusområde Attraktiv arbetsgivare syftar till att Habo kommun ska ha medarbetare med hög kompetens för att kunna erbjuda kommunens invånare den bästa servicen. För att säkerställa detta krävs bland annat engagerade och nöjda medarbetare, en låg personalomsättning och låga sjuktal. Det ska ses som attraktivt att arbeta inom Habo kommun.

Verksamhetsutvecklingsmål	Bedömning
SN VUM Behålla personal	

#### Kommentar:

Följande åtgärder pågår för att öka måluppfyllelsen för socialnämndens verksamhetsutvecklingsmål Behålla personal:

- Äldreomsorgslyftet

Genom äldreomsorgslyftet erbjuds vårdbiträden att studera till undersköterska. Studier bedrivs på halvfart med bibehållen lön och arbete i verksamhet på 50 % av heltid.

Under 2024 har en medarbetare blivit klar med sin utbildning till undersköterska.

Under 2024 har sex medarbetare påbörjat utbildningen.

- Erbjuder specialistutbildning för undersköterskor inom ramen för arbetstid

Specialistutbildning erbjuds för undersköterskor och sjuksköterskor inom ramen för arbetstiden. Under 2024 har en medarbetare blivit klar med sin specialistutbildning för undersköterska. I januari 2025 kommer en medarbetare bli klar med sin utbildning till specialistsjuksköterska.

- Betala ut bonus till semestervikarier

Semesterbonus har utbetalats till 67 semestervikarier efter sommaren 2024.

- Skapa förutsättningar och göra det attraktivt för medarbetare att utbilda sig till handledare för studenter (VFU) inom ramen för arbetstid

- Skapa förutsättningar och göra det attraktivt för medarbetare att utbilda sig till handledare för elever (APL) inom ramen för arbetstid

- Skapa förutsättningar och göra det attraktivt för medarbetare att utbilda sig till handledare för elever (APL) inom ramen för arbetstid

- Erbjuder kompetensutveckling på ett strukturerat sätt

Kompetensutveckling erbjuds i form av handledarutbildning på arbetstid i syfte att verksamheterna ska kunna ta emot studenter och elever på praktik. I övrigt erbjuds kompetensutveckling på ett strukturerat sätt som följs upp i medarbetarsamtalen årligen. Det kan upplevas vara svårt att skapa förutsättningar för medarbetare att utbilda sig till handledare när arbetsbelastningen är hög. Under hösten har en medarbetare utbildat sig till handledare inom hälso- och sjukvården. I flera av de verksamheter som tar emot elever för APL är behoven av utbildade handledare tillgodosedda. Flera har utbildat sig till handledare under 2024. En handledare har dessutom vidareutbildat sig till handledare för lärlingselever, vilket innebär att verksamheten nu även kan ta emot lärlingar.

- Erbjud kompetensutveckling genom yrkesresan

Yrkesresan är ett koncept för introduktion och kompetensutveckling för socialtjänstens medarbetare. Målet med Yrkesresan är att stärka kompetens och yrkesstolthet för både medarbetare och chefer inom socialtjänsten genom att erbjuda bästa tillgängliga kunskap på ett samlat och pedagogiskt sätt.


Fem yrkesresor ska tas fram under avtalsperioden 2021-2028 inom de verksamhetsområden som har prioriterats av kommunerna (myndighetsutövning barn och unga, myndighetsutövning skadligt bruk och beroende, myndighetsutövning funktionshinder samt utförarverksamheter äldreomsorg och funktionshinder).

Yrkesresan för Skadligt bruk och beroende påbörjas i mars 2025. Yrkesresan är påbörjad inom funktionshinderomsorgen. Enhetschefer inom IFO barn och unga samt funktionshinderomsorgen har startat Yrkesresa för chefer.

Personalförsörjning är en stor utmaning. Enligt kommunens befolkningsprognos förväntas antalet äldre personer i kommunen att öka, vilket medför att behoven av vård och omsorg blir större. När kommunen växer ökar även behoven av insatser som ges av individ- och familjeomsorgen och funktionshinderomsorgen. Det är av stor vikt att medarbetare väljer att arbeta kvar i förvaltningen och att det går att rekrytera nya medarbetare i takt med att behoven ökar. Förvaltningen arbetar brett med olika åtgärder för att vara en attraktiv arbetsgivare.

### 3.1.4 Verksamhetens egna verksamhetsutvecklingsmål

Utöver de verksamhetsutvecklingsmål som kopplats till fokusområden kan förvaltningarna välja att arbeta fram andra verksamhetsutvecklingsmål. Dessa rapporteras i detta stycke.

Verksamhetsutvecklingsmål	Bedömning
SN VUM Delaktighet och sysselsättning	

#### Kommentar:

Följande åtgärder pågår för att öka måluppfyllelsen för socialnämndens verksamhetsutvecklingsmål Delaktighet och sysselsättning:

- Utredda möjligheten att skapa en verksamhet för att verkställa aktivitetskravet enligt nya socialtjänstlagen.

Aktivitetskravet föreslås innebära att kommunerna blir skyldiga att tillhandahålla aktiviteter för personer som får försörjningsstöd och ett krav på dessa personer att delta i aktiviteter. Aktivitetskravet syftar till att genom krav och stöd bidra till att fler ska komma i arbete eller närma sig arbetsmarknaden. Det kan handla om aktiviteter för att öka den enskildes förmåga att arbeta eller studera, men också aktiviteter som förbättrar språkkunskaper för att komma närmare arbete eller studier. Det kan också handla om arbetsplatsförlagda aktiviteter inom kommunal förvaltning eller jobsökningsaktiviteter. På så sätt kan fler stå på egna ben och försörja sig själva. Att ha ett nationellt reglerat aktivitetskrav i samtliga kommuner syftar också till att stärka rättssäkerheten och göra aktivitetskravet enhetligt i kommunerna.

Lag kring aktivitetskrav förväntas införas den 1 juli 2026.

- NOVA

Nova är igång som verksamhet. Novas uppdrag och inriktning är individer som står långt ifrån arbetsmarknaden och arbetet inriktas på individens nästa steg mot arbete, utbildning eller en annan försörjning som mål.

I Habo pågår pågående arbetet med att initiera klienter inom försörjningsstöd till Nova.

Nova planeras att läggas in som en av flera insatser i verksamhetssystemet inom ramen för en process som tas fram just nu gällande kommunala arbetsmarknadsinsatser.

Arbetskonsulent inom funktionshinderomsorgen utreder möjligheter löpande att delta i NOVA utefter brukares behov, förmåga och önskan. Målgruppen inom funktionshinderomsorgen är brukare som har beslut om daglig verksamhet enligt LSS eller sysselsättning enligt socialtjänstlagen.

- Arbeta med aktiviteter som beskrivs i rapporten "Projekt motverka ofrivillig ensamhet bland äldre i Habo kommun"

Rollen som frivilligsamordnare har i uppdrag att arbeta med aktiviteter som beskrivs i rapporten för att motverka ofrivillig ensamhet hos äldre. Det handlar till exempel om att hitta nya mötesplatser och ordna med aktiviteter där många äldre personer bor.

Pratbänkar kommer att placeras ut i Habo under våren.

- Utveckla arbetsformerna och samverkan inom FAS (Forum för Arbete och Sysselsättning)

FAS-gruppen arbetar för att kommuninvånare ska ha en meningsfull sysselsättning och rätt försörjning. Medarbetarna i gruppen representerar olika verksamheter och förvaltningar i kommunen och samverkar för att kunna ge största möjliga effekt för målgruppen. Utvecklingsarbete pågår kontinuerligt. Sedan maj månad 2024 är KAA, Arbetskonsulent samlokaliserade med Arbetsmarknadscoacher och samordnaren då de flyttat till en egen lokal. Denna förändring påverkar samverkan i positiv riktning vilken väntas gynna klient/deltagare.

Arbete med processbeskrivning och rutiner pågår.

Process för samverkan där arbetsmarknadscoach, integrationscoach, samordnare arbetsmarknad, socialsekreterare pågår. Processen avser konkret samarbete, klientens väg samt en struktur i verksamhetssystemet. Gruppen FAS träffas veckovis och mötet leds av samordnare arbetsmarknad. Enligt en process deltar socialsekreterare i dessa möten strukturerat för konsultation gällande nästa steg mot arbete för sina klienter efter nybesök/mix 2 samt vid snabba behov (klienter nära arbete). I FAS deltar även KAA (Kommunens aktivitetsansvar för ungdomar) och arbetskonsulent daglig verksamhet. Syfte är bland annat att möta individens behov brett inom kommunen.

- Arbeta för att involvera fler förvaltningar i FAS.

Samtal pågår på kommunledningsnivå för att samtliga förvaltningar behöver vara delaktiga i arbetet.

Kommunerna har i uppdrag att stödja människor till sysselsättning. De åtgärder socialförvaltningen arbetar med bidrar i hög grad till målet att kommuninvånare ska känna sig delaktiga i samhället och ha en sysselsättning.




Ofrivillig ensamhet riskerar att leda till psykisk och fysisk ohälsa. Att upptäcka äldre personer med ofrivillig ensamhet tidigt och erbjuda stöd för att bryta ensamheten är centralt. Både socialtjänsten och hälso- och sjukvården har en viktig roll i det.

## 3.2 Kvalitetsuppföljning

För att säkerställa en god kvalitet i verksamheten ska respektive nämnd identifiera kritiska kvalitetsfaktorer för sina verksamheter. Kvalitetsfaktorerna bevakas och följs upp med hjälp av kvalitetsindikatorer och respektive förvaltningschef ansvarar för att rapportera avvikelser i de kritiska kvalitetsfaktorerna till nämnden. Kritiska kvalitetsfaktorer identifieras inom de fyra olika perspektiven; Målgruppsperspektivet, Verksamhetsperspektivet, Medarbetarperspektivet och Ekonomiperspektivet. Analyser och slutsatser gällande avvikande kvalitet ska följas av åtgärder som behöver vidtas för att tillse att kvalitet uppnås.

### 3.2.1 Verksamhetsperspektivet

Inom verksamhetsperspektivet ska kvalitet och effektivitet i verksamheten och processerna säkerställas.

KKF Kritisk kvalitetsfaktor	Bedömning
Rätt kompetens	
<b>Kommentar:</b> Av 31 utannonserade tjänster under året har 11 av dem inte tillsatts. Av dessa är 8 tjänster tjänster som undersköterska. I förvaltningen arbetar 128 tillsvidareanställda undersköterskor och 37 tillsvidareanställda vårdbiträden. Sex vårdbiträden har under 2024 påbörjat utbildning till undersköterska genom äldreomsorgslyftet.	
Kontinuitet	
<b>Kommentar:</b> Under 2024 har 29 personer slutat sin anställning, vilket motsvarar 9,63 %.	
Ändamålsenliga lokaler	
<b>Kommentar:</b>	

Utifrån befolkningsprognos och inflyttning till Habo kommun bedöms fler kommuninvånare få behov av insatser från socialförvaltningen. Behoven av lokaler för att bedriva verksamheter är i dagsläget tillgodosett. Det finns möjlighet att verkställa fler beslut om särskilt boende för äldre och gruppboende enligt LSS i dagsläget. Det finns en plan för att öppna en ny serviceboende enligt LSS när behoven ökar. Förvaltningen utreder möjligheterna till utökning av dagar och tider för att kunna tillgodose ett ökat behov av dagverksamhet för äldre. Förvaltningens behov av lokaler beskrivs mer detaljerat i kommunens lokalförsörjningsplan.

Verksamhetssystem	
-------------------	---

**Kommentar:**

Handläggare och utförare behöver arbeta i både den nya och den gamla versionen av verksamhetssystemet för handläggning och utförande av bistånd på grund av att alla delar ännu inte har flyttats över till nya Combine. Det är leverantören av systemet som arbetar med att flytta de olika delarna. För närvarande prioriterar leverantören att flytta över patientjournalen. Combine Plan som är ett planeringssystem för hemtjänsten fungerar inte fullt ut. Det är fortfarande problem med att vissa insatser inte följer med från Combine till Combine Plan vilket innebär vissa insatser inte kan planeras ut. Detta innebär en risk för hemtjänstens brukare.

Det är för få personer som väljer att utbilda sig till undersköterska.


Personalförsörjningen till vård och omsorg är en stor utmaning. Det märks då förvaltningen inte alltid lyckas rekrytera personal till de tjänster som annonseras ut.

Förvaltningen har beskrivit sina behov av lokaler för sina verksamheter i Lokalförsörjningsplanen för Habo kommun 2025-2030. Beslut om bistånd kan i dagsläget verkställas i de lokaler förvaltningen förfogar över. Inom kort kommer platserna vid kommunens gruppboenden troligen vara fullbelagda. Verksamheten har en pågående dialog med Habo Bostäder gällande behoven av bostad med särskild service.

Verksamhetssystemet Combine innebär risker då planeringsverktyget inte fungerar tillfredsställande.

### 3.2.2 Målgruppsperspektivet

Inom målgruppsperspektivet ska kvalitet och effektivitet utifrån medborgarnas perspektiv säkerställas.

KKF Kritisk kvalitetsfaktor	Bedömning
Rättsäkerhet	

**Kommentar:**

Förvaltningen har under perioden september - december 2024 rapporterat sju beslut om bistånd som inte har kunnat verkställas inom tre månader från beslutsdatum.

Ett beslut är stödfamilj enligt LSS.

Ett beslut om kontaktperson enligt SoL har verkställts delvis.


Ett beslut om gruppbofastad kommer att verkställas i februari 2025.

Ett beslut om kontaktfamilj har verkställts i januari 2025.

Ett beslut om kontaktperson har verkställts i oktober 2024.

I ett beslut har sökande tagit tillbaka sin ansökan.

Ett beslut är felrapporterat av förvaltningen

Tillgänglighet	
----------------	---

**Kommentar:**

Inom ramen för 2024 års internkontroll har kontroll gjorts av att informationen på hemsidan är aktuell. Hemsidan är i nuläget uppdaterad.

Det finns avvikelser i kvalitet när det gäller rättssäkerhet utöver den kvalitetsfaktorn som mäts övergripande med indikatorn ej verkställda beslut. Enligt 11 kap. 2 § SoL ska en barnutredning bedrivas skyndsamt och vara slutförd senast inom fyra månader. Förvaltningen har inte lyckats nå upp till lagkravet att färdigställa utredningar inom fyra månader i totalt 23 olika ärenden. Inom funktionshinderomsorg och äldreomsorg har uppföljningar av tillsvidarebeslut inte gjorts på flera år. Detta på grund av att de har behövt bortprioriterats när nya ärenden inkommer och på grund av att tidsbegränsade beslut har behövt prioriteras. Resurserna har inte räckt till på enheten.

Inom området uppdragstagare är det svårt att rekrytera både på grund av att utbudet av uppdragstagare är litet och att människor ska matchas ihop för att det ska fungera.

### 3.2.3 Medarbetarperspektivet

Inom medarbetarperspektivet ska kvalitet och effektivitet utifrån kompetens, medarbetarskap, ledarskap och arbetsmiljö säkerställas.

KKF Kritisk kvalitetsfaktor	Bedömning
-----------------------------	-----------

Friska medarbetare	
--------------------	---

**Kommentar:**

För 2024 är snittet för långtidssjukfrånvaron 5,02 %. Snittet för korttidssjukfrånvaron är 4,14 %

Nöjda medarbetare	
-------------------	--

**Kommentar:**

Medarbetarenkäten genomfördes inte under 2024

Hålla avgångssamtal	
---------------------	---

**Kommentar:**


Det finns 7 dokumenterade avgångssamtal under 2024, vilket motsvarar 25 %. 28 personer har slutat sin anställning under 2024.

Sjukfrånvaron har procentuellt minskat något från föregående år.

Arbetsbelastningen är oerhört hög för samtliga socialsekreterare inom barn och unga. Detta beror till stor del på ökat inflöde av orosanmälningar samt mer komplicerade och svåra ärenden att hantera. På grund av sjukskrivningar och hög korttidsfrånvaro blir arbetsbelastningen för övriga medarbetare stor. Hälften av gruppen, 5 av 10 medarbetare är sjukskrivna.

### 3.2.4 Ekonomiperspektivet

Inom ekonomiperspektivet ska kvalitet och effektivitet utifrån god ekonomisk hushållning säkerställas.

KKF Kritisk kvalitetsfaktor	Bedömning
Effektiv resursanvändning	

**Kommentar:**

Övertiden ligger på en lägre nivå än föregående år på 4061 timmar jämfört med 4680 timmar 2023.

Kostnaden för inhyrd personal 2024 har uppstått vid:

Biståndsenheten 78 000 kronor och beror på att en konsult behövdes för att täcka upp sjukfrånvaro under januari månad.

Hälso- och sjukvård 1 179 000 kronor och beror på att det inte går att rekrytera hälso- och sjukvårdspersonal under sommaren. Därför finns det en budget avsatt för den kostnaden.

Övertid har uppstått på grund av svårigheter att få tag på vikarier och på grund av svårigheter att kunna använda vikarier i vissa fall.

Kostnader har uppstått på grund av att det inte går att rekrytera vikarier för sjuksköterskor under sommaren. Behovet behöver därför täckas av inhyrd personal för att kunna upprätthålla verksamheten. Eftersom detta är en trend sedan flera år tillbaka behöver förvaltningen planera för att hyra in personal och det finns därmed också en budget för det.

## § 3 Information gällande trygghetslarm

### Förslag till beslut

Socialnämnden lägger informationen till handlingarna.

### Beskrivning av ärendet

Verksamhetschefen för äldreomsorg och hälso-sjukvård samt enhetschef för hemtjänsten är inbjudna att svara på frågor gällande rutiner kring trygghetslarm i hemtjänsten.





Information

# **TRYGGHETSLARM OCH DIGITALT LÅSVRED**



Har ni frågor om larmet kontakta oss i kommunen på 0732748329.

Kommunens trygghetslarm ersätter **INTE** larmnumret 112. Vid akuta fall kontakta om möjligt 112.

### Vad innebär trygghetslarm?

Trygghetslarm kan du till exempel använda om du har ramlat och inte kan ta dig upp själv.

När du trycker på larmknappen ringer larmet upp en larmcentral som är bemannad dygnet runt. Behöver du hjälp av personal på plats tillkallas personal från Habo kommuns hentjänst. Personalen som kommer till dig är undersköterskor eller vårdbiträden.

Trygghetslarm fungerar i din bostad och är personligt. Har du en partner som också behöver trygghetslarm kan han/hon också ansöka och få en egen larmknapp.

Trygghetslarm påverkar inte ditt privata telefonabonnemang.

När du har ditt trygghetslarm ansvarar du själv för att informera biståndshandläggare om förändringar i ditt hälsotillstånd samt om dina anhöriguppgifter förändras.

## SKÖTSELRÅD FÖR TRYGGHETSLARM OCH LARMKLOCKA

- Trygghetslarmet får inte täckas över.
- Det går bra att torka av trygghetslarmet med en fuktig trasa.
- Armband/halsband till larmknappen kan tvättas vid behov.
- Larmklockan tål vatten och ska behållas på vid dusch och bad.
- Kontakten får ej dras ut eftersom batteriet till trygghetslarmet laddas ur och larmet inte går att användas.

## PROVLARM

Larmen gör automatiskt ett testlarm varje dygn.

Du skall också provlarma med jämna mellanrum t.ex. en gång per månad om du inte larmar ofta. När du får svar från larmmottagaren i apparaten, berätta att du provlarmar.

## PLACERING

Trygghetslarmet installeras av vår installatör. Flytta INTE trygghetslarmet utan att först samråda med larminstallatör på mobilnummer 0732748329.

## STRÖMVBROTT

Trygghetslarmet har batteri drift vid strömavbrott, vilket innebär att larmet kommer att fungera ändå. Batterierna kan ibland behöva bytas och det utförs av oss. Larmet indikerar själv till oss när detta är aktuellt.

## Att tänka på vid eventuell flytt

Om du under tiden du har trygghetslarm skall byta bostad, skall detta meddelas till kommunens biståndsenhet senast två veckor före flytten. Detta för att personalen skall kunna planera flytt av larmet, lämna tillbaka den gamla nyckel och få tillgång till ny nyckel, samt meddelas larmcentralen om din nya adress.

## UPPSÄGNING

Meddelad din boståndshandläggare då låret inte behövs längre. Vår personal kommer då och hämtar låret, lårenknappen och det elektroniska låsvredet, lämnar till bakå nyckel samt återställer din dörr till ursprungligt skick.

När du lånar ett låremär du ansvarig för utrustningen och ska vara rädda om den. När du inte längre behöver låret så skall alla delar lämnas tillbaka, även sladdar och knapp/år. Låret skall även vara väl rengjort. Om låret inte returneras kan en avgift debiteras. Samtidigt som låret hämtas ska du eller anhörig kvittera ut nyckeln/nycklarna.

## NYCKLAR

Från och med våren 2022 har Habo kommun gått över till s.k. *Nyckelfri vård och omsorg*. Detta innebär att vi monterar ett elektroniskt låsvred på din bostadsdörr. Vår personal i lårenpatruller/hentjänst/hemsjukvård/henteam kan sedan låsa upp och låsa dörren med hjälp av en digital nyckel i mobiltelefonen.

Vi kommer dock alltid att begära och behålla minst en nyckel till din bostad. Den kommer att förvaras i ett särskilt nyckelskåp och används endast vid eventuella driftstörningar.

Vid byte av lås, tänk då på att lämna en ny nyckel till Lårem och Låsgruppen. Ring oss så kommer vi och byter nyckel.

