Växjö kommun

Kvalitets- och patient-säkerhetsberättelse,

Arbete och välfärd

www.vaxjo.se

Informationsklassning: Intern

Innehållsförteckning

Sammanfattning ... 3
Inledning ... 4
Grundläggande förutsättningar för säker vård och en socialtjänst med god kvalitet ... 6
Engagerad ledning och tydlig styrning ... 6
En god säkerhetskultur ... 11
Adekvat kunskap och kompetens ... 11
Den enskilde som medskapare ... 13
Agera för säkra insatser och säker vård ... 15
Öka kunskap om inträffade avvikelser samt stärka analys, lärande och utveckling ... 15
Tillförlitliga och säkra system och processer ... 23
Säker verksamhet här och nu ... 23
Öka riskmedvetenhet och beredskap ... 26
Egenkontroll ... 26
Kvalitet inom vuxenutbildning ... 39
Avvikelser och klagomål ... 39
Anmälan om kränkande behandling ... 41
Förbättringsarbete ... 41
Mål och strategier för kommande år ... 44

Bilagor

Bilaga 1: Kvalitetsrapport 2024 Komvux

Informationsklassning: Intern

Sammanfattning

Under 2024 har följande utvecklingsområden varit prioriterande för nämndens systematiska kvalitetsarbete.

- Genomgång av samt utökad information och kunskap om SOSFS 2011:9 och kraven på kvalitetsarbete inom förvaltningen.
- Utveckling av arbetet med egenkontroller samt arbetet med att verksamhetsanpassa egenkontroller.
- Säkerställa ändamålsenliga mallar, rutiner och blanketter inom avvikelsehanteringen.
- Undersöka möjligheten till egenkontroll av avvikelsehantering.
- Undersöka möjligheten för enhetschefer att själva beskriva kvalitetsarbetet på enheten.
- Undersöka möjligheten till att ta fram kvalitetsgarantier.

För patientsäkerhetsarbetet fattar nämnden varje år beslut om en patientsäkerhetsplan. Planen för 2024 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 finns definierade för 2025 och kommer att följas upp i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för 2025.

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.

Informationsklassning: Intern

Inledning

Förvaltningen arbete och välfärds verksamheter styrs av olika lagar. Socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrande (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 2024. 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 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 ha sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

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.

Nämnden för arbete och välfärd är huvudman för den kommunala vuxenutbildningen är 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

Informationsklassning: Intern

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.

Informationsklassning: Intern

Grundläggande förutsättningar för säker vård och en socialtjänst med god kvalitet

Engagerad ledning och tydlig styrning

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

Organisation och ansvar

Nämndens 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,

Informationsklassning: Intern

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 initieras. Medarbetare ska också medverka vid risk- och avvikelsehantering samt bidra med sin kunskap i framtagning av åtgärder och utvecklingsarbetet.

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 bestämt. 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.

Stödfunktioner i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Till kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet finns stödfunktioner från förvaltningen arbete och välfärd. Inom förvaltningen arbete och välfärd organiseras arbetsgrupp av verksamhetsutvecklare, specialister och socialsekreterare med uppdraget att samordna det systematiska kvalitetsarbetet. Förvaltningens verksamhetsutvecklare finns även som stöd till ledning i avstämningar av HSL-insatser som erbjuds i samverkan med omsorgsförvaltningen.

Övergripande mål och strategier

Systematiskt kvalitetsarbete

Under 2024 har följande utvecklingsområden varit prioriterande för nämndens systematiska kvalitetsarbete.

- *Genomgång av presentation och tillhörande diskussionsfrågor om avvikelsehantering i ledningsgrupp, chefsgrupper och alla personalgrupper.*

Förvaltningens arbetsgrupp för systematiskt kvalitetsarbete har haft genomgång i ledningsgrupp och samtliga chefsgrupper. Ansvariga enhetschefer har sedan gått igenom materialet med tillhörande diskussionsfrågor i sina personalgrupper. Under våren 2024 gjordes en uppföljning i form av enkätutskick till samtliga chefer avseende behovet av ytterligare workshops och stöd i arbetet med avvikelsehanteringen. Det framkom inte behov av ytterligare utbildningsinsatser. Däremot har stöd erbjudits chefer och medarbetare individuellt i avvikelsehanteringen, och även via de utbildningsfilmer som finns i utbildningsportalen.

Informationsklassning: Intern

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 en lång erfarenhet och etablerade arbetssätt som främjar både intern samverkan inom kommunkoncernen och extern samverkan med andra kommuner, myndigheter och organisationer.

Samverkan inom individ- och familjeomsorgens verksamhetsområde

Genom formaliserade avtal om länsgemensamma verksamheter, så som Barnets bästa gäller!, Familjerätten, projekt finansierade av Europeiska socialfonden (ESF), Barnahus och Familjefrid Kronoberg skapas möjligheter för samverkan i det arbete som görs nära invånaren i länet. I de länsgemensamma verksamheterna utvecklas både 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. De ESF-projekt som startats under hösten 2024, bland annat "Samverkan kring unga som varken arbetar eller studerar", utvecklas metoder 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.

Därtill finns en bred samverkan med andra myndigheter så som polis, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och lokala näringslivet.

Samverkan i Komvux

Samverkan i den kommunala vuxenutbildningen, komvux, sker i hög utsträckning främst med de privata utbildningsanordnarna. Regelbundna samverkansmöten sker i syfte om 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. Även intern samverkan med arbetsmarknadsverksamheter finns etablerad, för att stötta invånare att ta stegförflyttningar närmare arbetsmarknaden.

Informationsklassning: Intern

Samverkan i hälso- och sjukvårdsinsatser

För verksamheter med hälso- och sjukvårdsinsatser sker samverkan med omsorgsförvaltningen i form av såväl regelbundna möten mellan chefer och stödfunktioner, mellan sjuksköterskeorganisationen och enskilda verksamheter inom socialpsykiatrins verksamhetsområde, som 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.

Under året har arbetet med delegering av medicinhantering setts över, och uppgifter som behöver göras innan delegering förtydligats. Det har inneburit en gemensam rutin för arbete och välfärd och omsorgsförvaltningen. Vidare är de ansvariga sjuksköterskor för respektive verksamhet med under personalmöten för dialog om det gemensamma arbetet med omsorgstagaren. För att säkra god kvalitet till verksamheterna arbetar numera sjuksköterskor i par över förvaltningsgränserna.

Den nya processen avseende larmkedjan för läkemedelsrobotar inom socialpsykiatri har implementerats under året. Bakgrunden till ett omtag avseende larmkedja är att sjuksköterskorna har upplevt svårigheter i att hantera larmkedjan dagtid. Larmkedjan har under året flyttats över till den enhet inom socialpsykiatrin som har den på kvällstid, samt dagtid under helger. Den teamskanal som skapades i samband med överflytten har fungerat väl. Samtliga medarbetare som ingår i larmkedjan har tillgång till teamskanalen, i syfte om att underlätta kommunikation mellan larmmottagren och de medarbetare som hanterar åtgärden av larmet under dagtid. Vid uppföljning i samverkansmöte mellan ansvariga chefer och sjuksköterskor har det framkommit att den nya processen fungerar väl.

Vidare sker 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 avseende skadligt bruk och beroende

Förvaltningen för arbete och välfärd ansvarar även för att ge stöd till invånare som har ett skaligt bruk och/eller beroende av alkohol och narkotika. I samverkan med Region Kronoberg och Alvesta kommun drivs projektet "En samordnad vårdkedja för skadligt bruk och beroende", i syfte om att säkerställa en vårdkedja utifrån invånarens behov av hög kvalitet. Projektet bygger på ett gemensamt huvudmannaskap och ansvar för att

Informationsklassning: Intern

skapa en flexibel och hållbar lösning som kan möta både nuvarande och framtida behov i Kronoberg. I februari 2024 beslutade styrgruppen om projektplan för implementeringsarbetet som även kommer pågå under 2025.

