

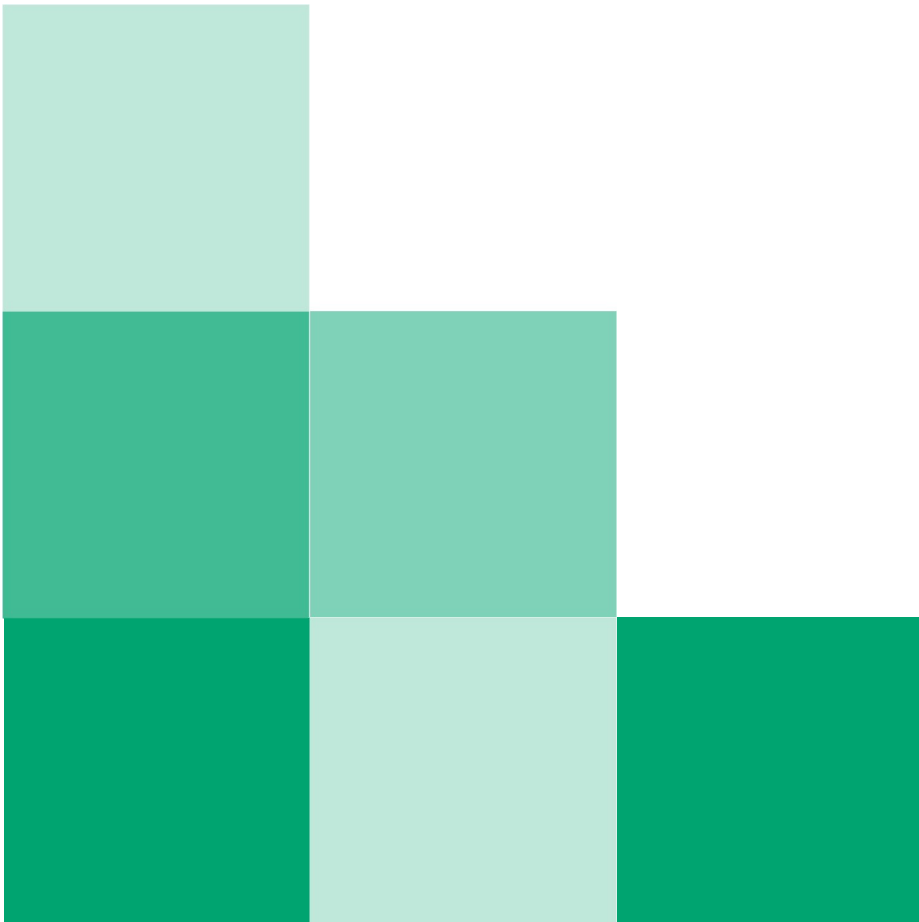


VAGGERYDS  
KOMMUN

# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2024

---

Ansvarig förvaltning: Socialförvaltningen  
Ansvarig tjänsteman: Caroline Lundgren och Hanna Schoeneck  
Dnr: SN 2025/023



# 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.....	7
Verksamhetschef.....	7
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) .....	8
Enhets- och områdeschef .....	8
Hälso- och sjukvårdspersonal (legitimerad).....	8
Stödfunktion kvalitet och utveckling .....	8
Omvårdnadspersonal/medarbetare inom vård och omsorg .....	9
Samtliga medarbetare inom förvaltningen .....	9
Redogörelse av resultat .....	9
Ledningssystem.....	9
Målstyrning .....	9
Värdegrund .....	10
Patient/brukare/klient delaktighet .....	10
Medborgaren som samskapare .....	10
Processer och rutiner .....	11
Klagomål och synpunkter, avvikelser, missförhållanden och vårdskador .....	11
Klagomål och synpunkter .....	11
Avvikelser .....	11
Analys av resultat.....	14
Samverkan och samarbete.....	15
Händelseråd GGVV .....	16

Lex Sarah .....	16
Lex Maria .....	17
Tillsyn IVO .....	17
Egenkontroll .....	17
Kvalitetsindikationer .....	18
Läkemedelshantering .....	18
God hygienisk standard .....	19
Vårdrelaterade infektioner .....	21
Luftvägsinfektioner .....	22
Palliativ vård .....	22
Senior Alert .....	24
God demensvård .....	24
Nationell brukarundersökning .....	27
Risk- och händelseanalys .....	28
Nära vård .....	29
Ny socialtjänstlag .....	29
Kompetensutveckling .....	30
Informationssäkerhet .....	30
Analys, lärande och utveckling .....	30

# 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 2024 har förvaltningen fortsatt sitt arbete med att beskriva styrande processer samt att förstärka det pågående arbetet. Flertalet förbättringsarbeten har genomförts för främja förvaltningens arbete med att stärka ledningssystemet. Förvaltningen har tagit viktiga steg i att kartlägga nuläge för att på så vis kunna skapa hållbara arbetssätt för framtiden med t.ex. kompetensförsörjning vilket är en av de största utmaningarna framöver. Förvaltningens egenkontroll utvecklas fortgående. I vissa områden ses en representativ bild vilket ger möjligheter att koppla effektiva åtgärder i syfte att förbättra och utveckla verksamheten. Förvaltningen behöver även fortsatt arbeta med att skapa de grundläggande förutsättningarna som krävs för hållbarhet i organisationen. Genom att använda befintliga underlag och adekvata metoder i sin helhet kan verksamheten minska andelen upprepade avvikelser och uppnå god kvalitet.

## Syfte

Det arbete som utförs inom socialförvaltningens samtliga verksamheter ska direkt eller indirekt vara till nytta för kommunens medborgare. Därmed förutsätts att arbetet 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

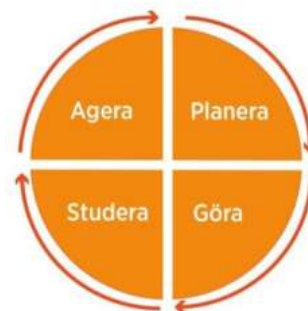
I socialförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete beskrivs hur förvaltningen är organiserad men också vilken typ av styrning förvaltningen har samt det ansvar som följer de ledande funktionerna. Genom ett adekvat utformat ledningssystem och följsamhet till detta uppnås patientsäkerhet och god kvalitet.

### Målstyrning

Socialnämndens mål utgår från de mål som kommunfullmäktige upprättat. Socialnämndens mål har tydligt medborgarfokus. 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 bör också utgå 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, oavsett nivå, 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/eller i kontakt med 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. Den individ med störst behov, bedömt av professionen ges företräde till vården.

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, 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 och med höga krav på säkerhet.

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 Regeringens nuvarande direktiv; beredskap för krig. Det har skett en eskalering i omvärlden vilket har medfört att förvaltningen måste prioritera att arbeta med att öka resiliensen. Hotbilden är mer påtaglig än tidigare vilket medför att arbetet med kontinuitetshantering intensifierats och löper på i stadigt takt. Med kommunövergripande samordning sker arbetet på samtliga nivåer. Det kvarstår arbeta i att göra nuvarande rutiner kända samt att öva dessa då övning är en möjlighet att hitta brister i rutiner och att utveckla dem i enlighet med PGSA.

### **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. Området kan aktualiseras i samband med ”Nära vård”.

## **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 kvalitets- 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)**

Arbetsterapeut, 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**

Det finns inte några formella krav på hur ett ledningssystem ska se ut bortsett från vilka delar det ska innehålla. Sedan 2023 har förvaltningen ett deskriptivt dokument gällande ledningssystemets uppbyggnad. Dokumentet beskriver även hur ansvar fördelas samt metoden för systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas. Under 2024 kvarstår variationer inom förvaltningen gällande kännedom och implementering av ledningssystemet, vilket innebär att vissa medarbetare fortfarande är osäkra på sina roller. Detta leder till att det systematiska kvalitetsarbetet inte alltid genomförs konsekvent, vilket kan bidra 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.

För att förbättra verksamhetens resultat behöver tydliga och mätbara mål sättas. Det är också viktigt att använda insamlad data för att analysera och förstå resultaten för att bedöma huruvida målet är uppfyllt eller inte. I granskningen av verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser ses en förbättringspotential, både avseende målformulering, uppföljning av mål och användningen av resultatet i kommande målarbete. Det finns goda exempel och ett lärande mellan olika verksamhetsgrenar kan bidra till utveckling inom området.

## Värdegrund

De flesta lagar som styr socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete betonar vikten av integritet, delaktighet och att individens behov är centrala. Socialstyrelsen beskriver på Kunskapsguiden att en värdegrund visar de etiska värden och normer som ska styra verksamheten och fungera som stöd för medarbetarna. För att vara ett effektivt stöd måste värdegrunden vara konkret och påverka det dagliga arbetet.

Värdegrunden inom socialförvaltningen regleras av lagar som patientsäkerhetslagen, patientlagen och hälso- och sjukvårdslagen, samt etiska koder för olika yrkesgrupper. Hur förvaltningens verksamheter arbetar med värdegrund varierar. Granskningar och utredningar visar att arbetet med värdegrundsfrågor inte alltid är kontinuerligt, vilket har lett till en ökning av rapporterade händelser där medarbetare brister i bemötandet av brukare. En gemensam struktur och fortlöpande dialog om värdegrundsfrågor skulle gynna alla verksamheter.

### Patient/brukare/klient delaktighet

Inom ramen för hälso- och sjukvårdens lagrum är insatser behovsstyrda utifrån professionens bedömningar av patientens behov samt prioriteringar. Delaktighet bör bedömas utifrån patientens möjlighet, förmåga och vilja att delta. Ramen för deltagande behöver vara tydlig då beslutet att erbjuda insatser ligger hos professionen och beslut att acceptera erbjudandet ligger hos patienten. Det finns dock vinster i att involvera patienten i den vård som rör hen och för att förbättra och utveckla vården.

