

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Socialnämnden

2021

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning	4
2 Inledning	5
3 Kvalitetsledningssystem	6
3.1 Ansvarsfördelning	6
3.2 Processer och rutiner	7
3.3 Egenkontroll och riskanalys	7
3.4 Hantering av synpunkter och klagomål.....	7
3.5 Rapporteringsskyldighet.....	8
3.6 Samverkan.....	8
3.7 Informationssäkerhet.....	10
4 Genomförda kvalitets- och patientsäkerhetsarbeten	11
4.1 Förvaltningsövergripande.....	11
4.2 Funktionshinderomsorg.....	11
4.3 Hälso- och sjukvård.....	11
4.4 Myndighetsutövning.....	12
4.5 Äldreomsorg.....	13
5 Resultat med analys	15
5.1 Övergripande.....	15
5.1.1 <i>Avvikelse</i> rapportering.....	15
5.1.2 <i>Synpunkter och klagomål</i>	17
5.1.3 <i>Loggningskontroll</i>	17
5.1.4 <i>Tillsyn av Inspektionen för vård- och omsorg</i>	17
5.1.5 <i>Ej verkställda beslut</i>	18
5.1.6 <i>Lex Maria och lex Sarah</i>	18
5.1.7 <i>Öppna jämförelser</i>	19
5.2 Myndighet	19
5.2.1 <i>Brukarenkäter</i>	19
5.2.2 <i>Ärenden i förvaltningsdomstol</i>	20
5.2.3 <i>Uppföljning inom enheten barn- och unga</i>	20
5.3 Verkställighet	21
5.3.1 <i>Brukarundersökning</i>	21
5.3.2 <i>Dokumentation</i>	22
5.3.3 <i>Demensvård - BPSD</i>	23
5.4 Patientsäkerhet	23
5.4.1 <i>Hygien</i>	23
5.4.2 <i>Infektionsmätning</i>	24

5.4.3	<i>Läkemedel</i>	24
5.4.4	<i>Nattfasta</i>	25
5.4.5	<i>Palliativvård</i>	25
5.4.6	<i>Samordnad vårdplanering</i>	25
5.4.7	<i>Vårdprevention</i>	26
5.4.8	<i>Dokumentation</i>	27
5.4.9	<i>Fast vårdkontakt</i>	27
6	Identifierade förbättringsområden	28
6.1	Övergripande.....	28
6.2	Myndighet.....	28
6.3	Verkställighet.....	28
6.4	Patientsäkerhet.....	29

I Sammanfattning

År 2021 bär tydliga inslag av pandemin Covid-19. Naturligtvis är detta tydligast för dem som drabbades av sjukdomen, men också för verksamheterna som har haft att anpassa sig till gällande restriktioner, likväl som att ställa till att arbeta med skyddsutrustning, ge vaccinationer eller genomföra kärnuppdraget med decimerad arbetsstyrka.

Därför är det med stolthet som vi kan presentera det genomförda kvalitets- och patientsäkerhetsarbete som har utförts under året. Våldigt mycket har fungerat mycket bra, samtidigt som redan kända förbättringsområden har blivit ännu tydligare när förutsättningarna förändras.

Några av de kvalitets- och patientsäkerhetsförbättringar som har skett under året är:

- Förbättrad struktur på intranätet, vilket har gjort det lättare för medarbetarna att hitta rutiner, arbetsinstruktioner, checklistor och liknande.
- Möjlighet för digital signering av given läkemedelsdos ger ökad uppföljning i realtid.
- Kvalitetsuppföljning inom myndighetsenheten genomfördes under hösten. Denna ger ett gott underlag för fortsatt utvecklingsarbete.
- Öppen mottagning för ungdomar startade under året. Arbetet fortsätter, genom att bland annat marknadsföra verksamheten, i syfte att nå fler ungdomar.
- Nyckelfri hemtjänst började införas under hösten 2021, och hade vid årsskiftet nått merparten av brukarna.
- Den uppsökande verksamheten till kommuninvånare, 80 år utan insats från äldreomsorgen, startade upp igen. Eftersom verksamheten har gjort uppehåll två år på grund av pandemin, gjordes en kraftsamling, så att även kommuninvånare som hade fyllt 81 år fick hembesök.

Avvikelseberättelser ligger i paritet med tidigare år. Antalet synpunkter har ökat något. Antalet utredningar enligt Lex Maria och Lex Sarah ligger 2021 på en högre nivå än tidigare år. Att antalet utredningar fluktuerar över tid, är i och för sig inte ovanligt. Men i och med inrättande av ytterligare en heltidstjänst som socialt ansvarig socionom, är det troligt att den ökade tillgången till stöd till verksamheterna, också har inneburit ökad medvetenhet om vilka brister som bör anmälas som Lex Sarah. De kommande åren får utvisa om ökningen av antalet Lex Maria och Lex Sarah 2021 var tillfällig eller ett trendbrott.

Enheten barn och unga fick utökade resurser under 2021, i syfte att kunna rekrytera ytterligare socialsekreterare. Detta genomfördes också. Enheten kunde i augusti 2021 notera att samtliga inkomna anmälningar hanterades inom föreskriven tid. Resultatet försämrades något under slutet av året, på grund av hög frånvaro relaterat till den pågående pandemin.

Genomgående för samtliga verksamheter inom socialförvaltningen är ett behov av att förbättra dokumentationen. Tydligas är behovet inom verkställigheten. Utvecklingsbehovet fanns redan innan pandemin, men det har svårt att komma tillrätta med problemet, när verksamheterna har varit så pass påverkad av den pågående Covid-19 spridningen. Kunskapsflödet har försämrats när alla personalmöten och utbildningssatsningar har fått ske via digitala former samtidigt som personalbemanningen har varit ansträngd. Verksamheterna har gjort riktiga prioriteringar, det vill säga utfört kärnuppdraget på bästa sätt, samtidigt som icke akuta utbildningssatsningar har fått stå tillbaka.

För kommande år behöver fokus för socialförvaltningen vara att återhämta det arbete, den utveckling och de insatser, som pandemin bromsade upp. Dessutom måste verksamheterna utveckla dokumentationen så att det både på individnivå och generell, övergripande nivå, går att utröna vilka insatser som har gett avsedd effekt.

