

# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2023

För personer med funktionsnedsättning inom  
vård- och omsorgsnämndens verksamheter



|  |           |
|--|-----------|
| <b>Inledning.....</b>  | <b>2</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 .....                   | 3         |
| Definition av kvalitet och patientsäkerhet.....                                    | 4         |
| <b>Underlag för bedömning .....</b>  | <b>8</b>  |
| Händelser och förutsättningar som påverkat verksamheten .....                      | 9         |
| Fokusområden för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet under året som gått .....  | 10        |
| Systematiskt förbättringsarbete/Agera för säker vård .....                         | 12        |
| Uppföljning och resultat.....  | 23        |
| <b>Bedömning av kvalitet .....</b>   | <b>31</b> |
| Förebyggande verksamhet.....   | 31        |
| Biståndsbedömning.....   | 31        |
| Utförande av insatser i egen regi .....  | 32        |
| Utförande av insatser hos privata utförare.....                                    | 33        |
| <b>Förbättringsområden .....</b>   | <b>33</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 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 funnits under året. Vidare redovisas det förbättringsarbete som har utförts för att säkerställa god kvalitet och patientsäkerhet. I detta ingår exempelvis hantering av avvikelser, risker och egenkontroller. Till sist beskrivs vilka resultat som har uppnåtts och en bedömning av hur kvaliteten ser ut i stödet till målgruppen samt hur patientsäker verksamheten är.

Att sammanställa en kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse ger verksamheten tillfälle att reflektera över och analysera hur stödet till målgruppen har genomförts och utvecklats under året 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 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 den uppsökande verksamhet som bedrivs för vuxna personer med psykisk ohälsa. Därutöver ansvarar verksamheten för Bemanningscenter som arbetar med rekrytering och bemanning vid kortare frånvaro på uppdrag av funktionsstöd och äldreomsorgen.

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

Funktionsstöd är organiserat i tre sektioner; "Bistånd och förebyggande", "Syssetsättning och assistans" och "Bostad med särskild service". Inom sektionerna finns det 19 enhetschefsområden som tillsammans omfattar 40 enheter.

För målgruppen vuxna med insatserna hemtjänst och trygghetslarm utförs insatserna av äldreomsorgen.

Vård- och omsorgsnämnden är vårdgivare för den hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för inom funktionsstöd men även inom socialpsykiatriens särskilda boenden vilka i övrigt är organiserade inom socialnämndens ansvarsområde. Redogörelser för hälso- och sjukvårdens organisering, arbetssätt och patientsäkerhetsarbete gäller således även för socialpsykiatriens särskilda boenden.

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 jourorganisation för akuta insatser. Läkarinsatser utgår från regionens vårdcentraler och på jourtid från jourläkarbilen.

## 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. 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 inom sitt ansvarsområde för att det systematiska kvalitetsarbetet planeras, genomförs, följs upp och dokumenteras. 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 arbetsätt.

*Funktionsstöd med kunskapsbaserad verksamhet*

*Evidens och beprövad erfarenhet*

Målet är att endast evidensbaserade metoder ska användas. Metodutvecklare omvärldsbevakar utvecklingen inom området, vidareförmedlar kunskapen samt stöttar vid val av metod för utförande av insats.

### *Säkerställa adekvat kunskap och kompetens*

Varje år upprättas såväl en individuell som en enhetsövergripande plan för kompetensutveckling. Planen omfattar bland annat hälso- och sjukvård, smittförebyggande, grundutbildning, våld i nära relation och pedagogiska metoder.

Huddinge kommun ingår i kommunsamverkan genom Forum Carpe. Syftet med samverkan är att erbjuda yrkesverksamma inom området kompetensutveckling. Kompetensutveckling sker även genom interna och externa utbildningar, bland annat genom Äldreomsorgslyftet. Medarbetare har utbildats till MHFA-instruktörer<sup>1</sup> och har i sin tur utbildat kollegor.

Utöver att varje medarbetare ska ha grundkompetens för respektive yrkeskategori säkerställs att varje arbetspass bemannas av personal med rätt kompetens. Det innebär att varje arbetspass bemannas med delegerad personal i tillräcklig omfattning samt att erfarna medarbetare stöttar och handleder mindre erfarna kollegor. Vikarier erbjuds introduktion både genom Bemanningscenter och på enheten för att säkerställa att de har nödvändig kunskap för att utföra arbetsuppgifterna.

Hälso- och sjukvårdsorganisationen har under 2023 satsat på kompetensutveckling främst inom diabetes, motiverande samtal och avvikelshantering. Ny kunskap, avvikelser och förbättringsarbeten diskuteras på månatliga arbetsplatsträffar för att skapa ett lärande i patientsäkerhetsarbetet.

Anhörigstöd och uppsökande verksamhet för personer med psykisk ohälsa utvärderas regelbundet för att säkerställa evidensbaserade insatser. Regelbundet deltagande i fortbildning och seminarier säkerställer att verksamheten har kännedom om och följer bästa tillgängliga kunskap.

### *Förbättrings- och implementeringsarbete*

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

För att skapa förståelse och kunskap inom hela verksamheten kring förbättrings- och implementeringsarbete används arbetsättet "PUFF" – dvs att planera, utföra, följa upp och förbättra.

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 och stöttar det brukarnära arbetet och implementerar beslutade förbättringsåtgärder.

## Hög delaktighet

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

### *Funktionsstöds arbete med 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 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. Vidare genomför kontaktsansvariga inom boendesektionen 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, säkerställa hög delaktighet och för att utvärdera kvaliteten på insatserna. Resultatet analyseras tillsammans med brukare och personal och åtgärder planeras för att vidareutveckla

---

<sup>1</sup> Mental health first Aid, ett utbildningsprogram för första hjälpen till psykisk hälsa

verksamheten. 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) för att ge varje brukare möjlighet att kommunicera sin vilja på det sätt hen kan och önskar.

I den uppsökande verksamheten upprättas överenskommelser kring prioriterade livsområden för den enskilde för att främja psykisk hälsa. Uppsökarna tillhandahåller flexibelt stöd baserat på individens behov. Genom samtal gör uppsökarna tillsammans en plan med den enskilde där det är den enskildes önskan (inom uppdragets avgränsningar) som styr hur stödet utformas.

#### *Patienten som medskapare*

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. AKK används för att främja delaktigheten i den egna vården och möjliggör att individuellt anpassad information kan ges. Kognitiva hjälpmedel erbjuds utifrån individens behov för att möjliggöra aktiv brukarmedverkan. Brukaren 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. 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 och ska 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.

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

Information om vilka insatser som finns ska vara tillgänglig. För att säkerställa detta och främja trygghet och ett positivt bemötande erbjuds enskilda möten för att gå igenom handlägningsprocessen och att stödja i ansökningsprocessen. Beslut kommuniceras skriftligt och den enskilde ges möjlighet att uttrycka sina åsikter innan beslut fattas.

Processer och rutiner beskriver hur arbetet ska utföras för att säkerställa kontinuitet i utförandet av insatser. Medarbetarna använder evidensbaserade metoder så som tydliggörande pedagogik, Alternativ- och kompletterande kommunikation (AKK) och lågaffektivt bemötande för att bemötandet ska upplevas bra och stödet kännas tryggt och säkert. Att medarbetare har rätt kompetens, hur arbetspass bemannas och en god introduktion bidrar också till trygghet och säkerhet.

Varje brukare har en patientansvarig sjuksköterska som ansvarar för samordning av insatserna. Medarbetare inom HSL-enheten har flexitid vilket underlättar planeringen av insatser. Verksamheten har flera visstidsanställda sjuksköterskor som har arbetat en längre tid och känner till verksamheterna vilket medför ökad trygghet och kontinuitet.

En viktig trygghetsfråga är hanteringen av tvångs- och begränsningsåtgärder. Sådana åtgärder är inte tillåtna inom vård och omsorg. Verksamheten arbetar löpande för att höja medarbetares kompetens, implementera rutiner, inventera skyddsåtgärder på enheter och löpande inhämta samtycke från brukare. Medvetenheten har ökat och kommunikationen förbättrats vad gäller tvångs- och begränsningsåtgärder, vilket ökar sannolikheten att brukare känner sig trygga och får ett gott bemötande.

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.

#### *Informationssäkerhet*

Loggkontroller genomförs för att kontrollera att medarbetare arbetar rättssäkert och följer regler för sekretess. Kontrollerna sker via manuell granskning av användares logg och misstänkta personuppgiftsincidenter rapporteras till Integritetsskyddsmyndigheten i samråd med kommunens dataskyddsbud.

### *En god säkerhetskultur*

En grundläggande förutsättning för en säker vård samt bra kvalitet är en god säkerhetskultur. En god säkerhetskultur innebär att alla i hälso- och sjukvården är medvetna om och vaksamma på de risker som kan uppstå. 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 verksamheten lär av negativa händelser och av det som har gått bra.

För att bidra till en god säkerhetskultur och möjliggöra lärande är återkoppling på avvikelser 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 avvikelshantering.

### 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 finns på Huddinge kommuns hemsida och kan även lämnas av Servicecenter.

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

##### *Insatser inom rimlig tid*

Vid bifall 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). Arbete pågår löpande med att säkra rutiner för god aktivitet och rättssäker handläggning genom granskning av utredningstider och kontroll av pågående beslut.

Uppsökarna stödjer enskilda med psykisk ohälsa att inom rimlig tid få rätt stöd och hjälp från kommunen och/eller regionen.

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.

#### *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 brukarens företrädare, närstående och för brukaren andra viktiga personer sker kontinuerligt. Tillsammans skapas en bild av den enskildes behov, utformningen av stödet samt ansvarsfördelningen. En dialog ska alltid hållas med brukaren före samverkan för att säkerställa att brukaren medger detta.

Anhörigstödet samarbetar med ett flertal verksamheter inom kommunen och regionen samt med ett flertal andra externa aktörer såsom exempelvis pensionsorganisationer och nationella/lokala anhörignätverk.

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

### *Samverkan för att förebygga vårdskador*

Samverkan mellan Huddinge kommun och andra aktörer i syfte att förebygga vårdskador sker ur flera perspektiv och med varierande fokus. Några exempel på detta är utskrivningsprocessen samt god och nära vård. 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. Under året har samverkansmöten skett med specialistvårdens neuropsykiatriska program. Det finns en väl fungerande samverkan med Danderyds sjukhus nationella respirationscentrum (NRC) gällande patienter med behov av andningsstöd. Kommunens MAS deltar i samverkans forum med Huddinges vårdcentraler, avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), primärvårds rehab och psykiatri.

Boendesektionen och de delar inom sektionen för sysselsättning och assistans som har hälso- och sjukvårdsansvar samverkar kontinuerligt med hälso- och sjukvårdsorganisationen. Legitimerad personal deltar på boendenas arbetsplatsträffar när det finns aktuella frågor som behöver diskuteras, till exempel inträffade avvikelser. Utöver det tas kontakt med hälso- och sjukvården när personalen 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

Verksamheterna 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) använder medarbetare ett gemensamt tankesätt och språk för att beskriva och dokumentera personens behov, resurser, mål och resultat. Det sker strukturerade uppföljningar och sammanställningar på gruppnivå vilket 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.

Brukarråd hålls regelbundet och varje år genomförs brukarenkäter. På så sätt tillvaratas brukarnas synpunkter så att stödet kan anpassas för att motsvara målgruppens behov och önskemål.

##### *Effektiv boendekedja*

Verksamhetsområdet har initierat en översyn av olika boendeinsatser 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 tillsammans gör att resurserna kan användas mer effektivt, både vad gäller personalens kompetens och boendets bemanning.

##### *Digitala lösningar som frigör resurser*

För att bli mer resurseffektiv ska digitala lösningar införas och användas där det är möjligt och lämpligt. Idag används program/appar 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.



# Underlag för bedömning

## Händelser och förutsättningar som påverkat verksamheten

### Lagar /regelverk

- Nya bestämmelser för personlig assistans enligt kap 9 § 2 LSS trädde i kraft den 1 januari 2023. Förändringarna syftade till att fler personer skulle beviljas personlig assistans enligt LSS eller assistansersättning enligt Socialförsäkringsbalken (SFB). Verksamheten har noga följt utvecklingen av ansökningar, utredningar och beslut om personlig assistans. Trots en ökning av antalet utredningar har andelen bifall för personlig assistans inte ökat. De nya bestämmelserna har främst påverkat utredningarnas omfattning och komplexitet.
- Från och med den 1 oktober 2023 trädde den första av två avtalsändringar enligt arbetstidsdirektivet i kraft. Denna förändring innebär att alla medarbetare nu ska ha minst 11 timmars sammanhängande dygnsvila under varje 24-timmarsperiod och arbetspass måste följas av obligatorisk dygnsvila. Konsekvenserna av denna förändring har framför allt märkts inom enheter som personlig assistans, boendeenheter och sjuksköterskejouren. En påtaglig följd har varit att schemalaggningsen inte primärt baseras på brukarnas behov utan snarare på hur man kan planera personalens arbetspass.

Förändringarna har även medfört att medarbetare inte längre har möjlighet att delta i samtliga arbetsplatsträffar eller konferenser på enheten. Inom hälso- och sjukvårdsorganisationen har konsekvenserna av förändringen resulterat i minskad sjuksköterskebemanning under nattetid. Denna övergripande anpassning av arbetstider och vilotider har därmed påverkat både planeringen av personalresurser och möjligheten för medarbetare att delta i gemensamma möten och evenemang.

