

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för  
sektorn för socialtjänst i Härryda kommun  
2022

7

2023SOCN40

Socialnämnden

Datum  
2023-02-06

Diarienummer  
2023SOCN40 709

## **Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för sektorn för socialtjänst i Härryda kommun 2022**

### **Förslag till beslut**

Socialnämnden godkänner kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för sektorn för socialtjänst i Härryda kommun 2022.

### **Sammanfattning av ärendet**

I Härryda kommun är socialnämnden ansvarig vårdgivare. Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Enligt Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) framgår att arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten lyder båda under samma kvalitetsledningssystem och systematiskt förbättringsarbete sker på ett sådant sätt att det är lämpligt att redovisning sker i en gemensam kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.

I kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen beskrivs:

- Hur kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet bedrivits under föregående kalenderår
- Vilka åtgärder som vidtagits för att öka kvalitet och patientsäkerhet
- Vilka resultat som uppnåtts

Under 2022 har coronapandemin fortsatt varit närvarande men fluktuerat i intensitet. Förebyggande smittskydd, vaccinationer och skyddsutrustning har blivit en del av vården och omsorgen. Lärdomar från pandemin används i det dagliga arbetet.

En återkommande utmaning är kompetensförsörjningen, att säkerställa tillgång till personal med adekvat kompetens tillses genom rekrytering, samplanering, fortbildning och validering. Sektorn för socialtjänst i Härryda kommun verkar för rättssäkerhet i myndighetsutövning och utförande av

insatser samt en god nära vård i samverkan internt och med externa aktörer. Arbetet med att följa upp externa utförare har utvecklats för att stärka kommunens insyn och kontroll.

### **Beslutsunderlag**

- Tjänsteskrivelse 6 februari
- Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för sektorn för socialtjänst i Härryda kommun 2022

Malin Johansson  
Sektorchef

Elin Hjalmarsson  
Utvecklingschef

# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för sektorn för socialtjänst i Härryda kommun 2022

Socialnämnden 2023-03-08  
Sektorn för socialtjänst  
Sektorchef Malin Johansson

Författare:  
Socialt ansvarig samordnare Ulrika Oschmann Pratz  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska Linda Strandberg  
Medicinskt ansvarig för rehabilitering Niclas Sjöström

# Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>4</b>
<b>Inledning.....</b>	<b>6</b>
Gemensam kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse .....	6
<b>Struktur och process .....</b>	<b>7</b>
Kvalitets och patientsäkerhetsberättelsens struktur .....	7
Organisation och ansvar i patientsäkerhets- och kvalitetsarbete.....	8
Organisationens arbete med informationssäkerhet.....	9
Övergripande mål och strategier .....	10
Samverkan för att förebygga vårdskador och kvalitetsbrister.....	11
Patienters, brukares och närståendes delaktighet .....	13
Kvalitetsledningssystem – systematiskt förbättringsarbete .....	13
Riskanalys .....	14
Egenkontroll .....	15
Organisationens arbete med klagomål och synpunkter .....	15
Rapporteringskyldighet .....	16
Utredning av händelser och avvikelser .....	16
<b>Resultat och analys – Patientsäkerhet .....</b>	<b>18</b>
Granskning från tillsynsmyndighet.....	18
Åtgärder för att nå uppsatta mål och öka patientsäkerheten .....	19
Resultat och analys .....	20
Resultat för egenkontroller för patientsäkerhetsarbete inklusive analys.....	20
Sammanställning av avvikelser inklusive analys.....	22
Sammanställning av klagomål och synpunkter inklusive analys .....	26
Sammanställning av händelser och vårdskador inklusive analys .....	26
Resultat av genomförda riskanalyser .....	27
<b>Resultat och analys – Kvalitet.....</b>	<b>28</b>
Åtgärder för att nå uppsatta mål och öka kvaliteten.....	28
Utveckling av ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet .....	29
Klagomål och synpunkter .....	29
Rapporterade avvikelser och missförhållanden .....	31
Genomförda riskanalyser .....	33

Arbetet med egenkontroller under året .....	34
Granskning från tillsynsmyndighet.....	34
Internkontroll .....	35
Brukarundersökningar 2022.....	35
Kommunens kvalitet i korthet KKiK.....	40
Öppna jämförelser .....	41
<b>Mål för kvalitet och patientsäkerhet 2023 .....</b>	<b>42</b>

# Sammanfattning

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Enligt Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 framgår att *arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras* i en kvalitetsberättelse. Den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten lyder båda under samma krav på kvalitetsledningssystem och systematiskt förbättringsarbete sker på ett sådant sätt att det därmed är lämpligt att redovisning sker i en gemensam kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.

Under 2022 har coronapandemin fortsatt varit närvarande men fluktuerat i intensitet. Förebyggande smittskydd, vaccinationer och skyddsutrustning har blivit en del av vården och omsorgen. Lärdomar från pandemin används i det dagliga arbetet.

En återkommande utmaning är kompetensförsörjningen, att säkerställa tillgång till personal med adekvat kompetens tillses genom rekrytering, samplanering, fortbildning och validering. Sektorn för socialtjänst i Härryda kommun verkar för rättssäkerhet i myndighetsutövning och utförande av insatser samt en god nära vård i samverkan internt och med externa aktörer. Arbetet med att följa upp externa utförare har utvecklats för att stärka kommunens insyn och kontroll.

## Patientsäkerhet

Under 2022 har covid-19-pandemin fortsatt påverkat den kommunala hälso- och sjukvården, men graden har fluktuerat under året. Under 2022 har fortsatt en del fokus lagts på smittskyddsarbete, till följd av coronapandemin. Rutiner kring vårdhygien och skyddsutrustning har varit aktuell och kommer säkert att vara det även i framtiden. Vaccinationer har genomförts i samverkan med andra vårdgivare.

Arbetet mot en god och nära vård pågår. Samverkan mellan vårdgivare och professioner sker på många sätt, genom olika team och samverkan över vårdgivargränser. Samverkan har upprättats med det regionala palliativa resursteamet för att säkerställa god vård i livets slut. Arbete med att uppdatera handlingsplan för fallprevention har påbörjats.

## Kvalitet

Socialtjänstens verksamheter har haft olika utmaningar under året och verksamheterna har fokuserat på att säkerställa sina respektive grunduppdrag som innebär stöd och insatser till barn och unga, äldre samt människor mitt i livet. Förbättringsarbete och utveckling har skett inom flera områden för att säkerställa en god kvalitet genom både ökad rättssäkerhet, delaktighet, tillgänglighet och samordning på ett effektivt, tryggt och förutsägbart sätt. Inför 2022 organiserades verksamhetsområdet barn och familj i nya enheter för att förbättra tillgängligheten och på sikt förstärka det förebyggande arbetet. Inom vård och omsorg har en karriärvägsmodell införts och en ny funktion, omsorgshandledare, har anställts. Verksamheten funktionsstöd har utbildat samtliga stödpedagoger i AKK, alternativ kompletterande kommunikation. Hälsa och bistånd har gjort en genomlysning av vuxenheten i syfte att öka kvalitet och samordning. Härryda framtid har planerat för en lågtröskelverksamhet för dem som står längst från arbetsmarknaden och vuxenutbildningen har startat en ny YH-utbildning, specialistutbildning för undersköterska med inriktning mot äldre.

### **Förkortningar som används i texten**

LSS	Lag (1993:387) om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade
SoL	Socialtjänstlag (2001:453)
SFB	Socialförsäkringsbalk (2010:110)
LOU	Lag (2016:1145) om offentlig upphandling
LOV	Lag (2008:962) om valfrihetssystem
PSL	Lag (2010:659) patientsäkerhetslag
HSL	Lag (2017:30) Hälso- och sjukvårdslag
KL	Lag (2017:725) Kommunallag
OSL	Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)
GDPR	General Data Protection Regulation, EU's dataskyddsförordning
SOSFS 2011:9	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt Kvalitetsarbete
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
MAR	Medicinskt ansvarig för rehabilitering
SAS	Socialt ansvarig samordnare
SKR	Sveriges kommuner och regioner
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
SKR	Sveriges kommuner och regioner
SIP	Samordnad individuell plan
ÖJ	Öppna jämförelser
KKiK	Kommunernas kvalitet i korthet
NOSAM	Närområdessamverkan
PDSA	Plan, do, study, act



# Inledning

## Gemensam kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

För 2022 har arbetet med den gemensamma kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen vidareutvecklats. Enligt SOSFS 2011:9 framgår att *arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras* i en kvalitetsberättelse. Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. En sammanhållen kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse som omfattar både kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet som bedrivs inom sektorns socialtjänst-, LSS- och hälso- och sjukvårdsverksamhet har därmed upprättats. Socialtjänst i denna berättelse omfattar även insatser enligt LSS, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

### Vad är patientsäkerhet?

Patientsäkerhetslagen, definierar patientsäkerhet som ”skydd mot vårdskada”. Vårdskada är lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. En allvarlig vårdskada innebär en vårdskada som inte är ringa eller som lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

### Vad är kvalitet i verksamheten?

Enligt sektorns för socialtjänst riktlinje för kvalitetsledningssystem som antogs av välfärdsnämnden den 4 mars 2020 § 59 är definitionen av god kvalitet den samma som i SOSFS 2011:9; *att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten, enligt lagar och andra föreskrifter och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.*

# Struktur och process

## Kvalitets och patientsäkerhetsberättelsens struktur

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet utgår från samma struktur för ledning och styrning samt krav på att bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete som det gemensamma kvalitetsledningssystemet. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen följer därför samma struktur som det systematiska förbättringsarbetet. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen omfattar kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänst, verksamhet enligt LSS och vuxenutbildning som bedrivs i sektorn.

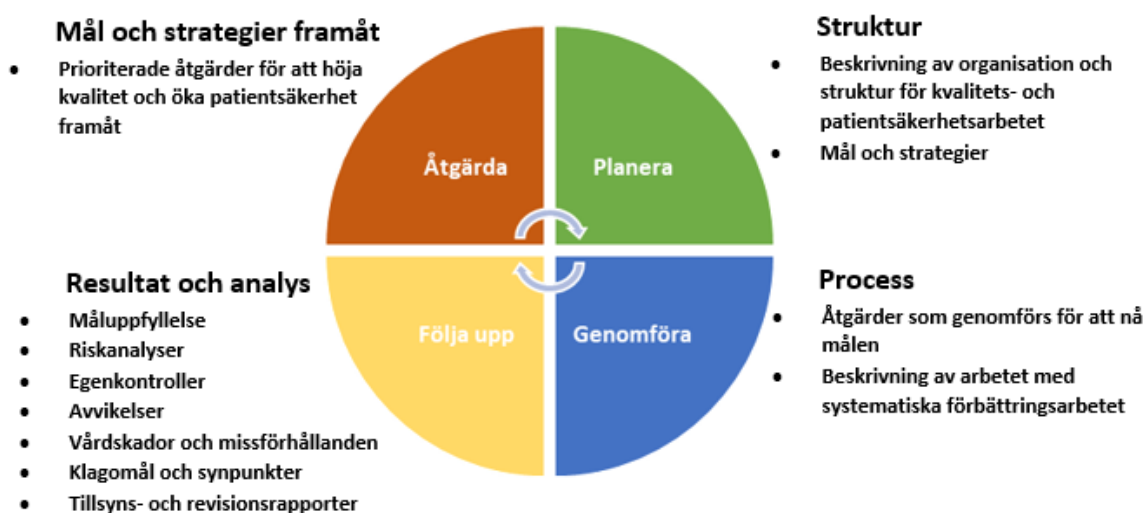


Bild 1. Beskrivning av kvalitet och patientsäkerhetsberättelsens struktur

# Organisation och ansvar i patientsäkerhets- och kvalitetsarbete

Ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet följer ansvarsfördelningen i linjeorganisationen.

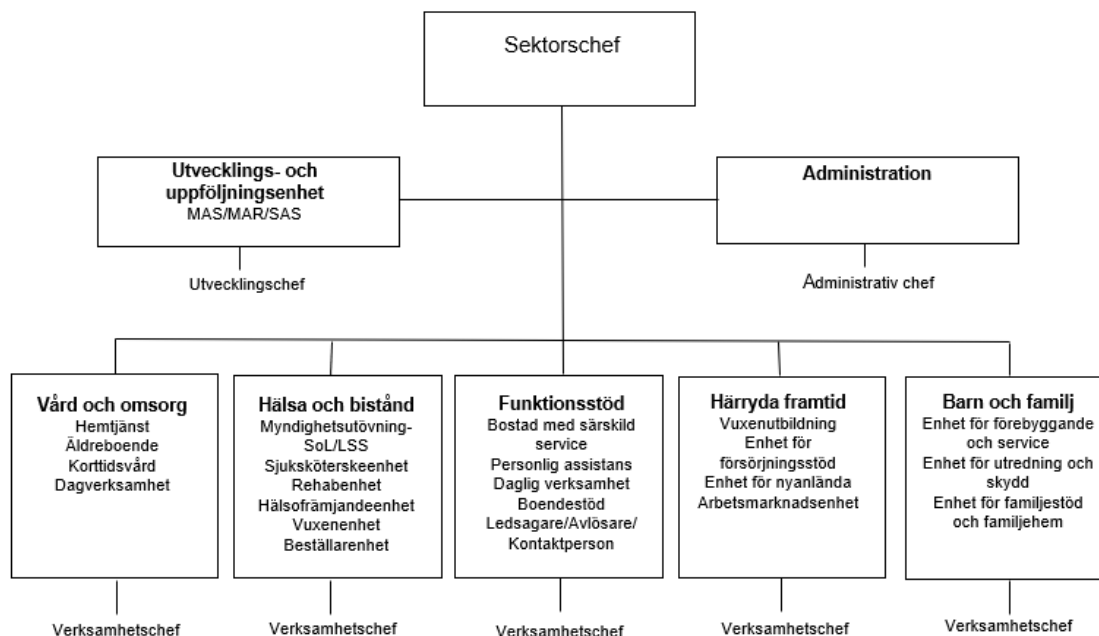


Bild 2. Organisationsträd sektorn för socialtjänst

## ***Vårdgivaren - nämnden***

Nämnden är vårdgivare och har ett övergripande ansvar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. Vårdgivaren har ansvar för att den hälso- och sjukvård, som kommunen erbjuder uppfyller kraven på en god och säker vård samt ytterst för verksamhetens kvalitets- och patientsäkerhet. Kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå, för den kompetens som tillhandahålls av leg. sjuksköterska, leg fysioterapeut och leg. arbetsterapeut.

## ***Sektorchef***

Sektorchef har övergripande ansvar för socialtjänstens verksamhet, för att ett systematiskt och ändamålsenligt kvalitetsarbete bedrivs samt att det tydligt framgår hur roller och ansvar fördelas i ledningssystemet.

## ***Utvecklingschef***

Utvecklingschef ansvarar för att samordna och organisera kvalitetsarbetet utifrån ledningssystemet.

## ***Verksamhetschef enligt HSL, socialtjänst och LSS***

Delegerat vårdgivaransvar och ledningen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst ska enligt lag vara organiserad så att det säkerställs hög patientsäkerhet och god kvalitet. Verksamhetschef ska tillsammans med MAS, MAR och SAS upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet i enlighet med PSL och övriga lagkrav inom socialtjänst, LSS och hälso- och sjukvård. Verksamhetschef har delegation från nämnden att anmäla ärenden enligt lex Sarah till IVO.