Nässjö 2022-02-07

Camilla Karlsson
MAS

Helena Martinson
SAS

Johanna Åkesson
SAS

2 Inledning

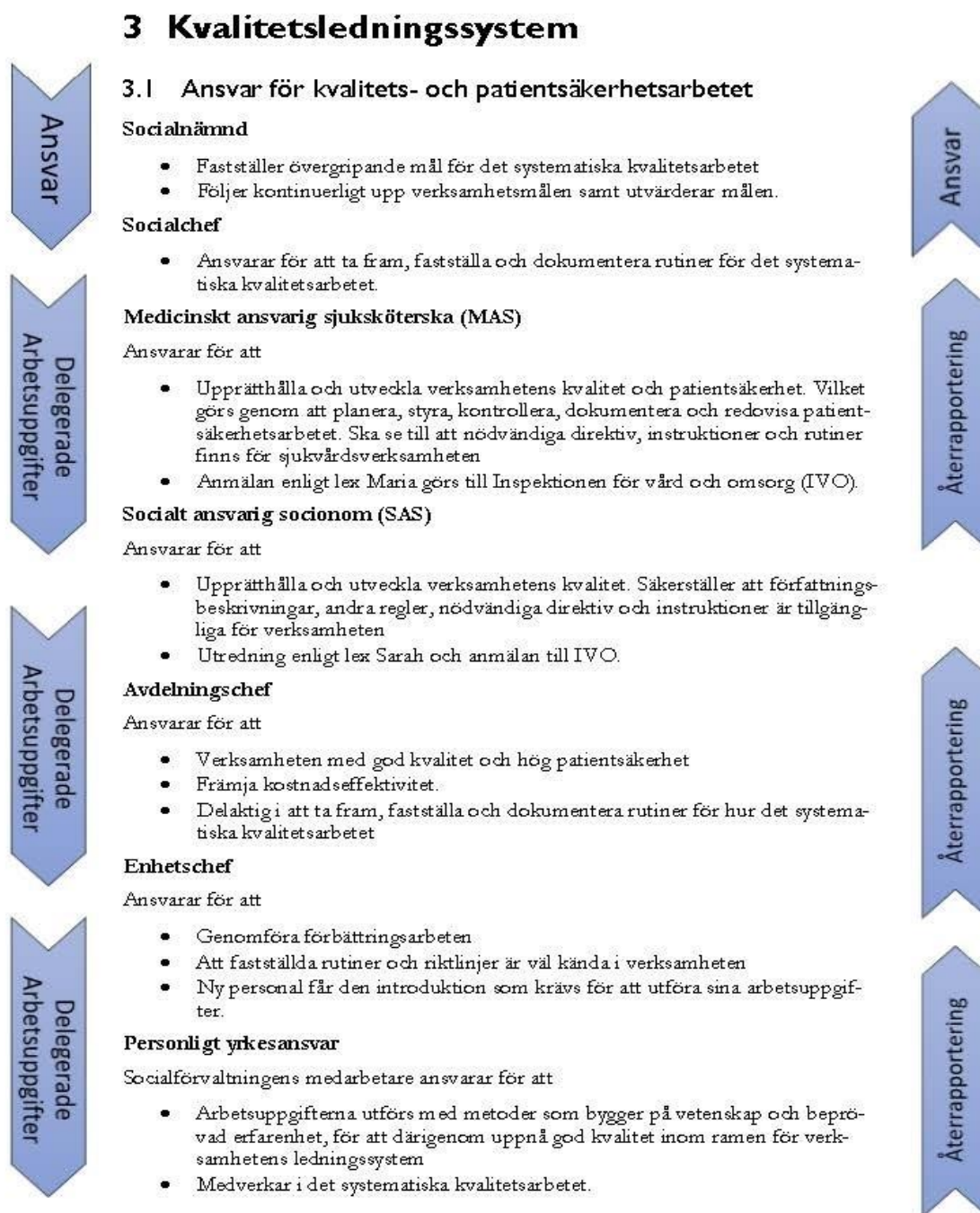
Strategiområde	Nämndmål
Attraktivitet	Socialnämnden har friska och engagerade medarbetare
	Socialnämnden ska verka för egenförsörjning.
	Lokaler och bostäder till nämndens målgrupper är tillräckliga och ändamålsenliga
Kommunikationer	Socialnämnden har god och lättillgänglig information och erbjuder e-tjänster
	Socialnämnden utvecklar digitala arbetsätt
Näringsliv och kompetens	
Välfärd	Budget i balans
	Nämndens målgrupper ska uppleva nöjdhet och trivsel med socialförvaltningens stöd.
	Nämndens målgrupper ska ges stöd till att uppleva ett självständigt liv
	Socialnämndens verksamheter arbetar på ett rättssäkert sätt
	Hälsan är god och jämlik för nämndens målgrupper
	Medborgaren ska erbjudas vård på rätt nivå.
	Socialnämnden ska verka för socialt hållbar utveckling.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen ska årligen innehålla och presentera en sammanfattning av hur socialförvaltningen arbetar för att säkerställa att brukarna erhåller en god och säker vård och omsorg, där insatserna utförs med god kvalitet av engagerade medarbetare.

2021 år Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse kan användas utifrån flera aspekter. Som ett övergripande, sammanfattande dokument men också för att ta del av enskilda avdelningars prestationer under det gångna året. Dessutom bör både redovisningen av resultat, i kombination med analysen och förbättringsförslagen, användas för att planera framtida kvalitetsutveckling.

3 Kvalitetsledningssystem

3.1 Ansvarsfördelning



3.2 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.

3.3 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 uttryckssättet, 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 sker 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.

Riskanalys genomförs också vid verksamhetsförändringar. Under det gångna året har det bland annat varit aktuellt vid ökad smittspridning av Covid-19, vid förändring av hur medarbetarna ska använda skyddsutrustning samt vid start av nya verksamheter, så som t.ex. serviceboende för brukare inom LSS-verksamhet.

3.4 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.

E-tjänsten "Synpunkter på socialtjänstens verksamhet", som nås via Nässjö kommuns hemsida, www.nassjo.se, är den mest använda kanalen när brukare och anhöriga ger feedback. De synpunkter, klagomål osv som kommer in på annat sätt (brev, telefonsamtal, mail) läggs manuellt in av mottagaren i E-tjänsten. Syftet är att på ett överskådligt sätt samla alla synpunkter på ett och samma ställe, för att både kvalitetssäkra hanteringen och uppföljningen av synpunkterna, men också för att få tillgång till samlad statistik, vilket skapar förutsättningar för kvalitetsutveckling på övergripande nivå.

Enligt rutinen kring synpunktshantering så utreder ansvarig chef inkommen synpunkt, återkopplar till synpunktslämnaren och SAS/MAS avgör huruvida synpunkten hanterats korrekt.

3.5 Rapporteringsskyldighet

Rapporteringsskyldighet föreligger inom samtliga verksamheter inom socialnämndens ansvarsområde.

I princip utgår rapporteringsskyldigheten från två huvudområden: avvikelser och missförhållanden.

Avvikelse 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.

Avvikelse 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.

Avvikelse 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.

3.6 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. Enheten hälso- och sjukvård har tillsammans med avdelningarna äldreomsorg samt funktionshinderomsorg en gemensam process för den kommunala hälso- och sjukvården. Organisationerna ska samverka för att tillgodose den enskildes behov och kunna erbjuda den bästa vården.

Länsgemensam ledning i samverkan

Genom länsgemensam ledning sker en länsövergripande samverkan kring hälso- och sjukvårdsfrågor mellan länets 13 kommuner och regionen. Hälso- och sjukvårdsfrågor 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.

Nässjö kommun finns med socialchef representerad som ordförande i såväl Strategigrupp äldre, Styrgrupp för hjälpmedelscentral och i E-hälsorådet

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

Vårdcentral/MAS/Enhetschef

Under 2021 har samverkan skett veckovis med representanter för Nässjö kommuns socialförvaltning (avdelningschef/verksamhetschef kommunal hälso- och sjukvård, enhetschef kommunal hälso- och sjukvård, medicinskt ansvarig sjuksköterska) och de vårdcentraler som finns inom kommunen, för att säkerställa arbetet avseende covid-19.

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, nätverk för chefer inom hälso- och sjukvården, äldreomsorgschefer, myndighetschefer, chefer inom funktionshinderomsorgen, nätverk för försörjning och sysselsättning samt Vård- och omsorgscollege.

MAS/MAR träffar

MAS och MAR från länets 13 kommuner träffas regelbundet för samverkan. Länsgemensamma riktlinjer och dokument framarbetas för en patientsäker, jämlik kommunal hälso- och sjukvård i länet.

Samverkan med vårdcentralen

Hälso- och sjukvårdens personal har dagligen möjlighet till telefonkonsultation med läkare på de olika vårdcentralerna. Utöver det finns möjlighet för hälso- sjukvårdspersonalen att samverka för en god och personcentrerad vård via det gemensamma IT-systemet Cosmic Link.

Samverkan med slutenvården

Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten häls- och sjukvård 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 inlaggande 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. Mötestillfällena för samordnade individuella vårdplanerna har under pandemin övergått mer och mer till digital form. 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.

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 fem gånger under 2021. De frågor som varit mest diskuterade under året har varit den fysiska tillgängligheten i kommunen, habiliteringsersättning och avgifter för insatser enligt SoL och LSS samt hemsjukvård.

KPR är ett råd för överläggningar, samråd och ömsesidig information mellan företrädare för pensionärsorganisationerna och kommunens nämnder/förvaltningar.

Rådet har sammanträtt fyra gånger under året. De frågor som diskuterats mest återkommande under 2021 har varit pandemin, avgifter för insatser inom hemsjukvård och ensamhetsproblematik.

Utöver ovanstående, har socialförvaltningen bjudit in KRF och KPR till ett flertal informationsmöten utifrån smittspridningen av Covid-19.

3.7 Informationssäkerhet

Loggningskontroll

Som en del i uppföljningen av sekretesslagstiftningen görs regelbundna loggningskontroller i det verksamhetssystem 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.

4 Genomförda kvalitets- och patientsäkerhetsarbeten

4.1 Förvaltningsövergripande

En ny struktur för styrande dokument på intranätets sida SNIKKE publicerades i november 2021, i syfte att göra sidan mer användarvänlig och lättillgänglig. Det har även publicerats en ny sida, Metodstöd, där dokument, vägledning och manualer för det dagliga arbetet återfinns.

Under 2021 har uppdraget som socialt ansvarig sacionom förstärkts med ytterligare en medarbetare. Genom att det numera finns två heltidsanställda medarbetare som arbetar med uppföljning, granskning och kvalitetsutveckling inom de verksamhetsfält som inte omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, har förutsättningarna avsevärt ökat att kunna arbeta långsiktigt med uppdraget. Den effekt som har noterats under 2021 är en ökad möjlighet för myndighetsenheten att arbeta med kvalitetsutveckling.

