

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för
sektorn för socialtjänst i Härryda kommun
2023

7

2024SOCN40

Socialnämnden

Datum
2024-03-25

Diarienummer
2024SOCN40 709

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för sektorn för socialtjänst i Härryda kommun 2023

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner *Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för sektorn för socialtjänst i Härryda kommun 2023*.

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

Under 2023 har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) fortsatt sin tillsyn kring medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre. Efter uppföljande tillsyn har IVO beslutat att avsluta tillsynen. Ett nytt dokumentationssystem för hälso- och sjukvårdsdokumentation har införts, vilket avses leda till mer personcentrerad, mer teambaserat arbete med patienten och mer processbaserad dokumentation som bygger på klassificerade vårdåtgärds-koder (KVÅ). Fortsatt arbete med utveckling av hantering av risker, avvikelser, synpunkter och klagomål har skett. Den största mängden avvikelser finns i områdena fall och läkemedelshantering, liksom tidigare år. Ingen hälso- och sjukvårdsavvikelse har bedömts så allvarlig att den rapporterats till IVO enligt lex Maria.

Sammanfattningsvis under 2023 rapporterades 745 avvikelser som avser myndighetsutövning, utförande av service, beslutade bistånd och insatser enligt SoL och LSS. Antal rapporterade avvikelser har ökat något sedan tidigare år. En av händelserna har bedömts utgöra risk för ett påtagligt missförhållande och har anmälts till IVO enligt lex Sarah. En översyn av verksamhet enligt Socialtjänstlag (2001:453) och Lag (1993:387) om stöd

och service till vissa funktionshindrade har lett till att egenkontrollerna för myndighets- och utförarprocessen utvecklats och kvalitetssäkrats.

Ekonomiska konsekvenser

Förvaltningen bedömer att förslaget till beslut inte medför ekonomiska konsekvenser.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse 25 mars 2024
- Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för sektorn för socialtjänst i Härryda kommun 2023

Malin Johansson
Sektorchef

Elin Hjalmarsson
Utvecklingschef

Upprättad av sektorn för socialtjänst

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för sektorn för socialtjänst i Härryda kommun 2023

Socialnämnden, Sektorn för Socialtjänst
Sektorchef Malin Johansson

Författare:

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

Innehåll

Sammanfattning	4
Inledning.....	6
Gemensam kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse	6
Struktur och process.....	7
Kvalitets och patientsäkerhetsberättelsens struktur.....	7
Organisation och ansvar i patientsäkerhets- och kvalitetsarbete	8
Organisationens arbete med informations säkerhet	9
Övergripande mål och strategier.....	10
Samverkan för att förebygga vårdskador och kvalitetsbrister	11
Patienters, brukares och närståendes delaktighet	13
Kvalitetsledningssystem – systematiskt förbättringsarbete.....	13
Riskanalys	14
Egenkontroll	15
Organisationens arbete med klagomål och synpunkter	15
Rapporteringsskyldighet.....	16
Utredning av händelser och avvikelser.....	16
Resultat och analys – Patientsäkerhet.....	18
Granskning från tillsynsmyndighet	18
Medial uppmärksamhet	18
Åtgärder för att nå uppsatta mål och öka patientsäkerheten.....	19
Resultat och analys.....	20
Resultat för egenkontroller för patientsäkerhetsarbete inklusive analys	20
Sammanställning av avvikelser inklusive analys.....	21
Sammanställning av klagomål och synpunkter inklusive analys.....	26
Sammanställning av händelser och vårdskador inklusive analys	26
Resultat av genomförda riskanalyser	26
Resultat och analys – Kvalitet.....	28
Åtgärder för att nå uppsatta mål och öka kvaliteten	28
Utveckling av ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet.....	30
Rapporterade avvikelser och missförhållanden	33
Genomförda riskanalyser	37
Arbetet med egenkontroller under året.....	38
Granskning från tillsynsmyndighet	41
Brukarundersökningar 2023	41
Vad tycker de äldre om äldreomsorgen - Socialstyrelsen	42

SKR:s nationella brukarundersökningar - funktionshinder och individ- och familjeomsorg.....	44
Hemtjänstindex	46
Kommunens kvalitet i korthet KKiK	46
Öppna jämförelser	48
Mål för kvalitet och patientsäkerhet 2024	50

Sammanfattning

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

Patientsäkerhet

Under 2023 har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) fortsatt sin tillsyn kring medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre. Socialnämnden har besvarat IVO:s beslut varefter IVO fortsatt tillsynen. Efter uppföljande tillsyn har IVO beslutat att avsluta tillsynen.

Ett nytt dokumentationssystem för hälso- och sjukvårdsdokumentation har införts, vilket avses leda till mer personcentrerad, mer teambaserat arbete med patienten och mer processbaserad dokumentation som bygger på klassificerade vårdåtgärds koder (KVÅ).

Fortsatt arbete med utveckling av hantering av risker, avvikelser, synpunkter och klagomål har skett. Den största mängden avvikelser finns i områdena fall och läkemedelshantering, liksom tidigare år. Totala antalet hälso- och sjukvårdsavvikelser ligger på liknande nivå som under 2022.

Kvalitet

Sammanfattningsvis under 2023 rapporterades 745 avvikelser som avser myndighetsutövning, utförande av service, beslutade bistånd och insatser enligt SoL och LSS. Antal rapporterade avvikelser har ökat något sedan tidigare år.

Under 2023 har även 31 händelser rapporterats enligt lex Sarah. Ytterligare 25 händelser har registrerats felaktigt som lex Sarah. Dessa händelseområden gäller HSL-insatser/bedömningar. Av de 31 avvikelserna så har 15 utretts utifrån indikationer på missförhållande. En av händelserna har bedömts utgöra risk för ett påtagligt missförhållande och har anmälts till IVO. Jämfört med 2022 års rapporterade händelser, som totalt låg på 52 stycken, har detta ökat ytterst lite 2023.

När det gäller verksamhet enligt SoL och LSS har egenkontroller för myndighets- och utförarprocessen arbetats fram. Inom myndighetsprocessen gäller egenkontrollerna efterlevnad av lagkrav gällande förhandsbedömning och utredningstid samt kontroll av utbetalning av försörjningsstöd. Inom genomförandeprocessen kontrolleras att genomförandeplaner och handlingsplaner upprättas, att uppföljning sker med rätt frekvens samt att brukare görs delaktiga i planeringen.

Förkortningar som används i texten

LSS	Lag (1993:387) om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade
SoL	Socialtjänstlag (2001:453)
SFB	Socialförsäkringsbalk (2010:110)
LOU	Lag (2016:1145) om offentlig upphandling

LOV	Lag (2008:962) om valfrihetssystem
PSL	Lag (2010:659) patientsäkerhetslag
HSL	Lag (2017:30) Hälso- och sjukvårdslag
KL	Lag (2017:725) Kommunallag
OSL	Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)
GDPR	General Data Protection Regulation, EU's dataskyddsförordning
SOSFS 2011:9	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
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

Gemensam kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

För 2023 har arbetet med den gemensamma kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen vidareutvecklats. Enligt SOSFS 2011:9 framgår att *arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras* i en kvalitetsberättelse. Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. En sammanhållen kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse som omfattar både kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet som bedrivs inom sektorns socialtjänst-, LSS- och hälso- och sjukvårdsverksamhet har därmed upprättats. Socialtjänst i denna berättelse omfattar även insatser enligt LSS, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Vad är patientsäkerhet?

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

Vad är kvalitet i verksamheten?

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

Struktur och process

Kvalitets och patientsäkerhetsberättelsens struktur

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet utgår från samma struktur för ledning och styrning samt krav på att bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete som det gemensamma kvalitetsledningssystemet.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen följer därför samma struktur som det systematiska förbättringsarbetet. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen omfattar kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänst, verksamhet enligt LSS och vuxenutbildning som bedrivs i sektorn.

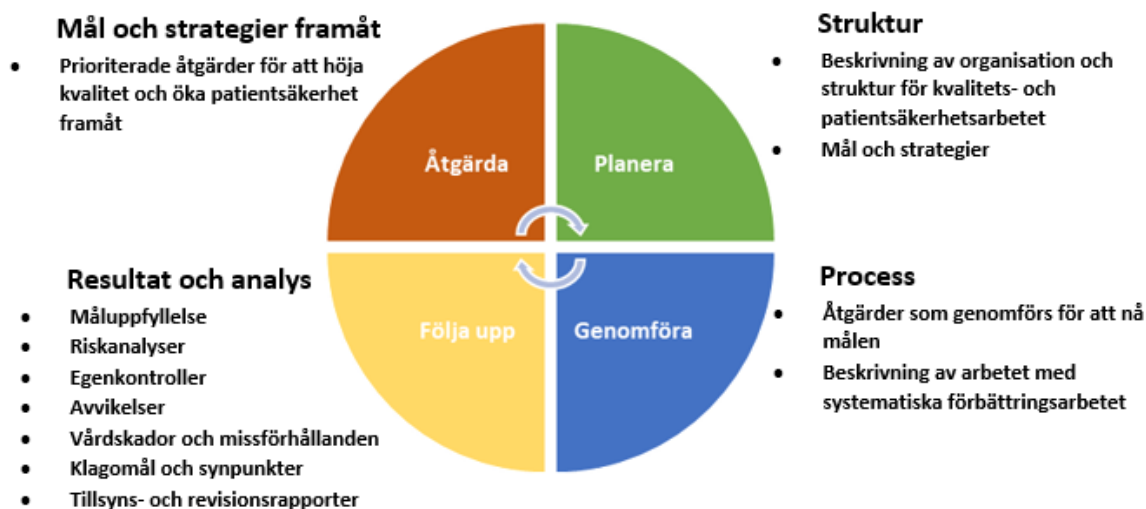


Bild 1. Beskrivning av kvalitet och patientsäkerhetsberättelsens struktur

Organisation och ansvar i patientsäkerhets- och kvalitetsarbete

Ansvar för det systematiska kvalitetsarbetet följer ansvarsfördelningen i linjeorganisationen.

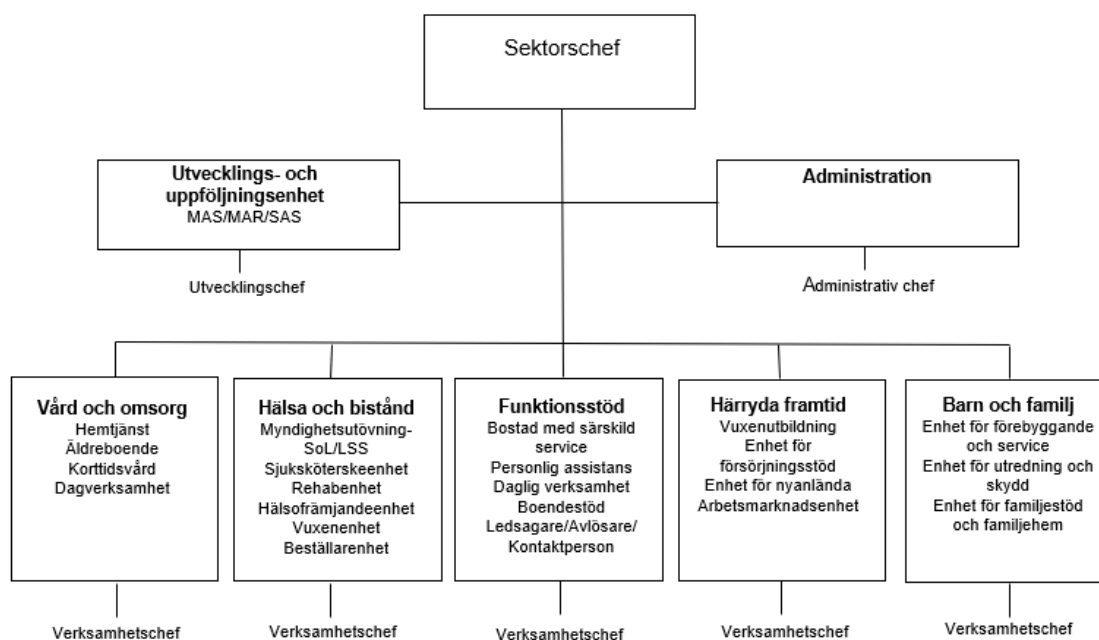


Bild 2. Organisationsträd sektorn för socialtjänst

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 det säkerställs hög patientsäkerhet och god kvalitet. Verksamhetschef ska tillsammans med MAS, MAR och SAS upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet i enlighet med PSL och övriga lagkrav inom socialtjänst, LSS och hälso- och sjukvård.

Enhetschef

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

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

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

Socialt ansvarig samordnare (SAS)

SAS arbetar strategiskt med frågor som berör socialtjänst och LSS. I SAS uppdrag ingår att i samverkan med verksamheten, säkra socialtjänstens processer, det systematiska kvalitetsarbetet, riktlinjer, rutiner samt uppföljning och utvärdering av verksamhetens kvalitet. SAS ska utforma, revidera eller initiera riktlinjer och rutiner samt bedriva omvärlds- och lagkravsbevakning. SAS utreder lex Sarah rapporter och föreslår åtgärder. SAS har delegation från nämnden att besluta om samt anmäla ärenden enligt lex Sarah till IVO.

Legitimerad personal

Kommunens legitimerade personal ansvarar för att bedöma, behandla, utföra vård- och rehabiliteringsinsatser och genomföra av läkare givna ordinationer. De ska tillsammans med enhetschef leda hälso- och sjukvårdsinsatser som är aktuella på enheterna inom funktionsstöd och vård och omsorg, detta innebär bl.a. att delegera, ordinera samt instruera vård och

rehabiliteringsinsatser. Den legitimerade personalen samverkar med övriga interna yrkesutövare och externa vårdgivare för att ge kommunens patienter säker vård.

Övrig personal

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

Administrativ chef

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

Organisationens arbete med informationssäkerhet

Sektorn för socialtjänst omfattas av Härryda kommuns övergripande system för IT-säkerhet och deltar i kommungemensamma riskanalyser, utbildningsåtgärder 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. Riktad loggkontroll genomförs till följd av misstanke om felaktig personuppgiftsbehandling.

Det finns säkerhetsrutiner för driftstopp, både oplanerade och planerade. Arbete med att införa Program Millennium för informationsöverföring mellan vårdgivare pågår. Den granskning som genomförts av dokumentation i samband med klagomåls- och avvikelsetredning visar på övervägande god kvalitet.

