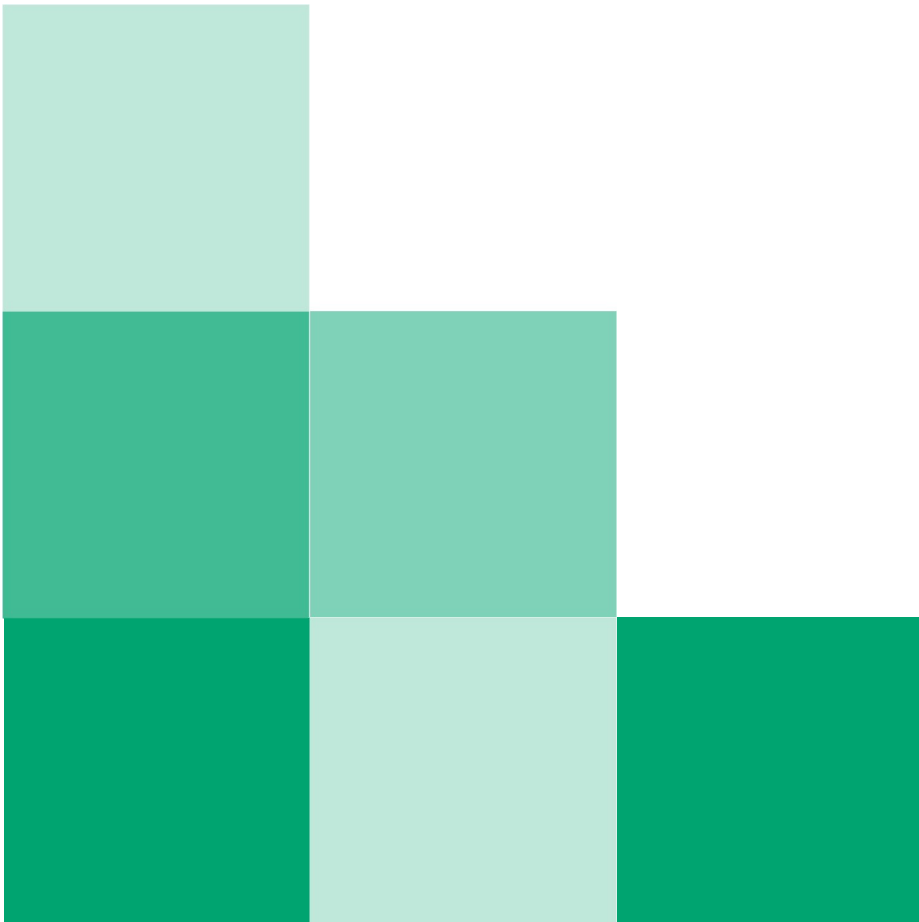




VAGGERYDS
KOMMUN

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2023

Ansvarig förvaltning: Socialförvaltningen
Ansvarig tjänsteman: Caroline Lundgren och Hanna Schoeneck
Dnr: SN 2024/042



Innehåll

Sammanfattning	4
Syfte	5
Grundläggande förutsättningar.....	5
Ledningssystem.....	5
Målstyrning	5
Fortlöpande utveckling och kvalitetssäkring.....	5
Patientsäkerhet	6
Kvalitet och rättssäkerhet.....	6
Adekvat kompetens.....	6
Informationssäkerhet.....	7
Kontinuitetshantering – ökad riskmedvetenhet.....	7
Strålskydd	7
Organisation och ansvar.....	7
Huvudman och Vårdgivare	7
Socialnämnd.....	7
Förvaltningschef.....	8
Verksamhetschef.....	8
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	8
Enhets- och områdeschef	8
Hälso- och sjukvårdspersonal (legitimerad).....	8
Stödfunktion kvalitet och utveckling	9
Omvårdnadspersonal/medarbetare inom vård och omsorg	9
Samtliga medarbetare inom förvaltningen	9
Redogörelse av resultat	9
Ledningssystem.....	9
Målstyrning	10
Värdegrund	10
Patient/brukare/klient delaktighet	10
Medborgaren som samskapare	11
Processer och rutiner	11
Klagomål och synpunkter, avvikelser, missförhållanden och vårdskador	12
Klagomål och synpunkter	12
Avvikelser	13
Analys av resultat.....	15
Samverkan och samarbete.....	16
Händelseråd GGVV	17

Lex Sarah	17
Lex Maria	18
Tillsyn IVO	19
Egenkontroll	19
Kvalitetsindikationer	19
Läkemedelshantering	20
God hygienisk standard	21
Vårdrelaterade infektioner	22
Luftvägsinfektioner	23
Palliativ vård	23
Senior Alert	26
God demensvård	26
Nationell brukarundersökning	28
Risk- och händelseanalys	30
Nära vård	31
Förebyggande arbete i förvaltningen	31
Kompetensutveckling	32
Informationssäkerhet	33
Analys, lärande och utveckling	33

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. 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 patientsäkerhets- och kvalitetsarbete. För att få en heltäckande bild där både ledning, medarbetare och medborgares syn redogörs resultatet utifrån samma struktur som återges i SOSFS 2011:9.

Under 2023 har förvaltningen genomfört flertalet förändringsarbeten som lett till stärkta processer. Förvaltningen befinner sig i ett expansivt skede där många olika förändringsarbeten pågår samtidigt. Vidare arbetar förvaltningen med att skapa struktur och systematik i ledningssystemets samtliga delar, såsom processkartläggning, kompetensförsörjning och egenkontroll.

De utmaningar förvaltningen står inför handlar till stor del om utökade krav på verksamheten, dels utifrån lagstiftning men också utifrån en förändrad målgrupp och demografi samtidigt som färre medarbetare ska kunna hjälpa fler medborgare med mer komplexa behov. Utmaningen förutsätter att förvaltningen arbetar systematiskt och långsiktigt med en tydlig målbild som utgår från medborgarnas behov.

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.

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 systematiskt kvalitetsarbete.

Grundläggande förutsättningar

Ledningssystem

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.

Målstyrning

Socialnämndens mål utgår från de mål som kommunfullmäktige upprättat. Socialnämndens mål har tydligt medborgarfokus, vilket även genomsyrar de indikatorer socialnämnden utsett för att mäta huruvida målen uppfylls eller inte. Inom respektive verksamhet i förvaltningen sätts en riktning utifrån nämndens mål. Verksamhetsmålen bryts i sin tur till enhetsnivå där medarbetarna bör vara delaktiga i utformandet av de aktiviteter som ska genomföras under kommande år för att nå de mål enheten har formulerat. Mål på verksamhets- och enhetsnivå ska utgå från den politiska riktningen med tydligt medborgarfokus. Målen utgår också från de områden som, i respektive verksamhetsberättelse, identifierats där kvaliteten behöver utvecklas och stärkas samt områden som identifierats som särskilt sårbara i de riskanalyser som verksamheten ska göra fortlöpande.

Fortlöpande utveckling och kvalitetssäkring

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. Inom förbättringsvetenskap tydliggör forskning vilka modeller som används i framgångsrika verksamheter i utvecklings- och förbättringsarbete. En av de mer vedertagna modellerna som används i systematiskt förbättringsarbete är PGSA-cykeln som består av fyra huvudområden; Planera, Göra, Studera och Agera.



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 behovet 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. Verksamheten ser också då om förändringen blev en förbättring. Det är när verksamheterna på samtliga nivåer frångår denna struktur som fenomenet ”släcka bränder” uppstår. Kortsiktiga åtgärder genomförs då vilket har en tendens att försämra läget på lång sikt.

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, föreskrifter, 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 och rättssäkerhet

I de lagar, förordningar och föreskrifter som socialförvaltningens verksamheter arbetar utifrån framgår tydliga krav på att verksamheten ska bedrivas 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. I linje med hög kvalitet ska också socialförvaltningens samtliga verksamheter utföra sitt arbete rättssäkert. Det handlar då om att följa de lagar, förordningar och föreskrifter som finns att tillgå. 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. Med utgångspunkt i SOSFS 2011:9 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 egenkontroll, avvikelser och missförhållanden, medborgares perspektiv i brukarundersökningar, klagomål och synpunkter.

Adekvat kompetens

För att socialförvaltningen ska kunna ge hälso- och sjukvård, stöd och omsorg av god kvalitet krävs adekvat kompetens vilket nämnden kan fullgöra genom att säkerställa en god tillgång på de funktioner som krävs för att utföra särskilda arbetsuppgifter.

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) beskriver att nämnden skall erbjuda vård efter medborgarens behov. Då förvaltningen bedriver hälso- och sjukvård delvis genom delegerade och ibland instruerade arbetsuppgifter är det av yttersta vikt att säkerställa att medarbetarna ges förutsättningar att utföra arbetsuppgifterna på ett sätt som är förenligt med gällande lagstiftning.

I socialtjänstlagen (2001:453) tydliggörs krav på att de som utreder och bedömer barns behov av stöd ska ha socionomexamen, vilket ställer kompetenskrav inom myndighetsutövning. I Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2011:12) belyses kunskaper om hälso- och sjukvård, vård vid livets slutskede och fortbildning. I Socialstyrelsens allmänna råd om kunskaper hos personal som ger stöd och service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning (2014:2) tydliggörs grundläggande värden som ska tillämpas i arbetet med målgruppen.

De kompetenskrav och grundläggande kunskaper som finns angivna i föreskrifter och lagtext syftar till att säkerställa patientsäkerhet och rättssäker hälso- och sjukvård och socialtjänst som också håller hög kvalitet. Det förutsätts därmed att samtliga verksamheter är medvetna om och arbetar efter aktuella kompetenskrav.

Informationssäkerhet

Då socialförvaltningen är en kommunal verksamhet ställer det samma krav på hantering av personuppgifter och informationssäkerhet som övriga kommunen. socialförvaltningen, som dessutom arbetar med utsatta människor i behov av stöd, hjälp och omsorg, och därmed ständigt hanterar känslig information behöver fortlöpande arbeta med informationssäkerhet i samtliga verksamheter för att säkerställa att de personuppgifter förvaltningen har tillgång till hanteras adekvat och rättssäkert utan risk för att komma i orätta händer. Incidenter som omfattar personuppgifter kallas personuppgiftsincident och ska hanteras och utredas skyndsamt.

Kontinuitetshantering – ökad riskmedvetenhet

Kontinuitetshantering handlar om att planera och förbereda för att kunna driva förvaltningens verksamheter även under oförutsägbara händelser. Dessa händelser kan handla om översvämningar, bränder, strömavbrott eller, likt Regeringen idag menar att kommuner ska rusta för; krig. 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.

Förvaltningens arbete med kontinuitetshantering fortlöper stadigt. Utgångsläget kommunen i stort befunnit sig i, visar att detta kräver mycket arbete. Arbetet behöver intensifieras. Från Länsstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) uttrycks en skarp ton. Beredskapsnivån har höjts ytterligare med hänvisning till världsläget. Under 2023 har kartläggningen av interna och externa beroenden fortlöpt och det har också skapats nödvändiga samverkansforum för kunskapsutbyte. Det har också genomförts en övning förvaltningen deltagit i. Det saknas ytterligare planering för övning. Förvaltningen har med hjälp av statsbidrag tagit extern hjälp i formaliseringen av kontinuitetsplaner. Dess struktur beräknas färdigställas under våren 2024. Utöver detta har det beslutats om andra lokala åtgärder på mikronivå samt mesonivå. I arbetet med kommunens risk- och sårbarhetsanalys framkommer att förvaltningen uppvisar en förmåga att hantera dramatiska förlopp. Förvaltningen har i brustit i att över tid arbeta förebyggande och planerande så att det finns en beredskap för att hantera långsamt framväxande hot, såsom klimatförändringar. Förvaltningens arbete ligger i nivå med många andra förvaltningar med liknande målgrupper.

Strålskydd

Förvaltningen hanterar i nuläget inte strålning som riskmoment men det kan förekomma i kommunala verksamheter som har tillgång till mobil röntgen eller liknande. Förvaltningen medarbetare medverkar heller ej i röntgenundersökningar i den utsträckning att det bedöms som ett kommunalt riskmoment.

Organisation och ansvar

Huvudman och Vårdgivare

Enligt SOSFS 2011:9 och Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) definieras huvudman som den Region eller kommun som ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. 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.

Socialnämnd

Socialnämnden som vårdgivare har det yttersta ansvaret för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet som bedrivs utifrån gällande lagar, förordningar och föreskrifter. Vårdgivaren har skyldighet erbjuda hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), patientlagen (2014:821), patientsäkerhetslag (2010:659) och patientdatalagen (2008:355). Socialnämnden är också ytterst ansvarig för arbetet som utförs med stöd av bland

annat socialtjänstlagen (2001:453), lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall samt Föräldrabalken (1949:381).

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/rehabiliteringsansvarig (MAS/MAR). Det övergripande administrativa ansvaret övergår inte från verksamhetschef till MAS.

Samtliga verksamhetschefer är ansvariga 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)

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 fördrar det.

MAS ansvarsområde omfattar patientsäkerhetsfrågor. MAS ansvarar för utredning av eventuella vårdskador 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. 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.

Enhets- och områdeschef

Enhets- och områdeschef i förvaltningen ansvarar för att arbetet i förvaltningen bedrivs utifrån gällande lagstiftning, föreskrifter, allmänna råd och lokala rutiner. Enhets- och områdeschef ansvarar för att medarbetare har den kompetens som krävs för att utföra sina arbetsuppgifter på ett rätts- och patientsäkert sätt och därmed tillgodose det vårdbehov som finns hos kommunens invånare i enlighet med gällande lagar och riktlinjer.