### ***Enhetschef***

Enhetschef ansvarar inom sitt verksamhetsområde för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdgivaransvaret och verksamhetens kvalitet. De ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt dokumentera det systematiska förbättringsarbetet.

### ***Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)***

MAS och MAR arbetar strategiskt med hälso- och sjukvårdsfrågor. Ansvaret är lagstyrt för att patienterna ska få en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. I uppdraget ingår, att i samarbete med verksamhetschef, kvalitetssäkra hälso- och sjukvårdens processer, rutiner samt uppföljning och utvärdering av patientsäkerhet och vårdkvalitet. MAS har delegation från nämnden att anmäla ärenden enligt lex Maria till IVO.

### ***Socialt ansvarig samordnare (SAS)***

SAS arbetar strategiskt med frågor som berör socialtjänst och LSS. I SAS uppdrag ingår att i samverkan med verksamheten, säkra socialtjänstens processer, det systematiska kvalitetsarbetet, riktlinjer, rutiner samt uppföljning och utvärdering av verksamhetens kvalitet. SAS ska utforma, revidera eller initiera riktlinjer och rutiner samt bedriva omvärlds- och lagkravsbevakning. SAS ska utreda lex Sarah rapporter samt redovisa resultat av utredningar och åtgärder till verksamhetschef.

### ***Legitimerad personal***

Kommunens legitimerade personal ansvarar för att bedöma, behandla, utföra vård- och rehabiliteringsinsatser och genomföra av läkare givna ordinationer. De ska tillsammans med enhetschef leda hälso- och sjukvårdsinsatser som är aktuella på enheterna inom funktionsstöd och vård och omsorg, detta innebär bl.a. att delegera, ordinera samt instruera vård och rehabiliteringsinsatser. Den legitimerade personalen samverkar med övriga interna yrkesutövare och externa vårdgivare för att ge kommunens patienter säker vård.

### ***Övrig personal***

Alla medarbetare har ett yrkesansvar som bland annat innebär att följa styrdokument och rapportera avvikelser. Alla medarbetare ska vara delaktiga i kvalitetsarbetet.

### ***Administrativ chef***

Administrativ chef är ansvarig för informationssäkerhet inom sektorn för socialtjänst och har ansvar för att kontroll av att slumpvis och riktad loggkontroll genomförs.

## **Organisationens arbete med informationssäkerhet**

Sektorn för socialtjänst omfattas av Hälaryda kommuns övergripande system för IT-säkerhet och deltar i kommungemensamma riskanalyser, utbildningssatsningar och IT-säkerhetsgrupper. Treserva prioriteras som ett av de viktigaste systemen att åtgärda vid eventuella driftsstopp. Det finns systemsäkerhetsplaner som uppdaterades under 2020. Sektorn har i enlighet med kommunens beslutade informationssäkerhetspolicy genomfört en informationsklassificering av Treserva enligt metoden KLASSA som SKR tagit fram. Sektorn arbetar nu med riskbedömningar och handlingsplaner efter det resultat som framkommit.

Treserva är primärt det system där personuppgifter och sekretessbelagd information för socialtjänstens verksamhet hanteras. Åtkomst till information i Treserva baseras på tillhörighet i organisationen samt yrkesroll. För att garantera säker inloggning i datorer inom kommunens nätverk sker autentisering av

inloggningsuppgifter mot kommunens AD-register. Medarbetarna använder även en dosa för så kallad tvåfaktorsinloggning, till exempel vid digital signering på mobil enhet.

Uppföljning och utvärdering sker genom loggkontroll som utförs på slumpvis utvalda medarbetare en gång per månad för varje enhet. Heltäckande granskningar har inte kunnat genomföras under 2022 på grund av tekniska svårigheter. Riktad loggkontroll genomförs till följd av misstanke om felaktig personuppgiftsbehandling.

Det finns säkerhetsrutiner för driftstopp, både oplanerade och planerade.

Arbete med att införa Program Millennium för informationsöverföring mellan vårdgivare pågår.

Den granskning som genomförts av dokumentation i samband med klagomåls- och avvikelsetredning visar på övervägande hög kvalitet.

## Övergripande mål och strategier

Arbetet med och i sektorn för socialtjänsts kvalitetsledningssystem har utvecklats för att öka systematiken och transparensen. Förbättringsarbetet gällande risker, egenkontroller, avvikelser, klagomål och synpunkter, åtgärder och uppföljning ska fortlöpande utvecklas tillsammans med processkartläggning. Systemstödet i Stratsys har förberetts för att kompletteras med uppföljning av avvikelser. Intentionen med sammanställningen är att analysera avvikelserna på en aggregerad nivå för att kunna se mönster och trender samt bedöma effekter av de åtgärder som vidtagits.

Socialstyrelsen och SKR har tagit fram sex områden för god kvalitet inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Områdena utgår från intentionerna i de lagar och föreskrifter som styr socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Uppföljningen av kvalitet och patientsäkerhet som genomförts 2022 har sin utgångspunkt i kvalitetsområdena, i de mål, prioriteringar och fokusområden som finns i sektorn för socialtjänst samt i det systematiska förbättringsarbetet som genomförts under året.

- **Socialtjänstens verksamhet ska bygga på individens självbestämmande och integritet**

Det innebär att den enskilde är delaktig, har inflytande och ges möjlighet till egna val. Brukarmedverkan är ett av sektorns fokusområden under 2022. Omställningen till en god och nära vård bygger på personcentrering och därmed att patienten ska göras delaktig för att kunna delta i sin vård och behandling som en självklar samverkanspartner.

- **Socialtjänstens verksamhet ska bygga på helhetssyn och samordning**

Helhetssyn utgår från den enskildes samlade livssituation. När den enskilde har behov av insatser från olika verksamheter, utförare och professioner är dessa samordnade. Det finns en tydlig ansvarsfördelning. Insatserna präglas av kontinuitet.

Arbetet med stärkt SIP-implementering har påbörjats. SIP-utbildare har utsetts och utbildats inom ramen för vårdsamverkan i Göteborgsregionen. SIP-utbildarna har påbörjat att utbilda, främst inom sina respektive verksamheter. Möjligheterna till samordnade utbildningar och insatser för att stärka SIP-arbetet, både inom kommunen och inom NOSAM Härryda ska fortsatt ses över.

- **Socialtjänstens verksamhet ska vara trygg och säker**

Insatserna utförs enligt gällande regelverk. Insatserna och myndighetsutövning är transparent, vilket innebär förutsägbarhet och möjlighet till insyn. Risk för brister i myndighetsutövning, utförandet av insatser,

kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom förebyggande arbete. Även risken för vårdskador ska förhindras och förebyggas. Fortsatt arbete med avvikelse-, risk-, synpunkts- och klagomålshantering har skett.

- **Socialtjänstens verksamhet ska vara kunskapsbaserad**

Kunskapsbaserad innebär att insatser utformas och utförs i enlighet med vetenskap, beprövad erfarenhet samt bästa tillgängliga kunskap. Den enskildes erfarenheter tas till vara. En kunskapsbaserad socialtjänst är enligt sektorsplanen ett av sektorns fokusområden under 2022. Medicinskt ledningsansvarig medverkar i ledningen i samverkan med enhetschefer för att säkra kunskap och kompetens i den kommunala hälso- och sjukvården.

- **Socialtjänstens verksamhet ska vara tillgänglig och jämlik**

Tillgänglig innebär att det är lätt att få kontakt med socialtjänsten och att få sina behov tillgodosedda inom rimlig tid. Information och kommunikation är begriplig och anpassad efter olika gruppers och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog. Verksamheterna är fysiskt tillgängliga.

- **Verksamheten ska vara effektiv**

Effektivitet innebär att resurserna nyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål för verksamheten. Detta kan innebära externa utförare enligt LOV och LOU. Under 2022 har förändringar och förbättringar avseende uppföljning av de externa utförarna skett, för att säkerställa systematik i uppföljning och i slutändan kvaliteten för invånarna.

## Samverkan för att förebygga vårdskador och kvalitetsbrister

### Extern samverkan

I patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet samverkar kommunen i den delregionala vårdssamverkansgruppen, se ”Bild 3”. Samverkan sker lokalt genom Närområdessamverkan (NOSAM) där representanter från kommun, regional primärvård, privat primärvård, poliklinisk psykiatri, barnmottagning, tandvård och skola deltar. Under NOSAM finns arbetsgrupper mellan regionens primärvård och kommunen under teman Barn och unga, Mitt i livet, Psykiatri och Äldre.

För att främja implementeringen av arbetet med SIP, samordnad individuell plan, har en NOSAM-Härryda-SIP-samordnare utsetts för att hålla samman arbetet och kartlägga behov av utbildning inom ramen för vårdssamverkan. När en individs behov av insatser från flera vårdgivare/huvudmän uppmärksammas, ska SIP initieras.

Andra samverkansparter är Patientnämnden, regional hjälpmedelssamverkan, Centrum för läkemedelsnära produkter, Apoteket AB, lokala apotek, Försäkringskassa, Folkhälsomyndigheten i Västra Götaland, Folkvandvården, Vårdhygien och Smittskydd Västra Götaland, brukar-/patientorganisationer med flera.

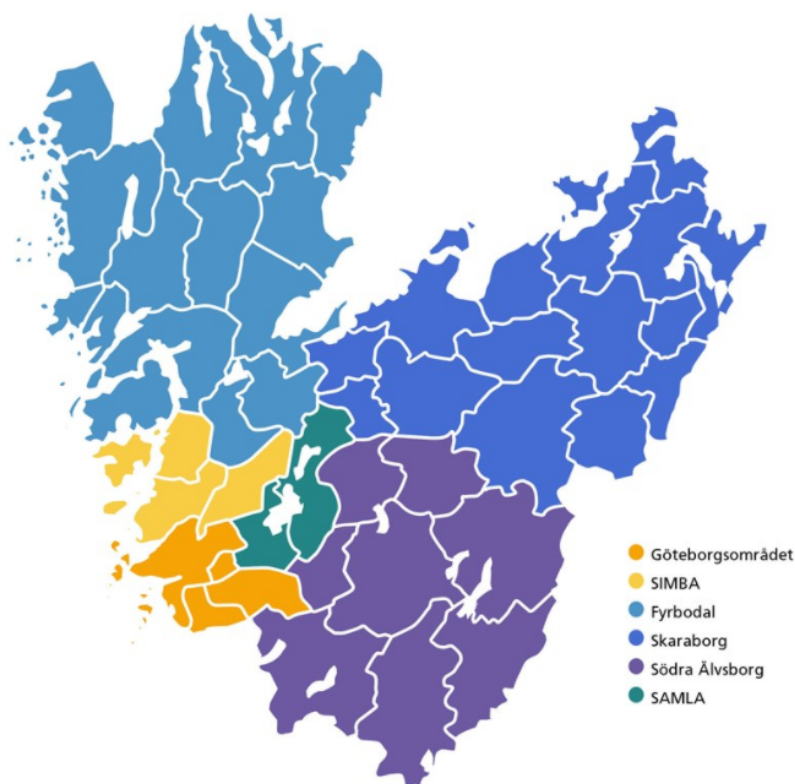


Bild 3. Vårdsamverkan, källa: [www.vardsamverkan.se/Goteborgsomradet](http://www.vardsamverkan.se/Goteborgsomradet)

Kommunal avtalsamverkan regleras i kommunallagen (KL) och innebär sedan 2018 en möjlighet för kommuner och regioner att ingå samverkansavtal. Målsättningen med kommunsamverkan är bland annat att skapa bättre förutsättningar för att upprätthålla rätt kompetens, verksamhetsutveckling samt dimensionera aktuella verksamheter utifrån specifika krav och behov. I september 2022 startade Mini-Maria i Mölndals stad och drivs i samverkan, mottagningen är en huvudmottagning för nio kommuner, Ale, Alingsås, Härryda, Lerum, Lilla Edet, Kungälv, Mölndal, Partille och Stenungssund. Andra exempel på kommunsamverkan är gemensam familjerätt, överförmyndarnämnd, socialjour, handläggning av serveringstillstånd och dödsbohandläggning. Härryda kommun ingår även i Samordningsförbundet Insjöriket tillsammans med Västra Götalandsregionen, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Mölndals stad samt kommunerna Partille, Lerum och Alingsås. Härryda kommun har också avtal om med Västra Götalandsregionen avseende Ungdomsmottagningen. Kontinuerligt arbete pågår för att utveckla fler områden för kommunsamverkan. Chefer och medarbetare träffas också i olika kommunövergripande nätverk och branschråd.

### Intern samverkan

Samverkan kring individer sker bland annat genom teamsamverkan, där olika professioner bidrar med sin kompetens. SIP genomförs även när insatserna behöver samordnas inom sektorn för socialtjänst och med andra sektorer i förvaltningen.

Samverkan sker mellan olika verksamheter inom sektorn för socialtjänst samt mellan förvaltningens sektorer. Exempel på samverkan är VIS-gruppen där verksamhetschefer från sektorn för socialtjänst och sektorn för utbildning, kultur och fritid samverkar kring barn och unga. I SSPF samverkar socialtjänst med skola, polis och fritid och arbetet kännetecknas av både förebyggande och riktade insatser till barn och ungdomar.

Vid kravställning och uppföljning av externa utförare samverkar MAS/MAR/SAS med beställarenheten och upphandlingsenheten för att säkerställa att både uppföljningar och nya avtal enligt LOU och LOV uppfyller den kvalitet och patientsäkerhet som lagar och regler kräver.

## Patienters, brukares och närståendes delaktighet

Organiserade samverkansforum med representanter från intressegrupper finns i form av råd; ungdomsrådet, pensionärsrådet och rådet för tillgänglighet och delaktighet.

Samverkan med patient/brukare och närstående inom sektorn för socialtjänst och kommunal primärvård ska ske genom hela hälso- och sjukvårds och socialtjänstprocessen. Samverkan sker organiserat i samband med inskrivning genom vårdplanering, SIP samt vid genomförandeplanering av beviljade insatser.

All personal ska vid varje insats från hälso- och sjukvård och socialtjänst aktivt uppmuntra patient/brukare och närstående att vara aktiva och delaktiga i planering, utförande och förbättringsarbete gällande vård och stödinsatser. Brukare/patienter uppmuntras att delta i brukarundersökningar där resultatet sedan används för verksamhetsutveckling. Det finns en rutin för klagomåls- och synpunktshantering i sektorn för socialtjänst enligt den ska brukare/patient samt närstående uppmuntras att lämna klagomål och synpunkter vid behov.

## Kvalitetsledningssystem – systematiskt förbättringsarbete

Enligt SOSFS 2011:9 ska det finnas ett ledningssystem för hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt LSS för att systematiskt och fortlöpande kunna utveckla och säkra kvaliteten i verksamheterna.

Ledningssystemet är ett system där grundreglerna för ledning av verksamheten anges genom de processer och rutiner som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska utgöra ett stöd för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

I förbättringsarbetet ingår att förutse eventuella händelser som kan påverka verksamhetens kvalitet negativt – *riskanalys*, undersöka resultat och kontrollera kvaliteten – *egenkontroll*, avvikelser bestående av inkomna klagomål, synpunkter och negativa händelser ska utredas – *avvikelsehantering*. Vid kännedom om att verksamheten inte nått upp till krav och mål i föreskrifter och beslut ska avvikelser åtgärdas och processer och rutiner ska ses över för att säkerställa att liknande händelser inte inträffar igen.

