



HÖGSBY
K O M M U N

Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse 2025

Socialförvaltningen

Elin Backenius, medicinskt ansvarig sjuksköterska
Marie Bennesved, socialt ansvarig samordnare

Dnr SU 2026.28



Innehållsförteckning

Bakgrund	6
Syfte.....	6
God kvalitet och patientsäkerhet	6
Kvalitetsledningssystem	6
Grundläggande förutsättningar	7
Värdegrund	7
Personcentrerad vård, omsorg och socialtjänst	7
Övergripande mål och strategier.....	8
Socialutskottets övergripande mål.....	8
Organisation	9
Lagen om valfrihetssystem (LOV).....	9
Ansvarsfördelning	9
Systematiskt förbättringsarbete	11
Risk- och händelseanalys.....	11
Avvikelse, synpunkter och klagomål.....	12
Egenkontroll och intern kontroll	12
Medarbetare	12
Den enskilde som medskapare	12
Samtycke.....	13
Fast omsorgskontakt.....	13
Fast vårdkontakt	13
Samverkan	13
Lokal samverkan.....	13
Teammöte inom vård och omsorg	14
Länsgemensam samverkan.....	14
Samordnade insatser vid hemgång (SIVH)	14
Samordnad individuell plan (SIP).....	15
Omställning	15
Nära vård	15
Ny socialtjänstlag (SoL)	15



Insats utan individuell behovsprövning.....	15
Läges- och behovsanalys.....	16
Kompetens och utbildning.....	17
Kompetensutvecklingsplan.....	17
Introduktionsprogram.....	17
Yrkesresan.....	18
Förflyttningskunskap.....	18
Hjälpmedel.....	19
Delegering.....	19
Äldreomsorgslyftet.....	19
Vård- och omsorgscollege.....	19
Språkrav.....	20
Bemötande.....	20
Demensvård.....	20
Hjärt-lungräddning (HLR).....	21
Dokumentationsutbildning inom barn och familj IFO.....	21
Övriga utbildningar.....	21
Informationssäkerhet.....	21
Behörighet och säker inloggning.....	22
Viva Omsorg.....	22
Informationshanteringsplan.....	22
Gallringsplan.....	22
Registerförteckning.....	22
Digitalisering.....	22
SKR ”Handslaget”.....	22
Digital signering.....	22
Digitala inköp.....	23
Digitala lås.....	23
Digital tillsynskamera.....	23
Läkemedelsautomater.....	23
Viva Medborgare.....	23



Kvalitetsarbete och förebyggande insatser	23
Kvalitetsarbete kring inkontinensprodukter	23
Förebyggande träningsgrupp för äldre	24
Dagverksamhet	24
Anhörigstöd.....	24
Placeringsmöten inom IFO	25
Förändringsarbete inom IFO	25
Styrdokument	26
Krisberedskap och civilt försvar i kommunal vård och socialtjänst.....	26
Familjecentralen	26
SSPF (Skola, Socialtjänst, Polis, Fritid).....	27
BoB (Barn och unga i organiserad brottslighet).....	27
Meningsfull fritid.....	27
Våld i nära (VNR)	28
Skolsociala teamet (SST)	28
Dokumentation	29
Verksamhetssystem	29
Säker kommunikation.....	29
Genomförandeplan	30
Vårdplan	30
Rehabplan	30
Egenkontroller	30
Intern kontroll	30
Brukarundersökning ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?”	31
Läkemedelsgranskning	31
Granskning av genomförandeplaner och vårdplaner.....	32
Granskning av ärende inom barn och familj	32
Journalgranskning vård och omsorg.....	32
Journalgranskning kommunal primärvård.....	32
Granskning av trygghetslarm.....	33
Granskning av privata medel.....	33



Nationella kvalitetsregister	34
HALT (Healthcare-Associated Infections in Long-Term Care Facilities).....	38
Munhälsa	38
Basal hygien	38
Loggkontroll	39
Avvikelser.....	39
Klagomål och synpunkter.....	41
Lex Sarah.....	42
Lex Maria	42
Stella, avvikelssystem med Region Kalmar	42
Mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet 2026.....	42



Bakgrund

Denna kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse sammanfattar en stor del av det arbete som bedrivits inom socialförvaltningen i Högsby kommun under 2025, för att främja god kvalitet och hög patientsäkerhet i våra verksamheter. Arbetet har utgått från gällande regelverk, däribland Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) samt Patientsäkerhetslagen (2010:659).

I enlighet med Patientsäkerhetslagen ska vårdgivare årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet är att på ett öppet och transparent sätt redovisa mål, strategier och resultat av det arbete som syftar till att stärka patientsäkerheten. Berättelsen ska även ge en tydlig bild av hur det systematiska och fortlöpande kvalitetsarbetet har bedrivits inom olika delar av verksamheten, och samtidigt tillgodose behovet av information från externa intressenter.

Enligt SOSFS 2011:9 bör även en sammanhållen kvalitetsberättelse upprättas för socialtjänstens verksamheter, inklusive insatser enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Denna del av berättelsen beskriver hur kvalitetsarbetet har utvecklats under året, vilka åtgärder som vidtagits och vilka resultat som uppnåtts.

Berättelsen är tillgänglig via Högsby kommuns webbplats och är utformad för att kunna ingå som en del i socialnämndens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.

Syfte

Den gemensamma kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen utgör en samlad redogörelse för det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete som har bedrivits inom socialförvaltningen under år 2025. Syftet är att ge en tydlig och överskådlig bild av hur arbetet har organiserats, vilka insatser som genomförts och redovisa en del av de resultat som uppnåtts under året.

Berättelsen är ett viktigt verktyg för att följa upp och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet, och den ligger till grund för planeringen av det fortsatta förbättringsarbetet under kommande år, 2026. Genom att sammanställa erfarenheter, statistik och lärdomar från året som gått skapas förutsättningar för ett långsiktigt och hållbart kvalitetsarbete som utgår från både lagstiftning, lokala behov och nationella riktlinjer.

God kvalitet och patientsäkerhet

Kvalitetsledningssystem

Kvalitetsledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra och leda verksamheten genom att säkerställa att arbetet utförs i rätt ordning och på ett enhetligt sätt. Arbetet med att bygga upp ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet pågår och kommer under 2026 även att göras tillgängligt på kommunens intranät.

Bild av kvalitetsledningssystemets huvudprocess;



Till varje process knyts de riktlinjer/rutiner som är aktuella. Riktlinjer och rutiner är fastställda och beslutade av Kommunstyrelsen respektive socialförvaltningens ledningsgrupp.

Grundläggande förutsättningar

Utgångspunkten för en socialtjänst med god kvalitet och en säker vård och omsorg är att följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). 2 kap 1§ definierar kvalitet med att *”en verksamhet ska uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso-och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter”*.

Detta förutsätter en personal med lämplig utbildning och erfarenhet, en välfungerande organisation och arbetsledning. Rättssäkerhet, tillgänglighet, respektfullt bemötande och den enskildes delaktighet är också viktiga faktorer. Ett genomtänkt arbetssätt med riskbedömning, egenkontroll och uppföljning samt utvärdering av olika insatser är framgångsrikt.

En säker vård och omsorg förutsätter ett engagerat och kompetent ledarskap samt en tydlig styrning på alla nivåer. Ledningens ansvar är att skapa förutsättningar för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete som genomsyrar hela verksamheten.

För att kunna uppnå hög kvalitet- och patientsäkerhet krävs ett långsiktigt och uthålligt arbete i samverkan, såväl inom kommunen som mellan kommun och region och mellan olika organisatoriska nivåer.

Värdegrund

En värdegrund talar om hur alla som representerar organisationen Högsby kommun ska bemöta invånare och företag. Den talar också om vilka önskvärda beteenden och förhållningssätt som medarbetare, chefer och politiker ska ha för att det ska finnas möjlighet att nå kommunens vision *”Framåtanda i en nytänkande landsbygd”*.

Värdegrunden ”SANT”

Stolt – Vi känner en stolthet över vad vi åstadkommer. Genom att visa stolthet över vårt arbete, inspirerar vi andra att också sträva efter hög kvalitet och engagemang. Vi framhäver det som är positivt och pratar gott om kommunen. Stoltheten skapar framtidstro för oss.

Ansvarsfull – Vi tar ansvar för vårt uppdrag, för de vi är till för och känner tillit till varandra. Vi tar också ansvar för vår miljö, vår ekonomi och för att alla ska känna sig trygga och välkomna hos oss.

Nyfiken – Vi tar oss an nya utmaningar med nyfikenhet för att lära oss, förstå och utvecklas. Nyfikenheten skapar kreativitet och inspirerar oss att våga prova nya saker. Vi vågar tänka nytt och vågar misslyckas för att lyckas.

Tillsammans – Vi ser det som självklart att arbeta tillsammans för att förverkliga våra mål. Att samarbeta med näringslivet, med andra organisationer, med leverantörer och mellan förvaltningar ger oss stor förståelse och skapar ett helhetsperspektiv.

Personcentrerad vård, omsorg och socialtjänst

Vård, omsorg och socialtjänst ska alltid utgå från individens integritet, självbestämmande och delaktighet sätta den enskilde i centrum. Vårt arbetssätt bygger på partnerskap – där den enskilde, närstående och professionella tillsammans planerar och följer upp insatser. I stället för att ensidigt

föreslår åtgärder ska det erbjudas någon form av plan med tydliga kort- och långsiktiga mål. Planen bör utgå från hela livssituationen och följas upp regelbundet för att säkerställa kvalitet och trygghet. Det är den enskildes behov som ska styra – inte organisationens struktur. Detta är grunden för ett personcentrerat arbetssätt som stärker delaktighet och livskvalitet.

Övergripande mål och strategier

Verksamheten styrs av aktuella lagar och föreskrifter, bland annat Socialtjänstlagen (SoL 2025:400), Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30), Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387), Patientsäkerhetslag (PSL 2010:659) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) samt av uppsatta mål i verksamheten.

Inför 2025 har Läns gemensam ledning i samverkan (LGL) beslutat om handlingsplaner för 2025–2026, som konkretiserar insatser och prioriteringar inom områdena Barn och unga, Psykisk hälsa, Äldre, Invånarmedverkan, Habilitering och rehabilitering samt Informationsöverföring.

Målbilden för omställningen till Nära vård i Kalmar län sammanfattas i budskapet *”Tillsammans skapar vi hälsa och trygghet för hela livet.”* Denna målbild visar riktningen för utvecklingen av hälsa, vård och omsorg för regionen och länets 12 kommuner.

En *”Gemensam primärvårdsplan (GPP)”* har beslutats och ska fungera som ett verktyg för att driva omställningen till Nära vård. Planen bygger på SKR:s femstegsmodell – från gemensamma mål och kartläggning till gemensamt agerande, stöd till mikronivån och gemensam uppföljning – och tydliggör samverkan på mikro-, meso- och makronivå och är förankrad i målbilden för hela länet.

Socialutskottets övergripande mål

Enligt *”Balanserade styrkort 2025”* har Socialutskottet haft följande resultatmål för socialförvaltningen, vilka bör omsättas i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Målen redovisas i den ekonomiska uppföljningen men vissa kvalitetsmål redovisas även i denna rapport.

Service och medborgare

- 85% av målgruppen, som har sjukvård i hemmet, ska uppleva att de är delaktiga i vården.
Delaktighet uppgår till 72%.
- 80% av målgruppen inom äldreomsorgen ska uppleva att de är trygga och har en delaktighet.
Trygghet uppgår till 88%.
- 80% av målgruppen, inom LSS, ska uppleva trygghet, delaktighet och självbestämmande.
Resultat saknas
- 80% av eleverna i skolan ska uppleva att de är nöjda med matsituationen.
61% nöjda.
- 85% av kunderna ska uppleva bra städskvalitet.
100 % upplever bra städskvalitet.
- Utredningar ska minska med 10% genom att erbjuda flera insatser på servicenivå – dvs utan biståndsbeslut, såsom skolsociala team, ungdomsmottagning, familjecentralen.
Utredningar har minskat med ca 2,5%.

Medarbetare

- 90% av alla tillsvidareanställda medarbetare medverkar vid medarbetar- och lönesamtal under 2024.
- Alla tillsvidareanställda erbjuds en individuell kompetensutvecklingsplan.
Båda målen ovan uppnås med mer än 90 %
- Minska personalomsättning, att minst 90% av anställda arbetar kvar inom IFO

Personalomsättningen har minskat men målet uppfylls inte.

Processer

- Införa minst två digitala tjänster inklusive e-tjänst under 2025
Ingen ny e-tjänst under året men digital möjlighet har ökat genom e-tjänsten Viva medborgare.
- Färdigställa delegationsordning för socialförvaltningen, riktlinjer för försörjningsstöd och rutiner IFO
Delegationsordningen reviderad inför 1 juli, riktlinjer reviderade för ekonomiskt bistånd samt flera rutiner är beslutade.

Framtid/utveckling

- Införa minst två digitala tjänster inklusive e-tjänst under 2025
Ingen ny e-tjänst under året men digital möjlighet har ökat genom e-tjänsten Viva medborgare.

Organisation

Socialförvaltningen består av i huvudsak tre verksamhetsgrenar, vilka är:

Vård och omsorg (VoO)

Det innefattar äldreomsorg och omsorg om funktionsnedsatta, där bland annat hemtjänst och särskilt boende för äldre, gruppboende, daglig verksamhet samt personlig assistans ingår.

Kommunal primärvård (KPV), tidigare benämnt Hemsjukvård

Där ingår sjuksköterskeheten och den rehabiliterande verksamheten med fysioterapeuter och arbetsterapeuter med flera.

Individ- och familjeomsorg (IFO)

Där ingår myndighetshandläggning enligt SoL och LSS för barn och unga, vuxna, ekonomiskt bistånd samt biståndshandläggning för äldre. Öppenvården ingår med bland annat stöd och behandling för skadligt bruk och beroende, våld i nära samt boendestöd.

Lagen om valfrihetssystem (LOV)

Det finns ett politiskt beslut om att erbjuda hemtjänstinsatser via LOV (lagen om valfrihetssystem). LOV innebär att den som får ett beslut om hemtjänst har rätt att välja vem som utför insatserna. I dagsläget finns det ingen LOV-utförare som är valbar för hemtjänst utan kommunen är den som utför insatserna. Under 2025 har ingen LOV-ansökan inkommit. Förfrågningsunderlaget är under revidering och beräknas vara klart under 2026.

Ansvarsfördelning

Ansvar för respektive funktion finns mer detaljerat beskrivet i *Riktlinje för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*.

Kommunstyrelse tillika Socialnämnd

Kommunstyrelsen är den nämnd som har det politiska ledningsansvaret för kommunens socialtjänst och är vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och har därmed det övergripande ansvaret för att den socialtjänst och hälso- och sjukvård som bedrivs uppfyller SoL, LSS och HSL krav på kvalitet. Nämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård och omsorg upprätthålls. Socialnämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Socialutskott

Socialutskottet lyder under kommunstyrelsen och arbetar närmast socialförvaltningen. De har delegation på att fatta vissa beslut.

Förvaltningschef/Socialchef

Socialchef har det yttersta ansvaret för att planera, leda, kontrollera, följa upp och utvärdera och förbättra socialförvaltningen utifrån gällande krav och mål.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) /medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Funktionen är reglerad i lag och förordning och innebär att MAS/MAR ansvarar för att patienter inom kommunal primärvård får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet. MAS ansvarar för att kvalitetsgranska och kvalitetsutveckla hälso- och sjukvården utifrån ett evidensbaserat arbetssätt för att säkerställa en hälso- och sjukvård med god kvalitet.

