

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för
sektorn för socialtjänst i Härryda kommun
2021

4

2022VFN83

Välståndsnämnden

Datum
2022-03-08

Diarienummer
2022VFN83 709

Kvalitets- och patientssäkerhetsberättelse för sektorn för socialtjänst i Härryda kommun 2021

Förslag till beslut

Välståndsnämnden godkänner *Kvalitets- och patientssäkerhetsberättelse* för sektorn för socialtjänst i Härryda kommun 2021.

Sammanfattning av ärendet

I Härryda kommun är välståndsnämnden 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 2021 har en stor del av det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet fortsatt präglats av coronapandemin. Slutsatsen är att Härryda kommun vidtagit adekvata åtgärder för att begränsa smittspridning av covid-19. God kommunikation i linjen, mellan verksamhetsområden och sektorer, mellan arbetsgivare och fackliga representanter samt med närstående och externa aktörer har präglat arbetet med riskanalyser och handlingsplaner.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse 8 mars 2022
- Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för sektorn för socialtjänst i Härryda kommun 2021

Malin Johansson
Sektorschef

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för sektorn för socialtjänst i Härryda kommun 2021

Välfrädsnämnden, Sektorn för socialtjänst
Sektorschef Malin Johansson

Författare:
Medicinskt ansvarig sjuksköterska Linda Strandberg
Socialt ansvarig samordnare Ulrika Oschmann Pratz

Innehåll

Sammanfattning	3
Inledning	4
Gemensam kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse	4
Struktur och process	5
Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsens struktur	5
Organisation och ansvar i patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet	5
Organisationens arbete med informationssäkerhet	7
Övergripande mål och strategier	7
Samverkan för att förebygga vårdskador och kvalitetsbrister	9
Patienters, brukares och närståendes delaktighet	10
Kvalitetsledningssystem - systematiskt förbättringsarbete	10
Riskanalys	11
Egenkontroll	12
Organisationens arbete med klagomål och synpunkter	13
Rapporteringskyldighet	14
Utredning av händelser	15
Resultat och analys - Patientsäkerhet	16
Åtgärder för att nå uppsatta mål och öka patientsäkerheten	16
Resultat och analys	18
Resultat för egenkontroller för patientsäkerhetsarbete inklusive analys	19
Sammanställning av avvikelser inklusive analys	21
Sammanställning av klagomål och synpunkter inklusive analys	23
Sammanställning av händelser och vårdskador inklusive analys	24
Resultat av genomförda riskanalyser	24
Resultat och analys - Kvalitet	25
Åtgärder för att nå uppsatta mål och öka kvaliteten	25
Genomförda riskbedömningar	26
Genomförda egenkontroller	27
Klagomål och synpunkter	28
Rapporterade händelser och missförhållanden	29
Internkontroll	30
Brukarundersökning	31
Kommunens kvalitet i korthet KKIK	34
Öppna jämförelser och samverkan	35
Mål för kvalitet och patientsäkerhet 2022	36

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*. 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.

År 2021 har liksom 2020 varit präglad av Covid-19-pandemin, lärdomar från föregående år har givit lite större utrymme för förbättringsarbete än under pandemins inledande faser.

En ständigt återkommande utmaning är kompetensförsörjningen, att säkerställa tillgången på personal med adekvat kompetens tillses genom rekrytering, samplanering, fortbildning och validering.

Alla patienter/brukare i Härryda kommun har tillgång till vård och omsorg med god kontinuitet och vård och omsorg utförs med empati och kompetens. Härryda kommun verkar för en god, nära vård i samverkan internt och med externa aktörer.

Patientsäkerhet

Insatser för att skydda patienter, brukare och personal från covid-19 har fortsatt varit i fokus och under 2021 infördes bland annat möjlighet till självtestning med snabbtester på arbetstid inför arbetspass.

Vaccinationer har genomförts i samverkan med andra vårdgivare.

Arbetet mot en god och nära vård pågår. Psykiaritteamet har utbildats och prioriterade områden är under framtagande. En lokal handlingsplan för säker vård är framtagen.

Kvalitet

Socialtjänstens verksamheter har haft olika utmaningar under året och verksamheten har fokuserat på att säkerställa sina respektive grunduppdrag som innebär stöd och insatser till både 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.

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
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

Inledning

Gemensam kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Ett av målen och strategierna i förra årets patientsäkerhetsberättelse var att för 2021 skapa en gemensam kvalitets- och 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*. Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Därmed upprättas nu en sammanhållen kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse som omfattar både kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet som bedrivs inom sektorns socialtjänst-, LSS- och hälso- och sjukvårdsverksamhet.

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*.

Vad är patientsäkerhet?

Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, 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.

Struktur och process

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsens struktur

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet utgår från samma struktur för verksamhetens 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 och verksamhet enligt LSS som bedrivs i sektorn.

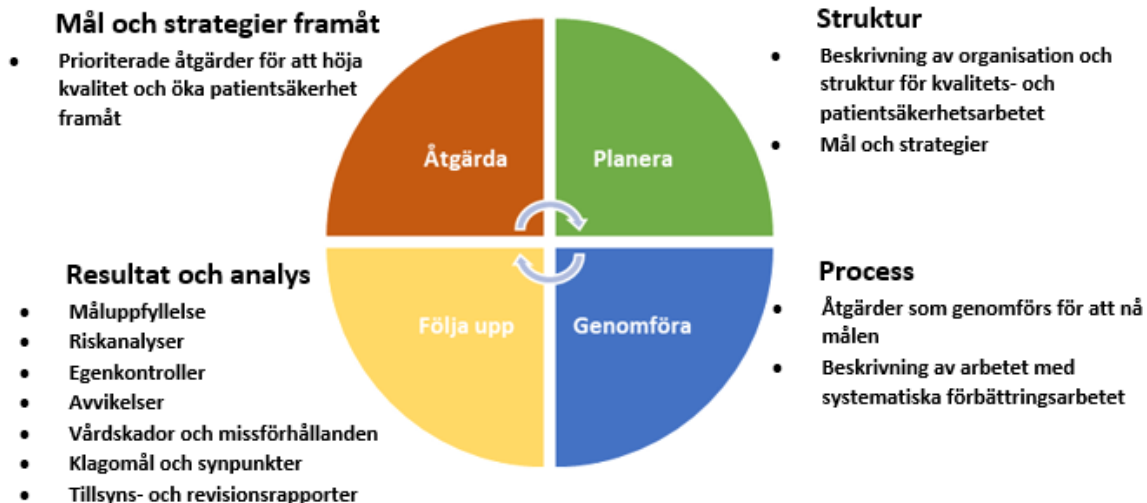


Bild 1. Beskrivning av kvalitet och patientsäkerhetsberättelsens struktur

Organisation och ansvar i patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet

Ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet följer ansvarsfördelningen i linjeorganisationen.

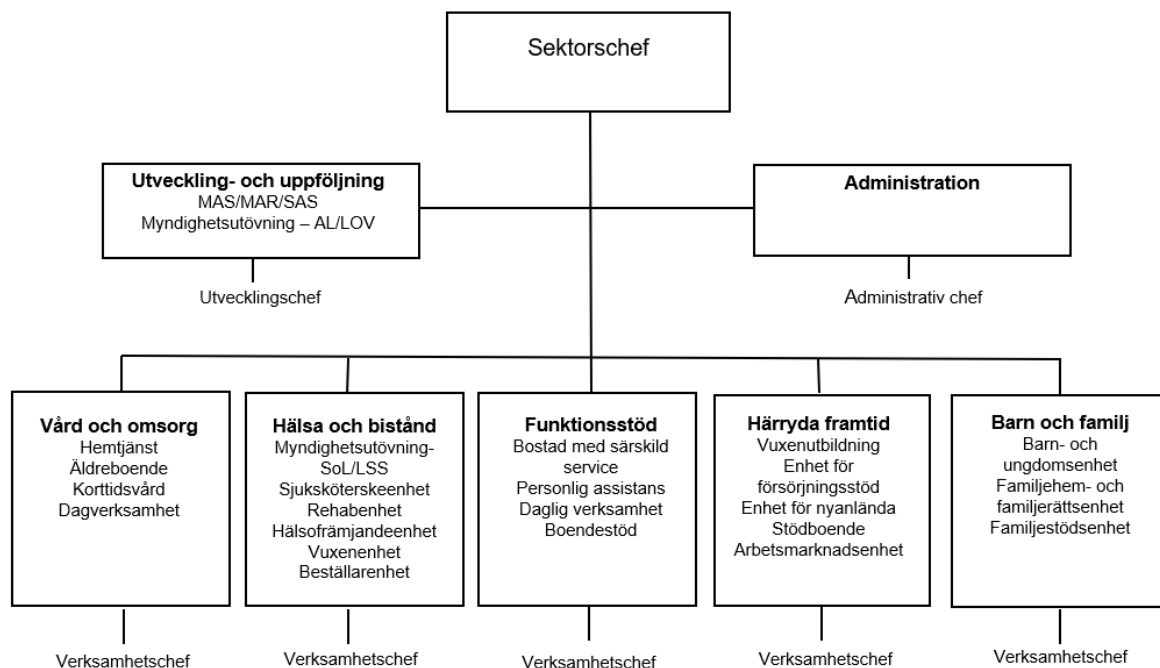


Bild 2. Organisationsträd sektor för socialtjänst

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 verksamheten, 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 kvalitetsledningssystemet.

Verksamhetschef enligt HSL, socialtjänst och LSS

Delegerat vårdgivaransvar och ledningen inom hälso- och sjukvård 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 Patientsäkerhetslagen 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, 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, 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 Härryda 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. Granskningarna har inte visat på någon olovlig/olämplig åtkomst av uppgifter. Riktad loggkontroll genomförs till följd av misstanke om felaktig personuppgiftsbehandling. Det finns säkerhetsrutiner för driftstopp, både oplanerade och planerade.

Arbete med att införa Framtidens vårdinformationsmiljö (FVM) inklusive verktyget 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**Övergripande mål och strategier från sektorsplanen**

Här redogörs för några mål, prioriteringar och fokusområden från sektorsplan 2021 som under året har påverkat det systematiska kvalitetsarbetet. För att förenkla beskrivs dessa i mål och strategier:

Mål: Kvaliteten inom äldreomsorgen ska öka.

Strategi: Säkerställa att det finns förutsättningar att leva ett så gott och aktivt liv som möjligt och därmed skapa ökad kvalitet inom äldreomsorgen. Vidta åtgärder för att säkerställa delaktighet, öka personkontinuitet samt en personcentrerad och patientsäker vård.

Mål: Kostnader för ekonomiskt bistånd ska minska.

Strategi: Processkartläggning av mottagningsprocessen i syfte att tydligt leda och styra mot riktningen egenförsörjning.

Mål: En socialtjänst – fokus på huvudprocesser och processer som är prioriterade

Strategi: Att förbättra den interna samverkan och samsynen mellan verksamheter och enheter med utgångspunkt från att klienten/brukaren ska få rätt insatser i rätt tid samt av en sömlös och enad socialtjänst.

