



# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

---

Socialnämnden  
2022

<b>1</b>	<b>KVALITETSLEDNINGSSYSTEM</b>	<b>4</b>
1.1	ANSVARSFÖRDELNING	4
1.2	PROCESSER OCH RUTINER	5
1.3	EGENKONTROLL OCH RISKANALYS	5
1.4	HANTERING AV SYNPUNKTER OCH KLAGOMÅL	5
1.5	RAPPORTERINGSSKYLDIGHET	6
1.6	SAMVERKAN	6
1.7	INFORMATIONSSÄKERHET	8
<b>2</b>	<b>GENOMFÖRDA KVALITETS- OCH PATIENTSÄKERHETSARBETE</b>	<b>9</b>
2.1	FÖRVALTNINGSÖVERGRIPANDE	9
2.2	FUNKTIONSHINDEROMSORG	9
2.3	HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	9
2.4	MYNDIGHETSUTÖVNING	10
2.5	ÄLDREOMSORG	11
<b>3</b>	<b>RESULTAT MED ANALYS</b>	<b>12</b>
3.1	ÖVERGRIPANDE	12
3.1.1	AVVIKELSERAPPORTERING	12
3.1.2	SYNPUNKTER OCH KLAGOMÅL	14
3.1.3	LOGGNINGSKONTROLL	14
3.1.4	TILLSYN AV INSPEKTIONEN FÖR VÅRD- OCH OMSORG	14
3.1.5	EJ VERKSTÄLLDA BESLUT	15
3.1.6	LEX MARIA OCH LEX SARAH	15
3.1.7	ÖPPNA JÄMFÖRELSE	17
3.2	MYNDIGHET	17
3.2.1	BRUKARENKÄTER	17
3.2.2	ÄRENDEN I FÖRVALTNINGSDOMSTOL	17
3.2.3	UPPFÖLJNING INOM ENHETEN BARN- OCH UNGA	18
3.3	VERKSTÄLLIGHET	19
3.3.1	BRUKARUNDERSÖKNING	19
3.3.2	DOKUMENTATION	19
3.3.3	DEMENSVÅRD - BPSD	20
3.4	PATIENTSÄKERHET	21
3.4.1	INFEKTIONSMÄTNING	22
3.4.2	LÄKEMEDEL	22
3.4.3	NATTFASTA	23
3.4.4	SAMORDNAD VÅRDPLANERING	24
3.4.5	VÅRDPREVENTION	24
3.4.6	FAST VÅRDKONTAKT	25
<b>4</b>	<b>IDENTIFIERADE FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN</b>	<b>26</b>
4.1	ÖVERGRIPANDE	26
4.2	MYNDIGHET	26
4.3	VERKSTÄLLIGHET	27
4.4	PATIENTSÄKERHET	27

# Sammanfattning

2022 kan beskrivas som året då ambitionen var att återgå till ”normal verksamhet”. Det vill säga en verksamhet som kan arbeta med kärnuppdraget, utan att ständigt ha Coronapandemin att hantera och ta hänsyn till.

Förvisso klassas inte Covid-19 som samhällsfarlig eller pandemi längre, utan är mer av en sjukdom som vi behöver förhålla oss till, i vardagen. Under 2022 blev det också synligt att vissa processer, vissa förbättringsarbeten, hade gått på sparlåga så pass länge, att det behövdes ett omtag, en nystart.

Vid sammanställning av Kvalitets- och patientberättelse 2022 (KPB) noterar vi som skribenter att vissa förbättringsåtgärder som vi föreslog för ett år sedan, inte har fått genomslag ännu. Detta är i och för sig inte ovanligt: i stora organisationer tar det tid att genomföra förändringar. Dock vågar vi påstå att efterverkningarna av Coronapandemin och de ansträngningar som den utsatte medarbetarna och organisationen för, tillsammans med förändringar inom socialförvaltningens ledning, har fått till effekt att vissa förbättringsåtgärder inte är i hamn ännu. Det gäller bland annat förbättringsarbetet med dokumentation samt det övergripande arbetssättet Individens Behov I Centrum (IBIC). Medvetenheten inom hela organisationen om vad som måste göras, är dock stor. Förbättringar och förändringar inom framför allt äldreomsorgen är redan beslutade, och kommer att få effekt under 2023. Funktionshinderomsorgen och Myndighetsavdelningen har redan påbörjat sitt förbättringsarbete. Därför är förutsättningarna för förbättrad dokumentation och ökad tillämpning av IBIC mycket goda inför 2023.

Glädjande är att många förbättringar och utvecklingar har både startats och slutförts under året.

- Särskilt boende inom äldreomsorgen har fått nytt, mer individanpassat larmsystem, som kommer att kunna erbjuda hyresgästerna en ännu bättre, mer personligt utformad teknik för att påkalla hjälp och stöd.
- Hemtjänsten har infört digitala lås, som innebär både en trygghet och spårbarhet för brukarna, men också en bättre arbetsmiljö för medarbetarna.
- Nya boenden inom Funktionshinderomsorgen har byggts och startats upp, för att möta brukarnas behov.
- Myndighetsavdelningen har genomfört brukarundersökningar som led i sitt kvalitetsarbete. Processtödet har utvecklats och utökats så att socialsekreterarna lättare, smidigare och mer överskådligt har tillgång till stöddokument, checklistor och liknande.

Kvalitets- och patientberättelsen har från och med 2023 uppdaterad numrering på kapitlen. Rubriker och behandlat innehåll är dock detsamma som tidigare år. Första kapitlet är en faktagenomgång av Kvalitetsstyrning inom socialförvaltningen. Kapitlet därefter är redovisning av (ett representativt axplock) av genomförda förbättringsarbeten, utfall och analys, samt sista kapitlet som är förbättringsförslag.

Nässjö 2023-01-25

Mattias Sundkvist  
MAR

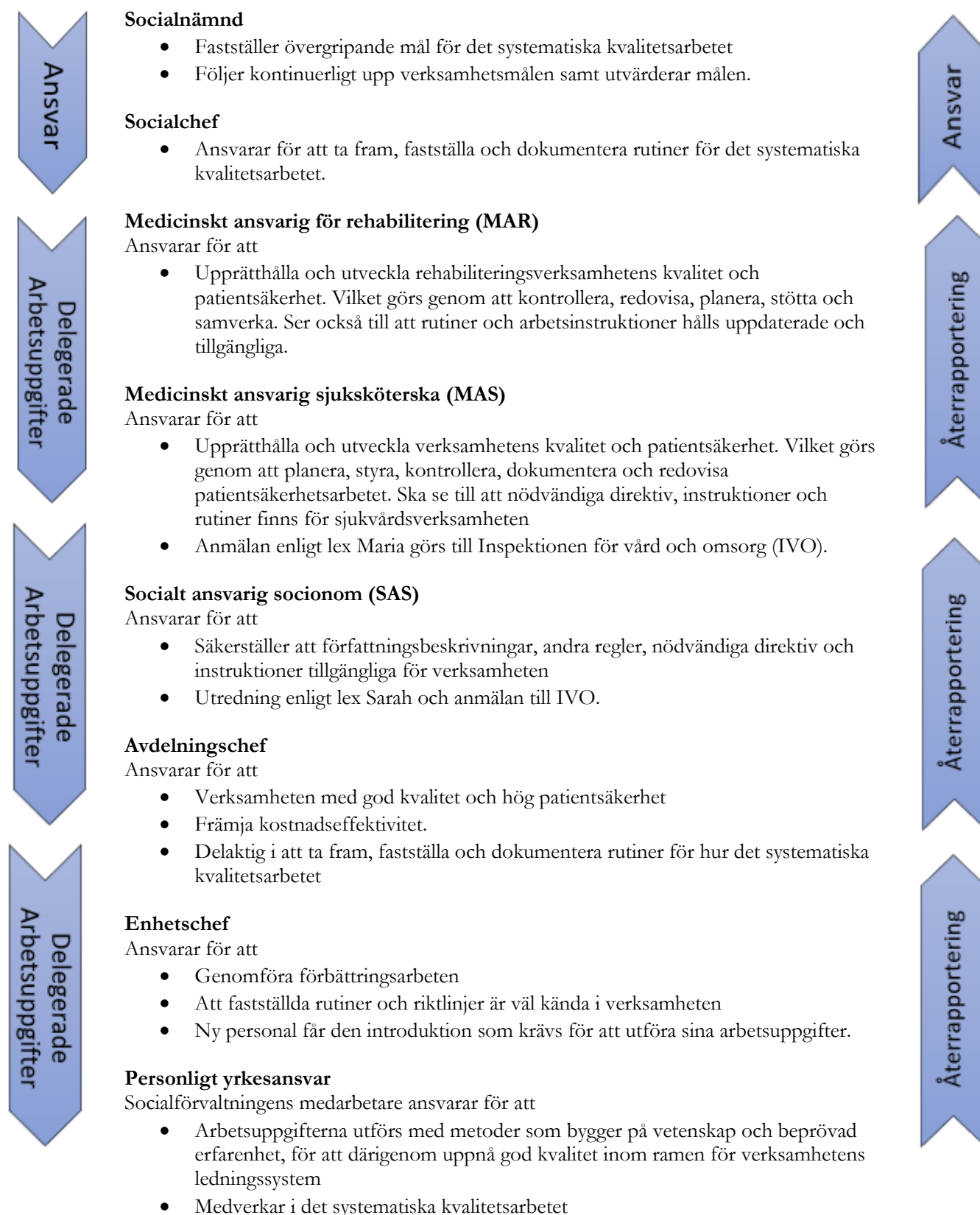
Camilla Karlsson  
MAS

Helena Martinson  
SAS

Johanna Åkesson  
SAS

# I Kvalitetsledningssystem

## I.1 Ansvarsfördelning



## 1.2 Processer och rutiner

Processer och rutiner är viktiga i arbetet för att kvalitetssäkra egenkontrollen. Tydliga processer och rutiner underlättar strukturen i planering, genomförande och uppföljning, men också för att ge medarbetare tillgång till tydlig information (checklistor och liknande) i det praktiska utförandet av uppdraget.