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 kompensande, 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 stödsatser 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.

## Processer och rutiner

Enligt SOSFS 2011:9 ska verksamheten identifiera och beskriva de processer som behövs för att kvalitetssäkra arbetet. Processerna visar vilka aktiviteter som ingår och deras ordning, medan rutiner beskriver hur aktiviteterna ska genomföras och vem som är ansvarig. För att skapa systematik behövs en struktur för hantering och uppdatering av processer och rutiner.

Förvaltningen har en långsiktig plan för att kartlägga och revidera processer fram till 2025. De flesta verksamheter har kartlagt sina processer, men många har utmaningar med att upprätta och revidera rutiner. Det behövs en gemensam förståelse för vad processer och rutiner ska innehålla. Under 2024 har förvaltningen tagit fram stödmaterial för att skapa tydlighet.

Verksamheter som involverar medarbetare i arbetet med processer och rutiner har kommit längre. Genom att skapa en gemensam målbild och förståelse för behovet av processer och rutiner har vissa chefer lyckats engagera medarbetare. Detta arbete är grundläggande för att säkerställa ett patient- och rättssäkert arbete och åtgärda kända brister. För att göra processerna lättillgängliga har förvaltningen arbetat med att skapa struktur för dokumenthantering och bygga om intranätet. Det nya intranätet, som samlar processer, rutiner och riktlinjer, planeras att publiceras våren 2025.

## 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, patientsäkerhetslagen och SOSFS 2011:9 ska vårdgivaren ta emot och utreda klagomål och synpunkter. Dessa ska användas för att förbättra och utveckla verksamheten, med fokus på medborgarens perspektiv. Klagomål och synpunkter ska besvaras på ett lämpligt sätt, utan att bryta mot sekretessbestämmelser, vilket ibland kan begränsa informationen som ges.

Klagomål och synpunkter hanteras 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. De flesta klagomål rör bemötande, kommunikation och information, vilket är grundläggande faktorer i mötet med patienter och brukare. Under 2024 diariefördes 30 unika klagomål och synpunkter, varav två berörde annan vårdgivare. Vissa klagomål rörde samma problematik och framfördes av en och samma person.

Förvaltningen har ännu inte implementerat det systemstöd som köpts in för att underlätta hanteringen av klagomål och synpunkter, vilket gör det svårt att redogöra för alla inkomna klagomål. Det finns ett mörkertal av inkomna klagomål och synpunkter, och det är svårt att få en övergripande bild över typ av klagomål, hur de är hanterade samt om klagomålen lett till avvikelser. Processen och rutinen för klagomål och synpunkter har reviderats under 2024, och systemstödet planeras att tas i drift i maj/juni 2025. Detta kommer att möjliggöra en mer effektiv hantering och uppföljning av klagomål och synpunkter, vilket är viktigt för att säkerställa kvalitet och rättssäkerhet i verksamheten.

### Avvikelser

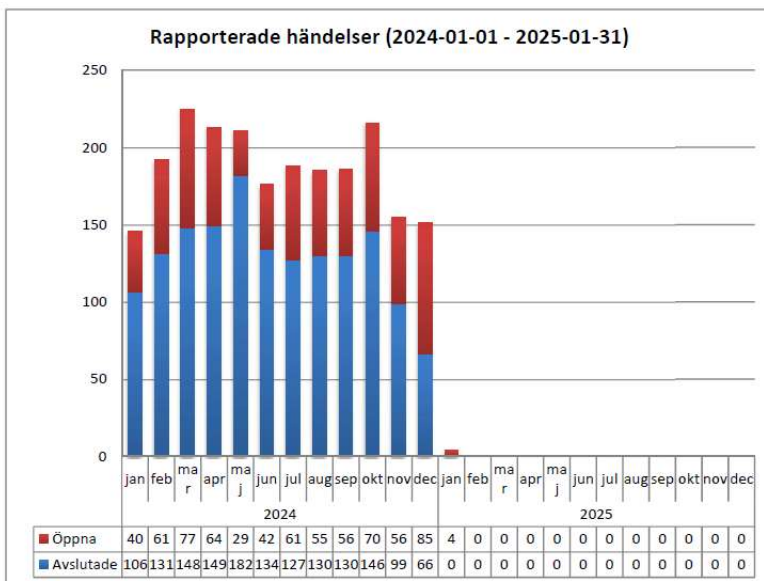
Antal registrerade händelser under 2024 är 2248 st. jämfört med 1819 st. 2023. Liksom föregående år finns högst representation inom området ”fall”. Det har skett en viss ökning sedan föregående år till 809 st. jämfört med 694 st. under 2023. Utfallet var förväntat eftersom inga specifika åtgärder har vidtagits inom området under året. Ökningen kan bero på ett fåtal individer som faller ofta, vilket behöver analyseras på enhetsnivå. Det har noterats

brister i rutinkännedom där legitimerad personal ska informeras vid fall. Rutinerna har belysts under året, men det finns fortfarande exempel där adekvat profession inte kontaktas, vilket leder till att fallpreventiva åtgärder uteblir eller försenas. Det finns goda möjligheter att ytterligare analysera kategorin "fall" och koppla adekvata åtgärder till orsakerna.

Antalet läkemedelsavvikelser har ökat något sedan föregående år då 688 st. rapporterades jämfört med 778 st. under året som gått. Införandet av digital signering har gjort det möjligt att identifiera fler typer av avvikelser. Det har också lett till avvikelser på gruppnivå, som "ej signerade insatser" för flera patienter, vilket visar på bristande hantering av det nya systemet. Antalet händelser kring narkotiska preparat har ökat, delvis på grund av brister i systemhanteringen. Av de inrapporterade läkemedelsavvikelserna kan cirka 14 härledas till annan vårdgivare och cirka 36 till samverkan med vårdcentralerna. Majoriteten av läkemedelsavvikelserna hanteras i gemensam samverkan och härleds främst till otydliga ordinationer och förskrivningar.

Kategorin "brist i utförande av insats/åtgärd" har mer än fördubblats vilket behöver analyseras vidare av respektive verksamhet som har hög representation inom kategorin. Adekvata åtgärder behöver kopplas till den aktuella bristen vilket ej kan ses eller följas då antalet uppföljningar inte motsvarar antalet brister i utförande av åtgärder. Dessa är inkluderade i sammanställningen.

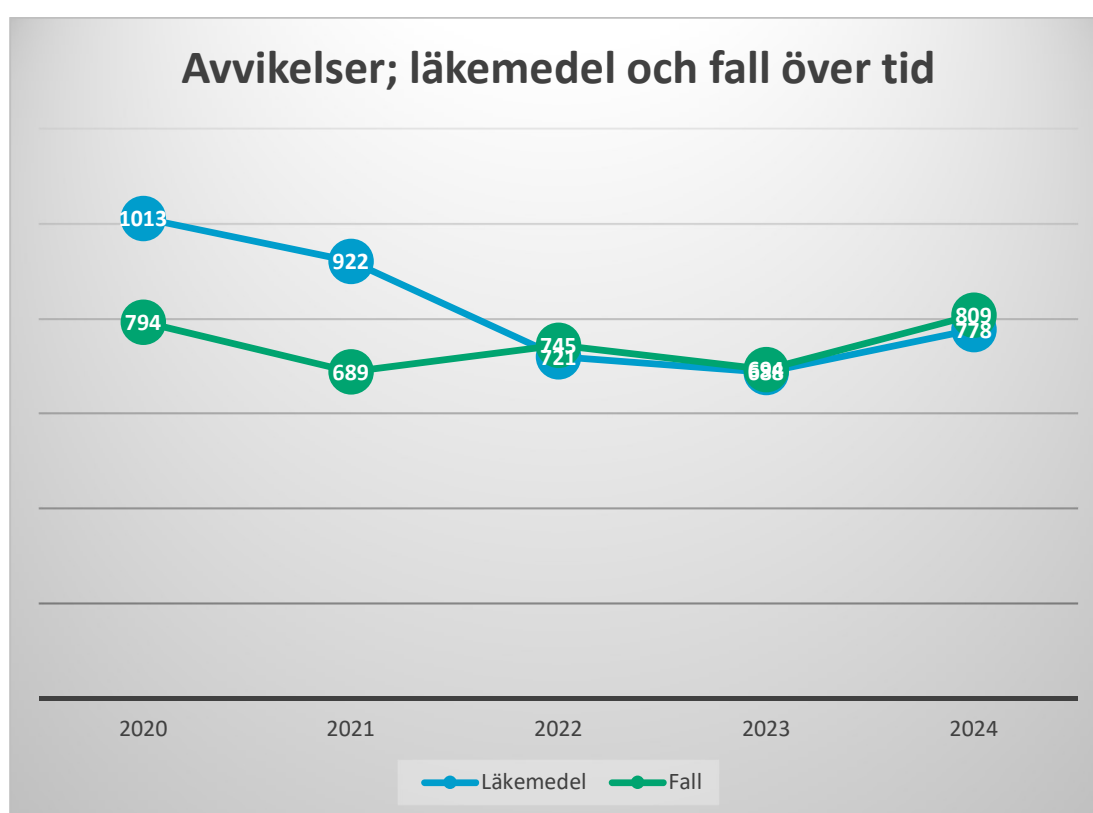
Andelen rapporterade händelser som berör hot och våld har ökat under 2024. Detta behöver ses över på verksamhetsnivå och det behöver klargöras huruvida det rör sig om hot och våld mot brukare eller om det är våldsamma situationer som uppstår mellan brukare (utifrån sjukdomsbild) samt berör arbetsmiljö (tillbud/arbetsskada). Bilden av registrerade avvikelser är samstämmig med ökningen i antalet Lex Sarah-rapporteringar.



