



Grästorps kommun

---

# Kvalité- och patientsäkerhetsberättelse 2025

Beslutsinstans: Kommunstyrelsen

Fastställt: 2026-03-18, §63

Diarienummer: KS2026/112



## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Kvalitet.....	3
Patientsäkerhet .....	3
Syfte med kvalitét- och patientsäkerhetsberättelsen .....	3
Sammanfattning.....	4
Grundläggande förutsättningar för kvalitét- och patientsäkerhetsarbetet .....	5
Struktur för uppföljning och utvärdering.....	6
Struktur för riskanalys.....	7
Struktur för informationssäkerhet.....	7
Rapporteringsskyldighet.....	8
Hantering av klagomål .....	9
Klagomål och synpunkter .....	9
Samverkan med brukare/patienter och närstående .....	9
Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet .....	10
Samverkan för att erbjuda god vård och omsorg med kvalitet .....	13
Adekvat kunskap och kompetens .....	14
Agera för säker vård och omsorg (resultat och analys).....	16
Uppföljning av genomförda egenkontroller .....	18
Uppföljning av åtgärder.....	31
Uppföljning av avvikelser under året.....	33
Organisationens kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling .....	35
Övergripande mål för kommande år.....	38



## Inledning

### Kvalitet

I Socialtjänstlagen 2025:400 (SoL) 5 kap. 1-3 §§ framgår att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. För utförande av socialnämndens uppgifter ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvalitet i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) § 6 innehåller motsvarande bestämmelse. Även hälso- och sjukvårdslagen (HSL) lyfter fram kraven på god vård och god kvalitet (HSL 2 a §). Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 menas med kvalitet att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Utifrån ovanstående lagstiftning och föreskrifter ska verksamheten systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Arbetet med detta ska dokumenteras.

### Patientsäkerhet

Enligt 3 kap Patientsäkerhetslagen (2010:659) har vårdgivaren skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Detta innebär att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen upprätthålls. Enligt 3 kap. 10 § samma lag ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts. Berättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

### Syfte med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen

Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen är att ge en samlad bild av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i verksamheten under året som gått. Detta blir också ett underlag till planeringen av fortsatt systematiskt kvalitetsarbete under kommande år. Vårdgivaren (enligt HSL) eller den som bedriver socialtjänst bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå hur det systematiska arbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet samt vilka resultat som har uppnåtts.

Första delen av rapporten beskriver hur social verksamhet i Grästorps kommun arbetar med sitt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Från och med rubrik 8, *Agera för säker vård och omsorg*, sammanställs och analyseras kommunens arbete under föregående år.



## Sammanfattning

I Grästorps kommun finns två särskilda boenden. Vistegården med 48 platser och Hallers väg 20 med 12 platser. Det finns en korttidsavdelning, Passagen, med 10 platser fördelade på korttidsvistelse, palliativ vård och växelvård. Hemtjänsten har ca 200 brukare med beviljade insatser inklusive trygghetslarm och mat distribution varav ca 100 har vård och omsorgsinsatser. I hemsjukvården (kommunal hälso- och sjukvård) finns ca 150 patienter inskrivna i eget boende, LSS, psykiatri och palliativ vård. Dagverksamhet med inriktning rehab har öppet fyra dagar per vecka och dagverksamhet demens är fortsatt pausad utifrån att det inte föreligger ett behov i dagsläget. Totalt finns ca 30 personer med insats dagverksamhet. Seniorcenter är en öppen träffpunkt som främst riktar sig till de över 65 som ej har några biståndsbedömda insatser. Kommunen har varit assistansanordnare åt 8 brukare under 2025 och det finns omkring 20 brukare med bostad med särskild service. Närmare 30 brukare har insatsen daglig verksamhet inom LSS.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Socialt ansvarig samordnare träffar enhetschefer inom ÄO - månadsvis och LSS - vid behov, för stöd och uppföljning kring avvikelser, rutiner etc.

Social verksamhet har en kompetensutvecklingsplan som gäller för åren 2025 till 2027. Kompetensutvecklingsplanen innehåller riktade utbildningar för specialområden inom respektive enhet, exempelvis inom demens, funktionsvariationer och hälso- och sjukvård samt underhållsutbildningar t.ex. brand, HLR, hot och våld, som måste genomföras kontinuerligt. Utöver denna plan har verksamheten sedan några år applikationen Visible Care i arbetstelefonerna. Applikationen används för filmade lärsituationer kring omsorg och vård- och behandling. Filmerna används i introduktion och är tillgängligt efteråt för alla medledare som vill ta reda på hur ett visst moment ska utföras. Utbudet av filmer följs upp och utvecklas i samverkan med leverantör.

Inga utredningar har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Sarah och vårdskada (lex Maria).

Synpunkter och klagomål utreds och hanteras enligt gällande rutiner. Det har inkommit synpunkter till Social Verksamhet via kommunens hemsida som besvarats enligt rutin. Ytterligare synpunkter/klagomål har inkommit via en nystartad e-tjänst. Dessa har utretts direkt av Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Socialt ansvarig samordnare.

En engagerad ledning och tydlig styrning är viktigt för att säkerställa en säker och god vård och omsorg. En trygg ledningsgrupp är en viktig framgångsfaktor för en god säkerhetskultur. Social verksamhet har en ledningsgrupp där ett strukturerat arbetssätt har varit i fokus för viktiga områden för att klara omställningen i välfärden.

Sammantaget gör medicinskt ansvarig sjuksköterska och socialt ansvarig samordnare bedömningen att social verksamhet i Grästorps kommun bedriver en god och säker vård och omsorg med hög kvalitet för enskilda brukare och patienter.



## Grundläggande förutsättningar för kvalitét- och patientsäkerhetsarbetet

### Övergripande mål och strategier för Social verksamhet

Grästorps kommun jobbar enligt en styr- och ledningsmodell. Modellen bygger på de sju principerna för tillitsbaserad styrning där de tre övergripande områdena är; styrning, kultur & ledarskap samt organisering.

Den tillitsbaserade styr- och ledningsmodellen bygger på dialog, mer delegering och mindre detaljstyrning. Detta i sig ger förutsättningar för medledarskap, växande och kunskapsutveckling. Den politiska styrningen har större fokus på styrning genom prioriterade områden och uppföljningar genom dialoger, än i traditionella modeller. I en tillitsbaserad styr- och ledningsmodell är kommunikation och dialog mellan förtroendevalda och tjänstepersoner en röd tråd. Dialogen i sig är en förutsättning för tillit, engagemang och delaktighet i hela verksamheten.

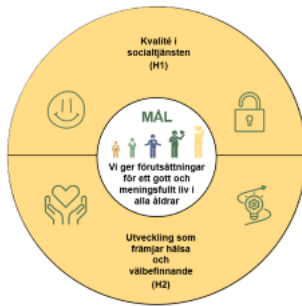
Det kommunala uppdraget delas in i tre olika perspektiv; *Sambällsutveckling*, *Välfärdsutveckling* och *Attraktiv arbetsplats*. Det finns två fokusområden i varje perspektiv. Varje fokusområde innehåller ett antal mål. Inom perspektivet *Välfärdsutveckling* har Social verksamhet ansvar för följande mål under fokusområdet *Värdeskapande och välkomnande*.



Vi ger förutsättningar för ett gott och meningsfullt liv i alla åldrar

Social verksamhet har delat upp målet in i två områden med mått som följs upp i dialog mellan verksamhet och politik under året. Nedan anges aktuella områden och mått:

- Kvalité i socialtjänsten
  - Kunder/deltagare upplever en hög nöjdhet
  - God och nära vård och omsorg
- Utveckling som främjar hälsa och välbefinnande
  - Välfärden utvecklas genom effektiva och innovativa arbetsätt
  - Det förebyggande arbetet bidrar till ökad hälsa och välbefinnande



Utifrån målet har enheterna tagit fram förslag på flera olika aktiviteter för att målet ska nås.

## Struktur för uppföljning och utvärdering

I enlighet med krav i Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 ska kommunen säkerställa kvaliteten och säkerheten i verksamheten genom ett systematiskt och fortlöpande kvalitetsarbete. Kraven i föreskriften gäller all vår verksamhet reglerad i bl.a. Socialtjänstlag, Lagen om stöd och service, Patientsäkerhetslagen samt Hälso- och sjukvårdslag m.fl. Den gäller alla våra insatser till funktionsnedsatta, äldre individer samt individer och familjer i behov av socialt stöd i deras livsföring.

Styrmodellen och kvalitetsledningssystemet finns i IT-verktyget Stratsys. Styrmodellen är tydligt kopplat till de politiskt uppsatta målen. I kvalitetsledningssystemet finns en struktur som bygger på processer, riskbedömningar och en egenkontrollplan. Kvalitetsledningssystemet har fokus på ansvar, roller och delaktighet och syftet är att alla ska vara delaktiga i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet runt vårdtagare.

Systemet ska underlätta insamling av data till den årliga kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen och att den ska vara ett verktyg för kommunstyrelsen inför kommande års beslut av mål för hälso- och sjukvård och sociala insatser.



Vårt kvalitetsledningssystem ska bidra till ökad effektivitet, säkerhet och kvalitet genom:

- tydlig kvalitetsstyrning och systematisk egenkontroll av processer och följsamhet mot nationella riktlinjer, författningar, lagar och kommunala riktlinjer.
- kvalitetssäkrade processer och flöden i verksamheten vilket underlättar för medarbetarna att bedriva ett likvärdigt och kvalitetssäkrat arbete gentemot brukare/kund.
- tydlig ansvarsfördelning där det framgår vem som ansvarar och leder förbättringsarbetet i verksamheten, definiera roller och funktioner viktiga för kvalitetsarbete.
- definiera och kvalitetssäkra verksamhetens samverkan med andra verksamheter såväl intern som externt med andra myndigheter/organisationer.
- delaktighet för såväl medarbetare som kunder i det löpande och systematiska



förbättringsarbetet på enheten genom lokalt förankrat kvalitetsarbete där det löpande identifieras risker, kvalitetsbrister, klagomål och synpunkter/förslag som åtgärdas och utvecklas.

- dokumenterat förbättringsarbete som ska skapa ett lokalt erfarenhetsutbyte men också bidra till att vår organisation blir en lärande organisation där förbättringsarbeten sprids inom enheter/verksamheter/organisationen

## Struktur för riskanalys

Genom egenkontroll och analys av avvikelser görs fortlöpande bedömningar om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten. Ansvariga för detta är Verksamhetschef HSL, Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Socialt ansvarig samordnare och enhetschef.

Handboken för patientsäkerhetsarbete "Riskanalys och Händelseanalys" utgiven av Socialstyrelsen används av Medicinskt ansvarig sjuksköterska som arbetsmetod. Handboken innehåller verktyg och vägledning för hur analysarbetet bör organiseras och genomföras.

