



Kvalitet- och
patientsäkerhetsberättelse
2025

Socialnämnden

Innehållsförteckning

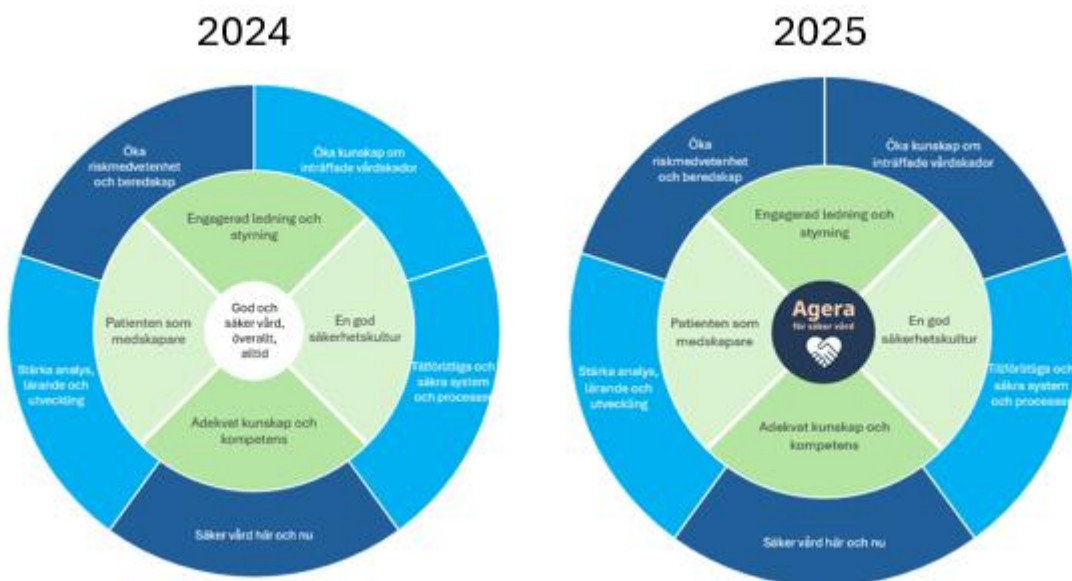
1 Sammanfattning	2
2 Inledning	5
3 Grundläggande förutsättningar för god kvalitet och säker vård och omsorg	6
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning	6
3.1.1 Övergripande mål och strategier	6
3.1.2 Organisation och ansvar	10
3.1.3 Informationssäkerhet.....	12
3.1.4 Samverkan för att förebygga vårdskador och missförhållanden.....	14
3.2 En god säkerhetskultur.....	15
3.3 Adekvat kunskap och kompetens.....	16
3.4 Patienten, brukare och närstående som medskapare	18
4 Fokusområden för god kvalitet och säker vård och omsorg	19
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador och missförhållanden	19
4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer	20
4.2.1 Årets arbete med processer.....	21
4.2.2 Enhetsundersökningen	22
4.2.3 Brukarundersökningar	23
4.2.4 Indikatorer för god palliativ vård	25
4.3 Säker vård och omsorg här och nu	26
4.3.1 Riskhantering	27
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling.....	27
4.4.1 Avvikelse	28
4.4.2 Synpunkter och klagomål	32
4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	33
5 Resultat av genomförda egenkontroller	35
5.1 Egenkontroll	35
5.1.1 Punktprevalensmätning basala hygienrutiner och klädregler	38

I Sammanfattning

För att tydligare visa på hur verksamheten ligger till inom de olika delarna i den nationella handlingsplanen för en god och säker vård och omsorg har en bedömning gjorts per förutsättning respektive fokusområde i enlighet med nedanstående bedömningskala.

Bedömning mellan 1-5 där 5 är mest positivt

Grundläggande förutsättningar	1	2	3	4	5
Fokusområden	1	2	3	4	5



Förutsättning engagerad ledning och styrning; *"Ledningens beslut, kunskap, agerande, förhållningssätt och ställningstaganden är avgörande för ökad patientsäkerhet"*

Förvaltningen har kommit en bit på väg, men det finns fortfarande områden som behöver stärkas för att nå målen i *Agera för säker vård*. Arbetet med att öka riskmedvetenheten går framåt och ett mer proaktivt arbetssätt börjar ta form. Samtidigt behöver vi bli bättre på att upptäcka risker på övergripande nivå och fördjupa analyserna av varför risker och vårdskador uppstår – både i det dagliga arbetet och i det strategiska utvecklingsarbetet.

Förutsättning; En god säkerhetskultur; *"Arbetet för ökad patientsäkerhet och en god säkerhetskultur kräver tydlighet och uthållighet"*

Förvaltningen behöver framåt stärka patientsäkerhetskulturen genom att arbeta mer utifrån ett tydligt systemperspektiv. Det handlar om att skapa trygghet i att rapportera och prata om risker, utveckla gemensamma arbetssätt och använda riskanalyser på alla nivåer.

Förutsättning; Adekvat kunskap och kompetens; *"Adekvat kompetens innebär att personal har rätt utbildning, kunskap, erfarenhet, färdigheter och förhållningssätt för att arbetet ska kunna utföras med god kvalitet och bidra till säker vård"*

Förvaltningen har fortsatt utvecklat och erbjudit intern utbildning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i enlighet med tidigare rutiner, men även i utökad form då även diabetesutbildning för

omsorgspersonal (som utvecklades under 2024) under 2025 har erbjudits regelbundet till omsorgspersonal för att stärka deras kunskap och bidra till en trygg och säker diabetesvård. Träning behövs i tekniska färdigheter i enskilda delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder och arbetsuppgifter, eftersom utförandet i praktiken är ett handhavande som kräver övning för att ge tillräcklig färdighet och därmed säker vård. Det finns också behov av mer träning i att genomföra händelseanalyser. För att skapa en stabil grund för god kompetens i hela organisationen behöver fler gemensamma processer fastställas och följas. Detta är viktigt för att säkerställa ett tryggt och systematiskt patientsäkerhetsarbete i hela linjen.

Förutsättning: Patienten som medskapare; *"Patienten rör sig ofta inom och mellan vårdgivare och är den enda som upplever hela vårdresan och har en fullständig bild"*

Bedömningen är oförändrad eftersom det finns beskrivningar av **hur** patienter och närstående involveras, men det framgår mindre tydligt vilka resultat detta faktiskt har lett till. Det saknas alltså mer information om effekter och förflyttningar i patientsäkerhetsarbetet kopplat till vad en patient/brukare har bidragit med utifrån sin horisont. Samtidigt är det positivt att förvaltningen arbetar personcentrerat i de enskilda patientärendena, även om resultaten på en mer övergripande nivå behöver bli tydligare. Vi kan å andra sidan från sakkunniga och stödfunktioner behöva utveckla tydligare egenkontroller för att det på ett enkelt sätt ska kunna gå att följa hur patienten som medskapare bidrar till utveckling av patientsäkerhetsarbetet på systemnivå.

Fokusområde: Ökad kunskap om inträffade vårdskador

Trots att detta varit ett av årets tre prioriterade målområden har förvaltningen ännu inte nått hela vägen när det gäller att fullt ut stärka chefers arbete med att efterfråga, analysera och följa upp information om vårdskador. Samtidigt visar dialogen med chefer i linjen ett ökat intresse för stöd och vägledning, särskilt kring kategorisering av avvikelser, vilket är ett positivt steg framåt.

Fokusområde: Tillförlitliga och säkra system och processer

Genomgående i verksamheternas analys följer logiken kring nattfasta: Arbetet med att uppmärksamma och påminna om nattfastan sker främst genom återkommande dialoger på APT och teamträffar, och de regelbundna mätningarna bidrar till att hålla rutinerna levande. Samtidigt vilar hela förbättringsarbetet till stor del på att dessa samtal ska vara tillräckliga för att driva utvecklingen framåt. Det finns en hög tilltro till att dialog och kommunikation ska ge effekt, men det återstår att se om detta ensamt räcker för att skapa varaktiga förbättringar vid nästa uppföljningstillfälle.

Fokusområde: Säker vård här och nu

Förvaltningen beskriver flera viktiga framsteg som stärker patientsäkerheten, till exempel genom införandet av Hälsoärende, bättre samverkan mellan verksamheter och etablerade rutiner för riskbedömning och beredskap. Det finns också en ökad dialog om risker och förbättringar i linjen. Samtidigt är flera arbetssätt inte fullt ut införda och variationer mellan enheter kvarstår, ofta kopplat till bemanning, platsbrist och chefsomsättning. Sammantaget är förvaltningen på god väg, men fler steg behövs för att nå en helt sammanhållen och tillförlitlig systemnivå.

Fokusområde: Stärka analys, lärande och utveckling

Förvaltningen gör analyser och det finns lärande i verksamheterna, men arbetet handlar mest om enskilda händelser och lokala erfarenheter. Det saknas mer gemensamma och övergripande analyser, liksom arbetsätt för att använda flera olika datakällor och återkoppla resultat på flera nivåer. Förvaltningen kan behöva ta fram en rutin och ett metodstöd som gör det lättare att genomföra sådana övergripande och breda analyser.

Fokusområde: Öka riskmedvetenhet och beredskap

Förvaltningen arbetar aktivt med beredskap och riskmedvetenhet. Det finns flera exempel på god planering, övningar, rutiner och förmåga att anpassa arbetet vid förändringar. Samtidigt behöver arbetet bli mer samordnat, mer systematiskt och mer likvärdigt mellan verksamheterna.

Sammanfattningsvis

För att nå en hög patientsäkerhet behöver förvaltningen arbeta mer utifrån ett gemensamt systemperspektiv, där man ser hur olika delar av organisationen hänger ihop och påverkar varandra. Resultaten visar att detta arbetssätt ännu inte är fullt utvecklat, även om intresset och dialogen om risker och patientsäkerhet ökar på flera håll. Förvaltningen är på väg framåt, men samsyn och samordning i utvecklingen av processer och arbetssätt behöver stärkas för att nå nästa nivå.

2 Inledning

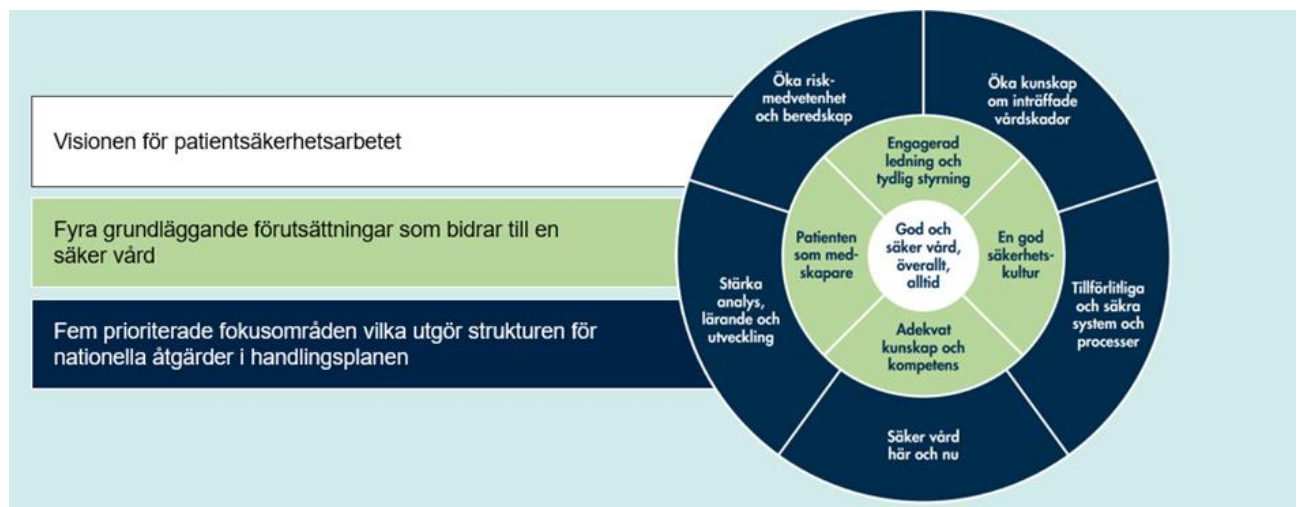
Vårdgivaren ska senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Med patientsäkerhet avses enligt patientsäkerhetslagen ”skydd mot vårdskada”.

Motsvarande krav på att årligen upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse återfinns i Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) för de aktörer som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS. Av berättelsen bör det framgå:

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår,
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och
- vilka resultat som har uppnåtts.

Med kvalitet avses, i det här sammanhanget, att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter för verksamheten samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Strukturen för kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen utgår ifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan “Agera för säker vård”. Strukturen har anpassats för att även omfatta socialtjänstprocessen. Handlingsplanen identifierar fyra förutsättningar och fem fokusområden för en god och säker vård vilket illustreras i nedanstående bild.



Fokusområdena har tre olika tidsperspektiv på patientsäkerhetsarbetet;

- Fokusområde 1 (*Öka kunskap om inträffade vårdskador*) handlar om det som redan har hänt.
- Fokusområde 2 och 3 (*Tillförlitliga och säkra system och processer, samt säker vård här och nu*) handlar om arbete för att säkerställa att vården och omsorgen är säker just nu.
- Fokusområde 4 och 5 (*Stärka analys lärande och utveckling, samt Öka riskmedvetenhet och beredskap*) blickar framåt och handlar om arbete för att göra vården och omsorgen säker i framtiden.