Figur 1. Avvikelser fördelade över kalenderåret 2024.

Tabell 1. Antal avvikelser, fördelning per kategori

Typ	Antal	Fördelning
Fall	809	32,8%
Läkemedelshändelse	778	31,5%
Brist i utförande av insats/åtgärd	350	14,2%
Dokumentation (utförare)	165	6,7%
Brist i samverkan	124	5,0%
Hot och våld	79	3,2%
Händelser med hjälpmedel	65	2,6%
Bemötande	47	1,9%
Brist i handläggning (myndighet)	36	1,5%
[Ej kategoriserad]	12	0,5%
Stöld	2	0,1%
<b>Totalt</b>	<b>2467</b>	<b>100,0%</b>



Figur 2. Avvikelser läkemedel och fall. Förändring över tid.

Tabell 2. Fördelning av avvikelser per verksamhet.

Enhet	Antal	Fördelning
<b>Externa avvikelser</b>	<b>95</b>	<b>4,2%</b>
LSS	3	0,1%
Region Jönköpings län	65	2,9%
Öppenvård	3	0,1%
Övrigt	11	0,5%
Underenhet finns inte	13	0,6%
<b>Interna avvikelser - inte till chef</b>	<b>6</b>	<b>0,3%</b>
Underenhet finns inte	6	0,3%
<b>Myndighet</b>	<b>31</b>	<b>1,4%</b>
Barn och unga	23	1,0%
Beroende/Missbruk/Social omsorg	2	0,1%
Bistånd SoL	4	0,2%
LSS	1	0,0%
Uppdragstagare	1	0,0%
<b>STAB</b>	<b>4</b>	<b>0,2%</b>
Administration och service	3	0,1%
Kvalitet och utveckling	1	0,0%
<b>Utförare</b>	<b>2112</b>	<b>94,0%</b>
Funktionshinderomsorgen	194	8,6%
Hälsa- och sjukvård, Rehab	201	8,9%
Individ - och familjeomsorg	6	0,3%
Nattorganisation	304	13,5%
Äldreomsorg	1406	62,5%
Underenhet finns inte	1	0,0%
<b>Totalt</b>	<b>2248</b>	<b>100,0%</b>

## Analys av resultat

Utredningarnas kvalitet fortsätter att öka samtidigt som systematik i arbetet med avvikelser i förvaltningen uteblir. Andelen effektiva åtgärder är fortsatt få. Data visar att medarbetare i 643 händelser (22,8 %) inte har följt gällande rutin. Det framgår att 128 befintliga rutiner har förändrats samt att 28 nya rutiner har skapats men förvaltningen har endast följt upp totalt ett 20-tal. Det är då svårt att avgöra huruvida den förändring som gjorts givit önskad effekt på grund av uteblivna uppföljningar. Strax under 23 % av avvikelserna har inträffat tidigare vilket även detta indikerar att de åtgärder som görs ej haft förväntad effekt. Majoriteten av avvikelserna sker inom utförarverksamheten, vilket är rimligt eftersom flest mellanmänskliga möten sker där, vilket medför många okontrollerbara situationer. Det är av stor vikt att förvaltningen klargör sina processer, då tydligt beskrivna processer och tillhörande rutiner är en förutsättning för att kunna förbättra dessa och att säkerställa kvaliteten. För effektiviteten i verksamheten är det också viktigt att använda adekvat metodik i utredningarna och att koppla adekvata åtgärder. Utan dessa riskerar verksamheterna ineffektiv resursanvändning. En lärande organisation upprepar inte samma misstag vid upprepade tillfällen.

Kategorierna fall och läkemedel verkar ha stabiliserats på en nivå som kan anses representativ. Innehållet i avvikelserna skiljer sig markant jämfört med de avvikelser som registrerades före införande av de digitala hjälpmedlen. De avvikelser som nu registreras är på en mer detaljerad nivå, vilket förvaltningen tidigare ej haft möjlighet att fånga upp även om de med säkerhet inträffade. Digitala hjälpmedel medför också svårigheter vilket ger en helt annan typ av avvikelser som då kan relateras till handhavandefel i system. Slutsatsen är än dock att de digitala systemen, digital signering och digital förvaring av läkemedel, har hjälpt förvaltningen att uppnå en bättre följsamhet till gällande lagstiftning. De digitala hjälpmedlen har även bidragit till att underlätta de utredningar som genomförts. De har gett förvaltningen en ökad kunskap om processerna och således även möjligheten att förbättra processerna.

För att förbättra kategorin "fall" krävs aktivt fallförebyggande arbete med en gemensam målsättning och strategi. Detta innefattar resurser från både legitimerad personal och ökad fysisk närvaro samt tidiga insatser. Rätt personer måste vara på rätt plats vid rätt tid och utföra rätt insats på rätt sätt, vilket kräver rätt förutsättningar, kompetens och flexibilitet. Det är svårt att påvisa effekterna av fallförebyggande åtgärder ekonomiskt eftersom det handlar om händelser som inte inträffar. Det kräver en förståelse för processen, något som legitimerade

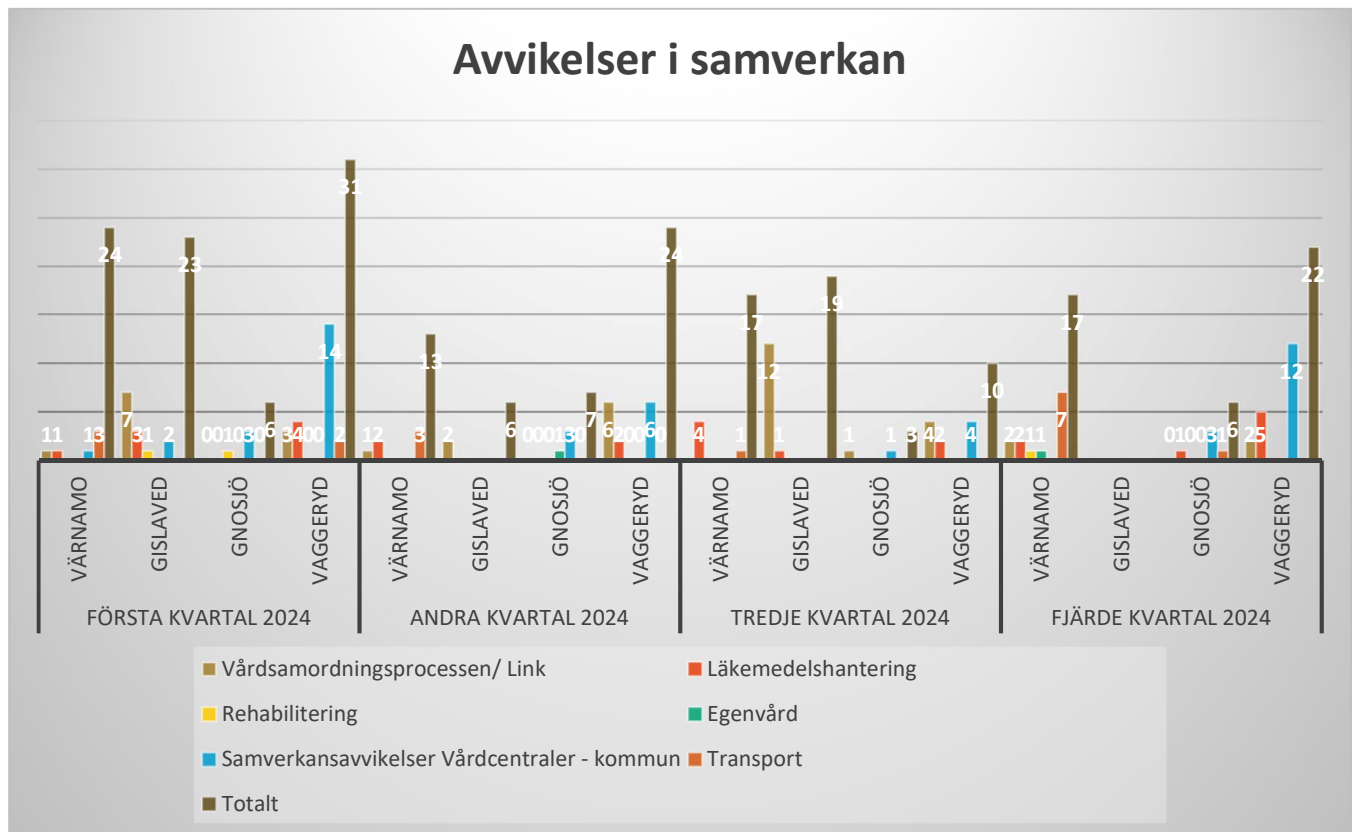
professioner har och behöver få utrymme för att arbeta med. Det finns förslag på effektiva insatser som kan minska antalet fall. Inom ramen för "Nära vård" är prevention en nyckelfaktor för att arbeta så effektivt som möjligt.

Fokusområden förvaltningen bör arbeta vidare med under kommande år är det faktum att befintliga rutiner ej följs. Vidare finns förbättringsbehov av att i verksamhetsberättelse analysera innehållet och betydelsen i avvikelserna och inte konstatera mängden avvikelser. En annan utmaning och ett mål förvaltningen bör ha i det fortsatta arbetet med avvikelser är att antalet rapporterade risker ska vara fler än antalet rapporterade avvikelser. Fördelningen mellan rapporterade risker i förhållande till avvikelser har varit konstant under ett flertal år. Antalet rapporterade risker uppgår 2024 till 4 % av samtliga rapporterade händelser. Då avvikelser redan har inträffat, bör målet vara att arbeta mer riskorienterat så att riskerna tidigt kan identifieras och förebyggas så att också färre avvikelser uppstår. Resultaten och den riskanalys som genomförts i förvaltningen visar att det saknas en viktig del för att kunna åstadkomma skiftet; kunskaper i/om genomförandet av korrekta riskanalyser (läs mer under riskanalys). Kunskap om metoden är avgörande för att innehållet skall vara av värde för verksamheten.

