Vänersborgs kommun

# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse Socialnämnden 2025

# Sammanfattning

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

Under 2025 har det systematiska kvalitetsledningsarbetet fortsatt och bör betraktas som en långsiktigt pågående aktivitet, som ständigt måste utvecklas och hållas levande. Kvalitetsföreskriften kom 2011, och Vänersborg bedöms ha goda strukturer och stöd för arbetet. Det är en utmaning men också en framgångsfaktor att "hålla den röda tråden" och i allt utvecklingsarbete knyta samman de olika delar som påverkar och påverkas, och använda kvalitetsledningssystemet och den metodik som systematiskt kvalitetsarbete utgör som ett verktyg för att dokumentera, följa upp och förbättra.

Arbetet med att ta fram ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal för Västra Götalandsregionen (VGR) och de 49 kommunerna har fortsatt under 2025. Parterna har haft en arbetsgrupp som tagit fram ett nytt förslag på hälso- och sjukvårdsavtal utifrån de ekonomiska ramar som finns. Avtalet har varit på remiss hos parterna under 2025. Avtalet ska vara hållbart över tid, stödja samverkan och resultera i tydliga länsgemensamma styrdokument. 1 september 2025 ställde sig det politiska samrådsorganet, SRO, sig bakom slutförslag till nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande fyra överenskommelser i form av underavtal, och rekommenderar samtliga Parter att var för sig besluta om att anta dessa att gälla från och med den 1 januari 2027

Under 2025 har arbetet med omställning till en god och nära vård fortsatt där förhållningssättet som avser en personcentrerad hälso- och sjukvård och samarbetet och samverkan mellan vårdgivare och patient är central.

Som en del av den omställningen har i delregional vårdsamverkan flera delregionala samverkansrutiner tagits fram, exempelvis
- Öppenvårdsprocessen
- Bemanning in- och utskrivningsprocessen storhelg
- Samverkan vid palliativ vård
- Vägledning för vårdpersonal gällande asylsökande

I lokal samverkan gemensam handlingsplan
- Genomförande av hälsoundersökningar av vuxna med funktionsnedsättning

- Öka möjligheten till egenvård
- Närområdesplanen
- Lokal öppenvårdsprocess

Lokalt har läkemedelsautomater har blivit förstahandsval vid läkemedelsövertag för patienter i ordinärt boende.

Inom socialtjänsten har 2025 till stora delar riktats mot att förbereda för, och sedan implementera den nya socialtjänstlagen (2025:400) som trädde i kraft 1 juli. Konkreta exempel på detta har dels handlar om att inför lagförändringen anpassa verksamhetssystem och styrande dokument för att möjliggöra en god övergång, vilket har fungerat väl i det interna samarbetet. Vänersborg har valt ett processinriktat arbetssätt och valt att se lagändringen som en möjlighet till faktiskt omställning, och i detta fokuserat på att t ex i samverkan undersöka vilka insatser som skulle kunna ge bäst effekt som insatser utan behovsprövning (IUB) samt informerat i så många forum som möjligt, t ex barn- och utbildningsnämnden, kultur- och fritidsnämnden och har fått god input från de kommunala råden. Kommunen har också förberett för att delta i den nationella lärprocessen tillsammans med kommuner som på olika sätt liknar Vänersborg och där utbyte bedöms som särskilt gynnsamt.
Samtidigt har en rad andra förändringar inom socialtjänsten trätt i kraft och förberetts vilket ställt stora krav på förvaltningen i att ställa om och säkerställa arbetssätt och rutiner, både genom nya SoL men också bland annat i offentlighets- och sekretesslagstiftningen. Samma trend ser ut att fortsätta inför 2026 i linje med regeringens uttalade viljeriktning, något som bl a SKR benämner som en "reform-storm". Viktigt att minnas är att många av de stora lagändringarna inom bla god och nära vård, nya SoL och samsjuklighetsutredningen till stora delar är samstämmiga, och betonar vikten av samverkan och den enskilde patienten/brukaren

**Sammanfattande bedömning**
Socialnämnden bedriver hälso- och sjukvård och socialtjänst som till stora delar uppnår god kvalitet och patientsäkerhet. Berättelsen sammanfattar också särskilt viktiga utvecklingsområden där fortsatt arbete behöver ske.

# Innehåll

**Sammanfattning** ..... **2**
**Innehåll** ..... **4**
*Förkortningar och definitioner* ..... *5*
**1. Inledning** ..... **6**
**1.1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete** ..... **6**
**1.2 Vad är god kvalitet inom socialtjänst och hälso- och sjukvård?** ..... **6**
**1.3 Ansvar i kvalitetsledning** ..... **8**
**2. Process – Åtgärder för att säkerställa verksamhetens kvalité** ..... **11**
**2.1 Hur har socialnämndens kvalitetsarbete bedrivits?** ..... **11**
2.1.1 Kunskapsbaserad ..... 14
2.1.2 Säker ..... 17
2.1.3 Individanpassad ..... 20
2.1.4 Effektiv ..... 21
2.1.5 Jämlik och jämställd ..... 22
2.1.6 Tillgänglig ..... 23
**2.2 Riskanalys** ..... **25**
**2.3 Avvikelser** ..... **26**
**2.3.1 Synpunkter och klagomål** ..... **31**
**2.3.2 Lex Sarah** ..... **33**
**2.3.3 Lex Maria** ..... **34**
**3. Egenkontroller** ..... **34**
*3.1 Senior alert* ..... *35*
*Bakgrund:* ..... *35*
*3.2 Palliativregistret* ..... *36*
*3.3 BPSD* ..... *38*
*3.4 Läkemedelsgenomgångar* ..... *39*
*3.5 Kvalitetsgranskning läkemedelshanteringen* ..... *39*
*3.6 Punktprevalensmätning basala hygienrutiner och klädregler* ..... *40*
*3.7 Uppföljning kontakter med läkarjouren Källstorp Trollhättan* ..... *42*
*3.8 Rättssäkerhet och följsamhet till ny lagstiftning* ..... *42*
*3.9 Granskning av dokumentationens kvalité* ..... *46*
*3.11 Andra egenkontroller* ..... *48*
*3.11.2 Säkra vårdövergångar* ..... *48*
*3.11.3 Avvikelsehantering i samverkan Med Control Pro.* ..... *49*
*4. Uppföljning privata utförare, verksamhet upphandlad enligt LoU* ..... *50*
*5. Nationella brukarundersökningar och öppna jämförelser* ..... *52*
**6. Våld i nära relation** ..... **54**
**7. Barnbokslut – barnrättsarbete** ..... **55**
**8. Samverkan** ..... **58**
**9. Resultat och analys** ..... **62**
**10. Mål och aktiviteter för 2026-2028** ..... **64**

## Förkortningar och definitioner

I enlighet med Klarspråk undviks förkortningar så långt det är möjligt i dokumentet. Nedan följer förklaringar av de förkortningar som används, bland annat i tabeller. Övriga förkortningar skrivs ut vid första användningen i löptext.

**Verksamhetsområden:**
Arbete, sysselsättning och integration (ASI)
Individ och familjeomsorg (IFO)
Kvalité, stöd och utveckling (KSU)
Personligt stöd och omsorg (PSO)
Vård, stöd och utredning (VSU)
Vård och omsorg (VoO) Hemtjänst
Vård och omsorg (VoO) Särskilt boende (Sä Bo)

**Roller och ansvarsnivåer**
Förvaltningschef (FC)
Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen är tillika förvaltningschef.
Verksamhetschef (VC) inom sitt verksamhetsområde
Enhetschef (EC)
Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Medicinskt ansvarig rehabilitering (MAS/MAR)
Socialt ansvarig samordnare (SAS)

# 1. Inledning

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

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

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

## 1.1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

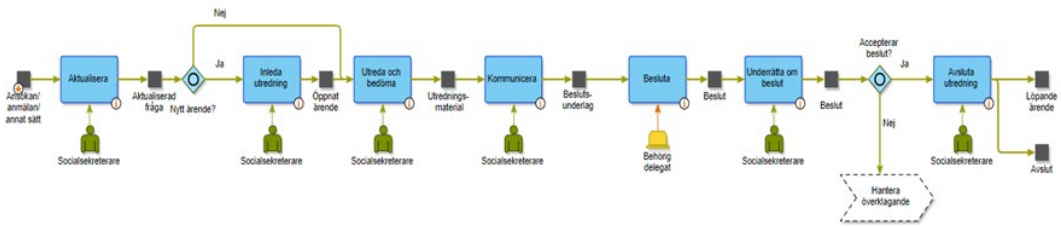
Vårdgivaren ska enligt SOSFS 2011:9 ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheterna. Föreskriften omfattar såväl socialtjänst som verksamhet inom hälso-och sjukvård.

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

Ledningssystemets grunder utgår från två delar:

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

Bild 1. Exempel på process, försörjningsstöd




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

Kvalité beskrivs i SOSFS 2011:9 på följande sätt:

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

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

**God kvalité i socialtjänsten** innebär bland annat:




Källa: Socialstyrelsen

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

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

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

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

Myndigheten präglas av rättssäkerhet

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

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

- vara lätt tillgänglig




## 1.3 Ansvar i kvalitetsledning

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




### Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet

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

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

**Förvaltningschef**
Förvaltningschefen har ett övergripande ansvar för att innehållet i ledningssystemet är ändamålsenligt och för att ett systematiskt kvalitetsarbete bedrivs.

Förvaltningschefen ansvarar också för att det tydligt framgår hur roller och ansvar fördelas i ledningssystemet.

**Verksamhetschef enligt HSL**
Ledningen inom hälso- och sjukvård ska enligt lag vara organiserad så att det säkerställs hög patientsäkerhet och god kvalitet. I varje nämnd ska det beslutas vem som har det samlade ansvaret för hälso- och sjukvårdsverksamheten och är ansvarig verksamhetschef enligt HSL.

**Verksamhetschef**
Socialförvaltningens verksamhetschefer har ett helhetsansvar för sitt specifika verksamhetsområde, men också för att bidra till förvaltningens samlade kvalitetsarbete utifrån principen helhet före delar. Verksamhetschefen ansvarar för att genomföra riskanalyser för brukare och patienter inför större förändringar i verksamheten så som organisatoriska förändringar, byte av/förändrade behandlingsmetoder, medicinteknisk utrustning. Verksamhetschefen ansvarar för att mål formuleras för verksamheten och att dessa nås, samt svara för uppföljning och analys av verksamheten så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården och omsorgen.

Verksamhetschefen ansvarar för att personalen inom verksamheten har kännedom om gällande författningar, riktlinjer, rutiner och att dessa följs och att medarbetarna får adekvat introduktion och fortsatt kompetensutveckling

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

**Medarbetare**
All personal ska vara delaktig i kvalitetsarbetet bland annat genom att arbeta enligt upprättade processer och rutiner, uppmärksamma och rapportera risker och avvikelser och bidra med förslag på förbättringar. På enhetsnivå är bl a arbetsplatsmöten (APM) forum för kvalitetsfrågor.

**Chef för kvalitets-, stöd och utvecklingsfunktioner**
Chef för kvalitet-, stöd och utvecklingsenhet har ansvar för att samordna och organisera stödroller och strukturer för kvalitetsarbetet inom förvaltningen.

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

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

1. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,

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

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

**SAS**
Socialt ansvarig samordnare har till uppgift att utveckla, säkra och följa upp delar av det systematiska kvalitetsarbetet samt utöva kvalitetsgranskningar i verksamheten. SAS granskar och kvalitetssäkrar verksamheternas huvudprocesser vid behov samt kan initiera behov av förändring. Vidare bedriver SAS omvärlds- och lagkravsbevakning.

SAS har också huvudansvar för att utreda inkomna rapporter enligt lex Sarah samt bedöma om de avser missförhållande/risk för missförhållande eller allvarligt missförhållande eller risk för sådant. Socialnämndens ordförande är delegat på att besluta om anmälan till IVO vid allvarliga missförhållande, utifrån förslag till beslut från SAS.

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

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

Den enskilde får sina behov prövade i en rättssäker myndighetsutövning

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

Dokumentationen förs i den omfattning som föreskrivs i lag och föreskrift

# 2. Process – Åtgärder för att säkerställa verksamhetens kvalité

## 2.1 Hur har socialnämndens kvalitetsarbete bedrivits?

Av kvalitetsberättelse för 2024 framgår att socialnämnden benämnt särskilda utvecklingsområden inom nedanstående områden. Samtliga har påbörjats eller färdigställts.

| **Nationell kvalitetsindikator** | **Aktivitet** | **Uppföljning** |
|---|---|---|
| Kunskapsbaserad 2.1.1 | Fortsatt arbete med systematiskt kvalitetsarbete så att förändringar och utvecklande insatser har sin grund i den kunskap vi får genom riskbedömningar, egenkontroller och avvikelsearbete, och ger ökad effekt. Beslut om treårig egenkontroll på avvikelseprocessen. | Pågående och långsiktig. Ökad kunskap och medvetenhet i chefsled, viktigt att nå ända ut till alla medarbetare.<br>Har vidareutvecklats under året bl a med beslutsstödet. |
| | Säkerställa medarbetarnas följsamhet till processerna i det dagliga arbetet (*som kontinuerligt uppdateras vid t ex nya kunskapsstöd, föreskrifter, beslut från IVO etc)* | Pågående |
| | Fortsatt och fördjupat fokus på individbaserad, systematisk uppföljning och analys på aggregerad nivå/verksamhetsnivå, utveckla former för dialog om resultat och åtgärder. | Pågående |
| | Säkerställa tillräcklig kunskap för alla roller och anställningsformer.<br>Vidareutveckla förutsättningar att stärka språkförmågan inom äldreomsorgens verksamheter, i enlighet med personal- och kompetensutvecklingsplan | Pågående., med tydlig koppling till uppdaterad personal- och kompetensförsörjningsplan.<br>Gällande språk har också nya krav flaggats för som nationellt utvecklingsområde, se förslag om språkkrav, och |

| | | |
|---|---|---|
| | samt riktade insatser där behov finns. | kommer att arbetas vidare med under 2026 |
| Säker 2.1.2 | Färdigställa och implementera återstående huvudprocesser inom kommunal primärvård för ökad patientsäkerhet | Majoriteten av huvudprocesserna är färdigställda. |
| | Implementera regionala rutiner, riktlinjer och kunskapsstöd för egenvård tillsammans med regionen i vårdsamverkan. | Pågående arbetsgrupp. |
| | Säkerställa arbetssätt för att utreda och utföra kompenserande stöd till barn och familjer med funktionsnedsättning, enligt SoL | Arbetsgrupp har startat upp under 2025 och fortsätter 2026 enl uppdrag från FC |
| | Upprätta och implementera handlingsplan för civil beredskap, för att säkerställa kontinuitet och kommunikation vid händelser av kris | Pågående workshops för implementering 2025-2027 |
| | Säkerställ rutiner för uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser vid köp av plats | Fortsatt arbete 2026 |
| | Genom uppföljning av processen för systematiskt kvalitetsarbete säkerställa att riskanalyser sker ur ett brukar- och patientperspektiv. Syftet är att säkra insatsernas kvalité vid planerade och oplanerade organisatoriska förändringar. | Pågående, exempelvis arbetet trygghet för äldre. |
| Individanpassad 2.1.3 | Systematiskt informera om och erbjuda SIP. Detta ska vara synligt i verksamheternas processer. | Benämns ofta men sker mer sällan i vardagen, finns i vissa processer (t ex för extern plats). Fortsatt arbete |
| Effektiv 2.1.4 | Fortsatt utveckling av digitala lösningar som kan komplettera medarbetarnas | Pågående och långsiktig. Flera aktiviteter under året, |

| | | |
|---|---|---|
| | insatser i enlighet med digital färdplan, i syfte tat stärka den enskildes egenmakt och självständighet. | bl a läkemedelsautomater, LC aktivitetsplanering. |
| Jämlik 2.1.5 | Analys av underlag för att upptäcka och åtgärda eventuella omotiverade skillnader utifrån diskrimineringsgrunderna, i bemötande eller utformning av stöd och insatser. | Del av omställningen ny SoL, riktat område. Beslutsstödet ett viktigt verktyg för analys. Modell för arbetet med jämlikhet och jämställdhet efterfrågas nationellt. |
| Tillgänglig 2.1.6 | Fortsatt arbete med omställning god och nära vård<br><br>Implementering ny socialtjänstlag där förebyggande och tillgänglighet innefattas.<br><br>Utveckla former av stöd och samarbeten för att motverka behov av placering av barn utanför det egna hemmet, inom och utom förvaltningen<br><br>Initiera och delta i framtagande av anvisning för barnrättsarbete i enlighet med barnkonventionen och förtydligade bestämmelser i nya SoL (Kommande steg: barnrättssäkra egna processer) | Övergripande politiskt mål, nationellt och lokalt. Viktigt att understryka att de går hand i hand.<br><br>Se tidigare punkt, samordna insatser.<br><br>Anvisning framtagen under 2025, fortsatt arbete sker enligt framtagen riktning. |

### 2.1.1 Kunskapsbaserad




För att den verksamhet som bedrivs inom socialförvaltningen ska vara av god kvalitet förutsätts av vi arbetar kunskapsbaserat, det vill säga att all verksamhet bedrivs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och att vi har personal med rätt kompetens. Detta innefattar både att vi rekryterar personal med den grundkompens som krävs för uppdraget samt att vi tillser att all personal får kompetensutveckling fortlöpande under hela yrkeslivet. Kompetensutvecklingen ska bottna i tex. ett behov, en utmaning, en brist eller ett mål som anses kunna hanteras genom ökad kompetens.

På nationell nivå har i november 2025 en ny lag föreslagits, avseende språkkrav i äldreomsorgen: Regeringen har uttryckt att man ser allvarligt på de konsekvenser som bristande språkkunskaper hos personalen i äldreomsorgen kan få. I lagrådsremissen Ett språkkrav inom äldreomsorgen lämnas förslag om att socialnämnden och privata utförare i äldreomsorgen ska vara skyldiga att arbeta för att personalen har en kunskapsnivå i svenska språket som är relevant för att genomföra insatser. Relevant nivå av kunskaper i svenska språket definieras till att vara Gers B2 (Gemensam europeisk referensram för språk). Lagändringen föreslås träda i kraft den 1 juli 2026.

Kunskapsbaserad är också ett av huvudtemana i omställningen till en hållbar socialtjänst, och temaveckor och stödmaterial har erbjudits under hösten via aktörer som Socialstyrelsen. Det tillskapas också nationella kunskapscenter för att säkerställa och utveckling av kompetens för riktade målgrupper, bl. a IF och autism. På delregional nivå har förvaltningen deltagit bl.a i FOU-cirkel gällande kunskapsbaserad socialtjänst och KUBIONOL-modellen, som är en framtagen metod för att jobba med verksamhetsutveckling med starkt fokus på kunskapsutveckling och nyttoeffekter.

Under 2025 har förvaltningens personal- och kompetensförsörjningsplan reviderats och antagits. Planens övergripande syfte är att ha en verksamhet av hög kvalitet och ett led i att uppnå detta mål är att vara en attraktiv arbetsgivare och arbetsplats där medarbetar vill, orkar och har förutsättningar att jobba kvar.  En övergripande ambition är att vara en lärande organisation där medarbetare ges förutsättningar för kompetensutveckling hela yrkeslivet för att såväl bibehålla som vidareutveckla kompetens. För att uppnå dessa ambitioner, mål och syften avser förvaltningen arbeta på ett systematiserat sätt där kompetensförsörjningsfrågan är en del av förvaltningens kvalitet- och verksamhetsutveckling.

I planen anges två förvaltningsövergripande aktiviteter som är kopplade till kompetensutveckling vilka påbörjats under 2025. Dels handlar det om att vidareutveckla formerna för internutbildning och internutbildare i förvaltningen, dels handlar det om att med utgångspunkt i ”Fyrbodalsmodellen för kunskap, kompetens och kvalitet för baspersonal” nyttja dess process för att vidga den till att omfatta alla roller/funktioner inom förvaltningen.