Övergripande mål och strategier

Socialstyrelsen och SKR har tagit fram områden för kvalitet dessa används för att formulera socialtjänstens mål och strategier för år 2023. Områdena utgår från intentionerna i de lagar och föreskrifter som styr socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

- **Verksamheten ska bygga på individens självbestämmande och integritet**
Det innebär att den enskilde är delaktig, har inflytande och ges möjlighet till egna val.
- **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.

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

- **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 avvikelser-, risk-, synpunkts- och klagomålshantering ska ske. Hälso- och sjukvården ska vara personcentrerad och patienten en självklar samverkanspart. Det nya dokumentationssystemet, Treserva ”Hälsoärende” och det processororienterade och personcentrerade arbetssätt som det innebär ska implementeras.

- **Verksamheten ska vara kunskapsbaserad**

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

- **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. Under 2023 ska verksamheten fortsätta arbetet med att ta fram processer i syfte att skapa värde för de som vi är till för.

Samverkan för att förebygga vårdskador och kvalitetsbrister

Extern samverkan

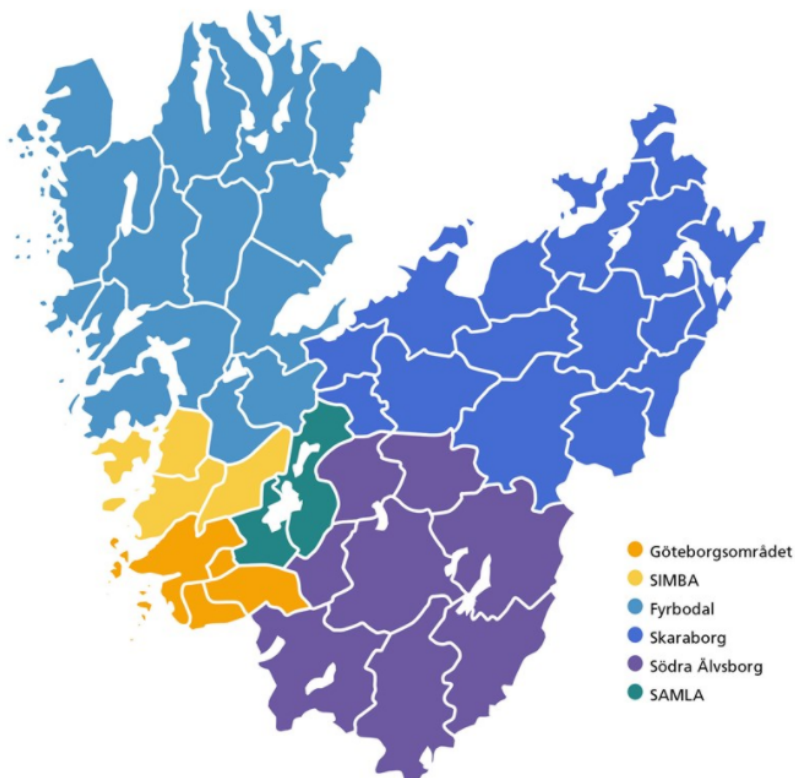


Bild 3. Vårdsamverkan, källa: www.vardsamverkan.se/Goteborgsomradet

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. Under NOSAM finns temagrupper: Barn och unga, Rehabilitering och habilitering, Psykiatri och Äldre.



Bild 4. Göteborgsregionen

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 sedan 2018 en möjlighet för kommuner och regioner att ingå samverkansavtal. Målsättningen med kommunsamverkan är bland annat att skapa bättre förutsättningar för att upprätthålla rätt kompetens, verksamhetsutveckling samt dimensionera aktuella verksamheter utifrån specifika krav och behov. Ny kommunsamverkan som etablerats under 2023 är konsumentvägledning. Andra exempel på kommunsamverkan är Mini-Maria, familjerätt, överförmyndarnämnd, socialjour, handläggning av serveringstillstånd och dödsbohandläggning. Härryda kommun har också avtal med Västra Götalandsregionen avseende Ungdomsmottagningen, familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter. Kontinuerligt arbete pågår för att utveckla fler områden för kommunsamverkan. Chefer och medarbetare träffas också i olika kommunövergripande nätverk och branschråd.

Andra samverkansparter är Patientnämnden, regional hjälpmedelssamverkan, Centrum för läkemedelsnära produkter, Apoteket AB, lokala apotek, Försäkringskassa, 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 (tidigare beställarenheten) och upphandlingsenheten för att säkerställa att både uppföljningar och nya avtal enligt LOU och LOV uppfyller den kvalitet och patientsäkerhet som lagar och regler kräver.

Patienters, brukares och närståendes delaktighet

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

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

All personal ska vid varje insats från hälso- och sjukvård och socialtjänst aktivt uppmuntra patient/brukare och närstående att vara aktiva och delaktiga i planering, utförande och förbättringsarbete gällande vård och stödinsatser. Brukare/patienter uppmuntras att delta i brukarundersökningar där resultatet sedan används 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 vid behov.

Kvalitetsledningssystem – systematiskt förbättringsarbete

Enligt SOSFS 2011:9 ska det finnas ett ledningssystem för hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt LSS för att systematiskt och fortlöpande kunna utveckla och säkra kvaliteten i verksamheterna. Ledningssystemet är ett system där grundreglerna för ledning av verksamheten anges genom de processer och rutiner som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska utgöra ett stöd för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

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

Som stöd och struktur för ledningssystemet används it-systemet Stratsys. I Stratsys utgår kvalitetsarbetet från organisation och huvudprocesser, (del)processer, och aktiviteter. Huvudprocesserna är socialtjänstprocessen, hälso- och sjukvårdsprocessen, hälsofrämjande vård, stödprocesser och ledningsprocesser. Under 2023 har ett arbete genomförts för att uppdatera och tydliggöra huvudprocesserna socialtjänstprocessen och hälso- och sjukvårdsprocessen.

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

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

Risکاناليس

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.

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 5. Nivåer för riskvärden och matris för bedömning av risker

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

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

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

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

Risicanalys genomförs enligt processen i "Bild 6".

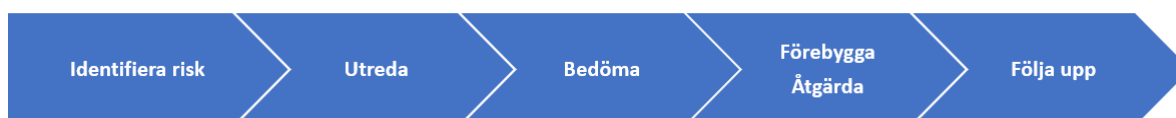


Bild 6. Process för riskhantering

Egenkontroll

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

En central egenkontrollplan för sektorn togs fram inför 2023. MAS/MAR/SAS har föreslagit egenkontroller med utgångspunkt från identifierade risker inom sitt respektive område. Egenkontroller har också planerats i respektive verksamhetsområde, både på verksamhets och enhetsnivå.

Egenkontrollerna genomförs enligt processen i "Bild 7".



Bild 7. Process för egenkontroll

Organisationens arbete med 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 utförarens verksamhet lämnas till den externa utföraren. Undantag är de klagomål och synpunkter som gäller kommunal hälso- och sjukvård hos externa utförare, dessa hanteras även av kommunen.

Arbetet med att säkerställa klagomåls- och synpunktshandlingen 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

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

Utredning av händelser och avvikelser

Vårdskador och missförhållanden följs systematiskt upp vid genomgång av inkomna klagomål, synpunkter och 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 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”*. 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. Inför 2023 fick SAS delegation att fatta beslut om Lex Sarah anmälan.

Resultat och analys – Patientsäkerhet

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



Bild 10. Källa: Socialstyrelsen, Agera för säker vård

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

Granskning från tillsynsmyndighet

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomför sedan 2020 en nationell tillsyn av medicinsk vård och behandling för personer som bor på SÄBO. IVO har inhämtat underlag genom journalgranskning, enkäter till sjuksköterskor och patienter, intervju med patienter, sjuksköterskor, och ledning.

Fokusområden för tillsynen är: individuell bedömning och kompetensnivå, dokumentation och personalkontinuitet, läkemedelshantering och vård i livets slut. Även om delar av IVO:s identifierade förbättringsområden är reella fanns också områden där socialnämnden var kritisk till både underlagen som IVO:s beslut baseras och de slutsatser som IVO drar, samt sättet tillsynen genomförts. Ansvar för medicinsk vård och behandling för personer som bor på SÄBO delas mellan den regionala och kommunala primärvården, tillsynen omfattar endast den kommunala primärvården. Nämnden har tagit fram och redovisat åtgärder för de brister IVO påtalat, efter vilket IVO beslutat om uppföljande tillsyn. Den uppföljande tillsynen genomfördes under hösten 2023 genom intervjuer med MAS respektive ledningen för kommunala primärvården på SÄBO. IVO har därefter ansett att kommunens åtgärder är tillräckliga och fattat beslut om att avsluta den uppföljande tillsynen.

Medial uppmärksamhet

En av kommunens externa utförare inom LSS har under 2023 granskats i lokalpressen. Den kommunala primärvården har under året, i olika steg genomfört åtgärder för att säkerställa

patientsäkerheten. Utföransvaret för LSS-verksamheten vid den specifika enheten återgår till kommunen under 2024. Inför övertagandet av verksamheten arbetar den kommunala primärvården i nära samverkan med den externa utföraren, kommunens funktionsstödsverksamhet och enheten för avtal och placering (tidigare beställarenheten), för att säkerställa trygghet och kontinuitet vid verksamhetsövergången.

Åtgärder för att nå uppsatta mål och öka patientsäkerheten

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

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

Under 2023 infördes dokumentationsmodulen "Hälsoärende" i verksamhetssystemet Treserva vilket medför en mer personcentrerad, processororienterad och teambaserad hälso- och sjukvårdsdokumentation, vilket ökar patientens möjligheter till delaktighet och självbestämmande.

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

SIP-samordning inom ramen för delregional satsning har pågått under 2023 och fler SIP-utbildare har utbildats samt att ett lokalt nätverk för SIP-utbildare har etablerats. Samverkan bedrivs på alla nivåer, regionalt, delregionalt, lokalt och på individnivå. Intern samverkan i den kommunala primärvården har fördjupats genom de arbetssätt som utvecklas på grund av det nya sättet att arbeta och dokumentera till följd av införandet av "Hälsoärende".

Projektet tandhygienist i kommunen (TAIK) har under 2023 arbetat för bättre samverkan kring munhälsa, intyg för nödvändig tandvård och munhälsobedömning. Processerna är kartlagda, kontakter knutna och förbättringsarbete inlett.

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

Risken för vårdskador ska förhindras och förebyggas. Fortlöpande arbete med avvikelse-, risk-, synpunkts- och klagomålshantering har skett kontinuerligt. Utveckling av risk- och avvikelshantering på en aggregerad nivå pågår. Nya arbetssätt för att säkerställa god hygienisk standard inom vård och omsorg har införts, ansvaret för följsamhet till basala hygienrutiner och smittförebyggande arbete återfinns i chefslinjen. Arbete för att stärka kunskap, struktur och systematik har påbörjats i samverkan mellan verksamheterna som berörs av lagstiftningen inom området.

- **Socialtjänstens verksamhet ska vara kunskapsbaserad**

Arbetet i och med enhetsledningsteam har fortsatt och fördjupats under 2023, syftet är att stärka den medicinska kompetensen på enhetsnivå. Inom vård och omsorg har karriärvägsmodellen införts, vilket innebär nivåstrukturerande avseende arbetsuppgifter och ger möjlighet att använda hög kompetens där den behövs mest. Omsorgspersonal har också överanställts, detta i kombination med samplanering över enheter har lett till att behovet av att använda vikarier minskat.

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

Den kommunala hälso- och sjukvården är en del av sektorn för socialtjänst. Tillgänglig innebär att det är lätt att få kontakt med socialtjänsten och att få sina behov tillgodosedda inom rimlig tid.

Information och kommunikation är begriplig och anpassad efter olika gruppers och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog.

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

Arbetet med personcentrering och teamarbete sprunget ut införandet av "Hälsoärende" innebär sannolikt mer jämlik kommunal primärvård. Under 2023 har en riktlinje för palliativ vård tagits fram,

den tydliggör ansvarsfördelning, beskriver samverkan och syftar till att trygga kompetens och jämlik palliativ vård.

- **Socialtjänstens verksamhet ska vara effektiv**

Effektivitet innebär att resurserna nyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål för verksamheten.

Under 2023 har förändringar och förbättringar avseende uppföljning av de externa utförarna skett, för att säkerställa systematik i uppföljning och i slutändan kvaliteten för invånarna.

Resultat och analys

Resultat för egenkontroller för patientsäkerhetsarbete inklusive analys

Egenkontroll självskattning basala hygienrutiner och klädregler

Enkäter för självskattning av basala hygienrutiner har skickats ut från MAS vid två tillfällen under 2023, en gång under våren och en gång under hösten. Vid båda tillfällen har svarsfrekvensen legat runt 60 procent. Enkäten har gått ut till alla socialtjänstens verksamheter som lyder under lagstiftning avseende basala hygienrutiner och smittförebyggande arbete, egenregi såväl som externa utförare. Svaren visar att följsamheten till basala hygienrutiner är god, mer än 90 procent svarar att de följer de delar av basala hygienrutiner som enkäterna avser. Enkäterna innehöll även några frågor kring smittförebyggande kunskap, dessa frågeställningar visar att det finns förbättringspotential avseende kunskap. Ungefär 80 procent av svaranden besvarar frågeställningarna kring smittförebyggande kunskap korrekt.

Egenkontroll palliativ vård

Avseende 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, till exempel den regionalt finansierade primärvårdens läkare och specialiserat palliativt resursteam (RPT). Därför är kommunen inte ensamt ansvarig för resultatet av egenkontrollerna som visas i "Bild 11". Statistiken grundar sig på uppgifter från det palliativa registret. För 2023 registrerades uppgifter för 114 palliativa patienter.

Kvalitetsindikator palliativa registret	Målvärde %	Resultat % 2020	Resultat % 2021	Resultat % 2022	Resultat % 2023	Analys
Dok. brytpunktssamtal	98,0	80,7	84,2	82,5	85,1	Förbättrat, uppnår inte målet.
Ord. inj. stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	97,6	98,0	99,1	96,5	Försämrat, uppnår inte målet.
Ord. inj. ångestdämpande vid behov	98,0	97,6	97,0	99,1	95,6	Försämrat, uppnår inte målet.
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	61,4	55,4	58,9	68,4	Förbättrat, uppnår inte målet.
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	47,0	62,4	57	60,5	Förbättrat, uppnår inte målet.
Utan trycksår (grad 2-4)	90,0	90,4	93,1	86,9	97,4	Förbättrat, mål uppnås
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	92,8	96,0	87,9	91,2	Förbättrat, mål uppnås

Bild 11. Resultat kvalitetsindikatorer palliativa registret de senaste 4 åren

Under 2023 genomföres en granskning av 2022-års försämrade resultat kring ”mänsklig närvaro i dödsögonblicket”, granskningen visade att nedgången berodde på tillfälligheter kring de enskilda patienternas situation. För år 2023 ses åter resultat över målvärdet.

