Växjö kommun

Kvalitets- och patient-säkerhetsberättelse 2025,

Arbete och välfärd

Innehållsförteckning

Sammanfattning 3

Inledning 4

Grundläggande förutsättningar för en socialtjänst med god kvalitet och en säker vård 6

- Engagerad ledning och tydlig styrning 6
- En god säkerhetskultur 12
- Adekvat kunskap och kompetens 13
- Den enskilde som medskapare 14

Omställningsarbete till nya socialtjänstlagen 16

Agera för säkra insatser och säker vård 17

- Öka kunskap om inträffade avvikelser samt stärka analys, lärande och utveckling 17
- Tillförlitliga och säkra system och processer 26
- Säker verksamhet här och nu 27
- Öka riskmedvetenhet och beredskap 28
- Egenkontroll 29
- Tillsyn 34

Kvalitet inom vuxenutbildning 35

- Avvikelser och klagomål 35
- Anmälan om kränkande behandling 36
- Förbättringsarbete 36

Mål och strategier för kommande år 38

Sammanfattning

Under 2025 har följande utvecklingsområden varit prioriterande för nämnden arbete och välfärds systematiska kvalitetsarbete:

- Möjliggöra för förvaltningen arbete och välfärd, att inhämta avvikelserapporter till förvaltningen från regionens avvikelsehanteringssystem Synergi.
- Undersöka möjligheten att utveckla en struktur där varje enhetschef får i uppdrag att själv beskriva och analysera sina avvikelser vid fördjupad redovisning till nämnden, per april, delårsrapport, oktober samt årsrapport.
- Återkoppling av granskning till enhetschefer efter granskning av avvikelseutredningar inom intern kontrollplan 2025.
- Ta fram åtgärder avseende avvikelsehantering och utredning efter granskning inom intern kontrollplan 2025.

För patientsäkerhetsarbetet fattade nämnden för arbete och välfärd beslut om en patientsäkerhetsplan för 2025, planen har omfattat tre målområden:

- Fortsatt utveckling av samverkan internt och externt
- Förbättrat arbete med nutrition
- Ökad fokus på avvikelserapportering och analys av avvikelser.

Till varje målområde har strategier formulerats för hur målet ska uppnås.

Inom vuxenutbildningen har verksamheten följts upp i enlighet med skollagen och Skolverkets allmänna råd. Målområden för 2025 följs upp i kvalitetsrapport för vuxenutbildning.

Sammanfattningsvis har arbetet under året bedrivits i linje med prioriterade utvecklingsområden, mål i patientsäkerhetsplanen samt lagkrav och allmänna råd för skolväsendet. Arbetet har lett till goda resultat och god måluppfyllelse. En redogörelse över hur arbetet har bedrivits och vilka resultat som har uppnåtts framgår av rapporten.

Inledning

Förvaltningen arbete och välfärds verksamheter styrs av olika lagar. Socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och skollagen ställer alla krav på att verksamheten ska bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete. Det innebär att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Syftet är att verksamheten hela tiden ska bli bättre för dem som den finns till för.

Kvaliteten i verksamheten utgörs av de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter. Även handböcker och direktiv som har beslutats med stöd av sådana föreskrifter och andra styrande dokument ligger till grund för kvaliteten i verksamheten.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen är en redogörelse över kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet som har bedrivits inom förvaltningen under 2025. Arbetet utgår från SOSFS 2011:9, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, patientsäkerhetslagen (PSL) samt Skolverkets allmänna råd; Systematiskt kvalitetsarbete - för skolväsendet.

Enligt SOSFS 2011:9 bör den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Innehållet i berättelsen ska ge svar på hur det systematiska och fortlöpande kvalitetsarbetet har bedrivits under året, vilka åtgärder som har vidtagits samt vilka resultat som har uppnåtts.

Enligt PSL ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Berättelsen ska vara så tydlig och detaljerad att det går att bedöma hur verksamheten arbetar systematiskt och fortlöpande för att utveckla och säkra kvalitén i alla delar. Berättelsen ska även beskriva hur informationsbehovet hos externa intressenter tillgodosetts.

Nämnden för arbete och välfärd är huvudman för den kommunala vuxenutbildningen i Växjö kommun. Skollagen ställer krav på huvudmannens systematiska kvalitetsarbete inom skolväsendet, inom vilket den kommunala vuxenutbildningen ingår. Huvudmannen är ytterst ansvarig för att utbildningen genomförs i enlighet med skollagen och andra bestämmelser, enligt 2 kap. 8 a § skollagen. Enligt skollagen ska varje huvudman inom skolväsendet på huvudmannanivå systematiskt och kontinuerligt planera, följa upp och utveckla utbildningen. Det systematiska kvalitetsarbetet inom skolväsendet ska inriktas mot att uppfylla de nationella målen för utbildningen. Det systematiska kvalitetsarbetet ska även dokumenteras. I Skolverkets allmänna råd, *Systematiskt kvalitetsarbete – för skolväsendet*, framgår hur huvudmän, förskole- och skolenheter bör arbeta för att motsvara skollagens krav på ett systematiskt kvalitetsarbete. Det systematiska kvalitetsarbetet inom Komvux i Växjö kommun utgår från ovanstående krav och allmänna råd. En redogörelse över kvalitetsarbetet inom vuxenutbildningen återfinns sist i rapporten.

Mallen för kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav, föreskrifter och allmänna råd samt strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet *Korsreferenslista för lagkrav* kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Dessa framgår av de gröna fälten i bilden nedan. I rapporten hänvisas löpande till dessa förutsättningar.

Grundläggande förutsättningar för en socialtjänst med god kvalitet och en säker vård.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Dessa rubriker harmoniserar även delarna för att öka kvalitén inom socialtjänstens verksamhetsområde.

- Engagerad ledning och tydlig styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Den enskilde som medskapare

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för god kvalitet och en säker vård i socialtjänsten är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av verksamheten på alla nivåer.

Chefer träffas regelbundet under året på avdelnings- och förvaltningsnivå. Kommunövergripande chefsutbildningar sker kontinuerligt för att stärka chefers kompetens och möjlighet till ett gott ledarskap.

Organisation och ansvar

Nämnden för arbete och välfärd
Nämnden för arbete och välfärd har det övergripande ansvaret för den verksamhet som bedrivs samt det yttersta ansvaret för att verksamheten bedrivs med god kvalitet. Nämnden ska säkerställa att chefer och medarbetare har kompetens, engagemang, ansvar och befogenheter för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Vidare ska nämnden efterfråga och följa upp de mål, mått och mätrutiner som finns framtagna för att vidare utveckla verksamheten.

Chefer och ledning
Chefer inom förvaltningen ansvarar för att inom sitt ansvarsområde bedöma vad som anses vara god kvalitet, identifiera risker och genomföra egenkontroller samt vidta förbättrande åtgärder. Chefer ansvarar även för att skapa goda förutsättningar för medarbetare att arbeta i enlighet med beslutade rutiner och processer. Chefer ansvarar därtill för att medarbetare engageras, har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva en verksamhet av god kvalitet. Vidare ansvarar chefer för att ta fram och följa upp mål, mått och mätrutiner. Utfallet ska analyseras och dokumenteras, och medarbetare ska delges resultat och involveras i de åtgärder som initieras.

Medarbetare
För att medarbetare ska erbjudas goda förutsättningar för att utföra ett bra arbete, behöver de involveras i framtagning och uppföljning av mål och resultat. Medarbetare ansvarar för att arbeta i enlighet med fattade beslut och att vara delaktiga i utförandet av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet genom att bidra i de åtgärder och processer som initierats. Medarbetare ska också medverka vid risk- och avvikelsehantering samt bidra med sin kunskap i framtagning av åtgärder och utvecklingsarbete.

Verksamhetsutvecklare i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet
Till kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet finns stödfunktioner från förvaltningen arbete och välfärd. Under året har arbetsgruppen som samordnat det systematiskt kvalitetsarbete ersatts av en kvalitetsgrupp bestående av verksamhetsutvecklare från förvaltningens utvecklingsenhet. Kvalitetsgruppens uppdrag är att samordna det systematiska kvalitetsarbetet avseende kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Verksamhetsutvecklare finns även som stöd till förvaltningens ledning i avstämningar av insatser som erbjuds i samverkan med omsorgsförvaltningen. Verksamhetsutvecklare på utvecklingsenheten utreder även rapporterade missförhållande enligt lex Sarah.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet, att det finns rutiner för att kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov och att patienten får den hälso- och sjukvård läkaren har ordinerat. Vidare ansvarar MAS för att rutinerna för läkemedelshantering är säkra, besluten om delegering är patientsäkra, patientjournaler förs samt för att utreda och anmäla allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada enligt lex Maria.

Övergripande mål och strategier

Systematiskt kvalitetsarbete
Under 2025 har följande utvecklingsområden varit prioriterande för nämndens systematiska kvalitetsarbete:

- *Möjliggöra för förvaltningen arbete och välfärd, att inhämta avvikelserapporter till förvaltningen från regionens avvikelsehanteringssystem Synergi.*

Under slutet av året har det beslutats att tre medarbetare på utvecklingsenheten ska få tillgång till Synergi för att kunna ta emot och skicka avvikelser till Region Kronoberg.

