

Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse för  
sektorn för socialtjänst i Härryda kommun  
2024

7

2025SOCN20

Socialnämnden

Datum  
2025-02-03

Diarienummer  
2025SOCN20 709

## **Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse för sektorn för socialtjänst i Härryda kommun 2024**

### **Förslag till beslut**

Socialnämnden godkänner *Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för sektorn för socialtjänst i Härryda kommun 2024.*

### **Sammanfattning av ärendet**

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

- hur kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet bedrivits under föregående kalenderår,
- vilka åtgärder som vidtagits för att öka kvalitet och patientsäkerhet,
- vilka resultat som uppnåtts.

De mål som togs fram i kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse 2023, som berör både patientsäkerhet och kvalitet, har uppfyllts eller delvis uppfyllts under 2024. Antalet avvikelser har ökat jämfört med tidigare år. För 2024 var det totala antalet avvikelser 4588, att jämföra med 4344 inkomna avvikelser under 2023. Antalet klagomål/synpunkter har minskat, under 2024 har 58 klagomål/synpunkter inkommit till sektorn under 2023 inkom 89 klagomål/synpunkter.

En vårdskada har bedömts som allvarlig och har rapporterats till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt Lex Maria. Tio utredningar enligt Lex Sarah har genomförts men ingen kvalitetsbrist har bedömts så allvarlig att anmälan till IVO skett.

### **Beslutsunderlag**

- Tjänsteskrivelse 3 februari 2025
- Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse för sektorn för socialtjänst i Härryda kommun 2024
- KPSB 2024 Egenkontroller
- KPSB 2024 Avvikelser

*Ekonomiska konsekvenser*

Förvaltningen bedömer att förslaget till beslut inte medför ekonomiska konsekvenser.

Malin Johansson  
Sektorschef

Elin Hjalmarsson  
Utvecklingschef



Upprättad av sektorn för socialtjänst

# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för sektorn för socialtjänst i Härryda kommun 2024

Socialnämnden, Sektorn för Socialtjänst  
Sektorchef Malin Johansson  
Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen Annika Strandberg

Författare:  
Socialt ansvarig samordnare Nils Timan  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska Linda Strandberg  
Medicinskt ansvarig för rehabilitering Niclas Sjöström

## Innehåll

Sammanfattning .....	3
Patientsäkerhet .....	3
Kvalitet.....	3
Förkortningar som används i texten.....	4
Inledning.....	5
Vad är patientsäkerhet? .....	5
Vad är kvalitet i verksamheten? .....	5
Struktur och process.....	5
Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsens struktur .....	5
Organisation och ansvar i patientsäkerhets- och kvalitetsarbete .....	6
Organisationens arbete med informationssäkerhet .....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador och kvalitetsbrister .....	8
Extern samverkan .....	8
Intern samverkan.....	9
Patienters, brukares och närståendes delaktighet.....	9
Kvalitetsledningssystem – systematiskt förbättringsarbete.....	10
Riskanalys .....	11
Egenkontroll .....	11
Klagomål och synpunkter .....	12
Rapporteringsskyldighet.....	12
Utredning av händelser och avvikelser.....	13
Resultat.....	13
Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete utifrån övergripande mål och strategier .....	13
Risker .....	16
Egenkontroller .....	17
Klagomål och synpunkter .....	18
Avvikelser.....	18
Mål för kvalitet och patientsäkerhet 2025 .....	21
Bilaga 1. Egenkontroller.....	22
Bilaga 2. Avvikelser .....	22

## Sammanfattning

De mål som togs fram i kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse 2023, som berör både patientsäkerhet och kvalitet har uppfyllts eller delvis uppfyllts under 2024.

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

### Patientsäkerhet

De mål som var framtagna för 2024 avseende patientsäkerhet har helt eller delvis uppfyllts.

Implementeringen av digitala läkemedelsskåp i särskilda boenden har påbörjats. Nytt arbetssätt för hygienombud kring arbetet med basal hygien har implementerats. Handlingsplan för fallprevention är antagen på sektorsnivå och implementering påbörjad.

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

### Kvalitet

De mål som var framtagna för 2024 avseende kvalitet har helt eller delvis uppfyllts. Det har varit fokus på förberedelser inför nya Socialtjänstlagen har präglat kvalitetsarbetet under 2024. Uppföljning med extern kompetens har genomförts och avslutats inom vård och omsorgsboenden (påbörjades 2023) och upphandling av extern kompetens för uppföljning av funktionsstödsboenden respektive hemtjänst har genomförts, dessa uppföljningar genomförs under 2025.

Tio utredningar enligt lex Sarah har genomförts men ingen brist har bedömts så allvarlig att anmälan till IVO skett.

## 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

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

## Vad är patientsäkerhet?

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

## Vad är kvalitet i verksamheten?

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

## Struktur och process

### Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsens struktur

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

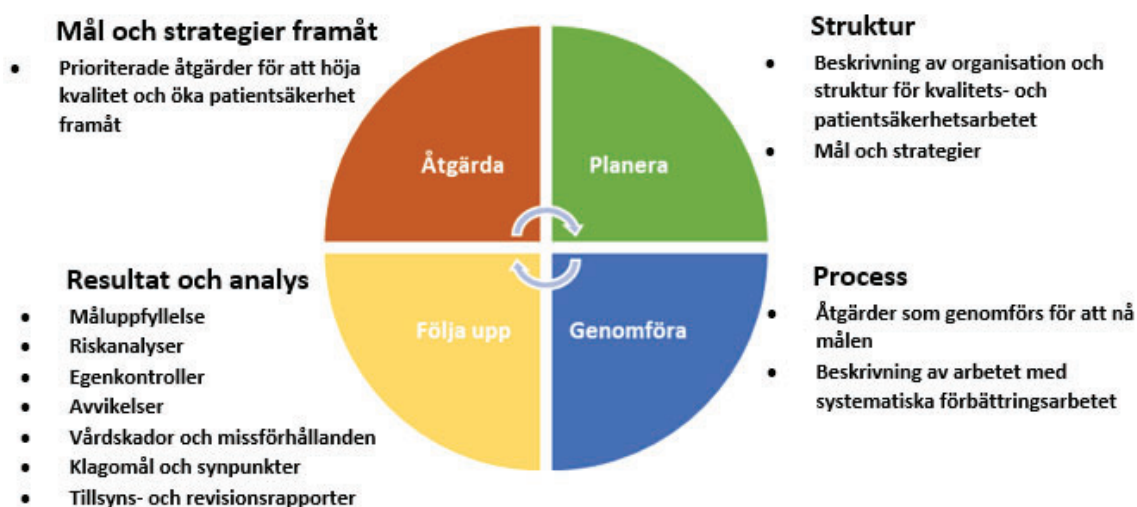


Bild 1. Beskrivning av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsens struktur



## Organisation och ansvar i patientsäkerhets- och kvalitetsarbete

Ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet följer ansvarsfördelningen i linjeorganisationen.

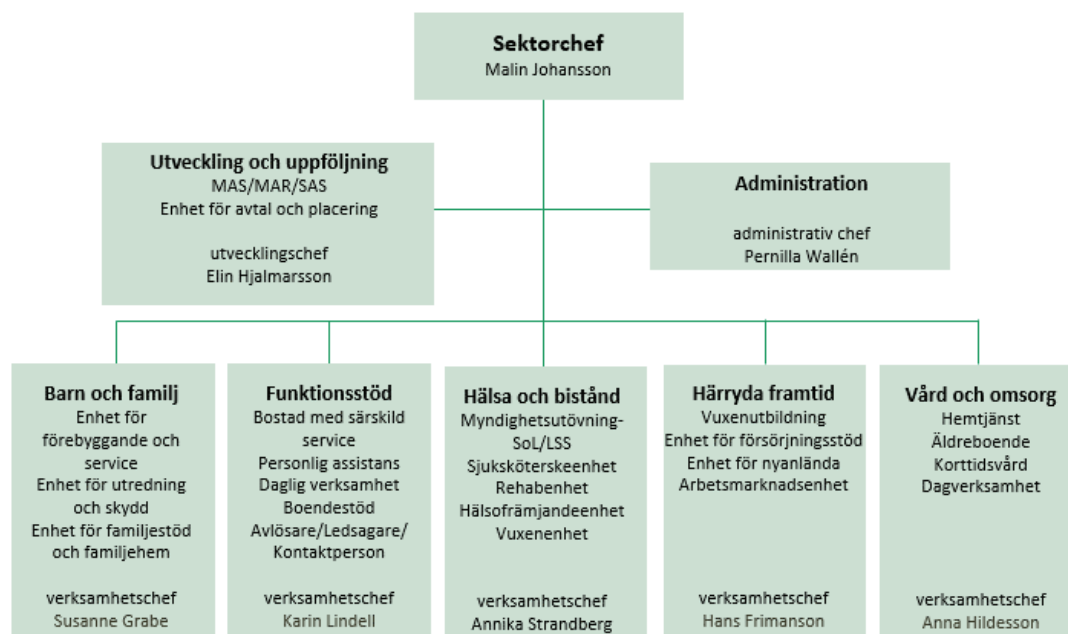


Bild 2. Organisationsträd sektorn för socialtjänst

### ***Vårdgivaren - nämnden***

Nämnden är vårdgivare och har ett övergripande ansvar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. Nämnden har yttersta ansvaret för kvaliteten och patientsäkerheten inom sektorn för socialtjänst, samt att den hälso- och sjukvård som kommunen erbjuder uppfyller kraven på en god och säker vård. Kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå, för den kompetens som tillhandahålls av leg. sjuksköterska, leg fysioterapeut och leg. arbetsterapeut.

### ***Sektorschef***

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

### ***Utvecklingschef***

Utvecklingschef ansvarar för att samordna och organisera kvalitetsarbetet utifrån ledningssystemet.

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

Delegerat vårdgivaransvar och ledningen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst ska enligt lag vara organiserad så att hög patientsäkerhet och god kvalitet säkerställs. Verksamhetschef ska tillsammans med MAS, MAR och SAS upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet i enlighet med PSL och övriga lagkrav inom socialtjänst, LSS och hälso- och sjukvård.

### ***Enhetschef***

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

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

MAS och MAR arbetar strategiskt med hälso- och sjukvårdsfrågor. Ansvaret är lagstyrt för att patienterna ska få en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. I uppdraget ingår, att i samarbete med verksamhetschef, kvalitetssäkra hälso- och

sjukvårdens processer, rutiner samt uppföljning och utvärdering av patientsäkerhet och vårdkvalitet. MAS/MAR utreder lex Maria-rapporter och föreslår åtgärder. MAS har delegation från nämnden att anmäla ärenden enligt lex Maria till IVO.

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

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

#### ***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 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. Treserva prioriteras som ett av de viktigaste systemen att åtgärda vid eventuella driftsstopp. Det finns systemsäkerhetsplaner.

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

Det finns säkerhetsrutiner för driftstopp, både oplanerade och planerade. Arbete med att införa Program Millennium för informationsöverföring mellan vårdgivare pågår. Journalgranskning av hälso- och sjukvårdsjournal visar att dokumentationen är av övervägande god kvalitet, men att det finns förbättringsmöjligheter avseende framför allt dokumentation av uppföljning av vårdprocesser.

Rutin för anmälan till IVO avseende informationssäkerhetsincidenter enligt NIS-direktivet (lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster (NIS)) finns, ingen incident har rapporterats under 2024.