- Försäkringskassan har infört strängare krav vad gäller manuella tidsredovisningar för personlig assistans. Detta har medfört en högre arbetsbelastning på ledningen för verksamheten. Nu undersöks möjligheten att införskaffa ett elektroniskt tidredovisningssystem.

### Resurser (ekonomiska, personal eller andra)

- 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.
- Flera boendeenheter har haft vakanta tjänster under året på grund av föräldradighet, sjukdom och medarbetare som har slutat. Medarbetare har också varit frånvarande i samband med att de utbildar sig till undersköterska. Flera av enheterna har arbetat med att tillsätta månadsvikarier på de vakanta raderna och det upplevs ha fungerat väl.
- 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.
- Inom daglig verksamhet har ett projekt för att minska sjukfrånvaron och öka trivseln på enheten pågått under 2023. Projektet har gett positivt resultat, bland annat har sjukfrånvaron minskat.
- Det har skett en minskning av antalet ansökningar till tjänster som sommarvikarier och det är svårt att rekrytera personal med rätt kompetens.
- Huddinge kommun har ingått ett samverkansavtal med Karolinska Institutet inom hälso- och sjukvårdsområdet. I och med samverkansavtalet deltar hälso- och sjukvårdsorganisationen i ett projekt om hur samverkan kring verksamhetsförlagd utbildning, kompetensförsörjning och kompetensutveckling kan utvecklas.

## Volym och målgrupp

- Verksamheten har sett ett ökat behov av stöd till närstående inom olika områden sedan föregående period. För att möta behovet samverkar anhörigstöd med andra kommuner för att kunna erbjuda ett större utbud av stödgrupper för anhöriga i digitalt format.
- Antal ansökningar och beslut om daglig verksamhet enligt LSS har varit fortsatt relativt högt. Det har även noterats en ökning av ansökningar och beslut om bostad med särskild service enligt LSS för unga vuxna personer.
- Fler personer än föregående år har beviljats korttidsvistelse utanför det egna hemmet och korttidsstillsyn för skolungdom över 12 år. På korttidshemmet har det även inneburit fler brukare med komplexa behov, bland annat stödbehov även nattetid.
- På servicebostäderna är samsjuklighet vanligt och att ge stöd till målgruppen upplevs i många fall svårt. Boendesektionen upplever även att det blir allt vanligare att brukarna hotas av vräkning och att utsattheten i sociala medier ökar.

## Organisation

Under året har viss omorganisation genomförts bland annat för ett närmare ledarskap.

- En ny servicebostad startades under 2023 där brukarna har nära till personal samt att det finns tillgång till vaken nattpersonal.
- Vissa organisatoriska förändringar har gjorts som ett led i att öka det nära ledarskapet, bland annat har tjänster som biträdande enhetschef inrättats.
- I april 2023 anställdes en sektionschef för hälso- och sjukvård. Detta följdes av en översyn av organiseringen av hälso- och sjukvårdsorganisationen vilket medförde en utökning med en enhetschef och en metodutvecklare för att förbättra förutsättningarna för nära ledarskap och kvalitetsutveckling.

## Byte av lokaler

- Fyra enheter inom daglig verksamhet har flyttat till nya lokaler. Efter flytten har brukarnärvaron ökat, sjukskrivningarna minskat och utevistelse underlättats.

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

### *Skydds- och begränsningsåtgärder*

Verksamheten har vidtagit åtgärder för att hantera risken för otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder. Medarbetarna har fått utbildning samt inventerat och diskuterat befintliga skydds- och begränsningsåtgärder. Fallbeskrivningar har använts som diskussionsunderlag vilket har varit ett uppskattat verktyg.

Enheterna inom funktionsstöd har tillsammans med hälso- och sjukvårdsorganisationen fokuserat på skyddsåtgärder särskilt gällande begränsade rörelsemöjligheter som sänggrindar och brickbord.

Åtgärderna har gett ökad medvetenhet och kunskap kring skydds- och begränsningsåtgärder vilket bland annat märks i upprättandet av avvikelser samt diskussioner på enheterna. Arbetet behöver fortsätta även 2024.

### *Delaktighet genom alternativ och kompletterande kommunikation*

Arbetet för brukarnas delaktighet och inflytande är centralt. För att möjliggöra delaktighet för brukare ställs krav på att medarbetare har kunskaper inom alternativ och kompletterande kommunikation (AKK). Genom detta arbetssätt säkerställs att brukare ges möjlighet att kommunicera på det sätt hen önskar. Ett digitalt bildstöd i utrednings- och uppföljningssamtal har arbetats fram för att öka barns delaktighet. Vidare har ett flertal utbildningstillfällen genomförts för medarbetare rörande kommunikation genom bild- och symbolstöd.

En utbildningsdag på temat AKK har genomförts för samtliga arbetsledare och stödpedagoger inom utförarverksamheterna och en digital utbildning kring AKK har tagits fram. Genom dessa satsningar har kompetensen kring AKK ökat vilket lett till bättre möjligheter för brukarna att kommunicera och förstå information på ett individanpassat sätt.

## *Brukarundersökning*

Ett arbete har gjorts för att öka deltagandet i brukarundersökningen inom samtliga områden, med särskilt fokus på servicebostäderna. En plan har utarbetats för att säkerställa att brukarna erbjuds möjlighet att svara på brukarundersökningen. För servicebostäderna har det resulterat i 17 procent fler svar under 2023 i jämförelse med 2022.

## *IBIC*

Individens behov i centrum (IBIC) är ett arbetssätt som syftar till att på ett tydligare sätt beskriva individens resurser, behov, mål och resultat i kontakten med socialtjänstens biståndsbedömning och utförare av insatser. Detta skapar förutsättningar för att planera, styra och besluta om resurser och insatser samt för att utveckla verksamhetens kvalitet. Implementering av IBIC pågår inom myndighetsutövningen och handläggarna kommer att arbeta enligt IBIC från januari 2024. Utbildning och arbete med IBIC har påbörjats i egen regins utförarverksamheter.

## *Likartade villkor*

Alla brukare ska ges en likvärdig insats oavsett val av utförare. Brister i samverkan mellan förvaltningen och privata utförare kan innebära en risk för att brukare som valt en privat utförare och brukare som valt kommunal utförare får insatser av olika kvalitet. Av det skälet har dialogmöten med utförarna inom daglig verksamhet, boendestöd, ledsagar- och avlösarservice och korttidsvistelse genomförts två gånger under året.

Verksamheten kan se att införandet av dialogmöten gett gott resultat i och med att det skapar transparens och ett forum för att samverka.

Förvaltningen har även följt upp och bevakat hanteringen av missförhållanden hos privata utförare inom ramavtal eller vid direktupphandlingar för att säkerställa att avvikelser utreds och att åtgärder vidtas för att minska risken för återkommande missförhållanden.

## *Brist på bostäder för målgruppen*

Brukares beslut om bostad med särskild service har inte kunnat verkställas på grund av brist på tillgängliga bostäder. Behovet har påtalats i lokalprognosen för 2024 och behovet av fler bostäder med särskild service samt annan särskilt anpassad bostad är nu väl känt i kommunen.

## *Stjärnmärkning*

En boendeenhet har varit med i ett pilotprojekt för stjärnmärkning av gruppbostad. På boendet bor flera äldre personer varav några har en demenssjukdom. Att bli stjärnmärkt betyder att medarbetarna har genomgått särskilda utbildningar via Svenskt demenscentrum/Stjärnmärkt för att arbeta personcentrerat med brukare som har en demenssjukdom.

## **Fokusområden för patientsäkerhetsarbetet**

### *Övergripande mål och strategier*

De övergripande målen för patientsäkerhetsarbetet 2023 har varit palliativ vård av god kvalitet, välfungerande systematiskt patientsäkerhetsarbete och patientsäker dokumentation. Strategier för att nå målen har bland annat handlat om utveckling av avvikelshantering och vårdplaner. För att kunna implementera och följa upp arbetssätt inom hälso- och sjukvården har ledningsstrukturen ändrats för att säkerställa nära ledarskap och strukturerad samverkan med omsorgsverksamheterna.

### *Systematiskt patientsäkerhetsarbete*

Under hösten genomfördes en analys av kommunens patientsäkerhetsarbete med hjälp av ett analysverktyg baserat på Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård. Ett antal områden med särskilda åtgärdsbehov identifierades och arbetet med dessa kommer att pågå under 2024–2025.

### *Avvikelsehantering*

En ny rutin för avvikelshantering har tagits fram och implementerats under hösten. Utredningstid, riskvärdering, klassificering och statistikhantering för avvikelserna har tydliggjorts. Vidare har ett antal systemförändringar utförts i avvikelssystemet för att öka användarvänligheten.

## *Processer och rutiner*

Implementeringsarbete för processer för hälso- och sjukvård har pågått under hela året och det kommer att vara pågående framöver.

## *Dokumentation HSL*

Patientsäker dokumentation och journalföring diskuteras i en dokumentationsgrupp som träffas regelbundet. Sjuksköterskorna hanterar många olika system och allt mer tid läggs på administration. Ett flertal förbättringsåtgärder har gjorts i systemet för dokumentation och standardiserade vårdplaner har tagits fram för flera sjukdomstillstånd. Granskning av dokumentation inklusive vårdplaner sker regelbundet.

Målet för 2023 om att all relevant dokumentation i journalen ska vara synlig för omsorgspersonalen har inte uppnåtts.

## *Vård i livets slutskede*

I och med omställningen till nära vård som bland annat syftar till att allt fler individer ska vårdas hemma så långt som möjligt är vård i livets slutskede ett viktigt fokus. Legitimerad personal genomgår årligen utbildningar inom palliativ vård (vård i livets slutskede) för att säkerställa god vård och omsorg i livets slut. Både legitimerad personal och omsorgspersonal tar del av utbildningar via Palliativt kunskapscentrum.

Ett av målen för patientsäkerhetsarbetet har handlat om att öka andelen patienter som haft någon närvarande i dödsögonblicket. Två personer har under 2023 behövt palliativ vård på sina respektive boenden. I båda fallen har boendepersonal varit närvarande i dödsögonblicket.

## *Informationsöverföring*

Ett rapporteringsstöd för omsorgspersonalen som kontaktar sjuksköterska på jourtid har tagits fram och implementerats på enheterna för att effektivisera informationsöverföringen och minska antalet samtal som inte handlar om hälso- och sjukvårdsinsatser.

# Systematiskt förbättringsarbete/Agera för säker vård

Det systematiska förbättringsarbetet innebär att identifiera risker, genomföra egenkontroller, utreda avvikelser och att utifrån det planera och genomföra förbättringsåtgärder för att säkerställa en god kvalitet i verksamheten.

För att stärka patientsäkerhetsarbetet och förebygga att patienter drabbas av vårdskada behöver verksamheten stärka upp de områden som identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.

## **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 enskild som tar emot eller kan komma att ta emot stöd och insatser från verksamheten. Utöver detta hanterar verksamheten också andra avvikelser som inte har inneburit en risk eller ett missförhållande för en individ (så kallade interna avvikelser).

Att avvikelser rapporteras är positivt eftersom det innebär en öppenhet och medvetenhet gällande brister som förekommer och 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.

Även i patientsäkerhetsarbetet är avvikelshanteringen en grundläggande del. Vårdgivaren ska enligt patientsäkerhetslagen (2012:659) utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Syftet med utredningen är att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och orsakerna till det. Utredning av avvikelser ska ge underlag för beslut om åtgärder som ska hindra att en liknande händelse inträffar på nytt. Det kan också handla om att begränsa effekterna om händelsen inte helt går att förhindra. Efter utredningen är det viktigt att lämpliga åtgärder genomförs, följs upp samt att kunskap om händelsen och utredningen sprids i verksamheten.

Händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarig vårdskada (lex Maria) samt som har medfört allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande (lex Sarah) ska anmälas till IVO.

