

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2025

Vård- och omsorgsnämnden

Rapportperiod: 2025-12-31

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2025

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	1
2	Inledning.....	2
3	Struktur	2
3.1	Nämndens prioriterade utvecklingsmål.....	2
3.2	Organisation och ansvar.....	3
3.3	Samverkan för att förebygga kvalitetsbrister	4
3.4	Brukarens/patientens och närståendes delaktighet	4
3.5	Medarbetarens rapporteringsskyldighet.....	5
3.6	Klagomål och synpunkter	5
3.7	Egenkontroll	6
3.8	Process - åtgärder för att höja kvaliteten.....	6
3.9	Risikanalys.....	7
3.10	Utredning av händelser - missförhållanden och vårdskador.....	7
4	Resultat och analys	8
4.1	Egenkontroll	8
4.2	Avvikelse	21
4.3	Klagomål och synpunkter	22
4.4	Händelser och vårdskador.....	22
4.5	Risikanalys	23
4.6	Utvecklingsområden kommande år	24

1 Sammanfattning

Sektor vård och omsorg redovisar härmed det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet för 2025. Berättelsen belyser hur verksamheten uppfyller lagkrav enligt SoL, LSS och HSL samt nämndens prioriterade mål om ökad delaktighet, självständighet och en god, säker vård.

Strategisk styrning och struktur

Verksamheten styrs genom en tydlig ansvarsfördelning där nämndens fokus på individanpassad vård och förebyggande insatser (inklusive välfärdsteknik) vägleder arbetet. Under 2025 har egenkontrollerna reviderats från årsbasis till tertiärlig uppföljning (T1, T2, T3). Detta har skapat en mer dynamisk process som gör det möjligt för enhetschefer att snabbare identifiera och åtgärda kvalitetsbrister. Samverkan med Regionen, bland annat genom samordnad individuell plan (SIP) och trepartssamverkan inom psykiatri, har varit central för att säkerställa en obruten vårdkedja.

Kvalitetsresultat och brukarundersökningar

Resultaten från 2025 visar på en positiv utveckling med hög trygghet och ett gott bemötande.

Äldreomsorg (SÄBO & Hemtjänst): Femårsuppföljningen (2021–2025) visar stabila resultat med hög nöjdhet. Hemtjänsten har framgångsrikt implementerat fasta omsorgskontakter med undersköterskekompetens.

LSS & BmSS: Daglig verksamhet ser en resultatförbättring på flertalet punkter. Inom BmSS har ett mer strukturerat anhörigsamarbete inletts med goda initiala resultat.

Loggkontroller: Den sammantagna bedömningen är grön, vilket bekräftar en rättssäker hantering av personuppgifter.

Patientsäkerhet och händelseanalys

Verksamheten arbetar aktivt med att främja en rapporteringskultur där lärande står i centrum.

Lex Sarah: Totalt utreddes 28 händelser (mot 22 föregående år). Av dessa anmäldes 6 till IVO som allvarliga missförhållanden. Brister i bemötande och utförande är de främsta orsakerna.

Lex Maria: 4 händelser anmäldes till IVO (en minskning från 10 under 2024). Tre av dessa rörde läkemedelshantering, varav en omfattande händelse föranlett en djupgående systemanalys för att minimera framtida risker.

Hälso- och sjukvård: Medicinsk vårdplanering (MVPL) har nått en täckningsgrad på 79 % inom hemsjukvården, och ett förbättringsarbete kring Nödvändig tandvård (N-intyg) har initierats.

Utmaningar och utvecklingsområden

Trots goda resultat finns identifierade förbättringsområden som prioriteras inför 2026:

Hygienrutiner: Arbetet med att upprätta lokala rutiner på samtliga äldreboenden ska slutföras.

Kompetens och Språk: Flera avdelningar rapporterar att brister i språkkunskaper hos enskilda medarbetare försvårar delegeringsförfaranden och dokumentation.

Systematik inom Personlig Assistans: Behov av ett "omtag" kring egenvårdsintyg och att säkerställa tillgång till hygien- och arbetsteknikombud i alla ärenden.

2 Inledning

Nämnden ska enligt Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 dokumentera det systematiska kvalitetsarbetet i en sammanhållen kvalitetsberättelse och enligt patientsäkerhetslagen 2010:659 ska det upprättas en patientsäkerhetsberättelse årligen. Dessa båda är sammanfogade i detta följande dokument.

Enligt Socialtjänstlagen, SoL, och Lagen om stöd och service till vissa funktionsnedsatta, LSS, ska verksamhet som bedrivs utifrån dessa lagrum vara av god kvalitet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande säkras och utvecklas, vilket nämnden ska tillse.

Patientsäkerhetsberättelsen är en beskrivning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet som har skett under föregående år.

Syftet med patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten och kvalitetsarbetet.

3 Struktur

3.1 Nämndens prioriterade utvecklingsmål

De personer som behöver omvårdnadsinsatser eller annat stöd för sin dagliga livsföring ska så långt som möjligt kunna leva och bo som självständiga medborgare i samhället. Vård- och omsorgsnämndens insatser ska präglas av trygghet, ansvarskänsla och respektfullt bemötande.

Nämndens prioriterade utvecklingsmål: Den enskilde ska vara delaktig och ha inflytande över sin vård och omsorg

Varför är målområdet viktigt? Delaktighet är viktigt för den enskilde. Den enskilde ska ha inflytande över sin vård och omsorg och den ska vara individanpassad. Vi ska lyssna på de vi finns till för och ta tillvara deras synpunkter i arbetet med kvalitetsutveckling. Detta leder till god livskvalitet för den enskilde och bättre verksamhet.

Konkreta effekter som ska uppnås

God upplevd livskvalitet, ökad delaktighet och inflytande

Stärkt påverkansmöjlighet och självbestämmande över sitt liv

Öka den enskildes involvering vid verksamhetsutveckling

Vi ska förebygga och möta medborgarnas behov av vård och omsorg

Varför är målområdet viktigt?

Den demografiska utvecklingen går mot att antal äldre invånare ökar samtidigt som invånare i arbetsför ålder blir färre. Behovet av stöd till personer med funktionsnedsättningar ökar också. Balansen mellan ökat behov och tillgängliga resurser är en utmaning. För medborgare är det viktigt att få vård och omsorg inom rimlig tid och efter sina behov.

Konkreta effekter som ska uppnås

Stärkt självständighet genom förebyggande insatser och användning av välfärdsteknik

Tillgodose behovet av särskilda boendeformer

God och säker vård

Tillgänglig omsorg, stöd och service

3.2 Organisation och ansvar

Vård- och omsorgsnämnd

Nämnden ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt föreskrifter som finns i lag eller förordning. Nämnden ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt de mål, riktlinjer och policys som kommunfullmäktige beslutat samt enligt bestämmelser i reglementet.

Nämnden ansvarar för de övergripande delarna och för principiellt viktiga frågor och avgörande inom verksamheten samt anger riktlinjer och prioriteringar inom nämndens verksamhetsområde. Nämnden ansvarar dessutom för långsiktig planering och strategisk utveckling av verksamheten. Nämnden beslutar om mål och strategier.

Sektorschef

Sektorschef har det övergripande ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet i sektorn. Sektorschef ska kvalitetssäkra och kvalitetsutveckla sektorns arbete på en sektorsövergripande nivå. Sektorschef ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt verksamhetsplanen och att uppföljning sker till nämnden. Sektorschef fastställer vilka särskilda insatser sektorn ska arbeta med för att uppnå mål och kvalitet. En del av detta planeras som aktiviteter till styrkortet.

Stabschef

Stabschefen leder utvecklingsenhetens arbete med att stödja, samordna och styra det sektorsövergripande kvalitets- och utvecklingsarbetet som skapar förutsättningar för verksamheten att utvecklas och nå sina mål. Stabschefen stödjer sektorschef i det strategiska arbetet med kvalitetsutveckling.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska - MAS

MAS har ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården så att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård, ett omhändertagande av hög patientsäkerhet och god kvalitet samt att kvalitet och säkerhet upprätthålls och utvecklas. MAS har ansvar för att utarbeta och besluta om riktlinjer och rutiner som behövs enligt hälso- och sjukvårdslagen. MAS rapporterar till nämnden och IVO (Inspektionen för vård och omsorg) om ärenden enligt Lex Maria.