Som stöd och struktur för ledningssystemet används it-systemet Stratsys. I Stratsys utgår kvalitetsarbetet från organisation och huvudprocesser, (del)processer, och aktiviteter. Huvudprocesserna är socialtjänstprocessen, hälso- och sjukvårdsprocessen, hälsofrämjande vård, stödprocesser och ledningsprocesser. Under 2022 har ett arbete genomförts för att uppdatera och tydliggöra huvudprocesserna socialtjänstprocessen och hälso- och sjukvårdsprocessen.

Enhetschefer planerar, leder och följer upp sitt kvalitetsarbete i enhetsplaner och enhetsberättelser i Stratsys för att säkerställa verksamhetens grunduppdrag. I enhetsplanerna konkretiseras kammungemensamma områden, politiska inriktningar och mål från verksamhetsplanen och budget samt sektorns prioriteringar, mål och fokusområden från sektorsplanen.

Externa utförare ska enligt avtal ha sitt egna kvalitetsledningssystem förutom när de använder den kommunala hälso- och sjukvården. Externa utförare ska då arbeta enligt de processer och rutiner som ingår i kommunens ledningssystem för kommunal hälso- och sjukvård.



## Risicanalys

Arbetet med riskanalyser är förebyggande och framåtblickande. Den som bedriver socialtjänst, LSS och hälso- och sjukvård ska fortlöpande bedöma om det finns risk för händelser som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Vid en riskanalys uppskattas sannolikheten för att en händelse ska inträffa och en bedömning av eventuella konsekvensers allvarlighetsgrad görs. Riskanalys ska utföras vid upptäckter av risker/avvikelser eller när chef eller medarbetare upplever att det finns en risk för brister i någon aktivitet i en process. Exempel på aktiviteter är organisationsförändringar, förändringar i lagstiftning, införande av ny teknik, ny medicinteknisk utrustning eller förändringar i arbetsmetoder. Riskanalyser på individnivå görs i verksamhetssystemet Treserva och vid risker i processer eller risker på en aggregerad nivå, i Stratsys.

I Stratsys registreras riskerna med utgångspunkt från ledningssystemets processer och aktiviteter. Risker kan identifieras och planeras på sektors-, verksamhets- eller enhetsnivå. Risker som registreras på sektors- eller verksamhetsnivå fördelas till enhetsnivå för att bedömas där. Riskvärdet beräknas genom att multiplicera värdet för bedömd allvarlighetsgrad med värdet för bedömd sannolikhet.

Kritisk risk riskvärde 8-16

Medium risk riskvärde 3-7

Låg risk riskvärde < 3

	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad
4	Mycket stor, kan inträffa dagligen eller vid ett av tre tillfällen.	Hög, risk för dödsfall/självmod, fysiska/sexuella övergrepp.
3	Stor, kan inträffa varje vecka eller vid ett av tio tillfällen.	Betydande allvarlig skada, påtaglig risk för skada av hälsa & utveckling.
2	Liten, kan inträffa varje månad.	Måttlig risk för skada hälsa & utveckling.
1	Mycket liten, kan inträffa en gång per år.	Mindre obehag.

Bild 4. Nivåer för riskvärden och matris för bedömning av risker

I (del)processen *Genomförande socialtjänst* har även de risker som gäller HSL-uppgifter som utförs i verksamhet som ingår i socialtjänstprocessen registrerats, exempelvis risker som avser delegerade uppgifter/instruktioner, hygienefterlevnad och uppsökande tandvård.

Riskbedömningar har genomförts i förhållande till förändringar i verksamheterna samt mellan och inom enheter.

Utöver risker kopplade till coronapandemin ses kompetensförsörjningen som riskfylld eftersom det finns svårigheter att rekrytera och behålla personal med kompetens. Här pågår ett kontinuerligt arbete med att bedöma och analysera risker, både på enhets-, verksamhets- och sektorsnivå. Plan för strategisk kompetensförsörjning sammanställs årligen på sektorsnivå.

Härryda kommun har en fixartjänst som utför besök i hemmet för att förebygga fallolyckor. Fixartjänsten erbjuds till alla över 70 år. Fixaren använder en checklista vid besöken för att tillsammans med den enskilde på ett strukturerat sätt se över risker i bostaden, en så kallad säkerhetsrund.

Risikanalys genomförs enligt processen i ”Bild 6”.

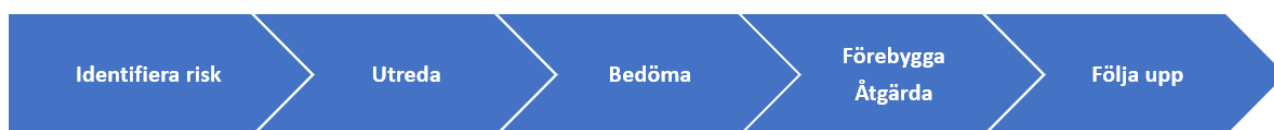


Bild 5. Process för riskhantering

## Egenkontroll

Med egenkontroll menas systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamhetens resultat och kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Varje enhet ansvarar för att genomföra egenkontroller för att säkerställa att kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet sker enligt plan. Vilka egenkontroller och med vilken frekvens de genomförs varierar beroende på verksamhet. Några egenkontroller är gemensamma för alla verksamheter.

I Stratsys planeras egenkontrollerna med utgångspunkt från ledningssystemets processer. Behovet av egenkontrollen kan identifieras och planeras på sektors-, verksamhets- eller enhetsnivå. De egenkontroller som planeras på sektors- eller verksamhetsnivå fördelas till enhetsnivå för att utföras där. Beroende på egenkontroll anges gränsvärden för utfall i *uppfylld*, *delvis uppfylld* eller *ej uppfylld*.

Under 2022 har ett arbete med att ta fram en central egenkontrollplan för sektorn genomförts. Arbetet har skett i form av workshops med respektive verksamhet där definition och arbetssätt har tydliggjorts. MAS/MAR/SAS har föreslagit egenkontroller som indikerar risker inom sitt respektive område. Egenkontrollerna kommer att genomföras med start från 2023.

Egenkontrollerna genomförs enligt processen i ”Bild 6”.



Bild 6. Process för egenkontroll

## Organisationens arbete med klagomål och synpunkter

All personal som arbetar inom sektorn för socialtjänst är skyldiga att ta emot klagomål och synpunkter och att bidra till verksamhetens ständiga förbättring. Negativa klagomål/synpunkter ska handläggas och dokumenteras. Det finns inget dokumentationskrav när det gäller positiva synpunkter men de bör tas tillvara i som goda exempel i verksamheten.

Klagomål eller synpunkter kan inkomma till sektorn på flera sätt, exempelvis via den så kallade Synpunkten på kommunens hemsida, Patientnämnden, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), e-post eller brev, muntligt i kontakt med personal eller enkät i samband med palliativ vård. När enskilda lämnat klagomål och synpunkter som avser socialtjänsten till IVO, vidarebefordras dessa till kommunen och förväntas hanteras inom ramen för sektorns kvalitetsledningssystem. Om klagomål och synpunkter som gäller en extern utförare verksamhet lämnas till kommunen ska de överlämnas till den externa utföraren. Undantag är klagomål och synpunkter som gäller hälso- och sjukvård och verksamheten i fråga har det.

Arbetet med att säkerställa klagomåls- och synpunktshanteringen sker kontinuerligt. Information om hur man lämnar klagomål och synpunkter internt samt till Patientnämnden finns på kommunens hemsida, intranätet IDA och på enheterna.

Oberoende av hur klagomål eller synpunkt inkommer ska ärendehanteringens ske enligt processen beskriven i ”Bild 7”. Klagomål- eller synpunktslämnaren ska alltid få återkoppling efter avslutad utredning. Klagomål och synpunkter ska, på samma sätt som andra avvikelser, analyseras i verksamheterna och tas upp för diskussion i personalgrupper, som ett underlag för verksamhetsförbättring.



Bild 7. Klagomål- och synpunktsprocess

## Rapporteringskyldighet

All personal har skyldighet att rapportera risker och avvikelser som har eller kunde ha påverkat verksamhetens kvalitet i form av vårdskador och missförhållanden.

Avvikelsehanteringen är en viktig källa för att identifiera behov av förbättringar och ska hanteras systematiskt av ansvarig enhetschef. Alla avvikelser ska utredas, analyseras och återkopplas inom berörda enheter samt vara ett av underlagen för förbättringsarbetet. I ”bild 8” framgår processen för avvikelsehanteringen samt ansvarsfördelning för de olika delarna.



Bild 8. Avvikelseprocess

Samverkanavvikelser mellan vårdgivare rapporteras i Västra Götalandsregionens avvikelssystem MedControl Pro. Gemensamma rutiner för samverkansavvikelser finns genom vårdsamverkan.

## Utredning av händelser och avvikelser

Vårdskador och missförhållanden följs systematiskt upp vid genomgång av inkomna klagomål, synpunkter och avvikelserrapporter. MAS/MAR/SAS sammanställer och analyserar avvikelser och händelser på övergripande nivå.

Syftet är att öka medvetenheten kring att identifiera risker och bakomliggande orsaker för att sätta patientsäkerhet och kvalitet i fokus.

Vårdskada definieras i patientsäkerhetslagen ”*Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården*”. En allvarlig vårdskada definieras: ”*vårdskada som är bestående och inte ringa eller som har*

*lett till patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit*". Det är de allvarliga vårdskadorna som blir föremål för utredning och eventuell anmälan till IVO enligt lex Maria. MAS och MAR har enligt rutin gått igenom och utrett alla allvarligare händelser som har registrerats och bedömts till allvarlighetsgrad 3 och 4 under året. Sammanställning och analys redovisas under resultat och analys.

Med missförhållanden, avses såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. När orsaken till en händelse kan konstateras utgöra en risk för allvarligt missförhållande eller ett allvarligt missförhållande ska anmälan till IVO göras. SAS utreder och bedömer allvarlighetsgraden av missförhållandet och lämnar ett förslag till beslut till verksamhetschef. Verksamhetschef fattar utifrån SAS ställningstagande beslut om anmälan till IVO.

# Resultat och analys – Patientsäkerhet

Varje år drabbas 100 000 patienter nationellt av vårdskador. På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen lanserat en nationell handlingsplan för patientsäkerhet, "Agera för säker vård" utifrån vilken en lokal handlingsplan för Härryda kommun tagits fram. Den lokala handlingsplanen sträcker sig från 2021–2024.



Bild 9. Källa: Socialstyrelsen, Agera för säker vård

Patientsäkerhetsberättelsen är en viktig del för framtagandet och spridningen av kunskap inom området. Visionen är God och säker vård - överallt och alltid.

## Granskning från tillsynsmyndighet

Under 2022 har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) fortsatt tillsynen av medicinsk vård och behandling för äldre på särskilt boende (SÄBO) över hela landet, som påbörjades under 2021 och har genomförts i olika delar. Det övergripande syftet med tillsynen är att äldre ska få en god och säker vård. I tillsynen kontrolleras också att vårdgivarna fullgör sina skyldigheter enligt patientsäkerhetslagen och bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Under 2021 genomfördes journalgranskning för ett stort antal patienter boendes på SÄBO och IVO har även granskat och analyserat svar på enkäter som besvarats av patienter/närstående, vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor samt verksamhetsföreträdare. Resultatet visade på risker, framför allt avseende kontinuitet och dokumentation och läkemedel. Under 2022 genomfördes intervjuer, med patienter, med leg. sjuksköterskor och med verksamhetsföreträdare/ledning för att ytterligare belysa och förklara riskområdena. Kommunen har ännu inte fått resultatet av denna delen av tillsynen.

# Åtgärder för att nå uppsatta mål och öka patientsäkerheten

Den fortsatta utvecklingen av de två huvudprocesserna, hälso- och sjukvårdsprocessen och socialtjänstprocessen, skapar förutsättningar för att verksamheten når de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård och socialtjänst.

- **Socialtjänstens verksamhet ska bygga på individens självbestämmande och integritet**

Omställningen till en god och nära vård bygger på personcentrering och därmed att patienten ska göras delaktig för att kunna delta i sin vård och behandling som en självklar samverkanspartner. Kontinuerligt arbete sker kring personcentrering. Planering för införande av en mer personcentrerad, processororienterad och teambaserad hälso- och sjukvårdsdokumentation genom verksamhetssystemet Treservas "Hälsoärende" har genomförts under 2022. Införandet kommer även att innebära förändringar i arbetssätt som kommer att medföra allt större personcentrering. Systemanpassningar, planering och utbildningsinsatser krävs och planering för detta har påbörjats under 2022.

- **Socialtjänstens verksamhet ska bygga på helhetssyn och samordning**

Helhetssyn utgår från den enskildes samlade livssituation. När den enskilde har behov av insatser från olika verksamheter, utförare och professioner är dessa samordnade. Det finns en tydlig ansvarsfördelning. Insatserna präglas av kontinuitet. Stärkt SIP-implementering. Under 2022 har SIP-utbildare utsetts och utbildats. Detta har skett inom ramen för vårdssamverkan i Göteborgsregionen. SIP-utbildarna har påbörjat arbetet med att utbilda, främst medarbetare inom sina respektive verksamheter. Det finns ambitioner att inom ramen för NOSAM Härryda samverka kring stärkt SIP-implementering och arbetet fortsätter. Den täta samverkan mellan vårdaktörer som varit betydelsefull i samband med pandemin har fortsatt varit viktig under 2022. Pandemin har varit aktuell om än i varierande grad under året, både utifrån rekommendationer och vaccinationer i det förebyggande arbetet, liksom rekommendationer och hantering när smittan blivit ett faktum. Covid-19 är inte längre lika dödlig som i början av pandemin. Smittförebyggande arbete och vaccinationer har varit och kommer att vara viktigt och sådant arbete gör en vårdgivare inte ensam, det måste ske i samverkan. Helhetssyn och samordning krävs inom många områden som inkluderar den kommunala hälso- och sjukvården samverkan sker till exempel med regionala palliativa resursteamet, i det kommunala palliativa teamet, psykiatriteamet och demensteamet.

- **Socialtjänstens verksamhet ska vara trygg och säker**

Risken för vårdskador ska förhindras och förebyggas. Fortlöpande arbete med avvikelse-, risk-, synpunkts- och klagomålshantering har skett kontinuerligt. Utveckling av risk- och avvikelshantering på en aggregerad nivå pågår.

- **Socialtjänstens verksamhet ska vara kunskapsbaserad**

För att strategiskt säkra den medicinska kompetensen i verksamheterna finns på enhetsledningsteam där medicinskt ledningsansvarig medverkar i ledningen i samverkan med enhetschefer för att säkerställa kunskap och kompetens i den vård som bedrivs inom ramen för den kommunala hälso- och sjukvården.

- **Socialtjänstens verksamhet ska vara tillgänglig och jämlik**

Den kommunala hälso- och sjukvården är en del av sektorn för socialtjänst. Tillgänglig innebär att det är lätt att få kontakt med socialtjänsten och att få sina behov tillgodosedda inom rimlig tid. Information och kommunikation är begriplig och anpassad efter olika gruppers och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog. Verksamheterna är fysiskt

tillgängliga. Detsamma gäller den kommunala hälso- och sjukvården under de förutsättningar som finns avseende lagstiftning och avtal, till exempel hälso- och sjukvårdsavtalet.