Mål: Framtidens socialtjänst - ny socialtjänstlag

Strategi: Sektorns fokus under 2021 är att studera lagförslaget och sortera ut de förändringsförslag som medför ett större förändringsarbete i våra verksamheter för att anpassas till den nya lagen. Arbeta tillsammans med de förtroendevalda.

Mål: Digitalisering ”Digitalt först”

Strategi: Att följa den sektorsövergripande handlingsplan för digitalisering som har arbetats fram som syftar till att översiktligt beskriva de satsningar socialtjänsten fokuserar på 2021–2023.

Övergripande mål och strategier från patientsäkerhetsberättelsen

Nedan beskrivna mål för 2021 års patientsäkerhetsarbete togs fram utifrån resultat och analys av patientsäkerhetsarbetet 2020.

Mål: Fortsätta begränsa smittspridning av covid-19 i kommunens verksamheter.

Strategi: Förstärkta ledningsgruppsmöten (SLG). Fortsatt fördjupad samverkan internt och externt. Vid eventuellt utbrott arbeta efter framtagen strategiplan.

Mål: Förbättra hanteringen av rapporterade risker, avvikelser, klagomål och synpunkter.

Strategi: Införa nytt gränssnitt i avvikelssystemets analysdel. Varje enhetschef ska redovisa sammanställning av rapporterade avvikelser, inklusive kort analys, på enhetsnivå i Stratsys. Fördjupad kartläggning av störningar i digitalisering.

Mål: Upprätta och implementera lokal handlingsplan för fallprevention

Strategi: Utifrån dokumentet ”Nationell kraftsamling för att minska fall hos äldre” som SKR i samarbete med Socialstyrelsen och Livsmedelsverket arbetat fram ska Härryda kommun ta fram en lokal handlingsplan för fallprevention för att tydliggöra roller, ansvar och arbetssätt.

Mål: Upprätta lokal handlingsplan för säker vård.

Strategi: Att utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet ta fram en lokal plan för säker vård.

Mål: Genomföra patientsäkerhetskulturmätning.

Strategi: MAS, MAR och SAS genomför patientsäkerhetskulturmätning enligt mall från SKR.

Mål: Stärka samarbetet med externa aktörer.

Strategi: Ny beställarenhet inom sektorn för socialtjänst som i samverkan med MAS, MAR och SAS arbetar fram en struktur för uppföljning av patientsäkerhet och kvalitet hos de externa aktörerna.

Mål: Säkerställa tillgång till medarbetare med rätt kompetens

Strategi: Samplanering för vård och omsorg ska starta upp.

Validering och äldreomsorgslyftet där medarbetare kan utbilda sig till undersköterska del av sin arbetstid. Kompetensutvecklingsprogram för medarbetare inom funktionsstöd och vård och omsorg ska utvecklas och följas. Projekt Händerna på ryggen fortsätter för förändrade arbetssätt och förbättrat teamarbete.

Mål: Utveckla psykiatriteamets arbetssätt.

Strategi: Fortsatt arbete enligt beslutad strategiplan.

Mål: Lokal samverkan kring personer med utåtagerande beteende.

Strategi: Fortsatta samverkansmöten mellan kommun och vårdcentraler för att utveckla arbetssätt.

Mål: Fortsätta förbättringsarbetet i den palliativa vården.

Strategi: Palliativa gruppen fortsätter att försöka hitta bästa möjliga sätt att säkerställa god och säker vård i livets slut samtidigt som registreringar i palliativa registret blir korrekta

Mål: Skapa en gemensam patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse.

Strategi: Patientsäkerhetsarbete är en del av kvalitetsarbetet, båda perspektiven tar sin utgångspunkt i samma struktur för verksamhetens ledning och styrning samt krav på att bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete, som det gemensamma ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete innebär. Kvalitetsberättelsen utgår bland annat från de sex områden för god kvalitet inom socialtjänsten som Socialstyrelsen och SKR har tagit fram. Områdena är självbestämmande och integritet, helhetssyn och samordning, trygghet och säkerhet, kunskapsbaserad verksamhet, tillgänglighet och effektivitet.

Samverkan för att förebygga vårdskador och kvalitetsbrister

Extern samverkan

I patientsäkerhetsarbetet 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.

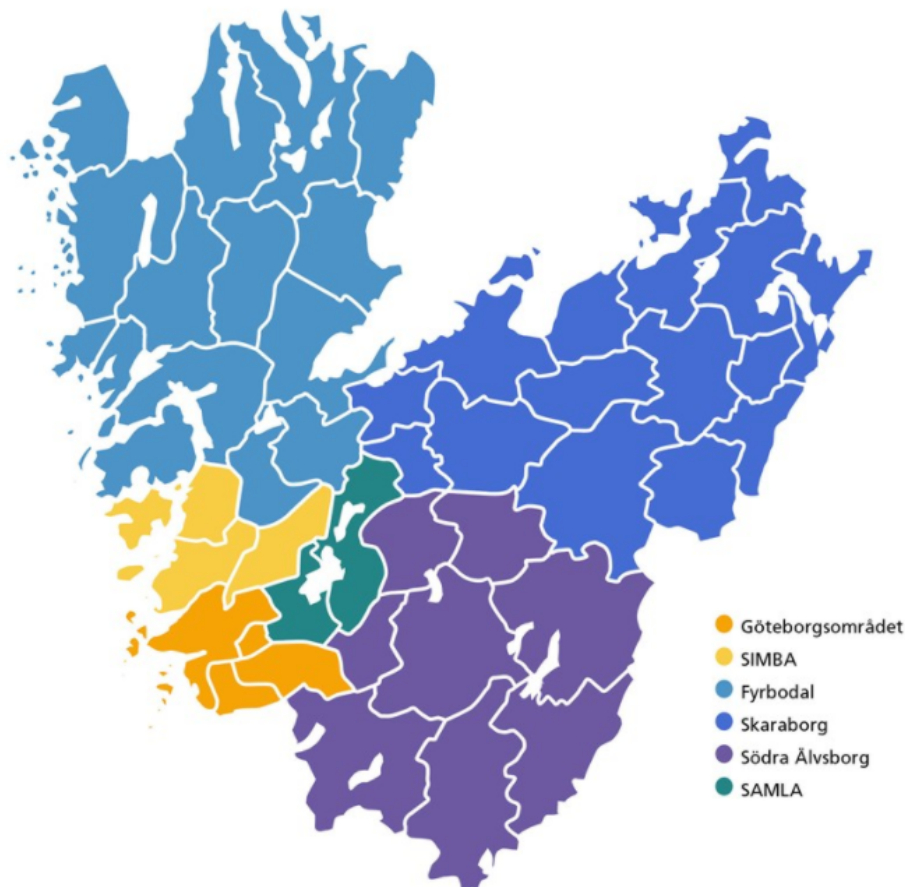


Bild 3. Vårdssamverkan, källa: www.vardssamverkan.se/Goteborgsomradet

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, Folk tandvården, Vårdhygien och Smittskydd Västra Götaland, brukar-/patientorganisationer med flera.

Kommunal avtalssamverkan regleras i kommunallagen (KL) och innebär sedan 2018 en möjlighet för kommuner och regioner att ingå samverkansavtal. Målsättningen med kommunsamverkan är bl a att skapa bättre förutsättningar för att upprätthålla rätt kompetens, verksamhetsutveckling samt dimensionera aktuella verksamheter utifrån specifika krav och behov. Från och med oktober 2021 samordnas Härryda kommuns familjerätt med Mölndals stad och Partille kommun i en gemensam familjerättsenhet

geografiskt placerad i Partille. Andra exempel på kommunsamverkan är gemensam överförmyndarnämnd, socialjour, handläggning av serveringstillstånd och dödsbohandläggning. Härryda kommun ingår även i Samordningsförbundet tillsammans med Västra götalandregionen, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Mölndals stad samt kommunerna Partille, Lerum och Alingsås. Härryda kommun har också avtal om med Västra Götalandsregioner avseende Ungdomsmottagningen. Kontinuerligt arbete pågår för att utveckla fler områden för kommunsamverkan. Chefer och medarbetare träffas också i olika kommunövergripande nätverk.

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.

Patienters, brukares och närståendes delaktighet

Organiserade samverkansforum med representanter från intressegrupper finns i form av råd; funktionshinderrådet och pensionärrådet.

Samverkan med brukare/patient sker genom upprättande av individuell genomförandeplan (IGP), planen utvärderas kontinuerligt.

Samverkan med patient och närstående i den kommunala hälso- och sjukvården sker organiserat i samband med inskrivning genom vårdplanering eller SIP-möte, liksom om behov av SIP eller vårdplanering uppstår under vårdtiden.

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 vilken brukare/patient samt närstående ska 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 förtutse 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 socialtjänst, hälso- och sjukvård, hälsofrämjande vård, stödprocesser och ledningsprocesser.

Enhetschefer planerar, leder och följer upp sitt kvalitetsarbete i enhetsplaner och enhetsberättelser i Stratsys för att säkerställa verksamhetens grunduppdrag. I enhetsplanerna konkretiseras kommunikationsområden, 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 verksamhet ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att det kan inträffa händelser som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Vid riskanalys uppskattas sannolikheten för att en händelse ska inträffa och en bedömning görs av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Riskanalys ska utföras vid upptäckter av risker/avvikelser eller när chef eller medarbetare upplever att det finns en risk för brister vid ett visst moment eller aktivitet i en process, exempelvis vid organisationsförändringar, förändringar i lagstiftning, införande av ny teknik, ny medicinteknisk utrustning eller nya 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. Riskerna kan identifieras och planeras på sektors-, verksamhets- eller enhetsnivå. Riskerna som registreras på sektors- eller verksamhetsnivå fördelas till enhetsnivå för att bedömas där. Varje risks riskvärde 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

Under 2021 har totalt 132 risker identifierats och registrerats i Stratsys. I diagram i ”bild 5” framgår i vilka processer och aktiviteter riskerna har identifierats. Av de 132 riskerna har 68 riskbedömts.

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, hygien efterlevnad och uppsökande tandvård.

