

# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen 2024

## Vård- och omsorgsnämnden

---

Typ av styrdokument: Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse Gäller för: Vård- och omsorgsnämndens  
Beslutande instans: Vård- och omsorgsnämnden verksamheter  
Datum för beslut: XXXX-XX-XX Dokumentansvarig: SAS MAS  
Diarienummer: 2024.215 VON

# Innehåll

<b>1.</b>	<b>Sammanfattning .....</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>5</b>
<b>3.</b>	<b>Förvaltningens systematiska kvalitetsarbete .....</b>	<b>6</b>
<b>4.</b>	<b>Identifierade utvecklingsområden 2024 .....</b>	<b>7</b>
<b>5.</b>	<b>Övergripande mål och strategier .....</b>	<b>9</b>
5.1.	Kvalitetsuppföljning .....	10
5.2.	Organisation och ansvar .....	11
<b>6.</b>	<b>Måluppfyllelse och resultat .....</b>	<b>13</b>
6.1.	Självbestämmande och integritet .....	13
6.2.	Helhetssyn och samordning .....	16
6.3.	Trygghet och säkerhet .....	18
6.4.	Kunskapsbaserad verksamhet .....	19
6.5.	Tillgänglighet .....	22
6.6.	Säker vård och omsorg .....	23
6.6.1	Samverkan för att förebygga vårdskador och missförhållanden .....	23
<b>7.</b>	<b>Egenkontroll .....</b>	<b>25</b>
7.1.	Kvalitetsregister och egenkontroller .....	25
7.2.	Vårdhygien .....	34
7.3.	Dokumentationsgranskning SOL/LSS .....	36
7.4.	Dokumentationsgranskning kommunal primärvård /HSL .....	37
7.5.	Informationssäkerhet .....	38
<b>8.</b>	<b>Avvikelse .....</b>	<b>39</b>
8.1.	Totalt antal avvikelser, varav utredda .....	39
8.2.	Fallavvikelser .....	43
8.3.	Händelser med medicinteknisk produkt/hjälpmedel .....	45
8.4.	Läkemedelsavvikelser .....	45
8.5.	Handläggning (Myndighetsenheten) .....	47
8.6.	Samverkan .....	48
8.7.	Dokumentation .....	49
8.8.	Hot och våld .....	50
8.9.	Bemötande .....	51
8.10.	Utförande av insats .....	52
8.11.	Stöld .....	53
8.12.	Avvikelser i samverkan med regionen (MedControl Pro) .....	53
8.13.	Utredning av allvarliga missförhållanden/påtaglig risk för allvarliga missförhållanden, lex Sarah .....	56
8.14.	Utredning av allvarliga händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada, lex Maria .....	61
8.15.	Synpunkter och klagomål .....	63
<b>9.</b>	<b>Identifierade förbättringsområden 2025 .....</b>	<b>65</b>



# 1. Sammanfattning

Vård- och omsorgsförvaltningen kan stolt redovisa en positiv förflyttning inom flera områden gällande patientsäkerhet och kvalitet.

Grunden i allt kvalitetsarbete är att ha ett fungerande ledningssystem för kvalitet och säkerhet. Vård- och omsorgsförvaltningen har under 2024 startat upp arbetet med att kartlägga vilka verktyg och förutsättningar verksamheterna behöver för att kunna bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete. En utbildningsinsats har under hösten genomförts för samtliga enhetschefer, avdelningschefer och utvalda specialistfunktioner i ett led att höja kompetens och förståelse för det systematiska kvalitetsarbetet. Målet för förvaltningen är att kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet ska bedrivas med samsyn, struktur och som en lärande organisation.

Året har även präglats av flera andra stora omtag som också speglas i den statistik som redovisas i berättelsen. Förvaltningen visar bland annat på en god förmåga att identifiera risker och skapa åtgärdsplaner i det proaktiva och förebyggande arbetet och är nära på att utnämnas till guldkommun kopplat till kvalitetsregistret Senior Alert, vilket vi siktar på att nå till 2025.

Strukturen för att systematiskt arbeta och lära av inkomna avvikelser har blivit bättre i många verksamheter och andelen ohanterade avvikelser sjunker. Andelen läkemedelsavvikelser visar på en positiv nedåtgående trend, detta trots att vård- och omsorgsförvaltningen står inför en utmaning i att få kontroll över, och minska antalet osignerade hälso- och sjukvårdsinsatser.

Teamsamverkan har varit i fokus i flera verksamheter och responsen är positiv. Den gemensamma nämnaren för teamsamverkan inom hälso- och sjukvården är att olika kompetenser behöver komplettera varandra för att nå bästa resultat och att samverkan i team är en nyckelfaktor för en personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård.

Utifrån analys av det gångna året har vård- och omsorgsförvaltningen identifierat två förbättringsområden som kommer få ett särskilt fokus under 2025. Dessa två är dokumentation samt fortsatt implementering av handlingsplan SSKF (säkerställa systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete).

2025 blir året då vård- och omsorgsförvaltningen blickar framåt och där en trygg och säker vård och kvalitet är i fokus.

## 2. Inledning

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9), framgår att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse varje år. Syftet med den sammanhållna kvalitetsberättelsen är att beskriva hur nämndens arbete med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under året. Den sammanhållna kvalitetsberättelsen utgör också underlag för planering av nästkommande års kvalitetsarbete. Kvalitetsberättelsen för vård- och omsorgsnämnden i Alingsås kommun redovisar det kvalitetsarbete som genomförts för verksamheterna inom Myndighetsenheten, äldreomsorg och funktionsstöd.

Enligt patientsäkerhetslagen (*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*) ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse vars syfte är att tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Enligt Socialstyrelsen är det övergripande målet med patientsäkerhetsarbete att ingen ska drabbas av en vårdskada. Visionen med patientsäkerhetsarbete är "god och säker vård överallt och alltid".

Patientsäkerhetsberättelsen innehåller beskrivning över hur vårdgivaren arbetat för att identifiera, analysera och minimera riskerna i vården, hur vårdpersonal bidragit till patientsäkerhet, hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats samt redogörelse för resultat som uppnåtts under föregående år.

Privata utförare inom hemtjänst (LOV) och särskilt boende (LOU) ska redovisa hur det systematiska kvalitetsarbetet genomförs i en egen kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse som upprättas årligen och lämnas till Alingsås kommun senast 2025-01-24.

För år 2024 presenteras kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i en gemensam berättelse. Innehållet bygger bland annat på övergripande uppföljningar på verksamhets- och avdelningsnivå och analys utifrån inkomna rapporter samt kvalitets- och patientsäkerhetsdialoger.

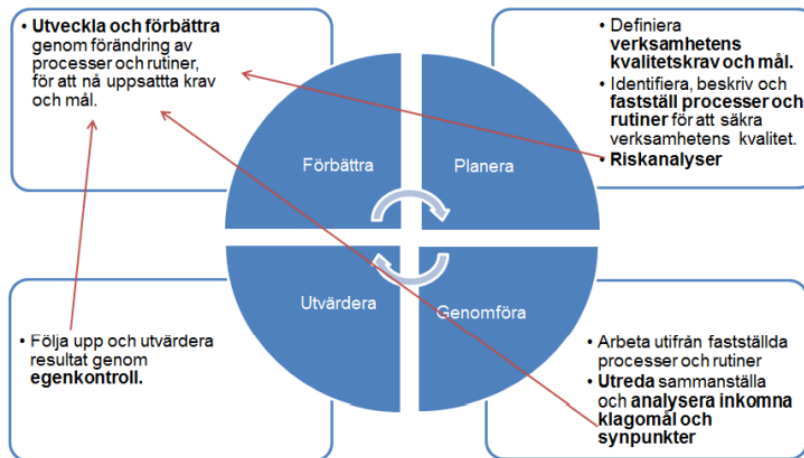
### **3. Förvaltningens systematiska kvalitetsarbete**

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) utgör tillsammans med Alingsås kommuns styrmodell grund för vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete. Som styrande dokument för kvalitetsarbetet antog vård- och omsorgsnämnden år 2014 *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom vård- och äldreomsorg i Alingsås kommun enligt SOSFS 2011:9*. Sedan 2016 finns kvalitetsstrategi för Alingsås kommun som en del av kommunens styrmodell.

Ledningssystemet fungerar som stöd för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten i syfte att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ingår att krav och mål som gäller för respektive verksamhet, enligt författningar (lagar, förordningar och föreskrifter) är kartlagda, att processer och rutiner är identifierade och dokumenterade och att det finns en tydlig ansvars- och uppgiftsfördelning. Vidare ingår att systematiskt förbättringsarbete genom riskanalyser, egenkontroll och hantering av avvikelser bedrivs samt att kvalitetsarbetet är dokumenterat.

Inom vård- och omsorgsförvaltningen bedrivs arbetet med att utveckla och säkra kvalitet genom stegen planera, genomföra, utvärdera, förbättra. I planeringsstadiet definieras verksamhetens kvalitetskrav och mål, processer och rutiner fastställs och riskanalyser genomförs. I steget genomföra utförs arbetet utifrån processer och rutiner och inkomna klagomål och synpunkter utreds och analyseras. I utvärderingssteget följs resultat upp genom bland annat egenkontroll. Slutningen utvecklas och förbättras verksamheten genom förändring av processer och rutiner för att nå uppsatta krav och mål.



Av dokumentet "Vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" framgår hur nämnden avser att arbeta med de i ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete fastställda momenten: processer och rutiner, samverkan, riskanalys, egenkontroll, förbättringsarbete, personalens medverkan i kvalitetsarbetet och dokumentationsskyldighet.

## 4. Identifierade utvecklingsområden 2024

Med utgångspunkt i de resultat som framkom av underlaget i 2023 års kvalitets- och patientsäkerhetsberättelser identifierades fem utvecklingsområden där vård- och omsorgsnämnden såg ett behov av fortsatt utveckling under 2024. Nedan redovisas de prioriterade utvecklingsområdena och en sammanställning av det arbete som pågått i förvaltningen under det gångna året.

### 1. Aktivt kvalitetsarbete och omhändertagande av avvikelser

Att förvaltningen arbetar aktivt med det systematiska kvalitetsarbetet och åtgärdar de konstaterade bristerna som identifierats. Alla avvikelser ska utredas enligt riktlinjerna och avslutas inom avsatt handläggningstid.

När det gäller det första målet har en mycket positiv utveckling skett. 89 procent av samtliga inkomna avvikelser under året har utretts och avslutats. Vad gäller handläggningstiden ligger genomsnittet på 33 dagar för ärenden utan uppföljning och 62 dagar för ärenden med uppföljning. Ett stort arbete och utbildningsinsatser kopplade mot systematiskt kvalitetsarbete med fokus på avvikelshantering har drivits under året och har gett god effekt. Läs mer om detta under avsnitt 8.1.

## **2. Förvaltningsövergripande riktlinjer saknas**

Två riktlinjer nämndes i kvalitetsberättelsen som särskilt prioriterade för 2024. Hur personal ska agera om de misstänker/observerar att en brukare blir utsatt för våld samt om de misstänker/observerar att en brukare missbrukar alkohol, droger eller läkemedel. Utöver det har arbetet med att kartlägga vilka förvaltningsövergripande riktlinjer som redan finns, vilka som behöver revideras och vilka som behöver avvecklas utförts under året.

Revideringen av den riktlinje som berör hur personal ska agera vid misstanke om våld pausades när förvaltningen fick i uppdrag att implementera en ny handlingsplan för förebyggande av våld i nära relation. Detta väntas starta igång under 2025. Vad gäller riktlinje kring brukare som missbrukar alkohol, droger eller läkemedel har en förvaltningsövergripande riktlinje ännu inte tagits fram. Detta beror på den stora mängden riktlinjer som behöver revideras och där andra riktlinjer behövt prioriteras. Under 2025 behöver detta arbete fortsätta för att säkra upp att ledningssystemets olika riktlinjer och rutiner är kompletta och relevanta.

## **3. Osignerade HSL-insatser i Combine**

Arbetet med osignerade HSL-insatser i Combine har fortlöpt under 2024 i hela vård- och omsorgsförvaltningen. Trenden är att vi ser en positiv minskning på totalen för samtliga enheter. Flera verksamheter har hittat bra arbetssätt för att komma åt bakomliggande orsaker för att fortsatt hålla nere ohanterade signeringar medan andra verksamheter har stött på större utmaningar. För en fördjupad analys se rubrik ohanterade poster i Combine under 7.1.

## **4. Basala hygienrutiner och klädregler**

I 2023 års patientsäkerhetsberättelse framkom att det fanns tydliga tecken i förvaltningen att arbetet med basala hygienrutiner var på en för låg nivå både i teori och praktik.

En punktprevalens mätning (PPM) genomfördes under hösten 2024 för att få en överblick över följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler i förvaltningen. Resultat tyder på att vi saknar en tydlig struktur för hur arbetet med hur basala hygien- och klädregler skall genomföras på en årlig basis och det finns stora individuella skillnader i hur prioriterad frågan är ute i de olika verksamheterna. MAS tillsammans med hygiensjuksköterskan har tagit fram en ny struktur och plan som presenteras för verksamheterna i början på 2025. Se detaljer under rubrik 7.2.

## **5. Basal omvårdnad**

För att leverera god och säker vård krävs många olika aspekter av vårdandet. Kunskaper kring basal omvårdnad behövde förtydligas ute i verksamheten med målet att höja nivån av den vård verksamheten levererar öka patientsäkerheten och minska vårdskador.

Under 2024 har utbildningsinsatser riktade mot baspersonal pågått under ledning av en sjuksköterska med detta som uppdrag. Utbildningarna är upplagda med en teoretisk, en praktisk och en reflektions del. De olika blocken är basal hygien, basal omvårdnad 1 och 2, akuta bedömningar samt palliativ vård.

Under våren har 450 utbildningstillfällen erbjudits omvårdnadspersonal och under hösten har 1105 platser erbjudits omvårdnadspersonal där ca 674 platser blev uppbokade. Baspersonalen har generellt varit mycket positiva till utbildningarna och summerar att det



har varit bra med upprepning och påminnelser, att deras ansvar belyses och att de praktiska bitarna i utbildningen varit bra för förståelsen. Att få möjligheten att träffa varandra från olika enheter och dela erfarenheter och tips är givande, och att det finns en reflektionsdel i utbildningarna är uppskattat.

Utbildningarna löper på med samma struktur under 2025 med reservation för en viss justering av innehåll för att passa medarbetare även inom LSS.

## 5. Övergripande mål och strategier

Det övergripande målet är att vård och omsorg ska bedrivas med god kvalitet, med hög patientsäkerhet och att ingen ska drabbas av vårdskada eller missförhållande. En övergripande strategi för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet är ett proaktivt, riskförebyggande och personcentrerat arbetssätt. Arbete för mer systematisk ledning och styrning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet pågår för få en bättre och tydligare struktur i det systematiska förbättringsarbetet.

Kvalitet definieras i föreskrifterna om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om andra föreskrifter inom om hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Utöver de mål och krav som anges i författningar och beslut för nämndens verksamhet ingår också politiska mål och inriktningar om verksamhetens kvalitet i ledningssystem.

### **Kvalitetskrav**

För att säkra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet har vård- och omsorgsnämnden formulerat och antagit kvalitetskrav för funktionsstöd, hemtjänst, särskilt boende, samt kommunal primärvård. Kvalitetskraven omfattar all verksamhet, oavsett utförare, som arbetar på nämndens uppdrag och beskriver de grundläggande krav som ska uppfyllas.

Kvalitetskraven utgår framför allt från de områden som Socialstyrelsen har angett vara viktiga för att uppnå en god och säker vård och omsorg och innefattar:

- Självbestämmande och integritet
- Helhetssyn och samordning
- Trygghet och säkerhet
- Säker vård och omsorg
- Kunskapsbaserad verksamhet

- Tillgänglighet
- Effektivitet.

### **Kritiska verksamhetsfaktorer**

Utöver att nämnden enligt lagstiftning är skyldig att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete så ansvarar samtliga verksamheter i kommunen för att löpande följa upp och kvalitetssäkra att verksamhetens grunduppdrag bedrivs på ett kvalitativt sätt.

I kommunens styrmodell framgår vissa gemensamma utgångspunkter för systematisk kvalitetsuppföljning som gäller för alla nämnder. Arbetssättet går ut på att varje förvaltning utifrån definitionen av god kvalitet och med fokus på sitt grunduppdrag identifiera och definiera de områden som är särskilt viktiga för en god kvalitet i den egna verksamheten, så kallade kritiska verksamhetsfaktorer.

### **Uppdrag SSKF**

Under våren 2024 fick förvaltningens kvalitetsenhet ett riktat uppdrag av förvaltningschef att ta fram en handlingsplan i syfte att säkerställa det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet, uppdraget fick därefter benämningen SSKF. Kvalitetsenheten har utrett förvaltningens behov av förbättringsåtgärder utifrån de brister som identifierats i nämndens ledningssystem och tagit fram förslag på åtgärder. Planen är att handlingsplanen ska antas under 2025 och att åtgärderna/förbättringarna ska verkställas löpande för att säkra upp ett fungerande ledningssystem och processer samt ett systematiskt kvalitetsarbete, och förebygga missförhållanden och vårdskador.

## **5.1. Kvalitetsuppföljning**

Resultatet från arbetet med egenkontroll rapporteras till nämnd två gånger per år i enlighet med vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Förvaltningens styrning mot att uppnå målen i kommunens mål- och resultatstyrning samt kvalitetsstyrningen sker genom att mål bryts ner i chefs- och medarbetaröverenskommelse. Det åligger respektive chef på underliggande nivå att analysera och följa upp mål för den egna verksamheten. Uppföljning av hur målen utvecklas sker två gånger per år i samband med delårs- och årsuppföljning.

### **Reformering kvalitetskrav**

Under 2024 har kvalitetsenheten fått ett uppdrag att utreda en reformering av nämndens kvalitetskrav, i syfte att förenkla för verksamheterna men också kunna mäta verksamheternas följsamhet till kraven. Arbetet med detta har startats upp, men bedömning har gjorts att nya socialtjänstlagen som beräknas träda i kraft 2025-07-01 behöver inväntas för att säkerställa att nämnden beaktar nya socialtjänstlagen och eventuellt nya nationella kvalitetsindikatorer. Arbetet kommer att fortsätta under 2025. Ett av nämndens tidigare omfattande styrdokument "Kvalitetskrav funktionsstöd" som i detalj beskrev kvalitetskraven inom funktionsstöd har avvecklats. Dock gäller samma kvalitetskrav (som framgår under ovan) fortsatt även för funktionsstöd och detta är

beskrivet i nämndens ledningssystem. Planen är att förvaltningen ska lämna förslag till beslut till nämnden senast under hösten 2025 för den nya reformeringen av kvalitetskraven.

## 5.2. Organisation och ansvar

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

Vård- och omsorgsnämnden (VON) i Alingsås kommun bedriver hälso- och sjukvård inom verksamheterna äldreomsorg (ÄO), hälso- och sjukvård (HSV) samt funktionsstöd (FS).

Verksamheterna har en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) samt en socialt ansvarig samordnare (SAS) inom förvaltningen.

### **Vård- och omsorgsnämndens ansvar som vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL)**

Yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har vårdgivaren som ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård, enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), efterföljs av alla utförare i kommunen. Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för att skapa förutsättningar för och säkerställa att verksamheten arbetar med kvalitet på ett systematiskt sätt enligt lagar, föreskrifter och beslut.

### **Förvaltningschefs ansvar**

Förvaltningschef ansvarar för att kommunicera och omsätta nämndens övergripande strategier och mål till all berörd verksamhet samt organisera verksamheten utifrån givna mål och resurser.

### **Verksamhetschef enligt HSL ansvar**

Verksamhetschefen ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen respektive tandvårdslagen upprätthålls samt uppfylla de krav som anges enligt HSLF-FS 2021:43, Användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.

Vidare ansvarar verksamhetschefen för att vården organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och är av god kvalitet och främjar kostnadseffektivitet. Ansvara även för att säkerställa att kvalitetsarbetet bedrivs i enlighet med förvaltningens ledningssystem och gällande lagstiftning samt vidta åtgärder som behövs för att förebygga vårdskador.

### **Socialt ansvarig samordnares (SAS) ansvar**

Socialt ansvarig samordnare (SAS) har en övergripande och strategisk funktion för kvalitetsstyrning inom socialtjänstens verksamhetsområden utifrån gällande lagar och föreskrifter i socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. SAS skall även säkerställa att dokumentationen förs i den omfattning som föreskrivs i lag och föreskrift samt ta emot och utreda rapporter enligt Lex Sarah kring missförhållanden eller risk för missförhållanden i verksamheter. Allvarliga missförhållanden ska anmälas vidare till Inspektionen för vård- och omsorg, IVO.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabiliterings (MAR) ansvar**

MAS ansvarar för att patienten ska få en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård. MAR ansvarar för att patienten ska få en säker och ändamålsenlig rehabilitering. MAS och MAR upprättar riktlinjer och rutiner för att styra, följa upp samt utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet. MAS/MAR ansvarar även för att utöva kontroll av verksamheten samt för att samverka med verksamhetschef vid frågor som berör hälso- och sjukvården. Avvikelse rapporteras till vårdgivare. MAS/MAR är ansvarig för bedömning om en HSL-avvikelse är av en så pass allvarlig händelse att den medfört allvarlig vårdskada eller kunnat medföra allvarlig vårdskada (lex Maria) och därmed ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

### **Avdelningschefs ansvar/verksamhetschef privat regi**

Bedöma vilka processer, rutiner och aktiviteter som verksamheten behöver identifiera, kartlägga och fastställa för att uppfylla krav och mål. Avdelningschef ska också initiera och utföra riskanalyser inom sitt område, utöva egenkontroll samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser. Årligen sammanställa och analysera avdelningens patientsäkerhetsarbete och redovisa detta till MAS/MAR.