Under 2024 har delmoment 1 – ”vägen in” i vårdkedjan genomförts samt till största del delmoment 2 – ”dygnsplacering”. Arbetet har präglats av ett öppet arbetssätt med ett stort engagemang från berörda aktörer och professioner. Representanter från Region Kronobergs Akutpsykiatriska enheter, chefer och medarbetare från HVB Ekeliden och stödboendet Novus samt socialsekreterare från Alvestas och Växjö kommuns myndighetsenheter har arbetat med att ta fram arbetssätt och åtgärder inom delmomenten. Brukarmedverkan genom intervjuer involverades för att få del av invånarnas synpunkter över vårdkedjans olika delar. Underlagen som arbetas fram vävs samman med lagstiftning, forskning samt samsjuklighetsutredningens avsikt.

Under hösten 2024 presenterades en delrapport för delmoment 1- vägen, med förslag på arbetssätt och arbetet framåt för en implementering. Delrapporten för delmoment 2- dygnsplaceringar är under slutförande. Arbetet med projektets *delmoment 3 – likvärdig vård och sociala stödinsatser* planeras att påbörjas i början av 2025 tillsammans med med arbets- och referensgrupper från samtliga parter. Samtliga delmoment vävs tillsammans för att slutligen ta fram finansieringsunderlag och avtal för en implementeringsplan till september 2025.

Informationssäkerhet

En del i arbetet med informationssäkerhet är att genomföra regelbundna loggkontroller i verksamhetssystemet Lifecare. Under 2024 har loggkontroller genomförts för verksamheter som arbetar i IFO-modulen i verksamhetssystemet. Under året har även en rutin och manual arbetats fram för att genomföra loggkontroller även för verksamheter som arbetar inom vård- och omsorgsmodulen. Den första loggkontrollen i vård- och omsorgsmodulen kommer att genomföras för januari månad 2025. Arbetet med loggkontroller är en del av nämndens internkontrollplan för 2024 samt utökningen av loggkontrollen involveras i intern kontrollplan för 2025. Samtliga *redovisade* underlag av genomförda loggkontroller under 2024 visar godkända resultat, det vill säga att ingen olovlig läsning har upptäckts. Däremot framkommer vid granskning av arbetet med loggkontroller att samtliga utskickade loggkontroller inte gjorts eller redovisats. Mer information om genomförande och resultat redovisas i uppföljningen av årets interna kontrollplan.

För informationssäkerhet i form av utlämnande av allmänna handlingar, exempelvis i form av journalanteckningar, finns skriftliga rutiner. Inom riskanalysen för intern kontrollplan för 2025 lyfts risken att lämna ut felaktiga handlingar vid begäran från

Informationsklassning: Intern

exempelvis andra myndigheter eller invånaren. Som en åtgärd har rutin och tillvägagångssätt gällande informationssäkerhet inkluderats i samtliga avdelningarna årshjul, vilket innebär att rutin och arbetssätt ska lyftas årligen på samtliga enheter. Likaså finns skriftliga rutiner för hantering av ärenden med skyddade personuppgifter. Under året har det utretts missförhållanden enligt bestämmelserna om lex Sarah avseende röjda skyddade personuppgifter. Som en åtgärd ska rutin avseende skyddade personuppgifter revideras och göras känd inom samtliga av förvaltningens verksamheter. Risken för att röja personuppgifter har också involverats och bedömts i riskanalysen för intern kontrollplan för 2025.

En god säkerhetskultur

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

Ett av målen för patientsäkerhetsarbetet under året har varit att fortsätta arbetet med att ge information om SOSFS 2011:9 och kraven på kvalitetsarbete inom förvaltningen. Ett gemensamt avstamp gjordes under slutet på år 2023 samt början av året 2024, där samtliga chefer och enheter har genom workshops utbildats i förvaltningens avvikelsehantering. Under 2024 har arbetsgruppen för systematiskt kvalitetsarbete i dialog med verksamheterna utvecklat egenkontrollerna för att de på bättre sätt ska spegla den verksamhet som bedrivs. Det innebär att förvaltningen har gått från generella egenkontroller till verksamheten till egenkontroller riktade till olika områden, så som beslutsunderlag, utredningsunderlag, genomförandeplan, vårdhygienrond och loggkontroll. Under året har även ett arbete gjorts för att ta fram arbetssätt, rutin och manual för loggkontroll i vård- och omsorgsmodul i verksamhetssystemet Lifecare. Loggkontrollen syftar till att säkerställa att ingen obehörig läsning och hantering av sekretessuppgifter sker i systemet. Samtliga medarbetare som arbetar inom verksamhetssystemet Lifecare, oavsett modul, kommer att vara aktuella för loggkontroll.

Adekvat kunskap och kompetens

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

Informationsklassning: Intern

I förvaltningens sker ständigt kompetensutvecklingssatsningar. Under året har det varit särskilt fokus på den nya socialtjänstlagen, men även på ny lag om placering i skyddat boende. Vidare har även förvaltningen arbetat med att lyfta kunskapen om individbaserad systematisk uppföljning samt hur arbetet kan implementeras i förvaltningen. Genom systematisk uppföljning får förvaltningen både kunskap och kompetens om effekterna av genomförda insatser. Även granskningar och utredningar av avvikelser och enligt rapport om lex Sarah diskuteras under enhetsmöten i syfte om att sprida kunskap och bidra till ökat lärande.

Yrkeskunskap och kunskap om patientsäkerhet säkerställs genom övergripande och individuella kompetensutvecklingsplaner. I samband med delegering säkerställs medarbetares kompetens i aktuella arbetsuppgifter genom personlig utbildning och kunskapstest. Utbildningsportalen används i stor utsträckning för lättillgänglig och kontinuerlig kompetensutveckling. Gemensamma utbildningstillfällen bland annat inom omsorgsnära arbete samt om den nya socialtjänstlagen som förväntas träda i kraft 1 juli 2025. Vid utbildningstillfällena bjöds även sjuksköterskor från omsorgsförvaltningen in, och har varit uppskattade av medarbetare inom socialpsykiatrin samt av sjuksköterskor och stödfunktioner. Vidare har arbetet med utbildning om nutrition fortsatt att lyftas på enheterna inom socialpsykiatrin. Den utbildningsfilm som finns att tillgå via omsorgsförvaltningen har enhetschefer gått igenom, men bedömt att inte motsvarar behovet av kompetensutveckling hos medarbetarna. Istället har delar av innehållet och underlaget diskuterats på enheternas möten. Vid behov och intresse finns möjlighet för medarbetare att utveckla sina kompetenser.

Under sommaren 2024 arbetade förvaltningens socialpsykiatri ett aktivt arbete med att introducera semestervikarier inom flera verksamheter, exempelvis både inom ordinärt och särskilt boende. Resultatet av nya arbetssättet har inneburit semestervikarier med god kompetens om verksamheten, samt en flexibilitet att arbeta över enhetsgränser. Många av semestervikarierna har fortsatt arbeta inom förvaltningens bemanningsorganisation. Genom att aktivt arbeta med att behålla och kompetensutveckla semestervikarier säkras både bemanning, men bidrar också till att brukare får träffa samma personal mer regelbundet, och att färre brukare tackar nej till stöd på grund av att det är en vikarie som arbetar. Därtill har bemanningsorganisationen också anställt tre poolare, som

Informationsklassning: Intern

arbetar där vakanser uppstår inom verksamheten. Poolarna är utbildade boendestödjare och arbetar brett över verksamhetsområdet. Även detta bidrar till en effektiv bemanning och god kompetens inom verksamheten.

