

Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse för
sektorn för socialtjänst i Härryda kommun
2025

8

2026SOCN19

Socialnämnden

Datum
2026-01-27

Diarienummer
2026SOCN19 709

Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse för sektorn för socialtjänst i Härryda kommun 2025

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner *Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för sektorn för socialtjänst i Härryda kommun 2025*.

Sammanfattning av ärendet

I Härryda kommun är socialnämnden ansvarig vårdgivare. Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse och det systematiska kvalitetsarbetet ska dokumenteras (SOSFS 2011:9). 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.

De mål som togs fram i kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse 2024, som berör både patientsäkerhet och kvalitet, har uppfyllts eller delvis uppfyllts under 2025. Antalet avvikelser har ökat jämfört med tidigare år. För 2025 var det totala antalet avvikelser 5344, att jämföra med 4588 inkomna avvikelser under 2024. Antalet klagomål/synpunkter har minskat. Under 2025 har 54 klagomål/synpunkter inkommit till sektorn medan det under 2024 inkom 58 klagomål/synpunkter.

En vårdskada har bedömts som allvarlig och har rapporterats till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria. 14 utredningar enligt lex Sarah har genomförts. En händelse bedömdes så allvarlig att anmälan till IVO har gjorts.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse 27 januari 2026
- Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse för sektorn för socialtjänst i Härryda kommun 2025
- KPSB 2025 Egenkontroller
- KPSB 2025 Avvikelser

Ekonomiska konsekvenser

Förvaltningen bedömer att förslaget till beslut inte medför ekonomiska konsekvenser.

Fredrik Wallström
Sektorschef

Martin Filin Karlsson
Tf utvecklingschef



Upprättad av sektorn för socialtjänst

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för sektorn för socialtjänst i Härryda kommun 2025

Socialnämnden, Sektorn för Socialtjänst

Sektorchef Fredrik Wallström

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen Annika Strandberg

Författare:

Socialt ansvarig samordnare Nils Timan

Medicinskt ansvarig sjuksköterska Linda Strandberg

Medicinskt ansvarig för rehabilitering Niclas Sjöström

Innehåll

Sammanfattning	3
Patientsäkerhet	3
Kvalitet	3
Förkortningar som används i texten	4
Inledning	5
Vad är patientsäkerhet?	5
Vad är kvalitet i verksamheten?	5
Struktur och process	5
Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsens struktur	5
Organisation och ansvar i patientsäkerhets- och kvalitetsarbete	6
Organisationens arbete med informationssäkerhet	7
Samverkan för att förebygga vårdskador och kvalitetsbrister	8
Extern samverkan	8
Intern samverkan	9
Patienters, brukares och närståendes delaktighet	10
Kvalitetsledningssystem – systematiskt förbättringsarbete	10
Riskanalys	11
Egenkontroll	12
Klagomål och synpunkter	12
Rapporteringskyldighet	13
Utredning av händelser och avvikelser	13
Resultat	14
Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete utifrån övergripande mål och strategier	14
Risker	16
Egenkontroller	17
Klagomål och synpunkter	18
Avvikelser	19
Mål för kvalitet och patientsäkerhet 2026	22
Bilaga 1. Egenkontroller	23
Bilaga 2. Avvikelser	23

Sammanfattning

De mål som togs fram i kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse 2024, som berör både patientsäkerhet och kvalitet har uppfyllts eller delvis uppfyllts under 2025.

Under året har mycket fokus lagt på att förbättra samverkan i och mellan de olika verksamheterna, att stärka kvalitets- och patientsäkerhetskulturen. Utbildning av enhetschefer inom vård och omsorg, funktionsstöd och kommunal primärvård samt utbildning av legitimerad personal i kommunal primärvård ger förbättrade möjligheter till att arbeta på ett fördjupat och mer systematiskt sätt med avvikelser, kvalitet och patientsäkerhet.

Antalet avvikelser har ökat jämfört med tidigare år medan antalet klagomål/avvikelser har minskat.

Patientsäkerhet

De mål som var framtagna för 2025 avseende patientsäkerhet har helt eller delvis uppfyllts.

En vårdskada har bedömts som allvarlig och har rapporterats till inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria.

Kvalitet

De mål som var framtagna för 2025 avseende kvalitet har helt eller delvis uppfyllts.

14 utredningar enligt lex Sarah har genomförts. En händelse bedömdes så allvarlig att anmälan till IVO har gjorts.

Förkortningar som används i texten

LSS	Lag (1993:387) om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade
SoL	Socialtjänstlag (2025:400)
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
BPSD	Beteendemässiga och psykiska symtom
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
MAR	Medicinskt ansvarig för rehabilitering
SAS	Socialt ansvarig samordnare
SKR	Sveriges kommuner och regioner
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
JO	Justitieombudsmannen (riskdagens ombudsman)
SIP	Samordnad individuell plan
ÖJ	Öppna jämförelser
KKiK	Kommunernas kvalitet i korthet
NOSAM	Närområdessamverkan
PDSA	Plan, do, study, act

Inledning

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.

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 primärvård, socialtjänst, verksamhet enligt LSS och vuxenutbildning som bedrivs i sektorn.

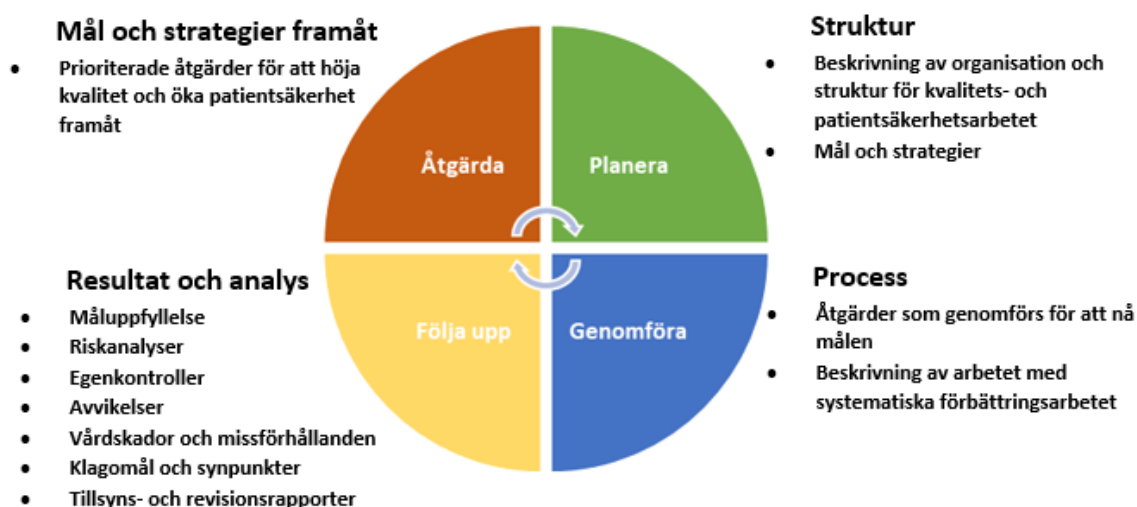


Bild 1. Beskrivning av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsens struktur

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. Nämnden har yttersta ansvaret för kvaliteten och patientsäkerheten inom sektorn för socialtjänst, samt att den hälso- och sjukvård som kommunen erbjuder uppfyller kraven på en god och säker vård. 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 hög patientsäkerhet och god kvalitet säkerställs. 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.

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/MAR utreder lex Maria-rapporter och föreslår åtgärder. 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 utreder lex Sarah rapporter och föreslår åtgärder. SAS har delegation från nämnden att besluta om samt anmäla ärenden enligt lex Sarah till IVO.

Patientansvarig 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 arbeta förebyggande, delegera, ordinera och instruera vård- och rehabiliteringsinsatser, samt följa upp och utvärdera. Den legitimerade personalen samverkar med övriga interna yrkesutövare och externa vårdgivare för att bidra till att kommunens patienter får 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 Härryda kommuns övergripande system för IT-säkerhet och deltar i kommungemensamma riskanalyser, utbildningssatsningar och IT-säkerhetsgrupper.

Treserva är primärt det system där personuppgifter och sekretessbelagd information för socialtjänstens verksamhet hanterats under 2025. 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. Treserva prioriteras som ett av de viktigaste systemen att åtgärda vid eventuella driftsstopp. Det finns systemsäkerhetsplaner.

Uppföljning och utvärdering sker genom loggkontroll som utförs på slumpvis utvalda medarbetare en gång per månad för varje enhet. Riktad loggkontroll genomförs till följd av misstanke om felaktig personuppgiftsbehandling.

Under 2025 har arbete kring byte av verksamhetssystem påbörjats. Byte av verksamhetssystem genomförs i olika etapper, delinföranden, några verksamheter har genomfört bytet under 2025. För resterande verksamheter kommer bytet att ske under 2026. Byte av verksamhetssystem innebär mycket samverkan mellan sektorns enheter, verksamheter och med företrädare för det nya systemet

(Combine), samt med IT, för att säkerställa att bytet och det fortsatta arbetet i Combine innebär så få risker som möjligt.

Det finns säkerhetsrutiner för driftstopp, både oplanerade och planerade. Journalgranskning av hälso- och sjukvårdsjournal visar att dokumentationen är av övervägande god kvalitet, men att det finns förbättringsmöjligheter avseende framför allt dokumentation av uppföljning av vårdprocesser.

Rutin för anmälan till IVO avseende informationssäkerhetsincidenter enligt NIS-direktivet (lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster (NIS)) finns, ingen incident har rapporterats under 2025.

Samverkan för att förebygga vårdskador och kvalitetsbrister

Extern samverkan

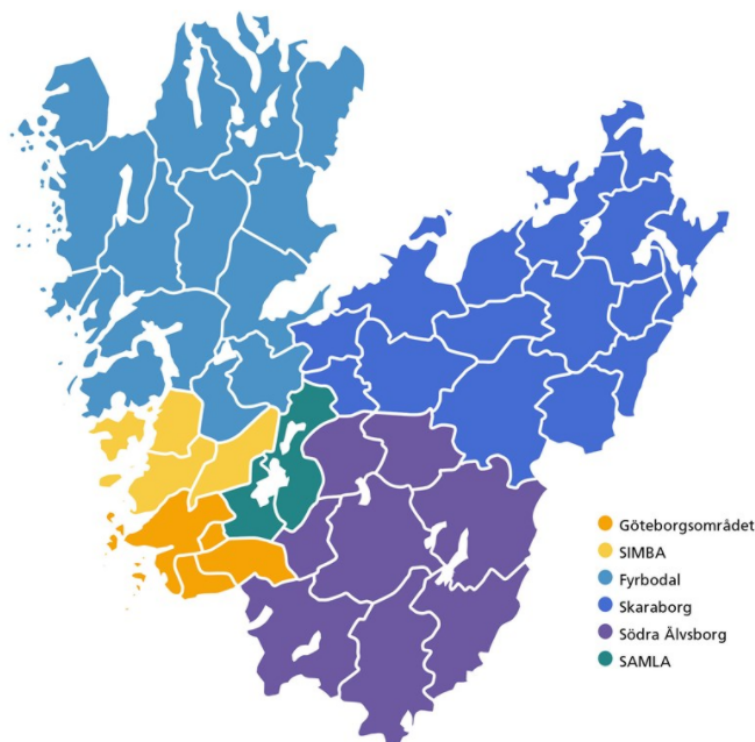


Bild 3. Vårdsamverkan, källa: www.vardsamverkan.se/Goteborgsomradet

I patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet samverkar kommunen i den delregionala vårdsamverkansgruppen, Vårdsamverkan i Göteborgsområdet (se Bild 3). Samverkan sker lokalt genom Närområdessamverkan (NOSAM) där representanter från kommun, regionalt finansierad primärvård, poliklinisk psykiatri, barnmottagning, tandvård och skola deltar.

Kommunen har under 2025 deltagit i dialogmöten med delregional nämnd västra, Västra Götalandsregionens nämnd för samverkansdialoger med kommuner och intresseorganisationer. Dialog har också skett med patientnämnden, som har till uppgift att assistera patienter och anhöriga vid förfrågningar och klagomål till vårdgivare. Få klagomål inkommer till patientnämnden avseende Härrydas kommunala primärvård, detta kan bero på att verksamheten inte informerar om patientnämnden i tillräckligt hög utsträckning, eller att patienterna väljer att inte kontakta patientnämnden.

Västkom är en sammanslutning av de fyra kommunalförbunden som finns i Västra Götaland. Västkom är politiskt styrd och arbetar med fokus på kommunal primärvård, varpå Härryda kommun ingår i kommunalförbundet Göteborgsregionen (se Bild 4), där även Kungsbacka (Halland) ingår i en del sammanhang.

Kommunal avtalssamverkan regleras i kommunallagen (KL) och innebär 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. Exempel på kommunsamverkan som bedrivs är: Mini-Maria, familjerätt, överförmyndarnämnd, dödsbohandläggning och konsumentvägledning. Avtalssamverkan sker med Västra Götalandsregionen avseende ungdomsmottagning, familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter.

Chefer och medarbetare deltar i olika nätverk och branschråd.



Bild 4. Göteborgsregionen

Andra samverkansparter är regional hjälpmedelssamverkan, Centrum för läkemedelsnära produkter, lokala apotek, Försäkringskassan, Folk tandvården, Vårdhygien och Smittskydd Västra Götaland, brukar-/patientorganisationer, med flera.

Samverkan på individnivå sker genom samordnad individuell planering (SIP). När en individs behov av insatser från flera vårdgivare/huvudmän uppmärksammas, ska SIP initieras.

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 enheten för avtal och placering 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 i förbättringsarbete och verksamhetsutveckling. Det finns rutin för klagomåls- och synpunktshantering i sektorn för socialtjänst enligt den ska brukare/patient samt närstående uppmuntras att lämna klagomål och synpunkter.

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, analysera och förbättra verksamheten. Sektorn för socialtjänsts riktlinje för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete revideras och beslutas av vårdgivaren/nämnden årligen. För att förankra riktlinjen hos medarbetarna – de som verkligen skapar kvalitet för de vi är till för, finns sammanfattad version i form av en broschyr.

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-verktyget Stratsys. I Stratsys utgår kvalitetsarbetet från organisation och huvudprocesser, (del)processer, och aktiviteter. Huvudprocesserna är socialtjänstprocessen, hälso- och sjukvårdsprocessen, där ingår hälsofrämjande vård, stödprocesser och ledningsprocesser. Under 2025 har arbetet med att kartlägga och förbättra sektorns processer fortsatt.

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

Som en del av det systematiska förbättringsarbetet genomförs kvalitetsprognoser under året.

Externa utförare ska enligt avtal ha sitt eget kvalitetsledningssystem. I de fall externa utförare använder kommunal primärvård ska de arbeta enligt de processer och rutiner som ingår i kommunens ledningssystem för kommunal primärvård.

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. Risken 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.

