



**VAGGERYDS
KOMMUN**

SOCIALFÖRVALTNINGEN

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2022



Caroline Lundgren
MAS

Hanna Schoeneck
Utvecklingsledare



Innehåll

Sammanfattning.....	2
Syfte.....	3
Ledningssystemets utgångspunkt	3
Organisation och styrning	3
Definition av patientsäkerhet, kvalitet och ansvar	4
Patientsäkerhet	4
Kvalitet	4
Huvudman och Vårdgivare	5
Socialnämnd	5
Förvaltningschef.....	5
Verksamhetschef	5
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	5
Enhets- och områdeschef	6
Hälso- och sjukvårdspersonal (legitimerad).....	6
Stödfunktion kvalitet och utveckling	7
Omvårdnadspersonal/medarbetare inom vård och omsorg.....	7
Samtliga medarbetare inom förvaltningen	7
Redogörelse av resultat.....	7
Ledningssystem.....	7
Värdegrund	8
Patient/brukare/klient delaktighet	8
Processer och rutiner	9
Kontinuitetshantering – ökad riskmedvetenhet.....	10
Klagomål och synpunkter, avvikelser missförhållanden och vårdskador.....	10
Klagomål och synpunkter.....	10
Avvikelser	11
Lex Sarah.....	15
Lex Maria	17
Tillsyn IVO	17
Egenkontroll.....	18
Kvalitetsindikationer	18
Läkemedelshantering	18



God hygienisk standard	19
Palliativ vård	21
Senior Alert	23
God Demensvård	23
Ofrivillig nattfasta- PPM (punktprevalensmätning).....	24
Nationell brukarundersökning.....	25
Risk- och händelseanalys	27
Kompetensförsörjning.....	28
Nära vård	28
Kompetensutvecklingsplan	28
Analys och diskussion	29



Sammanfattning

Varje år upprättar förvaltningen en patientsäkerhetsberättelse med stöd av patientsäkerhetslagen (2010:659). För att få en tydligare helhetsbild av både kvalitet- och patientsäkerhetsarbete i förvaltningen kombineras detta i aktuell berättelse. Syftet är att strategiskt beskriva huruvida vårdgivaren bedrivit en hälso- och sjukvård och socialtjänst av god kvalitet under föregående kalenderår. Berättelsen syftar också till att tydliggöra styrkor och utmaningar för att på så vis kunna planera en verksamhet som följer lagar och riktlinjer.

Berättelsen fokuserar på ledningssystemets utgångspunkt där organisationen och styrningen presenteras tillsammans med definitioner av viktiga begrepp samt ansvarsfördelning gällande patientsäkerhet och kvalitetsarbete. För att få en heltäckande bild där både ledning, medarbetare och medborgares syn av föregående års resultat av patientsäkerhets- och kvalitetsarbete redogörs resultatet utifrån samma struktur som återges i SOSFS 2011:9.

Resultaten visar att det finns utmaningar i nämndens uppdrag med hänvisning till kompetensförsörjning, personella resurser, organisatoriska förutsättningar och mjuka värden som värdegrund och etiska principer. Utredning av avvikelser, missförhållanden och vårdskador bekräftar svårigheterna och de går i linje med att Nära vård implementeras. Kraven på förvaltningen ökar och tillgången till kompetens minskar. Vissa områden har stärkts upp under året, exempelvis läkemedelshanteringen där det fattats viktiga beslut gällande investeringar och implementering av nya arbetssätt. Andra områden har halkat efter och kräver liknande arbete under kommande år, exempelvis nivån på den hygieniska standarden.

Det går att urskilja ett mönster i de brister och utmaningar som identifieras i berättelsen. Även om det är mycket förvaltningens olika verksamheter idag gör bra behöver verksamheterna, som består av ett sammanhang, utveckla förståelsen för detta sammanhang. Genom att ha en gemensam linje, vara medvetna om varandra, använda varandras kompetens och tillsammans skapa ett fungerande maskineri av en mängd olika kugghjul, kommer patientsäkerheten och kvaliteten i förvaltningen sannolikt att öka.



Syfte

Det arbete som utförs inom Socialförvaltningens samtliga verksamheter ska direkt, eller indirekt vara till nytta för kommunens medborgare. Därmed förutsätts att arbetet också är av god kvalitet. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) tydliggörs hur verksamheter som omfattas av föreskriften systematiskt och fortlöpande ska arbeta och utveckla verksamheten. Förvaltningens ledningssystem utgår från ovan nämnd föreskrift och ska styra hur arbetet genomförs på olika nivåer i förvaltningen.

I 7 kap 2 §, SOSFS 2011:9 hänvisar Socialstyrelsen till 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Där står att vårdgivaren (Socialförvaltningen), senast 1 mars varje år ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse. I den ska det framgå en rad uppgifter om hur förvaltningen under föregående år arbetat med patientsäkerhet. Då Socialförvaltningen i Vaggeryds kommun innefattar fler verksamheter än de som bedriver hälso- och sjukvård, kombineras patientsäkerhetsberättelsen med en kvalitetsberättelse för att sammantaget kunna tydliggöra och analysera hur förvaltningen under det gångna året arbetat med patientsäkerhet och kvalitetssäkring.

Ledningssystemets utgångspunkt

Organisation och styrning

I Socialförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete beskrivs hur förvaltningen är organiserad men också vilken typ av styrning förvaltningen har samt det ansvar som följer de ledande funktionerna. Genom ett adekvat utformat ledningssystem och följsamhet till detta uppnås patientsäkerhet och god kvalitet. Patientsäkerheten och kvaliteten går att följa och mäta genom förvaltningens upprättade processer. Dessa processer, är ständigt under utveckling och har som målsättning att leda till följsamhet gentemot gällande lagstiftning och säkerställa att medborgaren får vård, stöd, skydd och hjälp av god kvalitet och som uppfyller krav av patientsäkerhet.

En förutsättning för att genomföra och upprätthålla ett systematiskt kvalitetsarbete är att det finns en tydlig struktur för hur förbättrings- och kvalitetsarbetet i förvaltningen ska gå till. I Socialförvaltningen utgår allt förbättrings- och kvalitetsarbete från PGSA-hjulet som består av fyra huvudområden; Planera, Göra, Studera och Agera. Nedan beskrivs de mer ingående:



- **Planera** – Ta fram underlag inför aktivitet. Förberedelse och identifiera syfte, mål och tillvägagångssätt.
- **Göra** – Genomför aktivitet utifrån hur vi planerat (genomför jobbet rent praktiskt)
- **Studera** – Hur blev resultatet? Gjorde vi som vi hade tänkt utifrån planeringen? Följer upp och analyserar.
- **Agera** – Behöver vi förändra/göra annorlunda gentemot det vi planerade från början? Vilka förändringar behöver vi göra för att förbättra?



Om samtliga verksamheter i förvaltningen som regel följer dessa steg i sitt förändrings- och förbättringsarbete säkerställs att de förändringar som genomförs är planerade på så vis att det är behovet som styr vad som genomförs. Det ställer också krav på uppföljning för att kunna utvärdera vad/om något behöver förändras och i så fall på vilket sätt. Det är när verksamheterna på samtliga nivåer frångår denna struktur som fenomenet ”släcka bränder” uppstår och vissa verksamheter blir överrösta med nya projekt och förändringar på kort tid. Det är av vikt att verksamheter får en hållbarhet och långsiktighet i sitt förändrings- och förbättringsarbete så att verksamheten mäktar med och så att medborgaren gynnas på bästa sätt, vilket är förvaltningens främsta mål och syfte.

Definition av patientsäkerhet, kvalitet och ansvar

Patientsäkerhet

Patientsäkerhet definieras som ”skydd mot vårdskada” i patientsäkerhetslagen. Det innebär att patienten inte ska skadas i samband med utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatser eller på grund av att nödvändiga hälso- och sjukvårdsinsatser uteblir. Att vården utförs med säkerhet är en grundsten för en god vård. Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls vilket innebär att vården ska;

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

En vård av god kvalitet innebär att den utförs i enlighet med evidens, lagar, författningar, föreskrifter och förordningar och med patienten i fokus. Hälso- och sjukvården har en skyldighet att erbjuda professionellt bedömda insatser som följer hälso- och sjukvårdsprocessen. Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor.

Där hälso- och sjukvård bedrivs ska de lokaler, den personal och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges finnas tillgänglig. När hälso- och sjukvården ges till barn skall barnets bästa alltid beaktas. När vården ges till personer med funktionsnedsättning skall vården ges på ett sätt som främjar personens delaktighet i samhället.

Kvalitet

I de lagar, förordningar och föreskrifter som ställer krav på alla Socialförvaltningens verksamheter framgår det tydliga krav på att verksamheten bedrivs med god kvalitet. Kvalitet uppstår i mötet med medborgaren, vilka är de som är det centrala i allt arbete som Socialförvaltningen utför. När medarbetare med rätt kompetens är på rätt plats vid rätt tillfälle och utför rätt saker blir resultatet sannolikt av god kvalitet. Det är också genom en lärande organisation som kvalitet kan förbättras. Genom att lära av de brister, missförhållanden och vårdskador som uppstår i arbetet, kan verksamheten ständigt förbättra kvaliteten.

Det går att mäta kvalitet på en mängd olika sätt på olika nivåer. När kvalitet mäts utifrån de delar som SOSFS 2011:9 berör får förvaltningen en bred och heltäckande bild av kvaliteten på flera olika nivåer; från ledning och styrning i verksamhetsplanering och ledningssystem till



det som händer i kärnverksamheten i form av avvikelser och missförhållanden, medborgares perspektiv i brukarundersökningar, klagomål och synpunkter.

Huvudman och Vårdgivare

Enligt SOSFS 2011:9 och Svensk författningssamling (SFS) 2017:30 definieras huvudman som den Region eller kommun som ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård (Vaggeryds kommun). Inom huvudmannens område kan det finnas flera vårdgivare. Vårdgivare avses i denna lag statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. Vårdgivaren/Socialnämnden ansvarar för att verksamheten uppfyller kraven på god och säker vård. Att uppfylla lagens olika krav är att erbjuda en vård av god kvalitet.

Socialnämnd

Socialnämnden som vårdgivare har det yttersta ansvaret för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet som bedrivs utifrån gällande lagar, författningar och förordningar. Vårdgivaren har skyldighet erbjuda hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Socialnämnden är också ytterst ansvarig för arbetet som utförs med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) och lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Förvaltningschef

Förvaltningschef, tillika Socialchef, har ett övergripande ansvar för att fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten samt ge förutsättning till underordnade chefer och för förvaltningen att bedriva kvalitet- och patientsäkerhetsarbete.

Verksamhetschef

Enligt förordningen om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården (1993:933) ansvarar verksamhetschef för hälso- och sjukvård för att vården organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet av god kvalitet och är därmed också ytterst ansvarig för patientsäkerheten. Om denne inte innehar hälso- och sjukvårdskompetens fullgörs vissa uppgifter av kommunens motsvarighet med särskilt medicinskt ledningsansvar, medicinskt ansvarig sjuksköterska/rehabiliterings-ansvarig (MAS/MAR). Det övergripande administrativa ansvaret övergår inte från verksamhetschef till MAS.

Verksamhetschef är ansvarig för att planera och leda sitt verksamhetsområde utifrån förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Verksamhetschefen skall därmed fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten inom sitt verksamhetsområde men också leda och fördela kvalitetsarbetet i enlighet med övergripande mål samt följa upp och utvärdera verksamhetens mål.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

En medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar enligt 4 kap. 6 § Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) för att;

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om.
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355).
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.



- Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för;
 - Läkemedelshantering
 - Rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659)
 - Kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd förändras.

MAS ansvarsområde omfattar patientsäkerhetsfrågor, till exempel att riktlinjer och rutiner finns för att säkerställa hälso- och sjukvårdens kvalitetskrav inom kommunens hälso- och sjukvårdsområde samt uppföljning och utveckling av verksamhetens kvalitet och säkerhet. MAS ansvarar för utredning och händelserapportering enligt lex Maria om en patient i samband med vård och behandling eller utebliven vård har skadats allvarligt eller utsatts för risk att skadas allvarligt. MAS ansvarar också för att i samverkan med områdeschef anmäla till Socialstyrelsen om en av att medarbetare utgör en risk för patientsäkerhet. Socialstyrelsen tar sedan ställning till eventuell påföljd. I de uppgifter där MAS äger ansvar enligt lag är denne direkt underställd Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I en kommunal verksamhet delas ansvaret för hälso- och sjukvården mellan vårdgivaren, MAS och verksamhetschefen (som har det administrativa ansvaret).

Enhets- och områdeschef

Enhets- och områdeschef i förvaltningen ansvarar för att arbetet i förvaltningen bedrivs utifrån gällande lagstiftning, författningar, föreskrifter, allmänna råd och lokala rutiner. Enhets- och områdeschef ansvarar för att medarbetare har den kompetens som krävs för att tillgodose det vårdbehov som finns hos kommunens invånare i enlighet med gällande lagar och riktlinjer. Det gäller bland annat Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens äldreomsorg (SOSFS 2011:12), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av socialtjänstlagen (SoL), lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) (2014:5) med flera.