- *Undersöka möjligheten att utveckla en struktur där varje enhetschef får i uppdrag att själv beskriva och analysera sina avvikelser vid fördjupad redovisning till nämnden, per april, delårsrapport, oktober samt årsrapport.*

Avvikelser i verksamheten har integrerats som en del av rapportmallen för månadsuppföljning på förvaltningen, som möjliggör redogörelse och analys av avvikelser och synpunkter eller klagomål.

- *Återkoppling av granskning till enhetschefer efter granskning av avvikelseutredningar inom intern kontrollplan 2025.*

Återkoppling har skett till chefer för hantering och utredning av avvikelser.

- *Ta fram åtgärder avseende avvikelsehantering och utredning efter granskning inom intern kontrollplan 2025.*

Stöd som utvecklingsenheten erbjuder i avvikelsehantering har setts över. En struktur har tagits fram som innebär att verksamhetsutvecklare på utvecklingsenheten regelbundet kontrollerar att inkomna avvikelser tas emot och hanteras av berörd chef.

Informationsmaterial har uppdaterats och verksamhetsutvecklare erbjuder informationstillfälle gällande avvikelsehantering.

Patientsäkerhetsplan
Under 2025 har följande utvecklingsområden varit prioriterande för nämndens patientsäkerhetsarbete:

- *Samverkan*

Strategier inom målområdet är följande.

1. *Fortsatt arbete med att upprätthålla god samverkan mellan sjuksköterskor, organisatoriskt tillhörande omsorgsförvaltningen, och chefer och medarbetare inom arbete och välfärd. Arbetet sker i mötesforum mellan verksamhetschef enligt HSL/avdelningschef, enhetschefer och MAS.*

Samverkan fungerar väldigt väl, fortsatt gott klimat och god samarbetsvilja. Sjuksköterska är med på de arbetsplatsträffar (APT) som bedömning gjorts att det är nödvändigt. Om det inte har varit möjligt att delta på APT har sjuksköterska varit på besök en gång i veckan i verksamheten.

2. *Arbeta för att socialpsykiatrin deltar i omsorgsförvaltningens kvalitetsråd.*

Omsorgen kom inte igång riktigt förrän i slutet på 2025 med sina kvalitetsråd, vilket innebär att det inte blivit som planerat.

3. *Arbeta fram en gemensam rutin och lager avseende förvaltningen av läkemedelsrobotar.*

Det finns idag ett gemensamt lager. Två rutiner som håller ihop det som är gemensamt för omsorgsförvaltningen och arbete och välfärd.

4. *Fortsatt information två gånger per år för medarbetare på arbete och välfärd i hälso- och sjukvårdsdokumentation och rutin för kontakt med sjuksköterska vid förändringar i hälsotillståndet samt ISBAR.*

Granskning av HSL-dokumentation är gjord under året av MAS vilken kan ligga till grund för att identifiera förbättringsområden.

- *Förbättrat arbete med nutrition*

Strategier inom målområdet är följande.

1. *Utveckla samverkan med måltidsorganisationen i syfte om att måltiderna för brukare inom socialpsykiatrin anpassas efter deras behov.*
2. *Vid behov, fortsätta bjuda in dietist till enhetsmöten.*

Utmaning att det ser olika ut inom verksamheterna, det finns behov av att titta på varje enhets behov då det är svårt att göra något som passar alla. Upplevelsen är att det är fler och fler i ordinärt boende som har behov av matstöd. Det finns en efterfrågan av utbildning kring ätstörningar för att generellt stärka personalens kunskaper.

- *Fortsatt fokus på avvikelserapportering och analys av avvikelser*

Strategier inom målområdet är följande.

1. *Genomgång av avvikelserapportering, inklusive lex Sarah och lex Maria, en gång per år inom alla berörda enheter enligt årshjul.*

Under 2025 är det ändrat till två gånger per år för de flesta verksamheter.

2. *Genomgång av totalt antal avvikelser på APT för berörda enheter vid fördjupad redovisning per april, delår, oktober och helår.*

Genomfört och sammanställs och redovisas för hela avdelningen i samband med månadsrapporten.

Vuxenutbildning
Under 2025 har följande utvecklingsområden varit prioriterande för nämndens kvalitetsarbete inom vuxenutbildning.

Nämnden har under 2023 beslutat om en förändrad struktur för uppföljning av vuxenutbildningen. Förändringen innebär bland annat att uppföljningens olika delar ska hållas isär och att fler nyckeltal ska följas upp. Syftet är att säkerställa god kvalitet inom verksamheten samt att arbetet drivs enligt gällande avtal. Under 2024 har förvaltningen arbetat med att ta fram ny struktur för uppföljning av verksamheten ska ske. Den första uppföljningen kommer enligt ny struktur ske för året 2025.

Följande förbättringsområden har i övrigt identifierats hos utbildningsanordnarna:

- efterlevnaden av villkor och riktlinjer för arbetsplatsförlagt lärande.
- det förebyggande arbetet för att motverka studieavbrott och underkända betyg.
- andelen legitimerade lärare inom yrkesutbildningar ska öka.

Inom den egna verksamheten ska förutom ny uppföljningsstruktur utvecklas, finns även följande förbättringsåtgärder identifierade:

- uppföljning av studieavbrott och betygsresultat stärkas och kompletterande insatser till utbildningar erbjudas för ökad progression.
- samarbetet mellan arbetsmarknadsenheter och komvux stärkas för att insatser ska matcha kompetensförsörjningsbehov.
- studie- och yrkesvägledningen stärkas för att motverka studieavbrott samt för att

stötta elever till att nå utbildningsmålen.
- uppföljning och utredning vid anmälan om kränkande handling.

Redovisning av arbetet under 2025 redovisas i kvalitetsrapport för komvux, i separat ärende under 2026.

Samverkan

Samverkan är en stor och viktig del i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Många processer kräver god och effektiv samverkan för att säkra kvaliteten i de insatser som ges i verksamheten. Samverkan ökar även förutsättningarna för att identifiera fortsatt utveckling av kvalitetsarbetet i verksamheten. Förvaltningen har lång erfarenhet och etablerade arbetssätt som främjar både intern samverkan inom kommunkoncernen och extern samverkan med andra kommuner, myndigheter och organisationer. Samverkan skapar möjligheter för ökad kvalité i det arbete som görs nära invånaren i länet.

Samverkan inom socialtjänstens verksamhetsområde
Samverkan sker inom länet bland annat avseende Barnets bästa gäller! i Kronobergs län, familjerätten, projekt finansierade av Europeiska socialfonden (ESF) och Barnahus. Under året har även Centrum mot våld (CMV) startats upp. I CMV ingår nu Familjefrid Kronobergs tidigare uppdrag. De ESF-projekt som startade 2024 har fortsatt under 2025. Bland annat projektet "Samverkan kring unga som varken arbetar eller studerar", i vilket metoder utvecklas i samverkan med skolor, socialtjänst och kommunala aktivitetsansvariga för att förebygga och förhindra studieavbrott. ESF-projektet Handslaget arbetar för att invånare i länet, som har ett arbete, ska öka sina kunskaper i det svenska språket, och därmed öka förutsättningarna för att behålla sitt arbete. I den länsgemensamma samverkan utvecklas processer som bidrar till ökad kvalitet och effektivitet, men också den egna kompetensen i verksamheten genom kommunernas lärande av varandra.

Ytterligare insatser som under året har utvecklats är arbetet med skolsocionomer och skolsociala team tillsammans med utbildningsförvaltningen. Dessa insatser erbjuder ett samlat stöd från skolan och socialtjänsten, i samverkan med vårdnadshavaren för att erbjuda tidiga, samordnade och ändamålsenliga insatser för barn och unga i skolmiljön. Insatserna har också ökat möjligheten att upptäcka barn och unga som är i behov av samlat stöd från både skolan och socialtjänsten i ett tidigare skede. Under året har skolsocionomerna utökats från att tidigare endast varit på grundskolorna till att även finnas på en utav de kommunala gymnasieskolorna. Den långsiktiga planen är att skolsocionomer ska finnas på samtliga kommunala gymnasieskolor.

Samverkan sker även kontinuerligt och strukturerat mellan olika funktioner från socialtjänsten och polisen gällande det brottsförebyggande arbetet. Därtill finns en bred samverkan med andra myndigheter som Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, lokala näringslivet och ideella aktörer.

Under 2025 har projektet ”Skadligt bruk- och beroendevård nära Kronobergaren”, som

arbete och välfärd driver i samarbete med Region Kronoberg och Alvesta kommun, gått in i sitt avslutande skede inför implementering. Under projektperioden har en sammanhållen, behovsbaserad och integrerad vårdkedja utvecklats för vuxna med skadligt bruk eller beroende. Arbetet har omfattat flera delområden där fokus har legat på att skapa en tydlig och samordnad väg in till skadligt bruk- och beroendevård, att ta fram enhetliga bedömningar och rutiner för likvärdig tillgång till heldygnsvård samt att stärka sociala stödinsatser och vård på hemmaplan. En handlingsplan har även tagits fram för att stärka stödet för barn och unga som anhöriga inom heldygnsvården. Genom brukarmedverkan, gemensamt framtagna rutiner och utvecklade samverkansformer, tillsammans med pågående analyser av de juridiska och ekonomiska förutsättningarna, lägger projektet en stabil grund för ett framtida långsiktigt och gemensamt huvudmannaskap. Samtliga framtagna arbetssätt och samverkansformer kommer sammanställas i en slutrapport som ska ligga till grund för beslut under 2026 om införandet av en sammanhållen vårdkedja i länet.