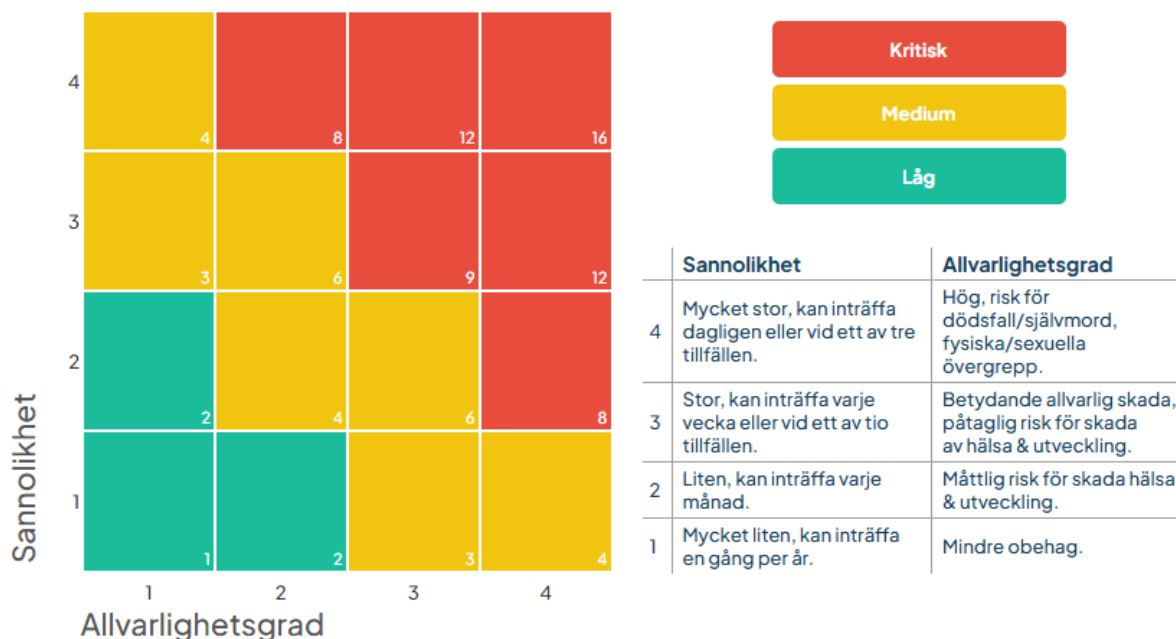


Bild 5. Nivåer för riskvärden och matris för bedömning av risker

Risicanalys genomförs enligt processen i "Bild 6".

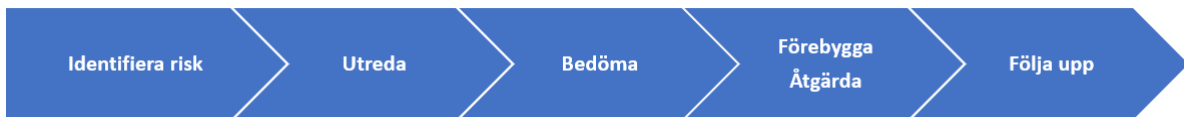


Bild 6. Process för riskhantering

Inför och i samband med införande av nytt verksamhetssystem och avvikelshanteringssystem har riskanalyser genomförts, för att anpassa arbetssätt och sätta in åtgärder för att minimera risken för missförhållanden och vårdskador som byte av system kan innebära. Riskanalyser har gjorts på övergripande nivå, på verksamhets- och enhetsnivå i samband med de olika delinförandena.

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. Egenkontrollerna planeras i Stratsys med utgångspunkt från ledningssystemets processer. Behovet av egenkontrollen kan identifieras och planeras på sektors-, verksamhets- eller enhetsnivå. Beroende på egenkontroll anges gränsvärden för utfall i uppfylld, delvis uppfylld eller ej uppfylld.

Egenkontroller har genomförts enligt övergripande egenkontrollplan 2025. Egenkontroller har också planerats i respektive verksamhetsområde, både på verksamhets- och enhetsnivå.

Egenkontrollerna genomförs enligt processen i ”Bild 7”.



Bild 7. Process för egenkontroll

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter utgör en viktig del i det systematiska kvalitetsarbetet. All personal som arbetar inom sektorn för socialtjänst ska ta emot klagomål och synpunkter och på så sätt bidra med underlag 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 som goda exempel i verksamheten.

Klagomål eller synpunkter kan inkomma från både enskilda, anhöriga, myndigheter, andra vårdgivare samt enskildas klagomål via Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Samtliga klagomål och synpunkter ska hanteras inom ramen för sektorns kvalitetsledningssystem. De klagomål som inkommer till kommunen men som gäller en extern utförare verksamhet lämnas till den externa utföraren. Undantag är de klagomål och synpunkter som avser kommunal hälso- och sjukvård hos de externa utförare vars brukare tillhör den kommunala primärvården, dessa hanteras även av kommunen.

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

Oberoende av hur klagomål eller synpunkt inkommer ska ärendehanteringens ske enligt processen beskriven i ”Bild 8”. 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. Klagomål- eller synpunktslämnaren ska alltid få återkoppling efter avslutad utredning.



Bild 8. 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 och ett mer övergripande lärande. I ”Bild 9” framgår processen för avvikelsehanteringen samt ansvarsfördelning för de olika delarna.



Bild 9. Avvikelseprocess

Utredning av händelser och avvikelser

Vårdskador och missförhållanden följs systematiskt upp vid genomgång av inkomna klagomål, synpunkter och avvikelserapporter. 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 vid behov utrett alla allvarligare händelser som har registrerats och bedömts till allvarlighetsgrad 3 och 4 under året. Sammanställning av avvikelser och analys redovisas under Resultat.

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*”. SAS utreder lex

Sarah-rapporter och går enligt rutinen igenom och utreder avvikelser med hög allvarlighetsgrad. När orsaken till en händelse kan konstateras utgöra ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för allvarligt missförhållande görs en anmälan till IVO.

Resultat

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete utifrån övergripande mål och strategier

Socialstyrelsen och SKR har tagit fram områden för kvalitet dessa användes för att formulera socialtjänstens mål och strategier för år 2025. Områdena utgår från intentionerna i de lagar och föreskrifter som styr socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Socialtjänstens verksamhet ska bygga på individens självbestämmande och integritet

Fortsatt arbete utifrån GR:s nyckeltal kring personcentrerad vård, utifrån resultatet för 2024. Resultaten avseende nyckeltal har uppdaterats och under 2025 har nyckeltal till och med 2024 redovisats. Det går alltså inte att säga något om 2025 års resultat i dagsläget.

Resultaten för 2024 visade att den kommunala primärvårdens sjuksköterskor i hög grad är specialistutbildade, betydligt högre än övriga kranskommuner. Då kompetensnivån är viktig för patientsäkerheten är en hög andel specialistutbildade sjuksköterskor positivt. Det ter sig som att antalet personer som någon gång under loppet av ett år skrivs in i kommunal primärvård ökar.

Antalet patienter som vårdas inom slutenvården till följd av fallskada är jämförelsevis låg för patienter inskrivna i kommunal primärvård, ordinärt boende, Härryda kommun. Det kan tolkas som att det fallförebyggande arbetet i hög utsträckning fungerar. Härryda kommun har också låga andelar patienter som blir kvar på sjukhus efter att de är utskrivningsklara respektive låg andel patienter som återinläggs efter utskrivning från slutenvården. Detta kan tolkas som att vi har bra processer för att ta hem patienter när de är utskrivningsklara och att vi på ett adekvat sätt kan vårda de patienter som skrivs ut. Allt detta visar på hög patientsäkerhet i den kommunala primärvården. Göteborgsregionens nyckeltal för kommunal primärvård är en viktig del av arbetet med att ta fram jämförelsebara mått för kommunal primärvård, då få eller inga sådana mått finns nationellt.

Fortsatt arbete för ökad delaktighet i framtagandet av individuella genomförandeplaner (IGP) har bedrivits. För att öka delaktigheten arbetar vård och omsorg med fast omsorgskontakt, förbättringar avseende delaktigheten har ännu inte kunnat uppmätas. Men med största sannolikhet får en fast omsorgskontakt med nära relation till och tät kontakt med brukaren effekt på delaktigheten. Egenkontroller visar att IGP upprättas och hålls aktuell i de allra flesta fall.

Socialtjänstens verksamhet ska bygga på helhetssyn och samordning

Från och med 2025 är kommunen involverad i framtagandet av Närområdesplan i samverkan med vårdcentralerna verksamma i kommunen, detta skapar förutsättningar för helhetssyn och samordning mellan regionalt finansierad primärvård och kommunal primärvård. Kommunens medverkan i framtagandet av närområdesplan ska förbättra samordning och helhetssyn genom att kommunens perspektiv får ta plats, samt att det blir tydligare vad som gäller avseende ansvarsfördelning mellan regionalt finansierad primärvård och kommunal primärvård. Närområdesplanen följs upp i NOSAM, samt via samverkansavvikelser. Kommunens inflytande i närområdesplanen har gett resultat till exempel avseende samverkan kring hälsoundersökning för personer boende i bostad med särskild service (LSS), där samverkan med representanter för kommunen respektive vårdcentralerna i kommunen skett och lett till att fler personer fått erbjudande om och genomfört hälsoundersökning.

Funktionsstödsverksamheten har också tagit fram informationsmaterial för att öka brukarnas förståelse för vad hälsoundersökningen innebär och varför den är bra att genomföra. Att fler brukare får ta del av den hälso- och sjukvård de har rätt till innebär förbättrade möjligheter att upptäcka eventuella hälsoproblem och förebygga att hälsoproblem uppstår. Under 2025 har förbättringar

avseende hälsoundersökning genomförts, fortsatt implementering och efterlevnad kommer att behövas kommande år.

Socialtjänstens verksamhet ska vara trygg och säker

Under 2025 har utbildning av legitimerad personal och enhetschefer inom vård och omsorg, funktionsstöd och kommunal primärvård genomförts, detta för att stärka ledning, styrning och samverkan, för en bättre kvalitets- och patientsäkerhetskultur. Avseende avvikelshantering ses begynnelsen till bättre samverkan och hantering av avvikelser och samverkan fortsätter i befintlig ledningsstruktur med de nyvunna kunskaper som utbildningen inneburit. På sikt har förvaltningen goda förhoppningar om bättre struktur och hantering av risker, avvikelser, klagomål och synpunkter.

Fortsatt implementering av handlingsplan fallprevention har fortgått under året. Fallriskbedömningar genomförs av legitimerad personal vid nybesök, nya bedömningar och inflyttning på vård- och omsorgsboenden, stickprov i journalföringen visar att åtgärder som bedömning av fallrisk genomförs enligt rutin. Planering av uppföljning av Handlingsplan fallprevention har skett under 2025, uppföljning samt utveckling av handlingsplanen kommer att ske under 2026.

Socialtjänstens verksamhet ska vara kunskapsbaserad

Den nya socialtjänstlagen infördes 2025 och omställningen av verksamheterna har fortsatt för att möta de behov som invånarna har i enlighet med den nya lagstiftningen. Arbetet med den nya socialtjänstlagen innebär ett arbete där sektorn arbetar framgent med att tillgängliggöra insatser för invånarna i hela kommunen och att tidiga insatser ska prioriteras.

Individbaserad systematisk uppföljning (ISU) har skett under 2025 och används vid uppföljning av beslut och insatser. Detta säkerställer att våra insatser håller hög kvalitet och möter brukarnas behov. Målsättningen var att samtliga verksamhetsområden ska ha startat upp minst en ISU under året. Många enheter har genomfört ISU och arbetet kommer att fortsätta under 2026 och över tid.

Enhetsledningsteam (ELT) har varit aktiva hos vård och omsorg under några år ska öka den medicinska kompetensen på enhetsledningsnivå för en mer kunskapsbaserad vård och omsorg för de vi är till för. Under året har arbete för att ta fram en motsvarande struktur hos Funktionsstödsverksamheten genomförts och landat i att en befintlig mötesform, Teamträffar, kommer att användas på motsvarande sätt som enhetsledningsteamet. Detta leder till bättre och tydligare struktur för styrning och ledning inom verksamheten. Dessutom har forum för utsedda enhetschefer hos vård och omsorg respektive funktionsstöd att träffas och samverka med den kommunala primärvårdens chefer, som ett led i att förbättra ledningsstruktur och tillföra medicinsk kompetens i ledningen av enheterna.

Utbildningen som legitimerad personal och enhetschefer inom vård och omsorg och funktionsstöd gått under året har lett till förbättrad förståelse för och samverkan mellan kommunal primärvård och omsorgsverksamheterna. Utbildningens effekter tas med i det fortsatta arbetet under 2026.

Socialtjänstens verksamhet ska vara tillgänglig och jämlik

Genom implementering av riktlinje för palliativ vård ska tillgänglig och jämlik vård och omsorg säkerställas inom respektive område. Uppföljning sker genom indikatorer i palliativregistret och uppföljning av Närområdesplan.

Samverkansarbete med den regionalt finansierade primärvården avseende personer som bor i bostad med särskild service (LSS) (gruppboende och serviceboende) för att skapa förutsättningar för dessa personers rätt till årlig hälsoundersökning, har skett, med vårdcentralerna aktiva i kommunen, under 2025. När fler personer får tillgång till hälsoundersökning ökas dessa personers tillgång till hälso- och sjukvård.

I brukarundersökningar har den upplevda tillgängligheten till sjuksköterskor på särskilt boende varit lägre än önskat under flera år. För att åtgärda detta skapades en handlingsplan under 2023. Resultatet förbättrades i 2024 års undersökning låg i nivå med rikets genomsnitt. Målsättningen för 2025 var att bibehålla eller ytterligare förbättra resultatet genom fortsatta aktiviteter i linje med Handlingsplan tillgänglighet sjuksköterskor. Resultatet avseende upplevd tillgänglighet sjuksköterska har inte förbättrats under 2025. Analysen visar på att det är oklart huruvida detta kan eller ska åtgärdas. Det är kanske inte just den fysiska tillgängligheten till sjuksköterska som efterfrågas eller behövs.

Förvaltningen ser att den medicinska kompetensen behöver stärkas och arbete för att detta ska ske pågår genom enhetsledningsteamet och teamträffar. Det viktiga är att medicinsk kompetens finns att tillgå när det är relevant, vare sig kompetensen består av undersköterska, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut eller de kompetenser som regionen står för. Resultat kan ses som förväntat utifrån hur sjuksköterskorna i den kommunala primärvården är organiserade, men kan också visa på att verksamheterna inte lyckats förmedla organisatoriska förutsättningar och arbetssätt till patienterna och det faktum att medicinska bedömningar ligger till grund för vilken typ av tillgänglighet och vid vilken tidpunkt en sjuksköterska behöver träffa specifika patienter. Arbetet med att stärka den medicinska kompetensen i ledningen på olika nivåer, stärker också tillgången på medicinsk kompetens.

Socialtjänstens verksamhet ska vara effektiv

Arbetet med den nya socialtjänstlagen fortsätter för att se till att vi använder våra resurser på bästa sätt för att bemöta de behov som invånarna har. Fortsatt arbete med att kartlägga och optimera sektorns processer intensifierades under 2025 för att använda resurser mer effektivt.

Processkartläggningen har kommit olika långt inom olika områden, införandet av nytt verksamhetssystem har begränsat förvaltningens förmåga att avsätta medarbetare för processkartläggning och arbetet med processkartläggning bordläggs under början av 2026 och beräknas återupptas under hösten 2026. Det påbörjade arbetet med processkartläggning har dock lett till insikt om vikten av att processkartlägga och samverka i processer, vilket får anses gynna sektorns arbete framöver. Hittills är många processer kartlagda och

arbetet ska fortsätta under senare delen av 2026. Mycket av den samverkansstruktur och samverkan i sig som tagits fram under 2025 leder i praktiken till bättre förståelse för sektorns processer och gynnar en framtida kartläggning.

Risker

Samtliga verksamhetsområden arbetar med risker, antalen ser dock olika ut beroende på olika antal enheter i verksamhetsområdena. Inom sektorn för socialtjänst identifieras i IT-verktyget Stratsys 51 enheter för 2025. Totalt återfinns 81 risker i Stratsys för 2025, vilket innebär att respektive enhet har ca 1,58 risker i snitt per enhet. Av dessa 81 risker har en bedömning genomförts för 48 risker, vilket motsvarar 59,25 % procent av det totala antalet risker. Denna bedömning grundar sig på en analys av sannolikhet och allvarlighetsgrad. Inom denna grupp av 48 bedömningar klassificeras sex risker som kritiska, 34 som medium och 8 som låg, baserat på deras respektive sannolikhet och allvarlighetsgrad. Den enhet som har identifierat flest risker rapporterar 6 risker. Vidare hade tre enheter inte identifierat några risker för 2025.