### **OBS!**

**Lås ALDRIG extra lås som vi ej fått nycklar till.**

**Använd ej heller kedja eller bygel.**

# Nu gör vi vård och omsorg ännu säkrare!

## Digitalt låsvred

Habo kommun har infört ett digitalt låssystem med ett elektroniskt låsvred (som styrs av kommunens mobiltelefoner) för alla personer som har trygghetslarm och/eller hemtjänst/hemsjukvård/hemtjänst. Syftet är att öka tryggheten och säkerheten. Dessutom innebär förändringen att installerat sedan vid ett lärmfrån trygghetslarmet blir kortare då kommunens lärmpatruller alltid har tillgång till den digitala nyckelkoden.


Et elektroniskt låsvred kommer att monteras på insidan av din dörr. Låsvredet syns inte utifrån. Enbart behörig personal kan låsa upp dörren med kommunens mobiltelefoner.

Du använder din hemnyckel som vanligt och det nya låsvredet påverkar inte ditt vanliga lås.

Monteringen ger inga skador på dörren. Vid avslut av trygghetslarmet så återställs dörren som den såg ut från början. Installation och nermontering är kostnadsfria.

Ditt försäkringsskydd påverkas inte av installationen eftersom det befintliga låset är helt oförändrat.



 <b>HABO KOMMUN</b> Socialförvaltningen		
Dokumenttyp <b>Rutin</b>	Tillhör process och/eller verksamhetsområde <b>Hemtjänsten</b>	Giltig from <b>2024-11-08</b>
Skapad av <b>Enhetschef hemtjänst</b>	Beslutad av <b>Enhetschef hemtjänst</b>	Senast reviderad
Mottagare för information om revideringar <b>Medarbetare i hemtjänsten</b>		

# RUTIN FÖR BESVARANDE AV TRYGGHETSLARM

# Innehåll

Innehåll.....	2
Inledning.....	3
Trygghetslarm .....	3
Besvarande av larm .....	3
Tysta larm.....	3
Rutin vid tysta larm .....	4
Larm vid skifte av arbetspass .....	4
Dokumentation i verksamhetssystemet .....	4

## Inledning

Rutinen avser att beskriva insatsen trygghetslarm, vilka behov insatsen avser att tillgodose samt tydliggöra vilka riktlinjer och förhållningssätt som gäller vid besvarande och åtgärdande av larm.

## Trygghetslarm

Enligt socialtjänstlagens 3 kapitel 3 § ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Trygghetslarm är en del av den kommunala verksamheten och den kommunala omsorgen av äldre, sjuka och personer med funktionsnedsättning. Ett trygghetslarm är till för den som känner sig otrygg i hemmet och vill ha möjlighet att påkalla hjälp om något skulle hända. Larmet kan användas under hela dygnet. Insatsen ansöker man om hos biståndshandläggare som utreder och fattar beslut antingen genom sedvanlig eller förenklad handläggning. Trygghetslarmet är avsett att användas vid oförutsedda händelser exempelvis vid fallolycka i bostaden men det kan finnas olika orsaker till att brukaren väljer att använda sig av trygghetslarmet.

## Besvarande av larm

Trygghetslarmet bärs som en klocka runt handleden eller som ett halsband. Då brukaren larmar besvaras det av en nationell larmcentral som förmedlar larmet till lås & larmgrupp eller nattpatrullen beroende på tid på dygnet. Den medarbetare inom lås & larmgruppen alternativt nattpatrullen som mottager larmet från larmcentralen prioriterar larmet utefter allvarlighetsgrad.

Exempel på brådskande larm är fallolyckor, tysta larm och misstanke om allvarliga sjukdomstillstånd. Omvårdnadslarm med speciellt trängande behov ska också betraktas som prioriterade larm. Nationella larmcentralen ringer också ut en påminnelse om inte personal har checkat in hos brukaren efter 45 minuter. Vid mycket akuta sjukdomsfall bör brukaren kontakta 112 och be om ambulans direkt i stället för att använda sig av trygghetslarmet. Det förekommer dock situationer då det inte är möjligt för brukaren att klara att ta den kontakten och därför använder trygghetslarmet i stället. Vid sådana situationer tar larmcentralen kontakten med 112.

Många gånger klarar brukaren att förmedla hur hen mår samt förmedla orsaken till att hen har larmat. Men det förekommer också ”tysta larm”.

## Tysta larm

Ett tyst larm innebär:

- Att brukaren inte säger något alls.
- Att brukaren säger något men att det inte går att uppfatta.
- Att det går att prata med brukaren men att larmorsaken ändå är oklar.
- Att, på grund av tekniska problem, inte går att höra vad brukaren säger.



## **Rutin vid tysta larm**

Medarbetaren i lås & larmgrupp eller nattpatrull som får larmet förmedlat till sig från larmcentralen åker snarast möjligt till brukaren.

## **Larm vid skifte av arbetspass**

- Trygghetslarmen rings ut till Lås & larmgruppen kl 07:00-21:30
- Trygghetslarmen rings ut till Nattpatrull kl 21:30-07:00

Om larmet, oavsett larmorsak inkommer i samband med byte mellan olika arbetspass och byte mellan arbetsgrupper ska ingen fördröjning ske på grund av det.

Den som har fått ett larm har ansvaret för det tills hen tydligt har lämnat över det till någon annan i Lås & larmgrupp alternativt Nattpatrull eller åtgärdat larmet själv.

## **Dokumentation i verksamhetssystemet**

- Den medarbetare inom omsorgen som har åtgärdat larmet ska alltid, oavsett larmorsak, dokumentera i social journal vad som har hänt brukaren samt på vilket sätt man har hjälpt hen.

## Systematiskt kvalitetsarbete 2024

### Förslag till beslut

Informationen läggs till handlingarna.

### Beskrivning av ärendet

Av 7 kap 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) följer att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS varje år bör upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Av den bör framgå hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och vilka resultat som har uppnåtts.

Socialnämnden har hittills inte upprättat någon årlig kvalitetsberättelse. Eftersom kvalitetsfrågorna på senare tid getts ökad tyngd, bland annat i och med inrättandet av tjänst som socialt ansvarig samordnare (SAS), är det naturligt att det arbete som görs sammanställs och hålls tillgängligt för den som önskar ta del av det. Samtidigt har den struktur som krävs för att kunna skriva en fullödig kvalitetsberättelse ännu inte byggts upp.

Istället har en övergripande sammanställning gjorts avgränsad till hur arbetet med avvikelser bedrivits under 2024 vad gäller de verksamheter i förvaltningen som omfattas av socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) och lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Jonas Linderholm Arnklint  
Socialt ansvarig samordnare (SAS)

**Beslutet skickas till**  
Chefer i socialförvaltningen

# SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE 2024

## SAMMANSTÄLLNING AV AVVIKELSER INOM SOCIALTJÄNST OCH VERKSAMHET ENLIGT LSS

Jonas Linderholm Arnklint

Socialt ansvarig samordnare (SAS)

2025-02-04

# Innehåll

Innehåll.....	2
Bakgrund .....	3
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete .....	3
Grundläggande uppbyggnad .....	3
Processer och rutiner .....	3
Samverkan .....	3
Systematiskt förbättringsarbete .....	3
Riskanalys .....	3
Egenkontroll .....	4
Utredning av avvikelser .....	4
Sammanställning av 2024 års avvikelser .....	5
Klagomål och synpunkter.....	5
Avvikelse rapporter från medarbetare .....	5
Lex Sarah.....	8
Upprättade lex Sarah-rapporter .....	8
Genomförda lex Sarah-utredningar .....	8
Lex Sarah-anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).....	8
Analys.....	9

## Bakgrund

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ställer krav på att verksamhet inom bland annat socialtjänst systematiskt och fortlöpande utvecklar och säkrar kvaliteten i verksamheten.

Kvalitet innebär att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. En central del i det systematiska kvalitetsarbetet är att utreda olika former av avvikelser från kvalitet. Dessa ska åtgärdas och återföras till verksamheterna i lärande syfte för att förhindra att misstag upprepas så att verksamhetens kvalitet förbättras.

I nu aktuell sammanställning redogörs övergripande för hur arbetet med avvikelser sett ut under 2024 vad gäller de verksamheter i förvaltningen som omfattas av socialtjänstlag (2001:453) (SoL) och lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), inte hälso- och sjukvårdslag (2017:30) (HSL).

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

### Grundläggande uppbyggnad

#### Processer och rutiner

Ledningssystemet består bland annat av processer och rutiner kopplade till socialförvaltningens verksamheter. Med process avses en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat. Aktiviteterna anger vad som ska göras och att de ska utföras i en bestämd ordning. För varje aktivitet ska det utarbetas och fastställas rutiner. En rutin beskriver hur en aktivitet ska utföras och hur ansvaret för utförandet är fördelat.

#### Samverkan

De processer som kräver samverkan ska identifieras, beskrivas och beslutas. Det ska framgå av processer och rutiner hur samverkan möjliggörs och bedrivs internt och externt. Personer som kommer i kontakt med socialförvaltningen har ofta sammansatta behov som kräver samverkan såväl internt som externt. Samverkansskyldigheten är reglerad i bland annat SoL.

### Systematiskt förbättringsarbete

Det systematiska förbättringsarbetet består av riskanalys, egenkontroll och avvikelshantering. Den information som verksamheten får genom dessa ska ligga till grund för eventuella åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Om det visar sig att processer och rutiner inte är ändamålsenliga ska dessa förbättras.

#### Riskanalys

Verksamheten är skyldig att fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska sannolikheten för att en händelse ska inträffa uppskattas och en bedömning göras av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Arbetet med riskanalyser är framåtblickande och förebyggande.

## Egenkontroll

Egenkontroll innebär systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontrollen kan bestå av bland annat granskning av journaler, akter och dokumentation och genomförande av brukarundersökningar med mera.

## Utredning av avvikelser

En avvikelse uppstår när en verksamhet inte når upp till krav och mål, det vill säga brister i kvalitet. Avvikelser i utförandet eller handläggning kan orsaka att brukarens behov inte tillgodoses. Identifierade avvikelser ska utredas, åtgärdas och återföras till verksamheten i lärande syfte för att förhindra att misstag upprepas och leda till att verksamheten förbättras.

### *Klagomål och synpunkter*

Klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet ska tas emot och utredas samt sammanställas och analyseras i syfte att kunna se mönster och trender som indikerar brister i kvalitet. Klagomål och synpunkter kan komma från exempelvis brukare, närstående, personal, myndigheter eller andra organisationer. I den här sammanställningen är det klagomål och synpunkter från andra än personal som åsyftas.

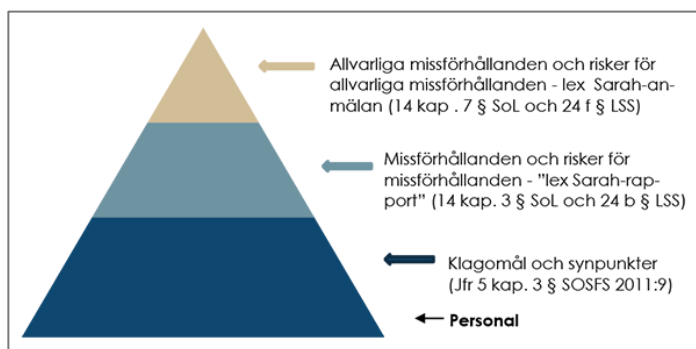
### *Avvikelse rapporter från medarbetare*

För att kunna bedriva ett systematiskt förbättringsarbete är det viktigt att alla kvalitetsbrister blir kända. Varje rapport är en möjlighet till förbättring och därför ska alla medarbetare rapportera avvikelser i kvalitet. Även mindre avvikelser ska registreras då avvikelsen kan inträffa flera gånger för flera olika personer. Det kan då tyda på ett större problem eller ett systemfel som behöver åtgärdas.

### *Rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah*

Den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller verksamhet enligt LSS ska genast rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande. Dessa bestämmelser återfinns 14 kap. 3 § SoL respektive 24 b LSS.

Verksamheten är skyldig att ge alla rapporteringsskyldiga medarbetare med flera information om rapporteringsskyldigheten. Socialförvaltningen har processer och rutiner på plats för att säkra att rapportering, utredning och, i förekommande fall, anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) fullföljs.



Figur 1 visar Socialstyrelsens tänkta fördelning mellan avvikelserapporter, lex Sarah-rapporter och lex Sarah-anmälningar.

Utifrån vad som framkommer vid utredning av det inträffade ska åtgärder vidtas för att undanröja missförhållandet och undvika att något liknande inträffar igen.

# Sammanställning av 2024 års avvikelser

## Klagomål och synpunkter

Elva ärenden gällande klagomål och synpunkter har registrerats i avvikelshanteringssystemet under 2024, vilket ligger i linje med hur det har sett ut de senaste åren. Ärendena gäller alla verksamhetsområden och rör bland annat bemötande/kompetens, taxor/avgifter information/kommunikation, trygghet/säkerhet och tillgänglighet. Underlaget är litet och möjliggör ingen djupare analys.

## Avvikelse rapporter från medarbetare

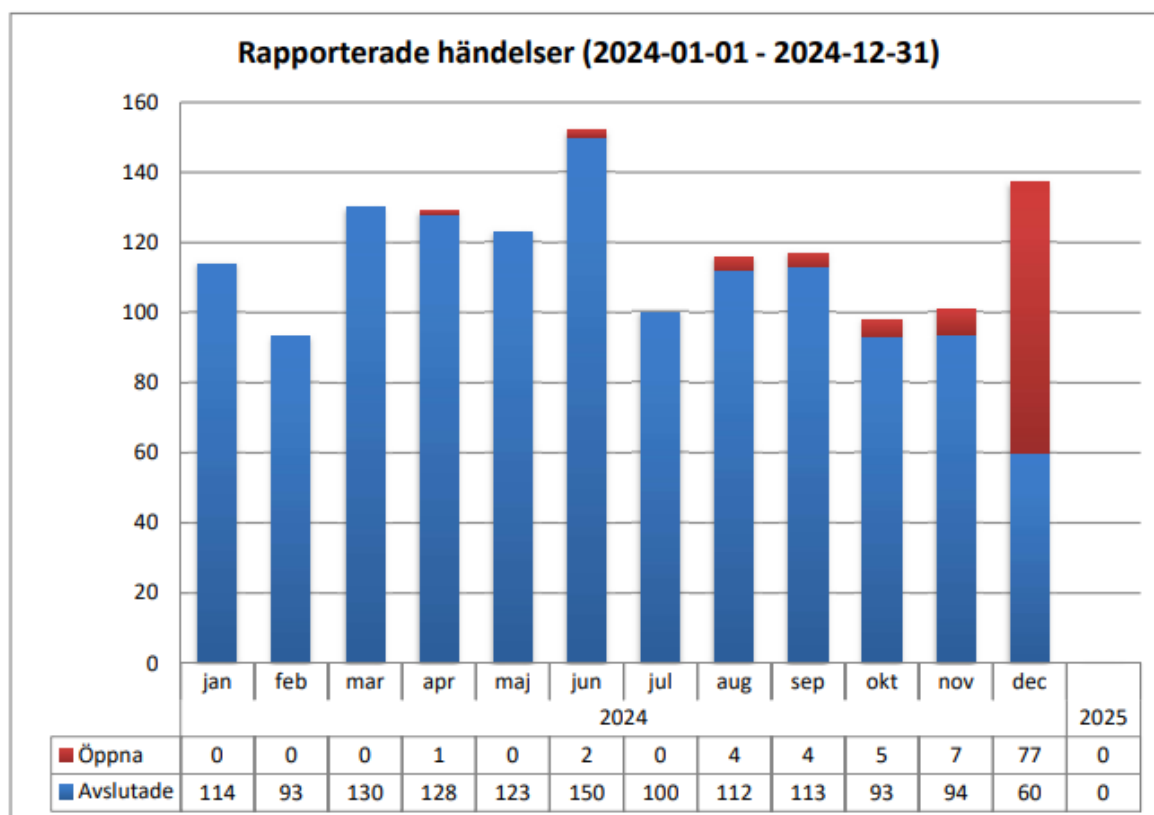
I hela förvaltningen har det totalt rapporterats ca 1400 avvikelser under året, det vill säga både rörande socialtjänst och verksamhet enligt LSS samt hälso- och sjukvård.

Cirka 85 procent av de inrapporterade avvikelserna inträffade inom äldreomsorgen och av dem gällde hälften kommunal hemtjänst. Cirka 7 procent inträffade inom kommunal hälso- och sjukvård och omkring 2,5 procent inom funktionshinderomsorgen. 1 procent gällde individ- och familjeomsorg och omkring 0,5 procent avsåg biståndsenheten.

### Enhet där avvikelser inträffade

Enhet	Antal	Fördelning
Biståndsenheten	8	0,6%
Funktionshinderomsorg	34	2,4%
Individ- och familjeomsorg	15	1,1%
Kommunal hälso- och sjukvård	106	7,5%
Pulsen Omsorg	5	0,4%
Region Jönköping	50	3,5%
Äldreomsorg	1191	84,5%
(tom)	1	0,1%
<b>Totalt</b>	<b>1410</b>	<b>100,0%</b>

Figur 2 visar var avvikelser inträffade.



Figur 3 visar antal rapporterade avvikelser per månad samt hur många som är öppna respektive avslutade.

2024 rapporterades omkring 25 procent fler avvikelser än under de senaste två åren. Huvudsakligen stod fler rapporter gällande läkemedelshändelser och fall, som ofta gäller hälso- och sjukvård, för denna ökning men även vissa andra typer av avvikelser har ökat. När en avvikelse rapporteras får rapportören välja om det rör fall, läkemedel eller annan händelse. När chef tar emot rapporten behöver denne göra en ny kategorisering av ”annan händelse” och välja en mer detaljerad beskrivning. Det görs inte alltid, vilket visar sig i statistiken nedan.

Typ av avvikelse		
Typ	Antal	Fördelning
Läkemedelshändelse	517	35,3%
Fall	481	32,8%
Annan händelse	204	13,9%
Brist i information, kommunikation, samverkan	62	4,2%
Brist i/utebliven vårdåtgärd (HSL)	61	4,2%
Brist i/utebliven personlig hygien	26	1,8%
Händelse med hjälpmedel, teknik och/eller fysisk miljö	24	1,6%
Brist i/utebliven dokumentation	23	1,6%
Tryckskada/trycksår	12	0,8%
Brist i trygghet	9	0,6%
[Ingen åtgärd vidtagen]	9	0,6%
Brist i handläggning	8	0,5%
Brist i/uteblivna servicetjänster	7	0,5%
Brist i/utebliven tillsyn	6	0,4%
Ovärdigt bemötande	5	0,3%
Brist i mathållning	4	0,3%
Brist i/utebliven rehabilitering	3	0,2%
Hot och våld	3	0,2%
Brist i/uteblivna sociala aktiviteter	1	0,1%
<b>Totalt</b>	<b>1465</b>	<b>100,0%</b>

Figur 4 beskriver typ av händelse som avvikelserna gäller.

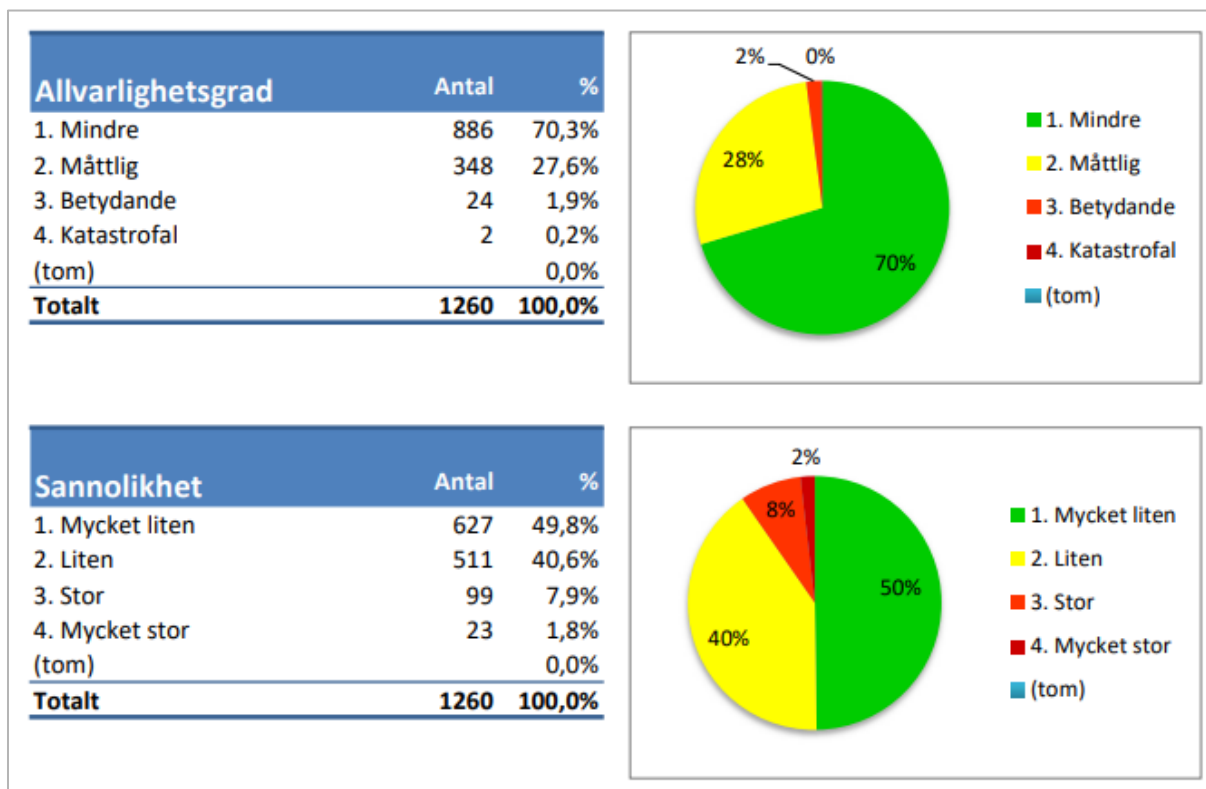
När det gäller orsaker till att en avvikelse har inträffat syns tydligt att fall och läkemedel är de mest förekommande avvikelserrapporterna. Bland orsakerna syns sådant som rör delegering och att den enskilde överskattar sin fysiska förmåga. Den vanligaste orsaken till avvikelser är dock att gällande rutin inte har följts. Det har angetts som orsak i drygt en av fyra utredningar. Så har det sett ut även de senaste åren.

