

Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse 2020

Socialnämnden

1	Sammanfattning	3
2	Övergripande mål 2020	4
3	Kvalitetsledningssystem	5
3.1	<i>Ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet</i>	5
3.2	<i>Egenkontroll och riskanalys</i>	6
3.3	<i>Hantering av synpunkter och klagomål</i>	7
3.4	<i>Rapporteringskyldighet (avvikelser)</i>	7
3.5	<i>Samverkan</i>	7
4	Genomförda kvalitets- och patientsäkerhetsarbeten	10
4.1	<i>Covid-19</i>	10
4.2	<i>Hantering av synpunkter</i>	10
4.3	<i>Rapporteringskyldighet</i>	11
4.3.1	<i>Rapportering till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO)</i>	12
4.3.2	<i>Utslag i domstolar</i>	12
4.4	<i>Samordning, personalresurser</i>	13
4.5	<i>Samverkan</i>	13
4.6	<i>Skyddsutrustning till medarbetarna</i>	13
4.7	<i>Punkt Prevalens Mätning PPM</i>	13
4.8	<i>Digitalisering</i>	14
4.9	<i>Anhörigstöd</i>	16
4.10	<i>Rutiner/Riktlinjer</i>	16
4.11	<i>Förbättringsarbete</i>	16
5	Analys	18
5.1	<i>Effekter på dokumentationen</i>	18
6	Förbättringsområden	20

I Sammanfattning

2020 års verksamhet har en tydlig prägel av den pågående Corona-pandemin. Detta är en verklighet såväl lokalt som globalt.

Utifrån ett kvalitets- och patientsäkerhetsperspektiv, framträder två huvuddrag:

- Insatser för att stoppa smittspridningen har fått högsta prioritet när det gäller att utveckla och kvalitets-säkra alla insatser löpande under verksamhetsåret 2020 inom socialförvaltningen.
- Vissa, tidigare planerade, kvalitetshöjande arbets- och utvecklingsinsatser har fått skjutas på framtiden.

Även arbetet med att producera 2020 års Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse bär tydliga spår av den pågående Corona-pandemin. Verksamheten har fokuserat på det operativa arbetet; att ge god vård och omsorg till de som bäst behöver detta.

Oavsett om det gäller att prioritera resurser på en övergripande nivå inom verksamheten, eller att göra en planering för de närmaste timmarna inom en specifik verksamhet, så är Prioriteringsutredningens slutsatser och riktlinjer ständigt gällande; att verksamheten först säkerställer att de brukare/patienter/klienter som har störst behov av stöd, hjälp, omvårdnad, omsorg, får detta. Samt att de insatser som utförs, är baserad på evidens och bästa tillgängliga erfarenhet. Annat arbete, så som att producera rapporter och uppföljningar, får anstå till ett senare tillfälle.

Därav följer att föreliggande Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse har en något annan utformning än tidigare år.

Nässjö 2021-01-28

Malin Johansson
Utvecklingschef

Linda Jansson
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Helena Martinson
Socialt ansvarig socionom

2 Övergripande mål 2020

Strategiområde	Nämndmål
Attraktivitet	Lokaler och bostäder till nämndens målgrupper är tillräckliga och ändamålsenliga
	Nämndens verksamheter ska bidra till ekologisk hållbarhet avseende klimatpåverkan och energianvändning.
	Socialförvaltningens har friska och stolta medarbetare
	Nämnden har en hållbar och strategisk planering baserad på medborgardialog, omvärldsbevakning, lagkrav och evidens
Kommunikationer	Socialnämnden har god och lättillgänglig information och erbjuder e-tjänster
Näringsliv och kompetens	Engagerat ledarskap och medarbetarskap
Välfärd	Nämndens målgrupper upplever trygghet där välfärdsteknik ska erbjudas som alternativ
	Funktionshinderomsorgens målgrupper ska ges ett mer självständigt liv i ordinärt, särskilt boende och daglig verksamhet
	Hälsan är god och jämlik för nämndens målgrupper
	Socialnämndens verksamheter ska bidra till en social hållbar utveckling och inkludering.
	Nämndens målgrupper ska uppleva en god kvalitet vid varje möte med socialförvaltningens verksamheter
	Rättssäker verksamhet på alla nivåer i socialförvaltningen
	God ekonomisk hushållning där externa medel är en del av finansieringen av verksamheten

3 Kvalitetsledningssystem

3.1 Ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Socialnämnd

- Fastställer övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet
- Följer kontinuerligt upp verksamhetsmålen samt utvärderar målen.

Socialchef

- Ansvarar för att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för det systematiska kvalitetsarbetet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Ansvarar för att

- Upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Vilket görs genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa patientsäkerhetsarbetet. Ska se till att nödvändiga direktiv, instruktioner och rutiner finns för sjukvårdsverksamheten
- Anmälan enligt lex Maria görs till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Socialt ansvarig socionom (SAS)

Ansvarar för att

- Upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet. Säkerställer att författningsbeskrivningar, andra regler, nödvändiga direktiv och instruktioner är tillgängliga för verksamheten
- Utredning enligt lex Sarah och anmälan till IVO.

Avdelningschef

Ansvarar för att

- Verksamheten med god kvalitet och hög patientsäkerhet
- Främja kostnadseffektivitet.
- Delaktig i att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet

Enhetschef

Ansvarar för att

- Genomföra förbättringsarbeten
- Att fastställda rutiner och riktlinjer är väl kända i verksamheten
- Ny personal får den introduktion som krävs för att utföra sina arbetsuppgifter.

Personligt yrkesansvar

Socialförvaltningens medarbetare ansvarar för att

- Arbetsuppgifterna utförs med metoder som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet, för att därigenom uppnå god kvalitet inom ramen för verksamhetens ledningssystem
- Medverkar i det systematiska kvalitetsarbetet.

Ansvar

Delegerade
Arbetsuppgifter

Delegerade
Arbetsuppgifter

Delegerade
Arbetsuppgifter

Ansvar

Återrapportering

Återrapportering

Återrapportering

3.2 Egenkontroll och riskanalys

Den årliga Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen har tidigare innehållit utdrag ur de nationella kvalitetsregistren. Så är inte fallet i år.

