



Växjö  
kommun

# Kvalitets- och patient- säkerhetsberättelse,

## Arbete och välfärd

# Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	3
Inledning .....	4
Grundläggande förutsättningar för säker vård och en socialtjänst med god kvalitet .....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	6
En god säkerhetskultur .....	11
Adekvat kunskap och kompetens .....	11
Den enskilde som medskapare .....	12
Agera för säkra insatser och säker vård .....	14
Öka kunskap om inträffade avvikelser samt stärka analys, lärande och utveckling.....	14
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	21
Säker verksamhet här och nu .....	21
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	22
Egenkontroll .....	22
Kvalitet inom vuxenutbildning.....	31
Avvikelser och klagomål.....	31
Anmälan om kränkande behandling.....	32
Förbättringsarbete .....	32
Mål och strategier för kommande år .....	34

# Sammanfattning

Under 2023 har följande utvecklingsområden varit prioriterande för nämndens systematiska kvalitetsarbete.

- Fortsatt arbete för att ge information och kunskap om SOSFS 2011:9 och kraven på kvalitetsarbete inom förvaltningen. Gemensamt avstamp i form av workshops i chefsgrupper.
- Gränsdragningar och synergieffekter mellan kvalitetsarbetet och verksamhetsstyrningen.
- Systematiskt förbättringsarbete genom avvikelshantering.

Därtill har ett antal utvecklingsområden identifierats av förvaltningens ledningsgrupp, där följande aktiviteter förväntades stärka det systematiska kvalitetsarbetet.

- Utveckla systematisk uppföljning.
- Utveckla eller förstärka samverkan med externa aktörer inom flera områden: kriminalitet, arbete i fält, skolnärvaro eller sysselsättning bland barn och unga samt våld i nära relationer.
- I fråga om den interna samverkan och processer och rutiner ska tillämpning av nämndens riktlinjer ses över för att främja teambaserat förhållningssätt.

För patientsäkerhetsarbetet fattar nämnden varje år beslut om en patientsäkerhetsplan. Planen för 2023 har omfattat tre målområden:

- Samverkan
- Förbättrat arbete med nutrition
- Ökad fokus på avvikelserapportering och analys av avvikelser

Till varje målområde har strategier formulerats för hur målet ska uppnås.

Inom vuxenutbildningen har verksamheten följts upp i enlighet med skollagen och Skolverkets allmänna råd.

Sammanfattningsvis har arbetet under året bedrivits i linje med prioriterade utvecklingsområden, mål i patientsäkerhetsplanen samt lagkrav och allmänna råd för skolväsendet. Arbetet har lett till goda resultat och god måluppfyllelse. En redogörelse över hur arbetet har bedrivits och vilka resultat som har uppnåtts framgår av rapporten.

# Inledning

Förvaltningen arbete och välfärds verksamheter styrs av olika lagar. Socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och skollagen, ställer alla krav på att verksamheten ska bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete. Det innebär att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Syftet är att verksamheten hela tiden ska bli bättre för dem som den finns till för.

Kvaliteten i verksamheten utgörs av de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter. Även handböcker och direktiv som har beslutats med stöd av sådana föreskrifter och andra styrande dokument ligger till grund för kvaliteten i verksamheten.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen är en redogörelse över kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet som har bedrivits inom förvaltningen under 2023. Arbetet utgår från SOSFS 2011:9, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, patientsäkerhetslagen (PSL) samt Skolverkets allmänna råd *Systematiskt kvalitetsarbete - för skolväsendet*.

Enligt PSL ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Berättelsen ska ha sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Enligt SOSFS 2011:9 bör den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Innehållet i berättelsen ska ge svar på hur det systematiska och fortlöpande kvalitetsarbetet har bedrivits under året, vilka åtgärder som har vidtagits samt vilka resultat som har uppnåtts.

Nämnden för arbete och välfärd är huvudman för den kommunala vuxenutbildningen är i Växjö kommun. Skollagen ställer krav på huvudmannens systematiska kvalitetsarbete inom skolväsendet, inom vilket den kommunala vuxenutbildningen ingår. Huvudmannen är ytterst ansvarig för att utbildningen genomförs i enlighet med skollagen och andra bestämmelser, enligt 2 kap. 8 a § skollagen. Enligt skollagen ska varje huvudman inom skolväsendet på huvudmannanivå systematiskt och kontinuerligt planera, följa upp och utveckla utbildningen. Det systematiska kvalitetsarbetet inom skolväsendet ska inriktas mot att uppfylla de nationella målen för utbildningen. Det systematiska kvalitetsarbetet ska även dokumenteras. I Skolverkets allmänna råd, *Systematiskt kvalitetsarbete - för skolväsendet*, framgår hur huvudmän, förskole- och skolenheter bör arbeta för att mot-

svara skollagens krav på ett systematiskt kvalitetsarbete. Det systematiska kvalitetsarbetet inom Komvux i Växjö kommun utgår från ovanstående krav och allmänna råd. En redogörelse över kvalitetsarbetet inom vuxenutbildningen återfinns sist i rapporten.

Mallen för kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav, föreskrifter och allmänna råd samt strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet *Korsreferenslista för lagkrav* kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Dessa framgår av de grönafälten i bilden nedan. I rapporten hänvisas löpande till dessa förutsättningar.



# Grundläggande förutsättningar för säker vård och en socialtjänst med god kvalitet

## Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för god kvalitet och en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av verksamheten på alla nivåer.



## Organisation och ansvar

Nämnden för arbete och välfärd har det övergripande ansvaret för den verksamhet som bedrivs samt det yttersta ansvaret för att verksamheten bedrivs med god kvalitet.

Nämnden ska säkerställa att chefer och medarbetare har kompetens, engagemang, ansvar och befogenheter för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Vidare ska nämnden efterfråga och följa upp mätbara mål, mått och mätrutiner för viktiga processer i verksamheten.

Chefer inom förvaltningen ansvarar för att inom sitt ansvarsområde bedöma vad som anses vara god kvalitet, identifiera risker och genomföra egenkontroller samt vidta förbättrade åtgärder. För medarbetare ska det skapas goda förutsättningar att arbeta i enlighet med beslutade rutiner och processer. Chefer ansvarar för att medarbetare engageras, har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva en verksamhet av god kvalitet. Vidare ansvarar chefer för att ta fram och följa upp mätbara mål, mått och mätrutiner. Utfallet ska analyseras, medarbetare ska delges resultat och åtgärder ska initieras.

Medarbetare ansvarar för att arbeta i enlighet med fattade beslut och att vara delaktiga i utförandet av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet genom risk- och avvikelshantering samt uppföljning av mål och resultat.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet, att det finns rutiner för att kontakta

läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov och att patienten får den hälso- och sjukvård läkaren har bestämt. Vidare ansvarar MAS för att rutinerna för läkemedelshantering är säkra, besluten om delegering är patientsäkra, patientjournaler förs samt för att utreda och anmäla allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada enligt lex Maria.

Stödfunktioner utgör ett stöd till chefer och medarbetare i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Inom förvaltningen finns en arbetsgrupp av stödfunktioner och socialsekreterare med uppdraget att samordna det systematiska kvalitetsarbetet.

## Övergripande mål och strategier

### Systematiskt kvalitetsarbete

Under 2023 har följande utvecklingsområden varit prioriterande för nämndens systematiska kvalitetsarbete.