Socialt ansvarig samordnare - SAS

SAS har ett övergripande ansvar för att säkra och utveckla kvaliteten utifrån SoL och LSS. SAS utreder rapporter, klagomål och anmälningar samt avvikelser och missförhållanden, Lex Sarah (SOFs 2011:5). SAS rapporterar till vård- och omsorgsnämnden och IVO (Inspektionen för vård och omsorg). I uppdraget ligger också att granska verksamheten och stärka den enskildes rättigheter kring delaktighet och inflytande över sin vardag.

Avdelningschef

Avdelningschef har ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet inom sin avdelning. Avdelningschef ska kvalitetssäkra och kvalitetsutveckla arbetet inom avdelningen.

Avdelningschef ansvarar för avdelningens arbete men ser även till helheten såväl i sektorn som i kommunen. Avdelningschef är även verksamhetschef enligt HSL. Avdelningschef deltar i arbetet med att planera aktiviteter till verksamhetsplanen samt har ett ansvar för det systematiska kvalitetsarbetet inom avdelningen. Avdelningschef leder avdelningens arbete med att uppfylla mål och krav.

Enhetschef

Enhetschef ansvarar för att det systematiska kvalitetsarbetet genomförs på enheten och att medarbetarna är delaktiga i det. Enhetschef ska kvalitetssäkra och kvalitetsutveckla enhetens arbete inom lagrummen SoL, LSS och HSL. Enhetschef leder enhetens arbete med att uppfylla mål och krav. Enhetschef ansvarar för enhetens arbete men ser även till helheten såväl i sektorn som i kommunen.

Medarbetare

Alla medarbetare har ansvar för att känna till och arbeta i enlighet med fastställda processer och rutiner. Medarbetare ska medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Alla medarbetare i kommunen har två roller, att utföra arbetet och att utveckla arbetet.

3.3 Samverkan för att förebygga kvalitetsbrister

Samverkan sker både internt och externt för att säkerställa god kvalitet till brukare/patienter. Den samverkan som sker med regionen är i form av samordnad vård och omsorgsplanering för brukare/patienter som behöver stöd efter de vårdats på sjukhus. Samverkan med regionen sker även genom Samordnad individuell plan (SiP). Avvikelsehantering sker i samverkan med regionen när det uppstått avvikelse där både kommunen och regionen är inblandade. Sektorn har upprättade avtal med regionen avseende läkarmedverkan för att säkerställa patientsäkerheten inom kommunal hälso- och sjukvård. Under 2025 har trepartssamverkan avseende vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning och eller missbruks- och beroendeproblematik fortlöpt enligt plan. Trepartssamverkan innefattar slutenvård, öppenvård och kommunal hälso- och sjukvård.

Internt sker samverkan mellan olika professioner. Enheterna har teammöten som är tvärprofessionella möten rörande brukare/patienter, dessa möten sker med samtycke från brukaren/patienten. Lokal samordnad individuell plan (L-SiP) sker vid behov då används samma struktur som vid samordnad individuell plan (SiP).

Samverkan sker även sektorsövergripande både på individnivå och övergripande nivå. Samverkan sker bland annat med sektor socialtjänst och sektor barn- och utbildning.

3.4 Brukarens/patientens och närståendes delaktighet

Brukarens, patientens och närståendes delaktighet – 2025 års sammanfattning

Under 2025 har vi fortsatt att utveckla kvaliteten inom vård och omsorg med fokus på delaktighet, lyhördhet och systematiskt förbättringsarbete. Flera viktiga undersökningar och uppföljningar har genomförts som ger en tydlig bild av nuläget och vägen framåt.

Bostad med särskild service (BmSS) 2025 har ett mer strukturerat arbete kring samarbete med anhöriga inletts. Den första enkäten visar hög nöjdhet totalt sett och personalens svar bekräftar bilden. En arbetsgrupp etableras för att leda arbetet framåt. Inom boendestöd har vi genomfört vår första brukarundersökning. Här identifieras trygghet och trivsel med personal som viktiga utvecklingsområden.

Daglig verksamhet (LSS) 2025 har en ny brukarundersökning genomförts. Jämfört med tidigare år lyfter sig resultaten på de flesta punkter, även om vissa områden fortsatt ligger något under rikssnittet. Indikatorn "Verksamheten viktig för dig" ligger över riket, vilket visar att deltagarna upplever verksamheten som meningsfull och relevant. Arbetet går vidare under 2026 med en djupare analys av undersökningen för att ta fram konkreta förbättringsområden

Särskilt boende för äldre & Hemtjänst – femårig utveckling 2021–2025

Inom både särskilt boende för äldre och hemtjänst har undersökningar genomförts 2025. Resultaten visar att verksamheterna lyfter sig på i stort sett samtliga punkter.

En jämställd, faktabaserad och balanserad femårssammanställning (2021–2025) visar att Skövdes äldreomsorg haft en stabil och positiv utveckling. Verksamheterna kännetecknas av:

- Hög trygghet
- Gott bemötande
- Högt förtroende från brukare och anhöriga

Fokusområden 2026

- SÄBO: ökad utevistelse och meningsfull vardag
- Hemtjänst: utveckling kring bl.a. fast omsorgskontakt och trygghet

3.5 Medarbetarens rapporteringsskyldighet

Alla medarbetare inom sektor vård- och omsorg har en rapporteringsskyldighet. Rapporteringsskyldigheten innefattar bland annat att medarbetaren ska rapportera risker för vårdskador och händelser som kan medföra eller kunnat medföra en vårdskada. Rapporteringsskyldigheten innefattar även att medarbetaren ska rapportera om det förekommer missförhållande eller risker för missförhållanden. I webbutbildningen som all personal genomför en gång om året ingår delar kring rapporteringsskyldigheten. Utbildningen är obligatorisk för all personal som arbetar med brukare/patienter. Varje år har enheterna en arbetsplatsträff då rapporteringsskyldigheten går igenom.

3.6 Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter inkommer till sektorn på olika vägar. Klagomål och synpunkter kan inkomma från bland annat den enskilda, anhöriga, grannar, allmänhet, via inspektionen för vård och omsorg och via patientnämnden.

Majoriteten av synpunkter och klagomål kommer direkt till enhetscheferna för hantering, ibland till avdelningschef och sektorschef. Enhetschefer hanterar klagomål i verksamhetssystemet för avvikelser om klagomålet handlar om avvikelse från planerade insatser. En del klagomål och synpunkter kommer via Skövde kommuns kontaktcenter och skickas där vidare till enhetschefer eller avdelningschef alternativt till annan funktion att utreda.

Klagomål och synpunkter kan innefatta bland annat brister i utförande av insatser, bemötande, tider eller brister i fysiska lokaler.

Av de klagomål och synpunkter som inkommer via Skövde kommuns kontaktcenter handlar de flesta om synpunkter och felanmälningar och majoriteten av dem är klagomål och i övrigt är det förslag och beröm.

3.7 Egenkontroll

Under 2025 har egenkontrollerna reviderats för att stärka det systematiska kvalitetsarbetet. Tidigare genomfördes kontrollerna årsvis, vilket skapade utmaningar för ansvariga enhetschefer att erhålla en aktuell och samlad bild av verksamhetens kvalitet.

För att möjliggöra en närmare uppföljning och snabbare identifiering av förbättringsområden genomförs egenkontrollerna nu tertiärsvis. Arbetet är strukturerat utifrån specifika teman vid varje kontrolltillfälle. Detta ger en mer lätthanterlig process och en tydligare progression under året.

Som ett komplement till de tematiska egenkontrollerna genomförs även löpande granskningar av:

Loggkontroller: Genomförs för att säkerställa att hanteringen av personuppgifter sker rättssäkert, genom att verifiera att endast behörig personal med en aktuell yrkesmässig relation tar del av känslig dokumentation.

Genomförandeplaner: Kontroll av aktualitet och brukarens delaktighet.

Genom detta strukturerade arbetssätt skapas bättre förutsättningar för en god och säker vård och omsorg, där avvikelser kan åtgärdas mer effektivt än vid tidigare årsbaserade modeller.