### Samverkan och samarbete

Antalet patienter och brukare har inte ökat, men vårdtyngden i kommunal vård har ökat. Data från kommunerna är dock av för låg kvalitet för att dra slutsatser. Om komplexiteten i patientfall har ökat, behövs starka samarbetsforum för att minska organisatoriska mellanrum. Ökad komplexitet i mellanmännsliga interaktioner kräver minskad komplexitet i andra delar av organisationen. Patienter rör sig ofta mellan vårdgivare, och det finns försök att möjliggöra mer avancerad vård i hemmet. Lokala arbetsgrupper har en agenda för detta, men saknar förutsättningar och infrastruktur.

Nära vård syftar till att förändra arbetssätt inom hälsa, vård och omsorg för att öka patientens ansvarstagande för sin egen hälsa. Detta kräver effektivare samverkan mellan vårdgivare och en struktur som inte slösar med resurser. Många patienter rör sig mellan slutenvård och primärvård, och samverkan i dessa övergångar syftar till att minska felhändelser och skapa säkrare vård. Trots årlig rapportering till REKO kvarstår samma problematik och kvalitetsbristkostnader, vilket medför lidande för patienterna.



Figur 3. Avvikelser i samverkan GGVV.

## Händelseråd GGVV

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

Som tidigare år ses brister gällande planerad vårdtid. Detta påtalas Regionen vid samtliga händelseråd. De snabba förloppen skapar gap mellan olika rutiner där patienter riskerar att falla emellan stolarna. Det har under året uppmärksammats ett sådant gap gällande transporter emellan vårdgivare. Om fel transport bokas riskerar patienten att inte kunna komma in i sin bostad och blir då således lämnad utanför utan hjälp. Detta är en risk som påtalats av MAS/MAR-nätverk under flertalet år. Ingen adekvat åtgärd har ännu kopplats. Regionens utredning är överlämnad till beställaren och gapen finns tydligt beskrivna.

Avvikelseerna till vårdcentralerna är fortsatt strax över 30-talet, liksom under 2023. Merparten berör brister i ordinationsunderlagen. Det har dock inkommit fler avvikelser från andra vårdgivare under 2024 och då främst gällande Skillingaryd. De identifierade bristerna har hanterats i samverkan. Den tydligaste trenden under 2024 har varit brister gällande läkemedel, då främst icke entydiga ordinationer. Det finns fortsatt brister i samverkansprocessen vid utskrivning från sjukhusen, då främst gällande kommunikation. Processen har uppdaterats under 2024 vilket behöver fortsatt utvärderas. Förvaltningens medarbetare är bra på att skriva korrekt avvikelser och dessa skrivs av samtliga som är involverade i utskrivningsprocessen. Andelen återkopplingar på avvikelserna har ökat. Innehållet i dessa sällan kan nyttjas till verksamhetsnära förbättringsarbeten men kan ibland leda till ökad förståelse för det angränsande mikrosystemets problematik.

## Lex Sarah

Arbetet med lex Sarah och medarbetares rapporteringsskyldighet regleras av socialtjänstlagen, LSS och SOSFS 2011:5. Medarbetare rapporterar missförhållanden och risker, som utreds av utvecklingsledare och ansvariga chefer. Om ett allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande konstateras, anmäls det till IVO för granskning.

Sedan 2021 har rapporteringar och utredningar enligt lex Sarah ökat, inklusive 2024. Totalt har 57 rapporteringar inkommit från medarbetare och 18 från chefer. I vissa fall har både medarbetare och chef rapporterat samma händelse. Rapporteringar som berör samma typ av brist har klustrats och utretts tillsammans. I januari 2025 är cirka 20 utredningar som rapporterades under 2024 ännu inte färdigställda vilket kan bero på ökad mängd rapporteringar samt att cheferna fått ett större ansvar att utreda sina enheter.

Under 2024 gjordes sex anmälningar till IVO om allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för sådana:

- Administration och service. Vid årligt utskick av inkomstförfrågan har handlingar med annan medborgares personuppgifter skickats till biståndstagare. **Svar från IVO:** Avsluta utan ytterligare åtgärder.
- Särskilt boende. Brister i bland annat bemötande på särskilt boende (återkommande brist) **Svar från IVO:** Avsluta utan ytterligare åtgärder.
- Funktionshinderomsorg. Bristande boendemiljö för boende på gruppboende. **Svar från IVO:** Avsluta utan ytterligare åtgärd.
- Barn och unga. Brister i handläggningen. **Svar från IVO:** Ej erhållit svar ännu.
- Särskilt boende. Brister ibland annat bemötande, rutiner och utförande av insats på särskilt boende. **Svar från IVO:** Avsluta utan ytterligare åtgärd.
- Särskilt boende. Brister i bemötande av medarbetare. **Svar från IVO:** Avsluta utan ytterligare åtgärd.

De svar förvaltningen fått från IVO visar att förvaltningen undanröjt och avhjälpt 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. Fler utredningar 2024 påvisar återkommande bakomliggande orsaker framför allt inom äldreomsorgen, vilket har medfört att allvarlighetsgraden avseende missförhållandena ökat. Liksom bristande systematik i arbetet



med avvikelser tydliggörs en bristande systematik i arbetet med lex Sarah i verksamheterna då rapporterade brister återkommer och ökar i rapporteringsgrad. För att de missförhållanden som identifierats inte ska bestå över tid är det en förutsättning att samtliga verksamheter aktivt arbetar med de brister som uppmärksammats och vidtar adekvata åtgärder som följs upp för att få en systematik och ett lärande såsom lagen avser. Då verksamheternas verksamhetsberättelser inte är färdigställda, går det inte att klargöra huruvida verksamheterna för verksamhetsår 2024 har analyserat de brister och förbättringsbehov som uppmärksammats inom ramen för lex Sarah.

## 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 2024 utreddes tre händelser enligt lex Maria var av en händelse anmäldes till IVO:

- Brister i medicinsk kompetens, läkemedel samt bemötande: Enskild medarbetare uppvisat brister i den medicinska kompetensen som drabbar patienter negativt. **Beslut från IVO:** Avslutad efter komplettering från arbetsgivaren.

Fler händelser har utretts enligt lex Maria under 2024. Utredningarna har dock ej påvisat allvarlig vårdskada och har således ej anmälts till IVO utan hanterats med åtgärder i berörd verksamhet. Vissa av dessa har istället genererat en anmälan till IVO som risk för missförhållande enligt lex Sarah.

## 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 kompletterade svaret till IVO 2024-03-01. IVO beslutade att inte vidta ytterligare åtgärder och avslutade granskningen. Det kvarstår för förvaltningen att följa upp de åtgärder respektive verksamhetsområde rapporterat.

### *Myndighetsutövning barn och unga*

IVO har under 2024 inlett en nationell tillsyn gällande myndighetsutövning inom verksamhetsområdet barn och unga. Socialförvaltningen har lämnat uppgifter om kommunens kontroller inför placeringar av barn och unga, hantering av orosanmälningar, uppföljning av placeringar av barn och unga, egenkontroll samt åtgärder för att motverka jäv och korruption. Förvaltningen har inte fått något beslut eller återkoppling i tillsynen.

## 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. Under 2024 har underlag för genomförande av egenkontroll av dokumentation tagits fram

för hela socialförvaltningen då detta varit med som punkt i internkontrollen för året. Planeringen är att egenkontrollen ska testas under våren 2025. 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 resultatmått. En parameter som redovisas i ett kvalitetsregister är inte nödvändigtvis en kvalitetsindikator utan kan även vara en temporär intressepunkt.

Det finns en problematik i skillnaden mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Indikatorer som är viktiga för socialtjänsten är ofta mindre relevanta för hälso- och sjukvården, vilket bör beaktas i förvaltningens målarbete. Hälso- och sjukvården baserar sina mål och kvalitet på vetenskap och evidens för att följa lagstiftningen. När mål inte kopplas till vetenskap, evidens och lagstiftning, tar det tid och resurser från verksamheten och påverkar patientsäkerheten negativt. Även om det sedan lång tid har funnits krav på vetenskap och evidens även inom socialtjänstens område, saknas nationella kvalitetsregister och nyckeltal inom socialtjänstens områden jämfört med den breda forskningsbas som finns inom hälso- och sjukvårdens upptagningsområde. Detta skapar svårigheter för förvaltningen i arbetet med kvalitetsindikatorer och egenkontroll.

### **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 avser att vara 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 bl.a. genom att årligen följa antalet läkemedelsavvikelser samt kategorisering och analys av dessa. Förvaltningen bedriver även egenkontroll genom extern kvalitetsgranskning av läkemedelsprocess enligt HSLFS 2017:37. Den externa läkemedelsgranskningen 2024 visade på god progress och det ses en tydlig förbättring sedan införandet av ny delegeringsprocess. 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. Förbättringsarbete grundat i erfarenheter i pågående process har pågått under 2024 och går in "G"-fas (PGSA) 2025. Detta innebär en förstärkt utbildningsinsats gällande diabetes och tillhörande högriskläkemedel; Insulin. Förvaltningens hälso- och sjukvårdsorganisation kommer att erbjuda utökade möjligheter till utbildning för de medarbetare som visat sig kompetensmässigt aktuella för nästkommande steg.