Under 2020 har det patient- och brukarnära arbetet prioriterats. Samtliga nationella kvalitets- och patientregister innebär en dubbeldokumentation för medarbetarna. I normalfallet är detta både motiverat och önskvärt. Motiverat utifrån att det ger ett bra underlag för att utvärdera den enskilde brukaren/patientens nytta av verkställda insatserna (Senior Alert, BPSD osv) men också för att det ger ett bra underlag för att på övergripande nivå utvärdera kvaliteten i den vård och omsorg som utförs inom förvaltningen. Även på nationell nivå är det av stort värde att ha kvalitetssäkrade uppgifter för utvärdering och uppföljning.

Men under 2020 har det inte varit realistiskt att genomföra detta dubbelarbete, när syftet har varit att säkerställa mer övergripande kunskap om verksamheten.

Ur ett individperspektiv har verksamhetens företrädare dock tagit hjälp av det stöd som de nationella registren ger. Vid t.ex. risk för undernäring har Senior Alert använts för att registrera parametrar, åtgärder och effekt. Likväl som BPSD-registret har varit ett stöd för medarbetarna när det gäller att utvärdera huruvida utförda insatser har varit till nytta för den enskilde brukarens välbefinnande.

Mot denna bakgrund ger alltså statistikuttag ur registren för år 2020 inte det kvalitativa underlag som de är avsedda att ge. Därför har dessa faktabilagor tagits bort i årets Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.

Vetenskaplig grund för vårt ställningstagande.

Arbete inom välfärdssektorn kräver att medarbetarna ständigt tar ställning till hur (på vilket sätt) behoven av stöd och hjälp ska tillgodoses, med tillgängliga resurser och utifrån bästa tillgängliga evidens.

Tills stöd för detta grannliga arbete, finns Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5).

Etiska plattform.

Människovärdesprincipen	Alla människor har ett lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktion i samhället.
Behovs- och solidaritetsprincipen	Resurser bör fördelas efter behov.
Kostnadseffektivitetsprincipen	Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnad och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Prioriteringsgrupper

Grupp 1	Vård av livshotande akuta sjukdomar, vård av svåra kroniska sjukdomar, palliativ vård och vård i livets slutskede samt vård av människor med nedsatt autonomi
Grupp 2	Prevention, habilitering/rehabilitering
Grupp 3	Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar
Grupp 4	Vård av andra skäl än sjukdom och skada

Sammanfattningsvis; under 2020, har socialförvaltningen arbetat på följande sätt:

- Alla människor har ett lika värde och samma rätt.
- I första hand har patienter/brukare med livshotande akuta sjukdomar fått vård, tillika människor med svåra kroniska sjukdomar, personer i palliativ vård eller med nedsatt autonomi.
- Verksamheten har också prioriterat habilitering och rehabilitering.
- I de fall som resurserna har understigit behoven, har framför allt vård av andra skäl än sjukdom och skada skjutits på framtiden.
- Administration utan direkt individrelaterad patient eller brukarnytta har prioriterats bort.

3.3 Hantering av synpunkter och klagomål

Rutin för hantering av synpunkter, antagen av ledningen, finns och uppmärksammas årligen inom samtliga verksamheter. Medborgare erbjuds att använda kommunens E-tjänst för synpunktshantering, där skriftliga beröm, klagomål kan lämnas eller frågor kan ställas. En synpunkt kan innefatta positiva eller negativa omdömen eller förbättringsförslag.

Verksamhetsansvariga utreder inkomna klagomål och vidtar åtgärder med målsättning att förhindra att liknande händelser inträffar igen och med syfte att utveckla verksamheten. Utredningen och vidtagna åtgärder dokumenteras i E-tjänsten. Synpunktshantering är en viktig del av det systematiska förbättringsarbetet.

MAS och SAS ansvarar även för att övergripande analysera och sammanställa inkomna synpunkter samt visa på förbättringsområden som stärker kvalitet och patientsäkerhet. Återkoppling görs kontinuerligt till verksamhetens medarbetare, chefer, ledning och nämnd.

Klagomål och synpunkter som inkommer via Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) tas emot, utreds och återkopplas till ledning och verksamheten enligt gällande rutin.

3.4 Rapporteringsskyldighet (avvikelser)

Medarbetare inom socialtjänsten har en skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden. Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls och ska i detta syfte rapportera händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Verksamheten är enligt lag skyldig att rapportera allvarliga avvikelser till IVO.

Dokumentationen av avvikelsehanteringen sker i DF Respons. Avvikelse rapportering görs i första hand av den som orsakat tillbudet och i andra hand av den som upptäckt händelsen eller på annat sätt fått kännedom om händelsen. Närmaste chef kontrollerar vid varje arbetspass inkomna avvikelser och vidtar för situationen nödvändiga åtgärder. Bedömning av allvarlighetsgrad och sannolikheten att det ska hända igen görs av en-hetschef som också dokumenterar utredningen och åtgärderna. Vid högre allvarlighetsgrad (3 och 4) kontaktas SAS alternativt MAS för ställningstagande till ytterligare utredning och eventuell anmälan enligt lex Sarah och/eller lex Maria. Händelser följs upp via strukturerad journalgranskning och i samtal med den enskilde, anhöriga, chefer och berörd personal.

MAS och SAS ansvarar även för att övergripande analysera och sammanställa inkomna avvikelser samt visa på förbättringsområden som stärker kvalitet och patientsäkerhet. Återkoppling görs kontinuerligt till verksamhetens medarbetare, chefer, ledning och nämnd.

3.5 Samverkan

Samverkan med brukare/patient och anhöriga

Brukare/patienter och deras anhöriga ska erbjudas möjlighet att medverka i kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet. Samverkan med brukare/patienter och anhöriga är viktig för att förebygga missförhållanden och vård-skador. Brukare/patienter (anhöriga/företrädare) ska;

- medverka vid upprättande av genomförandeplaner/vårdplaner
- bli informerade om när nationella studier och registreringar görs i nationella kvalitetsregister
- bli informerade vid utredning av missförhållanden/vårdskador
- bli informerad om vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål
- få möjlighet att delta i brukarundersökningar
- få möjlighet att medverka i medborgardialoger och brukarråd

Det finns i nuläget ingen systematisk uppföljning som visar på i vilken omfattning som detta sker i verksamheten, med undantag för hanteringen av brukarenkäter.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Många olika processer kan identifieras där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada. Samverkan sker internt inom förvaltningen och med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras bl.a. i avtal och deltagande i olika lokala, regionala och nationella nätverk. Här följer några exempel på samverkansformer:

- Deltagande i Estherforum för ledare på höglandet där representanter från slutenvård, vårdcentral och kommun deltar.
- Överenskommelse mellan Region och kommun gällande palliativ vård och geriatrisk vård. Samverkan med SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet).
- Överenskommelse mellan Regionen och kommunen gällande rehabilitering och habilitering.
- Samverkan med länets hjälpmedelscentral.
- Avtal för läkarmedverkan reglerar samverkan mellan vårdcentraler och kommunens hemsjukvård. Återkommande samverkansmöten med vårdcentralen Bra Liv i Nässjö och Bodafors, Läkarhuset i Nässjö, Nyhälsans vårdcentral i Nässjö och i Forserum då samverkansarbetet utvärderas.
- Deltagande i länets läkemedelskommitté och i nätverk för läkemedelsfrågor för en patientsäker läkemedelshantering.
- Deltagande i länets hygienråd.
- Efterföljelse av regelverk för samordnad vårdplanering (SVPL) och samordnad individuell plan (SIP).
- Avtal med Folk tandvården med riktlinjer för uppsökande tandvård.
- Överenskommelser och samarbete med dosapotek, lokala apotek och Regionens apotekare.
- Avtal skrivet med medicinsk teknik (Höglandssjukhuset, Eksjö) för service av medicinsk teknisk utrustning.
- Samverkan med regionen och andra kommuner i upphandlingsfrågor t.ex. länsöverskridande upphandling av inkontinenshjälpmedel, läkemedel till akutförråd och sjuk- och förbandsmaterial.
- Överenskommelse kring samverkan med Regionens enhet för Smittskydd/vårdhygien.
- Deltagande i nätverk för sårsvård och demensvård i samverkan med andra kommuner.
- Deltagande och användande av Kommunal utvecklings tjänster.
- Samverkan med Samhällsplaneringskontoret gällande bostadsanpassningar.
- Veckostyrning via Skype-möte med Höglandssjukhuset och övriga kommuner på höglandet. Under semesterveckorna daglig styrning dagligen med länets samtliga sjukhus.

Även flertalet interna samverkansforum finns såsom t.ex. regelbundna multiprofessionella teamträffar mellan olika yrkesprofessioner inom olika verksamheter i kommunen.

Samverkan för att förebygga missförhållanden

Samverkan mellan olika professioner är viktigt för att förebygga missförhållanden. Rutiner för hantering av avvikelser och synpunkter är grunden för att stärka kvaliteten i verksamheten. Brister som uppmärksammas tas upp på olika nivåer av samverkan t.ex. på teamträffar och arbetsplatsträffar.

Samverkan mellan MAS/SAS, ledning och verksamheterna är en viktig del av det förebyggande arbetet. I denna samverkan säkerställs dels viktig informationsöverföring men även att nödvändiga rutiner och arbetsinstruktioner tas fram och implementeras för att undvika missförhållanden.

Det finns ett antal externa samverkansformer som också har till uppdag att förebygga missförhållanden exempelvis Esthercoachnätverk och strategigrupp för äldre, barn och unga samt funktionshindrade. Deltagande och användande av Kommunal utvecklings tjänster är viktigt för förvaltningens utveckling.

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 förvaltningar beaktar funktionshinderfrågor i sin verksamhet.

Rådet har sammanträtt fem gånger under 2020. De frågor som varit mest diskuterade under 2020, 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.

Rådet har sammanträtt fem gånger under året. De frågor som diskuterats mest återkommande under 2020, har varit pandemin, avgifter för insatser inom hemsjukvård och ensamhetsproblematik.

4 Genomförda kvalitets- och patientsäkerhetsarbeten

För att säkra verksamhetens kvalitet utifrån brukaren och patientens behov arbetar socialförvaltningen med ständiga förbättringar som en del i kvalitetsledningssystemet. Det arbetet ska vara långsiktigt och förbyggande och vara en naturlig del av det dagliga arbetet. Det handlar inte om att göra förändringar för förändringarnas skull, det handlar om att systematiskt arbeta för att nå önskade förbättringar baserat på fakta. Arbetet ska utgå ifrån resultat, statistik, rapporterade avvikelser eller andra undersökningar. Alla medarbetares delaktighet, kunskap, initiativ och insatser är en förutsättning för att kunna förbättra verksamheten.

För att säkerställa att en förändring leder till förbättring krävs det struktur och systematik och med det syftet har förvaltningen en rutin för hur förbättringsarbeten ska genomföras. Det är ett väl inarbetat arbetssätt, som upprätthålls genom flera olika aktiviteter:

- Medarbetare och enhetschefer arbetar aktivt, i det dagliga, med att identifiera behov, förbättringsmöjligheter samt att förebygga risker.
- Medarbetarna introduceras till, påminns och uppmuntras att dokumentera avvikelser.
- Enhetscheferna utreder och följer upp avvikelser.
- Kvalitetshöjande aktiviteter, med brukarens/patientens bästa i fokus, är en ständig källa till förslag för att utveckla verksamheten, oavsett om diskussionen förs med den enskilde brukaren, vid det enskilda arbetslagets APT, eller på övergripande chefsnivå.

Under 2020 har huvudfokus, i det brukar- och patientnära arbetet, varit att säkerställa att alla insatser som vidtas bidrar till att minska smittspridningen av pandemin.

4.1 Covid-19

Covid-19 sprids i huvudsak som droppsmitta. Socialförvaltningen har följt de riktlinjer som Folkhälsomyndigheten samt Smittskydd och vårdhygien inom Region Jönköpings län har utfärdat. Redan den 11 mars var socialförvaltningens pandemiplan uppdaterad, reviderad och beslutad. Kontinuerligt har riskanalyser gjorts utifrån ett medarbetarperspektiv. Loggbok har under året förts, över händelser i verksamheten samt vilka åtgärder som har vidtagits.

Samtliga vidtagna aktiviteter har gjorts för att säkerställa en god kvalitet inom vård, omsorg och myndighetsutövning. Detta har varit, och är, socialförvaltningens aktiva arbete för att minska smittspridningen i samhället.

Arbetssättet är att följa basala hygienriktlinjer samt att hålla fysisk distans.

