

# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2024

För personer med funktionsnedsättning inom  
vård- och omsorgsnämndens verksamheter



# Innehållsförteckning

<b>Inledning.....</b>	<b>3</b>
Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen .....	3
<b>Grundläggande förutsättningar för kvalitet samt säker vård och omsorg .....</b>	<b>3</b>
Verksamhetens uppdrag och organisation.....	3
Ansvar och roller i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet .....	4
Definition av kvalitet och patientsäkerhet .....	4
<b>Underlag för bedömning .....</b>	<b>9</b>
Händelser och förutsättningar som påverkat verksamheten.....	9
Fokusområden för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet under året som gått .....	11
Avvikelser .....	13
Synpunkter och klagomål .....	16
Riskhantering.....	18
Egenkontroller .....	18
Brukarundersökningar.....	19
<b>Sammanfattning av kvalitet och patientsäkerhet .....</b>	<b>20</b>
Förebyggande verksamhet .....	20
Biståndsbedömning.....	20
Utförande av insatser i egen regi .....	21
Utförande av insatser hos privata utförare .....	22
<b>Förbättringsområden .....</b>	<b>22</b>

# Inledning

## Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen

Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet är att utveckla och förbättra stödet, vården och servicen som utförs inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen<sup>1</sup> redogör för det systematiska kvalitetsarbetet och det systematiska patientsäkerhetsarbetet som har genomförts under det gångna året med fokus på målgruppen personer med funktionsnedsättning som är i behov av stöd enligt socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Berättelsen innehåller information om hur verksamheten är organiserad, vilka förutsättningar som har funnits för att bedriva verksamheten samt vilka fokusområden eller mål som har hanterats under året. Vidare redovisas förbättringsarbete som har utförts för att säkerställa god kvalitet och patientsäkerhet i vilket exempelvis hantering av avvikelser, risker och egenkontroller ingår. Till sist beskrivs vilka resultat som har uppnåtts och en sammanfattning av hur kvaliteten ser ut i stödet till målgruppen samt hur patientsäker vården är.

Att sammanställa en kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse ger verksamheten tillfälle att analysera hur stödet till målgruppen har utvecklats samt ger underlag för att identifiera förbättringsområden inför nästkommande år. Rapporten ger även möjlighet till insyn i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet för den ansvariga nämnden och andra intressenter.

## Grundläggande förutsättningar för kvalitet samt säker vård och omsorg

### Verksamhetens uppdrag och organisation

Målgrupperna som omfattas av den här kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen är barn och vuxna i alla åldrar som får stöd i enlighet med lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), samt personer upp till 65 års ålder som till följd av funktionshinder får stöd och service i enlighet med socialtjänstlagen (SoL). Berättelsen redovisar även förvaltningens anhörigstöd och även uppsökande verksamhet för vuxna personer med psykisk ohälsa.

Vård- och omsorgsnämnden är vårdgivare för den kommunala hälso- och sjukvården inom funktionsstöds grupp- och serviceboenden samt dagliga verksamheter. Vårdgivaransvaret gäller även i socialpsykiatriens särskilda boenden, som organisatoriskt hör till socialnämndens ansvarsområde. Därför omfattar redogörelser för hälso- och sjukvårdens organisering, arbetssätt och patientsäkerhetsarbete även socialpsykiatriens särskilda boenden.

#### *Organisation*

Funktionsstöd ger stöd till personer med funktionsnedsättning såsom autism, autismliknande tillstånd, fysiska och/eller intellektuella funktionsnedsättningar och deras närstående. Verksamheten utför hela processen inklusive uppsökande arbete, behovsutredningar, beslut om insatser samt utförande, både i egen regi och genom externa utförare. En grund för arbetet är principen om människors lika värde och allas rätt till trygghet, vård och omsorg.

---

<sup>1</sup> Enligt 3 kap §10 i Patientsäkerhetslagen ska vårdgivare senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Att skriva kvalitetsberättelse är ett allmänt råd från Socialstyrelsen.

Verksamheten är organiserad i tre sektioner; "Bistånd och förebyggande", "Sysselsättning och assistans" och "Bostad med särskild service". Inom sektionerna finns det 19 enhetschefsområden som tillsammans omfattar 41 enheter.

Hälso- och sjukvården inom funktionsstöd och socialpsykiatri utförs av HSL-enheten som består av fyra sjuksköterskor, en arbetsterapeut och en fysioterapeut. På jourtid ansvarar kommunens egen sjuksköterskejourn för akuta insatser. Läkarinsatser utgår från regionens vårdcentraler dagtid och från jourläkarbilen på jourtid.

## Ansvar och roller i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Den nämnd som bedriver socialtjänst eller hälso- och sjukvård ska säkerställa att den enskilde får insatser av god kvalitet och att det finns ett upprättat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer. Nämnden är huvudman för all hälso- och sjukvård, oavsett privat eller kommunal driftsform, som bedrivs enligt det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret inom Huddinge kommuns gränser. För den hälso- och sjukvård som bedrivs i egen regi är nämnden även vårdgivare.

Socialdirektören ansvarar för att ett ledningssystem upprättas och används inom verksamheter som bedrivs inom den egna regin samt att uppföljning av privata utförare genomförs inom vilken det granskas att de uppfyller kraven i föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9.

Vidare ansvarar varje chef för att det systematiska kvalitetsarbetet planeras, genomförs, följs upp och dokumenteras inom sitt ansvarsområde. Verksamhetschefen har utöver detta även ansvar för att besluta om allvarlighetsgraden i rapporterat missförhållande eller risk för missförhållande.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ett författningsreglerat ansvar för kvalitet- och patientsäkerhet inom det verksamhetsområde som vårdgivaren beslutat. MAS ansvarar även för att göra anmälan enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Verksamhetschefen för hälso- och sjukvården har det övergripande ansvaret för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Alla medarbetare inom verksamheten ska bidra till god kvalitet och patientsäkerhet genom att följa de processer och rutiner som finns för verksamheten, att rapportera brister och avvikelser samt att delta aktivt i utvecklings- och förbättringsarbete.

## Definition av kvalitet och patientsäkerhet

### Definition av patientsäkerhet

Patientsäkerhet definieras som "skydd mot vårdskada" i patientsäkerhetslagen (2010:659). Patientsäkerhet handlar om att patienter inte ska skadas i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder. Patienten ska inte heller komma till skada på grund av att vården inte genomför de åtgärder som behövs med hänsyn till patientens tillstånd. En vårdskada innebär "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".

### Definition av god kvalitet

Den verksamhet som bedrivs inom nämndens ansvarsområde ska vara av god kvalitet, vilket innebär att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter.

Verksamheten ska arbeta utifrån följande kvalitetsfaktorer:

#### Kunskapsbaserad verksamhet

Socialtjänstens insatser och service ska utföras utifrån bästa tillgängliga kunskap och evidens. Den vård som ges ska utföras enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Medarbetarna ska ha den kompetens som krävs för sitt uppdrag.

Verksamheten ska genom systematisk uppföljning säkerställa att det stöd och den vård som ges får önskat resultat för den enskilda individen. Det som vid uppföljningen inte visar sig ge resultat ska ersättas av andra arbetssätt.

### *Funktionsstöds arbetssätt för att skapa en kunskapsbaserad verksamhet*

#### *Evidens och beprövad erfarenhet*

Målet är att endast evidensbaserade metoder ska användas. Metodutvecklare omvärldsbevakar, vidareförmedlar kunskapen samt stöttar vid val av metod för utförande av insats. Under 2024 har den kunskapsbaserade utredningsmetodiken Individens behov i centrum (IBIC) implementerats som utredningsmodell.

Hälso- och sjukvården bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet och det är en del av den legitimerade personalens yrkesansvar att hålla sig uppdaterad kring gällande lagstiftning och föreskrifter. Genom att kombinera aktuell forskning, nationella riktlinjer och kunskapsstöd med professionell erfarenhet och brukarens individuella behov skapas en vård som är både evidensbaserad och personcentrerad.

#### *Säkerställa adekvat kunskap och kompetens*

Varje år upprättas både en individuell och en enhetsövergripande plan för kompetensutveckling. Planerna omfattar områden som hälso- och sjukvård, smittförebyggande arbete, grundutbildning, kunskap om våld i nära relationer och pedagogiska metoder. MHFA<sup>2</sup>-instruktörer har utbildats och sprider nu sina kunskaper vidare genom att utbilda kollegor. Huddinge kommun deltar i kommunsamverkan via Forum carpe<sup>3</sup> för att erbjuda yrkesverksamma möjlighet till kompetensutveckling genom såväl interna som externa utbildningar. Kompetensen inom anhängigstöd och insatser för personer med psykisk ohälsa säkerställs kontinuerligt genom fortbildning och seminarier.

Omsorgspersonal på boenden och i daglig verksamhet får delegering för att utföra enklare hälso- och sjukvårdsinsatser efter utbildning och kompetensbedömning av legitimerad personal. Varje arbetspass bemannas med personal som har rätt kompetens för uppgifterna.

Vikarier introduceras grundligt, både via Bemanningscenter och på den enhet där de ska arbeta, för att säkerställa att de har den kunskap som krävs.

Under 2024 har hälso- och sjukvårdsorganisationens kompetensutveckling fokuserat på områden som diabetes, dokumentation, patientsäkerhet och hantering av läkemedelsavvikelser. Förändringar i rutiner och arbetssätt diskuteras regelbundet på månatliga arbetsplatsträffar.

#### *Förbättrings- och implementeringsarbete*

Uppföljning av genomförandeplaner, avvikelshantering, brukarundersökningar, brukarråd, kvalitetsfrågor och statistik tillsammans med det systematiska kvalitetsarbetet används för att säkerställa att det stöd och den vård som ges genererar önskat resultat för varje individ. Metoder och insatser som inte är effektiva identifieras och ersätts med andra arbetssätt.