Social ansvarig samordnare (SAS)

Socialt ansvarig samordnare har en övergripande och strategisk funktion för kvalitetsledning inom socialnämndens verksamhetsområden utifrån gällande lagar och föreskrifter. SAS ansvarar för att kvalitetsgranska och kvalitetsutveckla socialtjänsten utifrån ett evidensbaserat arbetssätt för att säkerställa en socialtjänst med god kvalitet.

Områdeschef

Områdeschef har ett samlat ledningsansvar för sitt verksamhetsområde och att säkerställa att verksamheterna bedriver en god vård och omsorg med god kvalitet. Det innefattar bland annat att det finns den personal och utrustning som krävs, adekvat introduktion och kompetensutveckling, att personalen känner till och följer gällande riktlinjer och rutiner samt att med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera och följa upp sin verksamhet.

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård

Verksamhetschef för hälso- och sjukvården enligt HSL 4 kap 2§ har det övergripande ansvaret för patientsäkerheten och att hälso- och sjukvården utförs med god kvalitet och kostnadseffektivt. Verksamhetschefsansvaret för hälso- och sjukvård har under året flyttats över från socialchef till områdeschef för kommunal primärvård.

Legitimerad personal inom kommunal primärvård

Legitimerad personal har ett personligt yrkesansvar vilket innebär att de själva bär ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Regleringen innebär dock ingen inskränkning i vårdgivarens ansvar (6 kap 2§ PSL).

Enhetschef

Enhetschef har det samlade ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet inom sin enhet och ansvarar för att kvalitetsarbetet förankras hos medarbetarna.

Medarbetare

Alla medarbetare är skyldiga att kontinuerligt medverka till god kvalitet och hög patientsäkerhet i verksamheten och känna till och arbeta efter gällande processer och styrdokument samt känna till och följa rapporteringsskyldigheten.

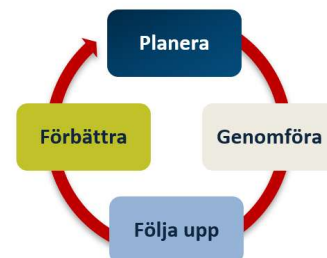
Myndighetsutövning

Myndighetshandläggare har ansvar för att på ett rättssäkert sätt utifrån fastställda processer och rutiner utreda och bedöma behov hos enskilda utifrån de ansökningar och anmälningar som inkommer. Att beslut om individuella insatser motsvarar den enskildes behov av vård och stöd. Samt att insatser följs upp i enlighet med gällande lagstiftning, föreskrifter, allmänna råd och interna rutiner, riktlinjer och policydokument.

Systematiskt förbättringsarbete

En grundläggande förutsättning för en säker vård och omsorg samt socialtjänst.

Det kännetecknas av att *medarbetare* är medvetna om risker och rapporterar avvikelser. Ett arbete pågår kontinuerligt med att implementera det systematiska kvalitetsarbetets alla delar såsom avvikelse- och synpunktshantering, riskanalys och egenkontroller. Närstående och enskilda uppmanas att framföra synpunkter så dessa kan användas i förvaltningens utveckling av ökad kvalitets- och patientsäkerhet.



Att sprida erfarenheter och lärdomar är en av grunderna i en god kvalitets- och patientsäkerhetskultur och utgör en förutsättning för en lärande och transparent organisation.

















Risk- och händelseanalys

Riskanalys är en process där man identifierar, bedömer och prioriterar risker som kan påverka en verksamhet eller ett system. Syftet med en riskanalys är att förstå vilka risker som finns och hur stora de kan vara, så att man kan vidta åtgärder för att minimera och hantera dem.

En händelseanalys är en metod för att undersöka och analysera specifika händelser eller incidenter som skulle kunna eller har inträffat, för att förstå vad som orsakade dem och vilka konsekvenser de hade. Syftet är att få en djupare förståelse för bakomliggande faktorer och att identifiera åtgärder för att förhindra att liknande händelser inträffar i framtiden.

Verksamheten 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 verksamheten uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Enligt förvaltningens kvalitetsledningssystem ska verksamheten arbeta efter riskanalys enligt nedanstående modell.

Allvarlighetsgrad				
Sannolikhet	Katastrofal (4)	Betydlig (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
Mycket stor (4)	 16	 12	 8	 4
Stor (3)	 12	 9	 6	 3
Liten (2)	 8	 6	 4	 2
Mycket liten (1)	 4	 3	 2	 1



Sannolikhet	Förekomst
Mycket liten (1)	Kan inträffa 1 gång/år
Liten (2)	Kan inträffa varje månad
Stor (3)	Kan inträffa varje vecka
Mycket stor (4)	Kan inträffa dagligen

Allvarlighetsgrad	Konsekvens
Mindre (1)	Visst obehag, ofarligt
Måttlig (2)	Begränsad skada
Betydlig (3)	Allvarlig skada
Katastrofal (4)	Mycket allvarlig skada, dödsfall

Avvikelser, synpunkter och klagomål

Avvikelser, synpunkter och klagomål utgör en viktig del av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens systematiska säkerhetsarbete för att säkerställa god vård och omsorg. Chefer ansvarar för att avvikelser, synpunkter och klagomål hanteras och återkopplas till den enskilde och arbetsplatsen.

MAS och SAS sammanställer statistik på en övergripande nivå och rapporterar till socialförvaltningens ledningsgrupp samt till socialutskottet.

Egenkontroll och intern kontroll

Egenkontroll är systematiskt uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten och kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i kvalitetsledningssystemet. Egenkontroller sker bland annat genom brukarundersökningar, dokumentationsgranskning, läkemedelsgranskning, loggkontroller och avvikelshantering.

Intern kontroll sker utifrån Socialnämndens framtagna plan. Resultaten redovisas längre fram i rapporten.

Medverkan i kvalitetsarbete

Medarbetare

Rätt kompetens är en förutsättning för att kunna medverka i kvalitetsarbetet och ge en god vård och omsorg. Det är grundläggande att medarbetare arbetar utifrån fastställda processer och rutiner samt känner till sin rapporteringsskyldighet. En engagerad och delaktig personal ger goda förutsättningar för att utveckla och säkra kvalitet. Återkoppling av rapporterade händelser ger också en ökad förståelse för helheten.

Arbetsplatsträffar (APT) med chef och medarbetare skapar förutsättningar för erfarenhetsutbyte, gemensamma lösningar och en helhetssyn inom verksamheterna.

Den enskilde som medskapare

Vård, omsorg och socialtjänst blir tryggare och säkrare om den enskilde är välinformerad och deltar aktivt i sin vård och omsorg. Utifrån personcentrerat arbetssätt ska insatserna så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med personen i fråga. Att bemöta den enskilde med respekt skapar tillit och förtroende och är en grundläggande del i arbetet. Att uppmuntra till att lämna synpunkter och klagomål ger också förutsättningar för bättre kvalitet.

Vid samordnad individuell planering (SIP), vid anslutning till kommunal primärvård samt vid upprättande av genomförandeplan ska i möjligaste mån den enskilde och eventuellt närstående vara delaktiga.

Vid utredning av avvikelser bör den enskilde ges möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelsen.

Genom olika brukarundersökningar (till exempel Socialstyrelsens Öppna jämförelser) kan den enskilde återkoppla åsikter och upplevelser gällande ett flertal frågor angående socialförvaltningens verksamhet.

Samtycke

Samtycke till informationsöverföring mellan olika yrkeskategorier och mellan olika vårdgivare inhämtas från den enskilde. Den enskilde har möjlighet att begränsa tillträde till endast viss information, för visst tillfälle eller för viss personal. Den enskilde har även rätt att ta tillbaka sitt samtycke. Det finns även möjlighet för den enskilde att spärra vissa uppgifter till andra.

Fast omsorgskontakt

Den som har hemtjänst ska erbjudas en fast omsorgskontakt, om det inte bedöms vara uppenbart obehövt. Den fasta omsorgskontakten ska tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassning och samordning. Funktionen fast omsorgskontakt är reglerad i socialtjänstlagen och ställer krav på titeln undersköterska.

Socialförvaltningen erbjuder även personer på särskilt boende eller i gruppboende enligt LSS en kontaktperson med liknande uppdrag.

Fast vårdkontakt

Det ska finnas en tydligt namngiven person så att den enskilde/vårdnadshavare och närstående ska veta vem de kan vända sig till gällande hälso- och sjukvårdsfrågor. För att tillgodose den enskildes trygghet, säkerhet, kontinuitet och samordning i vården samt för att stärka den enskildes ställning ska fast vårdkontakt utses utifrån individfokus och beroende på helhetssituationen.

En person kan ha flera fasta vårdkontakter men endast en med samordningsansvar.

Samverkan

Samverkan, både internt inom förvaltningen och externt med andra aktörer, är en grundläggande förutsättning för att säkerställa hög kvalitet i insatser inom socialtjänsten och verksamhet enligt LSS samt för att förebygga vårdskador inom hälso- och sjukvården. Genom ett strukturerat och kontinuerligt samarbete skapas förutsättningar för helhetssyn, effektiv resursanvändning och ökad trygghet för den enskilde.

Samverkan sker på flera nivåer – nationellt, regionalt och lokalt – där olika professioner och aktörer bidrar utifrån sina respektive uppdrag och kompetenser.

Lokal samverkan

Intern samverkan inom Högsby kommun sker genom regelbundna möten och forum som främjar dialog, samordning och gemensamma beslut. Det är en viktig del i att upprätthålla kvalitet, förebygga vårdskador och stärka patientsäkerheten i det dagliga arbetet. Några exempel på samverkan beskrivs nedan.



Socialförvaltningens ledningsgrupp följer upp socialförvaltningens mål, kvalitet och patientsäkerhet. Ledningsgruppen består av socialchef, områdeschefer, samt kontroll- och stödfunktioner såsom MAS, SAS, systemförvaltare och förvaltningssekreterare.

Inom VoO finns en ledningsgrupp bestående av områdeschef och enhetschefer, och inom IFO finns motsvarande ledningsgrupp med områdeschef och enhetsamordnare. Deras uppdrag är att utgöra den strategiska ledningen inom respektive område.

KPV har ingen formell ledningsgrupp. I stället hålls regelbundna APT där verksamhetschef och medarbetare deltar, samt verksamhetsmöten där MAS träffar sjuksköterskor. Vid dessa möten diskuteras aktuella frågor, rutiner och utvecklingsarbete inom den kommunala primärvården.

Lokala samverkansmöten finns bland annat mellan kommunal primärvård (KPV) och Högsby hälsocentral, mellan individ och familjeomsorgen (IFO) och Familjecentralen samt via SIP utifrån den enskildes behov.

Teammöte inom vård och omsorg

Teammöte inom vård och omsorg samt kommunal primärvård är ett planeringsmöte kring den enskilde där olika yrkesprofessioner ingår. För att samverkan ska vara möjlig behöver den enskilde lämna sitt samtycke.

Syfte med teamet är:

- Genomgång, uppföljning och utvärdering av insatser hos den enskilde.
- Sätta realistiska, vardagsnära mål för insatser.
- Få en helhetssyn på den enskildes situation utifrån ett hälsofrämjande förhållningssätt som innebär att skapa gynnsamma förutsättningar för en god hälsa och se till människans möjligheter.
- Genomgång av avvikelser, riskbedömningar som berör den enskilde.

Länsgemensam samverkan

Högsby kommun samverkar kontinuerligt med Region Kalmar län och övriga kommuner i länet för att säkerställa en sammanhållen och patientsäker vård och omsorg och socialtjänst med hög kvalitet. Samverkan sker genom flera strukturerade forum och nätverk, både på strategisk och operativ nivå.

Exempel är Länsgemensam ledning i samverkan (LGL), samordnade äldregruppen samt länsgruppen för habilitering och rehabilitering.

Länsgemensamma nätverk för bland annat medicinskt ansvariga sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal (MAS/MAR), samverkan kring hjälpmedel (KHS), nätverk för socialchef, verksamhetschefer med flera. Nätverken möjliggör gemensamma rutiner, erfarenhetsutbyte och utveckling av vård och omsorg samt socialtjänst i hela länet.

Samordnade insatser vid hemgång (SIVH)

Möten som sker i nära samarbete mellan kommunen och Oskarshamn och Västerviks sjukhus. På SIVH-möten, som hålls varje vardag, medverkar biståndshandläggare, sjuksköterska från hälsocentral, sjukhuskoordinator, kommunens sjuksköterska samt arbetsterapeut/fysioterapeut. Syftet är att föra dialog kring aktuella ineliggande patienter bosatta i Högsby kommun för att säkerställa god och säker vård samt en trygg hemgång.

Samordnad individuell plan (SIP)

En samordnad individuell plan (SIP) är en gemensam plan som beskriver vilka insatser och åtgärder som en person behöver från olika aktörer, exempelvis skola, hälso- och sjukvård, socialtjänst eller andra verksamheter. Planen tas fram genom samordnad planering där alla berörda parter deltar tillsammans med den enskilde. SIP kan även upprättas mellan olika verksamheter inom samma huvudman, alltid med utgångspunkt i personens behov.

Omställning

Nära vård

Den gemensamma målbilden för omställningen till nära vård i Kalmar län, framtagna och antagna av Region Kalmar län och länets 12 kommuner, sätter invånaren i fokus – med målet *Tillsammans skapar vi hälsa och trygghet för hela livet*.

Omställningen innebär ett skifte mot person- och familjecentrerade arbetssätt där samverkan över organisatoriska gränser är en förutsättning. Det handlar om att arbeta förebyggande och hälsofrämjande, främja egenvård, proaktivt stöd och kontinuerlig kontakt med invånare utifrån deras individuella behov och resurser.

För att planen ska bli verklighet krävs ett gemensamt ansvar mellan region och kommun. Arbetet vilar på en gemensam strategi som bland annat innefattar en kartläggning och analys av målgruppers behov, befintliga arbetssätt, avtal och överenskommelser – i nära samverkan via Länsgemensam ledning i samverkan (LGL).

Ny socialtjänstlag (SoL)

1 juli 2025 trädde den nya Socialtjänstlagen (SoL, 2025:400) i kraft. Enligt den behöver Socialtjänsten ställa om till att bli mer förebyggande, lätt tillgänglig, jämlik och jämställd samt kunskapsbaserad. Att ställa om kommer att ta tid, och kräva ett aktivt arbete på lokal nivå, med stöd från regional och nationell nivå.

Inför den 1 juli genomfördes ett antal prioriterade områden enligt SKR:s checklista.

- Uppdaterade beslutsmallar och insatsnamn i verksamhetssystemet.
- Reviderad och beslutad delegationsordning.
- Beslut om vilka insatser som ska erbjudas utan behovsprövning.
- Reviderad rutin för lex Sarah.
- Orosanmälningar dokumenteras i barnets akt, oavsett om utredning inleds eller inte och är sökbara.

Insats utan individuell behovsprövning

From den 1 juli erbjuder kommunen ett antal insatser utan individuell behovsprövning. Detta för att skapa en mer tillgänglig och förebyggande socialtjänst. Vilka insatser samt vilket krav som gäller för dokumentation, är beslutade av Kommunstyrelsen tillika Socialnämnd. Information om vilka insatser som erbjuds utan utredning och vilka eventuella kriterier som gäller, finns tillgängliga på kommunens hemsida.