Hälso- och sjukvårdspersonal (legitimerad)

Arbets terapeut, sjukgymnast/fysioterapeut och sjuksköterska och är de yrkesgrupper är legitimerad personal i socialförvaltningen. Dessa 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 (2017:30). Hälso- och sjukvårdspersonal ska rapportera risker och händelser och vid uppkomst rapportera avvikelser. Detta i syfte att förebygga vårdskador

och risker för vårdskador. Lex Maria-lagstiftningen är suverän för hälso- och sjukvårdspersonal (2017:30). 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-, enhets- 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.

MAS och utvecklingsledare med SAS-funktion (socialt ansvarig samordnare) sammanställer, analyserar och följer upp förbättrings- och utvecklingsarbete i förvaltningen ur olika perspektiv. Syftet är 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 Inspektionen för vård och omsorg (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 och 2014:2. 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 särskilt 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/påtaglig risk för missförhållande enligt lex Sarah.

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 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

Redogörelse av resultat

Ledningssystem

Eftersom det inte finns några formella krav på hur ett ledningssystem ska se ut förutom vilka delar det ska innehålla, tydliggjordes förvaltningens ledningssystem 2023 genom ett dokument som beskriver hur förvaltningens ledningssystem är uppbyggt och hur förvaltningen ska arbeta med systematiskt kvalitetsarbete inklusive ansvarsfördelning. I arbetet med delar av ledningssystemet under 2023 har skillnader mellan hur verksamheterna använt och implementerat det uppmärksammats. Samtliga medarbetare behöver inte veta hur hela ledningssystemet hänger ihop, men det är av vikt att samtliga funktioner i förvaltningen har kännedom om och förstår vilken roll de har i de processer de arbetar i likväl som i det systematiska kvalitetsarbetet. Uppföljningarna visar att kännedom om ledningssystemets olika delar varierar inom verksamhetsområdena.

Uppföljningarna visar också att det saknas förankring om och systematik i delar av ledningssystemet på chefsnivå, till exempel när det handlar om processer, rutiner, avvikelser och klagomål och synpunkter. Det ger konsekvenser i form av uteblivet systematiskt kvalitetsarbete och bristande kännedom om grundläggande strukturer vilka i sin tur sannolikt bidrar till ökade kvalitetsbristkostnader för förvaltningen.

Granskning av förvaltningens ledningssystem, implementering av densamma, verksamhetsberättelser och verksamhetsplaner visar på förbättringsbehov gällande systematik och fortlöpande analys under året. Förbättringsbehovet omfattar hela socialförvaltningen och består i att systematiskt arbeta med det underlag som finns tillgängligt i syfte att fortlöpande analysera innehållet. På så vis kan samtliga verksamheter och enheter i förvaltningen på ett mer effektivt sätt uppmärksamma framgångsfaktorer, brister, gap och trender och genom systematik arbeta med ständiga förbättringar på enhetsnivå.

Målstyrning

De verksamhetsplaner som förvaltningens chefer upprättar årligen beskriver de mål som verksamheten ska arbeta med under kommande år. Vissa verksamheter i förvaltningen har en tydlig koppling till de indikatorer som nämnden använder för att följa upp sina mål. Hur verksamheterna sätter sina mål skiljer sig då vissa chefer involverar medarbetare i målformulering, medan andra inte gör det.

Målformuleringen är avgörande för att kunna mäta resultat. Genom användning av kvantitativ data som verksamheten genom sina aktiviteter tar fram kan en kvalitativ analys göras för att förstå innehållet. Därmed kan verksamheten också bedöma huruvida målet är uppfyllt eller inte och vad resultatet innebär för verksamheten. Granskning av verksamhetsplaner visar att förvaltningen ska arbeta med SMARTa mål, vilket inte görs i samtliga verksamheter. Detta påverkar mätbarheten i resultatet i de flesta av förvaltningens verksamheter. Förvaltningens olika verksamhetsgrenar skulle med fördel kunna lära av varandra i arbetet med målformulering då vissa verksamheter har mer erfarenhet av det än andra.

Värdegrund

Av de flesta lagar 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. 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.

Hur förvaltningens olika verksamheter arbetar med värdegrund varierar. Liksom föregående år visar granskningar, avvikelser och utredningar på händelser som kopplas till att förvaltningens arbete med värdegrundsfrågor inte varit fortlöpande. Detta har blivit tydligt bland annat i avvikelser gällande bemötande. För att tydliggöra vikten av arbetet med värdegrundsfrågor skulle samtliga verksamheter gynnas av en gemensam struktur och fortlöpande dialog om detta.

Patient/brukare/klient delaktighet

Inom hälso- och sjukvården är det patientens vårdbehov som styr vilka insatser som ska ges och i vilken prioriteringsordning. Delaktighet bör bedömas utifrån patientens möjlighet, förmåga och vilja att delta. Ramen för deltagande behöver också vara tydlig då inte alla beslut vilar hos patienten utan hos professionen.

Sett till förvaltningens övriga verksamheter ställer lagstiftningen krav på att det arbete och de insatser som ges ska präglas av delaktighet och ges i samförstånd. Även i tvångslagstiftningen framgår krav på att göra klienten/brukaren delaktig i de insatser som ska ges.

Det finns olika möjligheter och förutsättningar att vara delaktig som patient/brukare/klient beroende på vilka insatser som den enskilde 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.

I kontakt med verksamheter finns goda exempel på hur brukare/patienter/klienter görs delaktiga i förvaltningens olika processer. Vissa brukarundersökningar fångar upplevelse av delaktighet. Förvaltningen skulle kunna använda inkomna klagomål och synpunkter för att göra medborgare mer delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet, vilket inte görs idag. Detta utvecklas mer under avsnitt ”klagomål och synpunkter”.

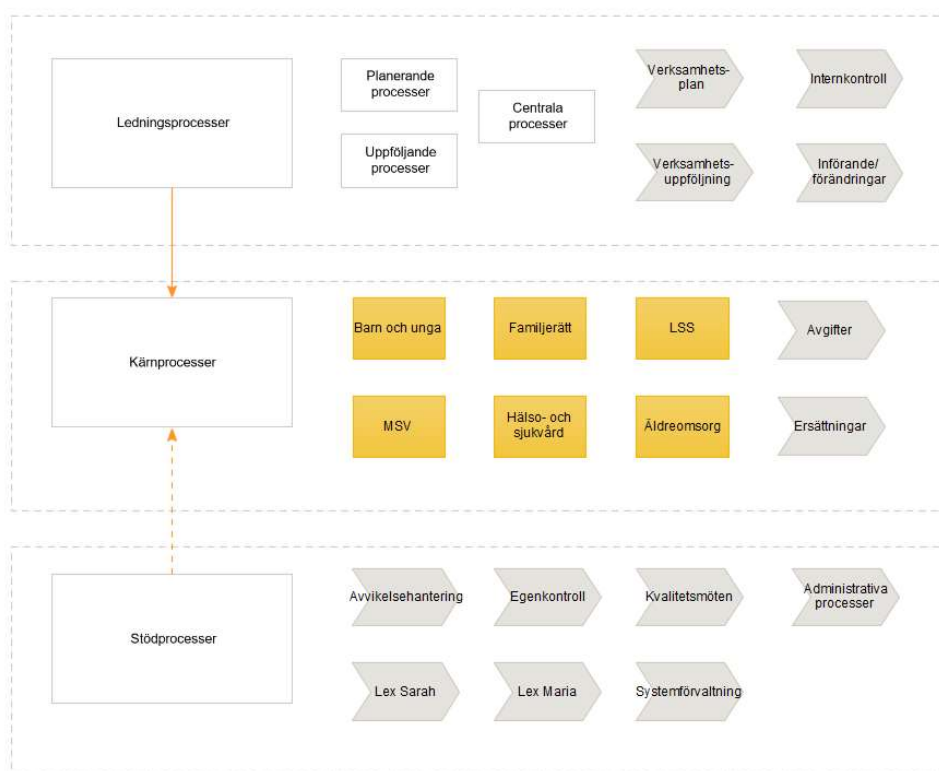
Medborgaren som samskapare

Alla insatser som ges av socialförvaltningen utgår från ett identifierat behov hos brukaren/patienten/klienten. Vissa insatser som socialförvaltningen utför är kompenserande, vilket betyder att förvaltningens insats syftar till att hjälpa personen med något som denne inte kommer att kunna göra på egen hand. Andra insatser är stödjande och där är målsättningen alltid att brukaren/patienten/klienten med stöd och/eller behandling ska genomgå en sådan förändring så att stöd från förvaltningen inte längre är nödvändig. För att skapa så goda behandlings-, omvårdnads-, eller stödinsatser som möjligt för de som är aktuella inom socialförvaltningens olika verksamhetsområden behöver deras åsikter och erfarenheter tas tillvara. Förvaltningen använder idag inte brukar-/patient-/klientrepresentanter i utvecklandet av förvaltningens olika verksamheter, men för att ytterligare utveckla arbetet skulle förvaltningen gynnas av att använda särskilda medborgarrepresentanter vid utformning/förbättring av verksamheten såsom exempelvis kommunledningskontoret eller Regionen gör. Kommunledningskontoret har medborgardialog kring utveckling av översiktsplan och Region Jönköping har patientrepresentanter i de lokala samverkansgrupperna. Förvaltningen samverkar med flera olika aktörer för att få synpunkter på verksamheterna, såsom pensionärsråd, funktionsrättsorganisationen samt tillgänglighetsrådet.

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, alltså vad som händer. 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.

Förvaltningen har en långsiktig planering för kartläggning av identifierade processer. Aktuell tidsplan sträcker sig till 2025 innan identifierade och prioriterade processer i förvaltningen planeras vara kartlagda och reviderade (aktuella processer ses i Figur 1). Större delen av förvaltningens verksamheter har påbörjat sin processkartläggning. Granskning visar att de enstaka verksamheter som har sin process kartlagd genom användande har lyckats fördjupa förståelse för processen och även komma vidare i sitt utvecklingsarbete, bland annat gällande uppföljningar. Däremot finns ett mönster i att processkartläggningen i förvaltningen inte prioriterats bland andra förändringsarbeten, vilket påverkat tidsplanen. Detta har inte varit avsiktligt, men när en verksamhet ska göra flera stora förändringsarbeten samtidigt, måste verksamheten prioritera vilket flera gånger har drabbat processkartläggningen negativt. Arbetet med att kartlägga processer och upprätta/revidera rutiner är något som är en grundläggande förutsättning för att verksamheterna ska kunna utföra sitt arbete på ett patient- och rättssäkert sätt samt komma tillrätta med flera för förvaltningen välkända brister.



Figur 1. Beskrivning av förvaltningens övergripande processer.

Liksom föregående år visar lex Sarah-utredningar, avvikelser och andra utredningar att avsaknad av tydliga, välkända processer har lett till olika typer av brister i verksamheten; brister som i ett enstaka fall drabbat brukare/klienter/patienter negativt. Det har handlat bland annat om bristande handläggning, brist i introduktion, kommunikation- och samverkansbrist samt brist i utförande av insats. Avsaknad av kartlagda och välkända processer har också skapat kvalitetsbristkostnader, då ineffektiva arbetssätt använts som i längden är mer kostsamt för verksamheterna än om de hade arbetat utifrån sin ordinarie process. Exempel på detta är när fler möten behöver hållas för att tydliggöra ansvarsfördelning mellan olika professioner.

I arbetet med processkartläggning och revidering/upprättande av rutiner har parallellt förändringsarbete påbörjats gällande dokumenthantering och revidering av intranät som samlingsyta för delar av förvaltningens ledningssystem. Detta i syfte att skapa tydlighet och samsyn i förvaltningen gällande ansvarsfördelning och utförande av arbetsuppgifter. Sannolikt kommer detta även leda till mer samlad och lättillgänglig information för medarbetare.

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. Synpunkter inbegriper även övrigt som framförs som berör verksamhetens kvalitet, till exempel förslag på förbättringar.

Klagomål och synpunkter

Enligt patientlagen (2014:821) och patientsäkerhetslagen (2010:659) samt SOSFS 2011:9 ska vårdgivaren/verksamheten ta emot och utreda 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 medborgarens perspektiv. De klagomål och synpunkter som inkommer ska besvaras på ett lämpligt sätt med hänsyn till klagomålets art. Dock får informationsutlämningen inte 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. Den övergripande analysen av patientnämndens rapport är att de flesta klagomålen handlar om bemötande/kommunikation/information. Detta är grundläggande faktorer som ofta återfinns i samtal med patienter och brukare som är vitala för mötet.

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. Under 2023 har det diarieförts 25 klagomål och synpunkter. Sannolikheten för mörkertal är hög. Det finns en spridning gällande berörd verksamhet men också vad klagomålen och synpunkterna gäller, allt från synpunkt i rekryteringsprocess till klagomål om mottagande vid inflytt till särskilt boende.

Granskningar som gjorts under 2023, såsom kartläggning av hälso- och sjukvårdsverksamheten, resultat av genomförda brukarundersökningar och det faktum att medborgare har valt att vända sig till IVO innan de klagat till förvaltningen indikerar att förvaltningen fortsatt saknar ett fungerande arbetssätt med klagomål och synpunkter. Kartläggning som genomförts har visat att ett förändringsarbete kring detta sannolikt hade krävt lite resurser och samtidigt skapat stor effekt vilket talar för en prioritering gällande förändringsarbete.