### **Enhetschefs ansvar/chef privat regi**

Enhetschef ansvarar för att leda och utveckla verksamheten och se till att vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem med fastställda riktlinjer och rutiner är väl kända i verksamheten. Enhetschef för respektive område har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav som ställs på att patienten ska tillförsäkras en god och säker vård, utifrån hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen samt LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade). I enhetschefens hälso- och sjukvårdsansvar ingår att göra personal delaktig i patientsäkerhetsarbetet och rapportering av avvikelser samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Enhetschef har att kontinuerligt följa upp avvikelser som rör verksamheten enligt riktlinjen för avvikelshantering. Utvärdering av avvikelser i verksamheten ska leda till reflektion samt ligga till grund för det förbättringsarbete som ska öka patientsäkerheten i kommunen.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar**

Hälso- och sjukvårdspersonal ska ha kännedom om och arbeta efter gällande lagstiftning, mål, processer, riktlinjer och rutiner. Av patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår det att hälso- och sjukvårdspersonal ska bidra och samverka för en hög patientsäkerhet i det dagliga arbetet samt rapportera risker för vårdskador eller händelser som kunnat medföra eller har medfört skada. Legitimerad personal ansvarar också för att delegera arbetsuppgift till annan om det är förenligt med god och säker vård.

### **Medarbetares ansvar**

All personal har ett ansvar för att bidra till att en hög patientsäkerhet hålls genom att känna till och aktivt arbeta samt samverka utifrån nämndens mål och gällande lagstiftning, riktlinjer och rutiner.

## 6. Måluppfyllelse och resultat

I detta avsnitt redovisas en samlad analys av verksamhetens egenkontroll utifrån de områden som nämndens kvalitetskrav innefattar; självbestämmande och integritet, helhetssyn och samordning, trygghet och säkerhet, kunskapsbaserad verksamhet, tillgänglighet och effektivitet.

Nämndens egenkontroll består av flera informationskällor om kvaliteten i verksamheten och kan sammanfattas i följande bild.

Brukarens bedömning	Nämndens egen bedömning	Nationell och regional bedömning
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brukarundersökningar</li> <li>• Synpunkter och klagomål</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mål- och resultatstyrning och internkontroll</li> <li>• Kritiska verksamhetsfaktorer</li> <li>• Årlig granskning av kvalitetskrav</li> <li>• Lex Sarah och avvikelser</li> <li>• Andra interna mätningar och kontroller</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nationella jämförelser, exempelvis:</li> <li>• Kommunens kvalitet i korthet</li> <li>• Öppna jämförelser</li> <li>• Kommun och enhetsundersökning</li> <li>• Externa tillsyner och granskningar</li> </ul>

I avsnittet redovisas resultat och analys under respektive kvalitetsområde för varje berörd avdelning; hemtjänst, särskilt boende, personlig assistans och stöd, boende och arbete, kommunal primärvård samt Myndighetsenheten. Resultaten som presenteras för avdelning hemtjänst och särskilt boende jämförs med strukturellt liknande kommuner, medan resultaten för avdelning personlig assistans och stöd samt boende och arbete jämförs med riket i enlighet med bestämmelserna i vård- och omsorgsförvaltningens kritiska verksamhetsfaktorer 2024.

Avdelning personlig assistans och stöd har ingen data att redovisa för 2024 på grund av att för få brukare deltog i årets undersökning.

### 6.1. Självbestämmande och integritet

En grundläggande förutsättning för en säker vård och omsorg är den enskildes och de närståendes delaktighet. Vården och omsorgen blir säkrare när den enskilde är välinformerad och deltar aktivt i sin vård och omsorg. Bestämmelser i socialtjänstlagen anger att den enskilde i största möjliga utsträckning ska ges inflytande och medbestämmande över de insatser som ges. Även i patientlagen regleras självbestämmande och delaktighet. Den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet lyfter särskilt fram patienters och närståendes medskapande och delaktighet i patientsäkerhetsarbetet som en grundläggande förutsättning för en säkrare vård.

I Alingsås kommun arbetar verksamheterna med genomförandeplaner, handlingsplaner, omvårdnadsplaner och bemötandestrategier. Det personcentrerade arbetssättet ska stödja

personen och eller närstående att vara delaktiga kring beslut som rör den egna vården och omsorgen där personen ses som medskapare och partner i sin vård och omsorg utifrån sina behov, resurser och målsättningar.

### **Brukarbedömning**

Under 2024 har arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet på avdelningarna för särskilt boende och hemtjänst fortsatt enligt de förbättringsområden som identifierades under 2023. Arbetet har också präglats av resultaten från den senaste brukarundersökningen.

För särskilt boende visar brukarundersökningen på en positiv utveckling inom flera områden. Möjligheten att påverka tider ligger över genomsnittet för strukturellt liknande kommuner, 61 procent (jfr 58 procent). Det har också skett en markant höjning vad gäller sociala aktiviteter, där nöjdheten med de sociala aktiviteterna nu ligger på 60 procent, i nivå med strukturellt liknande kommuner (jfr 51 procent under 2023).

Möjligheten att få information om förändringar har minskat och ligger under genomsnittet för strukturellt liknande kommuner (46 procent). Även möjligheten att komma utomhus ligger under genomsnittet, på 53 procent (jfr 57 procent). Hänsyn till åsikter och önskemål har minskat något men ligger fortfarande över genomsnittet för strukturellt liknande kommuner. Alingsås uppnår 82 procent, jämfört med strukturellt liknande kommuner som når 79 procent i genomsnitt.

Inom hemtjänsten visar brukarundersökningen att 89 procent av brukarna anser att personalen tar hänsyn till deras åsikter och önskemål, vilket ligger över genomsnittet för strukturellt liknande kommuner (83 procent). Alingsås ligger även över genomsnittet vad gäller inflytande och tillräckligt med tid, där Alingsås uppnår 76 procent (jfr 70 procent strukturellt liknande kommuner). Vidare har avdelningen höjt sitt resultat något vad gäller information om förändringar (66 procent Alingsås, 56 procent strukturellt liknande kommuner). Hänsyn till åsikter och önskemål ligger på 89 procent, ingen förändring jämfört med tidigare år men klart över genomsnittet för strukturellt liknande kommuner (83 procent).

Ett identifierat förbättringsområde för avdelning hemtjänst är dokumentationen enligt resultat i egenkontroll.

Sammanfattningsvis har både särskilt boende och hemtjänst gjort framsteg på flera områden under 2024, men det finns också förbättringsområden som behöver åtgärdas för att höja kvalitén ytterligare och möta brukarnas behov och förväntningar.

Avdelningarna boende och arbete och personlig assistans och stöd har särskilt fokus på att ge den enskilde brukaren möjlighet till självbestämmande, integritet och inflytande över de insatser som ges. Målet är att varje brukare ska kunna delta i beslut som rör deras liv och stöd, att dessa insatser ska vara utformade utifrån individuella behov och önskemål och leda till ökad självständighet. Personlig assistans och stöd har i år inte deltagit i undersökningen, varför enbart data för avdelning boende och arbete presenteras.

### ***Självbestämmande***

Inom daglig verksamhet har självbestämmandet ökat från 84 procent till 88 procent, vilket

är ett resultat av ett aktivt arbete med brukarråd, individuella samtal, verktyget Memoplanner, samtalsmattor och att alla deltagare är involverade i sina genomförandeplaner. Arbetet syftar till att varje brukare ska få möjlighet att göra det hen är bra på och lyckas med.

Under året har daglig verksamhet också påbörjat arbetet med metoder som PERMA och flow, dessa kommer att fortsätta vara centrala för utvecklingen under 2025. En annan positiv förändring är att andelen brukare som upplever att de får den hjälp de vill ha har ökat från 87 procent till 88 procent. Fokus har förskjutits mot ett salutogent perspektiv, där brukaren får möjlighet att göra det hen är bra på. Verksamheten har också gått ifrån synsättet "Detta gör man på daglig verksamhet" till att erbjuda brukarna fler valmöjligheter, vilket stärker deras självbestämmande.

Inom servicebostäderna har det utarbetats en handlingsplan baserad på resultatet från brukarundersökningen 2023. Verksamheterna har regelbundna brukarmöten där resultatet från undersökningen diskuteras, och det finns även möjlighet för brukarna att anonymt framföra sina synpunkter. Veckovisa husmöten ger brukarna möjlighet att påverka verksamhetens innehåll, dessa möten behandlas aktivt under pedagogiska konferenser. Under året har fokus varit på att fördjupa förståelsen för två av de centrala ledstjärnorna i det pedagogiska förhållningsättet, "beteendet är bara toppen på ett isberg" och vi kompenserar för funktionsnedsättningen" vilket har lett till att medarbetarna har haft brukaren i centrum och beaktat dennes behov.

I Göteborgsregionens patientenkät har kommunal primärvård en möjlighet att följa patienternas upplevelse av den vård och kontakt som kommunal hälso- och sjukvård erbjuder. Resultatet baseras på mätningar utförda 2023 men redovisades under 2024. Kopplat till självbestämmande och integritet svarar 76 procent att de har möjlighet att säga till om beslut gällande den egna vården och 86 procent uppger att deras åsikter kopplat till deras vård respekteras. Genom att ta med datorn på hembesök, erbjuda team träffar via videomöte har avdelning kommunal primärvård hittat nya sätt för att möjliggöra delaktighet och självbestämmande för den enskilde.

Myndighetsenheten arbetar enligt Individens behov i centrum, IBIC, vilket innebär att brukaren själv är med och får beskriva sin situation och hur denne skulle vilja få stöd och hjälp. Det leder till att genomförandeplaner tas fram gemensamt med individen. Myndighetsenheten har fortfarande inte omvandlat samtliga uppdrag enligt IBIC – vilket innebär att utförarverksamheterna fortfarande har uppdrag som inte är skrivna enligt IBIC. Målet är att uppdragen som skickas successivt ska skrivas enligt IBIC och att utförarverksamheterna på sikt enbart ska ha IBIC-uppdrag från Myndighetsenheten.

### *Kommunikation*

Användningen av alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) har även ökat. Förvaltningen har därutöver implementerat individens behov i centrum (IBIC), vilket för avdelningen innebär en övergång från insatsstyrt till behovsstyrt arbetssätt. Denna förändring har inneburit att brukarna får större delaktighet i hur och när stödet utförs, vilket i sin tur har lett till en ökning av självbestämmandet från 70 procent till 86 procent inom servicebostäder.

Resultatet från brukarbedömningen inom gruppboendena visar att 60 procent av brukarna upplever att personalen och de själva förstår varandra. Detta är ett område som behöver förbättras, och arbetet med kommunikation fortsätter genom metoder som PERMA och AKK. Personalens fördjupade kunskap om kognition gör att de bättre kan förstå brukarnas behov på ett djupare plan, och individuella behov kartläggs med hjälp av alternativa kommunikationsmedel.

För avdelning personlig assistans och stöd har utbildningsinsatser för assistenter varit bristfälliga under 2024. Antalet utbildade assistenter i AKK har inte ökat, och personalens förmåga att dokumentera korrekt fortsätter att vara ett område med stora brister. Detta har bidragit till en fortsatt låg kvalitet i den dagliga driften.

### *Engagemang*

När det gäller personalens engagemang inom boende och arbete visar undersökningen att 84 procent av brukarna anser att personalen bryr sig om dem. Genom regelbundna husmöten och ett medvetet arbete med att visa uppmärksamhet för brukarnas behov strävar avdelningen efter att skapa en atmosfär där brukarna känner sig sedda och hörda. En positiv trend från brukarundersökningen är att 88 procent av brukarna anser att de trivs hemma, vilket är en ökning från föregående år. Genom löpande dialog och uppmärksamhet på brukarnas välmående skapas en miljö där brukarna känner sig trygga och tillfreds. Personalen visar intresse för vad brukarna upplever som meningsfullt, vilket stärker den gemensamma förståelsen för deras behov.

## **6.2. Helhetssyn och samordning**

### **Digitalisering och välfärdsteknik**

Under året har nedan skett relaterat till området digitalisering och välfärdsteknik

- Anslutning till samverkansavtalet "Digitala hjälpmedel i samverkan" genom VästKom och Västra Götalandsregionen.
- Upphandling av ny leverantör för trygghetslarm och digital tillsyn, med möjlighet att koppla på sensorteknik, inom ordinärt boende. Implementeringen är ännu inte helt klar, men förväntas bli klar under Q1 2025.
- Upphandling av trygghetslarm och välfärdsteknik för särskilt boende initierades i december med kravställan om kameratillsyn och sensorteknik. Vilket är helt nytt inom särskilt boende. Ett pilotprojekt förväntas starta igång preliminärt mars 2025.
- Intresseanmält att omfattas av upphandling via samverkansavtalet "Digitala hjälpmedel i samverkan" för digitala lås inom ordinärt boende.
- Påbörjat arbetet med att använda digitala assistanslistor via förvaltningens verksamhetssystem för återrapportering till Försäkringskassan inom personlig assistans.

Förvaltningen ligger fortsatt efter med digitaliseringen i förhållande till ledningssystemets processer. Under 2025 behövs ett fortsatt fokus riktas mot att ställa om och digitalisera



ledningssystemets processer i systemet 2c8.

### **Teamsamverkan**

Avdelningarna särskilt boende, hemtjänst och boende och arbete har under 2024 fortsatt att utveckla samarbetet och förbättrat kvaliteten på insatserna. Flera gemensamma satsningar har genomförts för att öka effektiviteten, säkerställa rätt kompetens och möta brukarnas individuella behov på bästa sätt.

Inom avdelning särskilt boende har korttidsavdelningarna ett nära och välfungerande samarbete med Myndighetsenheten och kommunal primärvård, vilket säkerställer en samordnad och effektiv vård och omsorg. Regelbundna teamssamverkansmöten hålls för att säkerställa god kommunikation och samarbete.

Under 2024 genomfördes två mätningar av nattfastan i samarbete med kostenheten. Resultaten visade att nattfastan är för lång på vissa boenden, vilket har identifierats som ett förbättringsområde inför 2025.

Inom avdelning hemtjänst har ett aktivt arbete pågått för att stärka teamsamverkan, bland annat genom samarbeten med kommunal primärvård och Myndighetsenheten. Alla brukare har två fasta omsorgskontakter, och samarbetet med nattpersonal sker genom dokumentation i verksamhetssystemet, vilket bidrar till en tydlig rutin för mottagande och verkställighet av uppdrag. En annan viktig aspekt är samverkan med Förebyggandeenheten, där ombud stödjer både brukare och anhöriga.

Inom avdelning boende och arbete har teamsamverkan varit ett område som har prioriterats och utvecklats under året. Samarbetet med kommunal primärvård har stärkts och ett nytt samarbete med sjuksköterskeorganisationen har påbörjats för att få ett helhetsgrepp om brukarnas hälsa. Ett framgångsrikt samarbete har också etablerats med RF Sisu, som har arbetat med fysisk aktivitet för målgruppen. Vidare har ett samarbete inletts med utvecklingsledare i Göteborgs stad för att utforska hur samverkan med civilsamhället kan förbättras och effektiviseras. Under kommande år är ambitionen att fortsätta och fördjupa dessa samverkansområden, med målet att skapa en ännu mer sammanhållen och effektiv verksamhet som bättre kan möta brukarnas behov och förbättra kvaliteten på de insatser som ges.

### **Kompetensutveckling**

Avdelning hemtjänst har under 2024 anställt fem specialistundersköterskor inom områdena demens, psykiatri och äldreomsorg. Vidare har en omfattande utbildningsinsats genomförts inom äldreomsorgslyftet, med goda resultat där enbart ett fåtal personer inte fullföljt utbildningen.

### ***Projekt FAVO – fler anställda inom vård och omsorg***

Förvaltningen ingår i projekt FAVO genom Göteborgsregionen som är en karriärvägsmodell med en tydlig uppdragsbeskrivning för varje profession och olika utbildningskrav för respektive uppdrag. Avdelning hemtjänst och särskilt boende har under 2024 differentierat arbetsuppgifter utefter modellen.

### **Resursteam inom avdelning hemtjänst**

För att möta verksamhetens behov vid frånvaro finns ett resursteam, vilket säkerställer rätt kompetens vid alla tider. Alla medarbetare inom hemtjänsten har genomgått utbildning i individens behov i centrum (IBIC) under 2024, vilket bidrar till en mer behovsstyrd och individanpassad omsorg.

### **Arbetet mot en mer effektiv resursfördelning**

Inom daglig verksamhet är målet att skapa en helhetssyn där inlåsnings-effekten motverkas och både deltagare och personal ges möjlighet att vara verksamma inom olika delar av verksamheten, utifrån brukarnas önskemål och behov. Detta ökar inte bara kvaliteten för både deltagare och personal, utan skapar också ekonomiska effekter genom en mer effektiv personalfördelning. Inom bostad med särskild service har en kartläggning av brukarnas behov genomförts i samarbete med Ensolution. Denna kartläggning ska ligga till grund för att arbeta prestationsbaserat, där verksamheterna skräddarsys utifrån de individuella behoven som finns. Vissa enheter har redan påbörjat samplanering vid schemaläggning, och personalplaneringen har samordnats så att rätt resurser sätts in där de behövs som mest.

## **6.3. Trygghet och säkerhet**

### *Trygghet*

Inom avdelning särskilt boende har en höjning i brukarundersökningen skett relaterat till trygghet. Andelen som svarar att de är mycket eller ganska trygga uppgår till 92 procent, resultatet är oförändrat jämfört med tidigare år och ligger över genomsnittet för strukturellt liknande kommuner.

Svåra besvär av ängslan, oro eller ångest har minskat till fem procent, vilket är en minskning jämfört med tidigare år (11 procent). Alingsås ligger även under genomsnittet för strukturellt liknande kommuner (18 procent).

På avdelning hemtjänst känner 92 procent av brukarna i hemtjänsten sig trygga med personalen, vilket ligger över genomsnittet hos strukturellt liknande kommuner (90 procent). Dessutom känner 87 procent i Alingsås kommun sig trygga med att bo hemma med stöd av hemtjänst. Avdelningen fortsätter att visa goda resultat, med 97 procent nöjdhet från brukarna och en ökad upplevelse av trygghet. Enligt KKiK:s undersökning av personalkontinuitet har avdelningen ökat till ett genomsnitt på 19 möten per brukare, jämfört med förra årets 8. Den högre sjukfrånvaron, särskilt under sensommaren, samt nya ärenden som kräver flera besök per dag har påverkat kontinuiteten negativt. Detta är ett område avdelningen aktivt arbetar med att förbättra. En annan utmaning är att brukarna upplever att de inte alltid får besök av sin fasta omsorgskontakt, vilket ligger på 24 procent. Avdelningen har inte fått tillgång till det nya planeringssystemet PLAN/ACT och har därmed arbetat i två system under året. Detta har inneburit ett dubbelarbete för att säkerställa att inga insatser missas. Det nuvarande verksamhetssystemet har även begränsningar i dokumentationen, vilket innebär en ökad risk för att personal missar att

dokumentera viktiga hälso- och sjukvårdsinsatser.

Inom daglig verksamhet visar brukarundersökningen en positiv trend, med brukarnöjdhet som har ökat från 85 procent till 86 procent. Avdelningen har prioriterat att arbeta utan timvikarier, där ordinarie personal går in i varandras verksamheter. All personal arbetar utifrån ett pedagogiskt förhållningssätt och deltar kontinuerligt i utbildning via APT, stödpedagogträffar och stödassistentträffar. Trots de positiva resultaten finns det fortfarande vissa utmaningar. Frågan om brukarnas rädsla har minskat från 76 procent till 73 procent, vilket tyder på att den största rädslan är svår att hantera för personalen, såsom åska, mardrömmar eller andra specifika rädslor. En annan aspekt som har minskat, är tryggheten med personalen, där resultatet för servicebostäder och gruppboende har sjunkit från 77 procent till 74 procent. En del av denna minskning kan förklaras av hög personalomsättning och sjukfrånvaro under året. Trots detta har brukarna inom servicebostäder blivit mindre rädda, och andelen som känner sig mindre rädda har ökat från 60 procent till 68 procent, vilket indikerar en förbättrad självkänsla och självförtroende hos brukarna.

Avdelningen har under året arbetat aktivt för att hitta orsaker till avvikelser och säkerställa kvaliteten i verksamheten. Målet för 2025 är att förbättra avvikelshantering och fortsätta arbeta med de resultat som framkommer i brukarundersökningen.

Inom avdelningen för personlig assistans och stöd har en hög personalomsättning varit en utmaning under året. Dessutom har det saknats en strukturerad introduktion för nyanställda personliga assistenter, vilket har påverkat kontinuiteten och kvaliteten på stödet. Metodstödet för assistenter har också varit otillräckligt under 2024, vilket är ett område som behöver förbättras framöver.

Resultatet för kommunal primärvård, utifrån Göteborgsregionens patientenkät 2023 (publicerad 2024), visar att 85 procent har ett förtroende för personal inom kommunal hälso- och sjukvård. 86 procent uppger sammantaget att de är nöjda med den kommunala primärvården.

Flera verksamheter har tillsammans med kommunalprimärvård återupptagit arbetet med teamsamverkan under det gångna året och skapat forum för att öka arbetet med säker vård och omsorg och en samsyn kring de gemensamma patienterna.

För att säkerställa likvärdig och kvalitetssäker inskrivning av nya patienter har rollen inskrivningssjuksköterska skapats på prov under 2024. Alla patienter i Alingsås kommun ska erbjudas en trygg och säker inskrivning med ökad möjlighet till självbestämmande i kommunal primärvård. Inskrivningssjuksköterskans arbete ska avlasta för patientansvariga sjuksköterskor och förvaltningens resurser ska användas effektivt för patientens bästa.