Under 2021 har merparten av det förvaltningsövergripande arbetet fokuserat på att hantera den pågående pandemin. Parallellt med detta har också insatser för att utveckla verksamheternas arbete med avvikelser och synpunkter genomförts. Enhetscheferna bjöds in till dialogforum samt att E-tjänsten för synpunktshantering utvecklades.

Socialförvaltningen har påbörjat införandet av Hypergene, ett system för planering, uppföljning och analys. Hypergene importerar sina resultat direkt från verksamhetssystemet Combine. Härigenom finns större möjlighet att följa upp och analysera inflöde, insatser, beslut, ärendemängd, handläggningstid m.m.

Under det gångna året har också förvaltningen åter fått kompetens för processkartläggning via verktyget 2C8. Processkartläggning är en viktig del i kvalitetsarbete i förvaltningens ledningssystem.

Förvaltningen har i samverkan med Höglandets IT, HtT, infört ett MDM-verktyg som möjliggör underhåll av appar i mobiltelefoner/andra enheter på distans. Verktyget skapar effektivitet och höjd säkerhet.

För att fördjupa arbetet med strategiskt patientsäkerhetsarbete, beslutades under 2021 att inrätta en tjänst som Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Tillträde 1 januari 2022, med en tjänstgöringsgrad omfattande 50%.

4.2 Funktionshinderomsorg

År 2021 bär tydliga spår av den pågående pandemin. Så också inom funktionshinderomsorgen. För att bibehålla en god brukar- och patientsäkerhet har huvudfokus varit grunduppdraget. Även under perioder av relativt stabilt läge, har det strategiska beslutet varit att avvakta med större förbättringsarbeten, som spänner över hela avdelningen. Dock har naturligtvis brukare, medarbetare och enhetschefer tagit tillfället i akt, när det har dykt upp, att genomföra förbättringar i det vardagliga, brukarnära arbetet. Det har varit allt ifrån att utveckla arbetet med att skapa tydliga delmål i genomförandeplanen, öka metodstödjarnas kunskap i lågaffektivt bemötande samt att utveckla vården och omsorgen kring någon/några enskilda brukare genom att använda nya kognitiva hjälpmedel eller liknande.

Att under 2021 fokusera på det brukarnära arbetet visar sig positivt vid en tillbakablick. Dels har den personcentrerade omvårdnaden kunnat kvalitetssäkras genom hela året, trots utmaningen med den pågående pandemin. Dels finns det nu i organisationen en önskan att på nytt initiera gemensamma utvecklingsarbetet. Till glädje och nytta både för brukare, anhöriga och medarbetare.

4.3 Hälso- och sjukvård

Demensteam - Kognitivt team

Demensteam har blivit Kognitivt team. Detta visar sig genom mer än ett namnbyte: målgruppen har blivit tydligt större. Förändringen innebär både att det är lättare att nå brukare innan hen har fått en diagnos inom demensspektrat, vilket har varit till nytta för den enskilde: stöd och hjälp har kunnat erbjudas redan tidigt i sjukdomsforloppet. Dessutom har arbetssättet, metoden, kunnat tillämpas personcentrerat till de brukare som har kognitiv problematik av annan orsak än demenssjukdom. För båda dessa målgrupper har det ökade verksamhetsfältet för det kognitiva teamet varit till nytta.

Under 2021 har samordningsansvaret (tidigare benämnd demenssamordnare) återigen bemannats av en legitime-

rad sjuksköterska. Dessutom har en tjänst som specialistundersköterska Demens inrättats.

Utökad utbildning för delegering av hälso- sjukvårdsinsatser

Delegering ges enligt författningar och lokala riktlinjer. Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. Under 2021 har delegeringsutbildningen utökats med en digital utbildning följt av kunskapstest i form av digitala frågor. Detta för att minska läkemedelsavvikelser och öka patientsäkerheten. Efter godkänd digital utbildning erhålls medarbetaren en utbildning utav sjuksköterska. Fokus är på det som är viktigt i den praktiska hanteringen såsom kontroller mot läkemedelslistan, administreringssätt och signering av läkemedel. Läkemedelsutbildning pågår kontinuerligt för att öka tillgängligheten för vårdpersonalen.

Digital läkemedelssignering

Under 2021 har införandet utav digital läkemedelssignering påbörjats för att ytterligare öka patientsäkerheten runt läkemedelshanteringen. Läkemedelssigneringen sker i mobilapp, patientnära då brukaren får sitt läkemedel.

Utbildning i att bedöma vitalparametrar

Baspersonal har fått utbildning för att kunna ta och bedöma vitalparametrar hos brukare med avvikande beteende. Att kunna ta blodtryck, saturation, puls och andningsfrekvens, för att sedan rapportera enligt SBAR till sjuksköterska ger en ökad förståelse för olika sjukdomstillstånd. Det gör det möjligt för sjuksköterskan att kunna göra en säkrare bedömning och prioritering av besök. På grund av rådande omständigheter med begränsade fysiska utbildningar finns ytterligare arbete att göra.

4.4 Myndighetsutövning

Kvalitetsuppföljning

Under hösten 2021 skickades en kvalitetsenkät ut till alla socialsekreterare inom avdelningen för myndighetsutövning. Detta i syfte att få en överblick av socialsekreterarnas egna uppfattning om rättssäkerhet, sekretess, tillgänglighet och bemötande. Resultatet presenteras för respektive enhetschef för att identifiera eventuella förbättringsområden.

Processtöd

Processtöd för Enheten för barn och unga samt Enheten för ekonomiskt bistånd och våld i nära relation har funnits sedan 2017/2018. Under året har ett arbete påbörjats för att revidera dessa utifrån nuvarande arbetsätt.

Enheten för Barn och Unga

Enheten har genomfört SKR's (Sveriges kommuner och landsting) dokumentationsutbildning i syfte att få en enhetlig, enkel och tydlig dokumentation. En arbetsgrupp har tillsatts för att fortsätta arbetet med utvecklande av dokumentation inom enheten.

Ett länsövergripande material har implementerats kring mål, uppdrag och uppföljningar. Det ska leda till ett mer effektivt arbetssätt och förenkla förståelsen kring mål och uppdrag för både familjer, behandlare och socialsekreterare. Det ska även hjälpa till att säkerställa barns delaktighet.

Öppen mottagning ung, som är ett samarbete mellan öppenvård barn och unga och öppenvård vuxna har utvecklats under året. De flesta insatser sker via biståndsbeslut men det pågår ett arbete med att marknadsföra verksamheten mer, för att nå ut till flera.

Två familjebehandlare har utbildats till nätverksledare inom öppenvården och har nu möjlighet att hålla i nätverksmöten för att öka möjligheten till samordnade resurser för barn och familjer.

Hembesöksprogrammet och föräldrastödsprogrammet som påbörjades under hösten 2020 har fortsatt under året 2021. Arbetet fortsätter utvecklas under projektets gång. Hembesöksprogrammet är ett samarbete mellan barnhälsovården och socialtjänsten där föräldrar som fått sitt första barn i kommunen får hembesök av sjuksköterska och kurator vid fyra tillfällen under barnets första 15 månader. Föräldrastödsprogrammet är ett arbete som pågått i två förskoleområden där förskolepersonalen utbildats i föräldrastödsprogrammet Trygghetscirkeln för att kunna motivera föräldrar till programmet vid behov av stöd i föräldrarollen. Ett annat projekt som påbörjades i januari 2021 är "Ökad närvaro i förskolan" där syftet är att nå utlandsfödda föräldrar med information kring förskolans betydelse och vikten av barnets närvaro, för att gynna barns språkutveckling. Projektet pågår till april 2022. Under 2022 kommer socialtjänsten även ingå i en integrerad samverkan med skolans resursenhet i syfte att få en ökad skolnärvaro.

Enheten för vuxna

Under året har det skett förbättringar inom rättssäkerhet och dokumentation, genom bland annat en översyn av beslutsformuleringar och säkerställande att det finns en samsyn i detta. Det har även skett en genomgång av dokumentationsföreskrifterna som gäller för socialtjänsten och det har tagits fram en vägledning för kommunikering för en så likvärdig handläggning som möjligt.

Samtliga socialsekreterare på enheten har genomgått utbildning för att öka sin kompetens kring äldre med psykisk ohälsa.

För att säkerställa en rimlig arbetsmängd för socialsekreterare har man inom grupperna för missbruk/beroende och funktionshinder börjat med arbetstydgmätning.