Egenkontroll innebär systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. I egenkontroller ingår att följa upp och utvärdera verksamheten genom att analysera resultat från lokala, regionala och nationella mätningar med syfte att identifiera förbättringsområden i verksamheten. De nationella kvalitetsregistren, tillsammans med vård- och insatsprogrammen, utgör en betydande del av kunskapsstyrningen.

Resultat av uppföljningen ligger till grund för fortsatt utvecklingsarbete i enskilt ärende, processutveckling på övergripande nivå alternativt som underlag till socialnämndens beslut. Resultaten är av två slag. Dels det faktiska utfallet av en viss process, dels en undersökning av följsamhet gentemot process och rutiner.

## 1.3 Egenkontroll och riskanalys

Kvalitet ska genomsyra all verksamhet. Det gäller när medborgaren möter verksamheten från första början, det vill säga innan begreppen brukare, klient, patient är relevanta. Det gäller också fortsättningsvis när behovet utreds och beslut fattas, samt också när insatser utförs och följs upp, likväl som när insatserna avslutas.

De riktlinjer som socialnämnden beslutar om, likväl som de rutiner och arbetsinstruktioner som socialförvaltningen beslutar om ska tillämpas, bygger samtliga på respekt för individen, tydlighet/transparens i uttrycks sättet, spårbarhet i genomförandet samt krav på uppföljning i alla led.

Riktlinjer och rutiner genomgår en årlig granskning av medicinskt ansvarig sjuksköterska, medicinskt ansvarig för rehabilitering och/eller socialt ansvarig socionom. Arbetsinstruktioner granskas löpande av ansvarig chef. När förutsättningar i omvärlden, eller internt i organisationen förändras, omarbetas regelverket så att det också framöver kan säkra kvaliteten, möjliggöra uppföljning samt framför allt vara till brukarnytta inom respektive lagrum.

Utfall vid uppföljning av kvaliteten rapporteras inom arbetslaget samt via enhetschef till avdelningschef. Inom socialförvaltningens ledning förs konstruktiva dialoger om kvalitetsresultaten. Återkoppling sker också till socialnämnden via tjänsteskrivelser utifrån den regelbundenhet som föreskrivs i riktlinjer eller nationella regelverk.

Riskanalys genomförs när en insats ska verkställas hos ny brukare/patient/klient, samt vid verksamhetsförändringar. Riskanalys sker även dagligen av medarbetare i det brukarnära arbetet. Att utifrån yrkesprofessionen göra bedömningar, utvärderingar och vidta åtgärder som är relevanta, oavsett om det gäller patient- eller brukarsäkerhet, eller om det gäller arbetsmiljöaspekter, är väl inarbetat i verksamheterna. Att detta arbete fungerar kan mätas både genom avvikelserapporteringen och genom anmälningarna om risker/brister i arbetsmiljön.

## 1.4 Hantering av synpunkter och klagomål

Synpunkter, klagomål och all form av feedback på hur brukare och deras anhöriga uppfattar och upplever bemötande, utredning, verkställighet och uppföljning är mycket värdefulla för att utveckla verksamheten.

Ansvarig chef utreder inkommen synpunkt samt återkopplar till synpunktslämnaren inom tre veckor.

Enhetschef ansvarar också för att utvärdera om inkommen synpunkt är att betrakta som en avvikelse. I så fall noterar enhetschefen innehållet i synpunkten, som en avvikelse. SAS/MAS granskar hanteringen av varje synpunkt, samt avslutar varje inkommen synpunkt i systemet för E-tjänster.

## 1.5 Rapporteringsskyldighet

**Rapporteringsskyldighet föreligger inom samtliga verksamheter inom socialnämndens ansvarsområde.**

Avvikelser är i princip allt som inte blev så som det var planerat. Ett besök som inte blev av, en insats som inte verkställdes, ett bemötande som inte följde det arbetssätt som medarbetare inom socialförvaltningen har att leva upp till osv. Något förenklat uttryckt kan en avvikelse beskrivas som något som avvek från planen. Den individuella genomförandeplanen eller vårdplanen, eller det mer generellt övergripande arbetssätt som varje medarbetare har att förhålla sig till.

Avvikelser ska alltid åtgärdas skyndsamt. Den medarbetare som upptäcker avvikelsen ska säkerställa att brukaren/patienten får en god vård och omsorg. Det kan i praktiken innebära att säkerställa att beviljad insats utförs eller att ta över arbetsuppgiften från en kollega som brister i sitt bemötande. När medarbetaren har säkerställt att brukaren/patienten har fått det hen var beviljad, ordinerad, ska medarbetaren snarast upprätta en avvikelse enligt fastställd rutin.

Avvikelser är socialförvaltningens interna arbetsredskap för att identifiera, förebygga och utreda både risker och brister inom verksamheten. En avvikelse utgår alltid ifrån en enskild brukare/patient alternativt en grupp av brukare. Utredningen av avvikelsen ska fastställa omfattningen av risk/skada samt sannolikhet för att samma avvikelse uppstår igen. Utredande chef har också att vidta åtgärder för att säkerställa så att framtida risker förebyggs.

Missförhållande används framför allt i utredning av Lex Sarah. I stora drag är ett missförhållande detsamma som en avvikelse, men med skillnaden att risken, skadan, bristen ska ställas i relation till övergripande organisation, förutsättningar, möjligheter. En Lex Sarah-utredning ska ta sikte på att identifiera vad verksamhetsansvariga har gjort för att förebygga missförhållandet samt vilka åtgärder som har gjort för att säkerställa att missförhållandet inte upprepas.

När Lex Sarah-utredningen visar att missförhållandet eller risken för missförhållande är allvarligt, ska utredningen översändas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) för bedömning.

En anmälan enligt lex Maria ska utföras då en händelse inträffat där en patient drabbats av, eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller allvarlig sjukdom enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659).

Allvarlig vård skada innebär att patienten fått bestående skada eller har lett till ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

## 1.6 Samverkan

**Samverkan för att säkra kvaliteten i verksamheten samt för att förebygga vårdskador.**

Det finns en samordning och en överenskommelse mellan region och kommun för insatser kring hälso- och sjukvården. Med effektiva arbetssätt och följsamhet till rutiner har kommunen kunnat möta upp behoven i hemmet.

En gemensam plattform ”Folkhälsa och sjukvård” används för att publicera länsgemensamma rutiner och riktlinjer. De övergripande överenskommelserna är formade utifrån lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård samt hemsjukvårdsavtal. Praktiska anvisningar finns för att främja en god vård på rätt vårdnivå och en socialtjänst av god kvalitet samt tydliggöra parternas ansvar och roller.

## Länsgemensam ledning i samverkan

Genom länsgemensam ledning sker en länsövergripande samverkan kring hälso- och sjukvårdsfrågor mellan länets 13 kommuner och regionen. Frågor inom område social välfärd utvecklas i det regiongemensamma ledningssystemet. Arbetet är organiserat i:

- Strategigrupp Barn och Unga
- Strategigrupp Vuxna
- Strategigrupp Äldre

Utöver ovanstående finns bland annat styrgrupper för E-hälsa samt länsgemensam hjälpmedelsförsörjning.

Inom ramen för Strategigrupp äldre genomförs förnyelse- och förbättringsarbete utifrån Trygg och säker vård och omsorg, Demens och kognitiv svikt, Palliativ vård, Läkemedelsarbete för äldre samt Hälsofrämjande arbete för äldre. Rådet leder och koordinerar Geriatrikum

## Samverkan med vårdcentralen

MAS, MAR och enhetschef är kontaktperson för lokala överenskommelser kring vård- och omsorgsboende gällande läkarmedverkan. Fyra gånger per år träffas representanter för vårdcentraler och kommunen för att diskutera gemensamma rutiner, gränsdragningsfrågor, informationsöverföring, dokumentation med mera. Syftet är att identifiera förbättringsområden mellan vårdgivarna.

## Nätverk inom Kommunal utveckling

Inom Kommunal utveckling organiseras flertalet olika nätverksgrupper, i syfte att genom samverkan, samarbete och kunskapsutbyte säkerställa ett personcentrerat arbetssätt, som är likvärdigt i samtliga kommuner i länet. Exempelvis nätverk MAS och MAR, nätverk för chefer inom hälso- och sjukvården, äldreomsorgschefer, myndighetschefer, chefer inom funktionshinderomsorgen, nätverk för försörjning och sysselsättning samt Vård- och omsorgscollege.

## MAS/MAR samverkan

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS och Medicinskt ansvarig rehabilitering, MAR från länets 13 kommuner träffas regelbundet för samverkan. Länsgemensamma riktlinjer och dokument kring hälso- och sjukvård framarbetas för en patientsäker, jämlik vård och omsorg i länet.

## Samverkan med slutenvården

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård gäller sedan 2018 (SFS 2017:612).

"Jag får den vård jag behöver, när jag behöver den, där jag behöver den och på det sätt jag behöver den."

För inläggande patienter i slutenvården görs en samordnad individuell plan (SIP) tillsammans med berörda parter. Syftet med SIP är att tillgodose den enskildes behov av delaktighet, trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vård och omsorg. De olika professionerna samlas och i samråd med patienten planeras och dokumenteras de insatser som ska utföras, vem som ansvarar för insatserna samt när och hur insatserna ska genomföras. Det är patientens vårdcentral som samordnar och besöker patienten, övriga berörda parter kan delta fysiskt eller digitalt. Detta har gjort att flera parter har möjlighet att medverka vilket bidrar till personcentrerad vård och ökad patientsäkerheten.