Antal risker som har identifierats per process 2021

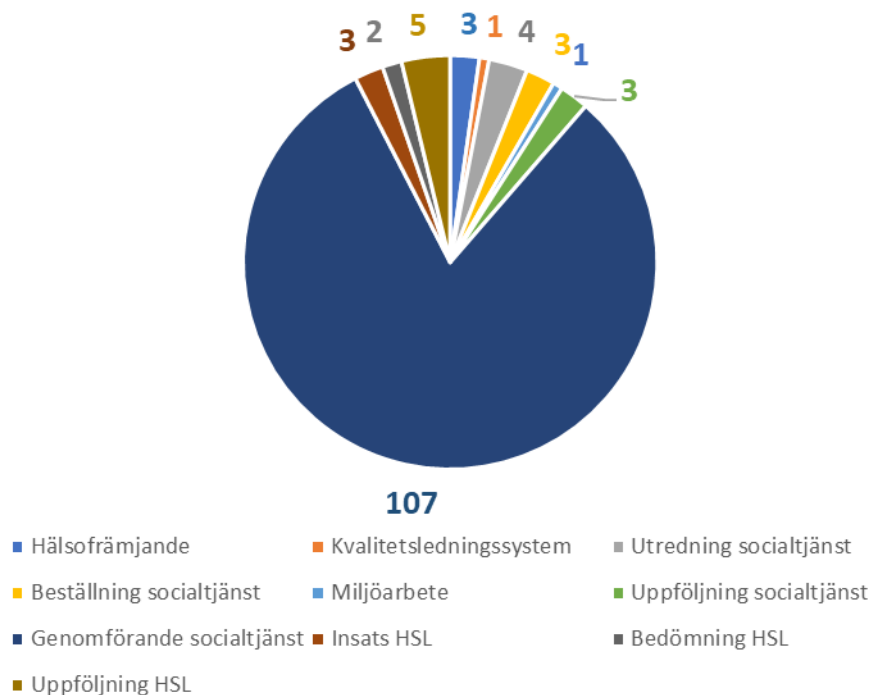


Bild 5. Fördelning av identifierade risker per process

Riskbedömningar har genomförts i förhållande till förändringar i verksamheterna, i och mellan enheter och inför återgång till ordinarie verksamhet, som exempelvis när verksamheter öppnats upp igen efter förändringar i restriktioner.

Utöver risker kopplade till coronapandemin ses kompetensförsörjningen som riskfylld då det finns svårigheter att rekrytera och behålla kompetent personal. Här sker ett ständigt arbete med att riskanalysera, både på enhetsnivå, verksamhetsnivå och sektorsnivå och plan för strategisk kompetensförsörjning sammanställs varje år på sektorsnivå.

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

Riskanalys genomförs enligt processen i ”Bild 6”.

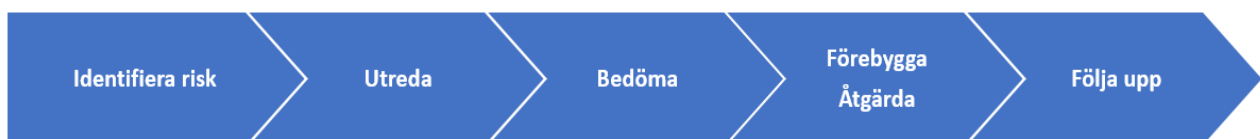


Bild 6. Process för riskhantering

Egenkontroll

Med egenkontroll menas systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamhetens resultat samt 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 frekvensen med vilken dessa genomförs varierar beroende på verksamhet. Vissa egenkontroller är gemensamma för alla verksamheter. När vi

deltar i kvalitetsundersökningar som Öppna jämförelser, KKiK och brukarundersökningar och jämför resultatet med andras är detta också en form av egenkontroll.

I Stratsys planeras egenkontrollerna med utgångspunkt från ledningssystemets processer och aktiviteter. 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 2021 har totalt 340 egenkontroller planerats och fördelats utifrån 56 unika egenkontroller. Av de 340 egenkontrollerna har 251 hanterats. I diagram i ”bild 8” nedan visas i vilka processer egenkontrollerna har planerats.

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

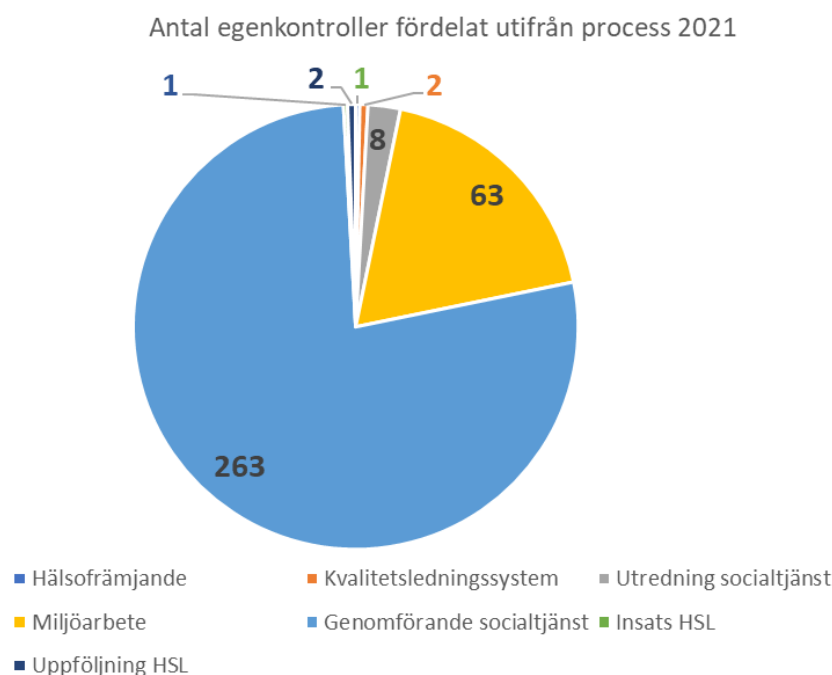


Bild 7. Antal egenkontroller fördelat per process

Egenkontrollerna genomför enligt processen i ”Bild 8”.



Bild 8. 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 samt bidra till verksamhetens ständiga förbättring. Negativa klagomål/synpunkter ska handläggas och dokumenteras. Gällande positiva synpunkter finns inget dokumentationskrav men dessa bör tas tillvara av verksamheten som goda exempel.

Klagomål eller synpunkter kan inkomma till sektorn på flera sätt, via den så kallade Synpunkten på kommunens hemsida, Patientnämnden, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), telefon till olika befattningshavare, e-post eller brev, enkät i samband med palliativ vård eller vid personligt möte. När enskilda lämnat klagomål och synpunkter som avser socialtjänsten till IVO, vidarebefordras dessa till kommunen och förväntas hanteras enligt sektorns rutiner. Om klagomål och synpunkter som gäller en extern utförare verksamhet inkommer till kommunen ska dessa överlämnas till den externa utföraren. Undantag är när klagomålen och synpunkterna gäller hälso- och sjukvård och verksamheten i fråga har kommunal hälso- och sjukvård.

Kontinuerligt arbete med att säkerställa klagomåls- och synpunktshandlingen sker. Under 2021 har Treserva anpassats så att medarbetare och chefer kan registrera de klagomål och synpunkter som inkommer direkt till enheterna i systemet. Syftet är att underlätta dokumentationen och för att säkerställa rapporteringen som en del av den övriga avvikelshantering. Information om hur man lämnar klagomål eller synpunkter finns på kommunens hemsida, samt anslaget ute på enheterna, där finns också information om hur man kontaktar Patientnämnden. Rutinen för hantering av klagomål och synpunkter har under året kompletterats med instruktioner för hur hantering av de klagomål/synpunkter som gäller externa utförare verksamhet ska ske.

Oberoende av hur klagomål eller synpunkt inkommer ska ärendehantering ske enligt processen beskriven i "Bild 9". 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 medarbetargrupper, som ett underlag för verksamhetsförbättring.



Bild 9. 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 förbättringsbehov och ska hanteras systematiskt av ansvarig enhetschef. Alla avvikelser ska utredas, analyseras och återkopplas inom berörda enheter och ska utgöra underlag för förbättringsarbete. I "bild 10" framgår processen för avvikelshantering samt ansvarsfördelning för de olika delarna.



Bild 10. Avvikelseprocess

Under 2021 har Treservas avvikelsemodul uppdaterats i syfte att tydliggöra processen för avvikelshantering när det gäller aktiviteterna utreda, bedöma, åtgärda och följa upp händelser och risker. Utbildning till enhetschefer inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS har genomförts i samband med förändringen.

Under 2021 har också möjligheten att registrera avvikelser "ej person" lagts till. Det vill säga vid händelser som riskerar att påverka eller påverkar flera brukare.

Samverkanavvikelser mellan vårdgivare har under 2021 börjat rapporteras i Västra Götalandsregionens avvikelssystem MedControl Pro. Gemensamma rutiner för samverkansavvikelser har tagits fram inom vårdsamverkan.

Externa aktörer som utför kommunal hälso- och sjukvård ska rapportera avvikelser i kommunens verksamhetssystem Treserva. När det gäller händelser vid utförande av SoL eller LSS insatser förväntas externa utförare ha sitt eget ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och ska i stället årligen rapportera sin avvikelsestatistik till kommunen.

Utredning av händelser

Inträffade vårdskador och missförhållanden följs upp systematiskt via genomgång av inkomna klagomål och synpunkter och avvikelserrapporter. Sammanställning och analys av avvikelser/händelser för kommunen i stort genomförs av MAR, MAS och SAS. Syftet är att medvetenheten kring riskidentifiering och bakomliggande orsaker ska öka och syftar till att patientsäkerhet och kvalitet ska stå i fokus.

Vårdskada definieras i patientsäkerhetslagen (PSL, 2010:659) "*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 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 ställningstagande till beslut till verksamhetschef. Verksamhetschef fattar utifrån SAS ställningstagande beslut om eventuell anmälan till IVO.

Resultat och analys - Patientsäkerhet

Varje år drabbas 100 000 patienter nationellt av vårdskador. På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen har 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 11. 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.

Åtgärder för att nå uppsatta mål och öka patientsäkerheten

Begränsa smittspridning av covid-19 i kommunens verksamheter

För att minska risken för att symptomfria men Covid-19-smittade medarbetare befunnit sig bland kollegor och brukare/patienter infördes möjlighet till snabbtest före arbete, tiden för testning och testanalys inkluderades i arbetstiden. Vaccinationer av brukare och patienter har genomförts i enighet med folkhälsomyndighetens rekommendationer och i samverkan med övriga vårdgivare i kommunen. Under 2021 har socialtjänstens ledningsgrupp haft extra möten varje vecka. Mötena har förstärkts med kommunikatör, personalvetare och MAS. Inom ramen för NOSAM har vårdsamverkansmöten som förstärkts med representant för Sahlgrenska universitetssjukhuset genomförts med ökad frekvens.

Förbättra hanteringen av rapporterade risker, avvikelser, klagomål och synpunkter

För att öka kunskapen om inträffade vårdskador behöver hanteringen av rapporterade risker, avvikelser, klagomål och synpunkter förbättras. En del i det arbetet har varit att införa ett nytt gränssnitt i analysdelen av avvikelssystemet (Treserva) och att ta fram och genomföra utbildning för enhetschefer. Samtidigt har rapporteringen av klagomål och synpunkter förenklats genom att dessa kan rapporteras av den medarbetare som tar emot klagomål/synpunkt i samma system som avvikelser och risker rapporteras. Redovisning av avvikelser inklusive kort analys görs i Stratsys.

Avvikelser i samverkan med externa vårdgivare/huvudmän rapporteras i Västra Götalandsregionens avvikelssystem MedControl PRO, vilket underlättar processen.

Upprätta och implementera lokal handlingsplan för fallprevention

Utifrån dokumentet "Nationell kraftsamling för att minska fall hos äldre" som SKR i samarbete med Socialstyrelsen och Livsmedelsverket arbetat fram har Socialtjänsten i Härryda kommun tillsatt en arbetsgrupp och börjat arbetet med att ta fram en lokal handlingsplan för fallprevention för att tydliggöra roller, ansvar och arbetssätt.