Enheten för ekonomiskt bistånd och våld i nära relation

Utifrån beslut i Socialnämnden har förvaltningen under året sett över riktlinjerna för ekonomiskt bistånd och huruvida det kan ställas ytterligare krav på den enskilde för rätt till bistånd. Förutom vissa redigeringar i riktlinjerna för ekonomiskt bistånd gav utredningen förslag till möjliga förbättringar i arbets sättet för att stödja egenförsörjning. Enheten har förstärkt bemanningen och riktat en samordningsfunktion för att samordna det rehabiliteringsinriktade arbetet mer effektivt.

Under året har det varit möjligt att genomföra återansökan av ekonomiskt bistånd via en e-tjänst. I dagsläget inkommer ca 60% av alla återansökningar digitalt. En e-tjänst även för nyansökan har arbetats fram under 2021. Denna kommer pilotas i början av 2022 innan lansering.

En annan del i enhetens digitaliseringsambitioner är att skapa en automatiserad handläggningsprocess. Under året gjordes förstudie kring detta. Tyvärr visade förstudien att det inte var möjligt att nå målet förrän verksamhetssystemet är färdiguppraderat. En automatiserad handläggning skulle innebära en effektivisering av handläggningsprocessen; ta emot ansökningar, göra nödvändiga kontroller, normberäkning och upprätta ett beslutsunderlag. Resurser frigörs då från socialsekreterarna som kan lägga mer tid på att stödja den enskilde mot egenförsörjning.

4.5 Äldreomsorg

Avdelning Äldreomsorg har under 2021 lagt huvudfokus på det brukarnära omvårdnadsarbetet. Dock har ett par utvecklingsarbeten genomförts.

Internutbildning av planerare inom hemtjänsten.

Planerare inom hemtjänsten har en nyckelroll i att löpande kvalitetssäkra planeringen av insatser men också i att starten av en ny insats hos brukaren får de bästa förutsättningar. Planerare är mottagare av beställningar från socialsekreterarna, när det gäller insatser. I detta arbete ingår att genomföra de första samtalen med brukaren och dennes anhöriga. För att ge planerarna ännu bättre förutsättningar att utföra uppdraget, internutbildades samtliga planerare och vice-planerare under hösten 2021 i intervjuteknik, metoden Individens Behov i Centrum (IBIC) samt nytt planeringssystem för hemtjänsten.

Nyckelfri hemtjänst

Nyckelfri hemtjänst innebär att det på insidan av brukarens ytterdörr, installeras en "avkännare" som kan reglera upp dörrens lås när en medarbetare från hemtjänsten kommer för att utföra en planerad insats. Systemet har flera fördelar. Dels en ökad säkerhet; för att kunna öppna dörren måste medarbetaren ha ett besök inbokat i sin planering i mobiltelefonen, dels en möjlighet att kunna kvalitetssäkra vem från verksamheten som har besökt den enskilde brukaren. Ur en arbetsmiljösynpunkt innebär nyckelfri hemtjänst också att medarbetarna slipper det ibland tunga, ständigt upprepande, arbetet med att låsa upp och låsa en nyckelgömma.

Anhöriga till personer med demenssjukdom

Under hösten 2020 återupptogs arbetet med att ge anhöriga till personer med demenssjukdom utbildning, stöd och stöttning. Detta arbete fick avbrytas när smittspridningen i samhället ökade. Under hösten 2021 startade aktiviteten Walk and talk - öppen verksamhet för anhöriga till personer med demenssjukdom. En gång i veckan, utan föransökan, kan anhöriga komma till mötesplatsen för att tillsammans med andra anhöriga, äldrepedagogen och specialistundersköterska Demens, promenera och samtala om de frågor som anhöriga tycker är angelägna i tillfället.

Uppsökande verksamhet

Uppsökandeverksamheten med målgruppen kommuninvånare 80 år, utan insatser från socialtjänsten, har åter-

upptagits under slutet av 2021. Initialt prioriterades kommuninvånare födda 1940, i syfte att överbrygga det arbete som inte kunde utföras år 2020. Ambitionen är att under 2022 genomföra uppsökande verksamhet för kommuninvånare som är födda 1941 och 1942, för att därefter vara i fas. Registrering av de anonyma svaren sker digitalt. Resultatet av uppsökande verksamhet 2021 och 2022 kommer att redovisas i Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen 2022.

Nya arbetsverktyg

Under 2021 slutfördes upphandlingen av nytt larmsystem till Nässjö kommuns samtliga särskilda boenden inom äldreomsorgen. Genom ny teknik öppnas möjligheterna upp för ett mer individuellt anpassat stödet, när brukarna vill påkalla personalens uppmärksamhet. Härigenom kommer också arbetsmiljön för medarbetarna att förbättras: genom tillämpning av de individuella inställningarna som varje brukares larmprodukter erbjuder, kommer andelen "falska larm" att minska.

Ett nytt planeringssystem för insatserna i hemtjänsten infördes under 2021. Planeringssystemet är integrerat med verksamhetssystemet Combine. Under 2022 kommer också personalens arbetsscheman att planeras med nytt system, som på ett bättre sätt korresponderar med planeringssystemet för insatserna.

5 Resultat med analys

5.1 Övergripande

Personuppgiftsincident

2021 har det inträffat fem personuppgiftsincidenter inom förvaltningen. Samtliga personuppgiftsincidenter har utretts, ingen utredning resulterade i rapport till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY). Personuppgiftsincidenterna har skett inom följande verksamhetsområden;

- Myndighet: 2 stycken
- Ledning och ledningskontor, nämnd 3 stycken

Tre av incidenterna härrör till digitala strukturbrister, en incident skedd i samband med det inbrott som lokalerna på Vippan drabbades av och en incident rör expediering av fel protokollsutdrag.

5.1.1 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 avvikelserrapporter

Rapporterade avvikelser per avdelning (antal)	2017	2018	2019	2020	2021
Funktionshinderomsorg	244	416	232	394	375
Hälsa- och sjukvård	54	40	65	55	81
Myndighetsutövning	6	28	43	39	72
Äldreomsorg (särskilt boende)	1670	1733	1693	1745	1339
Äldreomsorg (hemtjänst/larm/nattpatrull)	1188	1727	1569	1009	1523
Totalt	3162	3944	3602	3242	3390

Avvikelse per område (antal)*	2017	2018	2019	2020	2021
Bemötande	16	28	23	-	41
Dokumentation	18	29	30	-	120
Genomförande av insats	153	224	166	-	274
Informationsöverföring	45	61	112	-	208
Läkemedel	777	999	805	-	952
Miljö/utrustning/teknik	148	143	169	-	110
Sekretess och tystnadsplikt	1	12	6	-	12

Avvikelse per område (antal)*	2017	2018	2019	2020	2021
Vård och behandling	42	38	44	-	119
Övergrepp	7	8	14	-	13

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.

Avvikelseernas allvarlighetsgrad

Allvarlighetsgrad (andel i %)	2017	2018	2019	2020	2021
Mindre (1)	76	81	80	50	50
Måttlig (2)	20	17	17	11	17
Betydande (3)	3.5	2	3	0.8	1
Hög (4)	0.3	0	0	0.2	0

2020 39% av avvikelseerna hade ingen allvarlighetsgrad angivits. Under 2021 är det 32% av avvikelseerna som inte har någon angiven allvarlighetsgrad.

Vidtagna åtgärder

Vanligaste vidtagna åtgärderna (antal)	2017	2018	2019	2020	2021
Kontakt sjuksköterska/fysioterapeut/arbetsterapeut	570	1081	762	-	592
Arbetsplatsdiskussion	462	894	555	-	814
Enskilt samtal	168	197	142	-	337
Genomgång av rutin/instruktion	119	85	81	-	74
Kontakt annan enhetschef eller avdelningschef	241	501	448	-	0
Kontakt MAS/SAS	169	47	39	-	0
Ta upp på team	53	268	246	-	0
Förbättringsarbete (planerad)	24	37	13	-	32

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.

Under 2021 har arbetssättet med avvikelser utvecklats. Dels har medicinskt ansvarig sjuksköterska och socialt ansvarig socionom utbildat enhetschefer i hur verksamhetssystemet DF Respons ska användas, dels har den pågående Corona-pandemin gjort att teamsamverkan har fått stå tillbaka till förmån för direkt brukar/patientarbete. Härav följer att nollresultatet i "Kontakt med annan chef alternativt MAS/SAS" är att betrakta som ett gott resultat; verksamheterna har numera verktyg för att hantera det arbete som måste vidtas efter en avvikelse. Nollresultatet i "Ta upp på team" är däremot inte acceptabelt. Här måste förbättring ske under 2022.