- **Socialtjänstens verksamhet ska vara effektiv**

Effektivitet innebär att resurserna nyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål för verksamheten. Detta kan innebära externa utförare enligt LOV och LOU. Under 2022 har förändringar och förbättringar avseende uppföljning av de externa utförarna skett, för att säkerställa systematik i uppföljning och i slutändan kvaliteten för invånarna.

## Resultat och analys

### Resultat för egenkontroller för patientsäkerhetsarbete inklusive analys

Egenkontroll	Omfattning / Ansvar	Källa	Resultat	Analys
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger/år Alla enheter som bedriver kommunal hälso- och sjukvård, både externa och egenregi. Enkät skickas ut av MAR och MAS.	Enkät Stratsys	Enkätundersökning har genomförts två gånger under 2022. Resultatet visade på god följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler bland de som besvarat enkäten.	<i>Arbetet med god hygien har främjats av pandemin, då hygien, klädregler och skyddsutrustning ständigt varit aktuellt. Fortsättningsvis behövs stärkt arbete med smittskydd, basal hygien och klädregler.</i>
Risk och avvikelshantering sker enligt PDSA	Sammanställning på enhetsnivå varje månad Sammanställning av MAR, MAS och SAS 2 gånger/år	Treserva Stratsys	MAR, MAS och SAS har under 2022 endast sammanställt avvikelser en gång.	<i>Systematiska arbetet med risk- och avvikelshantering på respektive enhet har inte kommit igång fullt ut. Inte heller MAR, MAS och SAS har haft möjlighet att sammanställa avvikelser vid fler än ett tillfälle under året. Orsaken är hög arbetsbelastning.</i>
Alla personförskrivna lyftselar följs upp var 6:e månad	1 gång/ år Rehabenheten	Treserva	100% av personförskrivna lyftselar är kontrollerade	<i>Egenkontrollen genomförd och resultatet visar på god följsamhet till riktlinjer för personförskrivna lyftselar.</i>
Patienters klagomål och synpunkter följs upp och sammanställs	2 gånger/år MAR och MAS	Patient-nämnden, IVO, Diariet	Genomfört.	<i>Egenkontrollen genomförd en gång</i>

Bild 10. Egenkontroller

#### **Egenkontroll självskattning basala hygienrutiner och klädregler**

Enkät för självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genomfördes digitalt vid två tillfällen under 2022, en gång under våren och en gång under hösten. Det har inte varit möjligt att beräkna svarsfrekvens för alla verksamheter, och slutsatsen är att det finns ett arbete att utföra för att fler medarbetare ska besvara enkäterna. Nedan redovisas resultat från några frågor i enkäten. Resultatet får anses gott.

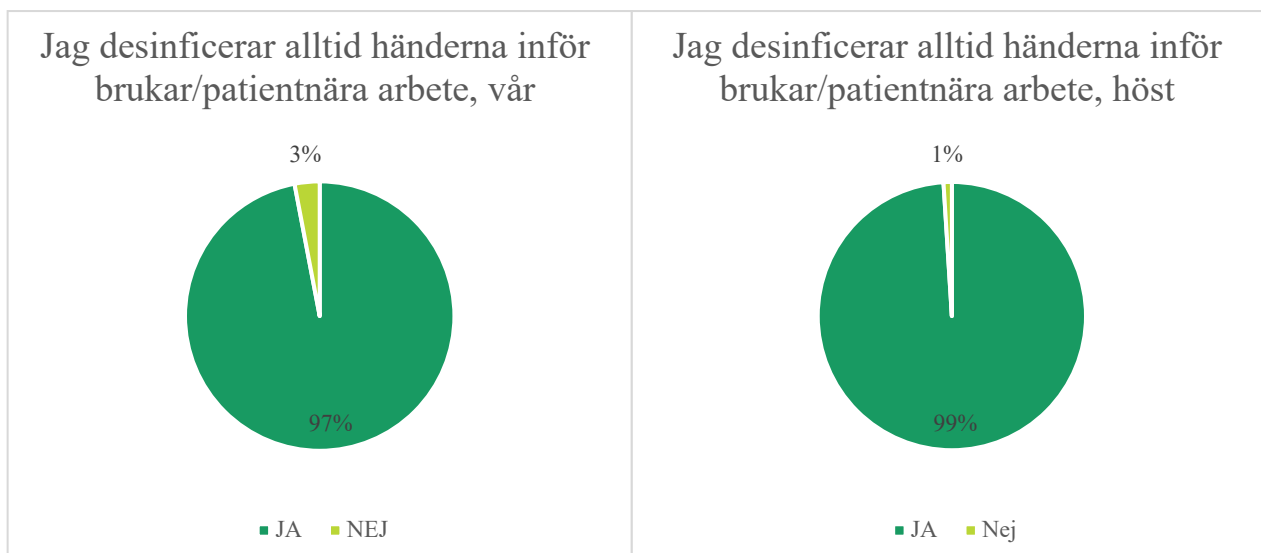


Bild 11. Självskattning desinficering av händer inför brukar/patientnära arbete, vår respektive höst

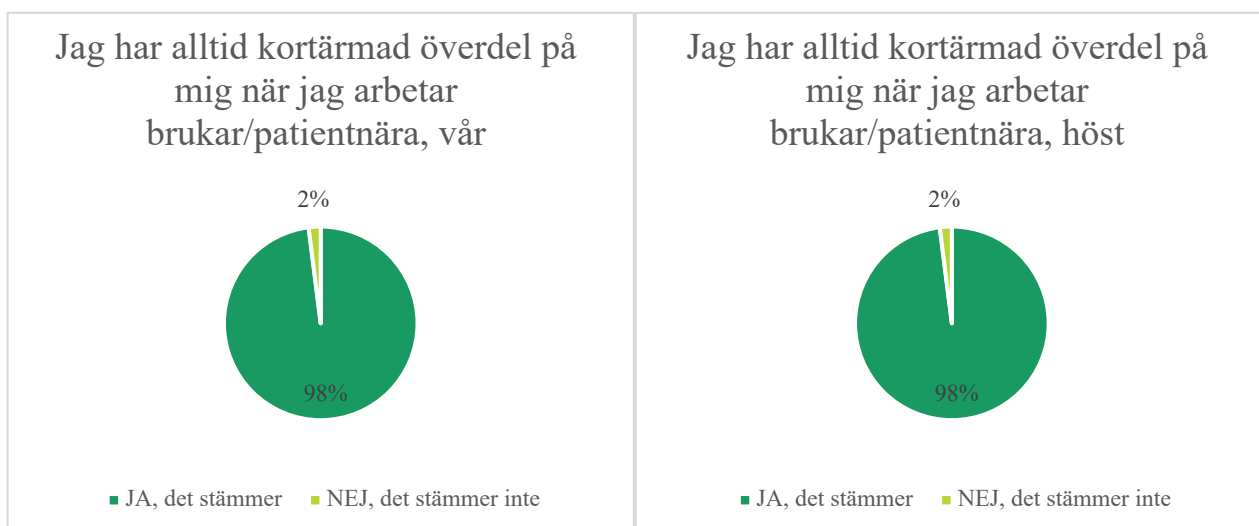


Bild 12. Självskattning kortärmad överdel vid brukar/patientnära arbete, vår respektive höst

### ***Egenkontroll palliativ vård***

Avseende hälso- och sjukvård, såsom palliativ vård är kommunen inte ensamt ansvarig. Vid vårdinsatser som kräver annan kompetens är leg. sjuksköterska, leg. fysioterapeut och leg. arbetsterapeut på primärvårdsnivå, sker vården in samverkan med andra vårdgivare och yrkeskategorier, såsom den regionalt finansierade primärvårdens läkare. Därför är kommunen inte ensamt ansvarig för resultatet av egenkontrollerna som visas i bild 13. Statistiken grundar sig på uppgifter från det palliativa registret, för 2022 registrerades uppgifter för 107 palliativa patienter.



Kvalitetsindikator palliativa registret	Målvärde %	Resultat % 2019	Resultat % 2020	Resultat % 2021	Resultat % 2022	Analys
Dok. brytpunktssamtal	98,0	78,2	80,7	84,2	<b>82,5</b>	Försämrat, uppnår inte målet.
Ord. inj. stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	98,9	97,6	98,0	<b>99,1</b>	Förbättrat, mål uppnås.
Ord. inj. ångestdämpande vid behov	98,0	97,7	97,6	97,0	<b>99,1</b>	Förbättrat, mål uppnås.
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	54,0	61,4	55,4	<b>58,9</b>	Förbättrat, uppnår inte målet.
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	66,7	47,0	62,4	<b>57</b>	Försämrat, uppnår inte målet.
Utan trycksår (grad 2-4)	90,0	93,1	90,4	93,1	<b>86,9</b>	Försämrat, uppnår inte målet.
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	92,0	92,8	96,0	<b>87,9</b>	Försämrat, uppnår inte målet.

Bild 13. Resultat kvalitetsindikatorer palliativa registret de senaste 4 åren

## Sammanställning av avvikelser inklusive analys

Under 2022 rapporterades 3978 avvikelser som kan härledas till hälso- och sjukvård. En del avvikelseområden innehåller inte enbart hälso- och sjukvårdsavvikelser varför de även kan redovisas som SoL/LSS-avvikelser. De flesta avvikelser som rapporteras tillhör lagrum HSL.

De stora avvikelseposterna inom hälso- och sjukvårdsområdet är fortsatt fall respektive läkemedelshändelser, liksom det varit tidigare år. Antal avvikelser inom respektive avvikelseområde inom HSL visas i bild 14 nedan.

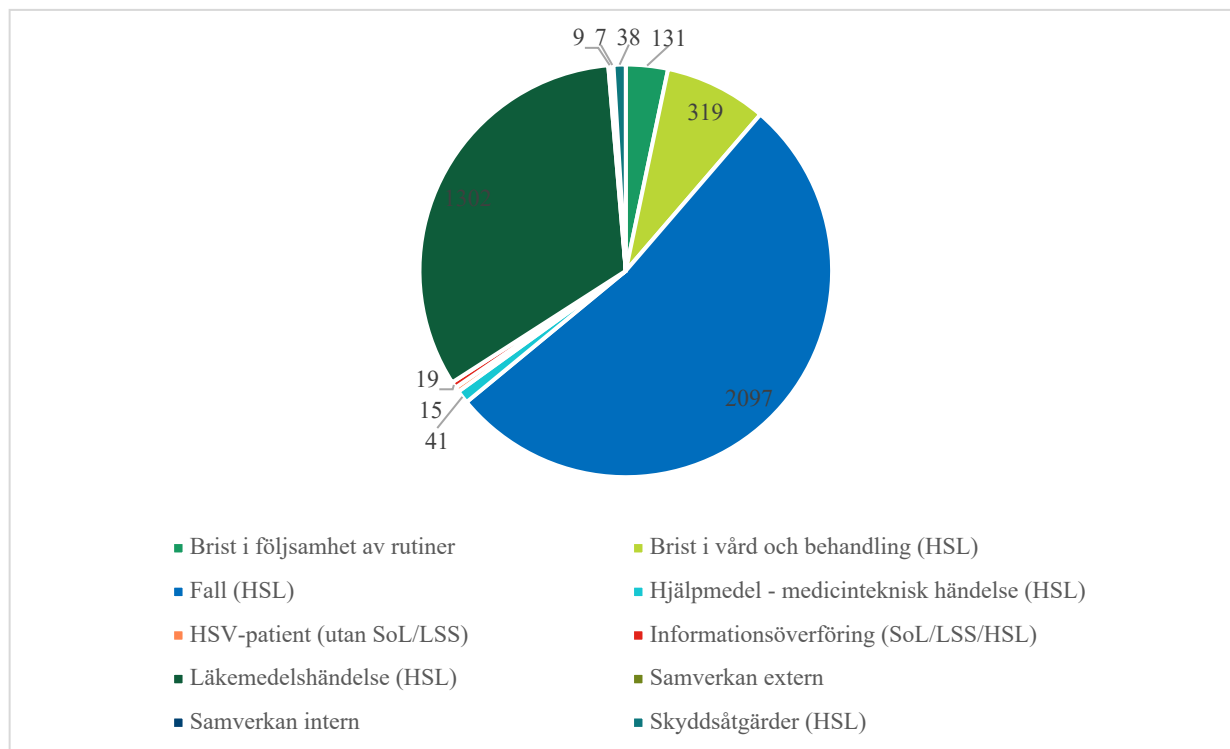


Bild 14. antal avvikelser inom respektive avvikelseområde

## Läkemedelshändelser

Läkemedelshändelser avser brister vid hantering, administrering och dokumentation av läkemedel. Antalet läkemedelshändelser ligger på en liknande nivå som år 2021. Liksom de senaste åren finns ett antal avvikelser som avser missad signering eller problem med den digitala signeringen, men inte alls lika många som när problemen var som störst. Det genomförs ett mycket stort antal läkemedelsadministrationstillfällen och de allra flesta genomförs på ett korrekt sätt.

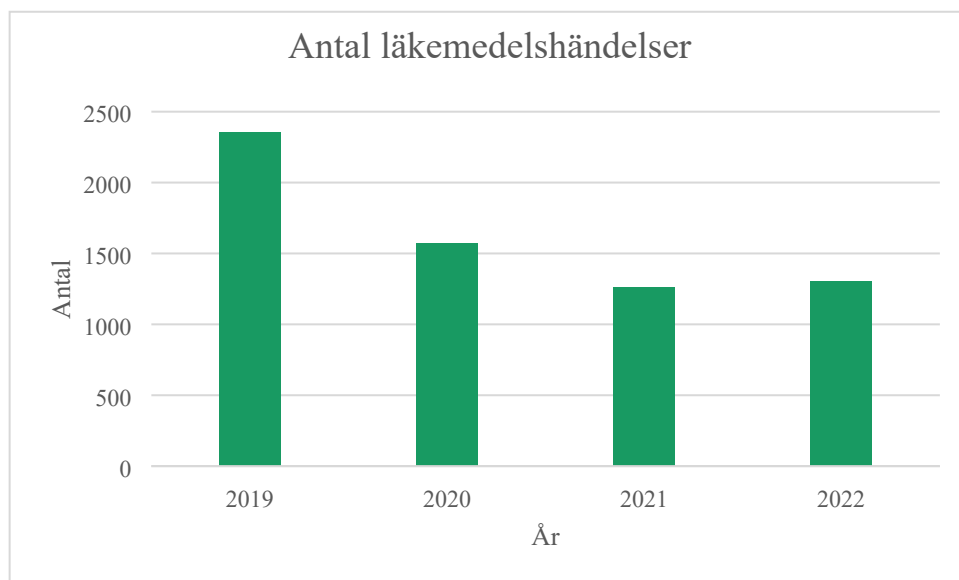


Bild 15. Läkemedelsavvikelser

## Fallhändelser

Fallhändelser avser när någon ramlat, eller kan misstänkas ha ramlat. Antalet rapporterade fall har ökat. Det är oklart om antalet fall ökat eller rapporteringsgraden ökat. Det finns några individer som faller ofta, vid de fallen lyfts dessa in till SIP eller teamträff för åtgärder från teamet med insatser för att förebygga och säkra att minska antalet fall eller dess allvarlighetsgrad. En handlingsplan för fallförebyggande arbete är under framtagande. Handlingsplanen innefattar strategier och mål inriktade mot att minska antalet fall och därmed minska risken för fall som leder till vårdskada.