## **6.4. Kunskapsbaserad verksamhet**

### **Kompetensutveckling**

Avdelning särskilt boende har haft ett ökat fokus på basala hygienrutiner.

Avdelningen har haft ett antal avvikelser och Lex Sara-utredningar som har visat på stora kunskapsbrister på en del särskilda boenden. Det har visat på vikten av utbildning och kunskapsöverföring. Flera särskilda boenden har anställt specialistundersköterskor och flera är på gång att anställa.

Avdelning hemtjänst har 84 procent undersköterskor och differentierar arbetsuppgifter enligt karriärvägsmodellen. Avdelningen har under året prövat en mentorskapsmodell inom projekt FAVO för undersköterskor som ska utvärderas våren 2025. Medarbetare som saknat omvårdnadsutbildning har erbjudits att gå Åldreomsorgslyftet, där det varit intagningar under höst och vår. Avdelningen har fem specialistundersköterskor anställda med specialinriktningar demens, psykiatri och äldreomsorg. Avdelningen avser att anställa ytterligare två specialistundersköterskor under 2025. Avdelningen har sedan två år tillbaka ett resursteam som stödjer verksamheten med den kompetens som behövs vid frånvaro eller komplicerade ärenden.

Avdelning boende och arbete utgår ifrån evidensbaserat arbetssätt. Vidare har avdelningen fördjupat sig ytterligare i metoden pedagogiskt förhållningsätt. Samtliga timvikarier har fått en introduktion i det pedagogiska förhållningsättet innan de började arbeta under sommarperioden.

Avdelningarna har ökat sin användning av utbildningsplattformen Lingio för att utveckla språkkompetens och säkerställa god kvalitet i verksamheten.

Myndighetsenheten har under 2024 arbetat fram ett nytt introduktionspaket för nyanställda socialsekreterare. Myndighetschef har satsat på att bygga upp en gedigen introduktion för nya socialsekreterare för att säkerställa att varje socialsekreterare får de nödvändiga verktygen och kunskaperna för att klara av sitt uppdrag.

Socialsekreterarna inom LSS har gått två utbildningsdagar hos jurist med fokus på insatsen personlig assistans då myndighetschef identifierat ett behov av att stärka kunskapen inom området och handlägningsprocess för insatsen. För socialsekreterarna inom SoL har man utgått från kända brister som identifierats i en tidigare lex Sarah (2023). En satsning har gjorts för att utbilda socialsekreterarna i grundläggande kunskaper inom handläggning och rättssäkerhet.

### **Yrkesresan funktionshinder**

Under 2024 inledde förvaltningen arbetet med att planera och implementera kompetenssatsningar inom ramen för Yrkesresan – ett nationellt koncept för introduktion och långsiktig kompetensutveckling för medarbetare inom socialtjänsten. Yrkesresan Funktionshinder startade under 2024 och riktar sig till personal som ger stöd, service och omsorg till personer med funktionsnedsättning samt första linjens chefer i dessa verksamheter. Förberedelsearbetet har inkluderat uppstart av projektgrupper som ansvarat

för att utveckla en tidsplan och planerat för det praktiska genomförandet av satsningen. I början av 2025 inleds den kommunala implementeringen. Yrkesresan förväntas bli en central del av förvaltningens långsiktiga arbete med kompetensförsörjning och bidra till att stärka såväl kunskap som kvalitet i verksamheten.

### **Omställning till ny socialtjänstlag**

Förvaltningen har under 2024 anställt en projektledare för nya socialtjänstlagen som beräknas träda i kraft under 2025. Projektledaren är placerad på Myndighetsenheten, men ska förbereda hela förvaltningen på nya lagen och driva omställningsarbetet.

Under hösten 2024 har det förberedande arbetet inför den nya socialtjänstlagen påbörjats med utgångspunkt i lagrådsremissen samt tillhörande dokument och rapporter som publicerats på SKR för framtidens socialtjänst. Projektledaren har startat igång workshops och träffat arbetsgrupper och enheter på förvaltningen för bland annat kartläggning av nuläget i syfte att upprätta en behovsanalys. En nuläges- och behovsanalys har påbörjats och ska vara klar under våren 2025.

En arbetsgrupp har skapats med mål som ska vara uppfyllda innan första juli 2025 gällande rutiner och dokument på Myndighetsenheten. Ytterligare arbetsgrupper planeras. Bland annat kommer en kartläggning av öppna insatser att genomföras. Teamssamverkan i dessa grupper beräknas starta igång under kvartal 1, 2025.

En förstärkt introduktion och mentorskap för kommunal primärvård har medfört framgång i årets pulsmätningar där man når målet med stor marginal för de flesta av enheterna med 85-100 procent. Legitimerad personal har en del obligatoriska utbildningar som rullar på under året. Kompetensutveckling och digitalisering har varit stora delar under året men störst fokus har legat på dokumentation i och med nytt verksamhetssystem med klassificeringskoder. Sjuksköterskorna har också erhållit utbildning i sårvård med syftet att fördjupa kompetensen kring hygien, omlägningsmaterial, omlägningsfrekvens, specifika sår och hudens läkande funktioner och genom det främja sårhäkning och minska patientens lidande. Men också för att skapa en förbättrad arbetsmiljö och minska åtgång av material. Som en utökning av det uppdraget planeras även tillgång till sårappen Onewound. Sjuksköterskorna har även erhållit utbildning kopplat till palliativ vård och trygghetsordinationer.

Under 2024 har Alingsås kommun som en av tre pilotkommuner startat upp arbetet med kompetensutvecklingsmodell för legitimerad personal. Det är ett arbete som kommer att fortgå under flera år där vi just nu är i läget att inventera befintlig personal samt identifiera Alingsås kommuns behov av de olika nivåerna. Arbetsterapeut var den yrkeskategori där modellen först blev klar.

### **Antal ärenden där förvaltningsdomstol fastställer nämndens beslut**

Av totalt 15 avslutade processer hos förvaltningsdomstolarna har nämndens beslut fastslagits i 13 ärenden, motpartens överklagan har alltså i dessa ärenden avslagits. I ett ärende har överklagan återkallats av motparten och i ett ärende har förvaltningsdomstolen upphävt nämndens beslut och bifallit överklagan.

Detta tyder på att Myndighetsenheten tillämpar lagstiftningen rätt i handläggningsförfarandet och att förvaltningens fastställda norm för nämndens olika insatser går i linje med skälig levnadsnivå och goda levnadsvillkor som gäller enligt socialtjänstlagen respektive lag om stöd och service för vissa funktionshindrade.

## 6.5. Tillgänglighet

### **Avdelning särskilt boende**

Brukarundersökningen visar att upplevelsen är att man trivs med sin lägenhet vilket har ökat och ligger något över riket. Drygt 50 procent uppger att man trivs med de gemensamma utrymmena samt med miljön utomhus.

### **Avdelning hemtjänst**

Socialstyrelsens brukarundersökning visar att 86 procent av brukarna tycker att det är lätt att få kontakt med hemtjänsten. Avdelning hemtjänst har alltid en anhörigtelefon som en i varje arbetsgrupp bär med sig 07-22 dagligen. Telefonnummer finns angivna på kommunens hemsida och lämnas till brukare och anhöriga.

### **Avdelning boende och arbete**

Under året har flera brukare bytt lägenheter på grund av behov. De har flyttat till en verksamhet som är mer tillgänglighetsanpassad utifrån brukaren behov eller personals kompetens att möta brukaren. Under året har arbetet förbättrats med boendekön inom bostad med särskild service genom ett utvecklat samarbete med Myndighetsenheten.

### **Avdelning kommunal primärvård och myndighet**

Kommunal primärvård har infört en väg in för att komma i kontakt med legitimerad personal. Genom att skapa ett telefonnummer med växel medför en ökad möjlighet att arbeta patientsäkert och personcentrerat både i telefon och vid hembesök. Målet är också att skapa en bättre tillgänglighet för dem som ringer in, då det alltid finns någon eller några som bemannar telefonen, triagerar, ger råd och ringer ut samtal vid behov av hjälp och stöd. Efter genomförd utvärdering har det utförts justeringar under senhösten för att arbetssättet skall bli mer optimalt.

Myndighetsenheten har förbättrat sin tillgänglighet genom att utöka sin telefontid så att kommuninvånarna alltid kan nå enheten. Myndighetsenheten har påbörjat ett arbete med att ta fram nya sätt så att rätt person kan nås inom rimlig tid.

Rehabenheten har under året på prov en ärendehanterare som fördelar inkomna ärenden, där man ser en tidsbesparing som ger möjlighet till utökad tillgänglighet.

## 6.6. Säker vård och omsorg

### 6.6.1 Samverkan för att förebygga vårdskador och missförhållanden

#### **Delregional vårdssamverkan**

För att minska antalet risker för patienten vid övergången mellan olika vårdgivare samverkar kommunen i SAMLA, som är en närområdessamverkan mellan vårdgivare i Alingsås och Lerums kommun. Den kännetecknas av helhetssyn, kontinuitet, samverkan och ett hälsofrämjande förhållningssätt som syftar till att stärka individens hälsa och effektivt nyttja de gemensamma resurserna. Det övergripande målet är att erbjuda en sammanhållen och tillgänglig hälso- och sjukvård och omsorg, som ges med högsta kvalitet och patientsäkerhet och som utgår från den enskildes behov och erfarenhet. Vårdssamverkan i Alingsås och Lerum, SAMLA och närområdessamverkan NOSAM fortgår med närområdesfrågor efter framtagna handlingsplan. Syftet är att genom långsiktigt arbete bygga upp hållbara strukturer för samverkan med fokus på prioriterade närområdesfrågor.

Under det gångna året har NOSAM arbetat mycket med att kartlägga riskerna för patientsäkerheten i övergång mellan hemmet och sjukhus. Arbetet har lett fram till en del justeringar i vad som behövs säkerställas för att man ska kunna lämna sjukhuset tryggt och säkert.

Regionens huvudmän har tagit ett gemensamt beslut som reglerar vårdbegränsningar för enskild patient vilket leder till att patienten slipper onödigt lidande i livets slut.

Kommunal och regional primärvårds rehab har inlett samverkansmöten för att säkerställa en trygg, säker och mer effektiv hemgång där hjälpmedel och träning behövs. Detta har gett möjlighet att undvika tex onödiga fallskador. Det finns en stor utvecklingspotential i samverkan gällande digital utrustning mellan region och kommun för att göra patienter mer självständiga. Här bromsas arbetet främst av våra olika system som inte är kompatibla eller olika upphandlingar av en mängd olika utrustning.

#### **Vårdhygien**

Samverkan sker regelbundet med representant ifrån vårdhygien enligt avtal med Södra Älvsborgs sjukhus. Vårdhygien har som uppgift att som sakkunniga samarbeta och stödja kommunens verksamheter i det egna arbetet för att förebygga uppkomst och spridning av vårdrelaterade infektioner och har månadsvis nätverksträffar med MAS. Vårdhygien har 2024 även haft nätverksträffar där kommunens sjuksköterska med särskilt hygienansvar närvarat. Våren 2025 är vårdhygien inbjuden till att ha utbildning för samtliga enhetschefer inom den kommunala vård och omsorgen i Alingsås kommun för att ge kunskap och förutsättningar för att kunna bedriva en smitt säker verksamhet.

### **Samordnad individuell vårdplanering SIP**

SIP är ett samverkansverktyg som används i Alingsås kommun för att säkerställa att patienten får sina behov tillgodosedda när flera vårdgivare/aktörer ansvarar för insatser. Riktlinjen är framtagen för samtliga målgrupper – oavsett ålder, diagnos, funktionsförmåga eller behov. En samordnad individuell plan ska alltid upprättas tillsammans med den enskilde som har behov av insatserna. Planen ska tydliggöra vem som ansvarar för vad och när. Patientsäkerheten stärks och individen får en tryggare och bättre vård och omsorg. Arbetet ska bidra till uppfyllande av satta mål regiongemensamt antagen riktlinje samt läns- och regiongemensam handlingsplan för psykisk hälsa i Västra Götaland.

### **Läkarmedverkan**

Regionen ansvarar för läkarinsatserna i de verksamheter som ligger inom kommunens ansvarsområde. Avtal reglerar samarbetsformer och gemensamma mål för samverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården. Avtal finns mellan Alingsås kommun och de i närområdessamverkan tillhörande vårdcentralerna. Inför 2025 skapades en ny läns- och regiongemensam mall för närområdesplan (NOP) med tillhörande bilaga för att skapa tydligare struktur och förtydliganden gällande ansvarsfördelning mellan kommunen och vårdcentralerna. Det finns ett ständigt behov av att utveckla samverkan ytterligare för att kunna ställa om till en god och nära vård med fokus på förbättrad kommunikation och informationsöverföring.

### **Palliativa teamet**

Palliativa teamet utgår från Alingsås lasarett. Målgrupp är patienter över 18 år som är i behov av specialiserad palliativ vård. Palliativa öppenvårdsteamet har tillgång till fem slutenvårdsplatser på kirurgavdelningen. Teamet består av läkare, sjuksköterskor, dietist, kurator, medicinsk sekreterare och tillgång till präst. Vid inskrivning i palliativa teamet är patienten oftast i behov av att vara inskriven i kommunal primärvård, men inte alltid. Teamet arbetar vardagar, dagtid men vid behov av kontakt med palliativa teamet jourtid så finns sjuksköterska på Kirurgavdelningen som har rådgivande funktion gentemot medarbetare inom sjukhuset och den kommunala primärvården. Palliativa teamet och medarbetare i kommunal primärvård arbetar nära varandra kring patienten.

### **Mobilt akutläkarteam**

Sedan 2023 finns ett mobilt akutläkarteam bestående av läkare och sjuksköterska. Teamet ska fungera som ett komplement till ambulansen men även där mer avancerad vård kan ges av läkare i hemmet och i vissa fall undvika sjukhusinläggning.

### **Högskolan i Borås**

Avdelningen för hälso- och sjukvård har sedan flera år en samverkan med Högskolan i Borås genom Kommunal utbildningsenhet inom vård- och äldreomsorg i Alingsås kommun (KUVO). Enhetens handledarutbildade sjuksköterskor tar emot sjuksköterskestudenter som gör sin verksamhetsförlagda utbildning (VFU). Till enheten hör också huvudhandledare, lektor och adjunkt. KUVO har väldigt nöjda studenter visar utvärderingarna efter genomgången VFU.

### **Teamsamverkan**

Verksamheterna har under året jobbat för att skapa en regelbundenhet och en bättre struktur för teamsamverkan och resultatet är positivt med en högre känsla av samarbete mellan olika professioner vilket också kommer till gagn för patienterna. Modern sjukvård



kräver att vi samarbetar som välfungerande team för att säkerställa en god patientsäkerhet. För att få effektiva team behövs kunskap och förståelse för varandras roller och kunskap om vikten av tydlig kommunikation. Under 2025 fortlöper arbetet med att befästa arbetet med teamsamverkan som en naturlig del i arbetet i flera verksamheter och en del verksamheter står i uppstartfasen.

MAS reviderade i år riktlinjen för insatser vid förändrat hälsotillstånd och verksamheterna beskriver att det finns rutiner för när kommunens sjuksköterskor ska kontaktas samt vikten av samverkan med legitimerad personal och andra aktörer för att förebygga vårdskador och missförhållanden.

### **Vårdplaneringsteam**

I Alingsås kommun finns ett vårdplaneringsteam bestående av sjuksköterskor, socialsekreterare, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Vårdplaneringsteamet ansvarar för in och utskrivningsprocessen och är en kommunikativ länk mellan regional och kommunal primärvård.

### **Inskrivningssköterska**

För att säkerställa likvärdig och kvalitetssäker inskrivning av nya patienter har rollen inskrivningssjuksköterska skapats på prov med start 2024. Alla patienter i Alingsås kommun ska erbjudas en trygg och säker inskrivning i kommunal primärvård. Inskrivningssjuksköterskans arbete ska avlasta för patientansvariga sjuksköterskor och förvaltningens resurser ska användas effektivt för patientens bästa.

Inskrivningssjuksköterskan kan vid behov etablera kontakt redan på sjukhuset inför hemgång. Det kan vara lättare att till sig av informationen som ges vid första hembesöket och det kan vara lättare ta del av informationen i inskrivningsmappen om det finns en etablerad kontakt. Genomgång av materialet i inskrivningsmappen är ett arbetssätt för att förhindra ensamhet och stimulera till en aktivare vardag.

## **7. Egenkontroll**

Genom att inkludera systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet och kvalitet bejaktas.

### **7.1. Kvalitetsregister och egenkontroller**

#### **Senior alert**

Varje år ska Senior alert redovisa täckningsgradssiffror till Sveriges Kommuner och Regioner. Detta görs via en jämförelse mellan uppgifter som kommunerna lämnat in till Socialstyrelsen gällande särskilda boenden för äldre och det som finns registrerat i Senior alert. För att bli en Guldkommun krävs en täckningsgrad på 90 procent eller högre samt att

bakomliggande orsaker och åtgärder sätts in till 75 procent eller mer. Alingsås kommun har nu uppnått en täckningsgrad på 79 procent och är därmed väldigt nära att bli en Guldkommun, en utnämning vi hoppas kunna erhålla till nästa år.

År 2022 var registreringarna i Senior alert 639 unika registreringar med en nedgång under 2023 till 360 unika registreringar. I år 2024 redovisar vi 638 unika registreringar. Alingsås visar på god förmåga att identifiera risker och skapa åtgärdsplaner men ett önskat läge är en högre siffra gällande uppföljning av insatta åtgärder.

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Alingsås kommun	638	90% ↓ 657 av 734	77% ↓ 504 av 657	77% ↓ 509 av 657	68% ↓ 188 av 273
Trycksår		29% ↓ 211 av 734	80% ↓ 169 av 211	79% ↓ 166 av 211	69% ↓ 59 av 85
Undernäring		57% → 420 av 734	82% ↓ 343 av 420	77% ↓ 325 av 420	74% → 131 av 178
Fall		79% ↓ 581 av 734	84% ↓ 489 av 581	78% ↓ 452 av 581	71% ↓ 173 av 242
Munhälsa		39% ↑ 268 av 695	66% ↓ 176 av 268	74% ↓ 197 av 268	67% ↓ 60 av 90

Under första halvan av året har verksamheterna behövt prioritera det nya verksamhetssystemet som tog mer tid än tänkt samt att man har prioriterat åtgärderna tillsammans med patienterna istället för att dokumentera om dessa i flera olika system.

### Fortsatt arbete

Ambitionen är ändå att målet är möjligt att uppnå och verksamheterna uttrycker en stor fördel med att arbeta tillsammans med senioralert som en naturlig del i teamträffarna. Med ny inskrivningssjuksköterska ser vi att samtliga som skrivs in i den kommunala primärvården kommer att riskbedömas direkt vid inskrivning vilket är ett nytt sätt att arbeta som vi tror kommer att gynna patienten och skapa en högre grad av patientsäkerhet.

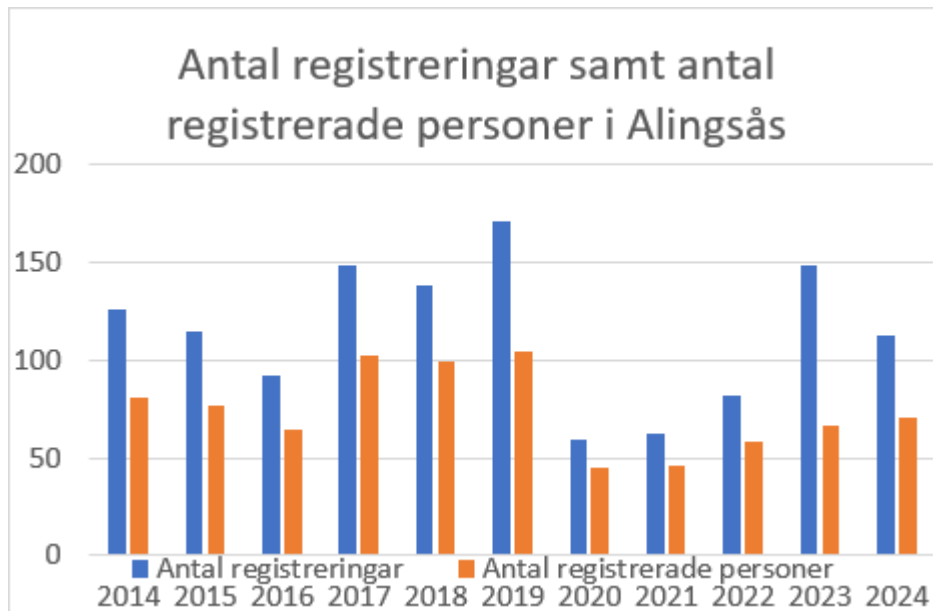
I förbyggande och hälsofrämjande arbetet ingår en god munhälsa, att ett gott allmäntillstånd behålls samt att ett ökat tandvårdsbehov undviks. Alingsås kommun har tagit omtag kring arbetet med att belysa vikten av god munhälsa och en grundstruktur finns för hur rollerna och ansvarsområdena ser ut kopplat till tand – och munhälsovård. Under 2024 har utbildningsinsatser gjorts kopplat till munhälsa och munhälsobedömning inom flera verksamheter, både fysisk utbildning ifrån folktandvården samt webbaserad utbildning som ett led i att få en ökad kunskap. Genom rätt utbildning ges förutsättning för ett gott omhändertagande av daglig munvård. Kommunen har ett ansvar för att berörd omvårdnadspersonal genomgår de utbildningar i allmän munhälsovård som VGR/tandvårdsleverantör erbjuder.