I flera fokusområden återkommer liknande aspekter av patientsäkerhetsarbetet. Skillnaderna handlar om att fokuset ligger på det som redan skett, nuläget eller framtiden. Alla perspektiv är viktiga för en säker vård och omsorg men kräver olika insatser.

3 Grundläggande förutsättningar för god kvalitet och säker vård och omsorg

Nedan beskrivs arbetet som har genomförts utifrån de fyra grundläggande förutsättningarna för att bedriva god och säker vård och omsorg.

3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning



En grundläggande förutsättning för en säker vård och omsorg är att det finns en engagerad, kompetent samt tydlig ledning och styrning på alla nivåer.

3.1.1 Övergripande mål och strategier

Det övergripande målet är att vård, omsorg, stöd och service ska bedrivas med hög patientsäkerhet, god kvalitet och att ingen ska drabbas av vårdskada eller missförhållande. Arbetet ska präglas av ett systematiskt, riskförebyggande och personcentrerat arbetssätt. I ledningssystemet finns två checklistor som stöd för att identifiera övergripande utvecklingsområden inom kvalitet resp. patientsäkerhet.

Prioriterade teman - patientsäkerhet

Avseende patientsäkerhet används ett stort frågebatteri framarbetat av SKR (Sveriges kommuner och regioner) med bäring på samtliga fokusområden och grundläggande förutsättningar som omfattas av den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Tre teman prioriterades för 2025;

Patientsäkerhetsområde	Tema
Öka kunskap om inträffade vårdskador	Utredning efter vårdskador och andra avvikelser samt återkoppling till berörda
Stärka analys, lärande och utveckling	Analyser som möjliggör lärande
Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete	Patienten som medskapare

De tre målområdena som förvaltningen valt för 2025, handlar om att vården behöver bättre kunskap om vilka vårdskador som faktiskt inträffar och varför, så att man kan se mönster och förebygga att samma problem upprepas. Det handlar också om att stärka analys och lärande, genom att vården regelbundet granskar både det som gått fel och det som fungerat bra och använder den kunskapen för att utveckla rutiner och arbetssätt. För att allt detta ska fungera krävs dessutom goda grundförutsättningar – som en engagerad ledning, tydliga rutiner, rätt kompetens och en stark säkerhetskultur, där även patienter ses som viktiga medskapare i arbetet för en trygg och säker vård och omsorg.






Under året har utredningar efter avvikelser och vårdskador genomförts mer systematiskt. Omsorgshandledare och enhetschefer har på ett nytt sätt samarbetat med att identifiera orsaker och vidta förebyggande åtgärder. Utöver det har man medvetet arbetat för att all personal har fått återkoppling för att stärka lärandet. Bedömningen är att förvaltningen är på god väg att genom fortsatt arbete kunna öka riskmedvetenheten och övergå till ett mer proaktivt arbetssätt.

























Kunskap om vad patientsäkerhetsarbete innebär har stärkts genom introduktion och handledning av personal, kompetenssäker schemaläggning, återkommande utbildningar samt användning av digitala stöd för dokumentation och spårbarhet. Ett exempel på hur den enskildes unika kompetens som patient/brukare tas till vara är husmöten inom särskilt boende, som bedöms ha bidragit till strukturerad dialog och

delaktighet för den enskilde.

Kvalitetsledning checklista

Checklistan för kvalitet utgår från kraven i Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Checklistan belyser viktiga punkter i föreskriften och kan ge en indikation på vilka områden som verksamheten behöver utveckla.

Kvalitetsledning - nulägesanalys	
Checklista till stöd för arbete med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	
Fråga	Resultat
Vad ska vi göra utifrån vilka lagrum?	
Känner verksamheten till vilka lagar och föreskrifter som gäller? 2 kap	 % ● Uppfyllt - 23 ■ Ej uppfyllt - 0 ◆ Delvis uppfyllt - 2
Vem gör vad och vem har ansvar?	
Har verksamheten angett hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelad i verksamheten? 3 kap	 % ● Uppfyllt - 20 ■ Ej uppfyllt - 0 ◆ Delvis uppfyllt - 5
Hur genomför vi det vi ska göra?	
Har verksamheten tagit fram processer med aktiviteter och rutiner för verksamheten?	 % ● Uppfyllt - 12 ■ Ej uppfyllt - 0 ◆ Delvis uppfyllt - 13
Vilka ska vi samverka med?	
Samverkan 4 kap	 % ● Uppfyllt - 19 ■ Ej uppfyllt - 0 ◆ Delvis uppfyllt - 6
Vad kan gå fel och hur undviker vi det?	
Har verksamheten gjort en riskanalys? 5 kap	 % ● Uppfyllt - 20 ■ Ej uppfyllt - 1

Kvalitetsledning - nulägesanalys	
	 Delvis uppfyllt - 4
Hur blev det?	
Egenkontroll 5 kap	 %  Uppfyllt - 24  Ej uppfyllt - 0  Delvis uppfyllt - 1
Är vi öppna för att ta emot kritik och beröm?	
Utredning av klagomål och synpunkter 5 kap	 %  Uppfyllt - 22  Ej uppfyllt - 0  Delvis uppfyllt - 3
Har vi de rutiner som behövs för att rapportera om någonting går illa?	
Rapporteringskyldighet 5 kap	 %  Uppfyllt - 24  Ej uppfyllt - 0  Delvis uppfyllt - 1
Har vi ändrat det som fungerar dåligt och satsat på det som fungerar bra?	
Har verksamheten säkerställt hur man ska arbeta med förbättrande åtgärder i verksamheten samt med förbättring av processer och rutiner?	 %  Uppfyllt - 19  Ej uppfyllt - 0  Delvis uppfyllt - 6
Känner medarbetarna till hur ledningssystemet fungerar?	
Personalens medverkan 6 kap	 %  Uppfyllt - 21  Ej uppfyllt - 0  Delvis uppfyllt - 4
Har vi skrivit ner allt detta?	
Dokumentationsskyldigheten 7 kap	 %  Uppfyllt - 19  Ej uppfyllt - 0

Kvalitetsledning - nulägesanalys



Delvis uppfyllt - 6



Delvis uppfyllt

De utvecklingsområden som framkommer av checklistan och som är gemensamma för verksamhetsområdena är;

1. **Utveckling av processer och rutiner**

- Behov av att dokumentera, samla och tillgängliggöra rutiner.
- Det pågående arbetet med processkartläggning behöver fortsätta, liksom förankringen av detta hos medarbetarna.

2. **Förbättrad samverkan**

- Intern samverkan fungerar generellt bra, men extern samverkan – särskilt med vårdcentraler – behöver utvecklas.

3. **Systematiskt kvalitetsarbete**

- Alla verksamheter arbetar med kvalitet, men behov finns av att stärka strukturen för uppföljning, lärande och förbättring (kännetecken om ledningssystemet).
- Behov av att mer aktivt arbeta med, och följa upp, de åtgärder som är formulerade i kvalitetsarbetet för att se vilken förflyttning som sker.

4. **Dokumentation av synpunkter och klagomål**

- Otydlighet kring var och hur synpunkter ska dokumenteras. Arbeta med rutiner för synpunkter pågår på central nivå och kommer att tydliggöra processen ute i verksamheterna.

Gällande utveckling av processer och rutiner har förvaltningen gjort ett jobb under våren med att strukturera om rutiner inom varje verksamhetsområde i syfte att dessa ska bli lättare att hitta för medarbetarna. Detta arbete var färdigt ungefär samtidigt som checklistan gjordes varför några slutsatser utifrån resultatet i denna del ej kan dras.

Det systematiska kvalitetsarbetet och behovet av att mer aktivt arbeta med, och följa upp åtgärder är ett ständigt pågående arbete med flera olika perspektiv. Det lyfts vid introduktion av nya enhetschefer, påminnelser skickas från systemet, resultat tas upp och diskuteras på förvaltningsledningens möten. Verksamheten kan ha genomfört planerade åtgärder men dokumentationen i systemet har inte fullföljts i alla delar.

Åtgärder	Datum	Kommentar
Pågående Se över och eventuellt revidera rutinen för hantering av synpunkter och klagomål. Åtgärden syftar till att se över hur processen med att registrera inkomna synpunkter och klagomål kan förbättras. Ansvarig Ebba Gierow, Mattias Leufkens	2023-11-22 2026-04-30	Åtgärden har hängt med ett tag och inväntat det centrala arbetet med en samlad synpunktshantering. Förstudien som gjorts förordade alternativet att den nya synpunktshanteringen ska byggas i kommunens befintliga e-tjänsteplattform och att själva ärendehantering ska ske i ärendehanteringssystemet Evolution. För att detta ska vara möjligt och långsiktigt hållbart krävs att IT-enheten sätter upp en integrationsplattform, vilket kommer vara den mest tidskrävande delen i projektet. Tidsperspektivet just nu är att det kommer dröja minst ett år innan en ny synpunktshanteringsjänst är färdigbyggd. För att omhänderta den osäkerhet som råder i verksamheterna avseende hantering av synpunkter och klagomål kommer förvaltningen ta fram en tillfällig rutin för detta i avvaktan på det centrala arbetet. Den tillfälliga rutinen behöver gå i linje med den framtida hanteringen. För att detta ska vara möjligt behövs förbättring av webbformulär, statistik och analys behöver säkerställas och handläggarglödet behöver beskrivas. Målbild om att en tillfällig rutin ska kunna vara på plats och giltig från 1 april 2026.

3.1.2 Organisation och ansvar

Socialnämnden ansvarar för att:

- Det finns ett ledningssystem för verksamheten.
- Ledningssystemet används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.
- Ledningssystemet anger hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.
- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.
- Fastställa mål och inriktning för socialförvaltningen.
- Fastställa en årlig kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse utifrån nämndens ansvarsområde.

Förvaltningschef (tillika verksamhetschef enligt 4 kap § 2 Hälso- och sjukvårdslagen) ansvarar för att:

- Insatser inom förvaltningens område håller en god kvalitet med en god hygienisk standard och att den enskilde får ett professionellt stöd och bemötande. Insatserna ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet samt vara lätt tillgängliga.
- Säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen ska utse en fast vårdkontakt enligt vad som anges i 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821).
- Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet finns personal, lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.
- De verksamhetsplaner och andra dokument som krävs för att styra och leda den operativa verksamheten i riktning mot uppställda mål upprättas och kommuniceras.
- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten på förvaltningsnivå.
- Leda och fördela det övergripande kvalitetsarbetet inom förvaltningen.
- Förvissa sig om att ledningssystemets olika processer är kända och följs.
- I samverkan med berörda stödfunktioner initiera, fastställa och följa upp rutiner på förvaltningsnivå.
- Upprätta en årlig kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för hela förvaltningen.
- Årligen och/eller vid behov revidera ledningssystemet i samverkan med berörda stödfunktioner.

Verksamhetschef ansvarar för att:

- Insatser inom verksamhetens område håller en god kvalitet och att den enskilde får ett professionellt stöd och bemötande.
- Upprätta en årlig verksamhetsområdesplan.
- Förvissa sig om att ledningssystemets olika processer är kända och följs.
- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten på verksamhetsnivå.
- Initiera, fastställa och följa upp rutiner på verksamhetsnivå.
- Leda och fördela det övergripande kvalitetsarbetet inom sitt verksamhetsområde.
- Upprätta en årlig kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse på verksamhetsnivå.

Enhetschef ansvarar för att:

- Insatser inom enhetens område håller en god kvalitet och att den enskilde får ett professionellt stöd och bemötande.
- Förvissa sig om att ledningssystemets olika processer är kända och följs.

- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten på enhetsnivå.
- Initiera, fastställa, revidera och följa upp rutiner på enhetsnivå.
- Leda och fördela det övergripande kvalitetsarbetet inom sitt/sina enhetsområden.
- Genomföra egenkontroll enligt kvalitetsledningssystem SOSFS 2011:9 i Stratsys.
- Upprätta en årlig kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse på enhetsnivå.

Utvecklingsledare kvalitet och uppföljning ansvarar för att:

- Driva och hålla samman arbetet med förvaltningens kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9
- Bistå och fungera som administrativt stöd till förvaltningschef vid upprättande av en årlig kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse på nämndnivå.
- Bistå och fungera som administrativt stöd till förvaltningschef vid upprättande av nämndplan, och vid delårsrapporter och årsbokslut.
- Vara chefer inom förvaltningen behjälpliga vid rapportering av kvalitet- och patientsäkerhet.
- Vara chefer inom förvaltningen behjälplig vid upprättande av verksamhetsområdesplaner och inför delårsrapporter och bokslut.
- Samordna och vara förvaltningens kontaktperson vid nationella jämförelser.
- Delta i och samordna övergripande kvalitetsprojekt.
- I samverkan med förvaltningschef årligen och/eller vid behov revidera dokument som ingår i förvaltningens kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9.