## Samverkan med olika specialistfunktioner

Samverkan på specialistnivå sker på regelbunden basis. Exempel på detta är smittskydd/vårdhygien och SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet).

Avvikelsehantering i samverkan sker regelbundet via fysiska möten som Händelseråd eller

direktkontakt mellan berörda professioner då situationen kräver det.

### **SAS-nätverk**

Samverkan finns i nationellt samt regionalt nätverk för SAS/utvecklingsledare på Höglandet. Dessutom samverkar Nässjö kommun via Riksföreningen SAS.

### **Rapport från brukarråden**

Samverkan sker genom Kommunala rådet för funktionshinderfrågor (KRF) och Kommunala pensionärsrådet (KPR) där brukarorganisationerna medverkar i övergripande frågor.

Rådets synpunkter inhämtas och redogörs inför socialnämnden som fattar beslut i avgörande frågor som rör äldre och funktionsnedsatta.

**KRF** har till uppgift att verka för att kommunens nämnder/förvaltningar beaktar funktionshinderfrågor i sin verksamhet.

Rådet har sammanträtt fyra gånger under 2022. De frågor som varit mest diskuterade under året har varit den fysiska tillgängligheten i kommunen, socialnämndens ekonomi, habiliteringsersättning, Coronapandemin/vaccinering, planer för sysselsättning och boende. En stående punkt på rådet är information från nämnderna.

**KPR** är ett råd för överläggningar, samråd och ömsesidig information mellan företrädare för pensionärs-organisationerna och kommunens nämnder/förvaltningar.

Rådet har sammanträtt fyra gånger under året. De frågor som diskuterats mest återkommande under 2022 har varit pandemin/vaccinering, äldreveckan, socialnämndens ekonomi, bostadsförsörjning med tonvikt på trygghetsbostäder, hyresmodellen, digitalisering inom äldreomsorgen och kostpolicy.

## **1.7 Informationssäkerhet**

### **Loggningskontroll**

Som en del i uppföljningen av sekretesslagstiftningen görs regelbundna loggningskontroller i det verksamhets-system som medarbetarna dokumenterar i. Loggningskontrollen sker systematiskt varje månad i syfte att förebygga, konstatera och beivra otillåten åtkomst till personliga uppgifter. Urvalet sker slumpmässigt av systemförvaltare, loggningen granskas sedan av chef för att kontrollera att användarens aktivitet stämmer överens med dennes arbetsuppgifter.

Även särskild loggningskontroll kan genomföras vid misstanke om otillbörlig åtkomst. Genomförda kvalitets- och patientsäkerhetsarbeten



## 2 Genomförda kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

### 2.1 Förvaltningsövergripande

Från och med januari 2022 har socialförvaltningen förstärkts med resurs MAR (Medicinskt ansvarig för rehabilitering), omfattning 50%. Resursförstärkningen har varit mycket positiv och beslut har tagits om att förlänga satsningen på MAR även under 2023.

#### **Processkartläggning**

Socialförvaltningens ledningskontor har möjligheter att erbjuda stöd i processkartläggning till verksamheterna.

### 2.2 Funktionshinderomsorg

Under 2022 har Funktionshinderomsorgen varit pilotområde för att utveckla individuell uppföljning av beslut, i syfte att kunna säkerställa effekter på övergripande nivå. Löpande uppföljning i den brukarnära relationen är praxis, och fungerar bra eller mycket bra inom avdelningen. Utvecklingen av uppföljningsarbete har berört utvärdering av hur, med vilka ord och begrepp, genomförandeplanen nedtecknas. Syftet är att skapa en större samstämmighet avseende begrepp inom avdelningen. Ur brukarperspektivet är målsättningen att samtliga kontaktpersoner vid upprättande av genomförandeplaner ska ha en gemensam plattform av begrepp och frågeställningar att utgå ifrån, vid dialog med brukaren. Härigenom säkerställs att samtliga brukare får möjlighet att ge uttryck för sina behov, önskemål, vanor osv. oavsett om de själva initierar till att samtala om ämnet eller, vilket i sig garanterar en ökad nivå av rättssäkerhet. Dessutom underlättar det för medarbetarna att genomföra ett kvalitativt gott arbete. Vilket i sig underlättar för den personal som ska utföra insatsen, att ge den på det sätt som brukaren önskar, är van vid. Med andra ord: ytterligare en kvalitetsökning.

Genom att avdelningen använder sig av en gemensam begreppsbas, och ett likartat arbetssätt, underlättas också den generella, övergripande utvärderingen. Intentionen med IBIC är att verksamheterna ska kunna genomföra uppföljning på övergripande nivå. Härigenom blir det möjligt att kvalitetssäkra att de insatser som beviljas och utförs, är jämlika. Oavsett ålder eller könstillhörighet, har den enskilde rätt att få sina behov tillgodosedda på likartat sätt, i likartad omfattning.

### 2.3 Hälsa- och sjukvård

#### **Kognitivt resursteam**

Det kognitiva teamet har två samordningsansvariga varav en är sjuksköterska och den andra undersköterska. Under 2022 har fokus legat på: utbildning i BPSD-registret, plan för utbildning i Demens ABC, handledning i enskilda patientärenden, genomförande av minnesutredningar samt byggande av anhörigstöd. BPSD-team som fanns förut avvecklas och i stället utbildas demensombud.

#### **Kompetensutveckling inom hälso- och sjukvården**

Kvalitet i vården förutsätter god kompetens bland medarbetarna. Kontinuerlig kompetensutveckling skall därför bedrivas för att bibehålla och öka kompetensen. Under 2022 har det genomförts utbildning inom olika områden, både av interna och externa föreläsare. Pandemin har medfört att många nya moment, instruktioner och rutiner vilket gör att mycket utav utbildning går idag att genomföra genom självstudier, instruktioner och filmer via internet.

Kompetensutveckling som genomförts under 2022

- Funktionshinderomsorgens organisation och samverkan med rehabiliteringsteamet
- Palliativ vård
- Senior alert (Verktyg för riskbedömning)

- Dokumentation
- Diabetes
- Ytterligare medarbetare på HS-enheten har utbildats till instruktörer i förflyttningsteknik. Totalt har instruktörerna under året utbildat 442 medarbetare inom äldreomsorgen.

Funktionshinderomsorgens Serviceboende har införskaffat sex rullstollsvågar under 2022. Syftet är att bättre kunna stödja den enskilda individen i dennes strävan efter ett hälsosamt liv.

## 2.4 Myndighetsutövning

### Processtöd

Revideringsarbetet av processtöd inom Enheten för ekonomiskt bistånd och våld i nära relation samt Enheten för barn och unga som påbörjades 2021 har fortsatt under 2022. Processtöd har även arbetats fram för Enheten för vuxna och funktionshinder. De flesta processtöd har färdigställts under 2022. Processtödet kommer att bidra till en större samsyn, tydlighet och rättssäkerhet i det dagliga arbetet.

### Enheten för Barn och Unga

Under 2022 återupptogs dokumentationsgruppen inom Enheten för barn och unga, en grupp som arbetar med en samsyn och rättssäker dokumentation. I gruppen har det bland annat tagits fram en vägledning i journalföring, specifikt för Enheten för barn och unga. Hösten 2022 genomfördes även enhetens första workshop gällande ett mer effektivt och rättssäkert utredningsarbete, som på sikt förväntas sänka utredningstiden på enheten.

De nätverksledare som utbildades under 2021 har under 2022 startat igång nätverksmöten, i syfte att samla såväl privat som professionellt nätverk kring ett barn eller en familj för att hitta lösningar och samarbete till stöd för barnet. Det har genomförts ca 11 nätverksmöten under året och arbetet kommer fortsätta under 2023.

Öppen mottagning ung, som fortsätter utvecklas, har testat CRAFT utifrån ett anhörigperspektiv.

Det har under året även fattats beslut om en omorganisation inom enheten, vilket innebär att ytterligare en enhetschef ska rekryteras och att mottagningsgruppen ska utökas, i syfte att arbeta mer förebyggande och informerande mot skola och andra samverkansaktörer.

### Enhet vuxna och funktionshinder

Inom Enhet för vuxen och funktionshinder så har årets största fokus varit på fördjupningsarbete gällande arbetet med Individens behov i centrum (IBIC). Enheten har skapat en IBIC-grupp där alla deltagare genomgick Socialstyrelsens processledarutbildning under hösten 2022. IBIC-gruppen har arbetat fram en årsplan för fördjupning i utredningsprocessen enligt IBIC och workshops kommer att genomföras våren 2023.

### Enheten för ekonomiskt bistånd och våld i nära relation

Utifrån identifierade behov 2021 har enheten under 2022 skapat en dokumentationsgrupp, för att skapa en samsyn och rättssäker dokumentation.

E-tjänst för nyansökan har lanserats under 2022, vilket fungerar bra och har underlättat till viss del för socialsekreterarnas hantering av ansökningar.

Den förstärkning som gjordes 2021 i form av en riktad samordningsfunktion gällande rehabiliteringsinriktade arbetet har utvecklats ytterligare under 2022 och har gett framgångsrika resultat för enhetens brukare.

Under året har även implementeringen av utredningsmodellen MIX intensifierats och i samband med processtödsarbetet är nu MIX som arbetssätt implementerat i utredningsprocessen.

## 2.5 Äldreomsorg

Äldreomsorgens enhetschefer har tillsammans med tillförordnad avdelningschef under hösten 2022 arbetat med att genomlysna verksamheten, identifiera hinder för utveckling, samt har tagit fram konkreta förslag och aktiviteter för att utveckla verksamheten. Processen har haft arbetsnamnet ”Äldreomsorgen 2.0”.