## BPSD

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister sedan 2010. Syftet med BPSD-registret är att kvalitetssäkra vården av personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Registret följer Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. BPSD-registret bygger på en tydlig struktur bestående av observation av BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom), analys av tänkbara orsaker, personcentrerade bemötande- och kommunikationsplaner och individanpassade åtgärder samt utvärdering av insatta åtgärder.

### Arbetet med BPSD-registret i Alingsås kommun.

I Alingsås påbörjades arbetet med BPSD-registret 2013. I nuläget arbetar men endast med BPSD-registret på särskilda boenden, tidigare har man använt sig av registret även inom hemtjänsten. Statistiken nedan visar antal registreringar samt antal registrerade personer från 2014 till och med 2024. Eventuellt kan statistiken från tidigare år än 2022 vara felaktig då statistiken endast visar registreringar gjorda på de enheter som idag är aktiva. Ett antal enheter har stängts och statistiken är i dessa fall utesluten. Den blå stapeln visar antal registreringar och den orangea stapeln visar antal registrerade personer. Ju större skillnad det är mellan staplarna, desto mer har man ägnat sig åt uppföljning av insatta åtgärder vilket är eftersträvaransvärt. 2019 peakade antal registreringar med 171 stycken. 2020-2022 sker en tydlig minskning i antal registreringar. Detta beror antagligen på att de under de åren inte fanns någon person som arbetade aktivt med att utbilda administratörer inom kommunen och antagligen också Covid-19 pandemin. 2022 fick kommunen två certifierade utbildare vilket ger ett tydligt utfall på antalet registreringar år 2023.



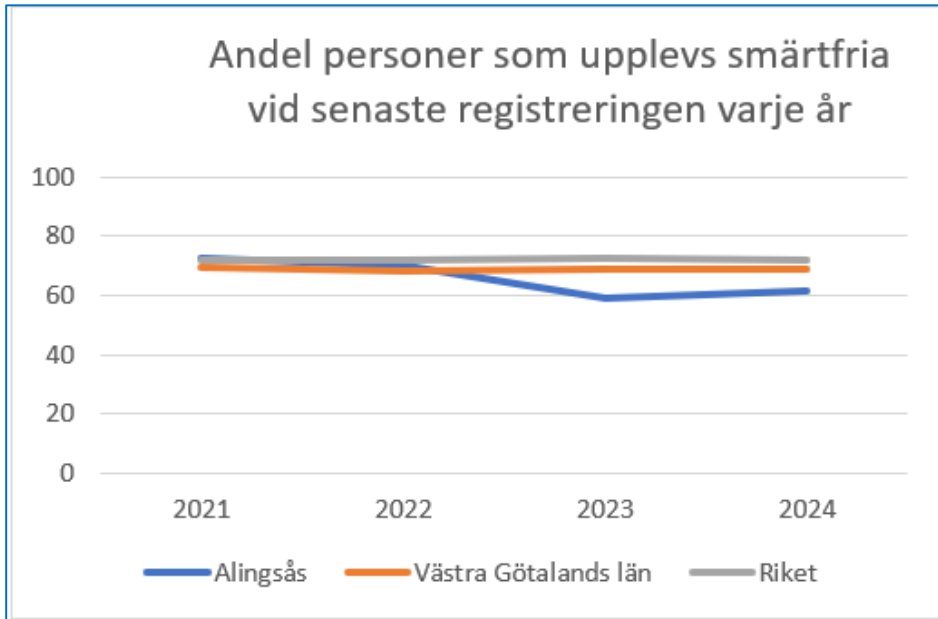
År 2024 syns en nedgång jämfört med 2023. Utan att helt kunna fastställa orsaken så skedde två stora förändringar 2024 – införandet av Combine samt flytten av Brunnsgården till Brogården.

**Fortsatt arbete**

Det är viktigt att registrering i BPSD-registret och användandet av det systematiska arbetssätt som detta innebär behöver bli en del av det som faller sig naturligt i den dagliga vården och omvårdnaden av personer med kognitiv sjukdom på särskilt boende. För att detta ska bli verklighet måste ett antal faktorer lyftas upp; fungerande samverkan mellan HSL och SoL, förväntningar och redovisning av resultat genom hela beslutskedjan, utbildade administratörer (undersköterskor), enhetschefer och legitimerad personal på alla boenden. Kontinuiteten både bland personal och enhetschefer innebär en stor utmaning för att arbetet ska fortgå utan avbrott. Även om underlaget är för litet så pekar faktum på att de enheter vars chefer förstår och prioriterar arbetet med BPSD-registret också är de som lyckats bäst.

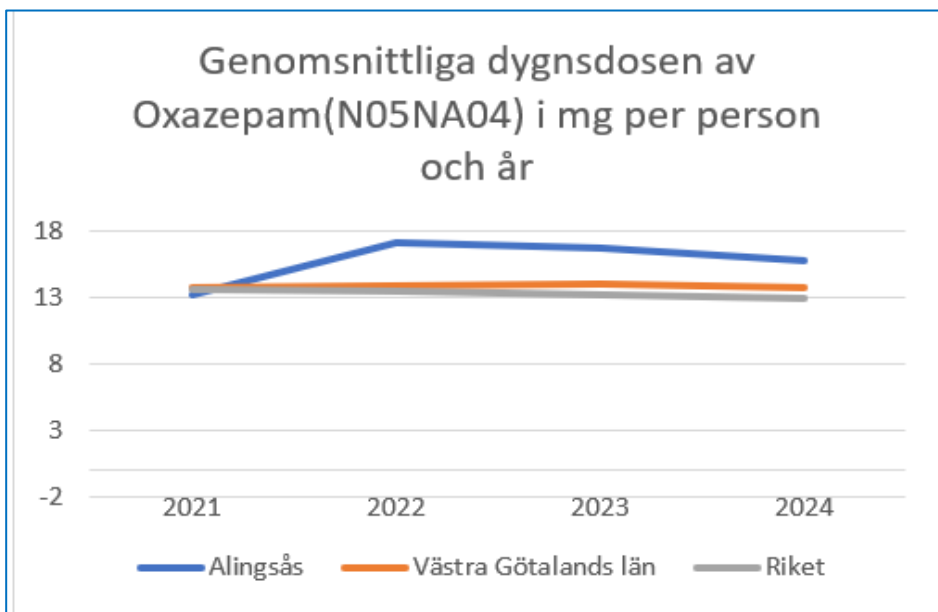
En stor del av legitimerad personal har blivit utbildade men med omsättning av personal är behovet av nya utbildningstillfällen stort och pågående.

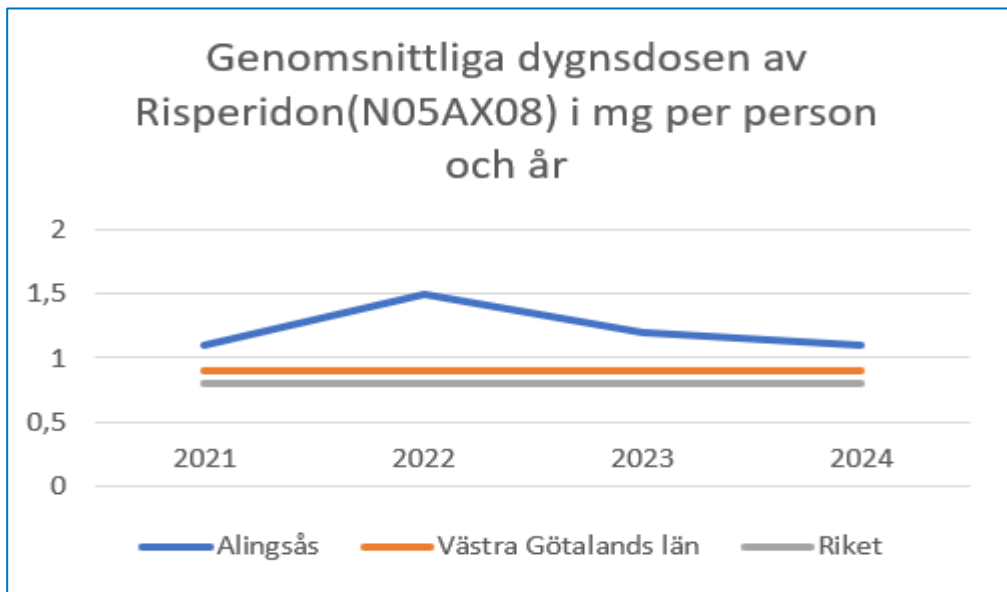
### Urval av kvalitetsindikatorer



Denna graf visar att Alingsås ligger betydligt under såväl riket som övriga Västra Götaland när det gäller smärtfrihet hos personer med kognitiv sjukdom. Personer med kognitiv sjukdom har en högre grad obehandlad smärta än övriga patientgrupper och dessa personer har högre grad av BPSD än de som är smärtfria. Här behöver både SoL- och HSL-personal bli bättre på att uppmärksamma/tolka smärta och att ta detta vidare till behandlande läkare.

### Läkemedelsanvändning





Den genomsnittliga dygnsdosen av både Oxazepam som är ett lugnande läkemedel av bensodiazepintyp samt Risperidon som är ett antipsykotiskt läkemedel ligger högre i Alingsås än både övriga Västra Götalandsregionen och riket i övrigt. Den här typen av läkemedel vill man undvika till personer med kognitiv sjukdom annat än i nödfall till förmån för icke-farmakologiska åtgärder. Det är svårt att dra slutsatsen om att den högre nivån för Alingsås kommun beror på att man är mer benägen att ta till läkemedel som första åtgärd men det är ett intressant område att följa.

### SveDem

Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem) är ett nationellt kvalitetsregister som startade 2007. Syftet med SveDem är att samla in data om personer med demenssjukdom för att kunna förbättra och utveckla vården av demenssjuka i Sverige. Målet är skapa ett rikstäckande verktyg för likvärdig och bästa behandling.

I Alingsås är det boendena Ängabogården/Kaptenen samt Kvarnbacken som är anslutna till SveDem efter eget önskemål. Det är dock endast Ängabogården/Kaptenen som har registrerat i registret. Genom att titta på data från Ängabogården/Kaptenen och de kvalitetsindikatorer som Socialstyrelsen följer i vården av personer med kognitiv sjukdom kan vi ändå få en indikation om vilka områden som bör prioriteras i kommunen.

De kvalitetsindikatorer som följs är; användandet av levnadsberättelse som grund för vårdens utformning, dokumenterade personcentrerade miljöanpassningar, dokumenterade bemötandestrategier, individuella personcentrerade aktiviteter, personer med demenssjukdom utan antipsykotiska läkemedel, genomförd läkemedelsgenomgång under de senaste 12 månaderna, begränsningsåtgärder och samtycke till dessa.

<b>Resultatuppföljning av Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer Ängabogården/Kaptinen 2024</b>			
<b>Nuläge %</b>	Kvalitetsindikator	Antal personer	<u>Målvärden</u>
<b>16 %</b>	Levnadsberättelse	5 av 31	Helt 98% Delvis 70%
<b>100 %</b>	Miljöanpassningar	31 av 31	Helt 98% Delvis 70%
<b>100 %</b>	Strategier för bemötande	31 av 31	Helt 98% Delvis 70%
<b>100 %</b>	Personcentrerade aktiviteter erbjudits senaste veckan	31 av 31	Helt 98% Delvis 70%
<b>97 %</b>	Personer med demenssjukdom utan antipsykosläkemedel	30 av 31	Helt 98% Delvis 70%
<b>100 %</b>	Läkemedelsgenomgång inom 12 mån	31 av 31	Helt 98% Delvis 70%
<b>100 %</b>	Dokumenterat samtycke till begränsningsåtgärder	31 av 31	Helt 98% Delvis 70%

(grön markerat är godkänt resultat, gul markerat delvis godkänt resultat, röd markerat, ej godkänt resultat)

### **Fortsatt arbete**

Som synes uppnås tillfredsställande resultat i alla kvalitetsindikatorer förutom levnadsberättelsen som grund till vården och omsorgens utformning. Här finns det stort utrymme för förbättring, både vad gäller inhämtande, användande och upprättande av levnadsberättelser.

Med levnadsberättelse avses ett skriftligt dokument som ligger till grund för den personcentrerade vården och omsorgen. Här finns bland annat information om livsmönster, värderingar och preferenser. Levnadsberättelsen ger vård- och omsorgspersonalen en möjlighet att inta personens perspektiv, det vill säga få en förståelse för hur personen med demenssjukdom kan tänkas uppfatta världen och den specifika situationen. Detta kan vara till hjälp i bemötandet. Personens upplevelse av världen och olika situationer kan förändras över tid. Detta gör att dokumentet kan behöva kompletteras fortlöpande, allteftersom livet fortsätter.

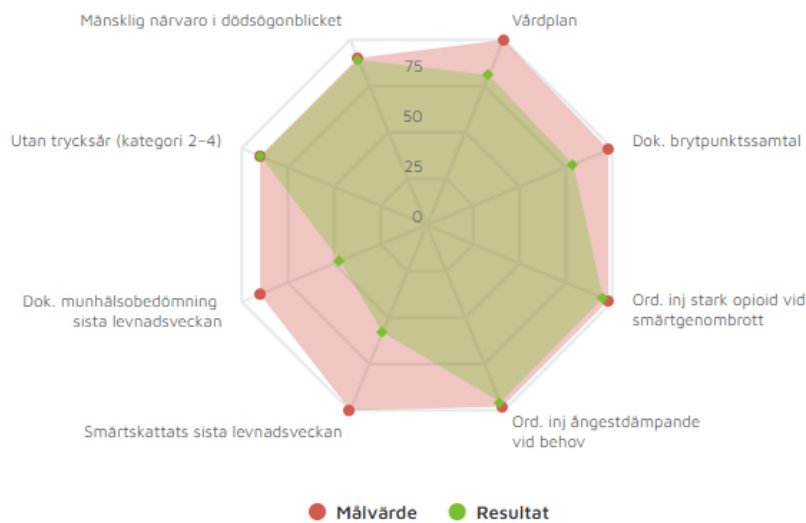
I Alingsås kommun finns det en rutin för inhämtande av levnadsberättelse när en person flyttar in på särskilt boende. Siffrorna visar att det finns förbättringar att göra när det gäller att använda sig av levnadsberättelsen i planering och utformande av personens vård och omvårdnad. Det saknas en tydlig övergripande rutin eller vana av att uppdatera levnadsberättelsen. Ett hinder för detta är att levnadsberättelsen oftast finns som en fysisk

samling av papper och inte i digital form i dokumentationssystemet. För att underlätta användandet, samt uppdatering av levnadsberättelsen är målet att den finns digitaliserad och tillgänglig för både SoL- och HSL-personal i den enskildes journal.

## Palliativregistret

### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12



### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12

SKA

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Vårdplan	80,8	100	126	156
Dok. brytpunktssamtal	78,8	98	123	156
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	94,9	98	148	156
Ord. inj ångestdämpande vid behov	95,5	98	149	156
Smärtskattats sista levnadsveckan	57,7	100	90	156
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	46,8	90	73	156
Utan trycksår (kategori 2-4)	89,7	90	140	156
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	89,1	90	139	156

Årets statistik ifrån Palliativregistret ses inte som talande för det arbete som utförts under 2024 och bör analyseras med försiktighet. Områdesindelningen i Palliativregistret har inte



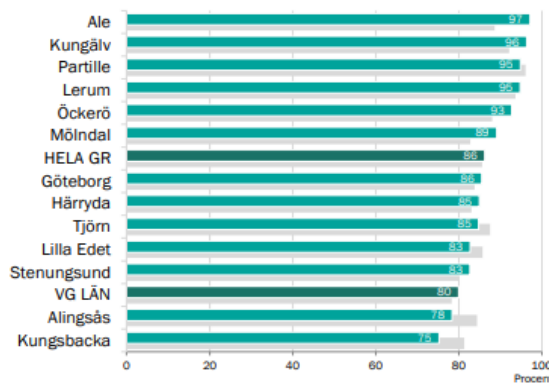
varit tillfredställande och kommer att ändras 2025 för att bättre kunna följa resultatet. En dialog förs kring hur frågorna i registret skall tolkas för att få en samsyn och en mer tillförlitlig statistik. Den kommunala primärvården har arbetat med att delegera undersköterskor i smärtskattning och symtomlindring med goda resultat för att minska väntetiden och onödigt lidande för patienterna. Inför varje läkemedelsadministration i symtomlindrande syfte kontakter undersköterskan alltid sjuksköterska med rapport om genomförd smärtskattning och symtomskattning, vilket inte redovisats fullt ut i Palliativregistret.

Endast 46,7 procent har en dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan vilket inte stämmer överens med sjuksköterskorna upplevelse. Upplevelsen är att munhälsobedömningar sista levnadsveckan alltid utförs för de patienter som befinner sig i livets slut men att dokumentationen i journalsystemet ses som bristfällig.

Socialstyrelsens målnivå för dokumenterat brytpunktsamtal är på 98 procent. År 2023 har andelen dokumenterade brytpunktsamtal minskat i Alingsås kommun enligt GR:s nyckeltalsrapport och Alingsås ligger under länsnivå tillsammans med Kungsbacka. Brytpunktsamtal och trygghetsordinationer upplevs fungera bättre för de patienter som är inskrivna i palliativa teamet.

Diagram C1c

**Dokumenterat brytpunktsamtal till patient om övergången till palliativ vård, all kommunal primärvård, 2023 (jämfört med 2022)**



Kommentar:

Uppgifterna avser väntade dödsfall, inom kommunernas egna verksamheter: särskilt boende, vård- och omsorgsboende, korttidsboende samt ordinarie boende med hemsjukvård eller hemtjänst.

Socialstyrelsens målnivå är ≥ 98 procent.

Måttet är beräknat enligt Svenska palliativregistrets "kvalitetsindikator":

- Patienter som erbjudits samtal men tackat nej ingår i redovisad andel, dvs. som om brytpunktsamtal har dokumenterats.

- Patienter för vilka har registrerats "vet ej" ingår i procentbasen, dvs. som om ett brytpunktsamtal inte har dokumenterats.

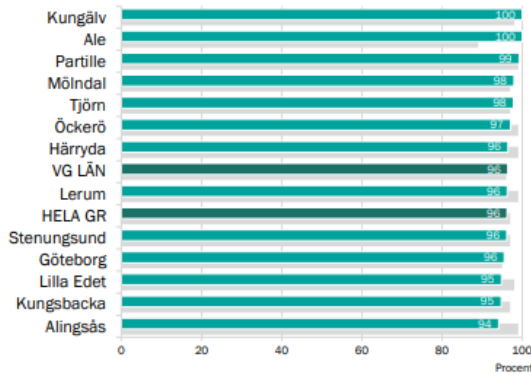
- För patienter som bedömts sakna förmåga att delta avses brytpunktsamtal till patientens närstående. Om närstående i detta fall saknas ingår patienten i den redovisade andelen, dvs. som om brytpunktsamtal har dokumenterats.

Resultaten baseras på minst 26 fall per kommun och år.

Datakälla: Svenska palliativregistret (uppgifter erhållna 2024-01-23 (helår 2023); 2023-02-06 (helår 2022)) samt 2022-11-08 (2012-2021). Bearbetningar: FoU i Väst, GR.

Diagram C2c

### Ordination av injicerbar opioid vid behov mot smärta under sista levnadsveckan, all kommunal primärvård, 2023 (jämfört med 2022)



**Kommentar:**  
Uppgifterna avser väntade dödsfall, inom kommunernas egna verksamheter: särskilt boende, vård- och omsorgsboende, korttidsboende samt ordinärt boende med hemsjukvård eller hemtjänst. Socialstyrelsens målnivå är ≥ 98 procent. Dödsfall där "vet ej" registrerats ingår i procentbasen, dvs. räknas som icke ordination. Resultaten baseras på minst 35 fall per kommun 2023 och 32 fall 2022. Skuggade staplar motsvarar resultaten 2022. Datakälla: Svenska palliativregistret (uppgifter erhållna 2024-01-23 (helår 2023); 2023-02-06 (helår 2022) samt 2022-11-08 (2012-2021). Bearbetningar FoU i Väst, GR.



Alingsås kommun har minskat från 100 procent till 94 procent gällande ordination av injicerbar opioid vid behov mot smärta. Vilket bekräftar att den kommunala primärvården ibland kan uppleva svårigheter att få till samtal och ordinationer utifrån patientens tillstånd, trots att sjuksköterskan efterfrågar dessa. Det är oftast svårare på de vårdcentraler som har flera hemsjukvårdsläkare.

#### Fortsatt arbete

Sjuksköterskorna inom den kommunala primärvården har fått kompetenshöjande utbildning från palliativa teamet med syfte att öka kompetensen inom palliativ vård med fokus på trygghetsordinationer.

Områdesstrukturen kommer ses över i registret för att tydliggöra statistiken samt arbetet med att förbättra dokumentationen fortgår i verksamheterna.