Enhets- och områdeschefer gör också regelbundet riskanalyser i syfte att aktivt förhindra och förebygga risker för vårdskador och missförhållanden. De bedriver, med hjälp av olika stödfunktioner, ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Hälso- och sjukvårdspersonal (legitimerad)

Arbetsterapeut, dietist, sjukgymnast/fysioterapeut, sjuksköterska och är de yrkesgrupper som benämns som legitimerad personal i Socialförvaltningen. De har skyldighet att tillämpa ett evidensbaserat och vetenskapligt förhållningssätt samt för att upprätthålla en hög patientsäkerhet i enlighet med 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Delegerad omvårdnadspersonal som utför delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter, har vid utförande av insatserna samma ansvar som legitimerad personal enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Hälso- och sjukvårdspersonal ska rapportera risker och händelser och vid uppkomst rapportera avvikelser enligt vårdgivarens process. Detta i syfte att förebygga vårdskador och risker för vårdskador. Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt patientdatalagen skyldig att föra individuell patientjournal för att bidra till en god och säker vård av patienten.



Stödfunktion kvalitet och utveckling

Enheten för kvalitet och utveckling inom Socialförvaltningens Stab arbetar i direkt kontakt med verksamhets- och områdeschefer för att stödja dem och deras verksamheter i det systematiska kvalitetsarbetet i enlighet med SOSFS 2011:9. Vissa funktioner i enheten arbetar med förbättringsarbete och utvecklingsområden som identifieras årligen i arbetet med internkontroll, egenkontroll, avvikelser, klagomål och synpunkter samt lex Sarah och lex Maria. Enheten sammanställer, analyserar och följer upp förbättrings- och utvecklingsarbete i förvaltningen ur olika perspektiv i syfte att tillsammans med ansvariga chefer fördjupa förståelsen för och utveckla kvaliteten i det arbete som verksamheten utför. Enhetschef för Stab kvalitet och utveckling har delegation att besluta att anmäla allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande till IVO, alternativt avsluta lex Sarah-utredning.

Omvårdnadspersonal/medarbetare inom vård och omsorg

Medarbetare som i sin yrkesutövning utför omvårdnadsinsatser, oavsett om de är inom äldreomsorg eller funktionshinderomsorg utgör en yrkesgrupp som kallas omvårdnadspersonal. De grundläggande kunskapskraven i arbetet med äldre regleras i SOSFS 2011:12. De kan i sin anställning ha en annan titel som till exempel undersköterska eller stödassistent, men tillhör gruppen omvårdnadspersonal. Omvårdnadspersonal som utför delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter definieras av uppgiften som hälso- och sjukvårdspersonal. De har samma ansvar och skyldigheter som legitimerad personal att rapportera risker och händelser, samt att följa lagar och riktlinjer och av MAS fastställda rutiner. Alla medarbetare inom Socialförvaltningen har ett ansvar att medverka till att patienten/brukaren får en bra vård av god kvalitet enligt evidensbaserad metodik.

Samtliga medarbetare inom förvaltningen

Samtliga medarbetare i Socialförvaltningen har ett ansvar för att bidra till och efterfölja det som framgår av SOSFS 2011:9 med särskild fokus på det som berör patient- och kvalitetsarbete. Samtliga medarbetare ska rapportera avvikelser när brister identifieras som påverkar/kan påverka brukare/patienter negativt. Samtliga medarbetare är enligt lag skyldiga att rapportera missförhållande/risk för missförhållande enligt lex Sarah. Dock är lex Maria-lagstiftningen suverän för hälso- och sjukvårdspersonal, vilket innebär att de alltid i första hand ska prioritera avvikelser och eventuella vårdskador enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Samtliga medarbetare som i sin yrkesutövning får kännedom om att det kan finnas en misstanke om att ett barn kan fara illa ska genom ”information på annat sätt” delge den informationen till förvaltningens mottagningsenhet. Då samtliga verksamheter i förvaltningen lyder under socialnämnden finns inga hinder i sekretesslagstiftningen som leder till att sådan information får lämnas. Anmälningsskyldigheten framgår av 14 kap 6 § socialtjänstlagen (2001:453).

Redogörelse av resultat

Ledningssystem

Socialförvaltningen har innan 2023 saknat tydlighet i hur förvaltningens ledningssystem ser ut, hur förvaltningen arbetar med det och vem som är ansvarig för vad. Granskningar, utredningar och uppföljningar med verksamheterna att avsaknaden av en tydlig styrning och ställningstagande för vilken riktning och fokus förvaltningen ska ha, har skapat en bristande



struktur, följsamhet och utveckling i förvaltningen. Förvaltningen har trots detta lyckats fullfölja sitt uppdrag. Förvaltningens samlade information om dess ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete blir färdigt under första kvartalet 2023, vilket utgör en förutsättning för förvaltningen att ta ett steg vidare i arbetet med att säkerställa att patienter/brukare/klienter får insatser som uppfyller krav för hög patientsäkerhet och god kvalitet.

Värdegrund

Flera av de lagar (SoL, HSL, LSS, LVU, LVM, Föräldrabalken (FB) etc.) som styr socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete framgår att arbetet ska ske med särskild hänsyn till den enskildes integritet, att den enskilde ska vara delaktig och att dennes behov är centralt i förvaltningens arbete. I Sverige finns en nationell värdegrund för arbete med äldre. Den infördes den 1 januari 2011 och står i 5 kap 4 § socialtjänstlagen (2001:453). Av den framgår att "Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund)". Socialstyrelsen skriver på kunskapsguiden att "En värdegrund visar vilka etiska värden och normer som ska ligga till grund för en verksamhet. Den tydliggör värderingar och kan ses som ett etiskt förhållningssätt, som ska fungera som ett stöd för alla medarbetare i deras arbete. För att en värdegrund ska kunna vara ett sådant stöd behöver den också bli konkret – värdegrunden visar inriktningen och i det dagliga arbetet måste den rent praktiskt påverka tankar och handlingar." Att arbeta med värdegrund som utgångspunkt ingår även i hälso- och sjukvårdsprofessionerna men regleras där av exempelvis patientsäkerhetslag, patientlagen och hälso- och sjukvårdslag samt etiska koder och värdegrund för sjuksköterskor, etiska regler för fysioterapeuter och värdegrund för arbetsterapeuter.

Socialnämnden beslutade 2016 om att den nationella värdegrunden skulle tillämpas i förvaltningens samtliga verksamheter. Under en period arbetade förvaltningens olika verksamheter med förbättringsarbete där värdegrund var en del i arbetet. Hur mycket verksamheterna har arbetat med värdegrundsarbete ser olika ut beroende på verksamhet. Det kvarstår lagkrav på att verksamheter som hanterar äldreomsorg ska arbeta utifrån den nationella värdegrunden. Flera av de bakomliggande orsaker som identifieras i olika granskningar har en tydlig koppling till att arbetet med värdegrunden i förvaltningen inte varit fortgående.

Patient/brukare/klient delaktighet

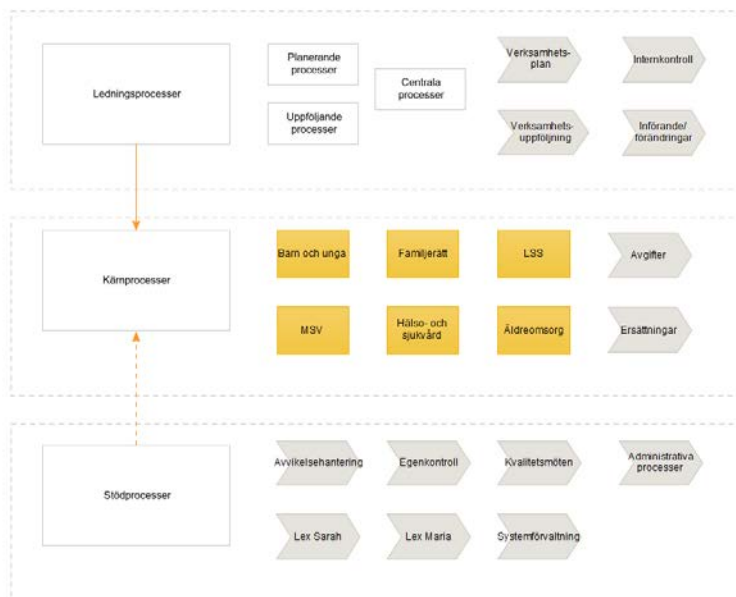
Enligt kap. 3 hälso- och sjukvårdslagen är målet med hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Trots det finns fortsatt ojämlikhet i vården och utformandet av olika insatser. Det kommunala självstyret ger varje kommun möjlighet att välja hur vården ska utformas vilket skapar möjlighet för ojämlikhet i sig samtidigt som det även finns socioekonomiska skillnader som utgör grund för en ojämlik hälsa men som inte nödvändigtvis beror på att villkoren för vården är olika utformad. Det kan snarare röra sig om att förutsättningarna för att söka vård är olika. Enligt samma lagstiftning ska kommunen då ta demografin i beaktning för att på så vis skapa förutsättningar för en jämlik vård. Det finns olika möjligheter och förutsättningar att vara delaktig som patient/brukare/klient beroende på vilka insatser som du får från förvaltningens olika verksamheter. Att vara delaktig handlar inte om att bestämma vad som ska erbjudas, av vem och/eller när. Det handlar inte heller om att bestämma hur medarbetare i verksamheterna ska arbeta. Delaktighet handlar om

kommunikation, att kunna tillgodogöra sig information utifrån ålder och mognad och att förstå vad det är som kommer hända. Det är patientens vårdbehov som styr vilka insatser som ska ges och i vilken prioriteringsordning.

Processer och rutiner

I SOSFS 2011:9 tydliggörs att verksamheten ska identifiera, fastställa och beskriva de processer som behövs för att kvalitetssäkra verksamheten. I beskrivna processer ska det framgå vilka aktiviteter som ingår och deras inbördes ordning i processen. Processer kan delas upp i tre olika typer av processer; ledningsprocesser, kärnprocesser och stödprocesser. Ledningsprocesserna är processer som skapar förutsättningar att driva kärnprocesser. De kan delas upp i planerande och uppföljande processer. Det handlar bland annat om olika planer, mål och budget, utvärderingar och beslutsfattande om förutsättningar i kärnverksamhet. Kärnprocesser är de huvudprocesser som finns i verksamheten och som är riktade mot medborgare. Det är där arbetet med patient/brukare/klient sker och dessa processer utgår från medborgarens behov. Stödprocesser är processer som finns till för att stödja kärnprocesserna. De har en indirekt koppling till medborgaren. Socialförvaltningen har sedan 2019 arbetat med kartläggning av de processer som identifierats som aktuella för att säkerställa kvaliteten i förvaltningen. Detta arbete har dessvärre inte kunnat prioriteras utifrån personalomsättning, pandemi, och bristande resurser. Granskningar, kvalitetsmöten och andra utredningar visar att avsaknad av tydliga processer har lett till olika typer av brister såsom brist i handläggning avseende myndighetsutövning, brist i introduktion, kommunikation och brist i utförande av insats. Detta har också lett till missförhållanden och vid tillfällen allvarliga missförhållanden som rapporterats till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Sedan slutet av 2022 har funktioner i Stab (kvalitet och utveckling) gjort en ny planering för att fortsätta och utveckla arbetet med förvaltningens processkartläggning. Samtlig processkartläggning i förvaltningen är planerad att vara beskriven och reviderad 2025. Processerna som är identifierade och ska beskrivas ses i figur 1.



Figur 1. Beskrivning av förvaltningens processer.



Medan processerna visualiserar de aktiviteter ett visst flöde består av, beskriver rutiner hur aktiviteterna ska genomföras. Rutiner finns för att säkerställa att samtliga som omfattas av den vet vad de ska göra när samt vem som är ansvarig för vad. För att få en systematik i arbetet med processer och rutiner behöver det finnas en struktur för hur och var processer, rutiner och andra styrande dokument hanteras och uppdateras i förvaltningen. Verksamheter i förvaltningen har inte haft förutsättningar för att hantera detta på ett korrekt sätt över tid, vilket resulterat i brister gällande rutiner i förvaltningen.

I samband med processkartläggningen genomförs ett parallellt arbete i förvaltningen med de rutiner som verksamheterna behöver. När en process i en viss kärnverksamhet ska kartläggas behöver verksamheten veta vilka rutiner som ska användas och säkerställa att de är reviderade och aktuella. Detta är ett långtgående och kontinuerligt arbete som förvaltningen arbetar med. Förvaltningen har som mål att samtliga originalrutiner ska läggas in i förvaltningens dokumenthanteringssystem och att samtliga enhets-, områdeschefer samt verksamhetschefer själva är ansvariga och har möjlighet att revidera sina rutiner vid behov. På så vis finns ett original av samtliga rutiner samlade. Vidare ska rutinerna publiceras på intranätet och i de processer som kartläggs, så att en tydlig koppling görs mellan process och rutin.