Bland de 81 identifierade riskerna återfanns det associerade åtgärder i 69 fall. Det varierar mellan riskerna hur många åtgärder respektive enhet har.

Övergripande och på enhetsnivå har införande av nytt verksamhetssystem riskhanterats. Riskanalyser genomförs både avseende införandet så väl som för förändringar i arbetssätt som krävs för att använda

systemet, liksom systemet som sådant. Riskanalys och riskhantering fortgår under hela införandet och därefter. Risker har identifierats och åtgärder planeras/har planerats.

Egenkontroller

Resultat egenkontroller inklusive analys – kvalitet

Egenkontroller finns beslutade på sektornivå, egenkontroller som används av flera enheter eller verksamheter eller egenkontroller som är av särskild vikt. Förutom dessa sektorövergripande egenkontroller väljer enheterna själva ytterligare egenkontroller utifrån vad de ser att de behöver kontrollera och följa upp hos respektive enhet.

Egenkontroller för 2025 visar bland annat att 90% av enheterna inom vård och omsorg har aktuella genomförandeplaner/arbetsplaner.

Resultatet av egenkontrollerna avseende genomförandeplan/arbetsplan visar att målet kring upprättande av genomförandeplan/arbetsplan uppfylls enligt kriterierna och att avseende uppdatering respektive delaktighet är sektorn på god väg.

Egenkontroll av utbetalt försörjningsstöd har vid kontrolltillfällena under 2025 mestadels uppfyllts.

Egenkontroll av utredningstid från ansökan till beslut (LSS) har inte uppfyllts. 14% av utredningarna överstiger 120 dagars handläggningstid. Arbete med att förkorta handläggningstiderna för målgruppen har prioriterats men vissa handläggningstider är fortsatt längre än önskat relaterat till sjukfrånvaro samt svårigheter med att få in begärt underlag. Handläggarenheten har utökat med en socialsekreterare på LSS för att kunna hålla handläggningstiderna.

Avseende egenkontroller beslutade på sektornivå hos verksamhetsområdet barn och familj ses, under 2025, en varierande utveckling gällande avslutade utredningar inom lagstadgad tid, jämfört med föregående år. Under kvartal 1 2025 var det en stor nedgång gällande avslutade utredningar inom lagstadgad tid: endast 24 % i jämförelse med kvartal 1 2024 då det var 71 %. Under kvartal 3 2025 ökade siffran till 82 % vilket var högre än motsvarande tid 2024 73 %.

För mer detaljerad information om egenkontrollerna, innehåll och bedömningskriterier, se Bilaga 1. Egenkontroller.

Resultat egenkontroller inklusive analys – patientsäkerhet/hälso- och sjukvård

Basala hygienrutiner

Vårdhygienisk egenkontroll, som följs upp i Stratsys, har genomförts med gott resultat av de enheter som berörs. Egenkontroller där enheternas hygienombud mäter följsamhet till basala hygienrutiner genom självskattning (två gånger per år) respektive observation (två gånger per år) visar på övervägande goda resultat även om det fortsatt finns förbättringsutrymme. Områden där störst förbättringsutrymme finns är användning av plastförkläde när det finns risk för att arbetsdräkten kommer i kontakt med kroppsvätskor, respektive handdesinfektion före brukar/patientkontakt. Resultaten ser liknande ut jämfört nationell statistik. Även om det finns utrymme för förbättring avseende följsamhet till basala hygienrutiner är det värt att notera att sektorn för socialtjänst inte haft någon stor smittspridning på mycket länge. Enstaka fall av magsjuka och luftvägsinfektion förekommer men verksamheten bryter smittvägar och inga stora utbrott har förekommit – det talar för att följsamheten till basala hygienrutiner i stort är god.

Palliativ vård

Avseende kvalitetsindikatorerna i det palliativa registret är kommunal primärvård inte ensamt ansvariga för resultaten, Palliativ vård bedrivs i samverkan med den regionalt finansierade

primärvården och specialistvården. Palliativ riktlinje är framtagen och har börjat att implementeras, men ytterligare samverkan med övriga berörda vårdgivare krävs för helheten. I nedanstående tabell ses att flera indikatorer förbättras men målen uppfylls inte, måluppfyllelse ses avseende utan trycksår (grad 2-4) och mänsklig närvaro i dödsögonblicket.

Kvalitetsindikator palliativa registret	Målvärde %	Resultat 2023 %	Resultat 2024 %	Resultat 2025 %	Analys
Dok. brytpunktssamtal	98,0	85,1	89,3	87,7	Minskning. Mål ej uppfyllt.
Ord. inj. stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	96,5	95,5	96,5	Ökning. Mål ej uppfyllt.
Ord. inj. ångestdämpande vid behov	98,0	95,6	96,4	96,5	Ökning. Mål ej uppfyllt.
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	68,4	68,8	68,4	Minskning. Mål ej uppfyllt.
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	60,5	61,6	63,2	Ökning. Mål ej uppfyllt.
Utan trycksår (grad 2-4)	90,0	97,4	88,4	92,1	Ökning. Mål uppfyllt.
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	91,2	95,5	98,2	Ökning. Mål uppfyllt.

Bild 10. kvalitetsindikatorer palliativa registret

Klagomål och synpunkter

Sammanlagt har 54 klagomål/synpunkter inkommit till sektorn under 2025. Det är en liten minskning jämfört med de 58 klagomål/synpunkter som inkom under 2024.

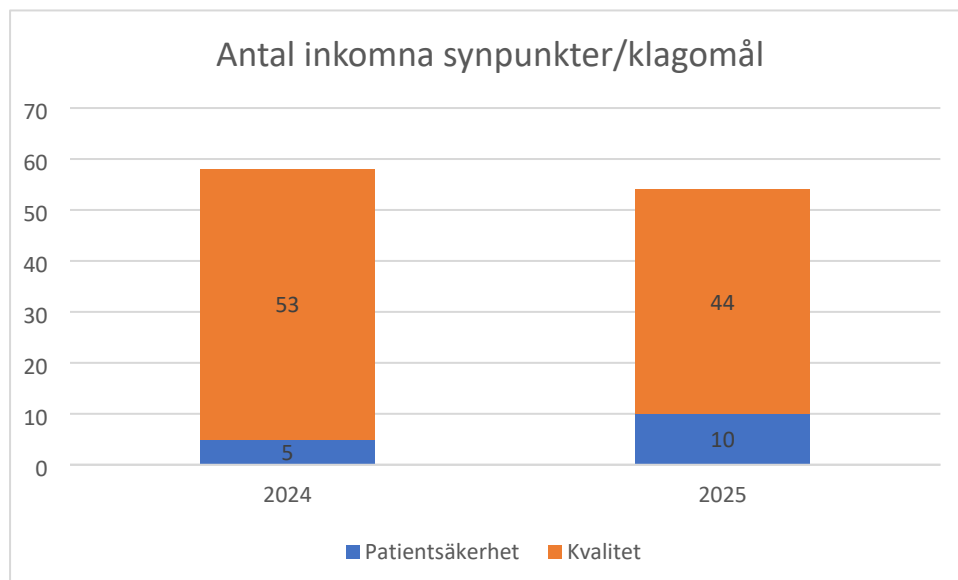


Bild 11: Inkomna synpunkter/klagomål

Klagomål och synpunkter kvalitet

Sammantaget kan de flesta klagomålen/synpunkterna härledas till diskrepans mellan individers förväntningar på sektorn för socialtjänst och vad sektorn faktiskt har för uppdrag. Detta talar för vikten av tydlig kommunikation och information för att förväntningarna ska matcha sektorns uppdrag.

Klagomål och synpunkter patientsäkerhet

Antalet klagomål/synpunkter som avser kommunal primärvård har ökat från fem år 2024 till tio år 2025. Sannolikt har medarbetarnas benägenhet att dokumentera/rapportera in klagomål/synpunkter som de tar emot ökat till följd av kompetenshöjning. Det är viktigt att klagomål/synpunkter inte endast hanteras/åtgärdas i stunden utan att också rapportera för att vara en källa till kunskap i hela den kommunala primärvården, varför ökad rapportering är positivt för patientsäkerheten

Avvikelser

Totalt har det rapporterats 5344 avvikelser under 2025, vilket är en ökning jämfört med föregående år då antalet var 4588. Att fler avvikelser och oönskade händelser rapporteras är grunden för förbättrad patientsäkerhet – kunskapen kring var i processerna riskerna finns och vad orsakerna till händelserna är, är avgörande för ett träffsäkert förbättringsarbete.

Avvikelseområden	2024	2025
Brist i följsamhet av rutiner	164	155
Brist i omsorg/utförande av insats (SOL/LSS)	347	380
Brist i vård och behandling (HSL)	150	263
Fall (HSL)	2321	2493
Fysiskt Våld (SOL/LSS)	97	102
Hantering av personuppgifter/sekretess	33	18
Hjälpmiddel - Medicinteknisk händelse (HSL)	55	56
Informationsöverföring (SOL/LSS/HSL)	21	28
Läkemedelshändelse (HSL)	1184	1593
Myndighetsutövning	55	58
Personskada (SOL/LSS)	18	22
Psykiska övergrepp (SOL/LSS)	18	20
Samverkan extern	4	5
Sexuella övergrepp (SOL/LSS)	6	9
Skyddsåtgärder (HSL)	24	22
Teknik, utrustning och omgivning	80	99
Samverkan intern	21	12
Summa	4588	5344

Bild 12. Antal avvikelser inom respektive avvikelseområde

Analys avvikelser – kvalitet

Avvikelseområdet brist i utförande av omsorg (SOL/LSS) har ökat med 9 % jämfört med samma period förra året. Det är alltid svårt att analysera om det beror på högre rapporteringsbenägenhet än tidigare, eller om det är en faktisk ökning av händelser i denna kategori.

Området fysiskt våld (SOL/LSS) har ökat med 5 % jämfört med föregående år. De flesta avvikelser inom kategorin har rapporterats inom Vård och omsorg. Vid genomgång av dessa avvikelserapporter ses att enskilda brukare står för ökningen. En brukare står exempelvis för 11 av avvikelserna. Sammantaget ses det som positivt att verksamheterna har ökat sin rapportering av avvikelser kring våld.

Område sexuella övergrepp, mellan brukare, har ökat från 6 till 9. Vid en genomgång av dessa avvikelserapporter framkommer att 3 av dessa är dubletter samt att 1 beskriver brukares kränkning av en medarbetare. Antalet rapporterade händelser har alltså inte ökat.

Område personskada har ökat med 22 %. Vid en översiktlig genomgång av avvikelserna framkommer att sex av dessa gäller personskador mot medarbetare.

Allvarliga kvalitetsbrister – lex Sarah

Under 2025 har SAS genomfört 14 utredningar av avvikelser enligt lex Sarah (27 kap 2 § Socialtjänstlagen och 24e § Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade). Fem av dessa var inom barn och familj, fyra inom funktionsstöd och fem inom vård och omsorg. Två utredningar har bedömts som missförhållande enligt lex Sarah, två utredningar har bedömts som påtaglig risk för missförhållande enligt lex Sarah. Nio utredningar har bedömts som ej missförhållande enligt lex Sarah. En utredning har bedömts som allvarligt missförhållande enligt lex Sarah och har föranlett anmälan till IVO. IVO har bedömt att nämnden har fullgjort sin utredning och avslutat utredningen.

Analys avvikelser – patientsäkerhet

Antalet rapporterade fall har ökat ca 7% under året. Arbetet med handlingsplan fallprevention fortgår och följs upp kontinuerligt. Under 2026 ska handlingsplanen utvecklas och förbättras för att förtydliga insatser gentemot de patienter inom verksamhetsområde Funktionsstöd.

Antalet avvikelser gällande Brist i vård och behandling (HSL) har ökat med ca 75%. Ökningen tolkas som en ökad rapportering som framför allt ses under andra halvan av året. Ökningen beror troligen på satsningen på utbildning av all legitimerad personal inom den kommunala primärvården.

Utbildningen med inriktningen om att leda som patientansvarig lägger bland annat fokus på att rapportera och utreda avvikelser, vilket leder till förbättrad händelseanalys och patientsäkerhet.

Rapporterade läkemedelshändelser har ökat med ca 35% under året, detta som en direkt följd av att sjuksköterskorna har ökat sin rapporteringsbenägenhet, vilket i sin tur beror på utbildning. Många av dessa avvikelser avser missad signering. Samverkan mellan enhetschefer och sjuksköterskor i hanteringen av avvikelserna har förbättrats, varför det ökade antalet får ses som positivt och en förbättring av patientsäkerheten. Ju mer vi vet om eventuella brister i verksamheten desto bättre åtgärder och förebyggande arbete kan sättas in.

Avseende avvikelser kring läkemedelssvinn/stöld ses en tydligt förbättrad följsamhet till rutin. I de händelser då ingen naturlig förklaring till saknade narkotikaklassade preparat har rutin följts avseende hantering och polisanmälan i de flesta fall under 2025. Totala antalet svinnhändelser har också gått ner jämfört med 2024.

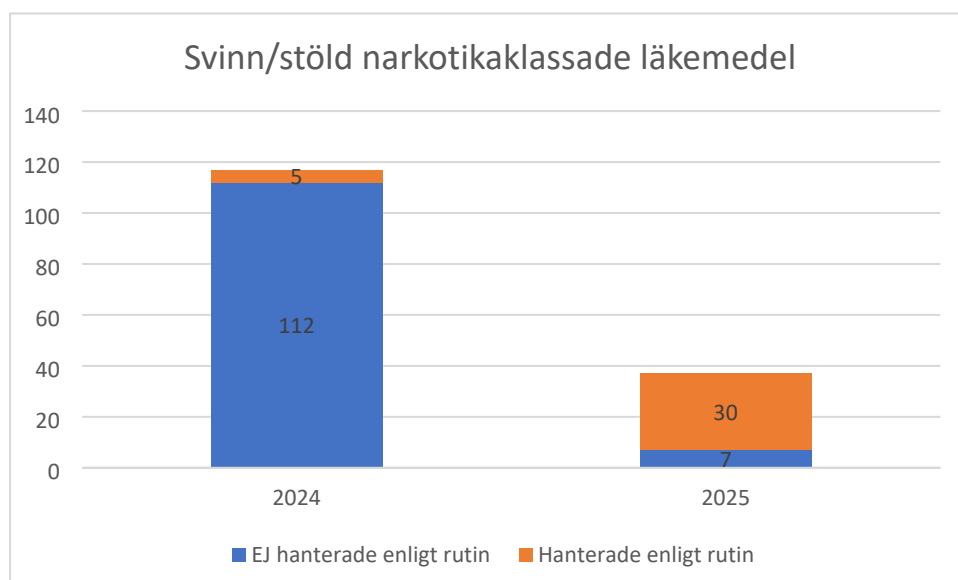


Bild 13: Svinn/stöld narkotikaklassade läkemedel och hanteringen därav.

Allvarliga vårdskador – lex Maria

En vårdskada har under 2025 bedömts så allvarlig att anmälan till IVO enligt lex Maria gjorts. Förvaltningens händelseanalys och insatta åtgärder bedöms av IVO vara adekvata och IVO har avslutat ärendet utan ytterligare åtgärder.