- *Fortsatt arbete för att ge information och kunskap om SOSFS 2011:9 och kraven på kvalitetsarbete inom förvaltningen. Gemensamt avstamp i form av workshops i chefsgrupper.*

Workshops genomfördes innan sommaren. Syftet med workshopen var att fortsätta utveckla ett systematiskt kvalitetsarbete inom förvaltningen som är till nytta för den verksamheten är till för. Målet var att öka kunskapen och förståelsen för vad systematiskt kvalitetsarbete innebär och hur arbetet kan bedrivas utifrån förutsättningar i den egna verksamheten. Upplägget på workshopen var en inledande presentation av systematiskt kvalitetsarbete och kraven i föreskrifterna, följt av en workshop med egna reflektioner och diskussioner i smågrupper. Resultatet av workshopen har sammanställts och använts för att utforma ledningssystemet och stödet till verksamheterna framåt. En utvärdering av workshopen visar att cheferna i hög grad upplevde att målen med dagen uppfylldes. Utvärderingen visar också att cheferna fick bekräftelse på att mycket systematiskt kvalitetsarbete redan görs men att det inte alltid dokumenteras.

- *Gränsdragningar och synergieffekter mellan kvalitetsarbetet och verksamhetsstyrningen.*

Området integrerades som en informationspunkt under workshopen. Ytterligare gränsdragningar och synergieffekter kommer att synliggöras under 2024.

- *Systematiskt förbättringsarbete genom avvikelshantering.*

Under året har förvaltningens arbetsgrupp för systematiskt kvalitetsarbete arbetat fram ett informationsmaterial om avvikelshantering med tillhörande diskussionsfrågor. Efter årsskiftet kommer gruppen att gå igenom materialet med förvaltningens ledningsgrupp och därefter i respektive chefsgrupp. Alla enhetschefer kommer sedan få i uppdrag att

gå igenom materialet och diskussionsfrågorna med sina medarbetare.

Därtill har ett antal utvecklingsområden identifierats av förvaltningens ledningsgrupp, där följande aktiviteter har genomförts och stärkt det systematiska kvalitetsarbetet.

- Utveckla systematisk uppföljning.
- Utveckla eller förstärka samverkan med externa aktörer inom flera områden: kriminalitet, arbete i fält, skolorvaru eller sysselsättning bland barn och unga samt våld i nära relationer.
- I fråga om den interna samverkan och processer och rutiner ska tillämpning av nämndens riktlinjer ses över för att främja teambaserat förhållningssätt.

Uppföljning av aktiviteterna redovisas i förvaltningens årsrapport.

### **Patientsäkerhetsarbete**

För patientsäkerhetsarbetet fattar nämnden varje år beslut om en patientsäkerhetsplan. Under 2023 har planen lagts in och följts upp som en del av verksamhetsstyrningen i Stratsys. Planen för 2023 har omfattat tre målområden. Till varje målområde har strategier formulerats för hur målet ska uppnås. Dessa redovisas under rubriken för respektive mål.

- *Samverkan*

En strategi för målet har varit att fortsätta arbetet med att upprätthålla goda samverkansformer mellan sjuksköterskeorganisationen, tillhörande omsorgsförvaltningen, och chefer och medarbetare inom arbete och välfärd. För arbetet har en plan tagits fram i form av regelbundna möten mellan verksamhetschef enligt HSL/avdelningschef, enhetschefer, MAS och handläggare. Under 2023 har det varit två möten per halvår i storgrupp. Under hösten genomfördes också möte om samverkan på övergripande nivå med region Kronoberg.

Sjuksköterskor har deltagit i personalmöten med medarbetare och möten för planering av vård och omsorg för enskilda omsorgstagare. Sjuksköterskorna erbjuds alltid möjlighet att delta digitalt för att öka deras möjlighet att kunna delta på samtliga enheters APT.

Vidare har sjuksköterskorna bjudits in till del av planeringsdag inom förvaltningen, i syfte att öka teamkänslan och förståelsen för verksamheternas metoder och förhållningssätt. Sjuksköterskornas och boendestödjarnas roller och ansvar i förhållande till varandra har också tydliggjorts.

Vidare har en strategi inom målområdet varit fortsatt arbete för att utveckla goda samverkansformer mellan kommunens sjuksköterskor och läkare, sjuksköterskor och fasta



vårdkontakter på region Kronoberg. Bland annat har en plan för samverkansmöten tagits fram mellan kommunen och psykiatrin.

Genomgång av hälso- och sjukvårdsdokumentation, ISBAR och rutin för kontakt med sjuksköterska har lagts in som aktivitet i årshjulet för berörda verksamheter inom avdelning vuxna. ISBAR är ett verktyg för strukturerad kommunikation, baserad på identifiering, situation, bakgrund, aktuellt tillstånd och rekommendation. Genomgång sker två gånger per år på varje enhet samt vid delegation.

Under året har också rutinen för suicidprevention och tillhörande utbildning gått igenom med sjuksköterska i berörda personalgrupper inom förvaltningen.

Upprättande av rutin för läkemedelshantering på Novus har också varit en strategi inom målområdet, som under året har tagits fram i samverkan med omsorgsförvaltningen och region Kronoberg. I slutet av året är det endast upprättande av avtal som återstår.

- *Förbättrat arbete med nutrition*

Under året har det undersökts arbetssätt för samverkan mellan dietister inom omsorgsförvaltningen och socialpsykiatrin inom arbete och välfärd. En fråga har handlat om att utbilda egna kostombud inom förvaltningen. I uppstarten av arbetet identifierades vikten av att kartlägga förvaltningens behov inom området och ta fram en tydlig uppdragsbeskrivning för rollen som kostombud. Beslut fattades om att följa upp arbetet med kostombud inom omsorgsförvaltningen. Därifrån beslutades att förvaltningen inte ska utbilda egna kostombud utan i stället titta på lämpliga utbildningar inom området att gå igenom i personalgrupper. Beslut har också fattats om att upprätta överenskommelse med måltidsorganisationen för att få till rätt storlek på beställda matportioner.

En strategi inom målområdet har varit att säkerställa att alla omsorgstagare med behov av munhälsovård har intyg. Personer med varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser har rätt till intyg om nödvändig tandvård och att erbjudas uppsökande verksamhet. Syftet med munhälsovårdsintyg är att arbeta förebyggande och hälsofrämjande för vissa målgrupper genom god munhälsa, ett gott allmäntillstånd och genom att ett ökat tandvårdsbehov undviks. Handläggare på utredningsenhet socialpsykiatri hanterar intygen. Under året har en lista med kontaktuppgifter till berörda verksamheter inom förvaltningen tagits fram och förmedlats till tandvården för att säkerställa intygen.

- *Ökat fokus på avvikelserapportering och analys av avvikelser*

Aktiviteter har lagts in i årshjulet för avdelning vuxna i syfte att få till en systematik i genomförande och uppföljning inom avvikelshanteringen.

En annan strategi inom området har varit digital signering av HSL-insatser i APPVA. Under året har genomgång av signeringsgrad på APT lagts in som aktivitet i årshjul. Vikten av att analysera orsaker och innebörd av brister i signering har lyfts. Vid uppföljning av Arbete och välfärd, Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

9(36)

signeringsgrad för året (till och med 2023-12-05) konstateras att 99 procent av insatserna signeras och att 93 procent signeras i tid. Vidare har beslutats att enhetschefs avregistrering av tidigare medarbetare i APPVA ska ske via e-tjänst.

## **Samverkan**

Samverkan är en del i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. De processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten ska identifieras.

Samverkan med externa aktörer och intern samverkan inom kommunkoncernen och inom förvaltningen bedrivs på olika sätt. Bland annat i form av avtal om länsgemensamma verksamheter så som Barnets bästa gäller! i Kronoberg, Barnahus och Familjefrid Kronoberg. Även andra insatser har utvecklats i samverkan, till exempel arbetet med skolsocionomer tillsammans med utbildningsförvaltningen.