Handböckerna i grundläggande patientsäkerhetsarbete "Säkrare vård och omsorg" och "Modell för risk- och händelseanalys" för individ och familjeomsorg utgiven av Sveriges Kommuner och Landsting används av enhetschef. Handboken ger en bild av riskerna i vården och omsorgen liksom de grundläggande metoderna och arbetssätten för att minska vårdskador. Handboken förespråkar genomgående förebyggande arbetssätt.

Inrapporterade avvikelser registreras och analyseras i verksamhetssystemet för dokumentation. Erfarenheterna återförs sedan till verksamheterna. Vid allvarigare händelser görs risk- och händelseanalyser. Patienter och anhöriga görs delaktiga i det arbetet.

Vid större organisationsförändringar görs riskanalys ur ett arbetsmiljöperspektiv och ett patient/brukarperspektiv enligt rutin.

## Struktur för informationssäkerhet

Grästorps kommun har en gemensam informationssäkerhetssamordnare med kommunerna Essunga och Vara. Kommunfullmäktige har antagit en policy kring informationssäkerhet i Grästorps kommun och en riktlinje för informationssäkerhet för medledare och förtroendevalda. Fortfarande återstår att skapa en gemensam struktur för informationssäkerhet i kommunen samt implementering.

Social verksamhet har kartlagt register/mappar och system som hanterar personuppgifter och registrerat dessa enligt rutiner GDPR, i systemet Draftit.

Loggningar i verksamhetssystemet för dokumentation sker enligt upprättad rutin. Ett urval av brukare i alla verksamheter loggas enligt ett schema, resultat redovisas i egenkontroller. Utifrån en händelse 2025 kommer personal loggas enligt tillägg i rutinen from 2026.

Hälso- och sjukvårdsenheten använder ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) är en struktur som är terminologi för ett ändamålsenligt vård- och omsorgsdokumentation. Man använder sig av KVA (Klassifikation av vårdåtgärder) för att lämna statistik till Socialstyrelsen. En process för kollegial granskning finns. Syftet är att strukturera granska journaler och att ta fram relevant utbildningsmaterial för all legitimerad personal.

Individens behov i centrum, IBIC, som bygger på ICF är ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt används vid utredning av samtliga insatser enligt SoL och LSS, dock inte personlig



assistans. Under året har en granskning av genomförandeplaner genomförts av SAS/Kvalitetschef.

## Rapporteringskyldighet

### Avvikelser

Vård och omsorgspersonal är enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. All personalen ska till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Det samma gäller rapportering av missförhållanden (SOSFS 2011:5) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah.

Syftet med att rapportera inträffade avvikelser är att dra lärdom av vårdskadan/missförhållandet eller den negativa händelsen och att med riskförebyggande insatser förhindra att samma typ av avvikelse inträffar igen. Avvikelse rapporterna berör också SoL/LSS inte enbart HSL.

All personal rapporterar avvikelser enligt rutin.

### Rutin för avvikelserapportering

Den som upptäcker en avvikelse ska omedelbart rapportera till tjänstgörande sjuksköterska eller annan legitimerad personal eller enhetschef som utan dröjsmål ska bedöma vilka åtgärder som ska vidtas, samt dokumentera dessa i patientens journal.

Den som upptäcker avvikelsen skriver avvikelserapport antingen som annan avvikelse SoL/LSS, lex Sarah eller vårdskada. Det finns utsedd mottagare av alla rapporter. Idag är det funktionerna medicinskt ansvarig sjuksköterska och/eller socialt ansvarig samordnare. Därefter bedöms behov av utredning och i förekommande fall utredare som är legitimerad personal eller ansvarig enhetschef för de avvikelser som inte bedöms aktuella för utredning enligt föreskrifter om vårdskada eller lex Sarah SoL/LSS.

Tjänstgörande sjuksköterska, annan legitimerad personal eller enhetschef noterar i avvikelsemodulen i Lifecare sin bedömning/utredning, och åtgärd.

Enhetschef ansvarar för att medicinskt ansvarig sjuksköterska och/eller socialt ansvarig samordnare, utan dröjsmål kontaktas vid allvarliga avvikelser. Medicinskt ansvarig sjuksköterska och/eller socialt ansvarig samordnare gör bedömning om utredning och anmälan enligt föreskrift om vårdskada (lex Maria)/lex Sarah ska göras.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och socialt ansvarig samordnare har rutin för att fortlöpande analysera och åtgärda brister i verksamheten, samt årligen göra en sammanställning av föregående års avvikelser. Sammanställningen innehåller statistik, vidtagna åtgärder utifrån analys av avvikelser under perioden samt planering av det fortsatta patientsäkerhetsarbetet på enheten.

Verksamheten rapporterar avvikelser i hög grad och drar nytta samt tar lärdom av misstag för att förhindra misstag. Verksamheten behöver bli bättre på att involvera patienter och närstående i förbättringsarbete.



## Hantering av klagomål

### Klagomål och synpunkter

Synpunkter och klagomål har sedan flera år kunnat lämnas på kommunens hemsida via en särskild blankett, brev eller personligt besök. Inkomna klagomål och synpunkter skickas vidare till berörd chef som besvarar och återkopplar till den som lämnat synpunkten om så önskas. Inkomna synpunkter via formulär på hemsidan tas emot på Medborgarkontoret och besvaras av ansvarig chef. Synpunkten ska besvaras inom 14 dagar. Inkomna och behandlade ärende redovisas på Kommunstyrelsens sammanträde två gånger per år.

Sedan den 1 februari 2025 erbjuds ytterligare en möjlighet att lämna synpunkter och klagomål gällande Social verksamhet via en särskild e-tjänst. E-tjänsten är sammankopplad med verksamhetssystemet Lifecare och modulen Lifecare avvikelser där MAS och SAS tar emot alla inkommande rapporter samt utreder. Detta möjliggör en säkrare handläggning genom dokumentation, diarieföring och uppföljning än tidigare. I samband med kvartalsvis rapportering av avvikelser till utskottet lämnas även statistik och information om aktuella klagomålsärenden.

Inkomna klagomål som berör HSL-frågor från Patientnämnden och Socialstyrelsen utreds av Medicinskt ansvarig sjuksköterska alternativt av verksamhetschefen HSL beroende av klagomålets art.

### Samverkan med brukare/patienter och närstående

Vid de tillfällen det har framkommit klagomål har medicinskt ansvarig sjuksköterska, socialt ansvarig samordnare eller verksamhetschef/enhetschef tagit kontakt via telefon och erbjudit möjlighet till besök. Det har uppskattats och alltid accepterats. Innan vidare kontakt med annan myndighet t.ex. patientnämnd eller annan utförare har brukare/patient och närstående rätt att se och tycka till om den skriftliga dokumentationen som skickas vidare. Återkoppling sker alltid efter svar från annan part.



## Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Ansvaret för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har ytterst Kommunstyrelsen som är nämnd och vård- och omsorgsgivare. Nämnden har ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvård samt socialtjänst och ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård. och omsorg upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

**Socialchef** har:

- det övergripande ansvaret för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten i enlighet med ledningssystemet.
- att fastställa vilka särskilda insatser och aktiviteter verksamheten ska arbeta med för att uppnå de politiska målen.

**Kvalitetschef** har:

- en övergripande och strategisk funktion för kvalitetsstyrning och kvalitetskontroll inom socialtjänstens verksamhetsområde utifrån gällande lagar och föreskrifter, SoL, LSS, LVM, LVU.
- är sakkunnig inom socialtjänstens verksamhetsområde och har en stödjande funktion i organisationen.

**Verksamhetschef HSL** ansvarar för:

- rutiner för det systematiska kvalitetsarbetet
- mål och måluppfyllelse
- uppföljning och analys av verksamheten
- ständiga förbättringsåtgärder
- informationssystem
- organisation och ansvarsfördelning
- lokaler, personal, utrustning (MedicinTekniskaProdukter), system
- löpande rapport till politikerna om förbättringsarbete

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)** ansvarar för att:

- det finns en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet
- journaler förs enligt patientdatalagen
- vård som läkare förordnat verkställs
- läkemedelshanteringen är väl fungerande
- kontakt med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal tas när patientenstillstånd kräver det
- säkra delegeringar av ansvar
- anmälningar görs till vårdgivare och Inspektionen för vård och omsorg

**Socialt ansvarig samordnare (SAS)** ansvarar för att:

- Säkra att processerna för bedömning, beslut, verkställighet och samverkan inom socialtjänsten är ändamålsenliga och väl fungerande.
- Säkra att den enskilde får sina behov prövade i en rättssäker myndighetsutövning.



- Säkra att den enskilde får insatser av god kvalitet som är individuellt utformade och utgår från den enskildes delaktighet och inflytande.
- Säkra att dokumentationen förs i den omfattning som föreskrivs i lag och föreskrift (SoL, LSS, LVM, LVU).
- Informera berörd nämnd/ledning i yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet om rapporter kring missförhållande eller risk för missförhållanden i verksamheten. Allvarliga missförhållanden eller risk för allvarliga missförhållanden ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg.

## **Enhetschef** ansvarar för:

- leda och utveckla verksamheten mot politiskt uppsatta mål
- budget och personal
- analysera och hantera; risker, avvikelser, förslag, synpunkter och klagomål
- verkställa rutiner/riktlinjer/beslut
- skapa utrymme för lokalt förbättringsarbete
- kompetensutveckla personal och team
- samarbete med team, arbetsgrupper och leg personal
- rapportera till verksamhetschef om utveckling och förbättringar

## **Legitimerad personal** ansvarar för:

- framtagning, utprovning samt vidareutveckling av rutiner och metoder
- risk- och avvikelshantering
- uppföljning av mål och resultat hos patienter
- Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada

## **1:e socialsekreterare** ansvarar för:

- övergripande ärendefördelning
- ärendehandledning till socialsekreterare/behandlare inom myndighetsenheten
- prioritering i och mellan ärenden, samt att i samarbete med myndighetschef planera och leda gruppens arbete och behov av kompetensutveckling

## **Socialsekreterare** ansvarar för:

- att utreda, fatta beslut och följa upp ärenden enligt gällande lagstiftning, SoL, LSS, LVU och LVM
- uppsökande verksamhet och information till allmänheten
- samverkan med interna och externa aktörer inom respektive ansvarsområde
- utveckling av verksamheten, rutiner och riktlinjer tillsammans med arbetsledning

## **Baspersonal** ansvarar för:

- att utföra och verkställa beslutade insatser
- att upprätta genomförandeplan utifrån beslutade insatser tillsammans med den enskilde
- att följa rutiner/riktlinjer/beslut
- att samarbeta med team, arbetsgrupper.



- att delta i det systematiska kvalitetsarbetet.
- att rapportera brister, missförhållanden, synpunkter och klagomål



## Samverkan för att erbjuda god vård och omsorg med kvalitet

Samverkan sker på många sätt, både internt och externt. Den viktigaste samverkan sker med brukare/patient och deras anhöriga/närstående och gode män.