Samverkan inom hälso- och sjukvårdsinsatser
För verksamheter med hälso- och sjukvårdsinsatser sker samverkan med omsorgsförvaltningen. Samverkan sker i form av regelbundna möten mellan chefer och stödfunktioner, mellan sjuksköterskeorganisationen och verksamheter inom socialpsykiatrins verksamhetsområde. Samverkan sker även mellan verksamhet och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) i samband med avvikelser som lett till vårdskador enligt bestämmelserna om lex Maria. MAS och MAR finns också som stöd till chefer som utreder avvikelser som lett till vårdskador men inte av allvarlig karaktär för att rapporteras enligt lex Maria.

Samverkan mellan sjuksköterskor, organisatoriskt tillhörande omsorgsförvaltningen, och chefer och medarbetare inom arbete och välfärd fungerar väldigt väl, ett fortsatt gott klimat och god samarbetsvilja. Sjuksköterskorna är med på de arbetsplatsträffar där det bedöms nödvändigt. Om det inte har varit möjligt att delta på arbetsplatsträff har sjuksköterska varit på besök i verksamheten en gång i veckan. Sjuksköterskorna bjuds in på utbildningar och föreläsningar som genomförs för boendestödjarna på Socialpsykiatrin. Under året har sjuksköterskorna även gått TERMA-utbildning.

Vidare sker en god samverkan mellan verksamheterna och Region Kronoberg, främst primärvården, i de individärenden som behöver stöd. Boendestödjare följer vid behov med på läkarbesök, och enhetschefer och sjuksköterskor har vid behov kontakt med läkare för att säkerställa god kvalitet och den vård- och omsorg som ges i den egna verksamheten.

Ytterligare framkommer behov av att utveckla samverkan med Växjö kommuns måltidsorganisation i syfte om att utveckla arbetet med nutrition för enskilda omsorgstagare.

Samverkan inom kommunala vuxenutbildningen, komvux
Samverkan i den kommunala vuxenutbildningen sker i hög utsträckning främst med de externa utbildningsanordnarna. Regelbundna samverkansmöten sker i syfte att

identifiera behov av utveckling samt kvalitetssäkra den utbildning som bedrivs. Därtill samverkar enhetens studie- och yrkesvägledare med externa parter, som exempelvis Arbetsförmedlingen, i syfte om att hitta lämpliga yrkesval för invånare. Intern samverkan sker bland annat med arbetsmarknadsverksamheter för att stötta invånare att ta stegförflyttningar närmare arbetsmarknaden.

Samverkan inom komvux sker också genom primärsamverkansavtalet som är ett gemensamt avtal mellan kommunerna Markaryd, Ljungby, Älmhult, Växjö, Alvesta, Lessebo och Uppvidinge. Genom avtalet samordnar kommunerna planering och dimensionering av yrkesutbildningar på gymnasial nivå. Syftet är att anpassa utbildningsutbudet efter vuxnas och arbetsmarknadens behov, för att öka möjligheterna till etablering i arbetslivet, förbättra kompetensförsörjningen till välfärd och näringsliv, och ge fler chanser till livslångt lärande, genom att planera hur många och vilka utbildningar som ska erbjudas regionalt.

Informationssäkerhet

För informationssäkerhet i form av utlämnande av allmänna handlingar, exempelvis i form av journalanteckningar, finns skriftliga rutiner. Likaså finns skriftliga rutiner för hantering av ärenden med skyddade personuppgifter. Under 2025 har det utretts missförhållanden enligt bestämmelserna om lex Sarah avseende röjda skyddade personuppgifter. Under året reviderades rutinen för skyddade personuppgifters och arbetet pågår med implementering i förvaltningens verksamheter. Risken för att röja personuppgifter involverades och bedömdes i riskanalysen för intern kontrollplan för 2025 men kommer även vara med för 2026 eftersom åtgärderna inte fått avsedd effekt i verksamheterna.

Förvaltningen har under året deltagit i det koncerngemensamma arbetet med att stärka IT-skyddet och säkerställa en hög nivå av informations- och cybersäkerhet. Arbetet grundas i ett gemensamt ramverk som successivt implementeras i kommunens förvaltningar och bolag. Inom ramen för detta utvecklas rutiner för informationsklassning och riskhantering samt utbildningsmaterial för att höja medarbetarnas kunskap och medvetenhet. Inom informationssäkerhetsområdet har arbetsgruppen arbetat med implementeringen av NIS2-direktivet. Under året har ett arbete genomförts för att ta fram övergripande strukturer för samtliga delområden. Förvaltningen för arbete och välfärd har formerat en arbetsgrupp som kommer att arbeta för att säkerställa att kraven i NIS2 uppfylls.

En god säkerhetskultur

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

Chefer och andra med ledningsansvar, från politisk nivå till första linjens chefer, har ett uttalat ansvar för att säkerhetsfrågor tas på allvar och hanteras. De behöver prioritera frågorna och arbetet behöver vara långsiktigt och synligt.

Kvalité och patientsäkerhet inom socialtjänsten och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra. Arbetsmiljön bidrar till medarbetares förmåga att arbeta på ett sätt som främjar kvalité och patientsäkerhet inom socialtjänsten. Det innefattar den fysiska, organisatoriska och sociala arbetsmiljön. Flera övergripande arbetsmiljöfaktorer påverkar, till exempel bemötande och beteenden eller stöd från chefer och i arbetsgruppen. Även mer arbetsnära arbetsmiljöfaktorer kan påverka, till exempel arbetsbelastning, roll- och ansvarsfördelning och återhämtning.

Verksamheten arbetar för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar i socialtjänsten inklusive hälso- och sjukvårdsinsatser i berörda verksamheter. Detta sker genom arbete och analyser av avvikelser. Rutin för avvikelsehantering ingår i årshjul och lyfts regelbundet på personalmöten.

Kvalitetsgruppen på utvecklingsenheten inom avdelning stöd och utveckling samordnar det systematiskt kvalitetsarbete med syfte med att få helhetsbild och synergieffekter för hela förvaltningen.

Adekvat kunskap och kompetens

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

Samtliga enheter på förvaltningen har återkommande personalmöten. Då träffas medarbetare på enheten tillsammans med enhetschef och i de fall det finns hälso- och sjukvårdsinsatser även sjuksköterska. I detta forum finns goda möjligheter att följa upp såväl avvikelser som riskbedömningar och arbeta med att identifierade förbättringsområden.

I förvaltningen sker ständigt kompetensutvecklingssatsningar. Under året har det varit särskilt fokus på den nya socialtjänstlagen. Vidare har även förvaltningen fortsatt arbetat med att lyfta kunskapen om individbaserad systematisk uppföljning samt hur arbetet kan implementeras i förvaltningen. Utbildningsmaterial i form av filmer har tagits fram och är publicerade i utbildningsportalen. Genom systematisk uppföljning får förvaltningen både kunskap och kompetens om effekterna av genomförda insatser och kan utifrån det planera verksamheten.

Utredningar av avvikelser och lex Sarah diskuteras mer systematiskt på enhetsmöten i syfte att sprida kunskap och bidra till ökat lärande. Under året har årshjul inom vissa verksamheter justerats till att två gånger per år ska alla verksamheter ha genomgång av avvikelserapportering, inklusive lex Sarah och lex Maria. Genomgång av totalt antal avvikelser sker på arbetsplatsträffar samt sammanställs och redovisas för hela avdelningen i samband med månadsrapporten.

Yrkeskunskap och kunskap om socialtjänst och patientsäkerhet säkerställs genom övergripande och individuella kompetensutvecklingsplaner. Utbildningsportalen används i stor utsträckning för lättillgänglig och kontinuerlig kompetensutveckling. I samband med delegering avseende HSL- insatser säkerställs medarbetares kompetens i aktuella

arbetsuppgifter genom personlig utbildning och kunskapstest. Sommaren 2025 fungerade bättre än tidigare vad gäller delegeringar då de allra flesta delegeringar kunde göras innan semesterperioden start.

På Hov Västregård, som har en stor del HSL-insatser, finns även teamträffar där boendestödjare, sjuksköterska, arbetsterapeut, enhetschef och fysioterapeut träffas. Vid teamträffar går deltagarna vid mötet igenom avvikelser, och vid behov upprättas eller revideras rutiner.

Arbetet kring nutrition är en utmaning eftersom det ser olika ut inom verksamheterna. Det finns behov av att titta på varje enhets behov då det är svårt att göra något som passar alla. Upplevelsen är att det är fler och fler i ordinärt boende som har behov av matstöd. Det finns en efterfrågan av utbildning kring ätstörningar för att generellt stärka personalens kunskaper.

Det har även varit framgångsrikt att sjuksköterskor är med på utbildningar som görs övergripande på socialpsykiatrin och gynnar också arbetet i vardagen.

Den enskilde som medskapare

En grundläggande förutsättning för god kvalitet och en säker vård i socialtjänsten är den enskildes och dennes närståendes delaktighet. Verksamheten blir säkrare om den enskilde är välinformerad, deltar aktivt i utförandet av insatser och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med den enskilde. Att den enskilde bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

De insatser som kommunens verksamheter beslutar om och beviljar exempelvis utifrån socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska följas av en genomförandeplan. Enskilda görs delaktiga genom att medverka vid utformningen av genomförandeplanen. Den enskilda, företrädare och/eller närstående, om samtycke finns, är med vid upprättandet samt revidering av den enskildes genomförandeplan. Där tas allt upp kring insatserna för den enskilda för att säkerställa en god vård och omsorg utefter den enskildas behov. Förvaltningen följer enskildas delaktighet i genomförandeplanerna årligen i form av egenkontroller.