Förvaltningen har sedan 1 september också implementerat ett förvaltningsövergripande rekryteringsteam som ansvarar för att utreda och matcha uppdragstagare med beslut enligt SoL och LSS om till exempel kontaktperson och avlösare. Genom ett gemensamt rekryteringsteam får förvaltningens bättre förutsättningar för likvärda utredningar och bedömningar inom uppdraget. Ett uppdrag för rekryteringsteamet är att hitta fler, samt erbjuda utbildningar och kompetensutvecklingsinsatser för uppdragstagare.

Den enskilde som medskapare

En grundläggande förutsättning för god kvalitet och en säker vård 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 SoL eller LSS ska också följas av en genomförandeplan. I genomförandeplaner görs enskilda delaktiga genom att medverka vid utformningen av genomförandeplanen. Förvaltningen följer enskildas delaktighet i genomförandeplanerna årligen i form av egenkontroller, se avsnittet Egenkontroll.

I ärenden där flera aktörer behöver samverka erbjuds den enskilde samordnad individuell plan (SIP). Vidare ges enskilda, anhöriga 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.

Informationsklassning: Intern

För patienten som medskapare sker regelbundet samverkan med patientföreningar genom handikapprådet och i samband med särskilda händelser. Ett av förvaltningens uppdrag för budgetåret 2025 är att formalisera samverkan med brukarorganisationer, i syfte om att öka enskildas delaktighet i verksamheten.

Enskilda görs också delaktiga genom tillsyn i verksamheten. Under 2024 har den årliga tillsynen av hem för vård och boende (HVB) för barn och unga vid Bengtsgård HVB. Fokus i tillsynen har varit de ungas upplevelser av att bo i verksamheten. Vidare har fokus varit om verksamheten verkar för att erbjuda de unga en trygg och säker vård av god kvalitet och möjlighet till delaktighet i planeringen av sin vård. Inför tillsynen fick ungdomarna möjlighet att besvara en enkät och enhetschef fick besvara ett självskattnings- och frågeformulär. Vid tillsynen genomförde IVO intervju med enhetschef och samtal med samtliga boende. I återkoppling från tillsynen framkommer inga brister i verksamheten avseende arbetet i att förebygga, uppmärksamma och agera vid hot, våld och övergrepp, dock en brist i att säkerställa äkthet i polisregisterutdrag gällande personal i samband med arbetssätt via e-tjänst. Rutinen avseende registerutdrag kommer med anledning av detta ses över och brister åtgärdas. En avvikelse är också rapporterad i förvaltningens verksamhetssystem och utreds.

Årlig tillsyn har också genomförts av stödboende Ungbo. Tillsynen har omfattat ungdomarnas upplevelse av att bo på boendet. IVO har också granskat om verksamheten är trygg och säker, stödet till de placerade och deras möjlighet till delaktighet samt om verksamheten följer anmälda uppgifter till IVO. IVO har genomfört samtal med fyra av samtliga 19 inskrivna ungdomarna, intervjuer med personal och med enhetschef. I återkopplingen framgår att IVO har inte funnit annat än att Ungbo Stödboende arbetar för att förebygga, uppmärksamma och agera vid hot, våld och övergrepp. Bedömningen görs i förhållande till bestämmelserna i 1 och 3 §§ lagen (2007:171) om registerkontroll av personal vid vissa boenden som tar emot barn samt 4 kap. 4 § och 5 kap. 1, 3 och 5-7 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Informationsklassning: Intern

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.

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 budgetåret 2025 har förvaltningen tagit med risk för brister i avvikelsehanteringen i förvaltningens riskanalys för intern kontrollplan. Under året 2025 kommer även utredningar och analysen av avvikelser att granskas, i syfte om att både kvalitetsgranska hanteringen men också i att hitta förbättringsåtgärder för en än mer lärande hantering. Granskningen kommer att återkopplas till förvaltningsledningen och nämnden.

Egenkontroller avseende avvikelsehantering var ett av utvecklingsområden för

Informationsklassning: Intern

kvalitetsarbetet under 2024, men bedömning har gjorts efter att ha arbetat med frågan att det är bättre att inkluderas i förvaltningens intern kontrollplan framöver.

Avvikelser enligt SoL/LSS

Avvikelsehantering är en del av verksamhetens förbättringsarbete. Avvikelsehantering innefattar hantering av klagomål och synpunkter samt olika typer av avvikelser.

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 2023 har 102 avvikelser rapporterats inom förvaltningens verksamheter. Under året 2022 rapporterades endast 59 avvikelser. År 2024 har 393 avvikelser rapporterats, varav 3 avser rapport om risk för missförhållande enligt bestämmelserna om lex Sarah. 50 rapporter avser klagomål och synpunkter, 165 avser avvikelser enligt SoL eller LSS, och 175 rapporter avser olika typer av vårdskador.

Anledningen till den ständiga ökningen beror på införandet av ett verksamhetssystem för avvikelsehantering, samt att förvaltningen under året 2024 mål om att utveckla arbetet med avvikelsehantering. Bedömningen är att arbetet dels har synliggjort vikten av avvikelsehantering, dels ökat rapportering och dokumentationen av inträffade avvikelser. En fungerade avvikelserapportering ses som en positiv utveckling för att säkerställa ett systematiskt kvalitetsarbete.

Förvaltningen har också aktivt arbetat med att lyfta vikten av att rapportera avvikelser hos externa aktörer, samt att motta avvikelser från externa aktörer, exempelvis upphandlade aktörer eller Region Kronoberg. Även dessa registreras i förvaltningens avvikelsemodul.

Hur årets avvikelser är fördelade inom förvaltningen framgår av tabellen.

Organisation	Antal avvikelser
Avd. barn och familj	102 (1*)
Familjehemsenheten	17
Gemensam mottagning	20
Stöd- och utredning barn, team 1	13
Stöd- och utredning barn, team 2	11
Stöd- och utredning ungdom, team 1	7
Stöd- och utredning ungdom, team 2	11
Ungbo	8
HVB Bengtsgård	5

Informationsklassning: Intern

Organisation	Antal avvikelser
Öppenvård barn	3
Öppenvård ungdom	2
LSS barn	2
Barnahus	1
Familjerättsenheten	1
Avd. vuxna	245
A-teamet 1	4
A-teamet 2	2
A-teamet 3	1
Boendeenheten	9
Ejdervägen	23
Evedalsvägen	31
Haneforsvägen	14
Hov Västregård	63
Höstvägen	12
Mobil nattorganisation	2
Novus	15
Rallarringen	35
Smedjan	4
Sommarvägen 5B	2
Sommarvägen 5C	1
Stöd- och utredningsenhet 1 IFO	3
Stöd- och utredningsenhet 2 IFO	3
Stödteam 2	1
Stödenhet 4	1
Tingshusvägen	13
Utredningsenhet socialpsykiatri	6
Avd. arbete och lärande	18

Informationsklassning: Intern

Organisation	Antal avvikelser
Ekonomiskt bistånd	6
Araby park arena	1
Intern service	1
Koordinator	2
Medborgarkontor och mötesplatser	3
Parketten	4
Projektenhet Kronoberg	1
Avd. stöd och utveckling	14 (1*)
Enheten för verksamhetsstöd	8
Utvecklingsenheten	5

* Rapporterad avvikelse rör en händelse som rapporteras på avdelningsnivå.

I början av 2025 (2025-01-02) är ärendet i 286 fall avslutade, vilket innebär att både utredningen är avslutad samt de åtgärder kopplade till avvikelsen utförda och uppföljda. I 15 fall är utredningen, men inte avvikelsen, avslutad. Det innebär att det finns åtgärder kopplat till händelsen som ännu inte har genomförts och/eller följts upp. I 51 fall pågår utredning fortfarande. 56 rapporter finns inkomna och mottagna, som ännu inte hanterats.

Av 286 avslutade utredningar och avvikelser har händelsen kategoriserats på följande sätt.