Intern sker samverkan mellan myndighetsenheten och utförarna, teknisk verksamhet, HR-enheten, arbetsmarknadsenheten, AME och kostenheten. Samverkan med politiken är en annan viktig del.

Extern samverkan sker med andra vårdgivare som sjukhus och primärvård (Capio VC), mödrahälsovård, barnhälsovård, skolan, samverkan HLT\*.

Det finns också flera olika samverkansforum regionalt i Skaraborg. Kommunalförbundet Skaraborg finns ett flertal nätverk finns på området välvärdsutveckling bestående av tjänstemän inom socialtjänst och vård- och omsorg. Nätverken träffas kontinuerligt för erfarenhetsutbyte, omvärldsbevakning och dialog om gemensamma satsningar som kan bidra till en socialt hållbar utveckling inom Skaraborg. Vårdsamverkan Västra Götaland är en ledningsstrukturen där Västra Götalandsregionen och länets kommuner samverkar för att utjämna skillnader i hälsa och den enskilde ska få god säker vård, stöd och omsorg. Det finns delregional samverkan, ledningsråd för hjälpmedel, ledningsråd samordnad hälsa, vård och omsorg, Vårdsamverkan Västra Götaland samt olika politiska råd.

Social verksamhet samverkar också med andra myndigheter som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Överförmyndarenheten och Migrationsverket.

*\*HLT, står för Hälsa, Lärande och Trygghet och är en strukturerad samverkansmodell som bygger på samverkan mellan Capio vårdcentral, förskolor, skolor och socialtjänsten i Grästorp. Teamet strävar efter att vara väl anpassat efter den enskilda familjens situation för att kunna ge bästa möjliga stöd och därför kan även andra professioner bjudas in till samverkan.*



## Adekvat kunskap och kompetens

2024 tog ledningsgruppen fram en kompetensförsörjningsstrategi och en kompetensutvecklingsplan. Denna har verksamheten arbetat vidare utifrån under 2025 då frågan har en hög prioritet.

Syftet med kompetensförsörjningsstrategin är att säkra en hållbar kompetensförsörjning för att fortsatt bedriva en effektiv och innovativ verksamhet med hög kvalitet på både kort och lång sikt. Genom detta arbete främjas också Grästorps kommun och social verksamhet som en attraktiv arbetsgivare. Målet är att upprätthålla en effektiv och kompetent personalstyrka, som bidrar till attraktiviteten till kommunen som destination och arbetsgivare. Genom att arbeta strategiskt med utmaningar och involvera medlemmar i arbetet skapar vi stolthet för vår arbetsplats samt blir aktiva ambassadörer för social verksamhet och Grästorps kommun.

Syftet med kompetensutvecklingsplanen är att säkerställa att medlemmarna har rätt kompetens för att säkra en god kvalitet i verksamheterna. Kompetensutvecklingsplanen är en del i kompetensförsörjningsstrategin och ingår i huvudsak som en del under rubriken utveckla.

## Den enskilde som medskapare

### Brukarundersökningar

Grästorps kommun deltar i den årliga nationella brukarundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen". Lokala brukarundersökningar genomförs också årligen inom flera enheter genom enkäter och intervjuer. Genomgående i alla brukarundersökningar efterfrågas om brukaren/kunden/patienten/hyresgästen är nöjd med insatsen.

### Genomförandeplaner

Genomförandeplanen ska skapa en tydlig struktur för det praktiska genomförandet av beslutade insatser enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Planen ska vara ett underlag vid uppföljningen av insatserna. Vidare ska genomförandeplanen tydliggöra för den enskilde och personalen vad som ska göras, vem som ska göra vad, när och hur. Av rutiner framgår att den enskilde ska göras delaktig i upprättandet av genomförandeplanen och i verksamhetssystemet finns en fråga om delaktighet. Vid granskning av genomförandeplaner är delaktigheten en av kontrollpunkterna.

### Kvalitetsregister

Kvalitetsregistret BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom) är ett nationellt register som syftar till att kvalitetssäkra och utveckla vården för personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Målet är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom och därigenom öka livskvaliteten för personer.

Senior Alert är ett nationellt register och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, utveckla undernäring och ohälsa i munnen eller har problem med blåsdysfunktion. Med hjälp av Senior alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus.

Palliativregistret är ett nationellt register. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patienter och dess närstående. Vårdpersonal besvarar en enkät på 25 frågor om tex brytpunktsamtal, symtomskattning, individuell vårdplan, närvaro, munhälsa, smärtlindring mm.

Resultat och analys från de olika registren redovisas i egenkontrollerna.



## **Medicinsk vårdplan**

Medicinsk vårdplan genomförs för personer i särskilt boende och för personer med omfattande vårdbehov i ordinärt boende tillsammans med läkare på Capio. Syftet är att ge vägledning vid en bedömning av vidare åtgärder när en försämring i personens hälsotillstånd inträffar. Vårdplanen ska vara ett stöd för omvårdnadspersonal och sjuksköterskor i kommunen, primärvårdens läkare, mobila team, ambulanspersonal och personal i slutenvården.

## **Personcentrerat förhållningssätt**

Personcentrerad vård är ett etiskt förhållningssätt och kärnan i Nära vård. Den personcentrerade etiken utgår från att människor har rätt till inflytande över det som berör den egna personen, hälsan och i förlängningen det egna livet.

## **SIP**

Alla ska ha möjlighet att leva ett tryggt, meningsfullt och självständigt liv. Hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola ställer stora krav på samordning. Arbetssätt som skapar tydlighet och överblick leder till förbättrad patientsäkerhet och tidsvinster. Samordnad individuell plan (SIP) är ett dokument och ett verktyg för samverkan, som ger en samlad beskrivning av den enskildes pågående och planerade insatser, från kommun och region samt andra aktörer. SIP ska ge en helhetsbild och förenklar för berörda som snabbt kan få en översikt av alla pågående insatser för den enskilde. SIP gäller alla oavsett ålder, diagnos, funktionsförmåga eller behov. SIP syftar till att skapa delaktighet och inflytande för den enskilde. Den ska utgå från vad som är viktigt för den enskilde och är den enskildes plan. SIP ska innehålla vad den enskilde själv kan göra, vad hen behöver hjälp och stöd med, vem som ansvarar för vad och när, samt vilka kontaktpersoner den enskilde har i de olika verksamheterna.

## **Vård i livets slut (brytpunktsamtal)**

Egenkontroller görs med syfte på att visa om verksamheten har tillgodosett patientens behov av trygghet, kontinuitet och patientsäkerhet. Brytpunktsamtal görs enligt rutin alltid med erfaren läkare tillsammans med patient, anhöriga, sjuksköterska och omsorgspersonal enligt patientens önskemål. Resultat följs i palliativregister som jämförelse till KVÅ i verksamhetssystemet. Start av palliativ läkemedelsbehandling sker alltid i dialog med läkare. Patienten får en personcentrerad vård och är delaktig i sin hälsoplan.



## Agera för säker vård och omsorg (resultat och analys)

### Ej verkställda beslut

Social verksamhet har under året verkställt samtliga beslut. Under året har strukturen för rapportering gjorts om. Det finns god dialog mellan myndighetsenheten och utförare och en tydlig struktur i processen.

### Följsamhet till basala hygienrutiner

Verksamheterna behöver ständigt påminnas om arbetssättet basala hygienrutiner för att förhindra smitta, både till och mellan patienter/brukarna som för personalens egna arbetsmiljö. Enhetscheferna bjuder in MAS på APT och regelbundna hygienombudsträffar ska bidra till en god hygienisk standard.

### Förebyggande arbete

Tandvårdsintyg: Personer som har ett bestående behov av omfattande vård och omsorg kan ha rätt till intyg om N-tandvård. Patienten betalar för sin tandvård enligt det nationella högkostnadsskyddet för öppna hälso- och sjukvården med samma rätt till frikort. Patienten får välja tandläkare. VGR och kommunen samverka så att berörda personer identifieras och får tillgång till det särskilda tandvårdsstödet. Kommunen identifierar, utfärdar intyg och informerar berörda personer och deras närstående och VGR erbjuder undersökningar och behandlingar.

Brukarkonferenser: Enhetschef ansvarar för att teamet av olika professioner strukturerat följer upp patient/brukare. Syftet är att arbeta förebyggande med att hitta eventuella risker och ett lärande för omsorgspersonal. Vad gäller Senior alert har verksamheten två år i rad blivit utsedd till Guldkommun. Det är viktigt att fortsätta arbeta strukturerat och att enhetschef driver arbetet.

Fallförebyggande arbete: Verksamheten har under flera år satsat på det förebyggande arbetet bland annat genom Senior Sport schools fallförebyggande stöd samt en utbildning (TUFF) via Seniorcenters verksamhet.

Tidiga insatser: Antalet ”icke-biståndsbedömda samtal/hembesök inom individ- och familjeomsorgen samt besök på öppna förskolan ökar som ett resultat på att trösklarna till socialtjänsten blivit lägre. I samband med att den nya socialtjänstlagen som trädde i kraft den 1 juli 2025 öppnade upp för att kommunen kan erbjuda insatser utan föregående behovsprövning har kommunstyrelsen fattat beslut om vilka insatser som berörs. Inledningsvis gjordes ingen förändring utan de insatser som tidigare erbjuddes som "icke-bistånd" kvarstår.

### Dokumentation

Av egenkontrollen journalgranskning i samband med övergång till nytt dokumentationssystem framgår att vård- och omsorgspersonal dokumenterar på ett adekvat sätt. Funktionen Vårdbegäran används frekvent för att signalera behov av hälso- och sjukvårdsåtgärder. Den språkliga förmågan bedöms som god och det är oftast lätt att följa händelseutveckling och sammanhang i anteckningar och avvikelserapportering. Dokumentationssystemet är mer användarvänligt och lättare att förstå, hur och var man skall dokumentera. Under 2025 har vi samlat dokumentationen för delegerade HSL-insatser också i samma system som övrig dokumentation. Både inom SÄBO och hemtjänst har verksamheten brukarkonferenser regelbundet. MAS och SAS bedömer att brukarna/patienterna får en personcentrerad vård- och omsorg med god kvalitet.



## **Delegeringsförfarande**

En arbetsgrupp bestående av enhetschefer, legitimerade sjuksköterskor, fysioterapeut och arbetsterapeut samt MAS har sett över rutiner och utvecklat arbetssättet för att bibehålla en säker vård och omsorg. Sjuksköterskans förutsättningar att handleda vård- och omsorgspersonal avseende hälso- och sjukvård samt delegerade uppgifter såsom läkemedelshantering upplevs som god. Egenkontrollen visar på en god och säker vård- och omsorg som är kvalitetssäkrad och följer vedertagna riktlinjer och enligt beprövad vetenskap.