Dokumentation ska föras på övergripande nivå, i syfte att kunna följa upp, utvärdera och kvalitetsgranska verksamheten. Dokumentationen påbörjades efter den 1 juli och därav finns ingen årlig statistik att presentera. Mallar för dokumentation har reviderats under hösten för att på bästa sätt möta efterfrågan av uppgifter och kunna följa upp och kvalitetssäkra verksamheten.

Den sammanställning som kan redovisas i rapporten är för året endast övergripande. Inom IFO öppenvård har 12 råd och stöd erbjudits under perioden september tom december, till barn och ungdomar samt vuxna gällande samtal utifrån relationer, mående, VNR och skadligt bruk och beroende.

Anhörigstöd, familjecentral och skolsociala teamet redovisas under respektive rubrik nedan.

Läges- och behovsanalys

Under våren genomförde Socialförvaltningen tillsammans med sociala utskottet "Skatta läget", ett verktyg som SKR har tagit fram och som ska hjälpa kommunen att ta reda på var den befinner sig, det vill säga vad utgångsläget är och vad som behöver förändras. Under hösten har en liknande kartläggning gjorts på kommunövergripande nivå. Omställningen av sociala välfärden berör hela kommunen och är inte ett separat arbete för socialförvaltningen.

"Skatta läget" innehöll 68 påstående fördelat på fyra avsnitt; Styrning och ledning, Förebyggande och lätt tillgänglig, Jämställd och jämlik samt Kunskapsbaserad.

Skatta läget

En sammanställning har gjorts på nationell nivå vilket ger en överblick över hur långt stora och små kommuner i landet har kommit och vilka utmaningar de står inför. Nedan presenteras de områden som skattats lägst respektive högst.

Skattas lägst	Skattas högst
Tillgång till kunskap	Uppföljning och analys
Lärande och utveckling	Jämställdhet och jämlikhet
Bemötande och delaktighet	Medverkan i samhällsplanering
Arbete över organisationsgränser	Involvera invånare
	Politisk efterfrågan

Övrigt som har genomförts inför ny socialtjänstlag har bland annat varit:

Länsdialog

En länsdialog genomfördes i Kalmar län under februari månad. Syftet med länsdialogerna har varit att samla kommunpolitiker, representanter för socialtjänst samt exempelvis regioner och länsstyrelser för att diskutera den kommande lagen och dess innebörd för verksamheterna. Länens regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS) har ansvarat för dialogerna och genomfört dem med stöd från SKR. Vid diskussionerna har exempelvis behov av samverkan, förutsättningar samt ledarskap och styrning diskuterats, samt vilka förändringar som är mest prioriterade i det kort- och långsiktiga arbetet. Under länsdialogerna har även representanter för Socialstyrelsen och SKR deltagit.

Nationell enkät

En nationell enkät genomfördes av Socialstyrelsen för att samla information om kommunernas läge och behov inför en ny socialtjänstlag och för att kunna rapportera en samlad lägesbild till regeringen. Genomfördes under perioden 27 januari – 31 mars 2025

Gruppintervjuer

Gruppintervjuerna genomfördes av Socialstyrelsen med utvalda kommuner för att bidra till en ökad förståelse till den samlade lägesbilden genom fördjupad information och konkreta exempel. Högsby kommun var inte uttagen.

Lärprocess Framtidens socialtjänst

I Lärprocess Framtidens socialtjänst 2026–2028 får socialtjänstens ledningsfunktioner stöd att driva förändring i linje med nya socialtjänstlagen. Lärprocessen är ett nationellt koncept från SKR, som genomförs av RSS, där kommuner löpande lär av varandra.

Representanter från socialförvaltningens ledning samt från SU kommer att delta i Lärprocessen med start januari 2026.

Kompetens och utbildning

En grundläggande förutsättning för en säker vård och omsorg och socialtjänst är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Detta sker genom kompetensutveckling men även genom kollegialt lärande.

Kompetensutvecklingsplan

Genom att skapa en övergripande kompetensutvecklingsplan för hela Socialförvaltningen, som även går ner på individnivå, säkerställer Socialförvaltningen att alla medarbetare får och har förutsättningar för att erhålla rätt kompetens för uppdraget, vilket skapar förutsättningar att bedriva en verksamhet med god kvalitet. Som grund för kompetensutvecklingsplanen finns bland annat Socialstyrelsen allmänna råd om vilka kunskaper personal bör ha som arbetar inom Socialförvaltningens olika verksamheter.

För att säkerställa att verksamheten har rätt kompetens och att utbildningar genomförs enligt plan ska närmsta chef årligen följa upp sin verksamhet. Alla medarbetare inom Socialförvaltningen ska ha en individuell kompetensutvecklingsplan, vilken närmaste chef ansvarar för att upprätta och följa upp vid det årliga medarbetarsamtalet. Genom att arbeta med en individuell kompetensutvecklingsplan för samtliga medarbetare kan förvaltningen fastslå den samlade kompetensen inom förvaltningen på ett överskådligt sätt.

Socialförvaltningen har under året tagit fram en kompetensutvecklingsplan för samtliga medarbetare. Den kommer revideras årligen utifrån nya krav och behov.

Introduktionsprogram

Verksamheternas introduktion för nyanställda utgör en viktig del för att säkra kvaliteten i verksamheten och för att främja en god personalpolitik. För att säkerställa att introduktionen innehåller den information som medarbetare behöver för att kunna utföra ett bra arbete finns checklistor framtagna för introduktion.

Vård och omsorgs introduktionsprogram för nya medarbetare och framför allt semestervikarier och timvikarier har reviderats under året. Det är bemanningsenheten som har det huvudsakliga ansvaret för introduktion tillsammans med utsedda handledare på respektive arbetsplats. Genom denna revidering är förväntan att introduktionen kommer vara mer kvalitetssäkrad och bättre anpassad för vikarierna samt skapa tydlighet och ett bättre flöde som gör att personen snabbare kan komma i arbete. Även revidering av introduktionsprogram för månadsanställda har genomförts under hösten.

Uppföljning och utvärdering av introduktion och sommaren har genomförts av bemanningsenheten, där helhetsintrycket visar att:

”Samarbetet med verksamheterna har fungerat bra (betyg 8/10), men bemanningen har varit en utmaning, särskilt inom hemtjänst och LSS. Positivt har varit att det funnits vikarier som har ställt upp

extra för att lösa bemanningen. Enhetschefer har inte alltid varit tillgängliga enligt schema, och resurspass har inte fungerat som planerat”.

Här finns både bra reflektioner och förbättringar att ta vara på inför 2025.

Yrkesresan

Yrkesresan är en satsning på kompetensutveckling inom flera områden, se nedan. Yrkesresan erbjuder introduktion och kompetensutveckling inom socialtjänsten och utgår från bästa tillgängliga kunskap. Det är en nationell satsning med regionalt genomförande för lokal kompetens. I kommunen pågår just nu tre Yrkesresor. Det finns ytterligare en yrkesresa, Yrkesresan Äldre, men den är ännu inte påbörjad.

Yrkesresan Barn och unga

Denna yrkesresa vänder sig till medarbetare som arbetar med myndighetsutövning och familjehem inom den sociala barn- och ungdomsvården, samt deras arbetsledare och chefer. Yrkesresan Barn och unga består av introduktion och kompetensutveckling i tre steg: Ny, Van och Erfaren och varje steg erbjuder ett antal kurser.

Totalt 9 medarbetare deltar i yrkesresan; 7 handläggare inom barn och familj har påbörjat steget Ny, 1 medarbetare har påbörjat steget Van och 1 steget Erfaren.

Yrkesresan Funktionshinder, FUNK

Yrkesresan Funktionshinder har två spår – en för utförare och en för myndighetsutövning.

Yrkesresan Funktionshinder för utförare vänder sig till medarbetare inom socialtjänstens utförarverksamheter som ger stöd, service eller omsorg inom funktionshinderområdet, samt deras chefer. Spåret består av introduktion och kompetensutveckling i tre steg: Bas, Fördjupning och Spets.

Under hösten har yrkesresan ”FUNK” för utförare påbörjats. 42 medarbetare inom LSS verksamheter samt 2 boendestödjare har genomfört del 1 av 5 i steget Bas. 10 medarbetare har ännu inte påbörjat steg 1.

Yrkesresan Funktionshinder för myndighetsutövning kommer att lanseras hösten 2026.

Yrkesresan Skadligt bruk och beroende

Yrkesresan ”Skadligt bruk och beroende” vänder sig till medarbetare, arbetsledare och chefer som i sitt arbete ansvarar för att ta emot ansökningar och anmälningar, samt handlägga och följa upp insatser för personer med riskbruk, skadligt bruk och beroende av alkohol, narkotika och spel om pengar – många gånger även med psykisk och/eller somatisk ohälsa, vilket benämns samsjuklighet. Yrkesresan Skadligt bruk och beroende består av introduktion och kompetensutveckling i tre steg, Ny (arbetat <2 år), Van (arbetat mellan 2 och 5 år) samt Erfaren (> 5 års erfarenhet) och varje steg erbjuder ett antal kurser.

Under hösten har 1 handläggare på IFO vuxen påbörjat yrkesresan Ny samt 2 handläggare påbörjat steget Van, totalt 3 medarbetare.

Förflyttningskunskap

Rehabpersonal genomför regelbundna utbildningar i förflyttningskunskap för både ordinarie personal och semestervikarier. Syftet med utbildningen är att säkerställa trygga och individanpassade förflyttningar för brukare samt att förebygga belastningsskador och vårdrelaterade incidenter hos



personal. Utbildningen omfattar både teoretiska moment och praktiska övningar, där fokus ligger på ergonomi, användning av hjälpmedel och att skapa goda arbetsrutiner. Vid behov erbjuds även handledning och uppföljning ute i verksamheterna för att upprätthålla kompetens och säkerhet över tid.

Hjälpmedel

Kommunen säkerställer att hjälpmedel för brukare hanteras på ett patientsäkert och ändamålsenligt sätt. Rehabgruppen ansvarar för bedömning, förskrivning och uppföljning av personliga hjälpmedel enligt gällande rutiner. Personal inom omsorgen ansvarar för daglig användning, tillsyn och att rapportera eventuella avvikelser eller fel på hjälpmedel.

För att upprätthålla säkerheten genomförs regelbundna kontroller och service av hjälpmedel. Rehabpersonal erbjuder utbildning i användning av hjälpmedel och vid behov erbjuder de även handledning till personal kring korrekt användning av hjälpmedel för att förebygga fall, felaktig belastning och andra vårdrelaterade risker.

Delegering

Delegering får inte användas som lösning på bemanningsproblem. Omvårdnadspersonal måste genomgå utbildning och godkännas genom test innan delegering ges. Delegeringar är giltiga i ett år och kan dras in vid brister. Legitimerad personal utfärdar delegeringar i Alfa eCare SignIt, där det framgår vilken omvårdnadspersonal som har fått delegering och för vilken enhet delegeringen gäller. Läkemedel signeras digitalt, vilket skapar struktur och ökar både trygghet och patientsäkerhet.

Från 1 januari 2026 gäller uppdaterade föreskrifter (HSLF-FS 2017:37) och den tidigare SOSFS 1997:14 är upphävd. Vår lokala rutin är reviderad utifrån dessa förändringar.

Vårdgivaren har ett tydligt ansvar för att delegeringar sker patientsäkert och att rutinerna baseras på riskanalys, rätt kompetens och fungerande bemanning. Vissa delar av detta ansvar har delegerats till MAS och förts in i delegeringsordningen.

Äldreomsorgslyftet

Utifrån statsbidraget "Äldreomsorgslyftet", som ska stärka kompetensen inom vård och omsorg om äldre genom att ge personal möjlighet att utbilda sig på arbetstid, har förvaltningen kunnat erbjuda två personal att påbörja utbildning till undersköterska under arbetstid.

Vård- och omsorgscollege

Vård- och omsorgscollege (VO-college) Kalmar län är en regional del av det nationella initiativet Vård- och omsorgscollege. I VO-college Kalmar län ingår Region Kalmar län, länets 12 kommuner, Kommunal Sydost samt privata och kommunala utbildningsanordnare. Tillsammans formar de relevanta utbildningar inom vård och omsorg för ungdomar och vuxna inklusive YH-utbildning. Syftet är att skapa hållbar och framgångsrik kompetensförsörjning inom vård och omsorg.

Några utbildningar som pågår via VO-College;

Handledare

Vård- och omsorgscollege har utformat riktlinjer för en nationell handledarutbildning, för att skapa en samsyn och kvalitetssäkrad utbildning. Utbildningen vänder sig till anställda som kommer ha ett uppdrag att handleda elever i prao, apl och LIA samt under validering och som lärling. Utbildningen riktar sig också till handledning av deltagare i arbetsmarknadsåtgärder, introduktion av nyanställda, brukare/patient och närstående.



Det finns idag flera utbildade handledare inom vård o omsorg och är en löpande kompetenssatsning. Det finns medarbetare som går utbildning nu och medarbetare som kommer påbörja utbildning till våren.

Språkombud

Det finns ett fåtal språkombud utbildade inom VoO. Ett arbete kommer att fortsätta under 2026 för att stärka språkombudens roll och då i samarbete med projektet Språkhälsan, se nedan.

Språkhälsan

Inom ramen för Vård-och omsorgscollege i Kalmar län kommer projektet Språkhälsa genomföras. Det är ett ESF-projekt som syftar till att stärka kompetensen inom vård- och omsorgsverksamheter i Kalmar län. Genom satsningar på språkutveckling, e-Hälsa och välfärdsteknik vill projektet bidra till attraktiva och utvecklande arbetsplatser där medarbetare trivs och stannar kvar. Projektiden är 1 september 2025 tom 31 augusti 2028. Det är fortfarande i en planeringsfas så vi får återkomma med mer information.

Språkkrav

Goda kunskaper i svenska språket hos personalen i äldreomsorgen är en grundförutsättning för en trygg och säker äldreomsorg. Äldre måste kunna förstå och göra sig förstådda. Ett språkkrav i äldreomsorgen gör att kvaliteten och patientsäkerheten stärks, tryggheten ökar och äldres delaktighet stärks. Regeringen har föreslagit att ett språkkrav införs i socialtjänstlagen från den 1 juli 2026.

Förvaltningen arbete just nu är att samla information, delta på olika informationsforum kring språkkrav för att skapa underlag att arbeta vidare med under 2026.

Bemötande

Under oktober genomfördes en uppskattad bemötandebildning, "Finn 25 Fel". Den handlade om ett hemtjänstbesök hos en gammal dam där allt gjordes på fel sätt och bemötandet var under all kritik. Komik och tragik i en salig blandning. Därefter följde en diskussion med publiken om bland annat bemötande, etik, samarbete, yrkes stolthet mm. Efter det gjorde skådespelarna tillsammans med publiken en ny version, Finn 25 Fel – där felen rättades till.

Fyra föreställningar genomfördes där knappt 200 medarbetare deltog. Föreställningen bekostades av medel från Kamprads stiftelse.

Demensvård

Demenssjukdomar är en av vår tids stora folkhälsoutmaningar. Antalet personer som lever med en demensdiagnos ökar. Samtidigt går forskningen inom området snabbt framåt. Regeringen har beslutat om en utvecklad nationell demensstrategi "Varje dag räknas" som gäller 2025–2028, för att stärka vården och omsorgen för personer som har en demenssjukdom.

Som ett steg i detta erbjöds en utbildningsdag via RSS, som handlade om arbetet och bemötandet kring personer med kognitiv sjukdom och demens. Föreläsare var Gun Aremyr och Ola Polmé. Från förvaltningen deltog cirka 15 medarbetare.