## Samverkan för att förebygga vårdskador och kvalitetsbrister

### Extern samverkan



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

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. Exempel på kommunsamverkan som bedrivs är: Mini-Maria, familjerätt, överförmyndarnämnd, dödsbohandläggning och konsumentvägledning. Avtalssamverkan sker med Västra Götalandsregionen avseende ungdomsmottagning, familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter.

Chefer och medarbetare deltar i olika nätverk och branschråd.



Bild 4. Göteborgsregionen

Andra samverkansparter är 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.

#### Patients, 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, analysera och förbättra verksamheten. Ny riktlinje för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete har antagits av nämnden under 2024. För att förankra riktlinjen hos medarbetarna – de som verkligen skapar kvalitet för de vi är till för, har en sammanfattning i form av en broschyr tagits fram.

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

Som stöd och struktur för ledningssystemet används IT-verktyget Stratsys. I Stratsys utgår kvalitetsarbetet från organisation och huvudprocesser, (del)processer, och aktiviteter. Huvudprocesserna är socialtjänstprocessen, hälso- och sjukvårdsprocessen, där ingår hälsofrämjande vård, stödprocesser och ledningsprocesser. Under 2024 har arbetet med att kartlägga och förbättra sektorns processer intensifierats och under hösten har en konsult anlåtats för att få ytterligare fart på arbetet.

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

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

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

## Risikanalys

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.

Risikanalys ska utföras vid upptäckter av risker/avvikelser eller när chef eller medarbetare upplever att det finns en risk för brister i någon aktivitet i en process. Exempel på aktiviteter är organisationsförändringar, förändringar i lagstiftning, införande av ny teknik, ny medicinteknisk utrustning eller förändringar i arbetsmetoder. Riskanalyser på individnivå görs i verksamhetssystemet Treserva och vid risker i processer eller risker på en aggregerad nivå, i Stratsys.

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

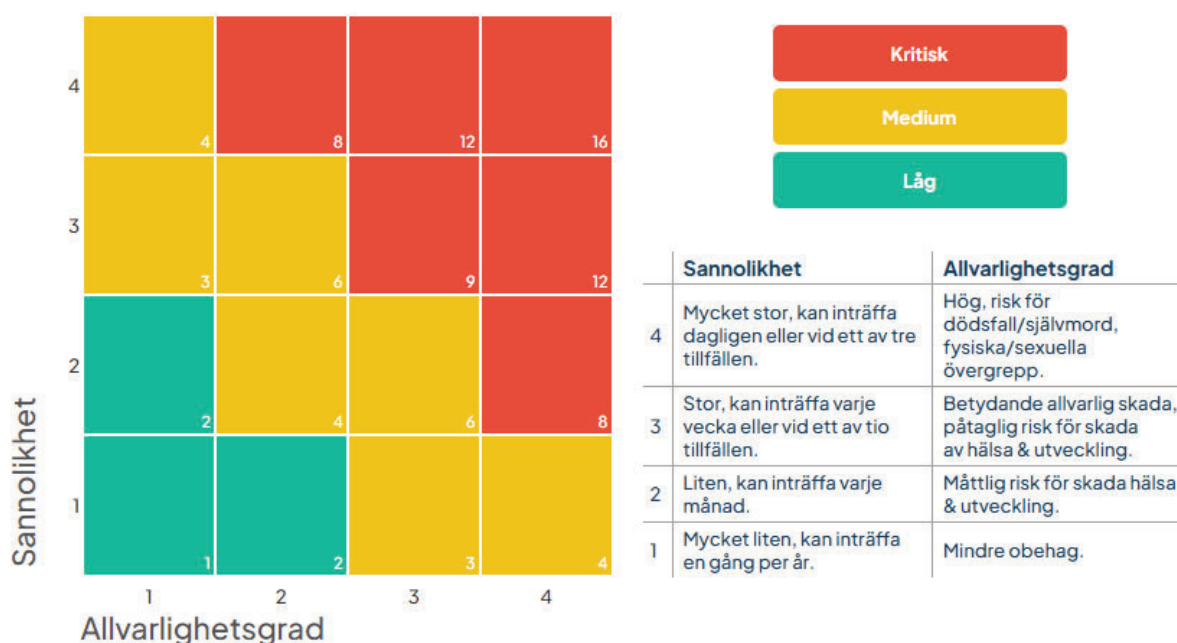


Bild 5. Nivåer för riskvärden och matris för bedömning av risker

Risikanalys genomförs enligt processen i "Bild 6".

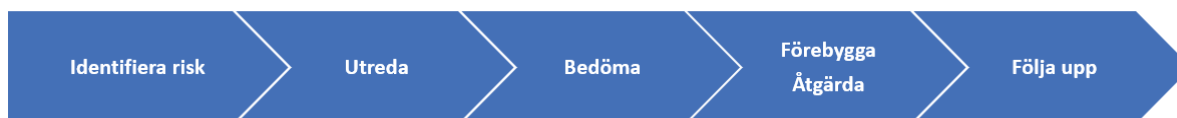


Bild 6. Process för riskhantering

## 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 uppfyllt, delvis uppfyllt eller ej uppfyllt.

Egenkontroller har genomförts enligt övergripande egenkontrollplan 2024. Egenkontroller har också planerats i respektive verksamhetsområde, både på verksamhets- och enhetsnivå.

Egenkontrollerna genomförs enligt processen i ”Bild 7”.



Bild 7. Process för egenkontroll

### Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter utgör en viktig del i det systematiska kvalitetsarbetet. All personal som arbetar inom sektorn för socialtjänst ska ta emot klagomål och synpunkter och på så sätt bidra med underlag till verksamhetens ständiga förbättring. Negativa klagomål/synpunkter ska handläggas och dokumenteras. Det finns inget dokumentationskrav när det gäller positiva synpunkter men de bör tas tillvara som goda exempel i verksamheten.

Klagomål eller synpunkter kan inkomma från både enskilda, anhöriga, myndigheter, andra vårdgivare samt enskildas klagomål via Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Samtliga klagomål och synpunkter ska hanteras inom ramen för sektorns kvalitetsledningssystem. De klagomål som inkommer till kommunen men som gäller en extern utförare verksamhet lämnas till den externa utföraren. Undantag är de klagomål och synpunkter som 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 ärendehantering 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

### Rapporteringsskyldighet

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 avvikelshantering samt ansvarsfördelning för de olika delarna.

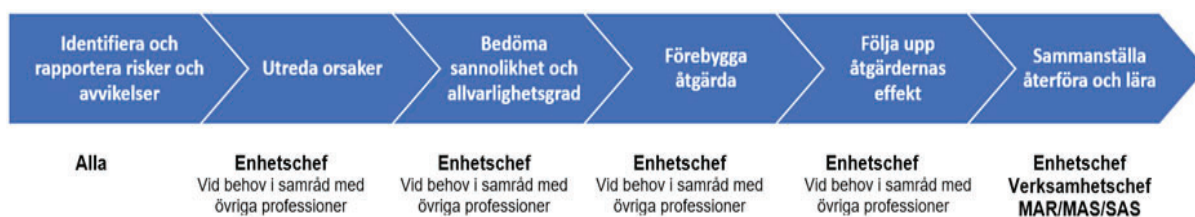


Bild 9. Avvikelseprocess

## Utredning av händelser och avvikelser

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

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

Vårdskada definieras i patientsäkerhetslagen ”*Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården*”. En allvarlig vårdskada definieras: ”*vårdskada som är bestående och inte ringa eller som har lett till patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit*”. Det är de allvarliga vårdskadorna som blir föremål för utredning och eventuell anmälan till IVO enligt lex Maria. MAS och MAR har enligt rutin gått igenom och utrett alla allvarligare händelser som har registrerats och bedömts till allvarlighetsgrad 3 och 4 under året. Sammanställning av avvikelser och analys redovisas under Resultat.

Med missförhållanden, avses ”*såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot, eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa*”. SAS utreder lex Sarah rapporter och går enligt rutinen igenom och utreder avvikelser med hög allvarlighetsgrad. När orsaken till en händelse kan konstateras utgöra ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för allvarligt missförhållande görs en anmälan till IVO. Inför 2023 fick SAS delegation att fatta beslut om Lex Sarah anmälan.

## Resultat

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete utifrån övergripande mål och strategier Socialstyrelsen och SKR har tagit fram områden för kvalitet dessa används för att formulera socialtjänstens mål och strategier för år 2024. Områdena utgår från intentionerna i de lagar och föreskrifter som styr socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

*Socialtjänstens verksamhet ska bygga på individens självbestämmande och integritet*

### Hälsoärende

**Mål 2024:** *Dokumentationssystemet Hälsoärende ska följas upp.*

Införandet av dokumentationsmodulen Hälsoärende infördes i slutet av 2023, under 2024 har införandet följts upp genom enkät. Medarbetarna angav att införandet av Hälsoärende genomförts övervägande väl. Uppföljning av Hälsoärende och hälso- och sjukvårdsdokumentationen har



genomförts genom journalgranskning genomförd av MAS och MAR. Hälso- och sjukvårdsdokumentationen är av övervägande god kvalitet, dock ses förbättringsmöjligheter avseende uppföljning/dokumentation av uppföljning i vårdprocesserna.

*Mål uppfyllt.*

### **Nyckeltal**

**Mål 2024:** 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.

Resultatet av Göteborgsregionens nyckeltal avseende personcentrerad vård i ordinärt boende har vid rapportens framtagande inte kommit kommunen till del. Resultatet kommer att användas som underlag för förbättringsarbete när kommunen får ta del av det.

*Mål ej uppföljningsbart vid rapportens framtagande.*

*Socialtjänstens verksamhet ska bygga på helhetssyn och samordning*

### **Tandhygienist i kommunen (TAIK)**

**Mål 2024:** Fortsatt arbete i projektet TAIK för att etablera förbättringar i samverkan med tandvården.

TAIK-projektet fortskrider med viss fördröjning beroende på sjukdom.

*Mål uppfyllt.*

*Socialtjänstens verksamhet ska vara trygg och säker*

### **Digitala läkemedelsskåp särskilda boenden**

**Mål 2024:** Upphandling och införande av digitala läkemedelsskåp på särskilda boenden ska genomföras, detta ger ökad säkerhet avseende läkemedelshantering.

Upphandling av digitala läkemedelsskåp för särskilda boenden har genomförts och införandet påbörjades hösten 2024 och fortsätter under 2025. Införandet har fördröjts på grund av förseningar hos leverantören.

*Mål delvis uppfyllt.*

### **Basala hygienrutiner och smittförebyggande arbete**

**Mål 2024:** Det påbörjade arbetet med nytt angreppssätt kring basala hygienrutiner och smittförebyggande arbete ska fördjupas och utvecklas.

Nya arbetssätt, där Hygienombuden fått större ansvar för genomförande av kontroll och rapportering av följsamheten till basala hygienrutiner har införts. För att uppmärksamma gott hygienarbete finns priset Guldhandsken, som tilldelas den enhet som arbetat bäst med förbättringar kring följsamheten till basala hygienrutiner.

*Mål uppfyllt.*

### **Handlingsplan för fallprevention**

**Mål 2024:** Arbetet med att ta fram en handlingsplan för fallprevention ska fortsätta.

Handlingsplan för fallprevention är antagen på sektorsnivå och implementering påbörjad.