Nedanstående tabell redovisar de olika teman i kvalitetsarbetet för 2025

Egenkontroll	Taggar
Loggkontroll	T1, T2, T3
Trygga arbetssätt	T1
Säkra kunskap	T1
Patientsäkerhet - hygien	T2
Patientsäkerhet - övrigt	T2
Professionellt förhållningssätt	T1
Säkerhet/beredskap	T3
Avvikelser	T3
Dokumentation - utföra	T3
Dokumentation - utreda	T3

3.8 Process - åtgärder för att höja kvaliteten

Inom sektor vård och omsorg sker arbetet processorienterat, där medarbetarna samarbetar mot gemensamma mål. En stabil process skapar förutsättningar för kontinuerlig förbättring.

Några av fördelarna är:

- att kundens behov är i fokus.

- ger en helhetssyn över hur det hänger ihop.
- det skapar ordning och reda och tydliggör roll- och ansvarsfördelning.
- vi blir effektivare.
- det visar på förbättringsmöjligheter.
- det ger nöjda medarbetare.

3.9 Riskanalys

Riskanalys används fortlöpande i det dagliga arbetet. I processarbetet görs riskanalys vid uppstart samt vid behov. Riskanalys görs vid varje avvikelse och i samband med utredning av avvikelserna. Riskanalys görs vid utredning av risk för missförhållande och missförhållande (lex Sarah) samt vid risk för vårdskada och vårdskada (lex Maria).

3.10 Utredning av händelser - missförhållanden och vårdskador

Under verksamhetsåret 2025 har totalt 28 rapporterade händelser utretts enligt bestämmelserna om lex Sarah. Rapporterna omfattar en variation av missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden, med särskilt fokus på följande områden:

Brister i bemötande: Innefattar händelser av fysisk, psykisk samt ekonomisk karaktär.

Brister i utförande: Berör avvikelser i givet stöd, brister i tillsyn samt brister i den direkta omvårdnaden.

Av de 28 utredda händelserna har sex (6) bedömts utgöra allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande och därmed anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i enlighet med gällande bestämmelse.

Samtliga utredningar har resulterat i analys av bakomliggande orsaker samt framtagande av åtgärder för att förhindra upprepning. Verksamheten arbetar systematiskt med att återföra lärdomar från dessa utredningar till berörda arbetslag, i syfte att stärka rättssäkerheten och tryggheten för brukaren. Genom att identifiera mönster i de rapporterade händelserna kan riktade utbildningsinsatser och metodutveckling genomföras där behovet är som störst.

Under 2025 har fyra (4) händelser anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria, då de bedömts innebära en allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada.

Ärendena fördelas enligt följande:

Läkemedelshantering: Tre av anmälningarna rör brister i läkemedelshanteringen. En av dessa händelser var av omfattande karaktär och berörde 13 patienter, vilket föranlett en fördjupad händelseanalys för att identifiera systemfel och stärka de administrativa rutinerna kring läkemedelsadministration.

Medicinsk bedömning och dokumentation: En anmälan rör brister i den medicinska bedömningen, dokumentationsföringen samt uppföljningen av givna insatser.

För samtliga händelser har verksamheten genomfört utredningar för att fastställa bakomliggande orsaker. Arbetet med att implementera åtgärder för att höja patientsäkerheten pågår, med särskilt fokus på att säkra dokumentationsprocessen och minimera risker i läkemedelskedjan.

Lex Sarah			
År	SoL	LSS	Totalt
2021	7	7	14 + 1 privat

2022	6	8	14 + 0 privat
2023	21	2	23 + 0 privat
2024	14	8	22 + 0 Privat
2025	24	4	28 + 1 Privat

Lex Maria	
År	Antal
2021	2
2022	1
2023	0
2024	10
2025	4

4 Resultat och analys

4.1 Egenkontroll

Egenkontroll	Bedömning
Loggkontroll	
Kommentar: Majoriteten av alla loggkontroller är godkända. Några få har varit ej godkända. Den sammantagna bedömningen är grön.	
Trygga arbetssätt	

Kommentar:**Avdelning äldreboende: Grön**

Avdelningens enheter uppvisar en god efterlevnad av rutinerna för privata medel, skydds- och begränsningsåtgärder samt kännedom om kontaktmannaskap, men för att säkerställa att samtliga verksamheter når fastställda målvärden krävs fortsatta genomgångar i arbetslagen för att stärka kännedom och följsamhet.

Inom avdelningen har samtliga brukare en utsedd kontaktman, även om korta vistelsetider inom korttidsverksamheten samt kognitiv svikt hos vissa brukare kan utgöra hinder för att göra kontaktmannen känd för den enskilde. Rutiner för hantering av privata medel efterlevs generellt, men fortbildningsinsatser planeras vid en enhet för att aktualisera kunskapen i personalgruppen. Avseende skydds- och begränsningsåtgärder används fastställda checklistor, men ett behov av att stärka personalens kompetens och förbättra följsamheten vid uppföljningar har identifierats vid ett fåtal enheter.

Avdelning, personlig assistans: Gul

Inom korttidsverksamheten finns utsedda ansvariga stödassistenter som är kända för brukarna. För de brukare på korttidshem som medför kontanta medel erbjuds säker förvaring i låsbara skåp. Vidare genomförs egenkontroller avseende skydds- och begränsningsåtgärder enligt fastställd rutin med ett årligt intervall.

Inom personlig assistans kommuniceras rutinen för hantering av privata medel via arbetsplatsträffar (APT), men tillämpas inte i de fall där anhöriganställning föreligger och gemensam ekonomi bedöms vara rådande.

Avdelning hemtjänst: Grön

Inom hemtjänsten har samtliga brukare som tackat ja till erbjudandet tilldelats en fast omsorgskontakt med undersköterskekompetens. Under året pågår ett arbete med att ta fram ett förtydligat informationsunderlag för att definiera uppdragets innebörd och skapa transparens för brukare, anhöriga och medarbetare. Avseende skydds- och begränsningsåtgärder tillämpas verksamhetens checklista för egenkontroll vid behov och när frågan aktualiseras i det enskilda ärendet.

Avdelning bostad med särskild service och daglig verksamhet: Grön

Enhetschefer och medarbetare arbetar utifrån "Trygga arbetssätt". Efterlevnad av fastställda rutiner säkerställs genom regelbundna genomgångar på arbetsplatsträffar (APT), via verksamhetens kvalitetspärm samt under särskilda verksamhetsdagar.

För att främja kontinuitet och trygghet har samtliga brukare en utsedd ansvarig stödassistent. Vidare genomförs en årlig översyn av skydds- och begränsningsåtgärder för att säkerställa att gällande regelverk följs och att insatserna förblir ändamålsenliga.

Säkra kunskap



Kommentar:

Avdelning äldreboende: Grön

Sammanfattningsvis visar resultaten att merparten av enheterna inom avdelning äldreboende uppnår målvärdena för samtliga egenkontroller inom området 'Säkra kunskap'. I de fall målvärdena inte har nåtts planeras riktade genomgångar i personalgrupperna för att förtydliga ansvarsområden och därmed säkerställa en hög och hållbar följsamhet till gällande rutiner.

Samtliga enheter med ett undantag uppger att enhetschefer och personal har god kännedom om kommunens anhörigstöd och tillhörande kontaktvägar. För den enhet där kunskapsbehov identifierats planeras en riktad informationsinsats vid kommande personalmöte.

Arbetet med brukardelaktighet är väl etablerat inom avdelningen. Samtliga boendeenheter genomför nu Boråd två gånger per år, vilka fungerar som ett forum för informationsutbyte samt insamling av brukarnas synpunkter och förbättringsförslag. Inom anhörigstödsverksamheten genomförs Anhörigråd kvartalsvis. Träffpunktsverksamheten arbetar för närvarande med brukarinflytande genom löpande dialog i den dagliga verksamheten, i väntan på en mer organiserad rådsstruktur.

Dialog kring rutiner rörande mutor och gåvor sker regelbundet i verksamheterna. Vid de enheter där behov av aktualisering identifierats har genomgångar i grupp genomförts under april alternativt planerats in på kommande arbetsplatsträffar (APT) för att säkerställa att kunskapen är aktuell och förankrad.

Samtliga enheter har utsedda arbetsteknikombud som bedöms ha goda förutsättningar för sina uppdrag. Detta säkerställs genom:

Regelbunden fortbildning och samverkan med kollegor i motsvarande roll.

Planerad tidsavsättning för uppdraget samt utrymme för rapportering på APT.