Modellen för kunskap, kompetens och kvalitet för baspersonal i Fyrbodals 14 kommuner är sedan flera år implementerad i Vänersborg. Det övergripande målet med modellen är att nå ökad kvalitet och resurseffektivitet. Kort sammanfattat beskriver modellen hur vi fastställer kompetenskrav, hur vi inventerar kompetensutvecklingsbehovet samt hur vi verkar för att kunskap och kompetens omsätts i praktiken och kommer brukare/patienter till del. Under 2025 har modellen renodlats i en process som kan inkludera alla roller i förvaltningen och påbörjat ett resonemang kring vilka roller/funktioner förvaltningen ska gå vidare med i att inkludera. Som det ser ut nu kommer legitimerad personal vara den yrkesgrupp som står på tur, dvs sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Ytterligare frågor som förvaltningen under 2025 har påbörjat ett arbete kring är:

- Hur omhänderta, hantera och prioritera de kompetensutvecklingsbehov som framkommer?
- Hur ska förvaltningen genomföra och utvärdera den kompetensutveckling som ges (kopplingar till kvalitet, avvikelser, arbetsmiljö mm)
- Hur ska förvaltningen kvalitetsgranska den kompetensutveckling som ges?

Målet är att skapa en samordnad, kvalitetssäkrad och hållbar modell för kompetensutveckling inom socialförvaltningen i Vänersborgs kommun, med fokus på vetenskap, beprövad erfarenhet och praktiknära lärande. Med detta förväntas kvaliteten i verksamheten kunna bibehållas och utvecklas till gagn för de personer som behöver stöd via socialförvaltningen.
Nedan följer exempel på ytterligare aktiviteter och arbeten som påbörjats under året:

**Språk**
Ett särskilt fokus under året har handlat om språk som en faktor för kunskap och kvalité**.** Detta har både lokalt och nationellt motiverats av:

- Kvalitetsbrister i relation till språkbrister
- Bristande förutsättningar för medarbetare att klara sina arbetsuppgifter vid språkbrister
- Språkkrav inom äldreomsorg på gång
- Lagkrav kring språk inom äldreomsorg kan komma att skrivas in i SoL
- Befintlig personal och nyrekytering – arbetsgivaren får ansvar för den befintliga personalen når upp till språkkraven

Där har vi påbörjat ett resonemang om att vi behöver rita kartan över hur det ser ut hos oss, vad har vi, vad behöver vi och hur ska vi hantera det som rör språk? Det innefattar såväl att:

- Inventera/kartlägga de språkutmaningar som finns

- Diskutera, planera och på något sätt genomföra språkbedömning
- Utifrån våra inventerade behov besluta om vilka insatser som ska genomföras för att språkstärka och språkinspirera den befintliga personalen

Exempel på åtgärder gällande språk under 2025, bl.a:

- **Svenska i studiecirkelform**

På en boendeenhet har Kunskapsförbundet Väst bedrivit svenska i studiecirkelform under hösten. Det har varit cirka 7 – 8 vårdbiträden/undersköterskor plus språkombud som deltagit. De har träffats tre gånger på betald arbetstid cirka 3.5 timme per gång. De har tränat på både vardagssvenska och yrkessvenska samt fått bra tips och förslag på hur de kan bli ännu bättre på svenska språket. Förhoppningen var också att deltagarna skulle känna sig ännu tryggare i mötet med brukarna/de boende, deras närstående och sina arbetskamrater. De fick också några uppgifter att göra mellan tillfällena som de sågs och i och med att språkombuden har deltagit har de också kunnat vara ett bra stöd mellan tillfällena och det fortsatta språkstödet på arbetsplatsen. Det har varit väldigt uppskattat både hos deltagare, lärare och chefer och planen är att fortsätta med detta under 2026.

- **Språkombud / handledare**

Språkombud har utbildats under året. Inför 2026 kan vissa förändringar ske inom området med anledning av att VO-college har varumärkesskyddat ordet och konceptet språkombud och kommunen har inte längre någon möjlighet att få kostnadsfria utbildningar till språkombud via Kunskapsförbundet. MERIT är de som vunnit Skolverkets upphandling och utbildar, vad de kallar handledare, kostnadsfritt.

- **ÄO-lyftet**

Ökat antal sökanden och nyttjat fler av våra platser till såväl två- som treterminers utbildningen till undersköterska. Vi har också under 2025 kunnat nyttja mer äo-medel genom att vi har infört en ny rutin och en specifik projektkod som vi använder för vissa kortare utbildningar så att vi kan återrapportera på ett bra sätt till Socialstyrelsen. De utbildningar som konteras på detta sätt är tex:

- Utbildning med relevans utifrån Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskap äldreomsorg eller Socialstyrelsens kompetensmål för undersköterskor. Tex förflyttningar, demens, välfärdsteknik, nutrition etc. (de utbildningar som utvecklingsteamet genomför)
- Kurser i svenska språket
- Kurser i vård- och omsorgssvenska
- Svenska grundskola (Är ett behörighetskrav för att få läsa vård- och omsorgsprogrammet, två- och treterminers ÄO-lyfts-medel kan användas för svenska grundskola, förutsatt att medarbetare har matematik på grundskolenivå som även det är ett behörighetskrav för att gå vård- och omsorgsprogrammet)
- Utbildning utifrån VO-college till handledare och språkombud

- **PRAO**

Fortsatt pilot gällande PRAO och där har vi sett en mycket positiv utveckling, motsvarande en dubblering av bokade platser (från 11 höstterminen 2024, till 22 höstterminen 25). Värt att notera är samtidigt att sökande till platserna har ökat från 12 till 54 personer, dvs 450%.

- **Kompetensutveckling i samverkan**

I och med ”Modellen för kunskap, kompetens och kvalitet för baspersonal” som vi har i Fyrbodal och den inventering av kompetensutvecklingsbehov som varje kommun gör har Fyrbodal anordnat ett antal utbildningar/inspirationsdagar för våra 14 kommuner dit Vänersborg har skickat medarbetare. Det har tex varit:

- Lågaffektivt bemötande med fokus på äldre
- Lågaffektivt bemötande med fokus på vuxna
- Lågaffektivt bemötande med fokus på barn och unga
- Tvångs och begränsningsåtgärder
- LSS och psykisk ohälsa

Förvaltningen har vidare en organisation för internutbildningar, i form av utvecklingsteam (kommunal primärvård) och metodstöd (Personligt stöd och omsorg). Utvecklingsteamet har erbjudit och genomfört utbildningar i bla rehabiliterande förhållningssätt, palliativ vård, sårvård och larmutbildning. Introduktionsutbildning inom omvårdnad och rehabilitering till alla nya vikarier som saknade grundutbildning, samt utbildat inför läkemedelsdelegering och personförflyttningar

Metodstöd har under året ärendehandlett kring specifika situationer på flera enheter gällande både barn, vuxna och äldre och även utbildat inom bl. a lågaffektivt bemötande och olika pedagogiska metoder.

Även de nationella kunskapsstöden som finns för vissa insatser och funktionsnedsättningar är viktiga källor när det kommer till att arbeta kunskapsbaserat, och implementering av dessa en central del. Exempel från verksamhetsområde ASI:

*“Enhetschefer påbörjade under 2024 ett arbete tillsammans med medarbetarna inom daglig verksamhet utifrån Socialstyrelsens nya kunskapsstöd. Kunskapsstödet har varit ett viktigt verktyg att använda i utvecklingsarbetet av daglig verksamhet gällande organisation och innehåll. Under 2025 har arbetet fortgått med att implementera kunskapsstödet ut i verksamheterna. “*

### 2.1.2 Säker

**Tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) gällande myndighetsutövning barn och unga**

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har med stöd av 28 kap. 1 och 2 §§ SoL genomfört tillsyn riktad mot samtliga kommuner i landet i syfte att granska rättssäkerheten i kommunernas myndighetsutövning för barn och unga. Tillsynen har granskat:

- handläggning och kontroll inför placeringar av barn och unga i privat drivna verksamheter samt familjehem,

- hantering av orosanmälningar,
- uppföljning av placeringar och handläggning samt
- arbetet med egenkontroll som en del i det systematiska kvalitetsarbetet.

Tillsynen granskar även kommunens arbete mot jäv och korruption.

I tillsynen har IVO inledningsvis begärt uppgifter utifrån tillsynens fokusområden från samtliga Sveriges kommuner, samt valt ett antal kommuner att genomföra inspektion i. Inspektionen har genomförts genom gruppintervju med socialsekreterare / LSS-handläggare, gruppintervju med ledning och nämnd samt genom digitala barnenkäter till berörda barn och unga i inspektionskommunerna.

IVO har i tillsynen konstaterat vad som bedöms vara mindre brister vad avser uppföljning av placering av barn och unga (att upprepat ge information om kontaktuppgifter till socialsekreterare) samt i egenkontroll av myndighetsutövningar (synpunkter som framkommit vid enskilda uppföljningar har omhändertagits på annat sätt än i ordinarie synpunktshantering). Detta behöver kompletteras befintliga rutiner och processer, och kommer att ske som en del av utvecklingsarbete under 2026. Förväntad kortsiktig effekt är ökad tillgänglighet och känsla av trygghet för barn och unga, samt möjlighet att än snabbare kunna fånga upp barn och ungas åsikter även mellan planerad uppföljning.

**Säker, digital informationshantering**

Digitalisering och säker informationshantering har varit ett högt prioriterat område med många olika processer igång under året. Detta har inneburit en stor arbetsinsats för många involverade. En process som har arbetats med i princip hela året är införandet av SDK (säker digital kommunikation), som kommer att innebära att sekretessbelagda handlingar kan skickas på ett säkert sätt mellan myndigheter. Verksamheterna har parallellt med detta arbetat med förberedelser för säker e-post som kommer möjliggöra att vi på ett säkert sätt kan skicka sekretessbelagda handlingar till bl.a. privatpersoner. Verksamheterna har även implementerat ”digital post” internt så att vi på ett säkert sätt kan skicka sekretesshandlingar mellan enheter och tjänstemän digitalt inom vårt verksamhetssystem.

**Kontinuitetsplanering - krisberedskapsplan**

Under 2024–2026 har ett tydligt utvecklingsområde varit att upprätta och implementera handlingsplan för civil beredskap, för att säkerställa kontinuitet och kommunikation vid händelse av kris. För att bygga en långsiktig kontinuitet gällande krisberedskap och civilt försvar krävs en rad olika åtgärder.

- Krisledningsplan för Socialförvaltningen har färdigställts under år 2025. Dokumentet beskriver förvaltningens egen krisorganisation och hur den är tänkt att leda, organisera, kommunicera och samverka såväl vid samhällsstörningar som kriser.

- Övergripande nödpärm (krispärm) är reviderad och färdigställd under år 2025. Det är en förvaltningsövergripande information för hantering av samhällsstörningar och kriser. Informationen finns digitalt på Intranätet och i fysisk pärm på respektive enhet.

- Kontinuitetsplanering

Det är viktigt att ha en plan B för att agera vid olika samhällsstörningar och vidta åtgärder. Kontinuitetsplanering hjälper våra verksamheter att vara proaktiva istället för reaktiva, vilket minskar stress och osäkerhet vid kriser. Under senare delen av året har arbetet påbörjats med att utbilda kring kontinuitetsplanering. Först ut var våra särskilda boenden. Arbetet kommer att fortgå under hela år 2026.

Två utvecklingsledare har under året påbörjat arbetet med att stödja samtliga verksamheter med att upprätta enhetsvisa kontinuitetsplaner som ska säkerställa god och säker vård och omsorg i händelse av kris eller krig.

Exempel från verksamhetsområde särskilda boenden: "*Verksamheten har också under hösten med hjälp av utvecklingsledare på förvaltningen startat upp arbetet runt den interna kontinuitetsplan som tagits fram och som handlar om hur vi ska agera och jobba vid krissituationer. I samband med detta arbetar man också med den krispärm som ska finnas på de olika enheterna för att medarbetarna snabbt ska kunna agera och få hjälp om något oförutsett händer.*"

**Behörighetskontroll**

Socialförvaltningen har enligt patientdatalagen, Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården samt Dataskyddsförordningen (GDPR) ett uttalat ansvar för behörighetsstyrning och att föra logghistorik i alla IT system som innehåller personuppgifter. Det kan vara verksamhetssystem för; handläggning och dokumentation, informationsöverföring och samordnad vårdplanering, planerings- och registreringssystem samt sammanhållen journalföring etc.
Inom området socialtjänst är behörighetsuppföljning även reglerat i Offentlighets- och sekretesslagen, Dataskyddsförordningen (GDPR) och Socialtjänstlagen.
Inom området hälso- och sjukvård är behörighetsuppföljning även reglerat i Patientdatalagen samt i föreskriften och allmänna rådet HSLF-FS 2016:40 där det står att ”systematiska och återkommande stickprovskontroller ska göras”.

Den som arbetar inom Socialförvaltningen i Vänersborgs kommun bör endast ta del av lagstadgad dokumentation gällande enskild brukare under förutsättning att han/hon:
• deltar i den enskildes vård och omsorg och behöver uppgifterna för sitt arbete
• handlägger ärenden och behöver uppgifterna för sitt arbete.

Rutin för den systematiska behörighetsuppföljning för IT-system inom socialförvaltningen har under året följts upp och reviderats.

## Uppföljning av noterade brister inom ett hemtjänstområde 2024

I kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen 2024 noterades att ett hemtjänstområde stod ut vad gäller brister i utförande av personlig omvårdnad, samt att insatser som viktkontroller och blodtryckskontroller har uteblivit vilket inneburit risk för vårdskada.

Ur ett patient- och brukarperspektiv noteras även 2025 att kvalitén fortsatt avviker vad avser en högre andel och annat mönster av avvikelser och fortsatt rapportering

av att hälso- och sjukvårdsåtgärder inte utförts till fullo. Det arbete som skett under året avspeglas inte ännu fullt ut i effekt på det patient- och brukarnära arbetet och fortsatt arbete med bl.a riskanalyser och bakomliggande orsaker till avvikelser och åtgärder är av vikt, vilket verksamheten lagt en plan för.

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

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

### 2.1.3 Individanpassad
Vården och omsorgen ska ges med respekt för den enskildes specifika behov, önskemål och integritet. Delaktighet är centralt. Inriktningen i nya socialtjänstlagen är också mycket tydlig med att en förflyttning behöver ske generellt inom socialtjänsten, från det insats styrda till det behovsstyrda samt att arbetet ska utgå från individens behov och inte verksamhetens. Förberedelserna för den nya socialtjänstlagen som trädde i kraft 1 juli har haft stort fokus inom hela förvaltningen.

Ett område som varit i fokus detta år är Bostad först och introduktionen av ny bosamverkande socialsekreterare med särskilt uppdrag gällande bostadssociala frågor samt att utveckla det vräkningsförebyggande arbetet. Förberedelser under hela 2025 har möjliggjort att den första personen kunde beviljas insatsen i januari 2026.
Ett annat exempel är att vuxenenhetens utförarteam börjat att använda sig av det digitala hjälpmedlet Previct, ett verktyg som hjälper användaren att registrera känslor, beteenden och riskfaktorer i vardagen. Informationen samlas i en app och ger såväl brukare som behandlingssekreterare möjlighet att följa utvecklingen i realtid, vilket underlättar tidiga insatser och individanpassad behandling. Syftet är att öka struktur, delaktighet och förebygga återfall.

**Uppföljning av hur SIP har använts**
Samordnad individuell plan (SIP) belystes som ett särskilt viktigt utvecklingsområde i KoP 2024, då det är ett vedertaget verktyg för att säkerställa samordning kring individen när man har insatser från flera olika huvudmän. Vid granskning finns SIP med i några av verksamheternas rutiner men saknas till del, och bör närmare följas upp som ett egenkontrollområde i processerna under 2026–2028.

### 2.1.4 Effektiv

Nämnden som vård och omsorgsgivare har ett ansvar att tillse att de kommuninvånare som har rätt till insatser utifrån lagstiftningarna får insatser av god kvalité som leder till önskat resultat, inom den ekonomiska ram som finns till förfogande. Förvaltningen ser fortsatt en ökad volymutveckling, nya målgrupper samt också ny eller mer komplex problematik bakom hjälpbehoven, inom flertalet målgrupper och då främst kopplat till äldreomsorgens olika delar, individ- och familjeomsorgens barn och unga, försörjningsstöd, daglig verksamhet LSS inom arbete, sysselsättning och integration samt inom personligt stöd och omsorg.

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

Omställningen till en hållbar socialtjänst handlar till stor del om att andra aktörer genom förebyggande och universella insatser kan minska eller senarelägga behovet av socialtjänstens insatser. Här har ett arbete påbörjats i form av workshopar med andra förvaltningar som bedriver mycket viktiga verksamheter som påverkar folkhälsa, bland annat skola och kultur och fritid. Det har också skett en samordning med pågående arbete med handlingsprogram specifikt riktat mot målgruppen barn och unga, där socialförvaltningen bland annat deltog i dialogträffar med föreningslivet.

Några exempel som kan nämnas gällande samverkan är lokal vårdsamverkan i Vänersborg där kommunen har haft ordförandeskapet under året och 2026 går det över till vårdcentralerna. En gemensam konferens inom Barn och unga med fokus på bland annat omställningen ny socialtjänst genomfördes under året. Vänersborg var också med och tog fram en rutin kring asylärende med NU-sjukvården för att underlätta samverkan vid utskrivning från slutenvården. Genom samverkan med Trollhättan, Uddevalla och NU-sjukvården har även ett arbete skett gällande gemensamt projekt välfärdsrådgivare på akuten som kommer att implementeras under 2026. Välfärdsrådgivare ska fungera som en brygga mellan sjukvården både den regionala primärvården, akutsjukvården och kommuner och det omgivande välfärdssystemet som helhet, med målet att: Förbättra patientens möjlighet till rätt stöd i rätt tid, minska återbesök och onödig belastning på akutmottagningen och stärka samverkan mellan region, kommun och civilsamhälle.

**Digitalisering**

Digitalisering är en mycket viktig del för att skapa en långsiktigt hållbar socialtjänst och hälso- och sjukvård, och ska komplettera medarbetarnas insatser. Förvaltningen har under året arbetat på flera fronter för att främja digitala lösningar som ytterst ska skapa ett mervärde för brukare/patient, t ex vad gäller tillgänglighet , självständighet och delaktighet. Här följer några exempel:

*Digital färdplan*

Under året har socialförvaltningen på uppdrag av socialnämnden tagit fram en digital färdplan. En digital färdplan är ett strategiskt dokument som beskriver hur förvaltningen ska utveckla och använda digitalisering för att förbättra verksamheten, stödet till medarbetare och servicen till medborgare. Den fungerar som en vägkarta för att nå långsiktiga mål och säkerställa att digitala satsningar är strukturerade och

prioriterade.

*Välfärdsteknik*
Trygghetsskapande teknik, så kallad välfärdsteknik, är till för invånare som behöver stöd i vardagen. Avsikten är att känna trygghet och att kunna vara så aktiv, delaktig och självständig som möjligt. Digital teknik kan bidra till att äldre ska kunna bo kvar hemma, känna sig trygga och delaktiga i samhället. Med rätt stöd kan äldre och funktionshindrade leva mer självständigt och behovet av omsorg minska. Teknik kan också möjliggöra mer social samvaro för att bryta upplevd ensamhet och isolering.

Detta sker bl a i form av:

- Trygghetslarm
- Digitala inköp
- Digital tillsyn
- Läkemedelsautomat, målet för 2025 med 150 automater är uppnått
- Nyckelfria lås
- Nyckelfria läkemedelsskåp
- Digital läkemedelssignering
- Digitala hjälpmedel
- E-tjänster

Utöver ovanstående finns i plan att införa digital tillsyn (digitala besök) både natt och dag under 2026, inledningsvis inom hemtjänsten. Förberedelser har skett under hela 2025.

*Medborgartjänst och andra digitala kontaktvägar*
Inom verksamhetssystemet Lifecare har inskaffats moduler för medborgartjänster, såsom tidbok, följa sitt ärende etc. samt modul för synpunkter och klagomål. Delar av detta är under införande/planeras att införas under 2026. Inom IFO finns sedan tidigare möjlighet att göra orosanmälan digitalt och en säker digital e-brevlåda.

*Handslag för välfärdens digitalisering*
Vänersborgs kommun deltar i SKR:s "Handslag för välfärdens digitalisering". Några av de initiativ som varit aktuella under året och fortsätter under 2026, är införandet av säker digital kommunikation (SDK), säkra meddelanden och säkra videomöten. SDK är en tjänst för information-utbyte av känslig och sekretessklassad information mellan offentliga aktörer. Även digital post, som riktar sig till privatpersoner, ingår i Handslaget och är under införande.