Avvikelse i samverkan

Avvikelse i samverkan mellan vårdgivare rapporteras i Västra Götalandsregionens avvikelsesystem MedControl Pro. Gemensamma rutiner för samverkansavvikelse finns genom vårdsamverkan.

Under 2025 har totalt 14 samverkansavvikelse där Härryda kommuns sektor för socialtjänst berörs rapporteras. Av dessa har åtta upptäckts hos och rapporteras av kommunens medarbetare. Alltså har sex avvikelse rapporter inkommit till kommunen från regionsfinansierad verksamhet. Jämfört med tidigare år har antalet samverkansavvikelse minskat. Förhoppningsvis är det en indikation på att samverkan mellan regionfinansierad verksamhet och den kommunala primärvården fungerat bättre.

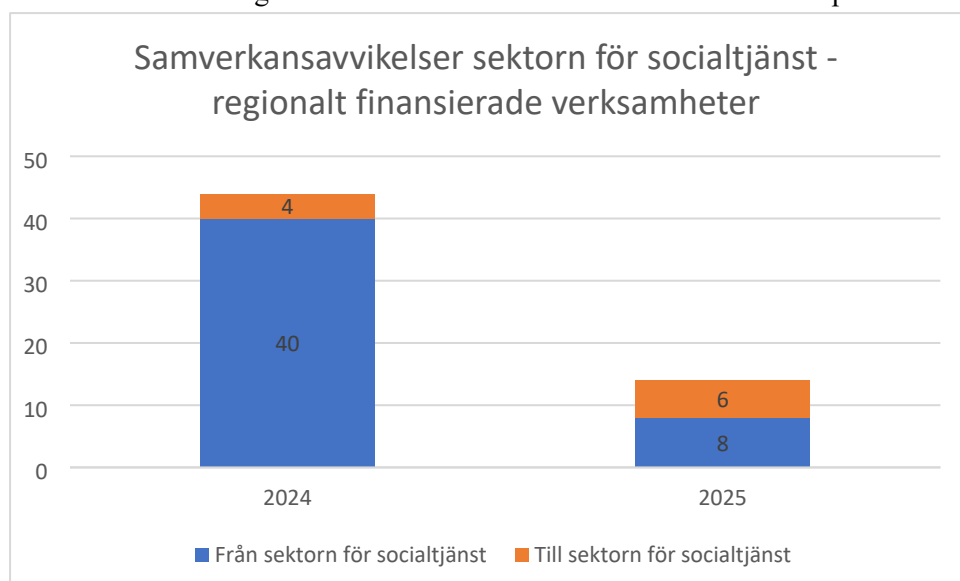


Bild 14: Samverkansavvikelse

Mål för kvalitet och patientsäkerhet 2026

Socialtjänstens verksamhet ska bygga på individens självbestämmande och integritet

Vård och omsorg liksom funktionsstöd kommer att fortsätta arbetet för att öka delaktigheten vid framtagande av individuell genomförandeplan (IGP). Inom vård och omsorg finns en strategi kring fast omsorgskontakt och att arbetssättet ska ge större delaktighet. De fasta omsorgskontaktarna kommer att arbeta med brukare för att skriva levnadsberättelser, vilket sannolikt ökar delaktigheten i stort.

Den kommunala primärvården kommer att fortsätta arbeta med och analysera de nyckeltal som tas fram i samverkan med Göteborgsregionen. Att ha relevanta mått för att analysera och jämföra Härrydas kommunala primärvård med andra kommuner och oss själva över tid är av största vikt för att kunna identifiera förbättringsområden in om patientsäkerhetsområdet. Nyckeltalsarbetet fortsätter i fråga om att utveckla och lägga till ytterligare nyckeltal liksom att använda de nyckeltal som nu är framtagna för förbättring av verksamheten.

Socialtjänstens verksamhet ska bygga på helhetssyn och samordning

Arbetet med Närområdesplanen ska fortsätta i samverkan mellan kommunen och vårdcentralerna och rehabmottagningarna verksamma i kommunen. Närområdesplanen följs upp i NOSAM, men är väsentlig för kommunens patientsäkerhetsarbete, varför det nämns här.

Under 2025 initierades samverkansarbete mellan kommunen och vårdcentralerna i kommunen avseende proaktiv SIP för personer som får en demensdiagnos – detta arbete ska planeras och sjuösättas. Det förväntas leda till att personer med nyligen utvecklad demens tidigare får kunskap om vilken hjälp som finns att ansöka om och var de ska vända sig.

Kompetensen i teamet för samordnad vårdplanering (SVPL) ska stärkas med en undersköterska, det stärker helhetssynen vid vårdplaneringar. Samordning och samverkan stärks genom att fler kompetenser, med fler kontaktytor finns i teamet.

Funktionsstöd ska organisera sina teamträffar att fylla samma funktion som vård och omsorgs ELT – nära ledning med medicinsk kompetens på enhetsnivå.

Socialtjänstens verksamhet ska vara trygg och säker

Arbetet med risker i samband med läkemedelshantering ska struktureras, alla enheter där läkemedel hanteras ska ta fram sina största risker, sätta in åtgärder för att minimera dessa risker, samt genomföra egenkontroll avseende effekterna av insatta åtgärder.

Arbete ska ske för att stärka avvikelshantering, bedöma vårdskada, öka kunskapen om vårdsador, förbättra samverkan och hantering av samt förbättra information till patient som drabbas av vårdskada. Genom att använda kunskapen som enhetscheferna i vård och omsorg, funktionsstöd och kommunal primärvård, liksom legitimerade yrkesgrupper fått genom utbildning under 2025 ska fler professioner vara involverade i arbetet med avvikelser, risker, klagomål och synpunkter. Ytterligare utbildning ska arbetas fram och involverade personer utbildas ytterligare. Genom att samverka i avvikelsearbetet kommer kvalitet och patientsäkerhet att stärkas – för att kunna identifiera orsaker och sätta in effektiva åtgärder krävs fler kompetenser än endast enhetschef.

Handlingsplan Fallprevention ska uppdateras för att stämma med gällande lagstiftning och förbättras för att tydliggöra arbetssätt inom verksamhetsområde Funktionsstöd.

Arbetet med systematiska riskbedömningar och uppföljning av desamma ska förbättras. Eftersom nytt verksamhetssystem är under införande är metoderna ännu oklara, men förbättringsarbete ska ske. Riskbedömningar som i synnerhet avses är risk för fall, risk för malnutrition och risk för trycksår.

Socialtjänstens verksamhet ska vara kunskapsbaserad

Den medicinska kompetensen hos vård och omsorg och funktionsstöd ska stärkas och utvecklas genom fortsatt arbete med och i de strategiska forumen ELT, teamträffar och strategiskt HSL (berörda verksamhetschefer, MAS, MAR, SAS, t.f. MAS). För att hålla ihop vård och omsorgs ELT och funktionsstöds teamträffar krävs styrning och ledning. Denna ska designas av strategiskt HSL, arbetet har påbörjats under 2025 och planeras fortsätta under 2026. Syftet med samverkansstrukturen och den stärkta kompetensen är att förbättra patientsäkerheten.

Arbete för hur Göteborgsregionens nyckeltal för kommunal primärvård ska användas och analyseras ska genomföras. Genom att använda nyckeltal, analysera och jämföra med andra kommuner och den egna verksamheten över tid kan förbättringsområden identifieras och åtgärder sätts in, detta väntas leda till högre patientsäkerhet, bättre kvalitet och mer effektiv verksamhet, på vetenskaplig grund.

Arbetet med ISU ska fortsätta under 2026. Genom att mäta och få kunskap inom specifika områden, nära de vi är till för, skapas goda förutsättningar för att skraddarsy insatser som gynnar målgrupperna.

Under 2026 ska extern granskning av vård och omsorgsboenden genomföras på de områden i SIS standard för äldreomsorg* som inte granskades under 2023. Upphandling kommer att ske under våren 2026 för att granskningen ska kunna genomföras under hösten 2026.

Socialtjänstens verksamhet ska vara tillgänglig och jämlik

För att öka jämlikheten avseende hälsa för personer med funktionsvariation, boende på BMSS, och deras tillgänglighet till hälso- och sjukvård ska samverkansarbetet som genomförts under 2025 implementeras. Detta ska leda till att fler i målgruppen för tillgång till hälsoundersökning och en stärkt hälsa.

Processkartläggning Palliativ vård ska färdigställas och förbättringsområden identifieras. Den sista delen av livet är viktig och genomarbetade arbetssätt ska säkerställa tillgänglig och jämlik palliativ vård för den kommunala primärvårdens patienter.

Socialtjänstens verksamhet ska vara effektiv

Effektiva arbetssätt i det nya verksamhetssystemet ska tas fram inom sektorn för socialtjänsts alla verksamheter. Arbetssätten ska säkerställa kvalitet och patientsäkerhet för de vi är till för samtidigt som hushållning med sektorns resurser är av vikt.

Processkartläggning av prioriterade processer ska fortsättas under andra halvan av 2026 för att ytterligare säkerställa att individer får rätt insats vid rätt tidpunkt.

Bilaga 1. Egenkontroller

Bilaga 2. Avvikelser

* Svenska institutet för standarder Svensk standard · SS 872500:2015

Kvalitet i omsorg, service, omvårdnad och rehabilitering för äldre med omfattande behov i ordinärt och särskilt boende

Bilaga 1. KPSB 2025 Egenkontroller

Nedan redovisas de egenkontroller per verksamhetsområde. Egenkontroller redovisas här för december 2025 i de fall egenkontrollen är månatlig, hela årets resultat finns i kolumnen längst till höger, där återfinns i några fall även tidigare års resultat.

Egenkontroller - 2025 (Vård och omsorg)

Aktivitet	Egenkontroll		Utfall	Period
Genomförande	Personalkontinuitet i hemtjänst	Syfte med uppföljning Förbättra kontinuiteten med färre personal hos respektive brukare	Uppfyllt	Dec 2025
		Bedömningskriterier och intervall 2023 Ej uppfyllt - personalkontinuiteten ligger på 19 eller mer Delvis uppfyllt - personalkontinuiteten ligger mellan 15-18 Uppfyllt - personalkontinuiteten ligger under 14 (2022 det värde som krävdes för att vara bland de 25% bästa kommunerna i landet)	Uppfyllt	Nov 2025
		2022 Ej uppfyllt - personalkontinuiteten ligger på 18 eller mer Delvis uppfyllt - personalkontinuiteten ligger mellan 15-17 Uppfyllt - personalkontinuiteten ligger på 14 eller lägre (2021 det värde som krävdes för att vara bland de 25% bästa kommunerna i landet) Målsättning personalkontinuitet 14	Uppfyllt	Okt 2025
		2021 Ej uppfyllt - personalkontinuiteten ligger på 16 eller mer Delvis uppfyllt - personalkontinuiteten ligger mellan 13-15 Uppfyllt - personalkontinuiteten ligger under 13 (2020 det värde som krävdes för att vara bland de 25% bästa kommunerna i landet)	Uppfyllt	Sep 2025
		Mätmetod Mäts varje månad under 2 veckor hos respektive enhet. Enhetschef registrerar data i Stratsys	Uppfyllt	Aug 2025
			Uppfyllt	Jul 2025
			Uppfyllt	Jun 2025
			Uppfyllt	Maj 2025
			Uppfyllt	Apr 2025
			Uppfyllt	Mar 2025
			Uppfyllt	Feb 2025

Aktivitet	Egenkontroll											
	<p>Aktuell genomförandeplan - Andel personer med aktuell genomförandeplan/arbetsplan</p> <p>Syfte med uppföljning Säkerställa att bestämmelser och riktlinjer för genomförandeplaner följs.</p> <p>Samma tidsangivelser gäller för genomförandeplan/arbetsplan</p> <p>Bedömningskriterier och intervall Uppfyllt: 90% Delvis uppfyllt: 70–89% Ej uppfyllt: <69%</p> <p>En gång per år april/maj</p> <p>Mätmetod Granska dokumentation/statistik för upprättande/uppföljning/uppdatering av planer*.</p> <p>Aktuell genomförandeplan = (Vid mätpunkten) Antal personer med en genomförandeplan eller arbetsplan som har upprättats/följts upp/uppdaterats:</p> <p>Vård och omsorg: inom de senaste 6 månaderna Funktionsstöd: inom de senaste 12 månaderna Vuxenenheten: inom de senaste 12 månaderna</p> <p>Beräkning av andel (%): Täljare: antalet individer med aktuella planer divideras med Nämnare: totalt antal individer på enheten</p> <p>* Vård och omsorg trygghetslarm, hemtjänst, dagverksamhet och särskilt boende för äldre, Vuxenenheten - insatser som utförs av behandlingsassistenter, Funktionsstöd - enhet som fått egenkontroll</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1733 293 1839 336">Utfall</th> <th data-bbox="1839 293 1944 336">Period</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1733 336 1839 379">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 336 1944 379">2025</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1733 379 1839 422">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 379 1944 422">2024</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1733 422 1839 466">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 422 1944 466">2023</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1733 466 1839 509">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 466 1944 509">2022</td> </tr> </tbody> </table>	Utfall	Period	Uppfyllt	2025	Uppfyllt	2024	Uppfyllt	2023	Uppfyllt	2022
Utfall	Period											
Uppfyllt	2025											
Uppfyllt	2024											
Uppfyllt	2023											
Uppfyllt	2022											

Aktivitet	Egenkontroll									
	<p>Vårdhygienisk egenkontroll</p> <p>Syfte med uppföljning Kontrollera förutsättningar för och följsamhet till basala hygienrutiner för de verksamheter som lyder under lagsstiftning på området (SOSFS 2015:10).</p> <p>Bedömningskriterier och intervall Vårdhygienisk egenkontroll genomförd. Vid behov handlingsplan upprättad, åtgärder framtagna. Åtgärder genomförda.</p> <p>Mätmetod Enhetschef tillsammans med hygienombud genomför "vårdhygienisk egenkontroll" inför hygienombudstävorna i maj. Vid behov upprättas handlingsplan och åtgärder tas fram för att komma till rätta med vårdhygieniska brister.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1733 293 1839 336">Utfall</th> <th data-bbox="1839 293 1944 336">Period</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1733 336 1839 379">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 336 1944 379">2025</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1733 379 1839 422">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 379 1944 422">2024</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1733 422 1839 466">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 422 1944 466">2023</td> </tr> </tbody> </table>	Utfall	Period	Uppfyllt	2025	Uppfyllt	2024	Uppfyllt	2023
Utfall	Period									
Uppfyllt	2025									
Uppfyllt	2024									
Uppfyllt	2023									

Egenkontroller - 2025 (Hälsa och bistånd)

Aktivitet	Egenkontroll								
Genomförande	<p>Andel personer med upprättad genomförandeplan/arbetsplan</p>	<p>Syfte med uppföljning Säkerställa att riktlinjer för genomförandeplaner följs. Brukare med en insats ska ha en genomförandeplan eller arbetsplan, se insatser under mätmetod</p> <p>Bedömningskriterier och intervall Uppfyllt: 90% Delvis uppfyllt: 70–89% Ej uppfyllt: <69%</p> <p>En gång per år april/maj</p> <p>Mätmetod Granska personakter – finns det en genomförande/arbetsplan per brukare*</p> <p>Vid mätpunkten, Totalt antal brukare som har en upprättad plan dividerat med totalt antal brukare (Andel %)</p> <p>Granskning kan göras via Treserva/genomförande se separat lathund. Annars genom att granska varje brukares akt (på respektive enhet)</p> <p>* Vård och omsorg - trygghetslarm, dagverksamhet, hemtjänst och särskilt boende för äldre, Vuxenenheten - insatser som utförs av behandlingsassistenter, Funktionsstöd - enhet som fått egenkontroll</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1733 440 1839 478">Utfall</th> <th data-bbox="1839 440 1944 478">Period</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1733 478 1839 517">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 478 1944 517">2024</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1733 517 1839 555">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 517 1944 555">2023</td> </tr> </tbody> </table>	Utfall	Period	Uppfyllt	2024	Uppfyllt	2023
Utfall	Period								
Uppfyllt	2024								
Uppfyllt	2023								

Aktivitet

Egenkontroll

Aktuell genomförandeplan - Andel personer med aktuell genomförandeplan/arbetsplan

Syfte med uppföljning

Säkerställa att bestämmelser och riktlinjer för genomförandeplaner följs.