Praktisk handledning av medarbetare och semestervikarier, särskilt inför sommarperioden.

Avdelning personlig assistans: Gul

Inom korttidsverksamheten säkerställs brukarnas delaktighet i utvecklingsarbetet genom specifika brukarundersökningar och föräldramöten. För den personliga assistansen sker delaktigheten på individnivå, där genomförandeplanen utgör det centrala verktyget för att säkerställa den enskildes inflytande över sin insats. För att ytterligare systematisera kunskapsöverföringen pågår framtagandet av en informationspärm.

Rutinen gällande mutor och gåvor behandlas löpande vid arbetsplatsträffar (APT). I verksamhetsformer med anhörganställningar (PAN), där ordinarie APT-struktur saknas, säkerställs kännedom om rutinen genom alternativ kommunikation. Kännedom om kommunens samlade anhörigstöd bedöms vara god inom berörda enheter.

Utsedda arbetsteknikombud finns i dagsläget inte representerade vid samtliga enheter, då behovet bedöms utifrån verksamhetens specifika art och enhetschefens analys av arbetsmiljön.

Avdelning hälso- och sjukvård: Grön

Samtliga enheter har god kännedom om kommunens anhörigstöd och kan vid behov förmedla relevanta kontaktvägar. Arbetet med att säkerställa ett etiskt förhållningssätt fortlöper, och rutinen för mutor och gåvor har under våren aktualiserats vid verksamheternas arbetsplatsträffar (APT).

Inom hälso- och sjukvårdsprocessen (HSL) pågår ett utvecklingsarbete med fokus på patientdelaktighet. För närvarande planeras en utvärdering av läkemedelsautomater där patienternas erfarenheter och synpunkter ska tas tillvara för att säkerställa en trygg och ändamålsenlig användning av tekniken.

Avdelning hemtjänst: Grön

Kännedomen om kommunens anhängigstöd är god inom verksamheten. För att ytterligare fördjupa samarbetet besöker kommunens anhängigstödare enheternas arbetsplatsträffar (APT) under året. Detta skapar direkta kontaktvägar och säkerställer att personalen har aktuell information om verksamhetens utbud. Dialog rörande rutinen för mutor och gåvor är en integrerad del av det systematiska kvalitetsarbetet och genomförs årligen i enlighet med fastställt årshjul för APT.

Samtliga enheter inom hemtjänsten har utsedda arbetsteknikombud. Under årets första kvartal har samtliga ombud genomgått en kompetenshöjande påfyllnadsutbildning i regi av kommunens rehabiliteringsenhet. För att säkerställa att kunskapen implementeras i hela arbetslaget ansvarar ombuden för vidareförmedling av tekniker och metoder. Detta sker praktiskt vid APT i anpassade lokaler eller under teamträffar, vilket möjliggör kontinuerlig handledning av kollegor i det vardagliga arbetet.

Inom hemtjänsten sker brukarnas delaktighet och inflytande främst genom den individuella dialogen och vid genomförandeplanering. Då verksamhetsformen inte medger kollektiva forum såsom Boråd, anpassas formerna för inflytande efter den enskildes önskemål och intresse för att säkerställa att brukarens röst tas tillvara i utvecklingen av insatserna.

Avdelning bostad med särskild service och daglig verksamhet: Grön

Enhetschefer och medarbetare säkerställer efterlevnad av kvalitetsområdet "Säkra kunskap" genom en kombination av regelbundna arbetsplatsträffar (APT), tillgång till aktuell information i verksamhetens kvalitetspärm samt ett aktivt ombudsarbete.

För att garantera en hög kompetensnivå vid nyanställningar följs fastställda introduktionsrutiner, där genomförda utbildningsinsatser verifieras genom skriftlig signering. Medarbetarnas delaktighet i verksamhetens utveckling är central, och personalen involveras löpande i förbättringsarbeten.

Verksamhetens kvalitet följs även upp genom brukarundersökningar som genomförs vartannat år. För att omhänderta resultaten och omsätta dem i praktisk nytta tillsätts en processgrupp med uppdrag att driva och följa upp prioriterade utvecklingsområden.

Patientsäkerhet - hygien



Kommentar:

Analys per avdelning:

Bostad med särskild service: Grön

Hygienrutinerna är väl etablerade och efterlevnaden bland personalen är god. Information och utbildning sker systematiskt, både via arbetsplatsmöten (APT) och genom särskilda insatser inför sommarperioden. Verksamheten fokuserar på kontinuerlig repetition av basala hygienrutiner, med ett särskilt fokus på att säkerställa kompetensen vid introduktion av ny personal.

Hemtjänst: Grön

Verksamheten uppvisar i allt väsentligt välfungerande hygienrutiner. Samtlig personal har tillgång till arbetskläder som tvättas i verksamhetens regi. Utmaningar finns vid vissa enheter gällande ombyte på arbetsplatsen, vilket hanteras genom ett aktivt och pågående ledarskap. Samtliga enheter har utsedda hygienombud med avsatt tid för sitt uppdrag. Uppföljning sker löpande på APT och kännedomen om basala hygienrutiner är hög.

Hälso- och sjukvård: Grön

Basala hygienrutiner är väl förankrade inom hela avdelningen och efterlevs genom rutinmässigt ombyte på arbetsplatsen. Tvätthantering sker antingen lokalt på enheterna eller via daglig verksamhet. Hygienombuden inom rehab och sjuksköterskeenheter har ett tydligt mandat att sprida kunskap vid APT, och flera ombud har genomgått vidareutbildning under våren. För att stärka det systematiska arbetet har sjuksköterskeenhets ombud planerat in strukturerade utbildningsinsatser inför hösten. Lokala hygienrutiner har upprättats under sommaren; dessa kommer att implementeras under höstens APT och revideras enligt fastställt årshjul.

Personlig assistans: Gul

Inom verksamheten tillämpas Socialstyrelsens föreskrifter om basala hygienrutiner, även i de fall där formella krav saknas. Utmaningar finns gällande tvätthantering av arbetskläder då alla brukares hemmiljö inte medger användning av privata tvättmaskiner. Trots tydliga direktiv om användning av arbetskläder förekommer brister i efterlevnaden, särskilt bland PAN-anställda. Tillgången till hygienombud varierar mellan assistansuppgifterna, men där ombud finns ges de utrymme vid APT. Arbeta pågår för att skapa en mer enhetlig struktur och öka täckningen av hygienombud i samtliga enheter.

Äldreboende: Gul

Egenkontroller inom området "Patientsäkerhet – Hygien" visar på en god följsamhet och väl fungerande arbetssätt. Hygienombuden är aktiva, deltar i kompetensutveckling och förmedlar kunskap till kollegiet i det dagliga arbetet samt vid APT. Bedömningen kvarstår dock som gul då arbetet med att upprätta lokala hygienrutiner – i enlighet med tidigare fattade beslut inför T2 – ännu inte är färdigställt på samtliga enheter. Slutförandet av detta arbete är prioriterat och pågår.

Patientsäkerhet - övrigt



Kommentar:**Bostad med särskild service LSS och daglig verksamhet: Grön**

HSL-insatserna genomförs på ett tryggt och säkert sätt. Sjuksköterskor ansvarar för delegeringsprocessen, vilken föregås av en individuellt anpassad introduktion. För att stärka kvaliteten och säkerställa en hög kompetensnivå genomförs regelbundna genomgångar på APT för både ordinarie personal och vikarier.

Äldreboende: Grön

Verksamheten bedömer att medarbetarna ges rätt förutsättningar för att vara delegerbara. Vissa enheter rapporterar dock utmaningar kring att säkerställa att delegeringsutbildningen alltid sker under övervakade former. Vidare noteras att bristande språkkunskaper hos enskilda medarbetare kan utgöra en försvårande faktor i delegeringsförfarandet, vilket kräver fortsatt uppmärksamhet för att värna patientsäkerheten.

Hälso- och sjukvård: Grön

Samtliga sjuksköterskor har behörighet att utfärda Nödvändig tandvård (N-intyg), vilket nu är en integrerad del av checklistan vid inskrivning. Under hösten inleds ett förbättringsarbete i samverkan med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) för att säkerställa en obruten kedja av intyg vid byte av vårdform eller personalomsättning.