I granskning av verksamhetsberättelser, vars syfte är att samla verksamhetens arbete och resultat för föregående år, tydliggörs ytterligare exempel på att klagomål och synpunkter inte används i kvalitetsutvecklande syfte. Detta tydliggörs då inkomna klagomål och synpunkter inte redovisas i verksamhetsberättelsen och därmed inte heller analyseras. Därmed uteblir systematiken och det går inte heller att dra slutsatser eller synliggöra gap och/eller trender gällande synpunkter och klagomål i förvaltningen.

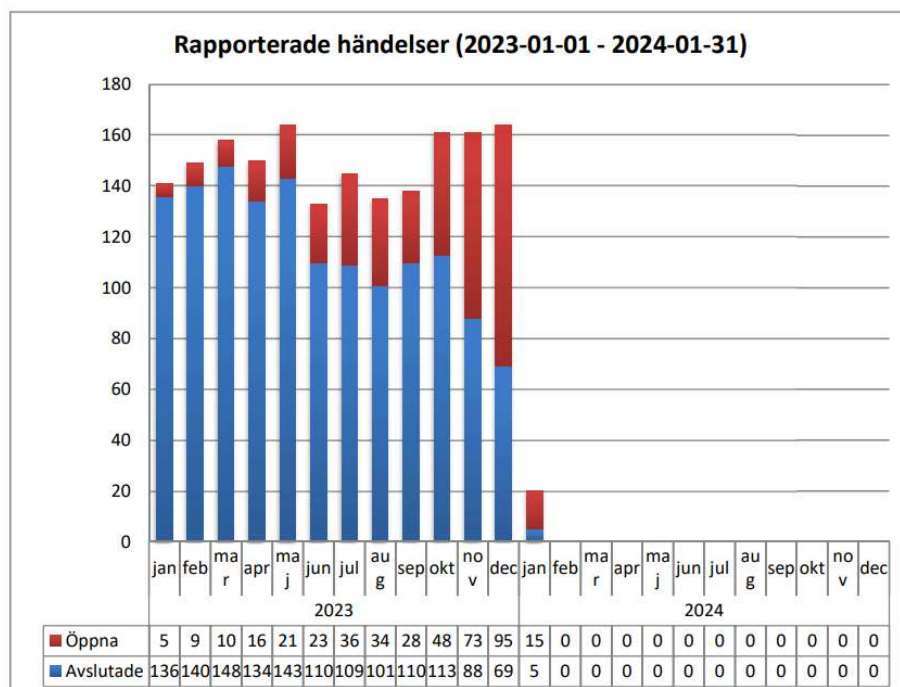
Avvikelser

Antal registrerade händelser under 2023 uppgår till 1819 st. jämfört med 1907 st. under 2022. Detta genererar 1953 st. avvikelser då flera avvikelser kan registreras i samma händelse. Detta är en minskning jämfört med 2032 st. unika avvikelser 2022. Avvikelserna har omfördelats inbördes i kategorierna. Den främsta minskningen syns i antalet läkemedelsavvikelser som 2022 var 745 st. till antalet jämfört med 688 st. 2023. Av dessa härleds 12 st. från annan vårdgivare under 2022 jämfört med 26 st. under 2023. Dessa inkluderas i förvaltningens avvikelser då de drabbar förvaltningens patienter och kräver åtgärder från förvaltningen.

Antalet fall har minskat från 720 st. under 2022 till 694 st. under 2023. Förvaltningen vet att det finns ett stort mörkertal gällande antalet fall då detta visat sig i journalgranskningar. I fallavvikelser har en majoritet av medarbetare uppgett oklarhet i varför patienten faller. Detta tyder på att det finns en frånvaro av personal hos brukare med hög fallrisk, både i hemtjänst och särskilt boende. Det är av stor vikt att berörda verksamheter analyserar huruvida närvaro av personal kan förebygga fall och att de under kommande år arbetar med fallpreventiva åtgärder.

Antalet händelser relaterade till hot och våld har mer än fördubblats sedan föregående år. Under 2023 har 57 avvikelser registrerats gällande hot och våld, varav 73,7 % har inträffat inom funktionshinderomsorgen. Anledningen till ökningen går inte att utläsa från data, men skulle kunna förklaras med ökad rapporteringsbenägenhet tillsammans med en förändrad målgrupp med svår psykiatrisk problematik där ett utagerande våldsamt beteende är del av sjukdomsbilden. Analys av detta saknas i berörda verksamhetsberättelser vilket behöver göras för att kunna dra några slutsatser.

Antalet avvikelser relaterade till brister i bemötande har mer än fördubblats sedan 2022. Av figur två framgår generellt att färre avvikelser rapporteras under juni-september. Likt föregående år inträffar flest avvikelser inom äldreomsorgen. Antalet rapporterade avvikelser inom myndighet minskar vilket är ett observandum och bör medföra ytterligare analys för att säkerställa att det inte rör sig om minskad benägenhet att rapportera avvikelser inom den verksamheten.

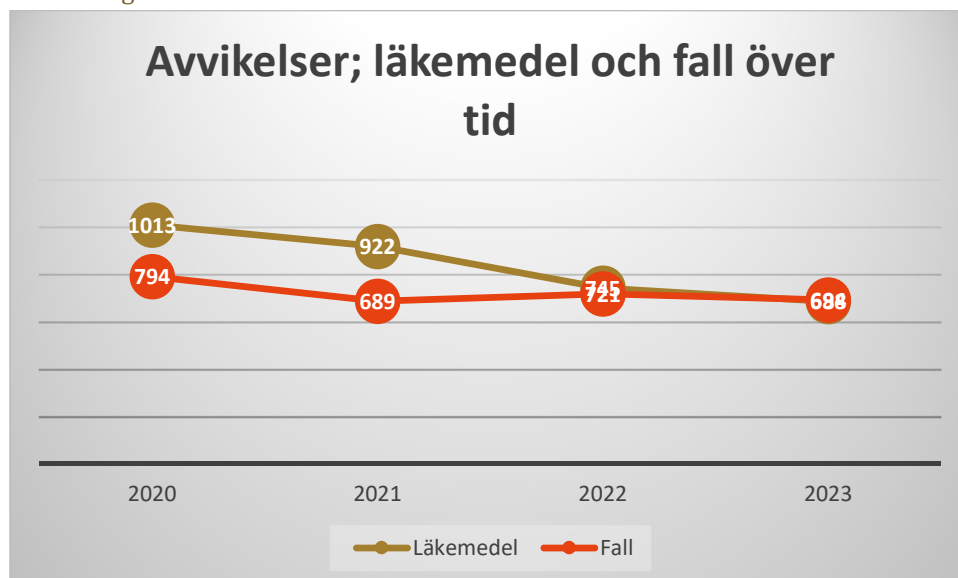


Figur 2. Avvikelser fördelade över kalenderåret 2023.

Tabell 1. Antal avvikelser, fördelning per kategori

Typ	Antal	Fördelning
Fall	694	35,5%
Läkemedelshändelse	688	35,2%
Brist i utförande av insats/åtgärd	177	9,1%
Brist i samverkan	116	5,9%
Dokumentation (utförare)	86	4,4%
Bemötande	63	3,2%
Hot och våld	57	2,9%
Händelser med hjälpmedel	43	2,2%
Brist i handläggning (myndighet)	21	1,1%
[Ej kategoriserad]	5	0,3%
Stöld	3	0,2%
Totalt	1953	100,0%

Fördelning av avvikelser



Figur 3. Avvikelser läkemedel och fall. Förändring över tid.

Tabell 2. Fördelning av avvikelser per verksamhet.

Enhet	Antal	Fördelning
Externa avvikelser	118	6,5%
LSS	18	1,0%
Region Jönköpings län	89	4,9%
Öppenvård	1	0,1%
Övrigt	10	0,6%
Interna avvikelser - inte till chef	4	0,2%
Underenhet finns inte	4	0,2%
Myndighet	20	1,1%
Barn och unga	14	0,8%
Bistånd SoL	6	0,3%
STAB	6	0,3%
Administration och service	2	0,1%
Kvalitet och utveckling	4	0,2%
Utförare	1669	91,8%
Funktionshinderomsorgen	175	9,6%
Hälso- och sjukvård, Rehab	99	5,4%
Individ - och familjeomsorg	11	0,6%
Nattorganisation	239	13,1%
Äldreomsorg	1145	63,0%
(tom)	1	0,1%
Underenhet finns inte	1	0,1%
Totalt	1818	100,0%

Analys av resultat

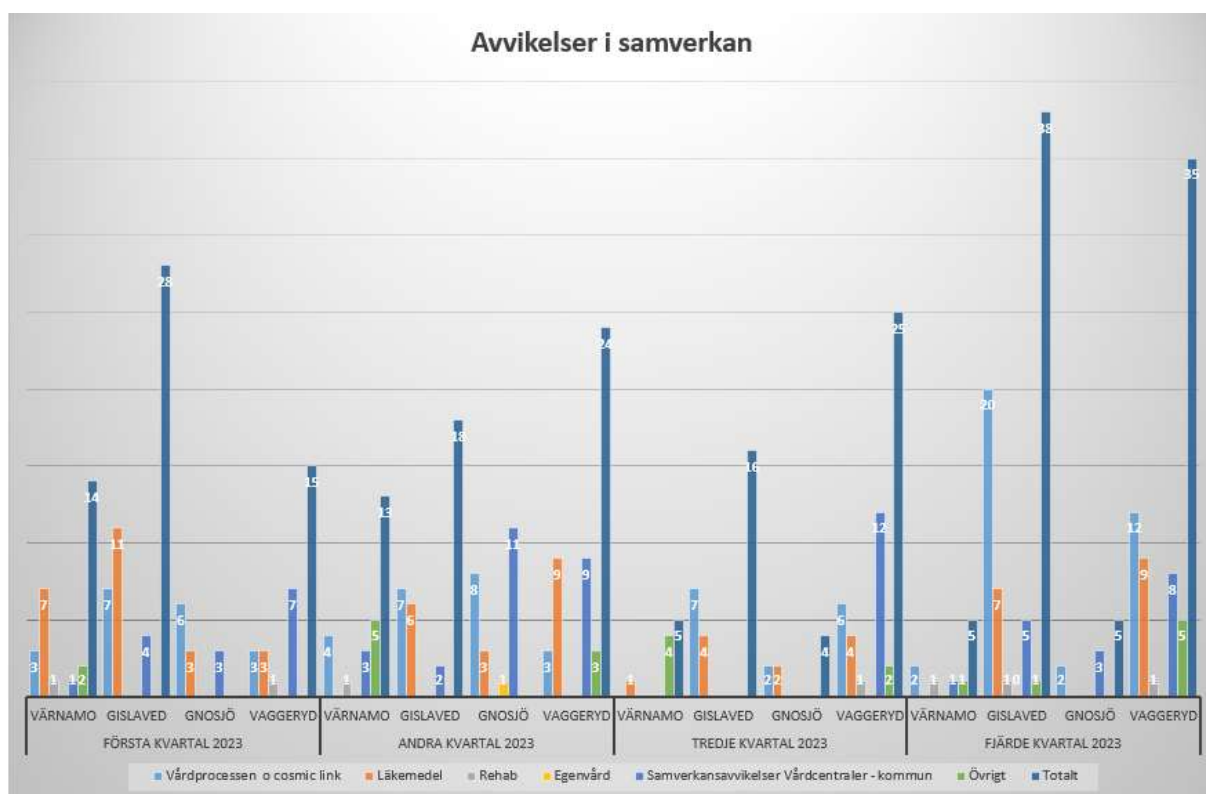
Förvaltningen behöver fortlöpande arbeta med att skapa en god säkerhetskultur där det sker ett aktivt lärande av rapporterade händelser och risker. Under 2023 visar utredningar och granskningar att kvaliteten på utredningar av avvikelser har förbättrats något. Förbättringen består i att enhets- och områdeschefer utreder mer djupgående och i fler utredningar identifieras bakomliggande orsaker till händelsen vilket också lett till att adekvata åtgärder kunnat vidtas snabbare. Vidare ses en ökning i antalet rapporteringar i verksamheter som tidigare inte rapporterat lika mycket avvikelser, vilket är positivt. Förbättringarna är ett steg i rätt riktning för att kunna använda

avvikelse som en del i det systematiska kvalitetsarbetet. Det förvaltningen framöver behöver utveckla och arbeta med är analys av avvikelser för att identifiera trender och gap (differens mellan önskat och faktiskt läget) i samtliga verksamheter. Granskning av verksamhetsberättelser visar att redogörelse och analys av de avvikelser som inträffat i verksamheten under föregående år i många avseenden saknas. Enligt SOSFS 2011:9 ska de rapporterade avvikelserna sammanställas och analyseras för att verksamheten ska kunna se mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Det räcker således inte att utreda enskilda avvikelser för sig, utan det krävs en samlad analys av avvikelserna. Här behöver enhets-, områdes- och verksamhetschefer förutsättningar och stöd i att utveckla arbetet med analys av verksamhetens resultat. Görs detta finns goda förutsättningar att systematiskt förbättra kvaliteten och skapa en säkrare miljö för de brukare/patienter/klienter förvaltningen arbetar för.