De vanligaste åtgärderna är gruppsamtal med personal eller enskilt samtal med personal. I drygt hälften av alla utredningar anges något av dessa alternativ som åtgärd. Övriga exempel på åtgärder är att kontakt tas med olika legitimerade professioner, ändring i rutin eller att ny rutin skapas.

Allvarlighetsgraden skattas av utredare i utredningarna på en fyrgradig skala; mindre, måttlig, betydande eller katastrofal. Omkring 98 procent av avvikelserna under året har bedömts ha en

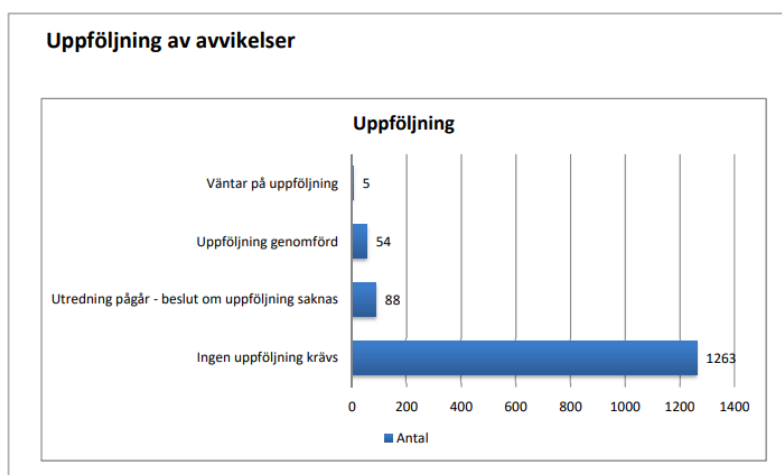


mindre eller måttlig allvarlighetsgrad. Sannolikheten för att något liknande ska inträffa igen ska också bedömas av utredare. I nio av tio utredningar har den bedömts vara liten eller mycket liten och i en av tio utredningar stor eller mycket stor.



Figur 5 visar bedömd allvarlighetsgrad och sannolikhet för att det kan hända igen.

I cirka 80 procent av utredningarna har bedömning gjorts att inga förbättringar bör göras. I en av fem utredningar har ansvarig utredare bedömt att förbättringar bör göras. När en utredning avslutas ska utredande chef också ta ställning till om det krävs någon uppföljning efter avslutad utredning. Det kan exempelvis handla om att följa upp att beslutade åtgärder verkställs. Nio av tio utredningar under 2024 avslutades med bedömningen att ingen uppföljning krävs. I omkring 5 procent av utredningarna bedömdes att en uppföljning skulle göras. Resterande andel utgörs av ej avslutade ärenden.



Figur 6 visar bedömning av behov av uppföljning efter avslutad utredning.

## Lex Sarah

### Upprättade lex Sarah-rapporter

73 lex Sarah-rapporter har upprättats av medarbetare under 2024. 14 av dessa rapporterades av chef eller annan utredare, resterande del av övrig personal.

Majoriteten av lex Sarah-rapporterna har upprättats av misstag eller på grund av bristande kunskap om vad en lex Sarah-rapport innebär i relation till en sedvanlig avvikelserapport och vad som utgör socialtjänst respektive hälso- och sjukvård. Dessa har efter avstämning med rapportör lämnats av socialt ansvarig samordnare (SAS) till ansvarig chef att utreda som avvikelse inom ramen för systematiskt kvalitetsarbete eller bedömts falla utanför lex Sarah-bestämmelserna då de gällt hälso- och sjukvård. 31 av lex Sarah-rapporterna har utretts av socialt ansvarig samordnare (SAS) och i sju fall av dessa har beslut direkt kunnat fattas att det inte förelegat något missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande.

### Genomförda lex Sarah-utredningar

22 lex Sarah-utredningar har avslutats under 2024. 15 av dessa gällde äldreomsorg, sex funktionshinderomsorg och en individ- och familjeomsorg.

#### *Äldreomsorg*

Av de 15 lex Sarah-utredningar som slutförts under 2024 har nio avsett särskilt boende/korttidsboende och sex hemtjänst. Det har rört sig om rapporter om brukare som avvikit från särskilt boende, upplevt hårdhänt handlag av personal, brister i utförande av insatser på så sätt att inte tillräckligt gjorts för att motivera en brukare att ta emot stöd eller att omsorg uteblivit, felplanering av insatser, brister i hantering av trygghetslarm, sannolik stöld av läkemedel och otillåtna begränsningsåtgärder.

I sju utredningar har bedömning gjorts att det inte förelegat något missförhållande eller påtaglig risk för sådant. I sex fall har bedömts att det inträffade utgjort ett missförhållande och i två fall att det varit fråga om ett allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande.

#### *Funktionshinderomsorg*

Sex lex Sarah-rapporter har upprättats av medarbetare och dessa har rört bland bristande bemanning/felplanering i schemaläggning, brist i att tillgodose tillsyn och trygghet samt att läkemedel uteblivit (egenvård).

I samtliga fall har bedömning gjorts att det inträffade inte utgjort ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande.

#### *Individ- och familjeomsorg*

Den utredning som genomförts avseende individ- och familjeomsorg gällde missade röstmeddelanden. Här gjordes bedömningen att det förelegat påtaglig risk för allvarligt missförhållande.

### Lex Sarah-anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Tre anmälningar av allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden har gjorts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) under 2024. Dessa har presenterats för socialnämnden vid sammanträden under året. Två av anmälningarna har gällt äldreomsorg och en individ- och familjeomsorg.

## Analys

Syftet med det systematiska kvalitetsarbetet är att fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Det mesta av detta arbete bedrivs på enhetsnivå och det är ofta här åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet. Den sammanställning som gjorts ovan av arbetet med avvikelser under föregående år ger en bild av hur alla avvikelserapporter har hanterats, vilka bedömningar som gjorts och vilka åtgärder som vidtagits i varje enskilt fall. Vilka övergripande analyser av mönster och trender som gjorts på enhets- och verksamhetsnivå och vilka förbättringsarbeten detta resulterat i ger sammanställningen däremot inte svar på. Det är svårt att på övergripande nivå få en samlad bild över hur det systematiska kvalitetsarbetet har bedrivits. Detta beror på att det inte finns någon etablerad struktur för hur den här typen av information ska föras uppåt i organisationen. Det finns särskilda IT-system avsedda för just detta och förvaltningen har tillgång till ett sådant. Det har dock inte funnits utrymme att införa detta varför det inte används. Planen är att aktuellt IT-system ska börja användas så snart det finns utrymme att implementera det.

Det går emellertid att dra ett antal slutsatser av den sammanställning som gjorts. Den vanligaste orsaken till avvikelser är att medarbetare inte följt gällande rutin. De vanligaste åtgärderna är gruppsamtal med personal och enskilt samtal med personal. Vid dessa samtal upplyses ofta om gällande rutin. Eftersom den här orsaken fortsätter att vara den vanligaste år efter år kan man fråga sig om åtgärderna är tillräckliga och varför rutiner inte följs. En av anledningarna är sannolikt att förvaltningen har ett ledningssystem, där processer och rutiner förvaras, som inte är enkelt för medarbetare att använda. Det är svårt att på ett enkelt sätt hitta de processer och rutiner som man behöver och det krävs tillgång till dator. Att det finns behov av att bygga upp ett annat mer ändamålsenligt ledningssystem är känt sedan flera år men det har hittills inte varit möjligt att prioritera det arbetet. Målsättningen är nu att kunna påbörja detta under 2025.

Det kan vidare konstateras att en stor del av de avvikelser som rapporteras rör hälso- och sjukvård, vilket också avspeglar sig i att det är inom äldreomsorg som mer än 80 procent av förvaltningens alla avvikelserapporter återfinns. Detta har troligtvis flera förklaringar. Äldreomsorgen är det klart största verksamhetsområdet, varför det är helt logiskt att flest avvikelser sker där. Det finns dock sannolikt även andra orsaker. Regelverket inom hälso- och sjukvården när det gäller skyldigheten att rapportera avvikelser är tydligt, vilket troligtvis leder till en starkare rapporteringskultur. Inom socialtjänst och verksamhet enligt LSS är det lagstadgat att personalen ska medverka i kvalitetsarbetet men det är inte lika tydligt beskrivet hur. Det kan vara en av orsakerna till att rapporteringskulturen inte är lika stark inom dessa områden. Vidare är det rapporteringsformulär som används i socialförvaltningen idag utformat på ett sätt som uppmuntrar rapportering av avvikelser som ofta gäller hälso- och sjukvård.

En annan bidragande orsak kan vara hur kvalitetsarbetet på strategisk nivå varit organiserat. Tidigare var det medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som hade den övergripande funktionen för kvalitetsfrågor även utanför hälso- och sjukvårdens område. En tjänst som socialt ansvarig samordnare (SAS) inrättades under hösten 2023 och nu är det där som den strategiska funktionen för kvalitetsfrågor inom socialtjänst och verksamhet enligt LSS ligger. Det är naturligt att mest uppmärksamhet tidigare getts åt hälso- och sjukvård och att de områden som SAS arbetar med nu belyses på ett annat sätt än tidigare.

Sammantaget är det rimligt att anta att vi ser en underrapportering av avvikelser inom socialtjänst och verksamhet enligt LSS. Varje rapport är en möjlighet till förbättring. Att rapportera avvikelser är en viktig del av vårt systematiska förbättringsarbete och kan bidra till att verksamhetens kvalitet höjs. Det är viktigt att framöver lyfta kvalitetsarbetet inom socialtjänst och verksamhet enligt LSS på strategisk nivå. I den nya socialtjänstlagen som väntas träda i kraft den 1 juli 2025 lyfts vikten av kvalitet fram på ett ännu tydligare sätt än innan. Bland annat kommer kravet på att verksamheten ska ha rutiner för att förebygga missförhållanden, som idag gäller verksamhet som rör barn och ungdomar, utökas till att gälla hela socialtjänstens verksamhet. En viktig pusselbit i ett förstärkt kvalitetsarbete är förbättra arbetet med avvikelser.

MAS och SAS har arbetat aktivt under föregående år med att skapa en nulägesbild av det systematiska kvalitetsarbetet, där avvikelshanteringen är en del, och identifierat ett antal behov av förbättringar i hur arbetet bedrivs. Det finns brister i kultur och kunskap samt i hur sammanställning och analys på olika nivåer görs. Vidare är olika professioners roll i utredning av avvikelser otydlig. Förvaltningsledningen har nu tillsatt en arbetsgrupp för detta som leds av MAS och SAS. Gruppen väntas komma med förslag på åtgärder under inledningen av 2025.

## Patientsäkerhetsberättelse 2024

### Förslag till beslut

Informationen läggs till handlingarna.

### Beskrivning av ärendet

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska 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. Vårdgivaren ska i patientsäkerhetsberättelsen dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.

Patientberättelsen ska även ha en sådan detaljeringsgrad att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9

Patientsäkerhetsberättelsen är en beskrivning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet som har skett under år 2024 och ska finnas tillgänglig hos vårdgivaren i det fall den efterfrågas av medarbetare, medborgare, journalister etcetera

Michelle Wahlby

MAS

# Patientsäkerhetsberättelse för Habo Kommun 2024



## Inledning

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska 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 samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

*Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.*

*I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.*

## Innehåll

SAMMANFATTNING .....	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	6
Övergripande mål och strategier .....	6
Organisation och ansvar .....	7
Vårdgivare .....	7
Socialnämnden .....	7
Socialchef .....	7
Verksamhetschef .....	7
Enhetschef .....	7
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) .....	7
Hälso- och sjukvårdspersonal (legitimerad).....	8
Smittskydd.....	8
Socialt Ansvarig Samordnare (SAS).....	9
Patientnämnden .....	9
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	9
Strategisk samverkan.....	9
Kommunal utveckling .....	9
Samverkan slutenvården .....	9
Samverkan med primärvården .....	10
Samverkan folktandvård Bankeryd/ tandläkare privat Habo Tandvård.....	10
Samverkan internt .....	11
Informationssäkerhet .....	11
En god säkerhetskultur .....	11
Arbete utifrån ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete .....	11
Riskanalys .....	12
Adekvat kunskap och kompetens .....	12
Patienten som medskapare .....	13
Patienters och närståendes delaktighet .....	13
Klagomål och synpunkter.....	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	14
Egenkontroll/internkontroll och uppföljningsbara mål .....	14
Ändamålsenlig dokumentation.....	14



Vård vid livets slut .....	15
Förbättrad vård och omsorg för patienter med demenssjukdom .....	17
God vårdhygienisk standard .....	18
Vårdpreventivt arbetssätt för främjad patientsäkerhet .....	22
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	26
Utredning av vårdskador .....	26
Lex Maria 2023 .....	26
Trycksår .....	27
Fall .....	28
VRI (vårdrelaterade infektioner) .....	33
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	34
Säker vård här och nu .....	34
Mål för hälso- och sjukvården i Habo kommun för verksamhetsåret 2023: .....	34
Riskhantering .....	34
Stärka analys, lärande och utveckling .....	35
Avvikelse .....	35
Händelseråd psykiatri .....	35
Händelseråd Somatik .....	35
Patientnämnden 2023 .....	36
Analys och sammanfattning avvikelsehantering 2023 .....	36
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	36
Åtgärder för ökad patientsäkerhet genomförda 2023: .....	36
<b>MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....</b>	<b>37</b>
Samverkan Vårdcentral .....	37
Intern samverkan .....	37
Patientsäkerhet .....	37
Internkontroller 2024 .....	38
Egenkontroller hälso-sjukvården 2024 .....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>

## SAMMANFATTNING

Under 2024 har tidigare vård och omsorgschef avslutat sin tjänst och två verksamhetschefer har rekryterats. Detta har under året påverkat verksamheterna i form av omorganisering och nya strukturer för möten och styrning. Flertalet projekt och förbättringsområden har pausats upp på grund av denna omorganisation, men syftet med denna utökade resurs är att kunna arbeta ännu mer med de verksamhetsnära frågorna och bland annat kvalitet och patientsäkerhet/vård av god kvalitet.

I slutet av 2023 påbörjades en Silviahems-certifiering på särskilt boende som pågick en bit in på 2024.

Likt 2023 har den största utmaningen under 2024 varit sommaren, som innebär risker för verksamheten ur flera perspektiv. Här har riskbedömningar och handlingsplaner genomförts och sommaren upplevdes ändå som hanterbar för verksamheterna.

Gällande arbetet med den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet så har detta arbete påbörjats 2024. Det prioriterade området har varit fokusområde 1: Öka kunskap om inträffade vårdskador, där bland annat avvikelshantering ingår. Under året 2024 har antalet risk för vårdskada/ vårdskada ökat och en möjlig anledning till detta skulle kunna vara en ökad uppmärksamhet på just detta området.

Vård och omsorg i Habo Kommun står inför stora utmaningar de kommande åren. Utmaningar handlar bland annat om en förflyttning mot Nära vård- där patienter ska göras mer delaktiga i sin vård och få vården där det behövs, när den behövs. Här ställs också krav på en sammanhållen vård och samverkan med alla aktörer kring patienten.

Likt många andra kommuner är en av kommande års utmaningar kompetensförsörjning. Här finns ett behov av att ständigt fundera kring hur vi kan säkerställa kompetens framöver och hur vi kan arbeta för att effektivisera utan att sänka kvalitet. Behov finns för ökad digitalisering som redskap för effektivisering.

Sammantaget finns flertalet användbara redskap och strukturer för patientsäkerhetsarbetet i Habo kommun och mycket patientsäkerhetsarbete möjliggörs i och med god bemanning av hälso- och sjukvårdspersonal.

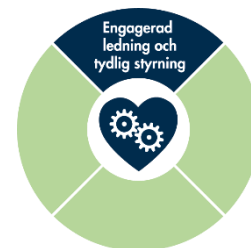
Dock finns fortsatt behov av att under 2025 öka förståelsen för patientsäkerhetsarbetet i alla verksamheter och det finns behov av att arbeta mer strukturerat och systematiserat med de frågor som rör patientsäkerhet.

## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada” har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

### Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



### Övergripande mål och strategier

*PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §*

Varje invånare i Habo kommun ska känna att en trygg och säker vård ges i kontakten med kommunal hälso- och sjukvård. Individerna ska bemötas med respekt och värdighet. Patienterna ska erbjudas delaktighet och inflytande över den vård som erbjuds dem. Målsättningen är att patienten ska vara en aktiv medskapare i sin vård och omsorg. På samma sätt ska varje medarbetare inom hälso- och sjukvården ges möjlighet att utföra sina arbetsuppgifter under sådana förutsättningar att en trygg och säker vård och omsorg kan ges.

Under 2024 har förvaltningen arbetat med åtgärder för att uppfylla nämndens verksamhetsutvecklingsmål:

- Digitalisering och välfärdsteknik
- Personalförsörjning
- Integration

Hälso- och sjukvården arbetar aktivt för att uppnå ökad patientsäkerhet genom att använda digitala lösningar. Exempel på detta är att fortsätta och utöka användandet av digitala mötesformer då det är lämpligt för målgruppen. Ett annat exempel är digital nyckelhantering i hemtjänsten, särskilt boende och i funktionshinderomsorgen. Förvaltningen har successivt gått över till användandet av digitala läkemedelskåp. Under 2024 har flertalet enheter gått över till att arbeta med digital signering i en app av utförda hälso- och sjukvårdsinsatser. På vissa enheter har införandet fått pausats på grund av resursbrist och andra prioriteringar.

Resultatet av detta nya arbetssätt innebär en ökad kvalitet- det beskrivs i verksamheterna som att hälso- och sjukvården har mer koll på att insatser som planeras till andra utförare, verkligen blir utförda. Med hjälp av digitala signeringar så sker ändringar i realtid- det vill säga utan dröjsmål, samt det ökar även möjligheten att dokumentera direkt samt att signering av åtgärder sker direkt hos patienterna utan dröjsmål.

Förvaltningen har under året arbetat med åtgärder för att uppfylla verksamhetsutvecklingsmålet personalförsörjning. För att kunna erbjuda god och säker hälso- och sjukvård krävs utbildad personal.

Under året har tidigare vård och omsorgschef avslutat sin tjänst och istället har två verksamhetschefer rekryterats. Detta har under året påverkat verksamheterna i form av omorganisering och nya strukturer för möten och styrning. Syftet med denna utökade resurs är att kunna arbeta ännu mer med de verksamhetsnära frågorna och bland annat kvalitet och patientsäkerhet/vård av god kvalitet. De nya strukturerna och rollerna behöver ytterligare tydliggöras och implementeras 2025.

## Organisation och ansvar

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

### Vårdgivare

Socialnämnden ansvarar för att verksamheten uppfyller kraven på god och säker vård. Att uppfylla lagens olika krav är en del av god kvalitet och handlar om rättssäkerhet för individen samt att säkerställa en jämlik vård. Socialförvaltningens verksamheter styrs av lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd. Hälso- och sjukvård samt vård- och omsorg ska bedrivas med respekt för individens integritet, delaktighet och självbestämmande. Vårdgivaren är skyldig att leva upp till gällande lagstiftning.

### Socialnämnden

Socialnämnden ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som säkerställer att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet och patientsäkerhetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

### Socialchef

Socialchef ansvarar för att:

- Kommunicera och omsätta nämndens övergripande strategier och mål inom verksamheten.
- Förvaltningschefen har ett övergripande ansvar gällande att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Denne skall fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten samt ge förutsättning för förvaltningen att bedriva kvalitet- och patientsäkerhetsarbete.

### Verksamhetschef HS (verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30))

Enligt förordningen om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården ansvarar verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen för att vården organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet av god kvalitet och är därmed också ytterst ansvarig för patientsäkerheten. Verksamhetschef har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att säkerställa god och säker vård, samt att:

- Mål för verksamheten formuleras och för att målen nås.
- Uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten
- Svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården, samt främja kostnadseffektivitet.
- Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

### Enhetschef

Enhetschef ansvarar bland annat för att:

- Inom sitt verksamhetsområde bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete
- Kommunicera och omsätta övergripande strategier och mål inom sitt verksamhetsområde.
- Föra dialog med personal, medborgare och intresseorganisationer om verksamhetens utveckling och resultat.
- Skapa förutsättningar för personalen att i vardagen reflektera kring patientsäkerhetsarbete.
- Inom sitt verksamhetsområde följa upp, utvärdera, utveckla och dokumentera patientsäkerhetsarbetet.
- Enhetschefen ansvarar för att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

### Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

MAS har ett övergripande ansvar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde, samt:

- Att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för;
  - Läkemedelshantering

- Rapportering enligt 6 kap. 4§ patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fördrar det.
- Ansvara för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ram för ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.
- Att rapportera till socialnämnden om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada (vårdskada)
- Att göra utredningar om allvarliga händelser och bedöma om händelsen ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Maria
- MAS ansvarar för att årligen, senast mars månad, upprätta en patientsäkerhetsberättelse som beskriver verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående år.
- Att sammanställa avvikelser till socialnämnden
- I de uppgifter där MAS äger ansvar enligt lag är denne direkt underställd Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I en kommunal verksamhet delas ansvaret för hälso- och sjukvården med vårdgivaren och verksamhetschefen som har det administrativa ansvaret.