Inom vård- och omsorgsverksamheten är det omöjligt att hålla en fysisk distans om två meter, när det gäller att ge personlig omvårdnad. Vi har därför gjort riskbedömningar för att kunna säkerställa en god säker vård i alla olika verksamheter, även i de verksamheter som inte innebär nära omvårdnad.

Vid socialnämndens sammanträde i maj 2020, redovisades de aktiviteter som var vidtagna under våren. Därefter har verksamheterna fortsatt att arbeta på samma, evidensbaserade arbetssätt. Fokus under hela 2020 har därför varit att (ständigt) informera, introducera och utbilda medarbetare samt tryckt på vikten av att följa de basala hygienriktlinjerna samt att skyddsutrustning ska användas enligt gällande föreskrifter. MAS har även ansvarat för att rätt skyddsutrustning har köpts in, vilket ofta har skett i samverkan med SKR, Regionen och övriga kommuner. Ett centralförråd har upprättats för att tillgodose att skyddsutrustning ska finnas vid ett stort utbrott.

4.2 Hantering av synpunkter

Under 2020 har det inkommit sammanlagt 45 synpunkter till socialförvaltningen. Tre förmedlade beröm till verksamheten, tre hade en frågeställning, och en inkom med ett förslag. Resterande 39 synpunkter framförde kritik och klagomål.

Samtliga inkomna synpunkter har hanterats utefter fastställd rutin.

	Antal synpunkter	Beröm	Fråga	Förslag	Klagomål
Barn och unga	10			1	9
Ekonomiskt bistånd	4				4
Funktionshinder	11		1		10
Hemsjukvård inkl. Rehabilitering	5	1	1		3
Äldre	15	1	1		13

4.3 Rapporteringsskyldighet

Inkomna avvikelser för 2020 är lägre än för åren 2018-2019, men i paritet med uppgifterna för 2017.

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

Not. Redovisade uppgifter för korttidsboende har under 2017-2019 redovisats under Äldreomsorg (särskilt boende). I och med att korttidsboende är en insats som räknas till ordinärt boende, redovisas siffrorna för 2020 (och framåt) istället under Äldreomsorg (hemtjänst/larm/nattpatrull/korttidsboende).

Antalet avvikelser för äldreomsorgen som helhet, ligger relativt stabilt under åren.

Fördelat på typ av avvikelse som avses, är det mycket tydligt att fall är den vanligaste orsaken till avvikelse. Drygt 65% av alla avvikelser är att brukaren har ramlat. Därefter kommer läkemedelsavvikelser (16,4%) och brister i information, kommunikation och samverkan (5,2%)

	Myndighet	Hemsjukvård	Funktionshinderomsorg	Äldreomsorg, ordinärt boende	Äldreomsorg, särskilt boende	
Brist i information, kommunikation, samverkan	13	17	49	68	21	5,2%
Brist i/utebliven dokumentation	3	2	10	15	6	1,1%
Bruten sekretess	1	3	4	2		0,3%
Brist i trygghet			23	23	13	1,8%
Brist i/utebliven vårdåtgärd/rehabilitering		6	12	5	14	1,1%
Händelse med tekniskt hjälpmedel		5	1	5	25	1,1%
Läkemedelshändelse		17	127	173	215	16,4%
Brist i/uteblivet besök/tillsyn	7	1	22	30	1	1,9%
Brist i/utebliven personlig hygien			2	1	1	0,1%
Brist i mathållning			5		3	0,2%
Brist i/utebliven social aktivitet			3	2	2	0,2%
Fall		4	82	1370	676	65,8%
Hot och våld			21		3	0,7%
Suicid/suicidförsök			3			0,1%
Ovärdigt bemötande			2	3	3	0,2%
Övergrepp/oegentlighet			1		1	0,1%
Övrigt	15		27	48	25	3,5%

Avvikelseernas allvarlighetsgrad	2017	2018	2019	2020
Mindre (1)	78,0%	81,0%	80,0%	49,8%
Måttlig (2)	20,0%	17,0%	17,0%	10,7%
Betydande (3)	3,5%	2,0%	3,0%	0,8%
Hög (4)	0,3%	0,0%	0,0%	0,2%
Ej noterad allvarlighetsgrad	-	-	-	38,5%

I årets redovisning av allvarlighetsgrad, har andelen avvikelser där allvarlighetsgraden inte har noterats, tagit med. Hur stor andelen har varit tidigare år, är inte klarlagt. Oavsett detta, är årets utfall avseende ej noterad allvarlighetsgrad, ett förbättringsarbete inför kommande år.

4.3.1 Rapportering till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO)

Två händelser är under året rapporterade till IVO. En Lex Sarah (bemötande) och en Lex Maria (...). IVO har efter genomförd granskning meddelat att socialförvaltningens åtgärder för att säkerställa att liknande händelser inte ska inträffa igen, i båda fallen är tillräckliga, varför IVO därefter har avslutat ärendena.

4.3.2 Utslag i domstolar

Under 2020 har 176 ärenden överklagats till domstol. Merparten har avgjort i Förvaltningsrätten. 23 ärenden har gått vidare för avgörande i Kammarrätten eller Högsta förvaltningsdomstolen, dvs. till högre instans.

Samtliga utfall i domstol har löpande under året redovisat till Individutskottet.

	Antal mål	Bifall, eller delvis bifall, på den enskildes yrkande	Målet avgjort i:	
			Förvaltningsrätten	Högre instans
SoL, ekonomiskt bistånd	86	7	86	0
SoL, övriga insatser	7	0	7	0
LSS	23	7	17	6
LVU	44	1	29	15
LVM	8	0	8	0
Övriga	8	2	6	2

Flest mål har rört ekonomiskt bistånd; 86 mål. I ca 8% av fallen har den enskilde fått helt eller delvis rätt gentemot kommunen. Ur detta kan följande slutsats dras:

- Handläggarna informerar den enskilde om rätten att överklaga beslut som går hen emot
- Andelen mål som har prövats utifrån ekonomiskt bistånd, indikerar att handläggarna har en professionell inställning till sitt uppdrag. Att våga ge avslag vid ansökningar som ligger i gränslandet mellan bifall och avslag, visar på att handläggarna har ett högt rättspatos. Det tydliggörs genom den en relativt hög numerär av överklagade beslut.
- Att kommunen får helt rätt i 92% av de överklagade besluten inom ekonomiskt bistånd, samt delvis rätt i ett antal av resterande 8%, visar också att befintliga riktlinjer och arbetssätt ligger i linje med domstolarnas praxis och utifrån lagstiftarens intentioner.