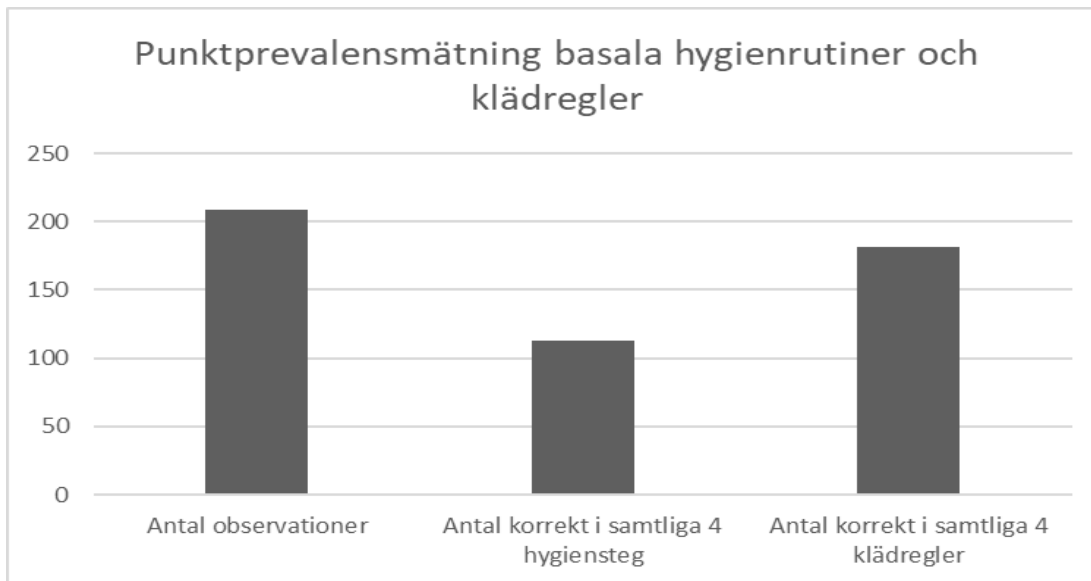
Gällande regionens huvudansvar för ordination och brytpunktsamtal krävs en bättre samverkan och samsyn, där både region och kommun behöver lägga ytterligare kraft för att vi gemensamt skall kunna nå upp till målnivåerna för en god och jämlik palliativ vård i livets slutskede.

## 7.2. Vårdhygien

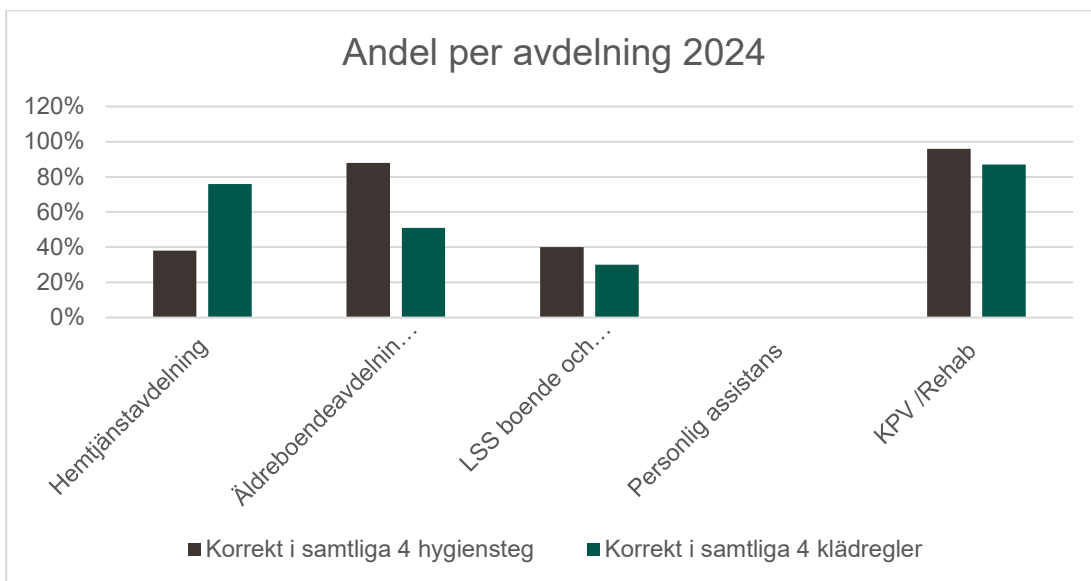
### Punktprevalensmätning (PPM) – basala hygienrutiner och klädregler

Det vårdhygieniska arbetet fortgår i verksamheterna på en daglig basis.

Hygiensjuksköterskan ifrån den kommunala verksamheten har under året bjudit in baspersonal till ombudsträffar med tid för utbildning och dialog för att stärka ombudens roll och kunskap, samt månadsvis skickat ut tips på utbildning till samtliga verksamheter. Punktprevalensmätning genom observation utfördes under november månad för att få inblick i följsamheten till basala hygien och klädregler i förvaltningens verksamheter.



(Förvaltningsövergripande resultat. Antal utförda observationer: 209 st)



Förvaltningsövergripande ligger resultatet 2024 på 54 procent i korrekt följsamhet till hygienrutin i samtliga fyra hygiensteg samt 87 procent i korrekt följsamhet till samtliga 4 steg i klädregler. 2022 var resultatet 77 procent i korrekt följsamhet hygienrutin samt 86 procent i korrekt följsamhet i samtliga 4 steg i klädregler. År 2023 saknar resultat och går således inte att jämföra med. Vi ser en sänkning i följsamheten till hygienrutiner, men ingen större skillnad gällande klädregler. Statistiken visar på att förvaltningen behöver stärka kunskapen överlag gällande följsamheten till de basala hygienrutinerna och skapa förutsättningar för att kunna utföra samtliga steg på ett korrekt sätt. Främst inom området att sprita händer före kontakt med vårdtagare där nästan samtliga enheter ligger lågt i utförandet. Respektive verksamhet har i år haft möjlighet att på detaljnivå se sitt eget resultat och utifrån det kunnat analysera och skapa handlingsplaner för förbättring.

Personlig assistans redovisar inget resultat då de inte omfattas av samma föreskrifter enligt Socialstyrelsen. Dock gäller krav på god kvalitet, inklusive förebyggande av smittspridning, även vid insatser inom personlig assistans.

#### **Fortsatt arbete**

Plan för 2025 är att systematiskt genomföra punktprevalensmätningar (PPM) två gånger per år samt att verksamheterna utföra en vårdhygienisk egenkontroll en gång om året för att skapa struktur för det vårdhygieniska arbetet.

Baserat på resultatet på PPM mätningen kommer verksamheterna få jobba vidare med ett förvaltningsövergripande utbildningspaket parallellt med de egna identifierade bristerna med syfte att förbättra kunskapen samt följsamheten till basala hygien och klädrutiner. Enhetschefer kommer erhålla utbildning i vårdhygieniskt arbete för att kunna leda arbetet ute i sina verksamheter.

Sjuksköterskan med uppdrag som hygiensköterska i kommunen fortsätter sitt arbete med ombuden och jobbar systematiskt med att månadsvis skicka ut förslag på utbildning till verksamheterna.

Det förekommer fortsatt gemensamma forum med regionen och vårdhygien för att följa smittbilderna av olika virus i samhället.

## **7.3. Dokumentationsgranskning SOL/LSS**

Under 2022 infördes kollegial dokumentationsgranskning inom vård- och omsorgsförvaltningen som en del av det årliga systematiska kvalitetsarbetet och som en metod för egenkontroll. Granskningen har använts för att följa upp tillämpningen av IBIC, då vissa frågeställningar är direkt kopplade till arbetssättet. Under 2024 genomfördes två granskningar – en på våren och en på hösten, där en jämförelse görs mellan de två granskningarna på avdelningsnivå, med fokus på de frågeställningar som är direkt kopplade till IBIC. Höstens granskning var begränsad till ett mindre antal journaler inom avdelning boende och arbete samt avdelning personlig assistans och stöd. Orsak till detta har bland annat varit tids- och resursbrist, samt att fokus legat på att arbeta vidare med åtgärder i de handlingsplaner som togs fram utifrån vårens resultat.

Över tid kan en viss förflyttning ses i dokumentationen av vissa specifika områden, vilket tyder på att det sker förbättringar, även om utvecklingsområden fortfarande finns kvar. Det är viktigt att notera att utvecklings- och förbättringsområden kring dokumentation fanns redan innan införandet av IBIC och det nya verksamhetssystemet, trots tidigare utbildningsinsatser. Därför framkommer ett fortsatt behov av kompetenshöjande åtgärder, särskilt när det gäller journalanteckningar och genomförandeplaner. Många av de handlingsplaner som tagits fram efter granskningarna fokuserar på fortsatta eller fördjupade utbildningsinsatser kring IBIC, som planeras till våren 2025.

Sammanfattningsvis visar granskningarna att det finns en positiv utveckling i dokumentationen, men att det krävs ytterligare insatser för att säkerställa en god kvalitet på tillämpningen av IBIC och genomförandepplaner.

Under 2025 kommer rutinen för dokumentationsgranskning att revideras. Granskningen kommer framöver att genomföras en gång per år, på våren, medan hösten istället kommer att ägnas åt att arbeta med resultat och åtgärder i de framtagna handlingsplanerna.

Resultaten från de två granskningarna presenteras i nämndens rapport "Införande av Individens behov i centrum (IBIC) – Slutrapport" § 88 2023.086 VON. För en mer detaljerad beskrivning av dokumentationsgranskningen, se rapport.

## **7.4. Dokumentationsgranskning kommunal primärvård /HSL**

Rehabenheten får utmärkta resultat avseende dokumenterad boendesituation, hälsohistoria samt dokumenterade utredningar/bedömningar/åtgärder. Enheten rehab erhåller allvarlig anmärkning på mål i vårdplaner och behöver arbeta mer med att dokumentera mål på insatta åtgärder och uppföljning av resultat. Överlag ses ett sämre resultat kopplat till korrekta vårdplaner. Analysen av resultatet är att det fortsatt finns en otydlighet och okunskap i Combine. Systemet är nytt för alla och ett behov av utbildningsinsatser krävs för att öka kompetensen.

Journalgranskningen inom kommunalprimärvård visar på flera styrkor i verksamheten som bidrar till hög patientsäkerhet och kvalitet i vården. De områden som fungerar särskilt bra är kundkort med kontakter, hälsohistoria och behandlingsanvisningar. Tydliga och strukturerade verktyg i dessa delar gör att kommunikationen mellan aktörer blir snabb och korrekt, att patientens vårdhistoria är lättillgänglig och att behandlingsplaner kan följas på ett enhetligt sätt.

Bakgrunden till det goda resultatet är sannolikt en kombination av att enheten har en dokumentationsgrupp och att det har utvecklats rutiner för att säkerställa aktuell och korrekt dokumentation samt kontinuerlig utbildning. Kommunalprimärvård har enligt journalgranskningen erhållit allvarlig anmärkning på att dokumentera riskbedömningar i verksamhetssystemet samt funktionsstatus och mål när vårdplaner öppnas.

Dokumentation av riskbedömningar upplevs tidskrävande och har inte varit helt tydligt hur det skall hanteras i Combine. Vid införandet av Combine gjordes ett aktivt val att inte dokumentera mål det på grund av att det vid migrering blev övermäktigt att formulera mål eftersom tidigare verksamhetssystem hade en annan struktur.

Enheterna arbetar med särskilt utsedda personer för utbildning vilket ger tydlighet i genomförandet. Utbildning kring mål och uppföljning av vårdplaner pågick under hösten 2024 för att säkerställa att all personal får nödvändiga kunskaper i att dokumentera enligt

ICF och KVÅ. Åtgärdsarbete pågår gällande tydlighet kring hur riskbedömningar skall dokumenteras. Regelbunden uppföljning utförs för att säkerställa att nya kunskaper tillämpas i praktiken.

Granskning av HSL dokumentation kommer framöver att genomföras en gång per år på våren i likhet med SOL/LSS.

## 7.5. Informationssäkerhet

I Alingsås kommun togs en kommunövergripande handlingsplan för informationssäkerhet och dataskydd 2022. Informationssäkerhetssamordnare, IT-säkerhetssamordnare och dataskyddsansvariga leder arbetet och verkställer tillsammans med kommunens verksamheter innehållet i denna handlingsplan.

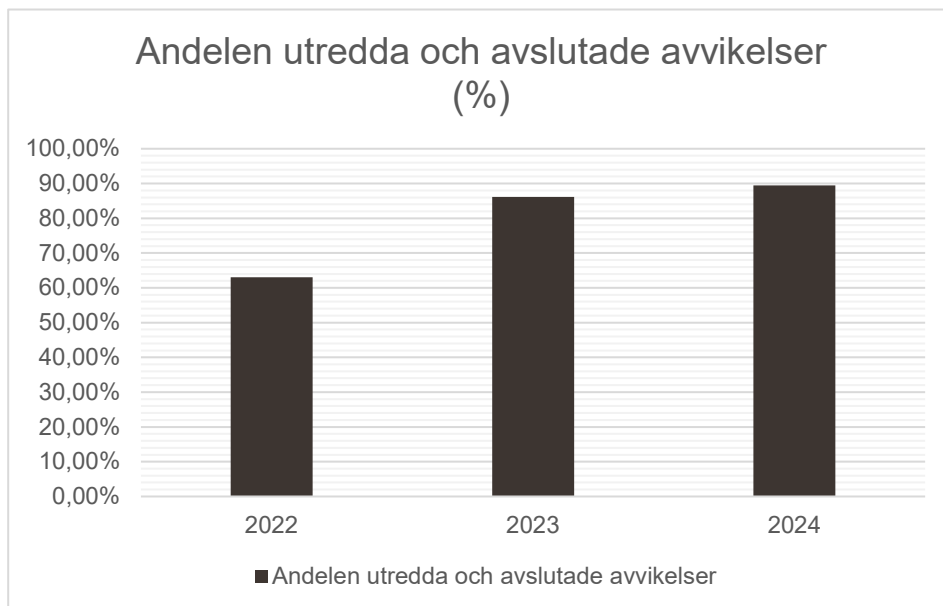
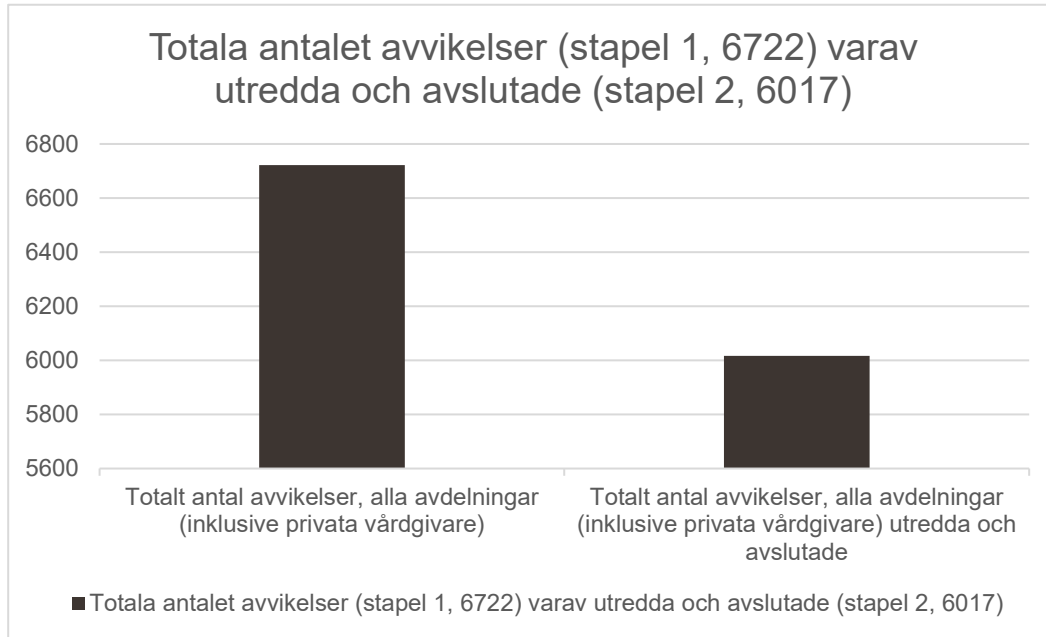
Från vård- och omsorgsförvaltningen deltar enhetschef från Teknikenheten i detta nätverk. Kommunen har också två dataskyddsombud som representerar samtliga förvaltningar och Kommunstyrelsen. Under 2024 har det rapporterats in 16 personuppgiftsincidenter. Sedan november 2022 pågår en utbildning i informationssäkerhet som är riktad till samtliga medarbetare som innehar en e-postadress. Syftet är att höja kompetensen inom detta område.

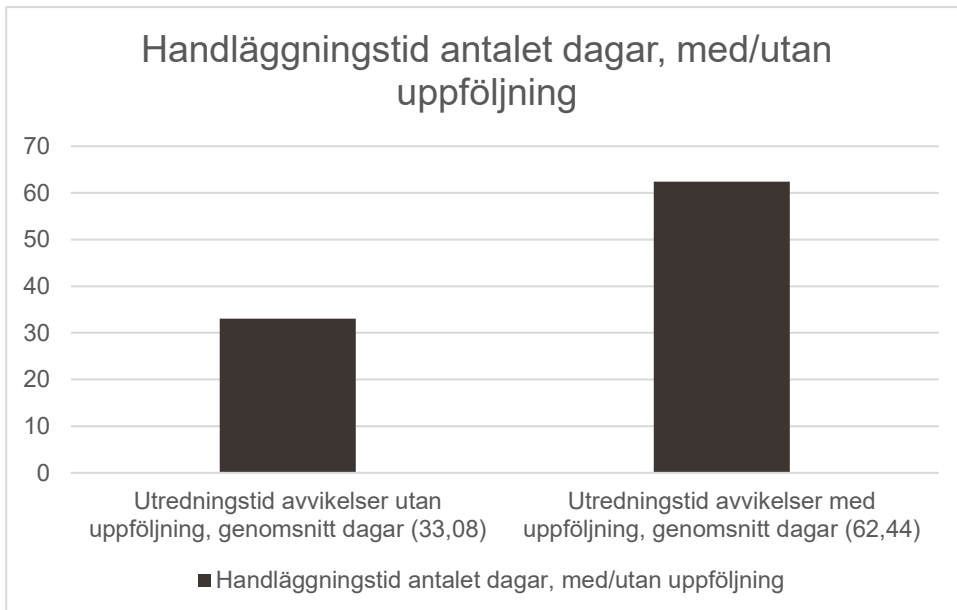
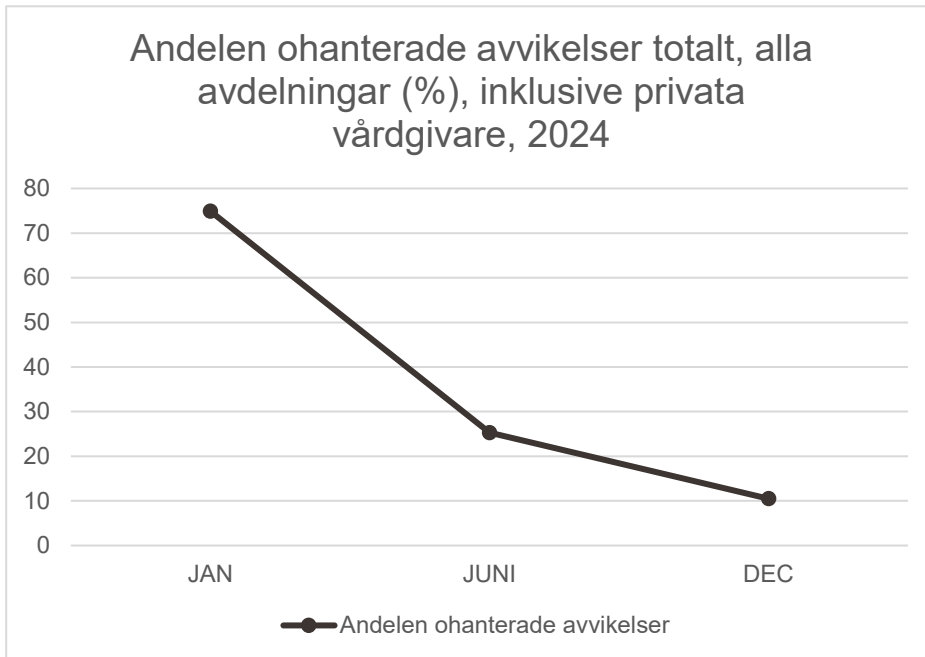
Därutöver finns det en loggningsrutin framtagen som följs månadsvis, enligt egenkontrollplan, när det gäller verksamhetssystemet samt Nationell patientöversikt (NPÖ). Från och med 2025 införs även loggkontroll mot nationella läkemedelslistan (NLL). Under 2023 - 2024 så har Alingsås kommun tagit fram systemlista och behandlingsregister; två system som hänger ihop där behandlingsregistret ersätter tidigare registerförteckning. Syftet med dessa system är att de ska kunna stödja staben i arbetet kring kontinuitetsarbetet (förvaltningens stab som bildas vid kris). Från 2023 och framåt så har Alingsås kommun haft stort fokus på att säkra upp alla system (både interna och externa) med multifaktorsinloggningar (MFA).

Alingsås kommun använder i stor utsträckning OTP-kort för inloggning, något som vård- och omsorgsförvaltningen var med och tog fram som lösning. I slutet av 2024 tog vård- och omsorgsförvaltningen beslut om att införa automatisk rensning av cache på webbläsare. Ett av syftena med detta var för att säkra upp läckage av användaruppgifter (användarnamn och lösenord) som användare ofta lagrar i webbläsaren och lätt kan läcka ut vid intrång. Detta beslut har fått stor uppmärksamhet i kommunen och fler förvaltningar vill följa efter.

## 8. Avvikelser

### 8.1. Totalt antal avvikelser, varav utredda





Under perioden har totalt 6722 avvikelser registrerats i avvikelshanteringssystemet, 6017 av dessa har utretts och avslutats. Det går att se ett tydligt trendbrott under första halvåret 2024 där andelen oavslutade avvikelser sjönk markant mellan januari – juni 2024. Trenden har bromsats upp något under det senare halvåret av 2024 men trenden i att antalet ohanterade avvikelser sjunker har fortsatt ända in i december 2024.



Andelen avslutade avvikelser ligger på 89 procent totalt (alla avdelningar, inklusive privata utförare) efter sista december 2024. I tidigare mätningar under 2023 låg andelen avslutade utredningar på 60 procent efter sista juni 2023, samt på 86 procent efter sista november 2023. Det har således skett en höjning vid jämförelse med samma period 2023 av andelen avvikelser som utreds och avslutas. Målsättningen för 2024 var att andelen avslutade utredningar av avvikelser skulle uppgå till 95 procent. Nämnden uppfyller fortfarande inte målet men bedömningen är att målet kan nås med ett fortsatt tydligt riktat fokus på systematiskt kvalitetsarbete och avvikelshantering. Andelen (procent) ohanterade avvikelser minskar i snabb takt mellan januari-juni 2024. Avdelningschefernas täta uppföljning av avvikelshanteringen, ett riktat fokus på avvikelshanteringen bland enhetschefer samt stöd-, bevaknings- och utbildningsinsatser från kvalitetsenheten tros ligga bakom trenden.