En distriktssköterska inom kommunal primärvård kommer under 2026 ha ansvar för det samordnade arbetet kring demensvården. En dialog ska inledas med hälsocentralen för att utveckla och stärka samverkan kring personer med demenssjukdom.



Hjärt-lungräddning (HLR)

Utbildning i hjärtlungräddning (HLR) har under året påbörjats för all tillsvidareanställd personal inom Högsby kommun. Tre medarbetare inom socialförvaltningen har utbildats via HLR-rådet till HLR-instruktörer och ansvarar för utbildningen. Kommunledningsgruppen tog beslut om att HLR-utbildning ska genomföras för all tillsvidareanställd personal inom kommunen med ett 4-års intervall, vilket gör att utbildningen kommer att fortsätta erbjudas varje termin.

Under året har 16 utbildningstillfällen genomförts och 127 medarbetare har fått grundläggande kunskaper i hjärt- och lungräddning.

Dokumentationsutbildning inom barn och familj IFO

Inom barn och familj har Socialstyrelsens underlag "Stöd för lärande om handläggning och dokumentation- inom den sociala barn och ungdomsvårdens myndighetsutövning" använts för att utbilda alla handläggare på barn o familj inkl. familjehemssekreterare. Målet med utbildningen är att på ett gemensamt sätt lära sig hur man kan tänka helhet i ärendet och dess olika moment och på så sätt få en samsyn i dokumentationen. I en del av utbildningen som handlar om uppdrag till och uppföljning av öppenvårdsinsatser kommer myndighetshandläggare från vuxen samt öppenvården delta för att skapa förutsättningar för samsyn.

Övriga utbildningar

Exempel på övriga utbildningar som har genomförts under året:

- En medarbetare har gått "Handläggning och dokumentation ViNR".
- Två medarbetare inom Öppenvården har gått utbildning i Repulse.
- En medarbetare inom IFO har gått A-cra och återfallsprevention.
- Tre medarbetare har gått "Försörjningsstöd och kommunal arbetsmarknadsverksamhet i förändring".
- Tre medarbetare inom IFO har gått utbildning i Barnkonsekvensanalys.
- Flera medarbetare inom IFO har gått FREDA – kortfrågor.
- En medarbetare har gått "Nå och behandla personer som utövar våld i nära relationer – erfarenheter, metoder och vägar framåt via Länsstyrelsen Kalmar".
- En medarbetare inom IFO har gått utbildning i ASI.
- Tre medarbetare inom IFO har deltagit på flera endagskonferenser som kommuner runt om anordnat kring skadligt bruk och beroende.
- En biståndshandläggare har gått "Utredningar via LSS".
- Två sjuksköterskor deltog på en utbildningsdag via Palliation Sydöst, som riktade sig till personal som möter personer med palliativt vårdbehov inom vård och omsorg. Årets tema var symtomlindring. Dagen arrangerades av RCC (Regional Cancercentrum).
- Två fysioterapeuter har gått en tvådagarsutbildning i sittande och liggande positionering under våren
- Två sjuksköterskor har gått handledarutbildning under våren.
- En sjuksköterska är klar med vidareutbildning till distriktssköterska.
- Individuellt ledarskap (IL) för VoO ledningsgrupp

Informationssäkerhet

Informationssäkerhet innebär att skydda viktig information så att den är korrekt, tillgänglig och hanteras på ett säkert sätt. Rätt användare ska ha rätt information vid rätt tidpunkt, och det ska vara möjligt att följa hur, när och av vem informationen har hanterats.



Behörighet och säker inloggning

Tilldelning av behörigheter är en central del av informationssäkerheten. Behörigheter begränsar åtkomst till information i verksamhetssystemen och beslutas av ansvarig chef för berörd personal.

Arbete påbörjat med att säkra upp inloggning med tvåfaktorsautentisering inom verksamhetskritiska system. Detta innebär att viss personal loggar in med SITHS-kort, mobilt Bank-ID eller Freja eID. Målet är att detta ska gälla all personal.

Viva Omsorg

Säker inloggning för appen Viva Omsorg införts under året och medarbetare loggar nu in med Freja eller Bank-id. Appen används av hemtjänst och den kommunala primärvården. I appen Viva Omsorg kan personal läsa och skriva dokumentation, se genomförandeplaner och vårdplaner samt har tillgång till kontaktuppgifter.

Informationshanteringsplan

Informationshanteringsplanen är ett styrdokument som används för att beskriva vilka typer av allmänna handlingar som finns i vår verksamhet samt vart dessa ska hanteras och förvaras.

Gallringsplan

Gallringsplanen, tidigare benämnd dokumenthanteringsplan, är klar och säkerställer att vi hanterar våra dokument på ett rättssäkert sätt och gallrar det som ska gallras vid rätt tidpunkt.

Gallringsplanen, som är en del av informationshanteringsplanen, har vi valt att lyfta ur som en separat plan för att det ska vara mer lätthanterligt vid framtida revideringar.

Registerförteckning

Registerförteckning är en sammanställning över de personuppgifter som en organisation hanterar, vilket är ett krav för offentliga verksamheter enligt dataskyddsförordningen.

Digitalisering

SKR "Handslaget"

SKR har tagit fram en strategisk agenda – ett handslag för välfärdsutveckling genom digitalisering som de erbjuder kommunerna att gå med i.

De erbjudande (initiativ) som kommunen deltar i är:

- Gemensam informationsförsörjning (GIF) ekonomiskt bistånd.
- Standardisering av verksamhetssystem för socialtjänsten.
- Digital post, förväntas vara klart till 30 mars 2026, riktas mot privatpersoner
- Säker digital kommunikation (SDK) klart till 31 december 2025, riktat för funktion till funktion.

Medverkan och underlag för beslut om de nya handslagen har tagits fram av Digitaliseringsgruppen i kommunen.

Digital signering

För att kvalitetssäkra läkemedelshanteringen används digital signering som ett säkert och spårbart verktyg. Lösningen är en mobil applikation med tvåfaktorsinloggning, vilket ger hög säkerhet och minskar risken för fel. Endast personal med giltig delegering har behörighet att signera utförda hälso- och sjukvårdsuppgifter.



Digital signering bidrar till ökad patientsäkerhet genom att:

- Säkerställa att rätt person utför och dokumenterar insatser.
- Ge en tydlig och verifierbar logg över utförda moment.
- Minska risken för borttappade eller felaktiga papperssigneringar.
- Underlätta uppföljning och kontroll vid avvikelser.

Vi har identifierat att utbildningen i systemet har varit otillräcklig, vilket har medfört att felaktigheter uppstått på grund av bristande kunskap om hur systemet ska användas. För att säkerställa korrekt hantering behöver vi strukturera upp arbetet kring systemet och se till att all berörd personal får tillräcklig utbildning och stöd. Under 2026 står vi även inför en ny upphandling av systemet, där utformningen och resultatet ännu är oklart.

Digitala inköp

Digitala inköp har införts inom hemtjänsten under hösten. Det innebär att personal hjälper den enskilde att beställa varor digitalt och som arbetsmarknadsenheten (AME) sedan levererar.

Digitala lås

Nytt avtal är tecknat för digitala lås och läkemedelsskåp för ordinärt boende (läkemedelsskåpen används också inom LSS-verksamheten). Samma leverantör som tidigare vann upphandlingen.

Digital tillsynskamera

Idag används digitala tillsyner via tillsynskamera hos några brukare i hemtjänsten. Sedan slutet av året är det ny leverantör av dessa. En utvärdering av hur personer som använder tillsynskamera upplever det, finns med i planeringen för 2026.

Läkemedelsautomater

Socialutskottet har under 2025 beslutat att införa läkemedelsautomater inom verksamheten. Syftet med införandet är att öka omsorgstagares självständighet och trygghet i läkemedelshanteringen samt att frigöra tid för personalen. Införandet påbörjades i december genom utbildning för berörd personal, och under januari 2026 ska 5 läkemedelsautomater installerats.

Då implementeringen är i ett tidigt skede finns inga konkreta resultat att redovisa, men arbetet kommer att följas upp under 2026 för att säkerställa kvalitet, säkerhet och funktionalitet.

Viva Medborgare

Under hösten har Viva Mina Sidor bytt till Viva Medborgare, som är den e-tjänst som medborgare använder för att ansöka om ekonomiskt bistånd. Viva Medborgare erbjuder andra möjligheter än den tidigare tjänsten och på sikt kommer vi att kunna lägga in fler tjänster (inte bara ekonomiskt bistånd) som medborgare kan ansöka om via Viva Medborgare.

Kvalitetsarbete och förebyggande insatser

Nedan beskrivs ett antal av de kvalitetsarbeten och förebyggande insatser som pågår i förvaltningen.

Kvalitetsarbete kring inkontinensprodukter

I slutet av året påbörjade en distriktssköterska en planering för att kvalitetssäkra förskrivning och utprovning av inkontinensprodukter för samtliga boende på särskilt boende. Arbetet kommer att fortsätta under början av 2026. Målet är att säkerställa att varje brukare får ett inkontinensskydd

som är individuellt anpassat utifrån behov, komfort och funktion, samtidigt som förskrivningen följer gällande riktlinjer och bidrar till en resurseffektiv användning av produkterna.

Förebyggande träningsgrupp för äldre

Rehabpersonal erbjuder en hälsofrämjande gruppverksamhet för äldre där deltagarna träffas i kommunens träningslokaler för funktionsträning och social samvaro. Syftet är att arbeta förebyggande genom att stärka eller bibehålla fysisk funktion, främja självständighet och minska risken för fall och ohälsa. Genom gruppformen skapas även ett socialt sammanhang som bidrar till att motverka ofrivillig ensamhet.

En grupp om åtta deltagare har träffats måndag förmiddag under en termin. Individuella mål har satts upp för varje individ. Vid start gjordes en självskattning om upplevd hälsa som följdes upp vid avslutad kurs. Gångförmåga alternativt rulla rullstol en viss sträcka på tid samt uppresning från stol, också på tid, har mätts för att kunna utvärdera insatsen. Resultatet visar på en bibehållen eller förbättrad hälsa och styrka. En uppskattad möjlighet enligt de medverkande.

Höstterminen har omfattat 14 gånger. Totalt har 94 pass genomförts av 112 möjliga, vilket visar på en god upplutning. 7 män och 1 kvinna har deltagit och 5 av dem är över 80 år. 7 personer var ensamboende och 7 personer hade hemtjänst. Initiativet för att delta i gruppen har i 7 fall kommit via kontakt med rehab och 1 ärende via anhörig. Insatser som har varit aktuella är bland annat cykling, träna uppresning, rodd, sittgymnastik, gångträning och styrketräning.

Kostnader som har uppkommit har bekostats av medel från Kampradstiftelsen.

Dagverksamhet

Året på Träffpunktens dagverksamhet har varit händelserikt. Aktivitetsamordnare har under året ordnat med flera olika aktiviteter på Dr Mobergers väg men även en del på Kyrkvägen. Antalet besökare har varierat mellan cirka 10 till 25 personer per tillfälle.

Bingo, sittgymnastik, allsång, gudstjänster och fika med nybakade bullar är några exempel på återkommande aktiviteter. Flera högtider och specifika dagar har uppmärksammats på olika sätt under året, exempelvis semmeldagen, våffeldagen, Internationella kvinnodagen, Påsk, Pingst och Kristi Himmelfärdsdag, valborg, Nationaldagen, Kungens och Drottningens födelsedagar, Europadagen, sommarfest, grillfest, kräftfest, lucia och nyårsfest med mera. Utflykter, både kortare och lite längre, har skett för boende på Dr Mobergers väg samt Kyrkvägen. För att skapa en trivsamt miljö på boendena och i växthus har bland annat krukväxter, bordsdekorationer, soffa och dynor köpts in.

De flesta av deltagarna på träffpunkten har sin lägenhet på somatisk avdelning eller bor tillfälligt på korttidsenheten på Dr Mobergers väg. Därför har aktivitetsamordnare avsatt en dag per vecka på en demensavdelning och erbjudit aktiviteter där, för att på så sätt nå fler boende. Ett populärt önskemål dessa dagar har varit matlagning tillsammans med de boende.

Anhörigstöd

Inom äldreomsorgen finns en medarbetare som arbetar deltid med anhörigstöd och med stöd till ensamma äldre för att motverka ofrivillig ensamhet. Verksamheten utgår från Dr Mobergers väg. En del av tjänsten har finansierats i budget och en del av statsbidrag. Anhörigstödet riktar sig till den som stöttar eller vårdar en anhörig samt ger stöd till efterlevande under det så kallade sorgeåret. En mycket uppskattad verksamhet enligt de som har deltagit.

Samarbete sker med demenssjuusköterska på Hälsocentralen i Högsby, diakon i Svenska kyrkan samt med vuxenskolan i Högsby. Kompetenshöjning har skett genom utbildning "Att kunna leda livsberättargrupper" samt utbildning inom psykisk ohälsa. Ingår också i ett nätverk för anhörigstödare.

Anhörigstöd är en insats som erbjuds utan beslut (IUB) och dokumentation förs på övergripande nivå i syfte att kunna följa upp, utvärdera och kvalitetsgranska verksamheten. Dokumentationen påbörjades efter den 1 juli och därav finns ingen årlig statistik att presentera. Mallar för dokumentation har reviderats under hösten för att på bästa sätt möta efterfrågan av uppgifter och kunna följa upp och kvalitetssäkra verksamheten.

Under året har cirka 50 personer berörts av anhörigstöd och stödet till ensamma äldre. Den statistik som redovisats för september tom december månad visar att det har genomförts 15 gruppträffar, Minnenas resa vid 8 tillfällen samt en efterlevandegrupp med 5 träffar. Därutöver har drygt 150 samtal via telefon eller hembesök skett till 42 enskilda individer.

Verksamheten har under året bland annat erbjudit:

- Demensgrupp tillsammans med demenssjuusköterska.
- "Minnenas resa".
- "Livet efter" - samtal med efterlevande i grupp eller enskilt. Genomförs även av diakon.
- Träffpunkten "Café Linnea".
- Föreläsningar av bland annat kommunpolisen.
- Utflykter med bland annat kyrkogårdsbesök, restaurangbesök mm.
- "Lite av allt" en gruppaktivitet via svenska kyrkan.
- Hembesök och telefonsamtal.

Placeringsmöten inom IFO

För att öka kvaliteten på arbetet med placeringar för barn och unga sker regelbundna placeringsmöten med områdeschef för IFO och handläggare. Målet är att minska antalet placeringar och om möjligt korta ner placeringstiden eller i bästa fall undvika placering med hjälp av förebyggande insatser.

På mötet går de även igenom vårdplaner och genomförandeplaner. Har ungdomen uppnått målet och fått bättre förutsättningar, är det aktuellt att omförhandla ex familjehemsavtalet inkl. arvodering osv. Uppfattningen är att placeringsmöten redan har gett resultat och att antalet placeringar och längd på dessa har kunnat minska, utan sämre kvalitet som följd. Antal ärende med vårdnadsöverflytt under 2025 har varit aktuellt i 7 ärenden.

Antal placerade barn i	Början 2024	Slutet 2024	Början 2025	Slutet 2025
Familjehem	11	11	11	16
Konsulentstött familjehem	11	5	4	2
HVB	6	5	5	4

Förändringsarbete inom IFO

Kartläggning öppenvården

En kartläggning och inventering av öppenvården inom IFO har genomförts under hösten. Ett underlag att använda i det förändringsarbete som är påbörjat inom öppenvården, för att möta kraven i den

nya socialtjänstlagen och arbeta förebyggande och vara lätt tillgänglig samt utgå från invånarnas behov i Högsby.