Antalet medarbetare per enhetschef har inom äldreomsorgen inte varit densamma som för övriga verksamheter inom Nässjö kommun. I syfte att hjälpa verksamheten att nå målvärdet (10-25 medarbetare per chef) har ytterligare enhetschefer rekryterats. Syftet är naturligtvis att i det korta perspektivet säkerställa en god arbetsmiljö för enhetschefer och medarbetare, men det långsiktiga målet är att skapa förutsättningar för en ökad kvalitet inom äldreomsorgen. Detta uppnås genom att medarbetarna får ökad tillgång till enhetschef, som kan ge stöd i det dagliga arbetet, när de ställs inför utmanande situationer. Vidare skapas möjlighet till tätare uppföljning av verksamheten. Båda dessa aktiviteter har som mål att säkerställa att den enskilda brukaren får en god och säker vård, med hög kvalitet. Uppföljningarna ger också förutsättningar för att genomföra utvecklingar och förbättringar, nära verksamheten, med delaktiga brukare. Även här är naturligtvis brukarna de stora vinnarna, men även arbetsgivaren kommer att tjäna på detta. Det är utmanande att attrahera medarbetare med rätt kompetens. Att verksamheten kan erbjuda närvarande chefer, med kontinuerligt förbättringsarbete, är en framgångsfaktor när det gäller att uppfattas som attraktiv arbetsgivare. När Nässjö kommun kan fortsätta att locka de bästa medarbetarna, kommer också detta brukarna till del.

Regelbundna träffar för de medarbetare som i sitt arbetslag har uppdraget som metodstödjare, har återupptagit under 2022. Härmed närmar sig äldreomsorgen funktionshinderomsorgen inom detta område.

### **Nya och uppdaterade arbetsverktyg**

Installationen av nytt larmsystem inom särskilt boende genomfördes under 2022 vid samtliga enheter. Härigenom blir det möjligt att ännu bättre kunna möta brukarens individuella behov av stöd och hjälp i olika situationer.

En uppdatering av verksamhetssystemet har inneburit att det nu är möjligt för medarbetarna att på ett enkelt sätt, direkt i mobiltelefonen, snabbt får tillgång till rätt information om förutsättningarna inför varje besök hos brukarna. Informationen har redan tidigare varit tillgänglig, på ett relativt komplicerat och omständligt sätt, men uppdateringen innebär en mycket bra förenkling i arbetssättet. Vilket kommer att innebära att medarbetarna är ännu bättre förberedda inför besök hos brukarna.

## 3 Resultat med analys

### 3.1 Övergripande

#### 3.1.1 Avvikelse rapportering

Utifrån rapporteringsskyldigheten ska alltid en avvikelse rapport skrivas om det inträffar en händelse i verksamheten som medfört eller som skulle kunnat medföra negativa konsekvenser för brukare/klient/patient på grund av brister i verksamheten.

Antalet avvikelser per område kan variera från 2019 års siffror, då indelningen av områden fördelats annorlunda sedan dess.

I stora drag ligger antalet avvikelser inom samma volym år från år. Huruvida det utfallet ska bedömas som gott eller inte, beror på vilken infallsvinkel betraktaren intar. Ur ett kvalitetsperspektiv är avvikelser nödvändiga för att kunna säkerställa att brukarna får ett gott bemötande och insatser av god kvalitet. Framför allt är avvikelser ett kvitto på att verksamheten genomsyras av en öppen atmosfär, där brister och misstag identifieras och åtgärdas.

Därför är frånvaro av avvikelser inget som skall eftersträvas. Däremot ska verksamheten präglas av medvetna förebyggande insatser, så att de avvikelser som trots allt sker, är av lindrig karaktär.

#### Inkomna avvikelse rapporter

Rapporterade avvikelser per avdelning (antal)	2018	2019	2020	2021	2022
Funktionshinderomsorg	416	232	394	375	383
Hälsa- och sjukvård	40	65	55	81	130
Myndighetsutövning	28	43	39	72	44
Äldreomsorg (särskilt boende)	1733	1693	1745	1339	1463
Äldreomsorg (hemtjänst/larm/nattpatrull)	1727	1569	1009	1523	1607
<b>Totalt</b>	<b>3944</b>	<b>3602</b>	<b>3242</b>	<b>3390</b>	<b>3627</b>

Avvikelse per område (antal)*	2018	2019	2020	2021	2022
Bemötande	28	23	-	41	38
Dokumentation	29	30	-	120	99
Genomförande av insats	224	166	-	274	122
Informationsöverföring	61	112	-	208	229
Läkemedel	999	805	-	952	743
Miljö/utrustning/teknik	143	169	-	110	116
Sekretess och tystnadsplikt	12	6	-	12	18
Vård och behandling	38	44	-	119	96
Övergrepp	8	14	-	13	10
Fall	-	503	-	2150	2153

*För 2020 redovisades inga uppgifter eftersom den pågående pandemin krävde stor del av tillgängliga personalresurser. KPB för 2020 var mindre i omfång, utifrån ett aktivt prioriterat val.*

## Avvikelsernas allvarlighetsgrad

Allvarlighetsgrad (andel i %)	2018	2019	2020	2021	2022
Mindre (1)	81	80	50	50	75
Måttlig (2)	17	17	11	17	24
Betydande (3)	2	3	0,8	1	1
Hög (4)	0	0	0,2	0	0,2

Andel utan att allvarlighetsgrad har angetts: 2020 = 39%, 2021 = 32% samt 2022 = 29%.

### Vidtagna åtgärder

Under 2022 har det löpnade, ständigt pågående, arbetet med att följa upp, åtgärda och förebygga framtida avvikelser varit en levande dialog och ett fortlöpande arbete i verksamheterna. Vid årets slut kan det övergripande konstateras att dels har medvetenheten om vikten av att upprätta avvikelser (ur ett kvalitetsperspektiv) ökat, dels har några förbättringsområden, rent administrativt, uppmärksamats. Förståelsen och följsamheten till verksamhetssystemet för avvikelsehantering skulle kunna vara bättre. Om så vore fallet, skulle slutsatser om vilka åtgärder som får bäst effekt, på aggregerad nivå, lättare kunna göras. I nuläget är statistiken för vidtagna åtgärder något snedfördelad, varför uppgiften stryks i förevarande dokument.

### Avvikelser i samverkan

Område	2018	2019	2020	2021	2022
Bemötande	1	2	-	2	2
Hjälpmedel	-	-	-	-	0
Informationsöverföring	9	7	-	3	14
Läkemedel	9	11	-	14	9
Vård och behandling	3	8	-	6	5
Samordnad vårdplanering	6	14	-	6	1
Annan händelse	3	3	-	2	1
<b>Totalt</b>	<b>31</b>	<b>45</b>	<b>-</b>	<b>33</b>	<b>32</b>

För 2020 redovisades inga uppgifter eftersom den pågående pandemin krävde stor del av tillgängliga personalresurser. KPB för 2020 var mindre i omfång, utifrån ett aktivt prioriterat val.

Det är en markant ökning av avvikelser i informationsöverföring. Orsaken till detta är att regionen beslutat att stänga ner möjligheten för utskrift av journalkopior i Cosmic/Link. Enligt styrgruppen för gemensamma E-hälsotjänster i region Jönköpings län, är det inte förenligt med lagkrav som huvudmannen har för ett journalsystem. Detta har gjort att informationen mellan kommunen och regionen många gånger brister och inte blir patientsäker. Kommunen har i detta ärende ingen möjlighet att påverka, utan regionen äger beslutet som huvudman för journalsystemet.

### 3.1.2 Synpunkter och klagomål

Av de 54 klagomål som inkommit till förvaltningen handlar merparten om missnöje kring hur insatser utförs. Alla synpunkter utreds av ansvarig chef.

#### Inkomna synpunkter

Verksamhet	Beröm	Klagomål
Funktionshinderomsorg	0	13 (12)
Hälso- och sjukvård	0	6 (8)
Myndighetsutövning	0	15 (24)
Äldreomsorg	1 (0)	16 (14)
<b>Totalt</b>	<b>1 (0)</b>	<b>54 (58)</b>

### 3.1.3 Loggningskontroll

Under året har det genomförts 224 loggningskontroller i verksamheterna med följande uppdelning varje månad:

Myndighetsutövning: 5st

Funktionshinderomsorg: 8st

Äldreomsorg: 10st

Hälso- och sjukvård: 5st

Av dessa 224 individer som har loggats så är det 86 medarbetare som varit inne i verksamhetssystemet den aktuella dagen. Av de 86 medarbetarna så har det uppkommit en anmärkning på 1 loggning, vilket föranlett en avvikelsetredning som fortsatt pågår.

### 3.1.4 Tillsyn av Inspektionen för vård- och omsorg

Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) granskar kontinuerligt utvalda områden och verksamheter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst samt verksamheter som bedrivs enligt LSS. Tillsynerna utförs både kontrollerande och främjande.

Under 2022 har IVO genomfört 6 tillsyner. IVO har fyra pågående tillsyner på förvaltningen.

#### Tillsyn och beslut av IVO

Tillsyn av IVO	Antal	Beslut av IVO
Klagomål, brister i omvårdnaden på korttidsboende.	1	Tillsynsärendet avslutas utan anmärkning.
Tillsyn av boenden med särskild service för vuxna enligt LSS, förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder	1	IVO bedömer att verksamheten inte har använt tvångs- eller begränsningsåtgärder, samt att det inte finns behov av några förändringar i verksamheten.
Tillsyn av medicinsk vård och behandling till äldre på särskilt boende	1	IVO har ej avslutat ärendet.
Inspektionen för vård och omsorg har en pågående tillsyn på myndigheten för barn och unga sedan 2019 utifrån långa handläggningstider. Yttrande och uppgifter skickas in två gånger per år.	1	IVO har ej avslutat ärendet.