### 2.1.5 Jämlik och jämställd

I diskrimineringslagen (2008:567) förbjuds socialtjänsten och hälso- och sjukvården att diskrimera personer utifrån kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, ålder, sexuell läggning, funktionsnedsättning, religion eller annan trosuppfattning (1 kap. 1 § och 2 kap. 13 §). I propositionen till SoL nämns även nationalitet eller kulturell bakgrund, den enskildes förmåga att ta initiativ, utbildning eller språklig förmåga och socioekonomiska förhållanden som grunder som inte får påverka möjligheterna till hjälp (prop. 2024/25:89 s. 198).

Men hur ser det ut med jämställdheten som belyses särskilt i nya SoL, dvs att det inte

ska finnas några omotiverade skillnader i det stöd och den vård flickor/pojkar eller män/kvinnor får av nämnden? Det har på nationell visat sig att det finns skillnader i vilket stöd och vilken hjälp enskilda får tillgång till utifrån könstillhörighet. År 2023 publicerade Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, en kunskapsöversikt om jämställdheten inom socialtjänsten (Ojämställdhet i socialtjänsten - En kunskapsöversikt). Den visade att normer och föreställningar om hur flickor, pojkar, kvinnor och män ”är” och ”gör” får tydliga konsekvenser för dem som söker och får stöd. Bland annat visade översikten att; män ses som familjeförsörjare, medan kvinnor ses som omsorgsgivare, synen på kvinnors och mäns missbruk skiljer sig åt, mammors och pappors förmågor som föräldrar bedöms olika, flickors utsatthet fångas upp bättre än pojkars, våldsutsatta flickor får insatser i högre grad än pojkar samt att våld från pappor tonas ner till förmån för intakta kärnfamiljer. Detta är något som förvaltningen behöver ha fortsatt fokus på, initialt för att hitta metoder för att systematiskt undersöka om det finns risk för omotiverade skillnader i utredning eller utformning av insatser och stöd.

Ekonomisk och social utsatthet, långtidsarbetslöshet, utanförskap och skillnader i skolresultat och nyttjandegrad i förskolan mellan boendeområden är några av de utmaningar som finns nationellt och även i Vänersborgs kommun. Andelen barn som lever i hushåll med låg ekonomisk standard har ökat över tid, och ökningen är mer omfattande i Vänersborg jämfört med riket. Den psykiska ohälsan är högre i Vänersborg jämfört med riket i genomsnitt och kvinnor i Vänersborg skattar sitt psykiska välbefinnande något lägre än männen. Hela lokalsamhället påverkas om polariseringen och utsattheten ökar.

Förvaltningen har redan nu goda förutsättningar för en jämlik och jämställd socialtjänst och hälso- och sjukvård, bland annat genom en väl förankrad värdegrund och stöd i lagstiftningen, men det är fortsatt ett viktigt område att reflektera över i alla medarbetares dagliga arbete för att inte egna föreställningar omedvetet påverkar förväntningar på t ex kvinnor respektive män, eller någon av de andra diskrimineringsgrundern a. Enligt utredningen Framtidens socialtjänst som föreslog målet om jämställdhet bör socialtjänsten i första hand arbeta med följande uppgifter när det gäller att främja jämställda levnadsvillkor. Det gäller att synliggöra och beakta skillnader mellan könen som är av betydelse för socialtjänstens verksamhet på samhälls-, grupp- och individnivå. Det gäller även att genomföra verksamheten så att omotiverade skillnader inte bevaras eller förstärks genom socialtjänstens arbete. Socialnämnden som vård- och omsorgsgivare behöver arbeta med systematiskt kvalitetsarbete, med uppföljning, tillämpning av vetenskap och beprövad erfarenhet samt reflektion över normer och värderingar som kan påverka bemötandet av den enskilde (se prop. 2024/24:89 s. 199). Detta kommer också att vara ett fokusområde i implementeringsplanen för nya SoL där bland annat kompetensutveckling inom området jämlikhet och jämställdhet men också inom analys sannolikt är viktiga verktyg för att systematiskt kunna upptäcka och åtgärda särskilda riskområden.

### 2.1.6 Tillgänglig

Två av de allra största förändringarna är det pågående arbetet med god och nära vård och förberedelser för ny socialtjänstlag som trädde i kraft 1 juli 2025. De handlar gemensam mycket om en nära och tillgänglig socialtjänst och hälso- och sjukvård som finns till för brukare och patient när de behöver oss, på det sätt de

behöver oss. Brukare/patient ska vara medskapare i sin vård och högst delaktig i den omsorg som ges, med utgångspunkt i att vara så självständig som möjligt.

Den nya socialtjänstlagen ger starkare incitament för att arbeta förebyggande, och i det är ett viktigt verktyg att kunna erbjuda insatser utan behovsprövning (IUB). Detta skapar nya förutsättningar för att arbeta mer förebyggande och tillgängligt för kommunens invånare. Under året har hela förvaltningen genom representanter arbetat med att ta fram förslag och förbereda dessa insatser på ett sätt som är både kvalitetssäkert och anpassat till Vänersborgs lokala behov. Antalet genomförda **befintliga** insatser utan behovsprövning inom IFO (rådgivning och stödgrupper) har ökat kraftigt under hela året, i januari var antalet personer 46st. och i december 104st., en ökning med 126%. Vi har haft ca 64 personer i snitt pågående per månad, under 2024 var jämförbar siffra 35st. Vad gäller icke biståndsbedömda serviceinsatser har vi flest kvinnor som söker; 70% kvinnor och 30% män

Nedan beskrivs ytterligare exempel på inledda och pågående arbeten för att säkerställa en tillgänglig och förebyggande socialtjänst och hälso- och sjukvård:

- Råd- och stödenheten har utökat personalstyrkan med fyra nya tjänster som familjebehandlare, vilket innebär att enheten nu har 18 medarbetare inom området. Fyra av dessa tjänster har vi placerat i ett nytt förebyggande team med uppdrag att arbeta proaktivt och tidigt i familjers livssituation för att minska behovet av mer ingripande insatser längre fram.
- Fortsatta arbetet med föräldracafé/Träffpunkt i Barnens kastanjs lokal
- Införandet av utökade hembesök till nyblivna föräldrar i samverkan med regionen (Torpa och Brålanda VC).
- Marknadsföra och genomföra de stödgrupper för barn, unga och föräldrar som vi har utbildad personal i och som bedöms vara ett viktigt redskap i det förebyggande arbetet.
- Fältteamet har i sitt uppsökande och förebyggande uppdrag genomfört och deltagit på ett stort antal aktiviteter under året, bland annat en sommargrupp för ungdomar i behov av att utöka sitt sociala nätverk, samt genomfört ett antal insatser i skolan såsom Drogsmart/ANDTS, Nätvett, Fördomssmart, Språkbruk, Våld i ungas relationer. Utöver detta har de också genomfört rastaktiviteter utifrån teman som t.ex. HBTQI och kärlek och relationer. Även på skolloven anordnas diverse lovaktiviteter, t.ex. genomfördes en pingisturnering under påsklovet i samarbete med föreningsliv och fritidsgårdar och under sommarlovet anordnades flera fotbollsaktiviteter.
- Fältteamet anordnade också två aktiviteter med syfte att stödja ungdomar i processen att söka feriearbete. Vid dessa tillfällen erbjöds vägledning i att utforma CV och personligt brev, med målet att stärka ungdomarnas möjligheter att lyckas i sina ansökningar.
- Under året har det också genomförts flera insatser för att etablera kontakt med vårdnadshavare, bl a genom föräldramöten i årskurs sju på samtliga högstadieskolor deltagande vid evenemanget Aqua Blå och samarbetat med nattvandrande föräldrar från Föräldracafét.
- Under de senaste åren har antalet besök på familjerådgivning ökat rejält. Antal besökande personer 2025 var 414st. *(Jämförelse 2023; 174st, 2024; 327st.)*

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

- Det har skett ett arbete med att effektivisera arbetsmarknadsenhetens interna arbetsprocesser och med att stärka samarbetet med daglig verksamhet. Bland annat har ett planeringsarbete påbörjats gällande en samverkansinsats med daglig verksamhet och Försäkringskassan kring målgruppen unga som varken arbetar eller studerar. En lågtröskelverksamhet med särskilt fokus på unga vuxna 18-29 år, med syfte att fungera som en brygga mellan passivitet och arbetslivsinriktad rehabilitering.

## 2.2 Riskanalys

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

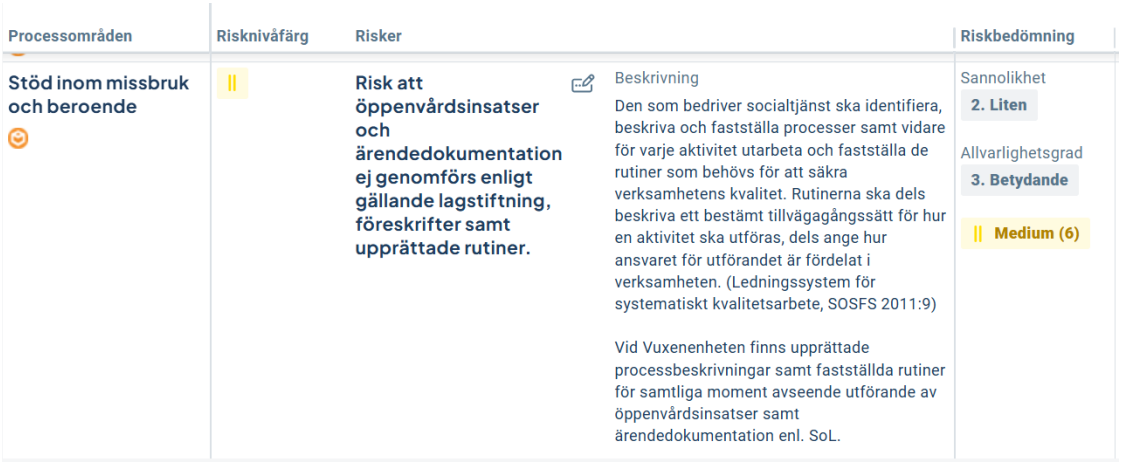
Riskanalys är en viktig del av det systematiska kvalitetsarbetet inom socialtjänst och hälso- och sjukvård, och innebär att verksamheten fortlöpande ska bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska verksamheten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

Arbetet med riskanalyser har fortsatt, och från en försiktig start 2024 med totalt fyra kartlagda och dokumenterade risker har förvaltningen tagit steg framåt under 2025 både vad avser antal och kvalité. Vid granskning har alla verksamhetsområden 4-6 kartlagda risker, förutom hemtjänsten som positivt står ut med 12 sådana.

Riskanalyserna och åtgärder kopplade till dessa är en mycket viktig del av att arbeta förebyggande och motverka att negativa händelser inträffar, och det är därför av stor vikt att den goda utvecklingen fortsätter.

Nedan ett exempel på beskriven risk, från hemtjänsten vuxenenheten och VSU HSL.





| Processområden | Risknivåfärg | Risker | | Riskbedömning |
|---|---|---|---|---|
| Stöd inom missbruk och beroende | || | Risk att öppenvårdsinsatser och ärendedokumentation ej genomförs enligt gällande lagstiftning, föreskrifter samt upprättade rutiner. | Beskrivning<br>Den som bedriver socialtjänst ska identifiera, beskriva och fastställa processer samt vidare för varje aktivitet utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten. (Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9)<br><br>Vid Vuxenenheten finns upprättade processbeskrivningar samt fastställda rutiner för samtliga moment avseende utförande av öppenvårdsinsatser samt ärendedokumentation enl. SoL. | Sannolikhet<br>2. Liten<br>Allvarlighetsgrad<br>3. Betydande<br>Medium (6) |

Kommunal primärvård ordinärt boende




## 2.3 Avvikelser

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 3-8 §*

Socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) innehåller alla bestämmelser som innebär att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.
Syftet med avvikelsehanteringen är att utifrån inkomna rapporter kunna utveckla och säkra kvaliteten i verksamheterna i enlighet med föreskrift gällande systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9), Lex Sarah (SOSFS 2011:5) och Lex Maria (HSLF-FS 2017: 41).

Alla som arbetar inom socialnämndens verksamhetsområden ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. Som en del av detta ska därför alla medarbetare rapportera in negativa händelser som sker i verksamheterna som avvikelser. Nämnden ska även ta tillvara på klagomål och synpunkter som inkommer från brukare/patienter, anhöriga, övriga medborgare, föreningar, andra organisationer, och intressenter.
Avvikelse- och synpunktshanteringen är en del av det systematiska förbättrings- och kvalitetsarbetet. Det innebär att varje händelse ska utredas och åtgärdas enskilt samt att strukturella problemområden på enhets-, verksamhets- och/eller förvaltningsnivå ska fångas upp, analyseras och åtgärdas.

| | | |
|---|---|---|
| Avvikelser inom SoL/LSS | Brister som uppmärksammas i verksamheter som bedrivs enligt SoL eller LSS | Rapporteras av personal |
| Lex Sarah | Brister som inneburit konsekvenser för liv, hälsa eller säkerhet eller påtaglig risk för sådana (missförhållande/risk för missförhållande samt allvarligt missförhållande/risk för allvarligt missförhållande) inom verksamheter som bedrivs inom SoL eller LSS | Rapporteras av personal |
| Vårdskada | Brister som uppmärksammas i verksamheter som bedrivs enligt HSL eller i samband med arbetsuppgifter som utförs enligt HSL | Rapporteras av personal |
| Lex Maria | Allvarlig vårdskada eller påtaglig risk för alvarlig vårdskada inom verksamheter som bedrivs enligt HSL eller i samband med arbetsuppgifter som utförs enligt HSL | Vårdskada som MAS/MAR kan bedöma ha en högre allvarlighetsgrad |
| Klagomål och synpunkter | Klagomål är missnöje med en tjänst eller service som förvaltningen tillhandahållit och som inte infriat ställda förväntningar. Synpunkter en uttryckt uppfattning/åsikt och kan innebära problem/fel, beröm eller förslag. | Rapporteras av brukare/patienter, anhöriga, övriga medborgare, föreningar, andra organisationer, och intressenter |

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

Under 2025 har handboken för avvikelsehantering reviderats efter arbete i tvärgrupper med enhetschefer och verksamhetschefer, i syfte att stärka arbetet med avvikelseutredningar – bakomliggande faktorer och åtgärder för att motverka att liknande sker på nytt, dvs att lyfta sig från den enskilda händelsen till övergripande nivå. Nedan följer sammanfattningar av årets avvikelsearbete per verksamhetsområde.

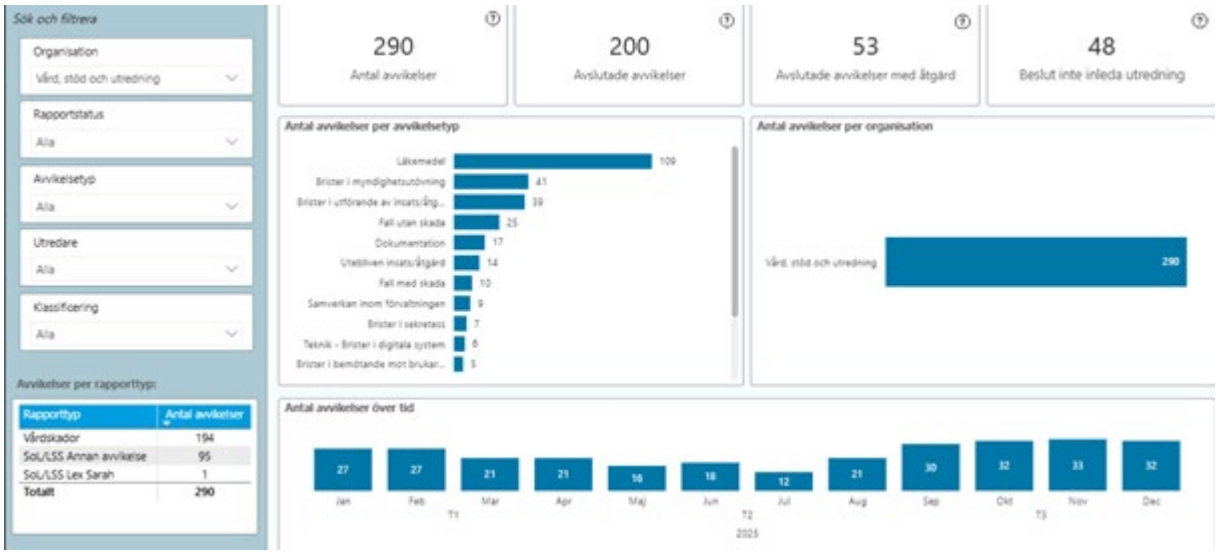
**IFO**
Under 2025 har 169 avvikelser rapporterats inom Individ- och familjeomsorgen. 78% av avvikelserna avsåg brister i myndighetsutövning eller dokumentation. Av de inkomna rapporterna har 3 stycken rapporterats enligt lex Sarah. Avvikelsearbetet har lett till 81 åtgärder i syfte att förebygga att liknande händelser sker på nytt, främst samtal med medarbetare och arbetsgrupp, men också i några fall revidering av verksamhetens rutiner och processer, organisatoriska åtgärder samt utbildningsinsats. I några fall har detta också lett till handlingsplaner för enskilda medarbetare som upprepat brustit i vissa delar.

**PSO**
1011 avvikelser under 2025, vilket innebär en ökning med 60 % under 2025. Vi startade i januari med en utbildningsinsats avseende avvikelser där stödpedagoger, verksamhetsledare och chefer deltog. Från denna dag så var syftet att implementera arbetssättet ut i alla verksamheter inom PSO. Under året har undertecknad följt utvecklingen via samtal och uppföljning med chefer. Det vi har sett är att läkemedel och brister i utförande av insats är de insatser vi skall fokusera på inför 2026. PSO kommer fortsatt arbeta med uppföljning av arbetet under 2026 där vi skall fokusera på ovanstående avvikelser samt fortsatt arbeta på kvalitén kring de avvikelser som görs. Vissa enheter inom PSO har också fått i uppdrag att fortsatt implementera avvikelse arbetet i sina verksamheter då det bedöms vara ett utvecklingsområde.

**ASI**
Inom ASI har avvikelsehantering under 2025 skett inom Daglig verksamhet.

136 avvikelser har rapporterats, en ökning jmf med 2024 då 97 avvikelser rapporterades. Den vanligaste kategorin är brister i hur vi har utfört insatsen eller att insatsen uteblivet (91 av 136).
När det gäller avvikelser som handlar om att insatsen ej är utförd (33 st) är orsaken oftast att vid personals sjukfrånvaro så har det inte alltid varit möjligt att få in ersättare vilket har lett till att brukare fått vara hemma. När det gäller dokumentationsavvikelser (11 st) är orsaken oftast brist på tid för uppföljning av genomförande planer.
Verksamhetens avvikelsearbete har lett till 23 dokumenterade åtgärder, vanligen samtal med medarbetare och genomgång av händelse på möte, men även uppdatering av genomförandeplaner och av verksamhetens rutiner och processer, samt översyn av hjälpmedel.

**VSU**




Under året har vi arbetar systematiskt med kvalitet och patientsäkerhet och försökt att koppla samman arbetet med kvalitetsledning och avvikelser.

Analysen av flera avvikelser visar att man inte följer upprättade rutiner och i några fall nya administrativa rutiner upprättats. Vi ser inga tydliga samband men det kan vara så att en del av avvikelserna är kopplade till en hög vårdtyngd, hög frånvaro och stress.