Upprätta lokal handlingsplan för säker vård

En arbetsgrupp har utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet arbetat fram en lokal plan för säker vård.

Genomföra patientsäkerhetskulturmätning

MAS, MAR och SAS har påbörjat en plan för att mäta patientsäkerhets- och hos medarbetarna inom sektorn för socialtjänst i Härryda kommun.

Stärka samarbetet med externa aktörer

En ny Beställarenhet har upprättats och arbetar med konkurrensutsättning och avtalsuppföljning inom sektorn för socialtjänst. Arbete med att utforma beställningar, avtal och uppföljning därav, har påbörjats i samverkan med MAS, MAR och SAS.

Säkerställa medarbetare med rätt kompetens

För att använda den kompetens som finns i verksamheterna på bästa och mest effektiva sätt fortsätter införandet av samplanering som påbörjades 2020. Allt fler enheter ingår, både inom funktionsstöd och vård och omsorg. Utbildning till undersköterska på arbetstid sker genom Äldreomsorgslyftet. För utsedda vårdbiträden med stor erfarenhet ges denna möjlighet genom validering.

Arbetet med projektet Händerna på ryggen, sektorns utbildningsprojekt för rehabiliterande arbetssätt, har fortsatt under 2021. Efter projektets avslut övergår projektet till ordinarie verksamhet. Intern fortbildningsplan finns.

Utveckla psykiatriteamets arbetssätt

Psykiatriteamet har under 2021 utbildats inom områden som sekretess, samordnad individuell planering (SIP), samsjuklighet m.m. Teamet har påbörjat arbetet med att ta fram förslag till prioriterade arbetsområden för att gynna målgruppen.

Lokal samverkan kring personer med utmanande beteende

Utveckling av gemensamt arbetssätt avseende utmanande beteende pausades med anledning av pandemin.

Fortsätta förbättringsarbetet i den palliativa vården

Palliativa gruppen har fortsatt att försöka hitta bästa möjliga sätt att säkerställa god och säker vård i livets slut. Planeringsarbete för införande och implementering av Specialiserad palliativ vård i hemmet, ett samverkansarbete med Västra Götalandsregionen för att stärka den palliativa vården och göra den jämlik i regionen har påbörjats.

Skapa en gemensam patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse

Genomfört.

Åtgärder som ej är direkt kopplade till målen

En fördjupad undersökning kring utebliven signering av HSL-insats (främst läkemedelsadministration) har genomförts och åtgärder satts in för att minska antalet händelser av typen utebliven signering. Undersökningen visade på att utebliven signering ofta kunde härledas till handhavandefel och förtydliganden har gjorts avseende hur omvårdnadspersonalen ska agera när de inte kan signera i Treserva app.

Resultat och analys

Måluppfyllelse

Mål: Fortsätta begränsa smittspridning av covid-19 i kommunens verksamheter.

- Uppfyllt.

Mål: Förbättra hanteringen av rapporterade risker, avvikelser, klagomål och synpunkter.

- Uppfyllt. Kontinuerligt arbete.

Mål: Upprätta och implementera lokal handlingsplan för fallprevention

- Ej uppfyllt. Arbetet påbörjat.

Mål: Upprätta lokal handlingsplan för säker vård.

- Uppfyllt.

Mål: Genomföra patientsäkerhetskulturmätning.

- Ej uppfyllt. Planering påbörjad.

Mål: Stärka samarbetet med externa aktörer.

- Delvis uppfyllt.

Mål: Säkerställa tillgång till medarbetare med rätt kompetens.

- Delvis uppfyllt.

Mål: Utveckla psykiaritteamets arbetssätt.

- Uppfyllt.

Mål: Lokal samverkan kring personer med utåtagerande beteende.

- Ej uppfyllt. Arbetet pausat på grund av pandemin.

Mål: Fortsätta förbättringsarbetet i den palliativa vården.

- Delvis uppfyllt, arbete fortgår.

Mål: Skapa en gemensam patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse.

- Uppfyllt.

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	Enkäten har skickats ut en gång under 2021. Resultatet visade på god följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.	<i>Arbetet med god hygien har främjats av pandemin, då hygien, klädregler och skyddsutrustning ständigt varit aktuellt.</i>
Alla brukare ska ha fått erbjudande om munhälsobedömning	1 gång/år Alla enheter som bedriver kommunal hälso- och sjukvård i egenregi	Stratsys	100% av brukarna har fått erbjudande	<i>Egenkontrollen genomförd enligt plan och visar god följsamhet till rutinen kring munhälsobedömning.</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 2021 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 på grund av coronapandemin.</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 12. Egenkontroller

Egenkontroll självskattning basala hygienrutiner och klädregler

Under våren genomfördes en central egenkontroll avseende basala hygienrutiner, en enkät gick ut till medarbetare inom kommunal hälso- och sjukvård, funktionsstöd och vård och omsorg. Enkäten besvarades av 582 medarbetare av cirka 790, en svarsfrekvens på ca 74%. Enkäten bestod av fler frågor än de som här redovisas. I denna redovisning av självskattad följsamhet till basala hygienrutiner framgår inte vilken typ av brukarnära arbete som avses. Resultat bedöms som gott.

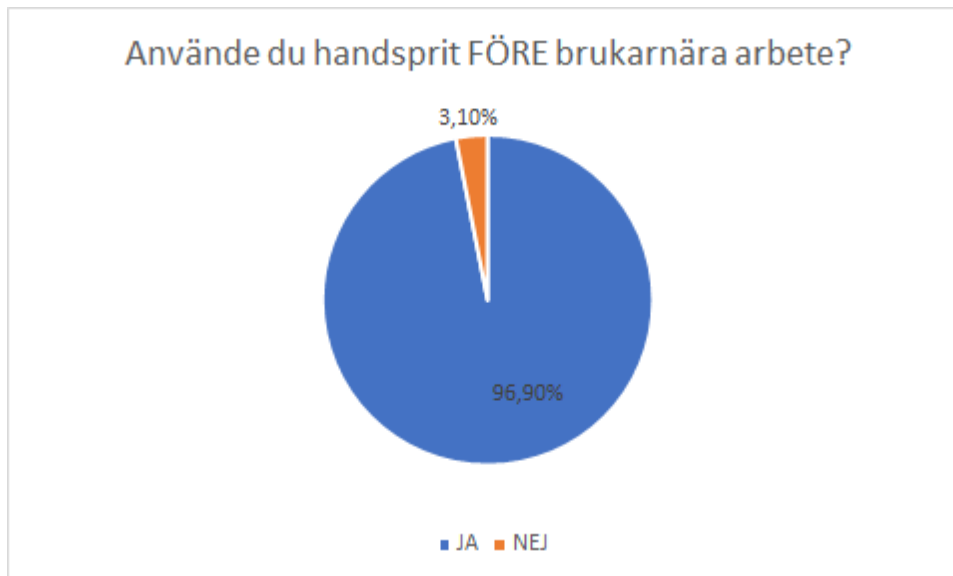


Bild 13. Självskattning användning av handdesinfektionsmedel före brukarnära arbete

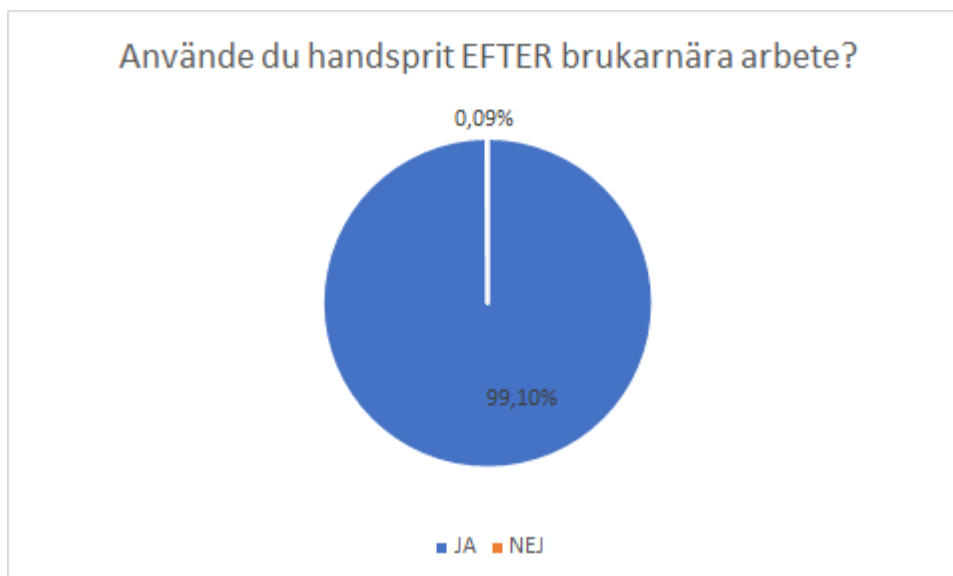


Bild 14. Självskattning användning av handdesinfektionsmedel efter brukarnära arbete

Egenkontroll Palliativ vård

När det gäller hälso- och sjukvård, såsom palliativ vård, är kommunen inte ensamt ansvarig. Vid vårdinsatser som kräver annan kompetens än leg. sjuksköterska, leg. fysioterapeut och leg. arbetsterapeut på primärvårdsnivå, sker vården i samverkan med andra vårdgivare och yrkeskategorier och därför är kommunen inte ensamt ansvarig för resultatet av egenkontroller som visas i "bild 15".

Kvalitetsindikator palliativa registret	Målvärde %	Resultat % 2018	Resultat % 2019	Resultat % 2020	Resultat % 2021	Analys
Dok. brytpunktssamtal	98,0	71,6	78,2	80,7	84,2	Förbättrat men en bit från målvärdet
Ord. inj. stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	96,3	98,9	97,6	98,0	Förbättrat, målvärdet uppnått
Ord. inj. ångestdämpande vid behov	98,0	95,1	97,7	97,6	97,0	Nästintill oförändrat, nära målvärdet
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	38,3	54,0	61,4	55,4	Försämrat, långt från målvärdet
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	35,8	66,7	47,0	62,4	Förbättrat, men långt från målvärdet
Utan trycksår (grad 2-4)	90,0	88,9	93,1	90,4	93,1	Förbättrat och över målvärdet
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	91,4	92,0	92,8	96,0	Förbättrat, över målvärdet

Bild 15. Egenkontroller Palliativ vård

Sammanställning av avvikelser inklusive analys

Totalt rapporterades 4044 avvikelser, oavsett lagrum, under år 2021. Elva procent (459) av dessa under lagrum SoL/LSS och 89 procent (3585) under lagrum HSL. Föregående år var andelen SoL/LSS avvikelser högre. Det totala antalet avvikelser är något lägre än år 2020 (4657 avvikelser).