44 ärenden inom LVU har överklagats. En brukare fick helt eller delvis rätt av domstolen, dvs i ca 2% av målen. Att 15 av de 44 ärendena har nått högre instans, visar troligen på att insatsen som sådan är av genomgripande karaktär för den enskilde och dennes omgivning, att många väljer att överklaga i ytterligare instanser.

4.4 Samordning, personalresurser

Nässjö kommun har sedan i februari 2020 arbetat aktivt för att säkerställa att tillgängliga resurser används på ett optimalt sätt. Samarbetet har organiserats i två operativa samarbetsgrupper, med beslutsmandat. Dels en kommunövergripande grupp, dels en förvaltningsövergripande grupp. Frekvensen för när respektive grupp har träffats, har varit beroende av vilket smittläge kommunen har varit i som helhet, alternativt inom förvaltningen. Förvaltningsledningen har dagligen möts sedan månadsskiftet februari/mars för uppföljning och planering av åtgärder. Dessa åtgärder har dokumenterats i en loggbok.

Även avdelningsvis har samordning av personalresurser varit av högsta vikt. Vid större utbrott har resurserna fördelats till den drabbade enheten, varpå andra enheter har varit hänvisade till att verkställa uppdragen med den egna personalbemanningen.

4.5 Samverkan

Socialförvaltningen har redan tidigare ett väl upparbetat samarbete med andra aktörer, utifrån Esther-perspektivet. Detta samarbete intensifierades under 2020. Bland annat har avstämningar med Region Jönköpings läns verksamheter till antalet/till frekvens ökat markant. Samarbetet med vårdcentralerna i Nässjö kommun har intensifierats, och nätverk för att säkra kvaliteten för Esther har också genomförts oftare; så som MAS-nätverket och socialchefnätverket.

4.6 Skyddsutrustning till medarbetarna

Samordning av tillgången på skyddsmaterial har skett under hela 2020. I första hand har medicinskt ansvarig sjuksköterska haft dialog med MAS i övriga länet, SKR, Länsstyrelsen och inköpsavdelningen för att säkerställa god tillgång på skyddsutrustning till medarbetarna.

Det har alltid funnits skyddsmaterial att tillgå för medarbetarna. Dock var marginalerna mycket små under inledningen på pandemin. Men allt eftersom tiden gick, och nya samarbeten etablerades och nya kontaktvägar skapades, har god, och även mycket god, tillgång till skyddsmaterial kunnat säkerställas.

Gemensamma inköp av skyddsmaterial har gjorts av länets kommuner i samarbete med Länsstyrelsen. Skyddsmaterialet förvarades initialt i Jönköping (på Elmia) eftersom inköpen var av så stor mängd att förvaring var svår, för att under tidig höst överföras till centrallager i Nässjö kommun.

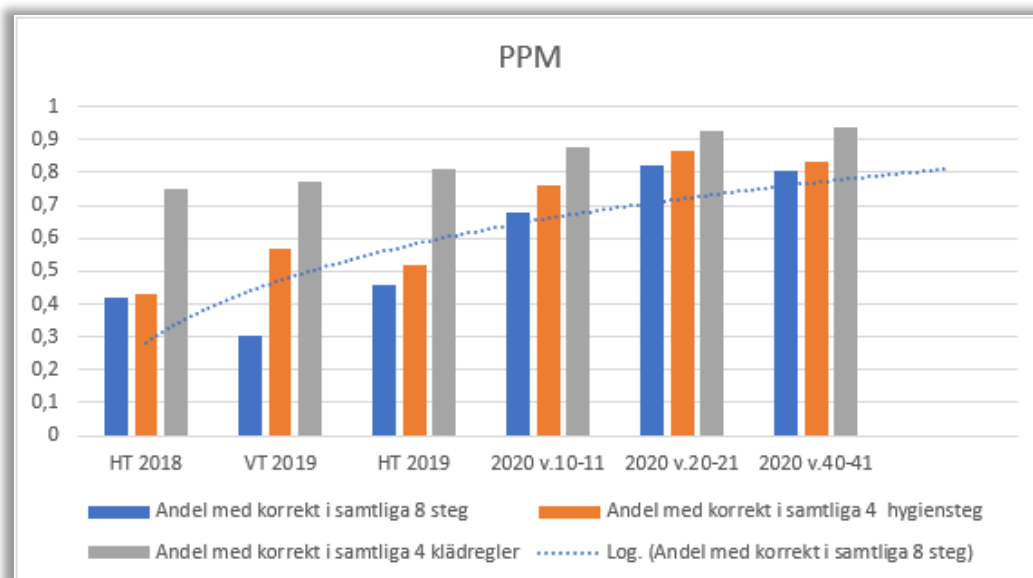
För att underlätta hanteringen av skyddsutrustningen och för att kunna förvara den stora volym av utrustning, skapade socialförvaltningen ett eget "centrallager". Förvaringen består i huvudsak av munskydd, förkläden, visir och handdesinfektion. En person har arbetat 50 % med hanteringen av skyddsutrustningen. En E-tjänst har också skapats. Det positiva resultatet märks framför allt i arbetsmiljön och en ökad känsla av trygghet. Det har varit enklare för enhetscheferna att beställa det material som verksamheten behöver och leveranserna har kunnat ske snabbare. För samtliga medarbetare, och för Esther och närstående/anhöriga har det varit en stor känsla av trygghet att veta att skyddsmaterial har funnits på nära håll, i god omfattning.

4.7 Punkt Prevalens Mätning PPM

Årligen genomförs en så kallad Punkt Prevalens Mätning (PPM) som är en nationell mätning av hur medarbetarna inom hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och funktionshinderomsorgen efterlever de hygienkrav som ställs för att minska smittspridningen inom vården. Följsamheten till basala hygienrutiner följs upp via observationer och enkäter av kommunens hygienombud. Inrapportering till SKR:s databas görs två gånger per år.

Mätningen är uppdelad i åtta mätområden, som slås samman i två kluster; hygiensteg och klädregler. Mätningen ger också ett totalvärde av följsamheten gentemot samtliga åtta mätpunkter.