Kontinuitetshantering – ökad riskmedvetenhet

Det har succesivt skett en förändring av världsläget som över tid medfört att förvaltningens verksamhet behövt förändra och förstärka redundansen i verksamheternas alla delar vilket betyder att kontinuerligt arbeta med verksamhetens ”plan B” för att minska sårbarheten. Det innebär att verksamhetens motståndskraft för extern påverkan behövt förstärkas stegvis i olika delar genom utökad arbete med reservrutiner och reservkapacitet. Vid pandemins start stod det klart att beredskapen inte var adekvat uppbyggd vilket medförde bristsituationer. Viktiga lärdomar drogs och inom avgränsade områden finns nu en starkare beredskap än före pandemin.

Under mars 2022 visade världsläget att kontinuitetshanteringen måste ske bredare relaterat till Rysslands angrepp mot Ukraina. ”Hotet” är inte längre ett virus utan av annan karaktär vilket föranleder att kontinuitetshanteringen behöver vara bred och fokuserad på verksamhetens kärnprocesser. I september 2022 inledde förvaltningen sin del i kommunens övergripande kontinuitetshanteringsarbete. Arbetet innebär att identifiera, bedöma och stärka upp de processer som bedöms som samhällsviktiga så att de kan fortgå även i en krissituation. Förvaltningen har identifierat vitala processer och påbörjat arbetet med att stärka redundansen i verksamheten. Arbetet kommer att fortgå under 2023, för att sedan bli en del av det dagliga arbetet.

Klagomål och synpunkter, avvikelser missförhållanden och vårdskador

Klagomål och synpunkter, avvikelser, missförhållanden och vårdskador är alla samlingsnamn på begrepp som beskriver händelser som har haft eller kunde ha haft en direkt eller indirekt negativ inverkan på patient/brukare/klient. Nedan följer hur förvaltningens arbetar med detta.

Klagomål och synpunkter

Enligt patientlagen och patientsäkerhetslagen samt SOSFS 2011:9 ska vårdgivaren/verksamheten ta emot och hantera klagomål och synpunkter. Förvaltningen ska använda sig av de klagomål och synpunkter som inkommer i ett lärande syfte för att



kvalitetssäkra och utveckla verksamheten. Klagomål och synpunkter är en viktig del i att ta till vara på invånarnas perspektiv.

Ett klagomål eller en synpunkt kan inkomma från flera olika personer; patient/brukare/klient, anhörig, privatperson eller annan. De klagomål och synpunkter som inkommer ska besvaras på ett lämpligt sätt med hänsyn till klagomålets art. Dock får informationsutlämningen ej bryta mot sekretessbestämmelser, vilket i vissa fall leder till att det svar som ges till den klagande är kort och inte heller så informativt.

Klagomål och synpunkter hanteras inom hälso- och sjukvårdsområdet i samverkan med patientnämnden vid behov. Det ska finnas en patientnämnd till hjälp för patienten att få svar från vårdgivaren vid lämnat klagomål. Huvudmannen har avtal med patientnämnden i Region Jönköpings län för ändamålet. Det inkommer relativt få ärenden till patientnämnden som rör kommunala frågor.

Socialförvaltningen saknar ett förvaltningsövergripande arbetssätt gällande klagomål och synpunkter vilket bidrar till att det finns ett mörkertal relaterat till den bristande hanteringen. Liksom föregående år saknas underlag för hur många klagomål och synpunkter som inkommit till nämnden, då klagomål och synpunkter hanteras på olika sätt i olika verksamheter. Förvaltningen har tidigare planerat för uppbyggnad av systemstöd likt det förvaltningen använder för avvikelshantering, i syfte att få en systematik i arbetet med klagomål och synpunkter. Detta har dock inte kunna prioriterats utifrån pandemi, andra prioriterade utvecklingsarbeten och bristande resurser.

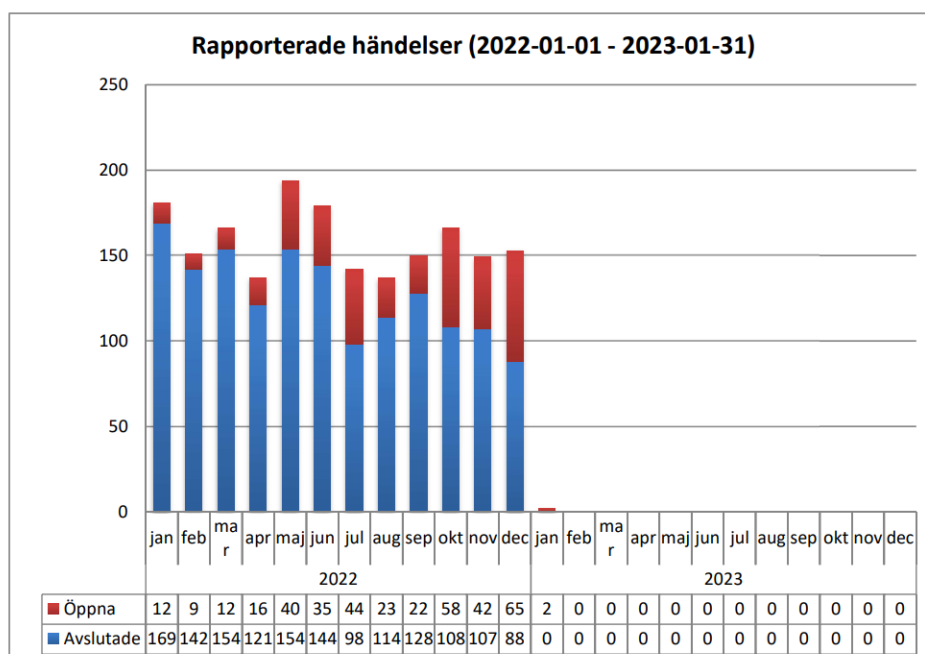
Förvaltningen har under 2022 diariefört 57 klagomål och synpunkter. Det rör sig framförallt om händelser inom förvaltningens utförarverksamheter och 17 av klagomålen rör ett och samma ärende. Vad klagomålen har bestått av beskrivs inte då de i vissa fall kan bli utlämnande. Utifrån de brister som beskrivs ovan går det inte säga hur många av de klagomål och synpunkter som inkommit som i sin tur resulterat i upprättade avvikelser eller rapporteringar av missförhållanden.

Avvikelser

Avvikelser är händelser som avviker från normal rutin och förväntat förlopp och som kan eller har drabbat den enskilde eller en grupp negativt. Samtliga medarbetare har en skyldighet att rapportera avvikelser i syfte att utveckla och förbättra verksamheten. Avvikelser handlar aldrig om att anklaga eller visa andra personers brister, utan alltid om att förbättra och förhindra att de inträffar igen. Förvaltningen behöver fortlöpande arbeta med att skapa en god säkerhetskultur där det sker ett aktivt lärande av rapporterade händelser och risker. Förvaltningens arbetsområde är komplext och i ständig förändring. Processerna är beroende av samspel mellan människor, samverkan mellan olika aktörer och system. Riskerna med så många aktörer är många och varierande.

Under 2022 har samtliga förvaltningens avvikelser registrerats i ett förvaltningsgemensamt system. Antalet registrerade händelser under 2022 uppgår till 1907 st. Antalet avvikelser uppgår till 2030 st. Att antalen skiljer sig åt beror på att det i systemet går att registrera fler sorters avvikelser i samma händelse. Jämfört med 2021 då antalet avvikelser var 2317 till antalet har det minskat något. Det är dock svårt att dra några slutsatser ännu då registreringarna i de båda systemen skiljer sig åt. Det är rimligt att anta att utfallet är

likvärdigt. Utvecklingen av registrering inom myndighet är dock positiv då det tidigare helt saknats systemstöd. Det kommer dröja ytterligare något kalenderår innan fullständigt komparativa data finns då nya kategorier tillförts. Figur två visar på avvikelsernas fördelning över kalenderåret 2022.



Figur 2. Avvikelse 2022 fördelade över kalenderåret.

Tabell 1. Antal avvikelser, fördelning per kategori

Typ	Antal	Fördelning
Läkemedelshändelse	745	36,7%
Fall	720	35,4%
Brist i utförande av insats/åtgärd	211	10,4%
Brist i samverkan	118	5,8%
Dokumentation (utförare)	106	5,2%
Händelser med hjälpmedel	48	2,4%
Bemötande	29	1,4%
Brist i handläggning (myndighet)	28	1,4%
Hot och våld	21	1,0%
[Ej kategoriserad]	6	0,3%
Totalt	2032	100,0%



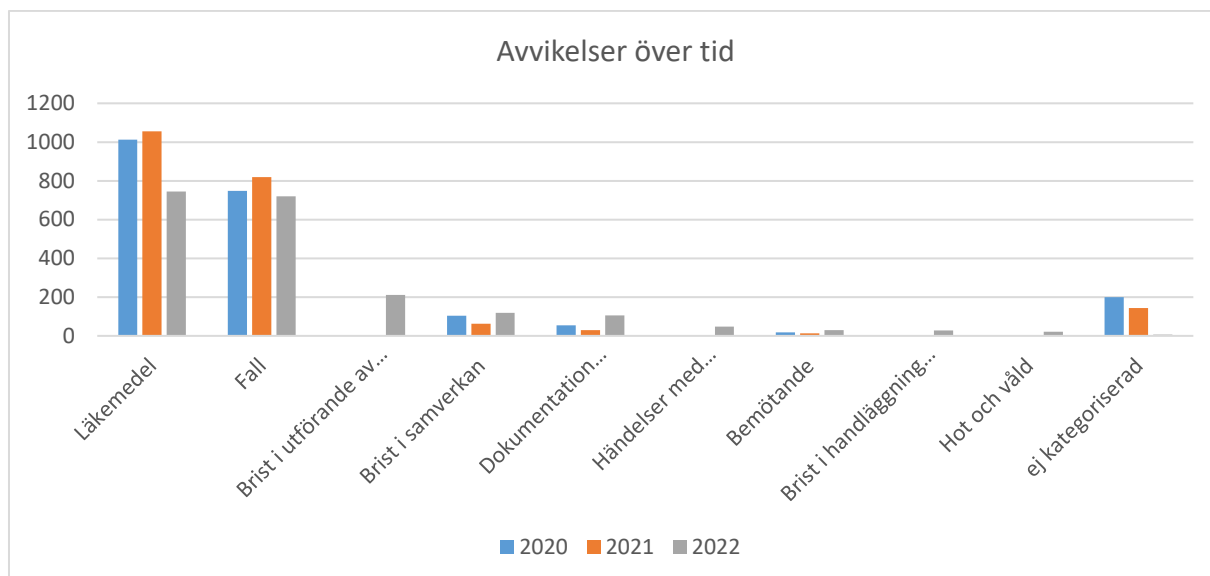
Fördelning av avvikelser

Tabell 2. Fördelning av avvikelser per verksamhet.

Enhet	Antal	Fördelning
Externa avvikelser	87	4,6%
LSS	21	1,1%
Region Jönköpings län	55	2,9%
Öppenvård	1	0,1%
Övrigt	9	0,5%
Underenhet finns inte	1	0,1%
Interna avvikelser - inte till chef	7	0,4%
Underenhet finns inte	7	0,4%
Myndighet	31	1,6%
Barn och unga	15	0,8%
Beroende/Missbruk/Social omsorg	1	0,1%
Bistånd SoL	12	0,6%
LSS	2	0,1%
Våld i nära relation	1	0,1%
STAB	16	0,8%
Kvalitet och utveckling	16	0,8%
Utförare	1766	92,6%
Funktionshinderomsorgen	123	6,4%
Hälsa- och sjukvård, Rehab	74	3,9%
Individ - och familjeomsorg	6	0,3%
Nattorganisation	223	11,7%
Äldreomsorg	1340	70,3%
Totalt	1907	100,0%

I Socialförvaltningen ser fördelningen av avvikelser per verksamhetsområde/enhet ut enligt tabell 2. Den verksamhet där flest avvikelser inträffar är äldreomsorgen. Det är också inom äldreomsorgen händelser med högst riskbedömning inträffat under år 2022. Andelen läkemedelsavvikelser har varit relativt konstant under flera år, vilket varit problematiskt då verksamheten inte lyckats minska andelen läkemedelshändelser tillräckligt över tid. Fall är den andra största kategorin gällande avvikelser. Det finns i förvaltningen en överenskommelse om att samtliga fall ska delges rehab. Detta görs inte vilket resulterar i att rehab saknar kännedom om att de inträffat. Vidare följs avvikelserna inte upp på systematisk nivå, utan endast i patientjournal. Detta leder till brist i det systematiska kvalitetsarbetet vad gäller att identifiera bakomliggande orsaker som kan ha strukturell bakgrund och inte bero på gemene medarbetare.

Det totala antalet avvikelserna har ökat till 1907 under 2022 jämfört med 1862 under 2021. Antalet läkemedelshändelser har minskat från 1055 st. till 745 st. med 802 st. unika avvikelser. Föregående system kunde ej registrera fler avvikelser i samma händelser vilket ger en ytterligare dimension till dataanalysen. Antalet fall har ökat från 687 st. 2021 till 720 st. 2022.



Figur 3. Avvikelser, fördelning/ kategori över tid. Kategorierna har förändrats vilket ger avsaknad av data i vissa kategorier för 2021 och 2020.