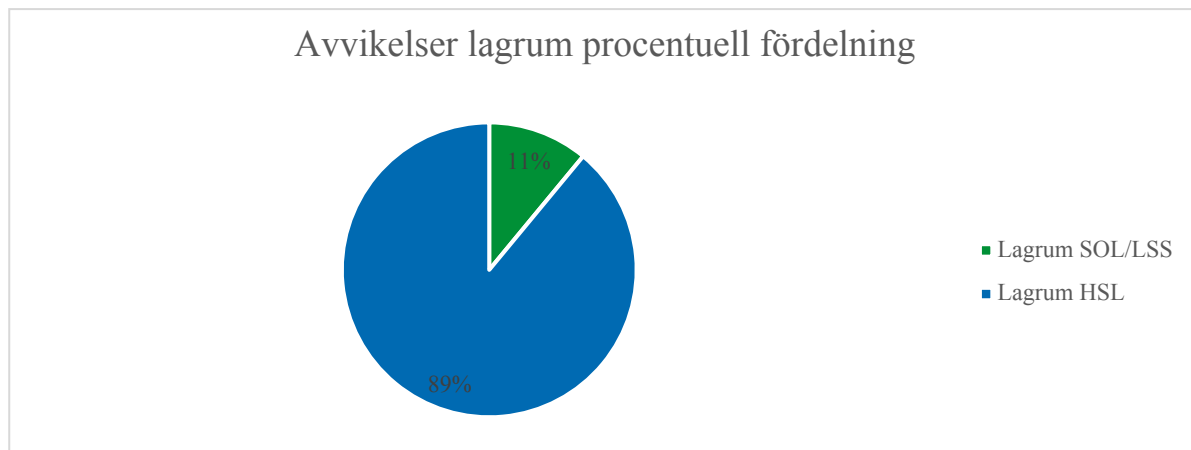


Bild 16. Avvikelse fördelat mellan lagrum

De stora avvikelseposterna inom hälso- och sjukvårdsområdet är fortsatt fall och läkemedelshändelser, liksom det sett ut tidigare år. Fördelningen av avvikelser inom HSL visas i "bild 17".

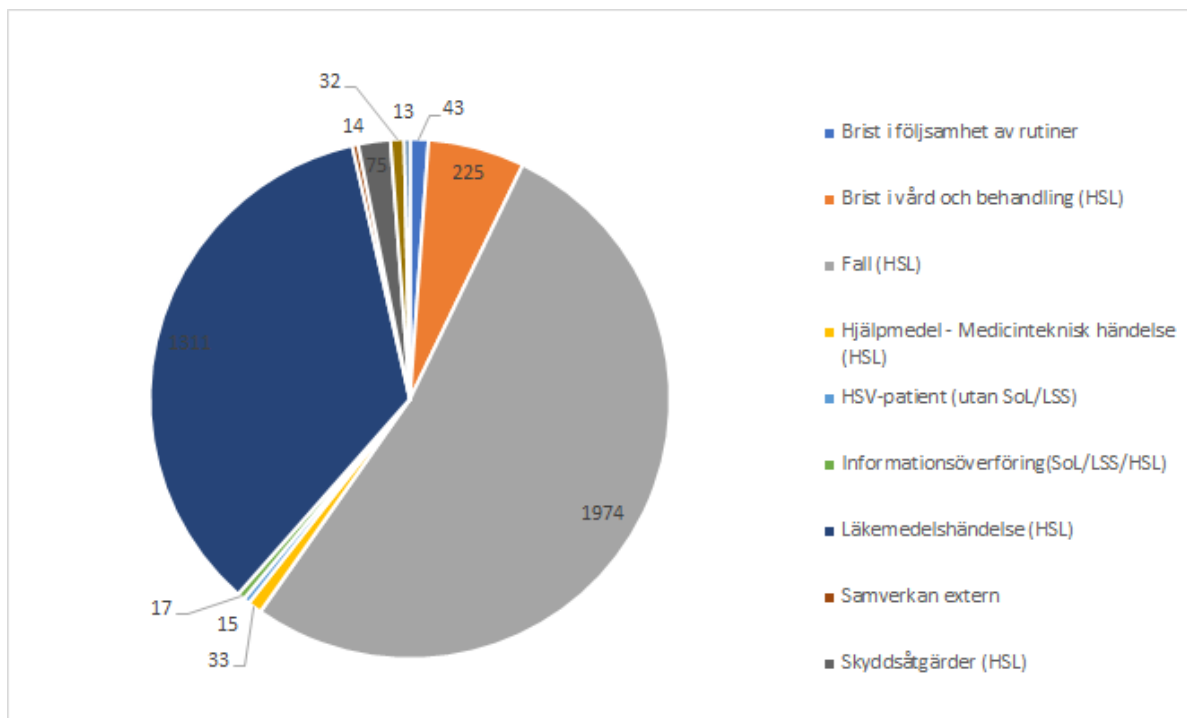


Bild 17. Avvikelsefördelning inom lagrum HS

Antalet läkemedelsavvikelser har minskat jämfört med föregående år, vilket sannolikt kan härledas till insatserna som genomförts för att komma till rätta med problemen kring utebliven signering har haft effekt.

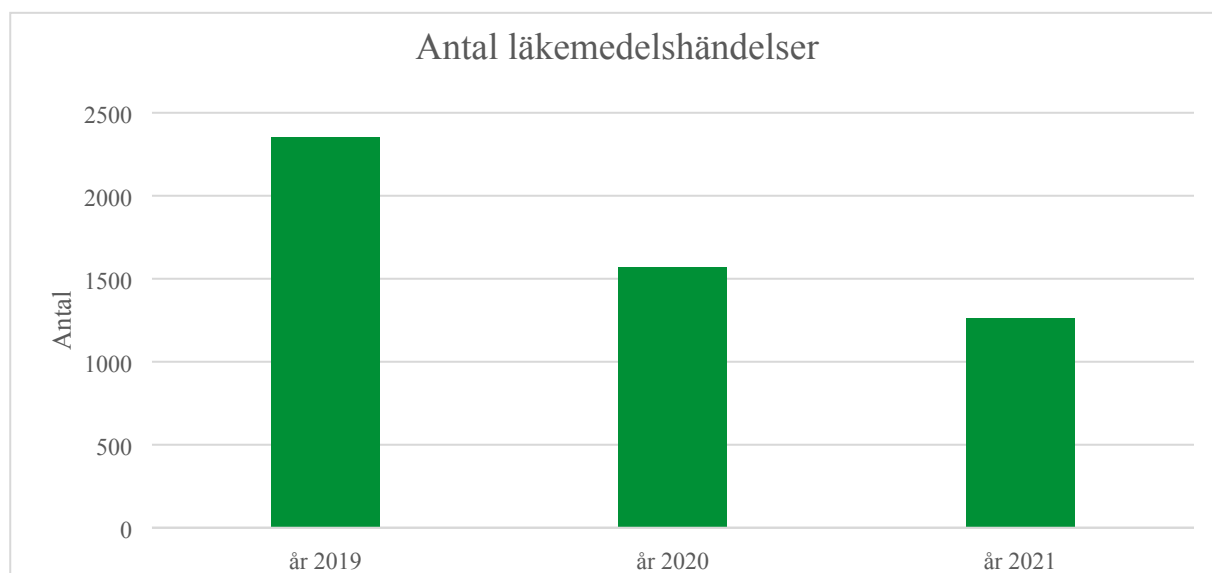


Bild 18. Antal läkemedelsavvikelser

Antalet fall som rapporterats under året är något högre än tidigare år, men antal frakturer till följd av fall är lägre. Antalet frakturer är dock så lågt att inga slutsatser kan dras.

År	2018	2019	2020	2021
Totalt antal fallavvikelser enligt SoL, LSS och/eller HSL	1733	1818	1826	1974
Antal fall som ledde till fraktur	18	9	10	6

Bild 19. Fall som lett till fraktur

Avvikelser i samverkan med regionen och andra vårdgivare rapporteras sedan 1 april 2021 i Västra Götalandsregionens avvikelssystem MedControl Pro, innan dess rapporterades samverkansavvikelser manuellt enligt tidigare rutin. Totalt har 31 samverkansavvikelser rapporterats under 2021, vilket innebär en ökning både för inkomna respektive skickade. Anledningen till ökningen skulle kunna bero på det förenklade sättet att rapportera och att det funnits en underrapportering tidigare, samt att samverkan med andra vårdgivare/huvudmän blir allt viktigare i övergången till Nära vård och allt mer samverkan krävs. Rapporterna som inkommit till Härryda kommun har främst handlat om brist i information i remisser, eller annan informationsöverföring. De avvikelser som Härryda kommun rapporterat avser främst brister i samverkan i in- och utskrivningsprocessen och uteblivet deltagande vid SIP.

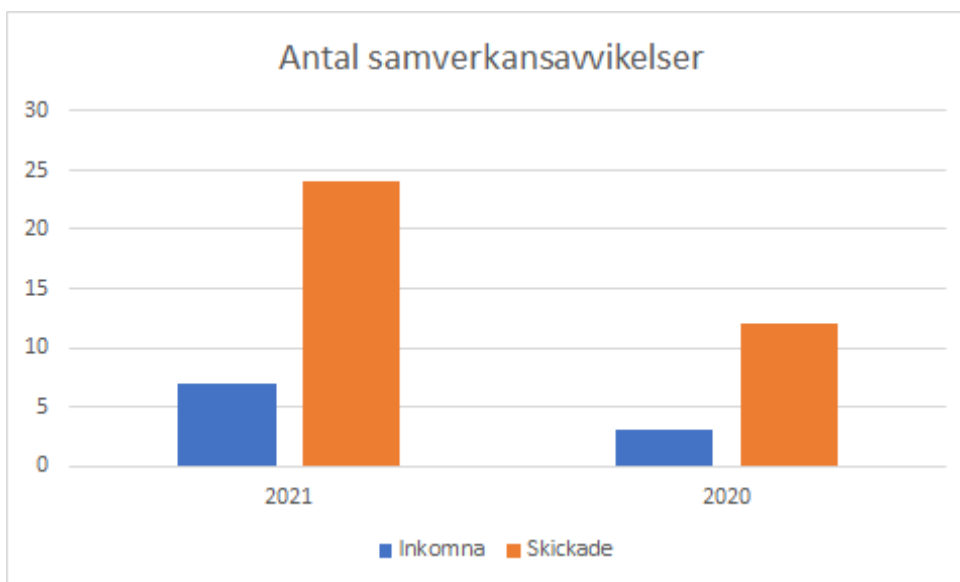


Bild 20. Samverkansavvikelser

Sammanställning av klagomål och synpunkter inklusive analys

Fem klagomål/synpunkter kring den kommunala hälso- och sjukvården har inkommit/rapporterats inom ramen för kvalitetsledningssystemet. Av dessa handlar ett om dåligt bemötande i kontakten med den kommunala hälso- och sjukvården. Övriga fyra avser medicinska behandlingar och bedömningar, utredning har visat att de konsekvenser de klagande kopplat till behandling och bedömning eller utebliven behandling och bedömning inte varit orsaken till åkommorna. Även om klagomål/synpunkter varit få, visar de som inkommit på vikten av kommunikation och tydlighet från hälso- och sjukvårdspersonal, oavsett vårdgivare. Detta för att patienter och anhöriga ska kunna förstå vad bedömningar, ordinationer och behandlingsindikationer grundar sig på, för att ha möjlighet att förstå orsak och verkan.