Samma tidsangivelser gäller för genomförandeplan/arbetsplan

Bedömningskriterier och intervall

Uppfyllt: 90%

Delvis uppfyllt: 70–89%

Ej uppfyllt: <69%

En gång per år april/maj

Mätmetod

Granska dokumentation/statistik för upprättande/uppföljning/uppdatering av planer*.

Aktuell genomförandeplan = (Vid mätpunkten) Antal personer med en genomförandeplan eller arbetsplan som har upprättats/följts upp/uppdaterats:

Vård och omsorg: inom de senaste 6 månaderna

Funktionsstöd: inom de senaste 12 månaderna

Vuxenenheten: inom de senaste 12 månaderna

Beräkning av andel (%):

Täljare: antalet individer med aktuella planer divideras med Nämnare: totalt antal individer på enheten

* Vård och omsorg trygghetslarm, hemtjänst, dagverksamhet och särskilt boende för äldre, Vuxenenheten - insatser som utförs av behandlingsassistenter, Funktionsstöd - enhet som fått egenkontroll

Utfall	Period
Uppfyllt	2025

Aktivitet

Egenkontroll

Delaktighet i genomförandeplan - Andel personer med en plan som innehåller dokumentation om hur personen deltagit vid upprättande eller förändring av genomförandeplan

Syfte med uppföljning

Säkerställa att riktlinjer för delaktighet i genomförandeplanering följs, se insatser under mätmetod

Det ska framgå av genomförandeplanen att/hur den enskilde har varit delaktig i planeringen av insatsen

Bedömningskriterier och intervall

Uppfyllt: 90%
 Delvis uppfyllt: 70-89%
 Ej uppfyllt: < 69%

En gång per år april/maj

Mätmetod

Granska dokumentation/ statistik för delaktighet i genomförandeplanen*

Vid mätpunkten, Antal personer med en genomförandeplan som det framgår av hur brukaren varit delaktig i att upprätta/följa upp dividerat med totalt andel brukare (Andel%)

Beräkning av andel (%):

Täljare: antal individer som har en dokumenterad delaktighet i sin genomförandeplan (divideras med)

Nämnare: totalt antal individer som finns på enheten

* Vård och omsorg hemtjänst, trygghetslarm, dagverksamhet och särskilt boende för äldre, Vuxenenheten - insatser som utförs av behandlingsassistenter, Funktionsstöd - enhet som fått egenkontroll

Utfall	Period
Uppfyllt	2024
Delvis uppfyllt	2023

Aktivitet	Egenkontroll															
	<p>Vårdhygienisk egenkontroll</p> <p>Syfte med uppföljning Kontrollera förutsättningar för och följsamhet till basala hygienrutiner för de verksamheter som lyder under lagstiftning på området (SOSFS 2015:10)</p> <p>Bedömningskriterier och intervall Vårdhygienisk egenkontroll genomförd. Handlingsplan upprättad och åtgärder framtagna. Åtgärder genomförda.</p> <p>Mätmetod Enhetschef tillsammans med hygienombud genomför "vård hygieniskegenkontroll" inför hygienombudsträffarna i maj. Vid behov upprättas handlingsplan och åtgärder tas fram för att komma till rätta med vårdhygieniska brister.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Utfall</th> <th>Period</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Uppfyllt</td> <td>2025</td> </tr> <tr> <td>Uppfyllt</td> <td>2024</td> </tr> </tbody> </table>	Utfall	Period	Uppfyllt	2025	Uppfyllt	2024								
Utfall	Period															
Uppfyllt	2025															
Uppfyllt	2024															
Insats	<p>Utredningstid i antal dagar från ansökan till beslut (LSS)</p> <p>Syfte med uppföljning Säkerställa att handläggningstiden inte överstiger 120 dagar</p> <p>Bedömningskriterier och intervall Andel utredningar som inte överstiger 120 dagar</p> <p>Uppfyllt:100 % Delvis uppfyllt 95–99% Ej uppfyllt <95%</p> <p>Handläggarenheten: 2 gånger per år mars och oktober Barn och familj: Varannan månad med start jan (mars, maj, augusti, oktober, december)</p> <p>Mätmetod Granskning av samtliga utredningar i statistik för utredningstid, Antal dagar från datum för ansökan till datum för beslut.</p> <p>Beräkning av andel % (vid mätpunkten): Täljare: antal avslutade utredningar där handläggningstiden överstiger 120 dagar dividerat med Nämnare: totalt antal avslutade utredningar</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Utfall</th> <th>Period</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ej uppfyllt</td> <td>Halvår 2 2025</td> </tr> <tr> <td>Ej uppfyllt</td> <td>Halvår 1 2025</td> </tr> <tr> <td>Ej uppfyllt</td> <td>Halvår 2 2024</td> </tr> <tr> <td>Ej uppfyllt</td> <td>Halvår 1 2024</td> </tr> <tr> <td>Ej uppfyllt</td> <td>Halvår 2 2023</td> </tr> <tr> <td>Ej uppfyllt</td> <td>Halvår 1 2023</td> </tr> </tbody> </table>	Utfall	Period	Ej uppfyllt	Halvår 2 2025	Ej uppfyllt	Halvår 1 2025	Ej uppfyllt	Halvår 2 2024	Ej uppfyllt	Halvår 1 2024	Ej uppfyllt	Halvår 2 2023	Ej uppfyllt	Halvår 1 2023
Utfall	Period															
Ej uppfyllt	Halvår 2 2025															
Ej uppfyllt	Halvår 1 2025															
Ej uppfyllt	Halvår 2 2024															
Ej uppfyllt	Halvår 1 2024															
Ej uppfyllt	Halvår 2 2023															
Ej uppfyllt	Halvår 1 2023															

Egenkontroller - 2025 (Funktionsstöd)

Aktivitet	Egenkontroll		Utfall	Period
Genomförande	<p>Andel (%) arbetad tid som utförts av tillsvidare/månadsanställd personal per enhet per månad</p>	<p>Syfte med uppföljning Målet är att öka andel tid som utförs av tillsvidareanställd personal.</p> <p>Bedömningskriterier och intervall Andel arbetad tid som har utförts av månads/tillsvidareanställd personal</p> <p>mer än 80 % tillsvidare/månadsanställd personal = uppfyllt mindre än 79 % = ej uppfyllt</p> <p>Mätmetod Mäta hur stor del av total utförd arbetstid som utförts av månads/tillsvidareanställd personal. Bemanningseenheten lämnar statistik på enhetsnivå månadsvis.</p>	Uppfyllt	Dec 2025
			Uppfyllt	Nov 2025
			Uppfyllt	Okt 2025
			Ej uppfyllt	Sep 2025
			Ej uppfyllt	Aug 2025
			Ej uppfyllt	Jul 2025
			Ej uppfyllt	Jun 2025
			Uppfyllt	Maj 2025
			Uppfyllt	Apr 2025
			Uppfyllt	Mar 2025
			Uppfyllt	Feb 2025

Aktivitet	Egenkontroll															
	<p>Individuella mål genomförandeplaner</p> <p>Syfte med uppföljning Säkerställa rutinen för att det utformas individuella mål i genomförandeplanen. Individuella mål är en viktig förutsättning för att utvärdera utformning av insatserna och dess effekt för den enskilde.</p> <p>Bedömningskriterier och intervall Individuella mål finns i 100 % av aktuella genomförandeplaner - Uppfyllt</p> <p>Individuella mål i färre än 99 % av aktuella genomförande planer - Ej uppfyllt</p> <p>Mätmetod Andel av aktuella genomförandeplaner som innehåller individuella mål. Individuella mål innebär att mål med insatserna sätts utifrån den enskildes önskemål, behov och förutsättningar.</p> <p>Aktuell=har utformats eller följts upp inom det senaste året (räknat från 1 jan 2022)</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1733 293 1839 336">Utfall</th> <th data-bbox="1839 293 1944 336">Period</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1733 336 1839 379">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 336 1944 379">2025</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1733 379 1839 422">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 379 1944 422">2024</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1733 422 1839 466">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 422 1944 466">2023</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1733 466 1839 509">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 466 1944 509">2022</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1733 509 1839 552">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 509 1944 552">2021</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1733 552 1839 595">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 552 1944 595">2020</td> </tr> </tbody> </table>	Utfall	Period	Uppfyllt	2025	Uppfyllt	2024	Uppfyllt	2023	Uppfyllt	2022	Uppfyllt	2021	Uppfyllt	2020
Utfall	Period															
Uppfyllt	2025															
Uppfyllt	2024															
Uppfyllt	2023															
Uppfyllt	2022															
Uppfyllt	2021															
Uppfyllt	2020															

Aktivitet	Egenkontroll													
	<p>Andel personer med upprättad genomförandeplan/arbetsplan</p> <p>Syfte med uppföljning Säkerställa att riktlinjer för genomförandeplaner följs. Brukare med en insats ska ha en genomförandeplan eller arbetsplan, se insatser under mätmetod</p> <p>Bedömningskriterier och intervall Uppfyllt: 90% Delvis uppfyllt: 70–89% Ej uppfyllt: <69%</p> <p>En gång per år april/maj</p> <p>Mätmetod Granska personakter – finns det en genomförande/arbetsplan per brukare*</p> <p>Vid mätpunkten, Totalt antal brukare som har en upprättad plan dividerat med totalt antal brukare (Andel %)</p> <p>Granskning kan göras via Treserva/genomförande se separat lathund. Annars genom att granska varje brukares akt (på respektive enhet)</p> <p>* Vård och omsorg - trygghetslarm, dagverksamhet, hemtjänst och särskilt boende för äldre, Vuxenenheten - insatser som utförs av behandlingsassistenter, Funktionsstöd - enhet som fått egenkontroll</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1733 293 1839 336">Utfall</th> <th data-bbox="1839 293 1944 336">Period</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1733 336 1839 379">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 336 1944 379">2025</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1733 379 1839 422">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 379 1944 422">2024</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1733 422 1839 466">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 422 1944 466">2023</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1733 466 1839 509">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 466 1944 509">2022</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1733 509 1839 552">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 509 1944 552">2021</td> </tr> </tbody> </table>	Utfall	Period	Uppfyllt	2025	Uppfyllt	2024	Uppfyllt	2023	Uppfyllt	2022	Uppfyllt	2021
Utfall	Period													
Uppfyllt	2025													
Uppfyllt	2024													
Uppfyllt	2023													
Uppfyllt	2022													
Uppfyllt	2021													

Aktivitet	Egenkontroll													
	<p>Aktuell genomförandeplan - Andel personer med aktuell genomförandeplan/arbetsplan</p> <p>Syfte med uppföljning Säkerställa att bestämmelser och riktlinjer för genomförandeplaner följs.</p> <p>Samma tidsangivelser gäller för genomförandeplan/arbetsplan</p> <p>Bedömningskriterier och intervall Uppfyllt: 90% Delvis uppfyllt: 70–89% Ej uppfyllt: <69%</p> <p>En gång per år april/maj</p> <p>Mätmetod Granska dokumentation/statistik för upprättande/uppföljning/uppdatering av planer*.</p> <p>Aktuell genomförandeplan = (Vid mätpunkten) Antal personer med en genomförandeplan eller arbetsplan som har upprättats/följts upp/uppdaterats:</p> <p>Vård och omsorg: inom de senaste 6 månaderna Funktionsstöd: inom de senaste 12 månaderna Vuxenheten: inom de senaste 12 månaderna</p> <p>Beräkning av andel (%): Täljare: antalet individer med aktuella planer divideras med Nämnare: totalt antal individer på enheten</p> <p>* Vård och omsorg trygghetslarm, hemtjänst, dagverksamhet och särskilt boende för äldre, Vuxenheten - insatser som utförs av behandlingsassistenter, Funktionsstöd - enhet som fått egenkontroll</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1733 293 1839 336">Utfall</th> <th data-bbox="1839 293 1944 336">Period</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1733 336 1839 379">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 336 1944 379">2025</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1733 379 1839 422">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 379 1944 422">2024</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1733 422 1839 466">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 422 1944 466">2023</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1733 466 1839 509">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 466 1944 509">2022</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1733 509 1839 552">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 509 1944 552">2021</td> </tr> </tbody> </table>	Utfall	Period	Uppfyllt	2025	Uppfyllt	2024	Uppfyllt	2023	Uppfyllt	2022	Uppfyllt	2021
Utfall	Period													
Uppfyllt	2025													
Uppfyllt	2024													
Uppfyllt	2023													
Uppfyllt	2022													
Uppfyllt	2021													

Aktivitet	Egenkontroll													
	<p>Delaktighet i genomförandeplan - Andel personer med en plan som innehåller dokumentation om hur personen deltagit vid upprättande eller förändring av genomförandeplan</p> <p>Syfte med uppföljning Säkerställa att riktlinjer för delaktighet i genomförandeplanering följs, se insatser under mätmetod</p> <p>Det ska framgå av genomförandeplanen att/hur den enskilde har varit delaktig i planeringen av insatsen</p> <p>Bedömningskriterier och intervall Uppfyllt: 90% Delvis uppfyllt: 70-89% Ej uppfyllt: < 69%</p> <p>En gång per år april/maj</p> <p>Mätmetod Granska dokumentation/ statistik för delaktighet i genomförandeplanen*</p> <p>Vid mätpunkten, Antal personer med en genomförandeplan som det framgår av hur brukaren varit delaktig i att upprätta/följa upp dividerat med totalt andel brukare (Andel%)</p> <p>Beräkning av andel (%): Täljare: antal individer som har en dokumenterad delaktighet i sin genomförandeplan (divideras med) Nämnare: totalt antal individer som finns på enheten</p> <p>* Vård och omsorg hemtjänst, trygghetslarm, dagverksamhet och särskilt boende för äldre, Vuxenenheten - insatser som utförs av behandlingsassistenter, Funktionsstöd - enhet som fått egenkontroll</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1733 293 1839 331">Utfall</th> <th data-bbox="1839 293 1944 331">Period</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1733 331 1839 370">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 331 1944 370">2025</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1733 370 1839 408">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 370 1944 408">2024</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1733 408 1839 446">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 408 1944 446">2023</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1733 446 1839 485">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 446 1944 485">2022</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1733 485 1839 523">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 485 1944 523">2021</td> </tr> </tbody> </table>	Utfall	Period	Uppfyllt	2025	Uppfyllt	2024	Uppfyllt	2023	Uppfyllt	2022	Uppfyllt	2021
Utfall	Period													
Uppfyllt	2025													
Uppfyllt	2024													
Uppfyllt	2023													
Uppfyllt	2022													
Uppfyllt	2021													

