Diarienummer: VON 2025/501

Bilaga 2. Systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete inom verksamhet för personer med funktionsnedsättning

Följande bilaga till kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen innehåller tabeller med detaljerad information avseende risker, egenkontroller och kvalitetsindikatorer. Bilagan innehåller även uppföljning av handlingsplan för ökad patientsäkerhet.

Risker

Risker identifieras för att förebygga att händelser inträffar som kan medföra brister i kvaliteten för de som tar emot stöd och insatser från verksamheten. Nedan följer en redogörelse för de risker som har identifierats och hanterats under året.

Symbolförklaring: *Låg risk* *Medelhög risk,* *Hög risk,* *Åtgärden är genomförd,* *Åtgärden är pågående*

Risk	Riskvärde 2024	Riskvärde 2025	Åtgärder
Risk för att brukare inte upplever en hög grad av delaktighet Under året har verksamheterna arbetat för att stärka brukarnas delaktighet och inflytande. Insatserna har omfattat regelbundna brukarråd med visuellt stöd, individuella samtal anpassade efter kommunikationsförmåga samt förmöten inför upprättande av genomförandeplaner. Användningen av alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) har utökats för att öka möjligheten för alla brukare att uttrycka sig, och personal har fått utbildning i kognitiva hjälpmedel, visualisering och motiverande samtal. Dessa insatser har bidragit till förbättrad kommunikation, ökat inflytande i vardagliga beslut och en stärkt personalkompetens inom delaktighetsfrämjande arbetssätt. Resultaten från årets brukarundersökningar visar mindre variationer mellan insatser, men dessa ligger inom felmarginalen och bedöms därför inte som statistiskt säkerställda. Sammantaget indikerar resultaten en stabil nivå, vilket tyder på att de åtgärder som genomförts haft effekt, men att det ännu är för tidigt att se en varaktig förändring i risknivån. Ytterligare insatser planeras under 2026, vilka förväntas förstärka den positiva utvecklingen över tid. Mot denna bakgrund kvarstår bedömningen att riskens sannolikhet och konsekvens är oförändrade i nuläget.	4	4	Följa upp, förbättra och utveckla arbetet med kvalitetsfrågor till brukare i samband med uppföljning. Öka brukarinflytande vid verksamhetsutveckling och utförande av insatser. Utveckla hälsofrämjande insatser och fortsätta samverkan med primärvården Presentera delaktighetsmodellen på Ledarforum
Risk för att brukare inte får rätt stöd i rätt tid med rätt kompetens Sannolikheten och konsekvensen för risken bedöms fortsatt vara oförändrade sedan början av 2025. Trots att verksamheten arbetar med flera åtgärder för att minska risken väntas många av insatserna ge resultat först på lång sikt. Vissa åtgärder, exempelvis kompetensutveckling, förbättrad introduktion för personal och arbetet med att tydliggöra och stärka ombudsroller, förväntas ge snabbare effekt. Sammantaget kvarstår därför en stor sannolikhet för att risken inträffar, samtidigt som konsekvensen bedöms som måttlig.	6	6	Optimera resurserna inom LSS-boendena Utveckla boendestöd Förtydliga och förstärka stöd kring social dokumentation och dokumentation utifrån IBIC Undersöka möjligheterna till systematisk individuppföljning för att analysera verksamhetens effektivitet och kvalitet, samt identifiera och åtgärda brister.