Göteborgsregionens arbete med nyckeltal

Göteborgsregionen har under ett par år tagit fram nyckeltal i arbetet med Nära vård bland annat genom patientenkäter för patienter i kommunal primärvård i ordinärt boende. För Härryda kommuns kommunala primärvård ses ett mycket gott resultat. Bland annat används instrumentet PERCCI för att mäta hur personcentrerad patienterna upplever att vården är. Patienterna i Härryda kommun upplever högst personcentrering av kommunerna i Göteborgsregionen. Patienterna i Härryda är också mest nöjda med den kommunala primärvården i stort.

Sammanställning av avvikelser inklusive analys

Under 2023 rapporterades 3617 avvikelser som kan härledas till hälso- och sjukvårdsområdet. År 2022 var antalet hälso- och sjukvårdsavvikelser 3978, det antalet baserades på områden som kan härledas till hälso- och sjukvårdsområdet, för 2023 har varje avvikelse som inte per automatik hör till ett visst lagrum bedömts huruvida den härleds till hälso- och sjukvårdsområdet eller inte, varför siffrorna inte är helt jämförbara. En del avvikelseområden innehåller inte enbart hälso- och sjukvårdsavvikelser men här redovisas de som bedömts höra till hälso- och sjukvårdsområdet. De flesta avvikelser som rapporteras inom sektorn för socialtjänst tillhör lagrum HSL.

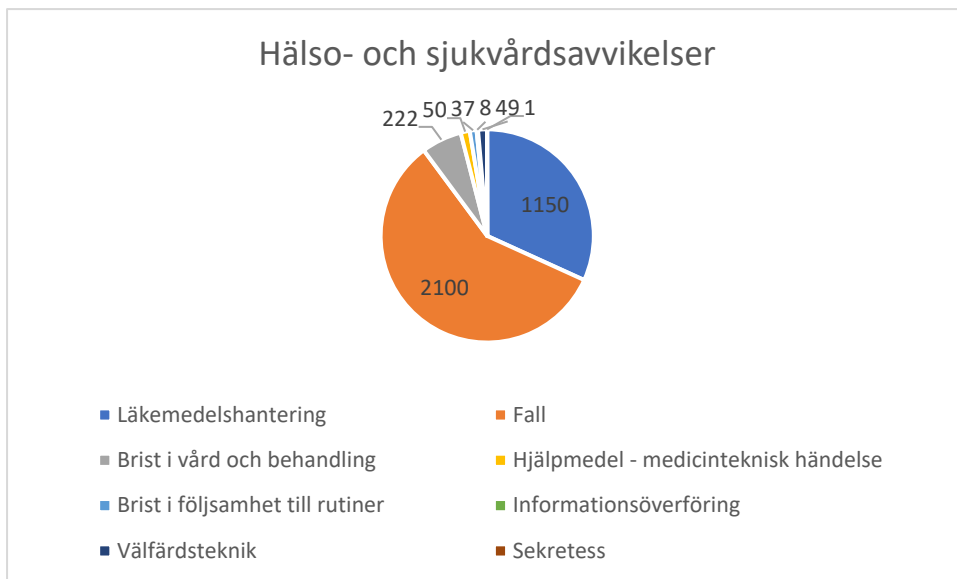


Bild 12. Hälso- och sjukvårdsavvikelser

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

Läkemedelshändelser

Läkemedelshändelser avser brister vid hantering, administrering och dokumentation av läkemedel. Det genomförs ett mycket stort antal läkemedelsadministrationstillfällen och de allra flesta genomförs på ett korrekt sätt. Anledningar till att läkemedelsavvikelserna gått ner i antal kan bero på enhetsledningsteamens arbete, ökad följsamhet kring signeringar samt minskade problem med den digitala signeringen.



Bild 13. Läkemedelsavvikelser

Fallhändelser

Fallhändelser avser när någon ramlat, eller kan misstänkas ha ramlat. Antalet rapporterade fall ligger på samma nivå som förra året. Jämfört med tidigare år då antalet fallavvikelser successivt ökat ses nu en utplaning, vilket förhoppningsvis går att vända till en nedåtgående trend. Det finns några individer som faller ofta, vid de fallen lyfts dessa in till SIP eller teamträff för åtgärder från teamet med insatser för att förebygga och säkra att minska antalet fall eller dess allvarlighetsgrad. En handlingsplan för fallförebyggande arbete är under framtagande. Handlingsplanen innefattar strategier och mål inriktade mot att minska antalet fall samt minska konsekvenserna av fall och därmed minska risken för fall som leder till vårdskada.

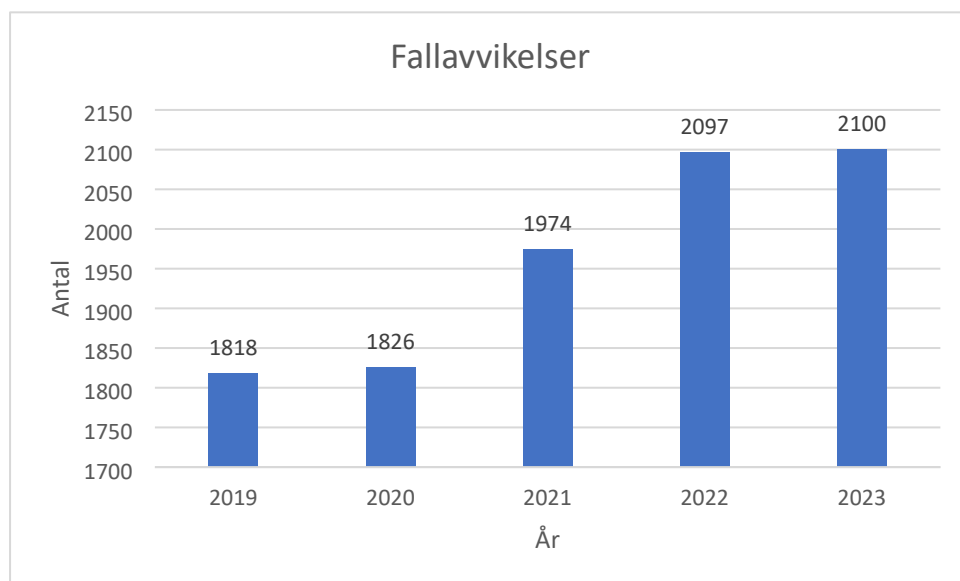


Bild 14. Fallavvikelser

Skyddsåtgärder

Skyddsåtgärder avser av legitimerad personal ordinerade åtgärder för att förhindra vårdskador, såsom rörelselarm eller säkerhetsbälte i rullstol för att motverka urglidning eller fall ur rullstol.

Under 2023 rapporterades 15 avvikelser inom området skyddsåtgärder, vilket är en minskning jämfört med föregående år då 38 avvikelser rapporterades. Nedgången skulle kunna härledas till att det nu finns fler avvikelser som rapporteras under teknik, då till exempel rörelselarm och fallarm utförs med hjälp av välfärdsteknik och eventuella avvikelser kan rapporteras under detta tema.

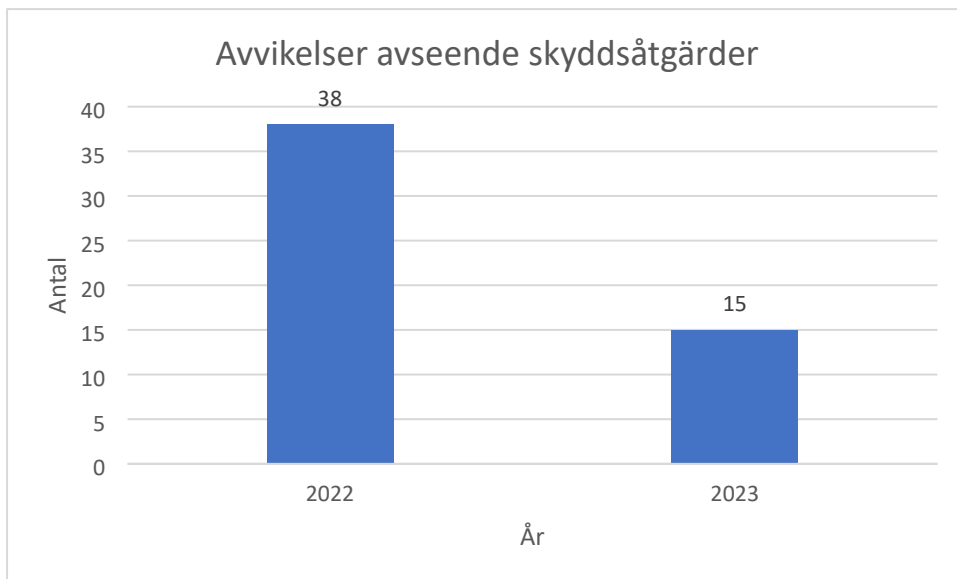


Bild 15. Skyddsåtgärder

Välfärdsteknik

Välfärdsteknik avser teknik och digitala verktyg som används för att öka trygghet och patientsäkerhet, såsom rörelselarm baserad på kamerateknik. Inom området kan 49 avvikelser under 2023 härledas till hälso- och sjukvård, uppgifter kring föregående års avvikelser inom detta område har inte tagits fram avseende hälso- och sjukvård specifikt.

Brist i vård och behandling

Avvikelse inom området brist i vård och behandling avser, till exempel, att träning inte utförts eller blivit felaktigt utförd. Antalet avvikelser har under året minskat. Vid stickprov och utredning står utebliven insats och utebliven signering för en större del av dessa. Gällande området rehabilitering är utförandet av den ordinerade träningen det som sticker ut. Rehabilitering ska ofta ske en eller flera ggr/dagen vilket gör att det snabbt blir en stor mängd avvikelser ifall något blir fel hos utföraren. Dessa avvikelser lyfts in till Enhetsledningsteamerna som finns på varje enhet för att i teamsamverkan möjliggöra förbättringar som gör att insatser inte missas i framtiden.

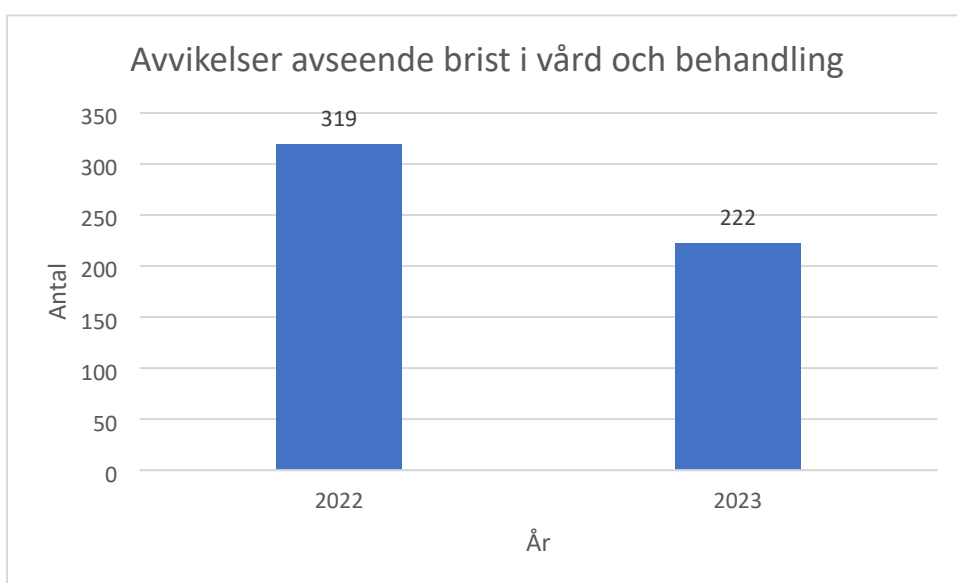


Bild 16. Brist i vård och behandling

HSV-patient (utan SoL/LSS)

Under området HSV-patient (utan SoL/LSS) avses avvikelser som berör de patienter som får åtgärder från den kommunala hälso- och sjukvården utan att samtidigt ha insatser från socialtjänsten. Det innebär ofta att delegerad omsorgspersonal genomför insatser på uppdrag av den kommunala hälso- och sjukvården utan att patienten har några beviljade socialtjänstinsatser. När avvikelser sker rapporteras dessa inom detta avvikelserområde. Under 2023 har inga avvikelser avseende HSV-patient (utan SoL/LSS) rapporterats, under 2022 var antalet 15. Minskningen kan bero på förändringar i antal patienter inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården som inte har socialtjänstinsatser, att de helt enkelt är väldigt få vilket kan ha lett till inga avvikelser har rapporterats.

Hjälpmedel – medicinteknisk händelse

Medicinteknik avser de tekniska produkter som används i hälso- och sjukvård, såsom rullstolar, sängar, och droppräknare. Avvikelser inom området handlar till exempel om produktfel eller felaktigt använd produkt. Det har under året varit liknande antal som föregående år, vilket gör det svårt att uttala sig om systematisk förändring. De mest förekommande avvikelserna berör att man lagt rullstolsdyna åt fel håll och att man lämnat patientens säng i fel höjd efter omvårdnad. Vid utredning av dessa avvikelser har utbildning av personal och ny riskbedömning varit de åtgärder som är mest frekventa.