Utredare lex Sarah ansvarar för att:

- Ta emot och utreda rapporter enligt Lex Sarah kring missförhållanden eller risk för missförhållanden i verksamheterna.
- Initiera och följa upp riktlinjer och rutiner på förvaltningsnivå.
- Bidra aktivt i förvaltningens systematiska kvalitetsarbete.
- Utföra granskningar och uppföljningar inom socialtjänstens område enligt fastställda dokument från nämnden samt utifrån särskilda uppdrag.
- Redovisa resultat av granskningar till förvaltningens ledningsgrupp och nämnd.
- Följa upp och granska eventuella externa utförare enligt fastställt dokument från nämnden.
- Bistå och fungera som administrativt stöd till förvaltningschef vid upprättande av en årlig kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.
- Fungera som stöd och bistå utvecklingsledare kvalitet och uppföljning med att driva och hålla samman arbetet med förvaltningens kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (11 kap. § 4 Hälso- och sjukvårdslagen)/Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAS/MAR ansvarar för att:

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
- Patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355), PDL,
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
- Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för:
 - läkemedelshantering,
 - rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och
 - att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd förändras.
- Bistå och fungera som administrativt stöd till förvaltningschef vid upprättande av en årlig kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.

- Utfärda, revidera och fastställa förvaltningsövergripande rutiner utifrån aktuell lagstiftning.
- Utredda och anmäla händelser som för patienten inneburit en allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, informera nämnden om att sådan anmälan har skickats till IVO, informera patient eller närstående samt att dokumentera detta i patientens journal.
- Fungera som stöd och bistå utvecklingsledare kvalitet och uppföljning med att driva och hålla samman arbetet med förvaltningens kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9.

Socialsekreterare ansvarar för att:

- Handläggning av ärenden er rättssäkert utifrån gällande lagstiftning riktlinjer och rutiner.
- Bidra till att en hög rättssäkerhet upprätthålls.
- Ha kännedom och arbeta utifrån gällande riktlinjer och rutiner.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att:

- Bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls genom att aktivt delta i verksamhetens kvalitetsarbete, ifrågasätta och utveckla rutiner.
- Bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada (Patientssäkerhetslag 2010:659 6 kap § 4)
- Ha kännedom om och arbeta enligt gällande lagar, riktlinjer och rutiner samt utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

Undersköterska, vårdbiträde, stödpedagog, stödassistent m.fl.

- Medverka till att de omsorgsinsatser som genomförs är av god kvalitet, genom att aktivt delta i verksamhetens kvalitetsarbete, ifrågasätta och utveckla rutiner.
- Ha kännedom och arbeta enligt gällande riktlinjer och rutiner, samt utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.
- som undertecknat ett delegeringsbeslut om att utföra en hälso- och sjukvårdsuppgift, är hälso- och sjukvårdspersonal vid utförandet av arbetsuppgiften. Skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal enligt ovan gäller.

3.1.3 Informationssäkerhet

Loggning

I Ale kommun genomförs systematisk loggkontroll sedan 2018. Syftet med att följa upp loggar i verksamhetssystemen är att säkerställa vårdgivarens pålitlighet gentemot kommuninvånaren samt att de anställda får en trygghet som grundar sig i att man genom loggen kan styrka att åtkomst till information har varit befogad.

Verksamhetssystem Treserva

Granskning av loggar görs enligt plan varje kvartal genom slumpmässigt urval i samtliga verksamheter, där personalen granskas under en period. På begäran av chef kan även riktad loggning utföras av systemförvaltare. Riktad loggning kan till exempel användas om en anställd har en närstående som är aktuell i verksamhetssystemet. Det kan även finnas anledning att kontrollera loggar om det förekommer speciellt sekretesskänsliga personer eller vid misstanke om otillbörlig användning.

Under 2024 togs en ny loggningsrutin fram som innebär att systemförvaltare tar fram och skickar underlagsfilerna för loggning till verksamhetsutvecklarna i ärendehanteringssystemet Evolution. Verksamhetsutvecklarna fördelar filerna till ansvariga enhetschefer som fyller i protokoll och informerar medarbetaren om att granskning har skett. Enheten ledningsstöd och utveckling loggas av socialförvaltningens administrativa enhet. Granskningsprotokoll bevaras i digitalt arkiv enligt dokumenthanteringsplan. Utskrivna protokoll över kontrollerade händelseloggar diarieförs i Evolution i 10 år.

Verksamhetssystem MCSS

Granskning av loggar i MCSS har tidigare gjorts varje månad. Efter en utvärdering har förvaltningen beslutat att respektive enhetschef följer upp på sin enhet och verksamhetsutvecklare tar fram uppgifter för respektive verksamhetsområden när behov finns. Målet med utvecklingen av loggningen i ovanstående verksamhetssystem är att skapa en mer verksamhetsnära uppföljning och återkoppling.

I omsorgsmobilerna filtreras nivåer i MCSS app på varje mobil så att den begränsas till den aktuella enheten. Detta säkerställer att medarbetaren endast har tillgång till den information som arbetet kräver.

Katalogtjänst HSA*

Kontrollkörning i HSA görs varje månad för att kontrollera att namn och adresser stämmer med folkbokföringen samt om någon har ett utgående kort. Revision av HSA-katalogen görs årligen, detta för att till exempel kontrollera att registrerade personer fortfarande arbetar kvar i verksamheten eller för en genomgång av rutinerna och följsamheten till dessa.

Onboarding och offboarding app

För att skapa en mer effektiv och enhetlig process för hantering av behörigheter har förvaltningen infört en app för on- och offboarding. Genom appen kan ansvarig chef snabbt och enkelt registrera medarbetare och ange vilka behörigheter som behövs. Beställningen skickas automatiskt vidare till systemförvaltare, som ser till att rätt behörigheter kopplas till rätt person – utan manuella mellansteg.

Under 2024 har även offboarding-funktionen införts, vilket innebär att processen vid avslut av anställning nu sker lika strukturerat som vid start. När en tjänst avslutas säkerställs att samtliga behörigheter tas bort på ett kontrollerat och spårbart sätt.

Sammantaget har införandet av on- och offboarding-appen effektiviserat arbetet, minskat administrationen och ökat säkerheten.

Gallring

Gallring av person- och ärendeakter sker med fasta tidsintervall i enlighet med gällande dokumenthanteringsplan, arkivlag och annan relevant lagstiftning. I verksamhetssystemet Treserva görs dessutom regelbunden och automatisk gallring av äldre meddelanden, både utifrån dessa lagkrav och GDPR samt för att upprätthålla god systemprestanda. Även behörigheter gallras löpande i samband med offboarding-processen, vilket minskar risken för obehörig åtkomst till patientinformation. Som en ytterligare kontroll skickar enhetschefer regelbundet uppdaterade behörighetslistor till systemförvaltningen enligt fastställd rutin, vilket stärker både informationssäkerheten och patientsäkerheten.

IT-managerade mobiler

Inom socialförvaltningens verksamheter används IT-managerade tjänstetelefoner, både personliga och delade, som styrs centralt av IT-enheten. Telefonerna har säkerhetsrutiner som gör att de kan spärras eller raderas på distans om de tappas bort eller hamnar i orätta händer. Flera felaktiga inloggningsförsök leder till automatisk fabriksåterställning, vilket minskar risken för obehörig åtkomst. IT-enheten ansvarar även för att installera godkända appar och genomföra uppdateringar på distans, så att samtliga telefoner alltid är säkra och uppdaterade.

Med den utökade säkerheten och spårbarheten som IT-managerade mobiler medför, har det också möjliggjorts för mobil utförardokumentation inom både verksamhetsområde äldreomsorg och funktionsstöd. Även planeringsverktyget TES har med IT-manageringen kunnat nyttjas i mobilerna, vilket har förbättrat tillgängligheten till korrekt information med låg risk för att känslig information sprids vidare till icke berörda.

Uppgraderingar

För att säkerställa säker och god funktionalitet i verksamhetssystemen görs uppgraderingar och korrigerande patcher vid behov, normalt flera gånger per år, i dialog med leverantörerna. Utveckling och utvidgning av verksamhetssystemens funktionalitet görs löpande, baserat på dialog med verksamheterna och leverantörerna. Navet i denna förvaltning och utveckling består av förvaltningens systemförvaltare.

Systematiskt informationssäkerhets- och dataskyddsarbete

Under 2025 har en ny rutin för systematiskt informationssäkerhets- och dataskyddsarbete beslutats om i förvaltningsledningen. Rutinen är framtagen för att klargöra det systematiska informationssäkerhets- och dataskyddsarbetet inom förvaltningen. Arbetet omfattar hela organisationen, från medarbetare och ledning till tekniska system. Rutinen beskriver delmoment, ansvar och roller inom förvaltningens organisation och är framtagen i enlighet med gällande styrdokument och lagstiftning på området. I samband med beslut om den nya rutinen har också en implementeringsplan tagits fram, vilken innefattar informations- och utbildningsinsatser samt en första årlig GAP-analys.

**Katalogtjänst HSA används bland annat för att styra medarbetares behörighet i olika tjänster och system. När en användare loggar in i en tjänst, hämtas personens behörighetsgrundande information från HSA. Baserat på till exempel yrkesroll, uppdrag och var användaren jobbar – avgörs sedan vilken information personen har rätt att komma åt – och vad hen får göra. Behörigheten som medarbetaren får är också anpassad så att en och samma person ska kunna få tillgång till olika typer av information, beroende på uppdrag och tidpunkt.*

3.1.4 Samverkan för att förebygga vårdskador och missförhållanden

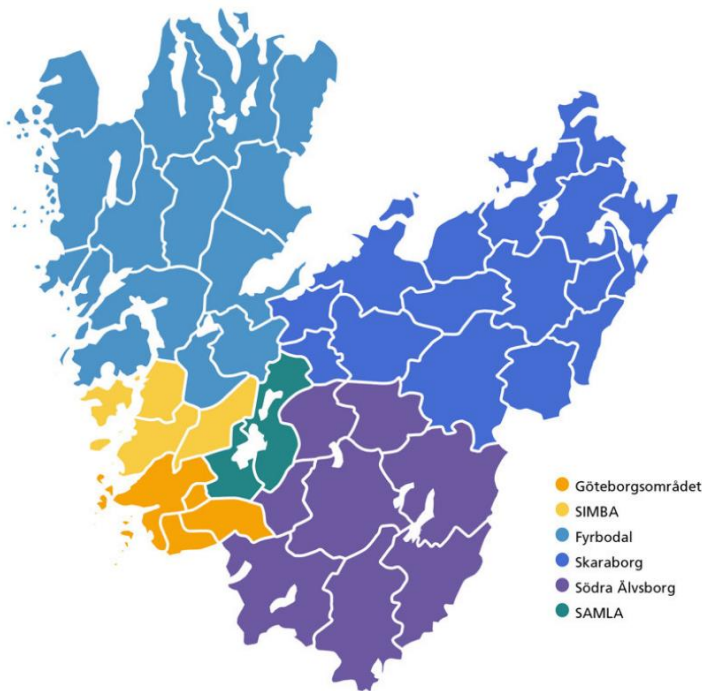
Samverkan på alla nivåer är en förutsättning för att kunna leverera välfärdstjänster som utgår från invånarnas behov både nu och i framtiden. Vårdsamverkan mellan huvudmännen och därutöver flera vårdgivare, har ibland utmaningar avseende samsyn kring ansvarsfrågor, speciellt för de patienter som har behov av både primärvård och specialiserad vård i hemmet. Patienten har rätt till en personcentrerad och samordnad vård där alla parter samverkar genom syras av fokus att hitta lösningar för en patientsäker vård utanför sjukhus.

Regional samverkan

Vårdsamverkan Västra Götaland, VVG, är den regionala ledningsstrukturen för samverkan mellan länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen. Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser i Västra Götalandsregionen reglerar samverkan och ansvar för den enskilde som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommunen och regionen. Förslag till nytt avtal har arbetats fram och samtliga 49 kommuner ska senast den 31 maj 2026 ta ställning till det nya avtalet. Ett nytt avtal kan som tidigast börja gälla den 1 januari 2027. Tills vidare gäller det tidigare avtalet.

Delregional vårdsamverkan

I Västra Götaland finns sex delregionala vårdsamverkansområden med representanter från kommun, primärvård och sjukhus. Ale ingår i närvårdssamverkan SIMBA tillsammans med Kungälv, Stenungsund och Tjörn. Målgruppen är de patienter och grupper i befolkningen som samtidigt och samordnat har behov av vård- och omsorgsinsatser från både kommunen och regionen. Inom SIMBA finns olika utvecklingsgrupper med fokus på exempelvis in- och utskrivningsprocessen och psykisk hälsa barn och unga. Dessutom finns närområdesgrupper (som utgörs av respektive kommun inom SIMBA samt den lokala primärvården och Kungälvs sjukhus) samt lokala grupper med fokus på barn och unga respektive psykiatri.



Vårdsamverkan, Källa; Delregionala vårdsamverkansgrupper - Vårdsamverkan i Västra Götaland

Andra externa samverkansparter är exempelvis tandvården, Apoteket (granskning av läkemedelshandling), Vård- och omsorgscollage (samarbete mellan Ale Komvux, socialförvaltningen och äldreomsorg/funktionsstöd i Lilla Edets kommun), Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Göteborgsregionen, Migrationsverket och privata assistanssamordnare.