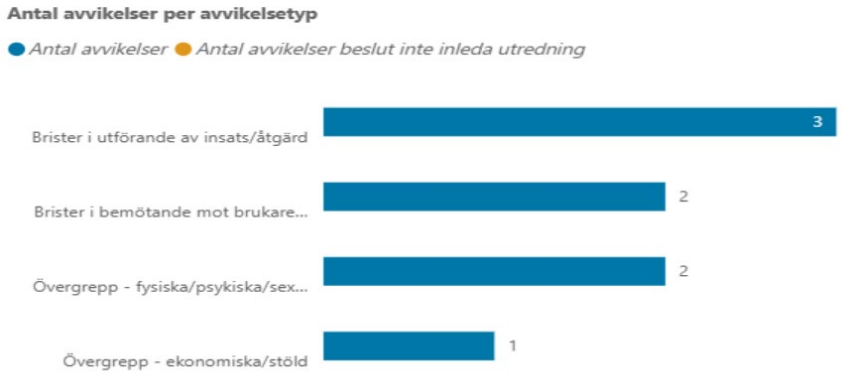
Analysen är att det saknas en process läkemedelshantering som är vår största mängd av avvikelser. Inom myndighetsutövningen har det skett en utveckling av att rapportera avvikelser för att sedan löpande arbete med ökad kvalitet kring dokumentation, långa, utredningsprocesser, följsamhet av lagtext gällande uppföljning av beslut, följsamhet av styrdokument och utlämning av personuppgifter till tredje part

**VoO Hemtjänst**

Avvikelserna har minskat andra året i rad. Totalt 1446 avvikelser 2025 mot 1681 2024. Flest avvikelser är som föregående år insatsen läkemedel och antalet är i stort oförändrat. Fall utan skada har minskat med 168 och fall med skada är i stort sett oförändrat men en minskning med 10.
Antalet Lex Sarah kopplat till övergrepp – ekonomisk stöld har minskat från föregående år. Dock är varje misstänkt stöld mycket allvarlig och SAS (Socialt ansvarig samordnare) och jag som verksamhetschef träffade de chefer som haft flest stölder under ett år. Syftet var att tillsammans se på nya åtgärder och infallsvinklar utöver de brottsförebyggande åtgärder vi redan gör.
Vid ett av fallen meddelade brukaren senare att pengarna var återfunna i hemmet.

**VoO Särskilt boende**

Under 2025 har det inkommit 8 Lex Sarahrapporter, vilket är en rejäl minskning mot föregående år. Dessa 8 rapporter har förekommit på fyra av enheterna och rapporterna har handlat om följande:




Verksamheten ser inkomna Lex Sarahrapporter som ett led i utvecklings- och förbättringsarbetet. När det gäller brister är det viktigt att man får till sig dessa och att man får möjlighet att prata om dessa ute på enheterna. Detta gör att man inom verksamhetsområdet har en möjlighet att arbeta med och utveckla frågor vidare. Under 2025 har det inkommit 916 avvikelser. De flesta av avvikelserna har handlat om läkemedelshantering, brister i utförande av insats/åtgärd samt fall utan skada och fall med skada.

**Resultat:**

Analys av avvikelser inom verksamhetsområden har löpande skett under året inom ramen för verksamhetsanalysmöten och rapporteringsbenägenheten bedöms fortfarande som god, även om det fortfarande skiljer sig åt mellan verksamheter. I de verksamheter som analysmöten påvisat haft anmärkningsvärt lågt inflöde av rapporter har verksamhetschef gett särskild riktning om att stärka arbetet, bl a genom enhetsvisa handlings/implementeringsplaner. I verksamhetsberättelser har man kommit lite olika långt med att beskriva avvikelsearbetet på övergripande nivå, vilket bedöms höra samman med det sammantagna bedömda behovet av utveckling av analysarbetet.

Avvikelserna fortsätter öka, från tidigare 2400-2800 under åren 2021-2023, till ca 3700 under 2024 och nästan 4000 under 2025. Det bedöms till del bero på ändrade avvikelsetyper, t ex brister i digital signering. Man bör löpande reflekteras över var gränsen går för att uppnå god rapporteringskultur, till att också vidta sådana åtgärder som innebär att liknande händelser inte återupprepar sig.

Avvikelser relaterade till läkemedel utgör fortsatt den vanligaste typen av rapporterad avvikelse det ska också sättas i sitt sammanhang att det är den klart vanligaste hälso- och sjukvårdsinsatsen, grovt räknat 800 000 läkemedelsinsatser per år.




## 2.3.1 Synpunkter och klagomål

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

Förvaltningen har under 2025 köpt in och påbörjat förberedelse för digital hantering av synpunkter, med planerad start under våren 2026. Arbetet förtydligar också synpunkter som en del av avvikelsebegreppet, samt vikten av att synpunkter som mottas på annat sätt, också ska föras in och hanteras i det digitala systemet för möjlighet till förbättrad analys och egenkontroll.

Under 2025 har 116 synpunkter och klagomål inkommit till socialförvaltningen, att jämföra med 90 st (2024) och 135 (2023). Knappt hälften, 50 st, har inkommit i digital form. Liksom föregående år bedöms en god följsamhet till rutinen där enhetschef utreder klagomålet och vidtar de åtgärder som behövs, samt alltid svarar den person som lämnat synpunkten där så är möjligt. Utredning av synpunkter hänger nära samman med avvikelsehanteringen, och kopplingen till att vidta åtgärder för att avhjälpa och undanröja risk för upprepning. I enstaka fall har även utredningen av ett klagomål lett fram till att verksamheten upprättat en rapport enligt Lex Sarah då det funnits risk för missförhållanden, vilket hanterats enligt rutin.

Nedan följer sammanfattningar av hur arbetet med synpunkter och klagomål har skett per verksamhetsområde:

**Individ- och familjeomsorg**

Totalt har 26 synpunkter inkommit via synpunkter och klagomål till IFO. Huvuddelen av synpunkterna avser missnöje med handläggares agerande och beslut och med anledning därav önskade några byta handläggare. Därutöver har det inkommit ett som avsåg beröm från Personligt ombud i Fyrbodal till försörjningsstödsenheten där det framkom att de upplevde en fantastiskt god service och gott bemötande just i Vänersborg!

**Vård och omsorg Särskilda boenden**
Under året som gått har det inkommit 17 synpunkter och klagomål. 14 av de som inkommit är klagomål och de handlar om allt från klagomål på snöröjning utanför ett särskilt boende till allmänna klagomål gällande till exempel måltider och kommunikation mellan anhörig och enheten. Två av de inkomna synpunkterna är förslag till förbättringar och en synpunkt är lämnat beröm gällande kontakten mellan enhetschef och anhöriga.

**Vård och omsorg Hemtjänst**
Totalt har 41 synpunkter och klagomål inkommit till hemtjänsten. De som inkommit har bland annat handlat om fortkörning och felaktiga parkeringar, synpunkter på utförd insats från anhöriga och brukare och misstänkt stöld. En synpunkt som ökat är hur hemtjänsten hanterar det nya sophanteringssystemet med källsortering.
Ett närmare samarbete med renhållningsverket planeras starta under februari för att tydliggöra brukarens och hemtjänstens ansvar och möjligheter att utföra en korrekt hantering.
För tredje året har hemtjänsten 3 semesterperioder och det är tydligt att det ger en stabilitet och kvalité i insatserna hos brukarna. Semester är en känslig fråga för medarbetarna men vårt uppdrag och ansvar är tydligt och hemtjänsten ska kunna leverera en vård och omsorg med rätt kompetens 12 månader om året. Vi kan också se att med mer fast anställda medarbetare i tjänst under sommarmånaderna så skapas också bättre förutsättningar för vikarier att få stöd och komma in i arbetet vilket också gynnar brukarna.

**Personligt stöd och omsorg**
Klagomål och synpunkter ett antal av 15 stycken varav 3 stycken har varit beröm till verksamheten.

**Vård, stöd och utredning**
Inom Biståndsenheten har 3 synpunkter inkommit, som berör klagomål på handläggningsprocessen. 9 synpunkter har kommit till kommunal primärvård, i huvudsak rörande synpunkter på omvårdnaden. Träffpunkter/dagverksamheter har fått 3 inkomna synpunkter, samtliga rörande beröm för gott bemötande och service.

**Arbete, sysselsättning och integration**
Det har inkommit en synpunkt vardera till daglig verksamhet och arbetsmarknad, båda avser klagomål på bemötande.

Analys:

Synpunkter och klagomål är en viktig del av det systematiska kvalitetsarbetet. Följsamhet till rutinen bedöms som fortsatt god. Det har saknats system för att närmare belysa vilka förbättrande och kvalitetssäkrande åtgärder som vidtagits med anledning av inkomna synpunkter, vilket förväntas underlättas genom införande av digitalt system och hantering under 2026.

Det noteras också med bakgrund av IVOs tillsyn gällande barn och unga, som redovisas separat, att även synpunkter som omhändertagits på andra sätt framgent bör noteras som en synpunkt och klagomål.

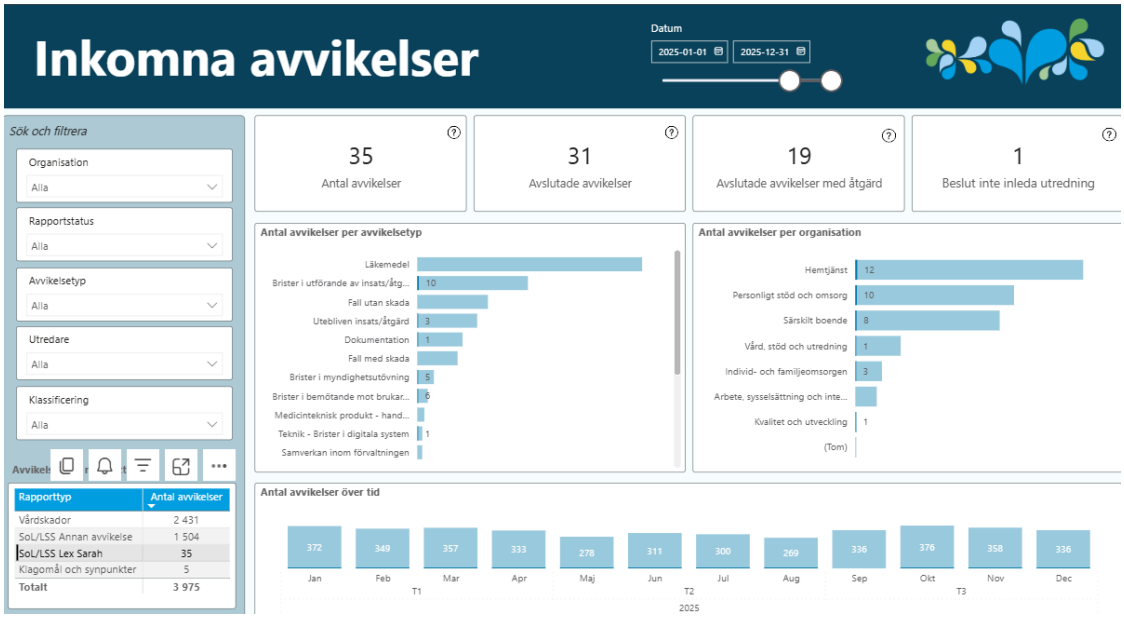
## 2.3.2 Lex Sarah

14 kap. 3-6 §§ SoL, SOSFS 2011:5

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

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

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




Under 2025 inkom 35 rapporter enligt lex Sarah, att jämföra med 56 rapporter (2024) och 76 (2023). Motsvarande siffra för 2022 och 2021 var båda 44 st. Utvecklingen bedöms bero på ökad trygghet kring avgränsningen mellan en kvalitetsavvikelse och den mer allvarliga formen missförhållande enligt lex Sarah, tillsammans med goda effekter av de åtgärder som vidtagits.

Av de inkomna rapporterna har 1 händelse efter utredning bedömts som risk för ett allvarligt missförhållande eller risk för sådant och anmälan upprättats till IVO. 2023 och 2022 var motsvarande siffra 6 ärenden och 2021 1 ärende. Händelsen samutreddes av MAS och SAS då den inkom som en rapport enligt lex Sarah och under utredningens gång visade sig ha hänt under genomförandet av en HSL-insats. IVO konstaterade att rapporteringsplikten enligt lex Sarah inte bedömdes infalla för dessa situationer, men hade inga invändningar mot nämndens utredning och har

inte sett skäl för att inleda tillsyn. IVO gav dock en muntlig återkoppling gällande misstänkta övergrepp utifrån ett nationellt perspektiv och utveckling, vilket också särskilt lyfts fram av regeringen i åtgärder inför 2026. Vidtagna åtgärder i händelsen var av arbetsrättslig karaktär, och har vidare lett till polisanmälan då det handlade om ett misstänkt brott.

Föreslagna och beslutade åtgärder 2025 har i ökad omfattning riktats mot justerade processer och rutiner i kvalitetsledningssystemet men också exempelvis uppdaterade genomförandeplaner och utbildningsinsatser.

### 2.3.3 Lex Maria

Anmälan enligt Lex Maria ska utföras då en händelse inträffat där en patient drabbats av, eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller allvarlig sjukdom. Allvarliga avvikelser rapporteras till medicinskt ansvarig sjuksköterska som sedan tar ställning till om det ska utredas enligt Lex Maria och anmälas till Inspektionen för vård- och omsorg, IVO. Alla avvikelser som klassificerats som risk för eller allvarlig vårdsakad ska utredas enligt den allvarlighetsgraden men det har visats sig att det är få eller inga som stämmer med Patientsäkerhetslagens definition: Allvarlig vårdskada som är bestående och inte ringa eller som har lett till patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. Lex Maria tas upp i nämnd vid inträffande av allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada och medicinskt ansvarig sjuksköterska redovisar en årlig sammanställning till nämnd av de Lex Maria som inkommit under året. Under året är en Lex Maria utredning påbörjad.

## 3. Egenkontroller

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

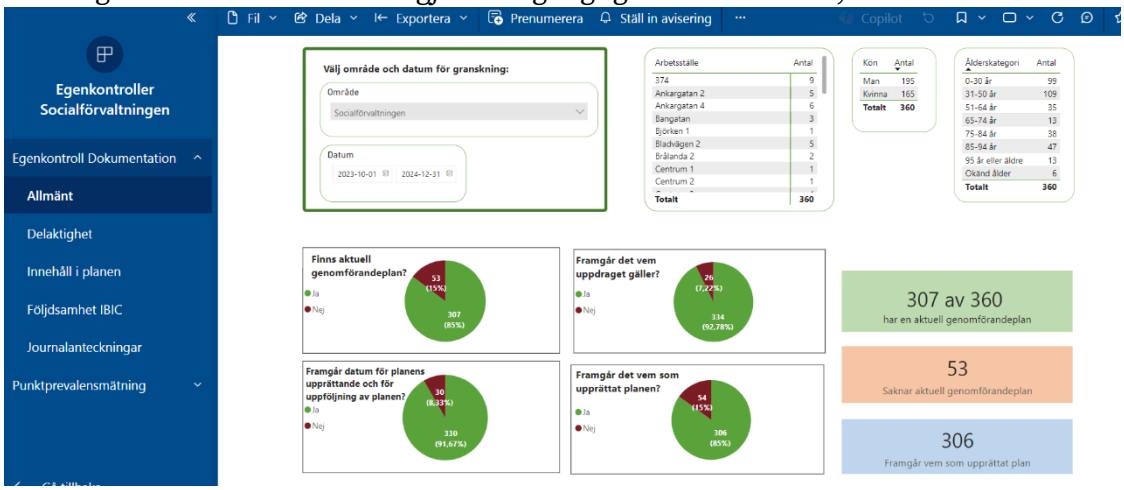



Egenkontroll som begrepp kan t ex innefatta:

- granskning av utfall av domar
- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister
- jämförelser av verksamhetens resultat dels med öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat jämfört med tidigare resultat,
- målgruppsundersökningar
- granskning av journaler och annan dokumentation mm

- inhämtande av synpunkter från revisionsrapporter
- revisioner, tillsyner om sådana genomförts.

Vissa egenkontroller har också gjorts tillgängliga i beslutsstödet, Power-BI.




## 3.1 Senior alert

**Bakgrund:**

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister, som verkar för ett proaktivt/förebyggande arbetssätt. Det görs bedömningar för varje individ vilka risker som finns för trycksår, undernäring, fall och ohälsa i munnen. Det leder till ett systematiserat arbetssätt där åtgärder enkelt kan följas upp. Strukturen i registret hjälper till att planera och genomföra förebyggande åtgärder samt följa upp och utvärdera resultatet.

För att utveckla och effektivisera det vårdförebyggande arbetet inom ordinärt boende togs ett beslut i början av 2025 om att se över arbetssättet. En arbetsgrupp tillsattes Beslutet innebar att:
Alla patienter över 65 år med beslut om Kommunal primärvård ska riskbedömas inom områdena fall, nutrition, trycksår och munhälsa och vårdförebyggande åtgärder ska vidtas vid behov.
Det som är nytt är att dokumentationen av riskbedömningar och åtgärder ska utvecklas i journal och registreras med KVÅ-koder för möjlighet till sammanställning och statistik.
Förvaltningschef beslutar att registrering i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert upphör kring patienterna i ordinärt boende över 65 år.
Uppföljning av kvalitetsarbete och systematik övergår till verksamheternas ansvar.
Som stöd för analys finns beslutstöd och registreringarna i verksamhetssystem Life Care och Stratsys.

Det har senare visat sig att när man lämnade kvalitetsregistret för ordinärt boende har man under 2025 inte kunnat följa kvalitetsparametrarna på ett jämförbart vis varken på enhetschefsnivå, verksamhetschefsnivå eller förvaltningsnivå. Inför 2026 är det viktigt att komma igång med beslutsstöd kopplat till dokumentationen i LifeCare HSL så att man kan återuppta möjligheten till att följa kvalitén kopplat till nämnda riskområde i ordinärt boende.

**Nedan utdata 250101-251231 SÄBO Vård och omsorg somatik**

| Uppåt | Unika personer | Vårdprevention | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Riskbedömningar med risk | Bakomliggande orsaker vid risk | Åtgärdsplan vid risk | Utförda åtgärder vid risk |
| Vänersborgs kommun | 256 | 95% 311 av 327 | 88% 273 av 311 | 97% 302 av 311 | 84% 245 av 291 |
| Trycksår | | 35% 114 av 327 | 93% 106 av 114 | 96% 110 av 114 | 86% 85 av 99 |
| Undernäring | | 61% 200 av 327 | 95% 190 av 200 | 97% 194 av 200 | 84% 145 av 172 |
| Fall | | 85% 277 av 327 | 96% 265 av 277 | 98% 272 av 277 | 84% 217 av 257 |
| Munhälsa | | 39% 120 av 308 | 83% 99 av 120 | 97% 116 av 120 | 90% 100 av 111 |

**Nedan utdata 250101-251231 SÄBO Vård och omsorg demens**

| Uppåt | Unika personer | Vårdprevention | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Riskbedömningar med risk | Bakomliggande orsaker vid risk | Åtgärdsplan vid risk | Utförda åtgärder vid risk |
| Vänersborgs kommun | 134 | 97% 165 av 170 | 80% 132 av 165 | 95% 156 av 165 | 75% 90 av 120 |
| Trycksår | | 35% 59 av 170 | 85% 50 av 59 | 95% 56 av 59 | 74% 31 av 42 |
| Undernäring | | 68% 116 av 170 | 97% 112 av 116 | 96% 111 av 116 | 73% 66 av 91 |
| Fall | | 89% 151 av 170 | 93% 141 av 151 | 96% 145 av 151 | 73% 80 av 109 |
| Munhälsa | | 62% 103 av 166 | 81% 83 av 103 | 95% 98 av 103 | 75% 52 av 69 |

SÄBO Vård och omsorg har behållit sina goda resultat i det vårdpreventiva arbetet som man har haft 2023 och 2024. Dock viss försämring i resultatet inom demensverksamheterna med utförda åtgärder vid risk och inom dom somatiska verksamheterna med ökat antal personer med trycksår samt risk för undernäring

SÄBO-Vård och omsorg har 2025 utmärkt sig i Senior alert för ett välfungerande arbete med vårdprevention, och blivit uppmärksammade av organisationen för Senior alert som silverkommun.