*Mål uppfyllt.*

## Kvalitetsprognoser

**Mål 2024:** MAS, MAR och SAS kommer under året vara med i fördjupningen av kvalitetsprognoser och delta när dessa följs upp på sektorsnivå.

MAS, MAR och SAS har tagit fram mallar för kvalitetsprognoserna under året och deltagit vid prognosmöten. Den generella uppfattningen är att kvalitetsprognoserna varit värdefulla och har skapat förutsättningar för dialog och uppmärksammat förbättringsmöjligheter.

*Mål uppfyllt.*

## Delårsrapport kvalitet och patientsäkerhet

**Mål 2024:** MAS, MAR och SAS planerar att rapportera vid halvåret till Socialnämnden för att öka återrapporeringen gällande patientsäkerhet och kvalitet.

Halvårsberättelse kvalitet och patientsäkerhet har tagits fram.

*Mål uppfyllt.*

## Uppföljning med extern kompetens

**Mål 2024:** Under 2024 skall arbetet med kontinuerlig uppföljning av verksamheter utvecklas med både extern och intern kvalitetsuppföljning.

Sedan 2023 har extern kompetens granskat särskilda boenden för äldre i kommunen, under 2024 har denna granskning avslutats. Upphandling av extern kompetens för uppföljning av funktionsstödsboenden och hemtjänst har genomförts och granskning kommer att ske under 2025. Intern uppföljning ser kontinuerligt.

*Mål uppfyllt.*

*Socialtjänstens verksamhet ska vara kunskapsbaserad*

## Ny socialtjänstlag

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

Aktiviteter, såsom workshops och Socialstyrelsens ”Skatta läget” för att förbereda inför ny socialtjänstlag har genomförts under 2024.

*Mål uppfyllt.*

*Socialtjänstens verksamhet ska vara tillgänglig och jämlik*

## Hälsolots

**Mål 2024:** Hälsolotsen ska etableras och vägleda invånarna till aktivitet och samvaro.

Projektet Hälsolots är etablerat och fortskrider enligt projektplan.

*Mål uppfyllt.*

## Riktlinje palliativ vård

**Mål 2024:** Arbetet utifrån riktlinjen för palliativ vård ska påbörjas och utvecklas.

Arbetet med att implementera riktlinje palliativ vård har påbörjats.

*Mål uppfyllt.*

## Karriärvägsmodellen

**Mål 2024:** Arbetet med Karriärvägsmodellen fortsätter för att använda kompetens på effektivt sätt.

Arbetet med karriärvägsmodellen har fortsatt under 2024. Förbättrat sätt att introducera vikarier inom vård och omsorg har införts. Att tillse att rätt kompetens finns på rätt plats och att alla vikarier inför sommaren har fått god introduktion är effektivt.

*Mål uppfyllt.*

### Risker

Samtliga verksamhetsområden arbetar med risker, antalen ser dock olika ut beroende på olika antal enheter i verksamhetsområdena och att direktiven kring antal risker är att varje enhet ska identifiera och arbeta med minst en risk. Enheterna kan alltså välja att dokumentera och arbeta med flera risker. Den enhet som har identifierat flest risker har sju risker dokumenterade och några enheter har valt att arbeta med en identifierad risk. Hos några enheter ses förbättringspotential avseende att bedöma riskerna avseende sannolikhet och allvarlighetsgrad.

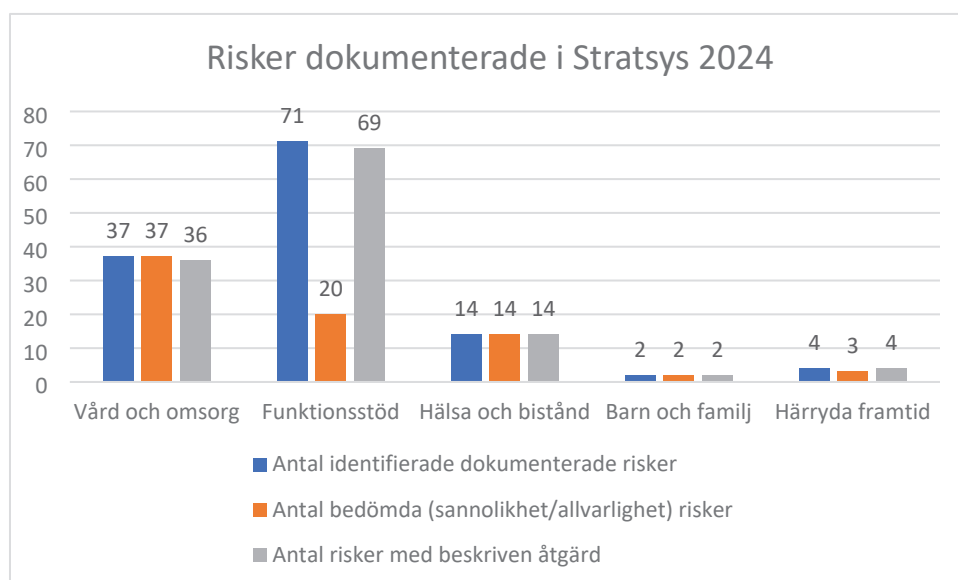


Bild 10. Risker dokumenterade i Stratsys. Data inhämtade 2025-01-28

I (del)processen *Genomförande socialtjänst* har även de risker som gäller hälso- och sjukvårdsåtgärder 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.

## Egenkontroller

### *Resultat egenkontroller inklusive analys – kvalitet*

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

Egenkontroller för 2024 visar bland annat att 92% av enheterna har helt eller delvis upprättade genomförandeplaner/arbetsplaner, 86% av enheterna uppfyller eller delvis uppfyller att genomförandeplanerna/arbetsplanerna är uppdaterade och 84% av enheterna uppfyller eller delvis uppfyller att brukarna varit delaktiga i framtagandet av genomförandeplaner. Resultatet av egenkontrollerna avseende genomförandeplan/arbetsplan visar att målet kring upprättande av genomförandeplan/arbetsplan uppfylls enligt kriterierna och att avseende uppdatering respektive delaktighet är sektorn på god väg.

Egenkontroll av utbetalt försörjningsstöd har vid kontrolltillfällena under 2024 uppfyllts eller delvis uppfyllts.

Egenkontroll av utredningstid från ansökan till beslut (LSS) har inte uppfyllts. Detta beror på att under 2024 ses en fortsatt ökning av antalet personer med beslut om LSS-insats. Arbete med att förkorta handläggningstiderna för målgruppen har prioriterats men vissa handläggningstider är fortsatt längre än önskat relaterat till personalomsättning, omfördelning av resurser på enheten samt en vakant tjänst i handläggargruppen som arbetar med LSS-utredningar.

Avseende egenkontroller beslutade på sektorsnivå hos verksamhetsområdet barn och familj ses, under 2024, en tydlig positiv utveckling gällande avslutade utredningar inom lagstadgad tid, jämfört med föregående år. De framgångsfaktorer som bidragit till förändringen har bestått av delat ledarskap, strategisk rekrytering samt stöd genom konsulter vid behov.

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

### *Resultat egenkontroller inklusive analys – patientsäkerhet/hälsa- och sjukvård*

#### **Basala hygienrutiner**

Vårdhygienisk egenkontroll, som följs upp i Stratsys, har uppfyllts eller delvis uppfyllts av 94% av de enheter som lyder under lagstiftning kring basala hygienrutiner. 2024 var första året som vårdhygienisk egenkontroll genomfördes på detta sätt och resultatet får anses gott. (Se även bilaga 1. Egenkontroller)

Under hösten har hygienombuden fått ansvara för självskattning av följsamheten till basala hygienrutiner och rapportera sina respektive enheters resultat. Totalt har 357 medarbetare skattat sin följsamhet. Resultatet visar på liknande resultat som föregående år, till exempel anger 89% av svaranden att de alltid desinficerar sina händer före brukar/patientnära arbete, respektive 97% av svaranden att de alltid desinficerar sina händer efter brukar/patientnära arbete. Resultatet ger en indikation på att följsamheten till basala hygienrutiner är övervägande god. Hygienombuden har under hösten också börjat att observera sina kollegor avseende följsamhet till basala hygienrutiner, vilket kommer att ge en mer nyanserad bild i framtiden.

Förutom att mäta följsamheten har självskattning och observationer av följsamhet till basala hygienrutiner till syfte att aktualisera och påminna om basala hygienrutiner. Tätare kontroller ger högre aktualitet. Likaså syftar hygienpriset Guldhandsken till att aktualisera och lägga fokus på basala hygienrutiner. 2024 gick Guldhandsken till Östra Bygårdens vård och omsorgsboende.

## Palliativ vård

Avseende kvalitetsindikatorerna i det palliativa registret är kommunal primärvård inte ensamt ansvariga för resultaten, Palliativ vård bedrivs i samverkan med den regionalt finansierade primärvården och specialistvården. Palliativ riktlinje är framtagen och har börjat att implementeras, men ytterligare samverkan med övriga berörda vårdgivare krävs för helheten. I nedanstående tabell ses att flera indikatorer förbättras men målen uppfylls inte, måluppfyllelse ses avseende mänsklig närvaro i dödsögonblicket.

Kvalitetsindikator palliativa registret	Målvärde %	Resultat 2022 %	Resultat 2023 %	Resultat 2024 %	Analys
Dok. brytpunktssamtal	98,0	82,5	85,1	<b>89,3</b>	Ökning, mål ej uppfyllt
Ord. inj. stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	99,1	96,5	<b>95,5</b>	Minskning, mål ej uppfyllt
Ord. inj. ångstdämpande vid behov	98,0	99,1	95,6	<b>96,4</b>	Ökning, mål ej uppfyllt
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	58,9	68,4	<b>68,8</b>	Ökning, mål ej uppfyllt
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	57	60,5	<b>61,6</b>	Ökning, mål ej uppfyllt
Utan trycksår (grad 2-4)	90,0	86,9	97,4	<b>88,4</b>	Minskning, mål ej uppfyllt
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	87,9	91,2	<b>95,5</b>	Ökning, mål uppfyllt

Bild 11. kvalitetsindikatorer palliativa registret

### Klagomål och synpunkter

Sammanlagt 58 klagomål/synpunkter har inkommit till sektorn under 2024, det är en minskning jämfört med de 89 klagomål/synpunkter som inkom under 2023.

#### *Klagomål och synpunkter kvalitet*

Av de 58 inkomna klagomålen/synpunkterna återfinns 53 inom området kvalitet. Majoriteten av dessa klagomål avser att en insats inte utförts på ett tillfredställande sätt eller att man inte är nöjd med myndighetsbeslut. Det förekommer även klagomål om bemötandet vid kontakt med kommunen och andra myndigheter. De vanligaste vidtagna åtgärderna är samtal med synpunktslämnaren och erbjudande om att genomföra möte för att följa upp beslut och insatser. Sammantaget kan de flesta klagomålen/synpunkterna härledas till diskrepans mellan individers förväntningar på sektorn för socialtjänst och vad sektorn faktiskt har för uppdrag. Detta talar för vikten av tydlig kommunikation och information för att förväntningarna ska matcha sektorns uppdrag.

#### *Klagomål och synpunkter patientsäkerhet*

Fem av 58 inkomna klagomål/synpunkter berör patientsäkerhet. Samtliga gäller specifika händelser inom kommunal primärvård och har omhändertagits och återkopplats enligt rutin.