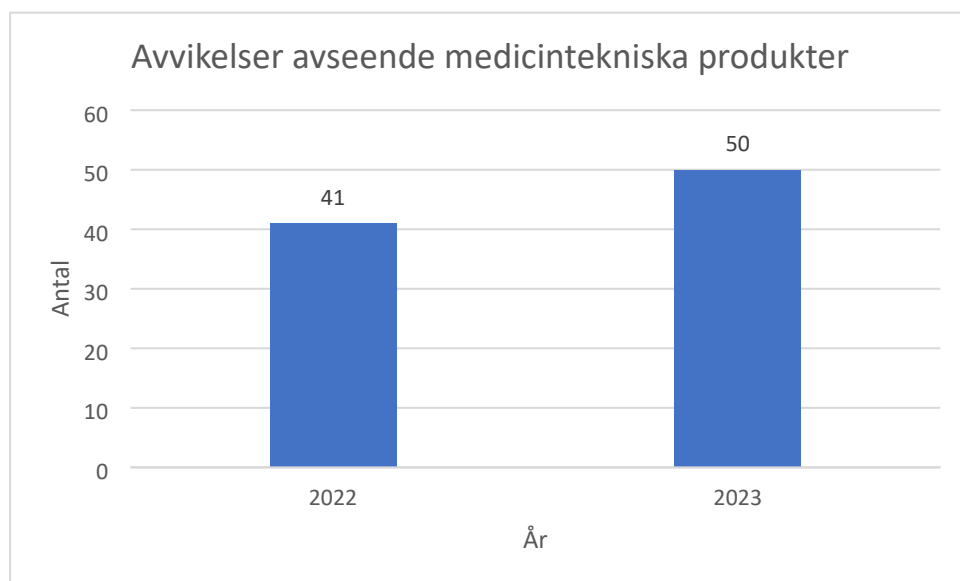


Bild 17. Avvikelser avseende medicintekniska produkter

Informationsöverföring

År 2023 rapporterades totalt 19 avvikelser avseende informationsöverföring inom sektorn för socialtjänst. Inom lagrummet för hälso- och sjukvård rapporterades åtta informationsöverföringsavvikelser. Rapporterade avvikelser avser olika typer av informationsöverföring, till exempel att sjuksköterska missat att meddela hemtjänstens personal att läkemedel lämnats i hemtjänstlokal för vidare transport till patient – hemtjänsten har tillsett att patienterna fått sina läkemedel, så patienterna har inte drabbats på något sätt. Det är överlag väldigt få informationsöverföringsavvikelser trots att väldigt mycket information förmedlas, det ter sig som att rutiner kring informationsöverföring i stor utsträckning följs.

Samverkansavvikelser

Avvikelser i samverkan med regionen och andra vårdgivare rapporteras i Med Control pro, vilket är Västra Götalandsregionens system för avvikelshantering. De flesta av dessa avvikelser avser samverkan eller informationsöverföring i samband med utskrivning från sjukhus. Under 2023 rapporterades något färre samverkansavvikelser än under 2022, men liksom föregående år är det kommunens medarbetare som rapporterar de flesta av samverkansavvikelsena.

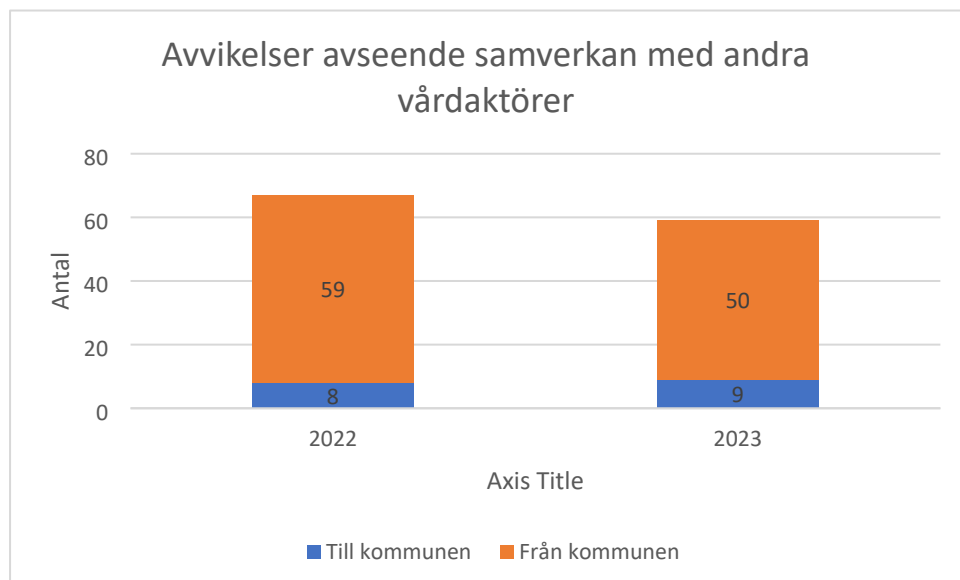


Bild 18. Avvikelser avseende samverkan med andra vårdaktörer

Sammanställning av klagomål och synpunkter inklusive analys

Det har inkommit fem unika synpunkter eller klagomål som berör den kommunala hälso- och sjukvården under 2023, dessa har hanterats enligt rutin. Synpunkterna/klagomålen avser uppfattade brister i medicinsk behandling eller bristande kommunikation. Utredningarna av synpunkterna/klagomålen har visat att den kommunala primärvården inte har brustit i vård eller behandling, men att kommunikation med och information till patient och/eller anhöriga kunde varit tydligare, inte bara från den kommunala primärvården utan även från andra vårdgivare. Ett förbättringsområde som en synpunkt avser, som redan identifierats av kommunen, är kommunikation och informationsöverföring kring tandläkares ordinationer. Området har lyfts in i projektet tandhygienist i kommunen (TAIK) för åtgärder i samverkan med tandvården.

Sammanställning av händelser och vårdskador inklusive analys

Ingen händelse/vårdskada under 2023 har bedömts så allvarlig att den anmälts till IVO enligt lex Maria.

Resultat av genomförda riskanalyser

Inför införandet av det nya dokumentationssystemet, som får anses vara den största övergripande förändring som genomförts i den kommunala primärvården under 2023, genomfördes riskanalys. Införandet planerades och genomfördes enligt plan. Den största risken befanns vara att nya arbetssätt, dokumentationssätt och syftet med införandet – större delaktighet och personcentrering för patienterna, inte skulle vara tillräckligt förankrade hos den legitimerade personalen. Att själva syftet skulle gå förlorat och att de legitimerade skulle fortsätta att arbeta som tidigare, men i ett nytt system. Införandet anses ha gått bra och sannolik framgångsfaktor var samverkan mellan yrkesgrupper och att

de flesta beslut avseende val och uppbyggnaden av systemet fattades av den legitimerade personalen (arbetsgruppen) tillsammans. Arbetsgruppen, bestående av de olika yrkeskategorierna, den legitimerade personalen, har genom växelverkan arbetat fram lösningar och utbildat och förankrat tillsammans och i respektive yrkesgrupper. Även om dokumentationssystemet anses infört fortsätter samverkan på ett, för våra patienter, gynnsamt sätt. Uppföljning av införandet planeras till våren 2024 och en första uppföljning av dokumentationssystemet (Hälsoärende) planeras till ett år efter införandet, således i november 2024.

Resultat och analys – Kvalitet

Uppföljningen av kvalitet som har genomförts 2023 har sin utgångspunkt i SOSFS 2011:9 och resultatet av det systematiska förbättringsarbetet i verksamheten samt de aktiviteter och fokusområden som prioriterats och planerats och framgår av sektorsplan 2023.

Åtgärder för att nå uppsatta mål och öka kvaliteten

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

En ny riktlinje och förslag till struktur för social dokumentation i genomförandeprocessen har tagits fram där kravet på den enskildes rätt till självbestämmande, integritet och delaktighet tydliggörs. Riktlinjen är sektorsövergripande.

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

Sektorn har under året haft fortsatt fokus på samverkan och samordning och utvecklat detta både tillsammans med andra huvudmän, men också internt i förvaltningen och inom sektorns verksamheter och enheter.

När det gäller samverkan med andra huvudmän så har MiniMaria Västra med huvudmottagning haft verksamhet sedan augusti 2022. Målgruppen är ungdomar upp till 21 år som riskerar att utveckla ett beroende eller skadligt bruk av alkohol, droger eller spel samt deras närstående. Tvärprofessionellt teamarbete och samverkan är grunden i arbetet. Under första året har MiniMaria haft fler besökare från Härryda kommun än vad som förväntades.

Socialtjänstens samverkan med Polismyndigheten har utökats genom att en socialsekreterare med myndighetsbefogenheter och en familjebehandlare arbetar med polisen på polisstationen i Mölndal flera dagar i veckan. Syftet är att nå unga som misstänks för brott och motivera den unge och respektives föräldrar att ta emot stöd tidigare.

Inom ramen för närområdessamverkan (NOSAM) samarbetar socialtjänsten och vårdcentralen i Rävlanda i ett projekt med syfte att upptäcka barn och unga i behov av tidigt stöd. Under 2023 har projektet förberetts för att starta 2024. En socionom kommer att samlokaliseras tillsammans med vårdcentralens psykosociala team.

Ett idéburet offentligt partnerskap (IOP) har inletts mellan Passalen, Mölndals stad och Härryda kommun. Det är två olika nämnder som fattat beslutet då samverkan sker mellan UKF och SOC. Passalen är en ideell förening som arbetar med att utveckla nya lösningar för att skapa inkludering för barn och unga med funktionsnedsättning. Målet är att unga med funktionsnedsättningar får tillgång till fritidsaktiviteter i ordinarie utbud med motivation och stöd till både den unge och vårdnadshavare.

Socialtjänsten, Härryda framtid och barn och familj, samarbetar med Familjecentralerna som bas med ett projekt för att möta utomeuropeiska kvinnor och deras små barn i syfte att göra integrationen till det svenska samhället enklare för kvinnorna.

Härryda kommun, Swedavia, gränspolisen och Göteborgs Stad samverkar genom att fyra dagar per år genomföra Insats fokus vid Landvetter flygplats. Insatsen syftar till att höja kunskapen hos resenärer om hedersrelaterat våld och förtryck samt bortföring av barn, men även informera om var man kan vända sig vid misstanke.

Arbetsmarknadsenheten och enheten för försörjningsstöd har ytterligare ökat samarbetet så att klienterna snabbare får rätt insatser. Medarbetarna på försörjningsstöd och arbetsmarknadsenheten träffas var tredje vecka och diskuterar övergripande frågor samt samverkan i enskilda ärenden. Enheten för försörjningsstöd och arbetsmarknadsenheten har också ett gemensamt arbete för att

diskutera hur de kan samverka kring olika målgrupper aktuella på enheten för försörjningsstöd, till exempel ungdomar och hushåll med ett högt försörjningsstöd.

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

Under året har en utredning om verkställighet i form av placeringar genomförts. En kartläggning har gjorts av alla verksamheter där någon form av boendepacering är aktuellt. En riskanalys har gjorts av processerna och enskildas rättssäkerhet vid placeringar och avtalshantering. Resultatet av utredningen har lett till ett beslut om en justering av organisationen där beställarenheten som har varit organiserad inom hälsa och bistånd och bosamordningen inom sektorsadministrationen samordnas under enhet för utveckling och uppföljning som enhet för placering och avtal som träder i kraft 1 januari 2024.

Ett av de politiska målen är att systematisk kvalitetsuppföljning ska ske med extern kompetens på samtliga boenden oavsett utförare, utifrån uppställda kvalitetskrav enligt kommunens kvalificeringskrav för lagen om valfrihet (LOV) inom särskilt boende. Uppföljningen inleddes i slutet av oktober och kommer att pågå under ett år.

En ny riktlinje för social dokumentation har tagits fram för utförarverksamheten. Både vård och omsorg och vuxenenheten har utvecklat den sociala dokumentationen under året. Vård och omsorg har tagit fram nya mallar för genomförandeplaner och vägledningar för social dokumentation som säkerställer brukarens delaktighet och tydliggör behovs- och livsområden. Vuxenenheten har under året ökat andel genomförandeplaner samt tydliggjort klienternas delaktighet i planeringen av insatserna. Arbetet har även påbörjats inom funktionsstöd under året, men implementeringen av detta påbörjas först 2024.

1 juli 2022 infördes bestämmelser om fast omsorgskontakt i socialtjänstlagen. Syftet från lagstiftaren är att öka trygghet, kontinuitet, samordning och individanpassning för personer som har hemtjänst. I Härryda kommun har uppdraget även införts inom särskilt boende. Sedan dess har implementeringen skett i form av uppdragsbeskrivningar som har tagits fram och fasta omsorgskontakter har utsetts. Under 2023 har all hemtjänstpersonal utbildats i samverkan med vuxenutbildningen.

- **Socialtjänstens verksamhet ska vara kunskapsbaserad**

Under året har vård och omsorg infört en karriärvägsmodell med nya titulaturer, vilket innebär en nivåstrukturering av arbetsuppgifter som ger möjlighet att använda kompetens där den behövs mest. Inom både vård och omsorg och funktionsstöd har arbetet med samplaneringen fortsatt.

Överanställning av omsorgspersonal har i kombination med samplanering över enheter resulterat i att både andelen utbildad personal som utför brukarnas insatser samt personalkontinuiteten har ökat.

Medarbetare har validerats till undersköterska och utbildning av specialistundersköterskor möjliggörs via statsbidraget Äldreomsorgslyftet. Från hösten 2023 ingår Härryda kommun i ett treårigt ESF-finansierat GR-projekt "Fler anställda inom vård och omsorg (FAVO)" med syftet att införa en karriärvägs- och mentorskapsmodell. Ett förbättringsarbete har påbörjats kring introduktion av vikarier i samverkan med berörda verksamhetsområden. Vuxenutbildningen, funktionsstöd och vård och omsorg har inom ramen för Vård och omsorgscollege utbildat språkombud. Språkombudens uppdrag är att stödja arbetsplatsen i språkutveckling för en bättre kommunikation. Det kan både handla om att stödja dem som har ett annat modersmål än svenska och att hjälpa kollegor i frågor om vardaglig språkanvändning. Utbildningsinsatser som ingår i fortbildningskatalogen har fortgått under året. Ett nytt och uppskattat inslag har varit en utbildning i psykisk ohälsa som all hemtjänstpersonal har deltagit i. Utöver detta har respektive verksamhet planerat utbildningar utifrån sina respektive kompetensutvecklingsplaner men också utifrån mer plötsliga behov utifrån nya målgrupper.

Arbetsmarknadsenheten har arbetat med metoden BIP (Beskæftigelses Indikator Projekt), i syfte att stödja personer till egenförsörjning. Metoden utgår från ett omfattande forskningsprojekt kring samverkande indikatorer för anställningsbarhet som ökar möjligheterna till att individer med komplexa behov kommer ut på arbetsmarknaden. Verksamheten barn och familj deltar i ett forsknings- och utvecklingsprojekt via FOU med stöd av Forte för att öka kunskapen om hur barnavårdsutredningar och säkerhetsplaceringar enligt modellen "Signs of safety" går till, uppfattas av brukarna och vilket utfall arbetssättet får.