För verksamheter med hälso- och sjukvårdsinsatser sker samverkan med omsorgsförvaltningen i form av såväl regelbundna möten mellan chefer och stödfunktioner, mellan sjuksköterskeorganisationen och enskilda arbetsplatser som mellan verksamhet och MAS i samband med vårdskador enligt lex Maria. Under året har det uppmärksammats behov att se över vad som behöver göras innan sjuksköterskor kontaktas för delegering. Det behöver vara samma rutin för både omsorgsförvaltningen och förvaltningen arbete och välfärd. Vidare har det uppmärksammats behov av att identifiera vilka fler saker som sjuksköterskor kan behöva vara med på under personalmöte.

Omsorgsförvaltningen har under året gjort en omorganisation inom avdelningen för sjuksköterskor. För arbete och välfärd innebär det bland annat att sjuksköterskor arbetar i par och över förvaltningsgränserna, vilket syftar till att säkra god kvalitet.

Under året har också behov lyfts av att se över organisation av larmkedjan för läkemedelsrobotar inom socialpsykiatri. Bakgrunden är att sjuksköterskorna har upplevt svårigheter i att hantera larmkedjan dagtid. Beslut togs innan sommaren att flytta över larmkedjan till den enhet inom socialpsykiatri som har den på kvällstid samt dagtid under helger, inför semesterperiodens start. I samband med detta skapades också en teamskanal som samtliga medarbetare som ingår i larmkedjan har tillgång till, för att underlätta kommunikationen mellan de som tar emot larmet och de medarbetare som ska hantera åtgärden av larmet dagtid. Uppföljning av arbetet kommer att ske i chefsgruppen inom socialpsykiatri.

## **Informationssäkerhet**

En del i arbetet med informationssäkerhet är att genomföra regelbundna loggkontroller. Under 2023 har loggkontroller genomförts för verksamheter som arbetar i IFO-modulen

i verksamhetssystemet. Undersökning av möjligheten att genomföra loggkontroller även för verksamheter som arbetar inom vård- och omsorgsmodulen har påbörjats. Loggkontrollerna är en del av nämndens internkontroll-plan för 2023. Samtliga redovisade underlag av genomförda loggkontroller visar godkända resultat, det vill säga att ingen olovlig läsning har upptäckts. Mer information om genomförande och resultat redovisas i uppföljningen av samtliga av årets interna kontroller.

För informations säkerhet i form av utlämnande av allmänna handlingar, exempelvis i form av journalanteckningar, finns skriftliga rutiner. Likaså finns skriftliga rutiner för hantering av ärenden med skyddade personuppgifter.

## En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



Ett av målen för patientsäkerhetsarbetet under 2023 har varit att utveckla arbetet med avvikelshantering. Det har också varit ett förvaltningsövergripande uppdrag kopplat till det systematiska kvalitetsarbetet i verksamhetsplanen för året. Inom avd. vuxna har genomgång av avvikelser, inkl. lex Sarah och lex Maria, lagts in i avdelningens årshjul och lyfts regelbundet i alla personalgrupper.

## Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



Yrkeskunskap och kunskap om patientsäkerhet säkerställs genom övergripande och individuella kompetensutvecklingsplaner. I samband med delegering säkerställs medarbetarens kompetens och kunskap om patientsäkerhet. Arbete och välfärd, Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

11(36)

tares kompetens i aktuella arbetsgruppgifter genom personlig utbildning och kunskaps- test. Utbildningsportalen används i stor utsträckning för lättillgänglig och kontinuerlig kompetensutveckling.

Under året har det uppmärksammats behov av att identifiera vilka utbildningar som verksamheterna inom förvaltningen använder som behöver uppdateras. Det finns en risk för att arbete och välfärd använder gamla utbildningar som omsorgsförvaltningen har uppdaterat.

Några medarbetare inom socialpsykiatri har fått utökad delegation, bland annat i blod- provstagning. Vid behov och intresse finns möjlighet för fler medarbetare att utveckla sina kompetenser.

## Den enskilde som medskapare

En grundläggande förutsättning för god kvalitet och en säker vård är den enskildes och dennes närståendes delaktighet. Verksamheten blir säkrare om den enskilde är välin- formerad, deltar aktivt i utförandet av insatser och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med den enskilde. Att den enskilde bemöts med respekt skap- ar tillit och förtroende.



För insatser upprättas genomförandeplaner där den enskilde görs delaktig. Delaktighet- en kontrolleras årligen i form av egenkontroll, se avsnitt *Egenkontroll*. I ärenden där flera aktörer behöver samverka erbjuds den enskilde samordnad individuell plan (SIP). Vidare ges enskilda, anhöriga och andra intressenter möjlighet till delaktighet genom att in- komma med synpunkter och klagomål på verksamheten. Inkomna synpunkter och kla- gomål tas emot och hanteras av ansvarig chef, som vid önskemål också återkopplar till den klagande.

För patienten som medskapare sker regelbundet samverkan med patientföreningar ge- nom handikapprådet och i samband med särskilda händelser.

Enskilda görs också delaktiga genom tillsyn i verksamheten. Under 2023 har tillsyn ge- nomförts av två verksamheter inom förvaltningen.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har genomfört årlig tillsyn av hem för vård och boende (HVB) för barn och unga vid Bengtsgård HVB. Fokus i tillsynen har varit de ungas Arbete och välfärd, Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

12(36)

upplevelser av att bo i verksamheten. Vidare har fokus varit om verksamheten verkar för att erbjuda de unga en trygg och säker vård av god kvalitet och möjlighet till delaktighet i planeringen av sin vård. Inför tillsynen fick ungdomarna möjlighet att besvara en enkät och enhetschef fick besvara ett självskattnings- och frågeformulär. Vid tillsynen genomförde IVO intervju med enhetschef och samtal med sju av de boende. Inga brister uppmärksammades och ärendet har avslutats.

Årlig tillsyn har också genomförts av stödboende Ungbo. Tillsynen har omfattat ungdomarnas upplevelse av att bo på boendet. IVO har också granskat om verksamheten är trygg och säker, stödet till de placerade och deras möjlighet till delaktighet samt om verksamheten följer anmälda uppgifter till IVO. Vidare har IVO följt upp en brist som påtalades i föregående års tillsyn. Bristen avsåg att verksamheten hade ett uttalat generellt förbud mot att ungdomar har alkohol i sina lägenheter, vilket inte är förenligt med gällande lagstiftning. IVO har genomfört samtal med fem av 13 inskrivna ungdomar, intervjuer med personal och med enhetschef. Inga brister uppmärksammades och ärendet har avslutats. Bristen från föregående år har åtgärdats.

# Agera för säkra insatser och säker vård

## Öka kunskap om inträffade avvikelser samt stärka analys, lärande och utveckling

Genom identifiering, utredning samt mätning av olika typer av avvikelser ökar kunskapen om vad som drabbar enskilda när resultatet av verksamheten inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för enskilda ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom socialtjänsten, verksamhet enligt LSS och hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för avvikelser minskar.



### Avvikelser enligt SoL/LSS

Avvikelsehantering är en del av verksamhetens förbättringsarbete. Avvikelsehantering innefattar hantering av klagomål och synpunkter samt olika typer av avvikelser.

En avvikelse är en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra något oönskat, det vill säga en situation som uppstod men som inte var planerad. Under 2023 har 102 avvikelser rapporterats inom förvaltningens verksamheter. Det är betydligt fler än föregående år, då 59 avvikelser rapporterades. En anledning till ökningen bedöms vara införandet av ett verksamhetssystem för avvikelsehantering. Bedömningen är att det dels

har synliggjort vikten av avvikelshantering, dels ökat dokumentationen av inträffade avvikelser. En fungerade avvikelserapportering ses som en positiv utveckling för att säkerställa ett systematiskt kvalitetsarbete.