Gällande medicinsk vårdplanering (MVPL) föreligger ett delat ansvar mellan ansvarig sjuksköterska och läkare, med etablerade rutiner för både särskilt boende och hemsjukvård. Aktuella mätningar visar att 79 % av patienterna inom hemsjukvården har en upprättad MVPL. Resultatet analyseras fortlöpande i samverkansmöten med primärvården i syfte att höja täckningsgraden.

Hemtjänst: Grön

Enhetscheferna tar fullt ansvar för att delegerade uppgifter utförs korrekt och att medarbetarna har rätt förutsättningar för uppdraget. Bedömningar sker på individnivå, och vid behov erbjuds utökad vägledning eller praktisk övning. Egenvårdsbeslut finns upprättade i relevanta fall. En identifierad utmaning i verksamheten är medarbetares språkkunskaper, vilket påverkar förutsättningarna vid delegering.

Personlig assistans: Gul

Verksamheten fokuserar på att stärka kompetensen hos de medarbetare som ännu inte uppnått kraven för delegering genom riktade utbildningsinsatser. Det finns ett identifierat behov av att se över och strukturera om arbetet med egenvårdsintyg, vilket berör både personlig assistans och korttidsverksamheterna. Detta arbete är prioriterat för att säkerställa enhetlighet och regelefterlevnad.

Professionellt förhållningssätt



Kommentar:

Avdelning äldreboende: Grön

Arbetet med professionellt förhållningssätt utgör en central och ständigt pågående process inom verksamheten, där enheterna aktivt arbetar med kontinuerliga förbättringar. Samtliga enheter för regelbundna dialoger kring professionellt bemötande, vilket integreras systematiskt genom arbetsplatsträffar, medarbetarsamtal och den dagliga dialogen kring brukaren.

Särskilt fokus läggs på bemötande vid psykisk ohälsa, vilket säkras genom upprättande av genomförande- och bemötandeplaner samt vid strukturerade genomgångar av BPSD och Senior Alert. För att ytterligare stärka kompetensen inom personcentrerat arbete genomförs just nu riktade utbildningsinsatser för personalen inom avdelning Äldreboende, vilket syftar till att höja kvaliteten i mötet med individer med psykisk ohälsa.

När det gäller specifika utvecklingsområden har frågor rörande våld i nära relationer identifierats som ett område där enheterna planerar för ett fördjupat arbete framöver. Även om diskussioner förekommer regelbundet finns en uttalad ambition att stärka kunskapen och metodiken kring dessa frågor i hela organisationen.

Parallellt pågår ett strategiskt kvalitetsarbete för att bättre tillvarata specialistundersköterskors kompetens. Genom en pilotmodell mejslas nya arbetssätt fram för att aktivt nyttja specialistkunskap i vardagen, med målsättningen att erfarenheterna ska kunna spridas till fler enheter. Detta initiativ är en viktig del i att säkerställa en hög professionell nivå och ett tryggt bemötande för alla brukare.

Avdelning personlig assistans: Gul

Dialog kring våld i nära relationer, psykisk ohälsa och professionellt förhållningssätt sker strukturerat vid arbetsplatsträffar (APT) och medarbetarsamtal. Frågor rörande bemötande behandlas löpande i det dagliga arbetet samt vid APT, medarbetarsamtal och verksamhetsdagar.

Dessa samtal är begränsade till de enheter där ordinarie mötesstrukturer i form av APT och medarbetarsamtal tillämpas. Syftet är att genom etablerade forum säkerställa en hög professionell standard och kontinuerlig kompetensutveckling inom verksamheten.

Avdelning hälso- och sjukvård: Grön

Samtliga enhetschefer har fullföljt fastställda utbildningsinsatser, och implementeringen av det standardiserade stödmaterial som tagits fram för arbetsplatsträffar (APT) som pågår i hela organisationen.

För att säkerställa ett systematiskt arbetssätt rörande våld i nära relationer har en tvärprofessionell arbetsgrupp bildats, där även legitimerad personal ingår. Målsättningen är att integrera frågeställningen som en obligatorisk del vid samtliga inskrivningar. Ett strukturerat uppföljningsarbete med fokus på detta område inleds under hösten 2025.

Professionellt förhållningssätt och bemötande

Verksamhetens rutin för professionellt förhållningssätt föremål för årlig översyn och förankring på såväl enhets- som ledningsnivå. Bemötandefrågor är en permanent punkt på agendan vid både APT och veckovisa möten, vilket säkerställer en hög professionell standard i mötet med patienter och brukare.

Särskilt fokus läggs vid bemötande vid psykisk ohälsa, då detta utgör en väsentlig del av verksamhetens dagliga uppdrag. För att ytterligare fördjupa kompetensen inom området fortlöper arbetet med APT-materialet enligt en fastställd tidsplan.

Avdelning hemtjänst: Gul

Verksamheten identifierar ett behov av att ytterligare stärka det professionella förhållningssättet genom ett mer systematiskt och regelbundet reflektionsarbete. Även om frågorna behandlas vid arbetsplatsträffar (APT), bedöms kontinuerliga insatser vara nödvändiga för att befästa en gemensam värdegrund.

Bemötandet gentemot brukare håller generellt en god nivå, men betraktas som ett prioriterat område för ständiga förbättringar. Arbetet sker dels genom strukturerade dialoger vid APT, dels genom löpande reflektion i vardagsarbetet när specifika situationer uppstår. Målsättningen är att integrera bemötandefrågor som en naturlig och permanent del av verksamhetskulturen.

Under hösten och vintern har samtliga enheter genomfört en utbildningsinsats i tre delar rörande våld i nära relationer. Detta tema är nu en fastställd del av verksamhetens årshjul för APT, vilket säkerställer att frågan aktualiseras årligen.

Implementeringen i vardagsarbetet pågår löpande, och även om enheterna befinner sig i olika skeden av processen, är det övergripande syftet tydligt: att stärka medarbetarnas handlingsberedskap och förmåga att professionellt hantera situationer där våld i nära relationer förekommer eller misstänks.

Avdelning bostad med särskild service och daglig verksamhet: Grön

Verksamheten bedriver ett kontinuerligt och strukturerat arbete för att säkerställa ett professionellt förhållningssätt, vilket sker genom löpande dialoger i vardagen och på APT. Bemötande är en återkommande del av det systematiska kvalitetsarbetet och diskuteras regelbundet för att säkerställa ett individanpassat stöd i mötet med brukare och deltagare. Det individuella stödet och bemötandet utformas i genomförandeplanerna med utgångspunkt i brukares och deltagares egna behov och önskemål kring hur stödet ska ges.

Stödpedagoger används som ett viktigt kompetensstöd i verksamheten och bidrar till fördjupad kunskap, handledning och utveckling i bemötandefrågor. Verksamhetsdagar används som ett strategiskt verktyg för kompetensutveckling och anpassas utifrån de specifika behov som finns i respektive verksamhet. Dessa utformas ofta med metodstöd från utvecklingsenheten.

Därutöver genomförs och implementeras Yrkesresan som en del i arbetet med att långsiktigt stärka yrkeskompetens, ett gemensamt professionellt förhållningssätt och kvalitet i verksamheten.

Avdelningen har även intern kompetens i form av stödassistenter med uppdrag som Durewallsinstruktörer, vilka utbildar och stödjer kollegor i lågaffektivt bemötande. Detta bidrar till ett gemensamt och professionellt förhållningssätt i arbetet med att förebygga och hantera utmanande situationer. Vidare finns kompetens inom samtalsmatta, som är en del av alternativ och kompletterande kommunikation (AKK), vilket stärker delaktighet och inflytande för brukare med olika kommunikativa behov.

Säkerhet/beredskap



Kommentar:

Avdelning personlig assistans: Gul

Arbetet med säkerhet och beredskap är väl etablerat och känt bland medarbetarna. Behörigheter avslutas i systemen vid avslutad anställning. Sekretess och tystnadsplikt tas upp på APT minst en gång per år, oftare vid behov.

Bedömningen är att hantering av utskriven dokumentation sker på ett säkert sätt i ärenden med jourrum. För ärenden utan jourrum, exempelvis med enbart anhörigvårdare, behöver arbetet fortsätta för att säkerställa säker hantering. En översyn av rutiner för utskriven dokumentation i dessa ärenden pågår.