Årligen genomförs två mätningar; en på våren och en på hösten. Under pågående pandemi valde Nässjö kommun att göra ytterligare en mätning, strax innan sommaren.



Följande slutsatser kan dras:

- Verksamheten genomförde stora insatser för att samtliga medarbetare, i alla verksamheter, skulle öka följsamheten till de basala hygienriktlinjerna.
- Att andelen medarbetare som följde samtliga åtta steg i ökade så markant mellan 2019 och 2020 är mycket glädjande, och ett resultat att vara stolt över.

Sett över tid, har utfallet i PPM blivit bättre för varje år som går. Detta är mycket positivt! Inför 2021 är förväntningarna stora, om att utfallet kommer att fortsätta att förbättras inom de områden som ligger lägst, samt att utfallet i övrigt kommer att fortsätta att hålla samma höga kvalitet. Pandemin har hjälpt oss att fokusera och bli bättre på hygienriktlinjerna.

4.8 Digitalisering

Många förbättringsförslag avseende digitaliseringen har kunnat genomföras under 2020

Distansarbete

Folkhälsomyndigheten rekommenderade redan tidigt under året att distansarbete skulle vara normen, när så var genomförbart. Framför allt myndighetsenhetens arbete med dokumentation utfördes på distans.

Fysiska möten blev digitala möten

Under tidig vår 2020 ställdes möten och utbildningsinsatser in, sköts på framtiden. När det sedan blev uppenbart att det inte var ett alternativ att pausa dessa aktiviteter, men inte heller möjligt att genomföra dessa fysiskt, fann verksamheten nya vägar att genomföra aktiviteterna digitalt.

Arbetsplatsträffar Initialt genomfördes aktiviteterna som fysiska möten med distans mellan deltagarna, för att mycket snart övergå till att bli digitala möten.

Samordnad vårdplanering Möten för Esther, med representanter för slutenvården, vårdcentralen, socialförvaltningens representanter (socialsekreterare samt hälso- och sjukvårdspersonal) genomfördes via digitala mötesrum. Detta har fungerat mycket bra! Digitala arenor underlättar också för anhöriga att delta på ett smidigt sätt.

Läkarkontakter När legitimerad personal; läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut och/eller fysioterapeut kan ha visuell kontakt, inte enbart verbalt samtal, förbättras kvaliteten i dialogen. Ett digitalt möte blir därför i många fall ett mycket kvalitativt bra alternativ när fysiska möten inte är möjliga.

Utbildning Under 2020 har socialförvaltningens medarbetare i huvudsak deltagit i digitala konferenser och utbildningsåtgärder. Endast utbildning i förflyttningsteknik har utförts som utbildning i fysiskt gemensam lokal

Introduktion Kommer att vara klart till sommaren 2021.

Digitala lösningar

Det finns inget egenvärde i att införa digitala lösningar. I första hand ska en digital lösning innebära en brukar/patientnytta: ökad frihet, ökad säkerhet, enklare tillgänglighet för att nämna några exempel. I andra hand ska en digital lösning innebära att befintliga personalresurser kan omfördelas till kärnverksamheten; det patient- och brukarnära arbetet.

Nedanstående exempel på digitala lösningar uppfyller samtliga ett mervärde för Esther.

Digitala läkemedelsskåp Under 2020 slutfördes installationen av digitala läkemedelsskåp inom särskilt boende för äldre. Även funktionshinderomsorgens särskilda boenden fick tillgång till digitala läkemedelsskåp. Denna process både påbörjades och avslutades under 2020.

Digital ansökan Förvaltningen har under 2020 möjliggjort för medborgaren att ansöka om insatser digitalt. Med det nya verksamhetssystemet följer en Medborgarportal, det vill säga en digital "min sida" där man både kan ansöka om insatser och sedan hålla en säker kommunikation med förvaltningen efter beslut om bistånd. De områden som nu går att ansöka om digitalt är "intresseanmälan uppdragstagare" (familjehem, kontaktperson, kontaktfamilj), ansökan ekonomiskt bistånd, inkomstanmälan, orosanmälan barn och unga och anmälan om dödsfall. I portalen finns också möjlighet att följa sitt/sina ärenden. Under 2021 utökas områden för digital ansökan.

Digital tillsyn Att fysiska besök nattetid de facto kan utgöra en risk för att den enskilde brukaren blir störd i sin nattsömn, är känt sedan tidigare. Störd nattsömn i sig är en risk, ett störande moment för den enskilde. Men i de fall som brukaren blir störd (när personalen passerar bostadens ytterdörr) och därvid går upp från sin säng, och därmed utsätter sig för risk att falla; detta är både en risk för att den enskilde skadar sig, men också en kvalitetsbrist i hur verksamheten har möjlighet att utföra sitt uppdrag. I och med att det nu finns möjlighet till tillsyn via kamera i Nässjö kommun, har två syften uppnåtts; den enskilde ha fått sitt behov av tillsyn tillgodosett samt att den enskildes nattsömn har blivit ostörd. Ambitionen är att fler brukare i hemtjänsten ska erhålla tillsyn via kamera under 2021. Förhoppningsvis kan även brukare inom särskilt boende, äldreomsorg, erbjudas detta alternativ under 2021.

GPS-larm Den enskildes möjlighet att leva ett självständigt liv är både en av hörnstenarna i socialtjänstlagens portalparagraf, men också väl förankrat i hur vi människor tänker, och vill leva våra liv. För de personer som har upplevt att de har haft svårt att ta en promenad på det sätt de själva vill, utifrån rädslan att kanske inte hitta hem igen, har tillgången till GPS-larm inneburit en stor frihet.

En vän i telefonen Under slutet av 2020 satsade socialförvaltningen en aktivitet för att bryta ensamheten. Det blev möjligt att anmäla sitt intresse för att få kontakt med någon annan, för att prata en stund. Äldrepedagogen såg till att kontakter förmedlades mellan dem som ville delta.

Digitala aktiviteter I samverkan med pensionärsföreningarna har digitala aktiviteter utvecklat under året när många fysiska grupper/aktiviteter i grupp uteblivit. Att nämna är digital tipspromenad och streamade konserter.

För verksamhetens har även digitaliseringen under 2020 möjliggjort förändrade arbetsprocesser där digitala lösningar möjliggör nytt sätt att arbeta.