Den stickkontroll som gjorts över handläggningstiderna under 2024 visar att den genomsnittliga handläggningstiden för ärenden som inte behöver följas upp ligger på en bra nivå – dock behövs ett ökat fokus på att korta ner handläggningstiderna i avvikelshanteringen under 2025. I 854 ärenden har handläggningen pågått i över 60 dagar. Samtliga av dessa ärenden har inte behövt en uppföljning.

1 december 2023 implementerades ett nytt avvikelshanteringssystem, DF Respons. I samband med att tidigare verksamhetssystem samt avvikelshanteringssystem Magna Cura avvecklades upptäcktes en stor mängd ohanterade avvikelser som sträckte sig cirka 10 år bakåt i tiden. Både en lex Sarah- och lex Maria-anmälan gjordes till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och nämndens utredning visade på stora brister i nämndens avvikelshantering historiskt. Samtliga bakomliggande orsaker som identifierades i utredningen har antingen åtgärdats eller har en planerad åtgärd. Utredningen har godkänts av IVO. De 19711 avvikelser som legat ohanterade har nu alla screenats och avslutats i systemet. Ett tiotal avvikelser av dessa har bedömts vara av allvarlig karaktär och det pågår just nu ett arbete med att identifiera om det går att utreda avvikelserna då ganska lång tid har passerat sedan registreringsdatumet för flera av dessa.

Nämndens planerade och redovisade åtgärder för IVO samt status på dessa:

Mål – vad ska uppnås?	Status
Enhetschefer ska återintroduceras i sitt ansvar att hantera avvikelser, missförhållanden, synpunkter & klagomål.*	Mål uppfyllt

Enhetschefer ska utbildas i lex Sarah, Lex Maria, avvikelshantering, synpunktshantering, systematiskt kvalitetsarbete.*	Mål uppfyllt
Utbildning i avvikelshanteringssystemet*	Mål delvis uppfyllt
Nämnden ska tillse att samtliga tusentals ohanterade avvikelser betas av.	Mål uppfyllt
Avdelningschefer ska följa upp respektive enhetschefs avvikelser i utredningstid	Mål uppfyllt
Stickkontroller på handläggningstider för avvikelshantering.	Mål uppfyllt
Återrapportering av om åtgärderna gett effekt i nämndens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2024.	Mål uppfyllt

\* Samtliga utförarenhetschefer samt myndighetschef och avdelningschefer har givits tillfälle att gå utbildningen, men ett visst bortfall finns.

Åtgärderna som redovisats för IVO (se ovan) bedöms ha gett mycket god effekt.

I samband med att detta missförhållande upptäcktes lyftes även vikten av att antalet ohanterade avvikelser över all förfluten tid sedan ett nytt avvikelshanteringssystem infördes, och inte bara innevarande år, redovisas för nämnden i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelserna. Ohanterade avvikelser sedan 2023-12-01, det datum då nuvarande system infördes, ligger på 714.

Under hösten 2024 genomfördes en utbildningssatsning i systematiskt kvalitetsarbete med fokus på de tre första planerade åtgärderna (se ovan tabell) för enhetschefer, avdelningschefer, metodutvecklare och specialistundersköterskor av förvaltningens socialt ansvariga samordnare (SAS) och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Efter avslutad utbildning svarade 70 procent att de känner sig lite mer eller mycket mer säkra inom området systematiskt kvalitetsarbete. 93 procent svarade att de anser att utbildningen förbättrat den övergripande kunskapen om SOSFS 2011:9, nämndens ledningssystem och det systematiska kvalitetsarbetet ganska mycket/mycket/väldigt mycket.

### **Fortsatt arbete**

Verksamheterna har hittat en bättre struktur för att systematiskt arbeta och lära av inkomna avvikelser. Vi ser exempel på där verksamheter arbetar med avvikelser och klagomål under APT och/eller pedagogiska konferenser där medarbetarna genomför analyser som ett led att komma åt kärnan i avvikelsen. Flertalet verksamheter har under hösten anställt specialistundersköterskor och metodutvecklare som ska bistå verksamheten med utredning, åtgärdsförslag och uppföljning för att hanteringen skall ske mer strukturerat.

Analysen visar ett behov av fortsatt utveckling av systematiken i kvalitetsarbetet. Ett effektivt omhändertagande av inrapporterade händelser kan ge bättre material till förbättringsarbete och mer effektfulla åtgärder som i förlängningen ett minskat antal negativa händelser. Forumen för att gemensamt kunna utreda och analysera för enhetschefer och legitimerad personal behöver tydliggöras, och med ett smidigare sätt att samverka är tron om att det blir bättre utredningar och åtgärder som också kan få ett bättre genomslag ute i verksamheterna

Kvalitetsenheten kommer fortsatt stötta avdelningarna med månadsrapporter samt följa utvecklingen och återrapportera resultat av stickkontroller. Riktade utbildningssatsningar med fokus på kvalitet- och patientsäkerhet behöver genomföras även under 2025 för att höja kompetensen och stötta cheferna i att förebygga missförhållanden och vårdskador.

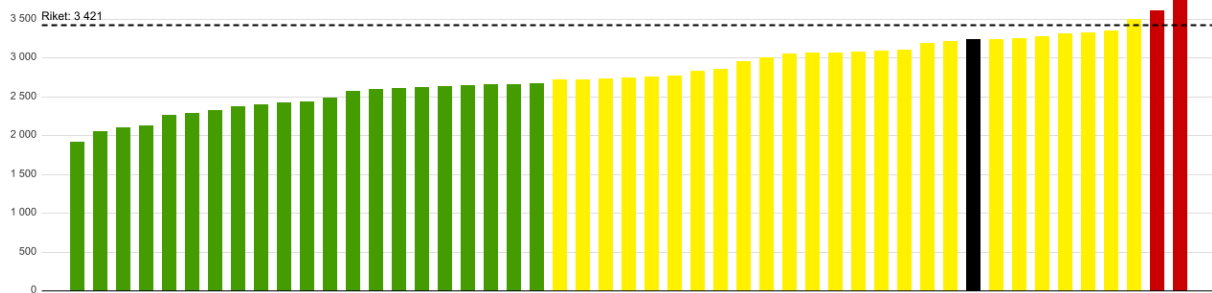
## **8.2. Fallavvikelser**

I överenskommelsen om en god och nära vård 2023 mellan regeringen och SKR framhålls att ett hälsofrämjande, preventivt samt habiliterande och rehabiliterande fokus i hälso- och sjukvården är nödvändigt för att förbättra hälsan i befolkningen och samtidigt använda samhällsresurser effektivt. Varje år faller 100 000 personer 65 år eller äldre i Sverige så illa att de behöver besöka sjukvården. Cirka 2 000 äldre dör av fallolyckor. Fallolyckor är en vanlig orsak till att personer kommer i behov av hemtjänst eller kommunal primärvård. Med förebyggande insatser kan olyckor förhindras och mänskligt lidande och kostnader för vård och omsorg minska.

Antal inrapporterade fallrapporter i DF respons under 2024 var 2373 i jämförelse med 2023 siffror på 2885. Totalt antal fallavvikelser har minskat med ca 18 procent vilket är en positiv trend. 46 procent av fallavvikelserna är registrerade på avdelning särskilt boende, 49 procent är avdelning hemtjänst samt 5 procent avdelning LSS boende och stöd samt LSS personlig assistans.

I jämförelse med övriga kommuner i Västra Götaland ligger Alingsås i det högre spannet av antal slutenvårdstillfällen relaterat till fall bland personer 65+.

Fallskador bland personer 65+, 3-årsrm, antal slutenvårdstillfällen /100 000 inv, Alingsås, värde: 3 231, år: 2023. Källa Kolada



(Svart stolpe representerar Alingsås värde i jämförelse med övriga kommuner i Västra Götaland)

MAS/SAS har utfört stickkontroll på avslutade avvikelser kopplat till fall under perioden januari 2024 tom december 2024. Totalt har 70 avvikelser granskats utifrån; allvarlighetsgrad 1-2, beskrivna bakomliggande orsaker, åtgärder kopplat till identifierade bakomliggande orsaker, behov av uppföljning och felbedömd allvarlighetsgrad.

- 25 fall av 70 granskade ärenden saknas en korrekt beskrivning av bakomliggande orsaker
- 39 fall av totalt 70 granskade ärenden täcker inte åtgärderna bakomliggande orsaker och det finns därför en ökad risk att händelsen uppstår igen.
- 63 fall av totalt 70 granskade ärenden hade uppföljning behövt genomföras för att säkerställa att vidtagna gett rätt effekt, men har av enhetschef bedömts som ej nödvändig.
- Av totalt 23 ärenden där allvarlighetsgraden har granskats hittas 10 felbedömda.

Det finns omfattande brister i enhetschefernas handläggning av avvikelser. Inget ärende har följts upp och därför är det inte möjligt för enhetscheferna att veta om åtgärder som vidtagits gett rätt effekt, förutom i sju fall. Vidare hittas brister i bedömning av allvarlighetsgrad samt kopplingen mellan bakomliggande orsaker och åtgärder. I flera fall hittas bakomliggande orsaker som inte åtgärdas och där det därför är sannolikt att händelsen uppstår igen. Därutöver finns det stora brister i analysen av bakomliggande orsaker i en stor del av de granskade ärendena.

### Fortsatt arbete

En ny rutin för teamsamverkan inom avdelning särskilt boende och avdelning hemtjänst är implementerad under våren 2024. Teamsamverkan medför ett forum där verksamheterna nu får möjlighet att arbeta mer aktivt med det fallpreventiva arbetet tillsammans. Under kommande år planeras utbildningsinsatser kring innehåll och bedömning i handläggningen av avvikelser för att öka kompetensen kring korrekt avvikelshantering, detta i syfte att förebygga allvarliga missförhållanden och vårdskador. Efterfrågan på en rutin för ett förvaltningsövergripande fallpreventivt arbete har inkommit med syfte att ge enhetschefer och medarbetare förutsättningar att arbeta preventivt men också för att kunna sätta in rätt

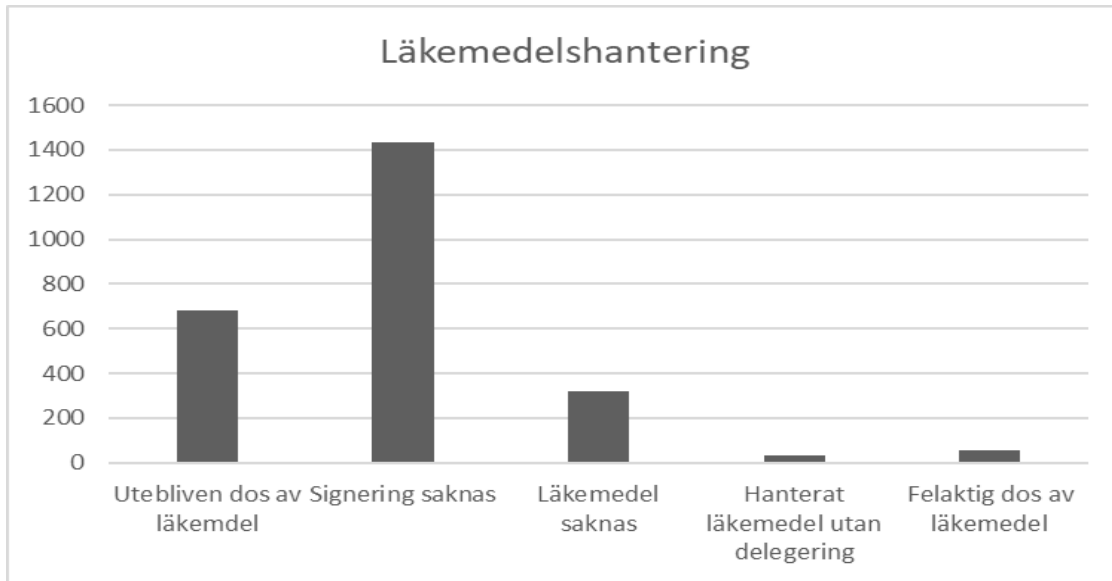
åtgärder för att förhindra framtida undvikbara fall. Stickkontroller behöver fortsatt att göras för att följa upp kvalitén i handläggningen.

### **8.3. Händelser med medicinteknisk produkt/hjälpmiddel**

Medicintekniska produkter ska enligt Socialstyrelsens föreskrift HSLF-FS 2021:52 hanteras enligt avsett ändamål. Medicintekniska produkter omfattar en mängd olika produkter, från enkla förbrukningsartiklar som katetrar och sterila förbrukningsartiklar till komplicerade högteknologiska utrustningar. De omfattar också hjälpmedel och medicinska behandlingshjälpmedel som exempelvis inhalatorer, ventilatorer och oxygenkoncentratorer. Även informationssystem och programvara som hanterar information kring patienten, definieras som medicintekniska produkter. 113 Inkomna avvikelser relaterat till medicinteknisk utrustning står enbart för 2 procent av totalen. 11 händelser rapporterades som risk för allvarlig vårdskada av anmälaren. En (1) händelse är anmäld till IVO enligt lex Sara där lampor och larm ej fungerade. En (1) är anmäld till IVO enligt lex Maria då patient fastnat i sänggrind.

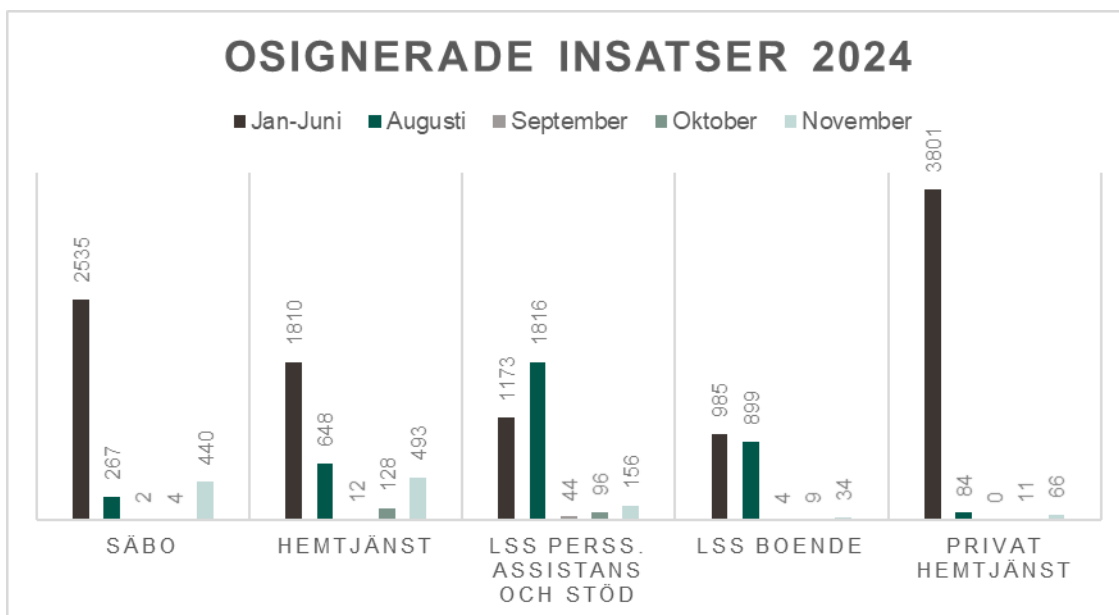
### **8.4. Läkemedelsavvikelser**

Det har inkommit 2728st händelser relaterat till läkemedel i DF respons under 2024. Av dem är 2572 idag utredda och avslutade. Läkemedelsavvikelser står för hela 40 procent av alla händelser rapporterade i DF respons. 48 procent av inrapporterade läkemedelshändelser är relaterade till osignerade insatser samt 23 procent står för utebliven läkemedelsöverlämning. 57 händelser har en högre klassificering på 3-4. Tre händelser har föranlett till att lex Maria utredning inleddes, varav två av avvikelserna resulterade i Lex Maria anmälan till IVO där risk för vårdskada identifierats. Målet för läkemedelsavvikelser på 1500 har ej uppnåtts men vi ser en sänkning med 449 händelser jämfört med 2023.



### Osignerade insatser i Combine

Arbetet kring osignerade HSL-insatser i Combine har varit en belyst punkt och fortlöpt under 2024 i hela vård- och omsorgsförvaltningen. Under första halvåret gjordes påminnelser av rutiner och justeringar i handhavandet där vissa insatser plockades bort ur systemet för att istället hanteras genom papperssignering. Statistik har fortlöpande tagits fram en gång per månad och skickats ut till samtliga enhetschefer och avdelningschefer, vilket föranlett att samtliga kunnat följa sina verksamheter på ett bättre sätt.



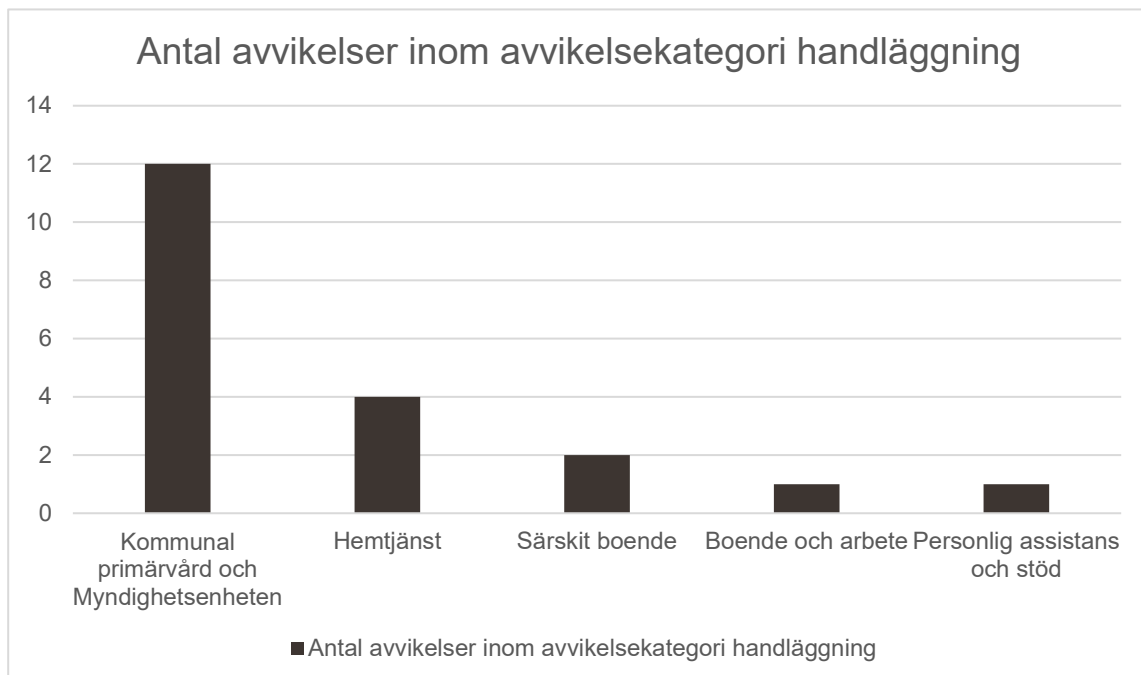
Trenden är att vi ser en positiv minskning på totalen för samtliga enheter. Verksamheterna har arbetat med att hantera och signera insatser i efterhand under hösten vilket sänker statistiken. Flera verksamheter har hittat bra arbetsätt för att komma åt bakomliggande orsaker och fortsatt hålla nere osignerade insatser medans andra verksamheter har större utmaningar.

En arbetsgrupp tillsattes under november månad med syfte att förvaltningsövergripande identifiera bakomliggande orsaker till att problemet kvarstår samt komma fram till gemensamma åtgärder. Arbetsgruppen har identifierat och analyserat bakomliggande orsaker och bland annat landat i följande: kultur/ synen på vikten av att signera, lokala rutiner i arbetsgruppen, ej möjlighet att signera på grund av dålig täckning, insatser ligger på fel tider, bristande följsamhet till rutin och delegeringsuppdraget samt glömska och stress.

### Fortsatt arbete

Arbetsgruppen belyser vikten av att inte tappa fokus på varför signering krävs, och att en insats alltid skall signeras i samband med att den hanteras. Förvaltningen behöver lyfta blicken och titta på att insatserna blir utförda för våra mottagare och inte enbart ha fokus på att vi ska visa att vi ligger på noll i statistiken. Arbetsgruppen har tagit fram en förvaltningsövergripande rutin som stöd för verksamheterna inför kommande år. Att fortsätta vända en kultur och ett arbetssätt, för att därefter hålla det levande krävs ett gemensamt arbete av medarbetare, enhetschefer och legitimerad personal med stöd ifrån utvecklingsledare, MAS och systemförvaltare.