Intern samverkan

Förutom all extern samverkan sker även strukturerad samverkan internt mellan olika yrkesgrupper och enheter, exempelvis i form av teamträffar där både legitimerad personal deltar samt omsorgspersonal. Teamet arbetar med individuella riskanalyser och handlingsplaner samt uppföljning. Det finns även en framarbetad, förvaltningsgemensam, samverkansmodell som syftar till att göra det enklare för den enskilde i kontakten med förvaltningen och samtidigt effektivisera och utveckla såväl processer som insatser.

Samverkan med den enskilde och närstående

All vård och behandling samt stödinsatser ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde och om denne önskar även de närstående. Samverkan med den enskilde innebär att ge förutsättningar för hen att själv kunna påverka sin livssituation och den vård och det stöd som hen får. Den enskilde ska ges möjlighet att delta i planeringen av vård och omsorg samt ha inflytande över genomförandet. Detta sker exempelvis genom deltagande i upprättandet av genomförandeplan och vårdplan. Den enskilde och dess närstående ska informeras om att de kan lämna synpunkter och klagomål på verksamheten enligt fastställda rutiner.

3.2 En god säkerhetskultur



En grundläggande förutsättning för en säker vård och omsorg är en god säkerhetskultur. Alla i verksamheten, tillsammans med den enskilde, bidrar till säkerhetskulturen. En god säkerhetskultur innebär att alla medarbetare är medvetna om och vaksamma på de risker som kan uppstå. Hur man hanterar risker och lär av både positiva och negativa händelser påverkas av hur alla;

- tar ansvar och interagerar, både med kollegor och den enskilde
- betar sig mot varandra

- samarbetar

Enligt den nationella handlingsplanen behöver säkerhetskultur kännetecknas av:

- *ett aktivt arbete med att identifiera risker och skador och ett lika aktivt arbete med att minimera förekomst och konsekvensen av dessa*
- *ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet*
- *ett förhållningssätt där man inte skuldbelägger varandra*
- *att medarbetare och chefer, på alla nivåer i organisationen, har goda kunskaper i säkerhet och förbättringsarbete*
- *en organisation där alla är medvetna om risken för negativa händelser*
- *en organisation där alla lär av både negativa händelser och det som går bra.*

Under 2025 har flera verksamheter inom kommunen intensifierat sitt arbete med att utveckla en stark, gemensam och lärande säkerhetskultur. Arbetet präglas av samverkan, reflektion och systematik, där målet är att skapa tryggare och mer förutsägbara insatser både för brukare och medarbetare.

Ett genomgående tema är förbättrad intern samverkan, där exempelvis den kommunala primärvården fortsatt med gemensamma APT, planeringsdagar och dagliga morgonmöten. Fokus har legat på teamarbete, gemensam kompetens och stärkt kommunikation, bland annat genom metoder som Crew Resource Management (CRM). CRM handlar om att förbättra teamets kommunikation och samarbete för att minska risker. Det hjälper team att fatta bättre beslut tillsammans och upptäcka misstag i tid. Detta har skapat utrymme för reflektion kring etiska frågor, prioriteringar och arbetsbelastning.

Arbetet med avvikelshantering har utvecklats på flera håll. Både rehab- och sjuksköterskeheten har arbetat aktivt med analys och gemensam reflektion kring avvikelser, där fokus ligger på system och arbetsätt i stället för individer. Genom workshops och kategorisering av avvikelser har personalen involverats i att ta fram konkreta förbättringsåtgärder, vilket stärker delaktighet och säkerhetskultur.

Samverkan över verksamhetsgränserna har också stärkts. Teamträffar mellan primärvård, äldreomsorg och funktionsstöd har haft en viktig roll i att identifiera risker och använda evidensbaserade riskbedömningsinstrument, exempelvis för att förebygga fall, trycksår, bristande nutrition och munhälsoproblem.

Arbetsgrupper inom både äldreomsorg och funktionsstöd arbetar dagligen med öppen kommunikation, reflektion och gemensamma rutiner för att förebygga risker. Exempelvis har funktionsstöd utvecklat en kultur där avvikelshantering är trygg och lärande, vilket har lett till minskat antal hot- och våldssituationer och bättre arbetsmiljö.

På biståndsenheten sker kontinuerlig reflektion och handledning för att säkerställa att beslutsprocesser och bedömningar håller hög kvalitet. Avvikelser används i flera verksamheter som ett viktigt verktyg för systematisk utveckling.

Även inom individ- och familjeomsorg har fokus legat på att integrera säkerhet i vardagsarbetet. Genom regelbundna genomgångar av rutiner, planering inför besök och utbildningar om hot och våld stärks medarbetarnas trygghet och förmåga att hantera riskfyllda situationer.

Sammantaget visar verksamheterna på ett brett, fördjupat och gemensamt fokus på säkerhetskultur, där lärande, dialog och delaktighet är centrala byggstenar. Arbetet inför 2026 handlar bland annat om att vidareutveckla förebyggande strukturer, stärka tvärprofessionell samverkan och säkerställa god introduktion och kompetensutveckling för all personal.

3.3 Adekvat kunskap och kompetens



En ytterligare förutsättning för en säker vård och omsorg är att det dels finns den personal som behövs för att kunna ge en god och säker vård och omsorg, dels att medarbetarna har adekvat kompetens inom sitt grunduppdrag och goda förutsättningar för att utföra detta med god kvalitet och hög patientsäkerhet. Med adekvat kompetens avses (enligt den nationella handlingsplanen) att personal har rätt utbildning,

kunskap, erfarenhet, färdigheter och förhållningssätt för att arbetet ska kunna utföras med god kvalitet och bidra till säker vård och omsorg.

Verksamheterna arbetar samlat och systematiskt för att säkerställa att medarbetare har den kompetens som krävs för att erbjuda en trygg, säker och kunskapsbaserad vård och omsorg. Introduktionen av nya medarbetare har förstärkts genom längre bredvidgång, mentorsskap och handledning. Passbeskrivningar har förtydligats och checklistor för introduktion reviderats under året. Omsorgshandledarna inom äldreomsorgen har utökats till åtta och har en viktig roll i att stötta nyanställda medarbetare med bland annat dokumentation samt lyfter regelbundet rutiner och riktlinjer i arbetsgrupperna. Inom schemaplaneringen ser sjuksköterskeenheten alltid till att mindre erfarna sjuksköterskor planeras tillsammans med erfarna på jourpass.

I så hög utsträckning som möjligt anställs medarbetare med rätt formell kompetens (så som utbildade undersköterskor) och i det fall medarbetare saknar detta blir utbildningsinsatser och valideringsutbildning extra viktigt. Inom äldreomsorgen har åtta medarbetare påbörjat utbildning till att bli undersköterska under året. Dessa medarbetare arbetar 50% och studerar 50%. Utbildningen finansieras via äldreomsorgslyftet.

I takt med att målgrupperna växer och behoven ändras behöver även verksamheterna anpassas. Inom sjuksköterskeenheten har antalet patientansvariga sjuksköterskor (PAS) utökats som en följd av både ökat patientantal och vårdtyngd och inom äldreomsorgen ses ökade psykiatriska och neuropsykiatriska utmaningar hos omsorgstagarna vilket ställer andra krav på kompetens inom verksamheten. Här kommer äldreomsorgen ta hjälp av ny roll, *verksamhetspedagog*, för att påbörja kartläggning av vilka områden som behöver kompetensförstärkas.

Inom funktionsstöd har kompetenshöjande satsningar under året även omfattat demensutbildning för att kunna möta upp brukare med funktionsvariation i kombination med demensdiagnos. Detta skapar bättre förutsättningar att förebygga svårigheter, anpassa miljöer och aktiviteter och ge brukarna större förståelse för vardagen.

Samtliga verksamheter arbetar med långsiktig kompetensförsörjning genom exempelvis kompetensstegen (med fördjupningsområden inom exempelvis psykiatri, palliativ vård, sårvård och demens), Yrkesresan, specialistutbildningar, validering och riktade utbildningsinsatser anpassade efter målgruppernas behov. Även utbildningar inom HLR, brand, förflyttning, medicinteknik och bemötande är kontinuerligt återkommande i verksamheterna. Inom individ- och familjeomsorgen finns en kompetensutvecklingsplan som tydligt anger vilken utbildning medarbetare ska få och vid vilken tidpunkt under anställningen. Viss utbildning är obligatorisk för alla så som MI grundutbildningen (Motiverande samtal), medan andra är mer anpassade utifrån den målgrupp man möter.

Ett kunskapsbaserat arbetssätt präglar alla områden, där evidens, riktlinjer, avvikelshantering och regelbunden reflektion används för att utveckla arbetssätt och höja kvaliteten. Utifrån den nya socialtjänstlagen har individ- och familjeomsorgen börjat utbilda inom och införa Individbaserad systematisk uppföljning (ISU). ISU är en metod för att samla in och analysera data om klienternas behov och insatser och fungerar som en brygga mellan det dagliga mötet med klienten och utvecklingen av hela verksamheten. ISU handlar om att förvandla hundratals enskilda berättelser till gemensam kunskap och därmed bidra till att förbättra kvaliteten och stödja beslutsfattandet till gagn för målgruppen.

Digitala verktyg och verksamhetsstöd implementeras i allt större utsträckning för att stärka planering, kommunikation, dokumentation och uppföljning. Exempelvis har funktionsstöd börjat testa MEMO-planers under året och under 2026 kommer planeringsverktyget Levly att börja testas med start på Änggatan. Verktyget samlar information, planering och dokumentation på ett ställe, vilket gör det lättare att följa rutiner, hålla ordning på aktiviteter och säkerställa kvaliteten i insatserna. Medarbetare kan enkelt notera vad som gjorts, följa utveckling över tid och dela information sinsemellan, vilket stärker både samverkan och delaktighet. Den som får stöd kan också ta del av planering och mål, vilket ökar trygghet och insyn. För ledning och chefer ger Levly möjlighet att följa upp insatser, säkerställa att rutiner följs och se över kvaliteten på både individ- och verksamhetsnivå. Under året har även den kommungemensamma utbildningsplattformen *Kunskapstorget* sätts. Här återfinns både onlinekurser och lärarledda utbildningar.

I den årliga enkätundersökningen som riktar sig till alla omsorgstagare som har hemtjänst eller bor på särskilt boende (*Vad tycker de äldre om äldreomsorgen*) ställs en fråga om omsorgstagarna tycker att personalen har den kunskap och kompetens som behövs för att göra sitt arbete. På särskilt boende instämmer 81% i påståendet vilket är strax under snittet för riket och regionen. Inom hemtjänsten är utfallet på samma fråga 91 % vilket är strax över snittet för riket och regionen.

Sammantaget visar verksamheternas arbete att ett kontinuerligt lärande och en tydlig struktur för kompetensutveckling är centrala delar i att upprätthålla hög kvalitet och patientsäkerhet.

3.4 Patienten, brukare och närstående som medskapare



Den enskildes och närståendes delaktighet är en grundläggande förutsättning för god och säker vård och omsorg. Den enskilde besitter unik kompetens om sin situation och kan bidra genom att man i vård- och omsorgsrelationen lär av varandra och diskuterar beslut gemensamt. Att se den enskilde som medskapare handlar om att involvera och göra dem delaktiga i såväl vård och behandling som i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Vården och omsorgen blir således säkrare om den enskilde är välinformerad, deltar aktivt och kan påverka vården och omsorgen utifrån sina önskemål och förutsättningar.

Både hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS ska ha ett personcentrerat arbetssätt som innebär att den enskildes upplevelser och erfarenheter ska vara utgångspunkten i utredning, planering och genomförande av vård och omsorgsinsatser. Arbetssättet ska stödja personen och/eller närstående att vara delaktiga och innebär att den enskilde ska ses som medskapare i vården och omsorgen utifrån sina behov, resurser och målsättningar. Det personcentrerade arbetssättet är också en viktig del i arbetet med omställningen till Nära vård.

Verksamheterna arbetar systematiskt för att göra den enskilde till medskapare både i sin egen vård och i det övergripande kvalitetsarbetet. Inom biståndsenheten skapas delaktighet genom dialogbaserad handläggning och muntlig återkoppling, vilket lett till bättre förståelse för beslut. I den kommunala primärvården stärks patientens inflytande genom SIP, möjlighet att lämna synpunkter och deltagande i avvikelseutredningar, vilket bidragit till ökad patientsäkerhet. I äldreomsorgen har temadialoger påverkat arbetet med äldreplanen, brukarråd med egen budget som lett till konkreta initiativ, och genomförandeplaner samt husmöten har stärkt inflytande för den enskilde i vardagen.

Inom funktionsstöd har individuellt stöd och alternativa kommunikationssätt gjort fler brukare delaktiga, och åtgärder som bildstöd, utvecklade kostdialoger och MEMO-planner har gett tydliga resultat i form av ökad trygghet, bättre struktur och större självständighet. I individ- och familjeomsorg utformas utredningar och insatser i nära dialog med klienterna, och brukarundersökningar och klientledda insatser – till exempel återfallspreventions-boost – hjälper verksamheten att utvecklas och att hålla kvar positiva beteendeförändringar.

Sammantaget bedöms arbetet ha bidragit till ökad delaktighet, trygghet och kvalitet, och det tycks också ha gjort att den enskildes perspektiv i större utsträckning påverkar både insatser och utvecklingsarbete.