Digital signering av läkemedel infördes under 2023 och har under 2024 följts upp tillsammans med leverantören. Den digitala signeringen har bidragit med ökad säkerhet med hänvisning till ökad spårbarhet men även med ökad kvalitet på så vis att systemet kräver korrekt hantering i alla led för att fungera. Avviker något steg så blir det momentant uppenbart var felet består i vilket i sin tur gör att felet kan korrigeras omedelbart. Avvikelser kommer fortsatt att ske i verksamheter där människor interagerar med människor men möjligheterna för att utföra arbetet korrekt ökar. Under 2024 har även digitala läkemedelsskåp införts i större delen av förvaltningen verksamheter med undantag för enheter där infrastrukturen först behövde installeras. På de enheter där digitala skåp ej införts har det inträffat ett antal avvikelser gällande icke låsta läkemedelsskåp vilket i utredningarna visat sig bero på bristande funktionalitet i de gamla skåpen. Dessa planeras för utbyte under 2025. Där digitala skåp finns har det skett förbättringar och förenklingar i utredningar gällande läkemedelssvinn, då det är enklare att följa flöden och spåra aktivitet i listor samt skåp i realtid. Hypotesen gällande säkrare förvaring av potentia läkemedel från föregående år har bekräftats i flertalet fall där narkotikasvinn snabbt kunnat identifieras, utredas och åtgärdas.

Antalet avvikelser har förändrats något i karaktär vilket t.ex. visar sig genom att fler avvikelser rapporterats på gruppnivå. Dessa kan härledas till handhavandefel i systemet. Dessa har dock över tid avtagit även om det fortsatt sker läkemedelsavvikelser relaterade till stödsystem.

Antalet godkända kunskapstester har stabiliserat sig på en adekvat nivå. Antalet utfärdade delegeringar är fortsatt omfattande vilket är en ökad patientsäkerhetsrisk då det kan indikera en rörlighet inom arbetsgrupperna som genomför delegerade uppgifter. Det utfärdas fler delegeringar än det finns anställda medarbetare inom Socialförvaltningen. Delegeringarna utfärdas idag på säkrare grunder men det finns risker med hög personalomsättning då kontinuitet är en viktig bidragande faktor i patientsäkerhetsarbetet. Delegeringar får aldrig utfärdas slentrianmässigt eller utfärdas för att lösa personalbrist. Delegeringar ska utfärdas endast där det är patientsäkert. Dialog med medarbetare under extern granskning visar på positiva inställningar till förstärkningen i delegeringsprocessen.

### God hygienisk standard

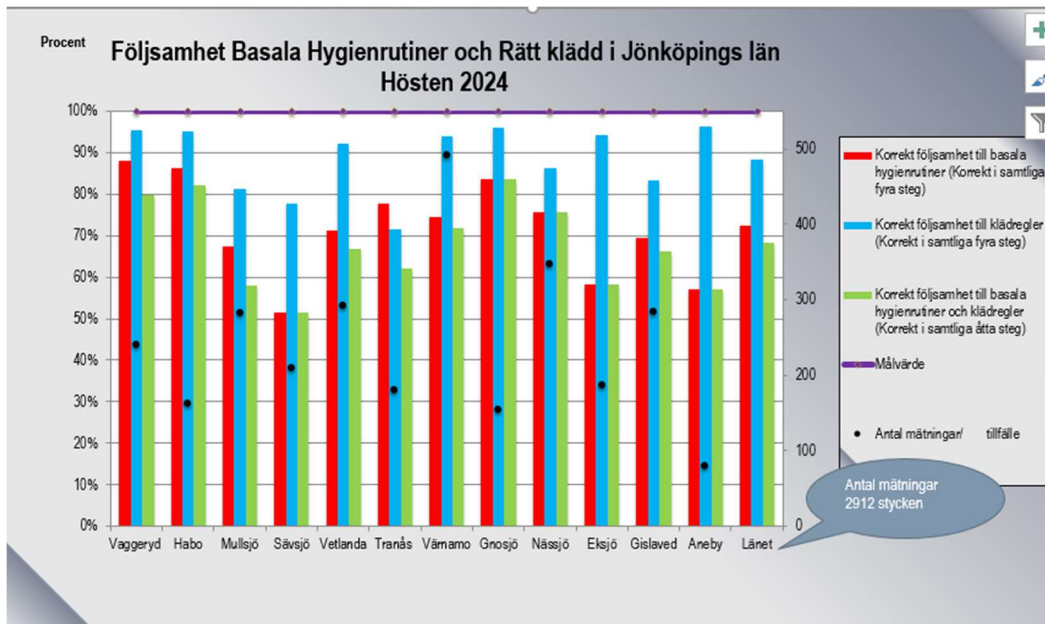
En god hygienisk standard är en grundläggande förutsättning för att kunna bedriva kommunal vård och omsorg. Detta regleras i flertalet lagar och syftet är bland annat att förhindra smittspridning och förhindra allvarliga sjukdomar, men det är även till skydd för medarbetaren som arbetar med dessa risker. 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.

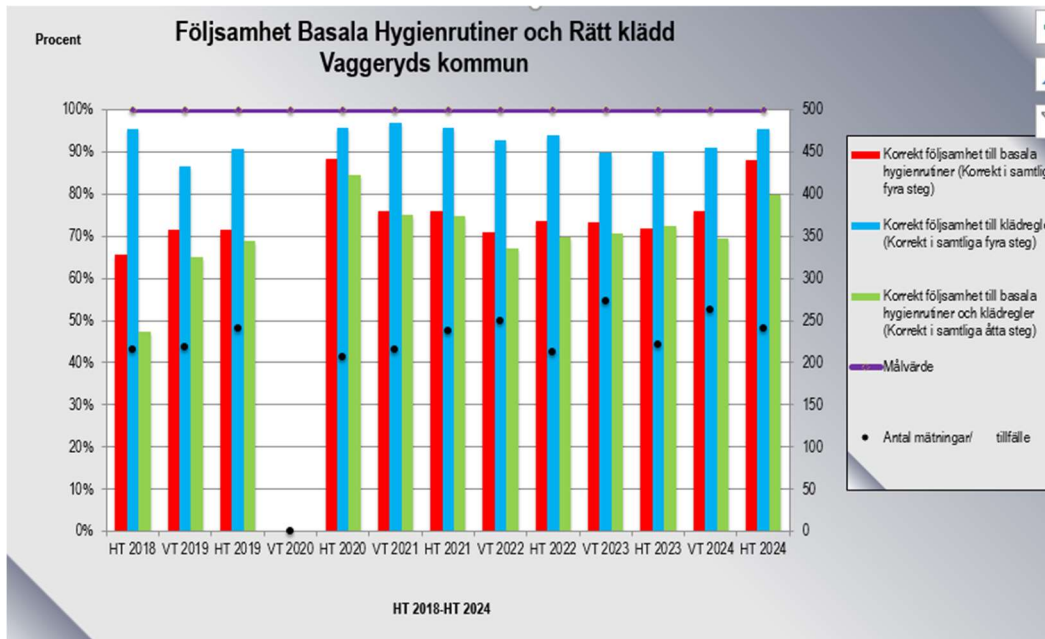
För att säkerställa en god hygienisk standard, utför förvaltningen egenkontroller i form av:

- **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. Viss förbättring ses i följsamhet men antalet mätningar har minskat. Resultatet når inte upp till förvaltningens målsättning. Antalet genomförda hygieniska egenkontroller har minskat sedan föregående år. Ansvar för genomförandet ligger på områdeschef för respektive enhet. Den hygieniska egenkontrollen visar på brister i grundläggande hygienisk kompetens då ingen enhet angivit att de följer gällande rutin för att tillgodose medarbetarens basala kunskaper gällande vårdhygien. Ett återkommande problem är användandet av spoldesinfektorer där samtliga som genomfört anger brister i hanteringen. Det finns även brister då det finns för få spoldesinfektorer tillgängliga för säker hantering. De som genomfört egenkontrollen har identifierat områden för förbättring men ej angivit adekvata aktiviteter kopplade till bristerna. Under 2024 har flertalet aktiviteter i form av utbildningsinsatser och uppföljningar tillsammans med stab genomförts kopplade till brister föregående år. Analysen visar att dessa ej haft förväntad effekt. Informationen har ej omvandlats till kunskap vilket gör att den inte kommer patienten till gagn. Arbetet behöver fortsätta med samma intensitet under 2025.



Figur 4. Följsamhetsmätningar basala hygien och klädregler, socialförvaltningen Vaggeryds kommun.



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

Förvaltningen brister fortsatt gällande de kvalitetsindikatorer som följer ”God hygienisk standard”. Det är ingen som uppnår följsamhet till gällande rutiner/lagstiftning vilket gör att området fortsatt utgör en allvarlig patientsäkerhetsrisk. Totalt 68 % har genomfört korrekta mätningar. Utan korrekta mätningar går det inte att uppnå god hygienisk standard.

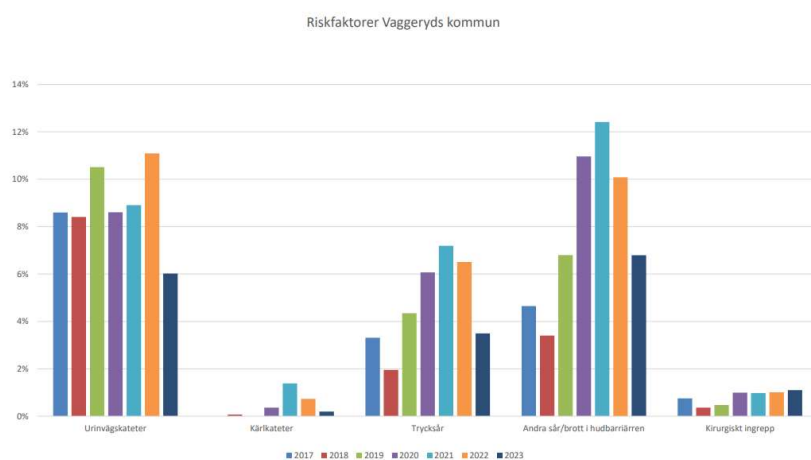
Tabell 3. Översikt; ”God Hygienisk standard” i samtliga verksamheter inom socialförvaltningen som omfattas av lagstiftningen SOSFS 2015:10. (Grön = godkänd och genomförd. Gul = delvis godkänd och genomförd. Röd = inte godkänd eller genomförd)

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

### Vårdrelaterade infektioner

En vårdrelaterad infektion (VRI) är en negativ händelse som drabbar patienten och som härleds till bristande följsamhet till vårdgivarens rutiner kring t.ex. basal hygien och klädregler. Vårdrelaterade infektioner är en potentiell vårdskada som skulle kunna föranleda en anmälan enligt lex Maria. Granskningar visar att det finns ett stort mörkertal kring vårdrelaterade infektioner, då de ses som en ny diagnos hos patienten snarare än en konsekvens av att vården brustit. En utbildningsinsats genomfördes i sjuksköterskegruppen under 2024 gällande VRI och analys på enhetsnivå. Detta har ej föranlett några rapporterade vårdskador gällande VRI. Detta betyder dock ej att de inte finns.