Avdelning hälso- och sjukvård: Grön

Verksamheten har tydliga rutiner för att säkerställa informationssäkerhet och sekretess, tas upp på APT årligen. Samtliga medarbetare skriver på sekretessbevis i samband med anställningsavtal. Introduktion för nyanställda inkluderar information om offentlighets- och sekretesslagen. Inre sekretess lyfts som en återkommande del i verksamhetens arbete.

Behörigheter i verksamhetssystem avslutas alltid manuellt av enhetssamordnare eller ansvarig chef vid avslutad anställning, chefer får återkommande automatiska kontroller från ett system för att säkerställa korrekt behörighetstilldelning.

Patientdokumentation förvaras alltid inlåst på sjuksköterskans kontor och eller i enhetschefens patientakt. Vid hantering av ordinationshandling för läkemedel som transporteras till hemtjänstlokaler innan den lämnas i patientens hem förvaras dessa också inlåsta i särskilt skåp i hemtjänstlokalerna.

Sammanfattningsvis följer alla enheter inom avdelningen för hälso- och sjukvård fastställda rutiner för behörighetshantering, förvaring av dokumentation samt utbildning och uppföljning av sekretessfrågor för att säkerställa hög kvalitet och säkerhet i verksamheten

Avdelning äldreboende: Grön Egenkontrollen visar att säkerhet och beredskap generellt fungerar mycket väl inom avdelning äldreboendes enheter. De flesta verksamheter rapporterar full följsamhet till rutiner och inga större brister. Rutiner för dokumentation, sekretess och behörigheter är etablerade och efterlevs.

Några mindre riskområden finns, främst kopplade till hantering av fysiska dokument och behov av fortsatt påminnelse om sekretess. Dessa hanteras redan genom åtgärder och medvetenhet i verksamheterna.

Helhetsbilden är att enheterna har god ordning, hög medvetenhet och stabila rutiner, med endast mindre förbättringsområden.

Avdelning bostad med särskild service och daglig verksamhet: Grön Verksamheterna arbetar systematiskt med dokumentation, sekretess och säker hantering av information, med tydliga rutiner som följs i det dagliga arbetet. Brukarrelaterade dokument förvaras inlåsta i utförarakter och vård- och omsorgspärmar, och endast behörig personal har tillgång till dessa. Genomförandeplaner hålls uppdaterade och finns både digitalt och utskrivna, vilket säkerställer kontinuitet även vid driftstörningar. Sekretess, tystnadsplikt och samtycke är återkommande teman på APT och verksamhetsmöten och bidrar till en gemensam förståelse och trygghet i personalgruppen. Förbättringsåtgärder har genomförts, bland annat genom förstärkt fysisk säkerhet i kontorsmiljöer. Behörigheter i verksamhetssystem granskas regelbundet och avslutas vid avslutad anställning, men hanteringen sker manuellt. Analysen visar att detta innebär en sårbarhet, särskilt vid personalomsättning eller chefsbyte. Den största utvecklingspotentialen ligger i att införa mer automatiserade eller samordnade rutiner för behörighetsavslut. I övrigt bedöms rutinerna fungera väl och skapa god struktur, säkerhet och efterlevnad av sekretesskrav. Sammantaget uppfyller verksamheterna kraven, med fortsatt behov av uppföljning och tekniskt stöd för att minska risken för obehörig åtkomst.

Hemtjänst: Grön

Rutiner för dokumentation och sekretess följs överlag väl. Utförarakter och genomförandeplaner förvaras säkert och behörigheter avslutas vid avslutad anställning. Vi ser över rutinen för avslutande av behörighet utifrån incident under året. Sekretess och tystnadsplikt tas upp vid introduktion och på APT. Årlig webbutbildning om tystnadsplikt genomförs.

Styrkor i verksamheten är engagerad personal, tydliga rutiner och säker förvaring av dokument. Dock är det periodvis hög arbetsbelastning som kan påverka hur väl rutiner följs, vikarier som ibland får otillräcklig introduktion, samt att vissa dokument ibland saknas i akterna.

Sammanfattningsvis så uppfyller verksamheten i huvudsak kraven, men vissa förbättringsområden finns och kräver ett kontinuerligt arbete. Flera förbättringsåtgärder pågår, bland annat tas en gemensam checklista för introduktion fram, rutiner för behörighetsavslut stärks och sekretessfrågor tas upp regelbundet.

Avvikelser



Kommentar:

Avdelning hälso- och sjukvård: Gul

Under året har samtliga sjuksköterskeenheter arbetat med avvikelshantering med fokus på lärande av det nya systemet. Ett genomgående tema är brister i läkemedelshantering, såsom fel i dosetter, dubbeldokumentation och avsaknad av aktuella ordinationshandlingar. Även tillgänglighet i HSL telefon, bemötandefrågor, samt brister i MVPL och klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) förekommer.

Enheterna lyfter avvikelser på APT, involverar berörd personal i utredningarna och arbetar med att stärka följsamheten till rutiner. Nyanställda får genomgång av rutinen för avvikelshantering. Enheter planerar för att arbeta med utredningar och sammanställning kommande år.

Samarbete mellan chefskollegor fungerar väl och används som stöd vid utredningar. Det finns utmaningar kopplade till det nya avvikelssystemet gällande hur man utreder, men strategier för förbättring under 2026 är identifierade särskilt kopplat till lokala läkemedelsrutiner samt samarbete mellan HSL och SoL.

Rehabenheten har få avvikelser och ser inget mönster i dessa. Medarbetarna saknar att inte själva kunna följa de avvikelser de skriver och att inte själva kunna skriva sin del i avvikelser där de är delaktiga vid utredning.

Avdelning hemtjänst: Grön

Enheterna arbetar systematiskt med att identifiera, utreda och följa upp avvikelser. Vanligast är fall och medicinavvikelser. Personalen är delaktig i utredningar och lärande sker både inom arbetsgruppen och mellan chefskollegor, med regelbunden återkoppling för att förebygga upprepning och stärka kvaliteten. Arbete och dialog kring avvikelser sker på APT och team-träffar där flera professioner deltar.

Stress och hög arbetsbelastning anges som möjliga orsaker till vissa misstag.

Styrkor i verksamheten är tydlig struktur för avvikelshantering, engagerad personal och fungerande rutiner enligt egenkontroll. Svagheter är att man som personal eller vikarie inte har kunskap om gällande rutiner, ibland långsam informationsspridning och misstag kopplade till bristande uppmärksamhet.

Förbättringsområden är att ständigt säkerställa kunskapen om vilka rutiner som är av vikt att följa, bättre informationsspridning (särskilt digitalt), och ökat lärande mellan enheter. Fortsatt fokus på återkoppling och utbildning behövs för att ytterligare stärka kvalitet och säkerhet i verksamheten.

Avdelning bostad med särskild service och daglig verksamhet: Grön

Avvikelshantering bedrivs strukturerat och kontinuerligt i verksamheterna med regelbundna genomgångar på APT, där personalen är delaktig i analys, reflektion och framtagande av åtgärder. Avvikelser används som ett lärande verktyg och följs upp både på enhetsnivå och i ledningsgrupp tillsammans med SAS och vid behov MAS. Etablerade rutiner för rapportering, utredning och återkoppling används genomgående och bidrar till kvalitetsutveckling. De vanligast förekommande avvikelserna rör fall, läkemedelshantering samt i vissa verksamheter dokumentation och kommunikation. Analys visar att det i vissa delar finns en underrapportering, vilket lyfts återkommande i dialog med personalen. Under året har olika arbetssätt prövats för att stärka analys och åtgärdsarbete, där ett mer verksamhetsnära och personaldrivet arbetssätt nu tillämpas. Personalens delaktighet i utredningar och återkoppling bedöms stärka engagemang, ansvarstagande och lärande. Avvikelser har även lett till konkreta förändringar i arbetssätt, bemanning och organisation utifrån identifierade behov och brukarens bästa. Samverkan mellan chefer samt återkommande utbildningsinsatser bidrar till gemensam kunskapsutveckling. Sammantaget fungerar avvikelshanteringen väl och utgör en viktig del av det systematiska kvalitetsarbetet, med fortsatt behov av trendanalys och förebyggande fokus.

Avdelning personlig ass: Gul

Under året har det inkommit få avvikelser och klagomål, vilka har behandlats enligt rutin och diskuterats i arbetsgruppen eller på APT. Avvikelserna har främst rört HSL och bemötande.