Risk	Riskvärde 2024	Riskvärde 2025	Åtgärder
Forts. Risk för att brukare inte får rätt stöd i rätt tid med rätt kompetens			Utveckla introduktion av nya medarbetare Utveckla och implementera kompetensutvecklingsplaner Tydliggöra och stärka ombudsroller Prognosticera behov av insatserna avlösarsservice, korttidstillsyn och kortidsvistelse Tydliggörande av ansvar, rutiner och samverkan i delar av boendeprocessen
Risk för att brukare inte känner trygghet och förtroende för personalen Sannolikhet och konsekvens för risken bedöms vara oförändrade sedan början av 2025. Även om de planerade åtgärderna till stor del genomförts under 2025, kräver det tid innan effekterna fullt ut kan bidra till minskad risk för brukarna. Forum för dialog och analys av HSL-avvikelser har tydliggjorts, vilket stärker kommunikationen mellan hälso- och sjukvårdspersonal och utförare med målet att identifiera nödvändiga åtgärder och utveckla arbetssätt som minskar antalet avvikelser och därmed ökar brukarnas trygghet. Förslag till kontinuitetsplaner har tagits fram, men dessa behöver implementeras innan de kan ge effekt. Sammantaget kvarstår därför en måttlig sannolikhet för att risken uppstår, samtidigt som konsekvenserna bedöms som stora om brukarna inte upplever trygghet och förtroende för personalen.	6	6	Analysera Lex Sarah- rapporter gällande tvångs-och begränsningsåtgärder. Göra processer och rutiner mer lättillgängliga för medarbetare Utarbeta kontinuitetsplaner Utveckla övergripande forum för dialog och analys av hsl-avvikelser mellan hälso- och sjukvårdspersonal och utförare.
Risk för att god vård och omsorg inte uppnås då Funktionshinderområdet får svårt att attrahera medarbetare med rätt kompetens till verksamhet Svårigheterna att attrahera medarbetare med rätt kompetens har minskat under 2025. Den positiva utvecklingen bedöms vara ett resultat av genomförda åtgärder för att stärka verksamhetens attraktionskraft som arbetsgivare. På längre sikt förväntas samverkan inom Vård- och omsorgscollege ytterligare stärka möjligheterna att rekrytera både medarbetare och vikarier med rätt kompetens, vilket bedöms påverka risknivån i positiv riktning. Förutsättningarna förbättras även genom fortsatta insatser som ökar verksamhetens synlighet och attraktivitet som arbetsgivare. Vidare innebär samarbetet med Huddinge Vux, genom språkstödjande och betygsgrundande insatser samt möjlig validering av tidigare kompetens, att konsekvenserna kan begränsas i de fall rekrytering av personal med tillräckliga språkkunskaper eller relevant utbildning inte är möjlig. Sammantaget bedöms risknivån ha minskat under året och utvecklingen pekar mot en fortsatt positiv trend i arbetet med långsiktig och hållbar kompetensförsörjning inom Funktionsstöd.	6	3	Inleda samarbete med vuxenutbildningen kring validering. Samverkan genom Vård- och omsorgscollege

Egenkontroller

En egenkontroll är en uppföljning av att verksamheten uppfyller de krav som finns samt att den bedrivs enligt verksamhetens processer och rutiner.

Nedan följer en redovisning av resultatet för egenkontroller som har genomförts under året.

Symbolförklaring: *Godkänd,* *Delvis godkänd,* *Ej godkänd* *Åtgärden är genomförd,* *Åtgärden är pågående*

Egenkontroll	Åtgärder
Årlig uppföljning av process Egenkontrollerna visar att arbetet med rutiner och processer pågår enligt planering. Ansvar för upprättande och förvaltning av rutiner har tydliggjorts och rutiner ses över och kompletteras där det finns behov. Inom boendestöd skapas rutiner för åtkomst via mobil. Processägare och processledare för ett flertal processer arbetar med att följa upp, revidera och utveckla befintliga rutiner och checklistor. Implementering pågår av de uppdaterade rutinerna för att säkerställa att arbetet blir väl förankrat hos medarbetarna. Behov av att kartlägga nya processer och detta arbete kommer att prioriteras under 2026. Sammantaget pågår ett strukturerat och långsiktigt arbete för att skapa enhetlighet, tillgänglighet och kvalitet i rutiner och processer inom hela verksamhetsområdet.	*Åtgärder planeras 2026*
Loggkontroll Inga brister i rättssäkerhet har framkommit vid enheternas loggkontroller i verksamhetssystemet. Loggkontrollens resultat är således tillfredsställande och inga åtgärder planeras.	*Inget behov av åtgärd*
Social dokumentation Egenkontrollerna visar att arbetet med social dokumentation i huvudsak fungerar väl och att kvaliteten har förbättrats på flera håll. Genomförandeplaner är i många fall aktuella, tydligt formulerade och kopplade till välfungerande rutiner för uppföljning. Utvecklingsbehov kvarstår, särskilt gällande att tydligare beskriva brukarens delaktighet, egen förmåga och hur stödet ges. Det finns även behov av att säkerställa att genomförandeplaner undertecknas, skickas till biståndshandläggare samt att dokumentation förvaras enligt gällande rutiner. Sammantaget bedöms dokumentationen vara under kontinuerlig utveckling, med positiva resultat men fortsatt behov av struktur, aktualitet och enhetlig tillämpning för att ytterligare stärka kvalitet och brukarnas delaktighet.	Förtydliga och förstärka stöd kring social dokumentation och dokumentation utifrån IBIC
Självskattning av basala hygienrutiner Självskattningarna visar generellt god följsamhet till basala hygienrutiner, särskilt vid handdesinfektion före vårdmoment, användning av engångsförkläde vid personlig omvårdnad och korrekt arbetsklädsel. Alla enheter rapporterar att personalen genomgår webbutbildning årligen och att rutiner finns med i introduktionsplanen. De vanligaste bristerna är enstaka missar med handdesinfektion efter vårdmoment och vid användning av handskar, samt att förkläde inte alltid används vid bäddning, av- och påklädning, städning och hantering av smutstvätt. Några enheter har även noterat bristande följsamhet vid handskanvändning och att medarbetare haft lösnaglar. Självskattningar visar ofta bättre resultat än observationsmätningar, eftersom medarbetare tenderar att sin följsamhet till basala hygienrutiner högre jämfört med vad som observeras i praktiken. Därför genomförs både självskattning och observationsmätning (se nedan) för att skapa en heltäckande bild.	Påminnelser till personal, tydliggörande av rutiner, gemensamma genomgångar av hygienrutiner samt fortsatt egenkontroll och uppföljning 1–2 gånger per år.