Aktivitet	Egenkontroll											
	<p>Vårdhygienisk egenkontroll</p> <p>Syfte med uppföljning Kontrollera förutsättningar för och följsamhet till basala hygienrutiner för de verksamheter som lyder under lagsstiftning på området (SOSFS 2015:10).</p> <p>Bedömningskriterier och intervall Vårdhygienisk egenkontroll genomförd. Vid behov handlingsplan upprättad, åtgärder framtagna. Åtgärder genomförda.</p> <p>Mätmetod Enhetschef tillsammans med hygienombud genomför "vårdhygienisk egenkontroll" inför hygienombudståffarna i maj. Vid behov upprättas handlingsplan och åtgärder tas fram för att komma till rätta med vårdhygieniska brister.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1733 292 1839 339">Utfall</th> <th data-bbox="1839 292 1944 339">Period</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1733 339 1839 387">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 339 1944 387">2025</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1733 387 1839 435">Uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 387 1944 435">2024</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1733 435 1839 499">Delvis uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 435 1944 499">2023</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1733 499 1839 563">Delvis uppfyllt</td> <td data-bbox="1839 499 1944 563">2022</td> </tr> </tbody> </table>	Utfall	Period	Uppfyllt	2025	Uppfyllt	2024	Delvis uppfyllt	2023	Delvis uppfyllt	2022
Utfall	Period											
Uppfyllt	2025											
Uppfyllt	2024											
Delvis uppfyllt	2023											
Delvis uppfyllt	2022											

Egenkontroller - 2025 (Härryda framtid)

Aktivitet	Egenkontroll		Utfall	Period
Genomförande	<p>Det finns individuellt utformade handlingsplaner i alla ärenden</p>	<p>Syfte med uppföljning Säkerställa att alla deltagare har en individuellt utformad handlingsplan som uppdateras regelbundet. Handlingsplan ska säkerställa att alla deltagare erbjuds insatser som ska leda till självförsörjning</p> <p>Bedömningskriterier och intervall Uppfyllt: Över 80 %</p> <p>Delvis uppfyllt: 70–79 %</p> <p>Ej uppfyllt: 69 och lägre %</p> <p>Mätmetod Kontroll av att en uppdaterad handlingsplan finns. Ärendegenomgång med samordnare och samtliga arbetsmarknadshandläggare var tredje månad.</p> <p>Dividera: Täljare; totalt antal handlingsplaner Nämnare; totalt antal deltagare</p>	Uppfyllt	Kvartal 4 2025
			Delvis uppfyllt	Kvartal 4 2025
			Uppfyllt	Kvartal 3 2025
			Uppfyllt	Kvartal 2 2025
			Uppfyllt	Kvartal 1 2025
			Uppfyllt	Kvartal 4 2024
			Uppfyllt	Kvartal 3 2024
			Uppfyllt	Kvartal 2 2024
			Uppfyllt	Kvartal 1 2024
			Uppfyllt	Kvartal 4 2023
			Uppfyllt	Kvartal 3 2023
			Uppfyllt	Kvartal 2 2023

Aktivitet	Egenkontroll		Utfall	Period
Utredning	Kontroll av utbetalt försörjningsstöd	Syfte med uppföljning Säkerställa kvalitet i ärenden genom att kontrollera att rutiner efterlevs och att upptäcka eventuella felaktigheter.	Uppfyllt	Dec 2025
		Bedömningskriterier och intervall 10 gånger per år	Uppfyllt	Nov 2025
		Uppfyllt: Samtliga fem punkter är uppfyllda	Uppfyllt	Okt 2025
		Delvis uppfyllt: Fyra punkter är uppfyllda	Uppfyllt	Sep 2025
		Ej uppfyllt: < än tre punkter är uppfyllda / uppfylls inte punkt E under mätmetod är det ej uppfyllt	Uppfyllt	Aug 2025
		Mätmetod Stickprovskontroll som görs tillsammans med controller:	Uppfyllt	Jul 2025
		A, Ansökan är korrekt ifylld	Uppfyllt	Jun 2025
		B. Underlag enligt ansökan finns	Uppfyllt	Maj 2025
		C. Beslut, utredning, praxis, riktlinjer följs	Uppfyllt	Apr 2025
		D. Arbetsplan finns	Uppfyllt	Mar 2025
		E. Rätt belopp till rätt konto	Delvis uppfyllt	Feb 2025

Egenkontroller - 2025 (Barn och familj)

Aktivitet	Egenkontroll																								
Aktualisering	<p>Förhandsbedömning vid anmälan av oro följer lagstadgad tid enligt 11 kap 1a § (SoL)</p>	<p>Syfte med uppföljning Följa upp att lagkravet, enligt 11 kap. 1a §, gällande 14 dagar efterlevs i samtliga förhandsbedömningar genomförda av mottagningsgruppen.</p> <p>Bedömningskriterier och intervall Intervall: kvartalsvis</p> <p>Uppfyllt: 100 % Delvis uppfyllt 95 - 99% Ej uppfyllt: <95%</p> <p>Mätmetod Kontroll av samtliga avslutade förhandsbedömningar, utifrån Treservastatistik.</p> <p>Beräkning av andel (%) vid mätpunkten: Täljare: antal avslutade förhandsbedömningar som avslutas inom 14 dagar dividerat med Nämnare: totalt antal avslutade förhandsbedömningar</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1247 440 1350 478">Utfall</th> <th data-bbox="1350 440 1444 478">Period</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1247 491 1350 555">Delvis uppfyllt</td> <td data-bbox="1350 491 1444 555">Kvartal 3 2025</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1247 561 1350 625">Delvis uppfyllt</td> <td data-bbox="1350 561 1444 625">Kvartal 2 2025</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1247 632 1350 695">Delvis uppfyllt</td> <td data-bbox="1350 632 1444 695">Kvartal 1 2025</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1247 702 1350 766">Delvis uppfyllt</td> <td data-bbox="1350 702 1444 766">Kvartal 4 2024</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1247 772 1350 836">Delvis uppfyllt</td> <td data-bbox="1350 772 1444 836">Kvartal 3 2024</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1247 842 1350 906">Ej uppfyllt</td> <td data-bbox="1350 842 1444 906">Kvartal 2 2024</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1247 912 1350 976">Delvis uppfyllt</td> <td data-bbox="1350 912 1444 976">Kvartal 1 2024</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1247 983 1350 1046">Ej uppfyllt</td> <td data-bbox="1350 983 1444 1046">Kvartal 4 2023</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1247 1053 1350 1117">Ej uppfyllt</td> <td data-bbox="1350 1053 1444 1117">Kvartal 3 2023</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1247 1123 1350 1187">Delvis uppfyllt</td> <td data-bbox="1350 1123 1444 1187">Kvartal 2 2023</td> </tr> </tbody> </table>	Utfall	Period	Delvis uppfyllt	Kvartal 3 2025	Delvis uppfyllt	Kvartal 2 2025	Delvis uppfyllt	Kvartal 1 2025	Delvis uppfyllt	Kvartal 4 2024	Delvis uppfyllt	Kvartal 3 2024	Ej uppfyllt	Kvartal 2 2024	Delvis uppfyllt	Kvartal 1 2024	Ej uppfyllt	Kvartal 4 2023	Ej uppfyllt	Kvartal 3 2023	Delvis uppfyllt	Kvartal 2 2023
Utfall	Period																								
Delvis uppfyllt	Kvartal 3 2025																								
Delvis uppfyllt	Kvartal 2 2025																								
Delvis uppfyllt	Kvartal 1 2025																								
Delvis uppfyllt	Kvartal 4 2024																								
Delvis uppfyllt	Kvartal 3 2024																								
Ej uppfyllt	Kvartal 2 2024																								
Delvis uppfyllt	Kvartal 1 2024																								
Ej uppfyllt	Kvartal 4 2023																								
Ej uppfyllt	Kvartal 3 2023																								
Delvis uppfyllt	Kvartal 2 2023																								

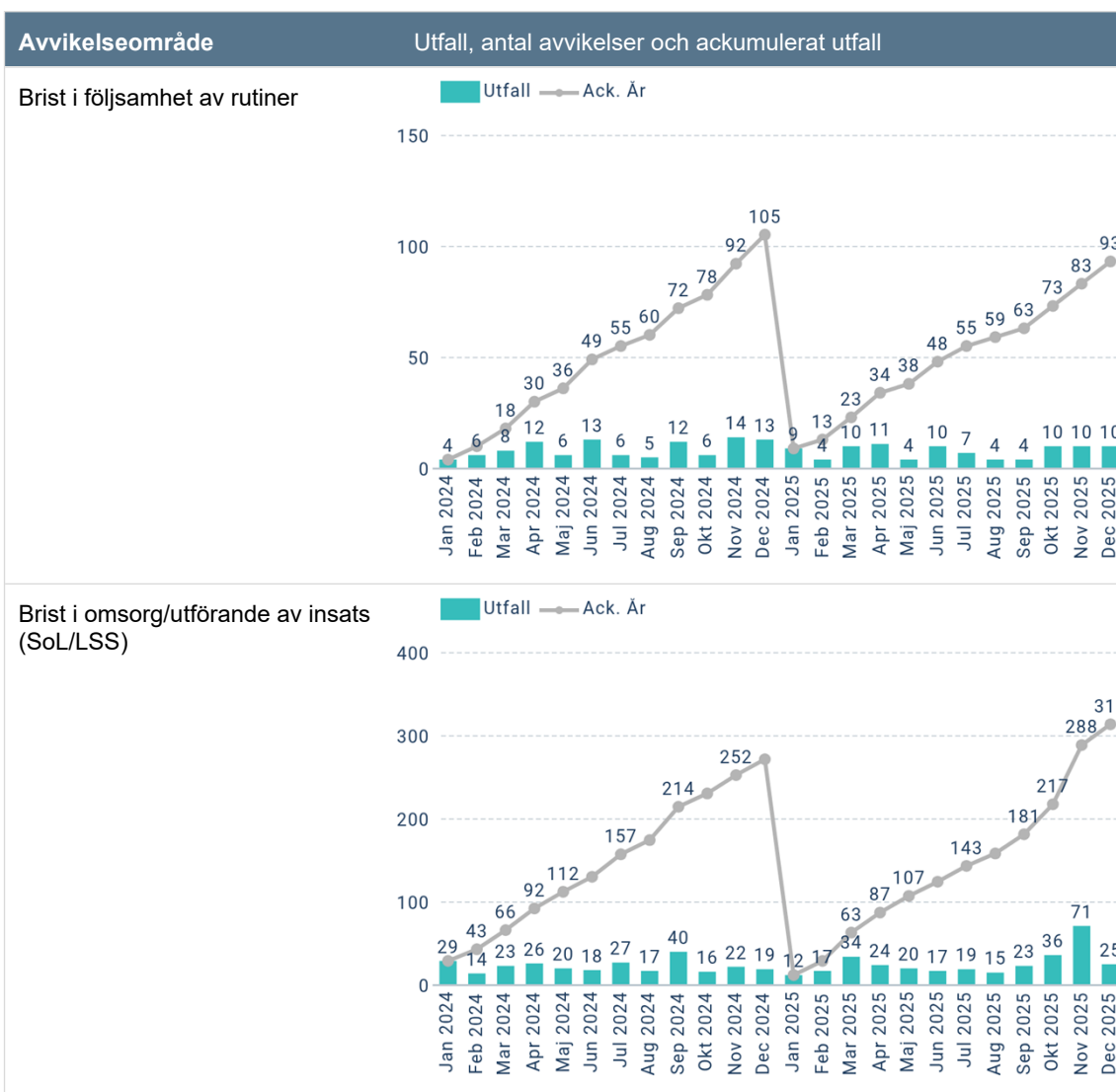
Aktivitet	Egenkontroll						
Utredning	<p>Utredningstid understiger 121 dagar enligt 11 kap. 2 § (SoL)</p>	<p>Syfte med uppföljning Säkerställa att handläggningstiden inte överstiger 120 dagar enligt socialtjänstlagen 11 kap. 2§</p> <p>Bedömningskriterier och intervall Andel utredningar med utredningstid kortare än 121 dagar</p> <p>Uppfyllt: 100 % Delvis uppfyllt 90–99% Ej uppfyllt <89%</p> <p>Mäts varje kvartal med start i mars 2023</p> <p>Mätmetod Granskning av samtliga utredningar i statistik för utredningstid, Antal dagar från datum för aktualisering till datum för beslut.</p> <p>Beräkning av andel (%) vid mätpunkten: Täljare: antal avslutade utredningar där handläggningstiden understiger 121 dagar dividerat med Nämnare: totalt antal avslutade utredningar</p>	<p>Utfall</p>	<p>Antal utredningar totalt</p>	<p>Antal utredningar inom lagstadgad tid</p>	<p>Procent utredningar inom lag.tid.</p>	<p>Period</p>
			Ej uppfyllt	94	77	82 %	Kvartal 3 2025
			Delvis uppfyllt	125	38	30 %	Kvartal 2 2025
			Ej uppfyllt	143	34	24 %	Kvartal 1 2025
			Ej uppfyllt	134	91	68 %	Kvartal 4 2024
			Ej uppfyllt	154	112	73 %	Kvartal 3 2024
			Ej uppfyllt	105	79	75 %	Kvartal 2 2024
			Ej uppfyllt	112	79	71 %	Kvartal 1 2024
			Ej uppfyllt	78	52	67 %	Kvartal 4 2023
			Ej uppfyllt	109	65	60 %	Kvartal 3 2023
Ej uppfyllt				Kvartal 2 2023			