Sammanställning av händelser och vårdskador inklusive analys

Ingen vårdskada har bedömts så allvarlig att anmälan till IVO enligt lex Maria genomförts.

Risk för vårdskador upptäcktes vid en händelse när appen (Treserva applikation digital signering) för att signera givna läkemedel/utförda ordinerade vårdinsatser plötsligt inte gick att hämta från den angivna platsen. Åtgärder för att säkra patientsäkerheten vidtogs, samt åtgärder för att återställa möjligheten att hämta appen från den säkra platsen. Händelsen har gjort verksamhet och ledning uppmärksamma på att beslut och åtgärder som vidtas inom andra verksamheter (i detta fallet IT-enheten) kan komma att påverka patientsäkerheten och samverkan och samarbete måste ske.

En händelse som kunde lett till allvarlig vårdskada inträffade när en liftskenas ändstopp lossnat, utredning visade att det är ett mycket ovanligt fel. Samtliga liftar av samma typ kontrollerades och patientsäkerheten säkrades.

Resultat av genomförda riskanalyser

Förutom löpande riskanalyser i det ordinarie arbetet har riskanalyser kopplade till pandemin genomförts. Inför stängning av Covid-avdelningen; bedömning gjordes att dåvarande smittläge i kombination med kapacitet att vid behov ta emot smittad/misstänkt smittad i ordinarie verksamhet medförde att stängningen utgjorde ingen större risk. I samband med vaccinationsplanering har riskbedömningar avseende informationsöverföring och genomförande av vaccinationer gjorts, till viss del i samverkan med de vårdcentraler som är verksamma inom kommunen.

Resultat och analys - Kvalitet

Detta avsnitt omfattar huvudsakligen sektorns resultat av kvalitetsarbetet inom socialtjänstens område. Här redovisas resultat och vidtagna åtgärder för mål och strategier.

Åtgärder för att nå uppsatta mål och öka kvaliteten

Kvaliteten inom äldreomsorgen ska öka

Under 2021 har flera åtgärder för att öka kvaliteten inom äldreomsorgen planerats och genomförts. Flera förbättringar vad gäller delaktighet, kontinuitet och aktiviteter har skett. Gemensamma rutiner för brukarråd har tagits fram och aktivitetsutbudet har utökats. Personal har utbildats i vård och omsorgs värdegrund och i att skapa förutsättningar för en meningsfull tillvaro. Som ett led i den strategiska bemanningsplaneringen pågår planering av överanställning av utbildad personal i syfte att minska andel timanställningar och öka kontinuitet. Kompetensförsörjningen säkerställs genom Äldreomsorgslyftet som är ett statsbidrag som möjliggör validering av vikarier som saknar formell utbildning och på så sätt gör dem anställningsbara. Undersköterskans uppdrag har tydliggjorts och en befattningsbeskrivning för specialistundersköterska har tagits fram – omsorgshandledare. Tillgången till välfärdsteknik har utökats, både genom trygghetsskapande teknik i form av larm och nyckelfria lås samt teknik som stimulerar de äldre till aktivitet. Enhetscheferna har under hösten genomfört SIQ kvalitetsutbildning (Institutet för kvalitetsutveckling). Den medicinska kompetensen har ökat genom satsningar inom ramen för god och nära vård vilket dels innebär ökad närvaro av legitimerad personal i verksamheten samt kvalitetssäkring av processer samt tydliggörande av det medicinska ledningsansvaret.

Kostnader för ekonomiskt bistånd ska minska

Under 2021 har utbetalt försörjningsstöd minskat med 2,5 mnkr jämfört med föregående år. Hela verksamhetsområdet Härryda framtid har arbetet för att minska försörjningsstödet samt att minska arbetslösheten i kommunen. Arbetsmarknadsenheten (AME) har effektiviserat mottagningsprocessen, dels genom anställning i beredskapsjobb, dels genom snabb ingång i program med arbetsstödande aktiviteter vid ansökan om ekonomiskt bistånd. Vuxenutbildningen har genomfört kortare utbildningar utifrån behov av arbetskraft i kommunens verksamhet. Nära samverkan sker mellan enheten för nyanlända och AME för att personer i etablering fortare ska komma närmare arbetsmarknaden. En effekt av detta är att utbetalning av ekonomiskt bistånd har minskat under året.

En socialtjänst – fokus på huvudprocesser och processer som är prioriterade

Samverkansrutiner är viktiga för att uppnå effektiva processer. Via Öppna jämförelser har sektorn identifierat behov av att ta fram specifika "nyckel"rutiner samt att förbättra dialogen mellan verksamheter och enheter. Under året har ett gemensamt arbete med verksamhetschefer och enhetschefer genomförts och har resulterat i en gemensam samverkansrutin samt en utbildningsinsats som omfattar områden som är angelägna utifrån samverkansbehov.

Framtidens socialtjänst - ny socialtjänstlag

Sektorn har arrangerat en serie av studier i utvalda ämnesområden som finns i förslaget till ny socialtjänst (SOU 2020:47) för välfärdsnämndens arbetsgrupp. Studierna bestod av föredrag om förslaget och om nuvarande och framtida arbetssätt och gemensamma reflektioner med arbetsgruppen. Inom Barn och familj har en organisationsförändring genomförts, bl a för att anpassa organisationen utifrån de förändringar och krav som det nya lagförslaget kan komma att innebära.

Digitalisering "digitalt först"

Sektorn för socialtjänst har under 2021 arbetat med digitalisering i syfte att förbättra förutsättningar för effektivitet och kvalitet inom verksamheten. Strukturen för strategiska frågor har förbättrats och tillsammans med verksamheten har en struktur tagits fram för att fånga upp behov och för att implementera arbetssätt. Sektorn har följt den handlingsplan som fastställdes i början av året samt genomfört några ytterligare projekt utifrån uppkomna behov. Satsningarna som genomförts under året har

varit både delaktighets-, trygghets- och aktivitetskapande för medborgare, brukare och klienter. Satsningarna har för organisationen varit kunskapshöjande samt skapat säkra och effektiva arbetsätt.

Genomförda riskbedömningar

Kvalitetsberättelsen fokuserar här på hur bedömning och analys av risker i socialtjänstprocessen har hanterats under året. Utöver de riskbedömningar som har nämnts i avsnittet *Riskanalys* och de som utförts i samband med avvikelshantering i Treserva, så har 88 risker identifierats och dokumenterats i Stratsys för socialtjänstprocessen, varav 49 av riskerna har riskbedömts. Här ingår inte de risker som gäller HSL-åtgärder som har registrerats i (del)processen *Genomförande socialtjänst*.

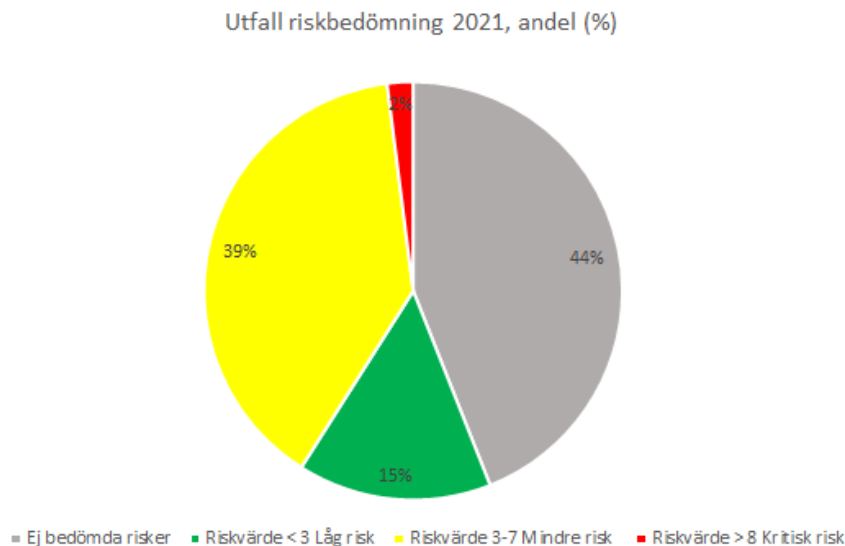


Bild 21. Utfall av riskbedömning

Kritiska risker 2021

Process utredning socialtjänst: Utredningstiden överstiger 120 dagar

Åtgärd: Verksamheten Barn och familj genomförde en gemensam punktinsats i syfte att stabilisera läget med överskridna lagstadgade utredningstider (120 dagar). Insatsen benämndes "Operation 120 dagar" och innebar att samtliga enheter inom verksamheten mobiliserades personal för handläggning och andra uppgifter under sex veckor.

Resultat: 124 av totalt 188 pågående utredningar översteg vid starten 80 dagar. 120 utredningar avslutades till följd av insatsen.

Process beställning socialtjänst: Informationsöverföring mellan kommunen och externa utförare

Åtgärd: Handläggarenheten samverkar med beställarenheten som hanterar och klargör frågan med externa utförare i samband med verksamhetsdrift enligt LOU och valfrihetssystem enligt LOV. Syftet med åtgärderna är att säkerställa att information mellan kommunen och externa utförare överförs på ett säkert sätt.

Resultat: Arbete pågår.

Mindre risker 2021

Exempel på mindre risker som har identifierats i verksamheten är bl a:

- Genomförandeplaner upprättas/följs inte upp i tid
- Brukaren är inte delaktig vid upprättande av genomförandeplan
- Brister i samverkan
- Dokumentation uteblir/försenas

Genomförda egenkontroller

Kvalitetsberättelsen fokuserar här på planering och uppföljning av egenkontroller som planerats gällande huvudprocessen socialtjänst. 263 egenkontroller har planerats och fördelats i Stratsys för socialtjänstprocessen varav 188 egenkontroller har följts upp. Här ingår inte de egenkontroller som gäller HSL-åtgärder som har planerats i (del)processen *Genomförande socialtjänst*. Flertalet genomförda egenkontroller har planerats på verksamhetsnivå och fördelats till enhetsnivå.