Den enskilde har en kontaktman som verkar för den enskildes intressen och som har huvudansvaret för kontakten med närstående. Vid behov har sjuksköterskan kontakt med närstående och informerar löpande kring sådant som skett eller planeras för den enskilda.

I ärenden där flera aktörer behöver samverka erbjuds den enskilde samordnad individuell plan (SIP). I ärenden som gäller barn finns *Barnets plan* som är ett samverkansdokument inom ramen för Kronobarnsmodellen. Planen sammanställer barnets behov, vilka insatser som ska göras, ansvarsfördelning och hur uppföljning ska ske – med målet att skapa en tydlig och gemensam karta för både barnet, vårdnadshavare och professionella. Barnets bästa-plan skrivs i ”jag-form” för att tydliggöra barnet/ungdomen som subjekt samt att barnet/ungdomen är i fokus även om hen inte är i rummet.

Vidare ges enskilda, närstående och andra intressenter möjlighet till delaktighet genom att inkomma med synpunkter och klagomål på verksamheten. Dessa kan rapporteras på flera olika sätt, så som exempelvis via kommunens hemsida, via telefonsamtal till kommunens kontaktcenter eller direkt till verksamheten. Inkomna synpunkter och klagomål tas emot och hanteras av ansvarig chef, som vid önskemål också återkopplar till den klagande.

För patienten som medskapare sker regelbundet samverkan med patientföreningar genom handikapprådet och i samband med särskilda händelser. Under året har en kartläggning och analys av befintlig samverkan med brukarorganisationer genomförts i syfte att utvärdera och föreslå en struktur samt lämpliga former för samverkan. Slutsatsen från kartläggningen är en fungerande kommunövergripande struktur för samverkan finns, att stärka nämnden för arbete och välfärds deltagande i etablerade forum, istället för att etablera en egen samverkansstruktur lämnades därmed som förslag.

Omställningsarbete till nya socialtjänst-lagen

1 juli 2025 trädde nya socialtjänstlagen i kraft. Med den nya lagen ska socialtjänsten bli mer förebyggande, lätt tillgänglig, jämställd och kunskapsbaserad. Förberedelser och omställningsarbete har pågått under hela året. I början av året genomfördes självskattning genom SKR:s verktyg och Socialstyrelsens enkät om läge och behov har besvarats som en del av förberedelserna.

Förvaltningens har tagit fram målbilder för var vi ska vara 2028, vilket ger riktningen för omställningsarbetet. Målbilderna är:

- Invånaren kan nå socialtjänsten dygnet runt
- Invånaren möter en myndighetsutövning med spetskompetens
- Invånaren kan besöka socialtjänsten fysiskt i olika områden
- Invånaren känner tillit till socialtjänsten
- Vi som kommun erbjuder de insatser vi vet ger effekt
- Vi som kommun har rätt kompetens på rätt plats.

För att nå målbilderna har förvaltningen arbetet inom fyra fokusområden; *Socialtjänsten ska vara lätt tillgänglig*, *Socialtjänsten ska arbeta förebyggande*, *Socialtjänsten ska erbjuda insatser utan behovsprövning*, *Socialtjänsten ska vara kunskapsbaserad.*

Socialtjänstlagen pekar ut ytterligare tre områden som viktiga, vilka förvaltningen har jobbat med som en del av fokusområdena och som en kvalitetssäkring. De områdena är: *Socialtjänsten ska bidra aktivt i samhällsplaneringen*, *Stärkt barnrättsperspektiv och Stärkt jämställdhet*

I årsrapporten finns en mer fördjupad beskrivning av det arbete som har gjorts i omställningsarbetet till den nya socialtjänstlagen.

Agera för säkra insatser och säker vård

Öka kunskap om inträffade avvikelser samt stärka analys, lärande och utveckling

Genom identifiering, utredning samt mätning av olika typer av avvikelser ökar kunskapen om vad som drabbar enskilda när resultatet av verksamheten inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för enskilda ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

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

Avvikelsehantering är en del av verksamhetens förbättringsarbete. Avvikelsehantering innefattar olika typer av avvikelser inklusive lex Sarah och lex Maria samt klagomål och synpunkter. För att öka förvaltningens kunskap och systematiskt arbeta med kvalitetsförbättringar har alla chefer och andra funktioner som utreder avvikelser i uppdrag att gå igenom utredning och resultat med medarbetare på enheterna. För att säkerställa att alla medarbetare får kontinuerlig kompetensutveckling och information om kunskap om avvikelsehantering, inklusive lex Sarah och lex Maria, ingår detta i årshjulet för riktlinjer och rutiner. Till detta finns en Power Point, som under året har reviderats, och som kan användas när information ska ges till medarbetare.

Utifrån förvaltningens interna kontrollplan för 2025 genomfördes en granskning av inkomna avvikelse avseende år 2024. Granskningen genomfördes i början av 2025. Granskningens resultat pekar på vissa brister i hanteringen av avvikelser samt att fortlöpande utbildning i avvikelsehantering behövs. Under året har åtgärder genomförts för att komma tillrätta med bristerna, bland annat har de chefer som inte hanterat inkommen avvikelse blivit kontaktade av verksamhetsutvecklare för att hantera avvikelsen, informationsmaterial har justerats och ett arbetssätt har införts som innebär att verksamhetsutvecklare på utvecklingsenheten regelbundet går igenom inkomna avvikelserapporter på ett mer systematiskt sätt än tidigare i syfte att identifiera allvarliga händelser. Genom att regelbundet gå igenom nya avvikelserapporter minimeras därtill risken att avvikelser inte hanteras, samtidigt som stödet till chefer i avvikelsehanteringen stärks.

Avvikelser enligt SoL/LSS

En avvikelse är en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra något oönskat, det vill säga en situation som uppstod men som inte var planerad. Under året har 221 avvikelser rapporterats. Det är fler rapporterade händelser än föregående år, 2024, då 165 avvikelser rapporterades.

Anledningen till den ständiga ökningen bedöms bero på det utvecklingsarbete avseende avvikelsehantering som har gjorts både i år men även föregående år. Verksamhetssystemet som infördes för några år sedan bedöms också bidra positivt till de ökade antalet rapporterade händelser, då det är enkelt för medarbetare att rapportera händelser.

När en rapport kommit in i verksamhetssystemet finns det en tydlig process för chefer att följa för att ta emot, utreda och följa upp åtgärder. Det finns fortfarande förbättringsarbete att göra avseende utredningsarbete i avvikelsehanteringen för att processen ska fungera optimalt.

Hur årets rapporter fördelar sig inom förvaltningen framgår av tabellen nedan. Inom avdelning vuxna är alla rapporter utom en (Stödenhet 3) rapporterad på arbetsplatsnivå, vilket framgår av tabellen.

Organisation	**Antal avvikelser**
Avdelning barn och familj	68
Familjehemsenheten	3
Gemensam mottagning (social beredskap ingick här fram till 2025-30-29)	30
Stöd- och utredning barn, team 1	5
Stöd- och utredning barn, team 2	3
Stöd- och utredning ungdom, team 1	4
Stöd- och utredning ungdom, team 2	13
Ungbo	1
Öppenvård barn	2
Öppenvård ungdom	1
Barnahus	3
Familjerättsenheten	1
Rekryteringsteamet	1
Wälluden	1
Avdelning vuxna	115
A-teamet 1 och A-teamet 2 är nu samma enhet	10
A-teamet 3	4
Behandlingsenheten	1
Boendeenheten	5
Ejdervägen	3

Organisation	Antal avvikelser
Evedalsvägen 25	33
Haneforsvägen	5
Hov Västregård	5
Höstvägen	1
Novus	14
Rallarringen	4
Sjöliden IFO	1
Stöd- och utredning	18
Stödteam 2	1
Stödenhet 3	2
Tingshusvägen	2
Utredningsenhet socialpsykiatri	4
Parketten (inaktiv)	2
Avdelning arbete och lärande	10
Ekonomiskt bistånd	4
Intern service	1
Koordinator	5
Avdelning stöd och utveckling	20
Enheten för verksamhetsstöd	13
Utvecklingsenheten	7
Externa aktörer Arbete och välfärd	8

Nedan presenteras statistikvärde "Typ av händelse" som fylls i när en utredning är klar och som beskriver vilken typ av händelse som avvikelsen avser. Flerval är möjligt vilket innebär att för samma utredning går det att välja flera "Typ av händelse" till den inträffade händelsen.

Av tabellen framgår att det statistikvärde som fyllts i flest gånger är *Brister i information och kommunikation.* Därefter har *Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande* samt *Brister i dokumentation* fyllts i flest gånger. Statistiken avseende typ av händelse vid rapporterade avvikelser ger en indikation kring vilka förbättringsområden som finns inom förvaltningen systematiska kvalitetsarbete.

För respektive avdelning och enhet går det även att få fram statistik kring vilka förbättringsområden som finns för just den specifika avdelningen eller enheten, detta för att kunna göra mer riktade insatser för att öka kvalitén i det arbete som utförs.