Förbättringsarbete avvikelser

Inför 2022 var arbete med avvikelser ett prioriterat förbättringsområde vilket innebär att samtliga områdes- och enhetschefer samt verksamheter har erhållit utökad stöd från stödfunktion i Stab för att arbeta med avvikelshantering. Fokus har legat på att skapa ett lärande i utredningsmetodik och att stödja utredande chefer i arbetet med att identifiera bakomliggande orsak till avvikelser samt effektiva kontra ineffektiva åtgärder.

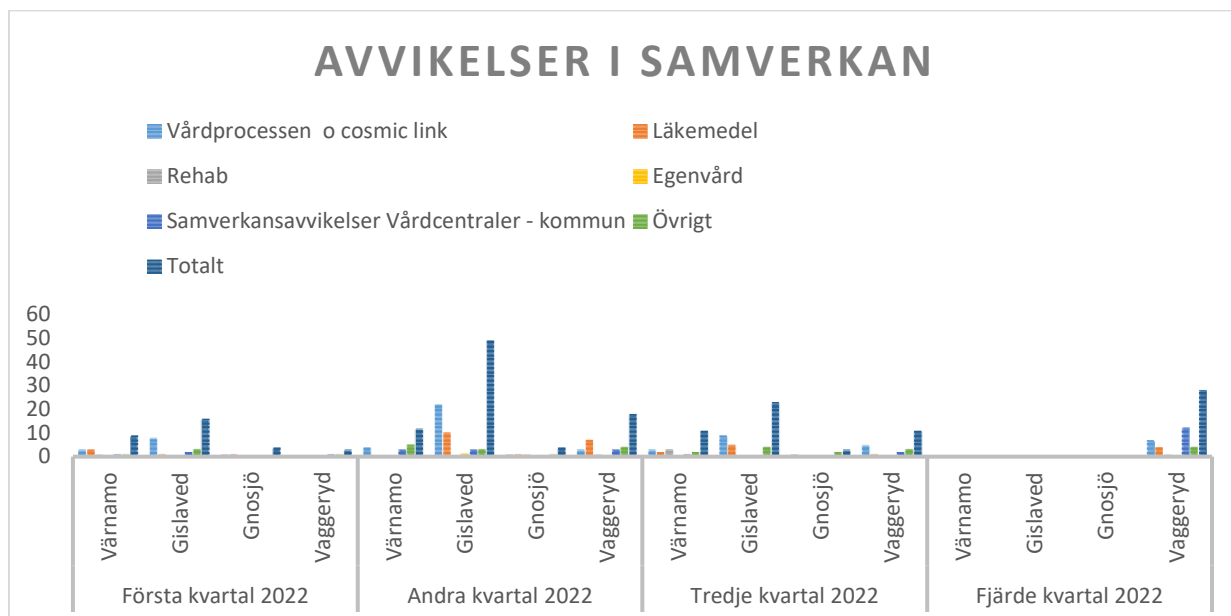
Trots att avvikelshantering har varit ett prioriterat område för år 2022 visar resultatet inte den förbättring i arbetet med utredning av avvikelser som önskades. En möjlig anledning till detta är att områdes- och enhetschefer tillsammans med verksamhetscheferna av flera anledningar inte har kunnat implementera arbetssättet som utbildningsinsatserna har syftat till.

Utbildningsinsatser kräver förberedelse, utbildning, fördjupning och för bästa möjliga implementering krävs rätt förutsättningar, vilket inte funnits. Det sista utbildningstillfället 2022 avslutades med att samtliga områdes- och enhetschefer samt verksamhetschefer fick i uppdrag att formulera mål för sin verksamhet gällande 2023 års arbete med avvikelshantering. Detta kommer följas upp i nästkommande års kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.

Avvikelser i samverkan; Händelseråd GGvV

Händelserådet har sammanträtt vid fyra tillfällen under 2022 och sammanställer rapport till föredragande tjänsteman som därefter delges REKO (Ledningsgrupp för samverkan Region Jönköpings län och Jönköpings läns kommuner). Signifikant för 2022 har varit de snabba utskrivningsförloppen. Hjälpmiddel kan till exempel inte levereras samtliga dagar vilket leder till att förändrade behov hos patienterna ej kan tillgodoses. Medarbetare utbildas i teknik och hjälpmedel som vid utskrivningen redan blivit inaktuella vilket varit kostsamt ur ett samhällsekonomiskt perspektiv och något som belastar verksamheten. Bristen på legitimerad personal har även visat sig då följsamheten till utskrivningsprocessen tidvis har varit bristfällig. Det innebär att kommunikationen ej fungerar och att väsentlig information kring

patienterna uteblir. Det finns en brist på läkare hos de lokala vårdcentralerna vilket gör att avvikelserna till vårdcentralerna har ökat. Bristande tillgänglighet och bristande kontinuitet hos läkare påverkar patienten. Det ökar tidsåtgången samt genererar brister i uppföljning.



Figur 4. Avvikelser i samverkan GGVV.

Lex Sarah

Arbetet med lex Sarah och medarbetares rapporteringsskyldighet regleras i SoL och LSS samt av Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:5. Alla medarbetare inom socialtjänstens verksamheter som styrs av SoL, LSS och socialförsäkringsbalken, har rapporteringsskyldighet vilket innebär att de, när de i sin yrkesutövning uppmärksammar ett missförhållande eller en risk för ett missförhållande enligt lag är skyldig att rapportera detta enligt lex Sarah. När en lex Sarah-rapportering görs inleds alltid en lex Sarah-utredning. Både rapportering och utredning enligt lex Sarah görs i förvaltningens avvikelshanteringssystem i samma ärende som avvikelseutredning sker. Syftet med lex Sarah-utredningar är att kvalitetsförbättra verksamheterna. I utredningsarbetet ska alltid en bedömning göras huruvida det skett ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande. Om så är fallet ska ärendet anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Arbetet med Lex Sarah har varit ett prioriterat förbättringsområde under 2022. Förvaltningen har inte någon gång tidigare genomfört lika många utredningar som under år 2022. Anledningen till ökat antal utredningar handlar dock inte om att fler missförhållanden inträffar, utan att fler rapporteringar görs och att det finns en större transparens i vad som händer i förvaltningen gällande missförhållanden och risk för missförhållanden.

Under 2022 genomfördes 19 lex Sarah-utredningar jämfört med 0 år 2020 och 11 år 2021. I två av utredningarna har missförhållandet bedömts som allvarligt och därmed anmälts till IVO. IVO har beslutat att inte vidta några åtgärder i något av fallen, utan förvaltningen bedöms av IVO ha vidtagit de åtgärder som behövts i förhållande till missförhållandet. Nedan följer en sammanställning om utredningarna och status.



- Hot och våld. Hot och våld gentemot personal från anhörig. Ej missförhållande, utan bör hanteras som tillbud. Status: Avslutad.
- Brist i utförande av insats. Läkemedel har på begäran av anhörig lämnats ut från medicinskåp av medarbetare. Status: Avslutad med uppföljning.
- Brist i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande. Ej verkställt beslut barn och unga. Status: Anmälan till IVO.
- Brist i utförande av insats. Medarbetare använder inte adekvat skyddsutrustning. Ej missförhållande. Status: Avslutad.
- Brist i bemötande. Brist i bemötande gällande personal inom hälso- och sjukvårdsorganisationen. Ej missförhållande. Status: Avslutad.
- Sekretess. Tips till IVO från medarbetare resulterar i utredning på en demensavdelning. Ej missförhållande. Status: Utredning och uppföljning skickad till IVO efter begäran. Avslutad.
- Brist i utförande av insats. Brukare hade ett ej fungerande trygghetslarm vid fall. Kunde därmed inte larma utan hittades av personal i hemmet. Status: Anmälan till IVO.
- Brist i utförande av åtgärd. Digitala medicinskåp på ett boende har lämnats öppna vid flertalet tillfällen. Utredningen omfattar fem händelser. Status: Avslutad med uppföljning.
- Brist i fysisk miljö, utrustning och teknik. Information försvinner mellan planeringsverktyg, insatsregistreringssystem och verksamhetssystem. Status: Avslutad med uppföljning.
- Brist i bemötande av anställda med flera, brist utförande av insats. Brukare har förvägrats individanpassat fysiskt stöd. Status: Avslutad.
- Brist i utförande av insats. Medarbetare har ensam hjälpt brukare med åtgärder som kräver dubbelbemanning. Status: Avslutad.
- Brist i kommunikation. Brist i kommunikation mellan hälso- och sjukvårdspersonal gällande läkemedel. Ej missförhållande. Status: Avslutad.
- Brist i utförande av insats. Utebliven tagning av mätvärde samt medicinering. Ej missförhållande. Status: Avslutad.
- Brist i utförande av insatser; Sexuella övergrepp. Status: Avslutad och följs upp i kvalitetsmöten samt verksamhetsberättelse.
- Brist i utförande av insats. Läkemedelshändelse inom hemtjänsten. Ej missförhållande. Status: Avslutad.
- Brist i utförande av insats. Bristande hantering av läkemedel. Ej missförhållande. Status: Avslutad.
- Brist i utförande av insats. Hälso- och sjukvårdspersonal har uteblivit från tillsyn. Ej missförhållande. Status: Avslutad.
- Brist i utförande av insats: Medarbetare har uteblivit från larm på särskilt boende. Status: Avslutad.
- Brist i samverkan. Bristande kommunikation gällande brukare som har växelvård och hemtjänst. Ej missförhållande. Status: Avslutad.

Gällande samtliga lex Sarah-utredningar som genomförts under 2022 finns det tydliga mönster i utredningarna vad gäller bakomliggande orsaker till att de missförhållanden som



rapporterats inträffat. Det handlar om bristande kompetensutveckling, trygghet i yrkesutövandet (kompetens, värdegrund), kommunikation och brister i rutiner och/eller processer. Den verksamhetsgren som är överrepresenterad i lex Sarah-utredningar är äldreomsorgen. En viktig del av arbetet med lex Sarah är att följa upp de åtgärder som planeras för att se huruvida åtgärderna har effekt och faktiskt minskar risken för fler händelser och bidrar till ett lärande för organisationen, så som lagen avser. De gemensamma bakomliggande orsakerna som nämns ovan är även identifierade i andra granskningar och utredningar.

Lex Maria

All personal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter har skyldighet att rapportera händelser enligt förvaltningens avvikelseprocess då en vårdskada inträffat eller om det förelegat risk för en vårdskada. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar då för att göra en bedömning av händelsen och för att anmälan görs vid allvarlig vårdskada. Med allvarlig vårdskada menar lagstiftaren en skada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. Dessa händelser ska anmälas till IVO. Under 2022 anmälde förvaltningen en händelse enligt lex Maria:

- Brist i utförande av insats- rehabilitering: Inkommet klagomål som inkom ifrån anhörig till områdeschef. Händelsen handlade om utebliven rehabilitering som kan ha lett till vårdskada. Risk för vårdskada, anmälan till IVO. **Status:** Avslutad utan ytterligare åtgärd.

Liksom utredningarna gällande missförhållanden (lex Sarah) ses samma mönster även inom avvikelserna gällande eventuella vårdskador. En brist som tydliggörs i utredningar är att reflektion kring allvarlighetsgrad av händelser inom hälso- och sjukvård saknas hos flera av förvaltningens yrkesgrupper. De bakomliggande orsaker som avvikelser av högre allvarlighetsgrad ofta beror på är bristande kompetens inom läkemedelshantering och en osäkerhet gällande rutiner.

Tillsyn IVO

Förvaltningen har under 2022 haft tillsyn från IVO vid två olika tillfällen. Det handlar om ärenden SN 2022/047 som avser kommunal hälso- och sjukvård samt SN 2022/145 som avser Mejeriets vård och omsorgboende. De förklaras mer ingående nedan:

Kommunal hälso- och sjukvård på särskilt boende för äldre

IVO inledde under 2020 en nationell granskning av hälso- och sjukvården på särskilt boende med anledning av pandemin. Granskningen pågår fortfarande i januari 2023.

Sammanfattningsvis så har IVO konstaterat att den medicinska kompetensen hos vård- och omsorgspersonalen på särskilt boende för äldre är för låg samt att bemanningen av legitimerad personal är för låg i förhållande till behovet under pandemin. IVO konstaterade även att det fanns brister inom dokumentationen och att det inte gick att följa patienternas journal.

Förvaltningen återrapporterar åtgärder i mars 2023.

Mejeriets vård- och omsorgsboende

IVO inledde tillsyn efter att de mottagit upprepade klagomål. Tillsynens syfte är att granska att brukarna erbjuds en trygg och säker vård och omsorg och som motsvarar deras behov.

Intervjuer genomförs med medarbetare från samtliga personalkategorier, ledningen samt flertalet brukare. Förvaltningen inväntar beslut ifrån IVO.

Egenkontroll

Egenkontroll beskrivs i SOSFS 2011:9 som utvärdering och systematisk uppföljning av verksamheten. Det innebär också kontroll av att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontrollen ska genomföras i förvaltningens olika verksamheter på enhetsnivå och kan vara lokalt förankrad eller ingå i större nationella undersökningar. Identifierade brister i egenkontroll kan ligga till grund för riskbedömningar och även internkontroll för nästkommande år.