## 8.5. Handläggning (Myndighetsenheten)

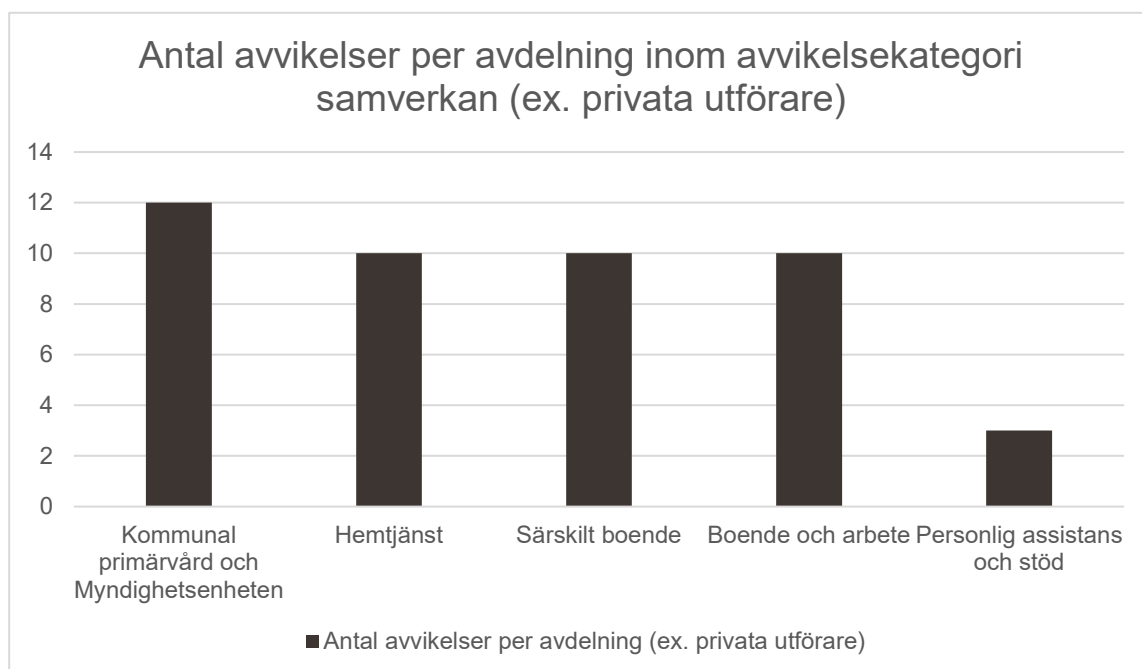


Diagrammet ovan visar avvikelser registrerade på Myndighetsenheten och som avser handläggning. I vissa avvikelser har mer än handläggning som avvikelsekategori valts vid registrering, varför vissa avvikelser även har kopplingar till andra avdelningar än avdelning för kommunal primärvård och Myndighetsenheten.

### Fortsatt arbete

Inga särskilda åtgärder behöver vidtas på systematisk nivå då alla dessa händelser bedöms vara av isolerad art. De åtgärder som vidtagits i respektive avvikelse bedöms vara tillräckliga.

## 8.6. Samverkan



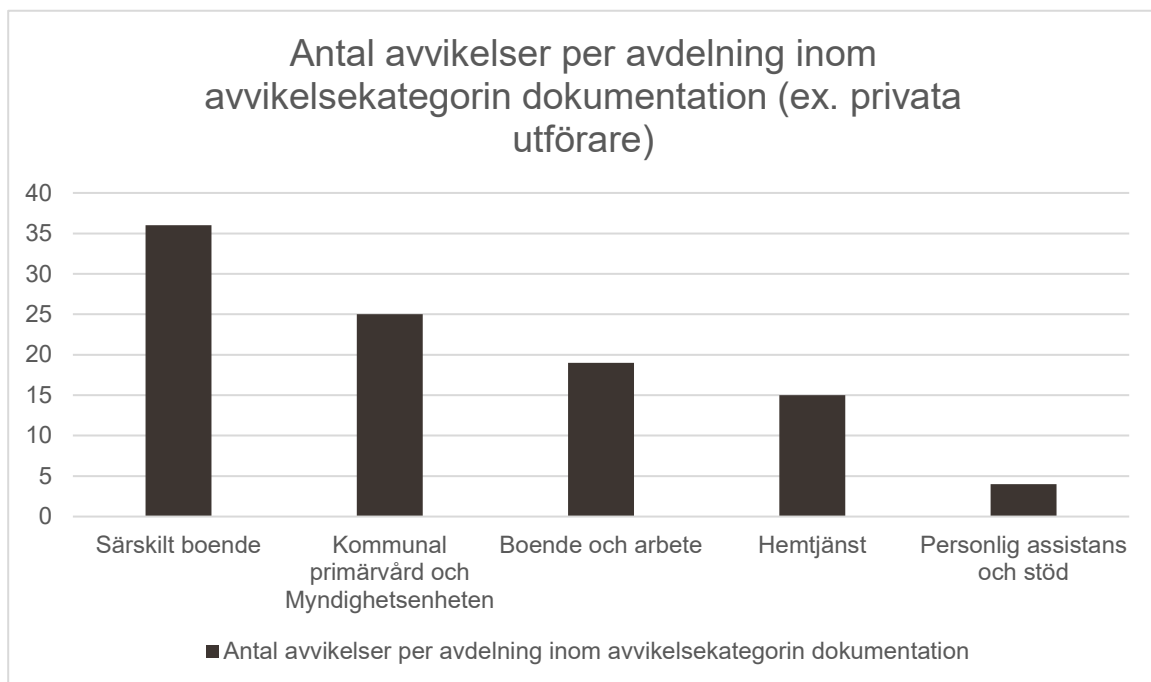
Totalt har 45 avvikelser rapporterats in under kategorityp samverkan. Orsaken till dessa rapporter varierar. Utifrån stickprovskontroller kan följande mönster utläsas: särskilt boende/hemtjänst har rapporterat in vid tre tillfällen att kommunal primärvård upplevs undvika att göra hembesök i området Bjärke. I tre fall har man väntat med hembesök och gjort bedömningar per telefon som visat sig vara felbedömningar. Vidare kan även avvikelser som rör kommunikationsfel hittas, vilket lett till att kommunal primärvård inte haft kännedom om att olika omsorgstagare flyttat in på särskilt boende vilket medfört att de inte fått sina läkemedel. I dessa fall har bakomliggande orsaker varit en bristande följsamhet till rutin om att informera kommunal primärvård när omsorgstagare flyttar från ordinärt boende.



### Fortsatt arbete

Då avvikelserna har mycket varierande orsaker anses ett ökat samarbete mellan olika yrkesgrupper, enheter och avdelningar men även inom samma enheter vara av stor vikt. Ett ökat fokus på teamsamverkan är nödvändigt för att förebygga felbedömningar, missförhållanden och vårdskador.

## 8.7. Dokumentation

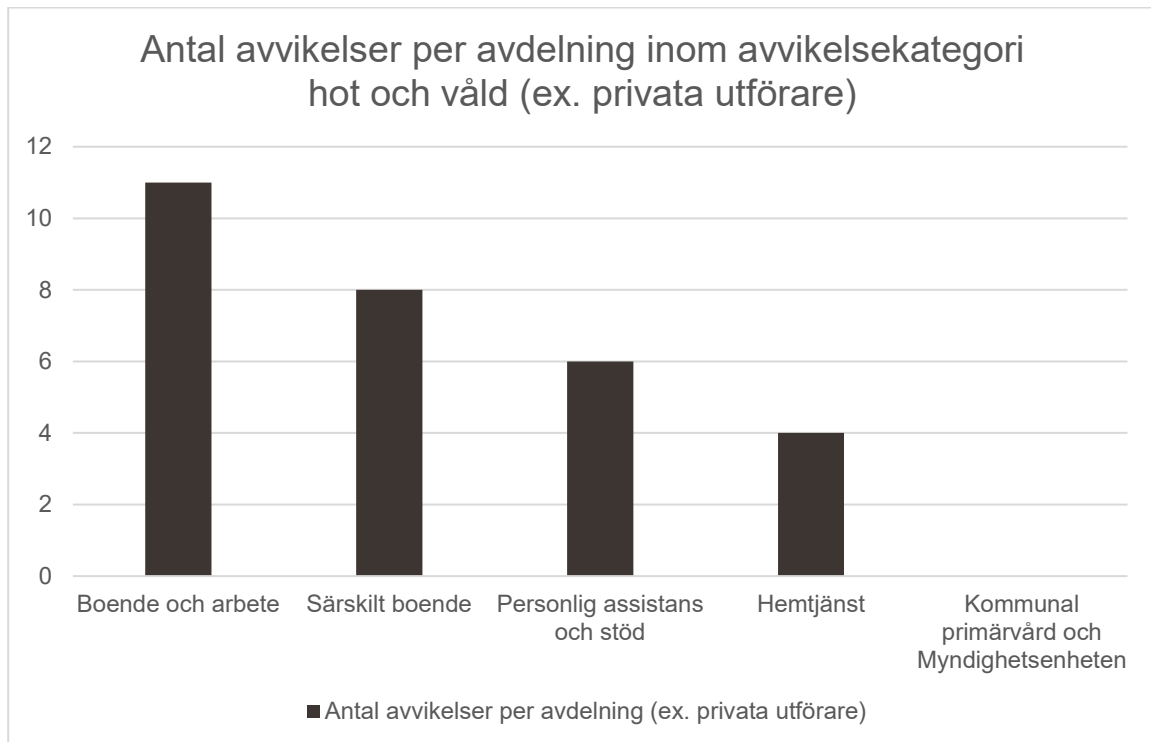


Totalt har 99 avvikelser registrerats under perioden totalt. Ett mönster kan hittas bland avvikelserna som rör uteblivna HSL-signeringar och läkemedelsinsatser som uteblivit, där man inte kan utläsa att olika HSL-insatser som exempelvis läkemedel har givits. Resterande avvikelser bedöms vara av isolerad art där ett mönster inte kan utläsas.

### Fortsatt arbete

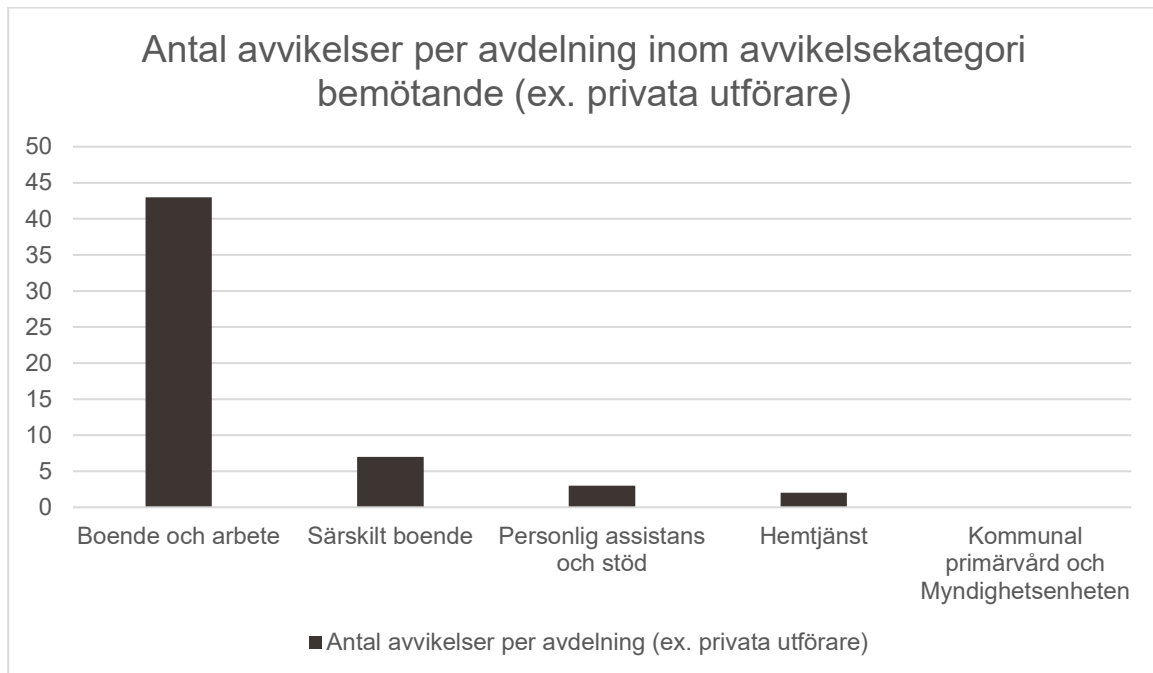
Vad gäller uteblivna signeringar har en handlingsplan tagits fram och den är beskriven under avsnitt 8.4. Vad gäller resterande avvikelser anses de åtgärder som vidtagits i varje enskilt ärende vara tillräckligt.

## 8.8. Hot och våld



Totalt har 29 avvikelser registrerats under perioden. Majoriteten av dessa har inträffat på bostad med särskild service eller särskilt boende. Ett ärende har under året varit av allvarigare karaktär och anmälts till Inspektionen för vård och omsorg. Metodutvecklare och specialistundersköterskor har bistått enhetscheferna med att ta fram handlingsplaner och ta fram åtgärder för att förebygga att händelserna upprepar sig igen. Vidare har även det förebyggande arbetet mot hot och våld förstärkts under året, både kopplat till arbetsmiljö men även för omsorgstagarna.

## 8.9. Bemötande

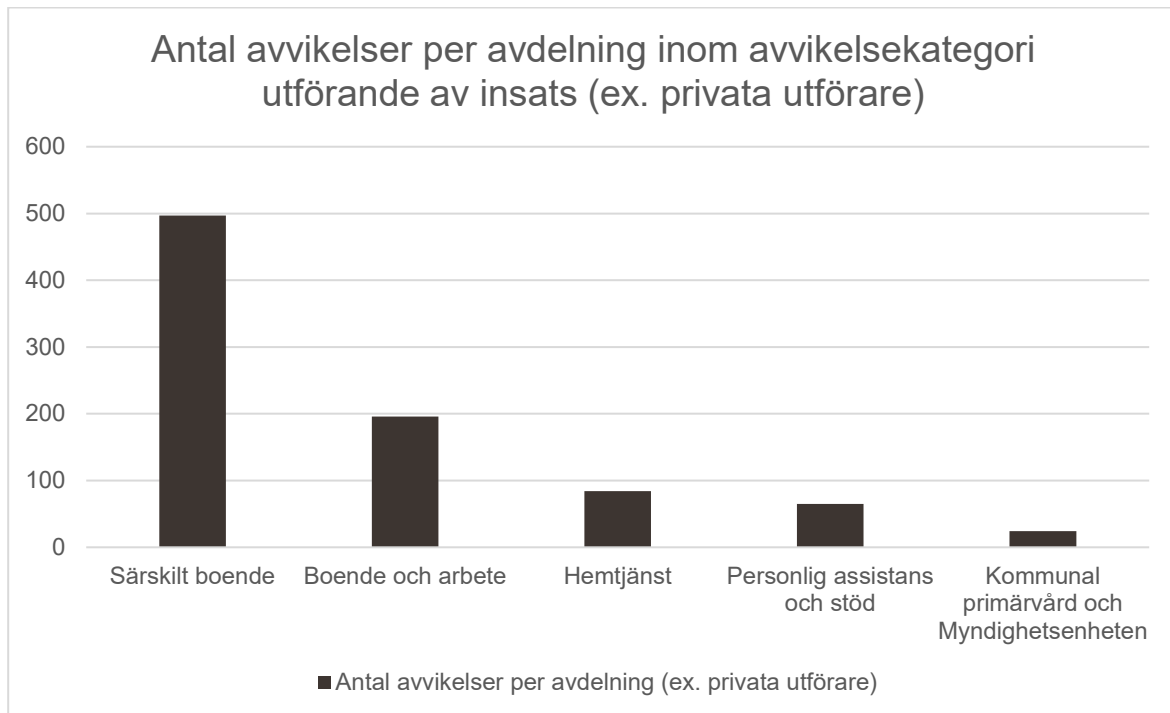


Totalt har 55 avvikelser inom avvikelsekategorin registrerats under perioden. Majoriteten på avdelning boende och arbete. Sannolikt beror detta på att avdelningen arbetar med ett pedagogiskt förhållningssätt och för att det finns en god kunskap kring rapporteringsskyldigheten. Bland avvikelserna finns rapporter som avser att omsorgstagare utsätter andra omsorgstagare för dåligt bemötande, även att personal anser att omsorgstagare har dåligt bemötande gentemot personal. En avvikelse på avdelning särskilt boende inkom som en synpunkt externt och som sedan utreddes som en avvikelse. Denna bedömdes senare utgöra föremål för lex Sarah utredning och utmynnade i en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg. I en annan avvikelse, som av rapportör bedömts utgöra föremål för lex Sarah-utredning, men som efter utredning inte bedömdes vara allvarlig, hittades organisatoriska brister som ottydlighet i vilken avdelning/avdelningschef som ansvarar över insatsen annan särskilt anpassad bostad enligt LSS. Detta är nu åtgärdat.

### Fortsatt arbete

Kunskapsspridning om vad som är en avvikelse och vad som är en arbetsmiljörelaterad händelse är nödvändig. Personal behöver ökad kunskap i att avvikelserapporteringen inte ska omfatta när omsorgstagare upplevs ha ett dåligt bemötande gentemot personal. De åtgärder som vidtagits i varje enskilt fall anses i övrigt vara tillräckliga.

## 8.10. Utförande av insats



Totalt har 866 avvikelser registrerats under perioden. De flesta avvikelserna handlar om uteblivna eller försenade insatser till följd av personalbrist samt om osignerade insatser där personal inte kunnat veta om exempelvis läkemedel har givits. På avdelning särskilt boende har flera avvikelser registrerats under perioden som i vissa fall varit allvarliga relaterat till basal omvårdnad. Rapporterna har handlat om att omsorgstagare legat en längre tid i fulla inkontinensskydd, uteblivna ombyten, insatser som varit planerade och där personal funnits på plats men där insatserna ändå uteblivit. En del insatser har inte kunnat utföras för att omsorgstagaren tackat nej eller vägrat insatsen. I ett fall har det gått flera veckor utan att omsorgstagaren duschat eller tagit sina mediciner och där personal blivit oroliga för omsorgstagarens hälsa, detta har då handlat om att personal inte lyckats hitta rätt bemötandestrategier och motiveringsinsatser.

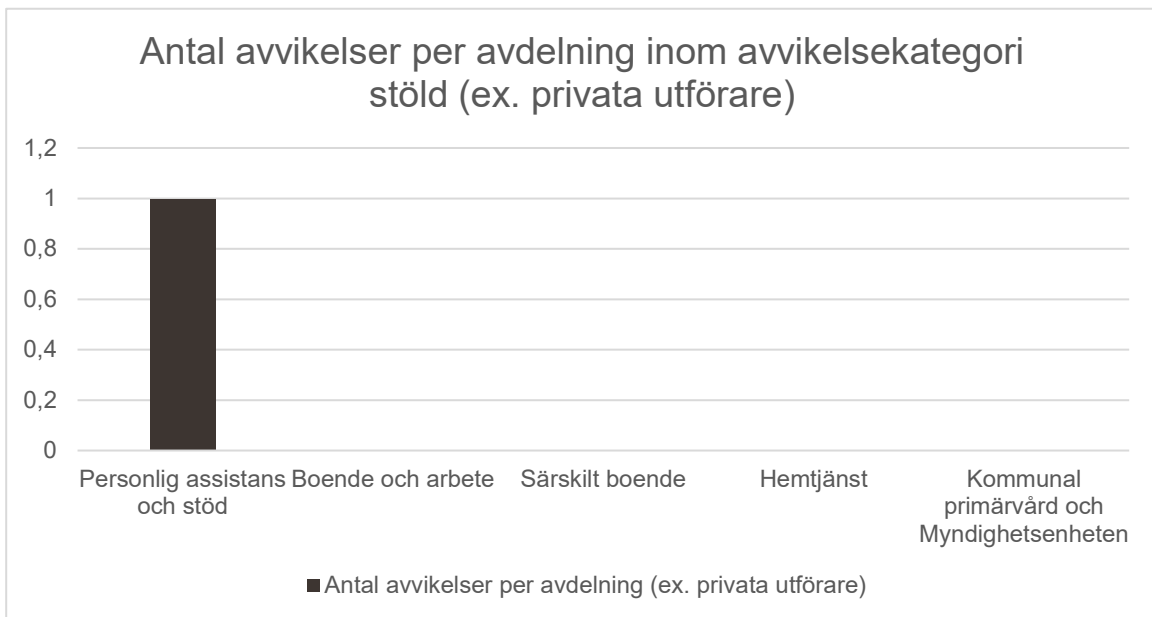
### Fortsatt arbete

Vad gäller uteblivna signeringar behöver arbetet enligt den handlingsplan som beskrivs under avsnitt 8.4 fortsätta under kommande år för att säkerställa att samtliga planerade insatser också blir utförda.

På avdelning boende och arbete finns sedan tidigare flera metodutvecklare som stöttar personalen i att hitta rätt strategier för att motivera omsorgstagare till att ta emot insatser. Det är viktigt att funktioner med liknande uppdrag även finns att tillgå på avdelning särskilt boende, exempelvis specialistundersköterskor som kan bistå med att ta fram handlingsplaner och bemötandestrategier. Personal har beskrivit att det är svårt att hinna läsa sig till före varje arbetspass vad varje omsorgstagare ska ha stöd med. Den

handlingsplan som tagits fram av avdelningschef för avdelning särskilt boende kopplat till detta anses vara tillräcklig. Det har under året funnits brister i strukturen och planeringen för det dagliga arbetet som har lett till att omsorgstagare kunnat glömmas av och att insatser uteblivit.