Avvikelser i samverkan

Område	2017	2018	2019	2020	2021
Bemötande	-	1	2	-	2
Hjälpmedel	-	-	-	-	-
Informationsöverföring	15	9	7	-	3
Läkemedel	4	9	11	-	14
Vård och behandling	10	3	8	-	6
Samordnad vårdplanering	-	6	14	-	6
Annan händelse	4	3	3	-	2
Totalt	33	31	45	-	33

5.1.2 Synpunkter och klagomål

Antalet inkomna synpunkter har ökat från tidigare år. En anledning till detta kan vara lanseringen av en ny e-tjänst för synpunkter som skedde i början av året 2021. Fyra av synpunkterna har lett till en rapporterad avvikelse.

Av de 58 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	12
Hälso- och sjukvård	0	8
Myndighetsutövning	0	24
Äldreomsorg	0	14
Totalt	0	58

5.1.3 Loggningskontroll

Under år 2021 har det gjorts totalt 24 rutinmässiga loggningskontroller, samtliga utan anmärkning.

Rutinen för loggningskontrollen har setts över under året och kommer revideras under 2022, utifrån att antalet loggningskontroller är för lågt i paritet med hur många användare av verksamhetssystemet som förvaltningen har. Det går därför inte utläsa något rättvist resultat av de 24 loggningskontroller som gjorts, då den siffran anses vara för låg.

5.1.4 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 2021 har IVO genomfört 13 tillsyner, de flesta gällande rapporteringen av ej verkställda beslut. IVO har fyra pågående tillsyner på förvaltningen.

Tillsyn och beslut av IVO

Tillsyn av IVO	Antal	Beslut av IVO
Tillsyn av ej verkställt beslut	8	IVO bedömer att det inte finns skäl att ansöka om utdömande av särskild avgift.
Tillsyn av boenden med särskild service för vuxna enligt LSS, förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder	1	IVO har ej avslutat ärendet.
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 då det inkommit klagomål som rör handläggnings och utredningstider.	1	IVO har ej avslutat ärendet.
Tillsyn, granskning av handläggning av stöd och skydd till ett barn på HVB Platea AB Hagfors	1	IVO bedömer att ärendet hanterats korrekt och har avslutat granskningen.

Tillsyn av IVO	Antal	Beslut av IVO
Tillsyn avseende omplaceringar och hemflytt av placerade barn under 18 år	1	IVO har ej avslutat ärendet
Totalt	13	

5.1.5 Ej verkställda beslut

	2020	2021
Kvartal 1	20	21
Kvartal 2	14	17
Kvartal 3	20	24
Kvartal 4	23	11

Antalet ej verkställda beslut ligger på en relativt jämn nivå jämförelsevis med år 2020. Ökningen under kvartal 3 beror främst på enskilda fall, där flera tackat nej till erbjuden insats samt ett beslut som rör en vårdnadshavare till tre olika barn. Dock kan vi konstatera att bristen på kontaktfamiljer/kontaktpersoner inom barn och unga liksom resursbristen inom funktionshinderomsorgen kvarstår som två utmaningar framåt.

Siffran för kvartal 4 under 2021 indikerar en kraftig minskning, vilket är ett resultat av många verkställda beslut inom funktionshinder- och äldreomsorgen. Merparten av de beslut som rapporterades in som ej verkställda under kvartal 4 fattades under kvartal 3 vilket visar på att de beslut som eftersläpat har verkställts eller avslutats.

5.1.6 Lex Maria och lex Sarah

Under 2021 har 20 utredningar enligt lex Sarah genomförts. Av dessa har sju stycken anmälts till IVO.

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

Utifrån utökningen av SAS-tjänster har arbetet med avvikelshantering och Lex Sarah kunnat intensifieras.

Under 2021 har två anmälningar enligt Lex Maria gjorts till IVO, 2021 har två avvikelser varit föremål för utredning som kunde lett till vård skada. IVO har varit nöjda med de åtgärder som Hälso- och sjukvården vidtagit och har inga ytterligare synpunkter på verksamheten.

Utredningar av misstänkta missförhållanden och vårdskador

Område	Enhet	Bedömning	Anmärkning
Brister i handläggning och dokumentation	Barn och unga, Myndighet	Allvarligt missförhållande	Det framkommer bristfällig dokumentation i flertalet ärenden på enheten.
Brister i utredningsarbete	Barn och unga, Myndighet	Allvarligt missförhållande	Framkommer brister i utredningsarbetet gällande barn som blir utsatt för våld.
Brister i dokumentation.	Ekonomiskt bistånd, Myndighet	Allvarligt missförhållande	Det framkommer bristfällig dokumentation i flertalet ärenden på enheten.
Brister gällande inre sekretess	Barn och unga, Myndighet	Risk för missförhållande	Otillbörlig läsning av journal
Brister gällande inre sekretess	Barn och unga, Myndighet	Risk för missförhållande	Otillbörlig läsning av journal
Brister i rapportering	Särskilt boende	Onödigt lidande i	Baspersonal har inte följt rutin om att

Område	Enhet	Bedömning	Anmärkning
mellan yrkesprofessioner	Äldreomsorgen	form av smärta ,oro och ångest.	kontakta sjuksköterska
Läkemedelssvinn	Särskilt boende äldreomsorgen	Risk för fysisk och psykisk ohälsa	Kontrollräkning utav narkotika har varit bristfällig
Ovärdigt bemötande	Särskilt boende äldreomsorg	Allvarligt missförhållande, risk för oro och ångest	Ej tillämpat yrkeskunskapen samt inte följt gällande rutiner och arbetssätt.
Ovärdigt bemötande	Särskilt boende äldreomsorg	Allvarligt missförhållande, risk för fysisk skada och oro, ångest	Ej tillämpat yrkeskunskapen samt inte följt gällande rutiner och arbetssätt.
Brist i information	Ordinärt boende, äldreomsorg	Allvarligt missförhållande	Brist i kommunikation mellan enheter inom socialförvaltningen.
Brist i omvårdnad	Ordinärt boende, funktionshinder	Risk för allvarligt missförhållande. Risk för oro, ångest och fysisk skada	Ej tillämpat yrkeskunskapen samt inte följt gällande rutiner och arbetssätt.
Brist gällande hantering av sekretessmarkering	Barn och unga, Myndighet	Risk för missförhållande	Information om ett barns familjehemsadress har röjts till vårdnadshavare trots beslut från Skatteverket om sekretessmarkering
Brist i omvårdnaden	Särskilt boende äldreomsorg	Risk för missförhållande	Uteblivet besök
Brist i omvårdnaden	Särskilt boende äldreomsorg	Risk för missförhållande	Bristande förberedelser inför insats
Brist i omvårdnaden	Särskilt boende äldreomsorg	Risk för missförhållande	Brist i det förebyggande arbetet
Ovärdigt bemötande	Särskilt boende äldreomsorg	Risk för missförhållande	Ej tillämpat yrkeskunskapen samt inte följt gällande rutiner och arbetssätt.
Överskridna befogenheter	Personlig assistans	Risk för missförhållande	Ej tillämpat yrkeskunskapen samt inte följt gällande rutiner och arbetssätt.
Brist i omvårdnad	Personlig assistans	Risk för missförhållande	Ej tillämpat yrkeskunskapen samt inte följt gällande rutiner och arbetssätt.
Brist i omvårdnad	Gruppboende funktionshinder-omsorg	Risk för missförhållande	Ej tillämpat yrkeskunskapen samt inte följt gällande rutiner och arbetssätt.
Brist i omvårdnad	Ordinärt boende äldreomsorg	Risk för missförhållande	Ej tillämpat yrkeskunskapen samt inte följt gällande rutiner och arbetssätt.

5.1.7 Öppna jämförelser

Öppna jämförelser; nationell undersökning för att skapa underlag för brukare, anhöriga, verksamheter, förtroendevalda, tjänstemän, media osv, att kunna jämföra verksamheter med varandra. Under 2021 har inga öppna jämförelser genomförts av Socialstyrelsen, utifrån den pågående pandemin Covid-19.

5.2 Myndighet

5.2.1 Brukarenkäter

Det har inte genomförts några brukarundersökningar under åren 2020-2021 på avdelning myndighetsutövning, på grund av covid-19. Under hösten 2021 fattades det beslut om att skapa en egen brukarenkät och frånga SKR's nationella brukarenkät. Enkäten ska användas löpande under året för alla enheter förutom enheten för ekono-

miskt bistånd där enkäten skickas ut en gång per år. Detta arbete startas våren 2022.

I december 2021 skickades det ut en brukarenkät med möjlighet att svara via inskannad QR-kod till alla som fått ett beslut gällande ekonomiskt bistånd under november månad. Då svarsmarginalen var låg (ca 10%) måste detta arbetssätt ses över under 2022.