Hur årets avvikelser är fördelade inom förvaltningen framgår av tabellen.

Organisation	Antal avvikelser
Avd. barn och familj	29
Familjehemsenheten	4
Gemensam mottagning	14
Stöd- och utredning barn, team 1	4
Stöd- och utredning barn, team 2	2
Stöd- och utredning ungdom, team 1	1
Stöd- och utredning ungdom, team 2	2
LSS-barn	1
Öppenvård barn	1
Avd. vuxna	51
A-teamet 1	13
A-teamet 3	1
Boendeenheten	4
Evedalsvägen	4
Hov Västregård	5
Novus	6
Rallarringen	8
Sommarvägen 5B	1
Stöd- och utredningsenhet 1 IFO	2
Stöd- och utredningsenhet 2 IFO	2
Tingshusvägen	3
Utredningsenhet socialpsykiatri	2
Avd. arbete och lärande	16
Ekonomiskt bistånd	16
Avd. stöd och utveckling	6

Organisation	Antal avvikelser
Enheten för verksamhetsstöd	4
Utvecklingsenheten	2

I början av 2024 (2024-01-09) är ärendet i 75 fall avslutade. I sex fall är utredningen, men inte avvikelsen, avslutad. Det innebär att det finns åtgärder kopplat till händelsen som ännu inte har genomförts och/eller följts upp. I 10 fall pågår utredning.

Av avslutade utredningar och avvikelser har händelsen kategoriserats på följande sätt.

Typ av avvikelse	Antal
Brister i information och kommunikation	41
Brister i rättssäkerhet	23
Brister i dokumentation	11
Ej avvikelse	8
Brister i bemötande	8
Fall	5
Brister i teknik	3
Brister/försummelse i utförandet av insatser	2
Läkemedelsavvikelse	2
Utebliven insats	2

Utöver avvikelser inom nämndens verksamheter i egen regi har 12 avvikelser upprättats avseende externa aktörer. Nio gäller aktörer inom socialpsykiatri (åtta avseende Nytida AB och en avseende Vision omsorg). Resterande tre gäller verksamheter inom region Kronoberg (Barn och ungdomskliniken, Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) samt Vårdcentralen Skärvet).

## lex Sarah

Lex Sarah är benämningen på avvikelser som medfört eller hade kunnat medföra ett missförhållande. Under året har sju händelser rapporterats enligt bestämmelserna om lex Sarah. Därtill har ytterligare tre händelser rapporterats som avvikelser men under utredningens gång ändrats till rapporttypen lex Sarah. Av 10 rapporter har emellertid två händelser rapporterats två gånger, vilket innebär att det rör sig om totalt åtta händelser som har utretts enligt lex Sarah under året.

Antalet rapporter är högre än föregående år, då tre händelser rapporterades. Antalet



ligger dock i linje med tidigare år.

Samtliga åtta utredningar har avslutats. I tre fall gör utredningen bedömningen att det inträffade inte utgör något missförhållande eller risk för missförhållande. I fyra fall är bedömningen att det rör sig om ett missförhållande eller risk för missförhållande men att det inträffade inte är av allvarlig karaktär. I ett fall är bedömningen att det inträffade utgör ett allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande. Den händelsen avser brister i rättssäkerhet avseende ett beslut om omplacering enligt lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och har anmälts till IVO.

Utredningarna har identifierat bakomliggande orsaker till det inträffade på systemnivå. För att förhindra att något liknande inträffar igen lämnas i regel åtgärdsförslag. Bland annat består förslagen i revidering av rutiner för förtydligad ansvarsfördelning, framtagande av introduktionsplan för nyanställda, dialog om samverkan mellan enheter, kompetensutveckling avseende skyddsbedömningar och förändringar i verksamhetssystem. I de fall utredningen inte lämnar några åtgärdsförslag hänvisas detta till redan vidtagna eller påbörjade förbättringsarbeten.

Organisation	Typ av händelse	Bedömning
Avd. barn och familj		
Gemensam mottagning	Brister i hantering och ansvarsfördelning gällande akut boende	Ej missförhållande/risk för missförhållande
Gemensam mottagning	Brister i nyansökan om ekonomiskt bistånd	Ej allvarligt missförhållande/risk för allvarligt missförhållande
Gemensam mottagning	Röjning av sekretessbelagd uppgift	Ej allvarligt missförhållande/risk för allvarligt missförhållande
Gemensam mottagning	Dödsfall i samband med boendeinsats av social beredskap	Ej allvarligt missförhållande/risk för allvarligt missförhållande
Familjerättsenheten	Uppfattad brist i rättssäkerhet avseende två VBU-utredningar (vårdnad, boende och umgänge)	Ej missförhållande/risk för missförhållande
Stöd- och utredningsenhet ungdom, team 2	Brist i rättssäkerhet avseende omplacering enligt LVU	Allvarligt missförhållande/risk för allvarligt missförhållande
Avd. vuxna		
Stöd- och utredningsenhet 2	Uppfattad brist i hantering	Ej missförhållande/risk för

Organisation	Typ av händelse	Bedömning
IFO	av orosanmälan	missförhållande
Avd. arbete och lärande		
Ekonomiskt bistånd	Brist i rättssäkerhet avseende utredning om ekonomiskt bistånd	Ej allvarligt missförhållande/risk för allvarligt missförhållande

## Vårdskador

Under året har totalt 201 vårdskador rapporterats. Motsvarande siffra 2022 var 413 vårdskador. Då bedömdes att ökningen från 372 rapporter året innan till stor del kunde hänföras till införandet av APPVA och att läkemedel inte hade signerats digitalt.

Hur årets rapporter fördelar sig inom förvaltningen framgår av tabellen nedan. De flesta rapporter inom avd. vuxna är rapporterade på arbetsplatsnivå men ett fåtal är rapporterade på enhetsnivå, vilket framgår av tabellen.

Organisation	Antal vårdskador
Avd. barn och familj	1
Stöd och utredning ungdom, team 2	1
Avd. vuxna	200
Ejdervägen	2
Evedalsvägen	20
Haneforsvägen	14
Hov Västregård	58
Höstvågen	6
Mobil nattorganisation	1
Novus	1
Rallarringen	37
Smedjan	2
Sommarvägen 5B	7
Sommarvägen 5C	3
Stödenhet 5	2

Organisation	Antal vårdskador
Stödenhet 6	3
Stödteam 1	1
Stödteam 2	2
Tingshusvägen	41

Ungefär två tredjedelar av vårdskadorna avser läkemedelsavvikelser och drygt 20 procent avser fallskador. Hur samtliga vårdskador, som i början av 2024 (2024-01-11) har kategoriserats framgår av tabellen.

Typ av vårdskada	Antal
Läkemedelsavvikelse	123
Fall	40
Ej avvikelse	9
Brister i information och kommunikation	7
Brister gällande medicintekniska produkter	2
Brister i dokumentation	1
Brister/försummelse i utförandet av insatser	1
Utebliven insats	1

## lex Maria

Lex Maria är benämningen på avvikelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Under året har en händelse anmälts till IVO som en allvarlig vårdskada enligt bestämmelserna om lex Maria. Anmälan avser att en enskild på ett boende under en månads tid inte har fått avsedd behandling i form av avsevärt lägre dos av ordinerad medicin. Som orsak identifieras bristande följsamhet till gällande rutiner på boendet. IVO har fattat beslut om att avsluta ärendet utan åtgärd.

## Klagomål och synpunkter

Under året har totalt 45 klagomål och synpunkter inkommit. Det är fler än föregående år, då 32 klagomål och synpunkter inkom. Antalet ligger dock i linje med tidigare år.