### Avvikelse

Totalt har 4588 avvikelser rapporterats under 2024 vilket är en ökning med ungefär 5% jämfört med 2023. Det är önskvärt att ha aktiv avvikelserapportering och ökningen kan därför inte ses som negativ

– det är bra att negativa händelser rapporteras. Rapporterade avvikelser används som underlag för förbättringar.

I nedanstående tabell visas antal avvikelser inom respektive avvikelseområde, de blå avser hälso- och sjukvårdsavvikelser (patientsäkerhet), de gula avser socialtjänst- och/eller LSS-avvikelser (kvalitet) och de gröna avser avvikelser som kan tillhöra antingen hälso- och sjukvårds- eller socialtjänst/LSS-avvikelser, eller avvikelser mellan de olika områdena. I Bilaga 2 redovisas antal avvikelser per avvikelseområde per verksamhetsområde.

Avvikelseområden	2023	2024
Brist i följsamhet av rutiner	155	164
Brist i omsorg/utförande av insats (SOL/LSS)	252	347
Brist i vård och behandling (HSL)	223	150
Fall (HSL)	2100	2321
Fysiskt Våld (SOL/LSS)	79	97
Hantering av personuppgifter/sekretess	13	23
Hjälpmedel - Medicinteknisk händelse (HSL)	51	55
Informationsöverföring (SOL/LSS/HSL)	16	21
Läkemedelshändelse (HSL)	1135	1184
Myndighetsutövning	84	55
Personskada (SOL/LSS)	31	18
Psykiska övergrepp (SOL/LSS)	20	18
Samverkan extern	8	4
Sexuella övergrepp (SOL/LSS)	19	6
Skyddsåtgärder (HSL)	15	24
Teknik, utrustning och omgivning	132	80
Samverkan intern	11	21
<b>Summa</b>	<b>4344</b>	<b>4588</b>

Bild 12. Antal avvikelser inom respektive avvikelseområde

#### *Analys avvikelser – kvalitet*

Avvikelseområdet brist i utförande av omsorg (SOL/LSS) har ökat med 38 % jämfört med samma period förra året, det är oklart om det beror på högre rapporteringsbenägenhet än tidigare, eller om det är en faktisk ökning. Brist i vård och behandling (HSL) har samtidigt minskat med 33 %. Möjligen kan det finnas en svårighet för medarbetare att avgöra vad brist i omsorg respektive brist i vård och behandling innebär.

Antalet rapporterade avvikelser gällande myndighetsövning har minskat med 35%. Enheterna inom myndighetsövning har under flera år arbetet med nya arbetssätt för att följa upp sina insatser och sjunkande antal avvikelser indikerar framgång i de systematiska arbetssätt de har arbetat fram.

#### *Allvarliga kvalitetsbrister – lex Sarah*

Under 2024 har SAS genomfört 10 utredningar av avvikelser enligt lex Sarah (14 kap. 3 § SoL). Tre av dessa var inom barn och familj, två inom funktionsstöd och fem inom vård och omsorg. Fyra utredningar har bedömts som missförhållande enligt lex Sarah, en utredning har bedömts som påtaglig risk för missförhållande enligt lex Sarah. Fem utredningar har bedömts som ej missförhållande enligt lex Sarah. SAS har bedömt att ingen av dessa utredningar har föranlett anmälan till IVO

#### *Sammanställning avvikelser inklusive analys – patientsäkerhet*

Antalet rapporterade fall har ökat med 10%. Det är dock oklart om detta beror på en ökad rapportering eller att patienterna fallit oftare. Arbetet med kommunens handlingsplan för fallprevention har initierats under året och tillsammans med arbetet i Enhetsledningsteam (ELT) kommer det fallförebyggande arbetet lyftas som ett prioriterat område.

Antalet avvikelser avseende läkemedelshantering har ökat marginellt, 4 %, detta efter flera års nedgång i antal. Sektorn behöver fortsätta utveckla arbetet med säker läkemedelshantering, även här ses goda förutsättningar för förbättringar i samverkan mellan kommunal primärvård, vård och omsorg och funktionsstöd genom ELT eller motsvarande.

#### *Allvarliga vårdskador – lex Maria*

En vårdskada har identifierats som så allvarlig att anmälan till IVO enligt lex Maria (HSLF-FS 2017:41) skett. MAS och MAR har skickat in underlag och utredning till IVO. IVO har inte återkopplat i ärendet vid framtagandet av denna rapport.

#### *Avvikelser i samverkan*

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

Under 2024 har 44 avvikelser i samverkan, som involverar Härryda kommun, rapporterats. De flesta avser brister i informationsöverföring eller brister i samband med vårdplanering inför utskrivning från sjukhus. Liksom tidigare år har en majoritet av avvikelserna (40) rapporterats av kommunen. En minskning i antal rapporterade samverkansavvikelser kan ses jämfört med 59 rapporterade samverkansavvikelser 2023, men antalen när så låga att någon slutsats kring det inte kan dras. Då överenskommelser och samverkansavtal mellan region och kommun är övergripande kan det vara svårt att avgöra vilka händelser som faktiskt är avvikelser. Detta är något som förhoppningsvis går att förtydliga genom närområdesplanen och framgent ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal.

## Mål för kvalitet och patientsäkerhet 2025

- **Socialtjänstens verksamhet ska bygga på individens självbestämmande och integritet**  
Fortsatt arbete utifrån GR:s nyckeltal kring personcentrerad vård, utifrån resultatet för 2024. Fortsatt arbete för ökad delaktighet i framtagandet av genomförandeplaner, följs upp i egenkontroll.
- **Socialtjänstens verksamhet ska bygga på helhetssyn och samordning**  
Från och med 2025 är kommunen involverad i framtagandet av Närområdesplan i samverkan med vårdcentralerna verksamma i kommunen, detta skapar förutsättningar för helhetssyn och samordning mellan regionalt finansierad primärvård och kommunal primärvård. Kommunens medverkan i framtagandet av närområdesplan ska förbättra samordning och helhetssyn genom att kommunens perspektiv får ta plats, samt att det blir tydligare vad som gäller avseende ansvarsfördelning mellan regionalt finansierad primärvård och kommunal primärvård. Närområdesplanen följs upp i NOSAM, samt via samverkansavvikelser.
- **Socialtjänstens verksamhet ska vara trygg och säker**  
Sektorn ska under 2025 arbeta med att förbättra arbetsformerna kring avvikelseanalys och avvikelshantering. Avvikelser ska börja analyseras på en mer aggregerad nivå, både på enhetsnivå och verksamhetsnivå för att kunna sätta in förbättringsåtgärder som skapar en god patientsäkerhet och hög kvalitet. Arbetet med fallförebyggande åtgärder med stöd av handlingsplan för fallprevention ska fortsätta. Målsättningen för 2025 är att utveckla ett strukturerat underlag och arbetssätt för hur uppföljningen av handlingsplanen för fallprevention ska genomföras, med särskilt fokus på att utvärdera om tidigt uppsökande besök och bedömningar av funktions- och aktivitetsförmåga vid inflyttning på vård- och omsorgsboende genomförs i linje med handlingsplan.
- **Socialtjänstens verksamhet ska vara kunskapsbaserad**  
Den nya socialtjänstlagen införs 2025 och omställningen av verksamheterna fortsätter för att möta de behov som invånarna har i enlighet med den nya lagstiftningen. Arbetet med den nya socialtjänstlagen innebär ett arbete där sektorn arbetar framgent med att tillgängliggöra insatser för invånarna i hela kommunen och att tidiga insatser ska prioriteras. Individbaserad systematisk uppföljning (ISU) ska under 2025 börja användas vid uppföljning av beslut och insatser. Detta säkerställer att våra insatser håller hög kvalitet och möter brukarnas behov. Målsättningen är att samtliga verksamhetsområden ska ha startat upp minst en ISU under året.  
Personalgrupperna som arbetar inom kommunal primärvård respektive enhetschefer inom vård och omsorg och funktionsstöd ska genomföra utbildning inom kvalitetsledning för att stärka kompetensen kring ansvar för och utveckling av kvalitets- och patientsäkerhetsarbete avseende hälso- och sjukvård och omsorg.  
Enhetsledningsteam (legitimerad personal och enhetschef) har varit aktiva hos vård och omsorg under några år och en liknande ledningsstruktur kommer under 2025 att tas fram för funktionsstöd, med målet att få struktur och planering för systematik på plats under året. Enhetsledningsteam, hos vård och omsorg, och de team som upprättas mellan legitimerade yrkesgrupper och funktionsstöd ska öka den medicinska kompetensen på enhetsledningsnivå för mer en kunskapsbaserad vård och omsorg för de vi är till för.
- **Socialtjänstens verksamhet ska vara tillgänglig och jämlik**  
Genom implementering av riktlinje för palliativ vård ska tillgänglig och jämlik vård och omsorg säkerställas inom respektive område. Uppföljning sker genom indikatorer i palliativregistret och uppföljning av Närområdesplan. Samverkansarbete med den regionalt finansierade primärvården avseende personer som bor i bostad med särskild service (LSS) (gruppboende och serviceboende) för att skapa



förutsättningar för dessa personers rätt till årlig hälsoundersökning, ska ske, med respektive vårdcentral, under 2025. När fler personer får tillgång till hälsoundersökning ökas dessa personers tillgång till hälso- och sjukvård.

I brukarundersökningar har den upplevda tillgängligheten till sjuksköterskor på särskilt boende varit lägre än önskat under flera år. För att åtgärda detta skapades en handlingsplan under 2023. Resultatet förbättrades i 2024 års undersökning och ligger nu i nivå med rikets genomsnitt. Målsättningen för 2025 är att bibehålla eller ytterligare förbättra resultatet genom fortsatta aktiviteter i linje med Handlingsplan tillgänglighet sjuksköterskor.

- **Socialtjänstens verksamhet ska vara effektiv**

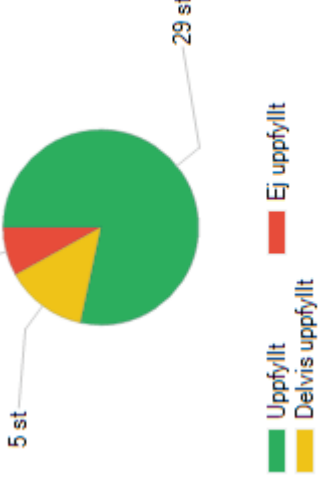
Arbetet inför den nya socialtjänstlagen fortsätter för att se till att vi använder våra resurser på bästa sätt för att bemöta de behov som invånarna har. Fortsatt arbete med att kartlägga och optimera sektorns processer intensifieras under 2025 för att använda resurser mer effektivt.