5.2.2 Ärenden i förvaltningsdomstol

Det har skett en minskning av ärenden gällande överklagan i förvaltningsrätten, vilket är svårt att fastställa en anledning för. Det kan vara att brukarna känner sig mindre benägna att överklaga då de håller med om nämndens beslut i ärendet. Utifrån att merparten av överklagningsärendena avslås i förvaltningsrätten indikerar det ett rätts-säkert och korrekt beslutsfattande av nämnden.

Överklagan och förvaltningsrättens dom

Överklagan avser	Antal	Förvaltningsrättens dom
Ekonomiskt bistånd (SoL)	56	49 avslag, 7 bifall
Personlig assistans	14	Avslag
Korttidsplats (LSS)	1	Avslag
Hemtjänst	1	Avslag
Kontaktperson (LSS)	1	Avslag
HVB utredningshem	1	Avslag
Ledsagarservice	1	Avslag
Totalt	75	

LVM och LVU-ärenden

Beslut	Antal	Förvaltningsrättens dom
Omedelbart LVM	3	3 fastställd dom
Ansökan LVM	3	3 fastställd dom
Omedelbart LVU	5	2 fastställd dom
Ansökan LVU	12	12 fastställd dom
Totalt	23	Alla enligt nämndens beslut, inga avslag.

5.2.3 Uppföljning inom enheten barn- och unga

Enheten för barn och unga - myndighet

Sedan 2019 rapporterar Enheten för barn och unga om hur situationen på enheten ser ut till nämnd varannan månad. Detta utifrån det tillsynsärende som pågår på enheten, där det framkommer flera brister, främst gällande för lång utredningstid och ej fördelade utredningar.

Enheten har haft en hög arbetsbelastning under 2021, det har inkommit totalt 1873 orosanmälningar till enheten, med en topp i mars där det inkom 232 orosanmälningar. Av de 1360 anmälningar som avslutats under året har det tagit längre tid än 14 dagar att fatta beslut om att inleda utredning eller ej i 183 (13,5%) stycken.

Under året avslutades 506 utredningar, drygt hälften av dessa (56%) hade en utredningstid längre än de lagstadgade fyra månaderna.

Socialförvaltningen har ett internt kvalitetskrav att inledda utredningar på Enheten för barn och unga ska tilldelas en handläggare inom 14 dagar. Siffran på antal ej fördelade utredningar har varierat under året och varit nere på noll i augusti månad. Dock har siffran stigit igen och den 31 december 2021 fanns det 32 inledda utredningar som ej fördelats inom 14 dagar.

Enheten för barn och unga - öppenvård

Under 2021 hade öppenvården totalt 195 insatser, att jämföra med 148 insatser under 2020. 156 av dessa 198 insatser har varit beviljade genom bistånd, 34 insatser har genomförts genom råd och stöd och 8 ärenden enligt lagen om särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare (LUL).

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. Av flera anledningar finns det 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.

2021 avslutades 123 behandlingsinsatser med biståndsbeslut (2020 avslutades 94). Av dessa har 24 insatser (20%) avslutats på grund av sammanbrott. Procentuellt ligger det på likvärdig nivå jämfört med 2020 års siffror. I de behandlingsinsatser med planerat avslut skattar behandlarna att måluppfyllelsen av genomförandeplanen är 3,1 på en 5-gradig skala vilket ligger precis under snittet på 3,2 under åren 2007-2021.

5.3 Verkställighet

5.3.1 Brukarundersökning

Socialstyrelsen fattade beslutet att inga nationella brukarundersökningar, avseende upplevd kvalitet inom äldreomsorgen, skulle genomföras under 2021.

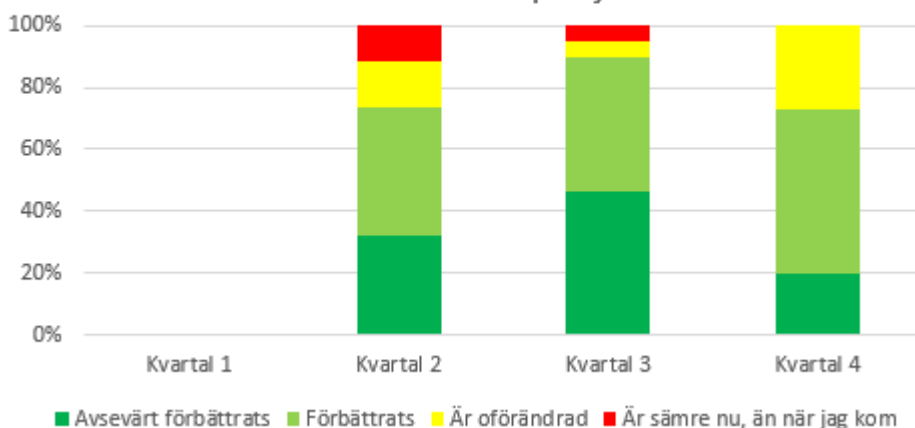
Socialstyrelsen genomförde nationell brukarundersökning inom funktionshinderomsorgen. Utfallet för 2021 ligger i paritet med 2020. En viss tendens till att brukarna är mer nöjda med insatserna än tidigare kan skönjas. Framför allt utifrån att antalet/andelen som har svarat nekande/negativt på frågorna har minskat och antalet/andelen neutrala svar har ökat. Andelen/antalet positiva svar är generellt sett konstant.

Under tidigare år har utvecklingsmålen för brukarundersökningarna varit att öka antalet respondenter. För år 2021 har målet uppfyllts; antalet respondenter har ökat från 300 (2020) till 342 (2021), vilket motsvarar en ökning med 14%. Andelen respondenter vid respektive verksamhet varierar dock kraftigt, varför det är motiverat att även fortsättningsvis ha kvar samma utvecklingsmål.

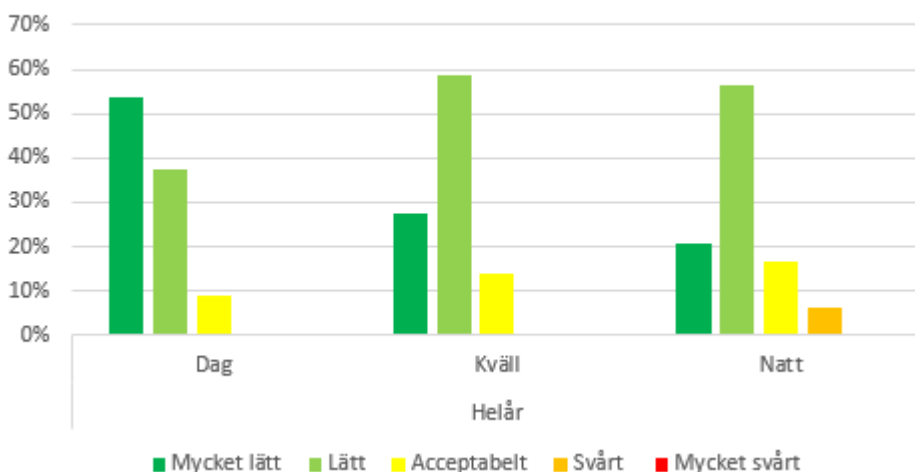
Öppna jämförelser har genomförts för både funktionshinderomsorgen och äldreomsorgen. Gemensamt för båda undersökningarna är att utredningsmodellerna AUDIT eller DUDIT inte används för att upptäcka riskfylld alkoholkonsumtion alternativt drogrelaterade problem. Vidare så används inte resultat från systematisk uppföljning vid utveckling av verksamheten, vare sig inom myndighetsutövning eller verkställighet.

Vid Sjöbackens korttidsenhet har brukaren, i samband med att hen ska lämna enheten, erbjudits att delta i en brukarundersökning. Över lag är brukarna nöjda med insatsen. Exempel på utfall:

Min livssituation / möjlighet att leva som jag vill, har under tiden på Sjöbacken



Att nå personalen upplever jag:



Samtliga deltagare i enkäten har erbjudits att delta i ytterligare en enkät; upplevelse 3-6 månader efter vistelse på Sjöbackens korttidsenhet. Respondenterna är få under 2021: utfallet kommer att redovisas tillsammans med 2022 års resultat

5.3.2 Dokumentation

Resultat från journalgranskning

Granskning dokumentation	2017	2018	2019	2020	2021
Andel genomförandeplaner med godkänd kvalitet	73%	82%	52%	-	76%

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, uppnås en mätbar tydlighet för den enskilde brukaren. Den dubbla vinsten med genomförandeplanen uppstår också genom att den personal som ansvarar för att genomföra arbetsuppgiften får ett stöd i 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.