Vården och omsorgen:

- är av god kvalitet med en god hygienisk standard
- tillgodoser brukarens/patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet
- bygger på respekt för brukarens/patientens självbestämmande och integritet
- främjar goda kontakter mellan brukaren/patienten och vård- och omsorgspersonalen
- är lätt tillgänglig.

## **Kompetensförsörjning och kompetensutveckling**

För att säkra god vård och omsorg har verksamheten valt att anställa undersköterskor med rätt kompetens på fasta tjänster. Brukarna/patienterna blir förstådda och får den hjälp som ger trygghet och kvalitet i vård- och omsorg. Den språkliga förmågan bedöms som god i verksamheten och det är lätt att följa händelseutveckling och sammanhang i journalanteckningar och avvikelserapportering.

Inom funktionshinderområdet har Yrkesresan för utförare startat igång hösten 2025 med en individuell och digital kurs. Yrkesresan fortsätter under 2026 med två kurstillfällen. och sen fortsätter resan förhoppningsvis under 2027 med att baskurserna.

I årets brukarundersökning vad tycker de äldre om äldreomsorgen framgår att kommunen ligger bland de 25 % bästa kommunerna gällande personalen har kunskap och kompetens. På frågan om personalen pratar och förstår svenska inom både hemtjänst och särskilt boende har värdet gått ner något under 2025.

## **Läkemedelshantering**

Årligen genomför Apotek AB en granskning av HS-enhetens läkemedelshantering. Resultaten visar på en god och säker hantering. Det finns särskilt utsedda ansvariga sjuksköterskor inom verksamheten. Kompetensutveckling sker på APT och digitala utbildningar med VGR.

## **Riskhantering**

Under 2025 har verksamheten genomfört flera riskbedömningar enligt GDPR utifrån införande av nya system. Riskbedömningar utifrån individperspektiv och behov har genomförts på berörda enheter enligt arbetsmiljöverkets krav gällande hot och våld.

## **Rättssäkerhet**

De beslut som överklagats har utfallit till kommunens fördel. All personal inom Myndighetsenheten har grundutbildning i juridik och erbjuds vidareutbildning utifrån behov. Handläggare har digitalt stöd för rättspraxis, läsa domar etc. Utredningstider följs upp regelbundet och redovisas för nämnden. Under del av året har det förekommit brister gällande ärenden barn och unga. Myndighetschef rapporterar utredningstiderna till Sociala myndighetsnämnden var tredje månad. Underlag till denna rapport tas från och med 1 juli 2025 ut månadsvis och granskas. Denna granskning följs upp varje månad i samband med möte mellan 1:e socialsekreterare och myndighetschef. Syftet med denna uppföljning är att i god tid observera avvikande utredningstider och att inga dessa inte missas i stressiga situationer. Dessutom upprättade Myndighetschef en åtgärdsplan och rutiner uppdaterades. I perioder av tillfällig arbetsanhopning med flera pågående barnutredningar ska en tydlig gemensam



handlingsplan/prioriteringsplan upprättas omfattande samtliga barnutredningar. Planen ska följas upp veckovis av Myndighetschef, 1:e socialsekreterare och samtliga barnhandläggare. Uppföljning ska pågå tills utredningstiderna kan säkerställas. Förhandsbedömningar sker inom föreskriven tid.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

Processerna i kvalitetsledningssystemet uppdateras kontinuerligt och vid behov. En arbetsgrupp har tagit fram kontinuitetsplaner för verksamhetsystem för dokumentation och telefoni som beslutades av ledningsgruppen under 2025.

## Tillsyn; extern

Inga externa tillsynsmyndigheter har gjort tillsyn i verksamheten under året.

## Uppföljning av genomförda egenkontroller

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
● Följa upp att utredningar på inrapporterade avvikelser görs enligt manual och att åtgärder vidtas för att förhindra upprepning.	Avvikelse rapport Lifecare	4 ggr per år	Fyra gånger per år går MAS och SAS i genom inkomna rapporter och tillhörande utredningar inför sammanställning till SUU. Möten sker med resp ÄO och LSS-grupp kring oklarheter i utredningar och åtgärder. Inte alla utredningar genomförs enligt manual och dokumenteras enligt utredningsmall. Detta har påtalats i dialog. Men alla utredningar hanteras av enhetschefer och det förekommer flera åtgärder och uppföljningar.
● Genomgång av journal/akt inom AME	Granskning av journaler	2 ggr per år	Granskningen visar att samtliga ärenden uppfyller ställda krav på dokumentation och planering. Stegförflyttning är konsekvent och tydligt dokumenterad. Genomgången har genomförts utan anmärkningar.
● Kontroll att riskbedömning görs enligt rutin och att beslutade åtgärder följs upp.	Kontroll	1 ggr per år	Kontroll har genomförts avseende riskbedömningar i KIA-systemet. Dessa visar på att berörd enhet genomfört riskbedömning enligt hot och våld liksom riskbedömning utifrån de brukare som finns inom enheten.
● Kontroll av följsamhet till process och rutiner Myndighet	Självskattning	1 ggr per år	Under året har AME, boendesamordnare och myndighetschef följt upp rutiner och processer för nyanlända. I samband med detta gjordes en lägesanalys kring bostäder samt uppföljning av årets mottagande till kommunen.
● Kontroll av uppgifter i HSA-katalogen	Dokumentation	4 ggr per år	Rutin framtagen för kontroll av uppgifter i HSA-katalog. Göliska IT har tagit över ansvaret, de skickar ut listor som ska kontrolleras och godkännas varje kvartal. Alla kontrollen med









Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
			anmärkning är rättade enligt rutin.
● Uppföljning att egenkontroll skett enligt anvisning i Socialstyrelsens handbok Barn och unga i familjehem och HVB	Granskning av journaler	1 ggr per år	Tät och regelbunden dokumenterad kontakt med familjehem under hela året.
● Uppföljning av genomförd journalgranskning i hälso- och sjukvård.	Granskning av journaler	2 ggr per år	Dokumentation har varit en stående punkt på Hälso- och sjukvårdsenhetens APT. Nytt signeringssystem har införts under hösten i Lifecare HSL signering och SignIT har avvecklats. Effekten av egenkontrollen är en trygg och säker vård och omsorg samt att all personal har kunskap om patienterna.
● Uppföljning av handlingsplan samverkan kommun och primärvård Capiro VC.	Jämförelser	1 ggr per år	Framgångsfaktor för den höga vaccinationstäckningen och låga dödstal i Covid-19 är samverkan mellan kommunens primärvård och Capios förtjänst. Förbättringsområde är fördjupade läkemedelsgenomgångar/årskontroller och att ronder sker enligt närområdesplan.
● Uppföljning av introduktionen	Kontroll	4 ggr per år	Utvecklingschef har genomfört stickprov på nya anställda enligt plan med liknande resultat som tidigare. Det är fortsatt områden som inte tas med i introduktionen enligt svaren. Medledarna som intervjuas ger ett högt betyg på sin introduktion (7,93 av 10), ett resultat som sjunkit något 2025.  Verksamhetssystem för dokumentation, signering av läkemedel, samt insatser inom omsorg och intranät är system som de flesta har koll på och känner sig trygga med. Visible care är känt av de som varit aktuella för HSL-delegation.. De sammanlagda stickproven visar fortsatt på lägre resultat gällande information om SKA-portalen samt avvikelser- och tillbudsrapportering.  Introduktionen genomförs enligt svaren i huvudsak genom bredvidgång med en kollega i verksamheten samt via bemanningen. En tydligare uppföljning av introduktionen på individnivå behöver nog göras framöver för att



Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
			säkerställa vilken kunskap var och en har tagit till sig.
● Uppföljning av korttidsvistelsen	Självskattning	2 ggr per år	Enkäter har skickats ut till de som har haft korttidsvistelse på Passagen. Resultatet sammanställs och analyseras tillsammans med personal på APT två gånger om året. Goda resultat i enkäten våren 2025 på bemötande, anhörigstöd och tillgänglighet på personal. Resultatet av brukarnöjdhet inom social verksamhet har kommunicerats i politiken.
● Uppföljning av lokal rutin om dagjour regelbundet på APT	Kontroll	2 ggr per år	Följs upp regelbundet.
● Uppföljning av årets genomgång av genomförandeplaner i social verksamhet övergripande.	Dokumentation	2 ggr per år	Genomgång genomförd i juli 2025 och sammanställning gjord. Resultat ser mycket bra ut men det finns utvecklingsområden. För att komma vidare föreslogs att SAS tillsammans med systemförvaltare träffar respektive chef och dokumentationsombud för mer riktade insatser.
● Uppföljning och analys av utredningar läkemedelsavvikelse från Lifecare	Avvikelse rapport Lifecare	Månadsvis	Ingen av läkemedelsavvikelse 2025 har gått vidare till IVO som anmälan om vårdskada. Vi har under hösten bytt system för signering av HSL åtgärder. från SignIT till Lifecare HSL signering, vikt gör att stort fokus varit att lära in det nya systemet.
● Verksamheten jobbar med kvalitetssäkrade blodtrycksmanschetter	Kontroll	1 ggr per år	Kontroll av blodtrycksmanschetter har gjorts via MTA Skövde. Effekten är en kvalitetssäkrad vård med tillförlitliga medicintekniska produkter enligt regelverk. Ny kontroll av blodtrycksmanschetter planeras till våren 2026.
● Att identifierade brister från Hygienrond enligt checklista är åtgärdade.	Dokumentation Inhämtning av synpunkter	1 ggr per år	Hygienrond är genomförd på Vistegården, Hallers väg och Passagen. Enhetschef, hygienombud och MAS använder Vårdhygien Skövdes protokoll och instruktioner. Egenkontrollen visar på en mycket god hygienisk standard i verksamheterna. Åtgärder som tas upp på APT är hantering av personalkläder, basala hygienrutiner med fokus på användandet av handsprit och förkläde. Rengöring av personliga hjälpmedel behöver lyftas



Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
			regelbundet. Tillgång till tvål och pappershanddukar till personal i hyresgästers lägenhet, viktigt om det blir utbrott av vinterkräksjuka.
 Följa upp effekten av genomförda utredning och åtgärder av inkomna avvikelserapporter vårdskada i Lifecare (lex Maria).	Avvikelse rapport Lifecare	Månadsvis	På grund av byte av MAS har en sjuksköterska och en arbetsterapeut varit mottagare och fördelat avvikelserapporter för utredning. Hanteringen av fallrapporter bidrar till ett gott förebyggande arbete för alla kommuninvånare. Ingen utredning har anmälts vidare till IVO. Dokumentation av utredning är ett förbättringsområde inför 2026.
 Följa upp extern kontroll av livsmedelshantering, rengöring och städ på SÄBO av Miljö och hälsa samt att eventuella brister är åtgärdade.	Kontroll	1 ggr per år	Ingen kontroll är utförd under 2025. Miljö- och byggnämnden i Lidköping har utifrån Livsmedelsverkets regler har tagit fram en ny modell för att beräkna mängden regelbunden planerad livsmedelskontroll. Den nya modellen ersätter dagens vägledande riskklassningsmodell för livsmedelskontroll. Beslut kring våra SÄBO är diariefört.
 Följa upp logg och spärrkontroll av Nationell Patientöversikt och SAMSA	Loggning av nätverkssystem	Månadsvis	Loggning av NPÖ och SAMSA har tyvärr inte blivit genomfört under senare delen av 2025 på grund av arbetsbelastning och byte av MAS.
 Genomgång och bedömning av samtliga analyser på aktuellt dialogområde	Självskattning	1 ggr per år	Genomgång och bedömning av samtliga analyser på aktuellt dialogområde bedöms vara på godkänd nivå. Verksamheten kommer under 2026 att tillsammans med förtroendevalda fortsätta att utveckla analysarbetet för att det skall bli tydligare varför vi bedömer att målet är uppfyllt eller delvis uppfyllt.
 Genomgång/kontroll av rutiner matdistribution	Systematisk kvalitetsgranskning	1 ggr per år	Regelbundna möten hålls med både administrativ personal samt matchaufförer för att eliminera att misstag sker samt att uppdatera oss på rutinen. En avvikelse är gjord under 2025 då en leverans är missad till kund. Händelsen är genomgången enligt rutin vid avvikelse. Rutin för matdistribution är uppdaterad under året.
 Individuell uppföljning av gäster på dagverksamheten	Dokumentation	1 ggr per år	Dagverksamheten har varit stängd på grund av för få ansökningar. De ansökningar som inkommit har verkställts på avdelning. Individuell



Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
			uppföljning har skett i verkställda beslut.
● Kontroll att behandlingsmetoder som används i insatser vuxna (missbruk och socialpsykiatri) har evidens	Kontroll	2 ggr per år	Vi följer socialstyrelsens rekommendationer.
● Kontroll att beslutade åtgärder genomförts och följs upp i utredningar gällande avvikelser som beror på brister kring personal och kompetens.	Kontroll	1 ggr per år	Genomgång av samtliga inkomna avvikelserapporter med åtgärder utifrån utbildning/kompetens har skett. Totalt fem åtgärder fanns inom rapporttypen vårdskada och samtliga hade var genomförda.
● Kontroll att beslutade åtgärder i utredningar enligt lex Sarah genomförts och följs upp.	Avvikelse rapport Lifecare	1 ggr per år	En utredning enligt lex Sarah avslutades med åtgärder. Dessa har genomförts och följs upp.
● Kontroll att brukarundersökning genomförts på Kompassen och att resultatet följs upp.	Inhämtning av synpunkter Kontroll	1 ggr per år	Vid 2025 års brukarundersökning var brukarna nöjda med Kompassens verksamhet, de kände sig välkomna och var mycket nöjda med flytten till Stödteamets lokal.
● Kontroll att processen Egenvård är känd och att det finns dokumentation vid beslut på egenvård.	Kontroll	1 ggr per år	Dokument och process är implementerade i alla verksamheter. Den är informerad till Capio i samverkan. Legitimerade använder framtagna mallar från Vårdsamverkan och resultatet är tydliga egenvårdsbeslut.
● Kontroll att utdrag från vårdgivar- och omsorgsregister hos IVO stämmer med aktuella verksamheter.	Kontroll	1 ggr per år	Genomgång av aktuella uppgifter i IVO:s omsorgsregister och vårdgivarregister har gjorts av MAS och SAS.
● Kontroll av avvikelserapporter avseende	Avvikelse rapport Lifecare	1 ggr per år	Vid genomgång av avvikelser i Life Care under 2025 finns det en del avvikelser kring trygghetslarmen;



Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
trygghetslarm i ordinärt boende som inte hanterats enligt rutin			<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 fall där adressändring av brukarens adress inte framkommit till all personal. Man hade glömt att meddela nattpersonalen då brukaren inte har några ordinarie besök nattetid.</li><li>• 1 fall där larmcentralen blivit dåligt bemötta av omvårdnadspersonalen och inte fått besked om att personalen åtgärdat ett larm där brukaren ifråga fallit illa utomhus.</li><li>• 2 fall där brukaren fått vänta mellan 1-2 timmar efter att de larmat då nattpersonalen varit upptagna med andra brukare.</li><li>• 1 fall där brukaren själv säger att hen kan vänta på morgon-personalen istället då nattpersonalen varit upptagna med andra brukare.</li></ul> <p>Orsaken till den långa väntetiden är att nattpersonalen (2 personer) är upptagna hos andra brukare. När larmcentralen tar emot larm kan de kommunicera med brukaren och fråga vad larmet gäller. Detta är till stor hjälp när personalen ska bedöma och prioritera vem det är mest brådskande att åka till. Det lugnar också brukaren då de får bekräftelse på att larmet har gått fram.</p>
● Kontroll av ej verkställda beslut korttidsvistelse LSS	Självskattning Kontroll	1 ggr per år	Alla beslutade insatser ha utförts under 2025.
● Kontroll och analys av ej verkställda beslut korttidstillsyn LSS.	Kontroll	1 ggr per år	Alla beviljade insatser har utförts under 2025.
● Kontroll och uppföljning av skickade och inkomna avvikelser SAMSA	Avvikelsesrapport MedControlPro	Månadsvis	Avvikelser sker i ett gemensamt system MedControlPro tillsammans med Västra Götalandsregionen, privata utförare och 49 kommuner. Kommunen har skrivit 14 st avvikelser till regionen under 2025. Kvaliteten på svar är i många fall undermålig, önskvärt hade



Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
			varit mer genomförda gemensamma händelseanalyser för att öka förståelsen mellan vårdgivare.
● Systematisk uppföljning av "färdplaner" utifrån förändringsledningsmodellen	Självskattning	1 ggr per år	Systematisk uppföljning av arbetssättet enligt förändringsledningsmodellen bedöms vara godkänd. Verksamheten följer aktuell förändringsledningsmodell i alla nya projekt.
● Uppföljning av egenkontroller i kvalitetsledningssystemet	Kontroll	1 ggr per år	Enhetschefer får påminnelser om egenkontroll i Stratsys vid årsskiftet och de genomförs i stort sett alltid enligt plan. MAS och SAS ser över de egenkontroller som inte genomförts i samband med upprättande av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen
■ Uppföljning av implementering av rutiner/riktlinjer	Kontroll Avvikelse rapport Lifecare	1 ggr per år	Enligt plan skulle alla rutiner/riktlinjer ha gått igenom under 2025 av resp. chef. Men på grund av byte av MAS-funktion under året har detta inte blivit gjort. Istället läggs detta in på 2026 års "att göra lista" med hög prioritering.
● Uppföljning och analys av avslagbeslut beroende på att personkretstillhörighet saknas	Kontroll	1 ggr per år	Inget beslut under året på grund av att personkretstillhörighet saknas.
● Uppföljning och analys av utredningar i Lifecare kopplade till delegeringsansvar	Avvikelse rapport Lifecare	Månadsvis	Alla som tar emot en delegering har genomgått en webbutbildning om regelverk och specifika insatser som tex läkemedel och insulin i "Visible care". Införande av digitala signeringslistor har bidragit till en säker läkemedelsöverlämning. Enstaka delegeringar har dragits tillbaka när avvikelser sker där bakomliggande orsaker beror på kompetensbrist under 2025.
● Årlig uppföljning av samverkan Trepårt enligt protokoll.	Inhämtning av synpunkter Avvikelse rapport SVPL	1 ggr per år	Trepårtsmöten har skett enligt handlingsplan. Samverkan upplevs av alla parter som mycket god. under 2025 har vi samkört styrgruppen för trepårtsmöten med Essunga kommun, för att bredda kunskap och lära av varann.
● Dialog med brukare och utförare om upprättad genomförandeplan	Dokumentation Inhämtning av synpunkter	Var sjätte månad	Alla genomförandeplaner följs upp tillsammans med brukare eller företrädare.



Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
tillgodoser brukarens behov.			
● Följa upp extern kontroll av spol och diskdesinfektorer och att eventuella brister är åtgärdade.	Dokumentation Inhämtning av synpunkter	1 ggr per år	Vid den externa kontrollen i början av året blev två av tre spol och diskdesinfektorer utdömda, så dessa två har bytts ut under året.
● Individuell uppföljning av dagverksamhetens gäster (rehab)	Kontroll	1 ggr per år	Personal på dagverksamheten har löpande samtal med gästen per telefon och i personliga samtal.  De som är inskrivna i kommunal HSL följs upp i Lifecare årligen.
● Kontroll att aktuella mått stödjer verksamhetens arbete att nå målet.	Självskattning	1 ggr per år	Bedömning görs att aktuella mått stödjer verksamheten att nå målet.  Måtten revideras även kontinuerligt.
● Kontroll att alla handläggare har regelbunden genomgång av ärenden med 1:e socialsekreterare, särskilt i ärenden av komplicerad art.	Kontroll	1 ggr per år	Handläggare träffar 1:e socialsekreterare varje vecka och vid behov.
● Kontroll att riskanalyser sker enligt rutin gällande tvångs och skyddsåtgärder.	Kontroll	1 ggr per år	Kontroll sker alltid i samband med avvikelserapportering där tvångs- och begränsningsåtgärder använts. Oklarheter i rutinen gällande användning av sänggrindar uppmärksammades på så sätt under året och den har nu reviderats för att säkerställa rätt hantering av dessa.
● Kontroll att riskbedömning görs enligt rutin och att beslutade åtgärder följs upp.	Kontroll	1 ggr per år	Kontroll har genomförts avseende riskbedömningar i KIA-systemet. Dessa visar på att berörd enhet genomfört riskbedömning enligt hot och våld liksom riskbedömning utifrån de brukare som finns inom enheten.
● Kontroll av att alla inskrivna patienter har en avgift samt att journaler och avgift är	Kontroll	2 ggr per år	Egenkontrollen visar att verksamheten sköter patientavgifterna med god kvalitet.











Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
avslutade när patient skrivs ut.			
● Kontroll av att uppföljning av individuellt förskrivet hjälpmedel görs i tillräcklig omfattning	Dokumentation	2 ggr per år	Uppföljning av förskrivna hjälpmedel sker enligt rutin. Inga allvarliga avvikelser har skett på grund av felaktigt användande eller på grund av brist i kompetens.
● Kontroll av följsamhet till rutiner gällande SIP	Kontroll	1 ggr per år	Vi får inga avvikelser på att SIP inte gjorts. Detta visar på en god lokal samverkan. Statistik visar på Grästorps kommun gör SIP i samma omfattning som andra mindre kommuner.
● Kontroll av genomförandeplan på särskilt boende.	Kontroll	2 ggr per år	Vistegården/ Hallers väg 20 Genomförandeplanerna följer upp minst var 6e månad i samband med uppföljning Senior Alert. Socialsekreterare har under 2025 börjat att följa upp alla SÄBO beslut och i samband med det även följt upp att genomförandeplan finns och är aktuell.
● Kontroll av samtliga KAA-uppdrag	Kontroll	1 ggr per år	Samverkansmöten hålls tre gånger per år mellan arbetskonsulent, SYV, kurator, skolchef, ekonom och AME-chef. Syftet är att följa upp rutiner, statistik och aktuella ärenden inom KAA samt säkerställa kontinuerlig granskning av ärendehantering. Statistik omfattar antal ungdomar som inte påbörjat gymnasiet, avbrutit studier, tagit examen utan examensbevis samt uppföljning av kontaktade respektive ej nådda ungdomar.
● Kontroll hur många råd- och stödinsatser som lett till ansökan om biståndsbeslutade insatser	Kontroll	2 ggr per år	Under 2025 har vi arbetat med ny socialtjänstlag lagen trädde i kraft i juli 2025. Lagen har öppnat upp för att kunna ha insatser utan individuell behovsprövning. Att det skall vara lättillgängligt att kunna söka stöd. Vi har under våren haft 23 samtal som icke-biståndsbedömt. Ingen av dessa har lett till ansökan.
● Uppföljning av genomförandeplan i hemtjänsten för att säkerställa att brukares delaktighet	Granskning av journaler	2 ggr per år	Vid granskning av genomförandeplaner i Life Care 1 december 2025 framkommer att <ul style="list-style-type: none"><li>• alla planer är uppstartade eller uppföljda inom rätt tid</li><li>• i endast 4 av totalt 100 genomförandeplaner har brukaren varit</li></ul>









Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
och behov tillgodosetts			delaktig. <ul style="list-style-type: none"><li>hos de brukare som har enbart trygghetslarm eller HS-insatser upprättar vi ingen genomförandeplan.</li></ul> Arbetet med Fast omsorgskontakt och att använda genomförandeplaner som ett arbetsverktyg inom hemtjänsten behöver fortsätta, då efterfrågan och den upplevda nyttan med planerna från personalen är fortsatt låg. Att endast 4 brukare skulle vara delaktiga i sin plan tror jag är missvisande. Jag behöver tydliggöra att man inte behöver sitta tillsammans med brukaren och skriva planen för att hen skall kunna vara delaktig utan oftast frågar personalen kring önskemål innan planen skrivs och då har hen haft möjlighet att vara delaktig.
 Uppföljning av sammanställning av inkomna synpunkter/klagomål och lämnade svar i social verksamhet.	Inhämtning av synpunkter	2 ggr per år	Två synpunkter har inkommit gällande att det saknas information på kommunens hemsida för män som utsätts för våld eller någon form av stöd för män. Enhetschef har besvarat båda gångerna med hänvisning till kommunens hemsida där det under sidan <i>Våld i nära relationer</i> finns samlad information om vart både kvinnor och män kan vända sig för stöd. Där finns länkar till kommunens egna stödinsatser och externa organisationer, inklusive stöddlinjer för män.
 Dialog med brukare och utförare om upprättad genomförandeplan tillgodoser brukarens behov.	Granskning av journaler Inhämtning av synpunkter	Var sjätte månad	Under 2025 har vi inte haft någon insats med ledsagning enligt LSS.
 Kontroll att dokumentation och handläggningen sker enligt Socialstyrelsens riktlinjer gällande omedelbart omhändertagande LVM	Granskning av journaler	1 ggr per år	Under 2025 har det inte varit möjligt att genomföra kontroll av journaler enligt plan pga. hög arbetsbelastning.



Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
 Kontroll att dokumentation och handläggning sker enligt Socialstyrelsens riktlinjer gällande utredning enligt LVM	Granskning av journaler	1 ggr per år	Under 2025 har det inte varit möjligt att genomföra kontroll av journaler enligt plan pga. hög arbetsbelastning.
 Kontroll att förutsättningarna i aktuella placeringar av ensamkommande barn svarar mot de behov som barnen har.	Granskning av journaler	1 ggr per år	inga nya placeringar har gjorts under 2025.
 Kontroll att riskbedömning görs enligt rutin och att beslutade åtgärder följs upp.	Kontroll	1 ggr per år	Kontroll har genomförts avseende riskbedömningar i KIA-systemet. Dessa visar på att berörda enheter genomfört riskbedömning enligt hot och våld liksom riskbedömning utifrån de brukare som finns inom enheten.
 Kontroll att Självskattning av basala hygienrutiner är gjorda.	Självskattning	2 ggr per år	Uppföljning har gjorts enligt rutin och effekten visar att personal har god kunskap och följsamhet till rutiner.
 Kontroll av ej verkställda beslut barn och unga egen verksamhet	Kontroll	1 ggr per år	Alla beslut är verkställda
 Kontroll av följsamhet till lokal rutin Samordnad vårdplanering i Grästorp.	Inhämtning av synpunkter	2 ggr per år	Följer plan.
 Uppföljning av genomförandeplan i personlig assistans för att säkerställa att brukares delaktighet och behov tillgodoses	Dokumentation	1 ggr per år	Alla genomförandeplaner följs upp i enlighet med rutinen om uppföljning av genomförandeplanerna.
 Uppföljning och analys av avvikelsetredningar gällande	Avvikelse rapport Lifecare	1 ggr per år	Inga anmälningar är gjorda till Läke medelsverket/Socialstyrelsen och leverantör under 2025.





Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
medicintekniska produkter			
 Kontroll att behandlingsmetoder som används i insatser barn och unga har evidens	Självskattning Kontroll	2 ggr per år	Samtal med behandlare på gruppmöten för att säkerställa process i ärenden, samt för säkerställa att personal har rätt kompetens.
 Kontroll att dokumentation och handläggning sker enligt Socialstyrelsens riktlinjer gällande barn- och unga.	Granskning av journaler	1 ggr per år	Under 2025 har det inte varit möjligt att genomföra kontroll av journaler enligt plan pga. hög arbetsbelastning.
 Kontroll att kvalitetsregistret BPSD används och analysera utfall av statistik från registret.	Kontroll	1 ggr per år	Genomgång av statistik har visat på ett högt användande och effekten bidrar till en god och säker vård och omsorg. Grästorp ligger väldigt lågt på olämpliga läkemedel.
 Kontroll att alla beslut "ej inleda utredning" fattats enligt delegation	Kontroll	2 ggr per år	Ok
 Kontroll att dokumentation och handläggning sker enligt Socialstyrelsens riktlinjer gällande vuxna.	Granskning av journaler	1 ggr per år	Under 2025 har det inte varit möjligt att genomföra kontroll av journaler enligt plan pga. hög arbetsbelastning.
 Kontroll att kvalitetsregistret Senior Alert används och analysera utfall av statistik från registret.	Kontroll	1 ggr per år	Grästorps kommun tilldelades utmärkelsen Guldkommun av det nationella kvalitetsregistret Senior alert 2025, för andra året i rad. Detta för sitt arbete med vårdprevention inom äldreomsorgen. Grästorp var en av totalt 30 kommuner i Sverige som klarat kriterierna i arbetet med vårdprevention inom äldreomsorg, enligt det nationella kvalitetsregistret Senior alert. Det är genom att analysera och åtgärda riskfaktorer som fallskador, trycksår, viktnedgång, munhälsa och urininkontinens, som verktyget kan bidra till att förbättra vårdkvaliteten för äldre. En del av utvärderingen handlar om att mäta hur






Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar																																	
			stor andel av äldre på kommunens boenden som genomgår riskbedömningar. Genom ett systematiskt förebyggande arbete har Grästorps äldreboenden, Vistegården och Hallers väg, nått en täckningsgrad på över 90 procent och i över 75 procent av dessa fall har bakomliggande orsaker utretts och åtgärder vidtagits. Det gör att kommunen uppfyller de krav som ställs för att bli en Guldkommun.																																	
● Kontroll av orsak till betal dagar SAMSA	Kontroll	Månadsvis	Social verksamhet har inga betal dagar för patienter som legat kvar på sjukhus under 2025.																																	
● Sammanställning av analys avvikelser och tillbudsrapporter som bedömts bero på brister i verksamhetsplanering	Avvikelse rapport Lifecare Tillbudsrapport KIA	1 ggr per år	I analysen och kontrollen har det framkommit att vi har tillbud och avvikelser på ett fåtal brukare och dessa är omhändertagna enligt rutin.																																	
● Kontroll och analys av ej verkställda beslut bostad med särskild service	Kontroll	1 ggr per år	Vi har inga beslut som ej är verkställda.																																	
● Sammanställning och analys av alla avvikelser och tillbudsrapporter som beror på bristande kompetens hos personal servicebostad och vidtagna åtgärder - servicebostad.	Avvikelse rapport Lifecare Tillbudsrapport KIA	1 ggr per år	Vid kontroll av avvikelser har inget berott på kompetensbrister.																																	
● Kontroll av Palliativregistrets kvalitetsindikatorer och analys av Grästorps utfall	Kvalitetsregister	1 ggr per år	<p><b>Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer</b></p> <p>Period 2025-01 - 2025-12</p> <table border="1"> <caption>Data från spindeldiagrammet</caption> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Målvärde</th> <th>Resultat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Effektivitet</td> <td>75</td> <td>75</td> </tr> <tr> <td>Läkemedel palliativ vård</td> <td>75</td> <td>75</td> </tr> <tr> <td>Vårdplan</td> <td>75</td> <td>75</td> </tr> <tr> <td>Bok. tryckpunktssamtal</td> <td>75</td> <td>75</td> </tr> <tr> <td>Ort. HJ åtgärdsåtgärder vid telefon</td> <td>75</td> <td>75</td> </tr> <tr> <td>Ort. HJ åtgärdsåtgärder vid telefon</td> <td>75</td> <td>75</td> </tr> <tr> <td>Ort. HJ åtgärdsåtgärder vid telefon</td> <td>75</td> <td>75</td> </tr> <tr> <td>Ort. HJ åtgärdsåtgärder vid telefon</td> <td>75</td> <td>75</td> </tr> <tr> <td>Ort. HJ åtgärdsåtgärder vid telefon</td> <td>75</td> <td>75</td> </tr> <tr> <td>Ort. HJ åtgärdsåtgärder vid telefon</td> <td>75</td> <td>75</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	Målvärde	Resultat	Effektivitet	75	75	Läkemedel palliativ vård	75	75	Vårdplan	75	75	Bok. tryckpunktssamtal	75	75	Ort. HJ åtgärdsåtgärder vid telefon	75	75	Ort. HJ åtgärdsåtgärder vid telefon	75	75	Ort. HJ åtgärdsåtgärder vid telefon	75	75	Ort. HJ åtgärdsåtgärder vid telefon	75	75	Ort. HJ åtgärdsåtgärder vid telefon	75	75	Ort. HJ åtgärdsåtgärder vid telefon	75	75
Indikator	Målvärde	Resultat																																		
Effektivitet	75	75																																		
Läkemedel palliativ vård	75	75																																		
Vårdplan	75	75																																		
Bok. tryckpunktssamtal	75	75																																		
Ort. HJ åtgärdsåtgärder vid telefon	75	75																																		
Ort. HJ åtgärdsåtgärder vid telefon	75	75																																		
Ort. HJ åtgärdsåtgärder vid telefon	75	75																																		
Ort. HJ åtgärdsåtgärder vid telefon	75	75																																		
Ort. HJ åtgärdsåtgärder vid telefon	75	75																																		
Ort. HJ åtgärdsåtgärder vid telefon	75	75																																		









Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
 Sammanställning och analys av alla avvikelser- och tillbudsrapporter som beror på bristande kompetens hos personal och vidtagna åtgärder - gruppbostad	Avvikelse rapport Lifecare Tillbudsrapport KIA	1 ggr per år	Det finns inga avvikelser vad gäller bristande kompetens Life Care. Tillbudsrapporter i KIA visar inte på bristande kompetens hos personal.
 Följa upp systematisk logguppföljning av dokumentation i Lifecare	Granskning av journaler	Månadsvis	Loggning dokumentationssystem SoL/LSS sker enligt rutin. Loggning HS-enheten samt NPÖ/Samsa har inte gjorts från maj pga. arbetsbelastning och byte av MAS. Vid loggningen har några mindre avsteg från rutiner uppmärksamats. Berörd personal är kontaktad.