Ekonomiskt bistånd

Riktlinjer för ekonomiskt bistånd har reviderats under året. Kvalitetsgranskning av ärenden inom ekonomiskt bistånd har genomförts och bidragit till en kvalitetshöjning och mer rättssäkra beslut.

Biståndshandläggning

Riktlinjer för biståndshandläggning har reviderats under året. En kvalitetsgranskning kommer att påbörjas under våren 2026, med att kartlägga eventuella beslut utöver riktlinjerna samt processen från beslut om insats till verkställighet inklusive taxor och avgifter.

Styrdokument

Arbetet att färdigställa ett grundläggande kvalitetsledningssystem har fortsatt under året och flera riktlinjer och rutiner har beslutats. Det är ett ständigt förbättringsarbete med att revidera styrdokument så att de överensstämmer med de lagar och författningar som är aktuella.

Krisberedskap och civilt försvar i kommunal vård och socialtjänst.

Socialförvaltningen ansvarar för att upprätthålla kontinuitet och trygghet för kommuninvånare som får stöd enligt hälso- och sjukvårdslagen samt socialtjänstlagen, även vid samhällsstörningar, kriser eller höjd beredskap.

Krisberedskap innebär att identifiera risker, planera för alternativa lösningar och säkerställa att kritiska funktioner inom vård, omsorg och socialtjänst kan fungera även under störda förhållanden, inklusive vid höjd beredskap och krig. Detta omfattar bland annat personalförsörjning, informationssäkerhet, beredskapslager och samverkan med andra aktörer.

Arbetet bygger på tre bärande principer:

- Ansvarsprincipen – den ordinarie huvudmannen ansvarar för sin verksamhet även under kriser.
- Närhetsprincipen – krishantering sker på den nivå där händelsen inträffar, med dem som är närmast berörda.
- Likhetsprincipen – verksamheten ska fungera så likt ordinarie drift som möjligt, även i kris.

Kommunen ingår som en central del i Sveriges civila försvar, som enligt lag och ny totalförsvarsplanering ska kunna upprätthålla samhällsviktiga funktioner – däribland socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård – även under krig eller höjd beredskap.

KHOSS-uppdraget har stärkt kommunernas beredskap inom kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst genom regionalt stöd, kartläggning och utbildning. Under 2025 har rutiner och kartläggningar upprättats och under 2026 fortsätter arbetet med att fördjupa och implementera dessa i kommunens beredskapsplanering.

Familjecentralen

Sedan flera år sker en samverkan mellan Individ-och familjeomsorgen och Familjecentralen. Familjebehandlare från öppenvårdens enhet är med vid hembesök vid 8 månaders ålder och sedan september 2025 även med vid hembesök vid 4 månader.

Familjebehandlare erbjuder råd och stöd på Familjecentralen under 4 timmar per vecka. Deltar även i föräldragrupper tillsammans med Barnhälsovården (BHV), erbjuder spädbarnsmassage vilket ger en

ingång för samtal med föräldrar. Då möjlighets ges deltar även familjebehandlare på Öppen Förskola för ett tillitsskapande arbete.

Under året har familjebehandlare deltagit på 25 hembesök vid 8 månader samt 5 hembesök vid 4 månader. Deltagit i 3 föräldrakurser med BHV samt haft 3 spädbarnsmassage kurser. 6 enskilda samtal/besök per månad i form av förebyggande socialtjänst.

SSPF (Skola, Socialtjänst, Polis, Fritid)

SSPF är ett arbete som utgår från samverkan mellan skola, socialtjänst, polis och fritid.

Målgruppen för SSPF är barn och unga, mellan 10 och 17 år men kan även innefatta ungdomar över 18 år *om* de har skrivits in innan 18 års ålder. De som blir föremål för insatser i form av SSPF-samverkan har på något sätt väckt oro i sin omgivning- hos familj, skola polis eller fritidsverksamhet. Den unge befinner sig i risk för att utvecklas negativt och har redan debuterat i någon form av normbrytande beteende.

Syftet med samverkan är att förhindra och förebygga att ungdomar hamnar i kriminalitet, rekryteras till kriminella gäng och/eller inleder missbruk. Målet är att ungdomar ska ha en fungerande skolgång och ett liv fritt från kriminalitet och droger. Styrgrupp för Folkhälsa är också styrgrupp för SSPF.

Under året har det varit 5 individuella ärenden i SSPF.

BoB (Barn och unga i organiserad brottslighet)

För att motverka att barn och unga rekryteras till organiserad brottslighet arbetar åtta myndigheter tillsammans sedan slutet av 2023 för att skapa en gemensam samverkansstruktur. Strukturen är förkortad BoB som står för *Barn och unga i organiserad brottslighet*. Förutom Socialstyrelsen ingår Polismyndigheten, Statens institutionsstyrelse (SIS), Skolverket, Kriminalvården, Åklagarmyndigheten, Brottsförebyggande rådet (Brå) och länsstyrelserna i arbetet.

Socialstyrelsen bidrar i arbete med BoB genom att sprida kunskap och ge stöd för implementering till socialtjänsterna om effektiva och anpassade insatser till barn och unga som har påtaglig risk att dras in i organiserad brottslighet. I arbetet med BoB arbetar också Socialstyrelsen för en förbättrad samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Målgruppsdefinitionen som de samverkande myndigheterna i BoB har enats om är brottsaktiva barn (individer upp till 17 år) och unga (individer från 18 upp till 21 år) som antingen redan är etablerade eller har en påtaglig risk att vara på väg in i den organiserade brottsligheten.

Idag finns ingen styr- eller arbetsgrupp för BoB i Högsby kommun utan SSPF har även det uppdraget. När någon part i SSPF uppmärksammar ett behov eller får kännedom om organiserad brottslighet (även vid persons hemflytt efter SIS-hem/behandlingshem) informeras kommunpolis, som planerar vidare tillsammans med socialtjänsten och eventuellt andra parter.

Under året har det varit 0 aktuella ärenden gällande BoB.

Meningsfull fritid

En ungdomscoach, anställd av kultur och fritid, arbetar i samverkan med andra aktörer inom kommunen och föreningslivet i Högsby, för att erbjuda och genomföra aktiviteter för ungdomar i Högsby kommun. På skolan bedrivs ett aktivt samarbete för att skapa goda relationer med ungdomar utifrån sina respektive område; fritidscoach, ungdomsbehandlare från IFO och elevhälsan.



Arbete har under året påbörjats med att få ungdomar delaktiga i den demokratiska processen och med målet att kunna bygga upp ett ungdomsråd i kommunen. Alla aktiviteter som gjorts efter sommaren har ungdomar varit initiativtagare till och varit medhjälpare i. Flera aktiviteter har genomförts, bland annat resa till Liseberg, skidåkning i Dackestupet, mötesplatser under Högsbydagarna, utomhusbio, ungdomshäng med pyssel, medverkan på LANET i Hultsfred, resa till Ullared, startat regionalt ungdomsforum och möte med politiker och tjänstemän för diskussion utifrån LUP-frågorna. Kulturskolans band har haft uppspelningar i Högsby och även i Mönsterås. Nattfotboll med ideellt engagemang av flera vuxna har genomförts.

Våld i nära (VNR)

Ett utvecklingsarbete har påbörjats under året inom området våld i nära. En arbetsgrupp med representanter inom IFO tillsammans med socialt ansvarig samordnare (SAS) har haft regelbundna möten. En riktlinje för våld i nära har tagits fram och beslutats. Rutin för vård och omsorg samt kommunal primärvård är framtagen, om att ställa frågan om våld samt åtgärder utifrån det.

Arbetsgruppen har aktualiserat "VNR-gruppen" inom IFO med uppdaterad arbetsbeskrivning och en framtagen process vid aktuella VNR-ärenden. VNR-gruppen har som huvuduppgift att inneha spetskompetens inom området och vara ett stöd i aktuella ärenden samt stöd till personal inom hela socialförvaltningen. Rutin för VNR för personal inom IFO är i stort sett klar och kommer beslutas i början av året.

I kompetensutvecklingsplanen finns angivet vilken grundutbildning inom VNR respektive funktion inom socialförvaltningen ska inneha. Arbetsgruppen kommer inventera behov av att genomföra någon ytterligare form av kompetensutveckling för samtliga verksamheter i kunskap kring att upptäcka och våga ställa frågan om våld.

Samordnare VNR och ungdomscoacherna från öppenvården och kultur och fritid deltog vid Orange Day. Medverkade gjorde också brottsofferjouren. Det bjöds på glögg och tipsrunda samt information om våld i nära relationer. Efteråt deltog medarbetarna i ett reportage kring våld i nära i P4 Kalmar.

Skolsociala teamet (SST)

Det skolsociala teamet startade hösten 2024 i Högsby. Bakgrunden till att teamet bildades var att en ökning av skolfrånvaron i grundskolan uppmärksammades. Statsbidrag beviljas till kommuner för att kunna starta upp skolsociala team där syftet är *"En grupp med personal från skolan och socialtjänsten som samverkar för trygghet och studiero och för att öka elevernas närvaro i skolan."*

Genom deltagande i skolsociala team ges socialtjänsten förutsättningar att i ett tidigt skede arbeta tillitskapande och förebyggande. I bakgrunden till arbetsmodellen för skolsociala team beskrivs att en lyckad skolgång skyddar mot psykisk ohälsa längre fram i livet och mot olika former av sociala problem, som till exempel kriminalitet, missbruk och utanförskap.

Teamet bedriver ett tvärprofessionellt arbete mellan skola och socialtjänst, vilket ger bättre förutsättningar för att kunna stötta elever, vårdnadshavare och personal. Både långsiktiga och kortsiktiga mål sätts upp tillsammans med elev och vårdnadshavare, och tillsammans ser de över vad teamet kan stötta med.

Teamet fungerar även som bollplank till vårdnadshavare och lärare i förskoleklass upp till årskurs 5. De arbetar även som bollplank och med individärenden där teamet träffar vårdnadshavare, elev och



lärare i åk 6 till IM. (IM är förberedande till gymnasiet för de som inte har med sig tillräckliga betyg från grundskolan.)

Teamet samarbetar med de myndigheter som familjen har kontakt med sedan tidigare eller hjälper familjen till kontakt, som tex Barn- och ungdomshälsan och BUP (Barn- och ungdomspsykiatri) om behov finns. Regelbundna uppföljningar sker tillsammans med familjen och lärare.

Under året har teamet arbetat med 6 ärenden och alla elever har, sedan de gick med i SST, någon form av undervisning.

Dokumentation

Dokumentation inom Socialförvaltningen sker i enlighet med gällande lagstiftning, föreskrifter och lokala rutiner. Detta omfattar både socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Syftet är att säkerställa att information om den enskilde är korrekt, aktuell och tillgänglig för berörda professioner, vilket är en förutsättning för god kvalitet och säkerhet i verksamheten.

Under året har det identifierat brister i följsamheten till dokumentationsrutiner inom samtliga verksamheter. Bristerna har framkommit genom dokumentationsgranskningar samt i samband med lex Sarah-utredningar, där otydlig eller ofullständig dokumentation varit en återkommande faktor.

Utifrån dessa iakttagelser finns det behov av att stärka dokumentationskompetensen i verksamheterna under 2026, genom att säkerställa en mer strukturerad, ändamålsenlig och rättssäker dokumentation som stödjer både kvalitet, rättssäkerhet och informationsöverföring i hela socialförvaltningen.

Verksamhetssystem

Högsby kommun använder idag verksamhetssystemet Viva. Under 2026 kommer en dialog att föras inför en eventuell ny upphandling. Vid upphandlingen kommer den kravkatalog som SKR tagit fram inom projektet Standardisering av verksamhetssystemen, att ligga till grund för arbetet. Projektet har nu övergått till ett initiativ inom SKR:s Handslag, vilket Högsby kommun har valt att ansluta sig till. Ett systembyte kommer inte att ske under 2026 utan är en lång process som kommer att genomföras tillsammans med Hultsfred och Västerviks kommuner.

Säker kommunikation

En säker och strukturerad kommunikation är avgörande för att förebygga vårdskador och missförhållanden.

Inom kommunal hälso- och sjukvård används *Beslutsstödet* som ett stöd för sjuksköterskan när en omsorgstagares hälsotillstånd hastigt försämras. Genom en tydlig checklista får sjuksköterskan vägledning i att bedöma var den fortsatta vården bäst kan ske.

För att säkerställa att viktig information inte går förlorad eller misstolkas använder förvaltningen kommunikationsmodellen SBAR – Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation. SBAR ger en gemensam struktur för dialog mellan personal och vårdgivare, vilket minskar risken för felaktiga beslut och vårdskador. Att arbeta med dessa verktyg är en central del i vårt patientsäkerhetsarbete och bidrar till trygg och säker vård för kommunens invånare.



Genomförandeplan

Genomförandeplanen är ett dokument och en arbetsmetod inom socialtjänsten som beskriver hur en beslutad insats ska genomföras för att möta den enskildes behov. Genomförandeplanen är central för att säkerställa att individen är delaktig och att insatserna utformas på ett personcentrerat sätt.

En granskning genomfördes under våren inom VoO samt KPV. Resultat redovisas längre ner i rapporten. Utifrån det har ett större fokus lagts på att införa, revidera och upprätthålla aktuella planer.

Vårdplan

Vårdplaner dokumenteras i verksamhetssystemet och utformas med fokus på de insatser som legitimerad personal ansvarar för. Legitimerad personal upprättar och följer upp vårdplanerna, vilket bidrar till en strukturerad, tydlig och begriplig dokumentation som stärker patientsäkerheten och säkerställer att vårdens insatser genomförs enligt gällande rutiner.

Under året har arbetet fortsatt med att säkerställa att alla patienter har aktuella och individuellt anpassade vårdplaner. Uppföljning och revidering sker löpande. Arbetet syftar till att öka kvaliteten i dokumentationen. Satsningen på att skapa och förbättra vårdplanerna bidrar till ökad kontinuitet och till att säkerställa att vårdplanerna är strukturerade och lättillgängliga i journalen, så att relevant information snabbt kan hittas av både legitimerad och delegerad personal.

Rehabplan

Under året har arbetet med att införa rehabplaner påbörjats. Syftet är att stärka rehabiliteringsprocessen genom att tydliggöra mål, insatser och ansvarsfördelning för varje patient med rehabiliteringsbehov. Legitimerad rehabiliteringspersonal har inlett arbetet med att skapa och implementera dessa planer, och processen fortsätter successivt under kommande år.

Rehabplanerna ska bidra till en mer systematisk och personcentrerad rehabilitering, där patientens funktion, förmågor och behov följs upp på ett enhetligt sätt. Arbetet förväntas förbättra både kontinuitet och kvalitet i rehabiliteringsinsatserna, samt underlätta dokumentationen i journalen genom att relevant information blir mer samlad och lätt att överblicka.

Egenkontroller

Socialnämnden ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Intern kontroll

Intern kontroll sker utifrån Socialnämndens framtagna plan. För 2025 har två kontrollområden beslutats.

- Inom särskilt boende var riskbeskrivningen bristande rättssäkerhet och kontrollmomentet var att kontrollera att målgruppen är delaktiga och har inflytande över hur deras insatser ska genomföras. Kontrollen visar att i 14 av 15 genomförandeplaner framgår det tydligt att brukarna har varit delaktiga och haft inflytande över hur deras insatser utformas.
- Inom öppenvården på IFO var riskbeskrivningen höga kostnader på grund av ineffektivt och

ostrukturerat arbete samt mänskligt lidande. Kontrollmomentet var uppfyllelse av SMARTa (Specifika, Mätbara, Avgränsade, Realistiska och Tidsatta) mål i genomförandeplanen. Kontrollen visar att i 5 av 10 granskade genomförandeplaner fanns mätbara mål

Brukarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?"

"Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" är en återkommande rikstäckande enkätundersökning av äldre personers uppfattning om hemtjänsten och särskilda boenden. Ansvarig för enkäten är Socialstyrelsen. Ett syfte med enkätundersökningen är att äldre personer ska få möjlighet att ge synpunkter på hur de uppfattar äldreomsorgen. Ett annat syfte är att ansvariga i kommuner och i verksamheter ska få ett underlag som kan användas för att utveckla äldreomsorgen utifrån de äldre personernas perspektiv.

Nedan är några resultat som gäller Högsby kommun som helhet och med jämförelser från tidigare års resultat.

Hemtjänst	2023	2024	2025
Sammantagna bedömningen av hemtjänst	90	94	95
Upplevelse av personalens bemötande	95	97	97
Hänsyn till individens åsikt och önskan	90	94	87
Upplevelse av trygghet	92	84	88

Särskilt boende	2023	2024	2025
Sammantagna bedömningen av särskilt boende	85	73	85
Upplevelse av personalens bemötande	86	81	91
Hänsyn till individens åsikt och önskan	79	60	89
Upplevelse av trygghet	79	81	90

Läkemedelsgranskning

Högsby kommun har avtal med Apoteket AB för extern kvalitetsgranskning av kommunens läkemedelshantering. Under året har en farmakikonsult genomfört granskningen tillsammans med sjuksköterska, MAS, enhetschef och omvårdnadspersonal. Granskningen omfattade både rutiner, dokumentation och praktisk hantering av läkemedel.

En åtgärdsplan har upprättats utifrån de identifierade förbättringsområdena. I denna framkom bland annat behov av att:

- säkerställa att ordinationer är tydliga och fullständiga.
- stärka rutinföljsamheten bland personal kring läkemedelshantering.
- säkerställa att delegerad personal kontrollerar ordinationer mot aktuella läkemedelslistor innan administrering.
- säkerställa att läkemedelslistor och signeringslistor överensstämmer och är uppdaterade.

Arbetet med att implementera åtgärdsplanen har påbörjats under året och fortsätter under 2026. En plan för uppföljning av genomförda åtgärder finns framtagen och kommer att följas upp fortlöpande. I slutet av 2026 kommer en ny extern kvalitetsgranskning av kommunens läkemedelshantering att genomföras, vilket möjliggör uppföljning av årets förbättringsarbete.



Granskning av genomförandeplaner och vårdplaner

Utifrån en lex Sarah utredning inom vård och omsorg, där både genomförandeplan och vårdplaner saknades genomfördes en egenkontroll i form av journalgranskning med fokus på genomförandeplaner och vårdplaner.

Totalt granskades 318 journaler inom verksamheterna särskilt boende, hemtjänst och LSS inkl. personlig assistans. Kontroll gjordes om det fanns aktuell genomförandeplan (max 6 mån gammal) samt aktuella vårdplaner.

I 258 av 318 ärenden fanns genomförandeplaner som var aktuella. Det saknas helt genomförandeplan eller uppdaterad version i 60 ärenden. Sammanfattningsvis innebar det att i 18,9 % av de granskade journalerna saknades det helt eller fanns genomförandeplaner men som inte var uppdaterade inom 6 månader.

I 83 av 146 journaler fanns vårdplaner som var aktuella. Det saknades helt eller delvis vårdplaner i 63 ärenden. Sammanfattningsvis innebar det att i 43,2 % av de granskade journalerna saknades det helt eller delvis vårdplaner.

Som ett bifynd i granskningen såg vi även brister i själva journaldokumentationen.

Granskning av ärende inom barn och familj

Enhetsamordnare har granskat samtliga aktuella ärenden inom barn och familj, för att säkerställa rätt kontaktuppgifter och ansvariga handläggare, att vårdplaner finns och är aktuella mm. Åtgärder är vidtagna i de ärenden som behövde revideras eller följas upp.

Journalgranskning vård och omsorg

En journalgranskning har genomförts av 4 journaler utifrån SoL. Två ärenden på särskilt boende och två i ordinärt boende har slumpmässigt valts ut. En journalgranskning har genomförts av 3 journaler utifrån LSS. Ett ärende på gruppboende, ett ärende med personlig assistans samt ett ärende på daglig verksamhet har slumpmässigt valts ut. Det är första gången en journalgranskning genomförs på detta sätt inom SoL och LSS. En mall för granskningen har tagits fram och kommer delvis att justeras till kommande granskning.

Samtycke saknas i samtliga journaler men finns delvis i HSL journalen. Kontaktuppgifter till anhörig/god man samt om denne ska kontaktas nattetid eller inte finns inte hos alla. Ansvarig kontaktman finns endast i 2 av 7 granskade journaler. Den enskildes kommunikativa förmåga finns beskriven i 1 av 7 journaler. Genomförandeplaner finns i alla ärenden, dock saknas tydliga mål i 2 av 7. Dokumentation av Senior alert och teammöten saknas i samtliga ärenden. I en av journalerna har medarbetare använt kollegas inloggning, vilket inte är tillåtet.

Förbättringsområden som granskningen indikerar är att utbildning och genomgång i dokumentation och skyldigheten att dokumentera behövs, vilket vi även har sett i de utredningar enligt lex Sarah som har genomförts under året. Under nästa år kommer granskning även att genomföras inom individ och familjeomsorgen.

Journalgranskning kommunal primärvård

Journalgranskning av HSL-journaler har genomförts sedan 2024. Den mall som används för journalgranskning uppdaterades i slutet av 2024 och är nu bättre anpassad till

dokumentationssystemet Viva, vilket har underlättat granskningen. I samband med granskningen har vissa förbättringsområden identifierats.

Journalgranskningen visar brister inom flera dokumentationsområden. Framför allt saknas inskrivningssamtal, ADL-bedömningar, dokumentation av förflyttningsstatus samt beskrivning av kommunikationsförmåga hos samtliga eller majoriteten av de granskade patienterna. Samtycke, kontaktuppgifter och hjälpmedel är över lag väl dokumenterade, även om samtyckesblanketten upplevs som otydlig i systemet.

Ett antal utvecklingsområden identifierades kopplade till tydligare dokumentationsrutiner och förbättrad användning av vårdplaner. En åtgärd som redan genomförts under året är förtydligande kring hur samtyckesblanketten öppnas på bästa sätt för att få en fullständig och tydlig vy av blanketten. Arbetsterapeuter och fysioterapeut har även påbörjat arbetet med att upprätta rehabplaner.

Granskning av trygghetslarm

Enligt förvaltningens rutin för trygghetslarm ska trygghetslarmen kontrolleras varje månad. Granskningen visar att antal trygghetslarm på särskilt boende som kontrollerats under perioden januari tom augusti är 393. Två larm upptäcktes som var trasiga och fick bytas ut. Det innebär att endast i 0,5 % av de kontrollerade larmen upptäcktes ett fel, vilket tyder på en bra återkommande kontroll.

Trygghetslarm i ordinärt boende kontrolleras dagligen via larmsystemet och innefattar även signalen mellan larm och larmklocka. Om något skulle vara fel på larmet, skickas en felrapport till larmansvarig. Vid strömavbrott klarar larmet 72 timmar utan el.

Granskning av privata medel

Enligt förvaltningens rutin för privata medel inom äldreomsorgen ska vissa delar regelbundet kontrolleras. En granskning har genomförts utifrån rutinen och samtliga kontrollområden.

Inom LSS verksamheter används inte värdeskåp för privata medel. LSS verksamheter har minimal hantering av kontanta medel och kontokort är inlåst på personalen kontor. Det saknas rutin för hantering av privata medel inom LSS, vilket bör åtgärdas under 2026.

Särskilt boende

Av 70 kontrollerade värdeskåp har verksamheten ansvar för privata medel i 28 lägenheter. Lägenheter som är tomma, används till korttidsplats eller växelvård samt någon lägenhet där nyinflyttad inte har bestämt sig kring värdeskåpet ännu, har inte tagits med i sammanställningen. I 27 av 28 värdeskåp är kassabladen korrekt ifyllda men avstämning vid sex månader samt redovisning vid årsskifte har endast delvis skett enligt rutin, 12 respektive 16 skåp av 28. I något ärende har god man/anhörig avböjt avstämning.

Några värdeskåp innehöll smycken eller annat, vilket inte ska ske och ett par skåp innehöll mer än 1000 kr utan överenskommelse.

Inga avvikelser rapporterade gällande privata medel under 2025.

Hemtjänst

I samband med genomgång av rutin för privata medel uppmärksammades att det inom hemtjänst fanns två ärenden där rutin inte hade följts till fullo och där åtgärder nu har vidtagits.

Inga avvikelser rapporterade gällande privata medel under 2025.

Nationella kvalitetsregister

Kvalitetsregister används för att utveckla och säkerställa kvaliteten inom vård och omsorg. De är viktiga verktyg för att följa upp och förbättra insatser, samla statistik och bidra till forskning inom både hälso- och sjukvård och socialtjänstens verksamheter. Personuppgifter som registreras får endast behandlas för dessa syften och inte användas för andra ändamål. Genom att använda kvalitetsregister kan vi identifiera förbättringsområden och säkerställa en mer jämlik och evidensbaserad vård.

BPSD

BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) är ett nationellt kvalitetsregister som används för att kartlägga och följa upp symtom som aggressivitet, oro, apati, hallucinationer och sömnstörningar hos personer med demenssjukdom. Syftet är att öka livskvaliteten genom individuellt anpassade åtgärder och förbättrad omvårdnad. Arbetet med BPSD-registret bidrar till en mer strukturerad och personcentrerad vård, vilket är en viktig del i att förebygga onödigt lidande och främja trygghet för både den enskilde och närstående. Uppföljning sker genom regelbundna teammöten där åtgärder utvärderas och justeras vid behov.

Under 2025 har totalt 26 BPSD-registreringar genomförts på Dr Mobergers väg 8 B, C, D. Samtliga tre enheter uppvisar en hög andel vaskulär demens, långt över rikets genomsnitt på 16,4 %.

Sammanfattningsvis visar diagnosfördelningen att avdelningarna på 8:an i hög utsträckning vårdar personer med vaskulär demens. Den höga förekomsten av vaskulär demens, jämfört med riket, innebär ofta mer komplexa symtombilder kopplade till kognitiv svikt, motorik, beteende och samsjuklighet. Andelen Alzheimer är genomgående låg, och endast enstaka fall av andra demenssjukdomar har registrerats. Även om jämförelser med riksnivåerna ska göras med försiktighet, eftersom boendet och kommunen är små och antalet registreringar per enhet är begränsat, ger resultaten ändå en indikation om att målgruppen på enheterna skiljer sig från rikets genomsnitt. Den lokala diagnosbilden kan därmed användas som ett stöd i planering av kompetens, arbetsätt och fortsatt kvalitetsutveckling.

Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister som stödjer vårdprevention för äldre personer. Registret används för att identifiera och förebygga risker som fall, trycksår, undervikt, ohälsa i munnen samt problem med blåsfunktionen.

Genom Senior alert sätts den äldres perspektiv i centrum och teamets samarbete lyfts fram. Riskbedömningar och registreringar ska göras enligt gällande rutiner för att säkerställa en systematisk och förebyggande vård.

Högsby kommun, År 2025

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall					Visa resultat per riskområde
		Risikbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2		
Högsby kommun	123	94% ↑ 190 av 203	86% ↑ 163 av 190	95% ↑ 180 av 190	77% ↓ 96 av 124	32 ↑ 20 personer	44 ↑ 44 personer	84 ↑ 28 personer	47 ↑ 47 personer	↓	
Dr Mobergers väg 10	14	89% ↓ 17 av 19	88% ↓ 15 av 17	100% ↑ 17 av 17	55% ↓ 6 av 11	4 ↑ 3 personer	6 ↑ 6 personer	8 ↑ 5 personer	8 ↑ 8 personer	↓	
Dr Mobergersväg 12	22	92% ↓ 49 av 53	80% ↑ 39 av 49	88% ↑ 43 av 49	39% ↓ 11 av 28	6 ↑ 3 personer	9 ↑ 9 personer	48 ↑ 10 personer	13 ↑ 13 personer	↓	
Dr Mobergersväg 14	11	91% ↑ 10 av 11	80% ↓ 8 av 10	90% ↑ 9 av 10	100% ↑ 4 av 4	0 ↓ 0 personer	5 ↑ 5 personer	0 ↑ 0 personer	0 ↑ 0 personer	↓	
Dr Mobergers väg 8	30	95% ↑ 52 av 55	92% ↑ 48 av 52	100% ↑ 52 av 52	94% ↑ 46 av 49	11 ↑ 7 personer	10 ↑ 10 personer	16 ↓ 8 personer	8 ↑ 8 personer	↓	
Högsby hemsjukvård	36	93% ↓ 40 av 43	88% ↓ 35 av 40	95% ↓ 38 av 40	89% ↑ 16 av 18	6 ↑ 4 personer	13 ↑ 13 personer	4 ↑ 2 personer	10 ↑ 10 personer	↓	
Kyrkvägen 14	18	100% ↑ 18 av 18	78% ↑ 14 av 18	100% ↑ 18 av 18	93% ↓ 13 av 14	2 ↑ 2 personer	5 ↑ 5 personer	8 ↑ 3 personer	9 ↑ 9 personer	↓	
LSS-boende	3	100% ↑ 4 av 4	100% ↑ 4 av 4	75% ↑ 3 av 4	0% ↓ 0 av 0	3 ↑ 1 person	0 ↑ 0 personer	0 ↑ 0 personer	1 ↑ 1 person	↓	
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %						

Högsby kommun, år 2024

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				
		Risikbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	
Högsby kommun	65	96% ↑ 92 av 96	80% ↑ 74 av 92	85% ↓ 78 av 92	96% ↑ 68 av 71	17 ↑ 12 personer	21 ↑ 21 personer	59 ↑ 18 personer	27 ↑ 27 personer	
Dr Mobergers väg 10	7	100% ↑ 7 av 7	100% ↑ 7 av 7	100% ↑ 7 av 7	0% ↓ 0 av 0	2 ↑ 2 personer	2 ↑ 2 personer	0 ↑ 0 personer	4 ↑ 4 personer	
Dr Mobergersväg 12	14	100% ↑ 14 av 14	29% ↓ 4 av 14	21% ↓ 3 av 14	92% ↓ 12 av 13	3 ↑ 3 personer	3 ↑ 3 personer	32 ↑ 7 personer	10 ↑ 10 personer	
Dr Mobergersväg 14	7	90% ↓ 9 av 10	89% ↑ 8 av 9	89% ↑ 8 av 9	86% ↑ 6 av 7	3 ↑ 1 person	3 ↑ 3 personer	0 ↑ 0 personer	0 ↑ 0 personer	
Dr Mobergers väg 8	21	92% ↓ 35 av 38	86% ↑ 30 av 35	97% ↓ 34 av 35	96% ↑ 23 av 24	3 ↓ 2 personer	8 ↓ 8 personer	18 ↑ 7 personer	6 ↓ 6 personer	
Högsby hemsjukvård	0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	3 ↑ 2 personer	2 ↑ 2 personer	0 ↑ 0 personer	0 ↑ 0 personer	
Kyrkvägen 14	16	100% ↑ 27 av 27	93% ↑ 25 av 27	96% ↓ 26 av 27	100% ↑ 27 av 27	1 ↑ 1 person	3 ↑ 3 personer	9 ↑ 4 personer	7 ↑ 7 personer	
LSS-boende	0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	2 ↑ 1 person	0 ↑ 0 personer	0 ↑ 0 personer	0 ↑ 0 personer	
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %					

Förklaring på tabell:

Pil nedåt: Minskning jämfört med föregående period. Pil uppåt: Ökning jämfört med föregående period.