Samverkan och samarbete

Granskning av framförallt avvikelser och missförhållanden i förvaltningen visar att flera verksamheter ofta berörs av samma avvikelser/missförhållanden, vilket förutsätter samarbete och samverkan i både hantering och förebyggande arbete. De negativa händelserna sker upprepat i samverkan mellan olika vårdgivare eller externa aktörer. Detta bekräftas i kartläggning av verksamheter som visat att brukare/klienter/patienter inte sällan återfinns i flera av förvaltningens verksamheter. Förvaltningen har under de senaste åren successivt fått en förändrad målgrupp där barn med funktionsnedsättning i familjekonstellationer där både barn och föräldrar har en social problematik med behov av insatser från förvaltningen ökat. Detta ställer höga krav på samverkan, vilket tidigare underlag visat behöver förbättras. När verksamheterna inte samverkar kring gemensamma brukare/patienter/klienter riskerar förvaltningen organisatoriska sammanbrott, att medborgare ”faller mellan stolarna”. Genom att framgångsrikt samverka kan förvaltningen förebygga allvarliga konsekvenser för de aktuella individerna, såsom avancerad psykosocial problematik, kriminalitet, utanförskap och arbetslöshet. Detta skapar bättre förutsättningar för barnens framtida behov av stöd vilket också går i linje med nära vård.

Nära vård avser att förändra hur vi arbetar med hälsa, vård och omsorg, vilket är nödvändigt då de personella resurserna inte räcker till. Målsättningen är också att de förändrade arbetssätten skall öka patientens ansvarstagande för sin egen hälsa i den mån det är möjligt. Detta förutsätter att samverkan mellan vårdgivare och aktörer sker betydligt mer effektivt än tidigare och att det sker med en struktur som inte slösar med befintliga resurser. Många patienter rör sig mellan slutenvård och primärvård dagligen. Vårdgivarnas samverkan i dessa övergångar syftar till att identifiera och minska antalet inträffade felhändelser för att skapa effektivare och säkrare vård för patienterna. Liksom tidigare år ser vi samma problematik återkomma vilket innebär att den rapportering som görs till REKO (Ledningsgrupp för Region Jönköpings län och Jönköpings läns kommuner) i det gemensamma ledningssystemet inte får avsedd effekt. Det skapas fortsatt samma kvalitetsbristkostnader vilket även medför lidande för patienterna.



Figur 4. Avvikelser i samverkan GGVC.

Händelseråd GGVC

Händelseråd Söder sammanträder fyra gånger per år och analyserar inkomna avvikelser i samverkan och sammanställer rapport till föredragande tjänsteman som därefter delges REKO (Ledningsgrupp för samverkan Region Jönköpings län och Jönköpings läns kommuner).

Återkommande brister det i följsamhet till processen genom bristande planerad vårdtid samt olika läkemedelsordinationer på olika underlag vilket inte genererar entydiga ordinationsunderlag till patienten. Detta ter sig ha grund i bristande kännedom om samverkande mikrosystem. Det finns svårigheter i att skapa ett lärande i organisationerna när omsättningen på medarbetare är hög. Avvikelserna till vårdcentralerna har ökat från 22 st. under 2022 till 36 st. under 2023. Det finns en tydlig trend i innehållet och större delen av avvikelserna härleds till läkarprofessionen. Det kan handla om utebliven läkare vid ronder, brister i/uteblivna ordinationer eller bristande kännedom gällande rutiner. Detta härleds till den stora omsättningen bland läkarna. Det uppges finnas stora rekryteringsutmaningar i professionen. Förvaltningens upplevelse av läkarkontinuitet bekräftas även av resultatet i den nationella patientenkäten för primärvården.

Signifikant för 2023 har varit de snabba utskrivningsförlöppen. Hjälpmedel 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 vilket bland annat skapat konsekvenser i form av att läkemedelskorrigeringar inte synkroniserar. Det innebär att kommunikationen ej fungerar och att väsentlig information kring patienterna uteblir. Bristande tillgänglighet och bristande kontinuitet hos läkare påverkar patienten. Det ökar tidsåtgången samt genererar brister i uppföljning.

Lex Sarah

Arbetet med lex Sarah och medarbetares rapporteringsskyldighet regleras i socialtjänstlagen (2001:453), lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade samt av Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:5. Medarbetare rapporterar eventuella missförhållanden och påtaglig risk för missförhållande som sedan utreds av

utvecklingsledare med SAS-funktion tillsammans med ansvariga chefer. I utredningsarbetet görs bedömning huruvida det skett ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande. Om så är fallet ska ärendet anmälas till IVO som granskar om förvaltningen gjort tillräckligt i hanteringen av händelsen.

Förvaltningen har sedan 2021 arbetat aktivt med att förbättra arbetet med lex Sarah. För tredje året i rad har antalet lex Sarah-utredningar ökat i förvaltningen. Liksom föregående år finns inget som tyder på att förvaltningen brister mer än tidigare utan förvaltningens arbete med lex Sarah och avvikelser har snarare ökat benägenheten att som medarbetare rapportera händelser inom ramen för lex Sarah vilket är en positiv utveckling. Underlaget som ansvarig utredare använder har också förbättrats, vilket härleds till det som nämns tidigare om utredning av avvikelser.

Under 2023 har totalt 30 lex Sarah-utredningar genomförts, i jämförelse med 19 utredningar under 2022. Granskning visar att samtliga verksamhetsgrenar har varit föremål för utredning, vilket är en förändring gentemot tidigare år och visar på en mer förvaltningsövergripande hantering av lex Sarah. Tre utredningar har under året bedömts vara allvarligt missförhållande/påtaglig risk för allvarligt missförhållande och anmälts till IVO. Anmälningarna berör:

- Trygghetslarm ur funktion. Vid byte av trygghetslarm inom hemtjänst har brukare lämnats med ej fungerande larm, varpå hen ramlat och inte fått adekvat hjälp. **Svar från IVO:** Avsluta utan ytterligare åtgärder.
- Stöld av narkotika i ordinärt boende. Händelsen polisanmälades. **Svar från IVO:** Efter komplettering, avsluta utan ytterligare åtgärder.
- Sekretessbrott Barn och unga. Medarbetare har av misstag skickat fel beslutsunderlag till fel vårdnadshavare. **Svar från IVO:** Avsluta utan ytterligare åtgärd.

De svar förvaltningen fått från IVO visar att förvaltningen undanröjt och avhjälpst missförhållandena, utrett bakomliggande orsaker och även vidtagit adekvata åtgärder i förhållande till det inträffade.

Det finns mönster i utredningarna vad gäller bakomliggande orsaker till att de missförhållanden som rapporterats inträffat. Liksom föregående år handlar det om kompetensutveckling, brister i dokumentation och introduktion, avsaknad av eller bristande följsamhet till rutiner och/eller processer. De gemensamma bakomliggande orsakerna som nämns ovan är även identifierade i andra granskningar, utredningar och tillsyn av IVO.

Det främsta syftet med lex Sarah är att skapa ett lärande i verksamheten av de brister som uppstår och genom adekvata åtgärder förebygga att de inträffar igen, vilket är en viktig del av det systematiska kvalitetsarbetet. Granskning av förvaltningens verksamhetsberättelser visar att det saknas redogörelse för de lex Sarah-utredningar verksamheten haft under föregående år. Det saknas underlag som tydliggör att resultatet av utredningarna används som en del i det systematiska kvalitetsarbetet i verksamheten. Hade verksamheterna sammanfattat vilka lex Sarah-utredningar de haft samt haft med det i analysen av sitt föregående år och framtida utmaningar, hade verksamheten till fullo kunnat använda underlaget som en del i det systematiska kvalitetsarbetet, såsom det enligt lagen är tänkt.

Lex Maria

MAS ansvarar för att göra en bedömning av rapporterad händelse och för att anmälan görs till IVO 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. Under 2023 utreddes tre händelser enligt lex Maria var av en händelse anmäldes till IVO:

- Brist i dokumentation: Vid migrering av stort antal patienter i skifte av verksamhetssystem överfördes felaktiga uppgifter till en patientjournal. Risk för vårdskada, anmälan till IVO. **Svar från IVO:** Avslutad utan ytterligare åtgärder.

De händelser som utreds enligt lex Maria följer inte en genomgående trend vilket däremot utredningarnas bifynd gör. Bifyndet talar visat på bristande sociala dokumentation inom äldreomsorgen samt bristande kännedom

om/följsamhet till verksamhetens rutiner. Den uteblivna trenden indikerar att hälso- och sjukvården inte upprepar samma händelser utan lyckas lära av de inträffade händelserna.

Tillsyn IVO

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 under våren 2024. Enligt IVO finns det hos förvaltningen omfattande brister i flertalet författningsstyrda punkter. Bristerna medför svårigheter i organisationsstrukturen hos förvaltningen. Medarbetaren förväntas besitta viss kunskapsgrund inom området. Denna kunskapsgrund är en förutsättning för att kunna delegera och instruera hälso- och sjukvårdsuppgifter på ett patientsäkert sätt. Finns inte kunskapsgrunden, påverkas patientsäkerheten negativt och riskerna ökar. IVO konstaterade även att det fanns brister inom dokumentationen och att det inte gick att följa patienternas journal.

Förvaltningen återrapporterade åtgärder i mars 2023. IVO fann åtgärderna som icke tillräckliga och har begärt komplettering och uppföljning av förvaltningen. Åtgärderna samt uppföljningens resultat ska vara IVO till handa 2024-03-01. Sammanställning av data visar att förvaltningen inom äldreomsorgen under tillsynsperioden (2020-pågående) inte arbetat enligt den systematik som ledningssystemet visar. Detta medför att planering och genomförande av åtgärder som kritiken belyser inte genomförts i tillräcklig utsträckning. I aktuellt svar till IVO saknas planering för uppföljning av pågående förändringsarbete inom äldreomsorgen.

Tillsyn mäns våld mot kvinnor

IVO fick i uppdrag av regeringen att genomföra en förstärkt och utvecklad tillsyn av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck. Bakgrunden till tillsynen handlar om mängden kvinnor som årligen dödats av sina män de senaste 20 åren. Kartläggningar har visat att kvinnorna många gånger haft kontakt med polisen, socialtjänsten, vården och psykiatrin. Tidigare nationell tillsyn har visat på brister gällande bland annat långsiktigt stöd och uppföljning till utsatta, bedömning av risk för att kvinnan/barn ska utsättas för ytterligare våld och att barn som upplevt/bevittnat våld inte uppmärksammas eller utreds och därmed inte får det stöd de kan ha behövt. Tidigare nationell tillsyn visar också på att egenkontroll inom socialtjänsten med fokus på våld är bristfällig. Förvaltningen har ännu inte fått återkoppling/beslut.

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 kan vara lokalt förankrad eller ingå i större nationella undersökningar eller nationella riktlinjer. Identifierade brister i egenkontroll kan ligga till grund för riskbedömningar och även internkontroll för nästkommande år.

Det finns inga formella krav på exakt *vilken* egenkontroll som ska genomföras, bara *att* det ska göras. I socialförvaltningen finns idag ingen heltäckande/samlad förvaltningsövergripande struktur eller inventering som tydligt visar vilken egenkontroll som ska genomföras, när och av vem. Detta ska inte misstas för att viss egenkontroll inte görs. Förvaltningens systematiska kvalitetsarbete skulle kunna förbättras om samtliga verksamheter hade en tydlig struktur för vilken egenkontroll som ska utföras (som minimum). Därigenom hade verksamheterna också haft ett underlag att utgå ifrån i sitt fortlöpande förbättringsarbete.

Det skiljer mellan olika verksamheter hur arbetet med egenkontroll genomförs och används. Trots avsaknad av övergripande struktur utför förvaltningen en mängd olika egenkontroller för att säkerställa följsamhet till gällande lagstiftning, exempelvis uppföljning av nationella kvalitetsindikatorer och brukarundersökningar.

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 resultatmåten. En parameter som redovisas i ett kvalitetsregister är inte nödvändigtvis en kvalitetsindikator utan kan även vara en temporär intressepunkt.

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, medan det inom socialtjänstområdet saknas identifierade kvalitetsindikatorer, både i förvaltningen men även på regional och på nationell nivå. En utmaning för förvaltningen i arbetet med kvalitetsindikatorer är de följer säkerheten för patienten oberoende av verksamhetsområde. Detta förutsätter att samtliga verksamheter bidrar med underlag för att få en komplett bild för att kunna använda underlaget i det fortlöpande utvecklingsarbetet.

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 läkemedel. IVO har i sin tillsyn riktat kritik gällande den grundläggande medicinska kompetensen hos omvårdnadspersonal samt brister i tal och skrift i svenska språket vilket är en förutsättning för säker läkemedelshantering.

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. Förvaltningen bedriver även egenkontroll genom extern kvalitetsgranskning av läkemedelsprocess enligt HSLFS 2017:37. Med ursprung i riskanalyser under 2021 och 2022 beslutade förvaltningen om aktiviteter kopplade till riskanalyserna. Delegeringsprocessen förstärktes under 2022 för att utvärderas och finjusteras under 2023. Införandet av digital signering genomfördes stegvis under 2023 och slutfördes under Q4 2023. Inköp av digitala läkemedelsskåp till ordinärt boende genomfördes under 2022 men har ej kunnat driftsättas under 2023 med hänvisning till att verksamheten inte har förutsättningar för ytterligare införanden utifrån en ansträngd situation. Digitala läkemedelsskåp i ordinärt boende beräknas vara i drift under Q2 2024. Därefter planeras för inköp och byte av läkemedelsskåp till digitala, på två av kommunens särskilda boenden. Detta kommer resultera i att hela förvaltningen använder digitala läkemedelsskåp. Införandet kommer att generera ytterligare egenkontrollparametrar inom området läkemedelshantering men hypotetiskt leda till säkrare förvaring av potenta läkemedel.