Under 2025 har Social verksamhet genomfört tre större förändringar i verksamhetssystemet för dokumentation. Lifecare aktivitetsplanering och HSL-signering har införts och påverkat en stort antal personal. Detta har tagit mycket resurser i anspråk för planering och genomförande. Därtill byggdes systemet om utifrån en ny socialtjänstlag som började gälla 2025-07-01. Verksamheten lägger fortsatt mycket tid på handhavande och samordningen mellan olika delar i systemet för att få ut rätt nyckeltal för verksamhetsuppföljningen och systematik i arbetet. Processer och rutiner som aktualiserats har setts över. Egenkontrollerna är ett viktigt instrument för analys av vad verksamheten behöver förbättra och vidmakthålla framöver..

## Uppföljning av åtgärder

Åtgärd	Status	Typ av åtgärd	Kommentar
 Hygienombudsträff	Pågående	Förebyggande	Nyhetsbrev och nya uppdaterade rutiner skickas ut kontinuerligt till hygienombud och chef. Effekten är att verksamheten jobbar enligt god hygienisk standard men behöver påminnas med jämna mellanrum.
 Rita en process för HLT med tillhörande aktivitet, riskanalys och egenkontroll	Ej påbörjad	Förbättrande	Arbetet med att utveckla kvalitetsledningssystemet och säkerställa att alla processer har en egenkontroll och en riskanalys har inte kunnat prioriteras under året. Detta då verksamheten under flera månader 2025 saknat en MAS-funktion och flera stora införandeprojekt gjorts i verksamhetssystemet som berör samma funktioner i verksamheten.
 Se över processen så den stämmer med	Avslutad	Förbättrande	Processen har justerats enligt ny struktur för uppföljning i kommunen. Social verksamhet följer upp målet genom analys och dialog vid två tillfällen



Åtgärd	Status	Typ av åtgärd	Kommentar
uppföljningen av målarbetet			per år, (H1 och H2)
 Ta fram ny process/rutin och ansvariga för gallring i nya verksamhetssystemet (Lifecare)	Ej påbörjad	Förebyggande	Arbetet med att utveckla kvalitetsledningssystemet och säkerställa att alla processer har en egenkontroll och en riskanalys har inte kunnat prioriteras under året. Detta då verksamheten under flera månader 2025 saknat en MAS-funktion och flera stora införandeprojekt gjorts i verksamhetssystemet som berör samma funktioner i verksamheten.
 Uppdatera process, ta fram riskanalys och egenkontroll dagverksamhet demens	Avslutad	Förbättrande	Då alla tidigare deltagare istället flyttat in på särskilt boende togs beslut om att tillfälligt pausa dagverksamheten för personer med demens. I samband med ny uppstart av verksamheten bör processen gås igenom på nytt och kompletteras med riskanalys och egenkontroll.
 Göra klart processen verkställa ungdomsövervakning med en aktivitet, riskanalys och egenkontroll	Ej påbörjad	Förbättrande	På grund av arbetsbelastning har detta arbete inte prioriterats under 2025. Chef har uppmanats boka möte för uppstart.
 Göra klart processen Våld i nära relation med en aktivitet, riskanalys och egenkontroll	Ej påbörjad	Förbättrande	Arbetet med att utveckla kvalitetsledningssystemet och säkerställa att alla processer har en egenkontroll och en riskanalys har inte kunnat prioriteras under året. Detta då verksamheten under flera månader 2025 saknat en MAS-funktion och flera stora införandeprojekt gjorts i verksamhetssystemet som berör samma funktioner i verksamheten.
 Ta fram riskanalys och egenkontroll för processen överlämning från myndighet till utförare	Pågående	Förbättrande	På grund av arbetsbelastning har detta arbete inte prioriterats under 2025. 1:e socialsekreterare har påbörjat en översyn av rutiner kopplade till överlämningar och uppföljningar i ärenden.
 Kontinuitetsplan för försörjning av läkemedel	Pågående	Förebyggande	Finns en nationell kontinuitetsplan för läkemedel. Säkerhetssamordnare V3 (Vara, Essunga och Grästorp) och MAS i respektive kommun jobbade under 2024 med att ta fram rutiner tillsammans. På grund av byte av MAS i både Essunga och Grästorp avstannade arbetet 2025 men kommer återupptas under 2026.
 Avbrottsrutin vid kris för kommunal primärvård	Pågående	Förebyggande	I december 2024 genomfördes en beredskapsdag med säkerhetssamordnare med fokus på kunskapshöjning och seminarieövning inom



Åtgärd	Status	Typ av åtgärd	Kommentar
			kommunal hälso- och sjukvård under höjd beredskap och krig. 2025 har varit ett mellanår i beredskapsarbetet och medel är sökt för att ha en huvudansvarig person för uppdraget. Arbetet fortsätter därför under 2026 med inventering av resurser och framtagande av avbrottsrutiner och beredskaplager. Samverkan är i fokus
Tydliggöra rutiner för informationssäkerhet inom Grästorps kommun	Pågående	Förbättrande	Uppdraget hanteras främst av gemensam informationssäkerhetssamordnare för kommunerna Essunga, Grästorp och Vara. En digital informationssäkerhetsutbildning för alla medledare har köpts in och ska startas upp framöver.

Arbetet med att utveckla kvalitetsledningssystemet och säkerställa att alla processer har en egenkontroll och en riskanalys har inte kunnat prioriteras under 2025. Detta då verksamheten under flera månader saknat en MAS-funktion samt att flera stora införandeprojekt gjorts i verksamhetssystemet som berör samma funktioner i verksamheten.

## Uppföljning avvikelser under året

### Avvikelsestatistik

Avvikelsestyp	Antal avvikelserapporter	Kommentar
Avvikelse annan vårdgivare	12	Avvikelsehantering sker i systemet MedControlPro som är gemensamt för alla vårdgivare i VGR. Under 2025 har kommunen lämnat 12 stycken avvikelser till Skas och NU-sjukvården och Capio Grästorp.
Bemötande mot brukare/patient eller närstående	3	Samtliga avvikelser handlar om personal som agerat olämpligt där chef vidtagit samtal/åtgärder.
Digitala hjälpmedel i verksamheten	21	Även detta år har huvuddelen handlat om brister kring larmsystemet på Särskilt boende och produkter som inte hanterats på rätt sätt. Ingen brukare/patient har kommit till skada.
Fallhändelser brukare/patient	509	Under 2025 har 8 avvikelser rapporterats med misstanke om fraktur efter fall. Det förebyggande arbetet är i fokus.
Fysisk miljö och inventarier	10	Avvikelseerna handlar mestadels om felaktig hantering av sänggrindar. Ingen brukare har påverkats negativt.
Handläggning av ärende	15	Avvikelseerna handlar främst om överskridna utredningstider och när det förekommer brister i dokumentation, informationssäkerhet eller uppföljning av beslut. Inga brukare



		har påverkats negativt. Åtgärder har vidtagits och uppföljning pågår.
Läkemedelshantering	114	Under 2025 har verksamheten implementerat ett nytt digitalt system för alla signering av läkemedelsgivning. Trots detta är antalet avvikelser något lägre 2025 jämfört med 2024.
Medicintekniska produkter	10	Utredningarna visar på att handhavandefel är en vanlig bakomliggande orsak till avvikelsen. Flertalet har registrerats felaktigt och avser läkemedelshantering. Ingen rapport är inlämnad till läkemedelsverket eller Socialstyrelsen på allvarligt produktfel under 2025.
Utförande av insats/omsorg/stöd	30	Rapporter beskriver bland annat insatser som inte utförts enligt plan eller på ett felaktigt sätt. Inget av detta har bedömts så allvarligt att utredning enligt lex Sarah inletts.
Vård och behandling	21	Ingen patient har påverkats negativt. Avvikelserna handlar främst om felaktiga eller fördröjda insatser.
Övergrepp fysiskt, psykiskt, sexuellt eller ekonomiskt	1	Ett fall av ekonomiskt övergrepp har rapporterats. Händelsen är polisanmäld och utredd. Åtgärder har vidtagits för en hantering av värdesaker på ett tryggare sätt.
Synpunkter och klagomål	8	Samtliga synpunkter har besvarats enligt rutin. Samtliga klagomål har utretts och hanterats tillsammans med närstående i förekommande fall
lex Sarah	2	Ingen utredning är anmäld som missförhållande till IVO.
Vårdskada (lex Maria)	0	Ingen utredning är anmäld som vårdskada till IVO.

Antalet avvikelse rapporter har fortsatt att minska jämfört med tidigare år. Avvikelser som hänger samman med ett missnöje med personalens arbetsmiljö har minskat. Flera av avvikelserna är mycket bra underlag för att kunna analysera, skapa ett lärande och förbättra verksamheten. Under året har avvikelse rapporter lett till förändringar i arbetssätt och rutiner men det är fortsatt utvecklingsområde att arbeta vidare med på olika nivåer för att säkra kvaliteten i verksamheten. Det är en utmaning att skapa utrymme för detta i vardagen. Dialog med patient/brukare och närstående är en framgångsfaktor för att se helheten och för den personcentrerade vården.