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

Under året har hälsofrämjande enheten mottagit tillfälligt statsbidrag och anställt en hälsolots. Hälsolotsens uppdrag är att stötta ofrivilligt ensamma över 80 år. Information om satsningen har påbörjats och informationsvägar har etablerats vilket lett till flertalet kontakter med enskilda kommuninvånare. Ett fortsatt arbete för att motverka digitalt utanförskap och ensamhet har skett under året. Såväl gruppaktiviteter som enskild vägledning har genomförts.

Vuxenenheten har fokuserat på omställning av sitt stöd och behandlingsarbete och kostsamma placeringar har kunnat undvikas genom ett bättre organiserat stöd på hemmaplan. En kartläggning har genomförts om förutsättningarna till konceptet Bostad först i Härryda kommun. Inom ramen för vårdsamverkan har verksamheten Assertive Community Treatment (ACT) etablerats i kommunen under året och blivit en metod tillgänglig för målgruppen. ACT innebär att ett samlat team med olika professioner möter en person med omfattande besvär kopplade till samsjuklighet.

Handläggarenheten har fortsatt sitt arbete med att införa e-tjänster i syfte att utveckla den digitala servicen. I e-tjänsten "*allmänna frågor till handläggarenheten*" kan den enskilde exempelvis bifoga överklagan, kommuniseringsvar och intyg. Det finns numera en chattfunktion/e-postfunktion där kommuninvånare kan ha möjlighet att ställa frågor direkt till handläggare. Syftet med samtliga e-tjänster är att öka tillgängligheten till myndigheten men också till brukarinflytande och delaktighet.

- **Socialtjänstens verksamhet ska vara effektiv**

Under året har hälsa och bistånd och handläggarenheten arbetat med automatiserad handläggning. Syftet är både att öka tillgänglighet och effektivitet. Handläggningstiderna blir snabbare och den enskilde slipper en oviss väntan samtidigt som tid för handläggare frigörs. Digitala lösningar kan också bidra till ett ökat förebyggande och uppsökande arbete, så att sociala problem möts tidigt vilket också är en av de grundläggande intentionerna i den nya socialtjänstlagen.

Utveckling av ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet

Under året har fortsatt arbete med kvalitetsledningssystemet skett. Inom sektorn för socialtjänst har man arbetat med att implementera följande principer för att säkerställa olika perspektiv. Principerna som utgår från forskning och beprövad erfarenhet är:

- Vi är behovs- och syftedriva
- Vi har värdeskapande processer och nätverk
- Vi leder
- Vi är motiverade
- Vi förbättrar

Utvecklingsarbetet innebär att klargöra och fokusera på vilka behov som styr verksamheten och vem man är till för, brukarna av tjänsterna. Alla funktioner, aktiviteter och arbetssätt ska utgå från behoven hos dem som verksamheten finns till för, samt organisationens syfte. Organisationens processer och nätverk ska vara värdeskapande utifrån ett brukarperspektiv, samt inom och mellan verksamheter. Ledning ska stödja till innovation och förbättring bland medarbetare närmast brukaren och det är

viktigt att skapa förutsättningar för att frambringa och bibehålla motivation och engagemang hos medarbetare. Målsättningen inom sektorn för socialtjänst är att säkerställa en förbättringskultur som genomsyrar organisationen och dess medarbetare. Under 2023 har ledarträffar inom sektorn för socialtjänst, där alla chefer och stödfunktioner deltar, haft dessa perspektiv som tema vid tre heldagar. Träffarna har innehållit både föredrag av forskare, workshops och erfarenhetsutbyte mellan deltagarna.

GAP-analys

Varje år genomförs en GAP-analys av ledningssystemet. GAP-analysen innebär en jämförelse mellan aktuellt och önskat läge och används för att identifiera område med utrymme för förbättring. GAP-analysen har tagits fram av Sveriges kommuner och regioner och är en enkel skanning utifrån kraven i SOSFS 2011:9. Aktiviteterna viktas utifrån om det finns och används, om det finns men behöver utvecklas eller helt saknas.

Analysen som har genomförts under 2023 visar på att de grundläggande ramarna för ledningssystemet finns på plats. Lagar är inventerade, kvalitet har definierats, mål har tydliggjorts, det har anpassats för verksamheten, ansvar har tydliggjorts och ledningssystemet är antaget, känt samt implementerat. Det systematiska förbättringsarbetet bedöms vara tydliggjort avseende riskanalyser, egenkontroll, hantering av avvikelser och klagomål och synpunkter och det finns en struktur för rutiner. Processer bedöms vara ett förbättringsområde. Det övergripande processerna har kartlagts, men behöver utvecklas än mer. Ett arbetssätt och ansvarsfördelning kring processer behöver dessutom utvecklas. Även hanteringen av inkomna klagomål och synpunkter behöver förbättras och ske parallellt med avvikelshantering i verksamheten. När det gäller system för externa utförare behöver uppföljning tydliggöras vad gäller roller och ansvar för verksamhets- respektive avtalsuppföljning, vilket också är ett ökat krav från politiken kopplat till kvalitetsuppföljningar av verksamhet som utförs av både egen regi och externa utförare.

Åtgärder som har vidtagits under 2023 är bland annat stöd och utbildning till verksamheten i de olika områdena som ingår i ledningssystemet. Digitala utbildningar har tagits fram under 2023 och kommer att publiceras under 2024. Fokus i övrigt inför 2024 är att fortsätta att arbeta med att utveckla socialtjänstens processer. Ytterligare ett förbättringsområde är att utveckla arbetet med underlag och sammanställningar för analyser av avvikelser, klagomål och synpunkter. MAR/MAS/SAS har i uppdrag att utveckla chefernas hantering av avvikelser och delaktighet i att bistå med dessa underlag.

Kvalitetsprognoser

Under 2023 har kvalitetsprognoserna som sker i samband med ekonomiprognoserna vidareutvecklats utifrån föreskrifterna om systematiskt kvalitetsarbete. Prognoserna har varit processinriktade, de har gett en nulägesbild och visat på eventuella åtgärdsbehov som krävs för att uppnå ett önskat läge inom respektive kvalitetsområde. Fokus på årets prognosmöten har varit:

- Verksamheternas processarbete
- Verksamheternas grunduppdrag och kvalitetsindikatorer
- Verksamhetens arbete med rutiner
- Verksamhetens risker, åtgärder och egenkontroller
- Verksamhetens avvikelshantering

Goda exempel

Goda exempel inom sektorn för socialtjänst ska nomineras och presenteras årligen. Goda exempel på förbättring kan lyftas inom följande områden; kvalitet, ekonomi, arbetsmiljö, egenkontroller, risker och mod. Nominering av goda exempel är ett sätt att lyfta fram medarbetare och enheter som gör ett fantastiskt arbete i vardagen. På sektorns ledningsdag i februari 2023 uppmärksammades goda exempel på mod, nytänkande och handlingskraft. 47 medarbetare nominerades av kollegor eller

chefer och några av dem fick också komma och berätta om sitt arbete på sektorns ledardag. På ledningsdagen uppmärksammades dessutom palliativa teamet och närvaroteamet, även kommunens CRS pris för hållbart arbete och socialt ansvarstagande delades ut av Härryda framtid till måltidsservice för sitt arbete och engagemang med de individer som behöver komma ut i arbete och sysselsättning.

Klagomål och synpunkter

Under 2023 har det lämnats 84 klagomål och synpunkter gällande socialtjänst och LSS. I kvalitetsberättelsen kategoriseras de som klagomål/synpunkter av allmän karaktär och individuella insatser. Här ingår också enskildas klagomål på socialtjänstens som har lämnats till IVO eller JO (riksdagens ombudsman). Klagomål som kategoriseras som allmänna och som är sektorsövergripande eller gäller inom en verksamhet kan gälla ett visst arbetssätt, riktlinjer för bistånd, beslut om förändringar i verksamhet, allmän uppfattning om sektorns insatser eller vilken service eller vilka insatser som sektorn borde ha, men som inte har fått konsekvenser i ett specifikt ärende. Individuella insatser gäller just brister, påverkan på eller konsekvenser i ett ärende.

I dessa klagomål och synpunkter ingår även de klagomål gällande externa utförare av socialtjänst eller LSS som inkommit. Klagomål/synpunkter som inkommer till kommunen men som gäller externa utförare lämnas i regel till den aktuella utföraren för fortsatt hantering inom utförarens ledningssystem. Under 2023 har den typen av klagomål utgjort underlag för en särskild avtalsuppföljning.

IVO har lämnat vidare fyra klagomål till kommunen varav två klagomål gäller verksamhet i den egna regin och två klagomål verksamhet med extern utförare där kommunen är huvudman. JO har efter klagomål från enskild begärt in handlingar i ett ärende.

Klagomål/synpunkt	2021	2022	2023
Allmänt/verksamhet	11	30	23
Individuella insatser	43	25	56
Enskildas klagomål från IVO/JO	5	7	5
Totalt	59	62	84

Bild 19. Klagomål och synpunkter totalt/per år

De klagomål/synpunkter som inkommit till sektorn för socialtjänst under 2023 är fördelade enligt tabellen nedan.

Fördelning klagomål/synpunkter 2023	Sektorsövergripande	BF	FS	HB	HF	VO	Externa utförare
Allmänt/verksamhet	8		2	3		8	2
Individuella insatser		12	11	6	2	14	11
Enskildas klagomål via IVO/JO		3					2
Totalt	8	15	13	9	2	22	15

Bild 20. Klagomål och synpunkter fördelat på verksamhet

Klagomål och synpunkter som kategoriseras som allmänna/verksamhet rör mer övergripande områden. Exempel på inkomna klagomål och synpunkter är; planering kring bostäder för äldre och att de inte finns i alla kommundelar, störning och oro från socialtjänstens bostäder och att budget- och skuldrådgivningen flyttar. Klagomål inkommer även gällande verksamhet som andra sektorer

ansvarar för, måltider på särskilt boende, utförandet av insatsen korttidstillsyn enligt LSS samt arbetsresor inom daglig verksamhet. Dessa klagomål lämnas över till aktuell verksamhet.

Inkomna klagomål gällande individuella insatser och enskildas klagomål via IVO gäller främst upplevda brister i myndighetsutövning, utförande av insatser, bemötande och i samordning av insatser. Klagomålen gäller bland annat svårighet att få kontakt med handläggare/socialsekreterare, missnöjdhet med bedömningar, brist i utförande av omvårdnads- och serviceinsatser, upplevda brister i bemötande från olika personalkategorier.

I drygt 80 procent av bedömningarna av klagomålsärendena framgår att riktlinjer och rutiner har följts. Klagomålen tyder på att enskildas förväntningar på service och insatser inte har motsvarats av verksamhetens bedömningar kring beslut, fördelning av resurser och arbetssätt. Det finns också förväntningar på att sektorn för socialtjänst ska ansvara för andra huvudmäns ansvar. Verksamheten behöver därför fortsatt arbeta för att förbättra intern och extern kommunikation och information för tydlighet. Vad gäller själva klagomålshandlingen behöver arbetet systematiseras ytterligare när det gäller registrering av inkommande klagomål och synpunkter, dokumentation av handlingen samt svar till klagomålslämnaren. Liksom vid avvikelshantering behöver underlag finnas för att möjliggöra en analys på aggregerad nivå. Några av klagomålsärendena har varit återkommande under året och verksamheten har haft en kontinuerlig kontakt med klagomålslämnaren.

Rapporterade avvikelser och missförhållanden

Under 2023 rapporterades 745 avvikelser som avser myndighetsutövning, utförande av service, beslutade bistånd och insatser enligt SoL och LSS. Antal rapporterade avvikelser har ökat något sedan tidigare år. Orsaken till förändringen bedöms vara ökad kunskap om avvikelserapportering, men också att antalet händelser har ökat. I sammanställningen för 2023 ingår enbart avvikelser enligt SoL och LSS i de markerade händelseområden (*) till skillnad från 2022 då avvikelser inom samtliga lagrum redovisades gemensamt i både kvalitet- och patientsäkerhetsavsnitten. Detta innebär att ökningen av avvikelserna som gäller SoL och LSS verksamhet från 2022 till 2023 är högre än vad som framgår av antalet nedan.

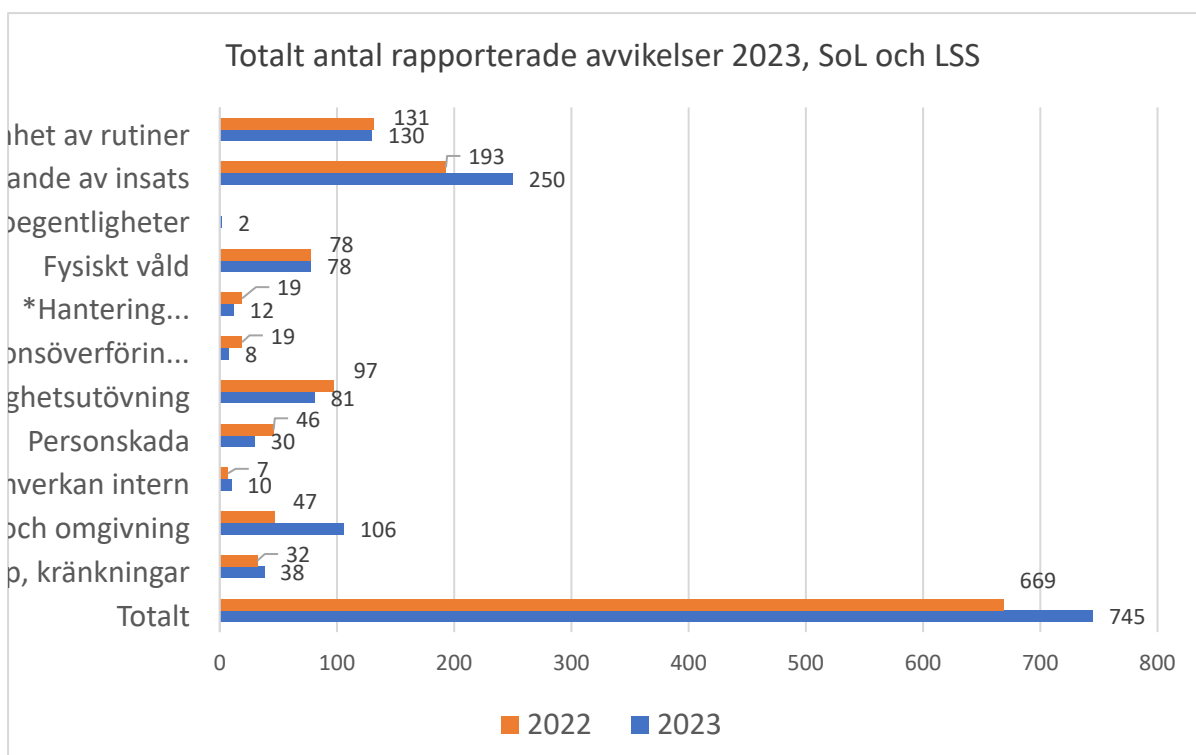


Bild 21. Totalt antal rapporterade avvikelser 2022 och 2023, Avvikelser SoL och LSS totalt antal, per händelseområde, per verksamhet

Avvikelser SoL och LSS, antal per händelseområde 2023	BF	FS	HB	HF	VO
Brist i följsamhet av rutiner	19	35	1		75
Brist i omsorg/utförande av insats		97	1		152
Ekonomiska oegentligheter					2
Fysiskt våld		28			50
Hantering av personuppgifter/sekretess	9	1		2	
Informationsöverföring		2			6
Myndighetsutövning	54		27		
Personskada		22			8
Samverkan intern		5	1		4
Teknik utrustning och omgivning	7	32	1		66
Övergrepp, kränkningar		12			26
Totalt	89	234	31	2	389

Bild 22. Rapporterade avvikelser, Avvikelser SoL och LSS totalt antal, per händelseområde, per verksamhet

Brist i omsorg/utförande av insats

Flest avvikelser har rapporterats som *brist i omsorg/utförandet av insatser* varav flertalet av dem har rapporterats under genomförandeprocessen inom vård och omsorg och funktionsstöd. Insatserna har uteblivit, har utförts felaktigt eller bristfälligt, till exempel när det gäller omvårdnad, i annat planerat stöd och i ett fåtal fall gällande personalens bemötande. Orsakerna till att insatser har uteblivit har exempelvis varit att det saknats personal och verksamheten har fått prioritera vilka insatser som ska utföras, att rutiner eller genomförandeplaner inte har följts och att besök har missats antingen på

grund av den mänskliga eller tekniska faktorn. I boendestödet finns svårigheter att tillsätta vikarier vid personalens frånvaro eftersom ett fåtal personal arbetar mot de olika brukarna.