Förvaltningen har även 2024 konstaterade brister i den fysiska miljön, bland annat på korttidsboende vilket har bidrar till risk att patienter smittas varandra när de delar vårdmiljö. Det finns även brister gällande möjligheterna att desinficera produkter som används i personlig hygien då det saknas adekvata spoldesinfektorer i nära anslutning till vårdmiljöerna. Förvaltningen uppvisar en variation i datainsamlingen gällande antalet patienter vilket behöver analyseras ytterligare. Antalet trycksår, KAD samt antibiotikabehandling kopplat till UVI är högre än riksnittet. De komparativa data i länet är i skrivande stund ej sammanställda vilket omöjliggör ytterligare analys. Området behöver analyseras och utvecklas under kommande år. Figur 6 är därför ej uppdaterad till 2024.



Smittskydd Vårdhygien 2023



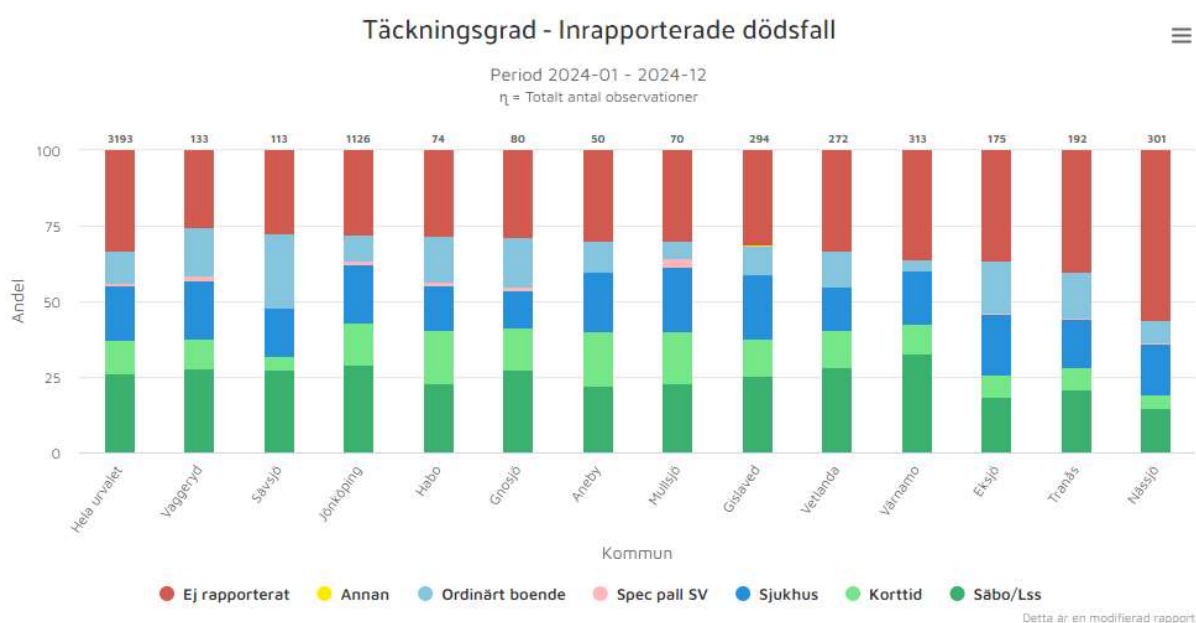
Figur 6. Riskfaktorer för vårdrelaterade infektioner. Fördelning per kategori över tid 2023.

## Luftvägsinfektioner

Smittspridning av SARS cov2 (covid-19), mycoplasma eller influensa har inte haft någon omfattande påverkan på patientsäkerheten under 2024. Det omfattande vaccinationsarbetet fyller en viktig funktion i att förebygga allvarlig sjukdom och i detta arbete har förvaltningens sjuksköterskeorganisation effektivt vaccinerat i mycket hög utsträckning vilket predikteras ge färre antal allvarligt sjuka patienter. Vaccinationsarbetet har under de senaste åren fördubblats vilket behöver beaktas gällande förbrukning av personella resurser samtidigt som processen har kunnat effektiviseras.

## Palliativ vård

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



**Figur 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 även 2024 att arbetet med dokumenterad smärtskattning behöver förbättras liksom dokumentation av munhälsobedömningar. Jämfört med 2023 har antalet dokumenterade munhälsobedömningar och dokumenterade smärtskattningar ökat.

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.

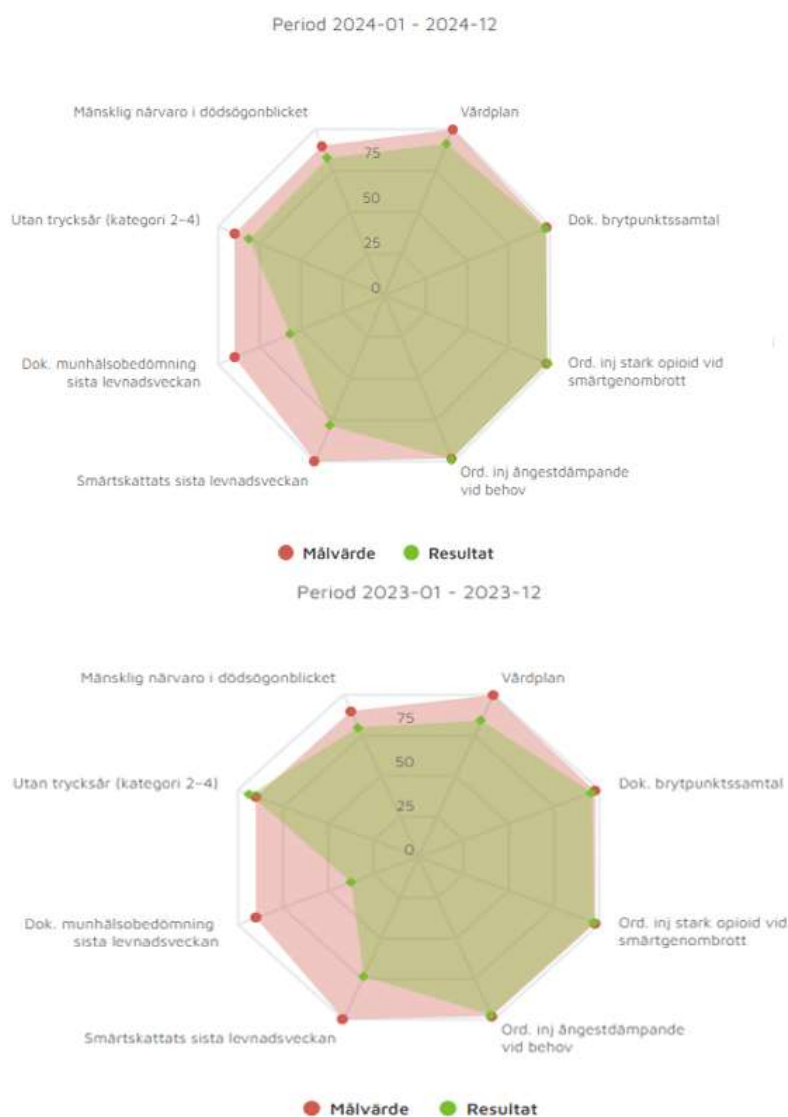
**Tabell 4. Socialstyrelsens nationella målnivåer för kvalitetsindikatorer inom palliativ vård.**

Förvaltningen uppvisar fortsatt hög täckningsgrad i Palliativregistret enligt figur 8. Målet att öka antalet smärtskattningar samt antalet munhälsobedömningar till inom nationell målnivå kvarstår även under 2025 då förvaltningen ej uppnått god palliativ vård enligt Socialstyrelsens kvalitetsmått även om resultaten förbättrats.

Förvaltningen arbetar även 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 öka svarsfrekvensen i närståendeenkäten.

Förvaltningen har under 2024 skickat ut 65 st. enkäter jämfört med 62 enkäter 2023 vilket innebär att 94 % av totalurvalet har erhållit en enkät med möjlighet att besvara. Endast 23 % har valt att besvara enkäten vilket motsvarar 21 % av totalpopulationen. Antalet är för få för att vara representativt men teman med möjlighet till förbättring som framgår i fritext är; bristande information, samt bristande kunskaper hos undersköterskor gällande palliativ vård. Det lämnas även positiv kritik gällande gott bemötande från hälso- och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal.

### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Figur 8. Spindeldiagram från Svenska palliativregistret. Jämförelse 2023 med 2024.

*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*

**Närståendekäter – Öka svarsfrekvensen på närståendekäten** 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.*

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 genomgått förvaltningens samtliga enheter och hållit fördjupad utbildning. Utförandet av munhälsobedömningar och munhälsa är fortsatt ett område där förvaltningen behöver utveckla och förstärka kompetensen både enligt förvaltningens utredning samt statistiska data från svenska palliativregistrets nationella databas.