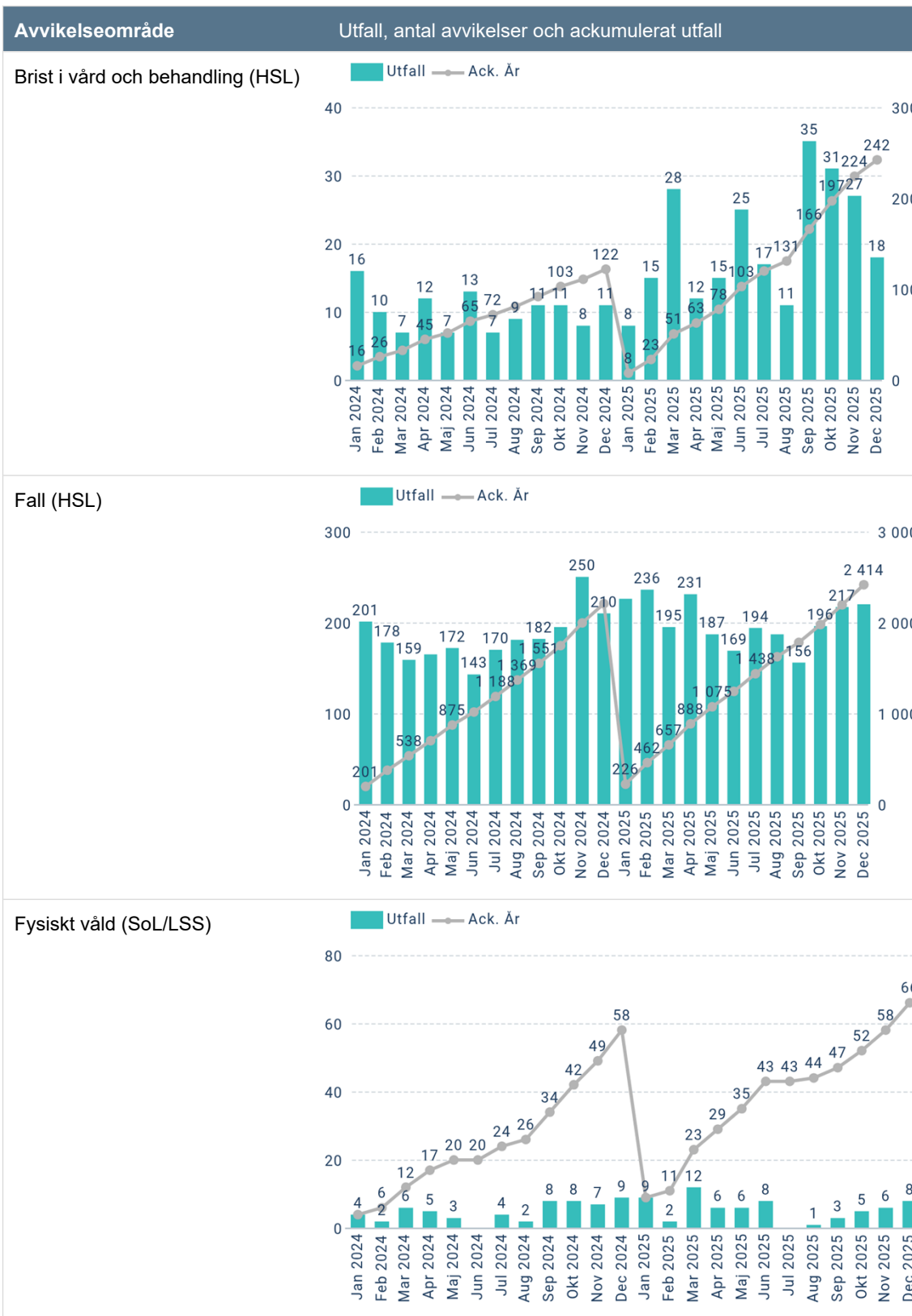
Bilaga 2. KPSB 2025 Avvikelser

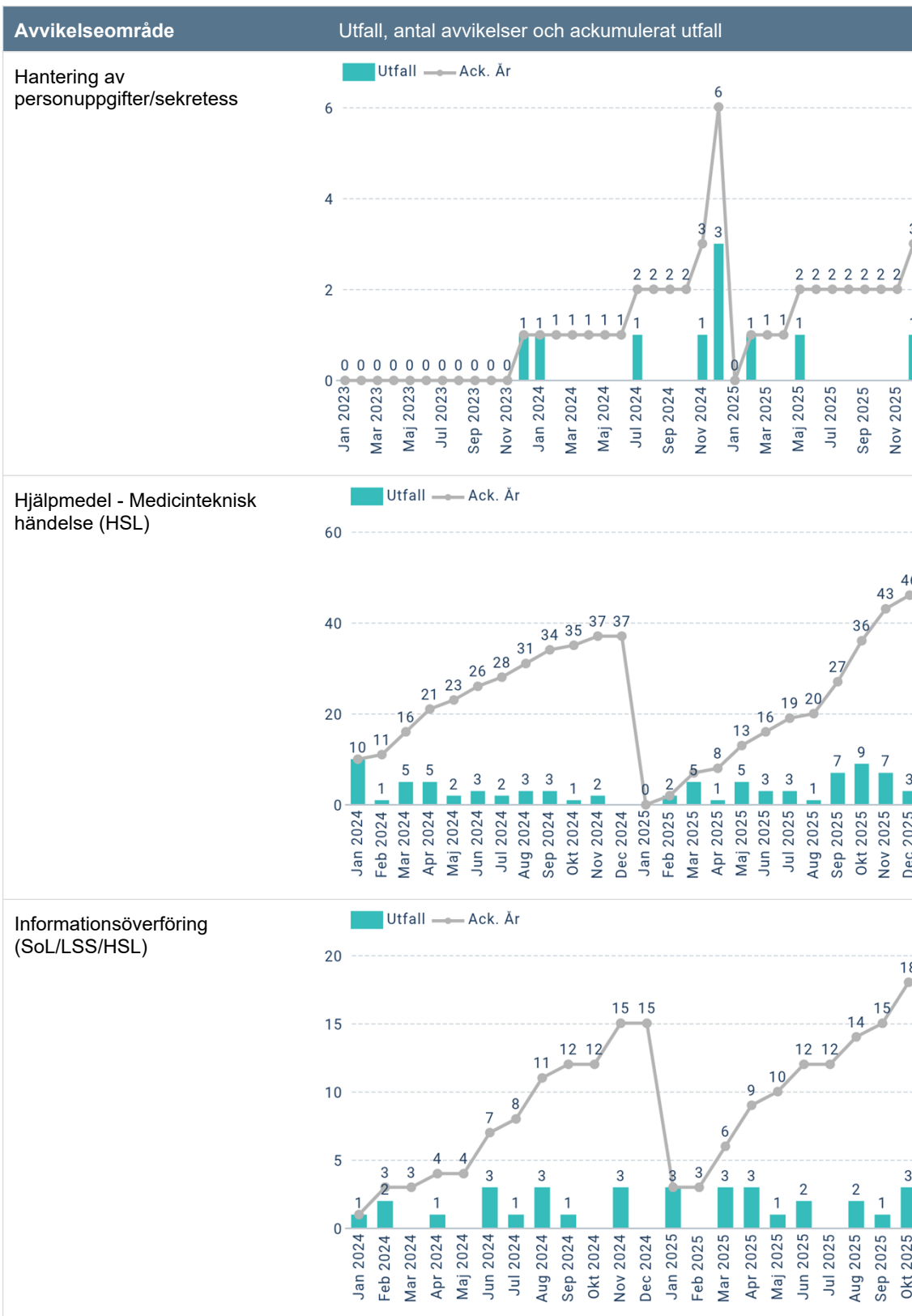
I denna bilaga till kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse 2025 ses diagram över avvikelser hos respektive verksamhetsområde. Avvikelseområde där ingen avvikelse rapporterats under 2025 har inte tagits med, likaså syns inte alltid de månader när ingen avvikelse rapporterats inom avvikelseområdet. Alla avvikelseområden förekommer inte i alla verksamhetsområden varför avvikelseområdena skiljer sig mellan de olika verksamheterna.

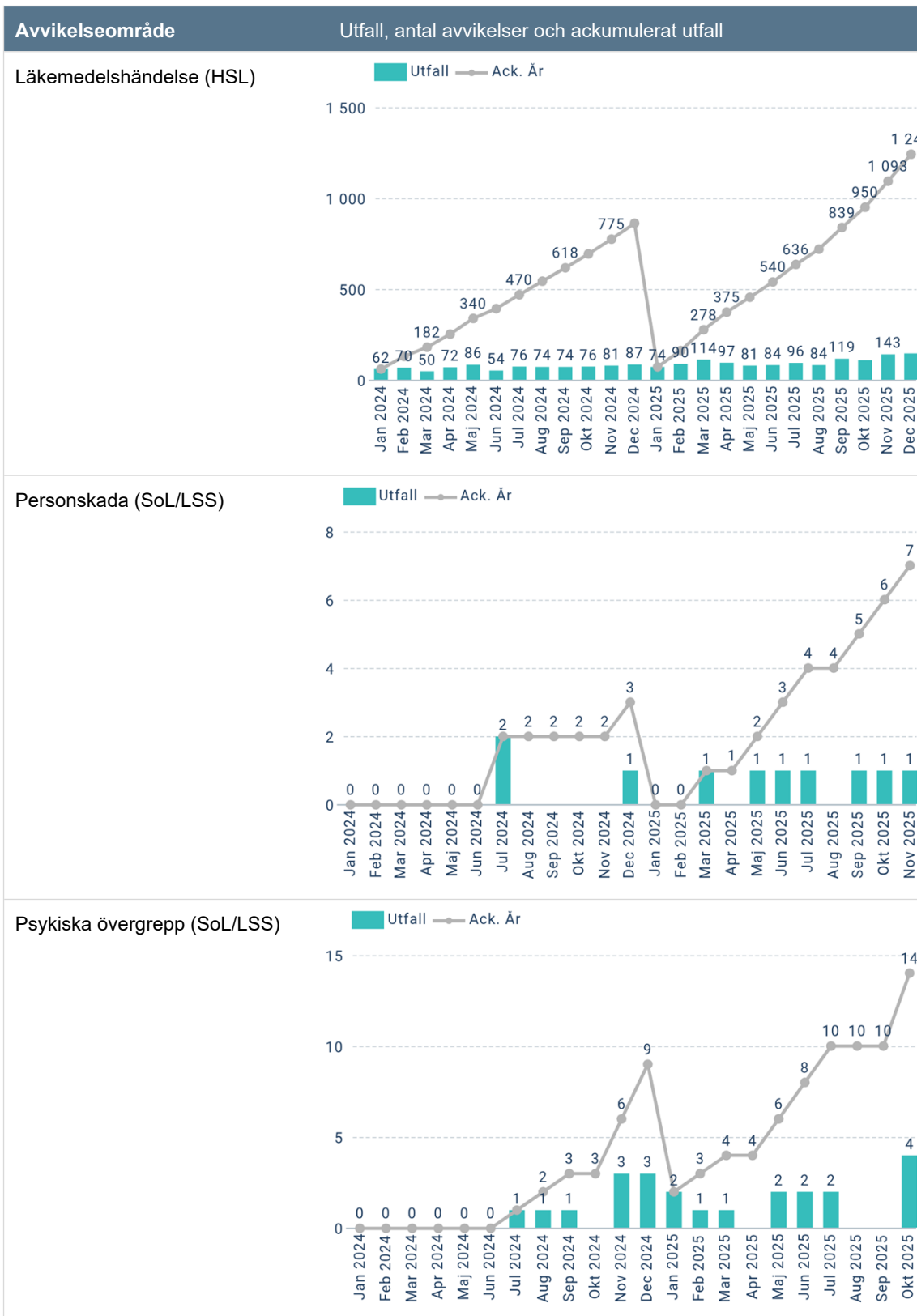
Hälso- och sjukvårdsavvikelser är knutna till enheten inom vård och omsorg eller funktionsstöd, där de bor och får sin vård och behandling, därför ses hälso- och sjukvårdsavvikelser under dessa verksamhetsområden.