Brist i följsamhet av rutiner

Näst flest avvikelser har kategoriserats som *brist i följsamhet av rutiner* och handlar både om brister i myndighetsutövning och genomförandet av insatser. När det gäller myndighetsprocessen har det uppmärksammas händelser i posthantering och mottagande av e-fax. Detta händelseområde kan innebära avvikelser inom samtliga områden men med skillnaden att rapportören redan konstaterat att avvikelsen har orsakats av att rutiner av någon anledning inte har följts.

Fysiskt våld och andra övergrepp

Avvikelser i form av *fysiskt våld* avser händelser när det uppstått situationer med risk för eller att brukare har agerat fysiskt mot andra brukare i boende eller daglig verksamhet. Under 2023 har flertalet händelser dubbelrapporterats, det vill säga att avvikelser har rapporterats gällande samtliga involverade och inte enbart brukare som blivit utsatt som det är tänkt. Inom händelseområdet *övergrepp* har det rapporterats psykiska kränkningar och sexuellt utagerande i form av verbalt uttryck och fysisk beröring. Åtgärder inom särskilt boende inom vård och omsorg är att verksamheten genomför BPSD-bedömningar och upprättar handlingsplaner för bemötande, aktivitet och tillsyn. Även inom funktionsstöd upprättas handlingsplaner för att förebygga enskildas utagerande men också samtal om vikten av ett gott bemötande av varandra när man delar gemensamhetsytor i boende eller i daglig verksamhet. Det har också upprättats mer övergripande handlingsplaner i samband med att omständigheter i den yttre miljön utanför verksamheten har påverkat tryggheten hos brukare i boende och daglig verksamhet.

Brist i myndighetsutövning

Avvikelseerna som har högst allvarlighetsgrad inom aktualisering gäller att det upptäckts att anmälningar riskerat att inte hanteras korrekt. Det gäller både vid mottagande och registrering av inkommen anmälan, till exempel att man inte har kunnat hantera e-tjänsten där anmälningar inkommit eller att anmälan lagts i fel postfack, eller att postgången har dröjt innan en anmälan når barn och familj. Avvikelseerna som gäller utredningar avser främst brister gällande lagstadgade tidsgränser för förhandsbedömning och utredning av ärenden enligt SoL inom barn och familj och enligt LSS inom hälsa och bistånd. När det gäller utredning och uppföljning inom barn och familj har det förekommit att utredningar har kommit in först flera veckor in på utredningstiden i väntan på att socialsekreterare ska bli tillgänglig. Avvikelser har också rapporterats avseende dokumentation, bland annat när det gäller registrering och aktualisering av inkomna fysiska handlingar. Orsakerna till bristerna inom myndighetsutövningen är enligt verksamheten hög arbetsbelastning som uppstår både på grund av högt inflöde av orosanmälningar men också på grund av att grundbemanning vissa perioder varit lägre än planerat. Även inom handläggarenheten har LSS-handläggarna varit färre samtidigt som nya bestämmelser i lagstiftning har medfört en längre utredningstid när det gäller ansökan om personlig assistans. På barn och familj har det periodvis bemannats med konsulter för att kunna hålla en hög grundbemanning. En utökning av en enhetschef inom barn och familj har skett under året. Det har också planerats för att arbeta med och säkerställa introduktion och kontinuerlig utbildning till socialsekreterare.

Teknik, utrustning och omgivning

Avvikelser inom händelseområdet har ökat. Ökningen har skett i samband med användning av ett nytt system för trygghetsskapande teknik med rörelse- och kameran sensorer som har ersatt tidigare rörelselarm. I samband med breddinförandet har systemet inte fungerat fullt ut. Bristerna i funktionerna har kunnat konstateras både hos leverantören och själva produkten, men också på grund av att all personal inte har fått tillräckligt med kunskap kring systemet, vilket därmed har medfört

brister i handhavande. Avvikelse har också rapporterat angående verksamhetssystemet för dokumentation vilket har föranlett kontakter med leverantören. Avvikelse har också rapporterats när det saknats korrekt utrustning i samband med transporter med barn.

Hantering av personuppgifter/sekretess

Rapporterade händelser gäller risker eller faktiska brister i samband med hantering av personuppgifter i fysisk eller digital form. Flertalet risker och avvikelser har skett inom myndighetsprocessen, vilket handlar om att det upptäckts att fel dokument ligger i fel fysisk akt och att beslutsunderlag har skickats till fel person. Åtgärder som har vidtagits är att den aktuella enheten har förbättrat sin rutin, dels kring innehåll i beslutsmeddelande men även kring vilka underlag/beslut som skickas till den enskilde. Enheten har också börjat använda sig av säker digital post för att öka säkerheten kring hur uppgifter hanteras. I samband med brister i hantering av sekretessbelagd information ska en anmälan om personuppgiftsincident göras.

Personskada

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

Övriga händelser

När det gäller rapporterade avvikelser i form av ekonomiska oegentligheter så har brukare meddelat att den blivit utsatt för stöld. Det kan ofta vara svårt att bevisa att en stöld har begåtts och att det i så fall är personal som begått brottet. Viktiga åtgärder för att förebygga stölder är att personal hanterar så lite privata medel eller värdefulla ägodelar som möjligt. Beroende på vilken typ av verksamhet det gäller är det viktigt att brukaren själv eller verksamheten polisanmäler ett brott. En annan viktig brottsförebyggande åtgärd är att göra registerkontroll enligt rutin. Intern samverkan gäller brister i samverkan antingen enheter eller professioner emellan men också samverkan med företrädare.

Analys av orsaker och vidtagna åtgärder

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

Det finns utvecklingsområden när det gäller avvikelshanteringen generellt. Inom vissa områden rapporteras det få avvikelser vilket kan innebära underrapportering av avvikelser och orsaken är troligtvis att det saknas kunskap kring avvikelshantering.

Det finns förbättringspotential i dokumentationen gällande bedömning, orsaksanalys och vidtagna åtgärder, vilket till viss del har uteblivit. Det ska framgå att en avvikelse har hanterats. I annat fall saknas det information om händelsen innebär ett missförhållande eller inte. Avsaknaden innebär svårighet att göra en bedömning av orsakerna till avvikelserna på en aggregerad nivå. Medarbetare har

också påtalat att de saknar återkoppling på de avvikelser som rapporteras. Enligt SOSFS 2011:9 ska medarbetarna vara delaktiga i förbättringsarbetet, är de delaktiga i att identifiera orsaker och att ta fram åtgärder för att förebygga att liknande händelser inträffar på nytt, bedöms sannolikheten som god att efterlevnaden av rutiner ökar.

När det gäller händelser som rapporteras enligt lex Sarah eller bedöms till en allvarlighetsgrad tre eller fyra ligger det på enhetschefens ansvar att meddela SAS. Även detta är ett förbättringsområde generellt sett. När det gäller hanteringen av avvikelser saknades vid årsskiftet bedömningen av allvarlighetsgrad och sannolikhet i drygt en fjärdedel av totalt antal rapporterade avvikelser. Sett till helheten förekommer detta mer i kluster än vad det är generellt, vilket respektive verksamhet behöver analysera orsaken till. Att inte alla avvikelser hanteras fullt ut bedöms vara en brist i sig.

Bedömning av lex Sarah rapporter

Under 2023 har 31 händelser rapporterats enligt lex Sarah. Ytterligare 25 händelser har registrerats felaktigt som lex Sarah. Dessa händelseområden gäller HSL-insatser/bedömningar. Av de 31 avvikelserna så har 15 utretts utifrån indikationer på missförhållande. En av händelserna har bedömts utgöra risk för ett påtagligt missförhållande och har anmälts till IVO. Anmälan gäller inte en isolerad händelse utan gäller aktiviteter som vidtagits i ett ärende under en längre tidsperiod och omfattar fler än en verksamhet. IVO har fattat beslut i ärendet och meddelat att huvudmannen har fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet i enlighet med 14 kap. 6 – 7 §§ socialtjänstlagen (2001:435), SoL, vidtagit åtgärder för att utan dröjsmål avhjälpa eller undanröja missförhållandet, identifierat bakomliggande orsaker till det inträffade samt har vidtagit och planerat att vidta åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen. Under 2023 inkom också IVO:s beslut utifrån de två lex Sarah anmälningar som gjordes under slutet av 2022 med samma bedömning som ovan.

Bakomliggande orsaker till händelserna handlar framför allt om samordning och samverkan kring insatser både internt och tillsammans med andra huvudmän, brister i säkerställande av kunskap, tydlig ansvarsfördelning, brister i rutiner kring dokumentation och egenvård. Bifynd i utredningarna visar också på att socialtjänsten behöver vara tydliga i informationen kring insatser till enskilda.

Genomförda riskanalyser

Samtliga verksamheter i socialtjänsten har ansvar för att arbeta systematiskt med riskbedömning för att förebygga risker och på så sätt minska risker för de enskilda och för verksamheten. I samband med riskanalysen planeras åtgärder. Under 2023 har riskanalyser genomförts både gällande generella risker och risker i individärenden. Ser man till de riskanalyser som har genomförts i Stratsys och som gäller mer övergripande risker för brister i kvaliteten så har risker identifierats inom samtliga delprocesser. Exempel på risker inom de olika processerna är:

- *Aktualisering*

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

- *Utredning*

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

- *Beställning*

Risk vid informationsöverföring mellan kommunen och externa utförare.

Totalt återfinns 127 risker i Stratsys. Det innebär ca 2,54 i snitt per enhet. Av dessa 127 risker har en bedömning utförts på 36 risker, vilket motsvarar 28,3 procent. Av dessa 36 bedömningar, bedöms tre av dessa vara kritiska, 28 av dem vara på medium och fem av dem vara låga, kopplat till sannolikhet och allvarlighetsgrad. De enheter som identifierat flest risker hade sju styck till antal. Åtta enheter hade inga identifierade risker för 2023. Av dessa 127 risker hade 108 åtgärder. I slutet av 2023 hade 75 åtgärder genomförts.

Arbetet med egenkontroller under året






En central egenkontrollplan gäller från och med 2023. När det gäller verksamhet enligt SoL och LSS har egenkontroller för myndighets- och utförarprocessen tagits fram. Inom myndighetsprocessen gäller egenkontrollerna efterlevnad av lagkrav gällande förhandsbedömning och utredningstid samt kontroll av utbetalning av försörjningsstöd. Inom genomförandeprocessen kontrolleras att genomförandeplaner och handlingsplaner upprättas, att uppföljning sker med rätt frekvens samt att brukare görs delaktiga i planeringen.






Nedan visas resultatet av egenkontrollerna och resultatet av egenkontrollerna kategoriseras enligt följande kriterier och färger. Nedan visas bedömningskriterier, frekvens för genomförande av kontrollen samt utfall.