Klassificering av avvikelse	Antal
Allvarligt missförhållande	1
Annan avvikelse	89
Ej risk för missförhållande/ej missförhållande	14
Ej risk för vårdskada/ej vårdskada	61
Ingen avvikelse	9
Missförhållande	3
Påtaglig risk för missförhållande	1
Risk för vårdskada	69
Vårdskada	1

Informationsklassning: Intern

Orsaker som har identifierats och rapporterats är följande; ingen känd orsak, annan orsak, bristande bemanning, bristande följsamhet till rutin, bristande information och kommunikation, bristande Instruktion, bristande kompetens och/eller utbildning, bristande ordination, bristande rutiner och riktlinjer, bristande underhåll, glömska, missförstånd, olycka, produkt trasig, rutiner ej kända, stress, stöld och tekniskt fel

Utöver avvikelser inom nämndens verksamheter i egen regi har 14 avvikelser upprättats avseende externa aktörer. 6 gäller aktörer inom socialpsykiatrin (Nytida AB och Infanterigatan). Fyra gäller verksamheter inom region Kronoberg, en avseende Växjö kommuns kontaktcenter, en överförmyndarnämnden och en omsorgsförvaltningen. En rapporterad avvikelser avser kommunicering från Förvaltningsrätten.

lex Sarah

Lex Sarah är benämningen på avvikelser som medfört eller hade kunnat medföra ett missförhållande. Under året har 3 händelser rapporterats enligt bestämmelserna om lex Sarah.

Antalet rapporter är lägre än föregående år, då 8 händelser rapporterades. Det lägre antalet avvikelser kan bero på att ett aktivt arbete har gjorts med granskningar via intern kontroll, exempelvis granskning av LVU-processen samt granskning av delegationsbeslut. Huruvida det förekommer att avvikelser som bör ha rapporterats enligt bestämmelserna om lex Sarah har rapporterats som avvikelse, kommer att involveras i granskningen av avvikelser under 2025.

Två av tre utredningar har avslutats. En utredning pågår fortfarande. I ett av fallen gör utredningen bedömningen att det inträffade utgör ett allvarligt missförhållande. I ett fall är bedömningen att det rör sig om en påtaglig risk för missförhållande och i det sista fallet har utredningen ännu inte färdigställts. I de fallen där det bedöms utgöra ett allvarligt missförhållande samt påtaglig risk för missförhållande, har händelserna anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Utredningarna har identifierat bakomliggande orsaker till det inträffade på systemnivå. För att förhindra att något liknande inträffar igen lämnas i regel åtgärdsförslag. Bland annat består förslagen i revidering av rutiner för förtydligad ansvarsfördelning, framtagande och/eller förtydligande av rutiner, dialog om samverkan mellan funktioner och förändringar i verksamhetssystem.

Organisation	Typ av händelse	Bedömning
Avd. barn och familj		
Stöd- och utredningsenhet, barn 1	Brister i utredning och dokumentation	Påtaglig risk för allvarligt missförhållande

Informationsklassning: Intern

Organisation	Typ av händelse	Bedömning
Stöd- och utredningsenhet, barn 2	Röjning av sekretessbelagd uppgift	Allvarligt missförhållande
Familjerättsenheten	Röjning av sekretessbelagd uppgift	Under utredning

Vårdskador

Under året har totalt 175 vårdskador rapporterats. Motsvarande siffra 2023 var 201 vårdskador, vilket visar på ett förbättrat resultat, som kopplas främst till säkrare medicinhantering i samband med läkemedelsrobotar.

Hur årets rapporter fördelar sig inom förvaltningen framgår av tabellen nedan. De flesta rapporter inom avd. vuxna är rapporterade på arbetsplatsnivå men ett fåtal är rapporterade på enhetsnivå, vilket framgår av tabellen.

Organisation	Antal vårdskador
Avd. barn och familj	3
Wäludden	2
Avd. vuxna	172
Ejdervägen	21
Evedalsvägen	15
Haneforsvägen	14
Hov Västregård	55
Höstvägen	10
Mobil nattorganisation	2
Rallarringen	31
Smedjan	3
Sommarvägen 5B	2
Stödenhet 4	1
Stödteam 2	1
Tingshusvägen	12
Utredningsenhet socialpsykiatri	1

Informationsklassning: Intern

Organisation	Antal vårdskador
Externa aktörer	4

Ungefär 60 procent av vårdskadorna avser läkemedelsavvikelser och drygt 30 procent avser fallskador. Hur samtliga vårdskador, som i början av 2025 (2025-01-02) har kategoriserats framgår av tabellen.

Typ av vårdskada	Antal
Läkemedelsavvikelse	100
Fall	58
Brister i information och kommunikation	3
Brister gällande medicintekniska produkter och hjälpmedel	4
Nutrition	2
Utebliven / ej signerad rehabinsats	1
Övrig avvikelse	4

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 50 klagomål och synpunkter inkommit. Föregående år rapporterades 45 klagomål och synpunkter.

Organisation	Antal klagomål/synpunkter
Avd. barn och familj	37 (1*)
Familjehemsenheten	2
Familjerättsenheten	9
Gemensam mottagning	7
Stöd och utredning barn, team 1	2
Stöd och utredning barn, team 2	6

Informationsklassning: Intern

Organisation	Antal klagomål/synpunkter
Stöd och utredning ungdom, team 1	2
Stöd och utredning ungdom, team 2	5
Ungbo	1
Öppenvård barn	2
Avd. vuxna	3
Utredningsenhet socialpsykiatri	1
Boendeenheten	2
Stöd- och utredningsenhet 2 IFO	1
Tingshusvägen	1
Avd. arbete och lärande	6
Ekonomiskt bistånd	2
Araby park arena	1
Intern service	1
Parketten	1
Medborgarkontor och mötesplatser	1
Avd. stöd och utveckling	1
Enheten för verksamhetsstöd	1
Externa aktörer	1

Av avslutade 48 utredningar har händelsen kategoriserats på följande sätt. 2 utredningar pågår.

Orsak till synpunkt/klagomål	Antal
Ingen känd orsak	15
Brister i information och kommunikation	11
Rutiner ej kända	1
Annan orsak	11

Informationsklassning: Intern

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.

Alla rutiner och riktlinjer ska förvaras i dokumentportalen. Under 2023 ersattes förvaltningens dokumentportal av ett kommungemensamt system. Inför övergången har samtliga rutiner, riktlinjer och andra dokument gåtts igenom i syfte att sortera och säkerställa dokumentens aktualitet. Under året 2024 har process och rutin arbetats upp avseende revidering och upprättande av rutiner i dokument. På avdelningen stöd och utveckling finns funktioner som ansvarar för dokumentportalen för förvaltningen. I dokumentportalen ska alla dokument oavsett förvaltning upprättas enligt en gemensam mall och uppdateras enligt en gemensam struktur. Det förväntas göra det lättare att hitta rätt dokument och skapa bättre förutsättningar för samverkan inom koncernen.

För styrande dokument finns aktiviteter inlagda i avdelningarnas årshjul för att regelbundet gå igenom dokumenten på personalmöten. Syftet är att säkerställa att dokumenten är kända och följs. Under året har avdelningarnas årshjul uppdaterats med bland annat rutin för informationssäkerhet samt rutin för hantering av sekretessbelagda uppgifter.

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.

Informationsklassning: Intern

Förvaltningen arbetar aktivt för att bedriva en rättssäker verksamhet för kommunens invånare. Inom förvaltningens individ- och familjeomsorg finns specialister som har ett särskilt fokus på att säkerställa rättssäkra och ändamålsenliga processer i arbetet. Specialisterna är ett stöd till både chefer och medarbetare i det dagliga arbetet.