Utfall egenkontroller 2021, andel (%)

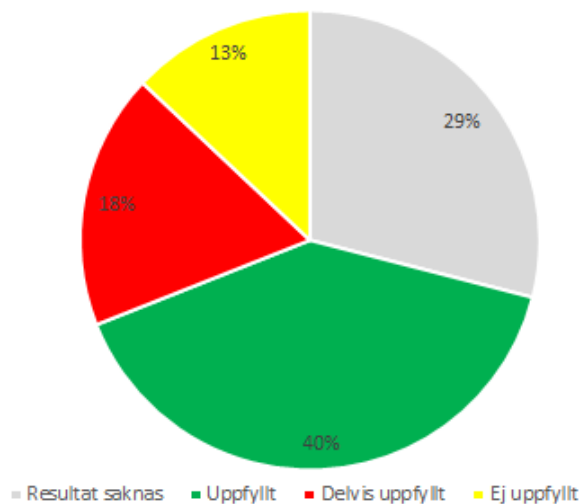


Bild 22. Utfall egenkontroller

Exempel på egenkontroller som har planerats under 2021:

Process utredning socialtjänst:

- Utredningstid som överstiger 120 dagar
- Utredningstid
- Regelbunden kontroll i plattformen för E-tjänst
- Att det finns framtagna rutiner och att de efterlevs
- Att individuellt utformade handlingsplaner finns i alla ärenden
- Stickprovskontroller som görs tillsammans med controller 10ggr/år för att säkerställa kvalitet i ärenden

Process genomförande socialtjänst:

- Arbete med att implementera förbättringstavla eller liknande
- Planeringsgrad inom hemtjänst
- Arbetad tid som är beviljad i hemtjänst
- Lokala brukarundersökningar inom vård och omsorg
- Andel fastanställd personal som fyller frånvaroluckor
- Personalkontinuitet
- Genomförandeplaner, brukaren är delaktig, upprättas och följs upp i rätt tid
- Riskbedömning boendemiljö inom hemtjänst
- Våld i nära relationer, utbildning
- Sjukfrånvaro, uppföljning av mål
- Uppföljning av servicegaranti
- Avvikelsesammanställning
- SIP, antal
- Uppföljning dokumentation
- Ej verkställda beslut, kontaktperson/kontaktfamilj

I Stratsys registrerades en stor mängd egenkontroller som inte följdes upp under 2021. Inför kommande år är det ett förbättringsområde att förbättra kvaliteten på dokumentationen av egenkontroller exempelvis genom en gemensam egenkontrollplan.

Klagomål och synpunkter

Under 2021 har det inkommit 59 klagomål och synpunkter gällande socialtjänst och LSS. 45 klagomål och synpunkter har registrerats i diariet och 14 stycken i Treserva.

Klagomål/synpunkt	2019	2020	2021
Allmänt/verksamhet	29	22	11
Individuella insatser	21	21	43
Enskildas klagomål från IVO	8	7	5
Totalt	58	50	59

Bild 23. Klagomål och synpunkter

Flertalet av klagomålen och synpunkterna som inkommit är just klagomål. Det kategoriseras här som klagomål/synpunkt av allmän karaktär, gällande individuella insatser eller som klagomål som vidarebefordrats från IVO i syfte att hanteras inom ramen för kommunens eget ledningssystem.

Fördelning klagomål/synpunkter 2021	Sektors-övergripande	Barn och familj	Funktions-stöd	Hälsa och bistånd	Härryda framtid	Vård och omsorg
Allmänt/verksamhet	7		1			3
Individuella insatser		12	15	1	2	13
Enskildas klagomål via IVO	1	4				

Bild 24. Klagomål och synpunkter fördelat på verksamhet

Klagomål och synpunkter som kategoriseras som allmänna/verksamhet rör exempelvis upphandling av externa utförare, planering kring bostäder för äldre, medarbetares upplevda konsekvenser av samplanering, taxor och avgifter, störningar från socialtjänstens bostäder och hög hastighet vid framfart med verksamhetens tjänstefordon. Klagomål gällande individuella insatser och de klagomål som har vidarebefordrats via IVO avser främst upplevda brister i myndighetsutövning eller utförande av insatser, i bemötande, anpassningar i verksamhet under pandemin samt i samordning av insatser. IVO inledde under 2021 en tillsyn med anledning av ett av klagomålen inom verksamheten Barn och familj i vilket IVO fattat beslut och inkommit med förbättringsförslag.

I ca en fjärdedel av totalt inkomna klagomål/synpunkter har förbättringsområden utifrån riktlinjer, rutiner eller informationsinsatser konstaterats och åtgärdats av ansvariga chefer. I övriga ärenden har beslut, riktlinjer rutiner följts men enskildas förväntningar på service och insatser har inte stämt överens med verksamhetens bedömningar, beslut, resurser, insatsernas intentioner eller ställningstagande kring arbetssätt.

Verksamheten behöver fortsatt arbeta för att förbättra intern och extern information, kommunikation och tydlighet för att öka nöjdheten hos kommuninvånarna. Vad gäller själva klagomålshandlingen behöver arbetet systematiseras ytterligare när det gäller registrering av inkommande klagomål och synpunkter samt dokumentation av handlingen.

Rapporterade händelser och missförhållanden

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

Under 2021 har 429 händelser rapporterats, vilket är ett lägre antal än under de senaste två åren. Anledningen till det högre antalet rapporterade händelser under 2019 och 2020 beror på extra ordinärt hög rapportering med anledning av händelser inom en och samma enhet, för vilket åtgärder har vidtagits.

2018	2019	2020	2021
283	582	620	430

Bild 25. Avvikelsefördelning

Antal avvikelse per händelseområde	2020	2021
Brist i följsamhet av rutiner	12	71
Brist i omsorg/utförande av insats	397	175
Fysiskt våld	44	47
Hantering av personuppgifter/sekretess	13	13
Informationsöverföring	23	12
Myndighetsutövning	18	42
Personskada	16	15
Teknik utrustning och omgivning	38	37
Övergrepp, kränkningar	59	17

Antal händelse per verksamhet	2020	2021
Barn och familj	22	67
Funktionsstöd	319	91
Hälsa och bistånd	11	2
Härryda framtid		1
Vård och omsorg	268	268
Utveckling och uppföljning		1

Bild 26. Antal avvikelser fördelat på händelseområde/antal händelse per verksamhet

Den vanligaste händelsetypen som rapporteras är brister i omsorg/utförande av insats, vilket oftast innebär uteblivna eller felaktigt utförda insatser, brister i personlig omvårdnad, bemötande från personal samt brister i dokumentation. Brister i följsamhet av rutiner handlar oftast om samma typ av brister men rapportören har i samband med registrering av händelsen bedömt att orsaken till händelsen är att befintliga rutiner inte har följts. Fysiskt våld innebär att brukare har utagerat fysiskt mot andra brukare. Ett fåtal händelser har handlat om sexuellt agerande. Bristerna i myndighetsutövning avser främst risker eller brister i att angivna tidsgränser inte har följts för aktualisering, uppföljning eller att uppgifter inte har dokumenterats i skälig tid. Övergrepp och kränkningar har skett när andra brukare, och i ett fall personal, har agerat på ett sätt som riskerat at eller faktiskt har påverkat brukares trygghet eller psykiska välmående. Händelser som har kategoriserats som teknik, utrustning och omgivning har gällt risker och brister i verksamhetssystem, vid hantering av verksamhets- och personlarm, i den inre eller yttre miljön samt vid ett tillfälle tekniska problem i samband med utbetalning av försörjningsstöd, vilket kunde ha påverkat flera.

I samband med händelserna har åtgärder planerats och vidtagits. Exempel på åtgärder är förtydligande av uppdrag, rutiner, genomförandeplaner samt ökad bemanning. Vid fysiskt våld har verksamheten arbetat med metoder och handlingsplaner samt samverkat tvärprofessionellt, exempelvis genom SIP.

SAS går igenom samtliga rapporterade händelser. 23 av de rapporterade händelserna har av rapportören registrerats som en lex Sarah-rapport. Under 2021 har en anmälan om allvarligt missförhållande skett till

IVO. Händelsen gällde misstanke om att personal hade utsatt brukare för övergrepp. En av åtgärderna som vidtogs med anledning av händelsen var att förvaltningsledningen införde att begäran om registerutdrag ur belastningsregister nu gäller all personal som anställs eller får ett uppdrag inom sektorn för socialtjänst, inte bara inom lagstadgade områden som tidigare.

När det gäller själva avvikelshantering finns det ett par utvecklingsområden. I vissa verksamheter så rapporteras få avvikelser, vilket kan tyda på en underrapportering på avvikelser enligt SoL och LSS. Ytterligare ett utvecklingsområde är att på enhets- och verksamhetsnivå hantera avvikelserna på en aggregerad nivå för att kunna identifiera mer övergripande risker och förbättringsområden.

Internkontroll

I internkontrollarbetet inför 2021 identifierade sektorsledningen risk för brister i barns möjlighet till inflytande:

Riskkategori	Risker	Riskbeskrivning	Konsekvensbeskrivning	Analys och värdering - Befintliga åtgärder och kontrollaktiviteter
Verksamhet	Brister i barns möjligheter till delaktighet och inflytande	Barn får inte komma till tals i tillräcklig utsträckning	Barns synpunkter beaktas inte, vilket innebär brott mot barnkonventionen.	Sektorn ska utreda möjligheterna till en anpassad klagomålshantering för barn.

Utredning av möjligheterna till en anpassad klagomålshantering för barn påbörjades under 2021. Omvärldsbevakning genomfördes och olika former för klagomålshantering undersöktes. Svårigheten har varit att hitta en klagomålshantering i vilken även de yngre barnen kan komma till tals. Arbetet med att hitta ett arbetssätt fortsätter under 2022.

Åtgärder med anledning av kommunrevision

Granskning av välfärdsnämndens styrning och uppföljning av arbetsmarknadsverksamheten

Syftet med granskningen var att undersöka om välfärdsnämnden på ett ändamålsenligt sätt genomför styrning och uppföljning av arbetet att få individer som uppbär försörjningsstöd i egen försörjning. Kommunrevisorerna rekommenderade i sin rapport att dels se över målstyrningen av arbetsmarknadsverksamheten så att uppföljningen av inriktningarna kopplas till indikatorer som möjliggör måluppföljning och harmoniserar med de politiska inriktningarna, dels att göra en samlad uppföljning och bedömning av de politiska inriktningarnas utfall i delårs- och årsbokslut. Förvaltningens bedömning var att de rekommendationer som framfördes i revisionsrapporten redan har implementerats – *kvartalsuppföljningar*, eller är inplanerade att vidtas inför verksamhetsåret 2022 – *justerade indikatorer*, vilket noterades och godkändes av välfärdsnämnden.

Granskning av samverkan mellan socialtjänst och förskola respektive grundskola

Granskningens syfte var att bedöma om en ändamålsenlig styrning och uppföljning av samverkan avseende barn och ungdomar som far eller riskerar att fara illa har säkerställts. Utifrån granskningens rekommendationer har övergripande mål för samverkan arbetats fram liksom mål för enskilda samverkansprojekt. VIS-gruppen (verksamhetschefer i samverkan) följer upp målen och samverkansprojekten. Rutiner kring avvikelshantering och samtycke finns i uppdaterade riktlinjer för SIP som förvaltningen arbetar efter. Förvaltningen har efter revisionens granskning också via VIS-gruppen definierat befintliga samarbetsformer där syfte med varje enskilt projekt beskrivs och ansvariga tjänstepersoner utses.

Granskning av sekretesshantering med fokus på individärenden inom sektorn för socialtjänst

Under året har en kartläggning genomförts för att identifiera och klargöra de sekretessgränser som gäller för sektorn för socialtjänst, både inom sektorn och mellan olika sektorer samt mellan sektorn och andra myndigheter. Kartläggningen har tagit sin utgångspunkt i principerna och praxis för sekretesshantering inom offentlig verksamhet. Det kvarstår nu att säkerställa att behörigheter i verksamhetssystem och schemaplaneringssystem är i linje med dessa gränser.