Pil höger: Ingen skillnad jämfört med föregående period.

När vi jämför årets statistik från Senior Alert med föregående år ser vi över lag en positiv utveckling. Det märks att vi har gjort en nystart i arbetet – bakomliggande orsaker vid risk, åtgärdsplaner och utförda åtgärder vid risk är markerade grönt och visar flera uppåtgående trender.

När det gäller trycksår visar statistiken en ökning i alla verksamheter. Detta kan dock bero på att vi har blivit bättre på att registrera trycksår i Senior Alert, vilket kan förklara ökningen. Vid uppföljning och inventering under året har antalet trycksår faktiskt minskat på samtliga enheter.

Vi drar slutsatsen att förbättringen kan bero på flera faktorer, men en viktig anledning är att personalen arbetar mer aktivt och strukturerat med Senior Alert.

Under året har vi fått återkoppling från patientsäkerhetssamordnaren vid Länssjukhuset Kalmar, som genomför PPM-mätningar av trycksår. I samband med dessa mätningar granskas om patienten hade trycksår redan vid inläggning. Vid en av mätningarna noterades att en patient med kommunala insatser från Högsby kommun hade trycksår vid inläggning.

Svenska Palliativregistret

Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister med syftet att förbättra vården vid livets slut för både patient och närstående. Registrering sker vid varje dödsfall inom verksamheten. Resultaten från registret används för uppföljning och förbättringsarbete, och vårdpersonal kan ta stöd av kunskapsmaterialet för att erbjuda en jämlik och god vård.

Diagram för Högsby kommun, 2025

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2025-01 - 2025-12

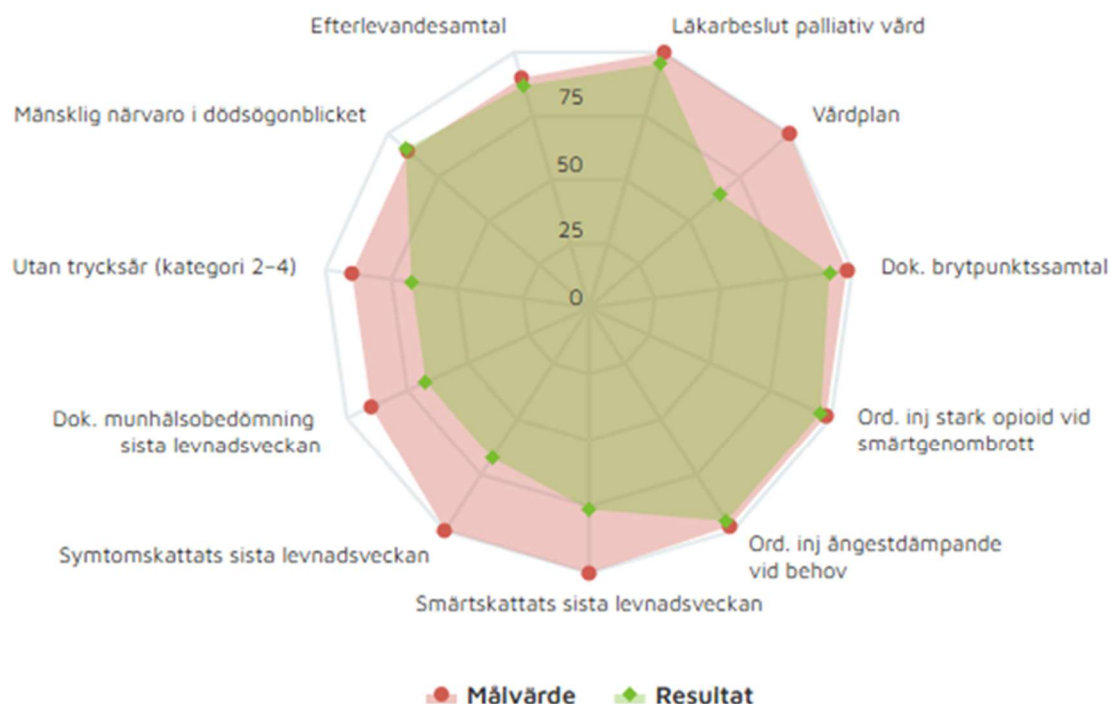
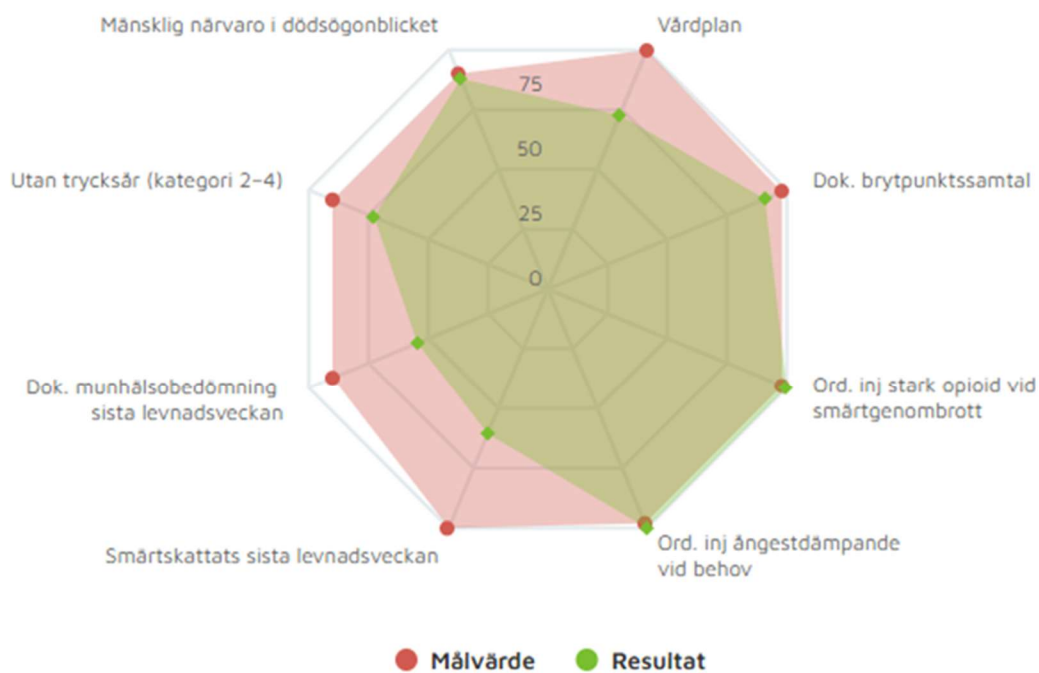


Diagram för Högsby kommun 2024

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

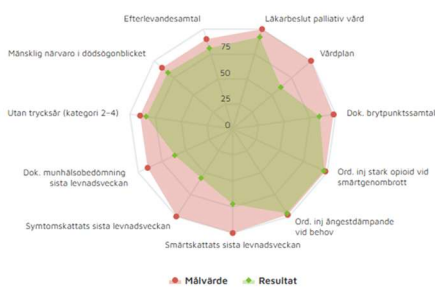
Period 2024-01 - 2024-12



Kalmar län

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

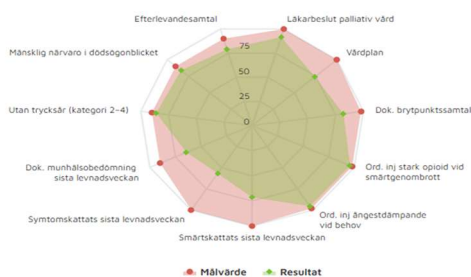
Period 2025-01 - 2025-12



Riket

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2025-01 - 2025-12



Övergripande ligger Högsby kommun nära målvärdena inom flera områden, men det finns även indikatorer där resultatet ligger under målvärdet, vilket tydliggör förbättringsområden inför 2026. Styrkor i 2025 års resultat är att flera centrala indikatorer inom palliativ vård ligger stabilt och visar på god följsamhet i det kliniska arbetet. Även dokumentationen i livets slutskede är generellt stark, vilket stödjer en god kvalitet i vårdprocessen.

Diagrammet visar också några områden där ytterligare insatser skulle kunna stärka kvaliteten och kan utgöra viktiga fokusområden för fortsatt förbättringsarbete under 2026.

Högsby kommun visar en tydlig förbättring 2025 jämfört med 2024 inom majoriteten av de palliativa kvalitetsindikatorerna. Resultatet har närmat sig målvärdena på flera områden, och diagrammet för 2025 visar en mer jämn och högre måluppfyllelse.

Högsby kommun ligger i nivå med eller något över både Kalmar län och riket inom flera centrala indikatorer, särskilt när det gäller vårdplan, brytpunktssamtal och läkarbeslut om palliativ vård.

HALT (Healthcare-Associated Infections in Long-Term Care Facilities)

HALT är ett verktyg för att samla data om vårdrelaterade infektioner, riskfaktorer hos vårdtagare och antibiotikaanvändning. Syftet är att ge underlag för förbättringsarbete och minska förekomsten av infektioner inom vård och omsorg.

Mätningen genomförs som ett stickprov vid ett bestämt tillfälle och sker i samarbete med Nationella Strama, Folkhälsomyndigheten och Senior alert. 2025 har tyvärr ingen HALT mätning gjorts i Högsby kommun.

Munhälsa

Folktandvården i Region Kalmar län ansvarar för ROAG-utbildning till vård- och omsorgspersonal. En ROAG-utbildning utrustar vårdpersonal med kunskap och verktyg för att genomföra systematiska munhälsoundersökningar med Revised Oral Assessment Guide, bedöma risker och vidta lämpliga åtgärder eller säkra tandvårdskontakt när det behövs.

Under 2025 har vi genomfört ROAG-utbildning för vård- och omsorgspersonalen i Högsby vid flera tillfällen, i februari och mars. Vi fick återkoppling från utbildaren både gällande upplägget och deltagarnas engagemang. Genom den dialog som förts och den återkoppling vi fått från Folktandvården kan vi identifiera förbättringsområden och skapa en gemensam förståelse för vikten av munhälsa i det dagliga omvårdnadsarbetet. Detta samarbete är en viktig del i vårt arbete med att höja kvaliteten och patientsäkerheten inom vård och omsorg.

Basal hygien

Basala hygienrutiner är grunden för att förebygga smittspridning inom vård och omsorg. Genom att konsekvent följa dessa rutiner skyddar vi både omsorgstagare och personal från vårdrelaterade infektioner. Rutinerna omfattar bland annat handhygien, användning av skyddsutrustning såsom handskar och förkläden, samt korrekt hantering av arbetskläder.

För att säkerställa en hög hygienstandard har vi i år infört att alla omsorgstagare i ordinärt boende ska ha handskar, förkläden och handsprit tillgängligt i hemmet. Detta innebär att personalen inte behöver bära med sig dessa produkter mellan olika omsorgstagare, vilket minskar risken för smittspridning och gör arbetet mer effektivt. Syftet med denna åtgärd är att skapa trygghet och säkerhet för både omsorgstagare och personal, samt att följa de nationella rekommendationerna för god hygienpraxis.

Enligt lokal rutin ska observationsmätningar genomföras för att säkerställa att personalen följer basala vårdhygienrutiner och därmed förebygger smittspridning. Enhetscheferna ansvarar för att samla in informationen och vidarebefordra den till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Enligt den uppdaterade rutinen ska observationsmätningen utföras med hjälp av en checklista som fylls i av hygienombud under vårdnära arbete. Under året har detta inte genomförts eller följts upp enligt rutin. Orsaken bedöms vara bristande information till berörda om den uppdaterade rutinen.

I slutet av året har MAS, tillsammans med ansvariga hygiensjuksköterskor, påbörjat planeringen för att implementera och säkerställa att arbetet kommer i gång under nästa år.

Loggkontroll

Systematiska loggkontroller genomförs regelbundet för att säkerställa att inga obehöriga har haft tillgång till journaler eller system, samt att behöriga inte har tagit del av information på ett otillåtet sätt.

Under året har loggkontroller skett en gång i månaden för verksamhetssystemet Viva, Cosmic och NPÖ (Nationell patientöversikt). För Cosmic och NPÖ har det inte varit något avvikande.

Förbättringsåtgärd har genomförts så att all personal som arbetar i Viva loggas någon gång under året. Tidigare gjordes detta manuellt men säkerställs nu via systemet i stället. Kontrollen granskas av ansvarig chef.

Loggkontroll av KIR (Kommunens invånarregister) har inte skett under året. Det kommer vara ett förbättringsområde inför 2026 och rutinen för loggkontroller kommer att revideras.

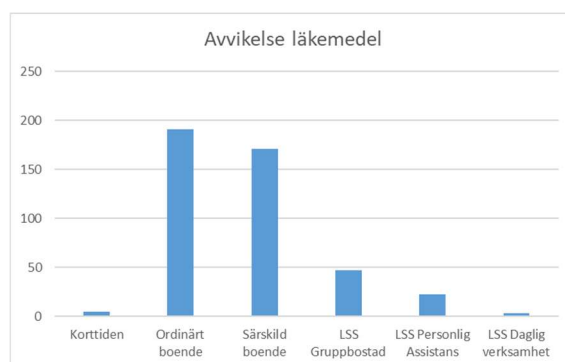
Avvikelse

Avvikelse rapporteras i verksamhetssystemet Viva. Det finns olika typ av avvikelse att välja på. Nedan redovisas några olika avvikelser där läkemedel och fall är de vanligaste avvikelse typerna inom VoO samt KPV. Avvikelse inom IFO redovisas separat längre ner, då de har en egen modul i Viva.

Under 2026 kommer vi att införa så kallade hållplatser, där ansvarig chef tillsammans med sin personal sammanställer enhetens avvikelser för en tid tillbaka. Syftet är att få en ökad förståelse för avvikelsehantering kopplat till kvalitetsarbete. Att följa upp åtgärder som vidtagits och identifiera förbättringsområden och se samband. Arbetssättet ska bidra till att skapa en trygg och säker vård.

Läkemedel

Under 2025 ökade det totala antalet läkemedelsavvikelse jämfört med 2024. Den största ökningen ses inom särskilt boende, där avvikelserna steg från cirka 120 till omkring 170. Inom ordinärt boende var antalet fortsatt högt med en mindre ökning jämfört med året innan. LSS-verksamheterna visar över lag stabila nivåer, men en tydlig ökning noteras inom personlig assistans. Korttidsverksamheten ligger kvar på en låg och stabil nivå, och en mindre mängd avvikelser registrerades i LSS daglig verksamhet.



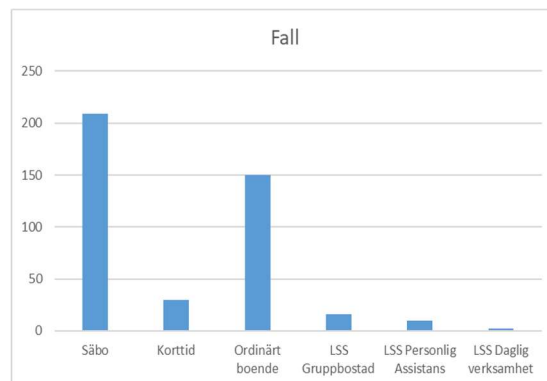
Utifrån statistiken fokuserar förbättringsarbetet på att stärka följsamheten till rutiner och öka tryggheten i delegerade arbetsuppgifter.