**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. 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 har fortsatt arbete att göra för att få ett fungerande arbete med systematiska riskbedömningar enligt Senior Alert. Två av tre Särskilda boenden arbetar aktivt med registret som stöd i arbetet. Behovet finns dock även för de patienter som bor på förvaltningens tredje särskilda boende. Förvaltningen har sedan tidigare beslutat att även implementera Senior Alert i ordinärt boende vilket ännu inte har skett.

**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. Sedan föregående år har förvaltningen ej en specifik demenssjuksköterska (indikator 10) avsatt utan har gjort valet att omorganisera då det varit svårt att skapa hållbarhet i föregående organisation. Arbetet behöver tydliggöras, samordnas och följas upp.

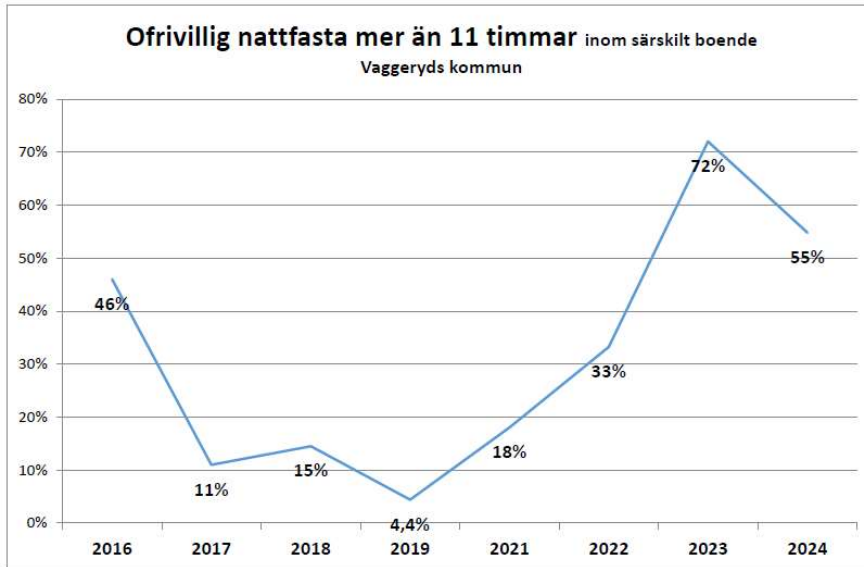
*Beteendestörningar och Psykiska symtom vid Demenssjukdom (BPSD)*

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.

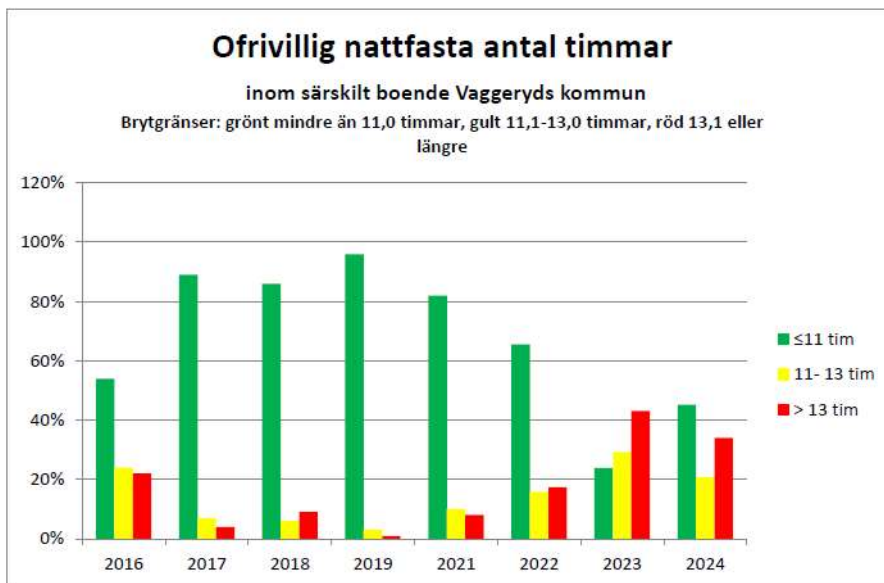
Under 2024 har ett 60-tal BPSD-administratörer utbildats vilket gör att möjligheten till bedömningar ökar och sårbarheten minskar. Förvaltningen har en certifierad utbildare som i sin tur får utbilda fler administratörer. Förvaltningen har under 2024 genomfört 128 registreringar. Samma individ kan förekomma fler gånger. Av den generella grafen går det att utläsa att förvaltningens skattade individer har högre NPI-poäng (neuropsychiatric inventory) än både riket och länet. Grafen är stigande vilket kan indikera att adekvata åtgärder inte satts in. Detta behöver dock analyseras på enhetsnivå för en nyanserad analys.

*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 minskat från 72 % till 55 %. Rimligheten gällande de patienter som sover hel natt har ökat. Förvaltningen behöver fortsatt arbeta för att minska antalet timmar med ofrivillig nattfasta samt att ständigt förbättra egenkontrollens genomförande.



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



Förklaring; brytgränser: grönt mindre än 11,0 tim.  
gult 11,1 – 13,0 tim.  
rött 13,1 tim. eller längre

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 avgörande för att göra brukare delaktiga i kvalitetsarbetet och för att förstå deras upplevelse av kvalitet, delaktighet och kontakt med förvaltningen. För att använda resultatet på ett meningsfullt sätt krävs en noggrann analys som tar hänsyn till olika parametrar, vilket i sin tur kräver både tid och kompetens.

Forskning visar att svarsfrekvensen är avgörande för resultatets tillförlitlighet. En svarsfrekvens under 50 % anses icke tillförlitlig på grund av statistisk osäkerhet och minskad representativitet. En svarsfrekvens över 60 % är godtagbar, men resultaten bör tolkas med försiktighet eftersom det inte är säkerställt att de som inte svarat har samma upplevelse som de som svarat.

Deltagandet i undersökningarna varierar. "Vad tycker äldre om äldreomsorgen" och funktionshinderomsorgens brukarundersökning är totalundersökningar som riktar sig till alla brukare i verksamheten. IFO:s undersökning riktar sig däremot endast till de som har möten under undersökningstiden, vilket kan påverka representativiteten eftersom inte alla aktuella klienter har avtalade möten under perioden.

Förvaltningens generella resultat från brukarundersökningen är svåranalyserat på grund av låg svarsfrekvens, vilket gör det svårt att dra tillförlitliga slutsatser.

### Totalundersökning resultat

- **Särskilt boende** – 46,6 % besvarade enkäten (41 av ca 100 tillfrågade brukare) varav 51 % har själv svarat på frågorna. Furugården och Sörgården 40-60 % svarsfrekvens, Mejeriet har inget resultat.
- **Hemtjänst** – 50,3 % besvarade enkäten (73 av 145 tillfrågade brukare) varav 72 % har själv svarat på frågorna.
- **Boendestöd** – 68 % svarade
- **Daglig verksamhet** – Stjärnfabriken 97 % svarade, Knuten 100 % svarade, utflyttad verksamhet 100 % svarade
- **Gruppboende Skillingaryd** – 94 % svarade
- **Gruppboende Vaggeryd** – 100 % svarade
- **Tellus (serviceboende)** – 67 % svarade

*IFO/FO myndighet resultat*

- **Missbruk** – För låg svarsfrekvens för att erhålla resultat.
- **Social omsorg myndighet** – 43 % (Ca 15 tillfrågade, 6 svar av totalt ca 78 brukare)
- **LSS myndighet** – 92 % (13 tillfrågade, 12 svar av totalt ca 96 brukare)
- **Barn och unga myndighet, vårdnadshavare** – 44 % svarade (ca 54 tillfrågade, 24 svar av vårdnadshavare till ca 151 barn)  
**Barn och unga myndighet, barn över 13 år** – 38 % (13 tillfrågade, 5 svar av ca 63 barn)  
**Barn och unga myndighet, placerade barn i familjehem** – för låg svarsfrekvens för att erhålla resultat.  
**Familj- och ungdomsteamet, omsorgspersoner** – 71 % svarade (41 tillfrågade, 29 svar av omsorgspersoner till ca 72 barn)  
**Familj- och ungdomsteamet, barn över 13 år** – 36 % svarade (14 tillfrågade, 5 svar av ca 72 barn)

Funktionshinderomsorgens utförarverksamheter har en hög svarsfrekvens och tillförlitlighet, vilket innebär att svaren visar vad majoriteten av brukarna tycker. För äldreomsorgen behöver svarsfrekvensen öka till en godtagbar nivå eller visa att urvalet är representativt. Detta är svårt eftersom brukarundersökningen är nationellt genomförd och förvaltningen inte äger sina data, vilket gör det omöjligt att säga om den låga svarsfrekvensen är representativ. Resultaten ska användas med försiktighet.

IFO/FO myndighets undersökning är inte en totalundersökning, vilket påverkar analysen. Svarsfrekvensen kan verka hög, men är inte representativ för målgruppen eftersom endast en liten del erbjudits att svara. För 2024 saknas tillräckligt underlag för vissa verksamheter (missbruk/beroende och placerade barn). Den målgrupp som inkluderas är ofta motvillig till kontakt med förvaltningen, vilket kan påverka svarsfrekvensen. Det finns en risk att de som svarar är positivt inställda till hjälpen de får, vilket kan ge en skev bild. Svaren är viktiga för förbättringsarbetet, men det behövs arbete för att öka underlaget och svarsfrekvensen.

Frågorna riktade mot hälso- och sjukvård är få och efterfrågar om det är "lätt att få träffa sjuksköterska/läkare vid behov". Detta är inte relevant för vårdkvaliteten, då behovet styrs av professionen. Svarsfrekvensen är för låg för att dra slutsatser och frågorna är inte kopplade till kvaliteten.