## Funktionsstöds arbete med avvikelser

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

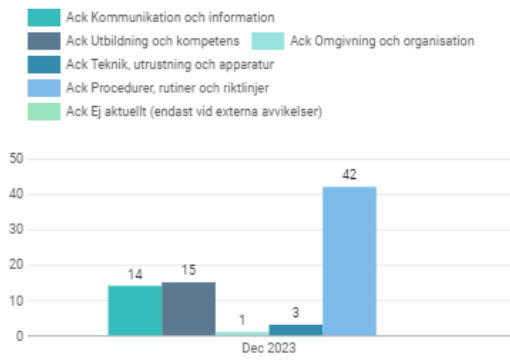
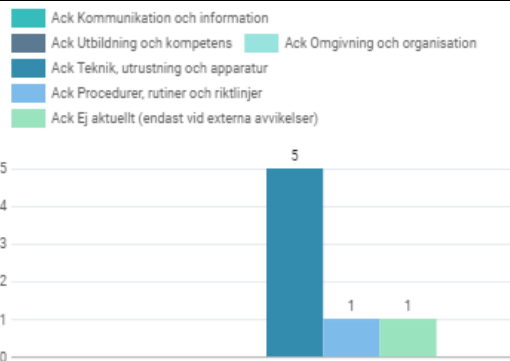
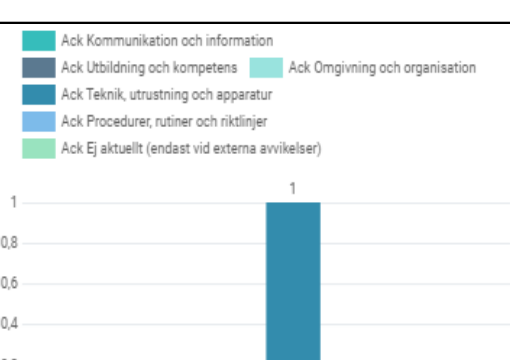
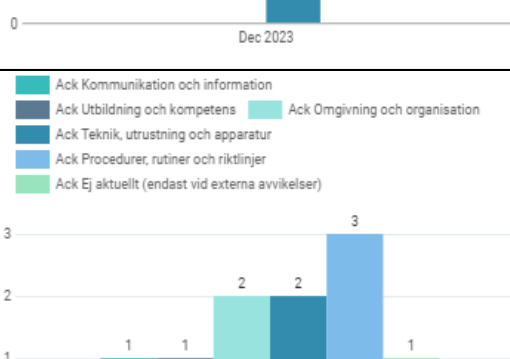
Avvikelser rapporteras och registreras i ett digitalt avvikelshanteringssystem. Närmast ansvarig chef på enheten tar emot avvikelser av typen Lex Sarah och "annan avvikelse" och HSL-avvikelser tas emot av sjuksköterskor. Utredning av avvikelser görs av enhetschef (annan avvikelse), sjuksköterska (HSL-avvikelse) 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 mötesforum.

Jämförelse av antalet inrapporterade avvikelser med föregående år har gjorts i begränsad omfattning under 2023 på grund av övergång till digital rapportering och att statistik inte hanteras på samma sätt som tidigare.

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

| Lagrum           | Typ av avvikelse | Antal | Varav allvarliga | Bakomliggande orsaker  |       |       |                 |     |                 |    |                 |     |                 |    |                 |    |                  |    |                 |    |
|------------------|------------------|-------|------------------|--|-------|-------|-----------------|-----|-----------------|----|-----------------|-----|-----------------|----|-----------------|----|------------------|----|-----------------|----|
| SoL/LSS          | Lex Sarah        | 39    | 0                | <table border="1"> <caption>Bakomliggande orsaker för Lex Sarah (Dec 2023)</caption> <thead> <tr> <th>Orsak</th> <th>Antal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ack Kommunik...</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Ack Omgivnin...</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Ack Processe...</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>Ack Teknisk ...</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>Ack Utbildni...</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Ack Annat (o...)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Ack Ingen av...</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>              | Orsak | Antal | Ack Kommunik... | 5   | Ack Omgivnin... | 3  | Ack Processe... | 19  | Ack Teknisk ... | 13 | Ack Utbildni... | 12 | Ack Annat (o...) | 0  | Ack Ingen av... | 0  |
| Orsak            | Antal            |       |                  |  |       |       |                 |     |                 |    |                 |     |                 |    |                 |    |                  |    |                 |    |
| Ack Kommunik...  | 5                |       |                  |  |       |       |                 |     |                 |    |                 |     |                 |    |                 |    |                  |    |                 |    |
| Ack Omgivnin...  | 3                |       |                  |  |       |       |                 |     |                 |    |                 |     |                 |    |                 |    |                  |    |                 |    |
| Ack Processe...  | 19               |       |                  |  |       |       |                 |     |                 |    |                 |     |                 |    |                 |    |                  |    |                 |    |
| Ack Teknisk ...  | 13               |       |                  |  |       |       |                 |     |                 |    |                 |     |                 |    |                 |    |                  |    |                 |    |
| Ack Utbildni...  | 12               |       |                  |  |       |       |                 |     |                 |    |                 |     |                 |    |                 |    |                  |    |                 |    |
| Ack Annat (o...) | 0                |       |                  |  |       |       |                 |     |                 |    |                 |     |                 |    |                 |    |                  |    |                 |    |
| Ack Ingen av...  | 0                |       |                  |  |       |       |                 |     |                 |    |                 |     |                 |    |                 |    |                  |    |                 |    |
| SoL/LSS          | Intern avvikelse | 311   | 0                | <table border="1"> <caption>Bakomliggande orsaker för Intern avvikelse (Dec 2023)</caption> <thead> <tr> <th>Orsak</th> <th>Antal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ack Kommunik...</td> <td>131</td> </tr> <tr> <td>Ack Omgivnin...</td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>Ack Processe...</td> <td>106</td> </tr> <tr> <td>Ack Teknisk ...</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>Ack Utbildni...</td> <td>65</td> </tr> <tr> <td>Ack Annat (o...)</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>Ack Ingen av...</td> <td>13</td> </tr> </tbody> </table> | Orsak | Antal | Ack Kommunik... | 131 | Ack Omgivnin... | 33 | Ack Processe... | 106 | Ack Teknisk ... | 13 | Ack Utbildni... | 65 | Ack Annat (o...) | 13 | Ack Ingen av... | 13 |
| Orsak            | Antal            |       |                  |  |       |       |                 |     |                 |    |                 |     |                 |    |                 |    |                  |    |                 |    |
| Ack Kommunik...  | 131              |       |                  |  |       |       |                 |     |                 |    |                 |     |                 |    |                 |    |                  |    |                 |    |
| Ack Omgivnin...  | 33               |       |                  |  |       |       |                 |     |                 |    |                 |     |                 |    |                 |    |                  |    |                 |    |
| Ack Processe...  | 106              |       |                  |  |       |       |                 |     |                 |    |                 |     |                 |    |                 |    |                  |    |                 |    |
| Ack Teknisk ...  | 13               |       |                  |  |       |       |                 |     |                 |    |                 |     |                 |    |                 |    |                  |    |                 |    |
| Ack Utbildni...  | 65               |       |                  |  |       |       |                 |     |                 |    |                 |     |                 |    |                 |    |                  |    |                 |    |
| Ack Annat (o...) | 13               |       |                  |  |       |       |                 |     |                 |    |                 |     |                 |    |                 |    |                  |    |                 |    |
| Ack Ingen av...  | 13               |       |                  |  |       |       |                 |     |                 |    |                 |     |                 |    |                 |    |                  |    |                 |    |
| HSL              | Fall             | 77    | 0                | <table border="1"> <caption>Bakomliggande orsaker för HSL Fall (Dec 2023)</caption> <thead> <tr> <th>Orsak</th> <th>Antal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ack Kommunik...</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Ack Utbildni...</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Ack Omgivnin...</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Ack Teknisk ...</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Ack Procedur...</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Ack Ej aktue...</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>   | Orsak | Antal | Ack Kommunik... | 2   | Ack Utbildni... | 14 | Ack Omgivnin... | 6   | Ack Teknisk ... | 5  | Ack Procedur... | 0  | Ack Ej aktue...  | 0  |                 |    |
| Orsak            | Antal            |       |                  |  |       |       |                 |     |                 |    |                 |     |                 |    |                 |    |                  |    |                 |    |
| Ack Kommunik...  | 2                |       |                  |  |       |       |                 |     |                 |    |                 |     |                 |    |                 |    |                  |    |                 |    |
| Ack Utbildni...  | 14               |       |                  |  |       |       |                 |     |                 |    |                 |     |                 |    |                 |    |                  |    |                 |    |
| Ack Omgivnin...  | 6                |       |                  |  |       |       |                 |     |                 |    |                 |     |                 |    |                 |    |                  |    |                 |    |
| Ack Teknisk ...  | 5                |       |                  |  |       |       |                 |     |                 |    |                 |     |                 |    |                 |    |                  |    |                 |    |
| Ack Procedur...  | 0                |       |                  |  |       |       |                 |     |                 |    |                 |     |                 |    |                 |    |                  |    |                 |    |
| Ack Ej aktue...  | 0                |       |                  |  |       |       |                 |     |                 |    |                 |     |                 |    |                 |    |                  |    |                 |    |

|     |                           |    |   |  |
|-----|---------------------------|----|---|--|
| HSL | Läkemedel                 | 59 | 0 |    |
| HSL | Medicintekniska produkter | 7  | 0 |    |
| HSL | Trycksår                  | 1  | 0 |   |
| HSL | Vård och behandling       | 7  | 1 |  |
| HSL | Extern avvikelse          | 11 | - | -  |

Informationen i tabellen är baserad på antalet utredda avvikelser. Avvikelser som avslutats utan utredning redovisas inte. Antalet inkomna rapporter kan därför vara fler än de angivna siffrorna för vissa avvikelse typer vilket gäller främst inom lagrummet HSL. Avvikelser kan avslutas utan utredning exempelvis på grund av att de är felrapporterade, samma händelse har rapporterats fler gånger, det finns många rapporter kopplade till en brukare där utredning redan pågår eller liknande orsaker.

Bakomliggande orsaker i diagrammen, sorteras efter kategorierna kommunikation och information, omgivning och organisation, processer och rutiner, teknisk utrustning, utbildning och kompetens, annat samt ingen avvikelse. En avvikelse kan ha flera bakomliggande orsaker.

## Analys av avvikelser

De vanligaste bakomliggande orsakerna till de rapporterade händelserna är brister i kommunikation och information samt i processer och rutiner. Det finns rutiner men implementeringen har inte fungerat tillfredsställande. Ett utvecklingsarbete pågår under 2023–2024 med att underlätta för medarbetare att hitta och använda rutiner.

### *Lex Sarah*

Under 2023 har 39 lex Sarah rapporterats och utretts.

Majoriteten av lex Sarah-rapporterna har rapporterats inom LSS-bostäderna. Inget mönster kan urskiljas i brister eller orsaker för bostäderna gemensamt, men vissa enheter har upprepade lex Sarah kring samma problematik, exempelvis utmanande beteende. Utöver det rapporteras avvikelser som bland annat handlar om brandskydd, stölder och skydds- och begränsningsåtgärder. Flera rapporterade händelser handlar också om brister i bemötande.

Särskilda insatser har genomförts för att öka medarbetarnas kunskap kring begränsningsåtgärder. Att fler rapporter som handlar om skydds- begränsningsåtgärder inkommit tyder på att insatserna gett effekt.

Inget missförhållande eller risk för missförhållande har bedömts som allvarligt och rapporterats till IVO under 2023.

### *Internavvikelse*

Totalt har 311 utredningar genomförts som handlar om intern avvikelse. Antalet avvikelser har ökat något från förra året (264 avvikelser år 2022).

Inom LSS-bostäderna handlar avvikelserna bland annat om dålig efterlevnad av städrutiner och att medarbetare inte följer arbetsfördelning eller metodblad.

Precis som föregående år ser sysselsättning och assistans främst avvikelser i form av hot och våld vid övergång mellan aktiviteter eller från taxin till daglig verksamhet. En föreläsning om hur personal kan stödja brukarna bland annat vid övergång mellan aktiviteter och mellan sysselsättning och boende har genomförts.

### *Läkemedel*

Totalt 59 avvikelser har utretts avseende läkemedelshantering och flertalet av dem har rapporterats inom Boendesektionen. Antalet har minskat jämfört med 2022 då 63 läkemedelsavvikelser rapporterades. De vanligaste orsakskategorierna är procedurer, rutiner och riktlinjer, utbildning och kompetens samt kommunikation och information.

De vanligaste åtgärdskategorierna är kontakt med sjuksköterska, utbildning personal och rutiner till exempel implementering, revidering. Exempel på åtgärder är att sjuksköterska blivit inbjuden till APT, delegeringar har följts upp, samtal med medarbetare för att öka förståelse, kunskap och kännedom om ansvaret och påminnelse i enheterna om att vara noggranna.

Ingen av de läkemedelsrelaterade avvikelserna har bedömts som allvarlig vårdskada under året.

### *Fall*

77 fall har rapporterats hos brukare under året och majoriteten (56) har skett inom Boendesektionen. Antalet avvikelser har ökat jämfört med 2022 då 39 fallavvikelser rapporterades. Det finns inga indikationer på att ökningen beror på förändringar i verksamheten utan kan sannolikt förklaras av tidigare underrapportering. Ett fåtal individer står för majoriteten av fallen. Bakomliggande orsaker som har identifierats är framför allt omgivning och organisation, teknik, utrustning och apparatur och procedurer, rutiner och riktlinjer.

Några av åtgärderna som har genomförts är att hjälpa brukarna att införskaffa broddar samt involvera rehab-personal vid alla typer av fall. Rehab-personal har efter incidenter beslutat att införskaffa vissa medicintekniska hjälpmedel som kan förhindra fall. På en boendenhet har man tillsatt vaken nattpersonal som en åtgärd.

Ingen av fallavvikelserna har bedömts som allvarlig vårdskada under året.

## *Vård och behandling*

Det har utretts sju avvikelser avseende vård och behandling och sex av dessa har rapporterats inom Boendesektionen. Det är en ökning jämfört med 2022 då tre utredningar gällde vård och behandling.

Det svårt att hitta ett mönster då det är spridda anledningar till avvikelserna. De orsakskategorier som identifierats är främst procedurer, rutiner och riktlinjer, omgivning och organisation samt teknik, utrustning och apparatur. De vanligaste åtgärdskategorierna är kontakt med sjuksköterska och rutiner t ex implementering och revidering.

En allvarlig vårdskada har inträffat på ett serviceboende inom LSS på grund av utebliven vård som gällde munhälsa. Händelsen har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg och IVO har avslutat ärendet utan ytterligare åtgärder. Hälso- och sjukvårdsorganisationen kommer under 2024 ta fram strukturerade arbetssätt för förebyggande vård för målgruppen inom funktionsstöd.