4 Fokusområden för god kvalitet och säker vård och omsorg

Nedan följer de fokusområden som identifierats som viktiga i den nationella handlingsplanen för att förbättra patientsäkerheten. Fokusområdena har utvidgats för att även omfatta kvalitetsarbetet.


4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador och missförhållanden



Det första fokusområdet handlar om det som redan har hänt, det vill säga redan inträffade vårdskador eller missförhållanden och syftar till att organisationen ska lära av de negativa händelser som skett, att analysera de bakomliggande orsakerna för att kunna vidta åtgärder och prioritera insatser för att undvika att en liknande händelse inträffar igen.

Två gånger per år deltar MAS och utredare Lex Sarah på förvaltningsledningens möten för att lämna information om allvarliga händelser. Respektive verksamhetschef ansvarar därefter för att sprida informationen i respektive ledningsgrupp där dialog hålls för att identifiera om det finns risk för att liknande händelser skulle kunna inträffa i verksamheten. Vid identifierade risker ska en riskanalys genomföras i syfte att förhindra att det inträffar.

Avvikelser	Utfall (antal) 2024	Utfall (antal) 2025	Kommentar 2025
Lex Maria	0	1	En händelse avseende risk för allvarlig vårdskada har anmälts under året.
Lex Sarah	2	3	Under året har totalt 14 Lex Sarah-rapporter inkommit varav 3 anmälde vidare till IVO som Lex Sarah.

Åtgärd	Kommentar
Dialogfrågor på APT Baserat på en förvaltningsövergripande analys av Lex Sarah rapporter har ett dialogmaterial arbetats fram med frågor att lyfta på APT utifrån förutbestämde teman.  2025-12-15	Under året har dialogfrågor kopplade till Lex Sarah använts återkommande i personalgrupperna som en del av arbetsplatsträffarna. Arbetet har syftat till att skapa utrymme för reflektion, gemensam förståelse och samtal om ansvar, bemötande och arbetssätt i det dagliga arbetet. Den samlade erfarenheten från året visar att dialogerna har bidragit till ökad medvetenhet kring Lex Sarah och dess betydelse i verksamheterna. Frågor om dokumentation, avvikelser och professionellt förhållningssätt har blivit mer närvarande i vardagen och bidragit till ett gemensamt språk kring kvalitets- och säkerhetsfrågor. I samband med detta kan även en förändring ses i innehållet i inkomna Lex Sarah-rapporter under året, där andra typer av händelser och risker uppmärksammas än tidigare. Detta bedöms spegla en ökad medvetenhet och ett bredare perspektiv på vad som kan utgöra risker och missförhållanden i verksamheterna. Sammantaget bedöms dialogarbetet ha bidragit till ett mer reflekterande och medvetet förhållningssätt till Lex Sarah och därmed utgöra ett värdefullt stöd i det förebyggande kvalitetsarbetet.

Lex Sarah

Under året har totalt 14 Lex Sarah-rapporter inkommit inom socialförvaltningens verksamheter. Rapporteringen fördelar sig enligt följande:

- Äldreomsorgen: 3 rapporter
- Individ- och familjeomsorgen (IFO): 2 rapporter
- Funktionsstöd: 9 rapporter

Samtliga Lex Sarah-rapporter har utretts av utsedd utredare i enlighet med gällande lagstiftning och fastställda rutiner. Efter genomförd utredning har tre ärenden bedömts vara av sådan allvarlig karaktär att de har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Av dessa avser två ärenden funktionsstöd och ett ärende individ- och familjeomsorgen.

De ärenden som inte har bedömts uppfylla kriterierna för anmälan till IVO har avslutats med åtgärder som har hanterats och genomförts i berörda verksamheter. Åtgärderna har haft fokus på att säkerställa kvalitet samt förebygga att liknande missförhållanden eller risker för missförhållanden uppstår igen. Vidtagna åtgärder har bland annat omfattat förtydligande av rutiner, uppföljning av arbetssätt, förbättrad samverkan samt kompetenshöjande insatser.

Att verksamhetsområdet funktionsstöd står för en större andel av rapporterna bedöms ha samband med verksamhetens karaktär och komplexitet. Rapporteringen ger ett viktigt underlag för analys, uppföljning och fortsatt utveckling av verksamheternas kvalitet och säkerhet.

De inkomna Lex Sarah-rapporterna under året kan delas in i följande tematiska områden:

- Etiskt förhållningssätt, bemötande och professionella gränser: 4 rapporter
- Trygghet och säkerhet: 4 rapporter
- Rättssäker handläggning, dokumentation och sekretess: 2 rapporter
- Tillsyn, omsorgsansvar och förebyggande säkerhetsrutiner: 2 rapporter
- Samordning, ansvar och kontinuitet i insatser: 1 rapport
- Självbestämmande: 1 rapport

Lex Maria

En anmälan enligt lex Maria om risk för allvarlig vårdskada har skickats till IVO. Anmälan handlar om att läkemedel försvunnit från läkemedelsskåpet, från patienten och att läkemedel även bytts ut. Detta kan ha fått konsekvenser för de enskilde i form av mer smärta och oro samt mindre aktivitet i det dagliga livet.

Åtgärder har genomförts i form av dialog på enheten för att identifiera risker och stärka kunskap om säker läkemedelshantering. Behovet av digitala medicinskåp har uppmärksammats då dessa ger spårbarhet och ökad säkerhet. På särskilda boenden saknas idag digitala medicinskåp, men införandeprocessen har påbörjats under 2025 med planerad successiv implementering 2026. Inom hemtjänsten används redan digitala medicinskåp med goda resultat för säker hantering.



Genom fortsatt fokus på uppföljning av följsamhet till rutiner, mer utbildning och införande av digitala medicinskåp bedöms verksamheten stärka läkemedelshanteringen och minska risken för liknande händelser framöver.

Enligt IVO framstår vårdgivarens slutsatser som rimliga och adekvata, och har avslutat ärendet.

4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer



Det andra fokusområdet syftar till att organisationen har processer och arbetssätt som bidrar till patientsäkerhet och god kvalitet genom att minska oönskad variation i utförande och resultat. Tillförlitliga processer och arbetssätt innebär att dessa är kunskapsbaserade, kända och inarbetade i organisationen. I avsnittet presenteras även resultaten från olika undersökningar samt några indikatorer.

Kvalitetsindikator	Utfall 2024	Utfall 2025	Kommentar
Öka utfärdade N-intyg till dess att rimlig nivå nås.	362	477	2026-01-27 Under året har den kommunala primärvården ökat antalet till 477st vilket är en ökning på ca 32%. Ökningen går i rätt riktning men bedöms behöva fortsätta under 2026. Sjuksköterskeenhetsens medarbetare har utbildats i IT-tjänsten och N-intyg har också tagits upp på möten återkommande under året vilket sannolikt förklarar ökningen. Biståndsenhetens planerade att under 2025 revidera handläggningsrutinen för ansökan till särskilda boenden för att inkludera frågan om nödvändig tandvård i processen. Detta arbete avstannade av olika skäl och behöver återupptas under 2026. Då ny enhetschef påbörjar sin tjänst 1 februari bedöms förutsättningarna för detta som goda.
Mätningen av nattfasta för omsorgstagare på särskilt boende visar på god följsamhet till rekommendationerna om att den inte ska överstiga 11h.	 Delvis	 Delvis	2026-01-28 En enhet har markerat mätningen som grön och fyra enheter som gull/delvis. De flesta omsorgstagare har en rimlig nattfasta på mellan 7-9 timmar förutom vid enstaka nätter. Det förekommer att omsorgstagare har längre nattfasta vilket i kommentarerna beskrivs vara de som tackar nej till mellanmål eller som sover. Det är främst på demsenheter det förekommer. Medarbetarna arbetar aktivt med att erbjuda / motivera samt planera måltider för att minimera nattfastans längd och erbjuder extra mål vid behov. Alla enheter uppmärksammar och påminner om nattfastan via APT och teamträffarna. Genom de regelbundna mätningarna upprätthålls rutinerna och vikten av nattfastan uppmärksammas.

Förra året identifierades ett behov av att öka antal utfärdade N-intyg. Under året har den kommunala primärvården ökat antalet till 477st vilket är en ökning på ca 32%. Ökningen går i rätt riktning men bedöms behöva fortsätta under 2026. Sjuksköterskeenhetsens medarbetare har utbildats i IT-tjänsten och N-intyg har också tagits upp på möten återkommande under året vilket sannolikt förklarar ökningen. Biståndsenhetens planerade att under 2025 revidera handläggningsrutinen för ansökan till särskilda boenden för att inkludera frågan om nödvändig tandvård i processen. Detta arbete avstannade av olika skäl och behöver återupptas under 2026. Då ny enhetschef påbörjar sin tjänst 1 februari bedöms förutsättningarna för detta som goda.

4.2.1 Årets arbete med processer

Arbetet med att kartlägga och optimera förvaltningens processer är ständigt pågående. De processer som ska kartläggas, fastställas eller revideras under kommande år bestäms i förvaltningsledningen utifrån trender och mönster kopplade till allvarliga händelser/avvikelser. För 2025 prioriterade inflyttningsprocessen på särskilt boende, korttid och bostad med särskild service.

Utöver dessa pågår kartläggning av ytterligare processer så som *dödsfall korttidsvistelse, avslut eget initiativ och anvisa särskilt boende*. Processkartorna visar på ett visuellt och strukturerat sätt hur arbetet bedrivs, från start till avslut, och tydliggör roller, ansvar och viktiga moment i respektive process. Genom processkartläggning skapas en gemensam förståelse för arbetssättet, vilket bidrar till ökad likvärdighet, rättssäkerhet och kvalitet i utförandet. De utgör därmed ett viktigt underlag för såväl verksamhetsutveckling som introduktion av nya medarbetare och vid förändringar i organisation eller regelverk.

Inom individ- och familjeomsorgen är de flesta av verksamhetens processer kartlagda sedan något år tillbaka. Här är istället fokus att hålla processerna uppdaterade och aktuella. Det är viktigt att ny personal introduceras till verksamhetens processer och vet var rutiner och policys finns att hitta. Under året har samtliga verksamhetsområdens rutiner strukturerats upp och samlats på var sin sharepointyta utifrån en gemensam struktur.

Under 2026 kommer arbetet med processerna att fortsätta, med fokus på att vidareutveckla och förtydliga den information som är kopplad till processkartorna. Detta innefattar bland annat kompletterande rutinbeskrivningar, stödmaterial och fördjupad dokumentation, i syfte att ytterligare stärka efterlevnad, kvalitet och ett enhetligt arbetssätt i verksamheten.

Inom den kommunala primärvården kommer ett arbete göras med att tydliggöra och stärka delegeringsförfarandet utifrån att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård upphörde att gälla vid utgången av december 2025. Delegering kommer inte längre att regleras genom en separat föreskrift, utan i stället ingå i andra regelverk, bland annat i HSLF-FS 2017:37 om ordination och hantering av läkemedel. För vårdgivaren innebär detta ett tydligare ansvar för att delegeringar endast genomförs när det är förenligt med god och säker vård, att beslut baseras på riskanalys samt att rutiner, kompetenskrav och uppföljning säkerställs på ett mer systematiskt sätt.

Arbetet omfattar inledningsvis kommunal primärvård och innebär bland annat att kartlägga delegeringsprocessen, ta fram metodstöd för riskbedömningar vid ordination, delegering och instruktioner för utförandet, liksom att skapa enhetliga rutiner för uppföljning av gällande delegeringsbeslut. Förvaltningen kommer dessutom att utveckla strukturer och arbetssätt för utbildningsinsatser och kontroll av både teoretiska och praktiska kunskaper, samt genomföra informationsinsatser riktade till verksamhetsområden och vårdgivaren. Syftet är att etablera ett mer enhetligt, kvalitetssäkrat och patientsäkert delegeringsförfarande i hela organisationen.

4.2.2 Enhetsundersökningen

Enhetsundersökningen är en nationell undersökning som genomförs årligen av Socialstyrelsen och där representanter från hemtjänstverksamheter, särskilda boenden, daglig verksamhet och bostad med särskild service får svara på frågor om sin verksamhet. Målet är att stimulera till verksamhetsförbättringar som kommer brukaren/omsorgstagaren till gagn och kan ses som ett komplement till de brukarundersökningar som också genomförs. Nedan sammanfattas årets utfall och de förbättringsområden som identifierats i verksamheterna. Resultaten i sin helhet återfinns på socialstyrelsens webbplats.

Både inom hemtjänsten och särskilt boende har Ale en hög andel medarbetare som är utbildade undersköterskor, både i relation till riket och i jämförelse med länet. Detta gäller såväl vardagar som under helg.

Även inom funktionsstöd visar undersökningen på en god kompetensnivå bland medarbetarna. Inom verksamhetsområdet har dessutom beslut fattats om att alla medarbetare successivt ska genomgå utbildning i AKK (alternativ och kompletterande kommunikation). Detta ses som en viktig gemensam satsning som på sikt kan bidra till mer likvärdig kompetens inom kommunikation, stärkt delaktighet för brukarna och bättre möjligheter för varje individ att uttrycka sina behov och önskemål.

Avseende olika rutiner som efterfrågas i undersökningen konstateras att rutiner för misstanke om undernäring, våld i nära relation, misstanke om beroende eller missbruk av läkemedel och alkohol eller andra beroendeframkallande medel saknas inom äldreomsorgen. Även en skriftlig rutin för fördelning av fast omsorgskontakt inom hemtjänsten behöver tas fram.