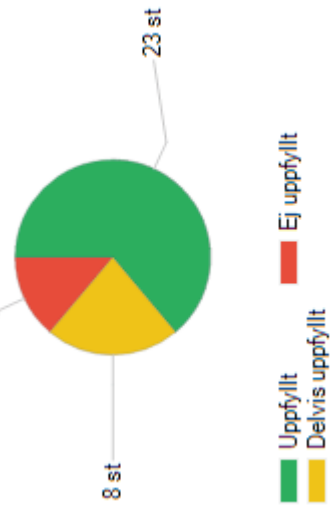
## Bilaga 1. Egenkontroller

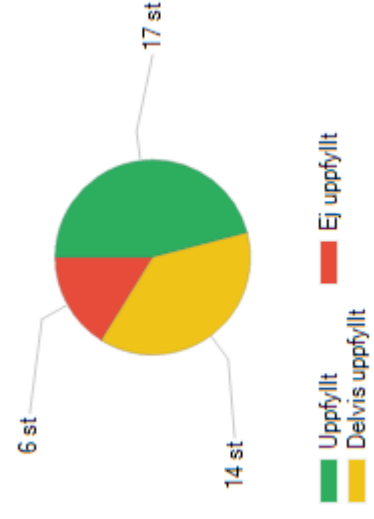
## Bilaga 2. Avvikelser

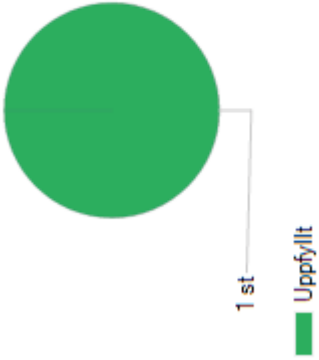
## Bilaga 1. KPSB 2024 Egenkontroller

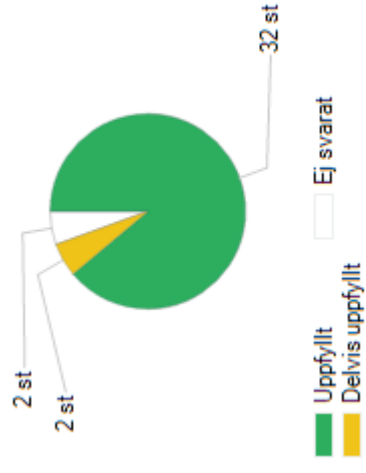
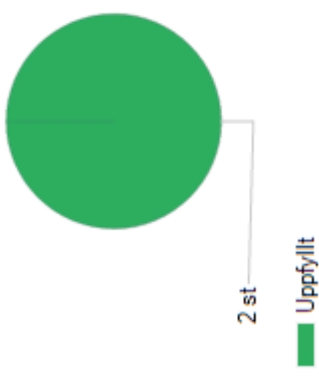
Nedan redovisas de egenkontroller beslutade på sektorsnivå. Flera av egenkontrollerna avser flera verksamheter. Egenkontroller redovisas här för december 2024 i de fall egenkontrollen är månatlig, hela årets resultat finns i kolumnen längst till höger, där återfinns i några fall även tidigare års resultat.

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

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

Egenkontroll		Utfall, Antal	Period	
<p><b>Delaktighet i genomförandeplan</b>                      - Andel personer med en plan som innehåller dokumentation om hur personen deltagit vid upprättande eller förändring av genomförandeplan</p> <p>Vård och omsorg                      Funktionsstöd</p>	<p><b>Syfte med uppföljning</b>                      Säkerställa att riktlinjer för delaktighet i genomförandeplanering följs, se insatser under mätmetod</p> <p>Det ska framgå av genomförandeplanen att/hur den enskilde har varit delaktig i planeringen av insatsen</p> <p><b>Bedömningskriterier och intervall</b>                      Uppfyllt: 90%                      Delvis uppfyllt: 70-89%                      Ej uppfyllt: &lt; 69%</p> <p>En gång per år april/maj</p> <p><b>Mätmetod</b>                      Granska dokumentation/ statistik för delaktighet i genomförandeplanen*</p> <p>Vid mätpunkten, Antal personer med en genomförandeplan som det framgår av hur brukaren varit delaktig i att upprätta/följa upp dividerat med totalt antal brukare (Andel%)</p> <p>Beräkning av andel (%):                      Täljare: antal individer som har en dokumenterad delaktighet i sin genomförandeplan (divideras med)                      Nämnare: totalt antal individer som finns på enheten</p> <p>* Vård och omsorg hemtjänst, trygghetslarm, dagverksamhet och särskilt boende för äldre,                      Vuxenheten - insatser som utförs av behandlingsassistenter,                      Funktionsstöd - enhet som fått egenkontroll</p>	 <p>6 st 14 st 17 st</p> <p>Uppfyllt Delvis uppfyllt Ej uppfyllt</p>	2024	Uppfyllt Uppfyllt Uppfyllt Uppfyllt Uppfyllt
			2023	Uppfyllt
			2022	Uppfyllt
			2021	Uppfyllt
				Uppfyllt

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

Vårdhygienisk egenkontroll	2024	Utfall	Period														
Vård och omsorg Funktionsstöd	<p><b>Syfte med uppföljning</b>                      Kontrollera förutsättningar för och följsamhet till basala hygienrutiner för de verksamheter som lyder under lagsstiftning på området (SOSFS 2015:10).</p> <p><b>Bedömningskriterier och intervall</b>                      Vårdhygienisk egenkontroll genomförd.                      Vid behov handlingsplan upprättad, åtgärder framtagna. Åtgärder genomförda.</p> <p><b>Mätmetod</b>                      Enhetschef tillsammans med hygienombud genomför "vårdhygienisk egenkontroll" inför hygienombudssträffarna i maj. Vid behov upprättas handlingsplan och åtgärder tas fram för att komma till rätta med vårdhygieniska brister.</p>	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kategori</th> <th>Antal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Uppfyllt</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>Delvis uppfyllt</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Ej svarat</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Kategori	Antal	Uppfyllt	32	Delvis uppfyllt	2	Ej svarat	2	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Uppfyllt</td> <td>2024</td> </tr> <tr> <td>Delvis uppfyllt</td> <td>2023</td> </tr> <tr> <td>Delvis uppfyllt</td> <td>2022</td> </tr> </tbody> </table>	Uppfyllt	2024	Delvis uppfyllt	2023	Delvis uppfyllt	2022
Kategori	Antal																
Uppfyllt	32																
Delvis uppfyllt	2																
Ej svarat	2																
Uppfyllt	2024																
Delvis uppfyllt	2023																
Delvis uppfyllt	2022																
Vårdhygienisk egenkontroll	<p><b>Syfte med uppföljning</b>                      Kontrollera förutsättningar för och följsamhet till basala hygienrutiner för de verksamheter som lyder under lagstiftning på området (SOSFS 2015:10)</p> <p><b>Bedömningskriterier och intervall</b>                      Vårdhygienisk egenkontroll genomförd.                      Handlingsplan upprättad och åtgärder framtagna. Åtgärder genomförda.</p> <p><b>Mätmetod</b>                      Enhetschef tillsammans med hygienombud genomför "vårdhygieniskegenkontroll" inför hygienombudssträffarna i maj. Vid behov upprättas handlingsplan och åtgärder tas fram för att komma till rätta med vårdhygieniska brister.</p>	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kategori</th> <th>Antal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Uppfyllt</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Kategori	Antal	Uppfyllt	2	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Uppfyllt</td> <td>2024</td> </tr> </tbody> </table>	Uppfyllt	2024								
Kategori	Antal																
Uppfyllt	2																
Uppfyllt	2024																

#### Utredningstid i antal dagar från ansökan till beslut (LSS)

Hälsa och bistånd  
Handläggarenheten

#### Syfte med uppföljning

Säkerställa att handläggningstiden inte överstiger 120 dagar

#### Bedömningskriterier och intervall

Andel utredningar som inte överstiger 120 dagar

Uppfyllt: 100 %

Delvis uppfyllt 95-99%

Ej uppfyllt < 95%

Handläggarenheten: 2 gånger per år mars och oktober

Barn och familj: Varannan månad med start jan (mars, maj, augusti, oktober, december)

#### Mätmetod

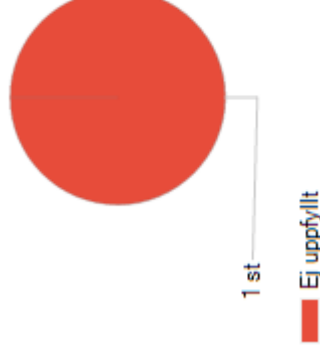
Granskning av samtliga utredningar i statistik för utredningstid. Antal dagar från datum för aktualisering till datum för beslut.

Beräkning av andel % (vid mätpunkten):

Täljare: antal avslutade utredningar där handläggningstiden överstiger 120 dagar dividerat med

Nämnare: totalt antal avslutade utredningar

Halvår 2 2024



Utfall	Period
Ej uppfyllt	Halvår 2 2024
Ej uppfyllt	Halvår 1 2024
Ej uppfyllt	Halvår 2 2023
Ej uppfyllt	Halvår 1 2023



Utfall	Period
Uppfyllt	Dec 2024
Uppfyllt	Nov 2024
Delvis uppfyllt	Okt 2024
Delvis uppfyllt	Sep 2024
Uppfyllt	Aug 2024
Delvis uppfyllt	Jun 2024
Uppfyllt	Maj 2024
Uppfyllt	Apr 2024
Uppfyllt	Mar 2024
Uppfyllt	Feb 2024
Uppfyllt	Jan 2024

Dec 2024

**Kontroll av utfbetalt försörjningsstöd**  
Härreda framtid  
Enheten för  
försörjningsstöd

**Syfte med uppföljning**  
Säkerställa kvaliteten i ärenden genom att kontrollera att rutiner efterlevs och att upptäcka eventuella felaktigheter.

**Bedömningskriterier och intervall**  
10 gånger per år

Uppfyllt: Samtliga fem punkter 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

**Mätmetod**  
Stickprovskontroll som görs tillsammans med controller:


A. Ansökan är korrekt ifyllt

B. Underlag enligt ansökan finns

C. Beslut, utredning, praxis, riktlinjer följs

D. Arbetsplan finns

E. Rätt belopp till rätt konto



1 st  
Uppfyllt

**Förhandsbedömning vid anmälan av oro följer lagstadgad tid enligt 11 kap 1a § (SoL)**

Barn och familj  
 Enheten för utredning och skydd

**Syfte med uppföljning**

Följa upp att lagkravet, enligt 11 kap. 1a §, gällande 14 dagar efterlevs i samtliga förhandsbedömningar.

**Bedömningskriterier och intervall**

Uppfyllt: 100 %  
 Delvis uppfyllt 95 - 99%  
 Ej uppfyllt: <95%

**Mätmetod**

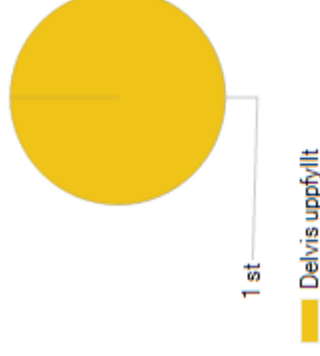
Kontroll av att samtliga förhandsbedömningar utifrån Treservastatistik.