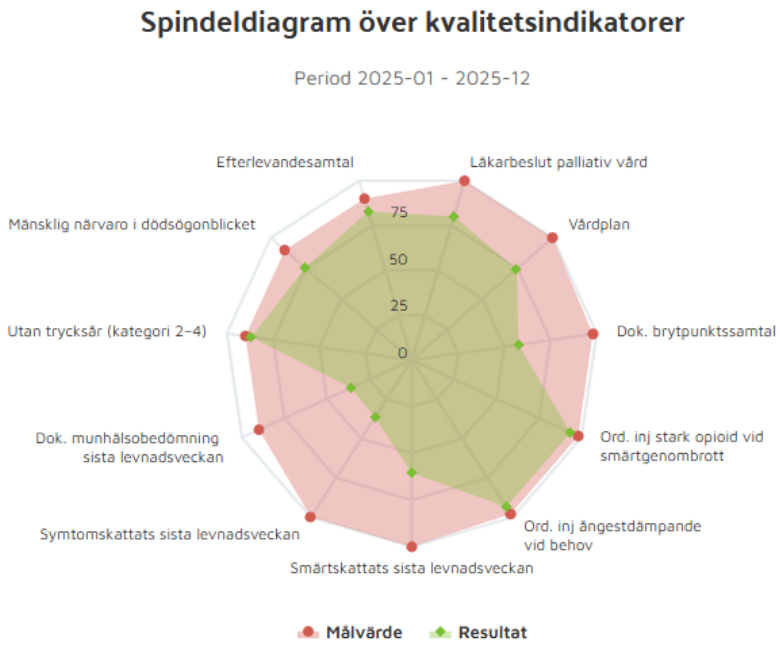
## 3.2 Palliativregistret

**Bakgrund:**

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

**Mål:**

God vård i livets slut. Löpande registrering av sjuksköterskorna i svenska palliativregistret. Alla som avlider inom den kommunala primärvården ska registreras. Avdelningen Vård, stöd och utredning beslutade i mars 2024 att sätta upp delmål (internt målvärde) för tre prioriterade kvalitetsindikatorer smärtskattning, dokumenterat brytpunktssamtal och munhälsobedömning.




Registrerade dödsfall 2025 151 stycken 2024 160 stycken.

*Smärtskattning sista levnadsveckan* 2025 60 % , 2024 44 %. Nationellt målvärdet är 100%.Internt målvärde 75%

*Dokumenterat brytpunktssamtal* 2025 58 %, 2024 43 %. Nationellt målvärde 98%. Internt målvärde 60%

*Närvarande i samma rum i dödsögonblicket* 2025 76%, 2024 81 %. Nationellt målvärde 90%.

*Utan trycksår kategori 2-4* 2025 87 % , 2024 84%. Nationellt målvärde 90%.

*Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan* 2025 36%, 2024 45%. Nationellt målvärde 90%. Internt målvärde 80%

**Analys av resultatet:**
Förbättrade resultat har skett i två av tre prioriterade kvalitetsindikatorer. Inget av dom internt uppsatta målvärdena är uppnådda. Smärtskattning i sista levnadsveckan och dokumenterat brytpunktssamtal har det skett en klar förbättring.

**Åtgärd:**

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

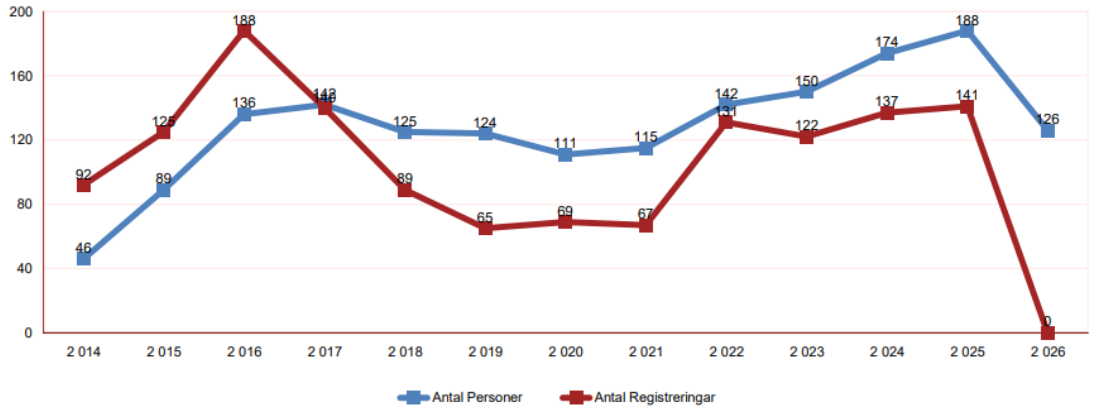
## 3.3 BPSD

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

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

Antal utbildade personer i kommunen är 261 personer, av dom är 143 undersköterskor, 71 legitimerad personal och 27 chefer.

**Resultat BPSD registreringar:**
Under 2025 har 141 BPSD registreringar inklusive uppföljningar genomförts på 188 registrerade personer. Under 2024 var det 137 registreringar och uppföljningar på 174 registrerade personer.




**Analys:**

För att minska BPSD krävs det att vi fortsätter att öka antalet registreringar och uppföljningar/utvärderingar av insatta åtgärder för att säkerställa att dessa är korrekta. Gapet mellan registrerade BPSD-bedömningar och antalet registrerade personer har ökat 2025 vilket är en negativ trend.

**Åtgärder:**

Det behöver skapas förutsättningar för uppföljningar mer regelbundet och oftare än 1 gång/år, dels för att få en regelbundenhet i bedömningarna, men också för att arbeta in bättre rutiner och därigenom få en högre säkerhet och kvalitet i bedömningarna. För att genomföra dessa förslag på åtgärder behöver behovet att utöka till två certifierade utbildare ses över.

## 3.4 Läkemedelsgenomgångar

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

**Resultat:**

2025 var det enligt dokumentationen i verksamhetssystemet 54% som hade fått en läkemedelsgenomgång.

**Analys:**

Antalet patienter som får en läkemedelsgenomgång skiljer sig inom verksamhetsområdet. Inom SÄBO-äldre är det en hög följsamhet till samverkansrutinen och en mycket hög andel som får en läkemedelsgenomgång. Inom ordinärt boende och omsorgens gruppboende är resultatet lågt. Orsakerna är flera. Låg följsamhet från båda parter till samverkansrutinen. Felaktig åtgärdskod vid dokumentation. Det saknas en samverkansrutin med den öppenpsykiatriska mottagningen. Behovet av att ta fram en samverkansrutin är påtalat.

## 3.5 Kvalitetsgranskning läkemedelshanteringen

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

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

Kvalitetsgranskningen genomförs av en specialutbildad farmaceut från Apoteket AB och utförs genom samtal och rundvandring på enheten. Kvalitetsgranskningen utförs i närvaro av läkemedelsansvarig sjuksköterska, enhetschef, omvårdnadspersonal och MAS. Under 2025 har 19 granskningar genomförts inom särskilda boende Vård och omsorg och Personligt stöd och omsorg. Apotekarens bedömning har genomgående varit att läkemedelshanteringen fungerar väl.

De förbättringsförslag som identifierades finns upptagna i en åtgärdsplan och är ett underlag till att justera anvisning och lokala rutiner för läkemedelshanteringen. Granskningar kommer fortsätta inom SÄBO Personligt stöd och omsorg och kommunal primärvård ordinärt boende 2026.

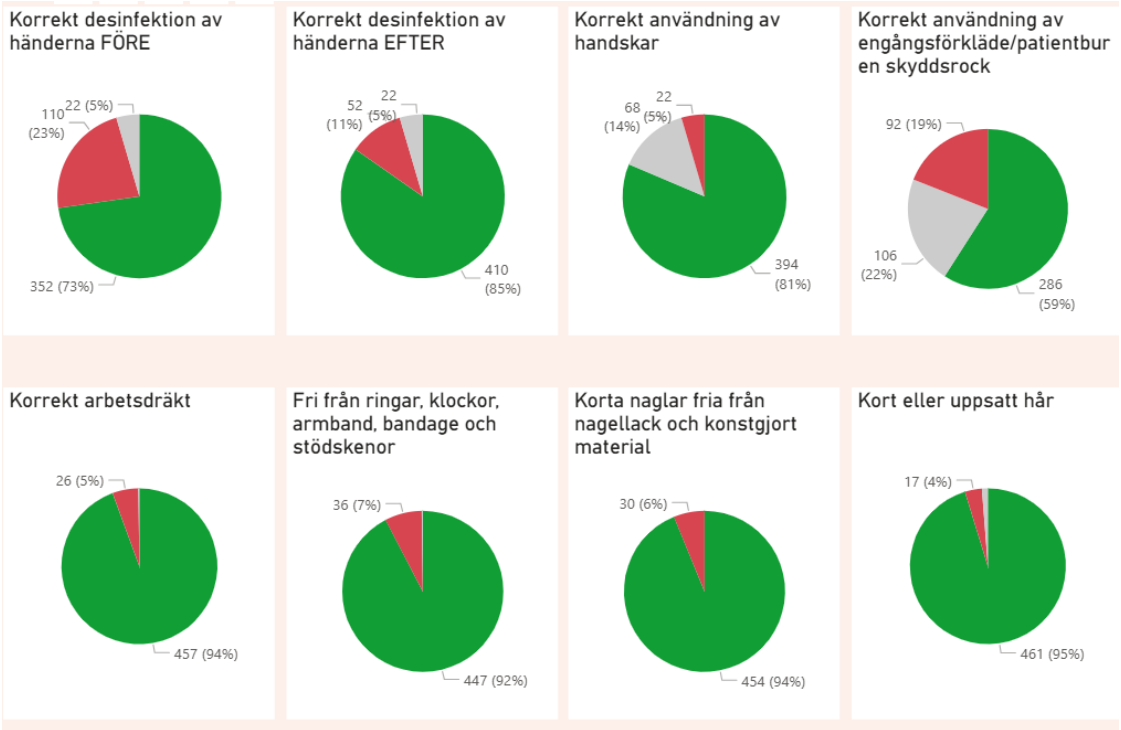
Under slutet på 2024 har en kvalitetsgranskning av kommunens fyra akutläkemedelsförråd (KAF) genomförts av ansvariga sjuksköterskor. Granskningen har genomförts som en egenkontroll med hjälp av en digital enkät. En rapport kom i

början på 2025 som visade på god följsamhet till dom regionala rutinerna. Mindre justeringar har gjorts i den lokal rutinen för KAF utifrån rapporten.

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

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

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




**Resultat:**

Återkommande brister
- Handhygien: Brister särskilt i handdesinfektion före patientkontakt är det tydligaste och mest frekventa problemet. Andelen korrekt handdesinfektion före kontakt

varierar kraftigt mellan enheter (exempelvis ner mot ~56–60 % i vissa mätningar), medan efterhandsdesinfektion ofta är bättre men ändå inte alltid fullgod.
- Engångsförkläden: Otillräcklig användning eller felaktig hantering av skyddsförkläden noterades i flera rapporter och utgör ett vanligt förbättringsområde.
- Handskar: Felaktig eller överanvändning av handskar (t.ex. användning när det inte behövs eller felaktigt vid riskmoment) förekommer i flera enheter och kräver förtydligade riktlinjer.
- Klädregler och personliga tillbehör: I en del mätningar påträffades avvikelser som egna byxor, ringar/armband och mössor. Naglar och håruppsättning varierar mellan god följsamhet och problem i vissa grupper.
- Personalgrupper: Tillfälliga vikarier eller vissa yrkeskategorier (i något fall sjuksköterskor) identifierades som mer benägna att inte följa rutiner.

Positiva fynd
- Flera enheter uppvisar full eller hög följsamhet i många moment (i vissa mätningar 100 %), särskilt vad gäller arbetsdräkt, frihet från smycken och korrekt hårsättning. Vissa enheter visar förbättring över tid jämfört med tidigare år.

Orsaker och begränsningar
- Orsaker som anges är stundvis slarv, bristande kunskap eller otydliga lokala rutiner. Flera rapporter var baserade på få observationer och anges som begränsade underlag, varför mer omfattande mätningar rekommenderas för robustare slutsatser.

Rekommenderade åtgärder
- Prioritera insatser för att förbättra handdesinfektion före patientkontakt (målgruppsanpassad utbildning, påminnelser och uppföljning).
- Förtydliga och repetera rutiner för korrekt användning av engångsförkläde och handskar; tydliggör när handskar ska användas och varför överanvändning är olämplig.
- Systematisk uppföljning av klädregler, naglar och personliga föremål, med särskilt fokus på tillfälligt anställd personal och de yrkesgrupper som visar sämre följsamhet.
- Använd hygienombud och arbetsplatsträffar för att sprida resultat, genomföra lokala genomgångar och följa upp åtgärder.
- Upprepad mätning och utökade observationer rekommenderas för att följa förbättringar och skapa mer representativt underlag.

Slutsats
Resultaten 2024 och 2025 är likartade. Positivt med et ökat antal observationer och andelen med korrekt användning av handskar ökat.

Sammanställningen visar att grundläggande hygienrutiner fungerar väl på flera håll men att det finns tydliga och återkommande förbättringsområden—framför allt handdesinfektion före patientkontakt, användning av engångsförkläden och korrekt handsksanvändning, dock har resultatet för korrekt handskanvändning ökat. Målade, riktade insatser och bättre uppföljning behövs för att säkerställa en konsekvent och hållbar efterlevnad i hela verksamheten.
Värt att notera är att samma tre hemtjänstgrupper inte har några registreringar 2024 eller 2025.

3.7 Uppföljning kontakter med läkarjouren Källstorp Trollhättan

En enkätundersökning genomfördes 251001-251231. Kommunens sjuksköterska fyllde i en enkät vid kontakt med läkarjouren. Fokusområde för egenkontrollen var i år att Läkemedelsordinationer ska vara dokumenterade före läkemedlet administreras, undantag om patienten behöver omedelbar behandling.

**Resultat:**

Under hela mätperioden var det bara registrerat fyra kontakter med beredskaps läkare. Två av kontakterna var också felaktigt registrerade och dom andra två var utförda enligt rutin.

**Analys:**
Det har varit en mycket låg följsamhet till egenkontrollen. Egenkontrollen har genomförts tillsammans med Trollhättan och Lilla-Edet som också är samarbetspartner med Källstorps jourcentral.

Inga avvikelser har rapporterats under aktuell period kopplat till brister i läkemedelsordinationer vilket kan tala för att det har funnits dokumenterade läkemedelsordinationer innan läkemedlet har administrerats.

**Åtgärd:**

Planerad uppföljning med jourcentralens ledning i början på 2026

## 3.8 Rättssäkerhet och följsamhet till ny lagstiftning

Liksom under 2024 noteras under 2025 fortsatt en ovanligt hög mängd utredningar om lagförslag som kan komma att beröra socialnämndens verksamhet om respektive när de införs. Dessa beskrivs närmare i förvaltningens verksamhetsplaner. SKR har, delvis humoristiskt, delvis allvarligt, beskrivit nuläget för socialtjänsten med att vi befinner oss i en “reform-storm”. Socialtjänsten och den kommunala primärvården är kunskapsintensiva områden, och under 2025 har flera lagar riktats mot ökad säkerhet för äldre, bland annat genom språkkrav inom äldreomsorgen, förändringar i offentlighets- och sekretesslagstiftningen samt ökad tillsyn från IVO och stöd för utdrag ur misstanke och belastningsregister vid och under anställning inom äldreomsorgen.

Även här finns en tydlig koppling till det systematiska kvalitetsarbetet där en lagförändring som grund ska ses som en risk, åtgärder vidtas för att förebygga risken (t ex förberedelse genom utbildning och anpassning av rutiner etc) och följas upp inom den ramen. Ett exempel på detta är nya sekretessbrytande bestämmelser i 10 kap 4§ OSL som trädde i kraft 1 december 2025, och där en arbetsgrupp påbörjat en förvaltningsövergripande anvisning som stöd för situationer där medarbetare behöver upprätta polisanmälan, eller där polismyndigheten begär uppgifter från oss med stöd av denna.

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

Ytterligare ett exempel på ny lagstiftning och reformer som har aviserats inom områdena migration, integration och arbetsmarknad och innebär ett tydligt skifte i ansvar, arbetssätt och krav på kommunen är Aktivitetskravsreformen som planeras att träda i kraft 1 juli 2026 och som gör arbetsmarknadsinsatser till ett obligatoriskt kommunalt uppdrag kopplat till försörjningsstöd. Arbetsmarknadsenheten tillsammans med försörjningsstödsenheten har inlett ett arbete under året att utifrån målgruppsanalyser kartlägga hur många av de som idag uppbär försörjningsstöd som är aktuella för aktivitetskrav och vilken typ av aktiviteter som matchar målgruppens behov. Detta för att skapa en gemensam struktur för att kunna implementera av ny lagstiftning under våren 2026.

En stark riktning i nya socialtjänstlagen är också ökad tillgänglighet och förebyggande arbete, där ett verktyg är insatser utan behovsprövning som nämnden fattat beslut om och förvaltningen även genomfört ett arbete med att ta fram nya inför 2026. En önskad riktning från lagstiftaren är att det sociala arbetet ska få ta mer tid och administration och handläggning minska (där det inte är nödvändigt). På sikt ska förhoppningsvis fattade beslut minska.

**Nyckeltal myndighetsutövning**

*Domar inom biståndsenheten*

Granskning av inkomna domar till biståndsenheten har skett och visar 23 domar (17 st 2024), varav 2 från kammarrätten. I 22 av 23 ärenden är utfallet till nämndens fördel, förutom ett ärende rörande korttidsboende enligt SoL

De överklagade insatserna avser:

- Korttidsvistelse enligt LSS 5
- Särskilt boende (ÄO) 3
- Bostad med särskild service SoL 2
- Ledsagning SoL 2
- Kontaktperson SoL 2
- Kontaktperson LSS 2
- Avlösarservice LSS 2
- Ledsagarservice LSS 1
- Personlig assistans LSS 1
- Bostad med särskild service LSS 1
- Korttidsboende SoL 1
- Färdtjänst med ledsagare 1

Utfallet tyder på en god tillämpning i förhållande till aktuell praxis.

Man bör samtidigt reflektera över att sju av ärendena handlar om avlastning för föräldrar till barn med funktionsnedsättning (korttidsvistelse, avlösarservice). Ett arbete har påbörjats under 2025 för att bland annat undersöka om de avlastande insatserna skulle kunna tillämpas på ett annat sätt.

**Fattade beslut**

*Biståndsenheten*

Inom biståndsenheten fattades under 2025 totalt 4083 beslut, jämfört med 3783 beslut 2024. En orsak till ökningen är att det skett flera omprövningar av boendebeslut. Vi ser en ökning av beslut om hemtjänst, växelvård och boendestöd. Beslut om Bifall Korttidsboende var 293 att jämföra med 358 förra året vilket visar på följsamhet av planeringen för kvarboende. Särskilt boende var 177 att jämföra med 181 förra året.

*Vuxenenheten, IFO*

Inom Vuxenenheten: Utifrån myndighetsutövning har totalt 550 aktualiseringar registrerats avseende 297 unika personer ( 5% kvinnor, 65% män), 181 st. av dessa har varit aktuella för någon form av utredning och insats/åtgärd enligt SoL, LVM och LVU (53% kvinnor; 47% män).
Antalet anmälningar har uppgått till 189 st. (98 unika personer, 45% kvinnor, 55% män) vilket var något högre än förra året (jmf. 2024: 161 st.). Majoriteten av anmälningarna har, precis som tidigare år, handlat om skadligt bruk/beroende medan totalt 21 st. avsåg våld i nära relation (16 kvinnor; 5 män). Utöver detta har sammanlagt 76 personer (41 kvinnor; 35 män) själva ansökt om stöd/insats via enheten och detta är ett lägre antal än förra året (jmf. 2024: 105 st.).

Totalt sett har 139 personer varit aktuella för biståndsbedömda insatser (76 kvinnor; 63 män), varav 39 kvinnor och 57 män beviljats insats utifrån skadligt bruk/beroende. Vidare har en kvinna och en man tvångsvårdats enligt LVM samt en kvinna enligt LVU. 38 kvinnor och fyra män har haft någon form av öppenvårdsinsats utifrån våld i nära relation och sex kvinnor har varit beviljade skyddat boende via vårt avtal med Trollhättans stad och ytterligare två kvinnor samt en man har beviljats insats på externt skyddat boende. Dessutom har tre personer, utifrån behov som brottsoffer, beviljats externt skyddat boende på annan ort.
Totalt har 26 personer i målgruppen skadligt bruk/beroende haft insatsen utökat individuellt stöd/behandling med tillfälligt upplåtelseavtal (tidigare benämnt Strandviken). Särskilt positivt att notera är att liksom 2024 har verksamheten inte heller i år haft behov av att bevilja någon form av extern placering avseende skadligt bruk/beroende utan kunnat använda oss av vår egen öppenvårdsverksamhet.