#### **Hälso- och sjukvårdspersonal (legitimerad)**

- Sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och fysioterapeut har skyldighet att arbeta enligt ett evidensbaserat och vetenskapligt förhållningssätt, samt för att upprätthålla en hög patientsäkerhet i enlighet med 6 kap 4§ patientsäkerhetslagen (2010:659).
- Delegerad omvårdnadspersonal som utför delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter och bistår legitimerad personal, har samma ansvar som legitimerad personal enligt hälso- och sjukvårdslagen när hälso- och sjukvårdsuppgifter utförs.
- Hälso- och sjukvårdspersonal skall rapportera risker och händelser och vid uppkomst rapportera avvikelser enligt vårdgivarens process, i syfte att förebygga vårdskador och risker för vårdskador.
- Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt patientdatalagen skyldig att föra patientjournal för att bidra till en god och säker vård av patienten.
- I patientsäkerhetslagen framgår att hälso- och sjukvårdspersonal ska bidra till en hög patientsäkerhet i det dagliga arbetet.

#### **Smittskydd**

Smittskydd vårdhygiens huvuduppdrag är att förhindra smittspridning och uppkomst av vårdrelaterade infektioner, oavsett var och av vem vård- och omsorgstagaren, vårdas, undersöks och behandlas. Sedan år 2000 finns ett Landstingspolitiskt beslut att Smittskydd Vårdhygien ska ge länets kommuner (särskilda boenden) samma vårdhygieniska experthjälp som dåvarande Landstinget, som en fri nytthet. I avtal mellan Region Jönköpings län och kommunerna i Jönköpings län om "Överlåtelse av skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende" s.k. hemsjukvård står att uppdraget ska kvarstå, samt att ett samverkansavtal om vårdhygien ska upprättas. Från och med 1 januari 2016 utvidgades Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien för hälso- och sjukvården till att även omfatta omsorg som hemtjänst och särskilda boenden. Syftet är att garantera en god vårdhygienisk standard. Länets kommuner och Smittskydd Vårdhygien ska i samverkan ansvara för vårdhygieniska insatser inom all kommunal vård och omsorg.

Smittskydd vårdhygien har ansvar för:

- rådgivning i vårdhygieniska frågor
- utbildning/handledning/information på olika nivåer
- utarbeta hygienrutiner anpassade för kommunal vård och omsorg,
- ge stöd och råd vid planering av ny/ombyggnation och verksamhetsförändring
- ge stöd och råd vid upphandling
- övervakning av infektionsläget
- kartläggning/utredning och handlingsstöd vid utbrott av smitta
- ge stöd och delta i vårdhygieniskt kvalitetsarbete
- delta i kvalitetsuppföljning ex hygienrund
- omvärldsbevakning ur ett vårdhygieniskt perspektiv

### **Socialt Ansvarig Samordnare (SAS)**

Under 2023 tillsattes i Habo Kommun en SAS med uppdrag att säkerställa och följa upp kvaliteten i det sociala arbetet samt även ansvara för att:

- Vara sakkunnig inom socialtjänstens verksamhetsområde och hålla sig uppdaterad och väl förtrogen med gällande regelverk.
- Kvalitet och säkerhet upprätthålls i det sociala arbetet i socialförvaltningen. Analysera och följa upp kvalitet-
- Avvikelsehanteringen bedrivs korrekt samt att utreda lex Sarah-rapporter och göra anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- Vara ett stöd för cheferna i det systematiska kvalitetsarbetet genom att stödja och vägleda i riskanalyser, avvikelsehantering och egenkontroller.
- Tillsammans med utredare, verksamhetsutvecklare och MAS och chefer arbeta för att utveckla verksamheterna och ta fram åtgärder för att höja och säkerställa kunskapsläget.

### **Patientnämnden**

Patientnämnden är underställd regionfullmäktige och får sitt mandat genom lagstiftning samt regionfullmäktiges reglemente. Patientnämnden stödjer patienter och närstående som har synpunkter eller klagomål på hälso- och sjukvården, och där klagomålet av någon anledning inte hanteras i berörd verksamhet. Klagomålen sammanställs och redovisas till region och kommuner med syfte att förbättra vården.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

*SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3*

Samverkan en viktig del i det kontinuerliga arbetet med att förebygga vårdskador. Hälso- och sjukvården i Habo kommun samverkar med andra vårdgivare på olika nivåer.

#### **Strategisk samverkan**

Samverkan kring patientsäkerhet på strategisk nivå sker bland annat genom att Habo kommun har representanter i olika länsnätverk, och nätverk som inkluderar de norra länsdelarna. I nätverken sker bland annat avvikelsehantering i samverkan (händelseråd), implementering och översyn av gemensamma riktlinjer på olika nivåer och genom nätverken sker kontinuerlig kompetensutveckling inom aktuella områden. Bland annat finns ett MAS/MAR nätverk som Kommunal Utveckling är sammankallade till. MAS deltar även i samverkansforum på nationell nivå.

#### **Kommunal utveckling**

Jönköpings läns 13 kommuner har valt att samverka genom Kommunal utveckling. Deras uppdrag är att samordna forskning och utvecklingsfrågor inom de områden som kommunerna har valt att samverka kring. Samverkan sker för att skapa goda och likvärdiga förutsättningar för länets invånare, oavsett vilken kommun de bor i. Kommunal utveckling är en del av Region Jönköpings län.

#### **Samverkan slutenvården**

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård (SFS 2017:612) gäller sedan 2018. En stor del av samverkansavvikelser härleds till avvikelser från Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård (SFS 2017:612) och vårdsmordningsprocessen. Dessa avvikelser hanteras i händelseråd i länets 3 olika sjukvårdsområden. Direkt samverkan mellan professioner från olika vårdgivare sker huvudsakligen via det gemensamma IT-systemet Cosmic Link och Cosmic Messenger. I Cosmic LINK kan man efter samtycke från patienten läsa delar av vad som sker då patienten vårdas inom ramen för regionens slutenvård. Kommunens hälso- och sjukvårdspersonal kommunicerar med regionens hälso- och sjukvårdspersonal via Cosmic Links meddelandefunktion, Cosmic Messenger. Samverkan på strategisk nivå sker i händelseråd för somatik och psykiatri samt i olika arbetsgrupper och strategigrupper. Samverkan med olika specialistfunktioner sker på regelbunden basis. Exempel på detta är samverkan med Smittskydd/ vårdhygien och SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet). Samverkansprocesser finns gällande bland annat:

- Samverkan och samordning vid vård och omsorg i hemmet- överenskommelse Jönköpings län
- Samverkan vid utskrivning från slutna hälso-sjukvård
- Samverkan kring läkemedel i vårdens övergångar, ordinärt och särskilt boende

Under 2024 pågick ett arbete i att se över bland annat utskrivningsprocessen. Resultatet visade på brister i följsamhet kring den process som finns och utbildningsmaterial togs fram för att tydliggöra processen. Även vissa delar av processen reviderades.

#### **Samverkan med regionens primärvård**

Hälso- och sjukvårdens personal har daglig möjlighet till telefonkonsultation med läkare på Habo vårdcentral. Även om patienten har en annan vårdcentral än Habo vårdcentral finns möjlighet till kontakt med läkare. Utöver telefonkontakt finns möjlighet för hälso- och sjukvårdspersonal att skicka meddelanden i Cosmic messenger, som är ett verksamhetssystem där kommun och region kan dela information, till vårdcentralens läkare och vårdsamordnare. Dagtid finns en öppen linje direkt till vårdcentralens vårdsamordnare, som tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal bedömer och förmedlar vidare åtgärd eller kontakt. Rutin för kontakt med hälso- och sjukvården beskriver hur kontakter med hälso- och sjukvård sker under samtliga tider på dygnet.

Avvikelsehantering i samverkan med primärvården sker kontinuerlig i fysiska möten, antingen månadsvis på strategisk nivå eller i direktkontakt mellan berörda professioner då situationen kräver det. Samverkansträffar med Habo VC sker varje månad. I detta forum lyfts förutom avvikelser även gemensamma förbättringsarbeten och utvärdering av samverkan.

Det gemensamma arbetet med SAFE-studien har under 2024 avstannat. Vårdcentralen leder detta arbete och svarar för att återuppta detta när det är möjligt. En möjlig orsak till detta är att regionen fokuserat på kvalitetsarbetet PREA60 (antal patienter med risk för inskrivning i specialistvård inom 60 dagar), som har liknande vinster.

Gällande att öka antalet SIP som kommit till genom SVPL vid inskrivning i hemsjukvård så har arbetet pågått genom att lägga fokus på den basala samverkan innan antalet SIP kan öka. Detta då behov av ökad samverkan har identifierats. Därför har en arbetsgrupp med läkare från VC och sjuksköterska från kommunen arbetat med att hitta förbättrade arbets sätt för närmare samverkan kring patienterna. Utfallet från denna arbetsgrupp har lett till att läkarna numera har en avsatt tid i schemat för att arbeta enbart med patienter inskrivna i hemsjukvård.

Under 2024 har ett arbete pågått med gemensam dashboard. Med hjälp av denna dashboard kan data fås på gemensamma patienter. Vårdcentralen har sedan möjlighet utifrån deras data, att ta fram information om enskilda patienter (där samtycke för informationsöverföring finns). Utifrån denna data kan förbättringar göras kring vård och behandling. Syftet är att arbeta mer förebyggande med de mest sjuka äldre och minska antal inläggningar på sjukhus.

Statistik över antal genomförda SIP kan även fås via denna dashboard. Målet är att vi ska följa upp SIP inom 30 dagar.

#### **Samverkan folktandvård Bankeryd/ tandläkare privat Habo Tandvård**

Under 2023 har ett förbättringsarbete kring Senior alert, uppmärksammat behovet av en närmare samverkan med folktandvård och privat utförare tandvård Habo. Förbättringsarbetet kring Senior alert medförde en önskan om närmare samarbete mellan äldreomsorgen och tandvården. Roller och kontaktvägar har kartlagts och samverkansträffar har skapats under 2023. Syftet är att frågan kring patienternas munhälsa ska lyftas och stärkas.

Under 2024 har detta arbets sätt fortsatt. Samverkansträffar har pågått och under dessa träffar har det framkommit en ökad och närmre samverkan som är positiv och som tandvården ser resultat av hos patienternas munhälsa. Det framkommer bland annat att det rutindokument som framtoogs för att säkra upp information mellan enheterna- är väl fungerande och gör att alla involverade vet vad som ska göras och vad som är åtgärdat. Detta leder till en ökad säkerhet för patienten. I och med det nya samarbetet och rutiner, så är idag alltid någon omvårdnadspersonal med vid själva behandlingen, när

patienten önskar det. Det är då någon personal som känner patienten väl och kan stötta i frågor som kommer från tandvården som patienten har svårt att svara på.

Arbetet fortgår med stärkt samverkan.

### Samverkan internt

Samverkan internt sker på fler olika sätt. Ett exempel är teamsamverkan, så kallade teamträffar, som genomförs regelbundet och återkommande på särskilt boende och korttid. Närvarande på teamsamverkan finns representanter från olika professioner samt i de fall det är lämpligt patienten själv. Teamträffar är grunden för det vårdpreventiva arbetssättet och ett forum där risk för vårdskador såsom fall, undernäring, trycksår och munohälsa analyseras och förebyggs. Vid flytt från t.ex. en korttidsenhet till särskilt boende kan överrapportering av risker och planerade insatser ske med hjälp av kvalitetsregistret Senior alert. Utöver teamsamverkan sker även samverkan i olika ledningsgrupper. Dels på en övergripande förvaltningsnivå men även på chefsledningsnivå för äldreomsorg, funktionshinderomsorg och hälso- och sjukvård. Strukturen för dessa ledningsgrupper har ändrats något under 2024 då två verksamhetschefer tillsattes. Syftet med denna utökade resurs är att kunna arbeta ännu mer med de verksamhetsnära frågorna och bland annat kvalitet och patientsäkerhet/ vård av god kvalitet.

### Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Förvaltningen använder informationsklassning enligt KLASSA som metod för att hjälpa verksamheten att välja rätt åtgärd för att skydda sin information. Det innebär en behörighetsstyrning i verksamhetssystemet som förhindrar åtkomst till patienter där man inte har en patientrelation.

Verktöget är framtaget av SKR. En uppdatering gjordes 2024.

Under 2024 gjordes ett försök i att öppna upp HSL-journalen för omvårdnadspersonal men detta fick avbrytas då flertalet risker identifierats. Istället har en arbetsgrupp skapats i hur information kan överföras säkert enligt gällande lagstiftning och utifrån verksamhetens behov.

## En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

### Arbete utifrån ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Grunden i en god säkerhetskultur är att ledare och chefer arbetar utifrån SOSFS 2011:9, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, vilken ska tillämpas för verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård enligt SFS 2017:30, tandvårdslagen, LSS och/eller SoL. Målsättningen är att verksamheten skall uppnå kvalitet, vilket innebär följsamhet till gällande lagstiftning. Genom ett adekvat utformat ledningssystem i förvaltningen uppnås patientsäkerhet. Patientsäkerheten följs med flertalet strukturerade mätningar samt med standardiserade processer som ständigt är under utveckling, med målsättning att skapa följsamhet mot gällande lagstiftning. Utöver gällande lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd, så följer patientsäkerhetsarbetet omvärldens förändringar. Val av fokusområden styrs av nationell och regional samverkan samt av behov som identifieras med hjälp av avvikelshantering, klagomål och synpunkter samt av händelser.



I Habo kommun finns behov av att mer tydligt eftersträva en kultur som främjar patientsäkerhet och det behöver implementeras och genomsyra all verksamhet. Behov finns också av att arbeta utifrån verktyg för att följa upp och skapa dialog kring säkerhetskulturen som till exempel Säkerhetskulturtrappan från A till E och Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE).

### Dimensioner som är viktiga för patientsäkerhetskulturen:

- Övergripande kvalitetsengagemang
- Prioritering av patientsäkerhet
- Benägenhet att rapportera händelser
- Avvikelsehantering



Lärande organisation  
 Kommunikation av patientsäkerhetsfrågor  
 Patientsäkerhet och arbetsmiljö  
 Utbildning och träning kring patientsäkerhet

Under 2024 har arbete påbörjats kring att arbeta utifrån Agera för säker vård- Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Detta arbete fortsätter under 2025.

En plan fanns för 2024 att implementera ett nytt digitalt ledningssystem för SOSFS 2011:9. Men detta arbete påbörjades inte. Arbete kommer att påbörjas 2025.

Det finns utmaningar med att arbeta strukturerat och systematiskt på ledningsnivå idag. Bland annat genom att det verksamhetssystem som idag används som ledningssystem inte är användarvänligt och är svåröverskådligt. Underlättar inte systematik.

### Risakanalys

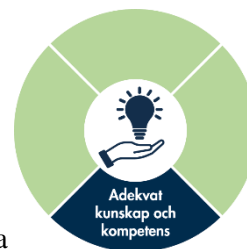
Risakanalys är en del av säkerhetsarbetet. Riskanalyser på individnivå ska genomföras kontinuerligt i verksamheten. Övriga riskbedömningar och riskhantering genomförs av verksamheterna baserat på förändringar i verksamheten. Då används underlag från SKR (Sveriges kommuner och regioner).

Risakanalys skall till exempel göras och görs när;

- Ny teknik införs
- Ändring av personalens sammansättning
- Förändring i rutiner
- Händelser och störningar i verksamhetssystemen hanteras av systemförvaltare.

### Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra. I Habo kommun finns det en full täckning av legitimerad personal på alla tjänster. Många andra kommuner har till exempel undersköterskor på en tjänst som komplement då det inte går att tillsätta legitimerad personal- men i Habo Kommun finns en god täckning av legitimerad personal vilket främjar patientsäkerheten. Hälso- och sjukvården har generellt en låg sjukfrånvaro på jämförbar nivå med 2023. Ingen slutade på hälso- och sjukvårdsenheten under 2024. Med detta som grund finns möjlighet till fortbildningar, utbildningar, samverkan m.m.

Under 2024 har utbildning för hälsosjukvården skett bland annat genom att:

- En sjuksköterskor har utbildat sig till distriktssjuksköterska
- Sårutbildning för sjuksköterskor
- 2 sjuksköterskor har gått Handledarutbildning
- Årlig HLR, Hot och Våld samt brandutbildning har genomförts tillsammans med räddningstjänsten

Om vikarie behövs så är det inplanerat i förväg i schemat istället för att använda sig av timvikarier med kort varsel. Det gör att vikarierna återkommer regelbundet och känner verksamheten och det ger en ökad patientsäkerhet. I Habo kommun utför legitimerad personal mycket av hälso- och sjukvårdsuppgifterna som många andra kommuner överlämnar till undersköterska att utföra.

**I äldreomsorgen har Habo kommun för 2024 följande antal tillsvidareanställda medarbetare:**

- 128 medarbetare är vård- och omsorgsutbildade undersköterskor eller motsvarande, 51 inom hemtjänsten och 77 inom särskilt boende
- 37 medarbetare anställda är utbildade vårdbiträden eller motsvarande, 17 inom hemtjänsten och 20 inom särskilt boende

### **I funktionshinderomsorgen har Habo kommun för 2024 följande antal tillsvidareanställda medarbetare:**

- Antal anställda YH-utbildade, t.ex. Stödpedagog eller motsvarande: 5 stödpedagoger och 1 arbetskonsulent
- Antal anställda vård- och omsorgsutbildade, t.ex. stödassistenter, ”grundutbildade” eller motsvarande 50 stycken
- Antal anställda personliga assistenter 8 st, varav 2 är utbildade.
- Antal anställda utbildade, stödbiträden eller motsvarande 11 stycken

### **Patienten som medskapare**

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



*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

### **Patienters och närståendes delaktighet**

Hälso- och sjukvården i Habo kommun har som ambitionen och i enighet med Nära vård att stärka patientens och närståendes delaktighet i sin vård. Detta görs genom information, uppföljning och dialog med patienten. Arbetet med att stärka delaktighet medför god följsamhet till ordinationer och på så vis ökad patientsäkerhet. Habo kommun har som ambition att arbeta personcentrerat och detta arbetssätt stödjer patienters och närståendes delaktighet.

- När en patient flyttar in till särskilt boende i Habo kommun erbjuds patienten och dess närstående ett välkomstsamtal. I detta samtal ger sjuksköterska information om hälso- och sjukvården i Habo kommun. I samtalet ges patienten och närstående möjlighet att ställa frågor och lämna information till hälso- och sjukvården.
- Inför årlig läkemedelsgenomgång kontaktas apotekare på Habo vårdcentral för genomgång av läkemedel för patienter inom särskilt boende. Anhöriga erbjuds att delta i de fall patienten samtycker.
- Patienten görs på olika sätt delaktig i vården. Exempel på detta är att hälso- och sjukvården för dialog med patienten angående vårdnivå, läkemedelshandtering och livsuppehållande åtgärder såsom hjärt- och lungrehabilitering. I de enskilda hälsoärendena i patientens journal efterfrågas patientens delaktighet.
- Patienter ska erbjudas delaktighet i det tvärprofessionella teammötet på ett för patienten lämpligt vis. Detta har fortgått under 2024.

Behov finns dock att framåt fortsätta utveckla nya arbetssätt och förbättringsarbeten som tydligare involverar patientmedverkan och delaktighet.

### **Klagomål och synpunkter**

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6 §§, 7 kap 2 § p 6,

Klagomål och synpunkter inkommer till Hälso- och sjukvården genom:

- Kommunens hemsida via ett elektroniskt formulär som är kopplat till avvikelshanteringssystemet Digital Fox Respons.
- Direkt kontakt med enhetschef eller vårdpersonal.
- Skriftligen via mejl.

Enhetschef har uppdraget att kontinuerligt arbeta med synpunkter och klagomål samt sammanställer synpunkter och klagomål årligen. Synpunkter och klagomål återkopplas till personalen i lämpligt forum, och till närstående enligt överenskommelse. Årlig sammanställning av det totala antalet synpunkter och klagomål görs av enhetschef, redovisas för samtlig personal på APT. Detta är underlag för enhetens systematiska förbättringsarbete.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

### Egenkontroll/internkontroll och uppföljningsbara mål

Hälso- och sjukvården prioriterar att följa de mål som genererar följsamhet mot lagen. Dessa kan komma att variera över tid beroende på verksamhetens utmaningar. Uppföljningsbara mål är tätt sammankopplat med egenkontroll och verksamheternas arbete med kritiska kvalitetsfaktorer och indikatorer.

### Ändamålsenlig dokumentation

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
<b>Ändamålsenlig och tydlig dokumentation.</b>	Enligt patientdatalagen 2008:355, skall journaler föras i den omfattning lagen anger.  2 gånger /år	Starten av egenkontroll dokumentation utfördes 2023.  Under 2024 har journalgranskning genomförts. Bristerna har uppmärksammas kring följsamhet kring rutiner för dokumentationen.	Utifrån resultatet från egenkontrollen har man sett att det behövs en regelbunden utbildning och information över året, för att öka följsamhet till rutinerna.  Journalsystemet upplevs inte intuitivt och mycket tid måste läggas på att utbilda, och följa beslutade rutiner.  Tid måste prioriteras för superanvändarnas uppdrag samt för utbildning.	Tid måste prioriteras för superanvändarnas uppdrag samt för utbildning.  Förbättringsarbete görs kring att varje månad lyfta vissa delar i dokumentationen som varje patientansvariga ska fokusera på och kontrollera. Detta så att dokumentationen blir enhetlig och patientsäker.  Även påminnelser om fokusområden finns i veckobrev.	Uppföljning planeras 2025 är in på förvaltningens ledningsgrupp varje tertiäl, samt redovisas till nämnd varje tertiäl.	Hälso- och sjukvårdspersonalen.

--	--	--	--	--	--	--

### Vård vid livets slut

Palliativ vård är hälso-och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående. (Socialstyrelsens definition). Palliativ vård har prioriteringsnivå 1 inom svensk hälso- och sjukvård.