Klagomål, brister i palliativ vård på SÄBO	I	IVO har ej avslutat ärendet
Tillsyn i individärende gällande ansvarsfördelning mellan BUP och socialtjänsten.	I	Tillsynsärendet avslutas utan anmärkning.

### 3.1.5 Ej verkställda beslut

	2020	2021	2022
Kvartal 1	20	21	12
Kvartal 2	14	17	10
Kvartal 3	20	24	8
Kvartal 4	23	11	5

Under hela 2022 har trenden med färre ej verkställda beslut hållit i sig. Det har främst varit beslut inom äldreomsorg och funktionshinderomsorg som varit ej verkställda. Inom äldreomsorgen rör det främst personer som beviljats särskilt boende men tackat nej på grund av osäkerhet kring insatsen eller att de inte fått önskad plats. Även inom funktionshinderomsorgen är det främst boendebeslut som inte kunnat verkställas, dock har dessa behov tillgodosetts via andra insatser i väntan på beslutad insats.

### 3.1.6 Lex Maria och lex Sarah

Under 2022 har 10 utredningar enligt lex Sarah genomförts. Av dessa har två anmälts till IVO, som i båda fallen meddelade att de avslutade ärendet.

I de ärenden som IVO har bedömt, har Nässjö kommuns socialförvaltning fått återkoppling att genomförda utredning och vidtagna/planerade åtgärder är tillräckliga.

Under 2022 har två utredningar gjorts enligt Lex Maria. Av dessa två har en anmälts till IVO. I det ärende som IVO ska bedöma har Nässjö kommun inte fått återkoppling ännu.

## Utredningar av misstänkta missförhållanden och vårdskador

Område	Enhet	Bedömning	Anmärkning
Ovärdigt bemötande	Funktionshinder-omsorg, Gruppbostad	Enskild medarbetare agerade felaktigt	Medarbetaren har i direkt anslutning till händelsen, avslutat sin anställning
Ovärdigt bemötande	Äldreomsorg, särskilt boende	Oklar ansvarsfördelning av arbetsuppgifter skapade osäkerhet och riskerade att innebära risk för missförhållanden	Utredningen visade på att andra åtgärder behövde vidtas, så som utbildningsåtgärder, handledning.
Brister i larmfunktionen	Äldreomsorg, ordinärt boende	Tekniska brister som tillfälligt kunde hanteras genom förändring av arbetsmetod.	Förändring av arbetsätt är inte hållbart över tid. Process för att ersätta nuvarande trygghetslarm för ordinärt boende, med annan produkt, annan leverantör, är påbörjad och beräknas vara slutförd innan sommaren 2023.
Rättsosäkerhet	Funktionshinder-omsorg, ordinärt boende	Grundlig utredning av huruvida förvaltningen efterlever lagkrav och praxis, både inom Myndighetsbedömning och verkställighet	Ärendet har hanterats korrekt.
Brister i omvårdnaden	Funktionshinder-omsorgen, servicebostad	Brukaren upplevde oro, osäkerhet. Hen konsumerade handsprit	Medarbetarna har fått kompetensutveckling för att bättre kunna möta den enskildes brukarens behov av trygghet. Förbättrade rutiner för förvaring av handsprit.
Brister i omvårdnaden	Äldreomsorg, ordinärt boende	Utredningen visade att uppföljningen av fattade beslut måste bli bättre. Vidare måste medarbetarna i hem-tjänsten få möjlighet till kompetensutveckling för att kunna fullfölja sitt uppdrag på ett kvalitativt gott sätt.	Den enskildes önskemål hade respekterats.
Ovärdigt bemötande, kränkande behandling	Färdtjänst	Ärendet överlämnat till Länsstrafiken	Återkoppling, noggrann utredning har företagits av Länsstrafiken. Åtgärder har vidtagits.
Brister i personlig omvårdnad	Äldreomsorg, ordinärt boende	Brister i dialog mellan verksamheter, vilket gjorde att en brukare inte erhöll den hjälp som hen var beviljad	Händelsen anmäldes till IVO som ett allvarligt missförhållande. IVO bedömde att verksamheten har vidtagit åtgärder för att förhindra framtida kommunikationsbrister
Uteblivna läkemedel Hälso- och sjukvården	Hälso- och sjukvård	Brister i läkemedelshantering	Allvarlig vårdskada. Läkemedelsavvikelse som orsakat patienten lidande i form av hallucinationer och suicidtankar.



Läkemedelsavvikelse	Hälso- och sjukvård	Brister i följsamhet till läkemedelsrutin och delegering	Påtaglig risk för allvarlig vårdskada. Felmedicinering med komplikationer.
Orättssäker handläggning, brister i kommunikation	Enheten för barn och unga	Inga felaktigheter har begåtts förutom vissa brister i dokumentation.	Ärendet anmäldes initialt till IVO, men återtogs när bedömningen var färdigställd.
Orättssäker handläggning, ovärdigt bemötande	Enheten för barn och unga	Mer omfattande utredningsåtgärder än nödvändigt vidtogs.	Ärenden anmäldes inte till IVO. Interna förbättringsarbeten pågår.

### 3.1.7 Öppna jämförelser

Öppna jämförelser; nationell undersökning för att skapa underlag för brukare, anhöriga, verksamheter, förtroendevalda, tjänstemän, media osv, att kunna jämföra verksamheter med varandra.

Inom äldreomsorgens område genomförde Socialstyrelsen Enhetsundersökningen. Utfallet ligger i paritet med tidigare år.

Inom funktionshinderomsorgen redovisades resultatet av 2021 års brukarundersökning i slutet av året. Avdelningen har under 2022 arbetat med resultatet, och har framför allt fokuserat på att skapa förutsättningar för brukarnas delaktighet. Se även förbättringsarbete.

## 3.2 Myndighet

### 3.2.1 Brukarenkäter

Brukarenkäter började skickas ut i samband med beslut på Enheten för vuxna och funktionshinder i maj 2022. Enheten för barn och unga påbörjade utskick av brukarenkäter i september 2022. Enkäten efterfrågar upplevelsen av kontakten med socialtjänsten under utredningsprocessen. 2021 testade Enheten för ekonomiskt bistånd att skicka ut enkäter i samband med beslut för november månad, dock blev svarsfrekvensen låg. Därav kommer nytt förfarande arbetas fram under 2023 gällande Enheten för ekonomiskt bistånd.

Det är främst inom Enhet vuxna och funktionshinder som brukarenkäten har skickats ut under året, där man kan utläsa att brukarna upplever lyhörighet, hög tillgänglighet och är överlag nöjda med den insats de beviljats. Dock kan man konstatera att det krävs en tydligare sammanhangsmarkering; varför den enskilde utreds och hur utredningen går till.

### 3.2.2 Ärenden i förvaltningsdomstol

Minskningen av ärenden gällande överklagan i Förvaltningsrätten fortsätter att minska sedan föregående år. Det är svårt att fastställa en anledning för detta. Dock kan det fastställas att merparten av de ärenden som överklagas går enligt nämndens beslut, vilket indikerar ett rättssäkert och korrekt beslutsfattande av nämnden.

#### Överklagan och förvaltningsrättens dom

Överklagan avser	Antal	Förvaltningsrättens dom
Ekonomiskt bistånd (SoL)	46 (56)	42 avslag, 3 bifall, 1 delvis bifall
Personlig assistans	13 (14)	10 avslag, 3 delvis bifall

Korttidsplats (LSS)	1 (1)	Avslag
Särskilt boende	2 (0)	Avslag
Kontaktperson (LSS)	1 (1)	Avslag
Kontaktperson (SoL)	2 (0)	Avslag
HVB-hem	1 (1)	Avslag
Utsluss från HVB-hem	1 (0)	Delvis bifall
Bostad med särskild service (LSS)	1 (0)	Avslag
<b>Totalt</b>	<b>68 (75)</b>	

### LVM och LVU-ärenden

Beslut	Antal	Förvaltningsrättens dom
Omedelbart LVM	2 (3)	2 fastställda domar
Ansökan LVM	4 (3)	4 bifall
Omedelbart LVU	6 (5)	6 fastställda domar
Ansökan LVU	11 (12)	10 bifall, 1 avslag (bifall senare i Kammarrätten)
<b>Totalt</b>	<b>23 (23)</b>	

### 3.2.3 Uppföljning inom enheten barn- och unga

#### Enheten för barn och unga - myndighet

IVO har haft ett pågående tillsynsärende på Enheten för barn och unga sedan 2019 – efter en avvikelse gällande långa utredningstider och ej fördelade ärenden.

Under 2022 har det inkommit 1835 orosanmälningar till enheten, vilket ligger i paritet med 2021 då siffran var 1873 anmälningar. Dock är det fortsatt vissa svårigheter att fatta beslut om att inleda eller ej inom 14 dagar, då det i 19% av ärendena överskridit 14 dagar innan beslut fattats.

Enheten har avslutat totalt 619 utredningar under året, där 238 (38%) stycken överskridit den lagstadgade utredningstiden på fyra månader, utan särskilt skäl för förlängning. Detta är en förbättring sedan tidigare år då siffran var 56% som överskred fyra månaders-gränsen.

#### Enheten för barn och unga - öppenvård

Under 2022 hade öppenvården totalt 222 insatser, att jämföra med 195 insatser under 2021. 183 av dessa 222 insatser har beviljats genom bistånd, 75 insatser har genomförts genom råd och stöd (tidigare: 34st) och 12 insatser enligt lagen om särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare (LUL) (tidigare: 8st). Detta innebär en ökning av alla insatsformer och enheten har dubblerat antalet råd och stöd-insatser. Verksamheten kommer likt tidigare göra en sammanbrottsanalys inom ramen för det löpande arbetet, i syfte att utveckla kvalitet och arbetssätt.