För att skapa förståelse och kunskap inom hela verksamheten kring förbättrings- och implementeringsarbete används arbetssättet "PUFF" – dvs att planera, utföra, följa upp och förbättra. Ny kunskap, avvikelser och förbättringsarbeten diskuteras på månatliga arbetsplatsträffar för att skapa ett lärande i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Stödpedagoger arbetar på många av utförarenheterna och tillsammans med ledningen har de en viktig roll i förbättrings- och implementeringsarbetet. De har specialistkompetens i pedagogiska metoder, stöttar det brukarnära arbetet och implementerar beslutade förbättringsåtgärder.

### **Hög delaktighet**

Verksamheter ska bedrivas med respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Hänsyn ska tas till den enskildes önskemål om när, var och hur insatser utförs. Verksamheter ska, genom att fråga den enskilde,

---

<sup>2</sup> MHFA-Mental Health First Aid (MHFA), på svenska benämnt Första hjälpen till psykisk hälsa, är ett utbildningsprogram avsett för allmänheten

<sup>3</sup> Forum carpe är en kommunsamverkan inom funktionshinderområdet i Stockholms län. Syftet med samverkan är att erbjuda yrkesverksamma inom området kompetens- och verksamhetsutveckling som ska leda till insatser av god kvalitet för personer i behov av stöd

systematiskt följa upp hur de som möter verksamheten upplever det stöd och den service de fått, med syftet att utveckla verksamheten.

### *Funktionsstöds arbete för att skapa hög delaktighet*

Arbetet för brukarnas delaktighet och inflytande är centralt inom funktionsstöd. Enheterna arbetar för att i så hög utsträckning som möjligt låta brukarnas behov och önskemål styra planering, utförande och uppföljning av insatserna. Vidare upprättas genomförandeplan och metodblad för att förtydliga hur brukaren i detalj vill att det egna stödet ska utföras.

Aktiviteter formas i samråd med brukarna, både individuellt och i grupp. Detta sker främst genom brukarråd på enhets-, sektions- och verksamhetsnivå där synpunkter och önskemål tillvaratas. Kontaktansvariga genomför regelbundna uppföljningar för att säkerställa att stödet utförs på det sätt som brukaren önskar.

Sveriges kommuner och regioners (SKR) brukarundersökningar genomförs årligen för att tillvarata brukarnas synpunkter och kunna utvärdera kvaliteten på insatserna. Resultatet analyseras tillsammans med brukare och personal och för att kunna vidta relevanta åtgärder. Brukarna har även inflytande i rekrytering av personal till utförarverksamheterna där de ges möjlighet att delta i intervjuer och ställa egna frågor till kandidaterna.

Inom såväl utförarverksamheterna som myndighetsutövningen används alternativ och kompletterande kommunikation (AKK<sup>4</sup>) för att ge varje brukare möjlighet att kommunicera sin vilja på det sätt hen kan och önskar.

Inom den uppsökande verksamheten upprättas överenskommelser om prioriterade livsområden för att främja den enskildes psykiska hälsa. Uppsökarna erbjuder flexibelt stöd som anpassas efter individens behov. Tillsammans med den enskilde utformar de en plan där individens önskemål, inom ramen för uppdragets avgränsningar, styr hur stödet ska utformas.

### *Patienten som medskapare*

I omställningen till god och nära vård och omsorg är patientens delaktighet ett viktigt område för utveckling. Patienten är delaktig, utifrån sin förmåga, i beslut som fattas inom hälso- och sjukvården. Om samtycke lämnas erbjuds även närstående att delta i utformningen av brukarens vård. Många brukare kan behöva extra förberedelse för att kunna genomföra ett besök till hälso- och sjukvården, till exempel genom att personal förtydligar besökets olika delar för att brukaren ska känna sig trygg med vad som ska hända. Kognitiva hjälpmedel erbjuds utifrån individens behov för att möjliggöra aktiv brukarmedverkan. Dialogsamtal om läkemedel och hälsa erbjuds för personer med psykiska funktionshinder.

## Hög säkerhet, trygghet och gott bemötande

Den enskilde ska känna sig trygg med att beslut fattas på ett rättssäkert sätt samt ges information om vad som ligger till grund för beslutet och vad det innebär.

Utförandet av insatser ska ske på ett sådant sätt att den enskilde känner sig trygg med att hen alltid får det hen har blivit beviljad och blir behandlad väl. Verksamheter ska sträva efter hög kontinuitet för den enskilde gällande personal och arbetsmetoder. Detta stämmer väl överens med omställningen till god och nära vård och omsorg där trygghet och kontinuitet lyfts fram som en viktig del.

### *Funktionsstöds arbete med att skapa hög säkerhet, trygghet och gott bemötande*

För att säkerställa att den enskilde upplever trygghet och ett gott bemötande i samband med ansökning erbjuds enskilda möten för att gå igenom handläggningsprocessen och ge stöd i ansökningsförfarandet. Beslut kommuniceras sedan skriftligt och den enskilde ges möjlighet att uttrycka sina åsikter innan beslut fattas.

Tydliga processer och rutiner som beskriver för medarbetare hur arbetet ska utföras medför att stöd kan ges med kontinuitet. Medarbetarna använder evidensbaserade metoder så som tydliggörande pedagogik, alternativ- och kompletterande kommunikation (AKK) och lågaffektivt bemötande för att kunna ge ett gott bemötande och för att stödet ska kännas tryggt och säkert. Även att medarbetare har rätt kompetens, hur arbetspass bemannas och att det ges en god introduktion till nya medarbetare bidrar till trygghet och säkerhet för den enskilde.

---

<sup>4</sup> Alternativ och kompletterande kommunikation, AKK, är ett samlingsnamn för olika kommunikationssätt och metoder som stödjer kommunikation mellan människor och hjälper personer med kommunikationssvårigheter att förstå andra och att uttrycka sig.

För att säkerställa ett gott bemötande ska vården och omsorgen vara personcentrerad. Det innebär att personens behov ställs i centrum och vården och omsorgen utgår från brukarens egen berättelse, resurser och förutsättningar. Varje brukare har en patientansvarig sjuksköterska som ansvarar för samordning av insatserna.

En viktig trygghetsfråga är hanteringen av tvångs- och begränsningsåtgärder vilka inte är tillåtna inom vård och omsorg. Funktionsstöd arbetar löpande för att höja medarbetares kompetens, implementera rutiner och inventera skyddsåtgärder på enheterna.

Kommuninvånare som möter verksamhetens uppsökare erbjuds träffar och kommunikation på det sätt den enskilde känner sig trygg med så långt det är möjligt. Lyhördheten för varje individs egna förutsättningar och vilja för att göra en förändring i sitt liv är avgörande för ett framgångsrikt resultat.

Det pågår ett arbete med att ta fram och implementera kontinuitetsplaner för att säkerställa att vård och omsorg kan ges med tillräcklig kvalitet även under en kris.

### *Informationssäkerhet*

Loggkontroller genomförs för att kontrollera att medarbetare arbetar rättssäkert och följer regler för sekretess. Kontrollerna sker via manuell granskning av användares logg i patientjournaler, sociala journaler och nationell patientöversikt och misstänkta personuppgiftsincidenter rapporteras till Integritetsskyddsmyndigheten i samråd med kommunens dataskyddsombud.

### *En god säkerhetskultur*

En grundläggande förutsättning för en säker vård av god kvalitet är en god säkerhetskultur, vilket innebär att all personal inom hälso- och sjukvården är medvetna om och vaksamma på de risker som kan uppstå. Det innebär vidare att det finns ett arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet. Det finns ett förhållningssätt där man inte skuldbelägger varandra och där verksamheten lär av negativa händelser och av det som har gått bra.

För att bidra till en god säkerhetskultur och möjliggöra lärande är återkoppling av avvikelseutredningar en stående punkt på arbetsplatsträffar och på olika ledningsmöten. Även händelseanalys och identifiering av relevanta åtgärder diskuteras regelbundet på arbetsplatsträffar för att öka kvaliteten i avvikelsehanteringen.

## **God tillgänglighet och insatser inom rimlig tid**

Det ska vara lätt för kommuninvånarna att hitta information om och kontakta socialtjänstens verksamheter. Information och kontaktvägar ska vara anpassade för alla målgrupper och ge förutsättningar för jämlika villkor. Beslut och insatser ska ges inom rimlig tid utan att väntan innebär negativa konsekvenser för den enskilde.

### *Funktionsstöds arbete med att skapa tillgänglighet och ge insatser inom rimlig tid*

#### *Tillgänglighet*

Information om funktionsstöds verksamheter, kontaktvägar och hur man ansöker om stöd finns på Huddinge kommuns hemsida och kan även lämnas av Servicecenter. Informationsträffar i grupp eller individuellt, erbjuds varje månad.

Informationen och kontaktvägarna är anpassade för målgruppen genom användning av alternativ och kompletterande kommunikation, lättläst svenska samt med stöd av bilder för de som behöver. Information ges också till brukarna vid brukarråd som sker på enhets-, sektions- och verksamhetsnivå. Medarbetare samarbetar ofta tätt med närstående för att säkerställa tillgång till information.

#### *Insatser inom rimlig tid*

När någon har fått ett bifallsbeslut på en sökt insats skickas en beställning till utföraren som sedan har en viss tid på sig att verkställa insatsen. Insatser som inte har verkställts inom tre månader ska rapporteras till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Arbetet pågår löpande med att säkerställa god aktivitet och rättssäker handläggning genom granskning av utredningstider och kontroll av pågående beslut.