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
Vård i livets slut, Palliativa registret	Samtliga patienter ska registreras i palliativregistret. Analys och åtgärdsplanering utifrån resultat i arbetsgruppen.	2024 registrerades 40 dödsfall för Habo Kommun. 11 av dessa registrerades på ordinärt boende.	Det vara en hög täckningsgrad av antalet registrerade i Habo Kommun överlag.  Är dock svårigheter i att kunna mäta hur många som borde ha registrerats i registret.	Fortsatt arbete pågår 2024 med årlig utvärdering kring följsamhet till registreringen.	Skер på enhetens arbetsplatsträff och sammanställs i patientsäkerhetsberättelse årligen. Genom att följa upp kvalitetsindikatorerna i registret får verksamheten ett underlag för att föra en dialog om den palliativa vårdens kvalitet, vad som fungerar bra och vad som behöver förbättras.	Hälso- och sjukvårdspersonalen

<b>Vård i livets slut</b>	En evidensbaserad verksamhet som följer nationella riktlinjer för palliativ vård	<p>Se diagram nedan för hela Habo Kommuns 2023 och 2024.</p> <p>2024 påbörjades ett förbättringsarbete kring palliativ vård- där fokus är munhälsan sista tiden i livet.</p> <p>Under 2024 har en gemensam arbetsgrupp med representanter från vårdcentral och kommun, startats. Målet är att förtydliga den lokala samarbetet i processen, med syfte att identifiera förbättringsområden. Statistiken från palliativa registret ligger som grund i beslut om nya förbättringsområden.</p>	<p>Under året har en förbättring skett gällande Smärtskattning sista levnadsveckan, samt munbedömning. Målet för 2024 var att öka dessa.</p> <p>Målet för munhälsobedömning är dock långt ifrån målvärdet. Behov finns av att arbeta vidare med detta under 2025.</p> <p>Dock ses under 2024 en liten nedgång gällande en vårdplan samt trycksår. En upplevelse till att vissa parametrar minskat såsom vårdplan och ordinerade injektioner- tros i verksamheten bero på kort vårdtid. Detta har identifierats i den palliativa gruppen.</p> <p>Gällande tryckssår så genomfördes en utbildning för sjuksköterskor och undersköterskor samt rehabiliteringspersonal i slutet av 2024 i syfte av att förbättra kunskapen kring trycksår.</p>	Kvalitetsarbete med munhälsa fortgår 2025.  Analys av utskickad enkät ska göras.	Uppföljning på enhetsnivå, åtgärder planeras i personalgrupp. Uppföljning sker via rapportering från projekt.  Uppföljning planeras 2025 är in på förvaltningens ledningsgrupp varje tertial, samt redovisas till nämnd varje tertial.	Alla verksamheter i socialförvaltningen som bedriver vård och omsorg
---------------------------	--	--	---	--	--	--

Period 2023-01 - 2024-01

	<u>Målvärde</u>	<u>Resultat</u>
Vårdplan	100,0	95,6
Dok. brytpunktssamtal	98,0	100,0
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0

	<u>Målvärde</u>	<u>Resultat</u>
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	100,0
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	73,3
Dok. Munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	62,2
Utan trycksår (kategori 2–4)	90,0	91,1
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	95,6

Figur 1 Diagram över kvalitetsindikatorer Palliativa registret Habo Kommun 2023

Period 2024-01 - 2024-12

	<u>Målvärde</u>	<u>Resultat</u>
Vårdplan	100,0	85,0
Dok. brytpunktssamtal	98,0	97,5
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	97,5
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	97,5
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	82,5
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	67,5
Utan trycksår (kategori 2–4)	90,0	87,5
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	92,5

Figur 2 Diagram över kvalitetsindikatorer Palliativa registret Habo Kommun 2024

### Förbättrad vård och omsorg för patienter med demenssjukdom

BPSD är ett nationellt kvalitetsregister med användningsområde i vården för personer med demenssjukdom samt ett arbetsredskap för verksamheten som ger god hjälp i bemötande vid BPSD-symtom vid demenssjukdom. BPSD kan definieras som ”symtom i form av störd perception, stört tankeinnehåll, förändrat stämningsläge eller förändrat beteende hos patienter med demenssjukdom”. Vidare syftar det till att öka livskvaliteten hos personer med demenssjukdom. Genom ett tvärprofessionellt arbetssätt utformas individanpassade vårdåtgärder vilket kan minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär.

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
<b>Beteendestörningar och Psykiska symtom vid Demenssjukdom (BPSD)</b>	Ökat antal registreringar i BPSD.  En ändamålsenlig demensvård som följer nationella riktlinjer	Under 2024 gjordes 4 registreringar i BPSD. 2023 gjordes 12 registreringar.  Inget aktivt arbete har pågått under 2024.	En möjlig anledning till varför så få registreringar har gjorts 2024, och att inget förbättringsarbete kring BPSD startat är resursbrist och omprioriteringar. Silviahems-certifieringen har tagit mycket tid och fokus – men är inriktad på att skapa en bättre demensvård.  Det har även under året rekryterats nya verksamhetschefer och varit en period utan verksamhetschef, vilket har påverkat arbetet framåt.	Beslut har tagits om att 2025 arbeta mer aktivt med BPSD och en projektledare inom befintlig verksamhet har tillsatts och ett projektdirektiv är beslutat.  Kärrsgårdens särskilda boende är det primära målet för projektet. Korttidsenheten och ordinärt boende är inte med i projektet.	Verksamhetschef HS ansvarar för uppföljningar kring projektet.  Uppföljning planeras 2025 är in på förvaltningens ledningsgrupp varje tertiäl, samt redovisas till nämnd varje tertiäl.	Hälso- och sjukvårdspersonalen samt anställda inom vård och omsorg på särskilt boende och korttidsenhet.

### God vårdhygienisk standard

Målet är ändamålsenlig och säker vård- och omsorg som arbetar förebyggande mot vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Basala hygienrutiner ska tillämpas av all personal som utför vård- och omsorgsmoment. Detta ska ske oberoende av vårdgivare och vårdform och vare sig det finns känd smitta eller inte. Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2015:10), Basal hygien i kommunal vård och omsorg, ligger till grund. Föreskriften förstärks och arbetsgivarens ansvar förtydligas i AFS 2018:4. Syftet med basala hygienrutiner är att förhindra smittspridning, minska antibiotikaförskrivning och därmed även bidra till att minska antibiotikaresistensen.

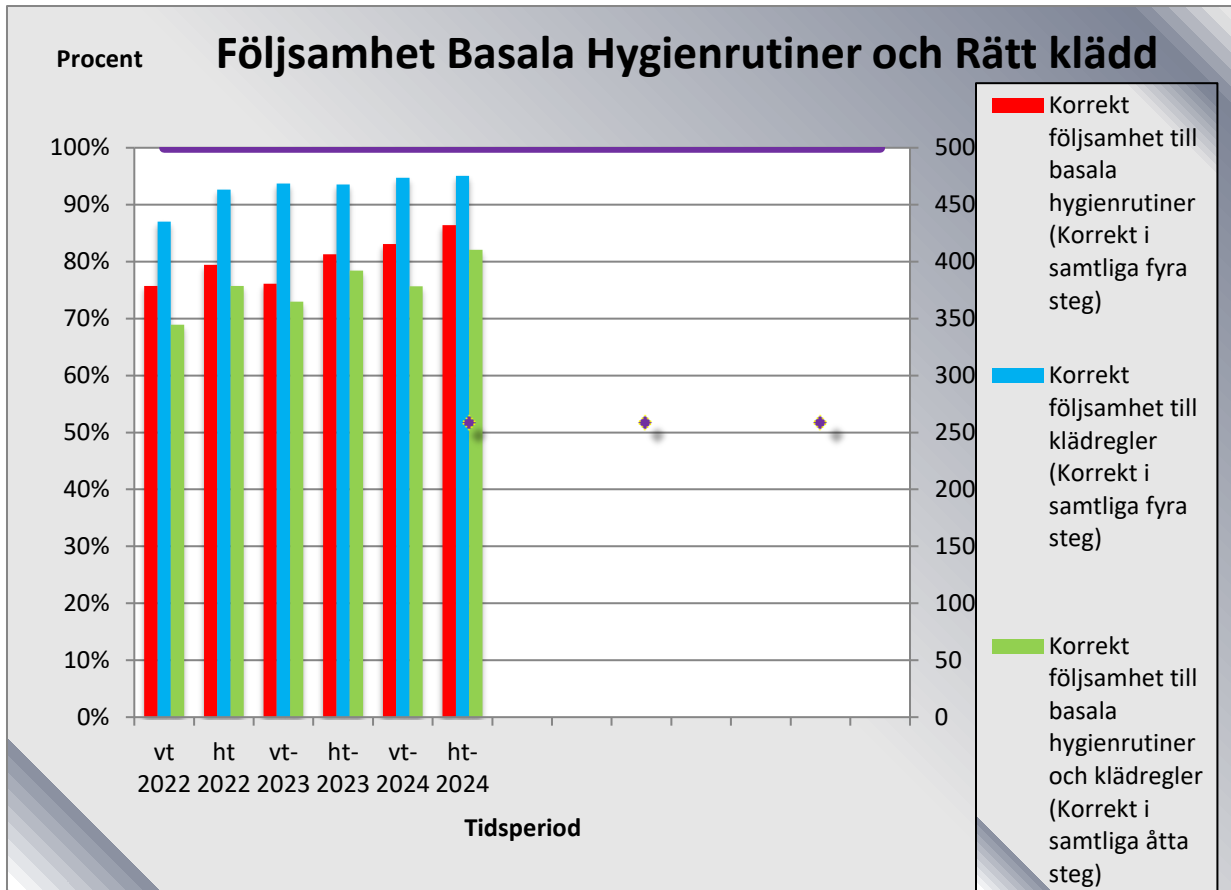
I basala hygienrutiner ingår:

- Handhygien, det vill säga, alltid handdesinfektion och ibland också handtvätt.
- Handskar
- Skyddskläder
- Ibland stänkskydd – visir eller skyddsglasögon och munskydd eller andningsskydd.

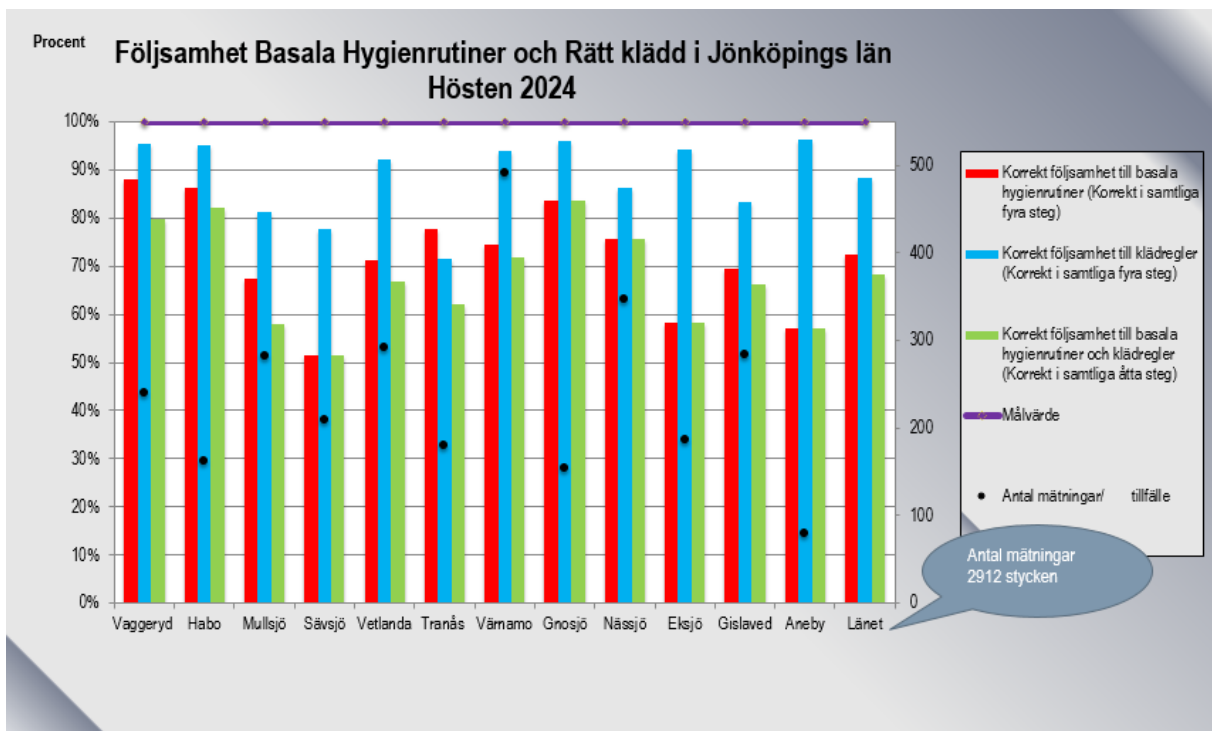
Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
<b>Följsamhet till basala hygienrutiner</b>	Målsättningen är att mätningar genomförs på samtliga enheter och uppnår 80 % följsamhet.	<p>Se tabell nedan (figur 2) för Habo kommun 2024 jämfört med tidigare år.</p> <p>Under hösten 2024 kommer mätningen upp i målnivå över 80% följsamhet.</p> <p>Antal enheter som utfört mätningar har ökat hösten 2024 från hösten 2023. Hösten 2024 hade 23 av 25 enheter utfört basala hygienrutinskontroll. Hösten 2023 utförde 12 av 25 enheter mätningen.</p>	<p>Följsamheten ökade under 2024. Hygienombudssträffar har genomförts med fokus på att stärka deras roll och ansvar- samt börja arbeta efter årshjulet för hygienombud. Detta arbete är påbörjat.</p> <p>Vi ser en ökning av enheter som gjort följsamhetsmätningar jämfört med föregående år, och flertalet enheter att bättre resultat än innan. Inför varje kontroll har påminnelser skickats ut till både hygienombud samt till enhetschefer. Det finns i dagsläget inget verktyg för att hålla reda på vilka egenkontroller som ska utföras- finns inget ändamålsenligt digitalt ledningssystem för detta.</p> <p>Vi har under året utbildat flera nya hygienombud- då tidigare ombud har slutat.</p> <p>Gällande följsamhet till basala hygienrutiner håller Habo</p>	<p>Behov av att under 2025 fortsätta det arbete med vårdhygien som finns och ha följsamhet till rutiner.</p> <p>Behov av ett ledningssystem där egenkontroller kan läggas.</p> <p>Under 2025 kommer det att uppmuntras mer i verksamheterna att göra så kallade observationsmätningar- istället för självskattningar för att se om det ger en annan bild av hur det verkligen ser ut.</p>	<p>Uppföljningar sker dels på enhetsnivå efter mätningar och observationer men är i hygienombudsform 2gg/år.</p> <p>Varje verksamhet har en egen handlingsplan där adekvata åtgärder planeras.</p> <p>Uppföljning planeras 2025 är in på förvaltningens ledningsgrupp varje tertiäl, samt redovisas till nämnd varje tertiäl.</p>	Alla verksamheter i socialförvaltningen som bedriver vård och omsorg



			<p>Kommun, hösten 2024 en hög nivå- jämfört med övriga kommuner.</p> <p>Dock görs i flertalet tillfällen så kallade självskattningar som kan ge ett mer positivt utfall än verkligheten.</p>			
<b>Vårdhygienisk egenkontroll</b>	<p>God följsamhet till rutin för vårdhygienisk egenkontroll. Utförs av varje enhet 2ggr/ år</p>	<p>Varje verksamhet ska ha en egen handlingsplan där adekvata åtgärder planeras.</p> <p>Enligt stickkontroller 2024, ses en ökning av följsamhet till egenkontrollen. Påminnelser har gått ut till enhetschefer samt hygienombud om att samverka i dessa frågor.</p> <p>Under hösten 2024 har 12 av 14 enheter utfört egenkontrollen jämfört med hösten 2023 då 6 av 14 genomfördes.</p>	<p>Plan fanns för 2024 att bjuda in smittskydd till en förvaltningsöver gripande ledningsträff och använda den gemensamma handlingsplan som finns. Detta har dock uteblivit. Dels beroende på nya verksamhetschefer- som behövt sätta sig in i verksamheterna. Behov sågs även mer i att följa den struktur som finns och eftersträva hög följsamhet till rutiner.</p> <p>Behov finns av att lättare kunna utföra egenkontroller i verksamheten genom ett verksamhetssystem. I dagsläget skickas påminnelser ut via MAS.</p>	<p>Vårdhygienisk egenkontroll. Analys och åtgärdsplanering utifrån resultat i arbetsgruppen. Uppföljning 2 ggr/ år enligt handlingsplan upprättad för respektive verksamhet.</p> <p>Det finns ett behov och efterfrågan i att kunna arbeta strukturerat och systematiskt med egenkontroller. Plan finns för 2025 i att börja använda Hypergene som stöd i det systematiska kvalitetsarbetet för att underlätta egenkontroller.</p>	<p>Uppföljningar sker dels på enhetsnivå efter mätningar och observationer men är i hygienombudsform 2gg/år. Varje verksamhet har en egen handlingsplan där adekvata åtgärder planeras.</p> <p>Uppföljning planeras 2025 är in på förvaltningens ledningsgrupp varje tertiäl, samt redovisas till nämnd varje tertiäl.</p>	<p>Alla verksamheter i socialförvaltningen som bedriver vård och omsorg</p>



Figur 2 visar följsamhetsmätning basala hygienrutiner Habo Kommun.



Figur 2 visar följsamhetsmätning i Jönköpings län.

## Vårdpreventivt arbetssätt för främjad patientsäkerhet

Senior alert är ett av Sveriges cirka 100 nationella kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Med hjälp av Senior alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus.

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
<b>Bedriva en verksamhet där riskanalys sker som en del av det systematiska patientsäkerhets arbetet.</b>	Samtliga patienter över 65 år ska registreras och följas upp i Senior Alert	<p>Projekt var planerat för 2024 kring en ökad samverkan hälsosjukvården och hemtjänsten. Projektdirektiv fanns men projektet startade aldrig. Detta på grund av hög arbetsbelastning i hemtjänsten och andra prioriteringar.</p> <p>Under 2024 har arbetet kring senior alert pågått på särskilt boende och korttid Kärrsgården. Resultatet av detta har lett till nya rutiner och ökad teamsamverkan. Alla boende på Kärrsgården har minst 2 riskbedömningar i senior alert/år och teamarbetet är i fokus. Fler patienter har riskbedömts 2024 än 2023.</p>	<p>En god följsamhet i att registrera, och följa arbetssättet i kvalitetsregistret, syns på särskilt boende och korttidsenhet.</p> <p>En extern kvalitetsgranskning gjordes under hösten 2024 via kvalitetsregistret Senior alert. Resultatet visade en hög följsamhet till processen.</p> <p>Arbetet med SeniorAlert behöver fortsättas på övriga enheter.</p> <p>Behov finns av att skapa nya förbättringsarbeten genom de resultat som numera framkommer genom registret.</p>	<p>Start med att öka antalet riskbedömningar i ordinärt boende, och detta är ett prioriterat område 2025.</p> <p>Målsättning är att strukturen för senior alert ska följas med riskbedömningar 2ggr/år samt åtgärder och uppföljning.</p>	<p>Uppföljningar sker på arbetsplatsträffar på enhetsnivå men även på återkommande ombudsträffar so sker 4ggr/år för senioralertombud.</p> <p>Uppföljning planeras 2025 är in på förvaltningens ledningsgrupp varje tertial, samt redovisas till nämnd varje tertial.</p>	Alla verksamheter i socialförvaltningen som bedriver vård och omsorg och där patienter är inskrivna i den kommunala primärvården.