Mobilt arbetssätt För utförare finns nu möjlighet att arbeta mobilt då verksamhetssystemet Combine erbjuder en app. Detta medför att alla medarbetare i utförarverksamhet inom äldre- och funktionshinderomsorg har tillgång till telefon under arbetspasset. Det innebär att man nu bär med sig nödvändig information och kan föra dokumentation mobilt och signera utförda insatser digitalt. Därmed kan arbetssätt med rapportering och journalföring vid datorn i arbetspassets slut förändras och papperslistor tas bort.

4.9 Anhörigstöd

2020 innebar att utbildning för anhöriga till personer med demenssjukdom startades upp igen. Pga. den pågående Corona-pandemin så hanns endast halva utbildning genomföras; två av fyra utbildningstillfällen. Planen är att anhörigutbildningen ska genomföras två gånger per år. Utbildningsatsningen har varit mycket uppskattad. Deltagare har varit både make/maka och barn till personer med demenssjukdom.

4.10 Rutiner/Riktlinjer

En viktig del i kvalitet och patientsäkerhetsarbetet är att medarbetare har bra stöd i sitt dagliga arbete genom riktlinjer och rutiner. Dokumentet ska stödja medarbetaren, det ska vara lätt att göra rätt. Nedan redovisas de rutiner och riktlinjer som beslutades och reviderades under 2020.

Rutiner

- Rutin för ADL-processen
- Rutin för sårbehandling (reviderad)
- Rutin för suicidprevention (reviderad 2020-08)
- Rutin för arkivering och gallring av patientjournal och personakt (reviderad 2020-01)
- Rutin för verksamhetsförändring
- Rutin för ständiga förbättringar med metoder (reviderad)
- Pandemiplan
- Rutin för uppsökande verksamhet
- Rutin för boendeträffar inom FO
- Rutin för ordinärt boende-träffar inom FO

Riktlinjer

- Riktlinjer för ekonomiskt bistånd (reviderad)
- Riktlinjer för trygghetslarm i ordinärt boende (reviderad)
- Riktlinjer för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (reviderad)
- Digitalisering inom socialnämnden 2020-2025
- Inriktning på demensvården i Nässjö kommun
- Tillfälliga riktlinjer för besök på boende som haft besöksförbud

4.11 Förbättringsarbete

ADL-bedömning

Rehabiliteringsprocessen, som innebär att patienten äger sin egen rehabiliteringsplan och ska följa den i hela vårdkedjan påbörjades i januari 2020 tillsammans med Regionen. Vi vill uppnå Socialförvaltningens motto: Från att ge vård- till att stödja individen att ta hand om sig själv utifrån var och utifrån var och ens förmåga, att känna delaktighet och egenansvar.

ÖMU (Öppen Mottagning Ung)

Under 2020 startade socialförvaltningen en öppen mottagning för ungdomar och unga vuxna 13-25 år med missbruksproblematik för att nå dessa personer i ett så tidigt skede som möjligt och kunna erbjuda adekvata motivations- och behandlingsinsatser. Mottagningen bemannas i samverkan mellan Barn och ungdoms öppenvård och

Missbruks- och beroendevårdens öppenvård. Behovet av verksamheten blev tydligt efter att målgruppen inventerats. Slutsatserna från inventeringen var att Nässjö har ett utbrett missbruk inom åldersgruppen där över 110 personer var identifierade. Inventeringen visar också att socialtjänstens insatser kommer in för sent i en negativ utveckling och då krävs det omfattande och specialiserade insatser.

Verksamhetsutveckling inom ramen för KF-uppdraget att stärka föräldrarollen

Arbetsättet med förstärkta hembesök i samverkan mellan Nässjö kommun och Regionens barnhälsovård startades i enlighet med framtagna handlingsplan den 1 september. Arbetsättet innebär gemensamma hembesök av BHV-sjuksköterska och socionom till kommunens alla förstagångsföräldrar när barnet är nyfött och sedan efter 4, 8 och 15 månader. Syftet är att så tidigt som möjligt ge information och relevant stöd för att stärka en självständig och god föräldraförmåga. Den nystartade verksamheten har stöd från Regionens utvecklingsavdelning Kulturrums i form av lärandeseminarier för att utveckla och följa upp verksamheten på ett bra sätt. Regionen lyfter fram Nässjös kommuns valda angreppssätt och samarbete som ett föredöme i länet och planen är att liknande arbetssätt ska finnas i länets alla kommuner.

Även arbetet med att förstärka föräldrastödet inom förskoleverksamheten i samverkan mellan socialförvaltningen och Barn och utbildningsförvaltningen startades upp som planerat under hösten 2020 och kommer successivt utvecklas och fördjupas utifrån utvärderingsresultat. Fokus under det första halvåret har varit att ge förskolans medarbetare inom prioriterade förskoleområden grundläggande kunskaper i teori och förhållningssätt inom ramen för metoden Trygghetscirkeln samt att erbjuda föräldrar föräldrastödsprogram i grupp. I båda dessa långsiktiga utvecklingsarbeten används både de medel som Kommunfullmäktige särskilt avsatt och verksamheternas befintliga resurser.

Verksamhetsnära förbättringar

Inom ramen för förvaltningens ambition till ständiga förbättringar sker varje år nära förbättringar som verksamhetens själva tar initiativ till att genomföra, många gånger genom Esther-coacher. Under 2020 har bland annat dessa arbeten genomförts;

- *Minska upplevelsen av ofrivillig ensamhet, bemjänt Åker/Målen*
- *Upplevelsen att middagen är en trevlig stund på dagen, Lillsjögården ÅO*
- *Månadsuppföljning vid individuell placering, stödpedagoger FO*
- *Samarbete och brukarfokus i personlig assistans, personlig assistans 3.8*
- *Trygghet vid personalbyte, personlig assistans*

5 Analys

År 2020 har präglats av den pågående Corona-pandemin. Detta har fått följande konsekvenser för verksamheten inom socialförvaltningen, ställt i relation till de förbättringsområden som identifierades i föregående Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse:

Fortsatt fokus på dokumentation

Verksamheterna inom Funktionshinderomsorgen och Äldreomsorgen har arbetat aktivt med att utveckla arbets sättet när det gäller att producera genomförandeplaner tillsammans med brukarna. Vid uppföljningen i slutet av året identifierades ett par förbättringsområden;

- Hur utförarna av insatserna ska hantera, förvalta och tolka det uppdrag som kommer ifrån myndighets- enheten.
- Verksamhetsföreträdarnas kunskap om verksamhetssystemets olika processer (teknik).