## *Trycksår*

Det har rapporterats en avvikelse avseende trycksår under året. Teknik, utrustning eller apparatur har identifierats som bakomliggande orsak. Inga allvarliga avvikelser/vårdskador gällande trycksår har inträffat.

## *Medicintekniska produkter*

Det finns sju avslutade utredningar avseende medicintekniska produkter. Antalet har ökat jämfört med 2022 då en utredning gjordes. De vanligaste bakomliggande orsakerna har identifierats på området teknik, utrustning och apparatur samt procedurer, rutiner och riktlinjer. Inga allvarliga avvikelser/vårdskador har skett på grund av medicintekniska produkter under året.

## *Externa avvikelser*

När verksamheten upptäcker en vårdavvikelse som inträffat hos annan vårdgivare ska denna förmedlas till berörd aktör. Under året har elva externa avvikelser förmedlats till vårdcentral, akutmottagning, närakut, psykiatri Sydväst samt flera enheter på Karolinska i Huddinge. Majoriteten av avvikelserna handlar om felaktiga ordinationer, utebliven vård eller bristfällig rapportering. I över hälften av avvikelserna saknas efterfrågad återkoppling från berörd vårdgivare.

## *Hur har avvikelsehanteringen fungerat under året?*

Arbete med att säkerställa god kunskap hos medarbetare om avvikelsehantering behöver vara ständigt pågående. Trots att insatser sker löpande och att rapporteringen ökat finns det fortsatt ett utvecklingsbehov inom vissa enheter. Inom myndighetsutövningen har inga avvikelser rapporterats. Arbete behövs för att öka benägenheten att rapportera även mindre avvikelser för att på ett systematiskt sätt kunna upptäcka brister och förbättra verksamheten. I utförarverksamheterna förekommer både underrapportering och överrapportering av avvikelser.

Vad gäller hälso- och sjukvårdsavvikelser inom socialpsykiatrins särskilda boenden, där vård- och omsorgsnämnden är vårdgivare, har inga avvikelser rapporterats vilket tolkas som en underrapportering. Enheterna kommer under 2024 arbeta för ökad avvikelserapportering i samverkan med hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Under 2023 har hälso- och sjukvårdsorganisationen fokuserat särskilt på ökad kunskap och förståelse kring hanteringen av avvikelser för sina medarbetare. En ny rutin har tagits fram för bland annat utredningstid, riskvärdering, klassificering samt statistikhantering. Vidare har avvikelssystemet anpassats för att öka användarvänligheten.

Generellt görs bedömningen att flertalet medarbetare rapporterar avvikelser samt att utredningar och åtgärder genomförs i rimlig omfattning.



## 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).

Under 2023 har ingen rapport inkommit från privata utförare. Det låga antalet inrapporterade lex Sarah-rapporter har tidigare lyfts i dialog med privata utförare i samband med verksamhetsuppföljning. Ett fortsatt arbete kommer att ske i samverkan med de privata utförarna för att säkerställa hanteringen och förståelsen för arbetet.

## 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 dokumenteras, registreras och hanteras därefter av närmast ansvarig chef. Klagomålet analyseras och vid behov planeras åtgärder samt att återkoppling alltid görs till den som har klagat. Vid klagomål gällande hälso- och sjukvården som inkommer via IVO eller patientnämnden kopplas alltid även MAS in.

Nedan följer en redogörelse av synpunkter och klagomål som har inkommit under 2023.

| Verksamhet/Enhet                 | Antal |
|----------------------------------|-------|
| Sektionen för myndighetsutövning | 3     |
| Sysselsättning och assistans     | 3     |
| Bostad med särskild service      | 28    |
| Ledning Funktionsstöd            | 3     |
| Hälso- och sjukvårdsenheten      | 0     |

## Analys av inkomna synpunkter och klagomål

Klagomål och synpunkter som kommit in har framför allt handlat om brister i utförande av insats och personalens bemötande. Inom myndighetsutövningen har brukare inte varit nöjda med bedömningar och beslut.

Några bakomliggande orsaker som har identifierats är otydlig information från medarbetarna till brukarna kring hur verksamheten fungerar, bland annat kring rutiner för att minska smitta, grunderna för bedömning och beslut om insats och varför brukare inte alltid kan få den boendestöd man önskar. Vidare har klagomålen rört brister i informationsöverföring mellan medarbetare samt mellan enheten och företrädare. Det har även förekommit synpunkter och klagomål som handlar om kunskapsbrister i metodik och pedagogik hos medarbetare.

Åtgärder har bland annat handlat om tydliggörande av förväntningar och inom vilka ramar som insatserna utförs. De har även handlat om att ge information om rutiner och grund för bedömningar. Inom boendestöd arbetar verksamheten med att introducera fler medarbetare hos varje brukare för att brukarna ska känna sig

trygga i att de får det stöd de behöver trots att de inte alltid får träffa en specifik boendestödare.Handledning i metodik har erbjudits i flera arbetsgrupper.

Vikten av att säkra informationsöverföring mellan medarbetare och med företrädare samt att medarbetarna är kunniga inom relevanta metoder är lärdomar som utförarverksamheterna har gjort utifrån klagomålshanteringen.

#### *Analys av hur synpunkts-och klagomålshanteringen har fungerat*

Lärdomar av synpunkter och klagomål lyfts alltid i dialog med berörd personal samt vid behov även på arbetsplatsträffar.

Många synpunkter inkommer muntligen och dokumenteras inte alltid. Det kan därför förekomma fler klagomål och synpunkter än de som redovisas i rapporten. Inom sysselsättning och personlig assistans har få klagomål inkommit. Personal får information om klagomålshanteringen samt hur de kan hjälpa enskilda att fylla i klagomålsformuläret, men ytterligare åtgärder behövs.

#### **Synpunkter och klagomål på privata utförare**

Synpunkter och klagomål på privata utförare som inkommer till kommunen registreras och kommuniceras sedan till berörd utförare med begäran om svar. Svaret granskas och bedöms utifrån om utföraren har analyserat de bakomliggande orsakerna till händelsen och har angett relevanta åtgärder.

Vid klagomål som är av allvarlig karaktär eller vid upprepade klagomål av samma art bedöms om vidare uppföljning behövs. Ärendet avslutas när det inkomna svaret anses fullständigt och utföraren fullgjort sin skyldighet att hantera ärendet.

Förvaltningen har under året mottagit fem synpunkter och klagomål på privata utförare. Dessa har inkommit via enskilda brukare och närstående.

De klagomål som inkommit har främst handlat om hur utförandet av insatser genomförs, kommunikation och information från utförare till brukare samt verkställighet av insatsen. De bakomliggande orsakerna har främst varit bristfällig struktur och organisering av arbetet samt otydlighet i rutiner avseende fördröjning vid verkställighet. Bedömningen är att samtliga klagomål som inkommit har hanterats adekvat genom att utföraren utrett och vidtagit åtgärder.

### **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*





Hantering av risker som kan ha påverkan på brukarna är ett arbete som är ständigt pågående. För att säkerställa att risker hanteras identifieras och analyseras risker i början av året. Genomgång av riskerna sker även i samband med delårsrapporterna samt vid årets slut. Vid förändringar i verksamheten genomförs särskilda riskbedömningar. Utöver arbetet vid rapporteringsperioderna ska riskerna hanteras löpande när behov uppstår.

Nedan följer en redogörelse för identifierade risker för 2023 samt för de åtgärder som har planerats och/eller genomförts.



## Gemensamt för flera processer inom funktionshinderomsorgen

| Risk   | Uppföljning av åtgärd   |
|--|---|
| <p><b>Risk för att brukare utsätts för begränsningsåtgärder</b></p> <p>Riskenivå 8 </p>   | <p><b>Kompetensökning kring skydds- och begränsningsåtgärder</b></p> <p> <i>Pågående</i></p> <p>Enheterna har arbetat med att öka medvetenheten och kunskapen kring skydds- och begränsningsåtgärder hos medarbetarna, bland annat genom att:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Använda Socialstyrelsens material kring skydds- och begränsningsåtgärder</li> <li>• Gå igenom rutinen för skyddsåtgärder samt använt internt material (digital föreläsning och tillhörande material)</li> <li>• Inventerat skydds- och begränsningsåtgärder och analyserat orsaken till dessa</li> <li>• Ökat kunskap om metoder som kan ersätta skydds- och begränsningsåtgärder</li> <li>• Mål för medarbetare om att motverka användandet av dessa åtgärder.</li> <li>• Analys av avvikelser</li> </ul> <p>Åtgärderna har lett till ökad medvetenhet och kunskap kring skydds- och begränsningsåtgärder både hos chefer och medarbetare. Arbetet med skydds- och begränsningsåtgärder fortsätter 2024.</p> |
| <p><b>Risk att brukare påverkas negativt vid en händelse av kris</b></p> <p>Riskenivå 4 </p>  | <p><b>Analysera verksamhetens risk och sårbarhet</b></p> <p> <i>Pågående</i></p> <p>Risk- och sårbarhetsanalyser har genomförts på förvaltningsövergripande nivå. På sektions- och enhetsnivå pågår arbetet med att säkerställa lokala rutiner vid krissituationer. Verksamheten bedöms nu ha bättre krisberedskap. Under 2024 behöver rutinerna fortsatt implementeras.</p>   |
| <p><b>Risk för att brukares behov inte synliggörs i tillräcklig omfattning och att brukare kan fara illa om det stöd som erbjuds inte ges utifrån evidens och beprövad erfarenhet.</b></p> <p>Riskenivå 6 </p>                | <p><b>Organisera enheternas arbete utifrån 9-D modellen<sup>2</sup></b></p> <p> <i>Pågående</i></p> <p>Implementeringen pågår på alla enheter. Exempel på vad som har genomförts är:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sett introduktionsfilmen för 9-D modellen och skattat enheten</li> <li>• Upprättat och reviderat checklistor och rutiner</li> <li>• Förbättrat den fysiska för att skapa</li> <li>• Sett över arbetsfördelning och ombudsroller</li> <li>• Inrättat en idélåda för 9-D</li> </ul> <p>Åtgärderna har gett önskad effekt. Medarbetare känner till 9-D modellen och arbetar utifrån den i det dagliga arbetet. Inom flera boenden har den fysiska miljön blivit mer tydlig. På vissa enheter har utmanande beteende minskat som en följd av arbetet. På några enheter krävs mer implementering innan effekt kan urskiljas.</p>   |
| <p><b>Att brukares beslut om bostad med särskild service inte kan verkställas i Huddinge kommun i egen regi eller inom entreprenad, på grund av brist på tillgängliga bostäder i Huddinge kommun</b></p> <p>Riskenivå 12 </p> | <p><b>Lyfta behov i lokalprognos 2024</b></p> <p> <i>Genomförd</i></p> <p>Behov har lyfts i lokalprognos 2024 och i flera andra forum. Vid årsskiftet 2022/23 har det startat upp en ny servicebostad i egen regi. Behovet av fler gruppboendestäder är känt hos lokalansvariga.</p>   |
| <p><b>Risk att brukare med insatser som utförs av privata utförare inom LOV erbjuds en sämre kvalitet på grund av brister i samverkan mellan förvaltningen och LOV-utförare.</b></p> <p>Riskenivå 6 </p>                      | <p><b>Utöka samverkan</b></p> <p> <i>Genomförd</i></p> <p>Under hösten har dialogmöten genomförts med utförare inom daglig verksamhet, avlösning, ledsagning samt korttidsvistelse. Åtgärden har gett önskat resultat. Dialogmöten kommer fortsättningsvis att utföras två gånger per år.</p>  |
| <p><b>Risk att brukare inte får</b></p>  | <p><b>Kvalitetsfrågor till brukare i samband med uppföljning</b></p>  |









<sup>2</sup> 9D-modellen är en evidensbaserad metod för att minska hot-, och våldssituationer.

| Risk  | Uppföljning av åtgärd  |
|---|--|
| <p><b>möjlighet att vara delaktiga i tillräcklig omfattning vid utförande av insatser.</b></p> <p>Riskenivå 6 </p>                                       | <p> <i>Pågående</i></p> <p>Kvalitetsfrågorna används inte i tillräckligt hög grad främst på grund av låg kännedom om att frågorna ska ställas hos medarbetarna. Åtgärden har inte gett någon effekt ännu. Ytterligare implementeringsarbete planeras säkra att åtgärden är känd och kvalitetsfrågorna används.</p>  |
| <p><b>Risk att brukare som får stöd i det egna hemmet eller på daglig verksamhet inte får det kommunikations-stöd de behöver</b></p> <p>Riskenivå 9 </p> | <p><b>Inventera InPrint<sup>3</sup>-licenser samt hur många i medarbetargrupperna som har fått utbildning</b></p> <p> <i>Pågående</i></p> <p>Inventering är utförd av samtliga enheter. Under hösten har utbildningar för medarbetare och chefer gällande InPrint genomförts. Åtgärden har gett önskat resultat och fler använder InPrint i arbetet med brukare. Kommunikationsstödet som tagits fram med InPrint håller högre kvalitet sedan utbildningstillfällena.</p> |