Sverige / Kommun / Region  
Habo kommun

Ar  
2023

Typ av enhet  
Alla

Exp

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Habo kommun	118	98% ↑ 186 av 189	78% ↓ 145 av 186	88% ↑ 164 av 186	66% ↑ 101 av 154	35 ↑ 21 personer	41 ↑ personer	102 ↑ 41 personer	53 ↑ personer
Habo Hemsjukvård	32	97% ↑ 31 av 32	58% ↓ 18 av 31	58% ↓ 18 av 31	53% ↑ 9 av 17	2 ↓ 2 personer	9 ↑ personer	3 → 3 personer	1 → personer
Kärrsgården äldreboende	89	99% ↑ 155 av 157	82% ↑ 127 av 155	94% ↑ 146 av 155	67% ↑ 92 av 137	33 ↑ 20 personer	33 ↑ personer	99 ↑ 38 personer	52 ↑ personer
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %				

Figur 3 Senior alert 2023

Sverige / Kommun / Region  
Habo kommun

Ar  
2024

Typ av enhet  
Alla

Expo

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Habo kommun	137	96% ↓ 216 av 224	81% ↑ 176 av 216	95% ↑ 205 av 216	92% ↑ 158 av 172	58 ↑ 25 personer	45 ↑ personer	97 ↓ 36 personer	68 ↑ personer
Habo Hemsjukvård	31	88% ↓ 29 av 33	76% ↑ 22 av 29	79% ↑ 23 av 29	30% ↓ 3 av 10	1 ↓ 1 personer	8 ↓ personer	1 ↓ 1 personer	3 ↑ personer
Kärrsgården äldreboende	114	98% ↓ 187 av 191	82% ↑ 154 av 187	97% ↑ 182 av 187	96% ↑ 155 av 162	57 ↑ 25 personer	39 ↑ personer	96 ↓ 36 personer	66 ↑ personer
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %				

Figur 4 Senior alert 2024

## Säker läkemedelshantering

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
Egenkontroll av skötsel av gemensamt läkemedelsförråd samt kontrollräkning narkotika	Följsamhet till rutiner  HSLF-FS 2017:37 12. kap 4§ Vårdgivaren ska regelbundet kontrollera tillförsel, förbrukning och kassation av narkotiska medel som ett	Föregående år har kontroller gjorts - men	-	Varje månad använder utsedd sjuksköterska med ansvar för läkemedelsför råd bilaga 12:9a för att följa upp att kontroller genomförts av bland annat temperaturmätning, städning samt	Uppföljning görs på arbetsplatsträffar på enhetsnivå.  Uppföljning planeras 2025 är in på förvaltningens ledningsgrupp varje tertiäl, samt redovisas till nämnd varje tertiäl.	Hälso- och sjukvården

	<p>led i egenkontrollen Enligt 5 kap. 2§ Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9)</p>			<p>kontrollräkning narkotika.</p> <p>Enhetschef för sjuksköterskor ansvarar för att minst en gång per år följa upp kvaliteten genom att ta del av bilaga 12:9a. Enhetschef ansvarar för att sammanställa och använda resultatet som underlag för att lära sig av de goda exemplen samt upprätta handlingsplan utifrån identifierade brister i syfte att förbättra kvaliteten.</p>		
<p><b>Extern kvalitetsgranskning läkemedel</b></p>	<p>HSLF-FS 2017:37 4. kap 3§ Vårdgivaren ska som ett led i egenkontrollen Enligt 5 kap. 2§ Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete säkerställa att hanteringen av läkemedel i verksamheten regelbundet genomgår en extern kvalitetsgranskning.</p>	<p>Under 2024 års externa kvalitetsgranskning framkom bland annat att följsamhet till rutiner behöver lyftas samt att lokala rutiner behöver tas fram och förankras i verksamheterna. Det framkom också att gällande delegeringar så fanns behov av en tydligare uppföljning.</p>	<p>Lokala rutiner finns numera på plats och uppdateras regelbundet. Även Läkemedelsrutinen har reviderats och kommer att publiceras i början av året.</p> <p>Under 2024 har delegeringsprocessen reviderats och förbättras till att nu ha en tydligare tyngd kring uppföljning.</p>	<p>Årlig kvalitetsgranskning. Resultat som framkommer av den externa kvalitetsgranskningen ska leda till en handlingsplan och nya förbättringsområden.</p>	<p>Uppföljning av planerade åtgärder sker med enhetschef för HS samt verksamhetschef HS och MAS, samt med läkemedelsansvariga sjuksköterskor.</p>	<p>Hälso- och sjukvården</p>

<b>Kontroll av följsamhet till rutiner</b>	Följsamhet till rutiner kring läkemedelshandtering	Under den externa kvalitetsgranskningen som gjordes 2023 framkom ett behov av stickkontroller/egenkontroll till följsamhet av rutiner.	Start 2025	Stickkontroller görs inom ordinärt och särskilt boende.  Görs av läkemedelsansvariga sjuksköterskor.  Gås igenom tillsammans med MAS, enhetschef HS, verksamhetschef HS för att identifiera behov av förbättringar och handlingsplan framåt.	Uppföljning av planerade åtgärder sker med enhetschef för HS samt verksamhetschef HS och MAS, samt med läkemedelsansvariga sjuksköterskor.	Hälso- och sjukvården
<b>Egenkontroll av tillförsel, förbrukning och kassation av narkotiska läkemedel</b>	HSLF-FS 2017:37 12. kap 4§ Vårdgivaren ska regelbundet kontrollera tillförsel, förbrukning och kassation av narkotiska medel som ett led i egenkontrollen Enligt 5 kap. 2§ Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9)	Start 2025	Start 2025	Egenkontroll görs 2ggr/år av läkemedelsansvariga sjuksköterskor tillsammans med MAS.	Uppföljning av planerade åtgärder sker med enhetschef för HS samt verksamhetschef HS och MAS, samt med läkemedelsansvariga sjuksköterskor.	Hälso- och sjukvården

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



### Utredning av vårdskador

All personal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter har skyldighet att rapportera händelser då en vårdskada inträffat eller om det föreligger risk för en vårdskada. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar då för att göra en bedömning av händelsen och för att anmälan sker vid allvarlig vårdskada. Med allvarlig vård skada menar lagstiftaren en skada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. Dessa händelser ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Hälso- och sjukvårdspersonalen har rapporteringsskyldighet enligt SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5. Hälso- och sjukvårdspersonal ska rapportera risker och avvikelser i verksamheten skriftligen via avvikelshanteringssystemet i Digital fox respons. I vissa fall lämnas även en muntlig rapport till berörd chef och/ eller MAS beroende på ärendes art och allvarlighetsgrad. Avvikelseerna sammanställs av enhetschef för Hälso- och sjukvård och återförs muntligen och/ eller skriftligen till berörd personal. Åtgärder vidtas utifrån avvikelserns karaktär.

Hälso- och sjukvårdspersonalen informeras om rapporteringsskyldigheten vid nyanställning. Information om rapporteringsskyldigheten finns beskrivet i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

### Vårdskador 2024

#### 1. Identifiering

Under 2024 rapporterades 7 rapporter med risk för vårdskada/vårdskada. Av dessa inrapporteringar bedömdes 2 inte vara någon vårdskada/eller risk för vårdskada.

Under 2024 var 2 av de inrapporterade vårdskadorna, risk för allvarlig vårdskada. Och en bedömdes vara en allvarlig vårdskada. Dessa anmäldes till Inspektionen för vård och Omsorg (IVO).

Gällande de 2 rapporterna om risk för allvarlig vårdskada handlade de om risker vid förflyttningar, samt risker som uppmärksammats i nuvarande verksamhetssystem för journal, Combine.

Den allvarliga vårdskada som rapporterats berör trycksår.

Utifrån de inrapporterade vårdskadorna planerades åtgärder som legat till grund för bland annat:

- Utbildningsbehov/kompetensförstärkning
- Nya rutiner och arbetssätt
- Förbättrad samverkan med andra aktörer

Under 2024 har säkerhetstrappan reviderats- varpå denna inte har implementerats i Habo kommun enligt plan.

Handlingsplan för patientsäkerhet har framtagits 2024. I denna handlingsplan har det identifierats kunskapsbrister kring vårdskador samt brister i möjligheter att rapportera vårdskador i det avvikelssystem som används. I denna handlingsplan fanns det identifierade förbättringsbehov bland annat i att öka kunskapen kring vårdskador, samt se över avvikelssystem och hantering i detta.

Under året har planen varit att förenkla det avvikelssystem som används för rapportering- och det arbetet är påbörjat men är i december 2024 ej ännu färdigt.

#### 2. Analys

En ökning av inrapporterade vårdskador har skett från 2023 till 2024. Detta skulle kunna bero på en ökad medvetenhet om vårdskador i samband med den framtagna handlingsplanen för patientsäkerhet.

Dock finns fortsatt ett troligt mörkertal av möjliga vårdskador i våra verksamheter. En anledning ses vara kunskapsbrist- hos ledning som utreder avvikelser/rapporter men också hos legitimerad personal. En hög grad av avvikelser registreras ändå.

Även säkerhetskulturen behöver ses över.

Rutiner kring allvarliga avvikelser och utredningar av allvarliga händelser upplevs otydlig i organisationen och behöver ses över och revideras.

Gällande det verksamhetssystem för journal som idag används, Combine, så har risker identifierats kring hur dokumentation sker. Dels kring hur patientjournal kan läsas, men också kring behörigheter för icke legitimerad personal, samt hur information kan säkerställas.

### 3. Åtgärder

- Följa handlingsplan för ökad patientsäkerhet och öka kunskapen kring vårdskador
- Plan finns för 2025 att MAS- bjuds in till den förvaltningsövergripande ledningsgruppen och kommer tertialvis att lyfta avvikelser gällande patientsäkerhet. Syftet är en ökad förståelse och lärande, men också för att identifiera nya förbättringsområden.
- Enkät kommer att skapas för att öka kunskap kring vårdskador.
- Förslag finns även för 2025 att ledningen ska gå utbildning Säker vård-nationell utbildning i patientsäkerhet, från socialstyrelsen.
- Åtgärder är även att arbeta med det avvikelshanteringssystem som används och möjliggöra att enklare kunna rapportera vårdskador.
- Förbättringsarbete kring dokumentation i Combine, är påbörjat 2024.

### 4. Uppföljning av åtgärd

- Avvikelsena sammanställs av enhetschef för hälso- och sjukvård och återförs muntligen och/ eller skriftligen till berörd personal.
- MAS rapporterar till socialnämnden om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada.
- Uppföljning planeras 2025 är in på förvaltningens ledningsgrupp varje tertial, samt redovisas till nämnd varje tertial.

### Trycksår

**Mål:** Nollvision för trycksår.

#### Resultat:

Senior alert: Enligt registret senior alert hade Habo Kommun 2023 registrerat 35 stycken trycksår på 21 patienter. 2024 har det registrerats 58 trycksår på 25 patienter.

Antal registrerade trycksår har ökat.

Under slutet av 2023 och början av 2024 började korttidensheten att utföra riskbedömningar via senior alert och därmed registrera trycksår via senior alert.

Under 2024 var de flesta trycksåren uppmärksammade på korttidensheten, 19 patienter hade totalt 27 trycksår. Av dessa 27 trycksår- hade 16 av dessa trycksår uppkommit på annan enhet än korttiden. De flesta av trycksåren på korttidensheten har en grad 1-2.

Under 2023 hade demensenheter flest trycksår- men 2024 så har dessa enheter minst andel trycksår.

Gällande statistik från Ordinärt boende så finns de få registrerade i senior alert- detta då senior alert inte används.

DF respons: I avvikelssystem DF respons fanns under 2023 10st rapporterade trycksår. Under 2024 fanns det 9 registrerade tryckssår.



Enligt den rutin som finns ska avvikelser skrivas vid upptäckt av nytt trycksår. I avvikelssystemet DF respons så finns endast möjligheten att rapportera ”fall”, ”läkemedelshändelse” eller ”annat”. Under annat kan det registreras i fritext vad som inträffat. Här finns en svårighet i avvikelssystemet i att ta fram statistik för tryckssår.

### **Analys av resultat:**

Andelen trycksår i kvalitetsregister har ökat från 2023 till 2024. Under 2024 så har korttidsenheten gjort flertalet registreringar via senior alert jämfört med tidigare år. Statistik från registret visar även att fler patienter har registrerats i registret 2024 än 2023.

Korttidsenheten är den enheten där flest trycksår uppmärksammas under 2024. Flertalet trycksår kommer från andra enheter- men trycksår uppstår även på egna enheten. En trolig anledning kring varför antalet trycksår är högt på korttidsenheten är att patienterna som kommer till korttiden oftast har ett stort hälso- och sjukvårdsbehov och är svårt sjuka- och därmed har fler risker i att utveckla tryckssår.

I och med registreringen i senior alert så registreras även tryckssår grad 1 som är rodnad på huden. Ingen analys kan utföras från ordinärt boende/hemtjänst då dessa inte registrerar i senior alert.

### **Åtgärd:**

- Som ett led i ett förbättringsarbete kring trycksår har alla sjuksköterskor gått utbildning 2024 kring dokumentation och tryckssår.
- All omvårdnadspersonal på alla enheter har fått kompetensutveckling kring trycksår via filmer framtagna för omvårdnadspersonal, gjorda av Sårsköterska.
- Rehabiliteringspersonal kommer under januari 2025 att få utbildning kring tryckssår och hjälpmedel.
- Förbättringsarbete i samverkan med vårdcentralen kring svåråta sår- är planerat för 2025.
- Utöver detta är det under slutet av 2024 påbörjat en samverkan med kostenheten i att omvårdnadspersonalen lättare ska kunna veta vad exakt varje måltid innehåller- så att patientens behov av näring för att läka sår kan minska risk för sår, kan optimeras.
- Behov finns också i att påminna om följsamhet till den rutin som finns- i att skriva en avvikelse när ett trycksår uppkommer.
- Senioralertombudsträffar som visar resultat och driver nya förbättringsarbeten.

### **Uppföljning av åtgärd:**

- Följs upp på enhetsnivå där varje enhetschef visar enhetens resultat på arbetsplatsträffar.
- Verksamhetschef följer upp utbildningar och åtgärder kring trycksår.
- Följs upp på enhetsnivå där varje enhetschef och senioralertombud visar enhetens resultat på arbetsplatsträffar.
- Uppföljning sker tertialvis på ledningsgrupp samt rapporteras till nämnden.

## **Fall**

**Mål:** Nollvision för fall

### **Resultat:**

Senior alert: I kvalitetsregistret senior alert har 101 fall registrerats 2024 på hela Kärrsgården det vill säga Somatiken och demensenheterna, korttidsenheten tillsammans. 2023 Låg siffran på 99 fall.

Df respons: Fallstatistik rapporteras i avvikelssystemet DF respons. 2024 rapporterades totalt 448 fall (2023: 360st)(2022: 410 st).

Hemtjänsten som verksamhet står för 65% av fallen i socialförvaltningen.

Flest antal fall inträffade 2024 på hemtjänsten 311 stycken (193 st 2023) (228 st 2022). Somatiken särskilt boende 2024 hade 38 stycken fall (49 stycken 2023) (77 stycken 2022). Och fortsätter att minska antal fall.  
Demensenheter hade 2024 92 fall (62 stycken 2023) (63 stycken 2022). Här ses en ökning av antal fall.  
Korttidsenheten hade 2024 33 fall (56 stycken 2023).

Flertalet fall sker runt 00- på natten samt på morgonen från kl 08 fram till kl 14.00.  
Flertalet avvikelser inträffar i sovrummet.  
Oftast är orsaken att *Den enskilde överskattar sin fysiska förmåga* följt av *Omgivningsfaktor*.

### **Analys av resultat:**

Det ses en ökning av antalet inrapporterade fall från 2023 till 2024. En anledning i verksamheterna tros vara att man är mer benägen att skriva rapporter nu- då an jobbat aktivt med frågan. En annan upplevelse är att de är fler av de som bor kvar hemma som också har en ökad risk för fall.

För andra året i rad ses en minskning i antal fall på somatiken, särskilt boende. Även korttiden ses en minskning av antal fall mot föregående år. En anledning skulle kunna vara arbetet med att systematiskt inventera risker och förebygga genom insatser som idag utförs med stöd av kvalitetsregistret senior alert.

Demensenheter har ökat från föregående år. Här behövs en djupare analys i vad det är som sker på dessa enheter. Det skulle kunna vara att det finns enstaka individer som ramlar oftare? Kan också bero på att patienter med nedsatt kognitiv svikt inte lika lätt kan ta till sig de planerade förebyggande insatserna- och glömmar hjälpmedel eller överskattar sin förmåga.

Skillnaden mellan statistiken från DF respons samt från Senior alert beror troligen på att omvårdnadspersonal skriver en fallrapport direkt i Df respons när fallet har inträffat. Därefter ska sjukgymnaster lägga in detta i kvalitetsregistret. Det kan bero på att sjukgymnasterna inte får till sig avvikelser- därav kan information missats. Behov finns av att se över denna rutin.

Fallstatistiken för ordinärt boende/hemtjänsten innefattar även de som inte är inskrivna i hemsjukvård och enbart har insatser i hemtjänsten exempelvis larm.  
Behov finns av att i statistik kunna särskilja dessa. Här behövs en ändring i avvikelssystemet som kan möjliggöra denna typ av statistik.

### **Åtgärd:**

- Fortsatta bevakningar av antalet fall bör ske på både individnivå samt på enhetsnivå. Nya förbättringar och åtgärder bör planeras utifrån enhetens resultat.
- Rutinen för senior alert behöver revideras och förtydliga kring fallregistrering.
- Teamsamverkan implementeras även i ordinärt boende- som möjliggör senior alert registreringar även där.
- Senioralertombudsträffar som visar resultat och driver nya förbättringsarbeten.
- Ändring i avvikelssystem för att lättare kunna få ut statistik på ej inskrivna i hemsjukvård.

### **Uppföljning av åtgärd:**

- Följs upp på enhetsnivå där varje enhetschef och senioralertombud visar enhetens resultat på arbetsplatsträffar.
- Verksamhetschef följer upp införande av senior alert på ordinärt boende/hemtjänst.
- Följs upp på enhetsnivå där varje enhetschef och senioralertombud visar enhetens resultat på arbetsplatsträffar.
- Uppföljning sker tertiälvís på ledningsgrupp samt rapporteras till nämnden.

## Munohälsa

**Mål:** Nollvision för munohälsa

### Resultat:

Senior alert: Enligt senior alert hade 53 patienter munohälsa grad 2/eller mer, 2023. 2024 är det 68 patienter som har en munohälsa grad 2.

Demensenheterna ligger på ungefär samma nivå som tidigare 2024 hade 27 patienter munohälsa grad 2 jämfört med 2023(28 patienter).

Somatiken hade 2024 hade 12 patienter munohälsa grad 2 eller mer (2023, 21 patienter).

Korttiden hade 2024 31 patienter med munohälsa jämfört med 4 patienter 2023.

### Analys av resultat:

En närmare samverkan med Habo Tandvård har implementerats från 2023 till 2024. Enligt uppföljning av denna samverkan, så upplever både Habo kommun och Habo Tandvård att de ser positiva effekter av denna samverkan. Patienterna på Kärrsgårdens äldreboende får frågan direkt vid inflytt till boendet, om när de senast var hos tandläkare/tandhygienist. Detta för att kunna förebygga och åtgärda ev munohälsa. Det upplevs också positivt i att patienterna regelbundet går till tandhygienist. Vid flertalet tillfällen har man i samverkan löst svårigheter när till exempel vissa patienter inte velat gå till tandläkaren- men ändå haft ett behov av tandhygienist. Där har tandhygienisten istället kunna utföra tandvård hemma hos patienten.

Gällande somatikens avdelningar så ses en tydlig nedgång i antal patienter med munohälsa. Skillnaden mellan dessa enheter och demensenheterna kan vara den kognitiva svikten som finns på demensenheterna, vilket medför extra svårigheter i motivation och förståelse för de förebyggande insatserna som görs/planeras.

Folktandvården har årliga utbildningar för omvårdnadspersonal. Under 2024 skickade folktandvården ut en enkät för att efterfråga hur kunskapsläget ser ut i kommunerna kring munvård. Analysen av den enkäten visar att flertalet har en god grundkunskap- men att behovet är störst i att få tips och råd kring svåra situationer, då många enligt enkäten upplever att det är svårt att hjälpa patienterna med munhälsan.

Gällande korttiden så beror ökningen på en ökad registrering. Registreringen började i slutet av 2023 och främst pågått under 2024- varav resultatet påverkas av det.

Den höga graden av munohälsa på korttiden kan också bero på ett hög inflöde av nya patienter- som kan ha en nedsatt munohälsa vid ankomst till korttiden. Denna frekvens av nya patienter ses inte på övriga enheter.

Ingen statistik kan fås från ordinärt boende/hemtjänst då dessa inte registrerar i senior alert.

### Åtgärd:

- Fortsatt nära samarbete med folktandvården samt Habo Tandvård.
- Folktandvården kommer under 2025 att se över sina utbildningar till att mer passa omvårdnadspersonalens behov av stöd och praktiska tips/råd.
- Fortsätta årliga utbildningar.
- Senioralertombudsträffar som visar resultat och driver nya förbättringsarbeten.

### Uppföljning av åtgärd:

- Följs upp på enhetsnivå där varje enhetschef och senioralertombud visar enhetens resultat på arbetsplatsträffar.
- Uppföljning årligen med samverkansaktörer såsom Habo tandvård och Folktandvården:
- Uppföljning sker tertialvis på ledningsgrupp samt rapporteras till nämnden.

## Undernäring

**Mål:** Nollvision för undernäring

**Resultat:**

Senior alert: 34 patienter var undernärda 2023. Denna siffra ökade till 39 patienter 2024.

Somatiken hade 2024 16 patienter som var undernärda- detta var samma som tidigare år.

Demensenheter hade 2024 13 patienter som var undernärda (14 patienter 2023)

Korttidsenheter hade 2024 14 patienter som var undernärda (4 patienter 2023).

**Analys av resultat:**

I samband med projekt Senior Alert 2023 så hölls en utbildning kring äldres för all omvårdnadspersonal, legitimerad personal samt chefer. Även chefer från centralköket medverkade. Syftet var att informera om äldres kostbehov och tips och råd för hur med enkla medel man kan optimera deras näringsintag. Detta ledde till förbättringar kring framförallt vad som erbjuds till mellanmål. Tidigare beställdes oftast kakor eller smörgåstårter till mellanmål- men sedan denna utbildning ser vi en ökning i beställande av andra mer näringsrika mellanmål exempelvis kvarg, keso och frukter. Samt ökning av proteinrika pålägg och ägg.

Det förutsätter dock ett aktivt engagemang från omvårdnadspersonalen i att vara kreativa och hitta näringsrika mellanmål för att ersätta dessa av kakor och liknande.

Gällande korttiden så beror ökningen på en ökad registrering. Registreringen började i slutet av 2023 och främst pågått under 2024- varav resultatet påverkas av det.

Under 2024 har kostombudsträffar återupptagits. Dessa har varit pausade sedan efter pandemin- men är nu åter uppstartade. Kostombuden samverkan med senioralertombuden i att hitta förbättringsarbeten på respektive enheter.

Behov finns av en närmare samverkan med centralköket i att arbeta tillsammans för minskad undernäring hos våra äldre.

Behov finns för omvårdnadspersonalen av att lättare kunna veta exakt hur mycket en normalportion innehåller i form av näringsinnehåll. Detta för att kunna veta om en patient faktiskt äter ”bra” eller inte.

Ingen statistik kan fås från ordinärt boende/hemtjänst då dessa inte registrerar i senior alert.

**Åtgärd:**

- Senioralertombudsträffar som visar resultat och driver nya förbättringsarbeten tillsammans med kostombud.

- Verksamhetschef samt MAS har påbörjat samtal med köket angående de behov som finns i verksamheterna och nya förbättringar är planerade för 2025.