Sedan 2007 utvärderar öppenvården sina resultat systematiskt genom Achenbachs skattningsskalor, som är evidensbaserade och har referensgruppsvärden för normalpopulation. Skattningsskalorna mäter barn och ungdomars symtombelastning vid psykisk problematik. CBCL (Child Behavior Checklist) besvaras av förälder och YSR (Youth Self Report) besvaras av barnet/ungdomen. Skattningsformulär fylls i vid uppstart av behandling samt vid avslutad behandling i ärenden där det är lämpligt och möjligt att mäta förändring. Som tidigare är det av flera anledningar ett stort internt bortfall kring denna skattning, men av de siffror som presenteras går det att utläsa en minskad symtombelastning, skattat av både föräldrar och barn. Det går med andra ord att tyda en upplevd förbättring av genomförd behandling, i likhet med 2021. Dock är symtombelastningen skattad något

högre vid första teststillfället, jämfört med tidigare år. Detta indikerar att problematiken i ärendena är högre än tidigare.

2022 avslutades 120 behandlingsinsatser med biståndsbeslut (2021 avslutades 123). Av dessa har 21 insatser (17,5%) avslutats på grund av sammanbrott. Procentuellt ligger det på likvärdig nivå jämfört med 2021 års siffror. Den genomsnittliga behandlingstiden har ökat markant sedan tidigare år, med mer än en fördubbling i tid. Det kan vara ett resultat av den ökade problematiken i ärendena. Dock är siffran ett medelvärde, vilket alltid bör beaktas med försiktighet då det kan vara ett fåtal ärenden som har en väldigt lång behandlingstid och ge ett högre värde på medeltalet.

### 3.3 Verkställighet

#### Uppsökande verksamhet

219 invånare, födda 1940 och 1941, och som inte har någon pågående insats från socialnämndens verksamhet, har fått erbjudande om ett informerande samtal, hembesök. 141 personer tackade ja, övriga (78 stycken) avböjde. Av dem som avböjde kontakt, har 47 stycken angett att de inte har något intresse av informationen i nuläget. Den vanligaste anledningen har varit att man känner sig för pigg för att få information i nuläget.

Syftet med uppsökande verksamhet till invånare som har fyllt 80 år, är i första hand att ge dem information. Möjlighet finns också att säkerställa att de invånare som så önskar, får kontakt med till exempel socialsekreterare för att ansöka om bistånd alternativt att komma i kontakt med Fixar-Affe eller Digital Fixare.

Många av de som har fått ett uppsökande besök under året, bedömer sig livskvalitet som mycket bra alternativt ganska bra, vilket är glädjande. Att vara fysiskt aktivt samt att använda digital teknik varierar självfallet inom målgruppen, men att läsa tidning digitalt är inte ovanligt. Att använda en smartphone för kommunikation i olika former är också vanligt.

Utifrån svaren från deltagarna i den uppsökande verksamheten, visar det sig att målgruppen har en öppenhet för att få hjälp i framtiden både av fysiska personer (anhöriga och/eller hemtjänst) som att självständigt använda välfärdsteknik i olika former.

#### 3.3.1 Brukarundersökning

Socialstyrelsen genomförde under 2022 nationella brukarundersökningar, avseende upplevd kvalitet inom både funktionshinderomsorgen och äldreomsorgen.

För äldreomsorgen låg utfallet i paritet med tidigare år, även om antalet respondenter inom särskilt boende var något lägre än tidigare. Förhoppningsvis svarar fler äldre på enkäten 2023.

För funktionshinderomsorgen var resultatet över lag gott. Brukarnas upplevelse av delaktighet hade ett lägre utfall än vad verksamheten ansåg önskvärdt, så ett förbättringsarbete har påbörjats. Förbättringsarbetet involverar företrädare från verksamheten och myndighetsutövningen, och har uppmärksamats på nationell nivå av SKR (Sveriges Kommuner och Regioner).

#### 3.3.2 Dokumentation

##### Resultat från journalgranskning

Granskning dokumentation	2018	2019	2020	2021	2022
Andel genomförandeplaner med godkänd kvalitet	82%	52%	-	76%	90%

Uppgifter från 2020 saknas. Pga. pågående pandemi prioriterades den manuella framtagningen av statistik bort.

Genomförandeplanen är den enskilde brukarens dokument. Genom att omvårdnadspersonal och brukare gemensamt arbetar fram hur biståndsbedömda och beviljade insatser ska utföras och genomföras, samt vilka delmål som ska uppnås, åstadkoms en mätbar tydlighet för den enskilde brukaren.

Genomförandeplanen är också det enskilt viktigaste dokumenten när omvårdnadspersonal genomföra sina ålagda arbetsuppgifter. I genomförandeplanen finns instruktioner och information om hur de olika momenten ska planeras, genomföras och följas upp.

Genomförandeplanen ska upprättas vid nytt beslut, revideras vid behov av förändrat arbetssätt eller när målbilden behöver justeras. För att kvalitetssäkra att genomförandeplanen är aktuell och adekvat, ska revidering och uppdatering ske minst var sjätte månad, det vill säga även om inga förändringar har observerats.

Under 2022 har verksamhetssystemet uppdaterats på ett mycket bra sätt, när det gäller kvalitet och enkel hantering av information. Numera är det möjligt för omvårdnadspersonalen att vid varje planerat besök, enklare läsa den del av genomförandeplanen som är relevant vid just det aktuella besöket, direkt i mobiltelefonen. Tidigare har det enbart varit möjligt att läsa genomförandeplanen i sin helhet, nuvarande möjlighet är en klar förenkling i informationshänseende.

### 3.3.3 Demensvård - BPSD

Antalet bedömningar utifrån BPSD (Beteendemässiga Psykiska Symptom vid Demenssjukdom) har nästan halverats mellan 2021 och 2022. Antalet genomförda BPSD-registreringar är 2022 till och med den lägsta numerären som har uppmätts under de senaste fem åren. Inför 2023 måste arbetssättet förbättras avsevärt.

#### Resultat ur BPSD-registret

Bedömningar och antal personer	2018	2019	2020	2021	2022
Antal bedömningar gjorda på personer med BPSD	190	180	177	206	75

Kvalitetsindikatorer (%)	2018	2019	2020	2021	2022	Riket 2022
Andel personer med olämpliga läkemedel	51	46	57	55	-	-
Andel personer som verkar smärtfria	79	72	76	77	72	72
Andel personer som har en bemötandeplan	94	100	100	100	-	-
Andel personer som fått läkemedelsöversyn genomförd	90	95	92	95	-	-
Andel personer med Alzheimers sjukdom som har symtomlindrande demensläkemedel	80	65	57	73	63	61

Vissa uppgifter har inte varit möjliga att få fram för 2022. Under 2022 har bemanningen gällande sjuksköterskor i kommunen varit ansträngd och möjligheten för det kognitiva resursteamet att stötta verksamheterna i vardagen och med vidareutbildning har varit starkt begränsad. Under 2023 behöver verksamheten se över hur tiden för det kognitiva resursteamet kan prioriteras på bästa sätt för att få även denna viktiga uppgift att fungera bättre.

## 3.4 Patientsäkerhet

### Agera för säker vård

Egenkontroll syftar till att säkra verksamhetens kvalitet. De kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvaranderesultat med tidigare resultat. Utifrån resultat beskrivs, åtgärd och uppföljning.



### Dokumentation

Granskningen av vårdplaner/hälsoärende har utförts utifrån en standardiserad mall och för att bli godkänd ska det finnas minst en vårdplan/hälsoärende per inskriven patient och planen ska innehålla en målbeskrivning där patienten är delaktig. Slumpmässigt har 65 patienter valts ut och deras dokumentation granskats av medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig rehabilitering. I snitt har varje patient 5 vårdplaner, samtliga patienter hade minst en vårdplan men endast 2% av planerna har ett formulerat mål. Målen ska formuleras som ett förväntat resultat, med andra ord hur patientens status ska se ut när målet är nått. Dokumenterad mål har minskat sedan 2022. En väl förd patientjournal och målformulering utgör grunden till utvärdering och uppföljning och kan därigenom också förbättra vården för den enskilda patienten.

### Resultat från journalgranskning

Granskning dokumentation	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Andel vårdplaner med godkänd kvalitet	72%	89%	10%	-	3%	2%

För 2020 redovisades inga uppgifter eftersom den pågående pandemin krävde stor del av tillgängliga personalresurser. KPB för 2020 var mindre i omfång, utifrån ett aktivt prioriterat val.

### Hygien

Basala hygienrutiner ska tillämpas utav all personal som utför vård och omsorgsmoment. Syftet med basala hygienrutiner är att förhindra smittspridning, minska antibiotikaförskrivning och därmed bidra till en minskad antibiotikaresistens. Målsättningen är att mätningar genomförs på samtliga enheter och uppnår 80% följsamhet. Under 2022 har andelen mätningar som gjorts varit färre. Detta grundar sig i att alla måste ha eget lösenord till SKR system för hygienmätning. Det har gjort att systemet och mätningen inte fungerat fullt ut och resultatet är därför inte 100 % tillförlitligt. Trots ett mindre antal mätningar syns förbättringspotential för ökad följsamhet till basala hygien och klädrutiner. Stora variationer förekommer mellan verksamheterna och vissa verksamheter når målet medan andra inte gör det. Egenkontroller genomförs två gånger per år, en ny mätning planeras vecka 11–12, 2023.