Typ av händelse (flerval möjligt)	Antal
Brister i information och kommunikation	74
Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande	39
Brister i dokumentation	34
Ej avvikelse	24
Brister/försummelse i utförandet av insatser	11
Brister i fysisk miljö och utrustning	10
Brister i teknik	7
Fall	7
Läkemedelsavvikelse	5
Utebliven insats	4
Brister i bemötande	2

Lex Sarah

Lex Sarah är benämningen på avvikelser som medfört eller hade kunnat medföra ett missförhållande. Lex Sarah utredning syftar till att identifiera bakomliggande orsaker till det inträffade på systemnivå samt att lämna förslag på åtgärder för att förhindra att något likande inträffar igen.

Under året har 23 händelser rapporterats enligt bestämmelserna om lex Sarah. Av dessa är sju stycken vid denna sammanställning under utredning. Anledningen till att det är så hög andel utredningar som inte slutförts beror på att flera rapporter kom in under årets sista kvartal.

Av de utredningar som slutförts har två händelser anmälts till Inspektionen för vård och omsorg, då de bedömts som allvarligt missförhållande respektive påtaglig risk för allvarligt missförhållande.

Antalet rapporter är avsevärt högre än föregående år då tre rapporter rapporterades. Antalet är även högre i förhållande till antalet rapporterade händelser tidigare år (2022-2023). Det högre antalet rapporter bedöms bero dels på utbildningsinsatser, vilket har lett till en högre benägenhet att identifiera missförhållande. Det bedöms dels bero på ett ändrat arbetssätt på utvecklingsenheten där verksamhetsutvecklare systematiskt går inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter, vilket har lett till vissa avvikelser har riktats om till lex Sarah-rapport efter dialog med enhetschef. Det ändrade arbetssättet har även medfört att chefer tar stöd i högre grad för dialog om avvikelser som de upplever som mer allvarliga och som vid vissa tillfällen riktats om till lex Sarah.

Lex Sarah-utredningar har under året rapporterats inom alla avdelningar, och det är flera enheter som varit aktuella. Vad gäller typ av händelse som fylls i som statistikvärde när utredningen är slutförd så är det *Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande* och *Brister i bemötande av anställda med flera* som sticker ut. Analysen är gjord på avslutade utredningar.

Vid förra årets kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse var det en lex Sarah utredning avseende Familjerättsenheten som ännu inte var klar. Den avslutades under året med klassificering ej risk för missförhållande/ej missförhållande. Typ av händelse under statistik *Brister i information och kommunikation.*

Organisation	Lagrum	Typ av händelse (flerval möjligt)	Bedömning
Avddelning barn och familj			
Familjerättsenheten	SoL	Brister i information och kommunikation	Missförhållande
Stöd och utredning ungdom, team 2	SoL	Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande	Påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande
Gemensam mottagning	SoL	Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande	Missförhållande
Gemensam mottagning	SoL	Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande	Missförhållande
Stöd och utredning ungdom, team 1	SoL	Utredning pågår	Utredning pågår
Stöd och utredning ungdom, team 1	SoL	Utredning pågår	Utredning pågår
Stöd och utredning ungdom, team 2	SoL	Utredning pågår	Utredning pågår
Social beredskap	SoL	Utredning pågår	Utredning pågår
Stöd och utredning barn, team 1	SoL	Utredning pågår	Utredning pågår
Avdelning vuxna			
Ejdervägen	SoL	Brister i bemötande av anställda med flera. Brister i dokumentation	Missförhållande

Organisation	Lagrum	Typ av händelse (flerval möjligt)	Bedömning
Ejdervägen	SoL	Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande. Brister/försummelse i utförandet av insatser	Allvarligt missförhållande
Ejdervägen	LSS	Brister i bemötande av anställda med flera. Brister i dokumentation	Ej risk för missförhållande/ej missförhållande
Ejdervägen	LSS	Brister i bemötande av anställda med flera. Brister/försummelse i utförandet av insatser. Självmord/självmordsförsök	Påtaglig risk för ett missförhållande
A-teamet 2 (Ingår nu i A-team 1)	LSS	Brister i bemötande av anställda med flera. Brister/försummelse i utförandet av insatser	Ej risk för missförhållande/ej missförhållande
Utredningsenhet socialpsykiatri	LSS	Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande	Missförhållande
Stöd och utredning	SoL	Utredning ej klar	Utredning ej klar
Stöd och utredning	SoL	Brister i fysisk miljö och utrustning. Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande	Missförhållande
Sjöliden IFO	SoL	Brister i fysisk miljö och utrustning	Ej risk för missförhållande/ej missförhållande
Avdelning arbete och lärande			
Ekonmiskt bistånd	SoL	Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande	Missförhållande
Ekonomiskt bistånd	SoL	Brister i dokumentation. Brister i rättssäkerhet vid	Påtaglig risk för missförhållande

Organisation	Lagrum	Typ av händelse (flerval möjligt)	Bedömning
		handläggning och genomförande	
Koordinatorsenheten	SoL	Brister i bemötande av anställda med flera	Missförhållande
Koordinatorsen-heten, ekonomiskt bistånd och boende-enheten	SoL	Utredning pågår	Utredning pågår
Förvaltningsövergripande			
Utvecklingsenheten	SoL	Utredning pågår	Utredning pågår

Vårdskador

Sjuksköterska och boendestödjare har under året fortsatt att noggrant rapportera avvikelser avseende HSL-insatser, samt varit aktiva i uppföljning av desamma. Utvalda avvikelser tas sedan upp på APT.

Under året har totalt 151 vårdskador rapporterats. Motsvarande siffra 2024 var 175 vårdskador.

Hur årets rapporter fördelar sig inom förvaltningen framgår av tabellen nedan. De flesta rapporter inom avdelning vuxna är rapporterade på arbetsplatsnivå men ett fåtal är rapporterade på enhetsnivå (Stödenhet 1 och 3), vilket framgår av tabellen.

Organisation	Antal vårdskador
Avdelning barn och familj	1
Avdelning vuxna	
Boendeenheten	1
Ejdervägen	18
Evedalsvägen 25	26
Haneforsvägen	17
Hov Västregård	36
Höstvägen	3
Mobil nattorganisation	6
Rallarringen	26
Sjöliden AoV	1

Organisation	Antal vårdskador
Sommarvägen	4
Stödenhet 1	1
Stödenhet 3	1
Stödteam 2	1
Stödteam 3	1
Tingshusvägen	6
Träffpunkt centrum	1
Externa aktörer Arbete och välfärd	1

Nedan presenteras statistikvärde "Typ av händelse" som fylls i när en utredning är klar och som beskriver vilken typ av händelse som avvikelsen avser. Flerval är möjligt vilket innebär att för samma utredning går det att välja flera "Typ av händelse" till den inträffade händelsen.

Av tabellen framgår att det statistikvärde som fyllts i flest gånger när det kommer till vårdskador är *Läkemedelsavvikelse* och därefter har *Fall* fyllts i flest gånger. Statistiken avseende typ av händelse vid rapporterade avvikelser ger en indikation kring vilka förbättringsområden som finns inom förvaltningens patientsäkerhetsarbete.

För respektive avdelning och enhet går det även att få fram statistik kring vilka förbättringsområden som finns för just den specifika avdelningen eller enheten, detta för att kunna göra mer riktade insatser för att öka patientsäkerheten i det arbete som utförs.

Typ av händelse (flerval möjligt)	Antal
Läkemedelsavvikelse	69
Fall	28
Brister/Försummelse i utförandet av insatser	7
Ej avvikelse	5
Brister i information och kommunikation	4
Brister gällande medicintekniska produkter	3
Brister i fysisk miljö och utrustning	2
Nutrition	1
Brister gällande hjälpmedel	1
Brister i dokumentation	1
Brister i teknik	1

Lex Maria

Lex Maria är benämningen på avvikelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Under året har inga händelser rapporterats som en allvarlig vårdskada enligt bestämmelserna om lex Maria.

Klagomål och synpunkter

Under året har totalt 62 klagomål och synpunkter inkommit. Föregående år rapporterades 50 klagomål och synpunkter.

Hur årets klagomål och synpunkter är fördelade inom förvaltningen framgår av tabellen.

Organisation	Antal klagomål och synpunkter
Avdelning barn och familj	26
Familjehemsenheten	2
Familjerättsenheten	10
Gemensam mottagning/social beredskap	4
Stöd och utredning barn, team 1	5
Stöd och utredning ungdom, team 1	1
Stöd och utredning ungdom, team 2	1
Wälluden	1
Rekryteringsteamet	2
Avdelning vuxna	8
Boendeenheten	1
Ejdervägen	2
Evedalsvägen 25	1
Utredningsenhet socialpsykiatri	1
Stöd- och utredning	3
Avdelning arbete och lärande	24
Ekonomiskt bistånd	8
Koordinator	11
Parketten (inaktiv)	4
Medborgarkontor	1
Avdelning stöd och utveckling	2
Enheten för verksamhetsstöd	1
Utvecklingsenheten	1

Organisation	Antal klagomål och synpunkter
Externa aktörer	2

Av de klagomål som inkommit under året har 45 utredningar avslutats. Av dessa har händelsen kategoriserats på följande sätt.