Brukarundersökning

Socialstyrelsens undersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen* ställdes in under 2021 med anledning av pandemin. 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 medan övriga har fokus på myndighetsutövningen.

Presentation av resultat

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

	Bland de bästa 25 %
	Bland de mittersta 50 %
	Bland de sämsta 25 %
	Ingen data/ nyckeltalet finns inte i den aktuella undersökningen

Funktionshinder

Brukarundersökningen riktar sig till vuxna personer med funktionsnedsättning inom boende, boendestöd och daglig verksamhet/sysselsättning, personlig assistans enligt LSS, SoL och SFB. I resultatet ingår även resultat från kommunens externa utförare av driftentreprenader enligt LOU.

Svarsfrekvens: 50 %

	Gruppbostad		Servicebostad		Daglig verksamhet		Boendestöd		Sysselsättning		Personlig assistans	
	Härryda 2021	2020	Härryda 2021	2020	Härryda 2021	2020	Härryda 2021	2020	Härryda 2021	2020	Härryda 2021	2020
Inflytande												
Brukaren får bestämma om saker som är viktiga	77	75	88	81	77	64	82	84	91	92		
Rätt stöd												
Brukaren får den hjälp hen vill ha	86	80	75	78	79	78	76	94	91	92	100	100
Omtanke												
Personalen bryr sig om brukaren	89	80	74	79	85	86	94	100	91	100	100	100
Kommunikation												
Personalen pratar så brukaren förstår	74	60	68	68	72	60	94	94	82	92	71	86
All personal förstår brukaren	66	65	67	75	74	73	82	91	82	92	86	86
Företroende för personalen												
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen	80	70	80	78	74	75	88	91	82	92	100	100
Trivsel												
Brukaren trivs alltid	80	75	75	78	83	66		100	100			
Brukaren trivs med sin personal							88	91			100	100
Synpunkter												
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt	91	80	84	87	94	88	71	76	100	92	100	86
Trygghet												
Brukaren är aldrig rädd för något	69	45	70	61	66	69			55	62		
Betydelse												
Verksamheten är viktig för brukaren					75	72			64	83		
Frihet												
Brukaren kan göra det hen vill med hjälp av sin personal											100	71

Bild 27. Resultat för SKR:s nationella brukarundersökningar funktionshinder, källa Kolada

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

- *Inflytande*, servicebostad och sysselsättning
- *Rätt stöd*, personlig assistans
- *Omtanke*, personlig assistans
- *Kommunikation*, boendestöd och personlig assistans
- *Trivsel*, sysselsättning och personlig assistans
- *Synpunkter*, daglig verksamhet, sysselsättning och personlig assistans
- *Frihet*, personlig assistans

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

- *Rätt stöd*, daglig verksamhet och boendestöd
- *Omtanke*, servicebostad och daglig verksamhet
- *Kommunikation*, daglig verksamhet
- *Förtroende för personalen*, daglig verksamhet
- *Trygghet*, daglig verksamhet, sysselsättning
- *Betydelse*, daglig verksamhet och sysselsättning

Individ och familjeomsorg

Brukarundersökningen har inriktning på myndighetsutövningen och omfattar verksamhetsområdena social barn- och ungdomsvård, ekonomiskt bistånd samt missbruks- och beroendevård.

Svarsfrekvens: 34 %

	Barn och ungdomsvård vh			Missbruk			Ekonomiskt bistånd			Ifo totalt		
	Härryda 2021	Alla kommuner 2021	Härryda 2020	Härryda 2021	Alla kommuner 2021	Härryda 2020	Härryda 2021	Alla kommuner 2021	Härryda 2020	Härryda 2021	Alla kommuner 2021	Härryda 2020
Helhetssyn	100	83	69	80	90		100	85	67	93	85	73
Få kontakt	67	87	83	82	89		100	85	83	86	87	85
Tydlig information	100	93	92	100	94		100	87	67	100	91	89
Visar förståelse	100	84	81	73	89		82	81	40	83	83	79
Inflytande	100	87	74	100	91		100	81	60	100	85	79
Påverka hjälp	100	72	63	63	80		50	65	50	68	70	65
Förbättrad situation	71	65	66	60	85		67	77	40	65	75	65

Bild 28. Resultat för SKRs nationella brukarundersökningar individ och familjeomsorg, källa Kolada

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

- *Helhetssyn*, barn och ungdomsvård (vårdnadshavare) och ekonomiskt bistånd
- *Få kontakt*, ekonomiskt bistånd
- *Tydlig information*, samtliga områden
- *Visar förståelse*, barn och ungdomsvård (vårdnadshavare)
- *Inflytande*, samtliga områden
- *Påverka hjälp*, barn och ungdomsvård (vårdnadshavare)

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

- *Helhetssyn*, missbruk och beroendevård
- *Få kontakt*, barn och ungdomsvård (vårdnadshavare)
- *Visa förståelse*, missbruk och beroendevård
- *Påverka hjälp*, missbruk och beroendevård, ekonomiskt bistånd
- *Förbättrad situation*, missbruk och beroendevård, ekonomiskt bistånd

Placerade barn och unga

Brukarundersökningen riktar sig till placerade barn och unga. Brukarundersökningen till placerade barn och unga genomfördes nu fullt ut för första gången, efter pilotundersökningen 2020. Resultatet nedan avser placeringar i familjehem. De placerade barnen och ungdomarna är mycket nöjda med sina familjehem och det stöd de får, 75 procent av de ställda frågorna visar på 100 procents nöjdhet. Svarsfrekvens: 46 %.

Placerade barn och unga - familjehem

	Härryda 2021	Alla kommuner 2021
Brukaren får det stöd hen behöver för att det ska fungera i skola/praktik/arbete	92	96
Det finns någon vuxen brukaren kan prata med vid behov	100	90
Brukaren får den hjälp hen behöver med läxor	91	87
Brukaren får det stöd hen behöver för att ha en bra fritid	100	92
Brukaren får vara med och bestämma om saker som är viktiga för hen i boendet	100	90
Brukaren får det stöd hen behöver för att må bra	100	93
Brukaren känner sig trygg i boendet	100	96
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt i boendet	100	83
Brukaren får den hjälp hen behöver för att hålla kontakt med familj och vänner	90	91
Brukarenkät familjehem - Brukaren får den hjälp hen behöver för att få kontakt med sjukvård	100	96
Brukaren trivs i boendet	100	94
Brukaren får stöd att planera sin framtid	100	94

Bild 29. Resultat för SKRs nationella brukarundersökningar placerade barn, källa Kolada

Åtgärder för samtliga brukarundersökningar

Under 2021 har en rutin och ett årshjul för genomförandet av brukarundersökningar implementerats inom funktionsstöd. Rutinen omfattar informationsinsatser, planering, ansvarsfördelning, uppföljning och återkoppling av resultatet till både brukare, medarbetare och ledning.

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. De bästa resultaten får grön färg, de sämsta får röd färg och de i mitten får gul färg. Grått fält visar på att data saknas. Några av nyckeltalen redovisas senare under året. Brukarundersökningen som ligger till grund för nyckeltal för brukarbedömning har inte genomförts under året.

■	Bland de bästa 25 %
■	Bland de mittersta 50 %
■	Bland de sämsta 25 %
■	Ingen data

Stöd och omsorg	2018	2019	2020	2021
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - förbättrad situation, andel (%)	64	65	61	61
Ej återaktualiserade vuxna personer med försörjningsstöd ett år efter avslutat försörjningsstöd, andel (%)	77	85	89	44
Väntetid i antal dagar från ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärde	9	8	7	9
Kostnad individ- och familjeomsorg, kr/inv	4 221	4 114	3 952	
Väntetid i antal dagar från beslut till första erbjudna inflyttningsdatum avseende boende enl. LSS § 9.9, medelvärde	129	128	215	122
Brukarbedömning boende LSS totalt - Brukaren trivs alltid hemma	86	75	77	77
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)	64	70	64	77
Kostnad funktionsnedsättning totalt (SoL, LSS, SFB), minus ersättning från FK enl SFB, kr/inv	6 219	6 453	6 498	
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	109	179	89	35
Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	17	17	17	16
Kvalitetsaspekter särskilt boende äldreomsorg, andel (%) av maxpoäng		76	76	76
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	89	83	86	
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	91	92	91	
Kostnad äldreomsorg, kr/inv 80+	250 143	242 395	246 703	
Samhälle och miljö	2018	2019	2020	2021
Resultat vid avslut i kommunens arbetsmarknadsverksamhet, deltagare som börjat arbeta eller studera, andel (%)	45	48	43	
Elever på SFI som klarat minst två kurser, av nybörjare två år tidigare, andel (%)	39	39	41	

Bild 30. Resultat KKiK, källa Kolada

Öppna jämförelser och samverkan

Ett av sektorns prioriterade områden under året har varit att säkerställa arbetet med “en socialtjänst”. För att säkerställa en god samverkan och samordning kring enskilda personer med behov av stöd från olika verksamheter har strategin varit att tydliggöra arbetsätt och ansvarsfördelning genom processkartläggning och förbättringsarbete utifrån resultatet från Öppna jämförelser.

Med utgångspunkt från kommunens resultat från Öppna jämförelser har specifika samverkansrutiner prioriterats och arbetet har påbörjats. Rutinerna det gäller är rutiner för samordning i enskilt ärende mellan;

- LSS och barn och unga
- Försörjningsstöd och vuxenhet
- Barn och unga och socialpsykiatri.

Uppstarten av arbetet med processkartläggning kommer att påbörjas under 2022.

Mål för kvalitet och patientsäkerhet 2022

Arbetet med och i sektorn för socialtjänsts kvalitetsledningssystem kommer att fortsätta utvecklas för att öka systematiken och transparensen. Förbättringsarbetet gällande risker, egenkontroller, avvikelser, klagomål och synpunkter, åtgärder och uppföljning ska fortlöpande utvecklas tillsammans med processkartläggning. Det systematiska förbättringsarbetet, riskbedömning, åtgärder och egenkontroller i verksamhetssystemet Stratsys ska 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 genomförs 2022 ska ta sin utgångspunkt i kvalitetsområdena, i de mål prioriteringar och fokusområden som framgår av sektorsplanen 2022 samt i det systematiska förbättringsarbetet som genomförts under året.

- **Verksamheten 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.

- **Verksamheten 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 ska SIP-utbildare utses och utbildas. Detta sker inom ramen för vårdsamverkan i Göteborgsregionen. SIP-utbildarna ska påbörja arbetet med att utbilda, främst medarbetare inom sina respektive verksamheter, men möjligheterna till samordnade utbildningar, både inom kommunen och inom NOSAM Härryda behöver ses över.

- **Verksamheten 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.

- **Verksamheten ska vara kunskapsbaserad**

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

- **Socialtjänsten 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 ska förändringar och förbättringar avseende uppföljning av de externa utförarna ske, för att säkerställa systematik i uppföljning och i slutändan kvaliteten för invånarna.