Under året 2024 har en granskning av LVU-processen gjorts, inklusive en granskning av samtliga nya beslut enligt LVU under 2023. Granskningen visar att förvaltningen har en god förhandsbedömning, skyddsbedömning, utredning, vårdplanering och dokumentation. Granskningen påvisade också brister i beslutsunderlag i form av avsaknad av beslutsmotivering och besvärshänvisning. Granskningen lämnade även åtgärdsförslag till förvaltningen. Samtliga åtgärder har genomförts. Med anledning av att en ny socialtjänstlag förväntas träda i kraft 1 juli 2025, föreligger behov om att revidera beslutsunderlag för att motsvara kraven på i den nya lagen. Därav har även risken för felaktigheter i beslutsunderlag tagits med i riskanalysen för intern kontrollplan för 2025 och kommer att granskas.

Granskning av delegationsbeslut visade att endast ett av 200 beslut har fattats av fel delegat. Detta bedöms främst bero på att det i verksamhetssystemet implementerats en delegationsmodul som gör inte gör det möjligt att fatta beslut medarbetaren inte har delegation för. Det bedöms också bidra till ökar rättssäkerhet inom förvaltningen.

Förvaltningen har under året aktivt arbetat med implementeringen av säker e-post och säkra videomöten. Systemen avseende säker e-post och videomöten innebär att sekretessbelagd information kan kommuniceras exempelvis med enskilda invånare, utan att uppgifter röjs eller behöva skicka via ordinarie postgång. Processen har gjort kommunikationen av exempelvis beslut effektivare utan risk för brister i säkerheten. Därtill har förvaltningen ersatt den fysiska faxen med en digital e-fax. Förutom en mer effektiv hanteringsprocess minskar förvaltningen också användningen av papper och minskar påverkan på miljön.

Med anledning av rapporter om lex Sarah har det framkommit att det inom förvaltningen finns brister i kännedom och följsamhet till den rutin avseende hantering av skyddade personuppgifter. Rutinen har därmed lyfts till avdelningarnas årshjul för genomgång, samt återigen gåtts igenom på samtliga avdelningar och enheter. Rutinen ses också över för att identifiera eventuella behov av revidering.

Informationsklassning: Intern

Inom socialpsykiatrin har medicindelegeringsprocessen setts över för att förbättra kunskapen om medicinhantering samt erbjuda en säker vård till brukare. All medicinhantering signeras och avvikelser rapporteras, utreds och diskuteras. De allra flesta avvikelserna inom verksamheten avser vårdskador som felaktig medicinhantering, där de flesta avvikelser även beror på att medarbetare inte signerat given medicin, eller signerar för sent. Bristerna i signeringar beror främst på nytt system för signering, APPVA, men har under året allt eftersom implementeringen fördjupats blivit bättre.

Som en del i att stärka en säker verksamhet görs loggkontroller på förvaltningens medarbetare. Det innebär att ansvarig chef kontrollerar vad medarbetare gör i de verksamhetssystem de har åtkomst till. Under 2024 har det i det socialadministrativa verksamhetssystemet Lifecare endast varit möjligt att genomföra loggkontroller inom modulen för individ- och familjeomsorgen (IFO). En arbetsgrupp har tagit fram en rutin med tillhörande manual för både framtagning och rapportering av loggkontroll för vård- och omsorgsmodulen (VoO) i systemet. Det innebär att från och med 2025 kommer samtliga medarbetare som arbetar inom systemet vara föremål för loggkontroll och förvaltningen utökar sin kontroll av säkerhet.

Förvaltningen följer de rapporteringar av loggkontroller som görs. För 2024 har totalt 55 loggkontroller skickats ut, varav 34 har återrapporterats utan anmärkning. Inga brister har rapporterats i genomförda loggkontroller, men det förekommer 21 antal (38 %) av utskickade loggkontroller inte har redovisats. Däremot finns ytterligare 18 resultat av loggkontroll registrerat i systemet utan anmärkning, men dessa kontroller utgår inte ifrån utskickat underlag från verksamhetssystem utan är en kontroll som enhetschef gjort på eget urval. Med anledning av att det saknas redovisning av resultat av utskickade loggkontroller bedöms den sammantagna loggkontrollen för förvaltningen vara *delvis uppfylld*. För att stärka en säker verksamhet är det viktigt att ha en god loggkontroll.

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 exempelvis handla om riskanalys inför organisationsförändring, som till exempel inför implementeringen av förvaltningens rekryteringsteam och bemanningsorganisation. Den chef som ansvarar för verksamheten, ansvarar även för riskanalysen.

Under sammanträdet i november 2024 beslutade nämnden för arbete och välfärd om att anta intern kontrollplan för 2025, med tillhörande riskanalys och plan för riskhantering

Informationsklassning: Intern

och åtgärder (dnr. 2024-00096). I riskanalysen beskrivs bland annat risken för att externa parter som arbetar på uppdrag av Växjö kommun som huvudman, plötsligt kan komma att avveckla sin verksamhet. För nämndens verksamhetsområde berör det bland annat verksamheter inom socialpsykiatrin som exempelvis Nytida, samt vuxenutbildningens upphandlade aktörer. För att följa risken görs regelbundna avtalsuppföljningar med verksamheterna.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

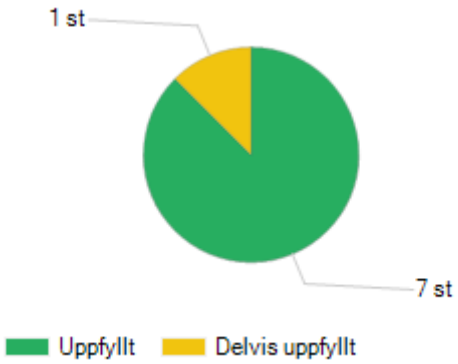
Alla delar av organisationen behöver planera för en verksamhet som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.

Kontinuitetsplaneringen sker regelbundet och löpande under året. Växjö kommun har en beredskapsorganisation i händelse av kris, där förvaltningen finns representerad. Därtill har varje enhet vid behov egna rutiner för exempelvis hantering av brukare. I kontinuitetshanteringen ingår även arbetet med informationssäkerhet. På grund av en rapport om risk för missförhållande enligt lex Sarah, där enskildas personuppgifter blivit röjda, har förvaltningen fått i uppdrag att gå igenom informationssäkerhetsrutinen med samtliga medarbetare samt involvera denna i årshjulet för information till medarbetare. Åtgärden återrapporteras som en åtgärd i utredningen om lex Sarah (dnr. 2024-00094).

Egenkontroll

Egenkontroll	Bedömning	Konsoliderade enheter	Frågor i checklista
Vårdhygienrond		• Barn och familj • LSS-barn	Används riktlinjerna om Basala hygienrutiner inom kommunal

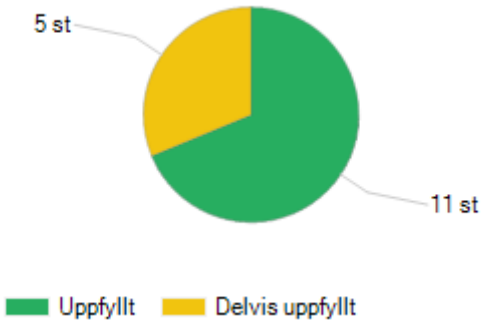
Informationsklassning: Intern

Egenkontroll	Bedömning	Konsoliderade enheter	Frågor i checklista
		(korttidsboende) • Vuxna • Stödenhet 2 • Stödenhet 3 • Stödenhet 4 • Stödenhet 6 • Stödenhet 7 • Stödenhet 5 • Stödenhet 1	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?