En viss ökning av klagomål har noterats, vilket är positivt då det uppmuntrats för att möjliggöra korrekt hantering och uppföljning. I något enskilt ärende har fler avvikelser förekommit, vilket hanteras särskilt.

Det pågår arbete för att identifiera mönster i avvikelserna. En återkommande risk är att personal kan missa att delegering har gått ut eftersom nuvarande system inte larmar, vilket tidigare system gjorde. Det finns även risk att personal utan giltig delegering kan signera i systemet. Detta har belysts och förbättringar efterfrågas för att minska risken för fel.

Fortsatt arbete kring hur vi gör utredningar samt hur vi säkerställer att avvikelser rapporteras.

Avdelning äldreboende: Gul

Egenkontrollen visar att arbetet med avvikelser är aktivt och etablerat i verksamheterna. Avvikelser används som ett verktyg för lärande, förbättring och kvalitetssäkring, men det finns tydliga utvecklingsområden:

- Mer systematik i uppföljning behövs på flera enheter.
- Stärkt kollegialt lärande efterfrågas.
- Läkemedelshantering är ett återkommande riskområde.
- Fallavvikelser är fortsatt vanliga och kräver kontinuerliga förebyggande insatser.

Under året har alla enheter arbetat aktivt med avvikelshantering och samtidigt fördjupat sig i det nya systemet. Införandet har medfört vissa utmaningar, särskilt kring utredningsprocesserna, men förbättringsområden har identifierats och åtgärder för 2026 finns framtagna.

Helhetsbilden är att enheterna arbetar engagerat med avvikelser, men att det finns potential att ytterligare stärka struktur, uppföljning, utredningsmetodiken i det nya avvikelssystemet samt det gemensamma lärandet. Allt i syfte att höja kvaliteten och säkerheten ytterligare.

Dokumentation - utföra



Kommentar:

Avdelning personlig ass: Gul

Arbetet med dokumentation och dokumentationsombud behöver fortsätta att ses över under året. Säkerställa dokumentationstid, utbildning och struktur för arbetet.

Chef är alltid delaktig vid uppföljning och uppdatering av genomförandeplan samt godkänner dessa.

Avdelning bostad med särskild service och daglig verksamhet: Grön

Verksamheterna arbetar aktivt med dokumentation och genomförandeplaner utifrån gällande rutiner, med en gemensam förståelse för att genomförandeplanen är ett levande dokument som ska uppdateras vid förändringar. Dokumentationsombud, ofta i form av stödpedagoger, har en tydlig och viktig roll i att stödja kollegor, sprida kunskap och bidra till kvalitetssäkring av dokumentationen. Ombuden ges förutsättningar att verka genom avsatt tid på APT, verksamhetsmöten och deltagande i nätverk och träffar. Enhetschef godkänner genomförandeplaner, vilket säkerställer följsamhet till riktlinjer. Granskningsmallar och checklistor finns och används delvis, men analys visar att de inte är fullt implementerade och behöver återinföras mer systematiskt i organisationen. Personalgrupperna präglas av lärande och kollegialt stöd, särskilt i verksamheter med många nya medarbetare. Samverkan mellan utförare och handläggare sker i varierande grad och är i flera fall begränsad, särskilt vid uppföljning av tillsvidarebeslut. Detta identifieras som ett utvecklingsområde där rutiner behöver stärkas för mer regelbundna uppföljningar. Sammantaget uppfyller verksamheterna kraven, med god struktur och ansvarsfördelning, men med tydlig förbättringspotential kring implementering av granskningsmallar, fördjupad kvalitetssäkring och stärkt samverkan inför kommande år.

Avdelning äldreboende: Grön

Egenkontrollen visar att dokumentationsarbetet i stort fungerar väl och att det finns engagerade dokumentationsombud som bidrar till kvalitet och stöd i verksamheterna. Samverkan med bistånd fungerar bra på många håll, men behöver stärkas på vissa enheter.

Det största utvecklingsområdet är implementeringen av granskningsmallen, som ännu inte används systematiskt. Flera enheter planerar införande under 2026, vilket kan bidra till mer enhetlig kvalitet och tydligare struktur.

Helhetsbilden är att verksamheterna har goda förutsättningar, men att fortsatt fokus på utbildning, samverkan och systematik kommer att stärka dokumentationskvaliteten ytterligare.

Avdelning hemtjänst: Gul

Verksamheten har en fungerande struktur för dokumentation och samverkan, med tydliga roller och rutiner. Det finns styrkor i samarbetet mellan olika yrkesgrupper och i att beslut fattas i god tid, vilket bidrar till god kvalitet i vård och omsorg. Samtidigt finns utmaningar, framför allt kring uppföljning av genomförandeplaner och behovet av fler dokumentationsombud. Viss begränsning av språkkunskaper och tidsbrist upplevs påverka dokumentationsarbetet negativt. För att stärka verksamheten behövs fortsatt kompetensutveckling, ökat engagemang kring dokumentation samt att fler ombud utbildas och ges bättre förutsättningar genom tid att utföra det viktiga uppdraget.

Dokumentation - utreda



Kommentar:**Biståndsenheten**

Det finns tydliga rutiner och arbetssätt för dokumentation på enheten, båda vad gäller utredning och uppföljning. Det är en styrka. En svaghet är att det varit ett högt inflöde under året, vilket medför att uppföljningarna kan vara svåra att hinna göra i god tid innan nytt beslut ska fattas. Systemet tillåter dock inte att det inte finns något beslut så därför sker alltid en uppföljning innan beslutet går ut. Samverkan mellan utförare och handläggare sker på våra teamträffar som vi har regelbundet.

4.2 Avvikelser

I november 2024 implementerades ett nytt digitalt system för rapportering och utredning av avvikelser. Syftet med införandet var att förenkla processen för medarbetarna och därmed öka rapporteringsbenägenheten gällande avvikelser, Lex Sarah och vårdskador. Det nya systemet är mer användarvänligt och tillgängligt, vilket skapar bättre förutsättningar för ett systematiskt förbättringsarbete.

Under 2025 har antalet upprättade avvikelserrapporter ökat markant. Denna ökning bedöms inte vara ett tecken på försämrad kvalitet, utan ses snarare som ett positivt resultat av det förenklade rapporteringsförfarandet. En högre rapporteringsgrad ger verksamheten ett mer rättvisande underlag för analys och utveckling.

En väsentlig förändring i och med systembytet är möjligheten att nu även registrera fallavvikelser för brukare som enbart har insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Detta innebär att statistiken för 2025 omfattar underlag som inte återfinns i tidigare kvalitetsberättelser.

I årets tabell redovisas avvikelser utifrån två kategorier istället för tre. Detta beror på att händelser inom lagrummen SoL och LSS numera hanteras i en sammanslagen rapporttyp i systemet.

Vidare rapporteras klagomål och synpunkter i en specifik modul som inte är uppdelad utifrån lagrum. Därför redovisas den totala summan för klagomål/synpunkter under 2025 som en enskild post i tabellen.

Samtliga avvikelser	2023	2024	2025
SoL /LSS	386	725	2309
HSL	5133	5213	5891
Information och Personuppgiftsincident	38	53	83

	2023	2024	2025
SoL /LSS			
Bemötande	37	92	101
Dokumentation	19	47	136
Intern info. samverkan	23	34	168
Klagomål/Synpunkter	103	160	91

Omsorg/stöd/service	204	379	1020
Fall			856
HSL			
Bemötande	11	7	43
Dokumentation	42	37	85
Intern info. samverkan	23	39	142
Klagomål/Synpunkter	42	48	
Vård/Stöd/Rehab	104	181	318
Fall	3054	2892	2195
Läkemedel	1634	1795	2664
Hjälpmedel/MTP	66	90	195
Resor	56	20	12
Till annan vårdgivare	101	124	237

4.3 Klagomål och synpunkter

Den övervägande delen av inkomna klagomål härrör från brukare och deras anhöriga, vilket utgör en viktig källa för verksamhetens kvalitetsutveckling. Synpunkterna berör ofta brister i lyhördhet inför brukarens individuella behov eller avvikelser i det praktiska utförandet av beslutade insatser.