Antalet läkemedelsavvikelser har minskat, troligen till följd av ett flertal åtgärder. På grund av att de skett parallellt är det omöjligt att isolera vilken faktor som kan kopplas till vilken verkan. Analys av data visar dock att antalet godkända kunskapstester som är kopplade till den fysiska utbildningen gällande läkemedelshantering har ökat med ca 5 % under 2023 jämfört med 2022. Andelen korrekta svar har också ökat där större andel uppnår 85 % korrekta svar. Antalet utfärdade delegeringar har minskat något men det finns ytterligare arbete att göra i säkerställandet av korrekt utfärdare delegeringar. Delegeringar får aldrig utfärdas slentrianmässigt eller utfärdas för att lösa personalbrist. Det är därför viktigt att förvaltningen har en god ordning i sina utfärdade delegeringar så att utfärdande legitimerad personal ges förutsättningar att följa gällande delegeringsförfattning gällande bl.a. uppföljning.

Den externa läkemedelsgranskningen visar på stabilitet i läkemedelshantering. Det finns dock fortsatt områden som behöver åtgärdas vilket genomförs i handlingsplaner kopplade till granskningen.

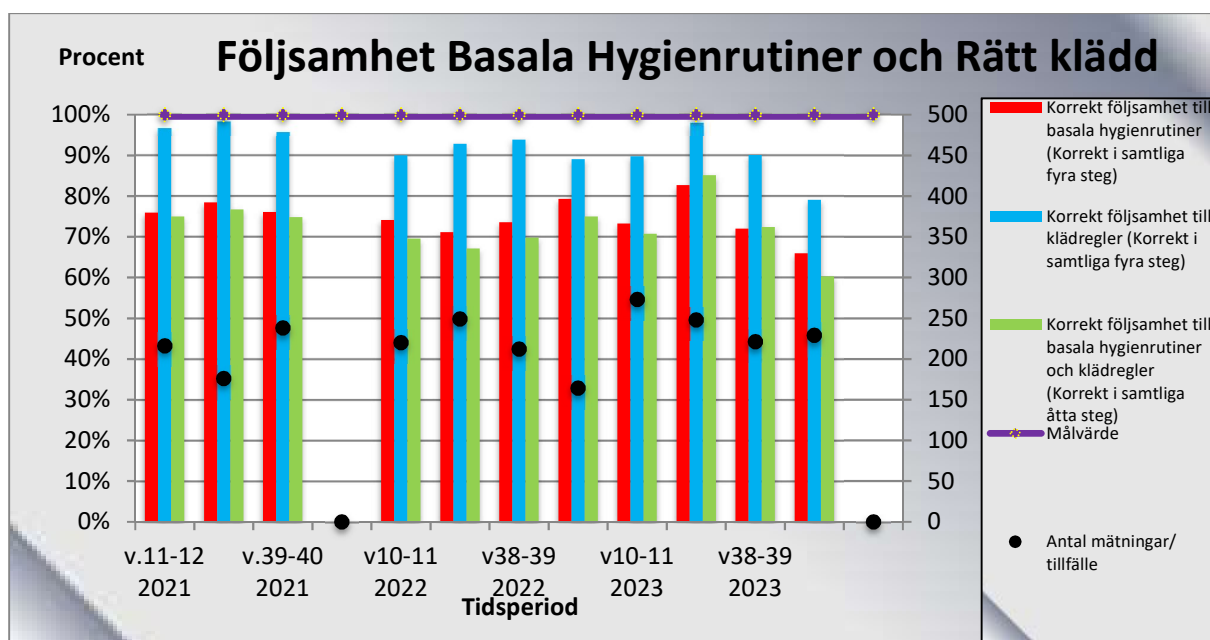
God hygienisk standard

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.

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 fortsatt inte är. Förvaltningen har sedan 2016 genomfört mätningar av basala hygien och klädregler. Förvaltningens urval är relativt stort för att säkerställa en representativ bild av läget. 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

Resultaten visar att förvaltningen brister i följsamhet till rutin då vissa enheter inte fullföljer mätningarna. Med underlag av de mätningar som redovisas brister förvaltningen fortsatt i följsamheten till basala hygien- och klädregler. Resultatet når inte upp till förvaltningens målsättning. Egenkontrollen visar fortsatt på brister som dubbelbeläggning på korttidsplatser och brister på möjlighet att rengöra via dekontaminator. Internkontrollen visar även på bristande kännedom om gällande rutiner vilket speglas i form av motsägelsefulla svar i egenkontrollformuläret. Internkontrollen visar även att alla enheter inte har genomfört den vårdhygieniska egenkontrollen. Antalet genomförda ”hygienisk egenkontroller” har dock ökat jämfört med föregående år. Av de som genomfört den hygieniska egenkontrollen har endast enstaka verksamheter kopplat en handlingsplan till identifierade brister. De enstaka handlingsplaner som utformats har goda intentioner men förstärker även tesen gällande brister i kännedom om förvaltningens rutiner.



Figur 5. Följsamhetsmätningar basala hygien och klädregler, socialförvaltningen Vaggeryds kommun.

Förvaltningen behöver förstärka den grundläggande kompetensen inom vårdhygien då egenkontrollen visar på större variationer än vad som anses rimligt för den typ av verksamhet som bedrivs. Det finns interna variationer inom enhetsområdena, främst på de större enheterna. Där kan det t.ex. genomföras mätningar men inte korrekt antal, eller korrekt antal mätningar på vissa enheter och inga mätningar på andra. Dock är det ingen som uppnår följsamhet till gällande rutiner/lagstiftning vilket gör att området fortsatt är utgör en allvarlig patientsäkerhetsrisk.

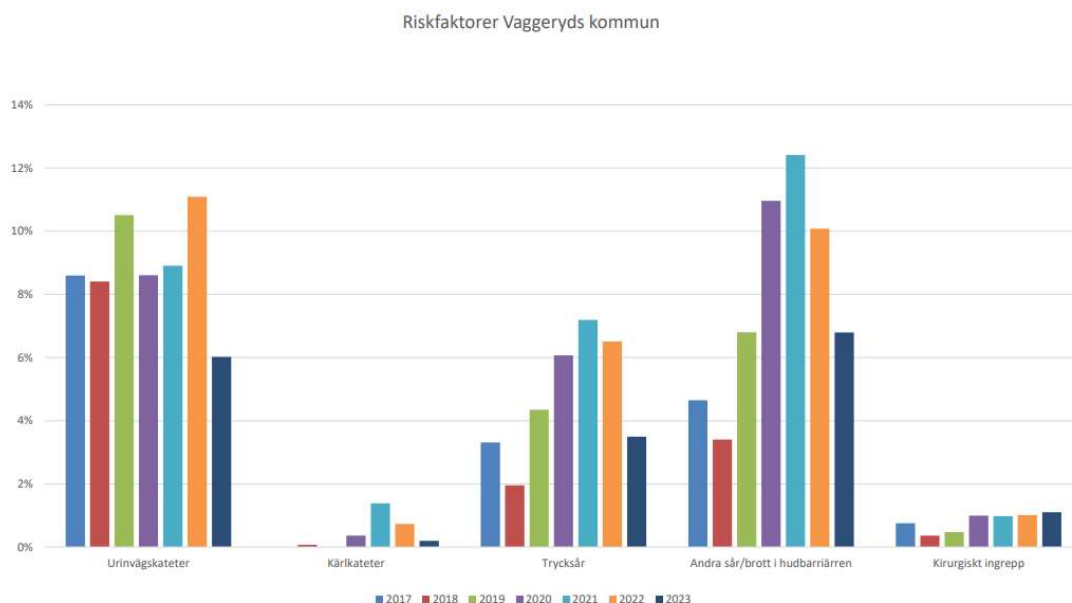
Tabell 3. Översikt; ”God Hygienisk standard” i samtliga verksamheter inom socialförvaltningen som omfattas av lagstiftningen SOSFS 2015:10. (Grön = godkänd och genomförd. Gul = delvis godkänd och genomförd. Röd = inte godkänd eller genomförd)

Enhet	Genomförd vårdhygienisk egenkontroll	Adekvat kopplade åtgärder	Korrekt genomförda mätningar	Korrekt följsamhet till gällande rutiner
Furugården	Grön	Gul	Gul	Röd
Mejeriet	Grön	Gul	Gul	Röd
Sörgården	Grön	Gul	Gul	Röd
Gruppbostad	Grön	Gul	Gul	Röd
Hälso- & sjukvård	Grön	Gul	Gul	Röd
Nattorganisation	Grön	Gul	Röd	Röd
Hemtjänst	Grön	Röd	Gul	Röd

Vårdrelaterade infektioner

En vårdrelaterad infektion är en negativ händelse som drabbar patienten och som härleds till bristande följsamhet till vårdgivarens rutiner kring t.ex. basala 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 2023, vilket föranleder en utbildningsinsats i sjuksköterskegruppen under 2024. Förvaltningen har fortsatt konstaterade brister i den fysiska miljön, bland annat på korttidsboende vilket har föranlett att patienter smittat varandra när de delat vårdmiljö. Detta är en konsekvens av bristande följsamhet till förvaltningens rutiner om ”God hygienisk standard” då smitta generellt förflyttas via vårdpersonals händer. Förvaltningen följer månadsvis antalet riskfaktorer och vårdrelaterade infektioner. Resultaten jämförs över länet och förvaltningen följer norm. Det hindrar dock inte förbättringsarbeten på olika nivåer. På individnivå kan varje undvikbar infektion vara en fråga om liv eller död.

En urinkateter som inte hanteras korrekt kan leda till allvarliga infektioner hos sköra personer. Detta innebär att förvaltningen behöver arbeta i alla verksamhetens delar för att minska riskfaktorerna. När det förekommer oundvikliga riskfaktorer så behöver dessa hanteras korrekt genom att samtliga förvaltningens medarbetare följer de rutiner som finns till skydd för våra patienter.



Smittskydd Vårdhygien 2023



Figur 6. Riskfaktorer för vårdrelaterade infektioner. Fördelning per kategori över tid.

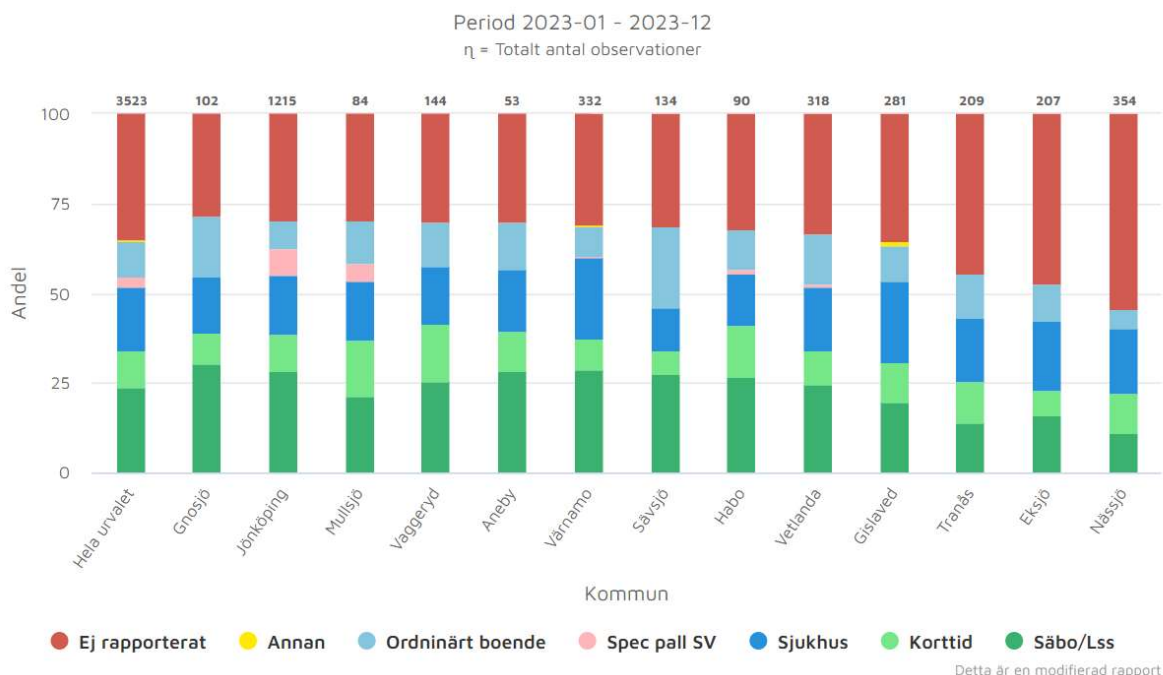
Luftvägsinfektioner

Smittspridning av SARS cov2 (covid-19) har inte tagit en dominerande roll under 2023 men istället har vaccinationsarbetet förbrukat personella resurser vilket leder till behov av att prioritera. Vaccinationsarbetet har mer än fördubblats jämfört med pre-covid vilket behöver beaktas. Vaccinationsarbetet är prioriterat då det är ett direkt skydd mot allvarlig sjukdom och död.

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.

Täckningsgrad - Inrapporterade dödsfall



Figur 7. Täckningsgrad och beskrivning av vilken vårdgivare patienten vårdats då den avled. Resultaten redovisas jämfört med övriga kommuner i Jönköpings län.