Organisation	Antal klagomål/synpunkter
--------------	---------------------------

Organisation	Antal klagomål/synpunkter
Avd. barn och familj	29
Familjehemsenheten	5
Familjerättsenheten	5
Gemensam mottagning	8
Stöd och utredning barn, team 1	4
Stöd och utredning ungdom, team 1	1
Stöd och utredning ungdom, team 2	6
Avd. vuxna	10
Avdelningsnivå	1
A-teamet 1	3
Ejdervägen	1
Evedalsvägen	1
Novus	2
Utredningsenhet socialpsykiatri	2
Avd. arbete och lärande	6
Ekonomiskt bistånd	2
Intern service	1
Koordinator	2
Medborgarkontor och mötesplatser	1

Av avslutade utredningar har händelsen kategoriserats på följande sätt.

Typ av synpunkt/avvikelse	Antal
Ej avvikelse	19
Brister i information och kommunikation	7
Brister i bemötande	7
Brister i dokumentation	2
Brister/försummelse i utförandet av insatser	1
Brister i fysisk miljö och utrustning	1

Vidare har ett klagomål inkommit genom anmälan till Justitieombudsmannen (JO). An-  
Arbete och välfärd, Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

20(36)

målan avser ett enskild ärende inom ekonomiskt bistånd. Nämnden har lämnat ut begärda handlingar och JO har granskat ärendet. Det som framkom gav inte JO anledning att fortsätta utredningen, varför ärendet har avslutats.

## **Tillförlitliga och säkra system och processer**

Genom att inkludera systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på kvalitet och patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks kvaliteten och patientsäkerheten.



En del i det systematiska kvalitetsarbetet är att identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. De aktiviteter som ingår i varje process ska identifieras och aktiviteternas inbördes ordning ska bestämmas. För varje aktivitet ska de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet utarbetas och fastställas. Varje chef ansvarar för att personalen arbetar i enlighet med beslutade processer och rutiner.

Alla rutiner och riktlinjer ska förvaras i dokumentportalen. Under 2023 har förvaltningens dokumentportal ersatts av ett kommungemensamt system. Inför övergången har samtliga rutiner, riktlinjer och andra dokument gått igenom i syfte att sortera och säkerställa dokumentens aktualitet. I den gemensamma dokumentportalen ska alla dokument upprättas enligt en gemensam mall och uppdateras enligt en gemensam struktur. Det förväntas göra det lättare att hitta rätt dokument och skapa goda förutsättningar för samverkan.

För vissa styrande dokument finns aktiviteter inlagda i avdelningarnas årshjul för att regelbundet gå igenom dokumenten på personalmöten. Syftet är att säkerställa att dokumenten är kända och följs.

## **Säker verksamhet här och nu**

Socialtjänsten, verksamhet enligt LSS och hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



## Riskhantering

Verksamhetsansvariga ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Under året har riskanalys genomförts i de fall det har bedömts nödvändigt av ansvarig chef, till exempel vid organisationsförändringar.



## Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av organisationen behöver planera för en verksamhet som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Under 2023 har arbetet med kontinuitetshantering pågått inom hela förvaltningen. En redogörelse över arbetet återfinns i nämndens årsrapport.

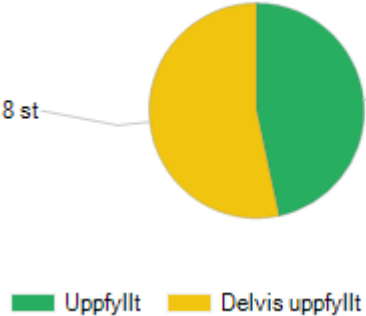
## Egenkontroll

Egenkontroll	Bedömning	Konsoliderade enheter	Frågor i checklista
 <b>Vårdhygien-rond</b>	1 st 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vuxna</li> <li>• Stödenhet 2</li> <li>• Stödenhet 3</li> </ul>	Används riktlinjerna om Basala hygienrutiner inom kommunal vård och

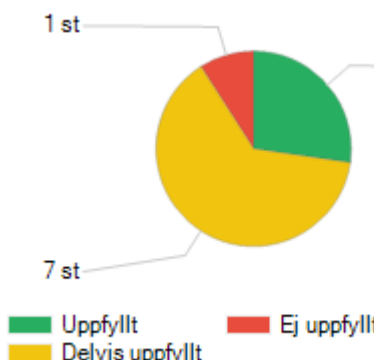
Arbete och välfärd, Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

22(36)

Egenkontroll	Bedömning	Konsolide- rade enheter	Frågor i checklista
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stödenhet 4</li> <li>• Stödenhet 5</li> <li>• Stödenhet 6</li> <li>• Stödenhet 7</li> <li>• Barn och familj</li> <li>• LSS-barn (korttidsboende)</li> </ul>	omsorg?
			Finns det möjlighet för personalen att utföra handdesinfektion hos samtliga omsorgsgare?
			Har personalen kortklippta naglar, inga lösnaglar och bär inte klocka, armband eller ring?
			Används skyddshandskar enligt riktlinjer vid risk för kontakt med kroppsvätskor t.ex. nedre toalett, byte av blöjor, byte av urinuppsamlingspåse, omläggning av sår?
			Används engångsplastförkläde/skyddsrock för att skydda arbetskläderna från nedsmutning och väta t ex hjälp med personlig hygien, byte av inkontinensskydd, omläggning av sår?
			Om plastförkläde används, kasseras det efter varje tillfälle?
			Är arbetsklädseln kortärmad och går att tvätta i minst 60 grader?
			Används alltid köksförkläde vid hantering av livsmedel?
			Om ja, sker årlig funktionskontroll?
			Får personalen kontinuerligt utbild-

Egenkontroll	Bedömning	Konsolide- rade enheter	Frågor i checklista
			<p>ning/information i vårdhygienska frågor?</p> <p>Ingår vårdhygien i introduktionsprogrammet för nyanställda?</p> <p>Har all personal besvarat frågor om tuberkulos på blankett Hälsodeklaration och MRB på blankett Multiresistenta bakterier - kontroll vid nyanställning?</p> <p>Har enheten en rutin för hantering av arbetskläder?</p>
<p><b>◆ Granskning av genomförandeplaner</b></p>	 <p>8 st</p> <p>■ Uppfyllt ■ Delvis uppfyllt</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbete och lärande</li> <li>• Parketten daglig verksamhet och träffpunkt</li> <li>• Koordinator</li> <li>• Barn och familj</li> <li>• HVB Bengtsgård</li> <li>• Ungbo</li> <li>• LSS-barn (korttidsboende)</li> <li>• Familjefrid Kronoberg</li> <li>• Öppenvård barn</li> <li>• Öppenvård ungdom</li> <li>• Vuxna</li> <li>• Stödenhet 2</li> <li>• Stödenhet 3</li> <li>• Stödenhet 4</li> <li>• Stödenhet 5</li> <li>• Stödenhet 6</li> <li>• Stödenhet 7</li> <li>• Insats missbruksvård</li> </ul>	<p>Har genomförandeplan upprättats?</p> <p>Har den enskilde varit delaktig i arbetet med upprättandet av genomförandeplanen?</p> <p>Framgår av genomförandeplanen vilket eller vilka mål som gäller för insatsen?</p> <p>Framgår av genomförandeplanen hur insatsen ska genomföras?</p> <p>Framgår av genomförandeplanen när och hur uppföljning ska göras?</p> <p>Har genomförandeplanen följts upp inom den tid som antingen anges i planen eller gäller för respektive verksamhetsområde?</p>