*Försörjningsstöd*

Inom försörjningsstöd har det under 2025 varit 272 antal bokade nybesök på Försörjningsstödsenheten (jämförelse 2024; 249st.)  Totalt har 739 hushåll uppburit ekonomiskt bistånd någon gång under året (jämförelse *2024; 695st,*). Antalet ungdomshushåll (upp till 25 år) har minskat något, antalet i medeltal per månad var under året 45 hushåll (jämförelse 2024; 49st.). Värt att notera är att det år 2022 var betydligt högre; 62,8 hushåll per månad. Det är positivt att siffran för ungdomar med försörjningsstöd inte följer utvecklingen i övrigt med ökat antal bidragstagare.

Det totala antalet avslutade hushåll på Försörjningsstödsenheten under 2025 var ca 267 st. Av de som avslutades gick ca 25% ut i arbete, ca 20% fick annan ersättning/bidrag, ca 9% gick till studier, ca 12% flyttade från kommunen och ca 3% erhöll ålderspension. För resterande var det övriga orsaker som ej registreras specifikt i vårt verksamhetssystem.

Vad gäller unga hushåll upp till 25 år så avslutades ca 42 hushåll under 2025. Utav dessa gick ca 36% ut i arbete, ca 24% började studera, ca 17% erhöll annan ersättning/bidrag och 12% flyttade till annan kommun. I gruppen unga är det således fler som går ut i arbete och studier än för de brukare som är över 25 år.

Av totala antalet hushåll som uppbar försörjningsstöd under året så var 48% utrikes födda utanför Norden, andelen utrikesfödda har kontinuerligt minskat årligen sedan 2020 då andelen var 62%.

Antal hushåll som uppbär långvarigt försörjningsstöd (mer än 10 månader) ökade kontinuerligt åren fram till 2021. Därefter skedde en kraftig minskning under två år för att därefter åter öka något under 2024 och 2025. Andelen med långvarigt bidragsberoende var under året 317 hushåll *(Jämförelse; 2022; 356 st. 2023; 302st.* 2024; 307st.*)*. Även om vi, utifrån förutsättningarna, lyckats väl med att stödja brukare till egen försörjning i många fall, både till arbete/sysselsättning/studier samt vid ohälsa med arbetshinder till sjukersättning eller aktivitetsersättning, så har gruppen med långvarigt försörjningsstöd fortsatt att vara på en hög nivå. Detta bedöms till viss del vara kopplat till det stora flyktingmottagandet i Vänersborg under mitten av 10-talet, där vissa brukare fortsatt står långt ifrån arbete.

*Barn och unga*

Under 2025 har antalet inkomna orosanmälningar och inledda utredningar återigen ökat jämfört med föregående år. Ärendebelastningen har i perioder varit hög eller mycket hög. Under året har totalt 3448 orosanmälningar/inkommande information hanterats avseende barn och unga (jämförelse; 2024; 2910st.) dessa har berört totalt 1356 individer. Av dessa var 635 flickor och 718 pojkar. Utöver detta har det inkommit 35 ansökningar om bistånd.

Den vanligaste orsaken till orosanmälan är bristande omsorg om barn och unga, totalt 640 st. som ligger i nivå med föregående år, däremot så har anmälningar som berör våld ökat betydligt de senaste åren, dock inte avseende hedersrelaterat våld där antalet anmälningar 2025 berör 10 individer i vår kommun (jämförelse; 2024 16st.). Under 2025 inkom 352 anmälningar avseende barn som bevittnat våld (jämförelse 2024; 240 st.) och 250st. avseende misstanke om våld mot barn (jämförelse 2024; 154st.). Utöver dessa så handlar orosanmälningarna bland annat skolfrånvaro, kriminalitet, föräldrakonflikter, psykisk ohälsa och skadligt bruk och beroende hos såväl barn och ungdomar som hos vårdnadshavare.

Totalt har 770 utredningar inletts under året *(jämförelse 2024; 695st)*, som avsett 324 flickor och 444 pojkar. Även antalet insatser har ökat på enheten och i december 2025 pågick 268 olika typer av insatser jämfört med 246 st. i december 2024.
De placeringar av barn och ungdomar som varit nödvändiga har i första hand skett i familjehem, HVB och stödboende. Placeringar på SiS och skyddat boende har i vissa fall också skett. Det pågår ett intensivt arbete på enheten och tillsammans med andra enheter på IFO som syftar till att i minsta möjliga mån behöva placera barn och ungdomar utanför det egna hemmet. Totalt 45 barn och unga har varit placerade på SIS eller HVB någon gång under 2025 (jämförelse 2024; 40st.)

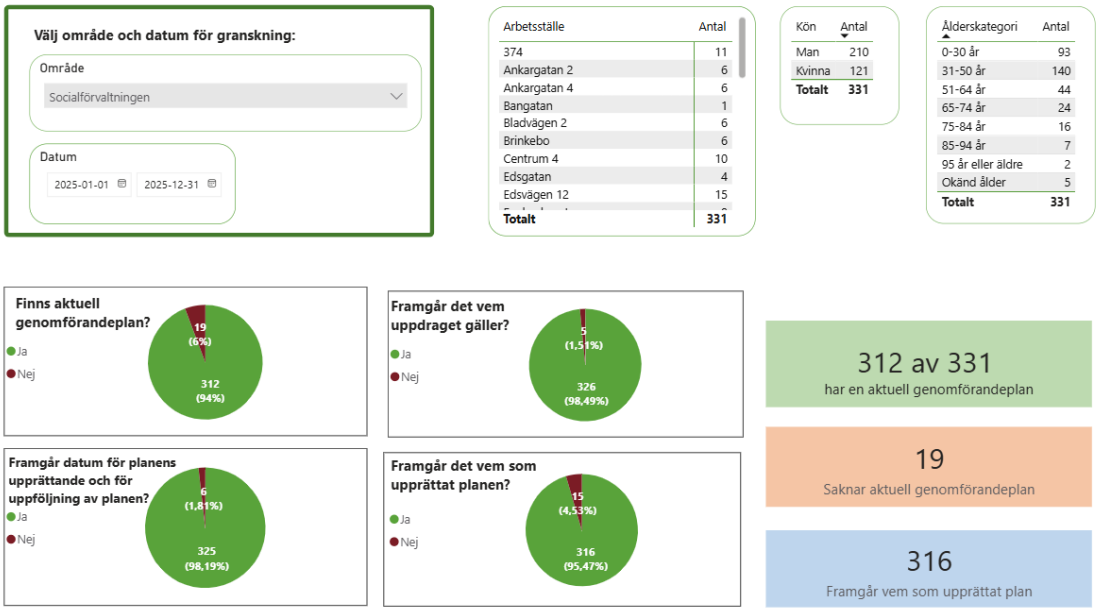
Det har under året skett en ökning av arbetet med kriminella ungdomar som dömts till sluten ungdomsvård. Socialnämnden har ett särskilt ansvar att stötta ungdomen

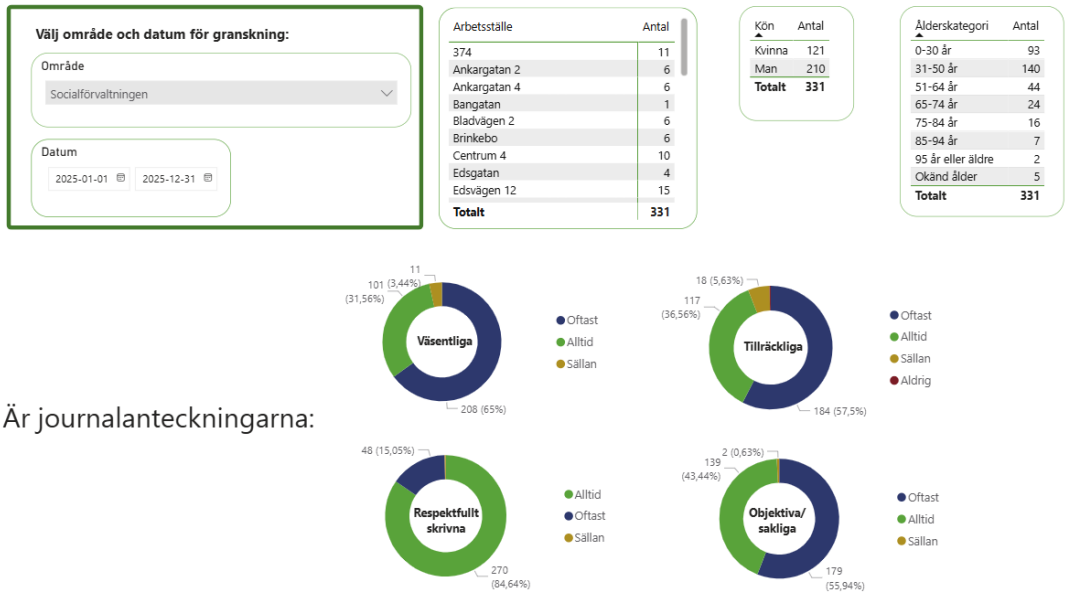
att återanpassa sig till samhället och undvika fortsatt kriminalitet efter avslutad sluten ungdomsvård. Under 2025 fattade vi också de första besluten om placering av barn i skyddat boende med vårdnadshavare utifrån ny lagstiftning som trädde i kraft 2024, detta innebär ett behov av ökad samverkan och gemensamma rutiner med vuxenenheten som handlägger våld i nära relation för vuxna.

## 3.9 Granskning av dokumentationens kvalité

Det finns sedan 2023 en förvaltningsgemensam riktlinje för dokumentation inom socialtjänsten, där bland annat ansvaret för egenkontroll i tillräcklig omfattning framkommer. Dokumentation är en tydlig del av alla processer som rör handläggning och utförande. Många verksamheter har redan en mer eller mindre omfattande egenkontroll av dokumentation och journaler, vilket ytterst syftar till säkerställa god dokumentation, få tydligare underlag på vilka utvecklingsområden som finns och bättre kunna rikta träffsäkra åtgärder.

Egenkontroll av genomförandeplaner via digital mall har genomförts på 331 (360 föregående år) ärenden i förvaltningen, främst inom PSO och ASI. Kontrollen visar att huvuddelen av alla personer har en aktuell genomförandeplan, och att de generellt håller god kvalite. Utvecklingsområden finns fortsatt gällande delaktighet, framförallt att av dokumentationen kunna utläsa om den enskilde har framfört önskemål och hur de i sådana fall ha bemötts.
Positivt att notera är att en journalföring bedöms i princip genomgående vara saklig och respektfullt skriven, och i de allra flesta fall innehåller väsentlig och tillräcklig information.
Det framkommer också att den digitala mallen implementerats olika i verksamheterna, några enheter och verksamhetsområden har varit väldigt aktiva i användningen medan andra verksamhetsområden inte kommit lika långt.






Som stöd för dokumentation har under året vidare utvecklats digitala utbildningar, generellt kring dokumentation och för upprättande av genomförandeplan. Arbetet med dokumentationsombud har fortsatt under året med en träff.

Kommunal primärvård har arbetat med fokus på att fullt ut implementera vårdprocessen och verksamhetssystemet Life Care HSL. Påbörjat ett arbete med standardiserade vårdplaner vilket ska underlätta för att säkerställa patientsäkerheten kring förebyggande av vårdskador.
Journalgranskningen i år hade fokus på hur väl legitimerad personal följer nationell informationsstruktur-processen med vårdbegäran, bedöma behov av utredning – utreda, bedöma behov av åtgärder, åtgärda och följa upp.

.
Totalt granskades 102 journaler vilket var ca 10 % av dom öppna journalerna. Resultatet visar överlag att vi följer processen. Utvecklingsområde är ICF som är en beskrivning av patientens aktuella funktionstillstånd. Vi gjorde ett medvetet väl när vi gick över till Lifecare HSL hösten 2024 med att avvakta med ICF så det var ändå ett förväntat resultat. Lifecare HSL ombuden kommer att ha workshops med alla sjuksköterskor för att kompetenshöja ytterligare. Det pågår ett ständigt arbete i dokumentationsgruppen med fortsatt arbete att kvalitetssäkra patientdokumentationen.
Socialförvaltningen har under 2025 haft regelbundna uppföljningar av ej registrerade hälso- och sjukvårdsinsatser i verksamhetssystemet Lifecare. Enhetscheferna har haft ansvar att vidta åtgärder för att säkerställa att hälso- och sjukvårdsinsatserna blir registrerade. LifeCare Aktivitetsplanering har införts i vissa verksamheter som en del i att säkerställa att insatser blir genomförda och registrerade.
Bristerna utgör en patientsäkerhetsrisk, då det ej går att säkerställa att patienten erhållit ordinerad insats.
Verksamheterna behöver fortsätta att identifiera bakomliggande orsaker samt vidta adekvata åtgärder för att säkerställa patientsäkerheten.

## 3.11 Andra egenkontroller

### 3.11.1 Uppföljning av sommaren

MAS och SAS skickade ut en riktad egenkontroll gällande verksamheten under sommaren, som ska bedrivas med god kvalité och patientsäkerhet under alla årets dagar. Dessa skickades till 56 chefsområden med en svarsfrekvens på c:a 80%. Följande frågor belystes:

1. Har verksamheten varit planerad så att det motsvarar patienters brukares behov:

Egenkontrollerna visar att sommarplaneringen i stort fungerade väl och att vård- och omsorgskvaliteten upprätthölls genom aktiv planering, prioriteringar och riktade åtgärder. Centrala insatser och resultat:

- Planering och bemanning: En grundbemanning enligt krav upprätthölls och scheman anpassades efter brukarnas/patienternas behov. Många verksamheter planerade tidigt och använde tre semesterperioder för att sprida ledigheter och behålla ordinarie personal i tjänst. I flera enheter fanns medvetet inlagd överkapacitet/överanställning som buffert mot frånvaro.

- Har nya medarbetare fått tillräcklig kunskap?

Egenkontrollerna visar generellt att introduktioner, utbildningar och delegeringar för nyanställda och sommarvikarier genomförs enligt rutin, vilket i många fall skapat trygghet och fungerande bemanning. Flera enheter använde återkommande, erfarna vikarier vilket underlättade introduktionen och bidrog till kontinuitet. Gemensamma insatser har varit introduktionsträffar, obligatoriska utbildningar (t.ex. läkemedelshantering, basal omvårdnad, ergonomi, HLR), bredvidgång och användning av strukturkort och introduktionschecklista. Rehabombud och andra roller har fått specifik utbildning för att stärka kompetensen.

3. Finns det mönster i inkomna avvikelser som påverkats av semesterplaneringen?

- Majoriteten av rapporterna visar att det inte finns något tydligt eller systematiskt samband mellan semester-/sommarplanering och inkomna avvikelser. Få enheter rapporterar ökad avvikelsefrekvens som en direkt följd av hur semestrar planerats.
- Det finns dock återkommande brister inom vissa områden som påverkar patientsäkerhet och arbetsmiljö och som kräver åtgärder oberoende av säsong.

## 3.11.2 Säkra vårdövergångar

Antalet utskrivna patienter från slutenvården har ökat något och var 1226 jämfört med 1174 (2024), och 1359 (2023). Betaldagarna på sjukhus minskade fortsatt, 7 dagar att jämföra med 47 dagar (2024) och 473 (2023). Detta är ett mycket gott resultat och här ses hemgångsbesluten, öppna rambeslut inom hemtjänsten, tillsammans med möjligheten till korttidsboende, som viktiga verktyg.

*"Teamet kring brukaren har arbetat med planering av platser och följsamhet till beslut. Genomförandeplanerna har utgjort underlag för handläggarens omprövning av beslut. För att säkra utflöde från sjukhus har vi vid behov köpt platser från andra kommuner inom Fyrbodal enligt samverkansavtalet. Behovet av korttidsboenden i väntan på särskilt boende (Säbo) har fortsatt att ligga högre än beräknat under året. Det är mest brukare med kognitiva svårigheter och demensdiagnos som behöver korttidsboende i väntan på SäBo. Växelvården har fortsatt att bokat in brukare med stöd av hotellbokning."*
*(Verksamhetschef VSU)*

Inom Vård och omsorg Särskilt boende är snittet på väntetid för särskilt boende (från beslut till första erbjudande) 54 dagar att jämföra med 104 dagar (2024) och 66 dagar (2023). Detta ligger väl inom ramen för nämndens målsättning, och under vad som generellt anses som rimlig planeringstid för en sådan omfattande insats. Alla beslut som överstiger 90 dagar rapporteras till tillsynsmyndigheten IVO, som tar ställning till om sanktionsavgift ska begäras när den skäliga tiden har överskridits. Detta har skett vid ett ökat antal tillfällen under 2025, då det inom snittet finns stora individuella skillnader. Noterbart är vidare att nämnden fått rätt i flera domar gällande särskilt avgift för ej verkställda beslut under året i samband med övergång till ny socialtjänstlag.

### 3.11.3 Avvikelsehantering i samverkan Med Control Pro.

Effektiv avvikelsehantering syftar till att öka patientsäkerheten genom att identifiera och förbättra eventuella brister i följsamheten till ingångna avtal och överenskommelser samt i processer där Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen samverkar.

**Resultat:**
Socialförvaltningen har 2025 rapporterat 139 avvikelser i samverkan under året 2024 var det 71. Antalet avvikelser som berörde NU-sjukvården var 100 stycken 2025 och 60 stycken 2024. Avvikelser som berörde regional primärvård var 39 stycken 2025 och 11 stycken 2024 .

Avvikelserna som utreds av NU-sjukvården handlade om att läkemedel saknas eller felaktiga läkemedel var medskickade vid hemgång. Epikris och läkemedelslista är felaktiga eller inte är klara i tid vid utskrivning. Datum för utskrivningsklar flyttas och sent. Rutinen för SAMSA följs inte. Saknas hjälpmedel vid hemgång.

Avvikelserna hos vårdcentralerna har framför allt handlat om brister i organisatoriska frågor kring läkartider brister i följsamhet öppenvårds SAMSA.

Andra vårdgivare skickade 20 stycken avvikelser som utreds av kommunen det var 11 stycken avvikelser 2024.

Avvikelserna har handlat om att: rutinen för SAMSA inte följts, samordning mellan kommunal primärvård och ambulansverksamheten, brister i omvårdnad, kommunikation.

**Åtgärd:**
Avvikelser följs upp i lokal samverkan samt på intern ledningsgrupp inom kommunal primärvård.

Ett arbete som MAS initierade med apotekare inom NU-sjukvården för att minska läkemedelsavvikser i vårdövergångarna har blivit ett utvecklingsarbete inom ramen

för Vårdsamverkan Fyrbodal som pågått under 2025 och kommer fortsätta under 2026.

## 4. Uppföljning privata utförare, verksamhet upphandlad enligt LoU

Under 2025 har en extern aktör (Samhall) liksom tidigare utfört serviceinsatserna tvätt och inköp inom ramen för hemtjänst enligt Lagen om offentlig upphandling (LOU). Ny upphandling har förberetts och kommer att genomföras under 2026. Verksamheten har tillstånd via IVO, som också är tillsynsmyndighet.

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

Verksamheten delger en sammanfattande kvalitetsberättelse som del av uppföljningen.

**Granskning av verksamhetens kvalitetsarbete**
Under året har Samhall utfört omcertifiering av ISO-standard 9001 (Kvalitetsledningssystem) och 14001 (Miljöledningssystem) samt genomgått nycertifiering av 45001 (Arbetsmiljöledningssystem) med gott resultat. Samhall beskriver vidare att de har genomfört flera kvalitetshöjande insatser inom servicetjänsterna. Insatserna har omfattat både utbildning av personal och chefer samt utveckling av interna rutiner och samverkansformer. Ett förstärkt samarbete har etablerats mellan Samhall och hemtjänsten i syfte att förbättra informationsöverföring och samordning kring brukarna. För att följa upp kvalitet och avvikelser har Samhall även haft regelbundna månadsmöten med Stora Coop Överby.

**Beskrivning av Samhalls egenkontroll och kvalitetssäkring**
För att säkerställa att brukaren får rätt varor enligt beställning tillämpar Samhall en egenkontroll i två steg:

• Steg 1: Kontroll utförs av kollega i samband med färdigställande av beställning. Plocklistan jämförs med de varor som packas.

• Steg 2: Kontroll genomförs i brukarens hem i samband med att varorna placeras i kyl, frys och skafferi.

För att säkerställa en obruten kyl- och fryskedja kontrolleras temperaturer tre gånger dagligen. Samtliga temperaturkontroller dokumenteras och arkiveras i Anticimex.

Dagliga renlighetskontroller av kylväskor och lastutrymmen genomförs samt dokumenteras och arkiveras enligt fastställda rutiner.