Färgen till det mest förekommande svarsalternativet visas

■ Ej uppfyllt
 ◆ Delvis uppfyllt
 ● Uppfyllt

Egenkontroll	Bedömning	Frekvens	Verksamhet	Utfall
<p><i>Lagstadgad tid för förhandsbedömning</i> Förhandsbedömning vid anmälan av oro följer lagstadgad tid enligt 11 kap 1a § (SoL) En förhandsbedömning ska vara klar inom 14 dagar efter inkommen anmälan.</p>	<p>Uppfyllt: 100 % Delvis uppfyllt: 95–99% Ej uppfyllt: <95%</p>	<p>Kvartal Alla förhandsbedömningar</p>	<p>Barn och familj Förebyggande och service</p>	<p>Kvartal 1 och 2 delvis uppfyllt, kvartal 3 och 4 ej uppfyllt</p>
<p><i>Utredningstid</i> Utredningstid understiger 120 dagar enligt 11 kap. 2 § (SoL)</p>	<p>Uppfyllt: 100 % Delvis uppfyllt: 95–99% Ej uppfyllt: <95%</p>	<p>Kvartal Alla utredningar kontrolleras</p>	<p>Barn och familj Utredning och skydd</p>	<p>Kvartal 1-4 ej uppfyllt</p>
<p><i>Utredningstid</i> Utredningstid understiger 120 dagar från ansökan till beslut (LSS)</p>	<p>Uppfyllt: 100 % Delvis uppfyllt: 95–99% Ej uppfyllt: <95%</p>	<p>Halvår Alla utredningar kontrolleras</p>	<p>Hälsa och bistånd Handläggarenheten LSS</p>	<p>Halvår 1 och 2 ej uppfyllt</p>

Egenkontroll	Bedömning	Frekvens	Verksamhet	Utfall
<p><i>Försörjningsstöd</i> Kontroll av utbetalt försörjningsstöd A. Ansökan är korrekt ifylld B. Underlag enligt ansökan finns C. Beslut, utredning, praxis, riktlinjer följs D. Arbetsplan finns E. Rätt belopp till rätt konto</p>	<p>Uppfyllt: Alla fem punkterna är uppfyllda Delvis uppfyllt: Fyra punkter är uppfyllda Ej uppfyllt: <än tre punkter är uppfyllda/ uppfylls inte punkt E under mätmetod är det ej uppfyllt</p>	<p>10 ggr/år Stickprov</p>	<p>Härryda framtid Försörjningsstöd</p>	 <p>10 kontroller per år varav 8 uppfyllda och 2 delvis uppfyllda</p>
<p><i>Handlingsplan</i> Det finns individuellt utformade handlingsplaner i alla ärenden</p>	<p>Uppfyllt: > 80 % Delvis uppfyllt: 70–79 % Ej uppfyllt: >69 %</p>	<p>Kvartal Alla ärenden kontrolleras</p>	<p>Härryda framtid Arbetsmarknadsenheten</p>	 <p>Kvartal 1–4 uppfyllt</p>
<p><i>Upprättad genomförandeplan</i> Andel personer med upprättad genomförandeplan/arbetsplan</p>	<p>Uppfyllt: 90% Delvis uppfyllt: 70–89% Ej uppfyllt: <69%</p>	<p>Årligen Alla ärenden kontrolleras</p>	<p>Vård och omsorg Särskilt boende 9 enheter Hemtjänst 4 enheter Totalt 13 enheter</p>	 <p>Av totalt 13 kontroller är 7 kontroller uppfyllda, 5 delvis uppfyllda och 1 ej uppfyllt</p>
			<p>Funktionsstöd Bostad med särskild service 12 enheter Daglig verksamhet 6 enheter Personlig assistans 1 enhet Boendestöd 1 enhet Korttidsvistelse 1 enhet Totalt 21 enheter</p>	 <p>Av totalt 21 kontroller är 14 kontroller uppfyllda, 3 delvis uppfyllda och 4 ej genomförda</p>
			<p>Vuxenenheten</p>	 <p>Kontroll uppfyllt</p>
<p>Aktuell genomförandeplan Andel personer med aktuell genomförandeplan/arbetsplan</p>	<p>Uppfyllt: 90% Delvis uppfyllt:</p>	<p>Årligen Alla ärenden kontrolleras</p>	<p>Vård och omsorg Särskilt boende 9 enheter</p>	

Egenkontroll	Bedömning	Frekvens	Verksamhet	Utfall
	70–89% Ej uppfyllt: <69%		Hemtjänst 4 enheter Totalt 13 enheter	 <p>Av totalt 13 kontroller är 7 uppfyllda, 4 delvis uppfyllda och två ej uppfyllda</p>
			Funktionsstöd Bostad med särskild service 12 enheter Daglig verksamhet 6 enheter Personlig assistans 1 enhet Boendestöd 1 enhet Korttidsvistelse 1 enhet Totalt 21 enheter	 <p>Av totalt 21 kontroller är 11 uppfyllda, 6 delvis uppfyllda och 4 ej genomförda</p>
<i>Delaktighet i genomförandeplan</i> Andel personer med en plan som innehåller dokumentation om hur personen deltagit vid upprättande eller förändring av genomförandeplan	Uppfyllt: 90% Delvis uppfyllt: 70–89% Ej uppfyllt: <69%	Årligen Alla ärenden kontrolleras	Vård och omsorg Särskilt boende 9 enheter Hemtjänst 4 enheter Totalt 13 enheter	 <p>Av 13 kontroller är 6 uppfyllda, 2 delvis uppfyllda och 5 ej uppfyllda</p>
			Funktionsstöd Bostad med särskild service 12 enheter Daglig verksamhet 6 enheter Personlig assistans 1 enhet Boendestöd 1 enhet Korttidsvistelse 1 enhet Totalt 21 enheter	 <p>Av 21 kontroller är 11 uppfyllda, 3 delvis uppfyllda, 3 ej uppfyllde och fyra ej genomförda</p>
			Vuxenenheten	 <p>Kontroll ej uppfylld</p>

Analys och åtgärder

När det gäller resultatet hos verksamhetsområdet barn och familj visar det på att det har varit svårt att uppnå att samtliga förhandsbedömningar och utredningar görs inom lagstadgad tid. När det gäller hanteringen av förhandsbedömningar har inkomna anmälningar ökat de senaste åren vilket också påverkat antal utredningar. Verksamheten har samtidigt haft en hög personalomsättning och svårigheter att rekrytera både vad gäller socialsekreterare och förste socialsekreterare. Åtgärden att anlita konsulter och förstärka arbetsledningen under det andra halvåret 2023 har gett effekt. Egenkontroller har visat att 67 procent av utredningarna avslutades inom 120 dagar under kvartal 4, jämfört med endast 23 procent under kvartal 1.

Resultatet gällande utredningstid i LSS-ärenden inom hälsa och bistånd visar på att det varit svårt att uppnå att samtliga utredningar genomförs inom 120 dagar. Orsaken har bedömts vara dels att grundbemanningen hos LSS-gruppen har varit lägre under 2023 och dels att nya bestämmelser gällande rätt till insatser i form av personlig assistans har medfört längre handläggningstider.

Inom LSS finns det inte någon exakt lagstadgad utredningstid, utan det utgår från förvaltningslagens bestämmelser om att handläggningen i ett ärende ska ske så skyndsamt som möjligt under de rådande förhållanden som finns i det specifika fallet. En riktlinje för hur lång handläggningstid ett ärende som längst bör ha utgår i stället från JO:s beslut och utlåtande om rimlig utredningstid. Enhetschefens bedömning är att utredningstiden kommer att förbättras under kommande år.

När det gäller egenkontrollerna gällande genomförandeplaner varierar resultatet något mellan olika verksamheter. Genomgående framgår av resultatet att den enskildes delaktighet i upprättandet av genomförandeplanerna är ett förbättringsområde. Åtgärder som har vidtagits med anledning av resultatet är att nya mallar för genomförandeplaner har tagits fram, där det finns tydliga avsnitt där den som upprättar planen ska dokumentera att och hur den enskilde medverkat i upprättandet av genomförandeplanen. Detta tydliggörs också i nya riktlinjer och vägledningar för social dokumentation i genomförandeprocessen.

Granskning från tillsynsmyndighet

IVO har under 2022 och 2023 genomfört en riktad tillsyn av 90 gruppboende över hela landet, med särskilt fokus på användningen av tvångs- och begränsningsåtgärder. I Härryda kommun granskades Orrekullens gruppboende genom inspektion på plats, samtal med brukare, personal och ledning samt granskning av handlingar som ingår i social genomförandedokumentation samt avvikelserapporter. I tillsynen har IVO funnit brister i 80 av 90 granskade gruppboende runt om i landet. I sitt tillsynsbeslut i maj 2023 meddelade IVO Härryda kommun sin bedömning som var att verksamheten med hänsyn till klarlagda omständigheter genomför vissa begränsande åtgärder till skydd eller stöd för brukarna, men att verksamheten noggrant har försökt säkerställa att de inte genomför åtgärderna mot brukarnas vilja. Därmed är Härryda kommun en av de tio kommunerna i landet som i tillsynen inte har fått någon kritik alls för brister.

Brukarundersökningar 2023

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

Presentation av resultat

Resultatet i undersökningarna presenteras i färgerna rött, gult och grönt. Resultatet presenterar hur Härryda kommuns ligger till i förhållande till andra kommuners resultat.

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

Vad tycker de äldre om äldreomsorgen - Socialstyrelsen

Socialstyrelsen genomför årligen en brukarundersökning för att undersöka hur äldre uppfattar äldreomsorgen. Enkäten skickas ut till alla över 65 år som har hemtjänst eller bor på särskilt boende. Undersökningen genomfördes under mars och maj 2023.

På nationell nivå har resultaten för 2023 generellt förändrats i en negativ riktning eller förblivit oförändrade. Svarsfrekvensen för undersökningen var 2023 59 procent inom hemtjänst och 46 procent inom särskilt boende.

Hemtjänst

Hemtjänst Kvalitetsområden andel (%)	2022	2023
Helhetssyn	92	91
Bemötande	97	99
Bra bemötande	77	79
Svåra besvär av ängslan, oro eller ångest	5	5
Tillräckligt med tid	77	84
Möjlighet påverka tider	52	61
Möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål	63	67
Behov anpassas	74	79
Hänsyn till åsikter och önskemål	87	89
Trygghet	87	88
Trygghet (mycket trygga)	42	44
Få kontakt med hemtjänstpersonalen	81	84
Förtroende för personalen	95	94
Information om förändringar	55	71
Personalen utför sina arbetsuppgifter	91	86
Personalen kommer på avtalad tid	82	86
Rörlighet inomhus	25	26
Besväras ofta av ensamhet	11	11
Välja utförare	40	40
Hälsotillstånd	37	31
Bor med annan vuxen	24	31
Själv svarat på frågorna	61	70
Svarsfrekvens	57	59

Bild 23. Socialstyrelsen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen”, hemtjänst

Goda resultat – Hemtjänsten bland de 25 procent bästa kommunerna

- Bemötande
- Möjlighet att påverka tider
- Möjlighet att framföra synpunkter och klagomål
- Behov anpassas
- Hänsyn till åsikter och önskemål
- Förtroende för personalen
- Information om förändringar

Utvecklingsområden – Hemtjänsten bland de 25 procent sämsta kommunerna

Inte något av kvalitetsområdena har i jämförelsen med övriga kommuner fått resultat som motsvarar de 25 procent sämsta kommunerna.

Analys och åtgärder

Hemtjänstens resultat har förbättrats på flertalet områden. Efter 2022 års undersökning har alla enheter valt ut några områden med sämre resultat på deras enhet och som de arbetat under året. Åtgärder som kan ha påverkat resultatet är bland annat att alla undersköterskor har utbildats i uppdraget som fast omsorgskontakt under 2023. Undersköterskor på särskilt boende kommer att utbildas under 2024, vilket kan komma att påverka resultatet i en positiv riktning.

Särskilt boende

Särskilt boende för äldre Kvalitetsområden, andel (%)	2022	2023
Helhetssyn	82	84
Bemötande	94	87
Bra bemötande	52	51
Trygghet	93	82
Trygghet (mycket trygga)	46	51
Förtroende för personalen	84	85
Besväras ofta av ensamhet	26	19
Möjligheten att komma utomhus	54	58
Få kontakt med personalen på boendet	76	74
Tillgång till sjuksköterska, andel (%)	48	51
Måltidsmiljö	75	75
Läkare vid behov	28	31
Möjlighet påverka tider	52	58
Tillräckligt med tid	70	70
Maten	75	75
Plats på äldreboende	88	91
Hälsotillstånd	36	34
Rörlighet inomhus	23	16
Möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål	36	47
Information om förändringar	38	45
Hänsyn till åsikter och önskemål	84	82
Sociala aktiviteter	52	59
Trivs med rum/lägenhet	68	77
Trivsamma gemensamma utrymmen	68	61
Trivsamt utomhus	70	69
Svåra besvär av ångslan, oro eller ångest	15	9
Själv svarat på frågorna	36	45
Svarsfrekvens	49	46

Bild 24. Socialstyrelsen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen”, särskilt boende

Goda resultat – Särskilt boende bland de 25 procent bästa kommunerna

- Helhetssyn
- Hälsotillstånd
- Måltidsmiljö
- Möjlighet att framföra synpunkter och klagomål

Förbättringsområden – Särskilt boende bland de 25 procent sämsta kommunerna

- Bemötande
- Trygghet
- Få kontakt med personal och boende
- Tillgång till sjuksköterska
- Läkare vid behov

Analys och åtgärder

När det gäller särskilt boende är svarsfrekvensen relativt låg. Ett förbättringsarbete för att öka svarsfrekvensen har genomförts genom att informera om undersökningen på brukar- och anhörigråd. Det har också tagits fram affischer för varje enhetsresultat för att på ett tillgängligt sätt informera både brukare och anhöriga om både positiva resultatet och de utvecklingsområden som framkommit på ett tillgängligt sätt. När det gäller sämre resultat avseende ”få kontakt med personal och boende” bedöms en del av orsaken vara de problem med larm och porttelefoner som funnits under året. När det gäller larmen har det funnits vissa problem under införandet men där förbättringsarbete pågår, både från leverantörens håll men också interna rutiner i kommunen. På en av enheterna med något sämre

resultat har åtgärder för att skapa bättre förutsättningar för och tillgång till ledning genom att utöka boendet med ytterligare en enhetschef. I en annan verksamhet pågår planering för en tydligare uppdelning mellan korttidsverksamhet och särskilt boende på den aktuella enheten.

SKR:s nationella brukarundersökningar - funktionshinder och individ- och familjeomsorg
Under september och oktober har SKR:s nationella brukarundersökningar genomförts inom områdena funktionshinder samt placerade barn (i familjehem). Undersökningen för funktionshinder riktar sig både till myndighet- och utförarverksamhet och undersökningen för placerade barn fokuserar på utförandet av insatsen.

Inför 2023 års undersökning har man valt att inte genomföra övriga undersökningar som ingår i individ- och familjeomsorgen och som riktar sig till myndighetskontakter inom barn och unga, försörjningsstöd och beroendevården. Beslutet att inte genomföra övriga undersökningar inom området grundades på att det under flera år har varit låg svarsfrekvens generellt samt att förberedelser för undersökningarna är tidskrävande. Undersökningen för myndighetskontakter inom funktionshinder fick inte tillräckligt hög svarsfrekvens för att få ett eget resultat.

Funktionshinder

Brukarundersökningen inom funktionshinder riktar sig till vuxna personer med funktionsnedsättning och insatser i form av gruppboende och serviceboende enligt LSS, daglig verksamhet enligt LSS, boendestöd och sysselsättning enligt SoL samt personlig assistans enligt LSS. Undersökningen som gäller personlig assistans omfattar de brukare som har kommunen som utförare. I övriga insatser ingår även resultat från kommunens externa utförare av driftentreprenader enligt LOU.