## 8.11. Stöld



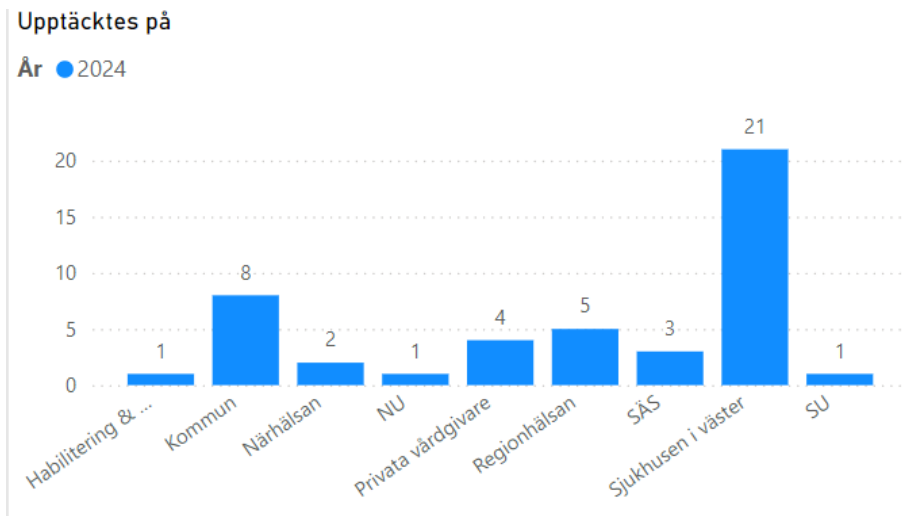
Enbart en avvikelse som berör stöld har rapporterats in under året och avsåg att en personal upprepat stulit mat/dryck och gjort inköp med omsorgstagarens betalmedel som sedan förtärs av personalen.

### Fortsatt arbete

Händelsen som beskrivs i rapporten är av isolerad art och har inte drabbat flera omsorgstagare. Åtgärderna som beskrivs i utredningen bedöms som tillräckliga.

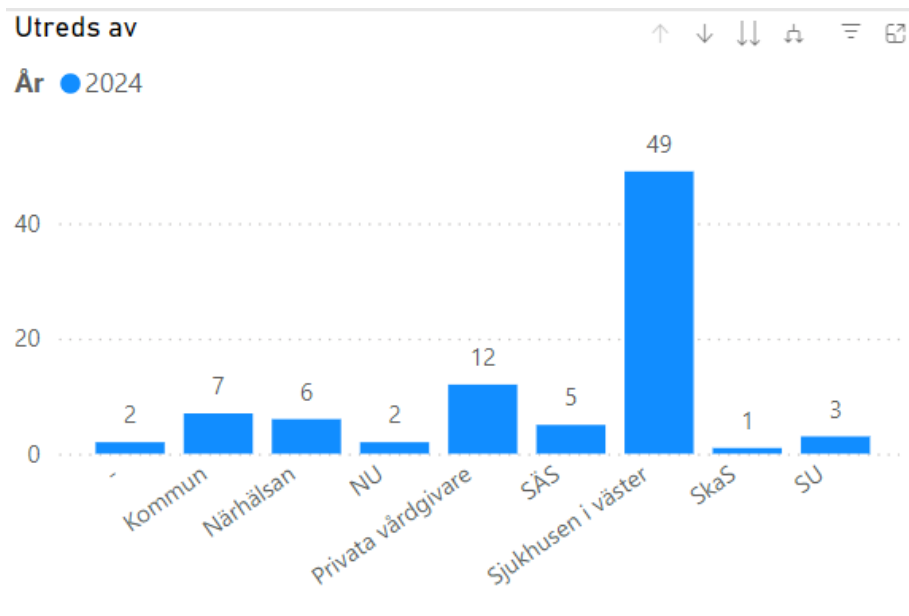
## 8.12. Avvikelser i samverkan med regionen (MedControl Pro)

Under 2024 har Alingsås kommun mottagit 46 ärenden ifrån övriga vårdgivare där merparten inkommit ifrån Sjukhusen i Väster på 21 ärenden. Vi ser ingen avsevärd ökning med ärenden till Alingsås i jämförelse med föregående år då 43 ärenden registrerades.



### Typ av händelser, avvikelser i samverkan

87 händelser har uppmärksamats i samverkan 2024 och har skickats av Alingsås kommun till andra vårdgivare.



## Typ av händelser, avvikelser från Alingsås kommun till andra vårdgivare



Övergången från slutenvård till öppenvård har upprepade gånger identifierats som en kritiskt punkt i samverkan. Och likt tidigare beror de vanligaste händelserna på brister i organisation/regler/ resurser. Vanligast är läkemedelsordinationer som inte är befintliga eller korrekta vid utskrivning till kommunalprimärvård samt brister i informationsöverföring.

Händelser upptäckta hos annan vårdgivare, utredda av Alingsås kommun är främst frågeställningar om vårdnivå samt bristande följsamhet till ordination. 5 händelser är rapporterade som betydande allvarlighetsgrad. Efter bedömning av inkommande händelser föranledde två utredningar till att Lex Maria utredning inleddes varav en slutligen ledde till en Lex Maria anmälan till IVO.

### Fortsatt arbete

För att patienterna ska uppfatta vården som nära behöver samarbetet utvecklas mellan olika delar av hälso- och sjukvården i regionerna och den kommunala hälso- och sjukvården. De personer som har störst behov av hälso- och sjukvård har ofta behov av insatser från flera vårdnivåer. Personerna kan också vara beroende av att samverkan fungerar väl mellan kommuner och regioner. Närområdessamverkan i Alingsås kännetecknas av helhetssyn, kontinuitet, samverkan och ett hälsofrämjande förhållningssätt som syftar till att stärka den enskildes hälsa och reducera framtida vård- och insatsbehov. Tillsammans är målet att på ett effektivt sätt nyttja de gemensamma resurserna från både kommun och region. Avvikelser i samverkan rapporteras till samordningsgruppen halvårsvis och vid behov med syfte att identifiera utvecklingsbehov och eventuella övergripande systemfel.

Nytt för 2025 är dokumentationsgranskning i det gemensamma systemet SAMSA, detta är ett förslag som kommer från arbetsgruppen som arbetar med in och utskrivningsprocessen och består av regional primärvård, slutenvården samt kommunal primärvård och Myndighetsenheten. Detta kom fram som ett förbättringsområde i SAMLA gruppen tillsammans med Lerums kommun. Vi ser att vi under 2025 kan hitta fler vinster att arbeta med systematiken gällande avvikelser tex för att finna mönster som kan undvikas.

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet och kvalitet bejakas.

## 8.13. Utredning av allvarliga missförhållanden/påtaglig risk för allvarliga missförhållanden, lex Sarah

Nedan följer en beskrivning av samtliga lex Sarah-anmälningar som gjorts under året. Händelserna har uppfyllt kriterierna för allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande och har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Totalt antal lex Sarah-anmälningar för 2024 är 10. För 2023 låg siffran på sex (6) anmälningar.

Kortfattad beskrivning av det inträffade	Berörd avdelning	Datum då händelsen anmälts till IVO	Status	DNR
Insatser har helt uteblivit under natten. Vidare har omsorgstagaren inte fått sina basala omvårdnadsbehov tillgodosedda, som att få uträtta sina toalettbehov eller få stöd med att byta inkontinensskydd samt tvätta rent sig när behov av detta uppstod. Hittades i sängen i intorkade kräkningar och avföring.	Särskilt boende	2024-12-13	Inväntar beslut från IVO.	2024.305
Allvarliga brister i omsorgen orsakat av bristande och uteblivna omvårdnadsinsatser, matintag, vätskeintag, tillsyner samt systematisk och avsiktligt kraftig fördröjning av utförandet av basala omsorgsinsatser som tömning av urinblåsan.	Särskilt boende	2024-12-05	Inväntar beslut från IVO.	2024.293

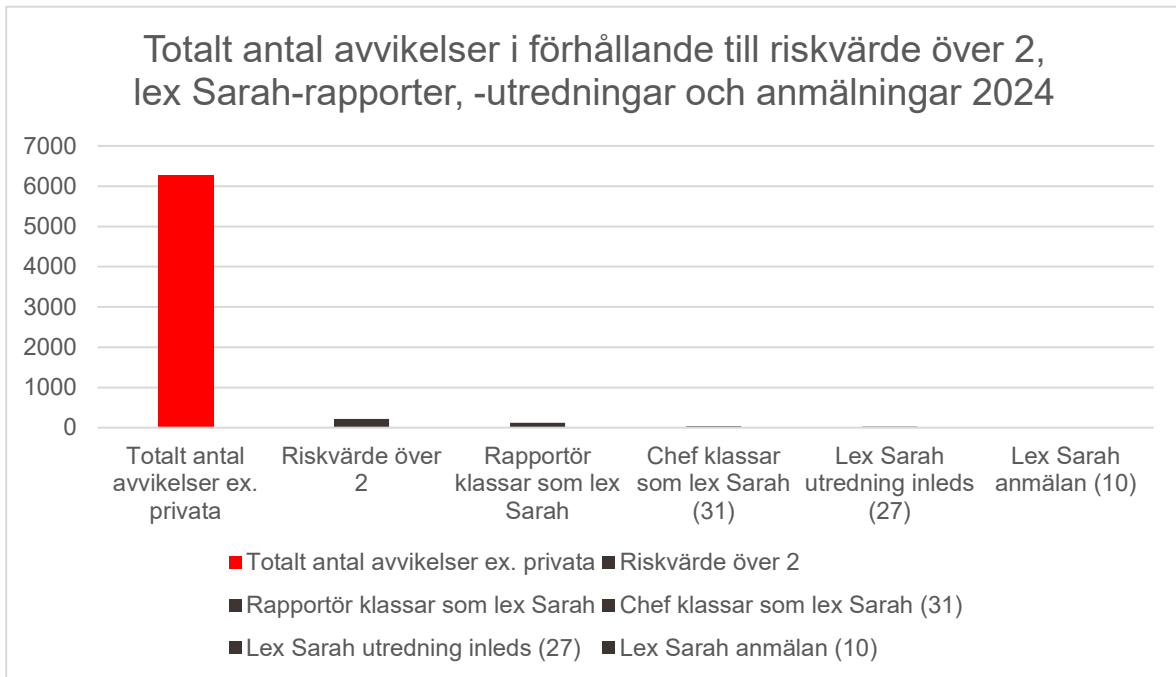


<p>Omsorgstagaren har haft flera infekterade sår på kroppen, avföring i sår, hår och fötter samt intorkad avföring i sängkläder från tidigare tillfällen.</p>				
<p>En brukare faller 2024-09-29 och blir liggande cirka en timme. Upptäcks inte av sensorlarmet då det var felaktigt avstängt. Brukaren nekas att få hjälp med att få sjukvård de närmsta timmarna efter fallet. 2024-09-30 läggs brukaren in på sjukhus för bäckenbottenfraktur. 2024-10-04 avlider brukaren på sjukhus.</p>	<p>Särskilt boende</p>	<p>2024-11-18</p>	<p>Komplette ring av IVO begärd 2025-01-13.</p>	<p>2024.282</p>
<p>En brukare som har insatsen personlig assistans har färdats i taxi till och från daglig verksamhet utan att bältet sätts på vid upprepade tillfällen. Vid flera tillfällen har personen även skickats till och från daglig verksamhet utan assistent, trots att brukaren har rätt till ledsagning i assistansbeslutet.</p>	<p>Personlig assistans och stöd</p>	<p>2024-10-30</p>	<p>Inväntar beslut från IVO.</p>	<p>2024.268</p>
<p>En brukare har vid 24 tillfällen ej fått sina insatser verkställda då assistenter inte har kunnat betala sina omkostnader vid aktiviteter/ledsagning samt att brukaren inte heller haft möjlighet att</p>	<p>Personlig assistans och stöd</p>	<p>2024-07-05</p>	<p>IVO godkänt nämndens utredning och åtgärder 2024-07-15.</p>	<p>2024.164</p>

<p>betala för sina assistenters resekostnader/aktivitetskostnader för att sedan bli ersatt av kommunen enligt ny avdelningsövergripande rutin. Samtliga 24 rapporter avser inställda fritidsaktiviteter samt läkarbesök som uteblivit till följd av att handkasskort har dragits in.</p>				
<p>Otillåten begränsningsåtgärd som berör åtta (8) brukare på demensavdelning. Brukarna hade ingen möjlighet att ta sig ut från det särskilda boendet på egen hand.</p>	Särskilt boende	2024-06-25	IVO godkänt nämndens utredning och åtgärder 2024-08-28.	2024.163
<p>En brukare utsätter andra brukare och personal för fysiskt våld samt hot. Andra brukare på boendet har även bevittnat våld.</p>	Boende och arbete	2024-05-14	IVO godkänt nämndens utredning och åtgärder 2024-07-05.	2024.128
<p>Flera brukare som har kommunal personlig assistans skickas till och från daglig verksamhet utan ledsagare trots beslut om rätt till ledsagare i assistansbeslut. Uppmärksammas i samband med att en brukare får ett EP-anfall ensam i taxi.</p>	Personlig assistans och stöd	2024-04-16	IVO godkänt nämndens utredning och åtgärder 2024-05-28.	2024.098

<p>En brukare nekas hjälp av nattpersonal trots uttalat behov till personal om att hen behöver hjälp då hen blöder i munnen. När dagpersonalen besöker brukaren på morgonen är det blod i hela lägenheten och brukaren upplever yrsel. Brukaren blev utsatt för både ett psykiskt och fysiskt onödigt lidande. Även ökad risk konsekvenser som sepsis.</p>	<p>Boende och arbete</p>	<p>2024-03-28</p>	<p>IVO godkänt nämndens utredning och åtgärder 2024-05-22.</p>	<p>2024.090</p>
<p>19711 avvikelser i tidigare avvikelshanteringssystem Magna Cura från tidsperioden 2013-2023 upptäcks som ohanterade.</p>	<p>Förvaltningsövergripande, alla avdelningar.</p>	<p>2024-03-08</p>	<p>IVO godkänt nämndens utredning och åtgärder 2024-05-29.</p>	<p>2024.074</p>

Under året har 27 så kallade lex Sarah-utredningar inletts. Enbart i 10 fall (se nedan) har händelserna uppfyllt kriterierna för allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande efter avslutad utredning och där bedömningen utmynnat i en anmälan till IVO.



## 8.14. Utredning av allvarliga händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada, lex Maria

Nedan följer en beskrivning av samtliga lex Maria-anmälningar som gjorts under året. Händelserna har uppfyllt kriterierna för risk för vårdskada eller att vårdskada inträffat och har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Totalt antal lex Maria-anmälningar för 2024 är sex. För 2023 låg siffran på tre anmälningar.

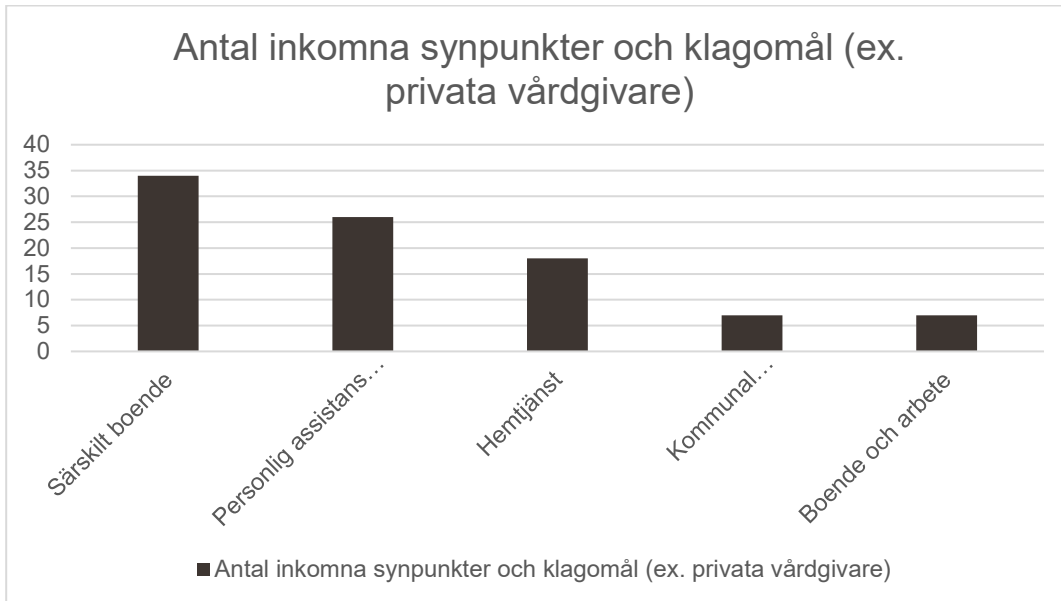
Anmält till IVO enligt Lex Maria	Berörd avdelning	Datum då händelsen anmälts till IVO	Status	DNR
Patient tar en överdos av läkemedel från låst läkemedelsskåp i hemmet	Avdelning hemtjänst	2024-02-06	2024-05-24 Avslutat. IVO har godkänt nämndens utredning och åtgärder	2024.0 27
Utbrott av vinterkräksjuka på två avdelningar inom särskilt boende pga brister i följsamhet till hygienrutin	Avdelning särskilt boende	2024-03-05	Avslutad. IVO har godkänt nämndens utredning och åtgärder	2024.0 68
Ohanterade avvikelser i tidigare avvikelshanteringssystem	Förvaltningsövergripande	2024-04-04	2024-07-05 Avslutad. IVO har godkänt nämndens utredning och åtgärder	2024.0 96
Brukare som fastnat med båda benen i en sänggrind	Avdelning särskilt boende	2024-09-02	Avslutad. IVO har godkänt nämndens utredning och åtgärder	2024.1 89

Felaktig dos långtidsverkande insulin	Avdelning hemtjänst	2024-11-07	Inväntar svar	2024.274
Bristande följsamhet till delegering	Förvaltningsöver gripande	2024-12-11	Inväntar svar	2024.307

186 händelser har anmälts som allvarlig risk för vårdskada i DF. Åtta (8) händelser har under 2024 föranlett till att Lex Maria utredning inletts. Sex (6) av dessa händelser har bedömts uppfylla kriterierna för anmälan till IVO enligt Lex Maria.

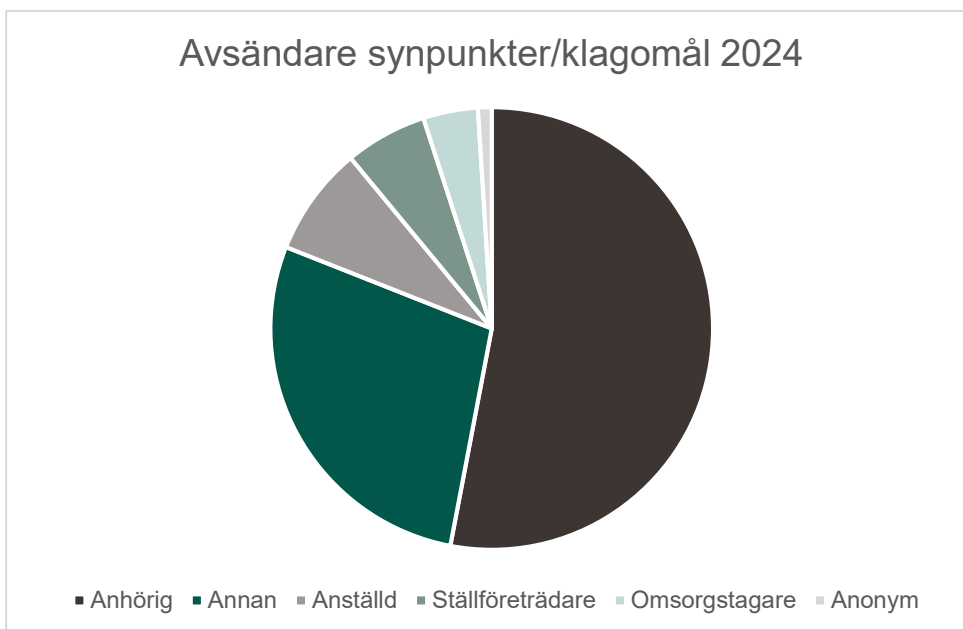


## 8.15. Synpunkter och klagomål



Totalt har 97 synpunkter och klagomål inkommit till nämnden under år 2024, inklusive privata utförare.

### Vem lämnar synpunkter och klagomål?



### **Vad handlar synpunkter och klagomål om?**

Majoriteten av de inkomna synpunkterna, ett fyrtiotal, avser klagomål på utförandet av olika insatser enligt SoL, LSS och HSL, där avsändaren ser brister. Vissa av klagomålen riktar sig till förändringar på avdelning personlig assistans och stöd, korttidstillsyn/korttidsvistelse enligt LSS. Vissa synpunkter, två till antalet, som avser vanvård har även utretts enligt lex Sarah. Det har inkommit flera klagomål på hur personal parkerar och kör tjänstebilen samt att personal stör grannar nattetid. Ett tiotal klagomål har inkommit som handlar om att personal har sexuella relationer nattetid "mellan larmen". Klagomålen har inkommit anonymt och försök till att utreda detta har gjorts, men enhetschef har inte fått till sig något som bekräftar uppgifterna i de olika klagomålen. Tre synpunkter är formulerade som frågor. I enskilda fall har det förekommit synpunkter och klagomål som inte återkommit, tex att anhöriga önskar träffa politiker för att ha en dialog om förändringar som skett på avdelning personlig assistans och stöd, synpunkt på personalförändringar, synpunkt på träffpunkterna och i ett fall beröm av omvårdnadspersonal.



## 9. Identifierade förbättringsområden 2025

Nedan redovisas en sammanställning i punktform av nämndens prioriterade utvecklingsområden för 2025. Sammanställningen visar de områden där vård- och omsorgsnämnden ser störst behov av fortsatt utveckling, med utgångspunkt i de resultat som framkommit av underlaget till kvalitets och patientsäkerhetsberättelsen 2024.

- **Implementering av uppdrag SSKF.**  
Den handlingsplan som beskrivs under avsnitt 5 kommer att implementeras med start 2025.
- **Öka följsamheten till kraven i SOSFS 2014:5 – dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS och HSLF-FS 2016:40 - Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.**  
Verksamheterna ska genom utbildningsinsatser stärkas i att efterleva kraven kring dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av socialtjänstlagen, lag om stöd och service till vissa funktionshindrade och hälso- och sjukvårdslagen.