Egenkontroll	Åtgärder
Observation av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK)[1] PPM-mätningarna och egenkontrollerna för 2025 visar stora variationer i följsamhet till basala hygienrutiner. Flera observationer visar mycket god följsamhet till klädregler och hygienrutiner, vilket bidrar till stärkt patientsäkerhet och minskad smittspridning. Klädregler som kortärmad arbetsdräkt, inga smycken och uppsatt hår följs konsekvent, och handhygien är överlag god med endast enstaka avsteg. Samtidigt har vissa kontroller visat låg följsamhet (10–30 %) i kritiska moment som handdesinfektion innan handskar och användning av plastförkläde. Analysen pekar på kunskapsluckor, bristande tillgänglighet av skyddsutrustning, tidsbrist och stress som orsaker. Sammanfattningsvis är klädregler väl implementerade, men handhygien och korrekt användning av skyddsutrustning behöver fortsatt prioriteras för att uppnå godkända nivåer och säkerställa en trygg och säker omsorg.	Påminnelser till personal, tydliggörande av rutiner, gemensamma genomgångar av hygienrutiner samt fortsatt egenkontroll och uppföljning 1–2 gånger per år.
Bedömning av det vårdhygieniska arbetet Egenkontrollerna visar att det vårdhygieniska arbetet överlag fungerar väl och att rutinerna i huvudsak följer gällande riktlinjer och rekommendationer. De flesta enheter har genomfört kontroller enligt plan och bedöms ha en god hygienisk standard med fungerande rutiner för städning, klädhantering och egenkontroller. Förbättringsområden som har identifierats är att flera enheter saknar hygienombud och vissa behöver förtydliga städrutiner, särskilt för förrådsutrymmen. På enstaka enheter finns behov av att se över riktlinjer för arbetskläder för att uppnå en mer enhetlig tillämpning. Arbete pågår för att stärka ansvarsfördelningen i det vårdhygieniska arbetet och tydliggöra hälso- och hygienombudens uppdrag. Uppföljande egenkontroller planeras under hösten och våren 2026 för att säkerställa att vidtagna åtgärder fått avsedd effekt. Sammantaget bedöms det vårdhygieniska arbetet som stabilt och välfungerande, med fortsatt behov av utveckling kring hygienombudens funktion och tydliga lokala rutiner.	Tydliggöra hygienombudens uppdrag Säkerställa hygienombud där det saknas. Förtydliga städrutiner, särskilt för förrådsutrymmen. Se över riktlinjer för arbetskläder för en mer enhetlig tillämpning.
Loggkontroll- i kommunens hälso- och sjukvårdsjournal Loggkontroller har genomförts med godkänt resultat.	*Inget behov av åtgärd*
Loggkontroll nationell patientöversikt (NPÖ)[2] Loggkontroller har genomförts med godkänt resultat.	*Inget behov av åtgärd*
Egenkontroll munhälsa Arbetet med munhälsa har genomförts systematiskt och samtliga brukare har erbjudits munhälsobedömning. De flesta brukare (173) har tackat ja medan de som tackat nej ofta redan har haft regelbunden kontakt med tandvården. Av de som tackat ja har endast 36% fått munhälsobedömningen utförd. Personalen har genomgått både digitala och fysiska utbildningar i munhälsa. Den digitala utbildningen är en del av introduktionsplanen för nyanställda och vikarier. Dagligt stöd vid tandborstning ges till brukare som behöver det, och hälsoombud samt enhetschefer har ansvar för att säkerställa att rutinerna följs och att utbildningarna genomförs. På vissa enheter har arbetet med munhälsovård utvecklats särskilt för brukare med större behov. En utmaning är att många vikarier inte stannar tillräckligt länge för att hinna genomföra utbildningen. Samtidigt har rutiner och introduktionsplaner stärkts för att säkerställa att både ordinarie personal och vikarier får rätt kunskap. Sammanfattningsvis visar arbetet att munhälsobedömningar och utbildningar är väl integrerade i verksamheterna, men att det finns behov av fortsatt fokus på introduktion av vikarier och uppföljning för att säkerställa långsiktig kvalitet i munhälsovården.	Säkerställa att timvikarier tar del av Socialstyrelsens utbildning gällande munhälsa Utökad samverkan med aktuellt munvårdsföretag för att säkerställa att munhälsobedömning genomförs på alla brukare som tackat ja