Beräkning av andel (%) vid mätpunkten:

Täljare: antal avslutade förhandsbedömningar som understiger 14 dagar dividerat med

Nämnare: totalt antal avslutade förhandsbedömningar

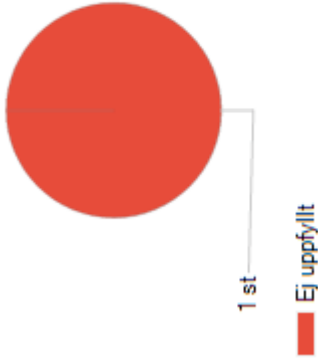
Kvartal 4 2024



Utfall	Period
Delvis uppfyllt	Kvartal 4 2024
Delvis uppfyllt	Kvartal 3 2024
Ej uppfyllt	Kvartal 2 2024
Delvis uppfyllt	Kvartal 1 2024
Ej uppfyllt	Kvartal 4 2023
Ej uppfyllt	Kvartal 3 2023
Delvis uppfyllt	Kvartal 2 2023
Delvis uppfyllt	Kvartal 1 2023

Utfall	Period
Ej uppfyllt	Kvartal 4 2024
Ej uppfyllt	Kvartal 3 2024
Ej uppfyllt	Kvartal 2 2024
Ej uppfyllt	Kvartal 1 2024
Ej uppfyllt	Kvartal 4 2023
Ej uppfyllt	Kvartal 3 2023
Ej uppfyllt	Kvartal 2 2023
Ej uppfyllt	Kvartal 1 2023



1 st  
Ej uppfyllt

**Utredningstid understiger 120 dagar enligt 11 kap. 2 § (SoL)**  
 Syfte med uppföljning  
 Säkerställa att handläggningstiden understiger 120 dagar enligt socialtjänstlagen 11 kap. 2§

**Bedömningskriterier och intervall**  
 Andel utredningar med utredningstid kortare än 120 dagar

Barn och familj  
 Enheten för utredning och skydd

Uppfyllt: 100 %  
 Delvis uppfyllt 90-99%  
 Ej uppfyllt < 89%

Måts varje kvartal med start i mars 2023

**Mätmetod**  
 Granskning av samtliga utredningar i statistik för utredningstid, Antal dagar från datum för aktualisering till datum för beslut.

Beräkning av andel (%) vid mätpunkten:  
 Täljare: antal avslutade utredningar där handläggningstiden understiger 120 dagar dividerat med  
 Nämnare: totalt antal avslutade utredningar

Kvartal 4 2024

Kommentar Utredningstid understiger 120 dagar enligt 11 kap. 2 § (SoL):

**Kvartal 1:**

Egenkontroll gjord 2025-01-30.  
 Period för mätning 2024-01-01-2024-03-17  
 79 av 112 utredningar är inom lagstadgad tid (71%).

**Kvartal 3:**

Egenkontroll gjord 2025-01-30.  
 Period för mätning 2024-06-20 - 2024-09-20.  
 112 av 154 utredningar är inom lagstadgad tid (73%).

**Kvartal 2:**

Egenkontroll genomförd 2025-01-30.  
 Period för mätning 2024-03-18 - 2024-06-19  
 79 av 105 utredningar är inom lagstadgad tid (75%).

**Kvartal 4:**

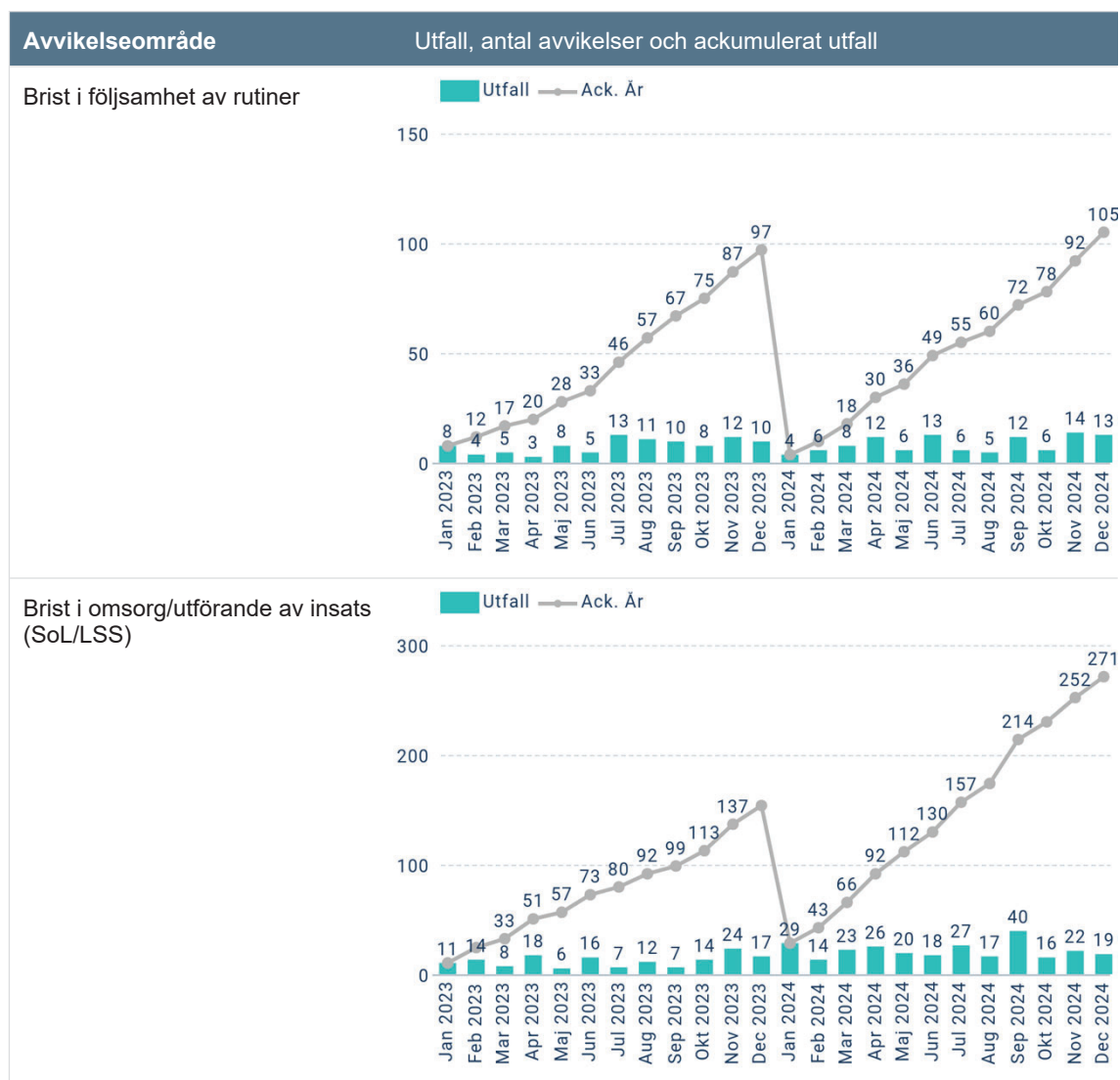
Egenkontroll gjord 2025-01-30.  
 Period för mätning 2024-09 -21 - 2024-12-31.91 av 134 utredningar är inom lagstadgad tid (68%)