Förvaltningen arbetar fortsatt med palliativvårdsregistrets kvalitetindikatorer som anges i tabell 4. Resultaten visar fortsatt att arbetet med dokumenterad smärtskattning behöver förbättras liksom dokumentation av munhälsobedömningar.

Tabell 4. 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 %

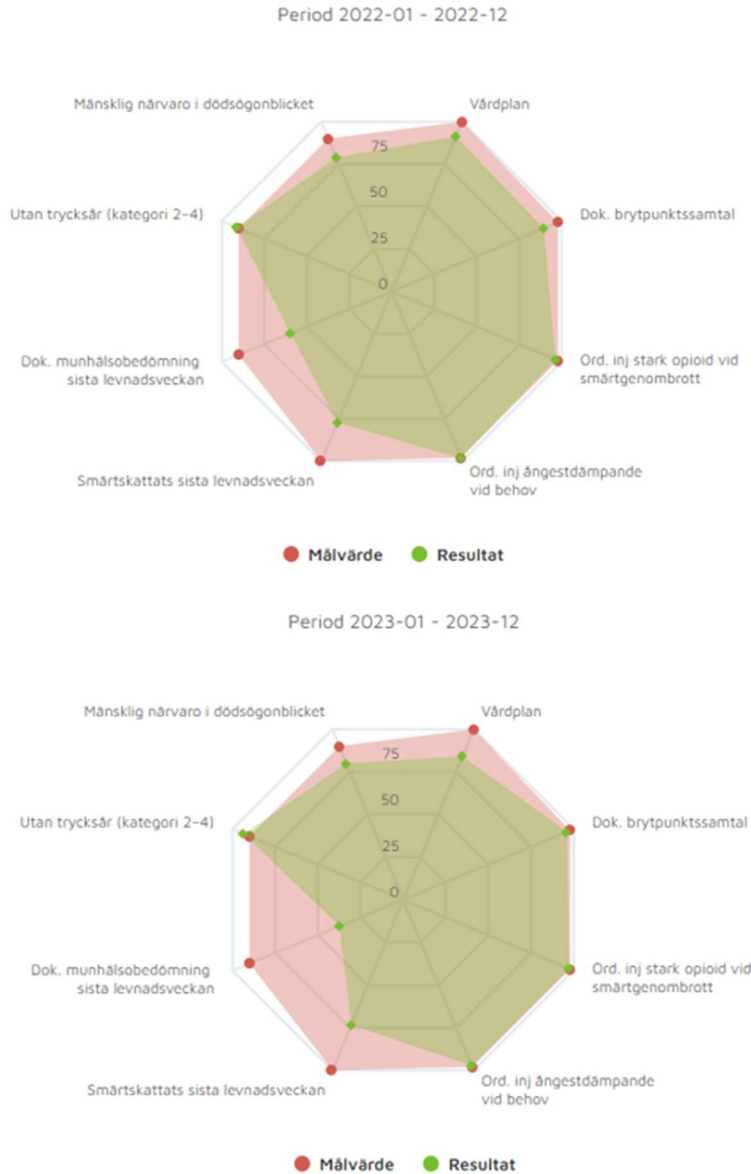
*Målnivå på gruppnivå.

En Gap-analys av differensen mellan genomförda smärtskattningar under senaste levnadsveckan och målnivån genomfördes under hösten 2023. Av analysen framgick att bristen inte drabbar patienterna i form av smärtgenombrott utan att det finns en brist i dokumentation av validerade smärtskattningar. Sedan Gap-analysen har antalet dokumenterade smärtskattningar med validerade skattningsskalor ökat men ej uppnått målnivå. Därför kvarstår målet att öka antalet smärtskattningar samt antalet munhälsobedömningar till inom nationell målnivå.

Förvaltningen arbetar även aktivt med Palliativvårdsregistrets närståendeenkäter och erbjuder även efterlevandesamtal med närstående. Båda är frivilliga men av stort värde för förvaltningens utvecklingsarbete. För att kunna utvärdera resultatet av arbetet med kvalitetsindikatorerna har förvaltningen för avsikt att arbeta med att öka svarsfrekvensen i närståendeenkäten. Förvaltningen har 2023 skickat ut 62 enkäter jämfört med 53

enkäter 2022. 2023 erhöles 24 svar ifrån 75 möjliga respondenter vilket ger en svarsfrekvens på 38,7 %. Under 2022 erhöles 19 svar. Detta är för låg svarsfrekvens för att dra några generella slutsatser.

IVO har i sin nationella tillsyn riktat kritik gällande dokumentationen av brytpunktssamtalet. Förvaltningen har arbetat med kritiken och kommit fram till ett adekvat arbetssätt enligt handlingsplan som redovisas till IVO.



Figur 8. Spindeldiagram från Svenska palliativregistret. Jämförelse 2022 med 2023

Förvaltningens målarbete för palliativ vård:

Att bibehålla 100% täckningsgrad i palliativregistret.

Uppföljning: Kontrolleras månadsvis av specialistsjuksköterska palliativ vård. Har vi täckningsgrad så ökar reliabiliteten.

Munvård → Öka antalet genomförda munhälsobedömningar till inom kvalitetsnivå

Aktivitet:

- Efterfråga RoAG-J Säkerställ dokumentationen

- Utbilda i enkel bedömning enligt RoAG-J

Uppföljning- kvalitetsindikatorer

Smärtskattning → Antalet smärtskattade individer till inom kvalitetsnivå

Aktivitet:

- Validerade mätverktyg placeras i alla pärmar
- Efterfråga validerade smärtskattningar
- Utbilda i användning av validerade skattningsverktyg

Uppföljning- kvalitetsindikatorer

Närståendeenkäter – Öka svarsfrekvensen på närståendeenkäten för att kunna analysera innehållet adekvat och använda data till att förbättra vården

Aktivitet:

- Ändra broschyr och tillgänglighet
- Informera tydligare gällande vikten av svaren.
- Beskriva hur innehållet skall användas till att utveckla verksamheten

Uppföljning- Tillräcklig mängd enkäter för att kunna genomföra analys av data.

Förvaltningens specialistsjuksköterska i palliativ vård har upprättat ett årshjul för utbildning inom palliativ vård. Grundläggande kompetens erbjuds och erhålls digitalt och ingår i förvaltningens rutiner för arbetet med palliativ vård. Grundläggande kompetens är en förutsättning för att kunna arbeta vidare med kompetensutveckling. Specialistsjuksköterskan 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. Specialistsjuksköterskan arbetar även med att kompetensförsörja legitimerad personal gällande nationellt vårdprogram för palliativ vård.

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 ska göras på alla, en gång per år. Mätning ska göras på nyinflyttade och vid förändrat hälsostatus.

Förvaltningen beslutade att åter implementera kvalitetsregistret Senior Alert under 2022. I planeringen skulle samtliga enheter på SÄBO implementera och börja använda Senior Alert samtidigt. Data från Senior Alert visar att det under 2023 inte genomförts till fullo. Vissa enheter har inte kommit igång enligt plan. Många enheter har endast påbörjat bedömningar men ej genomfört adekvata åtgärder. Vissa enheter har följt upp åtgärder eller ska följa upp inom kort. Enligt förvaltningsledningens beslut skulle Senior Alert implementeras även för patienter i hemsjukvården samt viss hemtjänst under 2023. Detta har inte gjorts och det är oklart om det finns en planeringen. Uteblivna riskbedömningar kan medföra att patienter inte erhåller adekvat kopplade åtgärder.

God demensvård

Demens orsakas av skador i hjärnan som kan yttra sig på olika sätt beroende på vilken del av 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 består av 21 övergripande indikatorer. Riktlinjen 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.

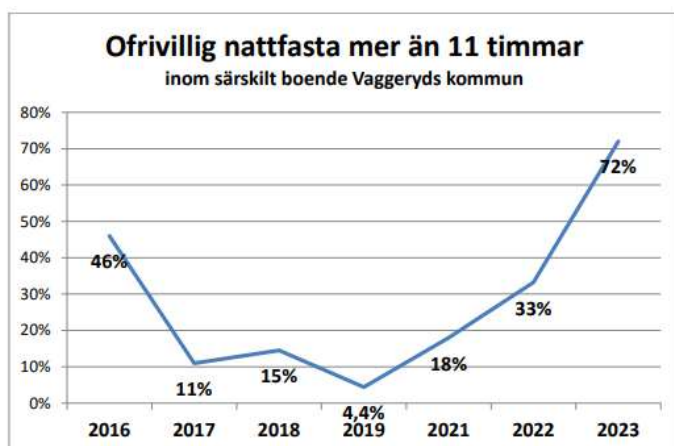
Enligt Socialstyrelsen kommer rekommendationerna ge ökade kostnader för de förvaltningar som arbetar med personer med demens. Kostnaderna beräknas vara bestående och på lång sikt då diagnosen inte minskar och inget bot finns i nuläget. Socialstyrelsen anger de kvalitetsindikatorer som är aktuella för en god demensvård. Förvaltningen har sedan föregående år uppfyllt kvalitetsindikator tio vilket innebär att det nu finns en samordnande funktion för demensvård/demenssjuksköterska samt indikator åtta som innebär ett demensteamarbete.

Beteendestörningar och Psykiska symtom vid Demenssjukdom (BPSD)

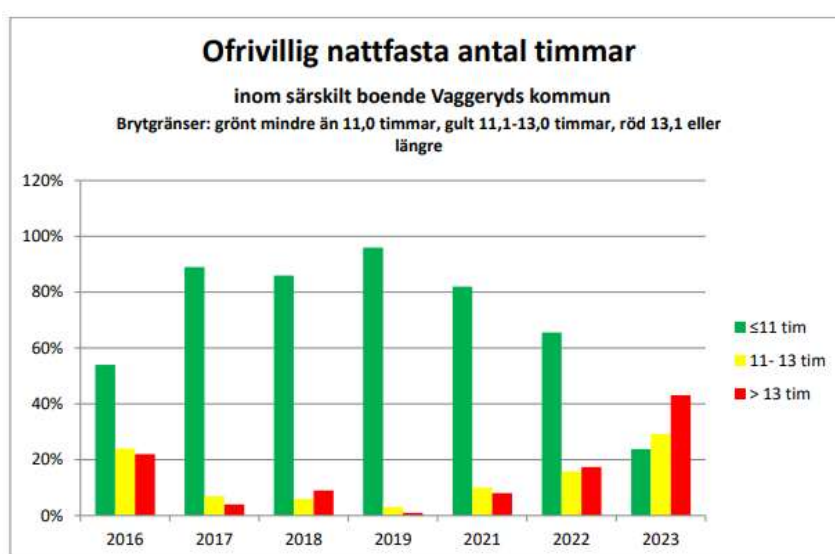
BPSD är ett nationellt kvalitetsregister med användningsområde i vården för personer med demenssjukdom samt ett arbetsredskap för verksamheten som ger god hjälp i bemötande vid BPSD-symtom vid demenssjukdom. BPSD kan definieras som ”symtom i form av störd perception, stort tankeinhåll, förändrat stämningsläge 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. Förvaltningen uppfyller nu även kvalitetsindikator ett då förvaltningen utbildat en BPSD-instruktör. Genom att utbilda en BPSD-instruktör har förvaltningen kunnat utbilda ytterligare BPSD-administratörer vilket möjliggör ett aktivt arbete med verktygen i verksamheten. Under 2022 registrerades en person i BPSD-registret jämfört med 30 st. under 2023. Statistiken visar att inga registreringar genomfördes under årets fyra första månader vilket beror på att ingen utbildad instruktör fanns att tillgå. Förvaltningen har även uppdaterat samt upprättat rutiner för hur arbetet ska fortlöpa.

Ofrivillig nattfasta- PPM (punktprevalensmätning)

Mätningen avser den ofrivilliga nattfastan, vilket innebär att brukaren ska erbjudas 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 vid två tillfällen under året jämfört med tidigare ett tillfälle. Antalet personer med en ofrivillig nattfasta på 11 timmar eller fler har ökat från 33 % till 72 %. Ofrivillig nattfasta ska inte öka, då det kan resultera bland annat i undernäring hos brukaren/patienten vilket i sin tur ökar risken för trycksår m.m. Förvaltningen behöver arbeta för att minska antalet timmar med ofrivillig nattfasta samt egenkontrollens genomförande då vissa enheter har en överrapportering av patienten/brukare som sover hela nätterna. Resultatet visar att följsamheten till gällande rutiner brister.



Figur 9. Resultat ofrivillig nattfasta 11 timmar eller längre, över tid.



Figur 10. Ofrivillig nattfasta indelat i tidskategorier. Jämförelsedata över tid.