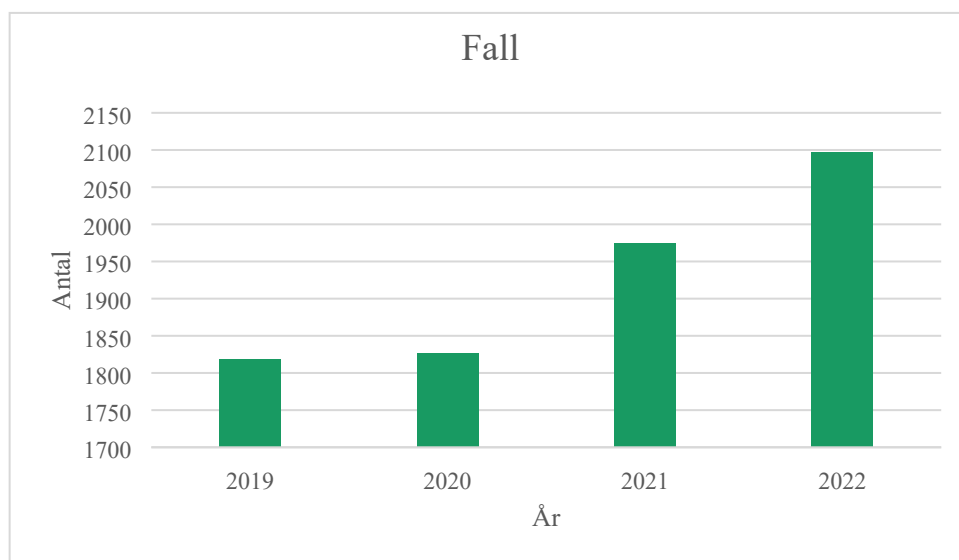


Bild 16. Fall

## Skyddsåtgärder

Skyddsåtgärder avser ordinerade åtgärder för att förhindra vårdskador, såsom rörelselarm eller säkerhetsbälte i rullstol för att motverka urlidning eller fall ur rullstol.

Antalet avvikelser gällande skyddsåtgärder har minskat. Arbetet har fortskridit med informationsinsatser gentemot verksamheterna för att förtydliga ansvar och risker som faller inom området skyddsåtgärder.

Stickprov har visat att en stor del av avvikelserna berör skyddsåtgärder som inte använts på anvisat sätt och de åtgärder som genomförts är adekvata och möter upp den anvisade bristen i avvikelserna.

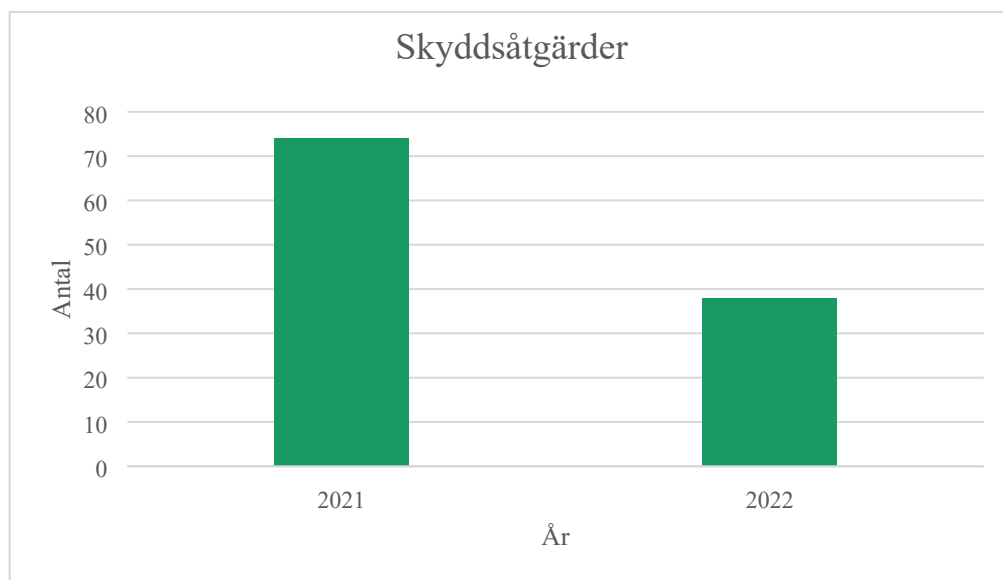


Bild 17. skyddsåtgärder.

## Brist i vård och behandling

Avvikelser inom området brist i vård och behandling avser t.ex. att träning inte utförts eller blivit felaktigt utförd. Antalet är större än föregående år, anledningen till det kan vara att projektet ”Händerna på ryggen” medfört att legitimerade fysioterapeuter och legitimerade arbetsterapeuter är mer närvarande i verksamheten och därför upptäcker fler avvikelser.

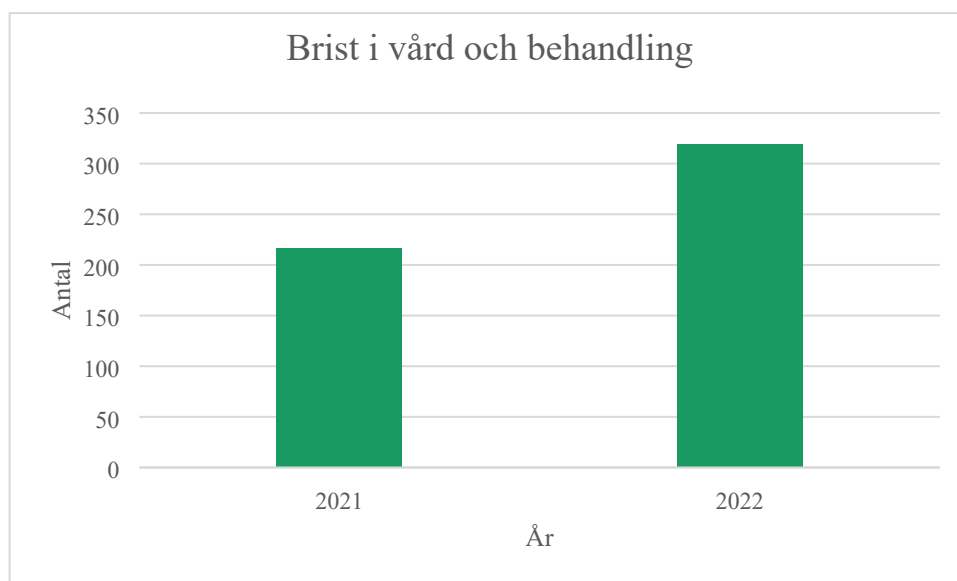


Bild 18. Brist i vård och behandling

## HSV-patient (utan SoL/LSS)

Under området HSV-patient (utan SoL/LSS) avses avvikelser som berör de patienter som får åtgärder från den kommunala hälso- och sjukvården utan att samtidigt ha insatser från socialtjänsten. Det innebär ofta att delegerad omvårdnadspersonal genomför insatser på uppdrag av den kommunala hälso- och sjukvården utan att patienten har några beviljade socialtjänstinsatser. När avvikelser sker rapporteras dessa inom detta avvikelseområde. Antalet HSV-patient (utan SoL/LSS) -avvikelser har minskat, vilket skulle kunna bero på förändringar i antal patienter inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården som inte har socialtjänstinsatser.

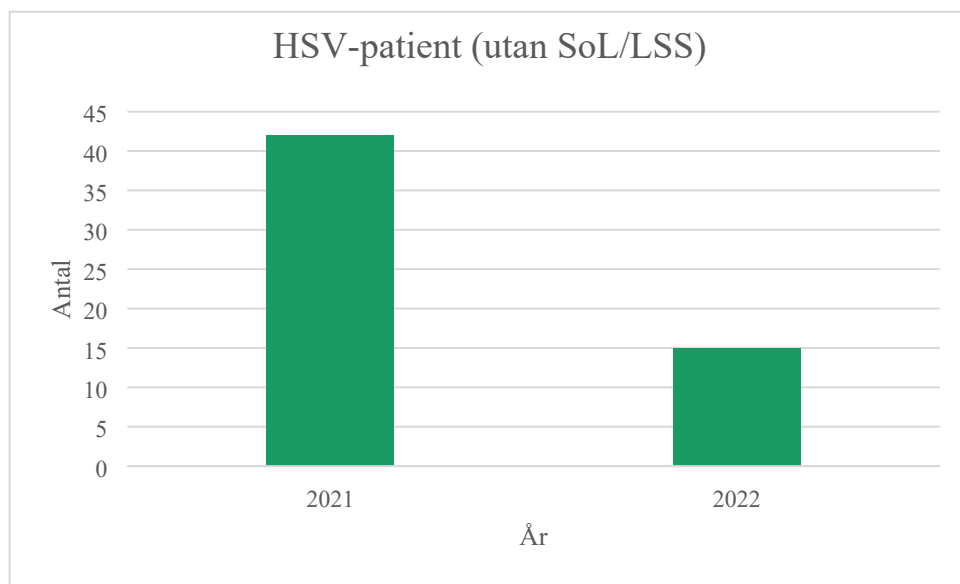


Bild 19. HSV-patient (utan SoL/LSS)

## Hjälpmedel – medicinteknisk händelse

Medicinteknik avser de tekniska produkter som används i hälso- och sjukvård, såsom rullstolar, sängar, och droppräknare. Avvikelser inom området handlar t.ex. om produktfel eller felaktigt använd produkt. Förändringar i antalet avvikelser kring medicintekniska händelser är så få att det är svårt att dra slutsatser kring orsaken till att det är något fler 2022 än 2021.

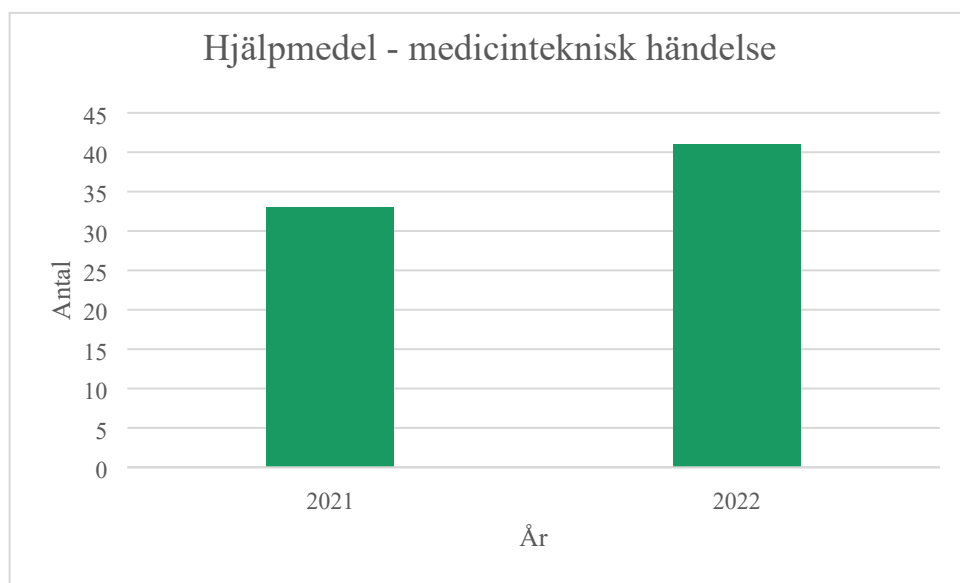


Bild 20. Hjälpmedel medicinteknisk händelse

## Samverkansavvikelser

Avvikelser i samverkan med regionen och andra vårdgivare rapporteras i Med Control pro, vilket är Västra Götalandsregionens system för avvikelshantering. Antalet rapporterade samverkansavvikelser som rapporterats där sektorn för socialtjänst, Härryda kommun är involverad under 2022 var 67 till antalet. Detta är en ökning jämfört med tidigare år. Av de 67 rapporterade samverkansavvikelserna är 59 rapporterade av kommunen, respektive 8 avvikelserapporter som inkommit från andra vårdgivare till kommunen. Många av dessa avvikelser avser samverkan i samband med utskrivning från sjukhus.

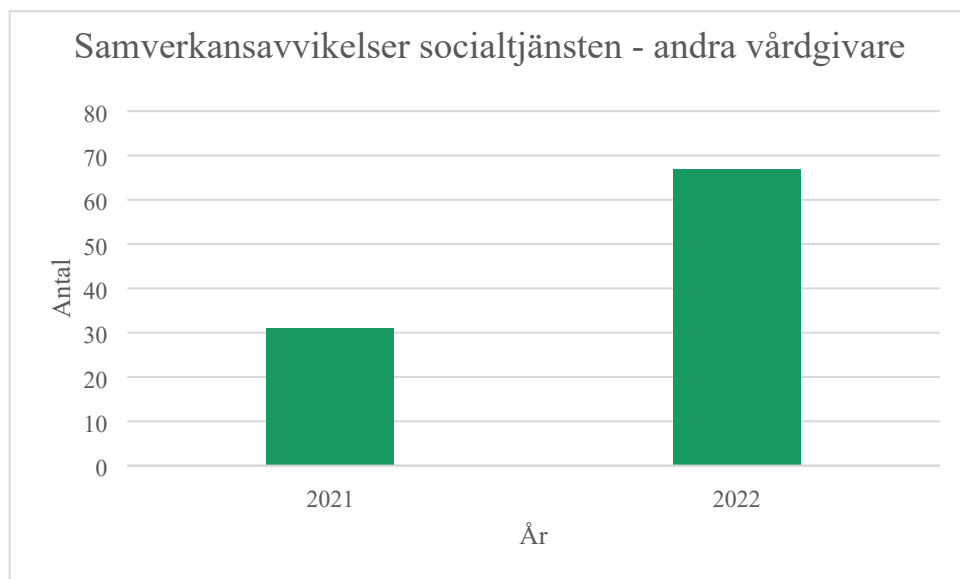


Bild 21. Samverkansavvikelser Härryda kommun – andra vårdaktörer

## Sammanställning av klagomål och synpunkter inklusive analys

Det har inkommit sex synpunkter eller klagomål som berör den kommunala hälso- och sjukvården under 2022, dessa har hanterats enligt rutin. Även om synpunkter/klagomål kring den kommunala hälso- och sjukvården varit relativt få visar, de som inkommit att det finns utrymme för förbättring, framför allt kring hur den kommunala hälso- och sjukvården kommunicerar med patienter och anhöriga.

Antal klagomål/synpunkter	Område/tema
3	Synpunkter/klagomål kring bemötande från leg. sjuksköterska
2	Synpunkt/klagomål kring vård och behandling
1	Synpunkt/klagomål kring information till anhörig

Bild 22. Inkomna synpunkter/klagomål kommunal hälso- och sjukvård 2022.

## Sammanställning av händelser och vårdskador inklusive analys

Ingen händelse/vårdskada under 2022 har bedömts så allvarlig att den anmälts till IVO enligt lex Maria.