### Tillhandahålla annan särskilt anpassad bostad



| Risk  | Uppföljning av åtgärd  |
|---|--|
| <p><b>Risk att brukare med beslut om annan särskilt anpassad bostad inte kan erbjudas insatsen inom rimlig tid.</b></p> <p>Riskenivå 12 </p> | <p><b>Lyfta behov i lokalprognos för 2024.</b></p> <p> <i>Genomförd</i></p> <p>Behovet har lyfts i lokalprognos 2024 och i flera andra forum. Behovet av fler annan särskild anpassad bostad är nu väl känt hos lokalansvariga.</p> |

### Utföra bostad med särskild service för vuxna









| Risk  | Uppföljning av åtgärd  |
|---|--|
| <p><b>Ineffektiva processer för renoveringar av lägenheter i service- och gruppboendestäder leder till långa ledtider</b></p> <p>Riskenivå 6 </p>                    | <p><b>Se över processen för renovering av befintligt bestånd i syfte att effektivisera flödet</b></p> <p> <i>Pågående</i></p> <p>Under året har det genomförts tematräffar på sektionsschefermöten avseende lokalfrågor. Förvaltningens lokalintendent har stöttat flera enheter med besiktningar och samtal med hyresvärdar. Åtgärden har gett bra resultat, men handläggningstiderna för renovering kan vara långa. Risknivån har sänkts till följd av att ny organisation bidragit till bättre samordning.</p>   |
| <p><b>Risk att brukarna inte får den stöd och service vi skall tillhandahålla om vi inte uppfyller alla delar i vår uppdragsbeskrivning.</b></p> <p>Riskenivå 4 </p> | <p><b>Stötta alla medarbetarna så att de kan dokumentera rätt i Lifecare</b></p> <p> <i>Genomförd</i></p> <p>Stödtexter har tagits fram för att underlätta dokumentation. Det är nu tydligare vad som ska skrivas under varje rubrik. Uppföljning har ännu ej genomförts avseende om dokumentationen har förbättrats.</p>   |
| <p><b>Risk för att nedsatt munhälsa hos brukare inte upptäcks</b></p> <p>Riskenivå 6 </p>  | <p><b>Implementera alla delar av den regionsgemensamma överenskommelsen för uppsökande tandvård och förtydliga den lokala ansvarsfördelningen</b></p> <p> <i>Pågående</i></p> <p><b>Ta fram och implementera systematiska arbetsätt för förebyggande vård</b></p> <p> <i>Pågående</i></p> <p><b>Föra in bokning av munhälsobedömning, utbildning och tandvård i årshjul för kontaktperson och enhetschef</b></p> <p> <i>Genomförd</i></p> <p>Åtgärderna säkerställer kvaliteten på området munhälsa och bedömningen är att riskvärdet med hjälp av åtgärderna kommer sjunka avsevärt.</p> |

<sup>3</sup> Inprint är ett layoutprogram för att skapa material med bild- och symbolstöd.

## Utföra daglig verksamhet

| Risk  | Uppföljning av åtgärd  |
|---|--|
| <p><b>Risk för att brukardelaktigheten är för låg inom daglig verksamhet</b></p> <p>Riskenivå 9 </p> | <p><b>Följa upp hur satsningen på tjänstedesign<sup>4</sup></b></p> <p> <i>Genomförd</i></p> <p>Daglig verksamhet har genomfört ett projekt som involverar elever i anpassad gymnasieskola. Verksamheten har intervjuat elever för att se vilka förväntningar och önskemål de har inför kommande sysselsättning inom daglig verksamhet. Projektet använder arbetssättet tjänstedesign för att säkerställa att de aktiviteter som tas fram fungerar och efterfrågas av brukarna. Projektet har visat att flera av de tillfrågade eleverna inte vet vad daglig verksamhet är vilket gör det svårt för dem att föreställa sig framtida önskemål. De önskemål som framkommit har främst rört estetisk verksamhet.</p> |

## Kompetensförsörjning SOF

| Risk   | Uppföljning av åtgärd  |
|--|--|
| <p><b>Risk för att god vård och omsorg inte uppnås då Funktionshinderområdet får svårt att attrahera medarbetare med rätt kompetens till verksamheten</b></p> <p>Riskenivå 6 </p> | <p><b>Utbildningsinsatser</b></p> <p> <i>Pågående</i></p> <p>Funktionsstöd och äldreomsorgen har inlett ett samarbete med Vux i Huddinge där medarbetare fått gå på språkstödande kurs i vårdsvenska under hösten 2023. Utvärderingen visar att kursen har lett till att deltagande medarbetare vågat prata mer på arbetsplatsen och känner sig stärkta i sina språkkunskaper.</p>  |
| <p><b>Risk för att god vård och omsorg inte uppnås då det är svårt att attrahera medarbetare med rätt kompetens till hälso- och sjukvården</b></p> <p>Riskenivå 9 </p>          | <p><b>Marknadsföring</b></p> <p> <i>Genomförd</i></p> <p><b>Aktivt rekryteringsarbete</b></p> <p> <i>Pågående</i></p> <p><b>Ta fram kompetenssteg för sjuksköterskor</b></p> <p> <i>Pågående</i></p> <p>Två av sex legitimerade medarbetare inom HSL-enheten har slutat under året. Verksamheten har lyckats rekrytera ny personal med relevant kunskap och erfarenhet. Åtgärder med marknadsföring och aktiv annonsering i sociala medier har bidragit till ökat antal sökanden till lediga tjänster.</p> |
| <p><b>Risk att inte kunna rekrytera timanställda som uppfyller enheternas kompetenskrav och tillgänglighetskrav.</b></p> <p>Riskenivå 9 </p>                                    | <p><b>Föra diskussioner om kravställning vid rekrytering</b></p> <p> <i>Genomförd</i></p> <p>Rekryteringen har kvalitetssäkrats genom att implementera skriftligt test, genomgång uppdraget, förtydligande gällande arbetsgivarens förväntningar och bokningar/avbokningar. Åtgärden har bidragit till bättre kvalitet i rekryteringen än tidigare.</p>   |

## Analys av riskarbetet

Verksamheten arbetar systematiskt med risker över året. Riskerna tas regelbundet upp på bland annat APT, planeringsdagar och vid delårsuppföljningar. Systematiken i arbetet har bidragit till att medarbetarna är bekanta med de identifierade riskerna vilket även underlättar utvecklingsarbetet.

Vissa enheter har uppmärksammat att betydelsen av begreppet "risk" varit otydligt. Åtgärder har genomförts för att tydliggöra begreppet, hur risker identifieras utifrån ett brukarfokus samt hur relevanta åtgärder planeras utifrån den aktuella riskenivån.

Ett utvecklingsområde är att vid behov "avsluta" risker när de har åtgärdats och inte längre är aktuella, samt även att dokumentera nya identifierade risker löpande och inte bara vid årets början.

<sup>4</sup> Tjänstedesign är en metod för att genom aktivt medskapande utveckla en tjänst utifrån brukarnas erfarenheter och behov.

## 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.

Uppföljning av egenkontrollerna genomförs i olika intervall. Vissa kontroller genomförs en gång per år och andra oftare. I de fall en kontroll genomförs av flera enheter granskas dessa på sektionsnivå, verksamhetsnivå eller av MAS för att identifiera gemensamma förbättringsområden.

Nedan följer en redovisning av resultatet för egenkontroller som har genomförts under året, samt de eventuella åtgärder som har genomförts i de fall egenkontrollernas resultat inte har varit så bra som önskat.

| Egenkontroll  | Uppföljning av egenkontroll   | Uppföljning av åtgärd   |
|---|---|---|
|  <b>Egenkontroll av kontinuitetsplan samt kritiska varor</b>               | Alla enheter har en krislåda som kontrolleras enligt rutin. Lokala rutiner för kris finns framtagna på enheterna.<br>Enhetschefer på boenden har fått en presentation om kommunens krisarbete samt arbetat med risk- och sårbarhetsanalys avseende kontinuitet.   | <i>Inget behov av åtgärder</i>  |
|  <b>Loggkontroller i verksamhetssystemet</b>                             | Loggkontrollerna har genomförts med godkänt resultat för samtliga enheter. Ingen brister har upptäckts.   | <i>Inget behov av åtgärder</i>  |
|  <b>Bedömning av det vårdhygieniska arbetet (följs upp i checklista)</b> | Egenkontrollen visar att enheterna följer vårdhygieniska rekommendationer, riktlinjer och checklistor samt att det finns god samverkan med HSL-enheten kring vårdhygien.  | <i>Inget behov av åtgärder</i>  |
|  <b>Social dokumentation</b>   | Inom sysselsättning och assistans har en förbättring skett sedan förra året efter genomförda åtgärder.<br>En risk som framkommit är att det i viss mån saknas fördjupad kunskap om och stöd för medarbetare kring hur social dokumentation eller upprätta genomförandeplan skrivs på ett korrekt sätt.<br>Inom boendesektionen har 42% som en godkänd social dokumentation. 29% har delvis godkänt resultat. Boendena behöver främst arbeta med att uppdatera metodblad och genomförandeplaner. | <b>Fortsätta kompetenshöjande insatser kring social dokumentation</b><br> <i>Pågående</i><br>Utbildning i social dokumentation har genomförts hösten 2023.<br>Utvärdering visar övervägande positiv feedback där deltagarna säger att de har fått ökade kunskaper och känner sig mer säkra gällande social dokumentation. Fler utbildningar planeras till 2024. |
|  <b>Systematisk uppföljning av den uppsökande verksamheten</b>           | Ett etappmål gällande risk för vräkning är satt till att det i ärenden där risk finns för vräkningsbeslut ska 25% vara utan vräkningsrisk vid årets slut. Målet är i hög grad uppnått med ett resultat på 57,5%. Det beror bland annat på en väl fungerande samverkan med hyresvärdar i kommunen samt bättre samverkan med hyresgästföreningen.   | <i>Inget behov av åtgärder</i>  |

|   |  |                                |
|---|--|--------------------------------|
| ● <b>Observation av basala hygienrutiner och klädregler (PPM BHK)</b> | Resultatet visar på en positiv trend och har förbättrats ytterligare under 2023.         | <i>Inget behov av åtgärder</i> |
| ● <b>Självskattning av basala hygienrutiner</b>                       | De flesta enheter uppvisar ett godkänt resultat i självskattning i basala hygienrutiner. | <i>Inget behov av åtgärder</i> |
| ● <b>Loggkontroll nationell patientöversikt (NPÖ)</b>                 | Loggkontroller av NPÖ har utförts med godkänt resultat.                                  | <i>Inget behov av åtgärder</i> |
| ● <b>Loggkontroll i hälso- och sjukvårdsjournal (Procapita)</b>       | Egenkontroll av och loggkontroller har utförts med godkänt resultat.                     | <i>Inget behov av åtgärder</i> |

### Analys av arbetet med egenkontroller

Egenkontrollerna utförs på de allra flesta enheter enligt rutin och har fungerat bra för att identifiera eventuella brister.

Inför 2023 har det tillkommit egenkontroller gällande vissa loggkontroller, nyckelhantering och systematiskt brandskyddsarbete (SBA). Vidare har ett par egenkontroller justerats både vad gäller innehåll och frekvens. Enheterna har vid utvärdering uppgett att egenkontrollerna nu är bättre anpassade till verksamheten och att det lett till bättre åtgärder.

## Uppföljning och resultat

### Statistik och kvalitetsregister

#### Öppna jämförelser

Öppna jämförelser är en nationell undersökning som genomförs av Socialstyrelsen och som främst följer upp förekomsten av systematisk uppföljning, rutiner, samverkansdokument och handläggarnas utbildning. Öppna jämförelser har få indikatorer som visar resultat av insatser och stöd varför det inte ska betraktas som en mätning av verksamhetens kvalitet. Undersökningen används främst som en kunskapsstyrning där frågeställningarna beskriver vad Socialstyrelsen anser är viktigt.

I kvalitetsberättelsen 2022 var Huddinges andel av biståndshandläggare med socionomutbildning lägre än riksgenomsnittet inom funktionshinderområdet. Under 2023 ökade andelen med 3,5 procent huvudsakligen på grund av nyanställda med socionomutbildning som ersatt medarbetare som saknat utbildning. Trots denna ökning är Huddinges andel av biståndshandläggare med socionomutbildning fortfarande låg jämfört med liknande kommuner.

| Andel handläggare med socionomutbildning (%) | 2022  | Mars 2023 |
|--|-------|-----------|
| Haninge                                      | 66.2  | 59,6      |
| Huddinge                                     | 71.4  | 75        |
| Järfälla                                     | 68.6  | 72,5      |
| Nacka  | 83.3  | 78,9      |
| Sollentuna                                   | 70.0  | 88,9      |
| Sundbyberg                                   | 100.0 | 80        |
| Riket  | 81.9  | 80,6      |
| Stockholms län                               | 81.4  | 81,3      |

Det saknas nationella nyckeltal som bedömer handläggningens kvalitet. Det är därför svårt att fastställa ett samband mellan andelen socionomutbildade handläggare och kvaliteten på handläggningen.

## Enhetsundersökningen för bostad med särskild service och daglig verksamhet

Enhetsundersökningen för bostad med särskild service och daglig verksamhet. Undersökningen baseras på svar från enheterna på frågor om självbestämmande och integritet, helhetssyn och samordning, kunskapsbaserad verksamhet samt trygghet och säkerhet.