Uppsökarnas arbete innebär till stor del att stödja enskilda med psykisk ohälsa så att det inom rimlig tid kan få rätt stöd och hjälp från kommunen och/eller regionen.

Prioriteringarna som legitimerad personal gör grundas på hälso- och sjukvårdslagen som säger att vården ska ges på lika villkor och att den som har störst behov av vård ska få vård först. Ansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut finns tillgängliga på vardagar under dagtid.

Joursjuksköterska finns tillgänglig all övrig tid. Sjuksköterskan har möjlighet att kontakta regionens läkare dygnet runt för konsultation och vid behov även för akuta hembesök.

## Helhetssyn och samordning

Den enskilde ska uppleva att stödet är samordnat. Insatser och service ska präglas av en helhetssyn på individen och samordning med andra aktörer ska säkerställas. I omställningen till god och nära vård är samordning mellan vården och omsorgen en prioriterad utvecklingsfråga för att minska de glapp som uppstår mellan organisationerna

### *Funktionsstöds arbete med helhetssyn och samordning*

#### *Samverkan*

Det finns samverkansrutiner i kommunen för att säkerställa att brukare får ett samordnat stöd även då de är aktuella inom flera förvaltningar.

Samverkan med brukares företrädare, närstående och för brukaren andra viktiga personer sker kontinuerligt för att skapa en bild av den enskildes behov, och planera utformningen av stödet samt ansvarsfördelningen. En dialog ska alltid hållas med brukaren före samverkan för att säkerställa att brukaren medger detta.

Anhörigstödjarna samarbetar med ett flertal verksamheter inom kommunen och regionen samt med ett flertal externa aktörer som exempelvis pensionärsorganisationer och nationella/lokala anhörignätverk.

Dialogmöten med privata utförare av daglig verksamhet, korttidsboende, ledsagning, avlösning, hemtjänst och boendestöd genomförs regelbundet.

#### *Samverkan för att förebygga vårdskador*

Samverkan mellan kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation och andra vårdgivare sker ur flera perspektiv och med varierande fokus. Några exempel på detta är samverkan kring utskrivningsprocessen samt god och nära vård och omsorg. Det är väl känt att vårdens övergångar är ett riskområde och att välfungerande samverkan mellan vårdgivare är en förutsättning i arbetet med att förebygga vårdskador. Det finns en väl fungerande samverkan med Danderyds sjukhus nationella respirationscentrum (NRC) gällande patienter med behov av andningsstöd. Det genomförs regelbundna samverkansmöten med den regionala primärvården i Huddinge, avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), primärvårds rehab och psykiatri, med fokus på omställningen till God och nära vård och omsorg. Det finns även regelbunden samverkan med habiliteringen. Vid brister i vårdens övergångar skickas avvikelser till aktuell vårdgivare. Vid systematiska brister i samverkan kopplas regionens hälso- och sjukvårdsförvaltning in.

Samverkan sker kontinuerligt mellan olika yrkesgrupper inom organisationen. Legitimerad personal deltar på boendenas arbetsplatsträffar när det finns frågor som behöver diskuteras och personalen på boendena meddelar om de upptäcker risker som skulle kunna leda till vårdskador.

Brukare inom personlig assistans får hälso- och sjukvårdsinsatser via vårdcentraler. I de fall det finns behov av till exempel delegering runt vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter samverkar verksamheten med den vårdcentral där brukaren är listad.

## Resurser används där de kommer målgruppen till störst nytta

Verksamheternas arbete ska sträva efter att uppnå högsta möjliga kvalitet i förhållande till resursanvändning. Detta innebär både effektivitet i hur insatser och service utförs och att arbetet möter målgruppens behov. Resurser ska användas där de kommer målgruppen till störst nytta.

### *Funktionsstöds arbete med att använda resurser där de kommer målgruppen till störst nytta*

#### *Varje person får rätt insats i rätt tid*

Insatserna utvärderas för att säkerställa att de leder till önskat mål för den enskilde. Med hjälp av IBIC (individens behov i centrum) används ett gemensamt tankesätt och språk för att beskriva och dokumentera den enskildes behov, resurser, mål och resultat. Det sker strukturerade uppföljningar och sammanställningar på gruppnivå, vilka används som underlag för kvalitetsutveckling.

Biståndshandläggare följer regelbundet upp insatserna för att säkerställa att brukarens behov tillgodoses samt att utföraren fullföljer sitt uppdrag enligt beställning.



### *Effektiv boendekedja*

En översyn av olika boendeinsatser har initierats i syfte att erbjuda brukare att flytta inom boendeenheterna för att bättre kunna möta den enskildes behov och skapa en välfungerande boendekedja. Att personer med liknande behov av stöd bor inom samma boendeenhet gör att resurserna kan användas mer effektivt, både vad gäller personalens kompetens och boendets bemanning. Ett profilboende gynnar brukare genom att samla specialiserad kompetens samt säkerställer bemanning och aktiviteter som möter brukarnas behov.

### *Digitala lösningar som frigör resurser*

En viktig del i omställningen till god och nära vård och omsorg är att införa digitala lösningar där det är möjligt och lämpligt. Syftet med digitala lösningar är bland annat att arbeta mer resurseffektivt, att möjliggöra bättre kommunikation och att bidra till ökad patientsäkerhet. Idag används program/applikationer som stöd i kommunikation och planering med brukarna. En digital behovskalkylator används för att förkorta handläggningstiden och öka rättssäkerheten inom personlig assistans. Vidare undersöks möjligheten till digital hantering av habiliteringsersättning.

Under 2024 har arbete påbörjats för att införa ett nytt journalsystem som möjliggör dokumentation enligt nationell informationsstruktur (NI).

Grupp- och servicebostäder använder sedan flera år en digital tjänst för signering av läkemedel och andra hälso- och sjukvårdsinsatser. Under 2024 har även en daglig verksamhet infört digital signering, vilket ger en ökad säkerhet kring läkemedelshantering och delegering.

Verksamheten undersöker möjligheten till ytterligare digitala lösningar, exempelvis videosamtal och möjlighet till mobil dokumentation.

## Underlag för bedömning

För att systematiskt förbättra kvaliteten och agera för säker vård så att patienter inte drabbas av vårdskada används ett antal verktyg för att identifiera behov av förbättrande åtgärder. Verktygen består bland annat av riskanalys, egenkontroller, utredning av avvikelser, synpunkter och klagomål, och analys utifrån den nationella handlingsplanen för säker vård.

Vidare finns det faktorer i omvärlden och verksamhetens förutsättningar som påverkar hur kvaliteten och patientsäkerheten utvecklas. Allt detta har betydelse för att kunna bedöma hur kvaliteten och patientsäkerheten utvecklas och vilka förbättringsområden som behöver prioriteras.

## Händelser och förutsättningar som påverkat verksamheten

### Ändringar i uppdraget

- God och nära vård är en pågående nationell omställning inom hälso- och sjukvården som syftar till att patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan och ger ökad livskvalitet, samtidigt som resurser används mer effektivt. För att uppnå detta behöver vården och omsorgen bli mer proaktiv, personcentrerad, tillgänglig och sammanhållen. Under 2024 upprättade region Stockholm en handlingsplan för god och nära vård och omsorg 2024–2030 som beskriver riktning och prioriterade områden i omställningen. Socialförvaltningen och regionens primärvård i Huddinge kommun har därefter tagit fram en första gemensam lokal handlingsplan för god och nära vård, som beskriver aktiviteter som genomförs i samverkan mellan kommun och region i Huddinge. Utöver det pågår flera utvecklingsarbeten som för verksamheten i rätt riktning för omställningen. Från och med 2025 regleras statsbidragen för god och nära vård genom en förordning i stället för, som tidigare, i en överenskommelse mellan staten och SKR.

### Lagar /regelverk

- Nya socialtjänstlagen väntas träda i kraft 1 juli 2025. Inför lagändringen har en nulägesanalys och en workshop genomförts och arbetet med att planera för omställningen till den nya lagen har påbörjats.
- Nya bestämmelser för personlig assistans enligt kap 9 § 2 LSS trädde i kraft den 1 januari 2023. Funktionsstöd har noga följt utvecklingen av ansökningar, utredningar och beslut om personlig

assistans efter förändringen. Trots en ökning av antalet utredningar har andelen bifall inte ökat. De nya bestämmelserna har främst påverkat utredningarnas omfattning och komplexitet och ett metodstöd har upprättats för att underlätta handläggningen. Under 2024 har domar inkommit, bland annat från kammarrätten, som har gett vägledning främst om när momentet "förebyggande stöd" kan vara aktuellt. Att det har saknats vägledande prejudikat har försvårat handläggningen men domen från kammarrätten har gett en ökad tydlighet. Rättsläget bevakas även fortsättningsvis.

- Den 1 oktober 2023 trädde den första av två avtalsändringar enligt arbetstidsdirektivet i kraft. Denna förändring innebär att alla medarbetare ska få minst 11 timmars sammanhängande dygnsvila under varje 24-timmarsperiod, och arbetspass ska följas av obligatorisk dygnsvila. Konsekvenserna av förändringen syns främst inom personlig assistans, boendeenheterna och sjuksköterskejouren. En följd har varit att schemalaggningsen inte primärt baseras på brukarnas behov utan snarare på hur man kan planera personalens arbetspass. Anpassningen av arbetstider och vilotider har påverkat både planeringen av personalresurser och möjligheten för medarbetare att delta i gemensamma möten. I vissa fall behövs fler vikarier då medarbetare inte får arbeta lika långa pass som tidigare.