Händelsen där det uppdagades att de externa utförarnas tekniska möjlighet att analysera och dokumentera kring hälso- och sjukvårdsavvikelser i avvikelsemodulen i Treserva saknades har analyserats. Orsaken får anses vara brister i förståelsen för hur systemet fungerar och vad som krävs för åtkomst hos de som beställer

behörigheter, brist i förståelsen för vad som krävs för att analysera hälso- och sjukvårdsavvikelser samt brist i överrapportering mellan medarbetare, vilket också kan bero på brist i förståelse av problemet.

Åtkomstproblematiken åtgärdas och utbildningsinsatser pågår och fortsätter under 2023. Genomgång av avvikelser som ej hanterats som de borde visar inte på enskilda allvarliga händelser, händelserna har inte heller varit okända av verksamheten. Däremot är det allvarligt att avvikelser inte hanterats enligt rutin.

En större utredning kring en extern utförare har genomförts efter att brister uppdagats genom inkomna klagomål och synpunkter.

## Resultat av genomförda riskanalyser

Risikanalyser har genomförts i samband med uppföljningen av en extern utförare inom särskilt boende för äldre inklusive hälso- och sjukvård. Riskerna bedömdes som så stora att åtgärder krävdes, åtgärds paketet som utföraren tog fram bedömdes som otillräckligt, varför avtalet avslutades. Utföraren vidtog åtgärder och ansökte om att få bedriva verksamhet i en annan avtalsform. En ny riskbedömning genomfördes och utföraren ansågs kunna bedriva verksamheten i den nya avtalsformen, på ett patientsäkert sätt.

# Resultat och analys – Kvalitet

Uppföljningen av kvalitet som har genomförts 2022 har sin utgångspunkt i SOSFS 2011:9 och resultatet av det systematiska förbättringsarbetet i verksamheten samt av de aktiviteter och fokusområden som prioriterats och planerats och framgår av sektorsplan 2022.

## Åtgärder för att nå uppsatta mål och öka kvaliteten

- **Verksamheten ska bygga på individens självbestämmande och integritet**

Det innebär att den enskilde är delaktig, har inflytande och ges möjlighet till egna val. Brukarmedverkan var ett av sektorns fokusområden under 2022. En inventering av befintliga former för brukarmedverkan har genomförts. En planering för att genomföra en brukarledd revision inom socialpsykiatriområdet har påbörjats under 2022 för att genomföras 2023. Olika verksamheter har arbetat med att främja och förtydliga delaktighet på olika sätt. Inom barn- och familj har man gjort fördjupade intervjuer med placerade barn och unga för att de ska få komma till tals ge professionen kunskap om deras upplevelse av kontakt med socialtjänsten. En ny riktlinje och förslag till struktur för social dokumentation i genomförandeprocessen har tagits fram där kravet på den enskildes rätt till självbestämmande, integritet och delaktighet tydliggörs. Riktlinjen är sektorsövergripande.

- **Socialtjänstens verksamhet ska bygga på helhetssyn och samordning**

Inom ramen för vårdsamverkan har arbetet med stärkt SIP-implementering påbörjats. Interna SIP-utbildare utbildats för att utbilda andra. Möjligheten till samordnade utbildningar mellan kommun och region ska ses över. En rutin för intern samverkan har färdigställts under året och ett utbildningsförslag gällande samordning mellan barn och ung SoL och LSS har tagits fram. En konkret åtgärd för att skapa bättre förutsättningar för intern samverkan är att gemensamma samverkanstider har planerats mellan enheten för försörjningsstöd, vuxenenheten och enheterna inom barn och familj.

- **Socialtjänstens verksamhet ska vara trygg och säker**

Insatserna utförs enligt gällande regelverk både myndighetsutövning och utförande av insatser ska ske rättssäkert, vilket förutsätter transparens, förutsägbarhet och möjlighet till insyn. Risk för brister i myndighetsutövning och utförandet av insatser, kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom förebyggande arbete och förutsätter ett fungerande signalsystem. Fortsatt arbete med avvikelse-, risk-, synpunkts- och klagomålshantering har skett, både genom faktisk hantering, stöd och informationsinsatser från SAS. Arbetet med kontinuitetsplaner har påbörjats i olika delar för att säkerställa att verksamheten kan bedrivas på ett säkert sätt även under yttre påverkan av olika slag. Alla medarbetare har uppmanats att delta i utbildningen ”i allmänhetens tjänst” för att bland annat tydliggöra bestämmelser på informationshantering och sekretess.

- **Socialtjänstens verksamhet ska vara kunskapsbaserad**

Kunskapsbaserad socialtjänst innebär att insatser utformas och utförs i enlighet med vetenskap, beprövad erfarenhet samt bästa tillgängliga kunskap. Den enskildes erfarenheter tas till vara. En kunskapsbaserad socialtjänst har varit ett av sektorns fokusområden under 2022. Resultatet från Öppna jämförelser visar att omfattningen av användandet av specifika arbetsmetoder, manualbaserade insatser/behandling och standardiserade bedömningsmetoder är ett förbättringsområde. En ny sida för kunskapsbaserad socialtjänst som innehåller länkar till relevanta kunskaps-, forsknings- samt metodbanker har publicerats på intranätet. Enheten för försörjningsstöd har varit med i Socialstyrelsens forskningsprojekt ”Tidigt stöd inom ekonomiskt bistånd och missbruk” och därmed inlett ett arbete med systematisk individuppföljning. Vård och omsorg,

funktionsstöd och vuxenutbildningen har inom ramen för vård och omsorgscollege och med stöd av statsbidraget Äldreomsorgslyftet validerat personal för att säkerställa kompetensförsörjningen. Inom verksamheten barn och familj har man under 2022 fortsatt att arbeta med Yrkesresan. Förstudier har under 2022 inletts för att omfatta även funktionshinderområdet, missbruk och beroende samt äldreomsorgen. Personal inom samtliga verksamheter har fortbildats för att säkerställa kunskapsbehov inom varje område och exempel på utbildningar är alternativ kompletterande kommunikation, psykisk hälsa, självskadebeteende, motiverande samtal samt kris- och traumahantering.

- **Socialtjänstens verksamhet ska vara tillgänglig och jämlik**

Tillgänglig innebär att det är lätt att få kontakt med socialtjänsten och att få sina behov tillgodosedda inom rimlig tid. Information och kommunikation ska vara begriplig och anpassad efter olika gruppers och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen ska präglas av möjlighet till delaktighet och dialog. Verksamheterna är fysiskt tillgängliga.

- **Socialtjänstens verksamhet ska vara effektiv**

Effektivitet innebär att resurserna nyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål för verksamheten. Den övergripande socialtjänstprocessen har kartlagts vilket är en viktig förutsättning och gemensam utgångspunkt för fortsatt arbete kring processer, rutiner och intern samordning och ansvarsfördelning. Under året har LOV införts inom särskilt boende vilket inneburit anpassningar inom den egna regin samt en utveckling av uppföljningsarbetet. Även arbetet med uppföljning av verksamheten ska vara effektivt, både vad gäller den egna regin och externa utförare. Ett arbete har påbörjats för att tydliggöra och säkerställa systematik i individ-, verksamhets- och avtalsuppföljningar i syfte att klargöra uppdrag och ansvarsfördelning mellan verksamheten, MAS/MAR/SAS och beställarenheten.

## Utveckling av ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet

Under året har ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet utvecklats vidare. De två huvudprocesserna, socialtjänstprocessen och hälso- och sjukvårdsprocessen som har arbetats fram ska skapa förutsättningar för att verksamheten ska nå de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter.

Under 2022 har kvalitetsprognoserna som sedan 2021 sker i samband med ekonomiprognoserna vidareutvecklats utifrån föreskrifterna om systematiskt kvalitetsarbete. Prognoserna har varit processinriktade, de har gett en nulägesbild och eventuella åtgärdsbehov, som krävs för att uppnå ett önskat läge eller krav inom respektive område eller eventuella lagkrav, har tydliggjorts. Fokus på årets prognosmöten har varit:

- säkerställande av grunduppdrag med tillhörande kvalitetsindikatorer samt arbete enligt sektorsplan
- verksamheternas rutiner, risker, egenkontroller och åtgärder
- risk- och avvikelsehantering/klagomåls- och synpunktshantering
- formell kompetensnivå och uppföljning av sektorns prioriterade områden
- säkerställande av påbörjat processarbete

## Klagomål och synpunkter

Under 2022 har det registrerats 62 klagomål och synpunkter gällande socialtjänst och LSS, varav 46 i diariet och 17 stycken klagomål och synpunkter i Treserva. I kvalitetsberättelsen kategoriseras de som klagomål/synpunkt av allmän karaktär, individuella insatser eller enskildas klagomål från IVO, vilka har lämnats till kommunen för hantering inom ramen för kommunens eget ledningssystem. Utöver dessa klagomål



och synpunkter har ytterligare 14 klagomål gällande externa utförare av socialtjänst eller LSS inkommit. Tolv av dessa gäller Attendo Säteriet och har utgjort ett av underlagen för den avtalsuppföljning som genomförts under året. Klagomål/synpunkter som inkommer till kommunen men som gäller externa utförare lämnas i regel till den aktuella utföraren för fortsatt hantering inom utförarens ledningssystem.

Klagomål/synpunkt	2020	2021	2022
Allmänt/verksamhet	22	11	30
Individuella insatser	21	43	25
Enskildas klagomål från IVO	7	5	7
Totalt	50	59	62

Bild 23. Klagomål och synpunkter

De klagomål/synpunkter som inkommit till sektorn för socialtjänst under 2022 är förelade enligt tabellen nedan.

Fördelning klagomål/synpunkter 2022	Sektors-övergripande	Barn och familj	Funktionsstöd	Hälsa och bistånd	Härryda framtid	Vård och omsorg
Allmänt/verksamhet	4		9	7		4
Individuella insatser		8	7	5	1	10
Enskildas klagomål via IVO		3	1	1		1
Totalt	4	11	17	14	1	15

Bild 24. Klagomål och synpunkter fördelat på verksamhet

Klagomål och synpunkter som kategoriseras som allmänna/verksamhet rör mer övergripande områden. Exempel på inkomna klagomål och synpunkter är; planering kring bostäder för äldre och att de inte finns i alla kommundelar, upplevda konsekvenser av bemanning och samplanering i verksamheten, att brukare inte får habiliteringsersättning under semesterstängning, missnöje kring regler för bilkörning med brukares bil, störning från socialtjänstens bostäder, att larmmottagning inte fungerar tillfredsställande, upplevelse av missvisande information från socialtjänsten, att lunchservering på äldreboende inte är öppen för andra äldre, och att riktlinjer och rutiner för bistånd gällande service upplevs som icke flexibla.

Inkomna klagomål gällande individuella insatser och enskildas klagomål via IVO gäller främst upplevda brister i myndighetsutövning, utförande av insatser, bemötande och i samordning av insatser. Klagomålen gäller bland annat lång handläggningstid, svårighet att få kontakt med handläggare/socialsekreterare, missnöjdhet med bedömningar, försenade genomförandeplaner, brist i utförande av omvårdnads- och serviceinsatser, användning av begränsningsåtgärder och upplevda brister i bemötande från olika personalkategorier. Drygt 75 procent av bedömningarna av klagomålsärendena visar på att riktlinjer och rutiner har följts. Klagomålen tyder på att enskildas förväntningar på service och insatser inte har motsvarats av verksamhetens bedömningar kring beslut, fördelning av resurser och arbetssätt. Det finns också förväntningar på att sektorn för socialtjänst ska utföra även andra huvudmäns ansvar. Verksamheten behöver därför fortsätta arbeta för att förbättra intern och extern kommunikation och information och tydlighet. Vad gäller själva klagomålshanteringen behöver arbetet systematiseras ytterligare när det gäller registrering av inkommande klagomål och synpunkter samt dokumentation av hanteringen samt svar till klagomålslämnaren. Några av klagomålsärendena har varit återkommande under året och verksamheten har haft en kontinuerlig kontakt med klagomålslämnaren.

## Rapporterade avvikelser och missförhållanden

Samtliga verksamheter inom socialtjänst och LSS omfattas av en gemensam riktlinje för risk- och avvikelshantering och rapporterar avvikelser i verksamhetssystemet Treserva.

Under 2022 har 669 händelser rapporterats, vilket är ett högre antal jämfört med de senaste två åren. Det finns några olika anledningar till detta:

- I redovisningen för 2022 ingår till skillnad från tidigare år ca 50 avvikelser som legitimerad personal har rapporterat och även vissa avvikelser som gäller delegerade åtgärder. Avvikelseerna ingår i händelseområdena\*:
  - brist i följsamhet till rutiner
  - hantering av personuppgifter/sekretess
  - informationsöverföring
  - teknik, utrustning och omgivning
- Kunskapen om avvikelshantering och rapporteringsskyldigheten har ökat inom flera verksamhetsområden
- Avvikelser inom händelseområdet myndighetsutövning, personskada och övergrepp har inträffat eller har rapporterats i högre utsträckning än tidigare

Rapporterade avvikelser inom sektorn för socialtjänst	2019	2020	2021	2022
Totalt antal	582	620	429	669

Avvikelser SoL och LSS, antal per händelseområde	2021	2022
Brist i följsamhet av rutiner	71	131*
Brist i omsorg/utförande av insats	174	193
Fysiskt våld	47	78
Hantering av personuppgifter/sekretess	13	19*
Informationsöverföring	13	19*
Myndighetsutövning	42	97
Personskada	12	46
Samverkan intern	8	7
Teknik utrustning och omgivning	32	47*
Övergrepp, kränkningar	17	32
Totalt	429	669
Avvikelser SoL och LSS, totalt per verksamhet	2021	2022
Barn och familj	67	91
Funktionsstöd	91	182
Hälsa och bistånd	2	34
Härryda framtid	1	1
Vård och omsorg	268	361
Totalt	429	669

Bild 25. Rapporterade avvikelser, Avvikelser SoL och LSS per händelseområde, Avvikelser per verksamhet

Flest avvikelser har kategoriserats som *brist i omsorg/utförande av insats* och innebär att en risk eller brist har uppstått i utförandet av insatser. Flertalet av dem har inträffat under genomförandeprocessen inom vård och omsorg och funktionsstöd. Insatserna har helt uteblivit, har utförts felaktigt eller bristfälligt, t ex när det gäller omvårdnad, annat planerat stöd och i ett fåtal fall gällande personalens bemötande.

Näst flest avvikelser har kategoriserats som *brist i följsamhet av rutiner* och handlar ofta de om brister när de gäller genomförandet av insatser, men inkluderar även brister i myndighetsprocessen och i HSL-insatser. Skillnaden på de två händelseområdena är att rapportören redan konstaterat att själva orsaken till avvikelsen är att befintliga rutiner av någon anledning inte har följts.

Avvikelse i form av *fysiskt våld* avser händelser när det funnits risk för eller brukare faktiskt agerat fysiskt mot andra brukare i boende eller daglig verksamhet. Under 2022 har avvikelser ofta rapporterats gällande samtliga involverade i händelsen i stället för den/de som utsatts som är tanken med avvikelshandlingen. Därmed finns ofta dubbla avvikelser för en och samma händelse. Händelseområdet *övergrepp* inkluderar psykiska kränkningar och sexuellt handlande i form av verbalt eller fysisk beröring.