Socialförvaltningen ger stöd och hjälp till ett stort antal invånare i Nässjö kommun. Att som tidigare kvalitets-säkra följsamheten till regelverket, genom manuell kontroll, är inte hållbart över tid. Under 2021 har därför statistiken hämtats via verksamhetssystemet. I och med att arbetssättet är nytt, finns det behov av ytterligare förbättringsarbete för att kunna producera helt kvalitetssäkrade uppgifter. Dock det redovisade utfallet för 2021 (76%) en tydlig indikation på att socialförvaltningens medarbetare har arbetat aktivt för att säkerställa att fler brukare än tidigare har tillgång till en aktuell genomförandeplan.

5.3.3 Demensvård - BPSD

Antalet bedömningar, utifrån arbetssättet som finns i metoden BPSD (Beteendemässiga psykiska symptom vid demenssjukdom), har ökat under 2021. Detta är mycket positivt! Den evidensbaserade kunskap som finns runt demenssjukdomar visar att minst 90% av alla personer med demensdiagnos någon gång får symptom i form av oro, ångest, utåtagerande beteende, apati eller ökad grad av förvirring. När medarbetare inom socialförvaltningen har kunskap om arbetsmetoden BPSD, och kan använda BPSD-registret, så ökar samtidigt möjligheten för den enskilde att snabbt får hjälp och stöd, och därigenom kunna fortsätta att leva ett gott och självständigt liv, utifrån sina egna förutsättningar

Under 2022 är avsikten att utbilda ytterligare medarbetare till BPSD-administratörer

Resultat ur BPSD-registret

Bedömningar och antal personer	2017	2018	2019	2020	2021
Antal bedömningar gjorda på personer med BPSD	146	190	180	177	206

Resultat ur BPSD-registret

Kvalitetsindikatorer (%)	2017	2018	2019	2020	2021	Riket 2021
Andel personer med olämpliga läkemedel	36	51	46	57	55	39
Andel personer som verkar smärtfria	77	79	72	76	77	72
Andel personer som har en bemötandeplan	87	94	100	100	100	99
Andel personer som fått läkemedelsöversyn genomförd	88	90	95	92	95	91
Andel personer med Alzheimers sjukdom som har symtomlindrande demensläkemedel	80	80	65	57	73	66

5.4 Patientsäkerhet

5.4.1 Hygien

Basala hygienrutiner ska tillämpas utav all personal som utför vård och omsorgsmoment. Detta ska ske oberoende vårdgivare och vårdform, vare sig det finns känd smitta eller inte. 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 2021 har andelen mätningar som gjorts varit färre och resultatet är därför inte 100 % tillförlitligt. En möjlig orsak till detta kan delvis vara personalskifte inom flera enheter.

Observationer utförda av hygienombud	HT 2018	VT 2019	HT 2019	VT 2020	Extra 2020	HT 2020	VT 2021	HT 2021
Andel med korrekt i samtliga 8 steg	37%	47%	45%	72%	79%	78%	77%	68%
Andel med korrekt i samtliga 4 hygiensteg	43%	57%	52%	80%	92%	82%	85%	72%
Andel med korrekt i samtliga 4 klädregler	75%	77%	81%	87%	88%	93%	88%	92%

Verksamhet (andel med korrekt i samtliga 8 steg)	HT 2018	VT 2019	HT 2019	VT 2020	Ex-tra 2020	HT 2020	VT 2021	HT 2021
Funktionshinderomsorg gruppbo-stad/servicebostad	40%	23%	34%	60%	58%	50%	56%	63%
Äldreomsorg äldreboende	36%	55%	45%	76%	87%	83%	78%	68%
Äldreomsorg hemtjänst	34%	37%	47%	64%	72%	85%	88%	65%
Hälso- och sjukvård	58%	74%	57%	90%	100%	94%	87%	84%

5.4.2 Infektionsmätning

Vetenskaplig evidens finns för att förekomst av vissa riskfaktorer ger en ökning av vårdrelaterade infektioner (VRI). Ju fler riskfaktorer hos samma individ desto större risk för uppkomst av infektion. Det är därför viktigt att kartlägga dels förekomsten av riskfaktorer och dels antalet infektioner förvärvade i särskilda boenden. Infektionsmätningen har under 2021 utförts i mycket begränsad omfattning. Den möjliga orsaken till detta är ett omfattande arbete runt pandemin och dess vaccinationer som prioriterats. Personalomsättning under året har också påverkat resultatet.

Riskfaktorer

Risk för infektioner	2017	2018	2019	2020	2021
Andel med riskfaktorer för infektioner	23%	26%	27%	-	-

Antibiotikabehandling

Registrerade infektioner (antal)	2017	2018	2019	2020	2021
Antibiotikabehandlad lunginflammation	61	53	39	-	6
Antibiotikabehandlad urinvägsinfektion	144	169	131	-	25
Antibiotikabehandlad sårinfektion	32	53	34	-	9
Övriga antibiotikabehandlade infektioner	45	22	24	-	4
Vinterkräksjuka	63	45	20	-	0
Totalt	345	343	248	-	44

5.4.3 Läkemedel

Läkemedel

Genom det länsgemensamma samverkansavtalet för hemsjukvård, ska patientansvarig läkare två gånger per år genomföra en läkemedelsgenomgången tillsammans med patientansvarig sjuksköterska och brukarens kontaktperson. Brukaren och/eller anhörig deltar utifrån möjlighet och önskemål. Läkemedelsgenomgångar görs även för personer i ordinärt boende, oftast i samband med årligt läkarbesök på vårdcentralen eller i samband med sjukhusvistelse.

Utfallet i uppföljningen (statistik) går inte att kvalitetssäkra för år 2021. Orsaken är brister i journalföringen, snarare än brister i uppföljningen. 79% av brukarna har en fast läkarkontakt som årligen besöker och går igenom brukarens läkemedel.

5.4.4 Natfasta

Inom särskilt boende, äldreomsorg, är kunskapen om vikten av nattfastan inte får överstiga 11 timmar mycket god.

Under 2022 kan det vara lämpligt att utveckla den strukturella, övergripande, uppföljningen, så att det blir möjligt framöver att dra generella slutsatser. Härigenom öppnas då möjligheter för ett övergripande, strukturellt förbättringsarbete, som komplement till de individriktade åtgärderna som redan idag utförs.

5.4.5 Palliativvård

Palliativ vård ges till patienter i livets slutskede. Målet för den palliativa vården är att ge högsta möjliga livskvalitet för både patienter och de närstående. Palliativ vård ska enligt (WHO) tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov.

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

Utvalda insatser inom palliativ vård ska registreras i palliativvårdsregistret. Genomgående för länet är att det brister i smärtskattning. Smärtlindring ges, men grundar sig inte alltid på att en skattning har utförts. Antalet inrapporterade dödsfall med någon form av insats i Nässjö kommun var 2021, 78 styck.

Täckningsgrad av inrapporterade dödsfall

Täckningsgrad (%)	2017	2018	2019	2020	2021
Nässjö kommun	75	57	60		78

Måluppfyllelse av kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer (%)	2017	2018	2019	2020	2021
Dokumenterat brytpunktssamtal (98%)	-	75	79		79
Ordination inj. stark opioid vid smärtgenombrott(98%)	-	95	97		93
Ordination inj. ångestdämpande vid behov (98%)	-	93	95		93
Smärtskattats sista levnadsveckan (100%)	53	49	36		54
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan (90%)	65	59	34		43
Utan trycksår (grad 2-4) (90%)	88	89	85		82
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket (90%)	82	83	83		86

5.4.6 Samordnad vårdplanering

Samverkan är en viktig del i det kontinuerliga arbetet för att förebygga vårdskador och återinläggning inom slutenvården. Hälso-sjukvården i Nässjö kommun samverkar med regionen och andra vårdgivare på olika nivåer. Under 2021 har Nässjö kommun minskat antalet dagar där patienten befinner sig inom slutenvården som färdigbehandlad tills att det finns en plats inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Den oplanerade återinskrivningen inom slutenvården för personer 65 år eller äldre minskade med 25% 2021 jämfört med 2020. Det visar på väl fungerande samordnad vårdplanering och en god vårdkvalitet mellan regionen och kommunal hälso-och sjukvård.

Utskrivningsklar slutna vård	2017	2018	2019	2020	2021
Antal dagar i genomsnitt från utskrivningsklar till utskriven	3	1.8	1.86		0.30

5.4.7 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 problematik 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 åtgärden 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 förbättra patientsäkerheten och kan som en följd även minska uppkomna vårdskador.