## Resurser (ekonomiska, personal eller andra)

- Några enheter har schemalagt att medarbetare går mellan enheterna vissa tider eller i vissa situationer, till exempel vid dubbelbemanning eller akut frånvaro. Ett ökat samarbete bidrar bland annat till ett minskat behov av vikarier och bättre kontinuitet för brukarna.
- Verksamheten har arbetat med implementering av IBIC och Lifecare vilket har varit kvalitetshöjande men även inneburit att handläggare har behövt avsätta tid för att sätta sig in i ett nytt sätt att utreda och handlägga i systemet.
- Ärendemängden inom LSS-vuxen har stadigt ökat. I syfte att skapa förutsättningar för handläggarna att utreda och fatta rättssäkra beslut utökades handläggargruppen med en tjänst från fem till sex handläggare.
- Det är fortsatt hög omsättning av biståndshandläggare och det tar tid för en ny handläggare att bli självständig i arbetet. Detta påverkar både kvaliteten och kontinuiteten i handläggningen negativt samtidigt som brukare kan uppleva en sämre service.

## Volym och målgrupp

- Anhörigstöd har uppmärksammat en markant ökning av anhöriga som önskar kontakt. Under 2024 har 824 personer önskat kontakt med anhörigstöd vilket är en ökning med 165 personer i jämförelse med förra året.
- Uppsökarverksamheten ser en minskning av vräkningsärenden jämfört med förra året men en ökning av kontakter av andra anledningar som psykisk ohälsa samt behov av stöd vid kontakt med myndigheter eller regionen.
- Målgruppen på servicebostäderna blir alltmer komplex och samsjuklighet är vanligt förekommande. En arbetsgrupp från servicebostäderna har påbörjat att kartlägga behov av stöd, kompetensutveckling, samverkan med psykiatri, samarbete med bostadsrättsföreningar, behov av handledning, nya rutiner och andra insatser.
- Antalet ärenden rörande utskrivningar från sjukhus har ökat med svårare ärenden och diagnoser såsom demens i yngre ålder och cancer.
- Från och med 1 november har en privat utförare övertagit driften, inklusive hälso- och sjukvårdsansvaret, för fyra boendeenheter som drivs på entreprenad. Det har frigjort tid för egen regins hälso- och sjukvårdspersonal att kunna arbeta mer med förebyggande insatser för övriga patienter inom funktionsstöd och socialpsykiatri.

## Organisation

- Förändringar har gjorts för att öka det nära ledarskapet, bland annat har fler biträdande enhetschefer anställts och ansvaret för medarbetarna inom myndighetsutövningen har delats upp mellan tre enhetschefer i stället för en. Boendestöd har fått en heltidsanställd chef på grund av ett ökat antal ärenden inom kommunens boendestöd i egen regi.
- En verksamhetsplanerartjänst har inrättats inom myndighetsutövningen för att kunna genomföra fler insatsmätningar, uppföljningar av nivåer<sup>5</sup> samt arbeta med en fungerande boendekedja.

## Fokusområden för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet under året som gått

Kvalitetsarbetet har under 2024 haft särskilt fokus på delaktighet och trygghet för brukare samt på att säkerställa en kunskapsbaserad verksamhet. Dessa områden är centrala för att möta både brukarnas behov och verksamhetens mål. Handlingsplaner för ökad patientsäkerhet samt för god och nära vård och omsorg har tagits fram, och god och nära vårdomställningen har genomsyrat de utvecklingsarbeten som genomförts.

### Delaktighet och trygghet

#### *Förbättrad kommunikation och delaktighet*

För att öka brukarnas delaktighet och trygghet har verksamheten fortsatt satsningen på kompetensutveckling inom alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) samt användning av verktyget InPrint<sup>6</sup>. Syftet har varit att stärka kommunikationsvägarna med brukarna, särskilt de med behov av stöd i att uttrycka sig.

#### *Trygghet och bemötande*

Kompetensutveckling inom språkutbildning, Yrkeskompetens<sup>7</sup> och via Forum Carpe har erbjudits med fokus på att skapa trygghet genom bättre bemötande och förståelse för brukarnas behov.

#### *Samarbete med anhöriga*

Samarbete med anhöriga har prioriterats för att minska konflikter mellan personal och närstående vilket tidigare har uppmärksammats som en källa till otrygghet för brukare. En rutin för stöd i samarbetet har utarbetats och implementeras för närvarande.

#### *Boendestöd och självständighet*

En utvärdering av boendestöd har påbörjats. Det långsiktiga syftet är att möjliggöra för vissa brukare att bo i egen lägenhet i stället för i en servicebostad och på så sätt öka brukarnas självständighet och valmöjligheter.

#### *Motverka tvångs- och begränsningsåtgärder*

Arbetet för att motverka tvångs- och begränsningsåtgärder har fortsatt genom utbildning och dialog för att främja ett mer respektfullt och inkluderande arbetssätt. Vidare har en ny rutin för användandet av skyddsåtgärder utarbetats och implementeras för närvarande i verksamheten.

#### *Bostäder för personer med funktionsnedsättningar*

Funktionsstöd har deltagit i kungömmemensamma insatser för att öka tillgången till bostäder i Huddinge kommun för personer med funktionsnedsättningar. Tillgång till ändamålsenliga bostäder bidrar till trygghet och långsiktiga lösningar för brukarna.

### Kunskapsbaserad verksamhet

#### *Arbetssättet IBIC*

Implementeringen av arbetssättet IBIC (Individens Behov i Centrum) har fortsatt inom både myndighetsutövningen och utförarverksamheterna. Syftet med arbetssättet är att säkerställa att stödet är kunskaps- och evidensbaserat samt att brukarnas behov står i fokus.

---

<sup>5</sup> Med hjälp av Södertörnsmodellen bedöms omsorgsbehov och omfattningen av personalstöd för personer med insatser enligt 9 § pkt 9 LSS, där resultatet kopplas till en nivåersättning.

<sup>6</sup> Inprint är ett layoutprogram för att skapa material med bild- och symbolstöd.

<sup>7</sup> Yrkeskompetens är Huddinge kommuns basutbildning i de yrkeskrav som finns inom funktionsstöd.

### *Processer och rutiner*

För att förbättra följsamheten till rutiner och processer har verksamheten gjort dessa mer lättillgängliga för medarbetare. Utbildningar och genomgångar har hållits med processledare och processägare för att säkerställa att medarbetarna känner till och följer befintliga rutiner. Flera enheter har haft extra fokus på att göra kvalitetsledningssystemet känt hos medarbetarna.

### *Social dokumentation*

Stödet kring social dokumentation har utvärderats och kommer att vidareutvecklats under nästa år för att säkerställa att dokumentationen är korrekt och användbar i det dagliga arbetet.

### *God och nära vård och omsorg*

Flera olika insatser har genomförts i enlighet med omställningen till god och nära vård och omsorg. Bland annat har en föreläsningdag för boendechefen och hälso- och sjukvårdsorganisationen arrangerats på temat "Åldrande och smärta hos personer med funktionsnedsättning". Hälsoombud och arbetsledare har utbildats i, bland annat, betydelsen av god och nära vård samt i munhälsa. Alla arbetsledare har lyssnat på en föreläsning om smärta hos personer med funktionsnedsättning.

Psykisk hälsa hos patienter med funktionsnedsättningar har varit ett prioriterat område, där medarbetare har deltagit i flera utbildningar för att förbättra sitt stöd och främja psykiskt välbefinnande. Personalen behöver förstå både risk- och friskfaktorer specifika för personer med funktionsnedsättningar och kunna kommunicera på ett sätt som är tillgängligt och begripligt för individen.

På korttidsboende för barn har samverkan med Huddinge vårdcentral påbörjats för att säkerställa patientsäker läkemedelshantering.

Resurser används där de kommer målgruppen till störst nytta

### *Resursoptimering*

En översyn av LSS-boendena i egen regi har genomförts för att optimera resurserna och säkerställa att befintliga boenden används på bästa möjliga sätt. Detta har utmynnat i en framtida plan om ett gruppboende med inriktning för äldre.

## Övergripande mål och strategier i patientsäkerhetsarbetet

För att stärka patientsäkerheten genomfördes en nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet, vilket resulterade i en lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Fokusområden i planen har varit ökad kunskap om inträffade vårdskador, tillförlitliga och säkra system och processer samt säker vård här och nu. Insatser som genomförts har bland annat innefattat att ge ökad kunskap om hälso- och sjukvårdsansvar och patientsäkerhet för nya och befintliga chefer.

Grunden för en hälsofrämjande arbetsplats med hög patientsäkerhet är ett systematiskt patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbete. Hösten 2024 genomfördes för första gången en mätning av patientsäkerhetskulturen med hjälp av verktyget "Hållbart säkerhetsengagemang" (HSE). Verksamheten kommer att arbeta vidare med resultatet av mätningen under 2025.

### *Uppföljning av mål för patientsäkerhetsarbetet*

Mål: Patientsäkra hälsobedömningar på distans vid förändrat hälsotillstånd

Under 2024 fanns en plan att utveckla och implementera en digital tjänst för videosamtal mellan brukare, omsorgspersonal och legitimerad personal. Syftet var att möjliggöra säkrare och snabbare bedömningar på distans. Genomförandet har dock fördröjts och planeras i stället under 2025.

Mål: Hälsorelaterade risker identifieras i större utsträckning än tidigare inom funktionsstöd och socialpsykiatri

Uppföljning: Personer med intellektuell funktionsnedsättning har ökad risk för fysisk och psykisk ohälsa samt dålig tandhälsa. Under året har ett systematiskt förebyggande arbete med brukaren i fokus tagits fram vilket ska implementeras på grupp- och servicebostäderna under 2025. Åtgärderna inkluderar Phase-proxy<sup>8</sup> inför läkemedelsgenomgångar, råd om hälsosamma livsstilsval, tidig upptäckt av fysisk eller psykisk ohälsa, FaR-recept för fysisk aktivitet och hälsofrämjande samtal

---

<sup>8</sup> Phase-proxy är en skattningsskala som används för att uppmärksamma besvär som kan ha samband med läkemedelsbehandling.