Vid slutbehandling av tvätt utförs följande egenkontroller;

• Samtliga artiklar är korrekt slutbehandlade i form av strykning/mangling samt vikning med ett gott resultat.

• Samtliga artiklarna stäms av mot de inregistrerade artiklarna för att säkerställa att brukaren får tillbaka alla artiklar.

Vid utlämning av ren tvätt kontrollerar Samhall att alla brukare i det aktuella hemtjänstområdet som lämnat in tvätt också fått leverans tillbaka.

**Synpunkter, klagomål och avvikelser**
Under 2025 har ingen Lex Sarah-anmälan rapporterats av Samhall.

Totalt registrerades 35 avvikelser inom inhandling av dagligvaror under året, fördelade enligt följande:

• Felplock: 3 avvikelser – brukaren har fått fel vara som inte upptäckts vid egenkontroll.

• Felbeställning: 3 avvikelser – fel varor har beställts vid beställningstillfället.

• Reklamationer: 9 avvikelser – exempelvis skadade varor, varor med kort eller passerat bäst före-datum samt saknade varor.

• Övriga avvikelser: 20 avvikelser – bland annat glömda grund beställningar, varor kvar i fordon samt beställningar i fel namn.

Samtliga avvikelser har följts upp inom verksamheten. För att minska antalet avvikelser och säkerställa en fortsatt hög kvalitet arbetar Samhall systematiskt med förbättringsåtgärder, bland annat genom:

• Införande av rutin för kontroll av bäst före-datum vid varuplock.

• Möjlighet till kompletterande leveranser på kort varsel vid felbeställning eller utebliven beställning.

• Förstärkt kontroll vid hantering av kostsamma varor såsom cigaretter, snus och Trisslotter, där dubbelkontroll av två medarbetare krävs för att säkerställa korrekt leverans till rätt brukare.

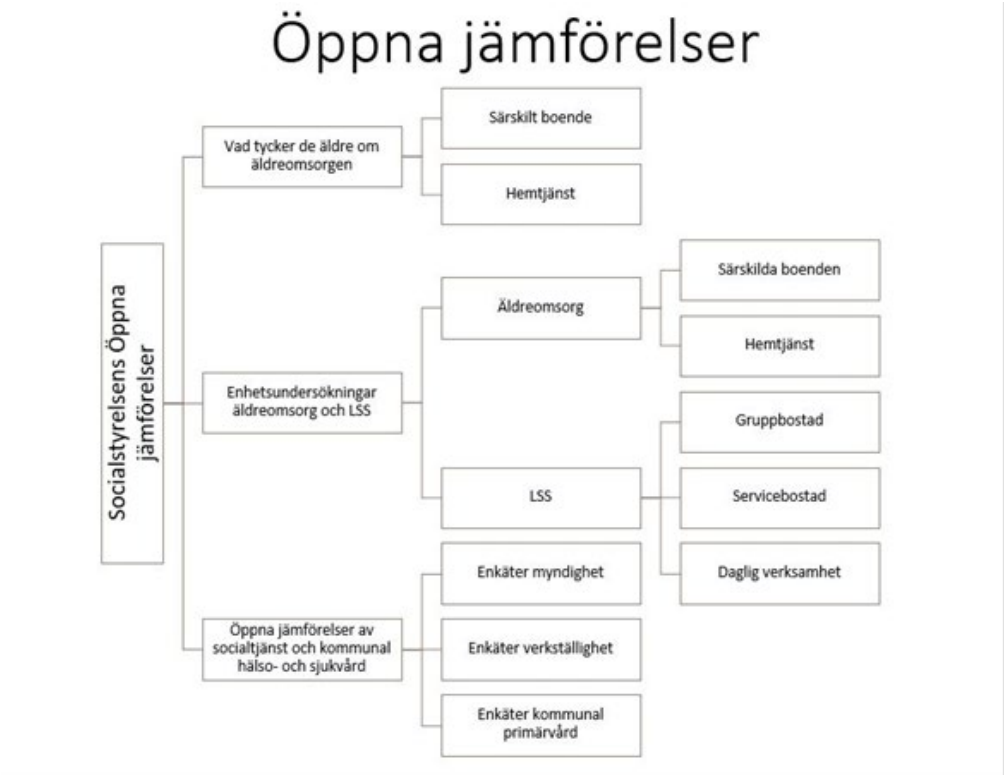
För servicetjänsten tvätt registrerades 14 avvikelser, en synpunkt och två klagomål. Samtliga avvikelser gällde försvunnet eller förstört plagg, i samtliga fall har Samhall betalat ut ersättning. För att minska risk för att plagg ska försvinna eller förstöras under tvättprocessen arbetar Samhall systematiskt med kompetenshöjande insatser och att säkerställa att gällande rutiner följs. Synpunkt gällande att ersättningsnivån för förstörda eller försvunna plagg ansågs vara för låg då brukaren får andra omkostnader än endast summan för plagget i samband med nyinköpet. Två klagomål där brukare inte uppfattat att personalen som kommit för att hämta eller lämna tvätt presenterat sig tillräckligt på grund av bristande hörsel och sängliggande. Samhall har förtydligat gällande rutin för samtliga personer som arbetar med att hämta och lämna tvätt.

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

**Bedömning:**
Bedömning görs att insatserna utförs avtalsenligt och är av god kvalité.

## 5. Nationella brukarundersökningar och öppna jämförelser

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




För att säkerställa underlagen är en utvecklingsledare inom Kvalité, Stöd och utveckling ansvarig för samordningen av svaren, och frågorna besvaras i dialog med enhetschefer för respektive område vid korta digitala möten. Resultaten analyseras både inom verksamhetsområdet och även vid analysmöten under året.

Socialstyrelsen har i november 2025 presenterat 10 indikatorer för äldreomsorgen i syfte att på ett mer likvärdigt sätt kunna följa utvecklingen inom sin egen kommun och i jämförelse med andra. De tio indikatorerna och måtten bygger på resultaten från undersökningarna ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” och Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.

Indikatorer för äldreomsorg

Nedan följer några exempel på noterade resultat per verksamhetsområde. Resultaten i sin helhet för samtliga verksamhetsområden: Öppna jämförelser av socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård - Socialstyrelsen

**Särskilda boenden**
Under 2025 har verksamheten haft flera svarande när det gäller enkäten ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen”. I Vänersborg svarade 45,8% på enkäten vilket var högre än svarsfrekvensen för riket (43,7%). Det var från verksamhetens sida en

målsättning att höja svarsdeltagandet, vilket gjorts de senaste åren. De flesta som bor på särskilt boende får hjälp av anhöriga/närstående att besvara enkäten och det är fler kvinnor än män som svarar samt att den största delen av de svarande är 85 år eller äldre.

När det gäller helhetsbedömningen av hur brukarna upplever nöjdheten med sitt boende får verksamheten ett resultat på 81. Detta är över rikssnitt och även över samma siffra för Västra Götaland och en förbättring mot föregående år (2024) då verksamheten hade ett resultat på 74. Positivt är att man som brukare upplever att personalen har ett fint bemötande och att man känner sig trygg på sitt boende. Brukarna upplever att man tar hänsyn till åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras och att det är lätt att få kontakt med personal vid behov. Även att maten smakar bra och att måltidmiljön är bra får ett bra resultat.

När det gäller utmaningar så är frågan om hur nöjd eller missnöjd du är med de aktiviteter som erbjuds på ditt boende den fråga som verksamheten funderar mest på. Resultatet i brukarundersökningen är lågt, 45 i förhållande till riket som har ett resultat på 60. Om vi jämför med tidigare år är det dock ett bättre resultat än tidigare och det som utmanar är att personalen på enheterna är duktiga på att ordna fina aktiviteter både själva och med stöd av olika organisationer och föreningar. Exempel på aktiviteter som under 2025 ordnats är marknadsdag, 60-talsfika, musikunderhållning, upplärning av vårdhundar, träffar med förskolebarn, spadagar, teaterföreställning, minnevandringar, körsång, glassvagn och mycket, mycket mer.

**IFO**

*Öppna jämförelser* – Resultat som presenterades under 2025 visade på generellt goda resultat.

*Brukarundersökningar* - I den nationella brukarundersökning som gjordes hösten 2025 har IFO Vänersborg mycket goda resultat och har liksom vid förra årets undersökning förbättrat resultatet i en majoritet av de olika frågeområdena. Totalt för IFO ligger resultatet i nivå med rikssnittet (gult) inom tre frågeområden och betydligt över rikssnittet (grönt) avseende de fyra övriga områdena.

IFO gör också ett flera egna brukarundersökningar som analyseras på enheterna och ingår liksom öppna jämförelser i det systematiska kvalitetsarbetet. Detta kan leda till särskilda handlingsplaner eller ingå i enhetens verksamhetsplaner för mål- och fokusområden. Generellt har vi goda resultat där majoriteten är nöjda, inga nationella jämförelser kan göras gällande våra egna framtagna brukarundersökningar.

**ASI**

Utifrån resultaten 2022 har daglig verksamhet under 2023, 2024 och 2025 bedrivit ett systematiskt förbättringsarbete för att brukarna ska uppleva ökad trygghet, bättre kommunikation och ökad delaktighet. Alla verksamheter har haft en plan för detta arbete som kontinuerligt har följts upp. För att förbättra personalens kunskaper inom ovan nämnda områden har det genomförts miniworkshops på heldagar med olika inriktningar så som teckenkommunikation, inprint, arbetsbeskrivningar och dokumentation. Det systematiska förbättringsarbetet har gett resultat i brukarundersökningen. Andelen brukare som anser att man får bestämma över

saker som är viktiga har ökat från 71,5 % 2022 till 80 % 2024 (rikssnitt 80%).

2025 års brukarenkät ger generellt ett bra resultat vilket är ett kvitto på det fina arbete som utförs i verksamheterna. Dock kan det konstaterats att ovanstående frågeområde har minskat något från 80% till 77%. Ett förbättringsområde som har identifierats utifrån årets resultat är arbetet med en förbättrad kommunikation som därmed blir ett område som daglig verksamhet kommer att prioritera under 2026. Att ha tillgång till en välfungerande kommunikation är viktig för att personerna inom daglig verksamhet kunna känna trygghet, delaktig och för att kunna vara självständiga.

Fisketorget ligger fortsatt högt i brukarundersökningen. Årets undersökning visade att av 11 olika frågeställningar så värderar Fisketorgets deltagare sin verksamhet högre än det nationella genomsnittet. Det är i frågorna om sysselsättningen är viktig för dig samt om personalen pratar om arbete med lön med deltagaren som värdet ligger under riksgenomsnitt.

**VoO Hemtjänst**
I brukarundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" har 88% av de svarande bedömt att helhetsbedömningen är mycket bra eller ganska bra. En höjning med 2 % och det är ett resultat av ett målinriktat tillsammansarbete hos enhetschefer och medarbetare på enheterna.
Sedan 2021 har personalkontinuiteten varit sämre än riket men i mätningen 2024 har förbättringar skett, dock marginellt. För 2025 finns ännu inga uppgifter men införande av välfärdsteknik bedöms bidra till att antalet olika personal som en brukare träffar minskar.

# 6. Våld i nära relation

*SOSFS: 2011:5*

- *Mål saknas på kommunövergripande nivå enligt föreskriften*

Våld i nära relationer är en kränkning av mänskliga rättigheter och ett stort folkhälsoproblem som kan få allvarliga konsekvenser för den som utsätts. Alla som blir utsatta för våld i nära relationer, oavsett kön- eller könsidentitet har rätt till stöd och skydd. Det vanligaste är att kvinnor utsätts för våld i nära relationer och att våldet utövas av en manlig partner. Det är också vanligare att kvinnor utsätts för grovt och upprepat våld i en nära relation och att kvinnor dör till följd av våld från närstående. Det har dock blivit allt mer uppmärksammat att också män utsätts för våld i nära relation. Särskild utsatthet Våld i nära relationer förekommer i alla grupper och samhällsklasser. Det är viktigt att inte generalisera och förutsätta att alla inom en viss grupp är utsatta. Forskning visar dock att en person kan vara extra utsatt för våld i nära relation beroende på migrationsbakgrund, fysisk eller psykisk funktionsnedsättning, sexuell läggning, ålder eller missbruk.
Den som arbetar i socialtjänsten eller hälso- och sjukvården behöver utgå från faktorer som kan påverka sårbarheten snarare än tillhörighet till vissa grupper. Risken för att utsättas för våld kan öka beroende på den enskildes livsvillkor. För att förklara varför ohälsan kan vara större i vissa grupper används inom folkhälsovetenskapen begreppet sårbar. Tanken är att vissa faktorer som omger en person kan ge sämre förutsättningar och en allmän ökad sårbarhet i en rad olika

avseenden. Det kan till exempel handla om migrationsbakgrund, funktionsnivå, drogvanor och social situation.
Inom socialnämnden finns en antagen anvisning för arbetet mot våld i nära relation, där alla enheter och verksamhetsområden har ett ansvar för att upptäcka tecken på våldsutsatthet och stödja till hjälp. Vuxenenheten är förvaltningens expertis, där insatser till våldsutsatta och våldsutövare ges, också i nära samverkan med enheten mot våld i Trollhättan. Under 2025 har ett ökat antal insatser beslutats kunna ges utan behovsprövning, för att öka tillgängligheten för en målgrupp som generellt är svår att nå i tillräcklig omfattning.
Nedan följer två goda exempel från verksamheternas löpande arbete:

*"Under "En vecka fri från våld" genomförde verksamheterna på Resurshuset riktade informationsinsatser, delade material till personal och deltagare och genomförde aktiviteter såsom tipspromenader, tematiskt material i huset samt orange uppmärksamhet tillsammans med arbetsgruppen. Detta planerades i dialog mellan chef och VIN-ansvariga och genomfördes som en del av förvaltningens samlade insats under november månad"*

*"Under december månad deltog personal från flera enheter från IFO i en "fridsinsats" som initierades av polismyndigheten där polis och socialtjänst tillsammans (genom dörrknackning i olika bostadsområden i kommunen), informerade om stöd och hjälp gällande våld i nära relation."*

Inför 2025 har tidigare målstyrning från kommunfullmäktige försvunnit: **Våld i nära relation ska uppföra genom följsamhet till upprättad handlingsplan.**

Arbetet mot VIN ska ses som en naturlig del i grunduppdraget, men det bör noteras att det i föreskriften gällande VIN anges att mål ska finnas på kommunövergripande nivå, och att detta också var en kritik vid tidigare revision från området.

Arbetsformen med en central samrådsgrupp med verksamhetsrepresentanter som startade 2020 är välimplementerad och stödjer bland annat arbetet under VIN-månaden, samt systematiskt följer upp processer och rutiner inom området som stöd för alla medarbetare.  Det är ännu ett fåtal verksamheter som strukturerat ställer frågor om våld, och det arbetet behöver ytterligare stärkas och utvecklas.

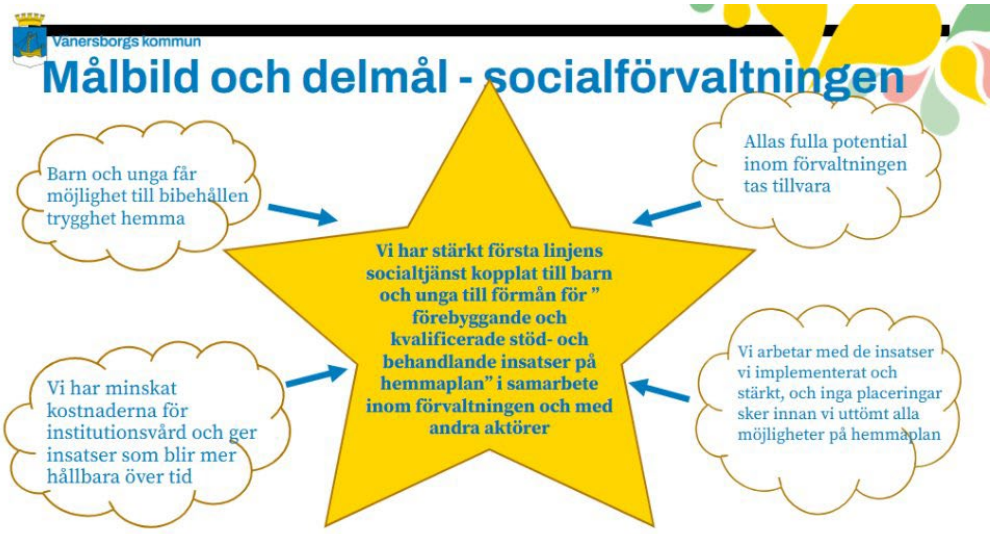
# 7. Barnbokslut – barnrättsarbete

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

Under 2025 har en utvecklingsledare varit tillsatt av kommunstyrelsen för att skapa ett kommungemensamt handlingsprogram för barn och unga. Socialförvaltningen har deltagit aktivt i framtagandet av denna, även vid dialogträffar som förts med civilsamhället och föreningslivet.

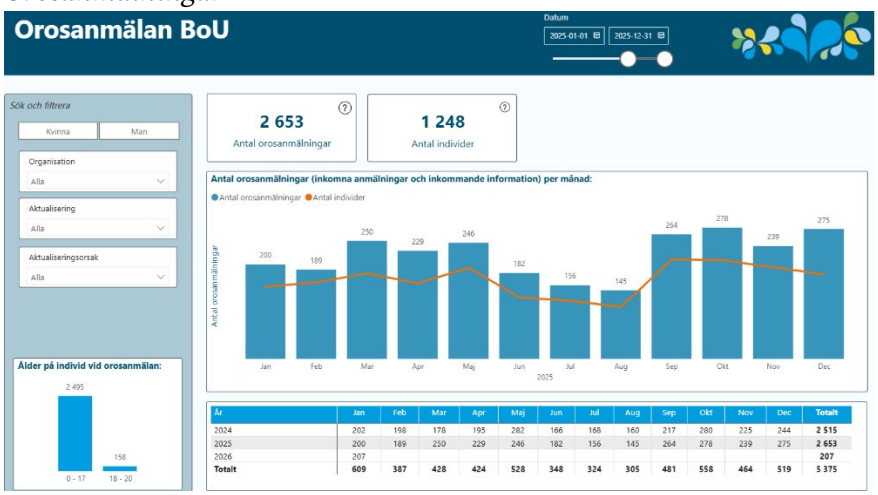
Socialförvaltningen har även skapat en anvisning för barnrättsarbetet som ersätter den tidigare handlingsplanen. Denna ska nu ska implementeras. På övergripande nivå finns även barnkonsekvensanalys med som en stående rubrik för att vid alla förändringar och utredningar ha med en analys av hur olika former av avvägningar eller beslut kan komma att påverka barn generellt. Den anges idag som exempel på kommunnivå men ska regelmässigt användas som rubrik inom socialförvaltningen, tillsammans med brukarperspektiv och anhörigperspektiv.

På övergripande nivå har förvaltningschef gett verksamhetschefer för VSU, IFO och PSO i uppdrag att genomlysa samtliga placeringar av barn och unga med den tydliga riktningen att inga placeringar ska ske innan alla andra alternativ på hemmaplan har uteslutits. Genomlysningen visade att alla aktuella placeringar bedömdes korrekta och nödvändiga, och visade också på utvecklingsområden gällande bl a samordnade uppföljningar med skolan samt förebyggande stöd gällande barn med funktionsnedsättning. Utvecklingsarbeten i två olika arbetsgrupper startar under 2026 med anledning av detta.