Nationell brukarundersökning

Förvaltningen deltar i ett flertal brukarundersökningar årligen. Under 2023 deltog förvaltningen i följande undersökningar:

- **Vad tycker äldre om äldreomsorgen**
 - hemtjänst
 - särskilt boende
- **IFO**
 - myndighetsutövning barn och unga (vårdnadshavare och barn över 13 år)
 - placerade barn (placeringsform beroende på antal placeringar aktuellt år)
 - myndighetsutövning missbruk
 - myndighetsutövning social omsorg
 - myndighetsutövning LSS
 - biståndsbedömda öppna insatser barn och unga (Familj- och ungdomsteamet vårdnadshavare och barn över 13 år)
 - icke biståndsbedömda insatser barn och unga (rörligt elevstöd, råd och stöd, fält, föräldrautbildning COPE)
- **Funktionshinderomsorgen utförare**
 - Boendestöd

- Serviceboende
- Gruppboende
- Daglig verksamhet

Resultatet i brukarundersökningen är ett viktigt underlag för att göra brukare/klienter/patienter delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet och för att få en bild av hur dessa upplever kvalitet, delaktighet och kontakt med förvaltningens olika verksamheter. För att kunna använda underlaget adekvat behöver resultatet analyseras och för att kunna analysera resultatet behöver den som genomför analysen ta hänsyn till en mängd olika parametrar. Detta är något som kräver både tid och kompetens. I forskning gällande enkätundersökningar likt brukarundersökningen läggs stor vikt vid huruvida resultatet är representativt för målgruppen som svarat på enkäten. Det finns framtagna statistiska gränsvärden att ta hänsyn till, vilka är statistiskt säkerställda, alltså tillförlitliga. Svarsfrekvens under 50 % ses som icke tillförlitliga eftersom det skapar en statistisk osäkerhet och representativiteten minskar. Svarsfrekvens över 60 % klassificeras som godtagbara även om resultatet ska tolkas med försiktighet då det inte är säkerställt att den andel som inte svarat (40 %) har samma upplevelse som de svarande.

Hur stor del av de aktuella brukarna/klienterna som deltar i undersökningarna skiljer sig mellan undersökningarna. ”Vad tycker äldre om äldreomsorgen” och brukarundersökningen inom funktionshinderomsorgen utförare är totalundersökningar, vilket innebär att de riktar sig till samtliga brukare som befinner sig i verksamheten. För brukarundersökningen för IFO ska endast de som har möten/besök/insats under undersökningstiden erbjudas att delta i undersökningen, vilket medför att andelen erbjudna enkäter inte nödvändigtvis avspeglar mängden aktuella brukare/klienter då alla aktuella klienter inte har avtalat möte under undersökningsperioden. Vidare krävs ett visst antal svar för att kunna generera ett resultat, vilket är anledningen till att samtliga deltagande enheter inte har ett resultat för 2023. Detta är en viktig parameter att ta hänsyn till vid analys tillsammans med som tidigare nämnts om godtagbar svarsfrekvens.

Förvaltningens generella resultat gällande brukarundersökningen är svåranalyserat då den övervägande mängden håller en alltför låg svarsfrekvens för att kunna dra några slutsatser.

Totalundersökning resultat

- **Särskilt boende** – 47,3 % svarade varav 76 % av enkäterna har besvarats av någon annan eller delvis tillsammans med den äldre. Furugården och Mejeriet 40-60 % svarsfrekvens, Sörgården 20-40 % svarsfrekvens
- **Hemtjänst** – 52,4 % besvarade enkäten varav 98 % av enkäterna har besvarats av någon annan eller delvis tillsammans med den äldre
- **Boendestöd** – 55 % svarade
- **Daglig verksamhet** – Stjärnfabriken 100 % svarade, Knuten 92 % svarade, utflyttad verksamhet 100 % svarade
- **Gruppboende Skillingaryd** – 71 % svarade
- **Gruppboende Vaggeryd** – 75 % svarade
- **Tellus (serviceboende)** – 70 % svarade

IFO resultat

- **Missbruk** – 68 % svarade (19 tillfrågade, 13 svar av totalt ca 45 klienter)
- **Social omsorg** – 60 % (10 tillfrågade, 6 svar av totalt ca 70 brukare)
- **Barn och unga myndighet, vårdnadshavare** – 68 % svarade (22 tillfrågade, 15 svar av vårdnadshavare till ca 124 barn)
- **Barn och unga myndighet, barn över 13 år** – 100 % (9 tillfrågade, 9 svar av ca 60 barn)
- **Familj- och ungdomsteamet** – 65 % svarade (17 tillfrågade, 11 svar av vårdnadshavare till ca 50 barn)

Analys av svarsfrekvensen visar att funktionshinderomsorgens utförarverksamheter har en hög svarsfrekvens där tillförlitligheten bedöms hög samtidigt som det är en totalundersökning. Detta innebär att svaren visar vad majoriteten av brukarna tycker. För att kunna dra några slutsatser av resultaten inom äldreomsorgen behöver svarsfrekvensen öka till godtagbar nivå eller där det går att klargöra att urvalet i sig är en representativ del av det

totala urvalet. Detta är dock en svårighet då brukarundersökningen är nationellt genomförd och förvaltningen inte äger sina data, vilket gör det omöjligt att säga huruvida den låga andelen svarande är ett representativt stickprov. Att enkäterna till störst del besvaras av någon annan, oftast en anhörig, eller någon annan tillsammans med den äldre behöver beaktas i analysen då detta inte med säkerhet är den äldres upplevelse. Ett ytterligare exempel är att anhöriga ofta besöker sina anhöriga efter sin egen arbetstid vilket också innebär att den inträffar när bemanningen är lägre än vanligt. Dock är det inte oviktigt vad närstående upplever utan snarare mycket värdefullt, om svarsfrekvensen kan uppnå godtagbara nivåer. Brukarundersökningens resultat kan användas men med försiktighet och med hänsyn till att det på varje enhet är en majoritet som kan tycka precis tvärt om gentemot de som besvarat enkäten. Enkätens områden kan med fördel användas som styrning för verksamhetens förbättringsområden. Resultaten ger också en möjlighet att förbättra till nästkommande undersökning.

Undersökningen inom IFO är inte en totalundersökning, vilket behöver beaktas i analysen. Svarsfrekvensen kan av resultatet ses som hög, men vid närmare anblick syns tydligt att andelen svar inte är representativt för målgruppen, då en liten del av målgruppen är erbjuden att svara på enkäten. Samtliga aktuella klienter/brukare har sannolikt inte möten med sin kontakt under undersökningsperioden samtidigt som förvaltningen inte får eftersöka klienter/brukare i syfte att erbjuda enkäten. Den målgrupp som inkluderas i undersökningen inom IFO är inte sällan motvilligt i kontakt med förvaltningen, vilket ytterligare kan försvåra insamling av underlag. Det finns en risk för att den andel som svarar på enkäten är den andel som är positivt inställda till den hjälp de får, vilket skulle kunna innebära att övriga hade svarat annorlunda och därmed genererat ett helt annat resultat. Svaren som erhålls är viktiga att använda i förvaltningens förbättringsarbete, samtidigt som verksamheterna fortsatt behöver arbeta med att öka underlaget och svarsfrekvensen.

De frågor som är riktade mot hälso- och sjukvård är endast två till antalet och efterfrågar huruvida det är "lätt att få träffa sjuksköterska/läkare vid behov". Det är icke relevant för hälso- och sjukvårdens kvalitet att det är "lätt att träffa sjuksköterska eller läkare". Det är behovet som styr om patienten ska träffa sjuksköterska eller läkare. Behovet bedöms av professionen och för att få ett relevant svar så borde frågan ställas till den profession som faktiskt bedömer behovet. Svarsfrekvensen är för låg för att dra några slutsatser och frågeställningen är inte kopplad till kvaliteten. För att erhålla bättre användbara data behöver förvaltningen arbeta aktivt med att öka svarsfrekvensen.

Vid granskning av verksamhetsberättelser framgår inte hur verksamheterna har analyserat resultatet av brukarundersökningarna. Det saknas också information om hur verksamheten resonerar kring den låga svarsfrekvensen gentemot urvalsgruppen. Brukarundersökningen är en viktig del i förvaltningens egenkontroll och för att den ska få den tyngd som avsett, bör merparten av deltagande verksamheter eftersträva en ökad svarsfrekvens, så att resultatet även kan användas adekvat. Liksom inkomna klagomål och synpunkter, avvikelser och lex Sarah/Maria bör analys av brukarundersökningen tydliggöras i verksamhetsberättelsen i syfte att ha en samlad bild av underlaget verksamheten använder i sitt kommande förbättrings- och målarbete.

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 genomför riskbedömningar vid förändring av t.ex. verksamhet och tjänster men skulle gagnas av ytterligare systematik gällande användningen av underlagen till förändringsarbete. Exempel på där riskanalyser som föregått förändringsarbete inom hälso- och sjukvården är läkemedelsprocessen, delegeringsprocessen där förvaltningen nu är i uppföljningsfas samt inför förändring av organisation på barn och unga myndighet. Riskanalyserna skulle med fördel kunna användas som underlag i både verksamhetsberättelse och verksamhetsplan vilket det idag inte finns några instruktioner för.

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. Som högriskorganisation är det viktigt att ha ett systematiskt arbete kring händelseanalyser för att kunna förhindra att negativa händelser upprepas. Det är genom systematisk

analys som möjligheten ges att utreda den verkliga orsaken. Arbetet är tidskrävande i ena delen men genererar minskade risker för patienterna samt minskade kvalitetsbristkostnader.

Nära vård

Det 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 förebyggande arbetet berör inte bara hälso- och sjukvård utan samtliga välfärdsinstitutioner. När samhället redan från tidig ålder kan förebygga behov av stöd- och hjälpinsatser från olika instanser leder det till att färre kommer behöva samhällets stöd senare i livet. Forskning av risk- och skyddsfaktorer hos barn visar att den enskilt viktigaste skyddsfaktorn i ett barns liv, oavsett socioekonomisk bakgrund, är att slutföra grundskolan med godkända betyg. Detta kan tyckas vara ett uppdrag som enbart berör skolan, men barn som inte går ut grundskolan löper högre risk för att hamna i utanförskap, utveckla riskbeteenden som bland annat inkluderar kriminalitet, missbruk och psykisk ohälsa. Det leder i högre utsträckning till att de inte kommer kunna tillgodose sig en anställning och behöva samhällets stöd med försörjning och sannolikt utveckla olika typer av ohälsa. För instanser i samhället, oavsett om det är skola, socialtjänst, sjukvård, fritidsorganisationer, polismyndighet eller rättsväsende, så är förebyggande insatser för barn och vuxna en förutsättning för att klara av den utmaning samhället står inför. Med fokus på de medborgarna som också berörs, kommer de med dessa insatser också i större utsträckning att ha fungerande livssituationer och därmed också kunna bidra till samhället.

Att det finns ett gap mellan befintlig arbetskraft i relation till behovet är fortsatt en oroande faktor som genererar ett stort behov av att effektivisera och prioritera i de uppgifter som utförs i förvaltningen. Samma mängd människor skall hjälpa fler vilket inte är möjligt med den nuvarande organisationen och mängden uppgifter. Detta kräver att förvaltningens verksamheter har en stabil organisation som har förutsättningar att uppnå lagstadgade krav och uppgifter på ett rätts- och patientsäkert sätt. Utan grundläggande förutsättningar ses det som svårt att erbjuda vård och omsorg av god kvalitet. Detta visar sig i form av ökad andel rapporterade risker för missförhållanden samt av den tillsyn som IVO genomför. I nuläget råder otydlighet i begreppet "Nära vård". Det är svårt för de olika verksamheterna att förhålla sig till begreppet då det inte finns en tydlig riktning satt för olika delområden. Förvaltningen behöver konkretisera vad "Nära vård" betyder i det sammanhang som förvaltningen befinner sig i och med de förutsättningar som finns inom kommunens gränser. Detta behövs för att kunna följa huruvida de faktiska insatser som görs får effekt för patient/brukare/klient. Om konkretiseringen uteblir, uteblir även uppföljningen då ingen vet vad som ska följas upp. Hur vet vi att målet är uppnått? Nära vård innebär inte att förvaltningen behöver skapa nya uppgifter utan att förvaltningens mikrosystem behöver optimeras internt för att sedan kunna fungera optimalt i samverkan med andra verksamma systemen.

Förebyggande arbete i förvaltningen

Socialförvaltningen utför förebyggande arbete som går i linje med Nära vård. Det kommer alltid finnas en andel medborgare som behöver stöd och hjälp från förvaltningen. Vissa grupper är i stort sett konstanta medan vissa går att påverka så att de blir färre. Genom att arbeta mer förebyggande och stödjande till hela befolkningen kan socialförvaltningen bidra till att en viss andel medborgares hjälpbehov minskar. Detta i sin tur leder till att förvaltningen får förutsättningar att ge resurser till de individerna med störst behov.

- **Kurator på familjecentral** – genomför tillsammans med barnsjuksköterska (barnhälsovård) hembesök under barnets första levnadsår i syfte att fånga upp eventuella riskfaktorer kring det nyfödda barnet och den nyblivna mamman.
- **Föräldrastödsprogram/utbildning** – Socialförvaltningen erbjuder regelbundet COPE (Community Parent Education) och ICDP (Vägledande samspel) till kommunens invånare. Familjerätten i Värnamo (GGVV) erbjuder BIFF (Barn i föräldrars fokus) som riktas till föräldrar som har separerat och befinner sig i familjerättsliga konflikter.