Egenkontroll	Bedömning	Konsolide- rade enheter	Frågor i checklista
<p><b>Granskning av beslut</b></p>	 <p>1 st</p> <p>7 st</p> <p>Uppfyllt Delvis uppfyllt</p> <p>Ej uppfyllt</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbete och lärande</li> <li>• Ekonomiskt bistånd</li> <li>• Vuxna</li> <li>• Utredningsenheten sociopsykiatri</li> <li>• Boendeenheter</li> <li>• Stöd och utredning 1 IFO</li> <li>• Stöd och utredning 2 IFO</li> <li>• Barn och familj</li> <li>• Gemensam mottagning</li> <li>• Familjehemsenheten</li> <li>• Stöd- och utredning barn team 1</li> <li>• Stöd- och utredning barn team 2</li> <li>• Stöd- och utredning ungdom team 1</li> <li>• Stöd- och utredning ungdom team 2</li> </ul>	<p>Framgår det hur den enskilde själv upplever sina behov, alternativt skälet till att den enskilde inte uttryckt hur han eller hon uppfattar sina behov?</p> <p>Finns en bedömning av den enskildes förmåga att själv tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt?</p> <p>Finns tydliga, mätbara mål för den insats som föreslås?</p> <p>Framgår det om, och i så fall på vilket sätt, som beslutsunderlaget kommunicerats med den enskilde?</p> <p>Har beslutsfattaren beslutanderätt enligt delegation?</p> <p>Framgår det tydligt vad den enskilde begärt och vilka insatser som beviljats respektive avslagits (helt eller delvis)?</p> <p>Framgår det av beslutet när och hur uppföljning ska göras?</p> <p>Har en bedömning av barnets bästa genomförts (barnkonsekvensanalys)?</p> <p>Förs ett resonemang i bedömningen om vilka av barnets rättigheter som kan påverkas av</p>

Egenkontroll	Bedömning	Konsolide- rade enheter	Frågor i checklista
			beslutet?
			Förs ett resonemang i bedömningen om vilka positiva konsekvenser beslutet kan få för barnet?
			Förs ett resonemang i bedömningen om vilka negativa konsekvenser beslutet kan få för barnet?

### Genomförande

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. Sedan implementeringen av modulen för kvalitetsarbete i Stratsys finns en rutin för framtagande av egenkontroller, som innebär att arbetsgruppen för kvalitetsarbete inom förvaltningen ger förslag på egenkontroller att lägga in och genomföra enligt strukturen i Stratsys. Ledningsgruppen fattar beslut om egenkontrollerna. Under 2023 har tre sådana egenkontroller genomförts: vårdhygienrond, granskning av genomförandeplaner och granskning av beslut. Egenkontrollerna har fördelats till de enheter som är berörda av gällande bestämmelser för respektive kontroll. Ingen av dessa egenkontroller är nya för i år, däremot har kontrollen om granskning av beslut kompletterats med fyra frågor om barnrättsperspektiv. Frågorna har formulerats av förvaltningens barnrättsgrupp.

Egenkontrollerna har genomförts i form av checklistor. För kontrollerna om genomförandeplaner och beslut har varje fråga i checklistan besvarats utifrån 10 slumpmässigt utvalda ärenden med svarsalternativen *Ja*, *Nej* och *Ej relevant*. Respektive svarsalternativ har tilldelats ett numeriskt värde och resultatet på egenkontrollen som helhet har bedömts utifrån en framtagen poängskala. Den sammanlagda poängen har genererat ett resultat som *Ej uppfyllt*, *Delvis uppfyllt* eller *Uppfyllt*. Det motsvarar en måluppfyllelse i procent *Ej uppfyllt* (rött) <50 *Delvis uppfyllt* (gult) <90 *Uppfyllt* (grönt).

Enhetscheferna har fått stöd i genomförandet av egenkontrollerna genom en skriftlig lathund samt vid behov genom kontakt med någon i arbetsgruppen för kvalitetsarbetet.

### Analys

Tabellen ovan visar resultatet av samtliga egenkontroller i Stratsys. I två kontroller har resultatet bedömts som *Delvis uppfyllt* och i ett fall som *Uppfyllt*. Under rubrikerna *Arbete och välfärd*, *Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse*

26(36)

dan analyseras respektive resultat.

### Vårdhygienrond

Enligt HSL bär vårdgivaren ansvaret för att vård bedrivs med en god hygienisk standard. Syftet med egenkontrollen är att upptäcka eventuella hygienbrister som behöver åtgärdas.

Av sju enheter uppvisar en enhet (LSS-barn, avd. barn och familj) att bestämmelserna om vårdhygien är delvis uppfyllda och resterande enheter (stödenheter, avd. vuxna) att vårdhygien är uppfylld. Bristerna inom LSS-barn återfinns i fråga om huruvida köksförkläde alltid används vid hantering av livsmedel samt om personalen kontinuerligt får utbildning/information i vårdhygieniska frågor.

Det sammantagna resultatet är detsamma som föregående år.

### Granskning av genomförandeplaner

Syftet med egenkontrollen är att få en överblick av verksamheternas arbete med genomförandeplaner och att granska genomförandeplaner utifrån bestämmelserna i SOSFS 2014:5, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

Totalt 15 enheter har genomfört granskning av genomförandeplaner. Av dessa uppfyller åtta enheter kraven på genomförandeplaner och i sju fall uppfylls kraven delvis. I de fall genomförandeplanerna inte når upp till ställda krav är detta främst kopplat till att planerna inte har följts upp i tid. Resultatet visar att nio enheter har brister kopplat till detta. Sex enheter, motsvarande 40 procent, uppvisar också brister kopplat till att det av genomförandeplanerna inte framgår när och hur uppföljning ska göras. Lika många har brister kopplat till den enskildes delaktighet i upprättandet av planen. I enstaka fall saknas genomförandeplan.

Av kommentarer till resultatet framgår att brister kopplat till den enskildes delaktighet beror på att den enskilde exempelvis har hög frånvaro i verksamheten, att insatsen riktar sig till vårdnadshavare eller på grund av den enskildes ålder. Vidare framgår att det förekommer att det av genomförandeplanen framgår *när* men inte *hur* planen ska följas upp. I de fall det saknas en genomförandeplan hänvisas detta bland annat till att insatsen nyligen har verkställts.

Som åtgärder nämns utvecklingsarbete inom enheten för att se till att uppföljning framgår av genomförandeplanerna och att hitta en bra struktur för uppföljning, som är kopplat till verksamhetssystemet. En annan åtgärd är att göra ett tillägg i mallen för genomförandeplaner om den enskildes delaktighet. I de fall det saknas datum för uppföljning eller uppföljning inte har genomförts i tid ska detta åtgärdas i de enskilda ärendena.

Generellt upplever verksamheterna sitt resultat som gott och att genomförandeplaner håller god kvalitet.

### Granskning av beslut

Syftet med egenkontrollen är att kvalitetsgranska myndighetsbeslut utifrån rättssäkerhet och delegationsordning. Utgångspunkten för frågorna i checklistan är SOSFS 2014:5, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

Av 11 enheter uppnår tre ett gott resultat, sju enheter ett delvis gott resultat och en enhet uppvisar ett ej godkänt resultat. I de fall verksamheterna inte uppfyller kraven handlar det i flest fall om att det av beslutet inte framgår när och hur uppföljning ska göras. Av 11 enheter är det 10 som uppvisar ett ej uppfyllt resultat i fråga om uppföljning. I några fall förklaras resultatet av kommentarer om att information om uppföljning framgår av uppdrag till utförare, i genomförandeplan eller motsvarande.