# Organisationens kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling

## Sammanfattning av dialoger i socialutvecklingsutskottet under året

### Vårens dialog 2025

Vid Socialutvecklingsutskottets sammanträde den 14 maj 2025 (protokoll § 37) genomfördes en fördjupad och strukturerad dialog med företrädare för Social verksamhet. Syftet var att följa upp hur verksamheten arbetar i linje med kommunens övergripande mål: ”Vi ger förutsättningar för ett gott och meningsfullt liv i alla åldrar”. Fokus denna uppföljningsperiod var området kvalitet i socialtjänsten.

Bedömningen, som baseras på en analys av både kvalitativa beskrivningar och kvantitativa resultat, är att målet i nuläget är delvis uppfyllt. Verksamheten uppvisar tydliga styrkor inom trygghet, tillgänglighet och samverkan, vilket ger en stabil grund. Samtidigt har utskottet identifierat behov av fortsatt utveckling, särskilt inom områden som långsiktig kompetensförsörjning och fördjupning av det systematiska kvalitetsarbetet. Att målet bedöms som delvis uppfyllt ska även ses i ljuset av att verksamheten befinner sig i ett pågående förbättringsarbete, där flera viktiga delar redan är på plats men ännu inte fullt ut förankrade i hela organisationen.

### Sammanfattning från dialogen

Måttet Kunder/deltagare upplever en hög nöjdhet – Delvis uppfyllt:

Brukarundersökningar från 2024 och 2025 visar en hög samlad nöjdhet. Verksamheten uppvisar god förmåga att synliggöra resultat på flera områden och omsätta dem i förbättringsåtgärder. Det finns även en stark känsla av trygghet bland brukarna. Dock behöver vissa delar av verksamheten arbeta än mer systematiskt med kvalitetsindikatorer och analysera resultat på djupare nivå.

Måttet God och nära vård och omsorg – Helt uppfyllt:

Verksamheten uppfyller på ett föredömligt sätt intentionerna med en god och nära vård. Det finns exempel på välfungerande personcentrerat arbetssätt, nära samverkan med primärvården och innovativ användning av välfärdsteknik. Tillgången till sjuksköterska på boende upplevs som hög. Intern kompetens används strategiskt för utbildningsinsatser i t.ex. palliativ vård. Det råder en stabil organisatorisk struktur som främjar kvalitetsutveckling. Trots detta finns fortsatt behov av att säkra uthålligheten i personcentrerade arbetssätt, särskilt inom hemtjänstens mer schemastyrda verksamhet.

### Slutsats

Utskottet understryker vikten av att komplettera dialoguppföljningen med regelbundna verksamhetsbesök (Go & See) för att skapa en djupare förståelse för verksamhetens vardag och utmaningar. Bedömningen att målet är delvis uppfyllt grundas på att Social verksamhet är på god väg, men att det kvarstår strukturella utmaningar, särskilt gällande kompetensförsörjning och implementering av kommande krav i ny socialtjänstlag. Verksamheten uppvisar dock starkt engagemang och tydlig riktning framåt. Socialutvecklingsutskottet bedömer därmed att Social verksamhet har goda förutsättningar att inom överskådlig tid uppnå full måluppfyllelse, förutsatt fortsatt strategiskt utvecklingsarbete.

### Fortsatt utveckling 2025

Mot bakgrund av dialogen och identifierade utmaningar har Social verksamhet ett antal prioriterade utvecklingsområden för 2025 och 2026. Dessa syftar till att stärka kvaliteten, svara



- upp mot nya krav och säkra en långsiktigt hållbar verksamhet.
- Fördjupad kund/deltagardialog för ökad individanpassning.
  - Kompetensutveckling inom evidensbaserad praktik och ny lagstiftning.
  - Utveckling av arbetssätt kring fast omsorgskontakt och tillgänglighet.
  - Kompetensförsörjning.

Verksamheten har en god grund och tydlig riktning, vilket ger förutsättningar att på sikt nå full måluppfyllelse.

## Dialog hösten 2025

Vid socialutvecklingsutskottet den 19 november 2025 (§ 92) genomfördes det en dialog avseende uppföljning av mål *"Vi ger förutsättningar för ett gott och meningsfullt liv i alla åldrar"* med fokus på området Utveckling som främjar hälsa och välbefinnande

Ärendet avser beslut om en sammanfattning av dialogen kring målet *"Vi ger förutsättningar för ett gott och meningsfullt liv i alla åldrar"* samt en bedömning i vilken utsträckning målet anses vara uppfyllt.

Bedömningen, som utgår från den uppföljning och analys som är genomförd som underlag inför och presenterad vid dialogerna i utskotten, är att verksamheten delvis är på väg mot målet, utvecklingen är positiv, målet bedöms därför i nuläget som **delvis uppfyllt**.

### Sammanfattning från dialogen

Måttet Valfärden utvecklas genom effektiva och innovativa arbetssätt – Delvis uppfyllt:

Måluppfyllelsen varierar mellan enheterna, vilket återspeglar enheternas olika utmaningar/förutsättningar. Bedömningen är gjord utifrån de förväntade effekterna.

Gemensamma aktiviteter som omställningsarbetet ihop med Stor-APT samt implementering av digitala verktyg har påverkat resultaten positivt.

Något verksamheten är särskilt stolta över är:

- att implementeringen/bytet till flera nya moduler i Lifecare samt omställningen av systemet till en ny socialtjänstlag genomförts systematiskt och trots allt gått ganska "smärtfritt" för hela verksamheten.
- att kraftsamlingen med 2024 års Stor-APT för all personal och efterföljande utvecklingsarbete på enheten visar på flera exempel av nya arbetssätt och samverkan.
- att verksamheten genom ett effektivt arbete med Senior Alert ännu ett år prisas som en "Guldkommun".
- att arbetet genom att föra dialog med hyresgäster och deras anhöriga nyligen visat på en ökad svarsfrekvens i den nationella brukarundersökningen inom äldreomsorgen.

Måttet Det förebyggande arbetet bidrar till ökad hälsa och välbefinnande – Delvis uppfyllt:

Insatser inom det förebyggande arbetet bidrar till trygghet, självständighet och livskvalitet.

Något verksamheten är särskilt stolta över är:

- att så stor andel av deltagarna inom AME gått vidare till arbete och studier
- möjligheten att få testa ett nytt fallförebyggande arbete (TUFF)
- att samverkan mellan sjuksköterska, fysioterapeut och seniorcenter har ökat kvaliteten och möjliggjort mer individanpassade insatser liksom rehabs samverkan med dagverksamheten.

### Slutsats

I dialogen mellan politik och verksamheten finns en stor samstämmighet att verksamhetens resultat på aktuella mått ska bedömas som delvis uppfyllt med en tydlig pil uppåt/framåt.

Verksamheten är inte i mål men befinner sig där de förväntas vara. Målet ska kanske aldrig vara



helt uppfyllt då det ständigt pågår en utveckling med nya förutsättningar som verksamheten måste hantera. Utskottet säger sig vara trygga med det underlag som presenterats på olika sätt och upplever att det finns ett stort driv framåt i verksamheten, att verksamheten jobbar på åt rätt håll.

Genomförda Go&see under hösten, totalt fem tillfällen, kompletterar väl bilden som verksamheten presenterade i dialogen. Utskottet uttrycker att det upplevs värdefullt att få ta del av olika enheters arbete. Go&see bidrar till att det blir en röd tråd och skapar en djupare förståelse för verksamhetens vardag och utmaningar. Dessa besök bidrar också till en tydlig känsla att personal är stolta över sitt arbete.

Bedömningen att målet är delvis uppfyllt och Socialutvecklingsutskottet bedömer därmed att Social verksamhet har goda förutsättningar att inom överskådlig tid uppnå måluppfyllelse, förutsatt fortsatt strategiskt utvecklingsarbete.

### **Fortsatt utveckling**

Social verksamhet har analyserat och tagit fram flera utvecklingsområden och prioriterade behov framöver. Viktiga utvecklingsområden är att fortsatt jobba med kommunikation, samarbete, kompetensutveckling och effektivitet i arbetsprocesser. För att göra det behövs förutsättningar att kunna planera och prioritera rätt i verksamheten vilket är svårt utifrån demografi, den förändringstakt som pågår i omvärlden och en ansträngd ekonomi. Idag lägger chefer mycket tid för att rekrytera personal. Utifrån den nya Socialtjänstlagen behöver nya samverkansformer skapas, exempelvis samverkan med civilsamhälle, föreningar och med andra verksamheter som inte finns idag.

I dialogen lyfts ekonomin som ett hinder att göra särskilda och viktiga satsningar. Vård i livets slut i hemmet, ställer högre krav på kompetens och digital teknik kan va en väg framåt men det tid för upplärning är kostsamt. Kompetens och personalbrist lyfts också som ett kommande hinder. Äldreomsorgslyftet finns men räcker det till? Demografien - vi blir fler äldre och insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen ökar.

I det förebyggande arbetet som nu också blivit mer uppmärksammat genom den nya socialtjänstlagen (2025:400) lyfts behov av utökad samverkan med civilsamhället, att anta och implementera den lokala Äldrestrategin, att utveckla arbetet med statistik och uppföljning samt att nå ut till fler målgrupper. Det finns även grupper som kan vara svåra att nå och som håller sig utanför grupper och verksamheter på grund av till exempel psykisk ohälsa mm. Nya innovativa och uppsökande funktioner behöver skapas för att nå ALLA medborgare.

Mot bakgrund av tidigare dialoger och identifierade utmaningar har Social verksamhet ett antal prioriterade utvecklingsområden för 2025 och 2026. Dessa syftar till att stärka kvaliteten, svara upp mot nya krav och säkra en långsiktigt hållbar verksamhet.

- Fördjupad kund/deltagardialog för ökad individanpassning.
- Kompetensutveckling inom digitalisering, evidensbaserad praktik och ny lagstiftning.
- Utveckling av arbetssätt kring fast omsorgskontakt och tillgänglighet.
- Utvecklad samverkan med civilsamhället.
- Kompetensförsörjning – rekrytera och behålla personal.

Verksamheten har fått en god grund och tydlig riktning, vilket ger förutsättningar att på sikt nå full måluppfyllelse. En tydligare prioritering mellan utvecklingsområden behöver dock klargöras i kommande dialoger under året.



## Övergripande mål för kommande år

Inför 2026 är nämndens mål oförändrat jämfört med föregående år: *Vi ger förutsättningar för ett gott och meningsfullt liv i alla åldrar*. Målet har delats in i två områden med mått som följs upp i dialog mellan verksamhet och politik under året. Nedan anges aktuella områden och mått:

- Kvalité i socialtjänsten
  - Kunder/deltagare upplever en hög nöjdhet
  - God och nära vård och omsorg
- Utveckling som främjar hälsa och välbefinnande
  - Valfärden utvecklas genom effektiva och innovativa arbetssätt
  - Det förebyggande arbetet bidrar till ökad hälsa och välbefinnande

Utifrån målet har enheterna tagit fram förslag på fyra olika aktiviteter för att målet ska nås.