Fall

Jämfört med föregående år har antalet fallavvikelser ökat betydligt i samtliga verksamheter. Särskilt boende och ordinärt boende står för den största ökningen, medan LSS-verksamheterna visar mer begränsade men ändå märkbara uppgångar. Ökningen gäller både volym och antal rapporterade händelser.

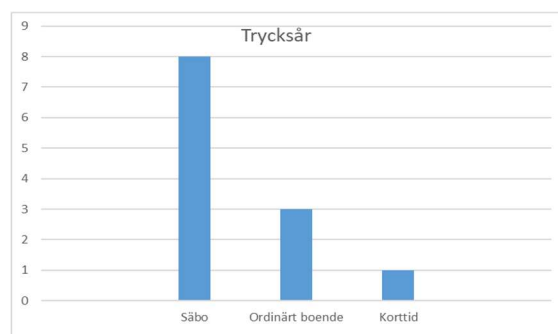
Det är i nuläget oklart vad som ligger bakom ökningen. Möjliga förklaringar kan vara förändringar i vårdtyngd, fler sköra äldre, personalomsättning eller en förbättrad rapporteringskultur. Det behövs därför en fördjupad analys innan några slutsatser kan dras.



Trycksår

Trycksår är en skada i huden eller underliggande vävnad. Skadan uppstår när tillförseln av syre och näring försämras på grund av ett långvarigt tryck, eller ett tryck i kombination med friktion och skjuvning som gör att huden förskjuts mot den underliggande vävnaden.

Ett trycksår klassas som en vårdskada om hälso- och sjukvården hade kunnat vidta förebyggande åtgärder, men inte gjort det, och patienten därigenom har drabbats av skada, lidande eller sjukdom. Exempel kan vara att ingen riskbedömning har genomförts eller att förebyggande insatser inte har satts in i tid.

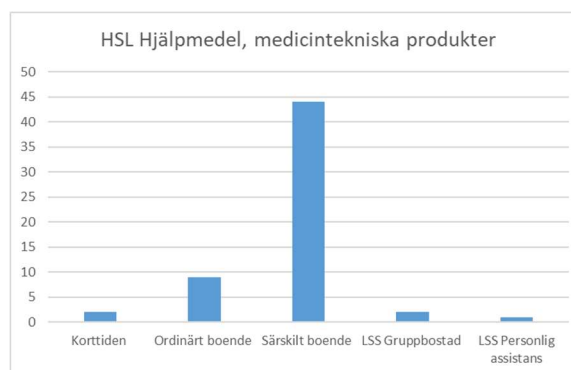


Tidigare har ingen sammanställd statistik för trycksår förts in i vårt journalsystem Viva, så det går inte att följa utvecklingen över tid eller jämföra med tidigare år. Framöver kommer vi kunna följa utvecklingen och därigenom få ett bättre underlag för analys, uppföljning och riktade förebyggande insatser.

Hjälpmedel, medicinska produkter

Jämfört med föregående år ligger avvikelserna gällande hjälpmedel och medicintekniska produkter kvar på en liknande nivå, med särskilt boende som klart största verksamhetsområdet för båda åren. Särskilt boende står för merparten av avvikelserna, medan ordinärt boende, LSS-verksamheterna och korttiden rapporterar betydligt färre händelser.

Att särskilt boende återkommande har flest avvikelser kan kopplas till att verksamheten hanterar flest hjälpmedel, har flest vårdtagare med omfattande behov och ofta arbetar i en mer komplex miljö. För att förstå eventuella förändringar över tid behövs dock en fortsatt analys av vilka typer av avvikelser som förekommer och om de beror på rutiner, handhavande, introduktion eller vårdtyngd.



Brist i eller utebliven insats eller vårdåtgärd

Dessa avvikelser innebär att en planerad insats eller vårdåtgärd av någon anledning inte har blivit utförd. Orsak kan vara arbetsanhopning, glömska eller kommunikation som inte har fungerat.

Larm av olika slag

Flest larmavvikelser sker inom särskilt boende. Det beror i de flesta fall på att rörelselarm inte har ställts på rätt plats eller inte varit påslaget. Då avvikelserna har utretts har denna orsak uppmärksamats och åtgärder har vidtagits under året. Flest avvikelser på rörelselarm skedde under semesterperioden, och endast ett fåtal under hösten. Det visar på att åtgärder som vidtagits har haft effekt men också vikten av att detta lyfts upp extra inför nästa semesterperiod och ges i introduktion av nya medarbetare.

Avvikelser inom IFO

Avvikelsehantering inom IFO har inte lika lång historia som inom kommunal primärvård till exempel. Möjligheten att rapportera avvikelser i Viva infördes inte förrän 2022/23. Rapporteringen av avvikelser har ökat, vilket är positivt då det visar att implementeringen börjar bli en del av det dagliga arbetet. Mörkertalet av avvikelser är gissningsvis fortfarande högt men kvalitetsarbetet med avvikelsehanteringen fortsätter 2026.

Nedan visas några typer av avvikelser inom IFO:s verksamheter som har rapporterats under året men någon ytterligare sammanställning av orsak och åtgärder redovisas inte då antalet är för få.

Klagomål och synpunkter

Den enskilde och närstående har möjlighet att lämna synpunkter och klagomål på verksamheten via E-tjänst på kommunens hemsida, via mejl, telefonsamtal eller på avsedd blankett. Under året har det inkommit 14 klagomål/synpunkter till förvaltningen.

- Inom IFO har det inkommit 11 klagomål varav två är anonyma. 5 klagomål gäller bemötande från personal och 6 klagomål gäller handläggning av ärenden. Utredning finns till alla klagomål förutom till de två som är anonyma.
- Inom Vård och omsorg har det inkommit 1 klagomål gällande bristande omsorg. Det är inte anonymt och utredning saknas.
- 2 klagomål gäller bilkörning och bristande beteende i trafiken. De är inte anonyma och utredningar saknas. Oklart vilken del av verksamheten de gäller.

Förvaltningen ser positivt på att det inkommer synpunkter och klagomål, vilket visar på en delaktighet för våra invånare. Verksamheterna ska informera om att den möjligheten finns. Enligt rutinen ska utredning i möjligaste mån ske av de klagomål och synpunkter som inkommer och finns kontaktuppgifter ska även en återkoppling ske. Här ser vi ett utvecklingsarbete inför 2026, både vad gäller utredning och eventuell återkoppling till den enskilde.



Lex Sarah

Lex Sarah reglerar anställdas med fleras skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden i ärenden enligt SoL och LSS. Syftet med Lex Sarah är att komma till rätta med brister i den egna verksamheten och förebygga att missförhållande eller risk för missförhållande uppstår igen.

9 rapporter om missförhållanden/risk för missförhållande enligt Lex Sarah har inkommit under 2025. Föregående år inkom det 3 rapporter. Det är positivt att fler rapporter kommer in vilket visar att verksamheterna arbetar mer aktivt med avvikelshantering och på så sätt uppmärksammar brister.

- 3 rapporter har anmälts som allvarliga missförhållande till IVO (Inspektionen för vård och omsorg) under 2025. IVO har till uppgift att granska om nämnden har fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet, vilket IVO har bedömt att nämnden har gjort i samtliga fall.
- 3 rapporter har bedömts som missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande.
- 3 rapporter har inte bedömts som missförhållande, utan har hanterats som avvikelser i verksamheten.

De rapporter som har anmälts till IVO har handlat om brister i uppföljning av en placerad ungdom, ett trygghetslarm som inte har besvarats och en rapport handlade om brist i omvårdnaden.

Lex Maria

Det har under året inte förekommit någon avvikelse som föranlett anmälan till IVO enligt Lex Maria.

Stella, avvikelssystem med Region Kalmar

IFO

Under 2025 har IFO mottagit 1 avvikelse från Mödrahälsovården i Högsby som handlade om gemensam samordnad individuell plan.

Biståndshandläggarna har under året rapporterat 9 avvikelser till länets sjukhus. Avvikelserna har främst rört planerat utskrivningsklar-datum (PUK), där sjukhusen inte har följt de angivna datumen. Enstaka avvikelser har också handlat om bemötande, samordnad individuell plan (SIP) samt brister i utskrivningsplaneringen.

Hälso- och sjukvård/äldreomsorg

Under 2025 har hälso- och sjukvården/omsorgen mottagit 9 avvikelser från Hälsocentralen i Högsby. Avvikelserna har främst rört brister i rutiner och kommunikation.

Vi har i vår tur rapporterat totalt 31 avvikelser till olika enheter vid länets tre sjukhus samt till Hälsocentralen i Högsby. Dessa avvikelser har framför allt avsett läkemedelsordinationer och andra delar av läkemedelsprocessen. Övriga avvikelser har rört rutiner.

MAS:ar i mellersta och södra länet har haft ett möte tillsammans med patientsäkerhetssamordnaren och chefsläkaren vid Länssjukhuset i Kalmar. Dialogen var konstruktiv och värdefull, där vi från kommunerna särskilt betonade vikten av att få återkoppling på våra avvikelser i Stella. Vi enades om att fortsätta träffas framöver för att stärka samarbetet, vilket är avgörande för vårt gemensamma arbete med patientsäkerhet.

Mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet 2026

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder och aktiviteter
-------------	-----	------------------------------------



Kompetensutveckling	Upprätthålla personalens kompetens	Revidera och uppdatera kompetensutvecklingsplanen
Läkemedel	Säkrare läkemedelshantering anpassad till aktuella lagar och författningar och minskade läkemedelsavvikelser	Implementera förbättringsförslagen som framkom i den externa kvalitetsgranskningen av läkemedelshantering, 2025. Ny läkemedelsgranskning av extern utförare planeras. Förbereda beredskapslager.
Delegering	Ökad följsamhet och säkrare delegeringsförfarande anpassad till aktuella lagar, författningar och digitala förutsättningar.	Utbildning för omvårdnadspersonal gällande hantering av läkemedel och delegering.
Rehabilitering	Rehabilitera för rimligt god livskvalitet. Äkta möten och livsnära samtal där omsorgstagare kan få kunskap och kraft.	Fortsätta med dagrehabilitering som ska erbjudas en gång i veckan. Utbildning för omvårdnadspersonal i rehabilitering och förflyttningsteknik.
Dokumentation	Tydlig, säker och korrekt dokumentation.	Systematisk Journalgranskning planeras två gånger per år, 2025.
Avvikelse	Öka följsamheten till att rapportera avvikelser. Inte bara fokusera på antalet rapporter, utan också på kvaliteten av de rapporterade avvikelserna och hur de hanteras.	Följa upp rapporterade avvikelser. Informera regelbundet om avvikelserna till legitimerad personal och åtgärder som vidtagits för att öka medvetenheten och transparensen inom organisationen.
Egenkontroller	Kvalitetssäkra och utveckla verksamheten och förbättra resultat	Fortsätta med egenkontroller och öka följsamheten i arbetet för egenkontroller och dess rutiner. <ul style="list-style-type: none">– Egenkontroll genomförandeplan– Egenkontroll journalgranskning– Egenkontroller i det generella läkemedelsförrådet.– Egenkontroll patientdelaktighet.– Egenkontroll nationella kvalitetsregister.



Palliativ vård	Trygg, delaktig och meningsfull vård i livets slutskede.	Utbildning och öka kunskap och kompetens för omvårdnadspersonal. Upprätthålla och utveckla arbetet inom det palliativa teamet utefter rutin. Tydliggöra uppdraget för palliativt ansvariga sjuksköterskor. Fortsätta samarbete med palliativa rådgivningsteamet.
Sårvård	Öka kunskapen om och minska andelen och risken för trycksår	Genomföra punktprevalensmätning (PPM) gällande trycksår via Senior alert och följa statistik i sårappen Onewound. Nätverksträffar med Onemed/Onewound 1 gång/månad. Samverka med Hälsocentralen.
Basala hygienrutiner och klädregler	Minska riskerna för smittspridning genom ökad kunskap och följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.	Hygienombud på varje enhet och att de får tydliga instruktion vad uppdraget innebär. Planering för struktur och justering i rutin kring utbildning för alla professioner inom hälso- och sjukvård och vård och omsorg. Omtag i självskattning av basala hygienrutiner och klädregler. Justera rutin.
Nutrition	Minska andelen patienter med undernäring eller risk för undernäring.	Arbeta mot kvalitetsregistret Senior alert. Göra tidiga riskbedömningar för att identifiera patienter som riskerar att bli undernärda. Erbjuda utbildning till legitimerad personal och omvårdnadspersonal. Samverka mellan professionerna.
Kvalitetsledningssystem	Implementera och utveckla kvalitetsledningssystemet.	Planera, genomföra, utvärdera och förbättra genom att: <ul style="list-style-type: none">- Identifiera krav och mål i lagstiftningen.- Riskanalyser.- Arbeta utifrån fastställda processer och rutiner.- Följa upp och utvärdera resultatet.- Egenkontroller.



		<ul style="list-style-type: none">- Utveckla och förbättra processer och rutiner.- Arbeta för att uppnå krav och mål.-
Samverkan	Fördjupa den interna samverkan mellan enhetscheferna, omvårdnadspersonal och kommunens hälso- och sjukvårdsenhet.	Ledning ska säkerställa att det finns rutiner: <ul style="list-style-type: none">- som klargör ansvaret för samarbetet kring och planeringen av vården av enskilda omsorgstagare till exempel när det gäller överföring av information.- för samverkan i vårdprocesserna inom och mellan yrkesgrupper, olika funktioner, enheter, nivåer, verksamheter och ansvarsområden.- hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten.- arbeta för att de planerade lokala teammöten blir av och att de får en kontinuitet.
Omvårdnadsarbete	Öka kunskap, kompetens och kvalitet i omvårdnadsarbetet. Målet är att främja hälsa och välbefinnande, förebygga ohälsa samt lindra lidande. Verka för ett fridfullt och värdigt avslut av livet, med beaktande av kulturell bakgrund, ålder, kön och sociala villkor. Mål att ha hög omvårdnadskompetens på samtliga ledningsnivåer	Utbildningsatsning för omvårdnadspersonal i omvårdnadsarbetet. Både interna och externa utbildningar. Hållbar utveckling för legitimerad personal och möjlighet att arbeta utifrån kompetens, erfarenhet och utbildningsnivå. Yrkesmässig handledning och möjlighet till reflektion. Ökad möjlighet att bedriva utvecklingsarbete i det patientnära arbetet. Hälsofrämjande omvårdnad, vikten av att kunna arbeta med förbyggande insatser.



Demens	God och säker demensvård med delaktighet efter personens egna förutsättningar.	Utbildning för både legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal.
Delaktighet	Göra omsorgstagare mer delaktiga och tillvarata deras synpunkter. Målet är att göra undersökning på att mäta patientens upplevelse av delaktighet genom enkätundersökning.	Arbeta mot omställningen god och nära vård som innebär att vården i högre grad organiseras och bedrivs med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar. Detta genom att slumpmässigt dela ut frågeformulär till patienter i hemsjukvård för att fånga upp vad hur de vill ha sin vård. Enkätundersökning för att mäta upplevelsen av delaktighet hos legitimerad personal.

Målet är att under 2026 arbeta fram en gemensam handlingsplan för kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet för hela socialförvaltningen.