I de fall urvalet innehåller beslut som berör barn saknas i flera fall ett resonemang i bedömningen om vilka negativa konsekvenser som beslutet kan få för barnet. Nio av 11 enheter uppnår inte kraven. I några fall framgår av kommentarer att fokus i beslutsunderlaget ligger på att framhäva de positiva konsekvenserna för barnet. I andra fall framgår att något resonemang om negativa konsekvenser inte görs i de fall en insats beviljas. I något fall förklaras resultatet av att insatsen bedöms nödvändig. En enhet kommenterar att i äldre utredningar i urvalet finns negativa konsekvenser inte beskrivna men att detta är ett arbetssätt som har ändrats under året vilket innebär att det finns beskrivet i de nyare utredningarna.

Några verksamheter saknar tydliga och mätbara mål i beslutsunderlaget. Drygt hälften av enheterna uppvisar brister i frågan. I några fall framgår av kommentarer att mål finns i genomförandeplan eller motsvarande. Vissa brister återfinns också i att det av beslutsunderlaget inte framgår hur underlaget har kommunicerats med den enskilde. I några fall framgår att detta har dokumenterats i journalen. Det saknas i ett par fall ett resonemang i bedömning om vilka av barnets rättigheter som kan påverkas av beslutet. I något fall finns kommentar om att det snarare framgår vad barn generellt har för rättigheter än att det förs ett resonemang i beslutsunderlaget utifrån det enskilda ärendet.

Underlaget till frågorna om barnkonsekvensanalys har i flera fall stora bortfall eftersom frågorna inte har bedömts relevanta i det aktuella ärendet. Även frågorna om mål och uppföljning besvaras i flera fall som ej relevanta för den aktuella insatsen, till exempel för ekonomiskt bistånd och hyresgaranti.

Eftersom checklistan har ändrats sedan föregående år och att granskningen under förra året endast genomfördes av tre enheter, bedöms inte resultaten som jämförbara.

Åtgärder som går att utläsa från enhetschefernas sammanfattande analys av verksamhetens utfall är bland annat att utredningsmallar och frastexter ska ses över för att skapa tydlighet för såväl handläggaren som för den enskilde samt för att uppnå likhet och samsyn inom arbetsgruppen. Exempelvis föreslås frastext om barnets bästa. En liknande åtgärd är att diskutera i arbetsgruppen vad som ska framgå av beslutsunderlaget och vad som kan finnas dokumenterat på andra ställen i akten för att handläggningen ska anses vara rättssäker. Ett exempel är om kommunikering av beslutet behöver framgå av beslutsunderlaget. Att beslut kan bli tydligare är en annan slutsats som kan utläsas av den sammanfattande analysen.

Över lag bedömer enhetscheferna sitt resultat av egenkontrollen som gott. I några fall kan chefen konstatera att det finns en hög grad av samstämmighet i dokumentationen inom arbetsgruppen. Eftersom brister många gånger förklaras med hänvisning till annan dokumentation eller till att det inte bedöms relevant, påpekas att resultatet blir missvisande för verksamhetens kvalitet. För att undvika ett missvisande resultat efterfrågar flera chefer, i enlighet med vad som framgår av åtgärdsförslagen, en återkoppling om vilka delar som behöver ingå i beslutsunderlaget och vilka som kan framgå av annan dokumentation, utan att det innebär sämre kvalitet. Återkoppling efterfrågas också i frågan om en beskrivning av barnets behov kan jämföras med en beskrivning av barnets rättigheter. Likaså ställs frågan om hur mål med insatsen kan skrivas i utredningen.

### **Journalgranskning**

Under året har avdelning för sjuksköterskor inom omsorgsförvaltningen genomfört en journalgranskning, där enskilda inom arbete och välfärds verksamheter omfattas. Granskningen har genomförts i form av en enkätundersökning där 10 sjuksköterskor skulle granska två journaler vardera. Granskningen hade en svarsfrekvens på 50 procent. Resultatet är över lag positivt, journalerna bedöms ge en god överblick över den enskildes hälsotillstånd. De brister som kan identifieras består i att det saknas en uppdaterad beskrivning av diagnoser och att uppgifter om anhöriga eller företrädare saknas i flera fall.

### **Andra uppföljningar**

Brucarundersökningar, systematisk uppföljning och individbaserad systematisk uppföljning är andra former av egenkontroll. Under 2023 har öppenvård barn, öppenvård unga, våld i nära relation (VIR), Novus, familjehemsenheten och Parketten genomfört någon form av uppföljning genom enkätundersökning. Frågorna har antingen fyllts i av medarbetare vid uppstart, genomförande eller avslut av insats, utan brukarmedverkan, eller av deltagare i verksamheten. Även avd. barn och familj genomför avdelningsövergripande uppföljning av arbetssättet Signs of Safety.

Vidare är Socialstyrelsens undersökning Öppna jämförelser en typ av egenkontroll. För-  
Arbete och välfärd, Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

29(36)

valtningen har besvarat enkätundersökningen för 2023. Vid behov kan resultatet sammanställas eller analyseras i förhållande till andra kommuner.

# Kvalitet inom vuxenutbildning

## Avvikelser och klagomål

Enligt skollagen ska huvudmannen ta emot och utreda klagomål mot utbildningen. Vidare ska huvudmannen ha skriftliga rutiner för klagomålshantering och aktivt verka för att de är kända. Att lyssna till elevernas upplevelser av den kommunala vuxenutbildningen är en viktig del i att involvera eleverna i det systematiska kvalitetsarbetet. Därför har Komvux skapat enkla vägar för elever att inkomma med klagomål och synpunkter, det kan ske via mejl, telefon, e-tjänst eller via samtal med medarbetare vid Komvux.

Skolverkets rekommendationer för klagomålshantering kan delas in i tre steg; ta emot, utred, åtgärda och följ upp klagomål. Komvux följer dessa rekommendationer i sina rutiner för klagomålshantering och integrerar klagomålshantering i det systematiska kvalitetsarbetets utveckling och förbättring av verksamheten. Klagomål som inkommer till utbildningsanordnare ska enligt rutin kommuniceras med huvudmannen.

Det finns inga nationella krav på skolväsendet att hantera avvikelser, däremot har förvaltningen arbete och välfärd valt att låta alla verksamheter i förvaltningen arbeta med avvikelser i likhet med vad som föreskrivs i SOSFS 2011:9. Därför arbetar Komvux även med avvikelser inom ramen för sitt systematiska kvalitetsarbete. Arbetsgången för avvikelshantering syftar, på samma vis som hantering av klagomål, att systematiskt förbättra verksamheten och stärka kvaliteteten och sker genom rapportering, utredning, dokumentation, uppföljning och analys enligt samma rutin som för klagomål.

Nedan redovisas en sammanställning av samtliga inkomna klagomål och rapporterade avvikelser under verksamhetsåret 2023. Enhet/utbildningsanordnare avser där händelsen som rapporterats skett eller den organisation klagomålet riktats mot.

Enhet/ utbildningsanordnare	Antal klagomål/synpunkter	Antal avvikelser	Antal kursdeltagare*
Komvux - huvudmannanorganisationen	2	15	13 180
Arena utbildning	4	3	185
Folkuniversitetet	2	2	994
Hermods	6	20	3 596
KUI	0	1	148
Lernia	1	1	645

Enhet/ utbildningsanordnare	Antal klagomål/synpunkter	Antal avvikelser	Antal kursdeltagare*
MedLearn	3	0	704
Merit	2	0	322
Montico	7	6	3 166
NTI-skolan	5	8	2 161
Taktik	0	1	5
Växjö Fria Vuxenutbildning	1	3	995
Växjö Fria Fordon	2	1	131
Totalt	37	63	

\*En elev kan delta i flera kurser under mätperioden och räknas som kursdeltagare vid varje påbörjad kurs.