### *Tillförlitliga arbetsprocesser och system*

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejaktas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

Hälsö- och sjukvårdsdokumentation har i år, liksom 2023, varit ett fokusområde. Vårdplaner har ytterligare utvecklats för att säkerställa god och säker vård. Vidare har ökad kunskap om vad som ska ingå i dokumentation vid inskrivning av ny patient samt dokumentation vid vård i livets slutskede utvecklats.

### *Basala hygienrutiner och klädregler*

Utbildning, observation och självskattning av basala hygienrutiner och klädregler sker regelbundet på enheterna. Trots detta visar resultatet i mätningar att det finns brister i följsamheten.

## Avvikelser

Alla som arbetar eller på annat sätt fullgör uppgifter inom socialtjänsten är skyldiga att rapportera om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande sker för en enskild som tar emot eller kan komma att ta emot stöd och insatser från verksamheten. Utöver det hanterar verksamheten också andra avvikelser som inte har inneburit en risk eller ett missförhållande för en individ (så kallade interna avvikelser eller annan avvikelse).

Att avvikelser rapporteras är positivt eftersom det innebär en medvetenhet gällande brister som förekommer, vilket är en förutsättning för att kunna utveckla och förbättra vården och omsorgen. Ett lågt antal rapporterade händelser i en verksamhet är således inte detsamma som att kvaliteten i verksamheten är hög, precis som att många rapporterade avvikelser inte är att betrakta som ett tecken på dålig kvalitet.

Avvikelsehanteringen är central även i patientsäkerhetsarbetet. Enligt patientsäkerhetslagen (2012:659) ska vårdgivaren utreda händelser som orsakat eller hade kunnat orsaka vårdskada för att klarlägga händelseförloppet, identifiera bakomliggande orsaker och vidta åtgärder som förebygger liknande händelser. Det kan också handla om att begränsa effekterna om händelsen inte helt går att förhindra. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser. Åtgärder ska följas upp och kunskap spridas i verksamheten.

Händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria) samt som har medfört allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande (lex Sarah) ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

### *Funktionsstöds arbete med avvikelser*

Information om rapporteringsskyldigheten sprids till medarbetarna i verksamheten vid introduktion för nyanställda samt på en arbetsplatsträff en gång om året.

Avvikelser rapporteras och registreras i ett digitalt avvikelsehanteringssystem. Närmast ansvarig chef på enheten tar emot avvikelser av typen Lex Sarah och "annan avvikelse" och HSL-avvikelser tas emot av sjuksköterskor. Utredning av avvikelser görs av enhetschef (annan avvikelse), sjuksköterska och enhetschef (HSL-avvikelse) och utvecklingsledare eller jurist (lex Sarah). Åtgärder beslutas och genomförs både direkt i anslutning till händelsen och i samband med att utredningen genomförs.

För att dra lärdom av avvikelserna sammanställs och analyseras de olika typerna av avvikelser vid flera tidpunkter under året. Avvikelserna diskuteras därefter i flera olika forum.

Nedan följer en sammanställning och analys av alla avvikelser som har rapporterats och utretts under året.

Typ av avvikelse SoL	Antal avvikelser 2023	Antal avvikelser 2024	Varav bedömda som allvarliga och rapporterade till IVO 2024
Annan avvikelse	311	258	0
Lex Sarah	39	35	0

Typ av avvikelse HSL	Antal avvikelser 2023	Antal avvikelser 2024	Varav bedömda som Lex Maria och rapporterade till IVO 2024
Fall	77	62	0
Läkemedel	59	217	1
Medicintekniska produkter	7	20	0
Trycksår	1	0	0
Vård och behandling	7	9	0
Avvikelser gällande vårdens övergångar	11	12	0

## Analys av avvikelser

Avvikelsehanteringen har fungerat som en integrerad del av kvalitetsarbetet, där rapporterade avvikelser regelbundet diskuteras på APT för att analysera orsaker och besluta om åtgärder. Under året har fokus legat på att förbättra förståelsen för vad som är att betrakta en avvikelse, vilket har lett till minskad överrapportering och mer relevanta rapporter på vissa enheter. Samtidigt har insatser genomförts för att motverka underrapportering, särskilt inom personlig assistans och boendestöd, genom att tydliggöra syftet med avvikelsehantering och skapa en positiv syn på rapportering.

Gällande hälso- och sjukvårdsavvikelser har en förbättring skett genom ökad kunskap bland personalen om vad som ska rapporteras, och det löpande arbetet fungerar väl. Dock saknas ett övergripande forum för dialog och analys av dessa avvikelser mellan hälso- och sjukvårdspersonal och övriga utförare, vilket skulle kunna bidra till att identifiera mönster och vidta strategiska åtgärder. Detta kvarstår som ett utvecklingsområde. Även metodiken och dokumentationen gällande avvikelseutredningar behöver stärkas.

De vanligaste bakomliggande orsakerna till de rapporterade händelserna är brister i kommunikation och information samt i processer och rutiner och det är inom samma områden som flest åtgärder har genomförts. Utredningarna har visat att det funnits rutiner för de saker som har brustit men implementeringen har inte fungerat tillfredsställande. Ett utvecklingsarbete har pågått under en tid med att underlätta för medarbetare att hitta och använda rutiner. Det arbetet kommer att fortsätta under 2025.

## Lex Sarah

Under 2024 har 35 Lex Sarah-utredningar slutförts, vilket innebär en marginell minskning sedan 2023. Av de 35 utredningarna har 20 händelser bedömts vara missförhållanden eller innebära en påtaglig risk för missförhållanden enligt Lex Sarah. Under året har inga allvarliga avvikelser rapporterats till IVO.

De händelser som har klassificerats som missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden handlar om att brukare inte har fått det stöd de behöver, att stödet utförts felaktigt, utmanande beteenden, stöld, begränsningsåtgärder, olämpligt bemötande av personal och svårigheter att verkställa beslut.

Bristerna som identifierats omfattar att personal inte följer rutiner eller fastställda arbetssätt, att förebyggande arbete och planering för att hantera utmanande beteenden är otillräckligt, samt att tvångs- och begränsningsåtgärder används i stället för pedagogiska insatser och tillsyn. Det har också funnits brister i riktlinjer kring fysisk kontakt med brukare och problem med bemötande och kommunikation.

Flera åtgärder har genomförts för att komma till rätta med bristerna, exempelvis

- tydligare rutiner och förhållningssätt kring fysisk kontakt och hantering av utmanande beteenden
- för att förebygga att utmanande beteenden påverkar andra brukare har kartläggningar och användning av checklistor enligt 9D-modellen<sup>9</sup> genomförts
- personalgrupper har fått mer information och påminnelser om relevanta arbetssätt och verktyg
- diskussioner och kunskapsdelning om tvångs- och begränsningsåtgärder har intensifierats för att eliminera deras användning och i stället främja pedagogiska insatser

<sup>9</sup> 9D-modellen är en evidensbaserad metod för att minska hot-, och våldssituationer.

## Annan avvikelse

Under 2024 har totalt 258 avvikelser utretts, vilket innebär en betydande minskning jämfört med antalet avvikelser som utreddes under föregående år. Minskningen kan indikera förbättrad följsamhet till rutiner, men underrapportering kan inte uteslutas.

De vanligaste orsakerna till avvikelser är brister i kommunikation och information samt avvikelser från processer och rutiner. Inom boendesektionen har avvikelserna främst handlat om bristande följsamhet till rutiner och metodblad, ej utförda städrutiner, missad uppdatering av scheman och brister i arbetsfördelning. Inom sysselsättning och assistans har avvikelser rapporterats kopplade till hot- och våldssituationer.

Åtgärderna har huvudsakligen fokuserat på förbättrad information och kommunikation samt uppdatering av processer, rutiner och riktlinjer. Inom boendesektionen har enhetschefer genomfört individuella samtal, diskussion med personalgrupper samt reviderat metodblad. Inom sysselsättning och assistans har åtgärder som utbildning, nya metodblad och miljöförändringar för att minska konflikter och förbättra samspelet mellan brukare genomförts.

Behov av tydligare ansvarsfördelning och förbättrade rutiner har identifierats, särskilt i komplexa situationer.

## Hälso- och sjukvårdsavvikelser

Antalet läkemedelsavvikelser har ökat från 59 under 2023 till 217 under 2024. Denna ökning bedöms främst bero på ökad avvikelserapportering snarare än fler faktiska avvikelser. Nästan alla enheter har rapporterat avvikelser, men rapporteringsgraden skiljer sig åt mellan enheter.

De flesta avvikelserna rör missade läkemedelsutdelningar, ofullständig dosering eller glömda signeringar. Det finns återkommande problem med följsamhet till rutiner och processer för läkemedelshantering. Legitimerad personal har identifierat att vissa arbetssätt, exempelvis att hantera läkemedel för flera brukare samtidigt, försvårar efterlevnaden av rutiner. Även kunskapsbrister i kombination med höga krav på läkemedelshantering bidrar till avvikelser. För att minska riskerna för att avvikelser sker har enhetschefer lyft avvikelser för diskussion på APT-möten, gått igenom rutiner och adresserat kommunikationsbrister. Legitimerad personal har även haft dialog med enhetschefer och arbetsledare om hur arbetssätt kan förbättras.

Antalet fallavvikelser har minskat, från 77 fall under 2023 till 62 fall under 2024. Legitimerad personal har identifierat att många avvikelser rör enstaka personer med upprepade fall, där målet är att bibehålla deras mobilitet så länge som möjligt, trots den ökade fallrisken. Miljön har anpassats för att minska riskerna. Sjuksköterska och rehabiliteringspersonal involveras vid alla fall och medicintekniska hjälpmedel har införskaffats för att förebygga framtida incidenter.