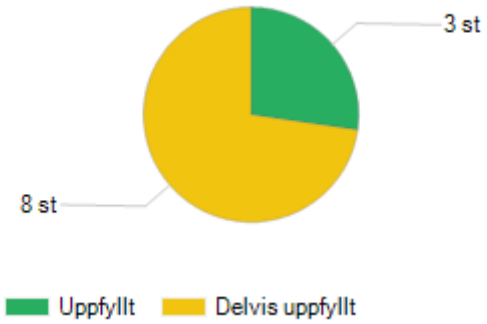
Informationsklassning: Intern

Egenkontroll	Bedömning	Konsoliderade enheter	Frågor i checklista
			Är arbetskläd-seln kortärmad och går att tvätta i minst 60 grader?
			Används alltid köksförkläde vid hantering av livsmedel?
			Om ja, sker årlig funktionskon-troll?
			Får personalen kontinuerligt ut-bildning/inform-ation i vårdhygi-enska frågor?
			Ingår vårdhy-gien i introdukt-ionsprogrammet för nyanställda?
			Har all personal besvarat frågor om tuberkulos på blankett Hälsodeklarat-ion och MRB på blankett Multire-sistenta bakte-rier - kontroll vid nyanställning?
			Har enheten en rutin för hante-ring av arbets-kläder?
Gransk-ning av ge-nomföran-deplaner		• Arbete och lärande • Parketten daglig verk-samhet och	Har genomfö-randeplan upp-rättats?
			Har den enskilde varit delaktig i

Informationsklassning: Intern

Egenkontroll	Bedömning	Konsoliderade enheter	Frågor i checklista
		träffpunkt • Koordinator • Barn och familj • Familjefrid Kronoberg • LSS-barn (korttidsboende) • HVB Bengtsgård • Ungbo • Öppenvård barn • Öppenvård ungdom • Vuxna • Stödenhet 2 • Stödenhet 3 • Stödenhet 4 • Stödenhet 6 • Stödenhet 7 • Stödenhet 5 • Insats missbruksvård • Stödenhet 1	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		• Arbete och lärande • Ekonomiskt bistånd • Barn och familj • Familjehemsenheten	Framgår det hur den enskilde själv upplever sina behov, alternativt skälet till att den enskilde inte uttryckt hur han eller hon

Informationsklassning: Intern

Egenkontroll	Bedömning	Konsoliderade enheter	Frågor i checklista
		• Gemensam mottagning • Stöd- och utredning barn team 1 • Stöd-och utredning barn team 2 • Stöd- och utredning ungdom team 1 • Stöd- och utredning ungdom team 2 • Vuxna • Utredningsenheten socialpsykatrin • Boendeenheten • Stöd och utredning 1 IFO • Stöd och utredning 2 IFO	uppfattar sina behov?
			Finns en bedömning av den enskildes förmåga att själv tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt?
			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

Informationsklassning: Intern

Egenkontroll	Bedömning	Konsolide-rade en-heter	Frågor i check-lista
			genomförts (barnkonse-kvensanalys)?
			Förs ett resone-mang i bedöm-ningen om vilka av barnets rät-tigheter som kan påverkas av be-slutet?
			Förs ett resone-mang i bedöm-ningen om vilka positiva konse-kvenser beslutet kan få för bar-net?
			Förs ett resone-mang i bedöm-ningen om vilka negativa konse-kvenser beslutet kan få för bar-net?
			Gör en bedöm-ning av frågan som helhet uti-från resultatet av granskade ärenden.Har beslutsfattaren beslutanderätt enligt delegat-ion?
			Framgår det tydligt vad den enskilde har an-sökt om?
			Framgår det tydligt vad som har beviljats el-ler avslagits?

Informationsklassning: Intern

Egenkontroll	Bedömning	Konsolide-rade en-heter	Frågor i check-lista
			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?

Informationsklassning: Intern

Egenkontroll	Bedömning	Konsoliderade enheter	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 uppföljningen ska ske?
			Har det gjorts en barnets bästa bedömning?
			Framgår det tydligt i utredningen hur ärenden 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

Informationsklassning: Intern

Egenkontroll	Bedömning	Konsoliderade enheter	Frågor i checklista
			enskilde inte uttryckt hur den enskilde uppfattar sina behov?
			Finns det i utredningen en bedömning av den enskildes förmåga att själva 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 av modulen för kvalitetsarbete i Stratsys finns en rutin för framtagande av egenkontroller, som innebär att arbetsgruppen för kvalitetsarbete inom förvaltningen ger förslag på egenkontroller att lägga in och genomföra enligt strukturen i Stratsys. Ledningsgruppen fattar beslut om egenkontrollerna.

Under 2024 har tre 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 har reviderats för året genom att anpassa underlaget till

Informationsklassning: Intern

verksamheten som ska genomföra egenkontrollen. Det innebär att det är olika frågor som besvaras av enheterna. Frågorna har formulerats av förvaltningens specialister och arbetsgrupp för det systematiska kvalitetsarbetet.

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).

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.

Granskning av beslut

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

Av 11 enheter uppnår tre ett gott resultat och åtta enheter ett delvis gott resultat. I de fall verksamheterna inte uppfyller kraven handlar det i flest fall om att det av beslutet inte framgår när och hur uppföljning ska göras, hur och när kommunicering av beslut eller utredning sker, samt om en barnrättsanalys eller barnets bästa bedömning har gjorts. Flera enheter kommenterar bristerna i egenkontrollen genom att vissa moment i handläggningen kommuniceras muntligt till den enskilde, dock behöver även muntlig kommunicering dokumenteras.

I de fall urvalet innehåller beslut som berör barn saknas i flera fall ett resonemang i bedömningen om vilka negativa konsekvenser som beslutet kan få för barnet. Under 2023 svarade nio av 11 enheter att de inte uppnår kraven. Årets frågor avseende barns delaktighet har reviderats och besvaras på olika sätt av enheterna. För året 2024 har sju enheter godkända resultat avseende barnrättsanalys eller barnets bästa bedömning. Tre enheter har delvis uppfyllt resultat och en enhet uppfyller inte kraven. Det saknas i ett par fall ett resonemang i bedömning om vilka av barnets rättigheter som kan påverkas av

Informationsklassning: Intern

beslutet. En medarbetare inom förvaltningen har under året påbörjat utbildning till barnrättsstrateg, för att kunna erbjuda mer stöd i hur dessa analyser eller bedömningar ska göras och dokumenteras.

Avseende frågorna om det framgår tydliga mål i beslutsunderlaget har verksamheterna förbättrat sitt resultat från föregående mätning. 6 av 11 verksamheter uppfyller kraven och två uppfyller kraven delvis. Endast två verksamheter saknar tydliga mål i beslutsunderlaget. Frågorna avseende mål har också reviderats för att bättre motsvara verksamheten. Dock har det framkommit att några verksamheter har uppfattat frågorna på olika sätt, beroende om det är beslutsunderlag eller utredning som frågan avser, trots att det förtydligats. En utvärdering av frågorna kommer göras inför nästa års egenkontroll och även en påminnelse skickas med att noggrant läsa vad frågan avser.

Underlaget till frågorna om barnkonsekvensanalys har i flera fall bortfall eftersom frågorna inte har bedömts relevanta i det aktuella ärendet. Hur frågor som inte är relevanta för ärendet ska besvaras i egenkontrollen kommer för nästa mätning att förtydligas. I någon kommentar anges att det endast används frastexter vid analysen. Detta är också något som behöver undersökas då frastexterna ska vara ett stöd till analysen och inte utgöra analysen i sig.

Under året har åtgärder tillsatts för att beslutsunderlagen ska vara rättssäkra. I åtgärderna har kommentarer från föregående mätning av egenkontroller beaktats, som till exempel att utredningsmallar och frastexter behöver ses över för att skapa tydlighet för såväl handläggaren som för den enskilde samt för att uppnå likhet och samsyn inom arbetsgruppen. Exempelvis har också en rutin för LVU-processen tagits fram där det också framgår vad som ska ingå i beslutsunderlaget och vad som kan finnas dokumenterat på andra ställen i akten för att handläggningen ska anses vara rättssäker. Ett exempel är om kommunicering av beslutet behöver framgå av beslutsunderlaget. Av den sammanfattande analysen är en slutsats att beslut kan bli tydligare. Med anledning av att en ny socialtjänstlag väntas träda i kraft 1 juli 2025 har ett arbete inom förvaltningen påbörjats för att förbereda för nya beslut och underlag.