- **Hälsocentrum** – Kommunens satsning på Hälsocentrum som en del av nära vård inkluderar socialförvaltningen som samarbetspartner.
- **Rörligt elevstöd** – I samverkan med Barn- och utbildningsförvaltningen arbetar socialförvaltningens två behandlare förebyggande med barn som av olika anledningar har en oroväckande hög frånvaro i skolan i syfte att få eleverna tillbaka till skolan. Insatsen är förebyggande och kräver inget biståndsbeslut.
- **Tidiga inskrivningar vid palliativa behov** – Förvaltningen har under åter arbetat för att främja korrekta inskrivningar i vård vid livets slutskede. Förvaltningens specialistsjuksköterska arbetar med stöd och handledning vid bedömning av behov av inskrivning.
- **Samverkan** – Kommunen har framgångsrikt under flera år utvecklat en fungerande samverkan mellan fält, Kultur- och fritidsförvaltningen, Barn- och utbildningsförvaltningen samt Polismyndigheten och Brottsförebyggande rådet (BRÅ). Samarbetet har lyfts i nationella forum som gott exempel på hur kommunerna behöver arbeta förebyggande kring barn och unga.
- **Fallprevention** – Förvaltningens Rehab har på eget initiativ inlett ett arbete med att tidigt arbeta fallförebyggande. Detta genom att tidigt, innan patienten är inskriven i hälso- och sjukvården, erbjuda fallpreventiva åtgärder i hemmet samt balansträning. Detta ingår även i det gemensamma projektet (Kommuner och Region) ”Bästa platsen att leva bo och åldras på”.
- **Utskrivningsprocess i samverkan** – Samverkan i utskrivningsprocessen lagstiftades 2017. Region Jönköpings län har sedan 2016 arbetat i samverkan för att främja en sömlös utskrivningsprocess för de patienter som rör sig emellan flera vårdgivare. En uppdatering har skett under 2023 där förhoppningen är en ännu bättre process för patienterna.
- **Remissteam** – Förvaltningen har under 2023 uppstartat ett arbete för att främja en jämlik vård genom multiprofessionella teambaserade bedömningar av inskrivning i hälso- och sjukvården. Teamet skapar en gemensam bild av situationen och kan på så vis ge en mer jämlik bedömning.
- **Intensiv hemrehabilitering** – Under 2023 genomfördes Intensiv hemrehabilitering som projekt i förvaltningen vilket genererade goda resultat genomgående. IHRs arbetssätt visar att det med rätt rehabiliterande insatser tidigt går att förbättra individens förmågor att bibehålla självständighet.
- **Esther-coacher** – Hälso- och sjukvårdens båda mikrosystem har under 2023 utbildat och påbörjat att utbilda Esther-coacher genom Regionens utbildningskoncept. Detta går i linje med förvaltningens evidensbaserade modeller för verksamhetsnära förbättringsarbete och lär ut samma systematik. Detta genererar att fler förbättringsarbeten med patienten i centrum kommer att initieras vilket också ger ringar på vattnet.
- **Träffpunkt** – Aktivitet för äldre över 65 år i syfte att bibehålla hälsa och förebygga ensamhet.
- **Råd och stöd** – Möjlighet för föräldrar/vårdnadshavare och barn att utan biståndsbeslut få upp till fem rådgivningssamtal från behandlare.

Kompetensutveckling

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/patienter som förvaltningen arbetar med möts av professionella yrkesutövare där arbetet är rättssäkert, patientsäkert och av hög kvalitet.

Liksom 2022 har förvaltningen ingen utarbetad kompetensutvecklingsplan för vad som krävs för vilka funktioner i förvaltningen. Däremot har förvaltningen under 2023 påbörjat kartläggning av behovet i vissa verksamheter. Arbetet är fortlöpande under 2024.

De brister som har varit förekommande och återkommande i granskningar, utredningar och tillsyn från IVO handlar om trygghet i yrkesutövning/yrkesprofession (etik, värdegrund), bristande kunskap gällande viss problematik i särskilda brukargrupper, brister i dokumentation och kommunikation (språk) samt 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 i olika verksamheter. Dock har det saknats tydliggörande för vad utbildningsinsatsen ska få för effekt och hur kunskapen ska användas. Detta har genererat i en olika utbildningsinsatser där det inte finns underlag som visar

att de generat önskat resultat. Kartläggning av verksamheter har också visat att då förvaltningen inte har en strategi för hur utbildningar och kompetensutveckling ska användas och följas upp, skapar utbildningsinsatser inte heller ett aktivt lärande som håller över tid.

Informationssäkerhet

Under 2023 har totalt fyra händelser rapporteras som personuppgiftsincidenter varav tre händelser har anmälts till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY) av kommunens informationssäkerhetssamordnare (CISO). Incidenterna berörde ett dokument med planerade insatser som hittats i samhället där personuppgifter samt planerad insats fanns, två separata tillfällen då handlingar i myndighetsutövning innehållande känsliga uppgifter skickats till annan individ samt personuppgiftsincident i samband med cyberattacker på leverantör av trygghetslarm i hemtjänsten. Beslut från IMY har meddelats i två händelser, varav ingen ytterligare åtgärd krävts.

Ett arbete pågår för att stärka informationssäkerheten inom förvaltningen och till exempel har en förvaltningsspecifik rutin för personuppgiftsincidenter antagits av ledningsgruppen. Det ses fortsatt ett behov av att stärka kunskap samt genomföra åtgärder för att stärka informationssäkerheten inom förvaltningen.

Analys, lärande och utveckling

Eftersom kvalitet- och patientsäkerhetsberättelsen upprättas årligen, finns en god möjlighet att använda underlaget och utvärdera hur långt förvaltningen kommit i sitt systematiska kvalitetsarbete och även att identifiera trender, förändringar och förhoppningsvis förbättringar. Socialförvaltningen har under flera år arbetat aktivt med att upprätta en systematik för det systematiska kvalitetsarbetet. Arbetet går framåt, förvaltningen har kommit en bit på väg även om arbete kvarstår. Det är av vikt att i ett sådant omfattande förändringsarbete som förvaltningen är i, stanna upp, reflektera och utvärdera de faktiska förändringarna som skett, vilket i sin tur är både utvecklande och motiverande för fortsatt arbete.

Eriksson¹, som författat ”Sveriges bästa verksamheter”, har identifierat vad framgångsrika verksamheter gör för att få goda resultat och åstadkomma hög kvalitet. Underlaget Eriksson använt sig av gäller verksamheter såväl inom industri, skola, sjukvård och andra företag. De principer som behövs för att vara framgångsrik är också principer som icke framgångsrika (fungerande) verksamheter brister i, vilket också syns i förvaltningens granskningar, utredningar och kartläggningar. När vi inte är behovs- och syftesdrivna, inte har värdeskapande processer och nätverk, inte leder, inte är motiverade och inte förbättrar, saknas förutsättningar att bli en fungerande och framgångsrik verksamhet. I analys av socialförvaltningens verksamheter framgår det att förvaltningen arbetar med samtliga av dessa områden för att skapa en så bra verksamhet som möjligt för de medborgare vi är till för, vilket är positivt. Det förvaltningen måste arbeta aktivt med och förändra är att skapa förutsättningar för samtliga principer. Att de finns på plats är en förutsättning för att verksamheterna ska kunna åstadkomma hög kvalitet och en effektiv verksamhet. För att bli framgångsrika och ständigt bli bättre måste förvaltningen arbeta med samtliga fem principer samtidigt. Det går inte att börja arbeta med en princip för att sedan bocka av den och fortsätta med nästa.

Socialförvaltningen, som bedriver hälso- och sjukvård och socialtjänst, arbetar utifrån gällande lagar, förordningar och föreskrifter. Där står uttryckligen att arbete ska bedrivas utifrån evidens och forskningsbas så att de utredningsverktyg, metoder och behandlingsåtgärder som används är vedertagna och användbara utifrån verksamheternas uppdrag och syfte. Personella åsikter är här inte relevanta. Att vara faktabaserad och genom aktuellt underlag kunna se objektivet på verksamhetens resultat och utvecklingsbehov är en förutsättning för att kunna erbjuda en hälso- och sjukvård och socialtjänst av hög kvalitet, såsom lagen kräver. Underlag som framkommit i aktuell kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse visar på ett ökat behov av att använda det resultat som finns i verksamheterna i analys och planering av fortsatt utvecklingsarbete. Förvaltningen behöver förbättra systematiken som framgår av ledningssystemet. Om samtliga verksamheter i sin planering använder relevant underlag baserat på fakta, skapar målsättning utifrån medborgarnas behov och därigenom genomför planerade

¹ Eriksson, H. (2019) *Sveriges bästa verksamheter*.

åtgärder, för att sedan följa upp dem utifrån den målsättning eller behov som tydliggjordes från början, skapas förutsättningar att arbeta med hög kvalitet och ständiga förbättringar. Om förvaltningen, såsom ledningssystemet beskriver, ska använda SMARTa mål, behöver detta utvecklas och användningen implementeras så att målsättningen blir relevant och mätbar. Detta arbete är inget enstaka chefer kan genomföra själva utan kräver en kultur, systematik, stöttning och kunskap i analys som förvaltningens samtliga verksamheter behöver upprätta och bibehålla tillsammans.

Det finns en mängd underlag som produceras i förvaltningens samtliga verksamheter och som skulle kunna användas som underlag inför förändringar. Exempel på detta är hälso- och sjukvårdsorganisationens verktyg för stärkt patientsäkerhet, vilket färdigställdes och informerades under 2023. Verktyget har sitt ursprung ur Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020-2024. Detta visade på flertalet områden där förvaltningen skulle behöva agera för att åstadkomma en säkrare vård. Förbättringspunkterna är också aktuella för flera verksamhetsområden då de är förvaltningsövergripande. Underlaget baserar sig på verksamhetens information, och utgör en god nulägesbild med relevanta behov. I kartläggningen framgår också identifierade åtgärder med bedömning om resursåtgång samt effekt för verksamheten vilket ger en tydlig prioriteringsordning. Aktuell kartläggning är ett gott exempel på hur verksamheterna själva kan ta fram aktuella underlag med tillhörande prioritering av förbättringsåtgärder för att förbättra verksamheten. I förvaltningens planering för digitalisering planeras arbete med klagomål och synpunkter under 2024-2025. Övriga punkter är ej planerade. Underlaget bedöms fortsatt aktuellt och tillämbart.

I SOSFS 2011:9 tydliggörs krav på att förvaltningen ska identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner som krävs för säkerställa god kvalitet. Som tidigare nämnt krävs värdeskapande processer för att vara en välfungerande verksamhet. Förvaltningen arbetar aktivt med processkartläggning, då detta till viss del saknats tidigare. Genom att kartlägga sina processer är förhoppningen att samtliga verksamheter ska kunna utveckla och effektivisera sitt arbete för att också ständigt kunna arbeta för en ökad patientsäkerhet och kvalitet.

Förvaltningen står, liksom många andra kommuner, inför stora utmaningar gällande kompetensförsörjning. Detta är ingen nyhet utan ett fenomen som omtalats sedan 2015. Skillnaden är att det pågår just nu och inte längre handlar om att sja någon framtid. För att ha en chans att möta behoven behöver förvaltningen aktivt börja ”klä på” sina medarbetare de kompetenser som krävs inom samtliga verksamheter. Oavsett vilken bakgrund medarbetaren har, behöver förvaltningen på ett strukturerat och systematiskt sätt rusta medarbetaren för de arbetsuppgifter som ingår i förvaltningens hägn. IVO har i sin tillsyn riktat kritik kring den grundläggande medicinska kompetensen hos omsorgspersonalen vilket också bekräftas av hälso- och sjukvårdsorganisationens ledning. Det är svårt att följa arbetsstrukturen när inte mottagaren har förutsättningar att genomföra uppgiften.

Förvaltningen har under 2023 genomfört flera stora förändringar som stärkt redundansen gällande krisberedskap. Förvaltningen går bättre förberedda in i 2024. Det finns en vilja i många verksamheter att göra det lilla extra för sina patienter/brukare/klienter samt för sina kollegor. Hälso- och sjukvårdens organisation är starkare än på många år och det pågår flertalet förbättringsarbeten internt. Genom att arbeta systematiskt med processkartläggningens delar ges möjligheten att ytterligare förstärka de processer som konstant pågår.

Nära vård innebär delvis att vården ska ske i patientens närområde men också att förebyggande arbete i kommunen behöver fortsatt förstärkas. Detta gör att kraven på förvaltningens samtliga yrkeskategorier ökar vilket genererar ett behov av att de rustas. Medborgarens behov styr, enligt lag, hur verksamheten ska anpassa kunskapen och kompetensen hos medarbetaren för att möta de behov som finns. Kompetensutveckling hos personalen har inte skett i den omfattning som behovet har byggts på. Detta kan bland annat bero på personalomsättning i verksamheterna, vilket upptar resurser hos chefsledet gällande rekrytering framförallt i utförandeverksamheterna. Samtidigt har komplexitet hos de medborgare förvaltningen arbetar med ökat inom flera verksamhetsområden, vilket ställer högre krav både på kompetens och samverkan. Exempel på detta är en ökad förekomst av psykisk ohälsa kombinerat med somatisk sjukdom, vilket blir särskilt tydligt bland unga vuxna som idag återfinns inom missbruk, social omsorg och funktionshinderomsorg. En annan målgrupp som ökat är barn med funktionshinder i socialt utsatta situationer där både barn och föräldrar är i behov av insatser från förvaltningen. Förvaltningen har påbörjat kartläggning av kompetensutvecklingsbehov vilket är vitalt för att kunna arbeta vidare med någon form av systematik och därigenom möta de behov medborgarna har.

Sammanfattningsvis arbetar förvaltningen aktivt med många olika förändringsarbeten samtidigt som vi står inför stora utmaningar, både internt och externt. För att förvaltningen ska ha möjlighet att fortsätta arbeta med redan påbörjade förändringsarbeten samtidigt som ordinarie verksamhet fortlöper och nya utmaningar ska mötas krävs en uthållighet och en stabilitet i organisationens grundstruktur. Därmed behöver också relevanta prioriteringar göras utifrån faktabaserat underlag så att rätt person är på rätt plats och gör saker på rätt sätt i rätt tid och därmed uppnår en god kvalitet och patientsäkerhet.