De som svarat uppgav att alla brukare har aktuella genomförandeplaner och att dessa innehåller dokumentation om delaktighet. Hälften av brukarna har även individuella mål i genomförandeplanen och de enskildas uppfattning används i hög utsträckning för att utveckla verksamheten.

| Rike, län, kommun | 1a. Andel personer med en aktuell genomförandeplan | 2 a. Andel personer med en aktuell genomförandeplan som innehåller dokumentation om delaktighet | 3. Individuella mål i genomförandeplan | 5. Enskildas uppfattning används för att utveckla verksamheten | 8. Individuella kompetens-utvecklingsplaner |
|-------------------|--|---|--|--|---|
| Haninge           | 99   | 99  | 96                                     | 100  | 89  |
| Huddinge          | 100  | 100   | 100                                    | 100  | 94  |
| Järfälla          | 98   | 97  | 86                                     | 86   | 86  |
| Nacka             | 99   | 99  | 82                                     | 86   | 80  |
| Sollentuna        | 96   | 94  | 79                                     | 64   | 64  |
| Sundbyberg        | 94   | 92  | 78                                     | 89   | 100   |
| Riket             | 93   | 88  | 73                                     | 60   | 67  |
| Stockholms län    | 93   | 89  | 72                                     | 79   | 69  |

## Brucarundersökningar

### Förebyggande verksamhet

De förebyggande verksamheterna genomför brukarundersökningar och utvärderingar i mindre skala. Det handlar bland annat om en enkätundersökning för avslutade ärenden inom den uppsökande verksamheten och utvärderingar efter avslutade utbildningar/aktiviteter inom anhörigstödet. Resultatet analyseras löpande och fångar upp synpunkter från kommuninvånare, men underlaget är för litet för att kunna dra några slutsatser på aggregerad nivå.

### Biståndsbedömning

Enheten för myndighetsutövning genomför en egen brukarundersökning vartannat år och detta gjordes senast under 2022.

En ny nationell brukarundersökning för myndighetsutövning för personer med funktionsnedsättning som får stöd enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) har tagits fram av SKR och genomförts för första gången 2023. Antalet svar för Huddinge var för lågt för att kunna presentera ett resultat. Ett utvecklingsområde är att kunna erbjuda enkätbaserat deltagande på flera språk än svenska. Åtgärder genomförs för att nå fler respondenter till 2024 års undersökning.

### Utförande av insatser - egen regi

Sveriges kommuner och regioners (SKR) nationella brukarundersökning inom socialtjänsten genomförs för flera olika målgrupper och verksamheter inom individ- och familjeomsorg samt funktionshinderområdet.

Deltagandet i undersökningarna är frivilligt och kommuner samt privata aktörer har möjlighet att själva bestämma vilka delar av verksamheten de vill inkludera i undersökningen. Nedan presenteras resultaten för utförare i egen regi.

### Svarsfrekvens brukarundersökning

| Verksamhet        | Antal tillfrågade | Antal som svarade | Motsvarar svarsfrekvens |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------------|
| Daglig verksamhet | 195               | 121               | 62%                     |
| Gruppboendestad   | 91                | 64                | 70%                     |



|                     |     |    |     |
|---------------------|-----|----|-----|
| Servicebostad       | 94  | 54 | 56% |
| Boendestöd          | 136 | 55 | 40% |
| Personlig assistans | 21  | 10 | 48% |

Flera av brukarna har mer än en insats vilket innebär att de får svara på flera enkäter. Det är svårt att motivera brukare att svara på flera olika enkäter. Generellt är det svårare att få svar från de som bor i ordinärt boende (boendestöd) eftersom utdelning och inhämtning inte kan samordnas på samma sätt som exempelvis på ett boende.

### Daglig verksamhet

| <b>Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)</b>           | <b>2021</b> | <b>2022</b> | <b>2023</b> |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Huddinges jämförelsekommuner*   | 79          | 83          | 81          |
| Huddinge  | 63          | 76          | 75          |
| Stockholms läns kommuner (ovägt medel)  | 80          | 82          | 81          |
| Riket   | 78          | 79          | 79          |
| <b>Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)</b> | <b>2021</b> | <b>2022</b> | <b>2023</b> |
| Huddinges jämförelsekommuner  | 85          | 88          | 88          |
| Huddinge  | 79          | 84          | 78          |
| Stockholms läns kommuner (ovägt medel)  | 86          | 87          | 86          |
| Riket   | 83          | 85          | 84          |

Inom daglig verksamhet syns förbättringar på flera områden men det uppstår även nya utvecklingsområden. Återkommande teman är låga resultat när det gäller känslan av trygghet med personalen och kommunikation. I vissa fall kan medarbetare tala för snabbt, för mycket eller använda ord som inte är anpassade för målgruppen.

Sammantaget är Huddinges resultat något lägre än vad det är i riket eller Stockholms läns kommuner.

### Personlig assistans

| <b>Brukarbedömning Personlig assistans - Alla assistenter pratar så brukaren förstår, andel (%)</b>         | <b>2021</b> | <b>2022</b> | <b>2023</b> |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Riket   | 77          | 78          | 81          |
| Huddinges jämförelsekommuner  |             | 55          | 60          |
| Huddinge  | 67          | 70          | 60          |
| Stockholms läns kommuner (ovägt medel)  | 85          | 75          | 74          |
| <b>Brukarbedömning Personlig assistans - Brukaren känner sig trygg med alla sina assistenter, andel (%)</b> | <b>2021</b> | <b>2022</b> | <b>2023</b> |
| Riket   | 80          | 82          | 78          |
| Huddinges jämförelsekommuner  |             | 69          | 47          |
| Huddinge  | 73          | 50          | 70          |
| Stockholms läns kommuner (ovägt medel)  | 91          | 83          | 79          |

Personlig assistans har förbättrat sina resultat på de flesta frågeställningarna jämfört med undersökningen 2022. Ett utvecklingsområde förra året var att skapa större trygghet för brukarna. De åtgärder som vidtagits har gett resultat och trenden är positiv även om målet ännu inte uppnåtts.

Andra åtgärder som genomförts är att förenkla språket och att säkerställa att rätt kommunikationshjälpmedel används för varje brukare. Resultatet visar att arbetet kring kommunikation behöver fortsätta.

## Boendestöd

|  | Riket | Huddinges jämförelse kommuner | Huddinge | Stockholms läns kommuner |
|--|-------|-------------------------------|----------|--------------------------|
| <b>Brukarbedömning boendestöd</b>                          |       |                               |          |                          |
| Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%) |       |                               |          |                          |
| 2021   | 82    | 92                            | -        | 85                       |
| 2022   | 84    | 94                            | 66       | 87                       |
| 2023   | 85    | 89                            | 76       | 86                       |
| Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)                 |       |                               |          |                          |
| 2021   | 92    | 94                            | -        | 94                       |
| 2022   | 93    | 98                            | 92       | 96                       |
| 2023   | 93    | 94                            | 94       | 94                       |
| Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)           |       |                               |          |                          |
| 2021   | 86    | 89                            | -        | 87                       |
| 2022   | 88    | 94                            | 75       | 91                       |
| 2023   | 88    | 86                            | 87       | 88                       |

Inom boendestöd har resultatet på samtliga frågor förbättrats. Brukarna upplever större trygghet med personalen, de upplever att personalen bryr sig om dem i större utsträckning och de har lättare att förstå vad personalen menar.

Det goda resultatet är sannolikt ett resultat av det arbete som genomförts för att förbättra kontinuiteten för brukaren vilket har betydelse för både hur bemötandet uppfattas och hur trygg man känner sig med stödet. Vidare har verksamheten fokuserat på aktiviteter som främjar bättre kommunikation mellan brukare och personal vilket har gett positiva resultat i undersökningen.

## Grupp- och servicebostad

|  | Riket | Huddinges jämförelse kommuner | Huddinge egen regi | Stockholms läns kommuner (ovägt medel) |
|--|-------|-------------------------------|--------------------|--|
| <b>Brukarbedömning gruppboendestöd LSS</b>                     |       |                               |                    |  |
| Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%) |       |                               |                    |  |
| 2021   | 78    | 81                            | 90                 | 84                                     |
| 2022   | 78    | 88                            | 79                 | 80                                     |
| 2023   | 78    | 86                            | 91                 | 82                                     |
| Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)     |       |                               |                    |  |
| 2021   | 77    | 76                            | 94                 | 81                                     |
| 2022   | 78    | 77                            | 89                 | 79                                     |
| 2023   | 78    | 84                            | 84                 | 79                                     |
| Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)                     |       |                               |                    |  |
| 2021   | 83    | 90                            | 91                 | 87                                     |
| 2022   | 82    | 86                            | 88                 | 84                                     |
| 2023   | 84    | 92                            | 89                 | 85                                     |
| Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)               |       |                               |                    |  |
| 2021   | 72    | 73                            | 75                 | 75                                     |
| 2022   | 69    | 74                            | 65                 | 69                                     |
| 2023   | 71    | 74                            | 76                 | 73                                     |

|  |    |    |    |    |
|--|----|----|----|----|
| Brukaren är ofta rädd för något hemma, andel (%)               |    |    |    |    |
| 2021   | 8  | 8  | 6  | 6  |
| 2022   | 6  | 8  | 8  | 6  |
| 2023   | 7  | 5  | 5  | 6  |
| <b>Brukarbedömning servicebostad LSS</b>                       |    |    |    |    |
| Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%) |    |    |    |    |
| 2021   | 82 | 85 | 80 | 85 |
| 2022   | 82 | 87 | 75 | 85 |
| 2023   | 83 | 82 | 77 | 82 |
| Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)     |    |    |    |    |
| 2021   | 73 | 69 | 64 | 73 |
| 2022   | 72 | 73 | 69 | 71 |
| 2023   | 71 | 71 | 67 | 67 |
| Brukaren är ofta rädd för något hemma, andel (%)               |    |    |    |    |
| 2021   | 6  | 6  | 9  | 5  |
| 2022   | 6  | 4  | 6  | 7  |
| 2023   | 6  | 4  | 6  | 6  |
| Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)                     |    |    |    |    |
| 2021   | 84 | 83 | 78 | 84 |
| 2022   | 83 | 84 | 88 | 85 |
| 2023   | 83 | 80 | 75 | 81 |
| Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)               |    |    |    |    |
| 2021   | 68 | 62 | 61 | 65 |
| 2022   | 68 | 71 | 62 | 68 |
| 2023   | 69 | 71 | 66 | 67 |

Grupp och servicebostäderna arbetar med att skapa trygghet, bra bemötande och förbättra kommunikationen. Detta har skett bland annat genom värderingsarbete, 9D-modellen, stöd av metodutvecklare, samt föreläsningar via Forum Carpe. Utöver det arbetar alla enheter, både inom gruppboenden och servicebostäder, med egna frågor som rör den specifika enheten. Det kan handla om missnöje över antalet vikarier, att det kan förekomma hot och våld i de gemensamma utrymmena eller att det är halt utanför bostaden.

Arbetet tycks ha gett resultat på gruppboendena som visar förbättringar på många av frågeställningarna, exempelvis om brukaren får bestämma om saker som är viktiga och om personalen pratar med brukarna så att de förstår. Andelen som ofta upplever att de är rädda för något på boendet har minskat. Resultaten står sig väl både i jämförelse med riket som övriga kommuner i Stockholms län.

På servicebostäderna har det genomförts insatser i samband med årets undersökning för att samla in fler svar och förbättra svarsfrekvensen vilket bidrog till att öka antalet svar med 17 procent. Den stora variationen i svarsfrekvens gör att jämförelsen mellan åren 2022 och 2023 bör tolkas med viss försiktighet.

Även om servicebostäderna har förbättrat sitt resultat på flera av frågeställningarna så är resultaten generellt sätt lägre än vad det är på gruppboendena.

Servicebostäderna uppvisar förbättringar på frågeställningar som rör huruvida brukaren får bestämma om saker som är viktiga för dem och om personalen pratar med dem på ett sätt de förstår. Andelen av brukarna som ofta är rädda för något kvarstår på samma nivå som tidigare undersökning. Huddinges resultat för servicebostäderna är generellt sätt lägre än riket och övriga kommuner i Stockholms län.

## Revisioner och granskningar

Följande granskningar har genomförts inom funktionsstöds verksamhetsområde under 2023.

### Apoteksgranskning

Granskning av läkemedelshantering genomförs årligen av extern granskare. Granskningen visar att läkemedelshantering fungerar väl.

### Livsmedelskontroll

Korttidsboende för barn inom LSS har haft en livsmedelskontroll under hösten. Åtgärder som rekommenderades vidtogs omgående. Enheterna inom boendesektionen har fått några mindre anmärkningar gällande livsmedelshantering som har korrigerats.

### Brandtillsyn

Tillsyn av Södertörns Brandförsvaret har genomförts på ett antal boenden. Kontrollen medförde inga större anmärkningar. Rekommenderade åtgärder genomförs av Huddinge samhällsfastigheter.

## Kvalitetsindikatorer

Verksamheten följer ett antal indikatorer för att bedöma hur arbetssätt, processer och rutiner fungerar för att skapa god kvalitet. I många fall används resultat från brukarundersökningar för detta syfte och ibland används andra mätningar som genomförs inom den egna verksamheten. Syftet med indikatorerna är att kunna följa hur händelser som sker, utvecklingsarbete och andra faktorer påverkar kvaliteten.

Nedan visas de indikatorer som verksamheten har följt under året.