I jämförelse med 2020 och 2021 ser man en försämring av ett redan mycket lågt deltagande och resultat kring att arbeta med Senior alert. Förslag till förbättring 2022 är att verksamheterna bör lägga större vikt vid att genomföra team träffar kontinuerligt, där samtliga professioner är representerade där man har en genomgång av samtliga parametrar inom Senior alert på varje patient inom (äldreomsorg och LSS). Verksamheterna bör också kontinuerligt utbilda personal i att arbeta med Senior alert för att stärka patientsäkerheten. 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	2017	2018	2019	2020	2021
Riskbedömningar med risk	90%	88%	87%	86%	85%
Bakomliggande orsaker vid risk	82%	84%	94%	84%	89%
Åtgärdsplan vid risk	88%	86%	89%	83%	91%
Utförda åtgärder vid risk	68%	53%	43%	30%	70%

Trycksår

Resultat från Senior Alert	2017	2018	2019	2020	2021
Personer med trycksår	57	46	53	49	42
Antal trycksår	80	58	85	75	64

Fall

Resultat från Senior Alert	2017	2018	2019	2020	2021
Sårskada	59	33	23	10	10
Fraktur	10	11	9	1	4
Hjärnskakning/skallskada	1	1	-	0	1
Mjukdelsskada och övriga skador	49	16	20	6	3
Dödsfall	1	1	-	0	0
Totalt antal fall	467	337	52	106	67

Munhälsa

Resultat från Senior Alert	2017	2018	2019	2020	2021
----------------------------	------	------	------	------	------

Resultat från Senior Alert	2017	2018	2019	2020	2021
Antal riskbedömningar av munhälsa	349	227	104	10	6
Antal riskbedömningar med ROAG	317	197	87	4	10
Antal personer med risk för munhälsa	91	65	21	33	10

Undernäring

Resultat från Senior alert	2017	2018	2019	2020	2021
Antal med BMI <22	142	111	100	98	68

5.4.8 Dokumentation

Vårdplaner

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. Slumpmässigt har 50 patienter valts ut och deras dokumentation granskats av medicinskt ansvarig sjuksköterska. I snitt har varje patient 13 vårdplaner. Samtliga patienter hade minst en vårdplan men endast 3% av planerna har ett formulerat mål. Patientens delaktighet i att formulera mål för sin vård- och behandling är låg och behöver förbättras.

Resultat från journalgranskning

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

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.

5.4.9 Fast vårdkontakt

Genom samverkan mellan berörda vårdaktörer ska patientens behov, aktiviteter och önskemål samordnas, för att ge en överblick. En patient med flera vårdkontakter ska enkelt kunna ta del av en sammanhållen planering, som minskar dubbelarbete och sparar tid för både patienten och vården.

Hälso- och sjukvården ska ansvara för samordning och koordinering av vårdinsatserna genom en fast vårdkontakt. En fast vårdkontakt kan utses i alla verksamheter och ska ha ansvar för samordning. Syftet är att skapa tydlighet för patienten kring nästa steg i vård och behandling, för att ge trygghet, kontinuitet och helhet. I primärvården är fast vårdkontakt och fast läkarkontakt reglerade i lag.

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 stycken som har en fast namngiven läkarkontakt och 189 stycken med en fast namngiven vårdkontakt inom kommunal hälso- och sjukvård.

I Läkaruppdrag och medicinsk samverkan mellan vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende kommer kommunal- hälso och sjukvård att få en utökad tillgänglighet utav läkare. Den fasta läkarkontakten svarar för att patienten undersöks, när möjligt ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som hälsotillståndet kräver. Läkaren ska även informera patienten om dennes hälsotillstånd och om de mest lämpliga behandlingsalternativ som finns tillgängliga. Den fasta läkarkontakten ska ge vägledning i övriga kontakter med hälso- och sjukvården, bidra med kontinuitet och ökad trygghet. Om det krävs, ska den fasta läkarkontakten samordna vidtagna utrednings- och behandlingsåtgärder. Patienten ska kunna välja en fast läkarkontakt i primärvården

6 Identifierade förbättringsområden

6.1 Övergripande

Socialförvaltningen har fastställt rutin för att arbeta med loggningskontroller. Genomförda loggningskontroller (antalet) är dock för lågt ställt till den volym av medarbetare som förvaltningen har. För att uppnå en tillfredsställande nivå av rättssäkerhet och egenkontroll, måste antalet kontroller öka under 2022.

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.

6.2 Myndighet

Myndighetsutövningens utredningsdokumentation och journalföring behöver förbättras under 2022 utifrån flertalet brister som identifierats under 2021. Arbetet behöver genomsyra avdelningens alla enheter för att säkerställa en samsyn och rättssäker handlägningsprocess.

Arbetet med arbetstygdmätningar behöver utökas på avdelningen för att säkerställa att tidsresurser fördelas på det sätt som arbetet kräver. Verktuget ska användas i ett led för en minskad stress och därmed skapa förutsättningar för en korrekt handläggning.

Processstöd för avdelningens samtliga enheter behöver arbetas fram och användas i det dagliga arbetet. Processstöd är en viktig faktor för korrekt och lättillgänglig information. Stödet används både i det dagliga arbetet och som en del i introduktionen av nya socialsekreterare.

De förbättringsmöjligheter som identifierades i utredningen som gjordes gällande riktlinjer och arbetssätt på Enheten för ekonomiskt bistånd ska realiseras under 2022. Det handlar främst om en snabbare process från att ansökan inkommer tills behov av arbetsmarknadsinsatser kontra rehabilitering kan fastställas.

6.3 Verkställighet

Individens behov i centrum

Individens behov i centrum (IBIC) är ett strukturerat arbetssätt, framtaget av socialstyrelsen på regeringens uppdrag. IBIC genomsyrar hela processen; från initiering, ansökan, utredning och beslut, till beställning, verkställighet och uppföljning.

Å ena sidan är arbetssättet välkänt; Nässjö kommun har i decennier arbetat utifrån Esther-perspektivet, vilket i mångt och mycket är detsamma. IBIC har dock ett ännu tydligare brukarperspektiv. Å andra sidan är dokumentationen något annorlunda i IBIC-modellen än vad de flesta är vana vid.

För att IBIC ska få ännu tydligare genomslag i fram för allt uppföljningen, både för den enskilde individen men också på en övergripande, generell nivå, måste utbildningssatsningar göras. De områden som framför allt måste lyftas fram, är grundförståelsen för vad IBIC innebär samt utbildning och kunskap i att dokumentera utifrån IBIC. Förutsättningar och struktur finns inom både funktionshinderomsorgen och äldreomsorgen, framför allt genom metodhandledare centralt i avdelningen och metodstödjare i arbetslagen. Det som behöver förbättras är processledarutbildning för äldreomsorgens chefer samt en tydlig struktur för hur omvårdnadspersonalen ska beredas utbildningstillfällen.

Genom att utgå från IBIC, uppnås två syften: verksamheterna kommer ännu tydligare att arbeta personcentrerat samtidigt som dokumentationen kommer att förbättras.

Vinsten kommer självklart att vara individrelaterad; det blir möjligt för den enskilde att lättare arbeta mot målet, när alla runt omkring besitter samma kunskap. Dessutom kommer samarbetet mellan olika yrkesgrupper att underlättas, när samtliga medarbetare har ett ännu mer gemensamt språk/uttryckssätt.

På en övergripande nivå kommer satsningen på IBIC att innebära ökad effektivitet, då resurserna ännu bättre kan användas för rätt insatser. Över tid kommer det också att ges möjlighet att utvärdera insatsernas effektivitet bättre. Båda dessa troliga effekter kommer att vara mycket värdefulla framöver, när befolkningsprognosen indi-

kerar ett ökat antal äldre, som sannolikt kommer att behöva stöd av äldreomsorgen på ena eller andra sättet. För att möta framtidens utmaningar, måste resurser användas på rätt sätt, med rätt kompetens och vid rätt tid. För att socialförvaltningen framöver ska kunna utvärdera om så är fallet, behövs tillgång till kvalitetssäkrade statistikuttag. IBIC-processen, med rätt dokumentation, kan ge förutsättningar till detta.

6.4 Patientsäkerhet

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.

Det preventiva arbetet med patientsäkerhet behöver förbättras genom att arbeta med riskanalyser på ett strukturerat sätt. Nationella kvalitetsregistret, så som Senior Alert eller vård- och insatsprogram måste användas mer frekvent.

Arbeta med att förebygga vårdrelaterade infektioner (VRI) måste intensifieras. Vårdrelaterade infektioner 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.

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.