Det skiljer mellan olika verksamheter hur arbetet med egenkontroll genomförs och används. Utifrån detta blir också användningen av resultatet sekundärt då det är otydligt hur och vad resultatet ska användas till. Förvaltningen utför en mängd olika egenkontroller för att säkerställa följsamhet till gällande lagstiftning. Nedan följer beskrivning av indikatorer och sammanställning av den egenkontroll som genomförs i förvaltningen.

Kvalitetsindikatorer

En kvalitetsindikator är ett mått på kvalitet inom ett visst avgränsat område. Indikatorerna bör vara evidensbaserade och kopplade till patientnyttan samt accepterade inom professionen. Till indikatorn kan sedan mål kopplas i form av procentsatser; ett nyckeltal. Kvalitetsindikatorer bör utgå ifrån de nationella handlingsplanerna men kan även täcka andra områden där evidens styr resultatmått. En parameter som redovisas i ett kvalitetsregister är inte nödvändigtvis en kvalitetsindikator.

En svårighet med kvalitetsindikatorer inom Socialförvaltningens område är att förvaltningen bedriver både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Inom hälso- och sjukvård finns en mängd kvalitetsindikatorer att utgå ifrån. Inom socialtjänstområdet saknas identifierade kvalitetsindikatorer, både i förvaltningen men även på regional och på nationell nivå.

Läkemedelshantering

Förvaltningen ansvarar för att ha säkra processer för hantering av läkemedel inom vårdgivarens gränser. Detta är ett högriskmoment som kräver god medicinsk kompetens hos mottagaren av en läkemedelsdelegering, alltså medarbetare som ger patient/brukare läkemedel. Inom det nämnda området har IVO riktat kritik mot förvaltningens kompetensutveckling hos medarbetare inom vård och omsorg som arbetar närmst patienterna.

Läkemedelshantering inom den kommunala hälso- och sjukvården regleras av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering (HSLF-FS 2017:37). Syftet med de lokala rutinerna är att läkemedelshantering ska vara väl anpassad och säker utifrån den enskildes behov och personliga förutsättningar. Det ska också vara tydligt för medarbetaren hur hanteringen ska ske på ett säkert sätt för patienten. Riktlinjer för läkemedelshantering i Jönköpings Län har tagits fram av en arbetsgrupp på uppdrag av läkemedelskommittén i syfte att fokusera på vårdkedjan där patienten inte ska känna av några organisationsgränser. Dessa riktlinjer syftar till att fungera som ett stöd i det dagliga arbetet och vara ett referensverk som kan användas vid utformandet av lokal rutin för ordination och hantering av läkemedel.



Förvaltningen bedriver egenkontroll i form av att årligen följa antalet läkemedelsavvikelser samt kategorisering och analys av dessa. Till avvikelserna har det under både 2021 och 2022 genomförts riskanalyser relaterade till läkemedelshändelser vilket har föranlett förändringar och planerade åtgärder inom läkemedelsprocessen. Förvaltningen har sedan länge haft kännedom om bristerna inom läkemedelshanteringen och planerat effektiva åtgärder enligt Socialstyrelsens rekommendationer. Åtgärder som genomförts är:

- Förstärkt delegeringsprocess genom att tillföra en sjuksköterskeledd läkemedelsutbildning samt tillhörande kunskapstest i samband med utbildningen.
- Genomgång av förvaring av läkemedel vilket lett till inköp av digitala läkemedelsskåp till ordinärt boende som planeras införas under 2023.
- Införandet av digital signering med hjälp av MCSS Appva. Pilot genomförd på Mejeriet under 2022 och övrig verksamhet är planerad till 2023.

Förvaltningen genomför extern läkemedelsgranskning årligen i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter HSLF-FS 2017:37. Resultatet av granskningen visar på en tydlig förbättring i förvaltningens följsamhet till gällande lagar som styr läkemedelshantering.

God hygienisk standard

En god hygienisk standard är en grundläggande förutsättning för att kunna bedriva kommunal vård och omsorg. Detta regleras i flertalet lagar och syftet är bland annat att förhindra smittspridning och förhindra allvarliga sjukdomar, men det är även till skydd för medarbetaren som arbetar med dessa risker. Kommunal hälso- och sjukvård arbetar i samverkan med enheten för Smittskydd och vårdhygien som utgår ifrån Region Jönköpings län. Då smittskyddsläkare ska finnas att tillgå för kommunerna har enheten skrivit avtal med samtliga kommuner för att möta kommunernas behov som skiljer sig till viss del ifrån regionens.

God hygienisk standard innebär följsamhet till gällande lagstiftning och det åligger varje verksamhet, ansvarig chef, att säkerställa den vårdhygieniska kompetensen hos medarbetarna samt att arbeta aktivt för att förhindra att smitta sprids i verksamheten. Författningarna gällande god hygienisk standard gäller för hälso- och sjukvården, äldre- och funktionshinderomsorg. Förvaltningen arbetar med övergripande rutiner för att vägleda verksamheterna i hur följsamheten kan uppnås. I samband med att gemensam författningssamling avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. (HSLF-FS 2022:44) trädde i kraft, uppdaterades även förvaltningens rutiner under 2022. Rutinerna innebär bland annat att medarbetare ska ha en grundläggande vårdhygienisk kompetens som erhålls via Socialstyrelsens utbildning, men också att se över så lokalerna är anpassade för att bedriva den typ av verksamhet som bedrivs idag, vilket de inte alltid är. Exempel på brister är dubbelbeläggning på korttidsplatser och brister på möjlighet att rengöra via dekontaminator. För att säkerställa en god hygienisk standard, utför förvaltningen egenkontroller i form av:

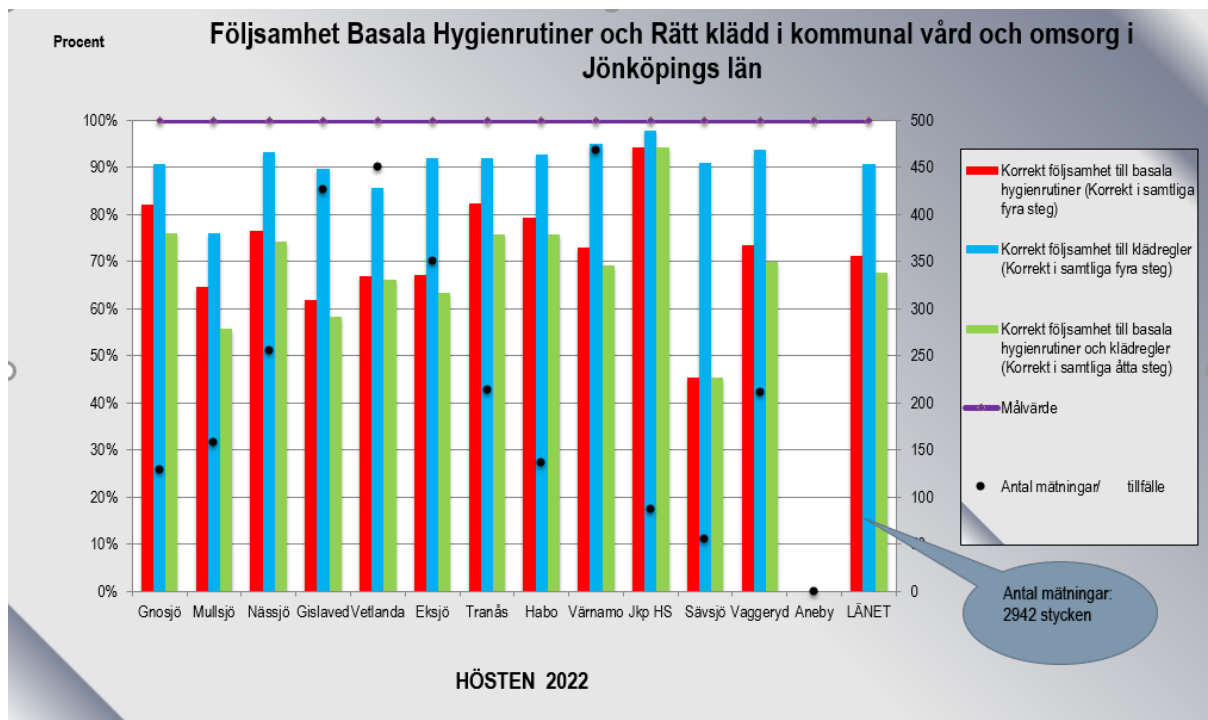
- **Följsamhetsmätningar till basala hygien- och klädregler fyra gånger/år**
Mål: 90 % följsamhet
- **Mätning av vårdrelaterade infektioner och riskfaktorer månadsvis**
Mål: Fullständigt mätresultat för analys



- **Hygienisk egenkontroll en gång/år**

Mål: Identifiera och åtgärda brister i vårdmiljön som kan leda till att smittspridning förhindras

Förvaltningen har sedan 2016 genomfört mätningar av basala hygien och klädregler. Förvaltningen har genomfört många mätningar i relation till kommunens storlek vilket bör ge en representativ bild. Dessvärre når resultatet inte upp till förvaltningens målsättning för 2022, likt 2021. Resultatet har sjunkit sedan 2020 vilket är anmärkningsvärt då det varit pandemi och följsamhet till basal hygien rimligen borde ha ökat under denna period. Förvaltningen redovisar resultat gemensamt med länet för 2022 i figur 5.



Figur 5: Följsamhetsmätningar basala hygien och klädregler.

Vårdrelaterade infektioner

En vårdrelaterad infektion är en negativ händelse som drabbar patienten och som härleds till bristande följsamhet till vårdgivarens rutiner kring t.ex. basal hygien och klädregler. Vårdrelaterade infektioner är en potentiell vårdskada som skulle kunna föranleda en anmälan enligt lex Maria. Granskningar visar att det finns ett stort mörkertal kring vårdrelaterade infektioner, då de ses som en ny diagnos hos patienten snarare än en konsekvens av att vården brustit. Inga avvikelser av denna art registrerades under 2022. Förvaltningen har konstaterat brister i den fysiska miljön, bland annat på korttidsboende vilket har föranlett att patienter smittat varandra när de delat vårdmiljö.

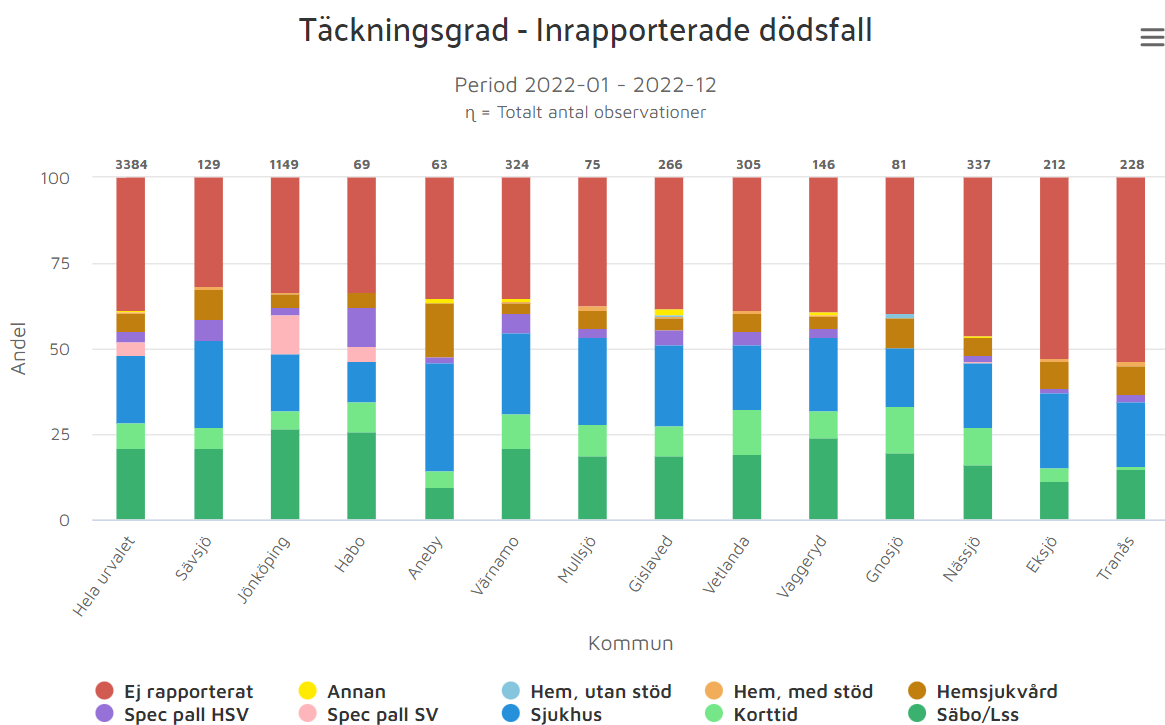
Luftvägsinfektioner

SARS cov2 (covid-19) dominerade hela första kvartalet av 2022 vilket föranlett hård belastning på verksamheterna gällande både hög frekvens av provtagning och hög frekvens av skyddsnivå. Hälso- och sjukvårdsorganisationen har genomfört ca. 250 provtagningar för misstanke om covid-19 under 2022. Samtidigt har sjuksköterskeorganisationen vaccinerat

samtliga patienter som samtyckt, med 0-7 doser, då inkluderat både influensa, covid-19 och pneumokocker (lunginflammation). Länets kommuner övergick under 2022 till samma vaccinationsregister som Region Jönköping vilket ökat patientsäkerheten. Risken med dubbla register eliminerades, och vaccinationen blev säkrare. Covid-19 har högst frekvens på korttidsboendet.