[1] *PPM-BHK punktprevalensmätning gällande basala hygienrutiner och klädregler.*

[2] *Nationell patientöversikt är en nationell e-hälsovårdstjänst som gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke se patientens samlade journalinformation från olika regioner, kommuner och privata vårdgivare, för att skapa en helhetsbild och förbättra patientsäkerheten.*

Kvalitetsindikatorer

Syftet med indikatorerna är att kunna följa hur händelser som sker, utvecklingsarbete och andra faktorer påverkar kvaliteten i det stöd som ges inom kommunens funktionsstöd.

Nedan visas de indikatorer som funktionsstöd har följt under 2025.

Resultaten redovisas på kommunnivå, vilket innebär att siffran i tabellen omfattar både kommunens egen regi och privata utförare. Verksamheten inom egen regi genomför utvecklingsarbetet kopplat till det egna resultatet. Med anledning av det har ibland förändringar i resultat skett även om det inte speglas i kommunresultatet då det inom vissa insatser är många äldre som får stöd av andra utförare.

Kvalitetsindikator	Utfall 2023	Utfall 2024	Utfall 2025
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS -personalen pratar så brukaren förstår, (%) Årets resultat uppgår till 80 procent, vilket innebär att etappmålet om 80 procent uppnås. Jämfört med föregående år motsvarar detta en ökning med tre procentenheter. Resultat i brukarundersökningar kan variera något mellan år, bland annat beroende på vilka brukare som svarar och hur frågorna upplevs vid mättillfället. En enskild förändring mellan två år bör därför tolkas med viss försiktighet. Sammantaget ligger årets resultat i linje med tidigare års nivåer och visar en fortsatt stabil utveckling nära etappmålet. Under året har daglig verksamhet arbetat med att stärka kommunikationen och brukarnas delaktighet, bland annat genom språkstödjande insatser för personal samt ökad användning av AKK, såsom talknappar och digitala kommunikationshjälpmedel. Dessa insatser ligger i linje med faktorer som i brukarundersökningen har ett tydligt samband med upplevd kvalitet. Sammantaget visar resultaten att verksamheten håller en fortsatt hög nivå, samtidigt som det finns utrymme för fortsatt utveckling genom ett fördjupat arbete med individanpassad kommunikation, inklusive att säkerställa en mer likvärdig användning mellan enheter samt att nyanställda snabbt får rätt kompetens och stöd.	75	77	80
Brukarbedömning gruppbostad LSS- personalen pratar så att brukaren förstår (%) Årets resultat för Huddinge kommun, samtliga utförare sammantaget, ligger i nivå med tidigare år och något över det nationella genomsnittet, men når ännu inte upp till verksamhetens etappmål. När resultaten avgränsas till gruppbostäder i kommunal regi, det vill säga de verksamheter som Funktionsstöd har direkt rådighet över, ligger utfallet på en något högre nivå än föregående mätning. Sammantaget visar resultaten att utvecklingen i den kommunala regin är stabil och i linje med tidigare års mönster. Skillnader mellan år och mellan utförarformer behöver tolkas med försiktighet. Under året har arbetet med alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) fortsatt att prioriteras inom den kommunala verksamheten. Flera enheter har arbetat vidare med kommunikativa arbetssätt genom utbildning, handledning samt användning av bildstöd och sociala berättelser. Detta ligger i linje med de faktorer som i brukarundersökningen har ett tydligt samband med upplevd kvalitet.	76	74	75