Granskning av verksamhetsberättelser visar att inte alla verksamheter har analyserat resultaten av brukarundersökningarna eller resonerat kring den låga svarsfrekvensen. Brukarundersökningen är viktig för förvaltningens egenkontroll och bör eftersträva en ökad svarsfrekvens för att resultaten ska kunna användas adekvat.

## 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. Riskanalysen syftar till att förebygga eller förhindra att riskerna inträffar eller om de inträffar, att konsekvenserna blir så små som möjligt. Flera verksamheter genomför icke systematisk identifiering och bedömning av risker vid förändring av t.ex. verksamhet och tjänster. Det genomförs dock ej adekvata riskanalyser, vilket även fokuserar på samband mellan bakomliggande orsaker och adekvata åtgärder som sedan ska följas upp. Förvaltningen genomförde, på uppdrag av verksamhetschef, en riskanalys gällande bristen på korrekt genomförda riskanalyser i förvaltningen. Riskanalysen visade att det saknas kunskap gällande innehåll och utförande, att tid saknas samt att det inte efterfrågas av ledning. I riskanalysen har rekommenderats åtgärder kopplade till de identifierade riskerna. Förvaltningen behöver aktivt arbeta med att kompetensförsörja verksamhetens chefer i innehåll och utförande för att säkerställa att adekvata risker identifieras, analyseras, åtgärdas och följs upp. Genomförande kräver utbildade analysledare.

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. Det har inte initierats några händelseanalyser från verksamhetschef under 2024.

## 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 mäktar 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. För instanser i samhället, oavsett om det är skola, socialtjänst, sjukvård, fritidsorganisationer, polismyndighet eller rättsväsende, så är förebyggande insatser för barn, vuxna och äldre en förutsättning för att klara av den utmaning samhället står inför.

Socialförvaltningen har arbetat med nära vård under flera år. Det finns både nationella och regionala stödstrukturer för att arbeta lokalt med nära vård. Något som både försvårar och komplicerar arbetet med nära vård i förvaltningen är avsaknad av strategi för nära vård på kommunövergripande nivå. Det finns i Vaggeryds kommun ingen utarbetad strategi för hur samtliga förvaltningar tillsammans ska genomgå nödvändiga förändringar och hur de ska synkronisera med varandra för att kommunen ska kunna arbeta effektivt och strukturerat med den omställning som vi står i just nu. Det pågår en mängd förbättringsarbeten i kommunen som syftar till att arbeta mer förebyggande och som också går i linje med nära vård, men det är inte samma sak som att ha en strategi och en gemensam riktning. Detta är omöjligt en omställning som enbart socialförvaltningen kan genomgå ensamma. Det krävs politiska beslut och kommunövergripande arbete där kommunledning driver och sätter upp mål för hur samtliga förvaltningar tillsammans ska arbeta med detta.

## Ny socialtjänstlag

Den 1 juli 2025 träder nya socialtjänstlagen i kraft. Den förutspås bli den största förändringen i socialtjänst på flera decennier. Nya socialtjänstlagen är en förlängning av nära vård som bland annat ställer krav på och ger förutsättningar för kommunen att arbeta mer förebyggande så att de som har mest komplexa vård-, insats-, skyddsbehov får tillgång till det.

Nya socialtjänstlagen medför en rad lagändringar även i annan lagstiftning som berör andra förvaltningar, såsom samhällsplanering och samverkan med andra aktörer. Detta medför att det, likt nära vård, behöver finnas en kommunövergripande strategi för hur de olika förvaltningarna ska arbeta med den omställning vi står inför för att säkerställa att de beslut som tas och de förändringar som genomförs gynnar invånarna i Vaggeryds kommun på bästa sätt.

Nya socialtjänstlagen kommer, förutom förebyggande arbete, ha fokus på jämställdhet, lätt tillgänglig och evidens och beprövad erfarenhet. Detta för att de insatser och det stöd socialförvaltningen erbjuder medborgarna ska ge bästa möjliga effekt. Socialförvaltningen har under 2024 erhållit stadsbidrag för att arbeta med den nuläges- och behovsanalys som behöver genomföras för att identifiera vilka förändringsbehov som finns i förvaltningen. Samtliga verksamheter som omfattas av socialtjänstlagen samt LSS har genomfört en skattning som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har tagit fram. Vidare kommer den och annan data tillsammans med nyckeltal skapa ett underlag som sammanställs i en nuläges- och behovsanalys.

Omställningen till ny socialtjänstlag är omfattande. Kommuner runt om i Sverige har valt att organisera på olika sätt för att genomföra omställningen. Socialförvaltningen har valt att genomföra omställningen i befintlig organisation och inte tillsätta ytterligare tjänster. Funktioner i kvalitet och utveckling arbetar tillsammans med ledningsgrupp och förvaltningens verksamheter för att genomföra omställningen. Förvaltningen kommer under

2025 fokusera på att genomföra nödvändiga förändringar i delegationsordning, verksamhetssystem samt färdigställa nuläges- och behovsanalys för att sedan under senare delen av 2025 prioritera vilken typ av förändringar som behöver göras. Parallellt med detta förväntas ytterligare en lag träda i kraft; socialtjänstdataregisterlagen. Denna lag förväntas ge underlag till framtida forskning och underlätta att skapa evidens inom området för socialt arbete, likt hälso- och sjukvården haft under en längre tid.

## Kompetensutveckling

Kompetensutveckling fokuserar på yrkesrollens krav och medborgarens behov, vilket är förvaltningens huvuduppdrag. Vissa kompetenser är lagstadgade för att säkerställa professionellt och säkert arbete. Brister som identifierats i förvaltningen i utredningar och granskningar inkluderar otrygghet i yrkesutövning, bristande kunskap om specifika brukargrupper, samt brister i dokumentation, kommunikation och introduktion. Utan en strategi för utbildning och uppföljning skapas inget hållbart lärande. Under 2024 har förvaltningen identifierat kompetensutvecklingsbehov för alla yrkesgrupper. Rapporten, som förväntas vara klar i januari 2025, ska vara ett underlag för förvaltningsledningen att besluta om framtida kompetensutveckling.

## Informationssäkerhet

Under 2024 har totalt fyra händelser rapporteras som personuppgiftsincidenter och samtliga har anmälts till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY) av kommunens informationssäkerhetssamordnare (CISO). Två av incidenterna rör uppgifter om enskilda brukare eller klienter som skickats till en annan brukare eller klient. En incident rörde att personuppgifter skickats till annan förvaltning inom kommunen. Den fjärde incidenten rörde att uppgifter från förvaltningens verksamhetssystem hämtades upp till annat system.

# Analys, lärande och utveckling

Föregående år har på många sätt varit ett påfrestande år för förvaltningen samtidigt som många förbättrings- och förändringsarbeten har genomförts. En viktig del av det systematiska kvalitetsarbetet är att skapa ständiga små förändringar (att ”skruva” lite i taget) som på sikt skapar förbättringar i förvaltningens verksamheter. Det finns i förvaltningen goda exempel på detta från 2024, bland annat gällande läkemedelshantering, införande av digitala system, avvikelshantering och lex Sarah. Förvaltningens medarbetare gör sitt bästa för att göra ett bra jobb och erbjuda bästa möjliga service till kommunens invånare. För att göra ett rätts- och patientsäkert arbete krävs vissa grundläggande förutsättningar. En av dem är, likt det lagen avser, att göra det systematiska kvalitetsarbetet till en del av det dagliga arbetet. Detta är något som förvaltningen behöver förbättra. I linje med detta bör strukturen för det systematiska kvalitetsarbetet ses över, så att alla delar i ledningssystemet som kan vara ett underlag för kommande kvalitetsarbete faktiskt används som det.

Förvaltningens arbete med processer och rutiner är en förutsättning för framtida utvecklingsarbete. Förvaltningens samtliga medarbetare behöver förstå sitt uppdrag, vad som ingår i deras arbetsuppgifter och hur de ska genomföra ett patient- och kvalitetssäkert arbete gentemot kommunens invånare. Det är svårt eller omöjligt att vare sig utveckla eller förbättra en process eller en rutin som inte finns beskriven. Det går inte att identifiera vad eller i vilket steg något behöver förändras om det inte finns ett arbetssätt med bakomliggande konsensus. Vid avsaknad av kända processer och rutiner är det omöjligt att identifiera felkällor eftersom alla riskerar att göra olika. Vid en utredning kommer det inte heller att kunna identifieras var felet skett om det inte finns några ”steg” att analysera. Vid upprepade analyser identifieras förvaltningens svårigheter att hålla sig till validerade metoder och evidens. Förvaltningen behöver en strategi och fatta beslut i vilka grundläggande metoder och i vilken utformning dessa skall uttryckas för att skapa möjlighet för enad utveckling.

Förvaltningen upprättar årligen underlag som kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för att stödja beslutsfattare. För att dessa underlag ska vara effektiva behöver arbetet synkroniseras och medarbetarna kompetensutvecklas i systematiskt kvalitetsarbete. Rätt metodval ökar chanserna att aktiviteterna ger önskad effekt. En stor brist är den otillräckliga uppföljningen av genomförda aktiviteter, vilket leder till att samma

problem upprepas. Detta skapar kvalitetsbristkostnader och är ett återkommande problem enligt kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen.

Förvaltningen står inför en mängd stora utmaningar kommande år. För att skapa förutsättningar för att kunna hantera dem måste förvaltningens ledning och politiska styrning utgå från vetenskap och evidens samt hålla fokus på och ständigt återgå till grunden i ledningssystemet och det systematiska kvalitetsarbetet. Detta för att skapa en verksamhet som lyckas upprätthålla den kvalitet och patientsäkerhet lagen avser.