Majoriteten av avvikelserna som rapporterats gällande vård och behandling kan kopplas till brister i kommunikation, information samt i att följa processer och rutiner.

Avvikelserna som rör medicintekniska produkter har främst rört brister i hanteringen. Utredningar visar att bristande efterlevnad av procedurer och rutiner är en vanlig orsak. Andra bidragande faktorer inkluderar kommunikationsproblem, brister i informationsöverföring samt tekniska och utrustningsrelaterade problem.

För att förbättra hanteringen av medicintekniska produkter har nya rutiner införts.

Inga avvikelser gällande trycksår har rapporterats under året.

### *Risk för allvarlig vårdskada Lex Maria*

Under 2024 har det inträffat en händelse som anmälts till IVO enligt lex Maria som risk för allvarlig vårdskada. En felaktigt hög dos insulin iordningställdes och administrerades vilket hade kunnat leda till allvarlig vårdskada. Händelsen har utretts och åtgärder har vidtagits för att förhindra att händelsen upprepas. IVO har avslutat ärendet utan ytterligare åtgärder. Utredningens slutsatser har spridits i verksamheten för att möjliggöra lärande i hela organisationen.

## Avvikelser från privata utförare

Privata utförare ska informera nämnden om inkomna avvikelser genom att årligen delge nämnden en kvalitetsberättelse.

Utöver detta ska utförarna informera nämnden om:

- Beslut om allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande enligt bestämmelserna om lex Sarah samt om en anmälan skickas till tillsynsmyndigheten Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- Beslut om anmälan enligt bestämmelserna om lex Maria till tillsynsmyndigheten Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

### *Analys av avvikelser från privata utförare*

Privata utförare av daglig verksamhet, korttidsvistelse, boendestöd och ledsagning och avlösning följer skyldigheten att rapportera missförhållanden i mindre grad än kommunens egen regi. Ofta hanterar de privata utförarna missförhållanden som interna avvikelser. När privata utförare rapporterar missförhållanden anger de ofta att dessa gäller brukare som är bosatta i andra kommuner. För året 2024 inkom ingen information om lex Sarah- eller lex Maria-rapporter från privata utförare till nämnden.

## Synpunkter och klagomål

Ett klagomål innebär att någon klagar på att verksamheten inte lever upp till god kvalitet. Med synpunkter avses övrigt som framförs som berör verksamheten, till exempel förslag på förbättringar.

### *Funktionsstöds arbete med synpunkter och klagomål*

Verksamhetens förhållningssätt till synpunkter och klagomål är att:

- Vi tar alla klagomål och synpunkter från våra brukare, medarbetare och andra på allvar
- Vi bemöter klagomål och synpunkter på ett positivt och konstruktivt sätt
- Vi ser klagomål och synpunkter som en möjlighet att förbättra vår verksamhet

Synpunkter och klagomål som inkommer till verksamheten ska dokumenteras, registreras och hanteras av närmast ansvarig chef. Klagomålet ska analyseras och vid behov planeras åtgärder. Återkoppling görs alltid till den som har klagat. Vid klagomål gällande hälso- och sjukvården som inkommer via IVO eller patientnämnden kopplas alltid medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS in.

Nedan följer en redogörelse av synpunkter och klagomål som har inkommit under året.

Verksamhet	Antal
Myndighetsutövning	2
Sysselsättning och assistans	7
Boende	128
Hälso- och sjukvård	0

## Analys av synpunkter och klagomål

Klagomålen har främst inkommit via e-post från brukare eller deras företrädare och har handlat om

- tillgänglighet
- brister gällande hygien
- utförande av insatser
- språkbrister hos personal
- bemötande
- kommunikationsproblem
- brister i boendemiljön
- samt specifika händelser såsom att brukare skickats hem med symptom eller att medhavda matlådor inte ätits upp

Återkommande teman inkluderar svårigheter att möta förväntningar från brukare eller deras företrädare, tillgänglighet och förseningar vid hantering av begäran om offentliga handlingar. I vissa fall har klagomål



återkommit när svar eller åtgärder inte motsvarat förväntningarna. I andra fall har många klagomål inkommit från enskilda brukare, ofta kopplade till verksamhetens svårigheter att möta särskilda behov.

Enhetschefer har implementerat regelbundna vecko- eller månadssamtal för att identifiera och förebygga klagomål. Detta har på vissa enheter lett till ökad nöjdhet och färre klagomål.

Förebyggande åtgärder, såsom samtal, anpassade insatser och uppföljningar, är centrala för att minska antalet klagomål. Ett nära samarbete mellan enhetschefer, biståndshandläggare och andra myndigheter har också visat sig vara en viktig faktor för att bättre möta brukarnas behov.

## Hur har synpunkts- och klagomålshanteringen fungerat under året?

Synpunkter och klagomål tas upp och diskuteras vid APT-möten, och information om klagomålshanteringen förmedlas kontinuerligt. Det finns ett behov av att tydligare registrera och följa upp inkomna klagomål och synpunkter. I de fall där någon på enheten har agerat felaktigt gentemot brukaren eller i utförandet av insatsen, rapporteras detta som en intern avvikelse för vidare utredning och åtgärder.

Skillnaderna i antalet klagomål mellan olika sektioner kan delvis förklaras av variationer i hur klagomål registreras och hanteras inom verksamheten. Om flera klagomål från samma person handlar om liknande frågor och inkommer inom kort tid, kan dessa ibland sammanföras till ett enda ärende i klagomålssystemet.

Relativt få klagomål har inkommit, vilket delvis kan förklaras av att enheterna ofta hanterar missnöje innan det leder till skriftliga klagomål. Nästan samtliga klagomål har hanterats genom samtal och åtgärder.

Några enheter har haft ett större antal klagomål. På en av enheterna har organisationsförändringar och förebyggande samtal gett goda resultat, medan arbetet för att förbättra situationen på andra enheter fortfarande pågår.

För att säkerställa en effektiv klagomålshantering kommer myndighetsutövningen att vidta åtgärder för att tydliggöra för brukarna hur de kan framföra klagomål. Samtidigt kommer insatser genomföras för att säkerställa att handläggarna följer rutiner för att registrera och hantera inkomna klagomål.

## Synpunkter och klagomål på privata utförare

Synpunkter och klagomål på privata utförare som inkommer till kommunen registreras och vidarebefordras till den berörda utföraren tillsammans med en begäran om svar. Det inkomna svaret granskas och bedöms utifrån huruvida utföraren har analyserat de bakomliggande orsakerna till händelsen och föreslagit relevanta åtgärder för att hantera situationen.

Vid klagomål av allvarlig karaktär eller vid återkommande klagomål av samma typ görs en bedömning om en fördjupad uppföljning krävs. Ärendet avslutas först när svaret bedöms vara fullständigt och utföraren har uppfyllt sin skyldighet att hantera och åtgärda ärendet.

Insatstyp	Antal klagomål som inkommit till kommunen
Daglig verksamhet	0
Korttidsvistelse	0
Boendestöd för personer med funktionsnedsättning	4
Ledsagar- och avlösarservice enligt LSS och ledsagning och avlösning enligt SoL för personer under 18 år	0
Hemtjänst	5

## Analys av synpunkter och klagomål på privata utförare

Synpunkter och klagomål som inkommit för boendestöd har handlat om följande:

- Brister i svenska språket hos personal
- Oseriöst genomförda insatser
- Missnöjdhet med planering och utförande av insatser

Synpunkter och klagomål som inkommit för hemtjänst har handlat om följande:

- Missnöje med hur insatserna har planerats och utförts
- Språkbrister hos personalen
- Bemötande och kommunikation
- Missnöje med matlådor

Bakomliggande orsaker har varit missförstånd och oklarheter i kommunikationen mellan brukare och utförare. Språkbrister hos personalen ses som en återkommande problematik som är generell inom vård och omsorg.

## Riskhantering

Risker identifieras för att förebygga att händelser inträffar som kan medföra brister i kvaliteten eller patientsäkerheten för de som tar emot stöd och insatser.

### *Funktionsstöds arbete med att identifiera och hantera risker*

Arbetet med att hantera risker som kan påverka brukarna är en kontinuerlig och systematisk process. Risker identifieras och analyseras i början av året och följs därefter upp löpande i samband med delårsrapporter och vid årets slut.

Vid förändringar i verksamheten genomförs särskilda riskbedömningar för att säkerställa att nya eller förändrade risker hanteras på ett adekvat sätt.

Funktionsstöd arbetar systematiskt med riskhantering under hela året. Risker diskuteras regelbundet vid arbetsplatsträffar, sektionsledningsmöten, planeringsdagar och delårsuppföljningar. Detta görs för att följa utvecklingen av identifierade risker samt säkerställa att åtgärder kopplade till dessa genomförs och utvärderas.

Systematiken i arbetet har bidragit till att medarbetarna är bekanta med de identifierade riskerna vilket även underlättar utvecklingsarbetet.

En viktig lärdom har varit att koppla verksamhetens mål till medarbetarnas individuella mål, anpassade efter deras roller. Exempelvis har arbetsledare och stödpedagoger haft mål kopplade till implementeringen av 9D, vilket har gett positiva resultat.

Inom myndighetsutövningen finns utmaningar kopplade till att hålla rutiner och processer uppdaterade samt att utveckla nya bedömningsstöd. Detta arbete är både tidskrävande och kräver samarbete mellan flera funktioner. Denna lärdom är särskilt viktig att ta med inför implementeringen av den nya socialtjänstlagen, som förväntas träda i kraft i juli 2025.