Inom funktionsstöd saknas tydliga rutiner för hur personal ska agera vid misstanke om eller upptäckt av våld eller övergrepp på vissa enheter och vid andra behöver rutiner för utmanande beteende samt misstanke om missbruk eller beroende utvecklas vidare. Samtidigt är rutinerna för hälso- och sjukvård och hjälpmedel genomgående väl etablerade inom verksamhetsområdet.

När det gäller inne- och utemiljö på särskilt boende har Ale generellt sett ett lite lägre utfall än riket i stort. Det kan handla om färgsättning, likhet i färger i golvet, korridorers utformande och ljussättningar. Dessa aspekter blir viktiga att ta i beaktande vid nybyggnationer. Vissa saker kan vara svårt att justera i efterhand. På Garverivägen har verksamheten exempelvis skapat nya väggmålningar för ökad trivsel och bättre möjlighet att se skillnader på våningsplan och enheter.

Arbetet med genomförandeplaner framträder som ett utvecklingsområde för funktionsstöd i undersökningen, dels är inte alla planer aktuella, dels behöver arbetet utifrån IBIC stärkas i verksamheten. Under 2026 kommer funktionsstödsverksamheten utveckla handledning och målgruppskunskap samt införa gemensamma rutiner för våld, övergrepp, utmanande beteende och missbruk.

4.2.3 Brukarundersökningar

Inom äldreomsorgen genomförs årligen en enkätundersökning av Socialstyrelsen till alla som är 65 år och äldre och som har hemtjänst eller bor i särskilt boende ("Vad tycker de äldre om äldreomsorgen"). Undersökningen består främst av upplevelse- och nöjdhetsfrågor och syftar till att fånga de äldres uppfattning om äldreomsorgen. Även inom funktionsstöd genomförs brukarundersökningar; dels via SKR, dels i egen regi. Undersökningen via SKR kommer från och med i år endast genomföras vartannat år. Frågorna i undersökningen fokuserar på kontakten med socialtjänsten och riktar sig till vuxna personer med funktionsnedsättning inom boenden, boendestöd och daglig verksamhet/sysselsättning.

Gällande den kommunala primärvården genomför FoU i väst sedan några år tillbaka undersökningar riktade till samtliga inskrivna i den kommunala primärvården. Enkäten innehåller frågor både om vad patienterna tycker om vården samt i vilken grad vården upplevs vara personcentrerad. Undersökningen genomförs varje höst och resultaten presteras på våren året efter.

Resultaten i sin helhet återfinns på socialstyrelsens webbplats ("Vad tycker de äldre..."), Koladas webbplats (brukarundersökning funktionsstöd) samt Göteborgsregionens webbplats (Nyckeltal kommunal primärvård i Göteborgsregionen).

Inom individ- och familjeomsorgen genomförs inte några brukarundersökningar i dagsläget. 2017 och 2019 deltog man i SKR:s undersökningar. Dock upplevdes dessa som alltför administrativt belastande, samtidigt som det var svårt att få en bra svarsfrekvens och därmed ett resultat som verksamheten kunde använda i sitt förbättringsarbete.

Hemtjänst

Sammantagen nöjdhets inom hemtjänsten ligger på 86% vilket är lite högre än både snittet för riket och för Västra Götaland. Gällande utfallet på de (sedan 2024) nytillkomna frågorna om språk och kompetens som handlar om att personalen pratar på ett sådant sätt att omsorgstagaren förstår samt frågan om kunskap och kompetens ligger Ales utfall över snittet för både Västra Götaland och riket.

I jämförelse med tidigare års undersökningar har följande områden något sämre resultat 2025 och behöver bevakas framåt:

- Personalen kommer på avtalad tid och meddelar förändringar innan.
- Påverkan på tider för insatser
- Möjligheten att komma i kontakt med hemtjänsten

Det viktigaste arbetet under 2026 blir dock att arbeta med att den fasta omsorgskontakten i högre grad ska möta omsorgstagare som de ansvarar för. Här behöver både personal och koordinatörer arbeta fram en förändring i arbetssätt.

Särskilt boende

På särskilt boende svarade 65 personer på enkäten vilket motsvarar ca 44%. Som komplement genomför även omsorgshandledarna en separat undersökning (muntligt) som baseras på samma frågor. Resultatet från denna är dock ännu inte sammanställt.

Den sammantagna nöjdheten på särskilt boende har ökat och ligger på 87 %. Alla frågor kring hjälpens utförande har ökat i nöjdhet, medan nöjdheten med aktiviteterna minskat något.

Generellt ligger svaren i paritet med utfallet för riket eller Västra Götaland. Områden som sticker ut i positiv bemärkelse är till exempel att måltiderna upplevs som en trevlig stund på dagen, personalens bemötande och språkkunskaper. Framgent behöver frågan om gemensamma utrymmen hållas under uppsikt liksom frågan om aktiviteter.

Funktionsstöd

För de brukare som inte kunnat svara verbalt har alternativa brukarundersökningar och stöd i alternativ och kompletterande kommunikation utvecklats. Effekten av detta arbete syns tydligt i förbättrad delaktighet och trygghet för brukarna, samt i ett mer nyanserat underlag som ger verksamheten möjlighet att planera insatser utifrån individens behov och önskemål.

Ett exempel på framgångsrikt arbete är Klöverstigen där samtliga boende deltog i brukarundersökningen. Resultaten visar på hög grad av trygghet och trivsel. Kommunikationen fungerar väl samtidigt som personalen arbetar aktivt med att ytterligare stärka förståelsen i vardagligt bemötande och förhållningssätt.

Trots positiva förflyttningar kvarstår utvecklingsområden, särskilt kring kommunikation, inflytande och kontinuitet i bemötande och förhållningssätt. I vissa verksamheter upplevs fortfarande osäkerhet kring att få rätt stöd eller förstå personalens budskap, vilket visar på behovet av fortsatt fokus på relationer, trygghet och individanpassad kommunikation. Vidtagna åtgärder utifrån brukarundersökningen följs systematiskt upp via handlingsplaner, APT och husmöten.

Kommunal primärvård

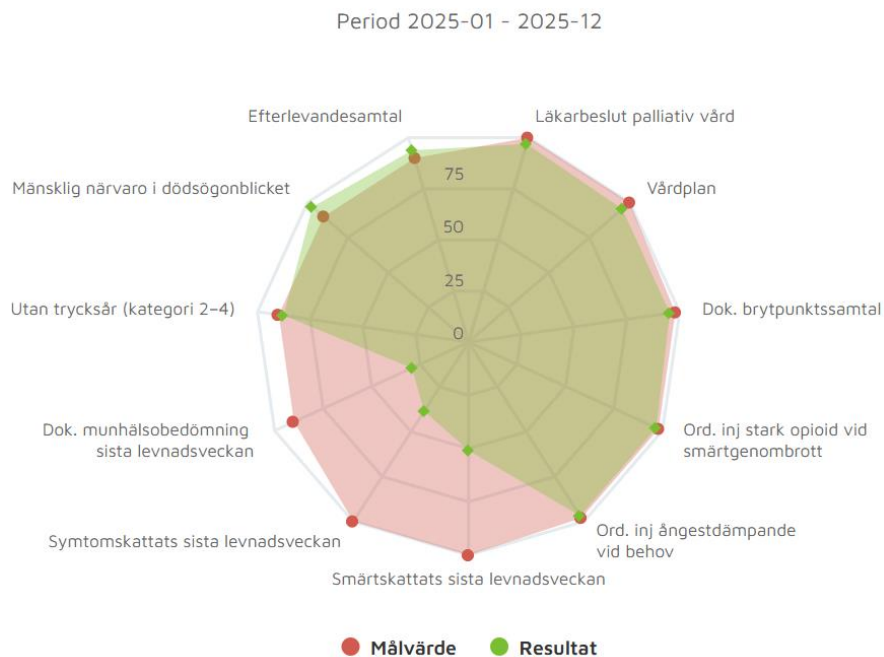
Resultatet av enkäten som är riktad till samtliga inskrivna patienter i den kommunala primärvården visar att andelen personer som är nöjda eller mycket nöjda med den kommunala primärvården i Ale ligger på 84 % både 2023 och 2024, medan resultaten för övriga GR kommuner generellt sett försämrats 2024.

Förbättringsområden handlar om att patienter upplever att det är för många olika personer som ger dem kommunal primärvård samt att det är svårt att komma i kontakt med den kommunala primärvården. På båda dessa frågor ligger Ales resultat under snittet för GR. Avseende upplevd personcentrering ligger Ales resultat däremot strax över snittet för samtliga GR-kommuner.

Några åtgärder från verksamheten finns inte beskrivna, däremot kommer de göra en sammanställning när resultaten för 2025 års undersökning presenteras.

4.2.4 Indikatorer för god palliativ vård

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Antal dödsfall som indikatorerna baseras på 2025 är: 65 st.

Över tid ser Ales resultat ut så här:

Kvalitetsindikator	2022	2023	2024	2025	Målvärde
Läkarbeslut palliativ vård	100	100	97,5	96,9	100
Vårdplan	100	100	100	95,4	100
Dok. brytpunktssamtal	88,6	96,3	97,5	95,4	98
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	88,6	100	100	96,9	98
Ord. inj ångestdämpande vid behov	86,4	96,3	100	96,9	98
Smärtskattats sista levnadsveckan	56,8	51,9	77,5	50,8	100
Symtomskattats sista levnadsveckan	50	28,6	50	38,5	100
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	25	11,1	17,5	29,2	90
Utan trycksår (kategori 2-4)	86,4	92,6	85	87,7	90
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,9	88,9	92,5	96,9	90
Efterlevandesamtal	90,9	85,7	87,5	93,8	90

Sammanfattande analys av indikatorer för god palliativ vård

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister uppbyggt av standardiserade indikatorer och enkäter som speglar vårdens kvalitet i livets slutskede. Registret uppdateras fortlöpande, då varje inskickad dödsfallsenkät* läggs in direkt i utdataportalen efter teknisk validering, vilket innebär att resultaten ändras varje minut.

Det som gör ansvarsfördelningen för att registrera data i registret komplicerad, är att det är den vårdgivare som har det medicinska ansvaret vid själva dödsfallet som ska rapportera dödsfallsenkäten – och detta kan vara kommunal hälso- och sjukvård, regional primärvård eller sjukhuset beroende på var patienten befann sig och vem som bar det formella ansvaret i just det ögonblicket. Detta innebär att kommunens statistik inte alltid speglar alla personer som avlidit inom kommunens geografiska område, utan endast de fall där kommunen själv varit ansvarig vårdgivare just då, vilket kan leda till variationer och ibland missvisande tolkningar om man inte beaktar ansvarsfördelningen.

Spindeldiagrammet visar att förvaltningens resultat överlag ligger nära eller i linje med målvärdena inom flertalet kvalitetsindikatorer. Indikatorer som läkarbedömd palliativ vård, vårdplan, brytpunktssamtal och mänsklig närvaro i dödsögonblicket uppvisar mycket god måluppfyllelse och placerar sig tydligt nära ytterkanten av diagrammet. Även indikatorerna för ordination av opioid och ordination av ångestdämpande läkemedel ligger nära målvärdena och indikerar en stabil och välfungerande symtomlindring.

Samtidigt framträder två tydliga utvecklingsområden: smärtskattning sista levnadsveckan och munhälsobedömning sista levnadsveckan, där resultaten ligger avsevärt lägre än målnivåerna. För smärtskattning visar 2025 års resultat en nedgång jämfört med 2024, trots att smärtskattning genomförs regelbundet vid sjuksköterskans patientbesök. Analysen visar att det framför allt är dokumentationen som brister, vilket gör att utförda bedömningar inte alltid fångas i statistiken. Åtgärder har initierats i form av en förtydligad checklista för tillsynsbesök samt tydliga instruktioner för hur smärtskattning ska journalföras, för att rätt uppgifter ska överföras till den manuellt registrerade statistiken via dödsfallsenkäten.

Munhälsobedömningarna visar förbättringar jämfört med föregående år, men resultaten ligger fortfarande under målvärdet. Analysen visar att otydlighet kring såväl dokumentationsplats som ansvarsfördelning har lett till att bedömningar ibland har utförts utan att dokumenteras, eller dokumenterats i systemdelar som sjuksköterskan inte haft åtkomst till. Därtill finns viss osäkerhet kring när munhälsobedömningar ska initieras, särskilt vid hastiga och oförutsägbara sjukdomsförlopp i livets slutskede. Under 2025 har intern utbildning kring munhälsa och bedömningsmetoden Revised Oral Assessment Guide (ROAG) genomförts, och fortsatta åtgärder planeras, bland annat tydligare rutiner för dokumentation, veckovis planering av munhälsobedömningar samt ytterligare kompetenshöjande insatser i arbetsgruppen.

Arbetsgruppen för palliativ vård, bestående av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, är fortsatt aktiv och fungerar som ett stöd i det pågående utvecklingsarbetet inom området.

* En dödsfallsenkät inom Svenska palliativregistret är en strukturerad efterregistrering där vårdpersonal, efter ett dödsfall, besvarar frågor om den palliativa vårdens innehåll och kvalitet under den sista tiden i livet.