Kvalitetsområden, andel (%)	Gruppboende		Serviceboende		Daglig verksamhet		Sysselsättning SoL		Boendestöd	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Inflytande										
Brukaren får bestämma om saker som är viktiga	63	79	87	84	72	73	85	93	80	73
Rätt stöd										
Brukaren får den hjälp hen vill ha	74	76	83	77	90	84	92	93	90	95
Kommunikation										
Personalen pratar så brukaren förstår	63	76	77	73	71	73	92	86	100	91
All personal förstår brukaren	63	60	72	77	76	77	85	93	100	100
Omtanke										
Personalen bryr sig om brukaren	89	84	83	86	84	88	100	93	100	100
Förtroende för personalen										
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen	79	67	72	70	87	84	100	100	90	100
Trygghet										
Brukaren är aldrig rädd för något	79	76	74	73	76	72	46	47	*	*
Trivsel										
Brukaren trivs alltid hemma/i sysselsättning/med personal	68	80	87	82	84	88	100	93	100	96
Synpunkter										
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt	79	84	81	91	94	88	100	80	70	77
Betydelse										
Verksamheten är viktig för brukaren	*	*	*	*	86	79	92	87	*	*
Svarsfrekvens (%)	68	79	55	80	45	56	50	75	23	27

Bild 25. Nationella brukarundersökningar funktionshinderområdet SKR

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

- Inflytande, brukaren får bestämma om viktiga saker – sysselsättning SoL
- Rätt stöd, brukaren får den hjälp hen vill ha – boendestöd
- Kommunikation, personalen pratar så att brukaren förstår – gruppboende, boendestöd
- Omtanke, personalen bryr sig om brukaren – boendestöd
- Förtroende för personalen, brukaren känner sig trygg med alla – sysselsättning SoL, boendestöd
- Trygghet, brukaren känner sig aldrig rädd för något – gruppboende
- Trivsel, brukaren trivs med personal - boendestöd

Förbättringsområden – Härryda kommun bland de 25 procent sämsta kommunerna

- Inflytande, brukaren får bestämma om viktiga saker – boendestöd
- Kommunikation, all personal förstår brukaren – gruppboestad
- Förtroende för personalen, brukaren känner sig trygg med alla – gruppboestad
- Trygghet, brukaren känner sig aldrig rädd för något – sysselsättning SoL
- Synpunkter, brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt – boendestöd

Analys och åtgärder

Brukarundersökningen genomförs under hösten och resultatet publiceras först i december vilket innebär att verksamheterna arbetar med analyser och åtgärder först efterkommande år. De åtgärder som har genomförts under 2023 är därmed kopplade till resultatet av de undersökningar som genomfördes 2022. Inom funktionsstöd upprättas handlingsplaner på de enheter vars andel positiva resultat är lägre än 70 procent. Syfte är att förbättra brukarnas upplevelse av insatserna men också i att bibehålla positiva resultat. I handlingsplanerna som togs fram 2022 fokuserades på kommunikation och trygghet. Åtgärder som vidtogs var utbildningsinsatser i alternativ och kompletterande kommunikation (AKK), metoder i kommunikation, motivationsarbete och bemötande samt tydliggörande pedagogik.

Placerade barn

Brukarundersökningen som gäller placerade barn och unga riktar sig till personer som är placerade i familjehem och som fyllt 13 år, men ännu inte 21 år.

Placerade barn, familjehem Nyckeltal, andel %	2022	2023
Brukaren får det stöd hen behöver för att det ska fungera i skola/praktik/arbete	83	83
Det finns någon vuxen brukaren kan prata med vid behov	88	83
Brukaren får den hjälp hen behöver med läxor	83	82
Brukaren får det stöd hen behöver för att ha en bra fritid	83	69
Brukaren får vara med och bestämma om saker som är viktiga för hen i boendet	86	77
Brukaren får det stöd hen behöver för att må bra	86	92
Brukaren känner sig trygg i boendet	86	92
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt i boendet	100	92
Brukaren får den hjälp hen behöver för att hålla kontakt med familj och vänner	100	83
Brukaren får den hjälp hen behöver för att få kontakt med sjukvård	88	83
Brukaren trivs i boendet	86	83
Brukaren får stöd att planera sin framtid	83	67
Svarsfrekvens	50	54

Bild 26. Nationella brukarundersökningar Placerade barn SKR

Goda resultat – Härryda kommun bland de 25 procent bästa kommunerna

Inte något av kvalitetsområdena har i jämförelsen med övriga kommuner uppnått den andel positiva resultat som krävs för att ingå bland de 25 procent bäst kommunerna.

Förbättringsområden – Härryda kommun bland de 25 procent sämsta kommunerna

Brukaren:

- får det stöd hen behöver för att det ska fungera i skola/praktik/arbete
- får den hjälp hen behöver med läxor
- får det stöd hen behöver för att ha en bra fritid
- får vara med och bestämma om saker som är viktiga för hen i boendet
- känner sig trygg i boendet
- får den hjälp hen behöver för att hålla kontakt med familj och vänner
- får den hjälp hen behöver för att få kontakt med sjukvård
- trivs i boendet
- får stöd att planera sin framtid

Analys och åtgärder

Brukarundersökningen genomförs under hösten och resultatet publiceras först i december vilket innebär att verksamheterna arbetar med analyser och åtgärder först efterkommande år. 2022 års resultat bedömdes i analysen som tämligen gott och det identifierades inga tydliga indikationer på åtgärder. Fortsatt arbete gällande att säkerställa informationen till placerade barn och unga om vilket stöd de kan få och deras rättigheter under placering genom "koll på soc". 2023 års resultat har gett indikationer på visst behov av att öka fokus kring stöd och studier. Detta går också i linje med det politiska målet att minska antalet elever med problematisk skolfrånvaro. Under 2024 kommer verksamheten barn och familj fokusera extra på närvarofrågor och åtgärder för anpassning för elever som ej når kunskapsmålen, oavsett om de bor i kommunen eller är placerade i annan kommun.

När det gäller undersökningar gällande barn och ungas samt vårdnadshavares myndighetskontakter som har pausats på grund av svårigheter att få tillräckligt med svar, ersätts dessa genom att verksamheten arbetar med modellen Feedback informed treatment. Modellen sker i samforskning och bygger på intervjuer med de familjer som verksamheten möter. Därutöver används regelbundet enkäter för utvärdering av insatser.

Hemtjänstindex

Hemtjänstindex är ett initiativ från SPF Seniorerna och genomförs med stöd av Allmänna arvsfonden. Indexet publicerades första gången i november 2022 och uppdateras varje år.

Hemtjänstindex är ett samlat mått på hemtjänstens kvalitet i Sveriges 290 kommuner. Indexet bygger på offentliga data som har bearbetats av forskningsinstitutet RISE. Kvaliteten mäts inom fyra delområden:

1. Information
2. Biståndshandläggning
3. Utförande
4. Stöd och utveckling

Hemtjänstindex i Härryda kommun har förbättrats år 2023 i jämförelse med 2022.

Som helhet fick Härryda kommun ett resultat på 71,9 poäng där max var 81,5 poäng. Det gjorde att Härryda kommun hamnade på plats 76 av landets 290 kommuner. År 2022 var motsvarande siffra 52,7 poäng, max 64,7 och plats 116.

Som jämförelse hade, år 2023, Partille 72,7 poäng, Mölndal och Kungsbacka 72 poäng, Lerum 66,9 poäng och Kungälv 65,5 poäng.

Kommunens kvalitet i korthet KKiK

Kommunens kvalitet i korthet redovisar och jämför resultat för nyckeltal som Sveriges kommuner bedömer som de mest betydelsefulla för att jämföra kvalitet mellan kommuner. 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 en grund för styrningen av kommunen, dialog med medborgarna samt för utveckling.

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

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

Kvalitetsområden, andel (%)	2020	2021	2022	2023
Stöd och omsorg				
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - förbättrad situation, andel (%)	65	65	63	*
Ej återaktualiserade vuxna personer med försörjningsstöd ett år efter avslutat försörjningsstöd, andel (%)	89	84	79	76
Väntetid i antal dagar från ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärde	7	9	8	5
Kostnad individ- och familjeomsorg, kr/inv	3 952	3 784	3 679	*
Brukarbedömning boende LSS totalt - Brukaren trivs alltid hemma	77	77	82	81
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)	64	77	72	73
Kostnad funktionsnedsättning totalt (SoL, LSS, SFB), minus ersättning från FK enl SFB, kr/inv	6 498	6 345	6 574	*
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	89	35	26	42
Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare med minst 2 besök dagligen möter under 14 dagar, medelvärde	16	16	14	14
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel	86	*	82	84
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	91	*	92	91
Sjuksköterskor/plats i boende för särskild service för äldre, vardagar,	*	*	0,04	0,04
Kostnad äldreomsorg, kr/inv 80+	246 703	250 692	241 971	*
Samhälle och miljö				
Resultat vid avslut i kommunens arbetsmarknadsverksamhet, deltagare som börjat arbeta eller studera, andel (%)	43	32	38	*
Elever på SFI som klarat minst två kurser, av nybörjare två år tidigare, andel (%)	41	40	35	*

Bild 27. Kommunernas Kvalitet i Korshet KKIK

Resultat och analys

Resultaten inom socialtjänstens område är relativt positiva och finns bland de 25 procent bästa kommunerna i tre av nyckeltalen:

- väntetid i antal dagar från ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärde
- personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare med minst två besök dagligen möter under fjorton dagar, medelvärde
- Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg – helhetssyn, andel (%)

Intet något av kvalitetsområdena har i jämförelsen med övriga kommuner fått resultat som motsvarar de 25 procent sämsta kommunerna.

Individ och familjeomsorgen har korta väntetider (5 dagar) från ansökan vid nybesök till beslut om försörjningsstöd. När det kommer till hur många vuxna som återaktualiseras, det vill säga återkommer för insats inom försörjningsstöd inom ett år efter avslutat försörjningsstöd, ligger kommun bland

genomsnittet. Verksamheten bedrivs till en relativt låg kostnad per invånare och kostnaden har minskat fyra år i rad.

När det gäller funktionsstöd är resultatet från brukarundersökningen som gäller trivsel och självbestämmande runt genomsnittet i jämförelse med andra kommuner. Däremot är kostnaden (kostnad funktionsnedsättning totalt kr/inv) förhållandevis låg.

Inom äldreomsorgen har väntetiden i antal dagar från ansökning till första erbjudandet om boende ökat i jämförelse med föregående år men har ändå fortsatt färre antal dagar i väntetid jämfört med medelvärdet för kommunerna. Vidare har hemtjänsten en hög personalkontinuitet och god kvalitet enligt de brukarundersökningar som genomförts.

Öppna jämförelser

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

Frågorna i den övergripande undersökningen utgår ifrån olika kvalitetsområden och huruvida socialtjänst och hälso- och sjukvårdens verksamhet bedrivs på ett säkert sätt, har helhetssyn och samordning, är jämlik och tillgänglig, är kunskapsbaserad, utgår från självbestämmande och integritet, personal och kompetensförsörjning, patientsäkerhet samt om det används standardiserade och systematiska arbets sätt. Det efterfrågas bland annat överenskommelser med andra myndigheter, specifika arbetsmetoder, standardiserade arbets sätt och kompetens. I 2023 års kvalitetsberättelse redovisas en kort sammanfattning från resultatet från den övergripande undersökningen, fördelat på styrkor, utvecklingsområden och förbättringar sedan föregående år.

Styrkor

- Våld i nära relationer, rutiner finns för hantering vid indikation om våld från närstående. Är fortsatt en styrka trots två bortfall.
- Kommunal hälso- och sjukvård, rutiner och överenskommelser finns inom flertalet områden.
- Handläggarnas agerande vid indikation på våld, genomförs inom näst intill samtliga områden.
- Barn och ungdomsvård, familjehemmens kompetens är god.

Utvecklingsområden

- Hemlöshet.
- Uppsökande verksamhet sker inte för personer med psykiska funktionshinder, akut hemlösa och personer som riskerar förlora sitt boende.
- Helhetssyn och samordning, extern samverkan i enskilda ärenden kan förbättras inom exempelvis funktionsnedsättning LSS, våld i nära relationer och hemlöshet.

Förbättringar

- Våld i nära relationer, stödsamtal erbjuds även numera till våldsutövare utan biståndsbeslut, rutin för att säkra skolgång för barn i skyddat boende har tagits fram.
- Ekonomiskt bistånd, arbetsmarknadsinsatser har ökat, då det erbjuds minst en kommunal arbetsmarknadsinsats inom samtliga åldersgrupper.
- Missbruk och beroende, stöd för närstående erbjuds i form av minst ett stödprogram, vilket rekommenderas av nationella riktlinjer.
- Socialpsykiatri, arbetsinriktad rehabiliterings erbjuds i form av IPS- Supported employment, vilket rekommenderas av nationella riktlinjer.

- Äldreomsorg, trygghet och säkerhet har ökat genom att kommunen garanterar besök inom viss tid efter larm.

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

Mål för kvalitet och patientsäkerhet 2024

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

Dokumentationssystemet Hälsoärende ska följas upp. Göteborgsregionens arbete med Nyckeltal fortgår och den kommunala primärvården i Härryda medverkar med målet att fortsätta ha fina resultat, samt förbättra de områden där förbättringsutrymme finns.

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

Uppföljning av införandet av Hälsoärende ska genomföras. Fortsatt arbete i projektet TAIK för att etablera förbättringar i samverkan med tandvården.

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

Upphandling och införande av digitala läkemedelsskåp på särskilda boenden ska genomföras, detta ger ökad säkerhet avseende läkemedelshantering. Det påbörjade arbetet med nytt angreppssätt kring basala hygienrutiner och smittförebyggande arbete ska fördjupas och utvecklas. Arbetet med att ta fram en handlingsplan för fallprevention ska fortsätta. MAS, MAR och SAS kommer under året vara med i fördjupningen av kvalitetsprognoser och delta när dessa följs upp på sektorsledningsnivå. MAS, MAR och SAS planerar att rapportera vid halvåret till Socialnämnden för att öka återrapporteringen gällande patientsäkerhet och kvalitet. Under 2024 skall arbetet med kontinuerlig uppföljning av verksamheter utvecklas med både extern och intern kvalitetsuppföljning.

- **Socialtjänstens verksamhet ska vara kunskapsbaserad**

Det kommer under 2024 genomföras workshops och aktiviteter för att förbereda för den nya socialtjänstlagen som planeras träda i kraft 2025.

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

Arbetet utifrån riktlinjen för palliativ vård ska påbörjas och utvecklas. Hälsolotsen ska etableras och vägleda invånarna till aktivitet och samvaro.

- **Socialtjänstens verksamhet ska vara effektiv**

Arbetet med Karriärvägsmodellen fortsätter för att använda kompetens på effektivt sätt. Det kommer under 2024 genomföras workshops och aktiviteter för att förbereda för den nya socialtjänstlagen som planeras träda i kraft 2025, vilket bidrar till en mer effektiv verksamhet.