### Kompetensförsörjning

| Kvalitetsindikator   | Kommentar |          |               |               |         |      |  |  |          |      |  |  |         |      |    |    |   |
|--|-----------|----------|---------------|---------------|---------|------|--|--|----------|------|--|--|---------|------|----|----|---|
| <p>Andel medarbetare med adekvat utbildning för uppdraget</p> <table border="1"><caption>Andel medarbetare med adekvat utbildning för uppdraget</caption><thead><tr><th>År</th><th>Utfall</th><th>Etappmål</th><th>Målvärde 2030</th></tr></thead><tbody><tr><td>VB 2022</td><td>65,5</td><td></td><td></td></tr><tr><td>DÅ2 2023</td><td>67,4</td><td></td><td></td></tr><tr><td>VB 2023</td><td>68,3</td><td>82</td><td>90</td></tr></tbody></table> | År        | Utfall   | Etappmål      | Målvärde 2030 | VB 2022 | 65,5 |  |  | DÅ2 2023 | 67,4 |  |  | VB 2023 | 68,3 | 82 | 90 | <p>Andelen tillsvidareanställda med befattning som motsvarar adekvat utbildning inom funktionshinderomsorgen är 68,3 procent. Siffrorna varierar mellan enheterna där vissa enheter når upp till mellan 80 och 100 procent medan andra ligger lägre.</p> <p>Det område där det förekommer flest personer utan adekvat utbildning är personlig assistans. Här finns PAN-anställda<sup>5</sup>, där brukaren helt själv bestämmer vem som ska rekryteras.</p> <p>Inom myndighetsutövningen har alla medarbetare (biståndshandläggare) adekvat utbildning. Det övervägande antalet är socionomer och övriga kan vara statsvetare, beteendevetare eller jurister.</p> |
| År   | Utfall    | Etappmål | Målvärde 2030 |               |         |      |  |  |          |      |  |  |         |      |    |    |   |
| VB 2022  | 65,5      |          |               |               |         |      |  |  |          |      |  |  |         |      |    |    |   |
| DÅ2 2023   | 67,4      |          |               |               |         |      |  |  |          |      |  |  |         |      |    |    |   |
| VB 2023  | 68,3      | 82       | 90            |               |         |      |  |  |          |      |  |  |         |      |    |    |   |

<sup>5</sup> PAN- anställning innebär anställning en begränsad tid för ett visst arbete. Anställningen upphör då vårduppdraget upphör eller om den som är arbetsgivare har särskilda skäl att vilja få anställningen att upphöra.

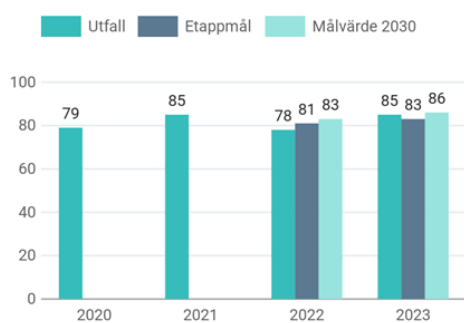
## Boendestöd

| Kvalitetsindikator   | Kommentar |          |               |               |      |    |   |   |      |    |    |    |      |    |    |    |  |
|--|-----------|----------|---------------|---------------|------|----|---|---|------|----|----|----|------|----|----|----|--|
| <p>Brukarbedömning boendestöd SoL - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)</p> <table border="1"> <caption>Brukarbedömning boendestöd SoL - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)</caption> <thead> <tr> <th>År</th> <th>Utfall</th> <th>Etappmål</th> <th>Målvärde 2030</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2021</td> <td>86</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>85</td> <td>88</td> <td>94</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>93</td> <td>88</td> <td>94</td> </tr> </tbody> </table> | År        | Utfall   | Etappmål      | Målvärde 2030 | 2021 | 86 | - | - | 2022 | 85 | 88 | 94 | 2023 | 93 | 88 | 94 | <p>Resultatet har ökat med åtta procentenheter under 2023 vilket gör att resultatet ligger långt över etappmålet och är endast en procentenhet under målvärdet för 2030. I relation till samtliga kommuners sammanslagna resultat ligger Huddinges resultat sju procentenheter högre.</p> <p>Boendestöd har arbetet mycket med åtgärder för att avhjälpa antalet avbokningar som sker med kort varsel och arbetet kommer att fortgå under 2024. Under 2023 har alla avbokningar följts upp av arbetsledare i syfte att ta reda på orsaken till avbokningen samt att föreslå en ny stödtid. Genom detta arbetssätt har enheten bland annat uppmärksammat att brukare upplever att de inte får den hjälp de vill ha ifall de erbjuds att stödet ska utföras av en vikarie. Vid vikarietillsatta pass innebär det ofta att brukaren avbokar sitt stöd med kort varsel. För att ytterligare öka nöjdheten hos brukaren har enheten påbörjat arbetet med att introducera tre ordinarie boendestödare per område och brukare så långt det är möjligt för att få en bättre kontinuitet i bemanning och trygghet för brukaren.</p> |
| År   | Utfall    | Etappmål | Målvärde 2030 |               |      |    |   |   |      |    |    |    |      |    |    |    |  |
| 2021   | 86        | -        | -             |               |      |    |   |   |      |    |    |    |      |    |    |    |  |
| 2022   | 85        | 88       | 94            |               |      |    |   |   |      |    |    |    |      |    |    |    |  |
| 2023   | 93        | 88       | 94            |               |      |    |   |   |      |    |    |    |      |    |    |    |  |

## Utföra bostad med särskild service för vuxna

| Kvalitetsindikator  | Kommentar |          |               |               |      |    |   |   |      |    |    |    |      |    |    |     |      |    |    |     |   |
|---|-----------|----------|---------------|---------------|------|----|---|---|------|----|----|----|------|----|----|-----|------|----|----|-----|---|
| <p>Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)</p> <table border="1"> <caption>Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)</caption> <thead> <tr> <th>År</th> <th>Utfall</th> <th>Etappmål</th> <th>Målvärde 2030</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2020</td> <td>81</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>89</td> <td>83</td> <td>97</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>89</td> <td>91</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>92</td> <td>91</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>   | År        | Utfall   | Etappmål      | Målvärde 2030 | 2020 | 81 | - | - | 2021 | 89 | 83 | 97 | 2022 | 89 | 91 | 100 | 2023 | 92 | 91 | 100 | <p>Resultatet har ökat med tre procentenheter och överträffar därmed etappmålet. I relation till samtliga kommuners resultat ligger Huddinges resultat elva procentenheter högre.</p> <p>Gruppbostäderna har under 2023 haft extra fokus på att brukaren skall få den hjälp hen vill ha. För att säkerställa detta arbetar enheterna på gruppnivå med brukarråd och på individnivå genom bland annat dagliga samtal och genomförandeplanen. Enheterna har uppdaterat metodblad för att säkerställa att stödet ges på det sätt som brukaren önskar. Vidare har enheterna tillsett att de har rätt hjälpmedel för att kunna använda alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) i samtal med brukare för att säkerställa att brukaren kan framföra sin vilja.</p> |
| År  | Utfall    | Etappmål | Målvärde 2030 |               |      |    |   |   |      |    |    |    |      |    |    |     |      |    |    |     |   |
| 2020  | 81        | -        | -             |               |      |    |   |   |      |    |    |    |      |    |    |     |      |    |    |     |   |
| 2021  | 89        | 83       | 97            |               |      |    |   |   |      |    |    |    |      |    |    |     |      |    |    |     |   |
| 2022  | 89        | 91       | 100           |               |      |    |   |   |      |    |    |    |      |    |    |     |      |    |    |     |   |
| 2023  | 92        | 91       | 100           |               |      |    |   |   |      |    |    |    |      |    |    |     |      |    |    |     |   |
| <p>Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)</p> <table border="1"> <caption>Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)</caption> <thead> <tr> <th>År</th> <th>Utfall</th> <th>Etappmål</th> <th>Målvärde 2030</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2020</td> <td>76</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>71</td> <td>78</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>66</td> <td>73</td> <td>88</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>70</td> <td>73</td> <td>88</td> </tr> </tbody> </table> | År        | Utfall   | Etappmål      | Målvärde 2030 | 2020 | 76 | - | - | 2021 | 71 | 78 | 80 | 2022 | 66 | 73 | 88  | 2023 | 70 | 73 | 88  | <p>Resultatet har ökat med fyra procentenheter vid årets mätning. Det är dock tre procentenheter under etappmålet och fyra procentenheter under samtliga kommuners sammanlagda resultat. Servicebostäderna har arbetat med samma åtgärder som gruppbostäder och detta har även här gett resultat i form av ökad nöjdhet.</p>  |
| År  | Utfall    | Etappmål | Målvärde 2030 |               |      |    |   |   |      |    |    |    |      |    |    |     |      |    |    |     |   |
| 2020  | 76        | -        | -             |               |      |    |   |   |      |    |    |    |      |    |    |     |      |    |    |     |   |
| 2021  | 71        | 78       | 80            |               |      |    |   |   |      |    |    |    |      |    |    |     |      |    |    |     |   |
| 2022  | 66        | 73       | 88            |               |      |    |   |   |      |    |    |    |      |    |    |     |      |    |    |     |   |
| 2023  | 70        | 73       | 88            |               |      |    |   |   |      |    |    |    |      |    |    |     |      |    |    |     |   |

**Brukarbedömning boende LSS totalt - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)**

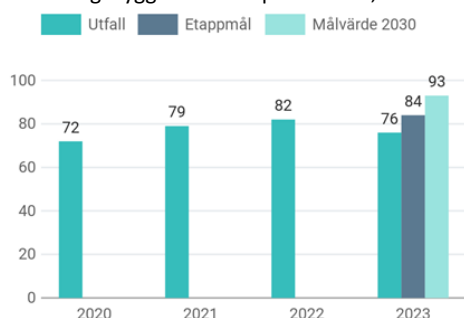


Resultatet visar en ökning med sju procentenheter vilket gör att etappmålet överträffas med två procentenheter. I relation till samtliga kommuners sammanslagna resultat ligger Huddinges resultat fem procentenheter högre.

Enheterna har arbetat med att uppdatera metodblad för att säkerställa att stödet ges på det sätt som brukaren önskar. Vidare har enheterna tillsett att de har rätt hjälpmedel för att kunna använda alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) i samtal med brukare för att säkerställa att brukaren kan framföra sin vilja.

Servicebostäderna har flera brukare att möta upp på en enhet och brukare säger i större mån nej till insatser. Vissa av servicebostäderna har under året arbetat med månadssamtal och täta uppföljningar för att säkerställa att brukarna upplever att de får bestämma.

**Brukarbedömning boende LSS totalt, brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel %**



Resultatet har sjunkit med sex procentenheter vid årets mätning. Det är åtta procentenheter under etappmålet men en procentenhet över samtliga kommuners sammanlagda resultat.

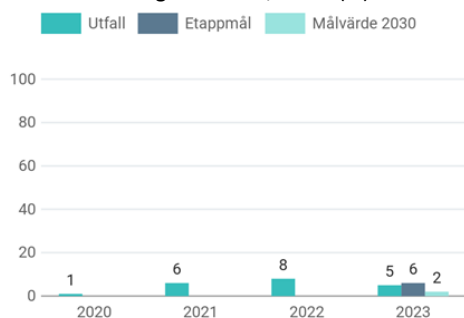
Trygghet till personalen är ofta kopplat till bemötande, kommunikation och kontinuitet i personalgruppen. Vad som upplevs som ett gott bemötande varierar, men grundläggande för goda relationer är att visa respekt och intresse för personens situation. Det handlar också om att personalen ska uttrycka sig sakligt och tydligt samt använda sig av alternativ kommunikation för att den enskilde ska förstå.

Medarbetarna arbetar med värderingsarbete och deltar i föreläsningar för att utveckla sin kompetens kring bemötande och kommunikation.

Servicebostäderna har genom statsbidrag från "uppdrag psykisk hälsa" utbildat personal i motiverande samtal för att vägleda till förändring utifrån brukarens egna önskemål och kapacitet.

Boendesektionen kommer att analysera resultatet tillsammans med brukare och personal för att utreda vad eller i vilka situationer brukaren känner sig otrygg.

**Brukarbedömning gruppboende LSS - Brukaren är ofta rädd för något hemma, andel (%)**



Resultatet visar en sänkning med tre procentenheter vilket gör att etappmålet uppnås. I relation till samtliga kommuners sammanslagna resultat ligger Huddinges resultat två procentenheter bättre.

Att vara trygg i sitt hem är viktigt och uppföljning om vad rädslan kan bero visar ofta på otrygghet i gemensamhetsutrymmen och att man ibland kan ha grannar som kan uppfattas som hotfulla. Enheterna har under året arbetat med åtgärdsplaner som bland annat innehåller att se över metodblad, utbildning i lågaffektivt bemötande, 9D-modellen och ökat samarbete med hälso- och sjukvårdsorganisationen.