4.3 Säker vård och omsorg här och nu

Fokusområdet handlar om att i det dagliga arbetet ha förmåga och kunskap att upptäcka risker och vara medveten om att oförutsedda händelser eller förändringar kan inträffa liksom att kunna hantera dem och agera här och nu. Till skillnad från fokusområde 5 (Öka riskmedvetenhet och beredskap), som fokuserar på planering och förberedelser för att vara redo när något inträffar eller förändringar genomförs, handlar det här fokusområdet om anpassningar här och nu.

Verksamheterna arbetar systematiskt för att identifiera och hantera risker genom dialog i form av främst teamträffar, men även genom dagliga avstämningar i arbetsgrupperna. På biståndsenheten möjliggör nära samverkan med hemtjänst och korttid att förändrade behov upptäcks tidigt, även om begränsad tillgång till korttidsplatser periodvis påverkat möjligheten att agera snabbt. Den kommunala primärvården använder dagliga morgonmöten, mobil dokumentation och strukturerade riskbedömningar kring fall, nutrition och trycksår, vilket har lett till bättre situationsanpassning, snabbare resursfördelning och ökad patientsäkerhet. Ett lärande arbetssätt genom avvikelsehantering och SBAR-kommunikation har stärkt kvaliteten, och införandet av CFS-skattningar har förbättrat möjligheten att identifiera sköra patienter.

Inom äldreomsorgen har justerad bemanning utifrån individens behov och tydliga introduktioner av ny personal resulterat i tryggare vård och minskade risker i det dagliga arbetet. Medarbetares idéer tas löpande tillvara genom APT, teamträffar och enhetschefens närvaro, vilket har bidragit till flera mindre men betydelsefulla förbättringar i vardagen. Funktionsstöd har identifierat personalbrist som en central risk och svarat med stödbehovsmätningar, passbeskrivningar och samarbete i bemanningsnätverk, vilket har lett till stabilare bemanning och minskad stress. Strukturerade rutiner vid sjukhusvistelser, språkbudsutbildningar och insatser för att motverka aktörer som inte uppfyller kvalitetskraven har skapat större trygghet för brukare och ett säkrare utförande av insatser.

Individ- och familjeomsorgen arbetar teambaserat med kontinuerlig uppföljning av ärenden, vilket gör att risker i rättssäkerhet och arbetsbelastning upptäcks tidigt. Medarbetarnas förbättringsidéer har lett till konkreta resultat som anpassade öppettider, förändrad bemanning i besöksarenan och införandet av förbättringstavlor som snabbt fångar upp avvikelser i vardagsarbetet.

Samlat tyder verksamheternas riskarbete på snabbare anpassning vid förändrade behov, en tryggare vård, förbättrad patientsäkerhet och arbetsmiljö samt en utveckling där medarbetarnas idéer i högre grad omsätts i praktiska förbättringar.

4.3.1 Riskhantering

Uppföljningen inom patientsäkerhetsområdet ska visa nuläget och utvecklingen. Den ska även visa förflyttningen mot ett mer proaktivt patientsäkerhets- och kvalitetsarbete, där fokus ligger på frånavaro av skada och närvaro av säkerhet. Riskhanteringen syftar till att minska, och helst helt eliminera risken att missförhållanden och vårdskador uppstår.

Verksamheterna arbetar systematiskt med riskhantering genom att både analysera inträffade avvikelser och identifiera potentiella risker i förväg. Inom äldreomsorgen används avvikelser, synpunkter och medarbetarens observationer för att uppmärksamma trender, och den dagliga uppföljningen tillsammans med omsorgshandledare bedöms ha bidragit till snabbare hantering av risker och tydligare informationsflöden. Förbyggande insatser som riskscreening, teamarbete kring läkemedel och strukturerade riskbedömningar i hemmet tycks också ha gjort det lättare att upptäcka och åtgärda risker på ett mer systematiskt sätt.

Inom funktionsstöd genomförs regelbundna egenkontroller, riskanalyser och uppföljningar av ledningssystemet, vilket indikerar att kvaliteten stärks och vårdskador förebyggs. Arbetet med tydliga rutiner, tvärprofessionell samverkan och förbättrad social dokumentation har samtidigt skapat bättre förutsättningar för tryggare insatser. Inom personlig assistans har riskberedskapen utvecklats genom handlingsplaner, prioriteringsstöd och förbättrade krisrutiner. Åtgärder för att motverka felaktiga utbetalningar har dessutom gett märkbara ekonomiska effekter. Initiativ som språkombud, förbättrade introduktioner och bemanningsnätverk har bidragit till minskad risk för fel i dokumentation och läkemedelshantering samt ökad kontinuitet i verksamheten. Teamträffar och utvecklade strukturer för riskanalys och introduktion har även stärkt kvaliteten i riskbedömningar och åtgärdsplanering.

Inom individ- och familjeomsorg används säkerhetsplanering vid riskfyllda möten, och säkerheten har stärkts genom anpassade lokaler, larmfunktioner och utbildning i hantering av svåra situationer. Förändringar i öppettider och bemanning har upplevts bidra till tydligare struktur, bättre tillgänglighet och tryggare besöksmiljöer. Tillbud används som underlag för riskreducerande åtgärder och för att utveckla arbetsätt.

Resultaten tyder på ökad riskmedvetenhet, tydligare rutiner, snabbare åtgärdsprocesser och förbättrad dokumentation. Arbetet verkar också ha stärkt arbetsmiljön och minskat risken för vårdskador. Genom kontinuerlig uppföljning, tvärprofessionell samverkan och strukturerad analys av avvikelser och risker utvecklas en mer proaktiv och lärande säkerhetskultur inför 2026.

4.4 Stärka analys, lärande och utveckling



Det fjärde fokusområdet handlar om att analys och lärande av resultat och erfarenheter är en del av det kontinuerliga arbetet i syfte att utveckla kvaliteten och patientsäkerheten i verksamheten. Fokusområdet blickar också framåt och handlar om arbete för att göra vården och omsorgen säker i framtiden. Genom att använda analyser och slutsatser för att identifiera faktorer som leder till risker, avvikelser, vårdskador, missförhållanden, säkerhet, robusthet och goda resultat kan verksamheten utvecklas på ett sätt som förbättrar kvaliteten och patientsäkerheten. Flera av dessa faktorer ingår i tidigare avsnitt i berättelsen. Nedan hanteras därför endast avvikelser och synpunkter och klagomål.

4.4.1 Avvikelser

All personal som arbetar inom verksamheter som omfattas av Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (2017:30), Socialtjänstlagen, SoL (2001:453) och Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (1993:387) är skyldiga att rapportera avvikande händelser. Avvikelsehantering är en grundläggande del av vårdgivarens systematiska förbättringsarbete, vilket även innefattar riskanalyser och egenkontroller.

Alla avvikelser ska rapporteras, utredas, åtgärdas och ingå som lärande exempel i vårdgivarens verksamheter. Syftet med avvikelsehantering är att uppmärksamma händelser och risker, för att förhindra att den enskilde skadas vid kontakterna med vård och omsorg.

Alla som arbetar i socialförvaltningen i Ale kommun som uppmärksammar eller får kännedom om en avvikelse är skyldiga att rapportera den skyndsamt (senast nästkommande dag). Rapportering sker i förvaltningens verksamhetssystem samt i patientens journal. Direkta hot mot den enskildes hälsa, personliga säkerhet och liv ska genast undanröjas. Även åtgärder för att förhindra att liknande händelser upprepas ska genast sättas in.

Vid avvikelser som under utredningen bedöms som allvarliga ska kontakt tas med MAS eller utredare för lex Sarah för att rådgöra huruvida händelsen ska utredas vidare genom till exempel en fördjupad händelseanalys.

En rapporterad avvikelse ska inom 60 dagar ha genomgått samtliga utredningssteg fram till uppföljning. En rapporterad avvikelse vars beslutade åtgärder omedelbart genomförts, ska även innehålla uppföljning av vidtagna åtgärder inom 60 dagar.

Avvikelser i samverkan mellan kommun och region rapporteras när överenskommelser, riktlinjer och rutiner framtagna i samverkan inte efterföljs, eller när någon part inte uppfyllt sin del av överenskomna insatser. Rapportering av avvikelser i samverkan sker enligt rutiner för rapportering framtagna i delregional vårdssamverkan SIMBA. Uppföljning av samverkansavvikelser sker lokalt vid närområdesmöten.

Avvikelser	Utfall (antal) 2024	Utfall (antal) 2025	Kommentar
Antal avvikelser med status NY äldre än 30 dagar från rapportdatum	1 713	972	Detta är antalet avvikelser där inte arbetet med hantering och utredningen är påbörjad.
Antal avvikelser som inte avslutats inom 60 dagar		719	Jämförande utfall saknas för perioden 2024. Då mättes istället "Antal rapporterade avvikelser som avslutats inom 60 dgr". Nu mäts de som inte avslutats inom 60 dagar.
Antal rapporterade avvikelser totalt (med rapportdatum 1/1-15/12)	4 069	4 672	Merparten av avvikelserna (3584 st) hör till äldreomsorgen som har en viss ökning jämfört med förra året, men då har även antalet timmar ökat i hemtjänsten. Även inom övriga verksamhetsområden har en ökning skett jämfört med förra året. Medarbetare uppmuntras att registrera avvikelser i syfte att kunna förbättra och identifiera eventuella brister i verksamheten.

Avvikelser	Utfall (antal) 2024	Utfall (antal) 2025	Kommentar
Brister i bemötande och förhållningsätt (SoL och LSS)	39	75	<p>Avvikelsema fördelar sig med 31 inom äldreomsorgen, 43 inom funktionsstöd och 1 inom individ- och familjeomsorg.</p> <p>Slår man ut avvikelsema inom äldreomsorgen innebär det ca 2,5 avvikelser per enhet vilken kan anses som en hanterbar siffra. Enhetscheferna arbetar kontinuerligt med synpunkter, har dialog med omsorgstagare och anhöriga/härstående kring dessa.</p> <p>Åtgärder för att specifikt förbättra såväl tillgänglighet som bemötande har vidtagits vid arbetsmarknads- och försörjningsstödsenheten i form av att öppettiderna har anpassats och tydliggjorts och bemanningen för mottagande av besökande har schemalagts tydligt så att det alltid är någon som tar emot besökare.</p>
Brister i handläggning och dokumentation (SoL och LSS)	112	205	<p>Den negativa trenden fortsätter. Dock avser 43 av dessa avvikelser läkemedelshändelser och inte brist i dokumentation.</p> <p>Kvalitetssäkring av handläggningen pågår ständigt genom ärendegenomgångar och metodträffar där frågor om handläggning är centralt. I vissa fall har enheterna uppmärksammat ett behov av att förtydliga rutiner och någon gång har det visat sig finnas ett utbildningsbehov. Verksamheten gör också granskningar av slumpmässigt uttagna ärenden kontinuerligt enligt checklista egenkontroll.</p>
Fallhändelser (totalt antal) för perioden 1/1-15/12	1 165	1 961	Ökningen av totala antalet registrerade fallhändelser kan hänga samman med att omsorgstagarna generellt har sämre hälsa, högre omsorgsbehov och högre ålder, samt att fler avvikelser numera rapporteras.
Fallhändelser som bedömts som allvarliga under perioden 1/1-15/12		0	Jämförande utfall för perioden 2024 saknas då brytpunkt för obligatorisk bedömning av allvarlighetsgrad börjat tillämpas från och med 1/9 2024.

Avvikelser	Utfall (antal) 2024	Utfall (antal) 2025	Kommentar
Läkemedelshändelser	920	1 436	Under året har en ny arbetsprocess införts där sjuksköterska preliminärt bedömer aviseringar om försenade signeringar, vilket innebär att endast de som bedöms som faktiska avvikelser registreras, medan uteblivna signeringar fortsatt klassas som avvikelse. Efter bedömningen tar enhetschefen över enligt ordinarie uppföljningsrutiner. Den nya hanteringen kan ha bidragit till fler registrerade avvikelser genom ett mer konsekvent och tydligt registreringsförfarande, snarare än en faktisk ökning av händelser.

Samverkansavvikelser

Avvikelser	Utfall (antal) 2024	Utfall (antal) 2025
Brist i samverkan (SIMBA)	147	88

Year	Utfall (antal)	Ale	Regional primärvård	Specialiserad vård
2022	75	20	15	50
2023	110	45	15	50
2024	147	25	20	100
2025	88	20	15	50

Kommentar
Totala antalet avvikelser i samverkan är 88 varav Ale mottagit 18, 13 st har skickats till regional primärvård, 52 avser specialiserad vård och 5 st saknar mottagare i systemet.

Granskningen visar att det inte går att identifiera någon tydlig trend i de inkomna avvikelseberättelserna. Merparten av de 18 avvikelser som utretts av förvaltningen rör synpunkter på vård och behandling, brister i organisation eller avvikelser från rutiner kopplade till in- och utskrivningsprocesser samt brister i informationsöverföring. De avvikelser som skickats vidare till andra vårdgivare har främst handlat om organisatoriska brister och otillräcklig följsamhet till rutiner i vårdens övergångar.