För att möta de nya kraven kommer det att vara nödvändigt att uppdatera befintliga rutiner och genomföra anpassningar till den nya lagstiftningen. Därför behöver resurser avsättas för detta arbete.

För att förbättra riskhanteringen behöver verksamheten bli bättre på att "avsluta" risker när de har åtgärdats och inte längre är aktuella, samt att dokumentera nya identifierade risker löpande och inte bara vid årets början. För att fånga upp risker relaterade till patientsäkerhet vid organisationsförändringar har dialog förts med chefer och en checklista har upprättats.

De största riskerna som har hanterats inom funktionsstöd under 2024 redovisas i bilaga 2.

## Egenkontroller

En egenkontroll är en uppföljning av att verksamheten uppfyller de krav som finns samt att den bedrivs enligt verksamhetens processer och rutiner. Egenkontrollerna genomförs i den omfattning som verksamheten bedömer krävs för att säkerställa en god kvalitet och patientsäkerhet.

### *Funktionsstöds arbete med egenkontroller*

I samband med att kvalitets- och patientsäkerhetsplanen fastställs planeras vilka egenkontroller som ska genomföras under året. Om behov uppstår kan nya egenkontroller tillkomma under året. Exempelvis kan det handla om att kontrollera utvecklingen av en risk eller för att säkerställa efterlevnad av nya krav eller rutiner. Några kontroller är gemensamma för alla inom verksamhetsområdet medan andra identifieras specifikt för en sektion eller en enhet.

Egenkontroller följs upp med olika intervall, där vissa kontroller genomförs årligen och andra oftare. När en kontroll involverar flera enheter granskas resultaten på sektionsnivå, verksamhetsnivå eller av MAS. Syftet är att identifiera gemensamma förbättringsområden och främja enhetlig utveckling.

Egenkontrollerna har i huvudsak genomförts enligt rutin och visat sig vara effektiva för att identifiera brister inom områden som social dokumentation och vårdhygien. Checklistorna som används vid egenkontroller har vidareutvecklats för att bättre anpassas till respektive insatsområde. Dessa förbättringar har gjort checklistorna mer relevanta och användarvänliga, vilket i sin tur har underlättat framtagandet av åtgärder och bidragit till effektivare arbetsprocesser.

Resultaten från egenkontrollerna indikerar en hög och jämn kvalitet inom verksamheten. En ny egenkontroll för munhälsa har dock visat på ett lägre resultat, vilket uppmärksammar ett behov av ökad kompetens hos personalen. Chefer arbetar aktivt med att höja kompetensen inom området, bland annat genom att erbjuda digital utbildning för timanställda.

Resultat från de genomförda egenkontrollerna redovisas i bilaga 2.

## Brukarundersökningar

Under hösten 2024 genomfördes SKR:s årliga nationella brukarundersökning inom såväl utförarverksamhet som myndighetsutövning. Huddinge uppvisar generellt sett ett bra resultat i brukarundersökningen i relation till det nationella genomsnittet.

Anhörigstöd och uppsökarverksamheten som inte omfattas av den nationella undersökningen genomför egna utvärderingar.

### Myndighetsutövning

Resultatet visar att brukarna upplever ett mycket gott bemötande och en hög grad av delaktighet i kontakten med handläggare. Särskilt framträdande är att samtliga brukare känner sig väl informerade om innehållet i möten och upplever att de har fått möjlighet att uttrycka sina åsikter och behov på ett tydligt och begripligt sätt.

En utvärdering av anhörigkaféerna visar att deltagarna generellt är mycket nöjda och att dessa träffar skapar värdefull gemenskap och möjligheter att dela erfarenheter. Deltagarna har också uttryckt ett behov av att få mer kunskap om demens och samhällsstöd, samt praktiska råd för att hantera sin situation. Vidare framkom att vissa deltagare önskar närvaro av bistånds- och färdtjänsthandläggare vid träffarna. Majoriteten av deltagarna upplever att deras anhörigsituation förbättrats genom stödet de fått, vilket stärker vikten av att fortsätta utveckla kaféverksamheten med dessa önskemål i åtanke.

Den uppsökande verksamheten för vuxna med psykisk ohälsa visade på positiva resultat gällande bemötande och den hjälp som erbjudits, vilken varit både vägledande och praktiskt stödjande. Dock var svarsfrekvensen något lägre i år jämfört med föregående år. För att öka deltagandet i kommande undersökningar planeras fler riktade informationsinsatser och uppföljningar.

### Bostad med särskild service

Resultatet från årets brukarundersökning visar en stor förbättring i brukarnas upplevelse av delaktighet och nöjdhet på servicebostäderna. Denna framgång kan kopplas till ett stärkt arbete med brukarråd, genomförandeplaner och individuella samtal. På gruppboende är resultaten fortsatt höga, även om en liten nedgång noteras från föregående år. Inom servicebostäderna har resultatet ökat med hela tolv procentenheter inom området "att brukaren får den hjälp hen vill ha." Arbetet med att förbättra trygghet och bemötande har intensifierats, särskilt genom värderingsarbete, utbildningar och stöd av metodutvecklare. För grupper med särskilda kommunikationsbehov har AKK använts för att bättre fånga upp deras synpunkter.

### Sysselsättning och assistans

Brukarundersökningen 2023 inom daglig verksamhet identifierade ett behov av förbättrad och mer anpassad kommunikation, då flera brukare upplevde att personalen inte alltid kommunicerade på ett sätt som var lätt att förstå eller att personalen hade svårt att förstå brukarna. Som en åtgärd under 2024 har verksamheten intensifierat arbetet med alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) samt andra kommunikationsstöd. Detta arbete är fortfarande pågående och kommer att vara ett prioriterat utvecklingsområde även framöver. Verksamheten kan ännu inte se resultat av sina framtagna åtgärder.

Inom personlig assistans utmärker sig särskilt en fråga i brukarundersökningen: "Har du varit med och bestämt vilka som är dina assistenter?" I Huddinge svarar samtliga brukare ja, jämfört med det nationella genomsnittet på 55 procent. Det visar att verksamheten lägger stor vikt vid brukarinflytande och självbestämmande.

Sammanfattningsvis visar årets brukarundersökningar att åtgärderna från tidigare år har gett resultat, med förbättringar inom flera områden. Fortsatt arbete behövs dock för att ytterligare stärka kommunikation, delaktighet och trygghet i alla verksamheter.

## Sammanfattning av kvalitet och patientsäkerhet

Generellt kan sägas att liknande eller samma utvecklingsområden som föregående år återkommer i årets kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse. För att få effekt av nya metoder och arbetssätt krävs god förankring och implementering vilket ofta tar tid. Det dröjer också innan det går att utvärdera effekten för målgruppen varför flera åtgärder följs upp och vidareutvecklas under en längre tid.

### Förebyggande verksamhet

Förebyggande verksamhet, i form av anhörigstöd och uppsökande verksamhet, arbetar kontinuerligt för att säkerställa hög kvalitet och effektivitet i sina insatser. Genom regelbundna utvärderingar och deltagande i fortbildning baseras arbetet på den bästa tillgängliga kunskapen och evidensbaserade metoder. Verksamheten utgår från individens behov och förutsättningar, där flexibilitet, delaktighet och respekt är centrala värden.

De individer som den förebyggande verksamheten kommer i kontakt med är delaktiga i utformningen av stöd och insatser. Inom den uppsökande verksamheten sker detta genom att individens önskemål ligger till grund för en gemensam plan, samtidigt som uppdragets ramar respekteras. Detta bidrar till att insatserna är ändamålsenliga och anpassade efter både individuella och grupp-specifika behov.

Anhörigstödet fokus läggs främst på att skapa gemenskap och minska ensamhet, medan den uppsökande verksamheten arbetar för att nå personer med psykisk ohälsa som annars inte skulle få hjälp. Den uppsökande verksamheten arbetar även vräkningsförebyggande vilket inte bara bidrar till att minska mänskligt lidande utan också till att optimera resursanvändningen på ett sätt som gynnar både individen och samhället.

En helhetssyn genomsyrar arbetet, där samverkan med andra kommunala och externa aktörer är en förutsättning för att erbjuda sammanhållet stöd. Verksamheten fokuserar på att använda resurser effektivt för att möta målgruppens behov och systematiska uppföljningar genomförs för att identifiera och prioritera rätt insatser.

Brukarundersökningar visar att stödet upplevs som tryggt och meningsfullt, samtidigt som statistik och analyser ger underlag för att ständigt förbättra verksamheten.

### Biståndsbedömning

Kvalitetsarbetet har präglats av systematiska insatser för att säkerställa en rättssäker och kunskapsbaserad myndighetsutövning. Implementeringen av IBIC (Individens behov i centrum) har varit central för att stärka utredningsarbetet, dokumentationen och uppföljningar. Vid uppföljning av överklagade beslut har förvaltningsrätten i de flesta fall dömt i linje med myndighetens beslut, vilket indikerar att handläggningen är rättssäker.

Resultat av brukarundersökningen visar att brukarna upplever ett mycket gott bemötande och hög grad av delaktighet i kontakten med handläggare. Brukarnas delaktighet har förstärkts genom en utökad användning av bildstöd i kommunikationen mellan handläggaren och den enskilde. Även åtgärder för att förbättra svarsfrekvensen på brukarundersökningar har genomförts vilket fortsätter även under 2025.

Antalet klagomål och avvikelser har varit lågt under året vilket kan vara ett resultat av att åtgärder för att skapa trygghet och säkerhet har varit prioriterade under året. Klagomål och avvikelserapportering ses som en värdefull möjlighet att identifiera förbättringsområden och vidareutveckla verksamheten.

Utredningstiderna har varit rimliga, med snabba och effektiva handläggningar som säkerställer rätt insats i rätt tid. Genom regelbundna uppföljningar, insatsmätningar och förbättring av interna processer har verksamheten arbetat för god tillgänglighet och effektiv resursanvändning.