Typ av händelse (flerval möjligt)	Antal
Ej avvikelse	30
Brister i bemötande av anställda med flera	9
Brister i information och kommunikation	8
Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande	2
Brister i samband med vårdplanering (intern och extern)	1
Brister/Försummelse i utförandet av insatser	1
Självmord/Självmordsförsök	1
Utebliven insats	1

Tillförlitliga och säkra system och processer

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

En del i det systematiska kvalitetsarbetet är att identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. De aktiviteter som ingår i varje process ska identifieras och aktiviteternas inbördes ordning ska bestämmas. För varje aktivitet ska de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet utarbetas och fastställas. Varje chef ansvarar för att personalen arbetar i enlighet med beslutade processer och rutiner.

För styrande dokument finns vissa aktiviteter inlagda i årshjul för att regelbundet gå igenom dokumenten på personalmöten. Syftet är att säkerställa att dokumenten är kända och följs.

Under året har projektmedarbetare anställts med uppdraget att migrera information från det gamla verksamhetssystemet VIVA till det nya verksamhetssystemet Lifecare. Avvecklingen genomförs parallellt mellan migrering samt gallring. Avvecklingen genomförs av en projektgrupp som bildas för att arbeta huvudsakligen med migrering, i nära samverkan med medarbetare på enheten för verksamhetsstöd som arbetar med gallring.

Migreringen fortsätter 2026. Organisatoriskt leds migreringsprojektet av enhetschef för verksamhetsstöd, som även är arkivansvarig på förvaltningen och därmed ansvarar för gallringen.

Under januari 2020 beslutade koncernledningen att utveckla en koncerngemensam ledningsstruktur, med syftet att ge ett tydligt och lättillgängligt stöd till medarbetarna i deras dagliga arbete. Som en del av detta arbete påbörjade förvaltningen 2023 införandet och implementering av Dokumentportalen, som samlar kommunkoncernens styrande och stödjande dokument på ett och samma ställe vilket medför att aktuella och kvalitetssäkrade dokument är lättillgängliga för alla medarbetare. När samtliga dokument finns samlade skapas bättre förutsättningar för samarbete och informationsdelning över organisatoriska gränser. Ett strukturerat arbetssätt har etablerats för att skapa, granska, fastställa och arkivera dokument. Under 2025 har arbetet fortsatt med att flytta över styrande dokument till Dokumentportalen. Verksamhetsutvecklare på utvecklingsenheten erbjuder stöd genom både gemensamma och enskilda träffar för individuell vägledning samt via en gemensam teamskanal för snabb informationsdelning och hantering av frågor som uppstår under processen. Under året har genomgångar och utbildningar i Dokumentportalen genomförts för enhetschefer, samordnare och specialister. Nya chefer, samordnare och specialister erbjuds utbildning löpande.

Verksamheterna med HSL-insatser arbetar fortlöpande med följsamheten till basala hygienrutiner, detta genom bland annat egenkontroller.

Säker verksamhet här och nu

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

Förvaltningen arbetar aktivt för att bedriva en rättssäker verksamhet för kommunens invånare. Inom förvaltningens avdelningar barn och familj samt arbete och lärande finns sedan tidigare specialister som har ett särskilt fokus på att säkerställa rättssäkra och ändamålsenliga processer i arbetet. Under året har specialister anställts även på avdelning vuxna. Specialisterna är ett stöd till både chefer och medarbetare i det dagliga arbetet.

Under 2025 har förvaltningen fortsatt arbetet med att utbilda medarbetare och öka användningen av tjänster för säker digital kommunikation, såsom säker e-post och säkra videomöten. Tjänsterna möjliggör att vi på ett juridiskt och tekniskt säkert sätt, enkelt kan skicka och ta emot meddelanden som innehåller känsliga uppgifter och uppgifter som omfattas av sekretess, både internt och externt. Genom användandet av dessa tjänster ökar vi tillgängligheten och spårbarheten i vår kommunikation, kortar ledtiderna och effektiviserar våra handläggningsprocesser. Med digitala utskick minskar förvaltningen också påverkan på miljön genom färre antal utskrifter och fysiska försändelser.

Under året påbörjades arbetet för att ta ytterligare ett steg i vår säkra digitala

kommunikation genom att förbereda för anslutning till den nationella digitala infrastrukturen för Säker digital kommunikation (SDK) som tillhandahålls och förvaltas av Myndigheten för digital förvaltning. SDK möjliggör ett tryggt, enkelt och säkert digitalt utbyte av känslig och sekretessklassad information mellan kommuner, regioner, statliga myndigheter och andra offentligt finansierade aktörer. SDK kommer på sikt ytterligare stärka både informationssäkerheten och effektiviteten i våra verksamhetsprocesser.

Under 2024 uppmärksammandes att det inom förvaltningen fanns brister kring kännedom och följsamhet till rutin för skyddade personuppgifter. Trots att rutinen reviderats under 2025 har händelser inträffat där skyddade personuppgifter röjts. Åtgärder för att implementera rutinen kommer därmed att fortsätta 2026.

Som en del i att stärka en säker verksamhet görs loggkontroller på förvaltningens medarbetare. Loggkontrollen syftar till att säkerställa att ingen obehörig läsning och hantering av sekretessbelagda uppgifter sker i systemet. Under 2024 har det i det socialadministrativa verksamhetssystemet Lifecare endast varit möjligt att genomföra loggkontroller inom modulen för individ- och familjeomsorgen (IFO). Som en åtgärd tog en arbetsgrupp därmed fram en rutin med tillhörande manual för framtagning och rapportering av loggkontroll för vård- och omsorgsmodulen (VoO) för att från och med 2025 kunna genomföra loggkontroll inom de både verksamhetsgrenarna. Arbetet har fortsatt med att hitta arbetsformer för att kvalitetssäkra loggkontrollerna. Loggning har genomförts varje månad, totalt har 78 loggunderlag tagits fram för perioden januari till och med november. Under denna period har 61 underlag redovisats, 17 underlag saknas vid sammanställningen till denna uppföljning. Samtliga redovisade underlag visar godkända resultat. Under året har rutinen för loggning reviderats och kompletterats med en manual för hur redovisning av genomförd loggkontroll sker. Då det framkommer att det fortsatt brister i rutinen, främst kopplat till att säkerställa att de loggunderlag som tas fram granskas och redovisas, har ett arbete inletts för att säkerställa arbetssätt och uppföljning av loggkontroller.

Riskhantering

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

Riskanalyser sker i verksamheterna löpande under året. Det kan bland annat handla om riskanalys inför organisationsförändring, som till exempel inför omorganisationen inom öppenvård barn och familj och uppstarten av centrum mot våld och Sociala jouren. Den chef som ansvarar för verksamheten, ansvarar även för riskanalysen.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av organisationen behöver planera för en verksamhet som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet,

även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.

Växjö kommun har en beredskapsorganisation i händelse av kris, där förvaltningen finns representerad. Det strategiska kontinuitetsplaneringsarbetet har fortgått under 2025 med en rad olika aktiviteter, inom förvaltningen men även i samarbete med andra förvaltningar och aktörer. Under året har extra fokus skett i förvaltningen gällande kontinuitetshantering för verksamheternas olika delar för att inventera var kontinuitetshanteringsplanering behöver göras.

Under hösten genomförde alla verksamheter i förvaltningen en tabletop-övning gällande IT-avbrott. Scenariot valdes ut då det är en händelse som bedöms som trolig och kritisk för de flesta verksamheter inom förvaltningen. Syftet med övningen var att uppmuntra till reflektion och dialog i verksamheten, gällande beredskap och kriser.

Gemensamma kontinuitetsplaner samt förvaltningsövergripande åtgärdsplaner har arbetats fram vid störning i verksamheter såsom avbrott i fastighet, IT-avbrott och störningar i telefoni, för att säkerställa att samhällsviktig verksamhet fungerar vid störningar.

Egenkontroll

Egenkontroll	Bedömning	Frågor i checklista
Vårdhygienrond **Konsoliderade enheter** Vuxna • Stödenhet 2 • Stödenhet 3 • Stödenhet 4 • Stödenhet 5 • Stödenhet 6 • Stödenhet 7 • Stödenhet 1 • Barn och familj • LSS-barn (korttidsboende)	 Delvis uppfyllt **1 st** (13%) Uppfyllt **7 st** (88%)	Används riktlinjerna om Basala hygienrutiner inom kommunal vård och omsorg?
		Finns det möjlighet för personalen att utföra handdesinfektion hos samtliga omsorgstagare?
		Har personalen kortklippta naglar, inga lösnaglar och bär inte klocka, armband eller ring?
		Används skyddshandskar enligt riktlinjer vid risk för kontakt med kroppsvätskor t.ex. nedre toalett, byte av blöjor, byte av urinuppsamlingspåse, omläggning av sår?
		Används engångsplastförkläde/skyddsrock för att skydda arbetskläderna från nedsmutsning och väta t ex hjälp med personlig hygien, byte av inkontinensskydd, omläggning av sår?
		Om plastförkläde används, kasseras det efter varje tillfälle?
		Är arbetsklädseln kortärmad och går att tvätta i minst 60 grader?
		Används alltid köksförkläde vid hantering av livsmedel?