## Utföra daglig verksamhet

| Kvalitetsindikator   | Kommentar |          |               |               |      |    |  |  |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |  |
|--|-----------|----------|---------------|---------------|------|----|--|--|------|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|----|--|
| <p>Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Verksamheten är viktig för brukaren, andel (%)</p> <table border="1"><thead><tr><th>År</th><th>Utfall</th><th>Etappmål</th><th>Målvärde 2030</th></tr></thead><tbody><tr><td>2020</td><td>84</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2021</td><td>82</td><td>86</td><td>97</td></tr><tr><td>2022</td><td>89</td><td>84</td><td>97</td></tr><tr><td>2023</td><td>81</td><td>91</td><td>97</td></tr></tbody></table>   | År        | Utfall   | Etappmål      | Målvärde 2030 | 2020 | 84 |  |  | 2021 | 82 | 86 | 97 | 2022 | 89 | 84 | 97 | 2023 | 81 | 91 | 97 | <p>Resultatet har sjunkit efter att ha haft en toppnotering 2022. Sett till alla kommuners resultat ligger Huddinges resultat i samma nivå.</p> <p>Verksamheten uppfattar ett samband mellan att tycka om sin dagliga verksamhet och att tycka att den är viktig. Brukare som inte är nöjda med sin verksamhet känner inte heller att den är viktig. På daglig verksamhet har en åtgärd varit att i ett tidigt skede uppmärksamma missnöje och snabbt hjälpa brukaren vidare till en annan verksamhet ifall det behövs. Detta sker i samverkan mellan brukaren, företrädare, biståndshandläggare och chef på den dagliga verksamheten. För att påskynda processen kan brukare få börja på önskad enhet inom egen regi med kort varsel.</p> |
| År   | Utfall    | Etappmål | Målvärde 2030 |               |      |    |  |  |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |  |
| 2020   | 84        |          |               |               |      |    |  |  |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |  |
| 2021   | 82        | 86       | 97            |               |      |    |  |  |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |  |
| 2022   | 89        | 84       | 97            |               |      |    |  |  |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |  |
| 2023   | 81        | 91       | 97            |               |      |    |  |  |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |  |
| <p>Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)</p> <table border="1"><thead><tr><th>År</th><th>Utfall</th><th>Etappmål</th><th>Målvärde 2030</th></tr></thead><tbody><tr><td>2020</td><td>83</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2021</td><td>79</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2022</td><td>80</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2023</td><td>79</td><td>81</td><td>95</td></tr></tbody></table> | År        | Utfall   | Etappmål      | Målvärde 2030 | 2020 | 83 |  |  | 2021 | 79 |    |    | 2022 | 80 |    |    | 2023 | 79 | 81 | 95 | <p>Resultatet har varit konstant de senaste åren tre åren. Medelvärdet för alla deltagande kommuner ligger fyra procentenheter under Huddinges resultat.</p> <p>Under året har daglig verksamhet utökats och anpassats brukarråd. Fokus har lagts på att skapa fler arenor för delaktighet. Verksamheten har uppmärksammat att fler arenor för delaktighet bidrar till att synpunkter inkommer från brukarna. Detta bedöms som positivt.</p>   |
| År   | Utfall    | Etappmål | Målvärde 2030 |               |      |    |  |  |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |  |
| 2020   | 83        |          |               |               |      |    |  |  |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |  |
| 2021   | 79        |          |               |               |      |    |  |  |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |  |
| 2022   | 80        |          |               |               |      |    |  |  |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |  |
| 2023   | 79        | 81       | 95            |               |      |    |  |  |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |  |

## Bedömning av kvalitet

Generellt kan sägas att liknande eller samma utvecklingsområden som föregående år återkommer i årets kvalitetsberättelse. För att få effekt av nya metoder och arbetsätt 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

Det förebyggande arbetet inom funktionshinderområdet handlar om ett förebyggande förhållningssätt. Att alltid anpassa metoder, kommunikation och bemötande för att den enskilde ska få rätt stöd och vård utifrån sitt behov.

Det förebyggande arbetet som bedrivs för målgruppen är till stor del samma förebyggande insatser som ges till alla kommuninvånare, exempelvis vad gäller att inte utveckla psykisk ohälsa eller beroendeproblematik, att motverka våld i nära relationer eller att ge stöd till föräldrar, insatser som idag ges inom socialnämndens verksamheter. Därutöver har regionen ett ansvar för råd och stöd enligt LSS som vänder sig särskilt till målgruppen.

Förebyggande arbete bedrivs, utöver det som sker i vardagen med varje brukare, genom uppsökande verksamhet och anhörigstöd. Stödet har visat god förmåga att nå närstående till målgrupperna och vuxna med psykisk ohälsa och bedöms hålla en god kvalitet.

## Biståndsbedömning

Myndighetens uppdrag är att fatta beslut utifrån den enskildes behov samt lagar och föreskrifter. Handläggarna ska försäkra sig om att målen med insatsen uppfylls och utförs med god kvalitet.

Genom att alltid sträva efter rättssäkerhet i kombination med god service och kvalitet i det dagliga arbetet

säkerställs att kommuninvånare som lever med olika funktionsnedsättningar får den vård och omsorg de har rätt till. Stor vikt läggs på uppföljning av beviljade insatser i dialog med den enskilde, utförare och samverkanspartners.

Införandet av IBIC bedöms bidra till att verksamheten blir mer kunskapsbaserad. Biståndshandläggning enligt IBIC ska skapa ännu bättre förutsättningar för en effektiv och rättssäker handläggning och en god uppföljning. När alla som arbetar kring individen använder sig av ett gemensamt språk blir uppgifterna mer enhetliga vilket gör det lättare för individen att få rätt stöd.

En kvalitetsrisk är bristen på bostäder för målgruppen. Behovet av bostäder har påtalats i lokalprognosen för 2024. På grund av bristen på boenden inom Huddinge blir brukarna erbjudna externa placeringar, många gånger utanför kommunen.

Ett digitalt bildstöd i utrednings- och uppföljningssamtal har arbetats fram för att öka barns delaktighet i utredningar som rör dem. Bildstödet innebär att barnen kan vara delaktiga i samtal och att handläggaren kan fråga barnet direkt istället för att alltid inhämta information från vårdnadshavare. De handläggare som använt sig av bildstödet har även noterat att barnen visar större intresse att delta i utredningssamtalet.

Alla som vill få information om insatser ska få det. Kommuninvånarna erbjuds både enskilda (digitala eller fysiska) eller öppna möten där de får information om insatser och handlägningsprocessen samt erbjuds stöd i hur man ansöker. Riktade informationsmöten har hållits för föräldrar till barn med funktionsnedsättningar. Kontakten med föräldrarna har varit positiv, och formatet digitala informationsträffar har uppskattats.

Verksamheten bedömer att rättssäkerheten är god, att brukarna får information och beslut som de förstår samt att de ges möjlighet att yttra sig innan ett avslagsbeslut. Vid ett beslut som går den enskilde emot så informeras den enskilde om hur denne kan få ytterligare information eller hjälp att överklaga beslutet.

För att säkerställa en helhetssyn och samordning kring den enskilde sker samverkan på olika nivåer inom verksamhetsområdet, kommunen och externa aktörer. Tydliga samverkansrutiner skapar förutsättningar för att beslut och insatser ges inom rimlig tid. Det har inte kommit in några avvikelser som visar på brister kring samverkan.

## Utförande av insatser i egen regi

Utförandeverksamheterna har fokuserat på att öka användandet av evidensbaserade metoder. Arbetet med att förankra metoderna kommer att fortsätta under 2024.

Brukarundersökningen visar att brukarnas upplevelse av delaktighet har blivit bättre. Däremot indikerar brukarundersökningen att känslan av trygghet hos brukarna behöver förbättras. Likaså visar ett antal avvikelser på brister i bemötandet. Åtgärder som planeras är insatser för att öka kompetensen för att förhindra hot och våld, minska tvångs- och begränsningsåtgärder samt att implementera flera evidensbaserade metoder.

Arbetet med att motverka tvångs- och begränsningsåtgärder har pågått intensivt under året vilket har bidragit till ökad medvetenhet och kunskap hos både chefer och medarbetare. Det har också resulterat i ökad rapportering av avvikelser.

För att skapa kontinuitet i arbetsmetoder och arbetssätt betonas behovet av tydliga rutiner och processer, vilket i stor utsträckning redan finns. Förbättringsområdet inför 2024 är att öka följsamheten till dessa.

För att skapa helhetssyn och samordning samverkar utförarverksamheterna med externa och interna aktörer, samt med närstående. Inkomna klagomål tyder på att samarbetet med närstående kan bli bättre för att skapa större samsyn och trygghet kring brukaren.

På servicebostäderna har analys av brukarundersökningarna visat att brukarnas upplevelse av stödet påverkas av olika faktorer som har gjort att brukarna tackar nej till stöd. Medarbetare inom servicebostäderna har därför arbetat med metoder för att öka motivationen att ta emot stöd. Detta har lett till högre kontinuitet i det stöd som utförs, men ännu finns inget underlag för att analysera om brukarnas upplevelse har förändrats.

Inom daglig verksamhet har arbetsmiljön förbättrats för både brukare och personal efter flytt till nya lokaler. I samband med detta kan också ett bredare utbud av aktiviteter erbjudas och stödet har kunnat anpassas bättre utifrån de behov som finns.

Efter att ha analyserat resultatet från brukarundersökningen, avvikelser och egenkontroller är bedömningen att genomförda åtgärder har bidragit till ökad kvalitet i stödet under 2023.



Hälso- och sjukvårdsorganisationens utveckling av avvikelshantering, riskhantering på individ- och verksamhetsnivå, utökad samverkan vid vårdens övergångar samt förbättring av förebyggande arbetssätt förväntas bidra till en mer patientsäker och jämlik vård. Medicinskt ansvarig sjuksköterska bedömer att kvaliteten inom hälso- och sjukvården överlag är god och att brukare inom samtliga enheter där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar erbjuds god och patientsäker vård.

## Utförande av insatser hos privata utförare

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

Följande insatser utfördes 2023 i enlighet med lag om valfrihetssystem för personer med funktionsnedsättning som får stöd inom vård- och omsorgsnämnden:

- 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

### Avtalsuppföljning

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

### Fördjupad uppföljning

Ingen fördjupad uppföljning av utförare har genomförts under året. Återkopplingssamtal har genomförts med samtliga verksamhetsansvariga hos privata utförare i samband med avtalsuppföljning. Förvaltningens bedömning är att det under året inte indikerats några brister i kvaliteten som inte har kunnat hanteras vid individuppföljningar eller som medfört ett behov av fördjupad uppföljning.

## Förbättringsområden

Funktionsstöd kommer nästkommande år att fortsätta styra och leda verksamheten med särskilt fokus på ökad delaktighet och trygghet för brukare samt för att utveckla en allt mer kunskapsbaserad verksamhet.

Följande förbättringsområden har identifierats:

- Fortsatt kompetensutveckling för personalen bland annat genom språkutbildning, yrkeskompetens och Forum Carpe för att skapa ökad trygghet för brukarna.
- Göra processer och rutiner mer lättillgängliga för medarbetare.
- Fortsatt kompetenshöjande insatser inom AKK och InPrint för att förbättra kommunikationsvägarna med brukarna och ge möjlighet till ökad delaktighet samt trygghet.
- Utvärdera och vid behov utveckla stödet för medarbetare kring social dokumentation.
- Fortsätta att implementera arbetssättet IBIC inom myndighet och utförandeaktiviteterna för att säkerställa en kunskaps- och evidensbaserad verksamhet.
- 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.
- Bevaka och delta i kommungemensamt arbete för att öka andelen bostäder i Huddinge kommun för personer med funktionsnedsättningar.
- Arbeta för att förbättra samarbetet med närstående för att öka tryggheten för brukare.

- Fortsätta arbetet med att minska tvångs-och begränsningsåtgärder.

#### *Utförande av insatser hos privata utförare*

- Vid den årliga avtalsuppföljningen begära in utförarnas kvalitetsberättelse för att säkerställa att det bedrivs en systematisk avvikelshantering.
- Vid återkoppling av avtalsuppföljning för respektive utförare ställa frågor om utförarens avvikelshantering, mot bakgrund av det som framkommer i inlämnad kvalitetsberättelse.
- Vid verksamhetsuppföljningar granska utförarens rutin för avvikelshantering och dess efterlevnad. Utföraren ska kunna visa inkomna avvikelserapporter, utredningar och uppföljningar.
- Implementera reviderad rutin för hantering av synpunkter och klagomål för att säkerställa en likvärdig och korrekt hantering oavsett vem inom förvaltningen som mottar synpunkten eller klagomålet.

#### *Identifierade förbättringsområden för att säkerställa god kvalitet och vård för personer med funktionsnedsättning:*

- Hälso- och sjukvårdsorganisationen saknar struktur för förebyggande hälso- och sjukvård hos personer som bor på gruppboenden. Förebyggande arbetssätt kommer att tas fram under 2024.
- För att använda resurser på ett effektivt sätt kommer hälso- och sjukvårdsorganisationen utveckla möjligheterna för användning av digitala lösningar för kommunikation mellan omsorgspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal.
- Fortsatt arbete med att öka kvaliteten i hanteringen av hälso- och sjukvårdsavvikelser.

#### **Mål för patientsäkerhetsarbetet:**

- Mål: hälsorelaterade risker identifieras i större utsträckning än tidigare.  
För att uppnå detta kommer rutiner och arbetssätt för förebyggande hälso- och sjukvård tas fram.
- Mål: Säkerställa patientsäkra hälsobedömningar vid förändrat hälsotillstånd.  
För att uppnå detta ska en digital tjänst implementeras som möjliggör videosamtal mellan sjuksköterska och patient i syfte att möjliggöra mer patientsäkra bedömningar på distans.