Överlag bedömer enhetscheferna sitt resultat av egenkontrollen som gott. I några fall kan chefen konstatera att det finns en hög grad av samstämmighet och god kvalitet i dokumentationen inom arbetsgruppen. Eftersom brister många gånger förklaras med hänvisning till annan dokumentation eller till att det inte bedöms relevant, påpekas att resultatet blir missvisande för verksamhetens kvalitet. För att undvika ett missvisande resultat behöver det tydliggöras vad som ska framgå var i dokumentationen, samt hur mål med insatser ska skrivas och följas upp på ett enhetligt sätt. Eftersom förvaltningens insatser i stor grad kommer att påverkas av den nya lagen, har ett arbete påbörjats med en översyn och vilka insatser som finns, dess grund av effektivitet. Vidare kommer arbetet att fortsätta med hur insatser ska bedrivas med stöd av den nya socialtjänstlagen, där

Informationsklassning: Intern

krav på dokumentation och uppföljning blir tydligare.

Det sammantagna resultatet är en viss förbättring från föregående år då en enhet förbättrat sitt resultat från ej uppfyllt till delvis uppfyllt.

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 (stödenhet 6 avd. vuxna) att bestämmelserna om vårdhygien är delvis uppfyllda och resterande enheter att vårdhygienen är uppfylld. Bristerna inom stödenhet 3 återfinns i fråga om kortklippta naglar samt användning av smycken i arbetet, samt huruvida köksförkläde alltid används vid hantering av livsmedel. Det kopplade åtgärden till upptäckta bristerna är att personalen inom enheten kontinuerligt får utbildning/information i vårdhygieniska frågor.

Det sammantagna resultatet är en förbättring från föregående år då resultatet var delvis uppfyllt.

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 16 enheter har genomfört granskning av genomförandeplaner. Av dessa uppfyller 11 enheter kraven på genomförandeplaner och i 5 fall uppfylls kraven delvis. I de fall genomförandeplanerna inte når upp till ställda krav är detta främst kopplat till att planerna inte har följts upp i tid. Resultatet visar att 10 enheter har brister kopplat till detta. Sex enheter, uppvisar dock att kraven för uppföljning är uppfyllda. Resultatet av årets mätning visar en markant förbättring i den enskildes delaktighet i utformandes av genomförandeplanen. 12 av 16 enheter visar uppfyllda krav, medan endast 4 enheter redovisas delvis uppfyllda krav. I kommentarerna återfås att det vid delvis uppfyllda resultat i enstaka fall saknas genomförandeplan. I de fall det saknas en genomförandeplan hänvisas detta bland annat till att insatsen nyligen har verkställts. Det goda resultatet kan också härledas till att det inom förvaltningen aktivt arbetats med att den enskilde ska vara delaktig i sitt ärende, samt att det dokumenterats när den enskilde kan företrädas av exempelvis vårdnadshavare på grund av den enskildes ålder.

Generellt upplever verksamheterna sitt resultat som gott och att genomförandeplaner håller god kvalitet.

Informationsklassning: Intern

Journalgranskning

Avdelning för sjuksköterskor inom omsorgsförvaltningen genomför årligen en journalgranskning, där enskilda inom arbete och välfärds verksamheter omfattas. Granskningen har genomförts i form av en enkätundersökning där 10 sjuksköterskor skulle granska två journaler vardera. Granskningen hade en svarsfrekvens på 50 procent. Resultatet är över lag positivt, journalerna bedöms ge en god överblick över den enskildes hälsotillstånd. De brister som kan identifieras består i att det saknas en uppdaterad beskrivning av diagnoser och att uppgifter om anhöriga eller företrädare saknas i flera fall.

Andra uppföljningar

Brukarundersökningar, systematisk uppföljning och individbaserad systematisk uppföljning är andra former av egenkontroll. Under 2024 har förvaltningen arbetat med att formalisera arbetet med individbaserad systematisk uppföljning och hur detta ska utvecklas i samband med att den nya socialtjänstlagen träder i kraft. Flertalet verksamheter inom förvaltningen, som till exempel utredningsenhet socialpsykiatri, genomför systematiska individbaserade uppföljningar i syfte om att undersöka varför enskilde ansöker om ändring av beslut. Under första kvartalet av 2025 planeras även en större brukarundersökning inom socialpsykiatrin. Även avd. barn och familj har genomfört en avdelningsövergripande uppföljning av arbetssättet Signs of Safety.

Vidare är Socialstyrelsens undersökning Öppna jämförelser en typ av egenkontroll. Förvaltningen har besvarat enkätundersökningen för 2024 samt gjort en jämförelse och analys av kommunens resultat jämfört med andra kommuners resultat. Vid genomgång av resultaten av Öppna jämförelser för 2024 avseende Växjö kommun, kan utläsas att Växjö till stora delar svarar på samma sätt som majoriteten av kommunerna i både riket, länet och kommunerna i jämförelsegruppen Större stad inom de flesta verksamhetsområdena. Vad gäller Växjös resultat för 2024 i jämförelser med tidigare redovisade år för Växjö, så har resultaten inom flera områden inte ändrats markant. Inom vissa områden har svaren varierat mellan ja och nej år från år. Identifierade utvecklingsområden finns bland annat att i större utsträckning genomföra individbaserad systematisk uppföljning samt att använda enskildas uppfattning för att utveckla verksamheten.

Informationsklassning: Intern

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. Därför har Komvux skapat 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 2025 pågår en upphandling i ett gemensamt verksamhetssystem med utbildningsförvaltningen i att hantera och utreda avvikelser och klagomål.

Skolverkets rekommendationer för klagomålshantering kan delas in i tre steg; ta emot, utred, åtgärda och följ upp klagomål. Komvux följer dessa rekommendationer i sina rutiner för klagomålshantering och integrerar klagomålshanteringen i det systematiska kvalitetsarbetets utveckling och förbättring av verksamheten. Klagomål som inkommer till utbildningsanordnare ska enligt rutin kommuniceras med huvudmannen. Växjö kommun genomför därtill 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 2024. Enhet/utbildningsanordnare avser där händelsen som rapporterats skett eller den organisation klagomålet riktats mot. För varje påbörjad kurs räknas en individ som elev, det vill säga att samma individ kan förekomma fler gånger med anledning av att individen läser flera kurser.

Enhet/ utbildnings-anordnare	Antal klago-mål/synpunkter	Antal avvikelser	Antal kursdeltagare
Komvux - huvud-manna-organisat-ionen	5	20	13873
Arena utbildning	2	8	155

Informationsklassning: Intern

Enhet/ utbildnings-anordnare	Antal klago-mål/synpunkter	Antal avvikelser	Antal kursdeltagare
Folkuniversitetet	1	0	919
Hermods	4	6	3677
Jutus	0	2	52
Lernia	0	2	512
MedLearn	0	1	777
Merit	4	1	232
Montico	1	11	2915
NTI-skolan	0	10	1797
Växjö Fria vuxenut-bildning	0	2	1188
Växjö Fria Fordon	7	2	161
Totalt	24	65	

Av de totalt 65 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 2024 är avsteg från riktlinjer eller rutin, 27 av de totalt 65 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. Den vanligaste typen av klagomål är klagomål på betyg och bedömning samt klagomål på undervisning vilka utgör hälften av de totalt 24 inkomna klagomålen. Klagomål på underkända betyg vid genomförd prövning samt klagomål på brister i trygghet och studiero.