Palliativ vård

En god palliativ vård i livets slutskede utgår från de fyra hörnstenarna symtomlindring, multiprofessionellt samarbete, kommunikation och relation samt stöd till närstående. Av det totala antalet avlidna årligen är ca 80 % palliativa och endast 1 % är barn under 18 år. Antalet personer som avlider på sjukhus har minskat markant sedan Ädelreformen och främst är det de allra äldsta som avlider utanför sjukhus. Den palliativa vården lutar sig på nationellt kunskapsstöd utfärdat av Socialstyrelsen samt nationell vårdprogram utformat av specialistprofessionerna.



Figur 6. Täckningsgrad och beskrivning av vilken vårdgivare patienten vårdats då den avled. Resultaten redovisas jämfört med övriga kommuner i Jönköpings län.

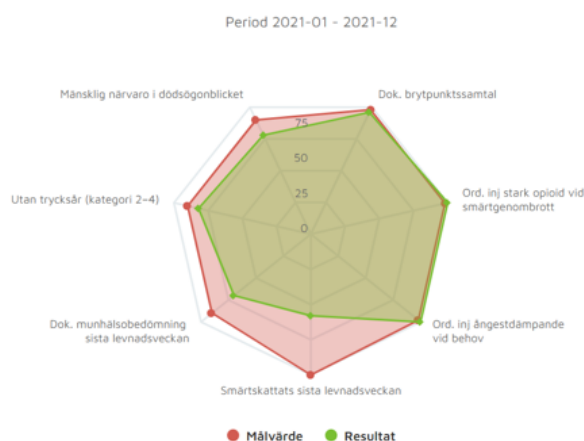
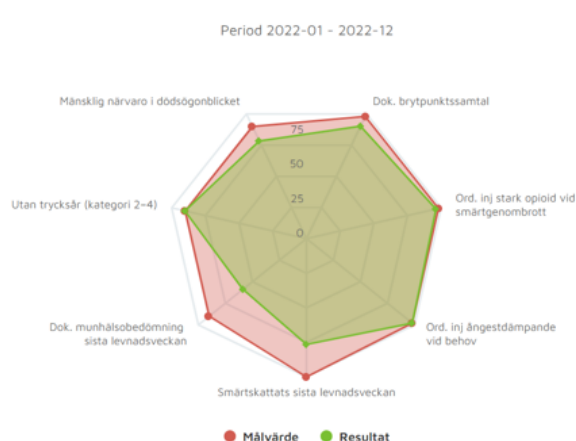
Tabell 3. Socialstyrelsens nationella målnivåer för kvalitetsindikatorer inom palliativ vård.

Indikator	Målnivå*
Munhälsobedömning under sista levnadsveckan	≥ 90 %
Smärtskattning under sista levnadsveckan	100 %
Vidbehovsordination av opioid mot smärta under sista levnadsveckan	≥ 98 %
Vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel under sista levnadsveckan	≥ 98 %
Utan förekomst av trycksår under sista levnadsveckan	≥ 90 %
Brytpunktssamtal	≥ 98 %

*Målnivå på gruppnivå.

Förvaltningen arbetar fortsatt med palliativvårdsregistrets kvalitetindikatorer som anges i tabell 3. Resultaten visar att arbetet med dokumenterad smärtskattning behöver förbättras liksom dokumentation av munhälsobedömningar. Förvaltningens specialistsjuksköterska inom palliativ vård har påbörjat arbetet med att utbilda i dokumentation av smärtskattningar i verksamhetssystem, samt att kartlägga processen för munhälsobedömningar. Utförandet av munhälsobedömningar och munhälsa är för övrigt ett område där förvaltningen behöver utveckla och förstärka kompetensen både enligt förvaltningens utredning samt statistiska data. Förvaltningens specialistsjuksköterska arbetar även med att kompetensförsörja legitimerad personal gällande nationellt vårdprogram för palliativ vård.

Förvaltningen arbetar även aktivt med Palliativvårdsregistrets närståendeenkäter och erbjuder även efterlevandesamtal med närstående. Båda är frivilliga men av stort värde för förvaltningens utvecklingsarbete. Under 2022 skickades 53 enkäter ut och 19 besvarades. Förvaltningen fick kritik ifrån IVO gällande dokumentationen av brytpunktssamtalet. Förvaltningen har arbetat med kritiken och kommit fram till ett adekvat arbetssätt enligt handlingsplan som redovisas till IVO.


Figur 7. Spindeldiagram kvalitetsindikatorer palliativregistret 2021.

Figur 8. Spindeldiagram kvalitetsindikatorer palliativregistret 2022.



Senior Alert

Senior Alert är ett kvalitetsregister i vilket personer som är 65 år eller äldre och som har kontakt med vård eller omsorg, registreras gällande riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Samtliga faktorer är viktiga att följa för att arbetet skall kunna målinriktas. Med hjälp av Senior Alert vill kommuner och regioner utveckla nya förebyggande arbetssätt som ökar möjligheten till bästa möjliga vård och omsorg oavsett vem som tillhandahåller den. Det möjliggör för verksamheten att arbeta preventivt istället för reaktivt. Mätning görs på alla, en gång per år. Mätning görs på nyinflyttade och mätning görs vid förändrad hälsostatus. Förvaltningen implementerade åter arbetet med kvalitetsregistret Senior Alert under 2022. I planeringen skulle samtliga enheter på särskilt boende implementera och börja använda Senior Alert samtidigt. Dessvärre har endast två av tre särskilda boenden kunnat fullfölja enligt planering. Det återstående boendet implementerar under våren 2023. Återstår gör implementering av Senior Alert i hemsjukvården vilket är en något större utmaning relaterat till att patientunderlaget är mer rörligt och det skulle lägga en belastning på hemtjänsten vilket inte bedöms som möjligt i nuläget. Förvaltningens bedömning är att vinsten än dock är störst på särskilt boende. Riskbedömningar ska utföras oavsett om de utförs i Senior Alert eller ej. Registret möjliggör för enheterna att arbeta aktivt med sina egna resultat.

God Demensvård

Demens orsakas av skador i hjärna som kan yttra sig på olika sätt beroende på vilken del i hjärnan som drabbas. Vanligen påverkas minnet och förmågan att planera och genomföra vanliga vardagssysslor. Sjukdomen kan även medföra oro, ångest och beteendemässiga förändringar. Dessa symtom gör att det blir svårt att klara vardagen utan hjälp och stöd. En god demensvård utgår ifrån nationella riktlinjer som färdigställdes 2017.

Primära rekommendationer;

- **Utredning:** Demensutredning och diagnostik.
- **Uppföljning:** Regelbunden individuell behovsanpassning av medicinskt och psykosocialt stöd.
- **Multiprofessionellt arbete:** Bidrar med ett helhetsperspektiv med bedömningar från olika professioner
- **Stödinsatser:** Insatser ges utifrån ett personcentrerat förhållningssätt med individens behov som utgångspunkt. Boendemiljön ska anpassas och bidra till en inkluderande känsla och med fördel vara småskalig.
- **Läkemedelsbehandling-** enligt rekommendationer
- **Utbildning:** Personer som arbetar med personer med demens rekommenderas kontinuerlig utbildning med praktisk träning och handledning i personcentrerad vård och bemötande av personer med demenssjukdom.

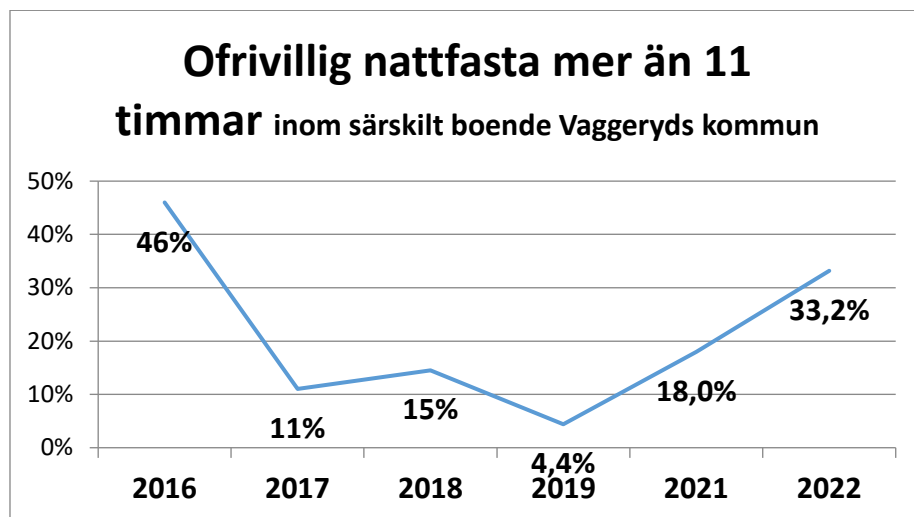
Enligt Socialstyrelsen kommer rekommendationerna ge ökade kostnader för de förvaltningar som arbetar med personer med demens. Kostnaderna beräknas vara bestående och på lång sikt då diagnosen inte minskar och inget bot finns i nuläget. Socialstyrelsen anger även kvalitetsindikatorer för demensvården där 12 av 21 indikatorer är direkt styrda till kommunal verksamhet. Förvaltningen saknar en samordnande funktion för demensvården/demenssjukköterska vilket är en kvalitetsindikator i sig (indikator 11).

Beteendestörningar och Psykiska symtom vid Demenssjukdom (BPSD)

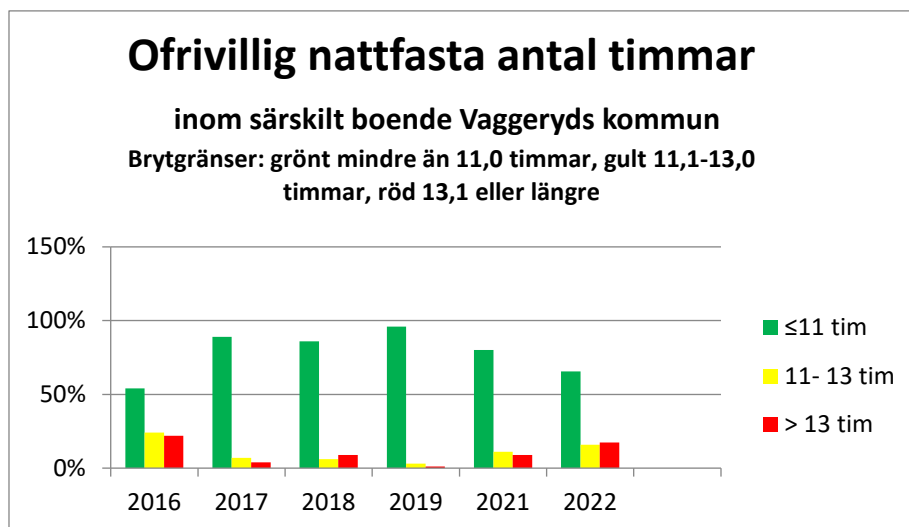
BPSD är ett nationellt kvalitetsregister med användningsområde i vården för personer med demenssjukdom samt ett arbetsredskap för verksamheten som ger god hjälp i bemötande vid BPSD-symtom vid demenssjukdom. BPSD kan definieras som ”symtom i form av störd perception, stört tankeinhåll, förändrat stämningsläge eller förändrat beteende hos patienter med demenssjukdom”. Målet är att ständigt förbättra vård och omsorg för individer med demenssjukdom och därigenom öka livskvaliteten hos personer med demenssjukdom. Genom ett tvärprofessionellt arbetssätt utformas individanpassade vårdåtgärder vilket kan minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär. Systematisk registrering sker ej. Patienterna kan därför ej dra fördel av innehållet. Förvaltningen har genomfört en registrering i BPSD-registret under 2022. Jämfört med jämnstora kommuner som exempelvis Habo som genomfört nio st. registreringar samt Gnosjö som genomfört 59 st. registreringar, är förvaltningens arbete obefintligt.

Ofrivillig nattfasta- PPM (punktprevalensmätning)

Förvaltningen har sedan 2016 följt den ofrivilliga nattfastan med hjälp av förvaltningens dietistfunktion. Mätningen avser den ofrivilliga nattfastan, vilket innebär att brukaren erbjuds en måltid i form av mellanmål på kvällen, under natten eller tidig morgon. Genom att mäta ofrivillig nattfasta utvärderas om rutiner för att erbjuda mellanmål fungerar. Mätningen är en punktprevalensmätning och sker under hösten. Antalet personer med en ofrivillig nattfasta på 11 timmar eller fler har ökat från 18 till 33 %. Ofrivillig nattfasta ska inte öka. Förvaltningen behöver arbeta för att minska antalet timmar med ofrivillig nattfasta.