Metodstödjare (vilka har till uppdrag att stötta sina kollegor i att dokumentera) finns inom alla verksamheter. Det finns också verksamhetsövergripande metodhandledarna. De sistnämnda har inte kunnat stötta metodstödjarna fullt ut, i och med den pågående pandemin. Verksamheterna har prioriterat det nära omvårdnadsarbetet, och har inte kunnat lösgöra arbetstid för metodstödjarna, för att dessa, i tillräcklig omfattning, ska kunna fullgöra sitt uppdrag gentemot kollegorna.

Det fysiska mötet mellan metodstödjarna och metodhandledarna har under tidigare år varit en möjlighet till in- ternutbildning och tillfälle till reflektion och utveckling av det egna arbetssättet. Att verksamheten inte har nått ända fram under 2020, märks bland annat genom differensen mellan det mätbara resultatet (utfallet) avseende genomförandeplaner som är korrekt dokumenterade, och verksamhetens erfarenhet av hur många genomföran- deplaner som är producerade på rätt sätt.

För att kvalitetssäkra både arbetsprocessen och öka den tekniska kunskapen om verksamhetssystemet, är det nödvändigt att metodhandledarna ges möjlighet att stötta verksamheterna och metodstödjarna igen under 2021.

Följsamhet till rutiner och riktlinjer

Följsamheten till basala hygienriktlinjer har under 2020 ökat markant inom socialförvaltningens hela verksam- hetsområde. Corona-pandemin är huvudorsaken till det massiva fokus som har riktats mot just detta område un- der det år som har varit.

En dominoeffekt har blivit en ökad medvetenhet om vikten av samverkan. Att olika yrkesprofessioner behövs för att ge Esther en god vård och omsorg är ingen nyhet, det arbetar verksamheterna efter dagligen redan tidi- gare. Men pandemin har ytterligare satt fokus på detta viktiga område.

Arbeta systematiskt för att förebygga ohälsa

Under året har verksamheterna ständigt behövt ställa om för att hantera ny misstänkta och bekräftade fall av Co- vid-19. Det mål som sattes inför 2020: att öka teamsamverkan, har inte kunnat effektueras. Förvisso var somma- ren 2020 relativt lindrig, ur en smittspridningssynpunkt. Men det är en årstid som det är svårt att implementera nya arbetssätt på, i och med att ungefär halva personalstyrkan är på semester.

Så målsättningen att arbeta för att förebygga ohälsa, framför allt att förebygga fall, kommer att kvarstå som ett förbättringsområde även 2021.

Utvecklingsmöjligheter genom digitalisering

Under 2020 har digitaliseringen inom socialförvaltningens verksamhet tagit stora steg framåt. Det finns mycket att utveckla även framöver. ”Vad av det vi gör i dag kan vi göra på ett annat sätt, med stöd av teknik”.

5.1 Effekter på dokumentationen

Att verkställa nyligen implementerade arbetssätt, mitt under en pågående pandemi, stöter ibland på problem och utmaningar. Exempelvis så gavs omvårds- och omsorgspersonalen möjlighet att signera utförda delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter digitalt. En förutsättning var och är att legitimerad personal har skapat dessa arbetsupp- gifter som en digital beställning (hälsoärende) i verksamhetssystemet.

Vid ökad arbetsbelastning, ökad upplevelse av stress, är det lätt att återgå till ett tidigare, invariant, beteende. När det gäller delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter, uppstod en negativ spiral av händelser. Legitimerad personal

valde att fortsätta att använda fysiska signeringslistor för delegerade arbetsuppgifter. I och med att inflödet till omsorgs- och omvårdnadspersonal av digitala hälsoärenden (och möjlighet till digital signering) minskade, valde även dessa att hålla fast vid det tidigare arbetssättet; papper och penna. En övergång från att signera utförd delegerad uppgift från papper till digital signering, bromsades alltså upp.

Effekten har inte varit märkbar för brukare och patienter; de delegerade uppgifterna har utförts. Men den digitala dokumentationen av dessa utförda arbetsuppgifter finns i begränsad digital omfattning idag. Analog, via papper och penna, är dock dokumentationen fullständig.

Det nyligen implementerade verksamhetssystemet Combine ger möjlighet att på övergripande nivå digitalt analysera effekten av beviljade och utförda insatser, både för insatser beviljade enligt Socialtjänstlagen, Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade samt ordinationer utifrån Hälso- och sjukvårdslagen. Detta kommer att vara en del av kommande års Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.

6 Förbättringsområden

Mot bakgrund av resultat och analys i 2020 års Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse finns följande förbättringsområden att beakta kommande år:

Dokumentation	Under 2020 har många av de tekniska lösningarna för att kunna dokumentera, signera, följa upp och utvärdera, blivit tillgängliga för verksamheten. Under 2021 kommer arbetet med att säkerställa arbetssätten att fortgå.
IBIC	Den goda utveckling som är påbörjad när det gäller att öka individens delaktighet i utredning av behov, förslag till lösning samt uppföljning, kommer att fortsätta under 2021. Ambitionen är att myndighetsenheten under första halvåret kommer att ha avsevärt större digitalt, detaljerat, underlag vid utvärdering av insatser och vid uppföljning.
Teambaserat arbetssätt	Inom socialförvaltningen finns det rutiner och arbetssätt för att arbeta teambaserat inom äldreomsorgen. Under 2021 kommer arbetssättet att stadfästas och utvecklas. Det uppehåll i arbetssättet som pandemiläget påtvingade verksamheten, kan inte tillåtas att bli stadigvarande.
Digital utveckling	Arbetet med att införa digitala arbetssätt och lösningar i verksamheten accelererade under 2020. Detta arbete måste fortsätta! När vi håller fast vid goda, digitala och resursbesparande arbetssätt, kommer tid att frigöras till fysiska möten. Till nytta för verksamheten, men framför allt för Esther.
Utbildning	De utbildningsinsatser som pausades 2020, måste återupptas.
Kvalitetsregister	Nässjö kommun kommer att använda nationella kvalitetsregister mer frekvent, dvs förutom patient/brukarnyttan också att bidra till nationell statistik.