För att möta målgruppens behov har myndighetsutövningen arbetat för förbättrad samverkan, samordning och helhetssyn kring den enskilde och kompetenshöjande insatser för medarbetarna har genomförts. Trots vissa utmaningar med att följa upp insatser tillräckligt ofta har framstegen under året lagt grund för att möta de ökade krav som förväntas med den nya socialtjänstlagen.

## Utförande av insatser i egen regi

Utförarna i egen regi arbetar evidensbaserat med bland annat alternativ och kompletterande kommunikation (AKK), 9-D modellen samt kring att motverka begränsningsåtgärder. Kompetensutveckling har genomförts genom riktade utbildningar inom bland annat sexuell hälsa och AKK. Uppföljningar och granskningar säkerställer att arbetssätt och metoder ger önskad effekt.

Brukarna involveras i planeringen av sitt stöd, som exempelvis vid aktiviteter och semesterresor, vilket ger möjlighet till självbestämmande och integritet. Brukares upplevelse av det stöd och den service de får mäts varje år genom SKR:s nationella brukarundersökning. Vidare genomförs brukarråd på samtliga organisatoriska nivåer. Detta bidrar tillsammans till en individanpassad och brukarstyrd verksamhet.

För att främja ett gott bemötande genomförs utbildningar och goda exempel lyfts fram. Under året har verksamheten tagit fram ett stödmaterial för att främja samarbetet med anhöriga vilket väntas leda till ökad trygghet. Vidare har funktionsstöd utvecklat samverkan med såväl interna som externa aktörer. Medel från statsbidragen God och nära vård samt Uppdrag psykisk hälsa har gjort det möjligt att stärka samarbetet mellan den interna hälso- och sjukvårdsorganisationen och övriga enheter inom funktionsstöd samt med psykiatri. Vidare framhålls införandet av IBIC (Individens behov i centrum) som ett sätt att främja helhetssyn samt att skapa bättre förutsättningar för uppföljning av insatsen.

Information om insatser och kontaktvägar är anpassade för att vara lättillgängliga för målgruppen. Det inkluderar information på lättläst svenska och med bildstöd, samt tillgång till tolk vid behov.

### Patientsäkerhet

Patientsäkerheten upprätthålls, men det finns förbättringspotential inom vissa områden.

#### *Styrkor*

Samarbete har inletts mellan HSL-enheten och boendesektionen för att utveckla och stärka ett förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt, som kommer att införas under 2025.

Verksamheten har under året fokuserat på utvecklingen av avvikelsearbetet vilket har ökat medarbetares kunskaper om vikten av rapportering och återkoppling.

Nya rutiner för områden såsom munhälsa och läkemedelshantering har introducerats.

Ledningens deltagande i utbildningar, såsom, patientsäkerhet, smärta och MHFA stärker förståelsen för såväl brukares som medarbetares behov.

#### *Utmaningar*

Trots enheternas insatser för att öka medvetenheten om betydelsen av avvikelserapportering och att främja en kultur som uppmuntrar till att rapportera avvikelser, är rapporteringsfrekvensen låg inom vissa enheter. En underrapportering av avvikelser kan påverka patientsäkerheten negativt genom att viktiga förbättringsområden inte identifieras och åtgärdas.

En granskning av HSL-avvikelser har också visat att sjuksköterskor och enhetschefer behöver arbeta tillsammans för att djupare utreda vissa avvikelser för att identifiera och åtgärda de bakomliggande orsakerna. Detta är avgörande för att förebygga upprepning av liknande händelser.

Dessutom framgår det av rapporteringen att antalet avvikelser kopplade till läkemedelshantering är högt. Detta indikerar ett fortsatt behov av att stärka rutinerna och genomföra riktade utbildningsinsatser för att säkerställa en trygg och säker läkemedelshantering. Sådana insatser är centrala för att förbättra kvaliteten och säkerheten inom verksamheten.

### Sammanfattande bedömning

Egen regi uppnår generellt sett god kvalitet och säker vård, vilket grundar sig i systematiska uppföljningar, evidensbaserade arbetssätt och kontinuerliga insatser för kompetensutveckling. Dock krävs ytterligare arbete med specifika områden som avvikelshantering, läkemedelssäkerhet och implementering av nya rutiner,

exempelvis för munhälsa. Verksamheternas samlade insatser visar att det finns en tydlig vilja och struktur för att utveckla och förbättra både kvalitet och patientsäkerhet framöver.

## Utförande av insatser hos privata utförare

Nämnden följer upp de avtal som kommunen tecknat med privata utförare. Uppföljningen har två övergripande syften; dels att kontrollera att verksamheten utförs i enlighet med avtal, dels för att utgöra ett underlag i kommunens förbättringsarbete med att utveckla och förbättra verksamhet och tjänster.

Samtliga avtalsuppföljningar av verksamheter som utförs i enlighet med lag om valfrihetssystem (LOV) för personer med funktionsnedsättning har visat att utförarna uppfyller kraven i avtalet.

Följande uppföljningar genomfördes 2024:

- Ledsagar- och avlösarservice enligt LSS och ledsagning och avlösning enligt SoL för personer under 18 år
- Boendestöd för personer med funktionsnedsättning
- Korttidshem och lägervistelse för barn och ungdomar med funktionsnedsättning
- Daglig verksamhet

Uppföljningarna har inte visat några väsentliga brister i kvaliteten hos de utförare som på uppdrag av nämnden ger stöd till personer med funktionsnedsättning

## Förbättringsområden

Funktionsstöd kommer under 2025 att fortsätta styra och leda verksamheten med fokus på att stärka verksamhetens kvalitet och effektivitet genom kompetensutveckling, tydligare strukturer samt förbättrad kommunikation och delaktighet. Arbetet fortsätter med att utveckla stödkedjan för att säkerställa en optimerad resursanvändning. Samtidigt pågår förberedelse i verksamheten till nya krav som införandet av en ny socialtjänstlag kommer att medföra genom att prioritera förebyggande insatser, individanpassade uppföljningar och evidensbaserade arbetsmetoder.

Följande förbättringsområden har identifierats:

- Fortsatt behov av kompetensutveckling för medarbetare bland annat genom språkutbildning, yrkeskompetens och Forum Carpe för att skapa ökad trygghet för brukarna.
- Göra processer och rutiner mer lättillgängliga för medarbetare.
- Fortsatt behov av kompetenshöjande insatser inom AKK och InPrint för att förbättra kommunikationsvägarna med brukarna och ge möjlighet till ökad delaktighet samt trygghet.
- Behov av att förtydliga och förstärka stöd till medarbetare kring social dokumentation och dokumentation utifrån IBIC.
- Se över möjligheten att bättre nyttja resurserna på befintliga LSS-boenden i egen regi.
- Utvärdera och utveckla boendestöd för att möjliggöra att vissa brukare kan bo i egen lägenhet i stället för servicebostad samt får stöd i att bli mer självständiga.
- Fortsätta arbetet med att motverka tvångs- och begränsningsåtgärder samt förtydliga användningen av skyddsåtgärder.
- Undersöka möjligheterna till systematisk individuppföljning för att analysera verksamhetens effektivitet och kvalitet, samt identifiera och åtgärda brister.
- Utveckla introduktion av nya medarbetare för att säkerställa adekvat kunskap om rutiner, processer, hälso- och sjukvård, lagstiftning och praxis.
- Höja rapporteringsfrekvensen av avvikelser för att möjliggöra utveckling av verksamheten
- Utveckla och implementera kompetensplaner för att stärka en kunskapsbaserad verksamhet och främja kontinuerligt lärande.

- Tydliggöra och stärka ombudsroller inom enheterna, återuppta regelbundna ombudsmöten och förstärka stödet i särskilda frågor som exempelvis våld i nära relationer.
- Utarbeta och implementera kontinuitetsplaner för att säkerställa godtagbar kvalitet i verksamheten även under krissituationer.
- Utveckla övergripande forum för dialog och analys av HSL- avvikelser mellan hälso- och sjukvårdspersonal och utförare, vilket skulle kunna möjliggöra identifiering av mönster och stödja implementeringen av strategiska åtgärder för att förbättra kvalitet och patientsäkerhet.

## Mål för patientsäkerhetsarbetet

Under 2025 kommer utbildning, baserad på de nya nationella kompetensmålen för patientsäkerhet, att tas fram även för omsorgspersonal och legitimerad personal. En ny nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet kommer att genomföras under hösten. En strategi för patientmedverkan i patientsäkerhetsarbetet ska också tas fram.

Inom patientsäkerhetsarbetet har mål formulerats för de förbättringsåtgärder som planeras under nästkommande år.

<b>Mål: hälso- och sjukvårdsbehov identifieras i tid</b>		
Bakgrund:	Målet ska uppnås genom:	Åtgärd:
Hälso- och sjukvården är ojämlik för personer med funktionsnedsättningar.  Förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt har tagits fram och ska implementeras.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• att hälso- och sjukvårdsbehov identifieras i tidigt skede.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Årliga hälsofrämjande samtal med personer som bor på boenden enligt LSS.</li> <li>• Utveckla samverkan med läkare</li> </ul>
<b>Mål: god kvalitet i det systematiska patientsäkerhetsarbetet</b>		
Bakgrund:	Målet ska uppnås genom:	Åtgärd:
Avvikelseutredningar saknar ibland tillräcklig analys och identifiering av bakomliggande orsaker.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avvikelsehantering sker enligt gällande rutiner för att säkerställa god och säker vård.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utveckla stöd för utrednings- och analysarbete gällande avvikelser.</li> <li>• Skapa forum för avvikelseanalys i teamet runt patienten.</li> </ul>