## Anmälan om kränkande behandling

Enligt skollagen har huvudmannen skyldighet att motverka och förebygga kränkande behandling. Vidare är rektorn vid utbildningsanordnaren skyldig att anmäla kränkande behandling till huvudmannen. Skollagen anger att huvudmannen är skyldig att skyndsamt utreda omständigheterna kring de uppgivna kränkningarna och i förekommande fall vidta de åtgärder som skäligen kan krävas för att förhindra kränkande behandling i framtiden. Under 2023 har Komvux hanterat en anmälan om kränkande behandling. Anmälan och utredning med redogörelse för vidtagna åtgärder är diarieförd i förvaltningens diarieföringssystem, dnr. NAV 2023-00134.

## Förbättringsarbete

I enlighet med Skolverkets rekommendationer sker en löpande analys av klagomål (och avvikelser) som en del av Komvux förbättringsarbete.

Den vanligaste typen av händelse vid klagomål och avvikelser är avsteg från rutin och riktlinjer vid Komvux, denna händelse avser 26 av de totalt 100 hanterade klagomålen och avvikelserna. En förbättringsåtgärd som identifierats i analysen av detta är att utveckla och förtydligande rutiner och riktlinjer för utbildningsanordnare för att dessa enklare ska kunna följas. Vidare har förbättring av verksamhetens interna rutiner genomförts genom bland annat standardisering, tydligare struktur och en process för löpande uppdatering och årlig egenkontroll av rutinerna har införts.

Händelser i klagomål och avvikelser som avser undervisning har hanterats i 17 fall, dessa  
Arbete och välfärd, Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 32(36)



klagomål och avvikelser har till övervägande del kunnat åtgärdas via dialog och samarbete med utbildningsanordnare i en första kontakt. I ett fall har klagomålet inneburit att utbildningsanordnaren begärts inkomma med en handlingsplan för att åtgärda de brister som identifierats under utredningen av klagomålet.

Betyg och bedömning har i 12 fall registrerats som typ av händelse i klagomål och avvikelser. Analysen av dessa händelser har lett till att huvudman vid flera tillfällen har begärt in betygsunderlag för granskning. Granskningen har i ett fall lett till att en handlingsplan har begärts in från utbildningsanordnarna för redovisning av åtgärder för stärkt kvalitet i arbete med betyg och bedömning. Samarbetet mellan huvudman och utbildningsanordnare inom ramen för klagomål och avvikelser bedöms som mycket välfungerande och med ett tydlig fokus på elevens möjlighet att nå sina utbildningsmål.

Genom att involvera medarbetarna i veckovisa analyser av resultat, riskanalys och åtgärdsförslag identifieras förbättringsområden i såväl stort som smått. Under 2023 har utöver ovanstående förbättringar ytterligare 15 förbättringsområden identifierats varav 13 fortfarande är pågående. Förbättringar som har initierats under 2023 avser bland annat stärkt kompetens kring jämställdhet och jämställdhetsintegrering, kompetenshöjande insatser kring hot och våld samt framtagande och utveckling av arbetsrutiner och riktlinjer. Inom ramen för förbättringsarbetet har även elevernas upplevelse och önskemål kring service och bemötande från Komvux utvärderats via enkäter och intervjuer i syfte att utveckla verksamheten utifrån elevers och invånares behov.

# Mål och strategier för kommande år

## Systematiskt kvalitetsarbete

Prioriterade utvecklingsområden för 2024 är:

- Genomgång av presentation och tillhörande diskussionsfrågor om avvikelshantering i ledningsgrupp, chefsgrupper och alla personalgrupper. Förvaltningens arbetsgrupp för systematiskt kvalitetsarbete ansvarar för genomgång i ledningsgrupp och chefsgrupper. Enhetschefer ansvarar för genomgång i personalgrupper.
- Identifiera egenkontroller tillsammans med verksamheter inom förvaltningen, i syfte att kontrollera och följa upp sådant som upplevs meningsfullt och användbart i verksamhetsutvecklingen.
- Säkerställa ändamålsenliga och aktuella mallar, rutiner och blanketter inom avvikelshantering.
- Undersöka möjligheten att utveckla en egenkontroll om avvikelshantering i syfte att säkerställa god hantering.
- Undersöka möjligheten att utveckla en struktur där varje enhetschef får i uppdrag att själv beskriva och analysera sitt kvalitetsarbete under det gångna året. Materialet utgör sedan underlag i förvaltningens övergripande kvalitetsberättelse.
- Undersöka möjligheten att ta fram kvalitetsgarantier i syfte att följa upp kvalitetsarbetet.

## Patientsäkerhetsplan

Nämnden för arbete och välfärd föreslås fatta beslut om att anta följande mål och tillhörande strategier i patientsäkerhetsplanen för 2024.

- *Samverkan*

Strategier inom målområdet är följande.

1. Fortsatt arbete med att upprätthålla god samverkan mellan sjuksköterskor, organisatoriskt tillhörande omsorgsförvaltningen, och chefer och medarbetare inom arbete och välfärd. Arbetet sker i mötesforum mellan verksamhetschef enligt HSL/avdelningschef, enhetschefer och MAS. Under 2024 planeras för tre möten i storgrupp.
2. Sjuksköterskorna bjuds in till del av planeringsdag och utbildningssatsningar m.m. inom förvaltningen, i syfte att öka teamkänslan och förståelsen för verksamheternas metoder och förhållningssätt.
3. Arbeta fram plan för hur samverkan mellan berörda verksamheter och region

Kronoberg ska se ut framåt. Bland annat i fråga om vilka forum, deltagare och syfte med samverkansformen.

4. Fortsatt information två gånger per år för medarbetare på arbete och välfärd i hälso- och sjukvårdsdokumentation och rutin för kontakt med sjuksköterska vid förändringar i hälsotillståndet samt ISBAR.
5. Upprätta rutin för läkemedelshantering på Novus i samverkan med omsorgsövervaltningen och region Kronoberg.

Målet följs upp och utvärderas genom:

- Rapporterade avvikelser, vid delår och helår
- Journalgranskning
- Avtal för läkemedelshantering på Novus
  
- *Förbättrat arbete med nutrition*

Strategier inom målområdet är följande.

1. Vid behov av dietistkompetens formuleras uppdrag från enheten.
2. Säkerställ att alla omsorgstagare som har behov av munhälsovård har intyg.
3. Undersöka möjlig utbildningsinsats för målgruppen.

Målet följs upp och utvärderas genom:

- Genomförda aktiviteter inom nutrition.
- Inhämtning av statistik från region Kronoberg över munhälsovårdsintyg för berörda omsorgstagare inom arbete och välfärd.
  
- *Ökat fokus på avvikelserapportering och analys av avvikelser*

Strategier inom målområdet är följande.

1. Genomgång av avvikelserapportering, inkl. lex Sarah och lex Maria, en gång per år inom alla berörda enheter enligt årshjul för avdelning vuxna.
2. Genomgång av totalt antal avvikelser på APT för berörda enheter två gånger per år.
3. Digital signering av HSL-insatser i APPVA, medarbetare bokas in för delegering av sjuksköterska när personen är upplagd i systemet och mot rätt enhet.

Målet följs upp och utvärderas genom:

- Protokoll från enheternas APT.
- Återkoppling till enhetschef.

## **Vuxenutbildning**

Under 2024 fortsätter arbetet inom vuxenutbildningen med de förbättringsområden som har identifierats. Vidare har nämnden under 2023 beslutat om en förändrad struktur för uppföljning av vuxenutbildningen. Förändringen innebär bland annat att uppföljningens olika delar ska hållas isär och att fler nyckeltal ska följas upp. Syftet är att säkerställa god kvalitet.