**Uppföljning av åtgärd:**

- Följs upp på enhetsnivå där varje enhetschef och senioralertombud visar enhetens resultat på arbetsplatsträffar.

-Uppföljning sker tertiälvis på ledningsgrupp samt rapporteras till nämnden.

## Säker läkemedelshantering

Läkemedelshantering är ett särskilt reglerat område där det förekommer fler riskmoment. Läkemedel ska förvaras och hanteras på ett säkert sätt för att uppnå hög patientsäkerhet. Genom att identifiera de risker som finns i verksamheten kan åtgärder vidtas för att minimera konsekvensen av dessa risker, för att undvika läkemedelsrelaterade vårdskador.

**Mål:** Nollvision för läkemedelsrelaterade vårdskador

**Resultat:**

Under 2024 rapporterades 514 händelser kopplade till avvikelse eller risk vid läkemedelshantering. Det är en ökning av läkemedelsavvikelser från 2023 som då visade på 404 läkemedelshändelser.

Båda åren ses en ökning av händelser i juni månad.

2024 ses en ökning av antal händelser i mars och i december.

I 430 av 514 händelser 2024 ses att det inte varit till någon konsekvens för den enskilde. Ungefär samma gäller för 2023.

Bakomliggande orsak till avvikelserna beskrivs för 2023 och 2024 som att man *Ej följt gällande rutin*, följt av *Brist i delegeringsförfarande*.

Åtgärder som planerats kring dessa händelser handlar 2023 och 2024 om *Gruppsamtal med personal* samt *Enskilt samtal med personal*.

Under både 2023 och 2024 sker de flesta antalet inom äldreomsorgen, varav Hemtjänsten står för den största mängden avvikelser, följt av korttidsenheten.

Ordinärt boende/hemtjänsten har 2024 220 läkemedelsavvikelser (2023, 193).

Somatiken har 2024 58 avvikelser (2023, 36).

Demensenheterna har 2024 74 avvikelser (2023, 54).

Korttidsenheten har 2024 71 avvikelser (2023, 56).

Tider på dygnet då flest läkemedelsavvikelser sker är kl 08,14, samt 20.

Under 2024 ses flest antal avvikelser på torsdagar.

Avvikelser som rapporterats gäller överlämnandefasen och gäller främst apodos 209 stycken av totalt 514, följt av dosett.

Orsaken *Utebliven dos* är flest under både 2023 och 2024. Orsaken till att utebliven dos är att man ej följt gällande rutin.

Hemtjänsten står för nästan 50% av avvikelserna kring utebliven dos, följt av korttidsenheten 14%.

### **Analys av resultat:**

En orsak till en ökning av antal inrapporterade avvikelser på somatiken och demensenheterna kan vara att under 2024 har arbete pågått med digital signering av läkemedel. I detta nya arbetssätt ingår att avvikelse ska skrivas för varje osignerad läkemedelsgivelse. Detta görs av sjuksköterska 1gång i veckan. Detta innebär en ökning av antal avvikelser som tidigare skrivits- just på glömd/utebliven dos. Ökningen skulle kunna bero på detta nya arbetssätt.

Även i hemtjänsten ökar antalet läkemedelsavvikelser.

Gällande orsaken till utebliven signering/utebliven dos som är den största posten-kan man fundera kring vad det står för. Ibland är det att patienten inte får sina läkemedel på utsatt tid, och ibland ses att man glömt att signera.

Den vanligaste anledningen till varför dosen missats att signerats eller dosen har uteblivit är att man *ej följt gällande rutin*. Och den vanligaste orsaken är att man har *gruppsamtal med berörd personalgrupp* eller *enskilda samtal*.

Den legitimerade personalen beskriver att de oftast inte kan se ett mönster i att det är enskilda individer som missar. Deras upplevelse är att det är generellt.

En analys av detta skulle kunna vara att det troligen beror på fler saker än en enskild individ som gör fel. Vilka förutsättning finns för att ge läkemedel på ett säkert sätt? Finns det störmoment? Telefoner som stör? Andra patienter som stör?

Vet man om att patienten ska ha läkemedel på den tiden som planerats- eller är detta missat i kommunikation/system? Har det varit svårigheter i att signera digitalt?

Var det stressigt som gjorde att man glömde signera efteråt?

Djupare analys kring detta behöver göras inom varje verksamhet. Där behöver den legitimerade personalen tillsammans med enhetschefer arbeta aktivt i analysdelen och kring relevanta åtgärder. Brister se idag kring sättet som avvikelser hanteras i verksamheterna och samverkan behöver förstärkas samt roller och ansvar behöver förtydligas.

Under året är delegeringsrutinen uppdaterad med förtydligande kring ansvar och kunskap innan en delegering kan ges, samt förtydligande kring sjuksköterskans uppföljningsansvar.

En säkrare läkemedelshantering behöver ses över så att doser inte missas. Förslag finns i att använda sig av så kallade läkemedelsrobotar till vissa patienter.

#### **Åtgärd:**

- Pågående förbättringsarbete kring avvikelshantering generellt 2025
- Djupare analys av läkemedelsavvikelse behöver ske på varje enhet av enhetschef samt legitimerad personal
- Läkemedelsrobotar till vissa patienter
- Se över möjligheten till andra digitala system som hjälper till i form av påminnelser om läkemedel inte blivit givet på utsatt tid.

#### **Uppföljning av åtgärd:**

- Följs upp på enhetsnivå, visar enhetens resultat på arbetsplatsträffar.
- Uppföljning sker tertialvis på ledningsgrupp samt rapporteras till nämnden.
- Verksamhetschef ansvarar för uppföljning och planering av åtgärder tillsammans med MAS.

#### **VRI (vårdrelaterade infektioner)**

Vetenskaplig evidens finns för att förekomst av vissa riskfaktorer ger en ökning av VRI. Ju fler riskfaktorer hos samma individ desto större risk för uppkomst av infektion. Det är därför viktigt att kartlägga dels förekomsten av riskfaktorer och dels antalet infektioner förvärvade i särskilda boenden. Resultaten av dessa kartläggningar bör ligga till grund för lokala förbättringsarbeten och vara en del av kommunens kvalitetsarbete inom vård och omsorg. Det är viktigt att kartlägga och följa förekomsten av riskfaktorer hos vårdtagare, då förekomst av riskfaktorer har starkt samband med uppkomst av VRI.

**Mål:** Minskat antal vårdrelaterade infektioner och riskfaktorer.

**Resultat:** Särskilt boende och demensboende i Habo kommun rapporterar månadsvis till smittskydd och vårdhygien och erhåller i gengäld sammanställda data. Detta är ett sätt att kvalitetssäkra vården. Förvaltningen kan på detta sätt redogöra för vilka riskfaktorer som figurerar och hur dessa utvecklas. Resultat/ årssammanställning erhålls i februari av smittskydd och hanteras genom diskussion i berörda personalgrupper, samt i hygienorganisationen och används som underlag till förbättringsarbete kommande år.

Under slutet av 2024 registrerades ingen data från sjuksköterskorna på grund av bortfall av personal. Detta prioriterades bort. Det är därav svårt att dra en slutsats av hela årets sammanställda resultat.

Gällande riskfaktorer ses i resultatet att antal patienter som har en urinkateter minskar från föregående år. Däremot ökar antal patienter med kärkateter. Gällande lunginflammation som behövt antibiotika ses under 2024 en svag ökning jämfört med tidigare år.

Projekt skapades 2023, tillsammans med regionen för att minska antalet icke- kateterbärare som antibiotikabehandlas för urinvägsinfektion på Kärrsgårdens äldreboende och demensboende. Under 2024 så identifierades att mycket av arbetet kring detta involverade läkarens tid och resurser. Detta kunde ej prioriteras av vårdcentralen under 2024 och projektet avbröts.

#### **Analys av resultat:**

Riskfaktorer och infektioner registreras varje månad- men det saknas en större övergripande plan kring det som händer i verksamheterna utifrån denna data. Data används mer i efterhand. Inte för att kunna följa trender förebyggande och det är svårt med den indata som ges i att kunna förebygga.

Under 2023 och 2024 genomfördes ingen HALTmätning i Habo Kommun. Anledningen till detta ses vara att det är svårt att utifrån denna data som framkommer att dra några slutsatser eller göra några förbättringar, då detta kräver ett aktivt arbete tillsammans med vårdcentralens läkare.

Det finns dock vinster i att se över enheternas resultat och förslag är framtaget för ett nytt arbetssätt.

Eftersom data är ofullständig är det svårt att dra någon slutsats och djupare analys av resultatet ovan.

### Åtgärd:

- Mätning av riskfaktorer och antal infektioner ska fortgå under 2025. Förslag finns till nytt arbetssätt.
- Årlig utbildningar i basala hygienrutiner, klädregler samt smitta och smittspridning.
- Behov av samarbete med regionen (vårdcentral) kring att minska riskfaktorer.

### Uppföljning av åtgärd:

- Resultat/ årssammanställning erhålls i slutet februari av smittskydd och hanteras genom diskussion i berörda personalgrupper, samt i hygienorganisationen och används som underlag till förbättringsarbete kommande år.
- Resultat och sammanställning sker även kvartalsvis från smittskydd.
- Uppföljning sker tertialvis på ledningsgrupp samt rapporteras till nämnden.
- Verksamhetschef ansvarar för uppföljning och planering av åtgärder tillsammans med MAS.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

### Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

### Mål för hälso- och sjukvården i Habo kommun för verksamhetsåret 2024:

Målen för verksamheten sätts utefter lagkrav, verksamhetens egna krav samt den enskildes krav och förväntningar på verksamheten. I Habo kommun styrs verksamheterna, hälso- och sjukvårdsenheten inkluderat, av verksamhetsspecifika kvalitetsfaktorer i enighet med kommunens styrmodell, budget, socialnämndens mål och kommunfullmäktiges övergripande mål. Hälso- och sjukvården styrs av gällande lagstiftning som rör hälso- och sjukvården.

- Uppföljning av kvalitet redovisas i kvartalsrapporter till socialnämnd samt ledningsgrupp.
- Hälso- och sjukvården påbörjade 2024 arbetet med att arbeta, med utifrån Nationell handlingsplan för patientsäkerhet. Arbetet fortgår 2025.
- Arbete med styrmodellens kritiska kvalitetsfaktorer och indikatorer fortsatte under 2024. Detta mäts på enheten och avvikelser rapporteras till Verksamhetschefer. Pågår även 2025.

### Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.



Risکانالیزer har skett i verksamheterna. Bland annat har riskbedömning gjorts inför sommaren avseende bemanning 2024. Efter det har handlingsplan skapats där man förtydligat prioriteringsordning för hur resurser ska fördelas vid bemanningsbrister.

Andra exempel på riskanalyser som gjorts i verksamheten har handlat om riskbedömning inför införandet av digital signering av läkemedel på Kärrsgårdens äldreboende, samt riskbedömning inför införandet av nya ordinationshandlingar för läkemedel.

Risکانالیزer på individnivå genomförs kontinuerligt i verksamheten.

## Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



### Avvikelser

*PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5*

#### Händelseråd psykiatri

I händelserådet för psykiatri har socialförvaltningen överlämnat 2 händelser till regionen som hanterats under året, vilket är i samma nivå som föregående år. Ingen avvikelse har skrivits till Habo Kommun.

Totalt har 31 avvikelser hanterats i händelseråd för psykiatri 2024. De flesta avvikelserna rör vårdsamordningsprocessen. Workshops gällande Cosmic Link och vårdplaneringsprocessen har genomförts under flera år för personal från psykiatriska kliniken, vårdcentraler och Habo Kommun, Jönköpings Kommun samt Mullsjö Kommun. Detta kan ha medfört att färre avvikelser gällande vårdsamordningsprocessen skett i samverkan jämfört med några år tillbaka.

Åtta avvikelser handlar om brist i samverkan. Fler av dessa avvikelser handlar om att kommun och region inte har samsyn gällande ÖPT planer (öppen tvångspsykiatrisk vård).

#### Händelseråd Somatik

Händelserådet består av chefssjuksköterska Länssjukhuset Ryhov, medicinskt ansvariga sjuksköterskor Mullsjö-, Habo- och Jönköpings kommun och verksamhetschef Bra Liv Hälsan 2 vårdcentral. Vid träffarna analyseras händelserna som skett i samverkan. Händelserådet föreslår åtgärder på en övergripande nivå. Händelserådet rapporterar en sammanställning av händelserna till arbetsgrupp äldre som beslutar föreslagna om åtgärder. Sammanställningen skickas även till strategigrupp äldre.

Under 2024 har det rapporterats totalt runt ca 200 händelser. Vilket är färre jämfört med tidigare år. Habo kommun har rapporterat runt 50st avvikelser i samverkan vilket är på ungefär samma nivå som föregående år. En avvikelse är skriven till Habo kommun och gäller vårdplaneringsprocessen. Kommunerna har rapporterat de flesta avvikelserna och därefter medicinsk vård. En fortsatt låg rapportering ses av vårdcentralerna.

Även föregående år ses en trend att antalet händelser minskar.

Liksom senaste årens rapportera har flertalet handlat om händelser gällande brister i läkemedelshanteringen. Som föregående år handlar det oftast om att ordinator ej förmedlat förändringar i ordinationen.

Stora utmaningar framåt ses gällande en säker läkemedelshantering i vårdens övergångar. Detta är en återkommande diskussion och förbättringsarbete pågår ständigt i samverkan med kommun och region i att hitta den mest patientsäkra lösningen.

### Aktiviteter 2024



- Revidering av riktlinjen och processen ”Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård genomfördes under 2023. Reviderad process gäller från 8/1-2024.
- Nytt utbildningsmaterial kopplat till riktlinjen för läkemedel i vårdens övergångar inkl. dosetter.
- Påbörjad dialog kring kommunikation i Link mellan akutmottagningarna och kommunerna i syfte att säkra informationsöverföringen, skulle ha påbörjats men är pausat.
- Ny mall för sammanställning av händelser och ökad delaktighet i statistiken är framtagen.

#### Aktiviteter planerade 2025

- Påbörjat arbete för att se över strukturen för händelserådet med syfte att öka återkopplingar på inrapporterade avvikelser. I förhoppning att detta kan medföra en ökad benägenhet i att rapportera. Behov finns av snabbare återkoppling av rapporterade avvikelser.

#### **Patientnämnden 2024**

Habo kommun har generellt fåtalet ärenden hos patientnämnden, och under 2024 har inga sådana ärenden inkommit. Vanligtvis hanteras ärendet direkt i verksamheterna istället.

#### **Analys och sammanfattning avvikelsehantering 2024**

2024 rapporterades 1410st (2023: 1117st) avvikelser. De allra flesta berörd enskild individ. 2023 och 2024 var merparten av avvikelser kopplade till hälso- och sjukvård. Främst gäller det läkemedelhändelser följt av fall. En anledning till att de är riktade mot hälso- och sjukvård kan vara att det rapporteringsverktyg som används, DF respons, i dagsläget fokuserar på tre olika avvikelser: Läkemedel, Fall och Annat.

En annan anledning kan vara att det inom hälso- och sjukvården finns en stark kultur och tradition av att rapportera avvikelser.

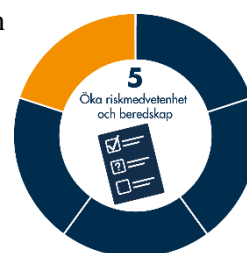
Förbättringsarbeten kopplat avvikelser sker i respektive verksamhet.

Funktionshinderomsorgen och delar av äldreomsorgen rapporterar fortsatt in endast ett fåtal avvikelser.

Arbete påbörjades under 2024 kring förbättrad avvikelsehantering och förbättringar kopplat till detta.

## **Öka riskmedvetenhet och beredskap**

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



#### **Åtgärder för ökad patientsäkerhet genomförda 2024:**

- Habo Kommun har tillsammans med räddningstjänst och Länsstyrelsen 2024 arbetat med att stärka den kommunala hälso- och sjukvårdens beredskap bland annat genom att utveckla arbetet med kontinuitetshantering.
- Internkontroll har skett avseende följsamhet till basala hygienrutiner och rutiner kring vårdhygien samt följsamhet i registrering senior alert.
- Påbörjat arbete med Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Prioriterade områden fokusområde 1: Öka kunskap om inträffade vårdskador, där bland annat avvikelsehantering ingår. Strukturerat arbete med avvikelser, återkoppling mer frekvent och i helgrupp är planerat.
- Arbetsgrupp är startad kring avvikelsehantering- och förbättringar kopplat till detta.
- Gällande säker dokumentation har en arbetsgrupp startats kring verksamhetssystemet Combine och hur dokumentation kan utföras säkert och enligt gällande föreskrifter och lagar.
- Signering av hälso- och sjukvårdsinsatser via digitala lösningar.

- Ny rutiner och processer kring smittskydd/hygien har skapats gällande bland annat smittor i verksamheten, påbörjat arbete med årshjul för hygienombud och klädrutiner.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Arbetet för att öka patientsäkerheten i hälso- och sjukvården behöver ta ytterligare steg för att hantera både dagens och morgondagens behov, som bland annat handlar om:

- den medicinska och tekniska utvecklingen med nya behandlingsmetoder och ny medicinsk teknik, ökad digitalisering och e-hälsa
- organisatoriska förändringar och nya vårdformer, exempelvis omställningen till nära vård
- ekonomiska förutsättningar och avvägning mellan olika mål och olika typer av vårdinsatser och patientgrupper
- tillgången till personal med adekvat kompetens

Vård och omsorg i Habo Kommun står inför stora utmaningar de kommande åren. Utmaningar handlar bland annat om en förflyttning mot Nära vård- där patienter ska göras mer delaktiga i sin vård och få vården där det behövs, när den behövs. Här ställs också krav på en sammanhållen vård och samverkan med alla aktörer kring patienten.

Likt många andra kommuner är en av kommande års utmaningar kompetensförsörjning. Här finns ett behov av att ständigt fundera kring hur vi kan säkerställa kompetens framöver och hur vi kan arbeta för att effektivisera utan att sänka kvaliteten. Behov finns för ökad digitalisering som redskap för effektivisering.

### Samverkan Vårdcentral

Målen för samverkan med Habo vårdcentral är i stort sett som tidigare år. Samverkansträffar fortsätter regelbundet.

- Arbeta tillsammans utifrån nationellt vårdprogram för svårläkta sår.
- Fortsatt arbete med gemensam dashboard.

### Intern samverkan

- Prioriterat område 2025 med riskbedömningar Senior Alert i ordinärt boende.
- BPSD projekt för bättre demensvård.
- Tankar finns om att koppla på Blåsdysfunktion i Senior alert på särskilt boende.

### Patientsäkerhet

- Fortsatt arbete med den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet
- 2025 förväntas en ny version av HSL-journalen i verksamhetssystemet Combine. Detta kommer att medföra flertalet utbildningsinsatser för legitimerad personal samt omvårdnadspersonal. På sikt kommer den nya journalen att bättre möta upp de behov som finns i att kunna dokumentera utifrån gällande lagstiftning, och kommer därmed ge en ökad patientsäkerhet.
- Revidera rutin för vårdskador samt enkät kring kunskap kring vårdskador.
- Engagera ledning och styrning via utbildning samt att ha patientsäkerhet som en stående punkt på den utökade ledningsgruppen.
- För att kunna arbeta systematiskt med patientsäkerhet behövs ett ledningssystem som möjliggör detta.

## Nära vård

- Utbildningar i ledarskap kring Nära Vård från SKR. Medverkar gör flertalet tjänstemän men även politiker med syfte att ha en samlad bild – och tillsammans kunna jobba mot gemensamma mål.

## Kompetensförsörjning

- Översyn av HS beställningar ordinärt boende
- Fördelade arbetsuppgifter/ beställningar i combine.
- Kompetensutvecklingsplan för undersköterskor

## Arbete utifrån evidensbaserade vårdprogram och nationella riktlinjer

Behov finns framåt av att arbeta utifrån:

- Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom
- Att förebygga och behandla undernäring, Nationellt kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst
- Svårläkta sår
- Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede

## Internkontroller 2025

Internkontrollplanen för 2025 innehåller bland annat kunskapstest av vårdskador och Lex Maria, Hantering av skyddade personuppgifter, granskning av rutin för loggkontroll med flera.

## Lex Sarah-anmälan

### Förslag till beslut

Informationen läggs till handlingarna.

### Beskrivning av ärendet

Ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande ska snarast anmälas till tillsynsmyndigheten Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Den utredning som har gjorts med anledning av det inträffade ska bifogas anmälan.

En lex Sarah-utredning har genomförts efter att det framkommit att flera brukare inom hemtjänsten utsatts för stöld av narkotikaklassade läkemedel. Utredningen har visat att det finns bakomliggande orsaker som bidragit till att stölder kan ske. Verksamheten har vidtagit åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen.

Anmälan till IVO gjordes den 31 januari 2025. IVO ska nu ta ställning till om socialnämnden har fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet, det vill säga vidtagit åtgärder för att utan dröjsmål avhjälpa eller undanröja missförhållandet, identifierat bakomliggande orsaker till det inträffade samt vidtagit och planerat att vidta åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen. IVO har ännu inte fattat beslut i ärendet.

Jonas Linderholm Arnklint  
Socialt ansvarig samordnare (SAS)

## Förberedelser inför en ny socialtjänstlag

### Förslag till beslut

Informationen läggs till handlingarna.

### Beskrivning av ärendet

Den nya socialtjänstlagen, som väntas träda i kraft i juli 2025, syftar bland annat till att göra socialtjänsten mer förebyggande, lätt tillgänglig och kunskapsbaserad. Socialtjänsten ska vara lätt att nå och finnas där människor befinner sig, för att kunna ge rätt hjälp i rätt tid. Det framhålls att systematisk och löpande uppföljning behöver bli tydligare och gälla för samtliga av socialtjänstens verksamhetsområden. Den nya lagen är fortsatt en målinriktad ramlag men kommunerna kan anpassa lösningar efter behov och lokala förutsättningar.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Socialstyrelsen har tagit fram ett stödpaket till landets kommuner att använda vid omställningsarbetet. Paketet ger kommunerna stöd i att analysera nuläge och behov kopplat till ny lagstiftning. SKR tillhandahåller ett verktyg för att skatta läget när det gäller verksamhet och arbetssätt. Verktøget möjliggör jämförelse med hur andra kommuner skattat sitt läge.