Varje klagomål föremålsbehandlas genom en formell utredning som leds av ansvarig enhets- eller avdelningschef. Denna struktur säkerställer att synpunkterna hanteras nära verksamheten där de berörda insatserna ges.

Ett centralt moment i utredningsprocessen är att identifiera om klagomålet döljer djupare systemfel. Om utredningen påvisar brister som bedöms som allvarliga, eller som innebär en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande, åligger det utredande chef att omgående eskalera ärendet. Detta sker genom att upprätta en formell avvikelse i systemet, vilket kan initiera vidare utredningar enligt bestämmelserna för lex Sarah eller lex Maria. Genom denna länkning mellan klagomålshantering och avvikelserapportering säkerställs att inga allvarliga incidenter faller mellan stolarna, oavsett hur de först kommit till verksamhetens kännedom.

4.4 Händelser och vårdskador

Analysen av verksamhetsåret 2025 visar att det systematiska kvalitetsarbetet har stärkts, särskilt vad gäller rapportering av avvikelser, missförhållanden och vårdskador.

Att en majoritet av lex Sarah-utredningarna rör brister i bemötande och utförande tyder på att de händelser som ligger närmast brukarens vardag nu fångas upp och utreds i högre grad än tidigare.

När det gäller allvarlighetsgraden kan vi konstatera att en relativt liten andel av de utredda händelserna (ca 21 % av lex Sarah-ärendena) har bedömts vara av sådan art att de krävt anmälan till IVO. Detta indikerar en god förmåga hos verksamheten att fånga upp även mindre missförhållanden i ett tidigt skede, innan de eskalerar till

allvarliga incidenter. Inom hälso- och sjukvården (lex Maria) ser vi dock att händelser kopplade till läkemedelshantering dominerar, vilket pekar på att detta är ett område med inneboende sårbarheter som kräver ständigt fokus.

Särskilt anmärkningsvärt är att en enskild händelse inom läkemedelshantering berörde ett stort antal patienter. Detta har gett verksamheten en unik insikt i hur administrativa systemfel kan få omfattande spridningseffekter, vilket i sin tur har styrt om fokus från individuella misstag till behovet av robusta, felsäkra processer.

Ärenden patientnämnden	2023	2024	2025
Antal ärenden	1	0	0

4.5 Riskanalys

Den riskanalys som presenteras är genomförd på övergripande ledningsnivå och utgör den strategiska utgångspunkten för verksamhetens fortsatta arbete med att förfinas och implementera riskanalyser i samtliga led.

Riskerna bedöms utifrån sannolikhet och konsekvens utifrån en fyrgradig skala:

Nivå	Sannolikhet	Konsekvens
4	Sannolik – Det är mycket troligt att fel kan uppstå.	Allvarlig – Konsekvensen är så stor att fel helt enkelt inte får inträffa.
3	Möjlig – Det finns en möjlig risk för att fel kan uppstå.	Kännbar – Konsekvensen uppfattas som besvärande för intressenter och/eller kommunen.
2	Mindre sannolik – risken är mycket liten att fel ska uppstå.	Lindrig – Konsekvensen uppfattas som liten av såväl intressenter som kommunen.
1	Osannolik – risken är praktiskt taget obefintlig att fel ska uppstå.	Försumbar – Konsekvensen är obetydlig för intressenter och kommunen.

Process	Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde
Process: Gemensamma				
Gemensamma	Brister i följsamhet till lagstiftning och beslutade arbetssätt	4	3	12
Gemensamma	Fel och brister i utförandet	3	3	9
Gemensamma	Vi upprepar fel	3	3	9
Process: Hälso- och sjukvård				
Hälso- och sjukvård	Smittspridning	3	3	9

Hälsö- och sjukvård	Försämrad hälsa	3	3	9
Process: Informationssäkerhet				
Informationssäkerhet	Brukarens integritet åsidosätts, brott mot sekretesslag	2	3	6
Informationssäkerhet	Brister i informationssäkerhet	3	3	9
Process: Utföra omsorg och stöd				
Utföra omsorg och stöd	Brister i följsamhet till lagstiftning och beslutade arbetssätt	4	3	12
Utföra omsorg och stöd	Brister i dokumentation SoL och LSS	3	3	9
Process: Utredda behov				
Utredda behov	Brister i dokumentation SoL och LSS	3	3	9

4.6 Utvecklingsområden kommande år

Med utgångspunkt i identifierade förbättringsområden rörande verksamhetsåret 2025 har ett antal utvecklingsområden identifierats. Under 2026 kommer fokus att ligga på att stärka det systematiska kvalitetsarbetet genom kompetenshöjning, metodutveckling och tekniskt stöd.

Fortsatt utveckling av utredningsmetodik och kvalitetssäkring. Det förbättringsarbete som initierats kring avvikelshanteringen kommer att fördjupas under 2026. Fokus ligger på att höja kvaliteten i själva utredningsprocessen för att säkerställa att analyserna leder till effektiva och hållbara åtgärder.

Från rapportering till lärande: Det pågående arbetet syftar till att gå bortom enbart registrering och istället fokusera på utredningarnas djup. Genom att systematiskt analysera bakomliggande orsaker kan verksamheten implementera åtgärder som mer träffsäkert förhindrar upprepning.

Kvalitetssäkrade processer: Under året kommer de strukturer som påbörjats för att kvalitetssäkra hanteringen av avvikelser att etableras fullt ut i organisationen. Detta inkluderar tydligare uppföljningsrutiner och en mer enhetlig bedömning av händelser, vilket skapar en mer rättssäker och transparent process för såväl medarbetare som brukare.

Den digitala utbildning om avvikelshantering som lanserades 2025 utgör en central del i vårt fortsatta kvalitetsarbete. Målsättningen för 2026 är att samtlig personal ska ha genomgått utbildningen. Detta för att säkerställa att alla medarbetare har fördjupad kunskap om vad som ska rapporteras och varför, samt för att minimera felregistreringar gällande lagrum, avvikelsetyper och arbetsmiljöfrågor.

En översyn av arbetssättet kring klagomålshantering kommer att genomföras. Då antalet formella klagomål minskat, samtidigt som felregistreringar i avvikelssystemet ökat, finns ett behov av att förfinas hanteringen. Syftet är att tydliggöra skillnaden mellan en verksamhetsavvikelse och ett klagomål från brukare/anhöriga, så att synpunkter tas om hand i rätt instans och ger ett korrekt statistiskt underlag.

Proaktivt riskskydd och fallprevention

För att röra oss från en reaktiv till en proaktiv kultur kommer arbetet med riskbedömningar att utvecklas och ges en tydligare struktur.

Systematiska riskbedömningar: Riskbedömningar ska i högre grad eskaleras till enhetsnivå. Detta möjliggör en mer sammanhållen analys och säkerställer att ledningen kan fatta beslut om resurser och åtgärder där behoven är som störst.

Välfärdsteknik för ökad trygghet: Fallolyckor utgör fortsatt en av de vanligaste avvikelsetyperna. Under 2026 fortsätter arbetet med att prova fallsensorer inom särskilt boende. Syftet är att utvärdera hur tekniska lösningar kan stärka det fallpreventiva arbetet och bidra till en mätbar minskning av antalet fallskador.

Värdegrund och bemötande

Då händelser kopplade till brister i bemötande fortfarande förekommer, kommer de utbildningsinsatser som påbörjats att fortgå under 2026. Arbetet fokuserar på att omsätta etiska riktlinjer till praktiskt handlande i den dagliga omsorgen, i syfte att stärka tryggheten och värdigheten för den enskilde.

Arbetet med att stärka kvaliteten i utförardokumentationen är ett prioriterat område som kräver fortsatt fokus. Trots tidigare insatser föreligger utmaningar med att uppnå en fullgod och enhetlig dokumentation i hela verksamheten. En korrekt och rättssäker dokumentation är en förutsättning för att kunna följa upp givna insatser och säkerställa brukarens delaktighet och trygghet.

Utveckling av ombudsrollen: Under 2026 kommer en översyn av dokumentationsombudens roll och uppdrag att genomföras. Syftet är att säkerställa att ombuden har den kompetens och de verktyg som krävs för att kunna stödja sina kollegor i det dagliga dokumentationsarbetet. Genom att tydliggöra kravprofilen och stärka stödet till ombuden skapas bättre förutsättningar för en hållbar och hög kvalitet i verksamhetens dokumentation.