Kvalitetsindikator	Utfall 2023	Utfall 2024	Utfall 2025
Brukarbedömning servicebostad LSS - personalen pratar så brukaren förstår (%)	66	70	61
Årets resultat för Huddinge kommun, alla utförare sammantaget, visar en lägre nivå jämfört med föregående mätning och når därmed inte upp till årets etappmål. När resultaten avgränsas till servicebostäder i kommunal regi, det vill säga de verksamheter som Funktionsstöd har direkt rådighet över, ses en liknande utveckling, men på en något lägre nivå än för kommunen som helhet. Sammantaget visar resultaten att utfallet för servicebostäder varierar mellan år, vilket är vanligt i verksamheter med relativt små brukargrupper. Skillnader mellan enskilda mätningar behöver därför tolkas med försiktighet och sättas i ett längre tidsperspektiv. Under året har arbetet med alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) samt språkstödjande insatser för personal fortsatt att prioriteras. Flera enheter har arbetat vidare med bildstöd, sociala berättelser och andra kommunikativa arbetssätt för att stärka tydlighet och individanpassning i stödet. Att resultatet i årets mätning ligger lägre än föregående år behöver förstås i sitt sammanhang. I verksamheter med små brukargrupper kan utfallet påverkas av flera samtidiga faktorer, vilket innebär att enskilda mätningar inte ensamt kan ligga till grund för slutsatser om förändringar i kvalitet. Eftersom resultaten från brukarundersökningen inkom sent under året har enheterna ännu inte genomfört fördjupade analyser. Det fortsatta arbetet kommer bland annat att omfatta genomgång av eventuella skillnader i upplevelse mellan kvinnor och män samt identifiering av mönster mellan enheter.			

Uppföljning av handlingsplan för ökad patientsäkerhet

Nedan följer en tabell över de mål och insatser som verksamheten har arbetat med under året för att säkerställa en hög patientsäkerhet.

Tema och Aktivitet	Uppföljning
Dagligt patientsäkerhetsarbete • Ta fram utbildning till legitimerad personal och omsorgspersonal utifrån nationella kompetensmål för patientsäkerhet. • Ta fram strategi för patientmedverkan i patientsäkerhetsarbetet	Utbildning i patientsäkerhet riktad till legitimerad personal har tagits fram och all leg. personal har tagit del av utbildningen.
	En första utbildningsdel riktad till omsorgspersonal som berör läkemedelsavvikelser och säkerhetskultur har tagits fram. Arbetet fortgår under 2026.
	Arbetet med strategi för patientmedverkan fortgår under 2026.
Analyser som möjliggör lärande • Öka kunskap om inträffade vårdskador • Utveckla stöd för utredning och analys av avvikelser för ökad kvalitet i avvikelsehanteringen. **Spridning av kunskap och lärdomar** • Sammanställningar av vårdrelaterade negativa händelser görs regelbundet av MAS och förmedlas till enhetschefer för att säkerställa att hela organisationen drar lärdom. Enhetscheferna ansvarar för att presentera detta på APT för alla yrkeskategorier. • Insatser för att minska antalet läkemedelsavvikelser	Rutin för analysmöten har tagits fram.
	Regelbundna sammanställningar av vårdskador görs av MAS och presenteras på APT för alla yrkeskategorier.
	Nuläge och behov i avvikelsehanteringen har diskuterats i nulägesanalys för patientsäkerhetsarbetet och ytterligare utveckling av stöd och strukturer planeras under 2026.
	En workshop har genomförts (april-25) HSL-enheten och alla enhetschefer från boendesektionen. Workshopen resulterade i att man tog fram: en rutin för analysmöten samt en åtgärdslista för att förbättra läkemedelshanteringen kring de mest vanliga avvikelserna.
Beredskap och planering för hantering av risker på lång sikt • Kartlägga vilka konsekvenser den upplevda bristen på tid och kompetens medför på området patientsäkerhet. • Kartlägga vilka patientsäkerhetsrisker som finns kopplade till brister i internetuppkoppling och telefoni.	Enkäter med frågor om upplevda risker kring kompetensbrist, resursbrist samt IT och telefoni har besvarats av leg. personal samt enhetschefer. Enkätsvaren användes som underlag i nulägesanalysen av patientsäkerhetsarbetet som genomfördes hösten 2025.