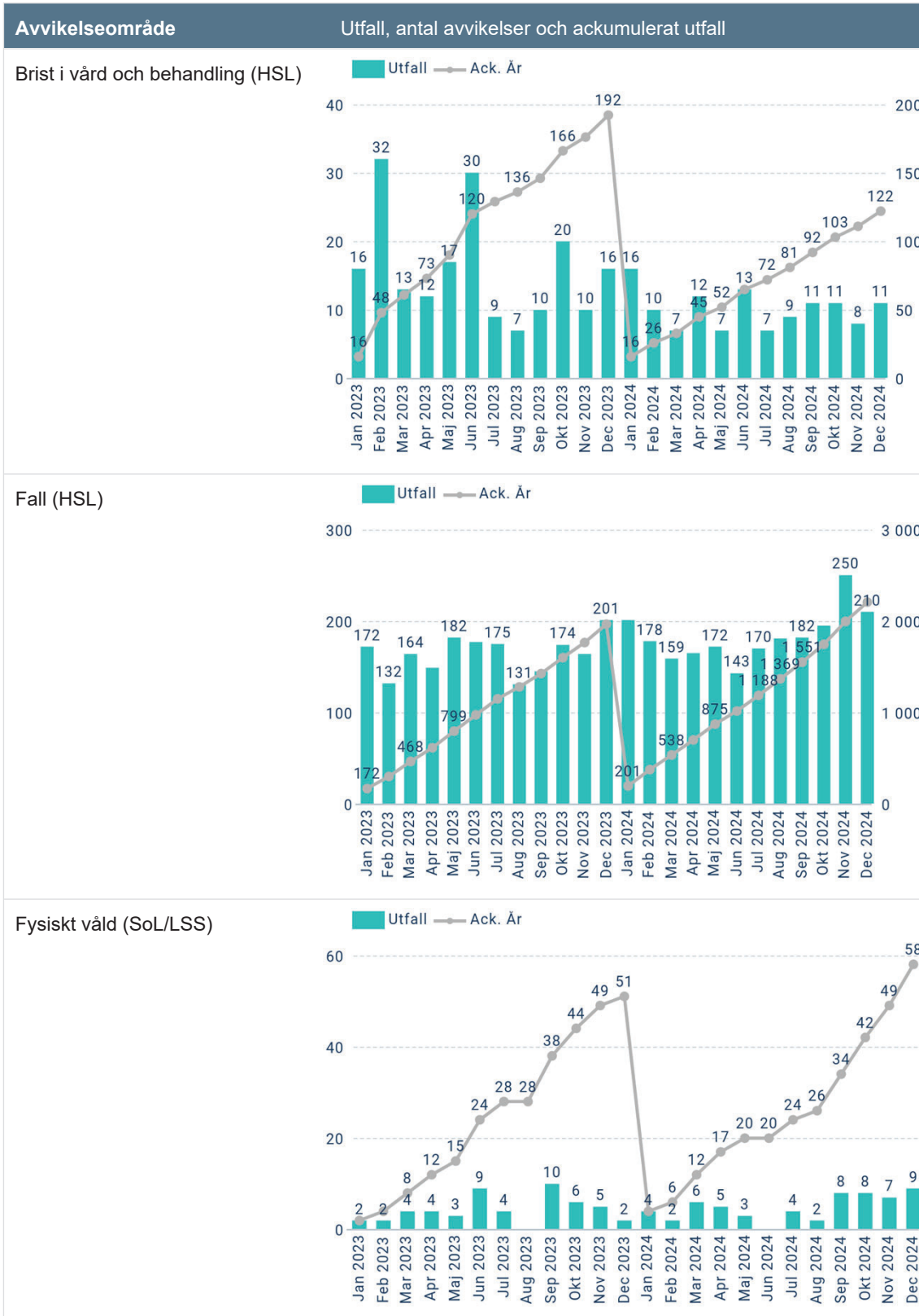
## Bilaga 2. KPSB 2024 Avvikelser

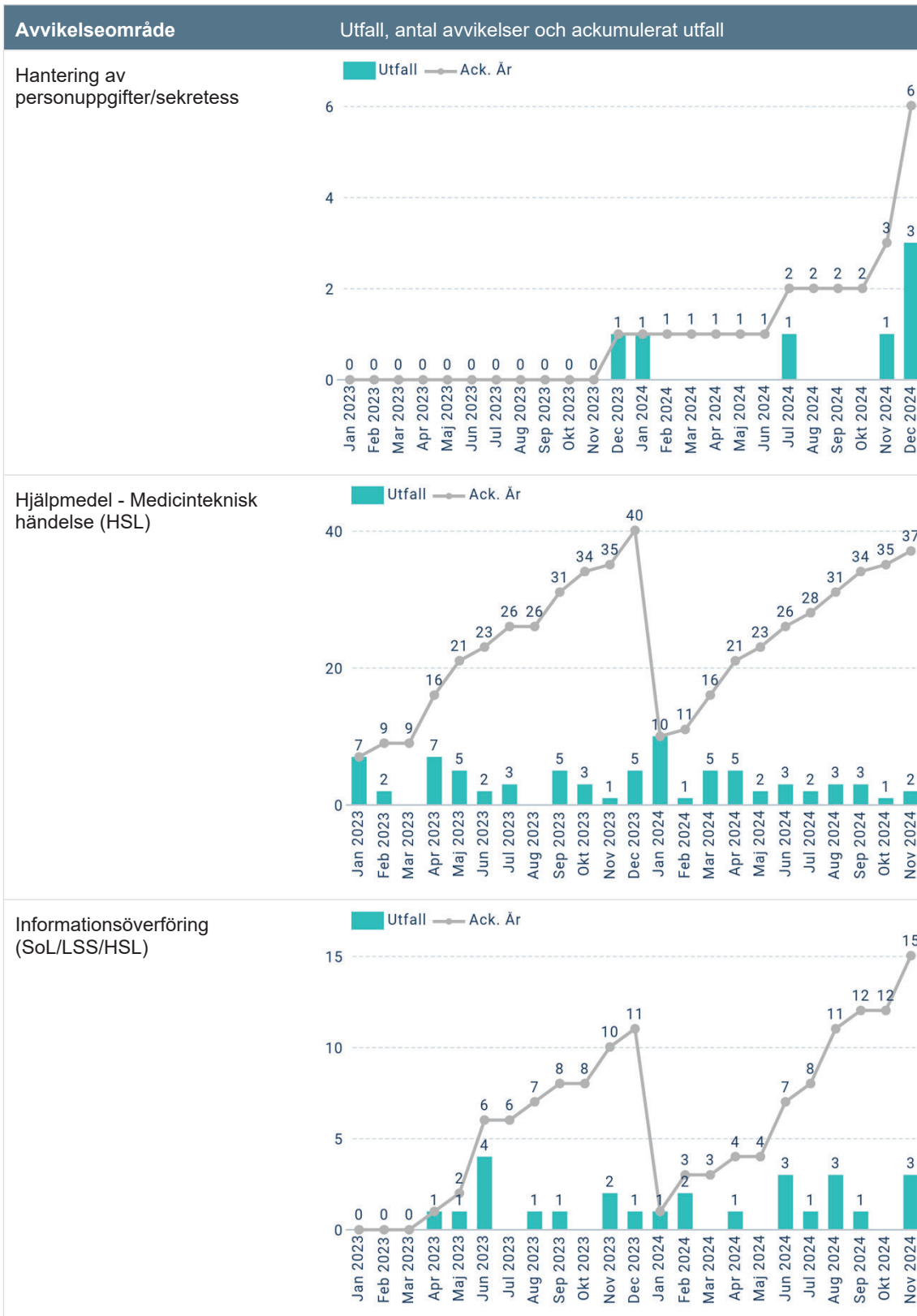
I denna bilaga till kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse 2024 ses diagram över avvikelser hos respektive verksamhetsområde. Avvikelseområde där ingen avvikelse rapporterats under 2024 har inte tagits med, likaså syns inte alltid de månader när ingen avvikelse rapporterats inom avvikelseområdet. Alla avvikelseområden förekommer inte i alla verksamhetsområden varför avvikelseområdena skiljer sig mellan de olika verksamheterna.

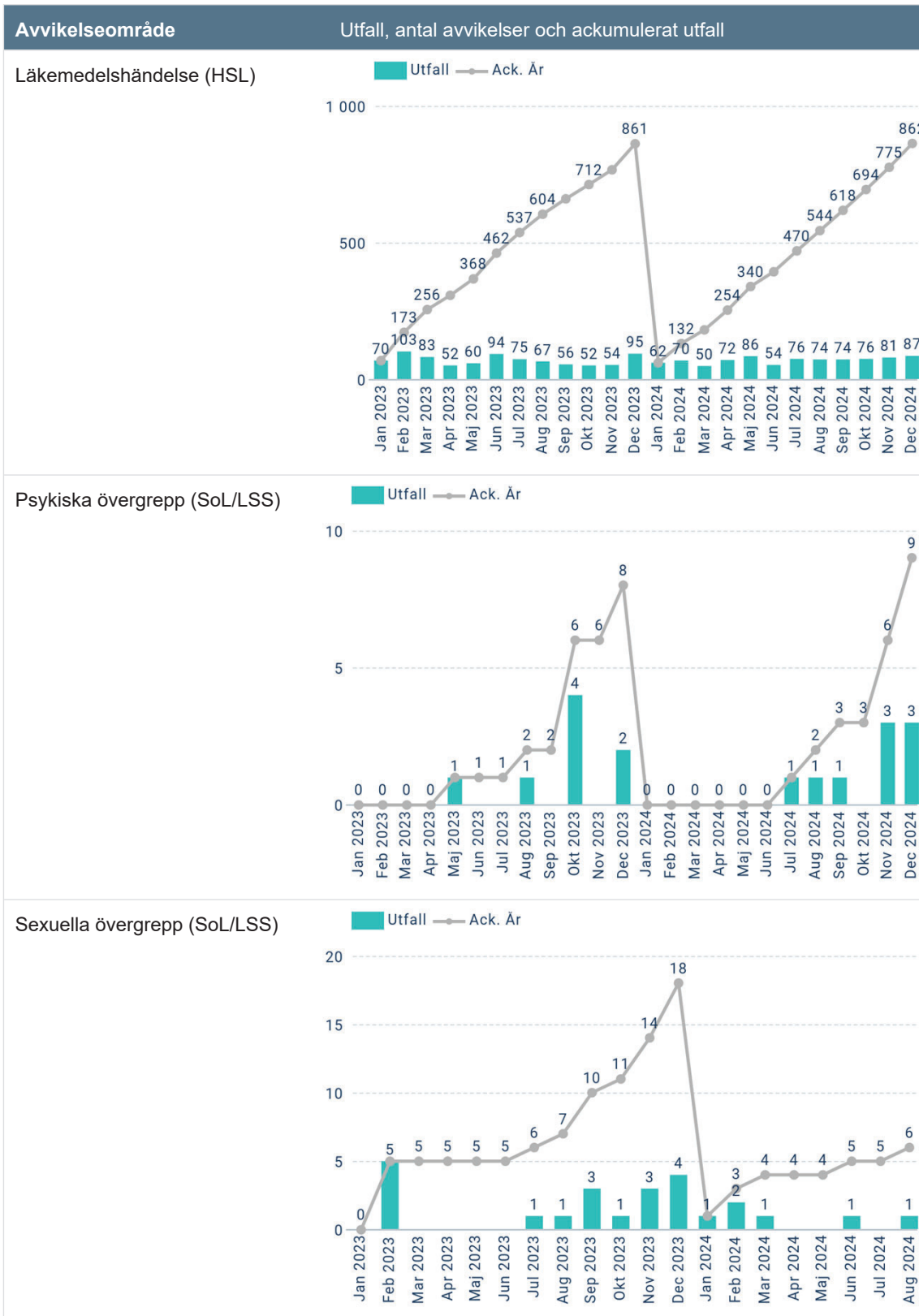
Hälso- och sjukvårdsavvikelser är knutna till enheten inom vård och omsorg eller funktionsstöd, där de bor och får sin vård och behandling, därför ses hälso- och sjukvårdsavvikelser under dessa verksamhetsområden.