Socialstyrelsen har uppdrag från regeringen att underlätta för kommunerna i omställningen. En del i detta är att myndigheten samlar in läges- och behovsanalyser från landets alla kommuner. Senast den 11 mars 2025 ska varje kommun ha lämnat in sina slutsatser från lokala läges- och behovsanalyser. Syftet med insamlingen är att Socialstyrelsen ska få en bild av kommunernas förutsättningar och lyssna in behov av nationellt stöd.

Förvaltningen har följt SKR:s verktyg Skatta läget och genomfört fyra halvdagsworkshops, där chefer på olika nivåer, politiker och stödfunktioner medverkat. Sju verksamhetsområden har skattats inom fyra olika avsnitt, nämligen styrning och ledning, förebyggande och lätt tillgänglig, jämlik och

jämställd samt kunskapsbaserad. Resultatet visar att läget i Habo kommun skattats på ett sätt som ligger i linje med övriga kommuner i landet.

Jonas Linderholm Arnklint  
Socialt ansvarig samordnare (SAS)

## Samverkansavtal gällande familjerätt

Detta avtal reglerar mellan parterna överenskommen samverkan gällande familjerätt. Avtalet är upprättat med stöd av bestämmelserna i 9 kap.37 § kommunallagen, KL. Kommuner är enligt lag skyldiga att tillhandahålla vissa verksamheter, varav familjerättslig verksamhet är ett exempel på sådan verksamhet.

### 1. Parter

Detta avtal upprättas mellan socialnämnden i Habo kommun, socialnämnden i Mullsjö kommun och Individ- och familjeomsorgsnämnden i Jönköpings kommun. Parterna kommer nedan benämnas uppdragsgivare och uppdragstagare.

Uppdragsgivare 1

Socialnämnden i Habo kommun

Uppdragstagare

Individ- och familjeomsorgs-  
nämnden i Jönköpings kommun

Uppdragsgivare 2

Socialnämnden i Mullsjö kommun

Vad som nedan sägs om uppdragstagare gäller för både uppdragstagare 1 och 2.

### 2. Syftet med samverkan

Parterna ingår avtalet för att skapa ömsesidig nytta för att utveckla och stärka familjerättsverksamheterna i respektive kommun till nytta för respektive kommuns kommuninvånare.

### 3. Avtalssamverkan ur ett rättsligt perspektiv

Uppdragstagaren åtar sig endast ansvaret för att utföra en eller flera uppgifter i enlighet med det upprättade avtalet. Vid avtalssamverkan behåller således uppdragsgivaren **huvudmannaskapet** för de uppgifter som samverkan avser. Den kommun som genom avtalssamverkan överlåter utförandet av en uppgift har därmed kvar det övergripande ansvaret för uppgiften.

Med stöd av 9 kap 28 § andra stycket KL kan uppdragsgivaren ge **anställda hos uppdragstagaren** rätt att fatta beslut på delegation. Sådana beslut fattas i uppdragsgivarens namn och för uppdragsgivarens räkning.

Avtalssamverkan innebär alltså inte att beslutanderätt överförs från uppdragsgivaren till uppdragstagaren. Detta innebär också att beslut som fattats med stöd av extern delegation överklagas på samma sätt och av samma krets som de beslut som fattas av anställda i den delegerande kommunen.

Uppdragsgivaren behåller också ansvaret gentemot tillsynsmyndigheter och enskilda för fel och brister i handläggning och beslutsfattande. I praktiken innebär detta att den nämnd hos uppdragsgivaren som är ansvarig för de uppgifter som samverkan rör, är fortsatt ansvarig för att verksamheten bedrivs enligt lag och fullmäktiges riktlinjer och ansvarar gentemot fullmäktige för brister i den verksamhet som samverkan avser, 6 kap. 6 § KL. Nämnden har kvar ansvaret för den interna kontrollen och revisionsansvaret för de uppgifter som samverkan avser och måste vara beredd att vidta åtgärder om brister i verksamheten upptäckts.

#### 4. Uppgifter som uppdragstagaren ska utföra och ansvara för

- Information, rådgivning och stöd i familjerättsliga frågor
- Utredda faderskap och föräldraskap, förutom "S-protokoll"
- Samarbetssamtal på initiativ av föräldrar
- Samarbetssamtal på initiativ av domstol
- Avtal gällande vårdnad, boende och umgänge
- Upplysningar på begäran från domstol
- Föredragning av ärenden i utskott/nämnd
- Utredda och besluta om att väcka talan/ej väcka talan om umgänge för andra än föräldrar
- Verkställande av umgängesstöd efter beslut från domstol



- Avge utredningar gällande vårdnad, boende och umgänge på uppdrag av domstol
- Avge yttrande till domstol om möjlighet till umgängesstöd
- Utredningar om medgivande till internationell adoption
- Avge yttranden i adoptionsärenden till domstol
- Genomföra uppföljningar efter genomförd adoption
- Utföra övriga sällanförekommande familjerättsliga ärenden; namnärenden, godkänna avtal om underhållsbidrag för längre period än tre månader.
- Samverka med andra huvudmän och organisationer inom verksamhetsområdet

Ovan angivna uppgifter vilka ska utföras av uppdragstagaren är uttömmande. För det fall ytterligare uppgifter ska omfattas av avtalssamverkan ska detta överenskommas skriftligen.

## 5. Uppdragsgivarens fortsatta uppgifter

Avtalet omfattar inte nedanstående uppgifter:

- Utredda faderskap och föräldraskap s.k. "S-protokoll".
- Beslut att inte inleda fastställande av faderskap eller föräldraskap
- Beslut att inte inleda utredning om äktenskapspresumtion
- Beslut att lägga ned påbörjad utredning om fastställande av faderskap eller föräldraskap
- Beslut att lägga ned påbörjad utredning om äktenskapspresumtion
- Ändring av vårdnad på grund av förälders missbruk eller försummelse eller övriga brister i omsorgen, 6 kap. 7 § FB.
- Ansöka om överflyttning av vårdnad för barn som stadigvarande vårdats och fostrats i ett familjehem, 6 kap. 8 § FB.

- Ansöka om särskilt förordnad vårdnadshavare för ensamkommande barn, 6 kap 8 a § eller 6 kap 9 § FB i de fall då föräldrarna är avlidna.
- Anmäla behov av särskilt förordnade vårdnadshavare, 6 kap. 9 § FB.
- Ansöka om överflyttning av vårdnaden från en särskilt förordnad vårdnadshavare eller tillfälligt förordnad vårdnadshavare till någon eller av barnets föräldrar eller båda.
- Ansöka om entledigande av olämplig särskilt förordnad vårdnadshavare, 6 kap 10 c § FB.
- Föra talan om att utse en tillfälligt förordnad vårdnadshavare, 6 kap. 10 d § FB.
- Besluta om åtgärder utan den ena vårdnadshavarens samtycke, 6 kap 13 a § FB.
- Föra talan om ändring av umgänge, 6 kap 15 a § första stycket FB.
- Utredda och fatta beslut efter ansökan om bistånd till kontaktperson vid umgänge, 4 kap. 1 § SoL.

Ovan angivna uppgifter är inte uttömmande. Uppdragsgivaren ansvarar således för uppgifter inom sitt område även om de inte har angivits ovan.

## 6. Verksamhetens genomförande

Den familjerättsliga verksamheten kommer att bedrivas av familjerättsenheten i Jönköpings kommun. Samtal och besök som hänger samman med nedan beskrivna åtaganden kommer att genomföras i Individ- och familjeomsorgsnämndens lokaler i Jönköping.

Då samtal *kan* komma att hållas i hemkommunen, behöver därför uppdragsgivaren kunna ombesörja behov av samtalsrum och arbetsplats vid behov.

Uppdragstagaren är ansvarig arbetsgivare för personalen vid familjerättsenheten och har arbetsmiljö- och personalansvar för personalen.

Under pågående arbete ansvarar uppdragstagaren för förvaring av dokumentationen. Vid ärendets avslut sänds handlingarna till uppdragsgivarens kommun, tillika arkivmyndighet.

Vid begäran om utlämnande av allmän handling under aktiv handläggningsfas fattas beslut om utlämnande av allmän handling av uppdragstagaren i enlighet med delegationsordningen i bilaga 1. Efter avslutat ärende lämnas akten till uppdragsgivaren som då ansvarar för att besluta om utlämnande av allmän handling enligt sin egen delegationsordning.

Uppdragstagaren ansvarar för att ta emot och utreda eventuella klagomål mot verksamheten.

Uppdragsgivaren ska årligen få del av verksamhetens verksamhetsberättelse samt statistik på antal handlagda ärenden. Utöver detta ska fortlöpande sådan information ges som behövs för att uppdragsgivaren ska kunna fullgöra sitt verksamhetsansvar. Uppdragstagaren ansvarar för att rapportering av statistik sker till MFOF för de tre kommunerna.

Uppdragstagarens kommunstyrelse har ansvar för att uppsiktsplikt fullgörs i verksamheten.

Uppdragsgivaren förbinder sig att säkerställa att det finns tillgång till hemkommunens verksamhetssystem via VPN, Mobility Guard eller liknande säker uppkoppling.

Uppdragsgivaren förbinder sig att säkerställa att familjerättsenhetens medarbetare hos uppdragstagaren får utbildning i uppdragsgivarens verksamhetssystem.

Uppdragsgivaren har ansvar för sin verksamhet och att den bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har beslutat samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten.

Uppdragsgivaren har ansvar för kontroll, uppsiktsplikt och att rapportering sker i tillräcklig omfattning och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Vid anmälan om avvikelse inom uppdragstagarens organisation samt ev. efterföljande Lex Sarah-utredning som gäller ärenden från uppdragsgivaren skall SAS hos uppdragsgivaren informeras.

#### 7. Delegering av beslut från respektive uppdragsgivare till uppdragstagaren

I samband med att avtalssamverkan godkänns av respektive kommuns sociala nämnd, som omfattas av avtalet fattar även uppdragsgivande nämnder beslut om att delegera beslut till tjänstemän hos uppdragstagande nämnd i enlighet med vad som närmare framgår av bilaga 1, till avtalet.

#### 8. Samverkan

Utöver den informationsöverföring som ska ske och som framgår under punkt 6 ska samverkansmöten hållas mellan uppdragstagarkommun och uppdragsgivarkommunerna minst två gånger per år hos uppdragstagarkommunen.

#### 9. Ekonomiska villkor och formerna för redovisning och betalning

Uppdragsgivarna tillför uppdragstagaren medel utifrån uppdragstagarens kostnad för 1,5 tjänst för familjerättslig verksamhet år 2024 (referensåret), vilket motsvarar 1 057 000 kr inkl. sociala avgifter och semesterersättning, varav Habo tillför 705 000 kr för 1,0 tjänst och Mullsjö tillför 352 500 kr för 0,5 tjänst. Härutöver tillkommer över head-kostnader med 10 % per år innehållande lokalkostnad, utbildning, utrustning och arbetsledning för personal.

Skulle det visa sig att de faktiska kostnaderna är väsentligt högre än referensåret har uppdragstagarkommunen rätt till ersättning för mellanskillnaden.

För varje nytt verksamhetsår sker en uppräknning i enlighet med konsumentprisindex (KPI) för att följa kostnadsutvecklingen och där basåret är år 2024. Större avvikelse kan medföra omförhandling.

Den reviderade kostnaden ska meddelas skriftligen när beslut är fattat av Jönköpings kommun. Senast den 15 december varje år lämnas preliminär kostnad för nästkommande år till uppdragsgivarkommunerna.

Uppdragsgivarkommunerna ansvarar för sin del av eventuella kostnadsökningar till följd av förändrad lagstiftning eller i händelse av annan händelse i omvärlden som påverkar verksamhetsområdet.

Uppdragstagarkommunen ansvarar för att regelbunden dialog förs kring eventuella budgetförändringar, vilket avser inför budgetarbete och oförutsedda händelser som kan påverka kostnaden.

Samtliga parter äger rätt att omförhandla avtalet med hänsyn till förändrade kostnader, även för innevarande år, i enlighet med vad som närmare gäller enligt villkor om omförhandling, se nästa punkt.

## 10. Omförhandling

Respektive part har rätt att påkalla omförhandling av detta avtal om det inträffar omständigheter som väsentligt förändrar förutsättningarna för parternas möjlighet att fullgöra sina förpliktelser enligt detta avtal eller sådana omständigheter som väsentligen ändrar de grundläggande förutsättningarna för avtalet. Sådana omständigheter kan t.ex. vara att bemanningen hos uppdragstagaren visar sig ha varit feldimensionerad, väsentligt ändrad ärendevolyt, förändrad lagstiftning eller förändringar i omvärlden som påverkar verksamheten.

Omförhandling ska påkallas skriftligen av den part som önskar inleda förhandling.

Förhandling ska inledas inom en månad från det att skriftlig begäran mottagits.

#### 11. Ändringar och tillägg

Ändringar och tillägg till detta avtal ska upprättas skriftligen för att vara gällande och undertecknas av behöriga företrädare för respektive part.

#### 12. Fakturering

Uppdragstagarkommunen fakturerar uppdragsgivarna ett halvår i förskott. Om anledning till faktura inte föreligger ska betalning erläggas inom 30 dagar från fakturans ankomstdag. Lagstadgad mervärdesskatt tillkommer.

#### 13. Dröjsmålsränta

Vid försening med betalning tas dröjsmålsränta inte ut om räntebeloppet understiger 100 kr per faktura.

Fakturerings-, påminnelse- eller förseningsavgift får inte påföras.

#### 14. Befrielsegrunder (force majeure)

Om fullgörandet av avtalet förhindras av omständighet som parterna inte kan råda över såsom arbetskonflikt, eldsvåda, krig, mobilisering, hybridattack, eller militärinkallelse av större omfattning, rekvisition, beslag, myndighetsbestämmelser, uppror och upplopp ska detta utgöra befrielsegrund som medför tidsförskjutning och befrielse från förseningsavgift och andra påföljder. Om sådan händelse inträffar ska parterna dock göra allt som är möjligt för att nedbringa skadeeffekterna.

Om avtalets fullgörande till väsentlig del förhindras på grund av force

majeure-händelse för längre tid än en månad äger vardera parten utan ersättningsskyldighet skriftligen häva avtalet. Det åligger part som önskar åberopa force majeure till befrielse från åtagna förpliktelser att utan dröjsmål skriftligen underrätta motparten härom. Motsvarande ska gälla när omständighet som part åberopat till befrielse från åtagna förpliktelser upphör.

#### 15. Avtalstid

Avtalet gäller från och med **XX** till och med **XX**. Vid utebliven uppsägning förlängs avtalet med ett (1) år i taget. Uppsägning ska ske skriftligen senast sex (6) månader före avtalstidens utgång. Om någon av parterna får besked om att de inte erhåller bidrag för nästkommande år äger den parten rätt att skriftligen säga upp detta avtal till kommande årsskifte utan iakttagande av uppsägningstiden om sex månader som angetts ovan. Skulle part trots att bidrag upphört välja att samverka vidare kvarstår de ekonomiska fullgöranden och andra åtaganden som framgår av detta avtal.

#### 16. Ändringar och tillägg

Tillägg och ändringar av detta avtal ska ske skriftligen för att vara gällande och undertecknas av behöriga företrädare för respektive part.

#### 17. Tvist

Tvist med anledning av bestämmelser i detta avtal ska i första hand lösas genom samråd mellan parterna och i annat fall avgöras av allmän domstol med Jönköpings tingsrätt som första instans.

Detta avtal har upprättats i tre exemplar varav parterna tagit vart sitt.

Plats och datum för  
undertecknande:

Plats och datum för  
undertecknande:

Plats och datum för  
undertecknande:

-----



## Bilaga 1.

Dagen för godkännande av detta samverkansavtal av nämnd i uppdragsgivarkommunen har nedanstående delegerats till angivna beslutande i uppdragstagarkommunen att fatta beslut om:

	ÄRENDE	LAGRUM	BESLUTANDE	REDOVISAS
1	Föräldraskapsbekräftelse och fastställande av faderskap			
1.1	Godkänna faderskaps- eller föräldraskapsbekräftelse, samboende (S-protokoll)	1 kap 4 § FB	Särskilt utsedd administratör familjerätt hos uppdragstagaren	
1.2	Godkänna faderskaps- eller föräldraskapsbekräftelse, inte samboende (MF-protokoll)	1 kap 4 § FB	Familjerättssekreterare hos uppdragstagaren	
1.3	Godkänna faderskaps- eller föräldraskapsbekräftelse Övriga ärenden (MF+Ä-protokoll, S+Ä-protokoll)	1 kap 4 § FB	Familjerättssekreterare hos uppdragstagaren	
1.4	Åtgärder i samband med fastställande av faderskap eller föräldraskap	2 kap 1, 4-6 och 8 §§ FB	Familjerättssekreterare hos uppdragstagaren	

1.5	Beslut att inleda utredning om faderskap	2 kap 1§ FB	Särskilt utsedd administratör familjerätt	
1.6	Beslut att inleda utredning om äktenskapspresumtion	2 kap 9 § FB	Familjerätts-sekreterare hos uppdragstagaren	
1.7	Beslut att inte inleda utredning om fastställande av faderskap eller föräldraskap	2 kap 9 § FB	Ej delegerat, beslutas av uppdragsgivaren	
1.8	Beslut att inte inleda utredning om äktenskapspresumtion	2 kap 9 § FB	Ej delegerat, beslutas av uppdragsgivaren	
1.9	Beslut att lägga ned påbörjad utredning om fastställande av faderskap eller föräldraskap	2 kap 7 § FB	Ej delegerat, beslutas av uppdragsgivaren	
1.10	Beslut att lägga ned påbörjad utredning om äktenskapspresumtion	2 kap 9 § FB	Ej delegerat, beslutas av uppdragsgivaren	

1.11	Beslut att väcka och föra talan i mål om faderskap och föräldraskap	3 kap 5,6,och 8 §§ FB	Familjerättssekreterare hos uppdragstagaren	
2.	Vårdnad, boende och umgänge			
2.1	Besluta att utse utredare i ärende om vårdnad, boende och umgänge	6 kap 19 § tredje stycket FB	1:e familjerättssekreterare hos uppdragstagaren	
2.2	Godkänna föräldrars avtal om vårdnad boende och umgänge	6 kap 17 a § FB	Familjerättssekreterare hos uppdragstagaren	
2.3	Besluta att utse en eller flera personer att medverka vid umgänge	6 kap 15 c § tredje stycket FB	Familjerättssekreterare hos uppdragstagaren	
3	Adoption			
3.1	Besluta att utse utredare i ärende om adoption	4 kap 14 § FB	1:e familjerättssekreterare hos uppdragstagaren	
3.2	Lämna förslag till domstol i fråga om adoption	4 kap 15 § FB	Familjerättssekreterare hos uppdragstagaren	

3.3	Besluta om samtycke att adoptionsförfarandet får fortsätta	6 kap 14 § SoL	Familjerätts- sekreterare hos uppdragstagaren	
3.4	Besluta om förlängd utredningstid för prövning av samtycke	6 kap 14 § SoL	Familjerätts- sekreterare hos uppdragstagaren	
3.5	Beslut om medgivande att ta emot ett barn i syfte att adopteras genom internationell adoption	6 kap 12 § FB	Ej delegerat, beslutas av uppdragsgivaren	
	<b>4. Rapporterings- och anmälningsskyldigheter</b>			
4.1	Anmäla till överförmyndare om behov av god man i ärende gällande upphävande av faderskapspresumtion	5 kap 3 § SoF, 3 kap 4 § FB	Familjerätts- sekreterare hos uppdragstagaren	
4.2	Anmäla behov av god man eller förvaltare enl FB, att någon inte längre behöver ha förvaltare eller att	5 kap 3 § SoF	Familjerätts- sekreterare hos uppdragstagaren	

	förhållandena talar för att en förälder förvaltar sitt barns ekonomi på betryggande sätt. Görs till hemkommun.			
4.3	Anmäla oro gällande barn som far illa till hemkommun	14 kap 1 § socialtjänstlagen	Familjerättssekreterare hos uppdragstagaren	
4.4	Rapportera och utreda missförhållanden enligt lex Sarah eller andra avvikelser i verksamheten samt personuppgiftsincidenter.	14 kap 3 § socialtjänstlagen mfl.	Familjerättssekreterare hos uppdragstagaren	
4.5	Besluta i lex Sarah-ärende om missförhållande eller risk för missförhållande, som rör den som får eller kan komma ifråga för insatser inom verksamheten, inklusive anmälan till IVO	14 kap 6-7 § SoL, 24 e-f § LSS	SAS hos uppdragstagaren	
	<b>5.Utlämnande av allmän handling</b>			
5.1	Prövning och beslut om utlämnande av allmän handling till en enskild med uppgift om hans eller hennes egna personliga	26 kap 1 § m.fl. lagrum OSL	Tjänsteman som inom ramen för sin tjänst hos uppdragstagaren	

	förhållanden under ärendets aktiva handläggning		ansvarar för handlingen	
5.2	Besluta om utlämning av allmän handling som innehåller uppgift om en enskilds personliga eller ekonomiska förhållanden, till annan än den enskilde själv, samt uppställa förbehåll i samband med utlämnande till enskild under ärendets aktiva handläggning	6 kap 3 § OSL, 10 kap 3§ OSL, 26 kap 1 § OSL, 39 kap 1-3 § och 5a § OSL	Enhetschef för familjerätten hos uppdragstagaren	