Egenkontroll	Bedömning	Frågor i checklista
		Om ja, sker årlig funktionskontroll?
		Får personalen kontinuerligt utbildning/information i vårdhygienska frågor?
		Ingår vårdhygien i introduktionsprogrammet för nyanställda?
		Har all personal besvarat frågor om tuberkulos på blankett Hälsodeklaration och MRB på blankett Multiresistenta bakterier - kontroll vid nyanställning?
		Har enheten en rutin för hantering av arbetskläder?
Granskning av genomförandeplaner **Konsoliderade enheter** Arbete och lärande • Parketten • Koordinator • Barn och familj • Ungbo • LSS-barn (korttidsboende) • Öppenvård barn • Öppenvård ungdom • Vuxna • Stödenhet 2 • Stödenhet 3 • Stödenhet 4 • Stödenhet 5 • Stödenhet 6 • Stödenhet 7 • Skadligt bruk och beroende • Stödenhet 1	 Delvis uppfyllt **3 st** (21%) Uppfyllt **11 st** (79%)	Har genomförandeplan upprättats?
		Har den enskilde varit delaktig i arbetet med upprättandet av genomförandeplanen?
		Framgår av genomförandeplanen vilket eller vilka mål som gäller för insatsen?
		Framgår av genomförandeplanen hur insatsen ska genomföras?
		Framgår av genomförandeplanen när och hur uppföljning ska göras?
		Har genomförandeplanen följts upp inom den tid som antingen anges i planen eller gäller för respektive verksamhetsområde?
Granskning av beslut **Konsoliderade enheter** • Arbete och lärande	 Delvis uppfyllt **2 st** (18%) Uppfyllt **9 st** (82%)	Framgår det hur den enskilde själv upplever sina behov, alternativt skälet till att den enskilde inte uttryckt hur han eller hon uppfattar sina behov?
		Finns en bedömning av den enskildes förmåga att själv tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt?

Egenkontroll	Bedömning	Frågor i checklista
• Ekonomiskt bistånd • Vuxna • Utredningsenheten socialpsykatrin • Boendeenheten • Stöd och utredning 1 IFO • Barn och familj • Gemensam mottagning • Familjehemsenheten • Stöd- och utredning barn team 1 • Stöd-och utredning barn team 2 • Stöd- och utredning ungdom team 1 • Stöd- och utredning ungdom team 2 • Centrum mot våld		Finns tydliga, mätbara mål för den insats som föreslås?
		Framgår det om, och i så fall på vilket sätt, som beslutsunderlaget kommunicerats med den enskilde?
		Har beslutsfattaren beslutanderätt enligt delegation?
		Framgår det tydligt vad den enskilde begärt och vilka insatser som beviljats respektive avslagits (helt eller delvis)?
		Framgår det av beslutet när och hur uppföljning ska göras?
		Har en bedömning av barnets bästa genomförts (barnkonsekvensanalys)?
		Förs ett resonemang i bedömningen om vilka av barnets rättigheter som kan påverkas av beslutet?
		Förs ett resonemang i bedömningen om vilka positiva konsekvenser beslutet kan få för barnet?
		Förs ett resonemang i bedömningen om vilka negativa konsekvenser beslutet kan få för barnet?
		Framgår det tydligt vad den enskilde har ansökt om?
		Framgår det tydligt vad som har beviljats eller avslagits?
		Finns det en bedömning av den enskildes förmåga att själv tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt?
		Framgår det om och i så fall på vilket sätt som beslutet har kommunicerats med den enskilde?
		Har det gjorts en barnkonsekvensanalys?
		Framgår det tydligt i beslutsunderlaget hur ärendet har initierats?
		Framgår det tydligt i beslutsunderlaget vad som har beviljats eller avslagits?
		Framgår det i beslutsunderlaget hur den enskilde själv upplever sina behov, alternativt skälet till att den enskilde inte uttryckt hur den enskilde uppfattar sina behov?

Egenkontroll	Bedömning	Frågor i checklista
		Framgår mål för insatsen/insatserna i beslutsunderlaget?
		Framgår någonstans i dokumentationen om, och i så fall på vilket sätt, som beslutsunderlaget har kommunicerats med den enskilde?
		Framgår det någonstans i dokumentationen när och hur uppföljning ska ske?
		Har det gjorts en barnets bästa bedömning?
		Framgår det tydligt i utredningen hur ärendet har initierats samt vad det enskilde har ansökt om?
		Framgår det tydligt i utredningen vad som har beviljats eller avslagits?
		Framgår det i utredningen hur den enskilde själv upplever sina behov, alternativt skälet till att den enskilde inte uttryckt hur den enskilde uppfattar sina behov?
		Finns det i utredningen en bedömning av den enskildes förmåga att själv tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt?
		Framgår mål för insatsen/insatserna i utredningen?
		Framgår någonstans i dokumentationen om, och i så fall på vilket sätt, som utredningen har kommunicerats med den enskilde?

Genomförande

Egenkontroll innebär systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Sedan implementeringen skedde av modulen för kvalitetsarbete i Stratsys finns en rutin för framtagande av egenkontroller, som innebär att Kvalitetsgruppen på utvecklingsenheten ger förslag på egenkontroller att lägga in och genomföra enligt strukturen i Stratsys. Ledningsgruppen fattar beslut om egenkontrollerna.

Under 2025 har tre övergripande egenkontroller genomförts: vårdhygienrond, granskning av genomförandeplaner och granskning av beslut. Egenkontrollerna har fördelats till de enheter som är berörda av gällande bestämmelser för respektive kontroll. Egenkontrollen avseende granskning av beslut reviderades 2024 genom att underlaget anpassades till verksamheten som ska genomföra egenkontrollen. Det innebär att det är olika frågor som besvaras av enheterna.

Egenkontrollerna har genomförts i form av checklistor. För kontrollerna om

genomförandeplaner och beslut har varje fråga i checklistan besvarats utifrån 10 slumpmässigt utvalda ärenden med svarsalternativen *Ja*, *Nej* och *Ej relevant*. Respektive svarsalternativ har tilldelats ett numeriskt värde och resultatet på egenkontrollen som helhet har bedömts utifrån en framtagen poängskala. Den sammanlagda poängen har genererat ett resultat som *Ej uppfyllt*, *Delvis uppfyllt* eller *Uppfyllt*. Det motsvarar en måluppfyllelse i procent *Ej uppfyllt* (rött) <50 *Delvis uppfyllt* (gult) <90 *Uppfyllt* (grönt). Inför årets egenkontroller förtydligades hjälptexten kring bedömningen av måluppfyllelse för att få ett mer enhetligt resultat.

Enhetscheferna har fått stöd i genomförandet av egenkontrollerna genom en skriftlig lathund och manual, samt genom kontakt med någon i arbetsgruppen för kvalitetsarbetet.

Analys
Tabellen ovan visar resultatet av samtliga egenkontroller i Stratsys. I två kontroller har resultatet bedömts som *Uppfyllt* och i ett fall som *Delvis uppfyllt*. Under rubrikerna nedan analyseras respektive resultat.

Vårdhygienrond
Enligt HSL bär vårdgivaren ansvaret för att vård bedrivs med en god hygienisk standard. Syftet med egenkontrollen är att upptäcka eventuella hygienbrister som behöver åtgärdas.

Av åtta enheter uppvisar en enhet (LSS barn, avdelning barn och familj) att bestämmelserna om vårdhygien är delvis uppfyllda och resterande enheter (stödenheter, avdelning vuxna) att vårdhygienen är uppfylld.

Det sammantagna resultatet är likvärdigt med föregående år.

Granskning av genomförandeplaner
Syftet med egenkontrollen är att få en överblick av verksamheternas arbete med genomförandeplaner och att granska genomförandeplaner utifrån bestämmelserna i SOSFS 2014:5, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

Totalt 14 enheter har genomfört granskning av genomförandeplaner. Av dessa uppfyller 11 enheter kraven på genomförandeplaner och för 3 uppfylls kraven delvis.

I fritextsvar från enheternas egna analyser av utfallet redovisas en ökad delaktighet i genomförandeplaner. Det redovisas även att det är tydligt *när* en genomförandeplan ska följas upp men att det saknas beskrivning av *hur* en genomförandeplan ska följas upp.

Granskning av beslut
Syftet med egenkontrollen är att kvalitetsgranska myndighetsbeslut utifrån rättssäkerhet och delegationsordning. Utgångspunkten för frågorna i checklistan är från SOSFS 2014:5, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

Totalt 11 enheter har genomfört granskning av beslut. Av dessa uppfyller 9 enheter kraven och för 2 uppfylls kraven delvis.

I fritextsvar från enheternas egna analyser av utfallet redovisas ett bra resultat där majoriteten av utredningarna uppfyller kriterierna för egenkontrollerna. Några identifierade utvecklingsområden som redovisas är kommunicering av beslutsunderlag samt barnrättsperspektivet och barns delaktighet

Vidare påvisar analysen att egenkontroller behöver utvecklas på enhetsnivå, vilket är ett av de prioriterade kvalitetsmålen för 2026.

Andra uppföljningar
Brukarundersökningar, systematisk uppföljning och individbaserad systematisk uppföljning är andra former av egenkontroll. Under året har förvaltningen fortsatt arbeta med att formalisera arbetet med individbaserad systematisk uppföljning och hur detta ska utvecklas. Flera verksamheter inom förvaltningen har sedan tidigare genomfört systematiska individbaserade uppföljningar (ISU) och under året har flera verksamheter startat upp ISU i syfte att bli en mer kunskapsbaserad socialtjänst i enlighet med nya socialtjänstlagen.