Figur 10. Resultat ofrivillig nattfasta 11 timmar eller längre, över tid.



Figur 11. Ofrivillig nattfasta indelat i tidskategorier. Jämförelsedata över tid.

Nationell brukarundersökning

Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) nationella brukarundersökningar inom socialtjänsten är årliga undersökningar som genomförs för flera olika målgrupper och verksamheter inom individ- och familjeomsorgen (IFO) och funktionshinderomsorgen. En annan undersökning är Socialstyrelsens undersökning *Vad tycker äldre om äldreomsorgen*. Nedan presenteras kort resultatet från undersökningarna med fokus på de punkter där resultatet avviker i förhållande till tidigare år samt länet och riket.

Funktionshinderomsorg

Inom boendestödet (SoL) har resultatet till stor del förbättrats. Några frågor har relativt stora positiva ökningarna och gäller frågorna *”Får du den hjälp du vill ha av dina boendestödare?”*, (79 % 2021, 89 % 2022) och *”Bryr sig dina boendestödare om dig?”* (84 % 2021, 94 % 2022). På frågan *”pratar dina boendestödare med dig så att du förstår vad de menar?”* har ökat från 82 % 2021 till 100 % 2022. 100 % positivt svar får boendestöd även på frågan *”Trivs du med dina boendestödare?”* År 2021 var resultatet 89 %. Den fråga som fått en tydlig försämring i resultat är *”vet du vem du ska prata med om något med ditt boendestöd om något är dåligt?”* där andelen som svarat ”ja” går från 69 % 2021 till 58 % 2022.

Inom gruppboende (LSS) får en rad frågor liknande eller marginell förändring i förhållande till tidigare år. Den största positiva ökningen inom gruppboende var utifrån frågan *”Trivs du hemma?”* som har en ökning från 93 % 2021 till 100 % 2022.

Vad gäller daglig verksamhet enligt LSS är svaren på de flesta frågorna relativt likt föregående år och riket i stort. En positiv ökning kan ses på frågan *”är du rädd för något på din dagliga verksamhet?”* där 64 % svarade aldrig 2021 och 2022 svarade 78 % aldrig på samma fråga. Det har varit en försämring på frågan *”pratar personalen på din dagliga verksamhet med dig så att du förstår vad de menar?”* där 91 % 2021 svarade ja, och 81 % 2022.

Socialförvaltningen har tidigare inte genomfört brukarundersökning för serviceboende enligt LSS. År 2022 är första året som undersökningen genomförts. På frågan *”pratar personalen hemma med dig så att du förstår vad de menar?”* svarar 38 % att all personal gör det. Riket i



stort får 68 % på samma fråga. 63 % av de boende svarar alla på frågan ”*Känner du dig trygg med boendepersonalen*” jämfört med 71 % i riket. 100 % svarar att de vet vem de ska prata med om något är dåligt med boendepersonalen. Slutligen svarar 50 % att de trivs med boendepersonalen. Riket har ett resultat på 76 % avseende samma fråga.

IFO (Barn och unga myndighet, missbruk)

IFO står för individ- och familjeomsorg och vad gäller brukarundersökningar räknas hit barn och unga myndighet (vårdnadshavare och ungdomar över 13 år) samt missbruk och ekonomiskt bistånd. Eftersom ekonomiskt bistånd inte är organiserat inom Socialförvaltningen, redovisas de resultat som är av relevans för förvaltningen nedan. För undersökningen avseende barn och unga och missbruk var svarsfrekvensen 29 % (17 svar, vårdnadshavare) respektive 60 % (25 svar, missbruk). När en undersökning har låg svarsfrekvens eller ett litet antal svar meddelar enkätfabriken, vilka tillhandahållit undersökningen, att resultatet ska tolkas med försiktighet.

När det gäller barn och unga redovisas resultat från undersökning för vårdnadshavare för sig och resultat för ungdomar över 13 år för sig. År 2022 hade förvaltningen för få deltagande ungdomar, vilket innebär att det inte finns något resultat för den urvalsgruppen. Bland vårdnadshavarna var det 2021 57 % som svarade att det var *mycket lätt* att få kontakt med socialsekreterare. År 2022 svarade 31 % samma sak. Samtliga i undersökningen uppger att socialsekreterare frågar efter synpunkter på hur situationen skulle kunna förändras, något som varit konstant både 2021 och 2020. På frågan ”*hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med det stöd du får från socialtjänsten i kommunen?*” svarar 62 % *mycket nöjd* och 38 % *ganska nöjd*, vilket motsvarar 100 % av de svarande vårdnadshavarna. 42 % av vårdnadshavarna uppger att deras situation har *förbättrats mycket* sedan de fick kontakt med socialtjänsten 2022, jämfört med 14 % föregående år.

Avseende missbruk är det en minskad andel som upplever att det är *mycket lätt* eller *ganska lätt* att få kontakt med socialsekreterare. Andelen som svarade *mycket stor och ganska stor* på frågan ”*Hur stor förståelse visar socialsekreteraren för din situation?*” har minskat från 88 % 2021 till 78 % 2022. På frågan ”*Hur mycket har du kunnat påverka vilken typ av hjälp du får av socialtjänsten i kommunen?*” har 76 % svarat *mycket* eller *ganska mycket*, medan 15 % svarat *ganska lite*. År 2021 svarade 66 % *mycket* eller *ganska mycket* och 33 % *ganska lite*.

Äldreomsorg

Vad tycker de äldre om äldreomsorgen är uppdelad i hemtjänst och särskilt boende.

Svarsfrekvensen för hemtjänsten är mellan 60-80 % och för särskilt boende 50,6 %.

Undersökningen är mer omfattande än de ovan beskrivna undersökningarna och inkluderar flera områden och fler frågor.

Gällande hemtjänst svarar 74 % att handläggarens beslut är anpassat efter brukarens behov. 37 % uppger att de fick välja utförare (kommunal/privat), jämfört med 53 % i både länet och riket. På frågan om personalen brukar komma på avtalad tid svarar 69 % ja i förhållande till 84 % i länet. 45 % svarar att personalen brukar meddela i förväg om tillfälliga förändringar, jämfört med 64 % i länet och 61 % i riket. 98 % svarar att personalen brukar bemöta brukaren på ett bra sätt, vilket är liknande resultat som både länet och riket i övrigt. 92 % uppger att det känns *mycket/ganska tryggt* att bo hemma med stöd från hemtjänsten jämfört med 85 % i riket. 47 % svarar att de inte är besvärade av ensamhet och 69 % svarar *mindre än*



tidigare/ingen skillnad mot tidigare på frågan om ensamhet under pandemin. 94 % av brukarna som svarat på undersökningen är mycket nöjda eller ganska nöjda med hemtjänsten hen har, jämfört med 86 % i riket.

Undersökningen avseende särskilt boende visar att 94 % svarar att de fick plats på det äldreboende de ville bo på. Detta kan jämföras med 88 % respektive 87 % i länet alt riket i övrigt. 41 % uppger att det är trivsamt i utrymmena, i förhållande till 61 % både i länet samt riket i stort. 35 % uppger att det är trivsamt utomhus runt boendet, jämfört med 66 % både i länet och i riket. 80 % svarar att de tycker maten brukar smaka bra, jämfört med 71 % i riket. Frågor om aktiviteter och möjlighet att komma utomhus får ett sämre resultat i kommunen, jämfört med länet och riket. 49 % är nöjda med de aktiviteter som erbjuds på boendet, jämfört med 57 % i länet. På frågan om möjligheterna att komma utomhus uppger 34 % mycket bra eller ganska bra, vilket kan jämföras med 54 % både i länet och i riket.

På frågan om personalen brukar meddela i förväg om tillfälliga förändringar uppger 29 % ja, alltid eller oftast vilket kan sättas i relation till 45 % i riket. 70 % uppger att de kan påverka vid vilka tider de får hjälp (duscha, gå och lägga sig etc.), jämfört med 57 % i riket. Förvaltningen har färre andel brukare som *inte* upplevt sig besvärade av ensamhet jämfört med länet och riket. Detsamma gäller under pandemin. Sett över tid har nästan samtliga frågor fått en markant försämring i resultat sedan 2019 gällande särskilt boende.

Risk- och händelseanalys

Förebyggande riskanalyser ska göras i syfte att identifiera eventuella händelser som kan medföra risker som kan påverka verksamhetens kvalitet. Det kan vara aktuellt om ny teknik införs, vid ändring av personalens sammansättning eller vid förändring av rutiner i arbetsgruppen/verksamheten. Verksamheten är utifrån arbetsmiljö även ansvarig för att göra riskbedömningar. Riskanalyser och riskbedömningar görs på olika nivåer. Både riskanalysen och riskbedömningen ska tydliggöra hur allvarlig inverkan den eventuella risken har samt hur sannolikt det är att den inträffar och utifrån detta tas eventuella åtgärder fram som också ska följas upp. Riskanalyser och riskbedömningar hanteras och upprättas i olika system.

Händelseanalyser är ytterligare en analys som kan genomföras på redan inträffade händelser där förvaltningen genom specifika händelser kan identifiera "felhändelser" och därmed skapa förändringar/förbättringar i processer där resultatet inte blev som verksamheten önskat. Hälso- och sjukvårdsorganisationen klassificeras som en så kallad HRO-organisation (High Reliability Organization) enligt SKR vilket innebär att ledningen för dessa organisationer bör skapa beredskap för att förutse, förebygga och hantera risker och avvikelser. Inom hälso- och sjukvården har man i historiken hanterat patientsäkerhetsarbete och arbetsmiljö separat. Forskningen pekar dock tydligt på att patientsäkerhet är kopplad till arbetsmiljön. Det är inte sällan riskanalyser i verksamheter och riskbedömningar utifrån enskilda medarbetares arbetsmiljö både hör ihop och påverkar varandra. Ett exempel är brukare som utifrån ett funktionstillstånd är verbalt och fysiskt aggressiv. Detta påverkar arbetsmiljön, vilket tas hänsyn till i en riskbedömning. Däremot kan även förhållningssätt och hantering av risker i verksamheten påverka brukares beteende vilket hanteras i en riskanalys. Legitimerad personal dokumenterar riskbedömningar gällande patienten, som är en form av riskanalyser, i verksamhetssystemet. (till exempel enligt läkemedelsprocessen eller skydds- och begränsningsåtgärder).



Förvaltningen har ingen fastställd organisation för händelse- och riskanalyser. Det finns en analysledare, vilket leder till att de händelseanalyser som genomförs koncentreras till hälso- och sjukvårdsorganisationen. Verksamheterna i förvaltningen arbetar inte aktivt med riskanalyser, varken på organisationsnivå eller på individnivå. Förvaltningen saknar tydliggjorda mål för detta trots att det varit ett bestående förbättringsområde under flera år.

Kompetensförsörjning

Nära vård

Just nu pågår en omställning av svensk hälso- och sjukvård, vilket beror på att fler i populationen blir sjukare och äldre samtidigt som de institutioner som hanterar hälso- och sjukvård inte maktar med att bedriva hälso- och sjukvård på det sätt demografin och den historiska folkhälsosituationen i Sverige tidigare tillåtit. De personella resurserna räcker således inte till. Sjukdomar som förr var dödliga i ett tidigt skede är idag kroniska. Nära vård handlar till stor del om att främja hälsa och att arbeta hälsoförebyggande och det arbetet börjar i tidig ålder i syfte att fler ska vara friskare och färre ska behöva specialistvård. Det innebär att Nära vård berör alla kommunens verksamheter som på något vis spelar en roll i invånarnas hälsa.

Sammantaget innebär detta paradigmskifte som Nära vård är att specialiserad vård i högre utsträckning kommer bedrivas i kommunal primärvårdsregi vilket ställer betydligt högre krav på kommunens medarbetare än tidigare och därmed även på förvaltningen. Om personaltäteten ska fortsatt öka som den gjort historiskt, kommer det kräva att 80 % av den totala tillkommande arbetskraften behöva arbeta inom social välfärd. Det finns också fler branscher som behöver arbetskraft som konkurrerar om samma människor. Det är viktigt att se invånarens hela livskedja som en del av Nära vård och inte bara den del som är irreversibel, där invånaren är som sjukast. Förvaltningen inledde 2022 ett projekt gällande intensiv hemrehabilitering (IHR) i syfte att möta de rehabiliteringsbehov invånaren har efter sjukhusvård. Projektet riktar sig mot de äldre invånarna. Arbetet måste organiseras preventivt hos barn såväl som vuxna och äldre.