Observationer utförda av hygienombud	VT 2019	HT 2019	VT 2020	Ex-tra 2020	HT 2020	VT 2021	HT 2021	VT 2022	HT 2022
Andel med korrekt i samtliga 8 steg	47%	45%	72%	79%	78%	77%	68%	65%	73%
Andel med korrekt i samtliga 4 hygiensteg	57%	52%	80%	92"	82%	85%	72%	73%	77%
Andel med korrekt i samtliga 4 klädregler	77%	81%	87%	88%	93%	88%	92%	88%	92%

Verksamhet (andel med korrekt i samtliga 8 steg)	VT 2019	HT 2019	VT 2020	Ex-tra 2020	HT 2020	VT 2021	HT 2021	VT 2022	HT 2022
Funktionshinderomsorg gruppboende/serviceboende	23%	34%	60%	58%	50%	56%	63%	67%	82%
Äldreomsorg äldreboende	55%	45%	76%	87%	83%	78%	68%	65%	69%
Äldreomsorg hemtjänst	37%	47%	64%	72%	85%	88%	65%	61%	70%
Hälso- och sjukvård	74%	57%	90%	100%	94%	87%	84%	91%	83%

### 3.4.1 Infektionsmätning

Vetenskaplig evidens visar på att förekomst av vissa riskfaktorer ger en ökning av vårdrelaterade infektioner (VRI). En vårdrelaterad infektion (VRI) är en infektion som uppkommer hos person under slutet vård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg. Vårdrelaterade infektioner anses vara den vanligast förekommande vårdskadan. Ju fler riskfaktorer hos samma individ desto större risk för uppkomst av infektion. Det är därför viktigt att kartlägga dels förekomsten av riskfaktorer, dels antalet infektioner förvärvade i särskilda boenden. På grund av pandemin och den ökade belastningen i vården är resultatet under 2020 och 2021 inte tillförlitligt. Infektionsmätningen 2022 har varit prioriterad för att tidigt upptäcka förekomst av infektionsrisk och därmed förebygga vårdrelaterade infektioner. Tydligt är att vi haft ett större utbrott av vinterkräksjukan på våra SÄBO, jämfört med tidigare år. Det kan vara två bakomliggande faktorer till det. Det är svårt att analysera huruvida vi brustit i följsamhet till basala hygienrutiner eller har vinterkräksjukan varit mera aggressiv efter att varit obefintlig under pandemin.

#### Riskfaktorer

Risk för infektioner	2018	2019	2020	2021	2022
Andel med riskfaktorer för infektioner	26%	27%	-	-	24%

#### Antibiotikabehandling

Registrerade infektioner (antal)	2018	2019	2020	2021	2022
Antibiotikabehandlad lunginflammation	53	39	-	6	29
Antibiotikabehandlad urinvägsinfektion	169	131	-	25	90
Antibiotikabehandlad sårinfektion	53	34	-	9	26
Övriga antibiotikabehandlade infektioner	22	24	-	4	17
Vinterkräksjuka	45	20	-	0	90
Totalt	343	248	-	44	252

### 3.4.2 Läkemedel

Genom det länsgemensamma samverkansavtalet för hemsjukvård, ska patientansvarig läkare två gånger per år genomföra en läkemedelsgenomgång tillsammans med patientansvarig sjuksköterska och brukarens kontaktman. Brukaren och/eller anhörig deltar utifrån möjlighet och önskemål.

Läkemedelsgenomgångar görs även för personer i ordinärt boende, oftast i samband med årliga läkarbesöket på vårdcentralen eller i samband med sjukhusvistelse.

Utfallet i uppföljningen (statistik) går inte att kvalitetssäkra för år 2022. Orsaken är brister i journalföringen, snarare än brister i uppföljningen. Utav 65 granskade journaler har bara 7 styck tydligt dokumenterad läkemedelsgenomgång.

### 3.4.3 Nattfasta

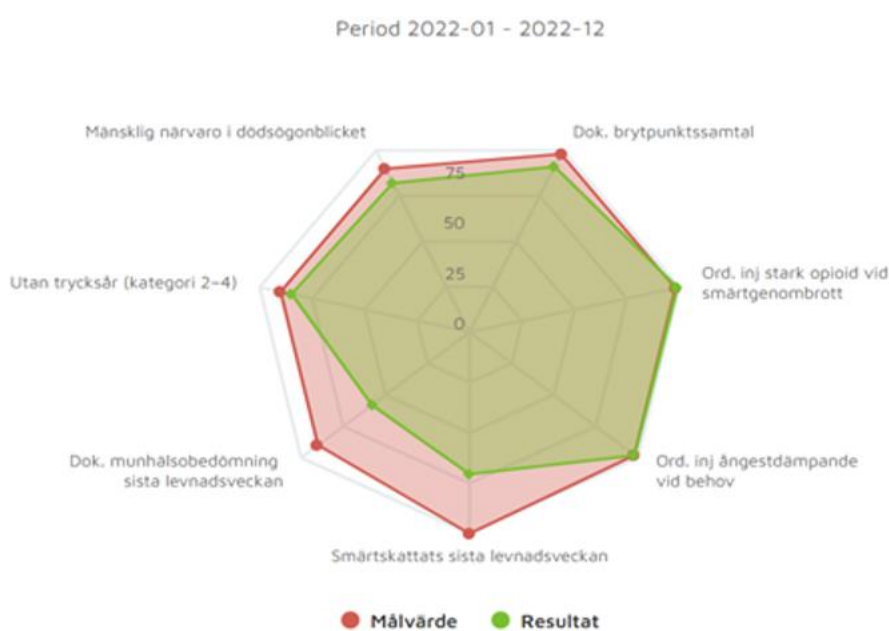
Inom särskilt boende, äldreomsorg, är kunskapen om vikten av nattfastan inte får överstiga 11 timmar mycket god. Under 2022 har kostombuden inom särskilt boende fått ökad kunskap om nutritionens betydelse för hyresgästerna, samt att arbetet med regelbunden, månatlig uppföljning, av nattfastan har etablerats som arbetssätt.

### Palliativvård

Den palliativa vården omfattar alla personer, oavsett diagnos, med sjukdom som inte går att bota och som ger svårare symtom med dödligt förlopp inom en begränsad tid. Målet med palliativ vård är varken att förkorta eller förlänga livet utan skapa förutsättningar för bästa möjliga livskvalitet. Palliativ vård syftar till en helhetsvård av hela människan och dennes anhörig fram till döden. Personen ska få hjälp att leva ett så attraktivt liv som möjligt under den sista tiden i livet. Situationen i livets slutskede kan se mycket olika ut. I vissa fall krävs kvalificerade palliativa insatser dygnet runt. I andra fall krävs inga specifika palliativa insatser. Vården i livets slutskede är en naturlig fortsättning på den vård patienten fått i ett tidigare skede.

### Svenska palliativvårdsregistret

Svenska palliativregistret är ett verktyg för att förbättra vården i livets slutskede. Utifrån olika parametrar registreras vad som skett under sista tiden i patientens liv. På så sätt kan man följa upp och förbättra vården. Samtidigt säkerställs att alla får samma möjligheter i livets slut. Rapporten för Nässjö kommun 2022 i det palliativa registret visar att andel avlidna med trycksår är få. Att ordinationer på injektioner som är smärtstillande och ångestdämpande finns tillgängliga. Förbättringsbehov kvarstår dock när det gäller dokumentation av smärtskattning och munhälsobedömning sista levnadsveckan. Ju mer grönt desto bättre.



### 3.4.4 Samordnad vårdplanering

#### Utskrivningsplanering och Samordnad Individuell plan (SIP)

När behandlande läkare bedömt patient som utskrivningsklar från slutenvård underrättas berörda enheter. För inläggande patienter görs en utskrivningsplanering alternativt en Samordnad Individuell Plan (SIP) tillsammans med berörda parter. En länsövergripande överenskommelse samt praktiska anvisningar för SIP är framtagna av Läns gemensam ledning i samverkan. En SIP ska göras när den enskilde har behov av samordning av insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården och är ett arbetssätt som skapar tydlighet och en helhetsbild av individens situation vilket kan leda till förbättrad patientsäkerhet. Cosmic Link används för informationsöverföring mellan regionen och länets kommuner när den enskilde har behov av stöd och samordning i samband med utskrivning från slutenvård. Under 2022 har Nässjö hälso- och sjukvård samverkat vid 517 samordnade individuella vårdplaner.

Från att patienten är utskrivningsklar har Nässjö kommun ett dygn på sig att ordna utökade insatser eller en plats att komma hem till innan betalningsansvaret träder in för platsen på regionen. Nässjö kommun har i snitt 1,5 dag per månad där läkaren bedömt patienten som utskrivningsklar till utskrivning har skett.

Utskrivningsklar slutenvård	2018	2019	2020	2021	2022
Antal dagar i genomsnitt från utskrivningsklar till utskriven	1.8	1.86		1,6	1,5

### 3.4.5 Vårdprevention

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och få problem med blåsdysfunktion. Det är fem områden som hänger ihop och berör alla som möter den äldre inom hälso- och sjukvård. Varje enskild äldre person som behöver vård och omsorg skall ges möjlighet till riskbedömning, förebyggande åtgärder och uppföljning. Genom att använda Senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetssättet på individnivå och varje vårdgivare ges möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten från individnivå till övergripande nivåer. Detta förbättrar patientsäkerheten och kan som en följd även minska uppkomna vårdskador.

I jämförelse med 2021 finns både förbättringar och försämringar av resultatet. Vid närmare granskning av kvalitetsregistrets resultatfil framkommer att antalet genomförda och registrerade riskbedömningar relaterat till hur många det borde vara är alldeles för lågt. Här finns det förbättringspotential för alla team under 2023. Teamets medlemmar behöver vara väl förtrogna med hur Senior alert är uppbyggt och tänkt att användas. Verksamheterna bör kontinuerligt utbilda sin personal i att arbeta med Senior alert för att stärka patientsäkerheten. Utbildning finns upplagd digitalt via Socialstyrelsens hemsida. Personalen bör också känna till sambandet mellan till exempel dålig munhälsa, som leder till undernäring, som leder till trycksår, fall och blåsdysfunktion.