*Brist i myndighetsutövning* avser främst att faktiskt lagstadgade tidsgränser eller praxis inte har följts för förhandsbedömning samt utredning av barn- och unga ärenden samt ärenden enligt LSS. Orsakerna till bristerna inom myndighetsutövningen är enligt verksamheten hög arbetsbelastning som uppstår både på grund av högt inflöde av anmälningar om oro men också på grund av att grundbemanning vissa perioder varit lägre än planerat av olika anledningar.

Händelser som har kategoriserats som *teknik, utrustning och omgivning* har gällt risker och brister i verksamhetssystem, vid hantering av verksamhets- och personlarm samt i den inre eller yttre miljö där en insats verkställs. Ett exempel på brister i verksamhetssystemet är att information som dokumenterats i samband med att aktualiseringar har försvunnit vilket har anmälts till CGI (leverantören för verksamhetssystemet Treserva).

*Hantering av personuppgifter/sekretess* gäller risker eller faktiska brister i samband med hantering av personuppgifter i fysisk eller digital form. Exempel på brister är att handlingar med sekretesskyddade uppgifter har lämnats synliga vid ett par separata tillfällen, att ordinationshandlingar ligger utanför medicinskåp i brukares lägenhet och att personuppgifter skickas med fax på grund av brister i andra system. Avvikelse har också rapporterats på grund av dålig ljudisolering mellan kontor. I samband med brister i hantering av sekretess skyddad information ska samtidigt en anmälan om personuppgiftsincident göras.

Avvikelse gällande *personskada* gäller både olyckshändelser med viss skada som följd, men också när den enskilde själv åsamkar sig skada. För att förebygga denna typ av händelser gör verksamheten riskbedömningar och upprättar handlingsplaner för hur personal ska agera i förebyggande syfte men också när en händelse inträffar.

Enhetschefernas bedömning visar på att de vanligaste orsakerna till avvikelser är att rutin inte har följts, brist information internt, brist i samverkan och rapportering och viss brist i introduktion/kunskap. I samband med avvikelser ska åtgärder planeras och vidtas. De vanligaste åtgärderna som enhetscheferna uppger att de har vidtagit är information, samtal med personal, genomgång APT och revidering av rutiner. Andra exempel på åtgärder är förtydligande av uppdrag och ansvarsfördelning, genomförandeplaner, kompetensutveckling, samt ökad bemanning. Vid personskada, fysiskt våld och övergrepp har verksamheten arbetat med riskbedömningar, handlingsplaner, metoder, fortbildning samt tvärprofessionell samverkan, exempelvis genom SIP.

Det finns utvecklingsområden när det gäller avvikelshandlingen generellt. Det rapporteras få avvikelser inom vissa områden vilket kan innebära viss underrapportering av avvikelser. Det finns också förbättringspotential i dokumentationen gällande bedömning, analys och hanteringen av avvikelser, vilket till

viss del har uteblivet. Det ska framgå att en avvikelse har hanterats. I annat fall saknas det information om hur en händelse har bedömts och om den innebär ett missförhållande eller inte.

Ytterligare ett utvecklingsområde är att på enhets- och verksamhetsnivå hantera avvikelserna på en aggregerad nivå för att kunna identifiera mer övergripande risker och förbättringsområden. Under 2022 har Stratsys utvecklats för att kunna vara ett stöd i detta, ett arbete som planeras starta under 2023.

## Bedömning av lex Sarah rapporter

SAS tar del av samtliga rapporterade avvikelser. 35 av de rapporterade händelserna har av rapportören registrerats som en lex Sarah-rapport. Tio av lex Sarah-rapporterna har bedömts vara ”vanliga” avvikelser, det vill säga, händelseorsakerna bedöms inte alls uppfylla definitionen av missförhållande. Ytterligare sju rapporter har bedömts som felrapporterade eftersom fokus låg på personalens arbetsmiljö istället för på bristen som drabbar en brukare.

Under 2022 har nämnden gjort två anmälningar om risk för/faktiskt missförhållande till IVO. Den ena anmälan avser händelseområde ”personskada” inom personlig assistans. Den andra anmälan avser händelseområde ”brist i omsorg” inom barn och familj. När det gäller anmälan kring personskada inom personlig assistans har det funnits svårigheter att klargöra den exakta orsaken till händelsen. Identifierade förbättringsbehov är att säkerställa ansvarsfördelning inom egenvård, personalens kompetens, dokumentation samt frekvens av uppföljning av utförandet. När det gäller anmälan gällande ”brist i omsorg” kan det inte konstateras att några konkreta brister eller systemfel har orsakat den aktuella händelsen. Av utredningen framgår även i detta fall vikten av att varje huvudman tar sitt specifika ansvar oavsett socialtjänstens pågående insatser samt att socialtjänsten fortsätter med sitt långsiktiga arbete med att förebygga sammanbrott i placeringar för att skapa förutsättningar för stabilitet och kontinuitet för den som är placerad.

## Genomförda riskanalyser

Samtliga verksamheter i socialtjänsten har ansvar för att arbeta systematiskt med riskbedömning för att förebygga risker och på så sätt minska risker för de enskilda och för verksamheten. I samband med riskanalysen planeras åtgärder. Under 2022 har riskanalyser genomförts både gällande generella risker och risker i individärenden. Ser man till de riskanalyser som har genomförts i Stratsys och som gäller mer övergripande risker för brister i kvaliteten så har risker identifierats inom samtliga delprocesser. Exempel på risker inom de olika processerna är:

- *Aktualisering*

När det gäller aktualisering, finns det risk för att lagkravet gällande förhandsbedömning inom 14 dagar vid orosanmälan gällande barn och unga inte följs.

- *Utredning*

Flera risker angående handläggningstid. Att den lagstadgade utredningstiden (120) dagar inte efterlevs eller att utredningstider blir oskäligt långa. Fördröjd aktivitet i pågående utredningar.

- *Beställning*

Risk vid informationsöverföring mellan kommunen och externa utförare.

- *Uppföljning*

Risk att barn inte får information om sina rättigheter.

- *Genomförande*

Här förekommer även risker som kopplas till frekvent förekommande risker eller avvikelser i Treserva (på aggregerad nivå). Risker gällande att genomförandeplan inte upprättas eller utvärderas inom angiven tid.

Risker gällande samverkan. Ekonomiska risker identifieras i samband med behov av överanställning. Risker som identifieras i samband med resultat från brukarundersökningar. Risker gällande insatser och erbjudande om tandvård. Att det saknas resurser för att tillgodose behov. Att felaktiga utbetalningar görs till uppdragsanställda.

## Arbetet med egenkontroller under året

Under året har det förberetts för en förändring i arbetet med sektorns egenkontroller. Orsaken till förändringsarbetet är att det funnits svårigheter i att följa upp samt få en samlad bild av sektorns egenkontroller. Många av de egenkontroller som har planerats i Stratsys har inte genomförts och har saknat mätmetoder, bedömningskriterier och intervall för genomförande. Inom en och samma verksamhet har olika enheter planerat samma typ av egenkontroll men formulerat kontrollerna på olika sätt. Rekommendationen har varit att i stället planera gemensamma egenkontroller för att möjliggöra uppföljning även på verksamhetsnivå.

MAS, MAR och SAS har tagit fram en central plan med egenkontroller utifrån risker inom sitt respektive ansvarsområde. Det har genomförts workshops ”koll på egenkontroll” för presentation av egenkontrollplanen och genomgång av hur och när nya egenkontroller ska tas fram samt för gemensam prioritering bland verksamheternas befintliga egenkontroller. Det som har förtydligats i arbetet med egenkontroller är att alla egenkontroller ska kunna följas upp och att det i varje kontroll ska kunna mätas ett resultat. Rutin och checklistor har tagits fram för arbetet med egenkontroller. Den centrala egenkontrollplanen gäller från och med 2023. Inom myndighetsutövningen gäller egenkontrollerna förhandsbedömning, utredningstid och kontroll av utbetalning av försörjningsstöd. Inom genomförandeprocessen gäller egenkontrollerna att genomförandeplaner och handlingsplaner upprättas, att uppföljning sker med rätt frekvens samt att brukare görs delaktiga. MAS har beslutat om egenkontroll för basala hygienrutiner i genomförandeprocessen när det gäller utförande av insatser enligt SoL och LSS.

## Granskning från tillsynsmyndighet

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har under 2022 genomfört en nationell tillsyn av insatsen bostad med särskild service enligt 9 § 9 LSS i form av gruppboende. Tillsynens syfte är att säkerställa att personer med funktionsnedsättning inte utsätts för otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder eller andra kränkningar. Tillsynen inleddes genom en enkätundersökning till Sveriges kommuner vars resultat IVO använde som urval för att hitta gruppboendestäder som indikerat störst risk vilket i Härryda kommun pekade på Orrekullens gruppboende. IVO har inspekterat gruppboendestaden på plats, haft samtal med brukare, intervjuer med personalrepresentanter, hälso- och sjukvårdspersonal samt ledning. Handlingar och dokumentation har granskats, bland annat social journal, genomförandeplan, samtycke till begränsande åtgärder, förskrivningar av medicintekniska produkter/hjälpmiddel, bemötande- och handlingsplaner, riskanalys eller individuell bedömning för användning av begränsande åtgärder samt verksamhetens avvikelser/lex Sarah rapporter som gäller begränsande åtgärder, kränkningar, våld och/eller sexuella övergrepp. IVO förväntas komma med sitt beslut i mars 2023.

## Internkontroll

I arbetet med internkontrollen identifierar varje sektor sina riskområden.

Risk	Riskbeskrivning	Konsekvens-beskrivning	Åtgärder
Otillbörlig påverkan	Risk för otillbörlig påverkan på myndighetsbeslut genom exempelvis, påtryckningar, jäv, hot eller mutor.	Risken kan leda till rättsosäkerhet, ängslig organisation och dålig psykosocial arbetsmiljö.	Handledning och stöd till myndighetsutövare samt utbildning till förtroendevalda.
Informationssäkerhet och sekretess	Risk att känslig information om brukare och klienter kommer i fel händer eller läcker.	Risken kan leda till att lagstiftning inte åtlöds, såsom OSL och GDPR. Personuppgifts-incidenter kan uppstå.	Utbildning inom området.
Omställning i vården	Risk för att omställningen i vården går snabbare än vår förmåga att tillsätta kompetens som behövs.	Risken kan leda till ökade kostnader för styrning och ledning, samt eventuella kostnader för nya insatser för patienter.	Förstärkning av den medicinska kompetensen i ledningsfunktioner samt ökad omvärldsbevakning och planering för omställningen.
Organiserat bidragsfusk inom försörjningsstöd och personlig assistans	Organiserat bidragsfusk upptäcks inte.	Rättsosäkerhet och felaktiga beslut. Fördröningar av insatser.	Bevaka möjligheten att samköra register med andra myndigheter samt utveckla uppföljningen av externa utförare inom den personliga assistansen.

Bild 26. Sektorn för socialtjänst internkontroll

När det gäller risk för otillbörlig påverkan på myndighetsbeslut så har myndighetsutövare fått fortlöpande stöd och handledning under året. Förtroendevalda kommer att få utbildning under 2023.

Under 2022 har alla anställda uppmanats att gå den webbaserade kursen ”I allmänhetens tjänst”, där GDPR och OSL ingår i syfte att minska risken kring informationssäkerhet och sekretess.

För att motverka risken att inte ha tillräckligt med resurser för att hinna med i omställningen i vården har en planeringsledare med inriktning mot hälso- och sjukvård tillsatts för att förstärka den medicinska kompetensen.

När det gäller risken att organiserat bidragsfusk inom försörjningsstöd och personlig assistans inte upptäcks har uppföljningen utvecklats genom arbete med att inventera behov av nya rutiner samt förtydligande av egenkontroll inom försörjningsstöd skett under 2022 och inför 2023.

## Brukarundersökningar 2022

Med hjälp av brukarundersökningar får verksamheterna ett bra underlag för förbättringsarbete utifrån brukarnas upplevelse av stöd och kontakt med socialtjänsten. Resultat och jämförelser ger också insyn och jämförbar information om olika verksamheter. Brukarundersökningar genomförs inom äldreomsorgen, funktionshinder och Individ och familjeomsorg.

### Presentation av resultat

Resultatet i undersökningarna presenteras i färgerna rött, gult och grönt. Färgsättningen visar hur resultatet ligger till i jämförelse med andra kommuner, inte om kommunens resultat är bra eller dåligt.

- Bland de bästa 25 %
- Bland de mitterst 50 %
- Bland de sämsta 25 %
- Saknas data/resultat

## Vad tycker de äldre om äldreomsorgen - Socialstyrelsen

Socialstyrelsen genomför varje år (med undantag från 2021) en brukarundersökning för att undersöka hur äldre uppfattar äldreomsorgen. Enkäten skickas ut till alla över 65 år som har hemtjänst eller bor på särskilt boende.

På nationell nivå har resultaten för 2022 generellt förändrats i en negativ riktning eller förblivit oförändrade. Härryda kommun ligger bland de 25 procent bästa i landet, både inom hemtjänst och särskilt boende sett till helhetsbedömning. Enheterna har utifrån resultatet valt ut fokusområden att arbeta med under året.

Svarsfrekvensen för undersökningen var 57 procent inom hemtjänst och 49 procent inom särskilt boende.

### Hemtjänst

Hemtjänst äldreomsorg, andel (%)	2019	2020	2021	2022
Helhetssyn	92	91		92
Information om förändringar	69	67		55
Behov anpassas	74	77		74
Bemötande	97	98		97
Bra bemötande	77	78		77
Besväras ofta av ensamhet	12	14		11
Få kontakt med hemtjänstpersonalen	80	81		81
Förtroende för personalen	94	92		95
Hälsotillstånd	30	29		37
Hänsyn till åsikter och önskemål	89	93		87
Möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål	63	62		63
Möjlighet påverka tider	62	62		52
Personalen kommer på avtalad tid	87	89		82
Personalen utför sina arbetsuppgifter	86	91		91
Rörlighet inomhus	26	28		25
Svåra besvär av ångslan, oro eller ångest	10	8		5
Tillräckligt med tid	84	87		77
Hemtjänst äldreomsorg - trygghet	86	88		87
Trygghet (mycket trygga)	45	53		42
Välja utförare	44	46		40

Bild 27. Socialstyrelsen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen", hemtjänst

## Särskilt boende

Särskilt boende äldreomsorg, andel (%)	2019	2020	2021	2022
Helhetssyn	83	86		82
Möjligheten att komma utomhus	67	69		54
Sociala aktiviteter	73	62		52
Tillgång till sjuksköterska	62	60		48
Bemötande	93	96		94
Besväras ofta av ensamhet	18	23		26
Få kontakt med personalen på boendet	88	77		76
Förtroende för personalen	86	85		84
Hälsotillstånd	18	27		36
Hänsyn till åsikter och önskemål	87	86		84
Information om förändringar	52	54		38
Läkare vid behov	48	43		28
Maten	78	82		75
Måltidsmiljö	68	68		75
Möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål	58	48		36
Möjlighet påverka tider	63	70		52
Plats på äldreboende	88	87		88
Rörlighet inomhus	16	18		23
Tillräckligt med tid	75	75		70
Trivs med rum/lägenhet	75	76		68
Trivsamma gemensamma utrymmen	61	69		68
Trivsamt utomhus	65	76		70
Trygghet	85	90		93

Bild 28. Socialstyrelsen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen”, särskilt boende

## SKR:s nationella brukarundersökningar

Under september och oktober har SKR:s nationella brukarundersökningar genomförts inom områdena funktionshinder, individ och familjeomsorg samt placerade barn. Undersökningen för funktionshinder och placerade barn fokuserar på utförandet av insatser medan övriga har fokus på myndighetsutövningen.