Kompetensutvecklingsplan

Arbetsmiljöverket granskade förvaltningen år 2016 och 2018. Båda granskningarna resulterade i kritik då det saknades struktur för hur vissa utbildningar skulle genomföras. Vissa punkter i kritiken var återkommande både 2016 och 2018. Under 2019 upprättades en kompetensutvecklingsplan gällande HLR, hot och våld, brand, trafiksäkerhet, lyftteknik samt vårdhygien efter Arbetsmiljöverkets kritik. Det handlar om en övergripande kompetensutvecklingsplan med fokus på utbildningar som härleds till arbetsmiljö. Efter 2019 har både pandemin inneburit svårigheter samtidigt som förvaltningen haft en vakans i den tjänst som varit riktad mot utveckling av kompetensutveckling (då inom äldreomsorgen). Sedan 2019 har vissa verksamheter utbildat personal i delar av kompetensutvecklingsplanen, exempelvis HLR. Det har dock saknats tydlig överblick gällande vem som gått vilka utbildningar. Samtliga verksamheter har inte heller utbildat sin personal. Under 2023 kommer kompetensutvecklingsplanen att sjasättas och påbörjas.

Kompetensutveckling handlar inte bara om kompetens utifrån arbetsmiljö utan framförallt om kompetenskrav utifrån sin yrkesroll. Fokus är där på medborgaren och dennes behov, vilket är förvaltningens främsta uppdrag. Det finns inom olika verksamheter viss kompetens som är



lagstadgad, tydligt formulerad i föreskrifter och förordningar och som krävs för att säkerställa att de brukare, klienter och patienter som förvaltningen arbetar med möts av professionella yrkesutövare där arbetet är rättssäkert, patientsäkert och av hög kvalitet.

Förvaltningen har ingen utarbetad kompetensutvecklingsplan för vad som krävs för vilka funktioner i förvaltningen. Det saknas också en struktur för olika nivåer i kunskap, beroende på om medarbetare är nya i sitt yrke, har viss erfarenhet eller till och med är vana.

De brister som har varit förekommande och återkommande i granskningar och utredningar handlar om otrygghet i yrkesutövning/yrkesprofession (etik, värdegrund), bristande kunskap gällande viss problematik i särskilda brukargrupper, brister i implementering och introduktion för både chefer och medarbetare. Förvaltningen har historiskt arbetat med punktinsatser gällande vissa utbildningar i syfte att täcka de behov av kompetensutveckling som funnits. En återkommande kostsam brist i förvaltningen är att behoven inte kartläggs och att olika verksamheter utbildar på olika sätt, utbildningar samordnas inte och den kompetensutveckling förvaltningen har saknar implementering vad gäller reflektion, uppföljning etc. Sedan 2023 har förvaltningen en funktion som arbetar med kompetensförsörjning. Denne finns i stödfunktion stab kvalitet och utveckling och arbetar på en strategisk nivå tillsammans med förvaltningsledning och chefer i syfte att skapa hållbarhet och säkra bärighet i kompetensutveckling och kompetensförsörjning på sikt. Detta sker bland annat genom inventera behov av kompetensutveckling utifrån yrke/funktion, introduktion och olika utbildningssatsningar.

Analys och diskussion

Kravet på att varje år upprätta patientsäkerhetsberättelsen har som tidigare nämnt sin bakgrund i det systematiska kvalitetsarbetet som handlar om att hela tiden utveckla och förbättra verksamheten.

Systemteori handlar om att en individ, medborgaren, finns i ett sammanhang. De olika sammanhangen samspelar med och påverkar varandra och därmed har de olika effekt eller inverkan på medborgarens situation, beroende på medborgarens behov. Liknelse kan dras till Socialförvaltningens olika verksamheter där verksamheterna som förvaltningen består av påverkar och samspelar med varandra på liknande sätt. Samtliga verksamheter och processer kan ses som olika kugghjul i en stor maskin, där alla kugghjul behöver snurra och fungera för att maskinen ska gå. Förvaltningen har olika behov beroende på utmaningar och möjligheter. KASAM står för *känsla av sammanhang* och har sin bakgrund i ett salutogent, alltså hälsofrämjande, perspektiv (Antonovsky, 1991). KASAM används som bedömningsmetod för att mäta känsla av sammanhang. Detta kan göras genom att se till i vilken utsträckning en individ har tillit till sin egen förmåga att möta motgångar kopplat till individens upplevda hälsa och välbefinnande. KASAM delas in i tre områden; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

Anledningen till att båda teorierna/metoderna lyfts i diskussionen är att det i förvaltningen finns ett tydligt mönster i de delar som tas upp i SOSFS 2011:9 och de bakomliggande orsakerna till förvaltningens bristande följsamhet till densamma utifrån patientsäkerhet och kvalitet. När förvaltningen arbetar med introduktion, implementering, avvikelser, kontinuitetshantering, införanden av nya system eller andra förbättringsarbeten går det efter en mer noggrann analys dra slutsatsen att när brister inom dessa områden uppstår, återfinns de



bakomliggande orsakerna i förvaltningens struktur och systematik. Ett tydligt exempel är förvaltningens följsamhet till att arbeta med förbättringsarbete med stöd av det förbättringshjul (PGSA) som beskrivs tidigare i berättelsen. Analysen visar att det vid identifierade brister (oavsett område/brist) sällan finns väl genomarbetade underlag, tydlig struktur och en planerad systematik för hur och av vem moment ska genomföras där rätt kompetens i tidigt skede involveras för att förebygga risker och oönskade händelser. Det saknas också adekvata uppföljningar.

Att driva stora förändringsarbeten kräver förmågan att systematiskt värdera det avsedda resultatet, något som blir aktuellt i mer eller mindre allt som görs i förvaltningen oavsett om det gäller införandet av ett nytt system eller en enklare åtgärd inom hälso- och sjukvård. Vissa beslut eller införanden är enkla, och bör hållas just där. Det finns samtidigt uppgifter som är mer komplicerade, som kräver specialister och spetskompetens för att genomföras men som med rätt kompetens har en hög förutsägbarhet att lyckas. När det gäller uppgifter som är komplexa är resultatet i stort sett omöjligt att förutse men kan, om rätt kompetens används vid rätt tillfälle, ges bättre förutsättningar att förebyggas och säkras upp. Vården har länge arbetat efter en så kallad "fabrikslogik" vilket innebär att alla ska följa rutiner och riktlinjer utan avsteg. Likväl kan det bli fel för individen, och avvikelser inträffar. Helheten, förutsättningar och systematik behövs här för att klargöra varför avvikelserna inträffar. "*Varför blir det fel när alla gör rätt?*" är en fråga som är viktig att här bära med sig. Fabrikslogik är inte alltid applicerbart i vård och omsorg. Hälsan skapas inte i vården utan i individens liv, i samspel med andra. Det finns en samstämmighet gällande de brister som identifierats i förvaltningen och utifrån den kritik som IVO riktat mot förvaltningen i den tillsyn de gjort och beslut de fattat.

Även om det i resultatdelen lyfts en rad olika förbättringsområden så är det mycket i förvaltningen som fungerar. Verksamheterna kan sitt arbete. Likt beskrivningen i början av analysen kan verksamheterna och processerna i förvaltningen ses som flera kugghjul som får förvaltningen att snurra och fungera. För att förvaltningen ska fungera behöver det finnas en konsensus i hur förvaltningen ska fungera, vilka processer som ska prioriteras och vilka kuggar i kugghjulet som behöver haka i varandra för att motverka att kvaliteten och patientsäkerheten brister. Analysen visar att det ofta är i samverkan, när verksamheterna behöver vara medvetna om varandras funktion och uppdrag, som svårigheterna och brister uppstår. I likhet med det som beskrivs ovan om att rätt kompetens ska användas vid rätt tillfälle, att systematiskt arbeta med förbättringar och att ha en realistisk bild av behov kontra resurser i förvaltningen, behöver förvaltningen med stöd av samverkan mellan verksamheter och funktioner (system och KASAM) bygga strategier som håller över tid.

För att konkretisera detta ytterligare, lyfts i resultatdelen exempelvis brist i kompetens, kommunikation, implementering, otrygghet i yrkesutövandet. Analysen visar att förvaltningen behöver bli bättre på att arbeta som en helhet; ett sammanhang där all kompetens tas till vara, där verksamheterna är medvetna om och samspelar med varandra mellan verksamheter, men också i den hierarkiska ordningen. Vidare visar analysen att förvaltningen har en utmaning i behovet av att arbeta med mjuka värden så som etik och värdegrund, som vid brist medför tydliga konsekvenser i förhållande till både kvalitet och patientsäkerhet.



Det är tydligt att förvaltningen idag har och också står inför stora utmaningar. Förvaltningen behöver arbeta med samtliga delar som lyfts i berättelsen samtidigt som det är omöjligt att arbeta med allt samtidigt. Vissa områden har indirekt påverkan på andra vilket betyder att vid en prioritering kommer vissa förbättringar sannolikt ha positiv inverkan på andra. De delar som lyfts som särskilt prioriterade förbättrings- och fokusområden för 2023 i analysen är värdegrund, Nära vård, processer, avvikelser och följsamhet till basal hygien.

Nära vård är en pågående och stor utmaning som inte bara Vaggeryds kommun är i/står inför utan som även är nationellt aktuell. Välfärdssystemet, alltså Socialförvaltningen, står inför avsaknaden av personella resurser och kompetensbrist. För att bygga en relationell, personcentrerad vård och omsorg, vilket är en av de stora delarna i Nära vård, krävs att medarbetarna har en känsla av sammanhanget de befinner sig i. Att värdegrunden är starkt etablerad och att uppdraget är tydligt. När uppdraget är tydligt och medarbetarna delar värdegrund så skapas förutsättningar för vård och omsorg av god kvalitet. En utmaning som Nära vård för med sig är att kunna skapa situationer där förvaltningen, genom trygga medarbetare och med rätt kompetens på samtliga nivåer, kan förutse så många situationer och resultat som möjligt utan att kaos uppstår. Situationerna blir då istället hanterbara.

I arbetet med avvikelser har det blivit tydligt att förvaltningen behöver förbättra arbetet med processkartläggning och rutiner. Även utredningar av avvikelser är ett förbättringsområde. När det handlar om processkartläggning, utgör kärnprocesserna i förvaltningen grunden till det arbete som ska utföras gentemot de medborgare som har kontakt med förvaltningen. Processkartläggningen i förvaltningen har varit eftersatt under ett flertal år och förvaltningen ligger jämfört med andra kommuner i närområdet relativt långt efter vad gäller just detta område. Positivt är att förvaltningen nu har identifierat vilka processer som ska kartläggas, vilken information som behövs och hur processkartläggningen ska prioriteras i förhållande till identifierade brister i verksamheterna.

Tack vare arbetet med avvikelser har förvaltningen genom läkemedelsprocessen identifierat och konstaterat den bakomliggande orsaken till problemet och åtgärder har vidtagits i syfte att göra vården säkrare för patienterna. I samband med att processen säkrats upp så har även första steget till digital signering tagits. Det är för tidigt att utvärdera resultatet men avseende läkemedelshanteringen så ser det lovande ut. Av de två dominerande avvikelsekategorierna så är även fall ett område som behöver uppmärksammas. Den systematik som upprättats har av olika anledningar inte följts, vilket som tidigare nämnt i resultatdelen leder till att verksamheten saknar underlag för sitt systematiska kvalitetsarbete vad gäller att identifiera bakomliggande orsaker som kan ha strukturell bakgrund och inte bero på gemene medarbetare.

Förbättrad god hygienisk standard inom vård och omsorg behöver prioriteras, liksom föregående år. Som med ovan nämnd utbildning måste de utbildningsinsatser som ges implementeras aktivt i verksamheten där förändringen behövs. Det spelar ingen roll om kunskapen finns på strategisk nivå om den inte är en del av den dagliga verksamheten (sammanhang och KASAM). Det är anmärkningsvärt att följsamheten till basal hygien och klädregler försämrats under en pandemi när det funnits högre krav på både skyddsutrustning och följsamhet till hygienrutiner. Den parameter som är fortsatt konstant god är följsamheten till klädregler vilket är en direkt effekt av cirkulationstvätt. Inom förvaltningen finns ett stort



behov av att se över de lokaler som används för att bedriva hälso- och sjukvård då de kan bli mer ändamålmässiga och därmed skapa följsamhet till lagen. Det finns brister i rengöringsmöjligheter såväl som brister i möjlighet att isolera brukare vid smittspridning. Chef i den verksamhet där vården bedrivs ska enligt HSL-FS 2022:44 förhindra smittspridning. Det bedöms dock omöjligt att göra utan logistiska förändringar.

Som tidigare nämnt behöver värdegrund och etik vävas in i samtliga av de delar som lyfts. Värdegrund handlar inte bara om människosyn utan det är också det ett förhållningssätt i det dagliga arbetet. Ett ställningstagande om hur en verksamhet fungerar. Systematik och struktur i kombination med värdegrund och etik är grundpelare som behöver genomsyra förvaltningen och som behöver vara bestående över tid. En gemensam värdegrund utgör del av sammanhanget och är en bidragande faktor till att en medarbetare kan känna sig delaktig i den dagliga driften, men även i utvecklingsarbetet och i de lösningar som behöver finnas i en verksamhet. En verksamhet där medarbetare i förvaltningen har en gemensam värdegrund, där samtliga har en samsyn kring hur förvaltningen ska utföra sitt uppdrag gentemot medborgaren, där kompetensutveckling ges utifrån behov och funktion, där etiska principer, lagstöd, riktlinjer och rutiner är ledande, kommer förvaltningens resultat gällande kvalitet och patientsäkerhet sannolikt att öka.