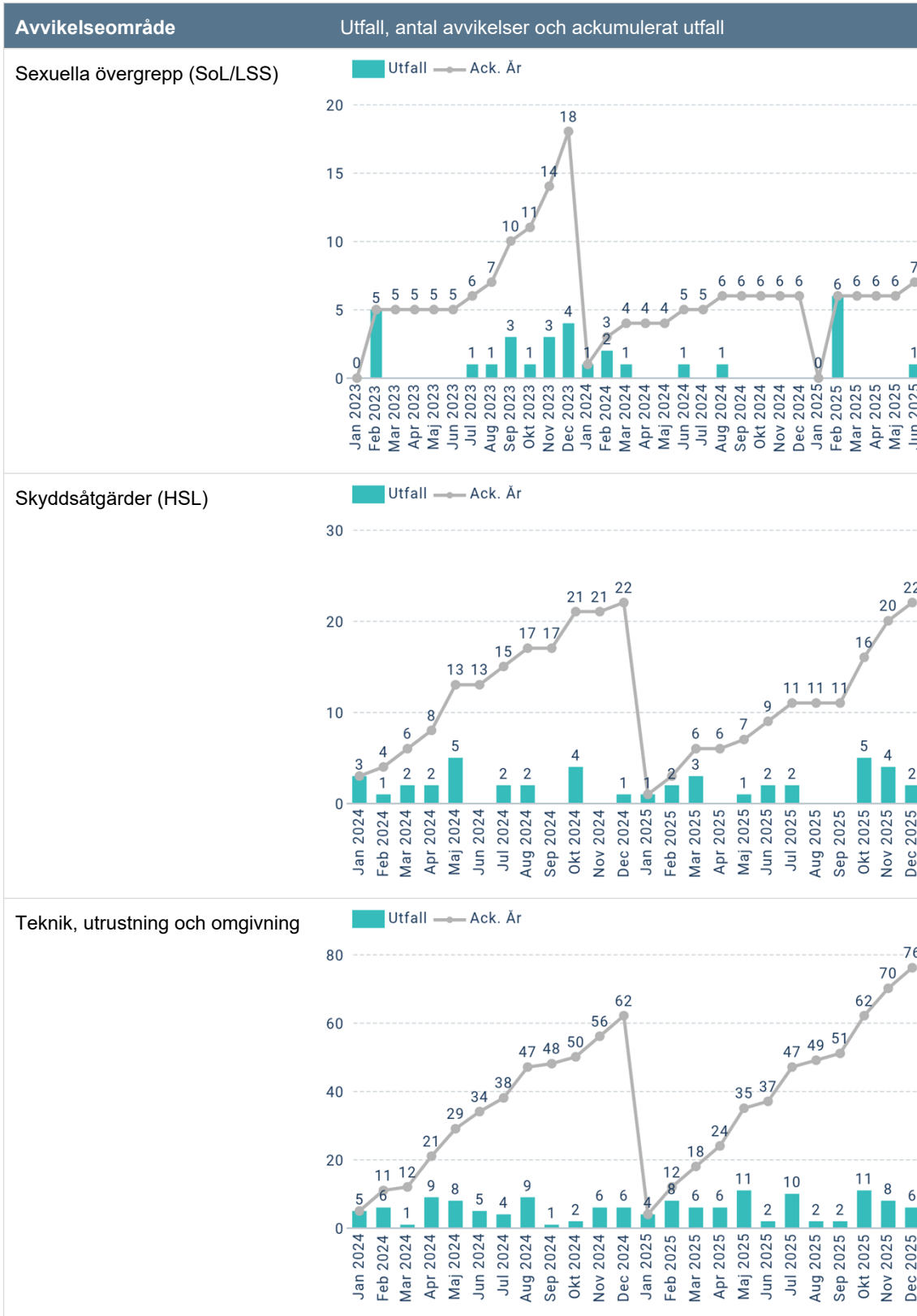
Vård och omsorg

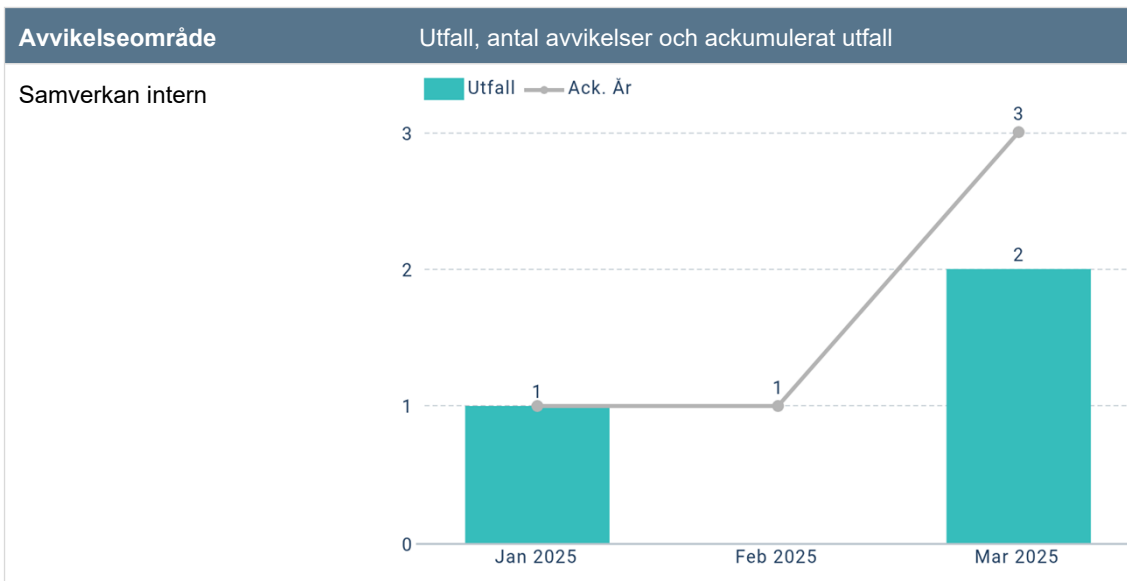




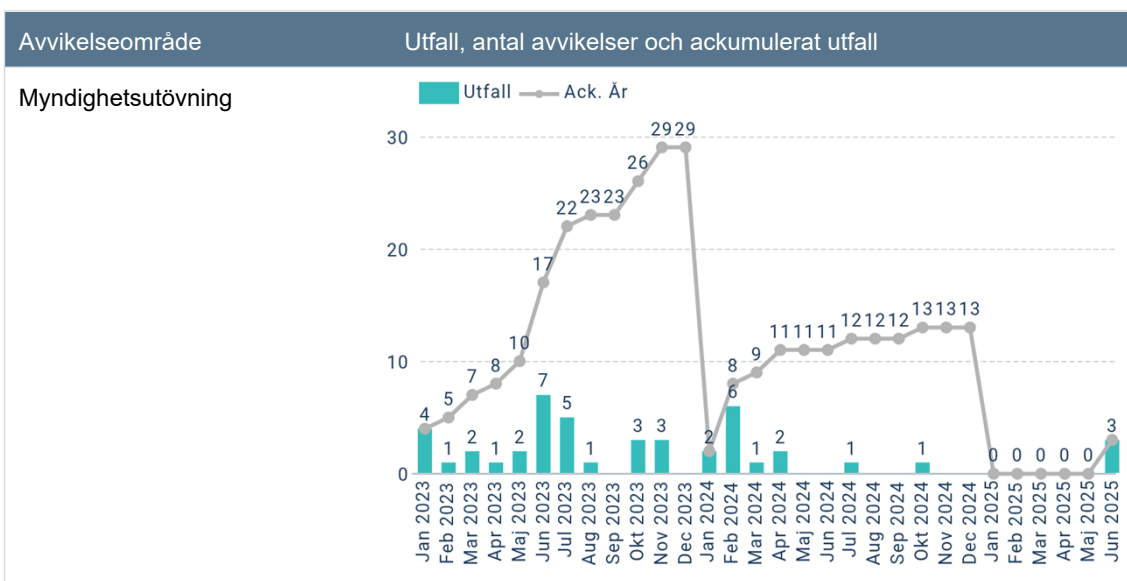


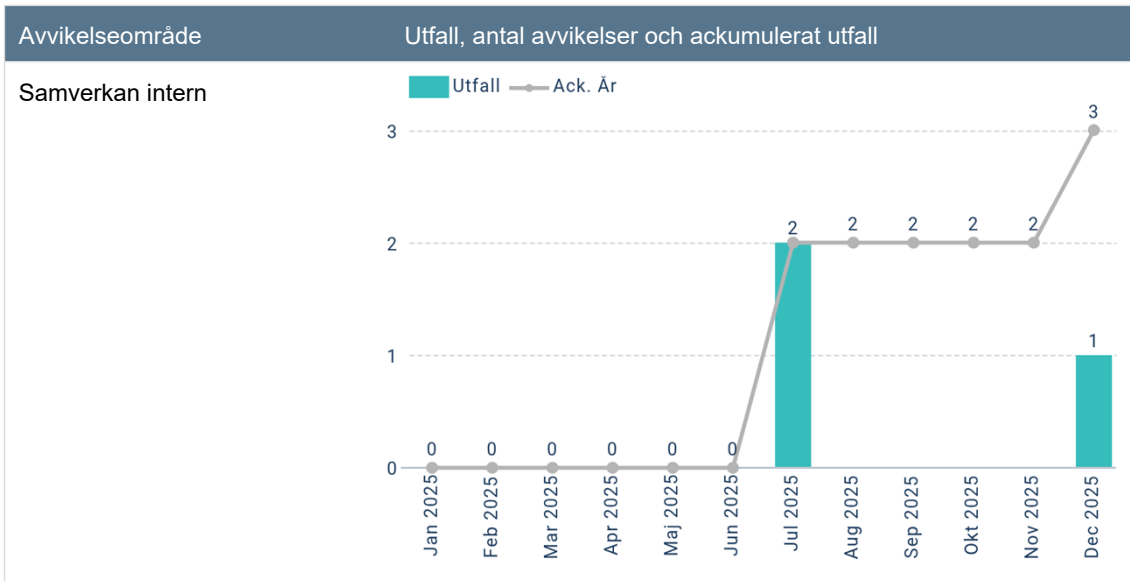




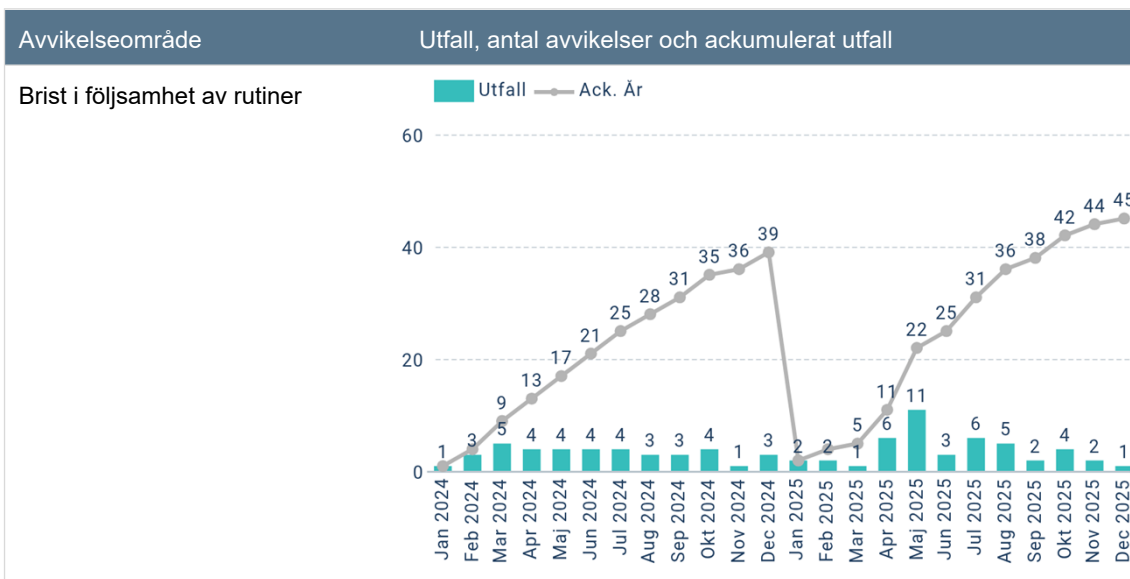


Hälsa och bistånd



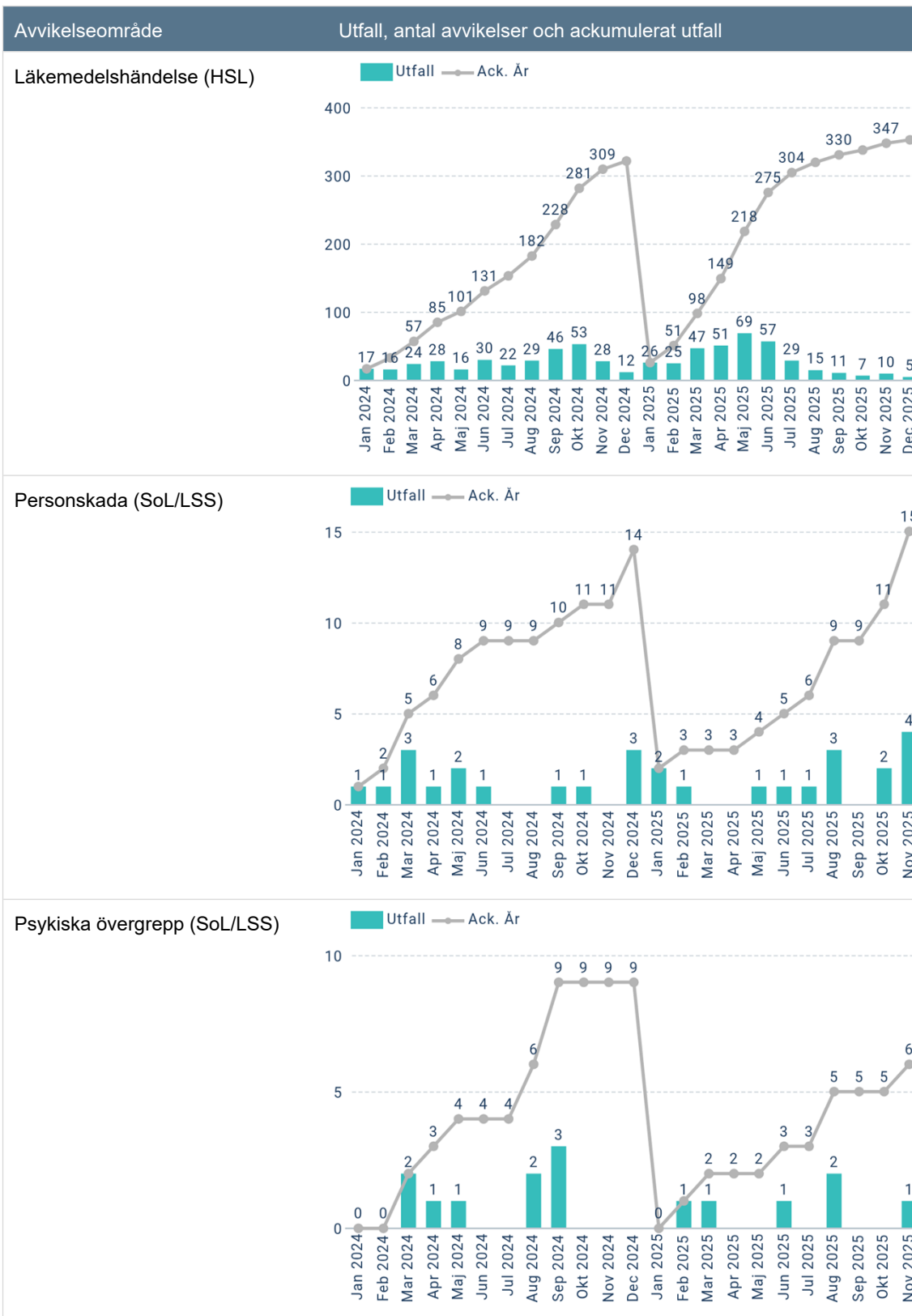


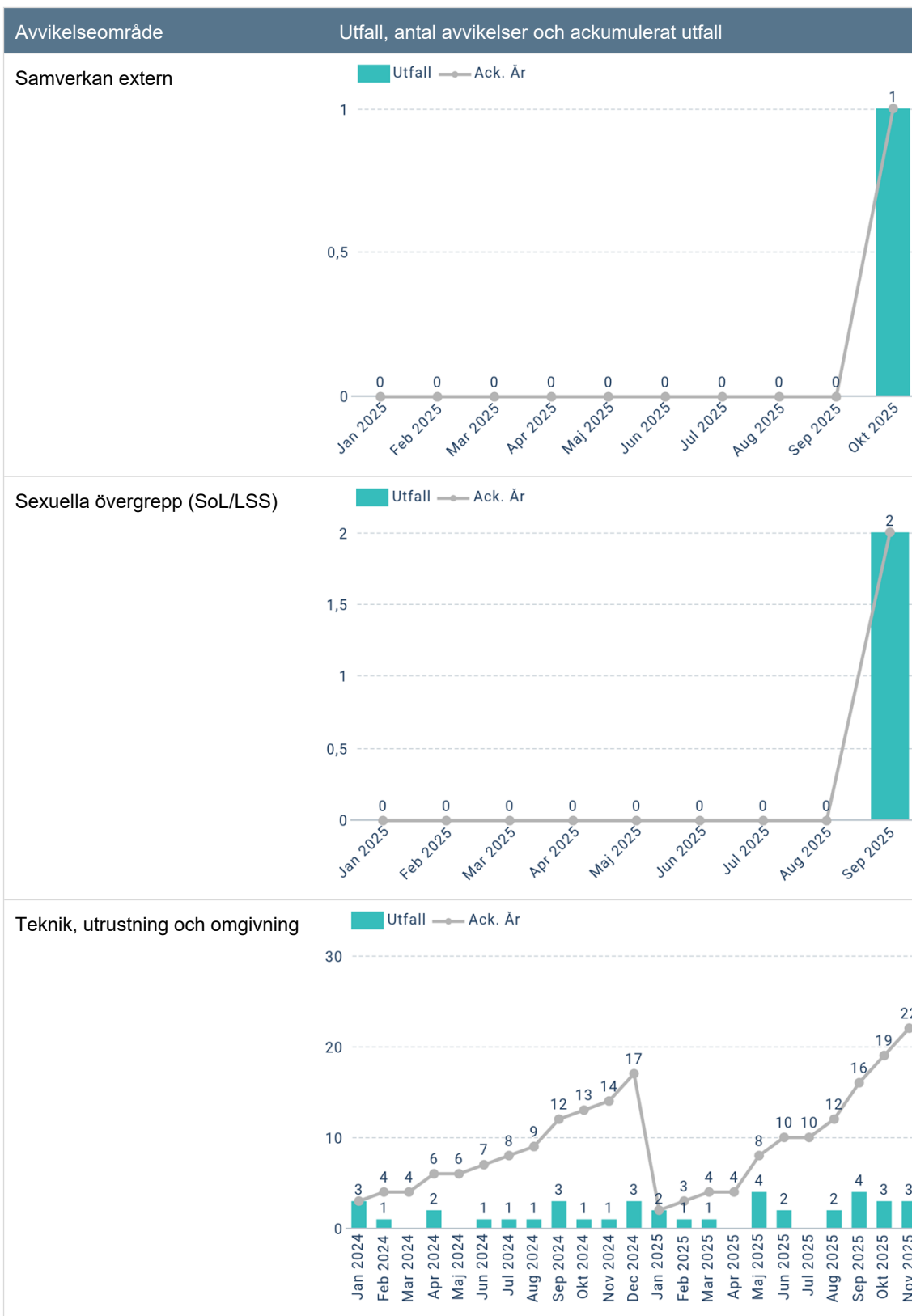
Funktionsstöd



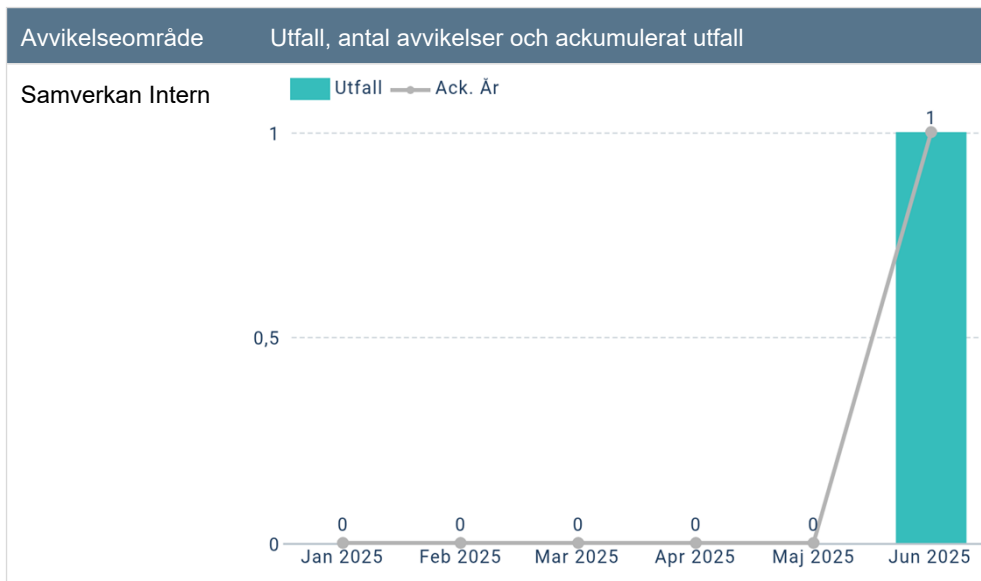








Härryda Framtid



Barn och familj