Socialstyrelsens undersökning Öppna jämförelser är en typ av egenkontroll. Öppna jämförelse innehåller indikationer och nyckeltal gällande kvalité inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården och kan användas för att analysera, följa upp och utveckla verksamheten på olika nivåer. Enkäten besvaras årligen.

Tillsyn

Under året har tillsyn skett i följande verksamheter:

- Arbetsmiljöverkets tillsyn gällande hot och våld inom myndighetsutövning,
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO) tillsynsärende gällande Ungbo stödboende,
- Skolinspektionen riktad tillsyn av yrkesförarutbildning för tung lastbil och släp inom kommunal vuxenutbildning på gymnasial nivå,
- IVO tillsyn av rättssäkerheten i kommunernas myndighetsutövning för barn och unga,
- IVO tillsyn av rapportering av gynnade beslut som ej verkställts inom tre månader samt rapportering av beslut som inte åter har verkställts efter ett avbrott i verkställighet.

Kvalitet inom vuxenutbildning

Avvikelser och klagomål

Enligt skollagen ska huvudmannen ta emot och utreda klagomål mot utbildningen. Vidare ska huvudmannen ha skriftliga rutiner för klagomålshantering och aktivt verka för att de är kända. Att lyssna till elevernas upplevelser av den kommunala vuxenutbildningen är en viktig del i att involvera eleverna i det systematiska kvalitetsarbetet. Komvux har enkla vägar för elever att inkomma med klagomål och synpunkter, det kan ske via mejl, telefon, e-tjänst eller via samtal med medarbetare vid komvux. För att förenkla dokumentationen upphandlades under 2025 ett verksamhetssystem för att hantera och utreda avvikelser och klagomål, detta kommer att börja användas i början av 2026.

Skolverkets rekommendationer för klagomålshantering kan delas in i tre steg; ta emot, utreda och åtgärda samt följa upp klagomål. Komvux följer dessa rekommendationer i sina rutiner för klagomålshantering. Klagomål som inkommer till utbildningsanordnare ska enligt rutin kommuniceras med huvudmannen. Komvux (huvudman) genomför verksamhetsbesök och kvalitetsdialog med samtliga utbildningsanordnare minst en gång om året.

Det finns inga nationella krav på skolväsendet att hantera avvikelser, däremot har förvaltningen arbete och välfärd valt att låta alla verksamheter i förvaltningen arbeta med avvikelser i likhet med vad som föreskrivs i SOSFS 2011:9. Därför arbetar komvux även med avvikelser inom ramen för sitt systematiska kvalitetsarbete. Arbetsgången för avvikelsehantering syftar, på samma vis som hantering av klagomål, att systematiskt förbättra verksamheten och stärka kvalité och sker genom rapportering, utredning, dokumentation, uppföljning och analys enligt samma rutin som för klagomål.

Nedan redovisas en sammanställning av samtliga inkomna klagomål och rapporterade avvikelser under verksamhetsåret 2025. Observera att en och samma elev kan delta i mer än en kurs och blir för varje kurs en ny kursdeltagare.

Enhet/ utbildningsanordnare	Antal klagomål/synpunkter	Antal avvikelser	Antal kursdeltagare
Komvux - huvudmanna-organisationen	7	15	12 559
Arena utbildning	1	1	69
Everystep	0	1	105
Folkuniversitetet	2	0	1 038
Hermods	6	11	4 544
Iris Hadar	0	1	95
MedLearn	0	0	647

Enhet/ utbildnings-anordnare	Antal klago-mål/synpunkter	Antal avvikelser	Antal kursdeltagare
Merit	1		135
Montico	5	10	3 248
Nercia	0	0	7
NTI-skolan	2	2	1 248
Växjö Fria vuxenut-bildning	0	4	1 325
Växjö Fria Fordon	0	1	97
Totalt	24	46	

Av de totalt 70 inkomna klagomål, synpunkter och avvikelser är den allra vanligaste typen av händelse avsteg från rutin och riktlinjer vid komvux.

I enlighet med Skolverkets rekommendationer sker en löpande analys av klagomål och avvikelser som en del av verksamhetens systematiska kvalitetsarbete. Detta sker veckovis för att främja det organisatoriska lärandet, utveckla verksamheten och stärka kvalitet.

Det finns inga tydliga mönster i de rapporterade avvikelserna och klagomålen under perioden då de avser många olika typer av händelser. Den vanligaste typen av händelse som rapporterats som avvikelse under 2025 är avsteg från riktlinjer eller rutin, 46 av de totalt 70 rapporterade avvikelserna avser denna kategori. Kategorin avser efterlevnad av verksamhetens interna och för utbildningsanordnaren gällande arbetsrutiner eller riktlinjer och omfattas av bland annat administrativa fel i antagning eller mottagning av elev, fördröjning i att eleven påbörjar utbildning, felaktig arkivering av nationella prov eller försenad betygsättning. De två vanligaste typerna av klagomål är klagomål på bemötande samt klagomål på undervisning vilka utgör totalt 12 av de inkomna klagomålen.

Anmälan om kränkande behandling

Enligt skollagen har huvudmannen skyldighet att motverka och förebygga kränkande behandling. Vidare är rektorn vid utbildningsanordnaren skyldig att uppmärksamma kränkande behandling till huvudmannen.

Skollagen anger att huvudmannen är skyldig att skyndsamt utreda omständigheterna kring de uppgivna kränkningarna och i förekommande fall vidta de åtgärder som skäligen kan krävas för att förhindra kränkande behandling i framtiden. Under 2025 har det inkommit sex anmälningar om kränkande behandling varav tre hos en utbildningsanordnare.

Förbättringsarbete

I enlighet med Skolverkets rekommendationer sker en löpande analys av klagomål (och

avvikelser) som en del av Komvux förbättringsarbete.

Metoden går ut på att efter rapporterad händelse åtgärdats, följa upp och återkoppla arbetet och bidra till fortsatt utveckling framåt.

Mål och strategier för kommande år

För året 2026 fortsätter förvaltningen att arbeta med vissa mål från 2025, då dessa processer bedöms bidra till ett långsiktigt arbete inom målområdet. Inom kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet definieras mål som genomförs på enhetsnivå.

Systematiskt kvalitetsarbete
Prioriterade utvecklingsområden för nämnden för arbete och välfärd 2026 är:

Utveckla det systematiska arbetet kring riskanalyser och egenkontroller på enhetsnivå

Utveckla uppföljningsmodell för internrevision av boende i egen regi

Säkerhetsställa arbetssätt för att implementera nya och reviderade förvaltningsövergripande rutiner, vilket exempelvis kan ske genom framtagande av APT-kit

Utveckla det systematiska kvalitetsarbetet genom att genomföra förbättringar och implementera förändringar i kvalitetsmodulen i stödsystemet Stratsys, i samverkan med omsorgsförvaltningen

Patientsäkerhetsplan
Nämnden för arbete och välfärds mål och tillhörande strategier i patientsäkerhetsplanen för 2026 är:

Mål 1: Samverkan

Strategier inom målområdet är följande.

1. Fortsatt arbete med att upprätthålla god samverkan mellan sjuksköterskor, organisatoriskt tillhörande omsorgsförvaltningen, chefer och medarbetare inom förvaltningen arbete och välfärd. Arbetet sker i mötesforum mellan verksamhetschef enligt HSL/avdelningschef, enhetschefer och MAS.
2. Det finns idag ett gemensamt lager tillsammans med Omsorgsförvaltningen för läkemedelsrobotar. Förvaltningen ska slutföra arbetet kring rutinen avseende hantering av läkemedelsrobotar och implementera densamma.
3. Fortsatt upprätthålla att information ges två gånger per år till medarbetare på arbete och välfärd i hälso- och sjukvårdsdokumentation och rutin för kontakt med sjuksköterska vid förändringar i hälsotillståndet samt ISBAR.

Målet följs upp och utvärderas genom:

- Rapporterade avvikelser, vid fördjupad redovisning per april, delår, oktober och helår
- Journalgranskning

Mål 2: Förbättrat arbete med nutrition

Strategier inom målområdet är följande.

1. Fortsätta utveckla samverkan med måltidsorganisationen i syfte att måltiderna för brukare inom socialpsykiatrin anpassas efter deras behov.

2. Vid behov, fortsätta bjuda in dietist till enhetsmöten.
3. Arbeta för att socialpsykiatrin deltar i omsorgsförvaltningens kvalitetsråd gällande nutrition

Målet följs upp och utvärderas genom:

- Genomförda aktiviteter.

Mål 3: Fortsatt fokus på avvikelserapportering och analys av avvikelser

Strategier inom målområdet är följande:

1. Genomgång av avvikelserapportering, inklusive lex Sarah och lex Maria, två gånger per år inom alla berörda enheter enligt årshjul.
2. Genomgång av totalt antal avvikelser på personalmöten för berörda enheter vid fördjupad redovisning per april, delår, oktober och helår.
3. Sammanställ och redovisa vårdskador för hela socialpsykiatrin i avdelningens samtliga månadsrapporter för att identifiera förbättringsområde.

Målet följs upp och utvärderas genom:

- Protokoll från enheternas arbetsplatsträffar
- Månadsrapporter på enhets- och avdelningsnivå

Vuxenutbildning
Under 2026 fortsätter arbetet inom vuxenutbildningen med de förbättringsområden som har identifierats. Prioriterade utvecklingsområden för 2026 redovisas i kvalitetsrapport för vuxenutbildning, vilken redovisas i separat ärende under året