### Funktionsstöd

Brucarundersökningen inom funktionshinder riktar sig till vuxna personer med funktionsnedsättning och insatser inom gruppboende eller serviceboende enligt LSS, boendestöd enligt SoL, daglig verksamhet enligt LSS, sysselsättning enligt SoL och personlig assistans enligt SFB/LSS. Undersökningen gällande personlig assistans omfattar de brukare som har kommunen som utförare. I övriga insatser ingår även resultat från kommunens externa utförare av driftentreprenader enligt LOU. Under 2022 genomfördes en pilotundersökning som gällde myndighetsutövningen inom LSS och SoL. Tyvärr var antalet besvarade enkäter för lågt för att få ett resultat. Total svarsfrekvensen för undersökningen var 49 procent. Svarsfrekvensen per enhet varierade mellan 71 procent för serviceboende som högst och 13 procent för boendestöd som lägst.



Kvalitetsområden	Gruppboestad LSS		Serviceboestad LSS		Daglig verksamhet LSS		Boendestöd SoL		Sysselsättning SoL		Personlig assistans LSS/SFB		
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	
	<b>Inflytande</b>												
Brukaren har varit med och bestämt alla sina assistenter	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	14	0
Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemm	77	63	88	87	77	72	82	80	91	85	*	*	
<b>Rätt stöd</b>													
Brukaren får den hjälp hen vill ha	86	74	75	83	79	90	76	90	91	92	100	60	
<b>Kommunikation</b>													
Personalen pratar så brukaren förstår	74	63	68	77	72	71	94	100	91	92	71	100	
All personal förstår brukaren	66	63	67	72	73	76	82	100	82	85	86	80	
<b>Omtanke</b>													
Personalen bryr sig om brukaren	89	89	74	83	85	84	88	100	91	100	100	100	
<b>Förtroende för personalen</b>													
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen	80	79	80	72	74	87	88	90	82	100	100	80	
<b>Trygghet</b>													
Brukaren är aldrig rädd för något	69	79	70	74	66	76	*	*	55	46	*	*	
<b>Trivsel</b>													
Brukaren trivs alltid hemma/med sin personal	80	68	75	87	83	84	88	100	100	100	100	80	
<b>Synpunkter</b>													
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt	91	79	84	81	94	94	71	70	100	100	100	100	
<b>Frihet</b>													
Brukaren kan göra den hen vill med hjälp av personal	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100	60	
<b>Betydelse</b>													
Verksamheten är viktig för brukaren	*	*	*	*	75	86	*	*	64	92	*	*	

Bild 29. Nationella brukarundersökningar funktionshinderområdet SKR

Goda resultat i jämförelse med andra – Härryda kommun bland de 25 procent bästa kommunerna

- *Rätt stöd* – daglig verksamhet, sysselsättning
- *Kommunikation* – boendestöd, sysselsättning, personlig assistans
- *Omtanke* – boendestöd, sysselsättning
- *Förtroende för personalen* – sysselsättning
- *Trygghet* – gruppboestad
- *Trivsel* – serviceboestad, boendestöd, sysselsättning, personlig assistans
- *Betydelse* – sysselsättning

Förbättringsområden i jämförelse med andra – Härryda kommun bland de 25 procent sämsta kommunerna

- *Inflytande* – gruppboestad, boendestöd
- *Rätt stöd* – gruppboestad, personlig assistans
- *Kommunikation* – gruppboestad daglig verksamhet
- *Omtanke* – daglig verksamhet
- *Trygghet* – sysselsättning
- *Trivsel* – gruppboestad
- *Synpunkter* – gruppboestad, boendestöd

### Individ- och familjeomsorg

Brukarundersökningen inom individ- och familjeomsorg har inriktning på kontakten med socialsekreteraren inom myndighetsutövningen. Den omfattar områdena social barn- och ungdomsvård, ekonomiskt bistånd samt missbruks- och beroendevård. Det saknas resultat för undersökning gällande social barn- och ungdomsvård som riktar sig till den unge själv (> 13 år) samt resultat för missbruks- och beroendevården, eftersom antal besvarade enkäter var för få. Svarefrekvensen i övrigt var: ekonomiskt bistånd 42 procent, social barn- och ungdomsvård (vårdnadshavare) 18 procent.

Kvalitetsområden	Ifo totalt		Barn- och ungdomsvård		Försörjningsstöd	
	Vårdnadshavare					
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Helhetssyn, andel (%)	93	95	93	95	93	95
Få kontakt, andel (%)	86	94	86	94	86	94
Tydlig information, andel (%)	100	86	100	86	100	86
Visar förståelse, andel (%)	83	79	83	79	83	79
Inflytande, andel (%)	100	89	100	89	100	89
Påverka hjälp, andel (%)	68	71	68	71	68	71
Förbättrad situation, andel (%)	65	63	65	63	65	63

Bild 30. Nationella brukarundersökningar Ifo SKR

Goda resultat i jämförelse med andra – Härryda kommun bland de 25 procent bästa kommunerna

- *Helhetssyn* – ifo totalt, barn- och ungdomsvård, försörjningsstöd

Förbättringsområden i jämförelse med andra – Härryda kommun bland de 25 procent sämsta kommunerna

- *Tydlig information* – ifo totalt, barn- och ungdomsvård, försörjningsstöd
- *Visar förståelse* – ifo totalt, barn- och ungdomsvård, försörjningsstöd
- *Förbättrad situation* – ifo totalt, barn- och ungdomsvård, försörjningsstöd

## Placerade barn

Brukarundersökningen riktar sig till placerade barn och unga i familjehem. Viss försämring har skett av resultatet för 2021. Svarsfrekvensen var 50 procent.

Kvalitetsområden

Placerade barn och unga, familjehem

	2021	2022
Brukaren får det stöd hen behöver för att det ska fungera i skola/praktik/arbete	92	83
Det finns någon vuxen brukaren kan prata med vid behov	100	88
Brukaren får den hjälp hen behöver med läxor	91	83
Brukaren får det stöd hen behöver för att ha en bra fritid	100	83
Brukaren får vara med och bestämma om saker som är viktiga för hen i boendet	100	86
Brukaren får det stöd hen behöver för att må bra	100	86
Brukaren känner sig trygg i boendet	100	86
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt i boendet	100	100
Brukaren får den hjälp hen behöver för att hålla kontakt med familj och vänner	90	100
Brukaren får den hjälp hen behöver för att få kontakt med sjukvård, andel (%)	100	88
Brukaren trivs i boendet	100	86
Brukaren får stöd att planera sin framtid	100	83

Bild 31. Nationella brukarundersökningar Placerade barn SKR

Goda resultat i jämförelse med andra – Härryda kommun bland de 25 procent bästa kommunerna

- *Brukaren vet om hen ska kontakta om något är dåligt i boendet*
- *Brukaren får den hjälp hen behöver för att hålla kontakt med familj och vänner*

Förbättringsområden i jämförelse med andra – Härryda kommun bland de 25 procent sämsta kommunerna

- *Brukaren får det stöd hen behöver för att det ska fungera i skola/praktik/arbete*
- *Brukaren får det stöd hen behöver för att ha en bra fritid*
- *Brukaren känner sig trygg i boendet*
- *Brukare får den hjälp hen behöver för att få kontakt med sjukvård*

## Kommunens kvalitet i korthet KKiK

Kommunens kvalitet i korthet redovisar och jämför resultat inom områden som är av stort intresse för invånarna. Ambitionen är att resultaten i ett övergripande perspektiv ska beskriva kommunens kvalitet och effektivitet i jämförelse med andra kommuner. KKiK ger en lägesbild av kommunen som kan utgöra grund för styrningen av kommunen, dialog med medborgarna samt för utveckling.

Nedan presenteras relevanta nyckeltal för sektorn för socialtjänst. I tabellerna används färgerna rött, gult och grönt för att visa hur ett resultat ligger till jämfört med andra kommuner. Några av nyckeltalen redovisas senare under året.

- Bland de bästa 25 %
- Bland de mitterst 50 %
- Bland de sämsta 25 %
- Saknas data/resultat

	2019	2020	2021	2022
<b>Stöd och omsorg</b>				
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - förbättrad situation, andel (%)	71	65	65	63
Ej återaktualiserade vuxna personer med försörjningsstöd ett år efter avslutat försörjningsstöd, andel (%)	85	89	84	79
Väntetid i antal dagar från ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärde	8	7	9	8
Kostnad individ- och familjeomsorg, kr/inv	4 114	3 952	3 784	
Väntetid i antal dagar från beslut till första erbjudna inflyttningsdatum avseende boende enl. LSS § 9.9, medelvärde	128	215	122	
Brukarbedömning boende LSS totalt - Brukaren trivs alltid hemma	75	77	77	82
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)	70	64	77	72
Kostnad funktionsnedsättning totalt (SoL, LSS, SFB), minus ersättning från FK enl SFB, kr/inv	6 453	6 498	6 345	
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	179	89	35	26
Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	16	16	16	14
Kvalitetsaspekter särskilt boende äldreomsorg, andel (%) av maxpoäng	76	76	76	100
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	83	86		82
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	92	91		92
Sjuksköterskor/plats i boende för särskild service för äldre, vardagar, antal	0,03			0,04
Kostnad äldreomsorg, kr/inv 80+	242 395	246 703	250 692	
<b>Samhälle och miljö</b>				
Resultat vid avslut i kommunens arbetsmarknadsverksamhet, deltagare som börjat arbeta eller studera, andel (%)	48	43	32	
Elever på SFI som klarat minst två kurser, av nybörjare två år tidigare, andel (%)	39	41	40	

Bild 32. Kommunernas Kvalitet i Korthet KKiK

## Öppna jämförelser

Öppna jämförelser gör det möjligt att jämföra socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens kvalitet med hjälp av indikatorer. Resultaten av jämförelserna ger insyn och kan användas för att följa upp, analysera och utveckla socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens verksamhet på olika nivåer.

Frågorna i den övergripande undersökningen utgår ifrån olika kvalitetsområden och huruvida socialtjänst och hälso- och sjukvårdens verksamhet bedrivs på ett säkert sätt, har helhetssyn och samordning, är jämlik och tillgänglig, är kunskapsbaserad, utgår från självbestämmande och integritet, personal och kompetensförsörjning, patientsäkerhet samt om det används standardiserade och systematiska arbetssätt. Det efterfrågas bland annat överenskommelser med andra myndigheter, specifika arbetsmetoder, standardiserade arbetssätt och kompetens. I 2022 års kvalitetsberättelse redovisas en kort sammanfattning från resultatet från den övergripande undersökningen, fördelat på styrkor, utvecklingsområden och förbättringar sedan föregående år.

### Styrkor

- Våld i nära relationer, rutiner finns för hantering vid indikation om våld från närstående, standardiserade bedömningsmetoder finns för att upptäcka våldsutsatthet
- Kommunal hälso- och sjukvård, rutiner och överenskommelser finns inom flertalet områden
- Systematiska arbetssätt inom handläggning och uppföljning

### Utvecklingsområden

- Systematiska arbetssätt för att utveckla verksamheten saknas inom verksamheterna (ISU, individbaserad systematisk uppföljning)
- Kunskapsbaserad socialtjänst, evidensbaserade arbetsmetoder erbjuds i låg utsträckning i socialpsykiatri, inom barn och ungdomsvård erbjuds/ används manualbaserade insatser i öppenvård och standardiserade bedömningsmetoder i låg utsträckning
- Uppsökande verksamhet sker inte för personer med psykiska funktionshinder, akut hemlösa och personer som riskerar förlora sitt boende
- Hemlöshet

### Förbättringar

- Ekonomiskt bistånd, användande av strukturerade utredningsmallar och antal planer för självförsörjning har ökat
- Funktionsnedsättning LSS, antal aktuella samverkansöverenskommelser har ökat, och rutin för anknytning till arbetsmarknad genom praktik eller arbete har tagits fram
- Barn och ungdomsvård, samverkansöverenskommelse med förskola är nu aktuell, socialsekreterare har fått utbildning i våld i nära relation det senaste året, placerade barn får information om sina rättigheter samt kontaktuppgifter till ansvariga
- Äldreomsorg, systematiska arbetssätt vid utredningar för personer i ordinärt och särskilt boende används (ICF struktur)

Åtgärder för utvecklingsområdena har prioriterats i sektorsplanen. Bland annat har ett arbete för att förbereda för systematisk individuppföljning genomförts. En inventering har gjorts i samtliga verksamheter gällande evidensbaserade arbetsmetoder, systematiska arbetssätt, samt manualbaserade insatser och standardiserade bedömningsmetoder. En intern vägledning och kunskapsbank har tagits fram och har publicerats på intranätet IDA.

# Mål för kvalitet och patientsäkerhet 2023

- **Socialtjänstens verksamhet ska bygga på individens självbestämmande och integritet**

Det innebär att den enskilde är delaktig, har inflytande och ges möjlighet till egna val.

- **Socialtjänstens verksamhet ska bygga på helhetssyn och samordning**

Helhetssyn utgår från den enskildes samlade livssituation. När den enskilde har behov av insatser från olika verksamheter, utförare och professioner är dessa samordnade. Det finns en tydlig ansvarsfördelning.

Insatserna präglas av kontinuitet.

SIP-implementeringen fortsätter inom ramen för vårdsamverkan i Göteborgsområdet. Fler SIP-utbildare ska utbildas och alla patienter/brukare som har behov av samordning ska få möjlighet till SIP.

- **Socialtjänstens verksamhet ska vara trygg och säker**

Insatserna utförs enligt gällande regelverk. Insatserna och myndighetsutövning är transparent, vilket innebär förutsägbarhet och möjlighet till insyn. Risk för brister i utförandet av insatser, kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom förebyggande arbete. Även risken för vårdskador ska förhindras och förebyggas. Fortsatt arbete med avvikelse-, risk-, synpunkts- och klagomålshantering ska ske. Hälso- och sjukvården ska vara personcentrerad och patienten en självklar samverkanspart. Det nya dokumentationssystemet, Treserva "Hälsoärende" och det processorienterade och personcentrerade arbetssätt som det innebär ska implementeras.

- **Socialtjänstens verksamhet ska vara kunskapsbaserad**

Kunskapsbaserad innebär att insatser utformas och utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den enskildes erfarenheter tas till vara.

- **Socialtjänstens verksamhet ska vara tillgänglig och jämlik**

Tillgänglig innebär att det är lätt att få kontakt med socialtjänsten och att få sina behov tillgodosedda inom rimlig tid. Information och kommunikation är begriplig och anpassad efter olika gruppers och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog.

Verksamheterna är fysiskt tillgängliga.

- **Socialtjänstens verksamhet ska vara effektiv**

Effektivitet innebär att resurserna nyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål för verksamheten. Under 2023 ska verksamheten fortsätta arbetet med att ta fram processer i syfte att skapa värde för de som vi är till för.