### Vård och omsorg





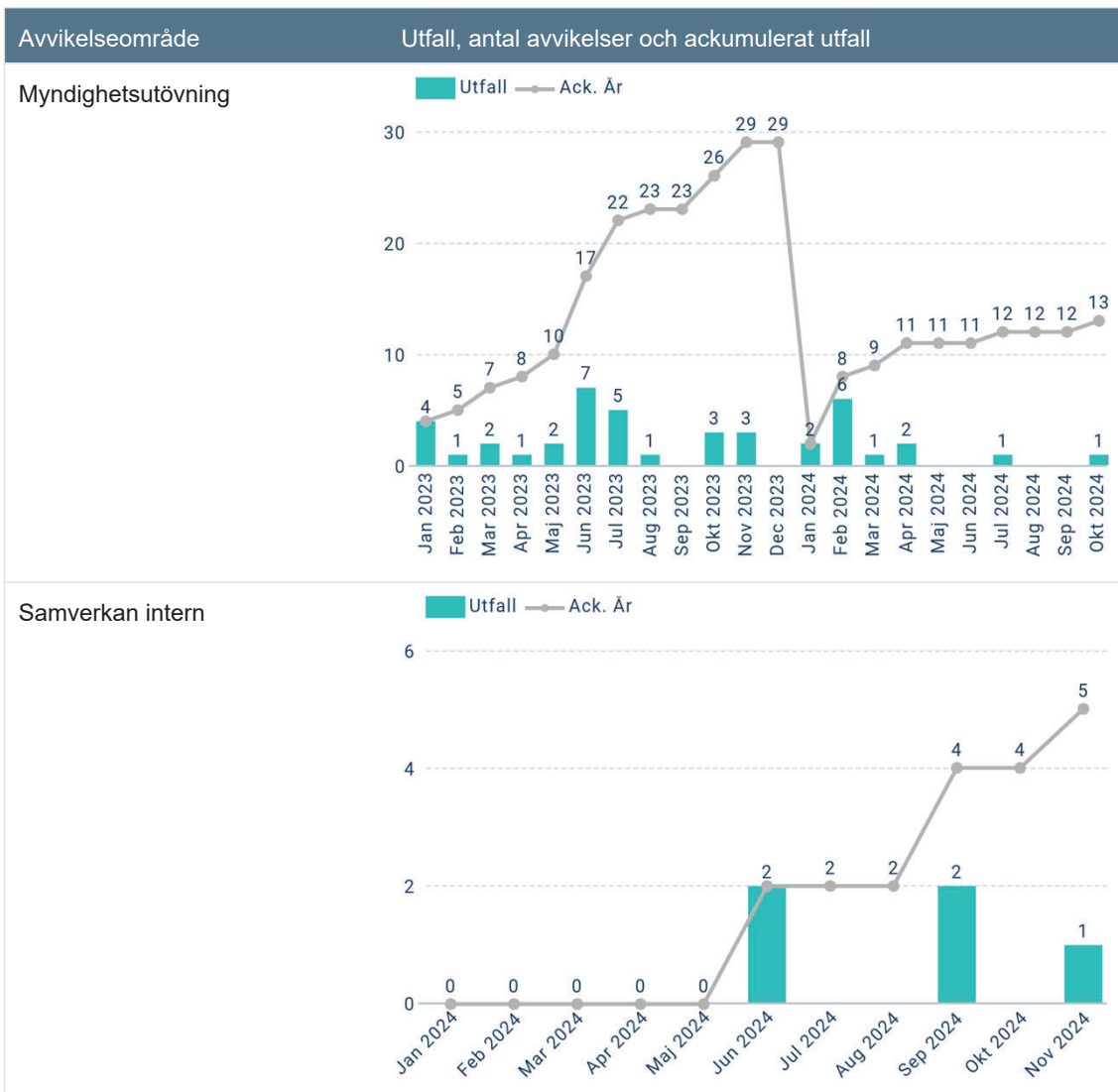






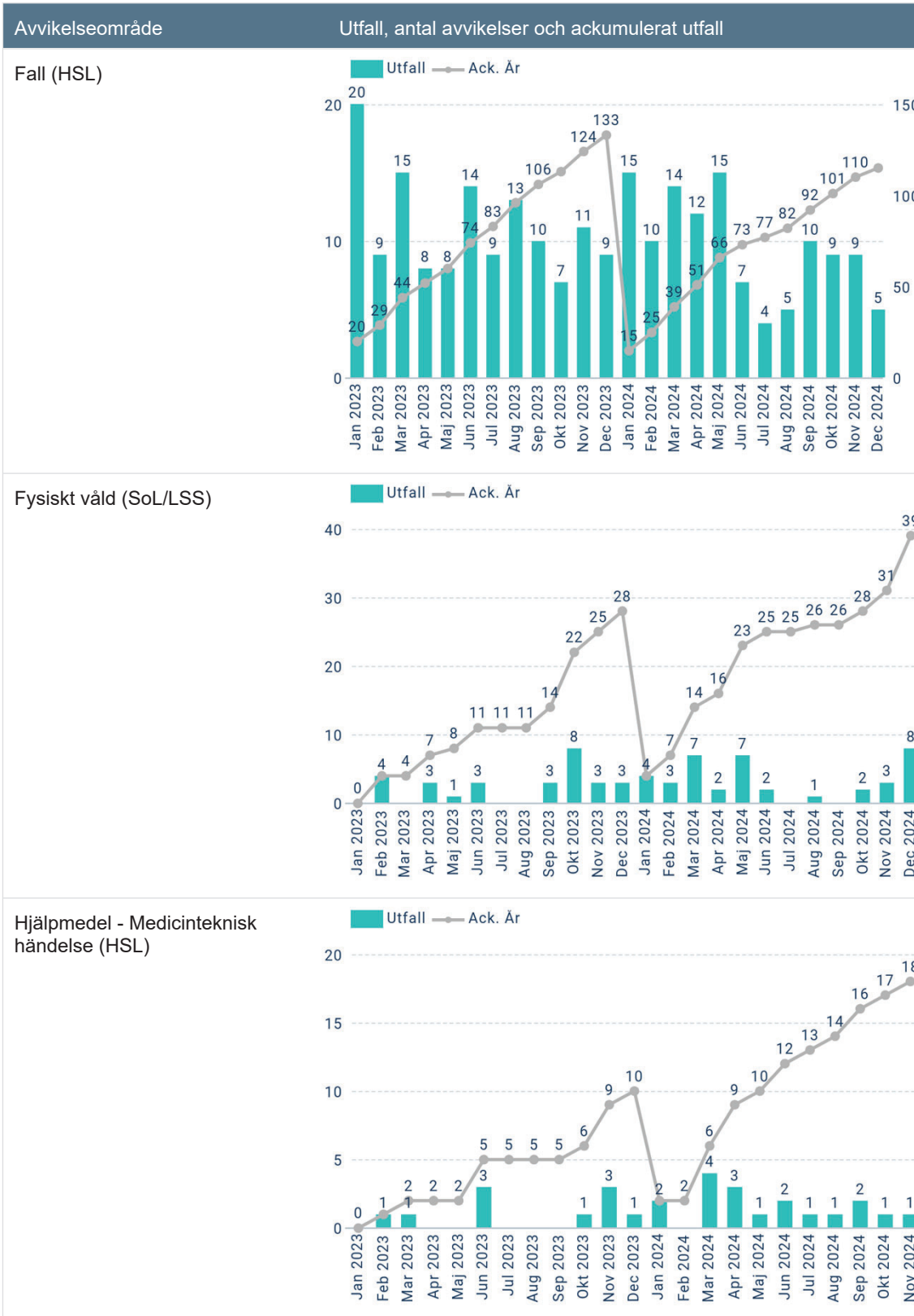


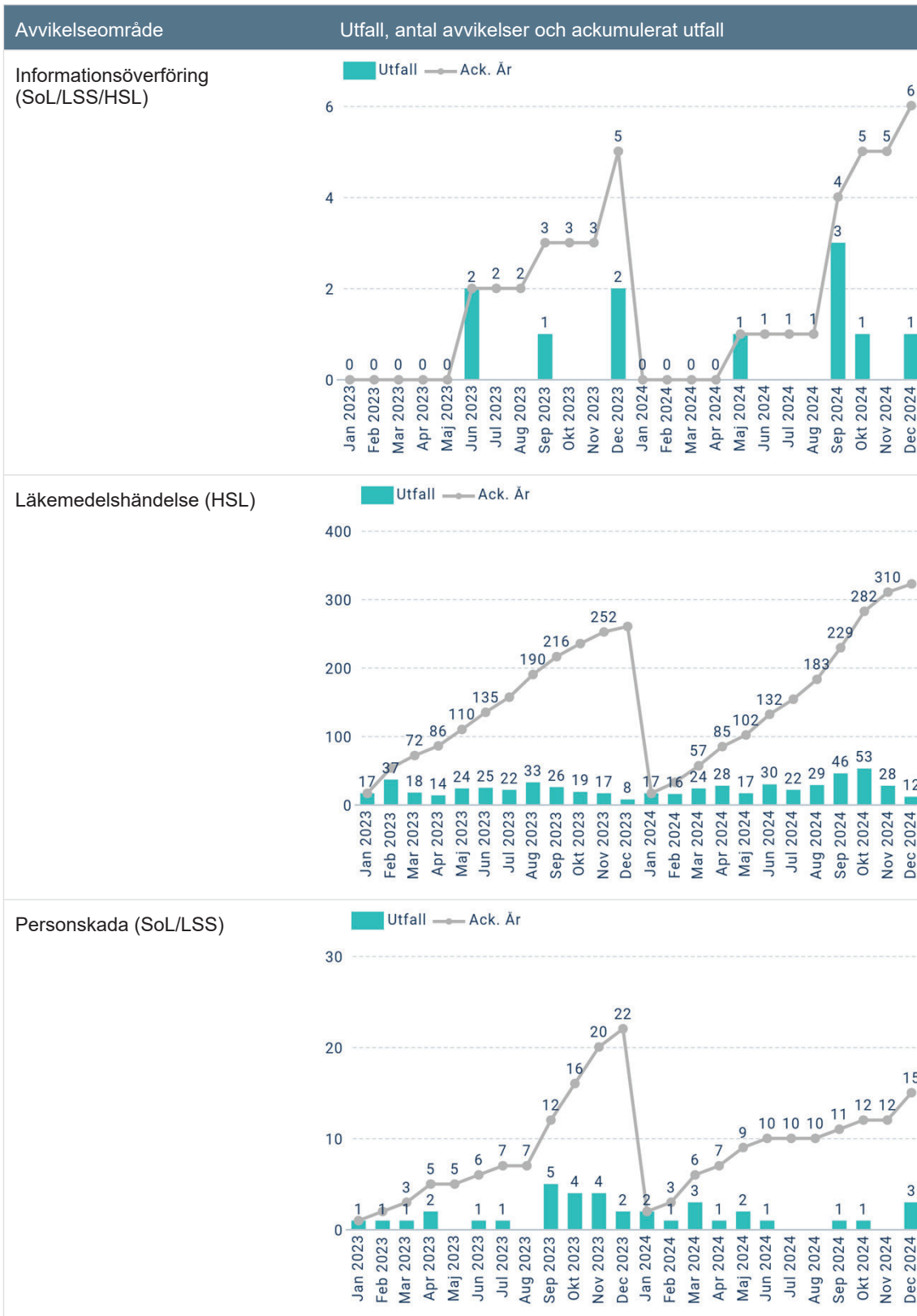
## Hälsa och bistånd



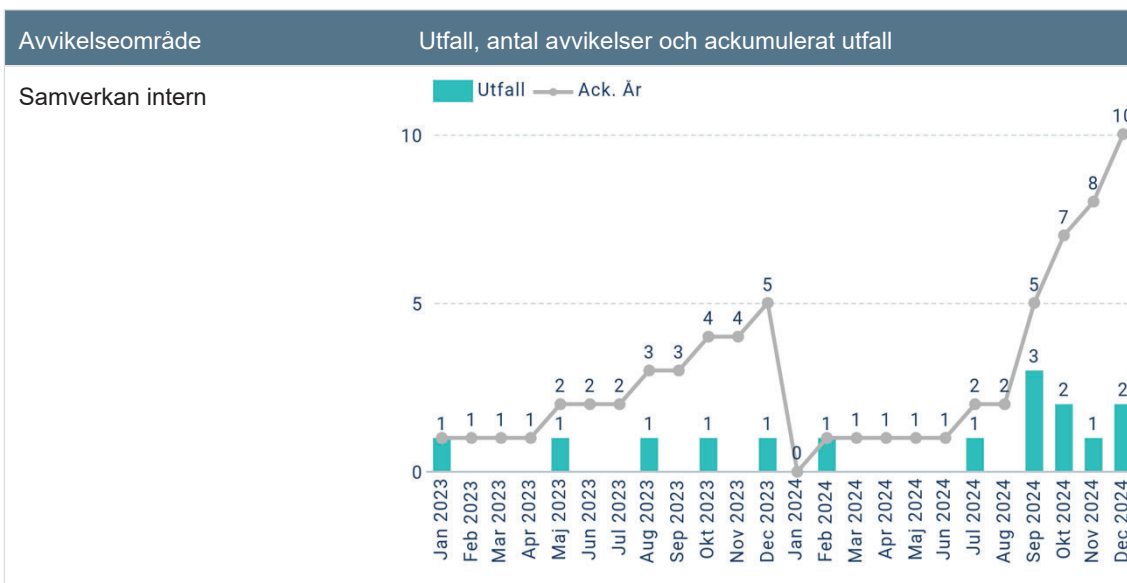
## Funktionsstöd



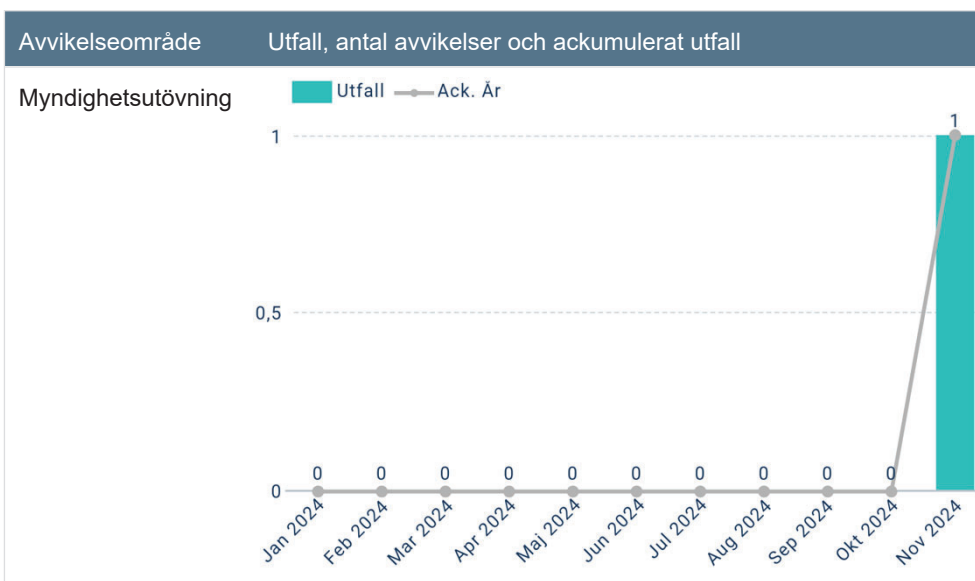








## Härryda framtid



## Barn och familj