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

*Orosanmälningar*



*Försörjningsstöd*
Under 2025 var det totalt 464 barn vars familj någon gång under året uppbar försörjningsstöd *(jämförelse 2024; 456st.)*

*Familjerätten*
Utifrån barnkonventionen samt att bestämmelserna om barns bästa har tydliggjorts ytterligare i nya socialtjänstlagen, inleddes ett arbete på familjerätten under 2025 med att säkra upp barns rättigheter enligt gällande lag i kommunens familjerättsliga kvalitetsledningsprocesser. Medarbetarna har aktivt arbetat med totalt nio av Barnkonventionens sammanlagt 41 artiklar som handlar om barns rättigheter och detta utvecklingsarbetearbete kommer fortsätta under 2026.

| År | 2025 | 2024 | 2023 | 2022 |
|---|---|---|---|---|
| VBU utredning enligt FB 6:19 | 42 | 58 | 51 | 27 |
| Umgängesstöd yttrande | 9 | 12 | 18 | 16 |
| Umgängesstöd Dom | 10 | 12 | 12 | 8 |
| Upplysning enligt FB 6:20 | 55 | 70 | 49 | 42 |
| Samarbetssamtal frivilliga | 69/barn | 88/barn | 68/barn | 61/barn |
| Samarbetssamtal enligt Dom | 10 | 5 | 9 | 7 |
| Yttrande/medgivande adoption | 1 | 2 | 3 | 0 |
| Namn/pass yttrande | 2 | 2 | 0 | 1 |
| Avtal VBU | 12 | 15 | 8 | 9 |
| Informationssamtal | 61 | 63 | 55 | |
| Faderskap/föräldraskap | 65 | 70 | 68 | |

*Familjehemsvård*
Antalet familjehemsplacerade barn har ökat något de senaste åren. Totalt har 127 barn varit familjehemsplacerade någon gång under året (jämförelse; 2023; 97st., 2024; 102st.) Totalt var 81 barn familjehemsplacerade december 2025 och av dem var 28% placerade enligt LVU (tvångsvård) och 72% enligt SoL

Barnen var placerade i 71 olika familjehem varav 22% var köpt konsulentstödd familjehemsvård. Under 2024 var jämförbara siffror 62 familjehem varav 27% var köpt konsulentstödd familjehemsvård. Enheten arbetar mycket aktivt för att rekrytera ”egna” familjehem för att undvika köpta tjänster.

Enheten har sedan flera år arbetat aktivt för vårdnadsöverflyttningar från vårdnadshavare till familjehemsföräldrar utifrån gällande lagstiftning, där detta bedöms vara till barnets bästa. Under 2025 genomfördes 7 vårdnadsöverflyttningar jämfört med 8 under 2024.

Familjehemsvården är fortsatt starkt påverkad av den rådande marknaden där kommunen konkurrerar med privata bolag om familjehemmen som i vissa fall erbjuder extremt höga ersättningar, jour dygnet runt, spavistelser för familjehemsföräldrarna, mycket avlastning etc.

*Barn och unga med funktionsnedsättning (LSS)*

Korttidsverksamheten/lägerverksamhet har fortlöpande arbetat med barnkonventionen utifrån rätt till delaktighet mm och som en fast punkt i kontaktpersonsuppdraget och i genomförandeplan. Man går även igenom rutin kring orosanmälan kopplat till misstanke om våld i nära relation i familjerna. Fokus för hela familjestöd har varit att arbeta med barnrättsarbetet genom att säkerställa barnets delaktighet i genomförandeplaner i den mån det går, samt alltid ha barnets bästa i fokus i handledning av personal/uppdragstagare, samt i stödfamiljsutredningar.

**Mini-Maria**
Under 2025 har Mini-Maria Norra (Fyrbodals samtliga kommuner) haft stora förändringar i personalgruppen. Under större delen av året har det varit ett jämnt inflöde av nya ungdomar. Verksamheten ser en ökning jämfört med föregående år. Totalt har 91 ungdomar varit inskrivna på mottagningen under 2025. Mottagningen har under året prioriterat att bedriva klientfokuserad vård med hög tillgänglighet och utan köer trots ökat inflöde. Under året har de ungdomar som önskat kontakt med mottagningen erbjudits kontakt och uppstart med kort varsel.

De ungdomar som under året varit inskrivna på Mini-Maria har det i 24% av kontakten initierats av socialtjänsten, 69% på eget initiativ eller de närstående, 2% från skolan, 62% av de inskrivna ungdomarna under året har varit pojkar/unga män och 36% flickor/unga kvinnor och 2% annan köndefinition. Medelåldern hos de inskrivna ungdomarna är 17,5 år. 22% av ungdomarna gick vid inskrivningsintervjun i grundskolan, 47% på gymnasiet, 9% är i arbete och 10% saknade helt sysselsättning, 12% ej angivet.

Flera av ungdomarna som varit aktuella på Mini-Maria under året uppger ett blandmissbruk med cannabis som primärdrog (49%). Efter cannabis är 16% alkohol mest förekommande som primärdrog. Medelåldern för första gången ungdomarna testat droger är 14,1 år. Övriga droger är bensodiazepiner 9%, kokain 2%, och amfetamin 7% de mest förekommande drogerna hos aktuella ungdomar.

Totalt har sex ungdomar från Vänersborg varit inskrivna vid Mini-Maria under året, två flickor och fyra pojkar. Utöver dessa inskrivna ungdomar har de haft rådgörande samtal med t.ex. föräldrar eller andra anhöriga, men detta redovisas inte i statistiken i dagsläget. Vi i Vänersborg har påtalat detta i vårdsamverkansmöte och har önskemål om att kunna följa detta framåt, då även det bedöms vara en viktig del i Mini-Marias uppdrag.

# 8. Samverkan

**Samverkan med externa aktörer**

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

Samverkan och samarbete med interna och externa verksamheter ingår i det ordinarie arbetet för samtliga anställda är ett högt prioriterat område utifrån enheternas olika målgruppers specifika behov.  Nedan beskrivs några av de samverkansstrukturer som är etablerade och har arbetats inom under 2025.

Övergripande forum för samverkan är t.ex. Samordningsförbundet, Nätverk inom Kommunalförbundet Fyrbodal, Vårdsamverkans lokala samverkansgrupper inom sammansatta vård och omsorgsbehov, psykiatri och missbruk samt Barn och Unga,

Barnahuset, Krami samt Fyrbodals socialjour. Samverkan mellan VGR och kommunerna i regionen regleras i hälso- och sjukvårdvårdsavtalet.

***Krami***
Krami är en verksamhet i samverkan mellan Kriminalvården, Arbetsförmedlingen, Trollhättans stad och Vänersborgs kommun, förlagd i Trollhättan. Krami riktar sig till kvinnor och män över 18 år som på grund av kriminalitet och social bakgrund har svårt att finna, få och behålla arbete. Personalen, som är från Kriminalvården, Arbetsförmedlingen och kommunen stöttar och hjälper de aktuella brukarna att hitta en fungerande väg till arbete och självförsörjning.

Under 2025 har totalt 42 personer varit inskrivna på Krami. Under året har 17 deltagare gått i egenförsörjning, 4 deltagare i anställning utan stöd och 10 deltagare i anställning med lönestöd samt 2 deltagare till studier. 1 deltagare har skrivits ut till egenförsörjning genom aktivitetsersättning. Av samtliga inskrivna under året var 23 personer från Trollhättan och 18 personer från Vänersborg samt 1 person från annan ort.

***SSPF***
Arbetet med samverkansformen SSPF (Socialtjänst, Skola, Polis, Fritid) har utvecklats i flera delar under 2025 utifrån att samverkansformen startat med arbete på individnivå. Utifrån det har processen i individarbetet kunnat realiseras och förbättras exempelvis genom att införa professionella förmöten som ökar kvalitén i nätverksmöten tillsammans med ungdom och familj. Under året har 34 ungdomar lyfts in i arbetsgruppen för dialog om att aktualiseras i SSPF varav 15 barn (3 flickor, 12 pojkar) är aktuella vid årsskiftet 2025/2026.

**Vårdsamverkan FyrBodal**
Delregional vårdsamverkan där vi arbetar med närområdesfrågor efter en framtagen handlingsplan där ett av syftena är att hantera förflyttningen mot god och nära vård på ett patientsäkert sätt. Genom en god samverkan och en helhetssyn mellan olika vårdgivare kan de gemensamma resurserna utnyttjas på bästa sätt för att ge en sammanhållen, tillgänglig och patientsäker vård och omsorg till individen. I vårdsamverkan har det skapats delregionala rutiner inom viktiga samverkansområden, exempelvis palliativ vård, intravenös antibiotikabehandling i hemmet och öppenvårdsprocessen.

**Samverkande sjukvård**
Under 2025 har den kommunala primärvården utfört 76 uppdrag från 1177, ambulansen och vårdcentralerna. Under 2024 utfördes 62 uppdrag.

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

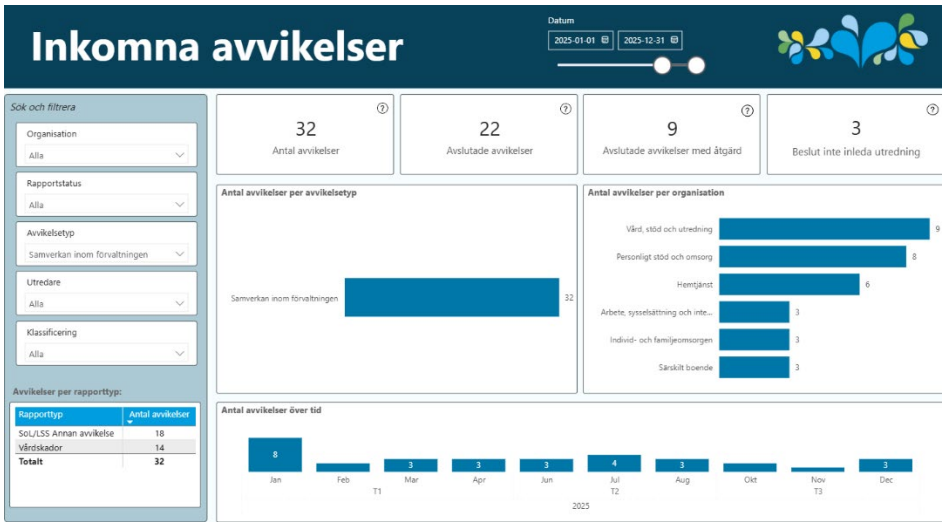
**Läkarmedverkan i kommunal primärvård**
Västra Götalandsregionen ansvarar för läkarinsatserna inom kommunens hälso- och sjukvård, där samarbetsformer och gemensamma mål regleras genom lokala avtal. Vänersborgs kommun har etablerade avtal med de vårdcentraler som ingår i närområdessamverkan för att säkerställa en god medicinsk kvalitet. För att möta målsättningarna i omställningen till en god och nära vård pågår ett kontinuerligt arbete med att utveckla denna samverkan. Särskilt fokus ligger på att stärka kommunikationsvägar och informationsöverföring mellan huvudmännen, vilket är en avgörande faktor för att minimera risker i vårdkedjan och höja patientsäkerheten

**Nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet**
Västra Götalandsregionen ansvarar för att anordna munvårdsutbildning till kommunernas omsorgspersonal utifrån ansvaret för tandvårdsstöd och munhälsobedömningar. Vid dessa utbildningstillfällen instruerar tandhygienister omvårdnadspersonalen hur de ska sköta den dagliga munvården för vårdtagare de har omvårdnadsansvar för. 71personal har deltagit på utbildningen under 2025 jämfört med 160 personal 2024.
Det är viktigt att se över åtgärder för att öka antalet utbildningstillfälle samt öka antal omvårdnadspersonal som får utbildning.

**Vårdhygien**
Samverkan sker regelbundet med representant från vårdhygien enligt avtal med NU-sjukvården. Vårdhygien har som uppgift att samarbeta och stödja kommunens verksamheter i det egna arbetet för att förebygga uppkomst och spridning av vårdrelaterade infektioner och har månadsvis nätverksträffar med MAS-nätverket FyrBoDal. Även Smittskyddsenheten i VGR deltar regelbundet på dessa nätverksträffar. Vårdhygien har 2025 även haft nätverksträffar där kommunens hygienombud närvarat.

**Samverkan mellan interna aktörer**
Socialförvaltningen har sedan 2016 en samverkansriktlinje, som gås igenom årligen på APM i alla verksamheter samt i introduktion för nya chefer. Riktlinjen bedöms väl implementerad. Det finns flera goda exempel på etablerad interna, multiprofessionella samverkansformer och forum bla kvalitetsteam och samordningsteamsmöten. På ledningsnivå sker samverkan med naturlighet i den samlade förvaltningsledningsgruppen och styr- och ledningskedjan med beredningsgrupper inom olika gemensamma teman. På de gemensamma chefsdagarna har även förvaltningens övergripande stödfunktioner deltagit för ökad samsyn och helhet.

Den förvaltningsinterna samverkan är synlig i verksamheternas processer, och följs även upp i avvikelsearbetet.




De händelser som har rapporterats har lett till 19 förbättringsåtgärder under året. Majoriteten handlar om dialog med berörd medarbetare eller arbetsgrupp för att säkerställa följsamhet och 6 åtgärder kan kopplas till uppdatering av processer eller anpassning av organisatoriska förutsättningar.

Samverkan Vänersborg har under året fått ett delvis uppdaterat innehåll och kommer från och med 2026 att benämnas ledningsgruppen för förebyggande och främjande insatser för barn och unga, där avdelningen för hållbar utveckling tar övre ordförandeskapet från socialförvaltningen. Gruppen har under året bland annat följt upp den den gemensamma tjänsten som samverkande socialsekreterare och familjecentralen Sirius.

Ytterligare exempel är samordningsteamen där hemtjänsten tillsammans med kommunal primärvård och biståndsenheten ingår, vilka är en samverkansform sedan 2014 som löpande revideras och där utvecklingsfrågor drivs i en gemensam styrgrupp. Teamens arbete är viktigt för helhetssynen kring den enskilde personen och samordningen, och har också stor påverkan på det goda resultatet med få betaldagar till slutenvården under 2025.

### Samverkan med intresseorganisationer

Plan för systematisk samverkan finns upprättad och genomförs löpande. Viktiga forum för detta är t ex det kommunala pensionärsrådet (KPR), rådet för funktionshinderfrågor (KRF) och dialogmöten mellan PSO och FUB, DUF och Attention. Råden och dialogmöten fungerar som ett tillfälle för att delge och få information om övergripande planering, samt för intresseorganisationerna att lyfta frågor från sina medlemmar. Råden utgör också remissinstans när det finns behov, exempelvis vid revidering av riktlinjer. Under 2025 har workshops genomförts med råden bland annat gällande insatser utan behovsprövning och digital tillgänglighet.

Det upplevs saknas aktiva lokala intresseföreningar vad gäller personer med psykisk funktionsnedsättning och skadligt bruk och beroende, vilket särskilt behöver vägas in när frågor ska beredas och representation saknas.

### Samverkan med den enskilde och närstående

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




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

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

Genomförandeplanen är ett centralt verktyg för den enskildes delaktighet, liksom arbetet med SIP. Detta är också ett kontrollområde som benämns vidare i kapitlet egenkontroller.

Under 2025 har förberedelsearbete för att inhämta patienters upplevelse av vården genom enkät som skickas ut under 2026.

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

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

# 9. Resultat och analys

Kvalité är mycket nära sammanlänkat med en god ekonomisk hushållning och en god arbetsmiljö, och alla chefer har ett viktigt uppdrag i att arbeta systematiskt med de tre perspektiven. SAS och MAS har i sitt tillsynsuppdrag ett särskilt fokus på att bevaka att brukar- och patientperspektivet säkerställs och att vården och omsorgen är av god kvalité.  I föregående års KoP belyste vi särskilt att det är ett löpande och viktigt arbete som inte alltid är enkelt, inte minst för första linjens chefer, samt att det finns en inbyggd svårighet i att de strukturer/forum/logiker som ska bevaka personalens arbetsmiljö, ibland tenderar att få så stort inflytande att

personalperspektivet blir mer tongivande än brukar- och patientperspektivet och att detta behöver bevakas och balanseras än mer. Vår bedömning är att balansen under 2025 mellan perspektiven har belysts på ett förbättrat sätt, bland annat i kvalitets- och analysmöten.

Under 2025 har förvaltningen fortsatt implementeringen av det systematiska kvalitetsarbetet där flertalet processer inom socialtjänst och hälso- och sjukvård är kartlagda och publicerade, och arbetet med egenkontroller och riskbedömningar fortskrider. Ledning och chefer har en stor vilja att förbättra verksamheten, och har fått en ökad insikt i hur uppföljningar, egenkontroller och förbättringsåtgärder på ett systematiskt sätt bidrar till en kvalitetssäkrad verksamhet. Framförallt har uppmärksammats att avvikelsearbetet behöver gå från ett händelsefokus på individnivå, till ett förebyggande perspektiv på organisatorisk nivå. Enhetscheferna är nyckelpersoner i arbetet och under 2025 har också blivit tydligt att andra nyckelroller såsom verksamhetsledare och stödpedagoger är av vikt för den fortsatta implementeringen och stöd till baspersonalen. Vi bedömer att det är av stor vikt att utredare i form av enhetschefer får stöd och utbildning i utrednings- och analysarbete vad gäller både avvikelser och synpunkter/klagomål för att dessa ska leda till ständiga förbättringar som en del av kvalitetsarbetet.

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

Barnbokslutet visar genomgående positiva resultat men också en negativ trend gällande allt fler barn som bedöms ha behov av vård utanför det egna hemmet, vilket även var fallet 2024 Det är av största vikt att de barn som behöver sådana insatser för skydd och omvårdnad får det, men nämnden behöver tillsammans med andra samverkansparter med kraft och i enlighet med den nya socialtjänstlagen fortsätta och intensifiera det arbete som görs för att motverka att behovet blir så omfattande och ofta akut. Detta är också en tydlig riktning i nya SoL och man bör komma ihåg att de förebyggande insatser som ges idag, kanske inte ger synliga resultat förrän om flera år. Särskilt positivt att lyfta är att en dryg fördubbling av inflödet till ej biståndsbedömda insatser, som framförallt vänder sig till barn och deras familjer, har skett under året!

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

och tagit stort ansvar visar sig bland annat i den positiva utveckling av minskat antal betaldagar som kommunen betalar till regionen för utskrivningsklara patienter!

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

# 10. Mål och aktiviteter för 2026-2028

**Utvecklingsområden för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet**

| **Nationell kvalitetsindikator** | **Aktivitet** | **Ansvar** |
|---|---|---|
| Kunskaps-baserad | Fortsatt arbete med systematiskt kvalitetsarbete så att förändringar och utvecklande insatser har sin grund i den kunskap vi får genom riskbedömningar, egenkontroller och avvikelsearbete, och ger ökad effekt. Beslut om treårig egenkontroll på avvikelseprocessen.<br><br>Säkerställa medarbetarnas följsamhet till processerna i det dagliga arbetet<br><br>Fortsatt och fördjupat fokus på individbaserad, systematisk uppföljning och analys på aggregerad nivå/verksamhetsnivå, utveckla former för dialog om resultat och åtgärder.<br><br>Säkerställa tillräcklig kunskap för alla roller och anställningsformer. | VC |

| | | |
|---|---|---|
| Säker | Implementera regionala rutiner, riktlinjer och kunskapsstöd för egenvård tillsammans med regionen i vårdsamverkan.<br><br>Säkerställa arbetssätt för att utreda och utföra kompenserande stöd till barn och familjer med funktionsnedsättning, enligt SoL<br><br>Implementera handlingsplan för civil beredskap, för att säkerställa kontinuitet och kommunikation vid händelser av kris)<br><br>Stärka det brottsförebyggande arbetet, även innefattande skydd mot övergrepp enligt förslagen i Ökad trygghet för äldre.<br><br>Förbereda och implementera för språkkrav inom äldreomsorgen<br><br>Säkerställ rutiner för uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser vid köp av plats<br><br>Säkerställa att riskanalyser sker ur ett brukar- och patientperspektiv i syfte att säkra insatsernas kvalité, även vid planerade och oplanerade organisatoriska förändringar | VC |
| Individ-anpassad | Beslut om egenkontrollsområde: Systematiskt informera om och erbjuda SIP i enlighet med Fyrbodalsgemensamt arbete. Detta ska vara synligt i verksamheternas processer. | VC |
| Effektiv | Fortsatt utveckling av digitala lösningar som kan komplettera medarbetarnas insatser i enlighet med digital färdplan, i syfte att stärka den enskildes egenmakt och självständighet. | VC |
| Jämlik | Hitta modell/former för att systematiskt analysera av underlag för att upptäcka och åtgärda eventuella omotiverade skillnader utifrån diskrimineringsgrunderna, i bemötande eller utformning av stöd, vård och insatser. Främja universella utformningar av insatser i samverkan med andra. | VC med stöd av processledare |
| Tillgänglig | Strategiskt och operativt arbeta med omställningen gällande ny socialtjänstlag, samt omställning till en god och nära vård<br><br>Implementering och fortsatt utveckling av insatser utan behovsprövning (IUB) | VC |