Utredningen av de klagomål som omfattar trygghet och studiero resulterade i ett delegationsbeslut om påföljden att stoppa intaget av nya elever till utbildningsanordnaren ifråga samt krav på åtgärder ställts. Vid ytterligare två utbildningsanordnare har stopp av

Informationsklassning: Intern

intag av nya elever har beslutats under 2024. I det ena fallet valde utbildningsanordnaren att avauktorisera sig och sa därmed upp avtalet med Växjö kommun, i det andra fallet redovisade utbildningsanordnaren tillräckliga åtgärder och stoppet hävdes efter en kortare period.

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 2024 har det inkommit en anmälan om kränkande behandling till en utbildningsanordnare. Komvux har hanterat en anmälan om kränkande behandling inom det påföljdsärende som sedan tidigare finns med utbildningsanordnaren. Redogörelse för handlingsplan och vidtagna åtgärder är diarieförd i förvaltningens diarieföringssystem, dnr. 2024-00062. Komvux har bedömt att den utredning som är gjord, med kopplade åtgärder är tillräckligt som utredning av ärendet och för att kränkningen ska upphöra.

Förbättringsarbete

I enlighet med Skolverkets rekommendationer sker en löpande analys av klagomål (och avvikelser) som en del av Komvux förbättringsarbete. Komvux har sedan ett antal år tillbaka ett upparbetat system för att hantera de avvikelser som inkommer. I arbetssättet involveras förutom utbildningsanordnaren och dess lärare, även studie- och yrkesvägledare och vid behov rektor.

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

Informationsklassning: Intern

Den vanligaste typen av händelse vid klagomål och avvikelser är avsteg från rutin och riktlinjer vid Komvux. Med bland annat bakgrund av detta har det identifierats behov av förtydligande i rutiner och riktlinjer med utbildningsanordnarna för att resultat, kvalitet och avtal ska bli lättare att följa upp. En ny uppföljningsstruktur beslutades av nämnden under 2023 som innebär att nämnden följer upp respektive anordnares kvalitetsarbete enligt årshjul för systematiskt kvalitetsarbete. Inom ramen för uppföljningen granskas resultat, systematiskt kvalitetsarbete och följsamhet till avtalsvillkor. Förändringen innebär bland annat att uppföljningens olika delar ska hållas isär och att fler nyckeltal ska följas upp. Ytterligare har förvaltningen förändrat arbetssätt för att tydliggöra krav för ansökan om, och uppbärande av auktorisation inom vuxenutbildningen, där kvalitetskrav och krav på förutsättningar för pedagogisk förmåga är av vikt. I juni 2024 har nämnden beslutat om att det nya auktorisationssystemet ska börja gälla från och med 1 januari 2025 för redan befintliga auktoriserade utbildningsanordnare, och för nyansökande anordnare gäller avtalet från och med 1 september 2025.

Under 2022 fattades beslut i riksdagen om ändringar i skollagen som ställer krav på kommuner att samverka och väga in arbetsmarknadens behov när utbildningar inom gymnasieskolan och kommunal vuxenutbildning (komvux) planeras, dimensioneras och erbjuds. Varje kommun ska genom avtal samverka med minst två andra kommuner i syfte om att öka det tillgängliga utbudet av utbildning på gymnasial nivå, underlätta ungdomars och vuxnas etablering på arbetsmarknaden och förbättra kompetensförsörjningen till välfärd och näringsliv. Lagändringarna som började gälla den 1 juli 2023 tillämpas första gången i fråga om utbildning som påbörjas 2025 (Skolverket, Regional planering och dimensionering av gymnasial utbildning, 2023). Förvaltningen har under året tecknat samverkansavtal med kommunerna Alvesta, Lessebo, Ljungby, Markaryd och Älmhult. Genom dimensioneringen ökar valfriheten och den enskildes egna delaktighet i utbildningsval där bosättningsort inte är avgörande för urvalet.

Som ett led i att öka kvalité, progression och resultat inom svenska för invandrare (sfi) har nämnden gett förvaltningen i uppdrag att avauktorisera sfi-utbildning, studieväg 1, för att starta upp motsvarande utbildning i egen regi. Uppdraget innebär att utbildningen ska kombineras med andra insatser såsom studievägledning, yrkessvenska, praktik och arbetsmarknadskunskap.

Förutom implementering av ny uppföljningsstruktur, har flertalet andra förbättringsåtgärder identifierats för år 2025. Inom verksamheten ska bland annat:

- 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.

Informationsklassning: Intern

- 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.

Därtill ska utbildningsanordnarna bland annat stärka:

- 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.

Den sammanfattande bedömningen är att utbildningsanordnare och verksamhet i de allra flesta fall vidtar tillräckliga åtgärder för att komma till rätta med brister och lösa elevernas situationer på ett effektivt sätt. Klagomålen och avvikelserna har genererat en rad förbättringar i verksamheten under 2024 samt ökar träffsäkerheten i uppföljningen av utbildningsanordnare.

Samarbetet mellan huvudman och utbildningsanordnare inom ramen för klagomål och avvikelser bedöms välfungerande och med fokus på elevens möjlighet att nå sina utbildningsmål. Däremot är det viktigt att kontinuerligt informera om möjligheten till att lämna rapporter och avvikelser, klagomål och kränkande särbehandling till elever då inflödet till utbildningar och kurser är löpande. Antalet rapporterade klagomål och avvikelser ligger i nivå med föregående år.

Genom att involvera medarbetarna i veckovisa analyser av resultat, riskanalys och åtgärdsförslag identifieras förbättringsområden för verksamheten och samarbetet mellan huvudman och utbildningsanordnare. Sedan åren 2023 och 2024 har utöver ovanstående förbättringar förbättringsområden identifierats och är fortsatt pågående. Förbättringar som har initierats under åren avser ett långsiktigt arbete med bland annat stärkt kompetens kring jämställdhet och jämställdhetsintegrering, kompetenshöjande insatser kring hot och våld samt framtagande och utveckling av arbetsrutiner och riktlinjer. Inom ramen för förbättringsarbetet har även elevernas upplevelse och önskemål kring service och bemötande från Komvux utvärderats via enkäter och intervjuer i syfte att utveckla verksamheten utifrån elevers och invånares behov.

Se bilaga, kvalitetsrapport 2024 komvux.

Informationsklassning: Intern

Mål och strategier för kommande år

För året 2025 fortsätter förvaltningen att arbeta med vissa mål från 2024, då dessa processer bedöms bidra till ett långsiktigt arbete inom målområdet.

Inom kvalitets- och patientsäkerhetsabetet definieras mål som genomförs på enhetsnivå. Förvaltningen har med anledning av omställningen till ny socialtjänstlag ersatt tidigare fokusområden med målområden. Förvaltningens nya målområden sträcker sig till 2028 och 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

Systematiskt kvalitetsarbete

Prioriterade utvecklingsområden för 2025 är:

- Möjliggöra för förvaltningen arbete och välfärd, 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.

Patientsäkerhetsplan

Nämnden för arbete och välfärd föreslås fatta beslut om att anta följande mål och tillhörande strategier i patientsäkerhetsplanen för 2025.

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

Informationsklassning: Intern

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

Målet följs upp och utvärderas genom:

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

- *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.

Målet följs upp och utvärderas genom:

- Genomförda aktiviteter.

- *Fortsatt fokus på avvikelserapportering och analys av avvikelser*

Strategier inom målområdet är följande.

1. Genomgång av avvikelserapportering, inkl. lex Sarah och lex Maria, en gång per år inom alla berörda enheter enligt årshjul.
2. Genomgång av totalt antal avvikelser på APT för berörda enheter vid fördjupad redovisning per april, delår, oktober och helår.

Målet följs upp och utvärderas genom:

- Protokoll från enheternas APT.
- Månadsrapporter på enhets- och avdelningsnivå.

Komvux

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

Informationsklassning: Intern

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, i samband med årsrapport. Under våren 2025 förväntas den nya strukturen att presenteras till nämnden.

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.

Informationsklassning: Intern