#### Riskbedömningar och åtgärdsplaner

Resultat från Senior Alert	2018	2019	2020	2021	2022
Riskbedömningar med risk	88%	87%	86%	85%	88%
Bakomliggande orsaker vid risk	84%	94%	84%	89%	89%
Åtgärdsplan vid risk	86%	89%	83%	91%	90%
Utförda åtgärder vid risk	53%	43%	30%	70%	51%

#### Trycksår



Resultat från Senior Alert	2018	2019	2020	2021	2022
Personer med trycksår	46	53	49	42	37
Antal trycksår	58	85	75	64	50

### Fall

Resultat från Senior Alert	2018	2019	2020	2021	2022
Sårskada	33	23	10	10	4
Fraktur	11	9	1	4	0
Hjärnskakning/skallskada	1	-	0	1	0
Mjukdelsskada och övriga skador	16	20	6	3	4
Dödsfall	1	-	0	0	0
<b>Totalt antal fall</b>	<b>337</b>	<b>52</b>	<b>106</b>	<b>67</b>	<b>10</b>

### Munhälsa

Resultat från Senior Alert	2018	2019	2020	2021	2022
Antal riskbedömningar av munhälsa	227	104	10	6	79
Antal riskbedömningar med ROAG	197	87	4	10	76
Antal personer med risk för munhälsa	65	21	33	10	17

### Undernäring

Resultat från Senior alert	2018	2019	2020	2021	2022
Antal med BMI <22	111	100	98	68	42

### 3.4.6 Fast vårdkontakt

Enligt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) och patientlagen (2014:821) ska en fast vårdkontakt tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av kontinuitet, samordning och säkerhet. Genom en fast vårdkontakt ska hälso- och sjukvården ansvara för samordning och koordinering av vårdinsatserna. Som en vidare utveckling i God och Nära vård ska det tydligt framgå vem som är den fasta vårdkontakten.

Hösten 2021 gjordes en punktprevalensmätning av fasta vårdkontakter inom SÄBO i Nässjö kommun. Utav 224 brukar som bor på SÄBO var det 176 styck som har en fast namngiven läkarkontakt och 189 styck med en fast namngiven vårdkontakt inom kommunal hälso- och sjukvård. 2022 har den mätningen inte varit möjlig att utföra då verksamheten varit under hård arbetsbelastning till följd av personalbrist och att flertalet hyrsjuksköterskor varit i tjänst. Nyckeln till en god patientsäkerhet är kontinuitet av personal och fast vårdkontakt där hälso- och sjukvården har en utmaning.

## 4 Identifierade förbättringsområden

### 4.1 Övergripande

Nässjö kommuns hemsida behöver uppdateras med mer brukartillvänd information. En rätt information skapar goda förutsättningar för att brukarna ska kunna hitta information, men också få kunskap så att de kan efterfråga stöd och hjälp.

Under 2022 behöver ett förvaltningsövergripande förbättringsarbete avseende journalföring påbörjas. Utifrån dialog med enhetschefer och medarbetare, har medicinskt ansvarig sjuksköterska, medicinskt ansvarig för rehabilitering samt socialt ansvariga socionomer identifierat att det strukturella arbetssättet måste förbättrats, så att det dels blir lättare för kollegorna att hitta dokumentation dels för att det ska vara möjligt att sammanställa en kvalitetssäkrad statistik för uppföljning.

#### **Behov av att utveckla samverkan**

Identifiera processer och områden med behov av utvecklad samverkan. Det finns behov av att stärka processer och strukturer för ökad samordning och planering med delaktiga och medskapande patienter. Hälso- och sjukvårdsprocessen behöver ha ökat fokus på patientens väg genom vården, synliggöra mellanrummen med samverkan och samordning samt främja säkra och enkla avstämningar, överlämningar och kommunikationsvägar. Detta gäller såväl inom den egna förvaltningen mellan hälso- och sjukvård och sociala insatser, som mellan social- och omsorgsförvaltningen i kommunen samt mellan kommun och region. Behovet går i linje med önskvärda fokusförflyttningar i omställningen till Nära vård och finns med i Nässjö kommuns utvecklingsstrategi för den kommunala hälso- och sjukvården, Hälsa hela livet, som beslutades i kommunfullmäktige 2021.

Förbättringsområden som identifierades 2021 kvarstår då hälso- och sjukvårdsverksamheten har varit under ledningsbyte och omorganisation.

#### **Loggningskontroll**

Erfarenhet från arbetet med loggningskontroll under 2022 har inneburit ett förändrat arbetssätt inför 2023. För att få så många loggningskontroller som möjligt vid varje kontroll kommer det endast loggas medarbetare som varit aktiva i systemet den aktiva dagen. Detta kräver ett större handhavande av enhetschefer som kontrollerar loggningskontroller samt av socialt ansvarig socionom som tar över arbetsuppgiften från systemförvaltare i samband med årsskiftet.

#### **Avvikelse**

I sammanställningen gällande avvikelser är det tydligt att det krävs fördjupad kunskap hos enhetscheferna kring hanteringen av avvikelser. Främst hur man fyller i åtgärd, allvarlighetsgrad och anledningen till att avvikelsen skett.

### 4.2 Myndighet

Arbetet med dokumentation och journalföring har förbättrats under 2022 men det krävs ett fortsatt intensivt arbete med detta under 2023 för att säkerställa god rättssäkerhet och kvalitet. Detta görs i upprättade forum inom varje enskild enhet, men även genom avdelningsövergripande instruktioner kring dokumentation och handläggning.

De processtöd som fortsatt revideras ska bli färdigställda under 2023. De ska även presenteras och implementeras på enheterna som en naturlig del av socialsekreterarnas arbetssätt. I processtödet ska även instruktioner, vägledningar, manualer och rutiner återfinnas.

och funktionshinder samt utvecklandet av utredningsprocessen på Enheten för barn och unga ska fortsätta under 2023. Detta sker genom workshops, utbildningstillfällen, vägledningar och nya arbetsinstruktioner.

Under året har det även identifierats vissa behov av revideringar kring uppföljningar av insats och ansvarsfördelningen mellan myndighetsutövning och verkställighet när det gäller funktionshinderomsorg och äldreomsorg. Det arbetet fortsätter under 2023 med översyn av uppföljningsanvisningarna i riktlinjerna.

En av de större utmaningarna som sker på avdelning myndighetsutövning under 2023 är implementeringen av hanteringen av digital akthantering. Detta innebär att all handläggning sker digitalt, det skapas inga nya fysiska akter utan allt skannas in i verksamhetssystemet och kasseras sedan. Avdelningen har jobbat till stor del digitalt även tidigare men detta arbetssätt tar digitaliseringen ett steg längre.

## 4.3 Verkställighet

### Individens behov i centrum

I Kvalitets- och Patientsäkerhetsberättelsen för 2021, lyftes förbättringsområden fram, gällande implementeringen av IBIC inom Nässjö kommun. Under 2022 har Funktionshinderomsorgen och Myndighetsavdelningen arbetat gemensamt med att utveckla uppföljningen enligt IBIC, vilket är mycket positivt. Inom Äldreomsorgen har utvecklingen inte gått framåt. Därför måste arbetet struktureras och utvecklas under 2023. Dialog har förts inom avdelningen Äldreomsorg under 2022, ambitionen och målsättningen är att förbättringarna ska vara genomförda under 2023.

Dokumentationen inom verkställigheten måste fortsätta att utvecklas. Att det i varje arbetslag finns metodstödjare är en förutsättning och en framgångsfaktor. Att det också finns metodhandledare som kan handleda och utbilda metodstödjarna är lika viktigt. Detta finns inom funktionshinderomsorgen, tanken är att också äldreomsorgen ska denna struktur under 2023.

## 4.4 Patientsäkerhet

### Dokumentation

Hälso- och sjukvårdsorganisationen behöver arbeta vidare med att förbättra dokumentationen. Det behöver förtydligas hur dokumentationen ska ske i verksamhetssystemet. Förbättringsarbete måste ske både avseende struktur och innehåll för att motsvara kraven fullt ut på god och säker vård.

### Preventivt patientsäkerhetsarbete

Det preventiva arbetet med patientsäkerhet behöver förbättras genom att arbeta med riskanalyser på ett strukturerat sätt. Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister som hälso- och sjukvården behöver få följsamhet till. Syftet är att tidigt identifiera och därmed förebygga undernäring, trycksår, dålig munhälsa och fall.

### Vårdhygien

2022 beslutade, Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS. (HSLF-FS 2022:44) Syftet är att förebygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner i omsorgen om äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Vårdrelaterade infektioner VRI är infektion som uppkommer hos person under slutenvård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg. Identifieringen och förebyggande arbete av VRI genomförs via utbildning för att uppmärksamma risker för VRI samt genom olika former av egenkontroller.

### **Fast vårdkontakt**

För att säkra upp att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet behöver hälso- och sjukvården organiseras så att fast vårdkontakt är möjligt.

### **Nutrition**

Nattfasta är också ett område där uppföljningen måste dokumenteras bättre. Genom att använda Senior alert uppnås både en individuell, strukturerad dokumentation, samtidigt som generella slutsatser på övergripande nivå blir möjliga att göra.

### **Digital signering av läkemedel och mätvärden**

Pilotprojekt inlett under 2021 i syfte att gå från signering på papperslistor till att digital signera läkemedel och mätvärden direkt in i Combine vid besök. Pilotområde inledde att prova det nya arbetssättet. Fortsatt implementering har avstannat under 2022 i avsaknad av metodstödare inom äldreomsorgen och personalbrist inom hälso-och sjukvården, funktionshinderomsorgen.