Även om vårdgivaren nu yttrat sig över ett förslag på länsgemensam riktlinje för patientsäkerhet som tydliggör det gemensamma ansvaret att samverka kring avvikelser i vårdens övergångar, visar dialogen i det lokala samarbetet att arbetssätten fortfarande behöver utvecklas. Det finns olika uppfattningar om hur det gemensamma analysarbetet bäst ska genomföras, men en samsyn råder om behovet av att stärka lärandet mellan verksamheterna. Ett fortsatt fokus kommer därför att vara att identifiera exempel där samverkan fungerat särskilt väl, analysera framgångsfaktorer och använda dessa som grund för att utveckla samarbetet i de ärenden där behovet är större.

Samlad analys av avvikelser

Under 2025 har verksamheterna fortsatt att arbeta strukturerat med avvikelseberättelser och riskhantering. Inom personlig assistans har både antalet avvikelser och äldre ärenden minskat, vilket tyder på förbättrad uppföljning och tydligare rutiner. Inom korttids- och stödinsatser är utvecklingen stabil, med fortsatt behov av fokus på bemötande, läkemedelshantering och förebyggande arbete.

Fallhändelserna har ökat i antal. Äldreomsorgen, som står för den absoluta merparten av fallavvikelser,

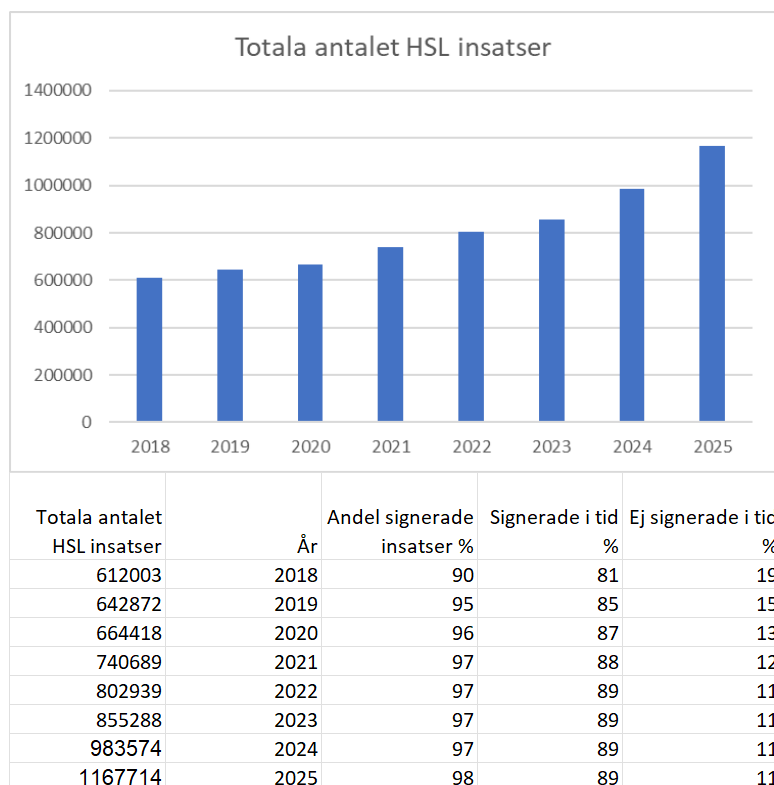
beskriver att ökningen kan hänga samman med att omsorgstagarna generellt har sämre hälsa, högre omsorgsbehov och högre ålder, samt att fler avvikelser numera rapporteras. Det förekommer också att samma omsorgstagare står för flera fall. Samtidigt är analysen hittills relativt övergripande, och ökningen kan även indikera att det fallförebyggande arbetet behöver stärkas och följas upp mer systematiskt.

Den markanta ökningen av läkemedelsavvikelser bedöms delvis kunna förklaras av förändrade rutiner kring hantering av aviseringar i det digitala signeringsverktyget MCSS. Under året har dock en ny arbetsprocess införts där sjuksköterska gör en preliminär bedömning av aviseringar om försenade signeringar i det digitala signeringsverktyget. Aviseringar som inte bedöms motsvara en faktisk avvikelse registreras därmed inte i verksamhetssystemet, medan uteblivna signeringar – som innebär större patientsäkerhetsrisk – fortsatt registreras som avvikelser. När sjuksköterskan gjort sin bedömning övergår hanteringen till ansvarig enhetschef, som tar vid med uppföljning enligt ordinarie rutiner.

Denna utvecklade hantering har successivt implementerats under året och kan ha bidragit till ett ökat antal registrerade avvikelser, eftersom rutinen tydliggjort när avvikelse ska skrivas och hur dessa ska rapporteras vidare. Det innebär att ökningen inte enbart behöver spegla fler faktiska händelser, utan även ett mer konsekvent och strukturerat registreringsförfarande.

I övriga verksamheter varierar avvikelsemönstren, men regelbunden uppföljning och samverkan med sjuksköterska har stärkt riskbedömningar och dokumentation. Ökningen av avvikelser i vissa delar av äldreomsorgen bedöms delvis bero på att verksamheten vuxit, bland annat genom fler hemtjänststimmar. Enhetschefernas tydliga betoning på rapportering har också bidragit till högre registreringsgrad och därmed bättre underlag för kvalitetsarbete.

Samlat antyder utvecklingen en stärkt riskmedvetenhet och tydligare struktur, samtidigt som läkemedels- hantering, dokumentation och bemötande kvarstår som prioriterade områden. Inför 2026 ligger fokus på fortsatt förbättring av dokumentation, aktuella genomförandeplaner, stärkt teamarbete och kompetensutveckling, inklusive utbildning i händelseanalys via SIMBA.



Den fortsatta ökningen av hälso- och sjukvårdsåtgärder som utförs av omsorgspersonal genom delegering eller instruktion visar tydligt att vårdbehoven i befolkningen växer, och att ökningstakten dessutom stärktes markant mellan 2024 och 2025. Trots dessa stora volymökningar ligger andelen åtgärder som inte signerats i tid på en anmärkningsvärt stabil nivå över åren. Det innebär att omsorgspersonal förmår hålla en relativt jämn signeringsdisciplin även när uppdragsmängden ökar kraftigt.

Denna utveckling ställer krav på att vårdgivaren fortsatt prioriterar frågor om resursfördelning, kompetensförsörjning och utvecklade arbetsätt för att säkerställa en hållbar och patientsäker vård. Förvaltningen kommer därför att arbeta vidare med mer detaljerad statistik och analys för att ge vårdgivaren ett skarpare underlag för styrning och långsiktiga prioriteringar.

Kort strategisk framåtblick utifrån resultat av avvikelsestatistik

Förvaltningen kommer under 2026 att vidareutveckla det systematiska patientsäkerhetsarbetet, där avvikelser fortsatt utgör navet i förbättringsarbetet. Insatserna fokuserar på tre huvudområden: tydligare rutiner och metodstöd, förbättrad analys och lärande samt stärkt kompetens inom patientsäkerhet.

En central del i utvecklingsarbetet är att ta fram en sammanhållen process för hantering av avvikelser, inklusive tillhörande rutiner och vid behov metodstöd för både medarbetare och chefer. Analysen av 2025 års avvikelser visar att ett tydligare stöd för bedömning och kategorisering behövs för att bättre kunna identifiera vilka händelser som lett till vårdskador eller missförhållanden, respektive allvarliga vårdskador eller allvarliga missförhållanden.

Analysarbetet kommer att stärkas genom mer regelbundna och strukturerade uppföljningar av inkomna avvikelser. Här kommer verksamheterna få stöd i att följa trender och bakomliggande orsaker över tid, vilket skapar tidigare indikationer på risker och stödjer prioritering av förebyggande åtgärder på övergripande nivå.

Förvaltningen kommer även att minska den administrativa belastningen för enhetscheferna genom att erbjuda bättre direkt stöd i sammanställning och första analys av avvikelser, bland annat genom att ge utökad behörighet till fler yrkeskategorier i avvikelssystemet. Parallellt planeras kompetenshöjande insatser inom patientsäkerhet för både chefer och omsorgspersonal, med fokus på ökad riskmedvetenhet och fördjupad kunskap om skydd mot vårdskador.

4.4.2 Synpunkter och klagomål

En viktig del i förvaltningens systematiska kvalitetsarbete är att ta emot och utreda synpunkter och klagomål. Närmast ansvarig chef ansvarar för kvalitetsförbättring inom sitt ansvarsområde och är skyldig att löpande behandla inkomna synpunkter och klagomål. Inkomna synpunkter och klagomål som är kopplade till enskilda patienter och som avser uteblivna insatser eller som inte överensstämmer med en enskild individs vård- och omsorgsplanering, fastställda rutiner eller vad som är förenligt med lag och föreskrift rapporteras som en avvikelse. Kvalitetsbrister och andra synpunkter på vården hanteras enligt rutin för synpunkter och klagomål.

Synpunkter och klagomål kan lämnas via kommunens hemsida, på särskild blankett, brev, personligt besök eller via telefon. Synpunkter och klagomål kan även anmälas direkt till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, eller patientnämndens verksamhet. Mer information om hur man går tillväga finns på ale.se.

Avvikelser	Utfall (antal) 2024	Utfall (antal) 2025	Kommentar
Synpunkter och klagomål	200	84	Av de 84 synpunkterna är 25 st registrerade på förvaltningsövergripande nivå.

Antalet synpunkter avser de som finns registrerade i Treserva och Evolution. En del synpunkter är registrerade förvaltningsövergripande och inte på någon specifik enhet, därav är det totala antalet på övergripande nivå fler än den sammanlagda summan av underliggande enheters synpunkter.

Under året har synpunkter inom individ- och familjeomsorgen oftast avsett bemötande i kontakten med handläggare, men också tillgänglighet samt frågor om handläggningens korrekthet i förhållande till lagar

och förordningar. Verksamheten svarar på synpunkter, i de allra flesta fall, inom en rimlig tid och begärda handlingar lämnas ut efter sekretessprövning. Under året har flera begäran om byte av handläggare skett där enhetschefer tillsammans med handläggare mött klienterna för att därefter vidta åtgärder för att på bästa sätt bemöta begäran. Sammantaget bedöms att kontinuerlig fortbildning i bemötande behöver införas i syfte att trygga såväl klienter som personal.

Biståndsenhetens synpunkter och klagomål rör främst enhetens tillgänglighet, med kritik kring svårigheter att nå handläggare. Enheten har telefontid mellan 8.30-9.30. Det är en avvägning mellan att skapa förutsättningar för koncentrerat handlägningsarbete och att vara tillgänglig för medborgarna. Dock kontakter många kommunens kontaktcenter och vid brådskande eller akuta ärenden tar kontaktcenter kontakt via mejl eller Teams med förste socialsekreterare eller enhetschef, som då säkerställer att återkoppling når den enskilde.

Inom äldreomsorgen är inkomna synpunkter av mer blandad karaktär. Av den analys som enhetscheferna har gjort på sina enheter kan inga tydliga mönster upptäckas. Det finns inte heller någon enhet som sticker ut i antal, utan synpunkterna är jämnt fördelade över enheterna. Någon enhet har inga registrerade synpunkter eller klagomål alls. Dock kan ibland en synpunkt eller klagomål tas emot av personal eller chef muntligen och besvaras direkt utan att den leder till en registrering i systemet.

Inom funktionsstöd har synpunkter och klagomål från brukare och anhöriga varit få inom samtliga enheter. Analysen visar att orsaken till den låga förekomsten av formella klagomål är ett medvetet och nära arbete med brukare och anhöriga, där frågor och eventuellt missnöje hanteras tidigt. Genom samtal med enhetschef, arbetsledare och stödpedagog kan problem identifieras och lösas innan de eskalerar. Effekterna är flera: ökad trygghet och tillit bland brukare och anhöriga, färre formella klagomål, förbättrad arbetsmiljö och ett öppet, förebyggande och lärande arbetsklimat. Samtidigt finns en risk för mörkertal, vilket gör det viktigt att tydliggöra rutiner för hur synpunkter och klagomål kan lämnas och vikten av formell återkoppling. Som beskrivits i avsnitt 3.1.1.2 pågår ett arbete på kommunövergripande nivå kring synpunktshantering och ett arbete på förvaltningen med en tillfällig rutin tills dess att det centrala projektet är färdigt.

4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap



Fokusområdet handlar om att alla delar av organisationen behöver planera för och bedriva en verksamhet som är redo att anpassa arbetssätt och resursfördelning vid strukturella förändringar och oväntade situationer i syfte att upprätthålla god och säker vård och omsorg. Till skillnad från fokusområde 3 (Säker vård och omsorg här och nu), som fokuserar på anpassningar här och nu, handlar fokusområde 5 om planering och förberedelser för att vara redo när något inträffar eller förändringar ska genomföras.

Förändringar kan vara övergripande strategiska och långsiktiga som vid omställningen nära vård och omställning till ny socialtjänstlag. Det kan handla om förändrad resursfördelning som kräver omprioriteringar i verksamheten eller om allvarliga händelser, kriser, katastrofer och ytterst krig.

Den kommunala primärvården arbetar aktivt med säkerhetskultur och beredskap. Under året har verksamheten varit representerad i Länsstyrelsens arbete med "KHOSS" (beredskap i kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst) där kommuner dragit lärdom av varandras arbete avseende kontinuitetsplaner, driftstoppsrutiner, krigsplacering och annat beredskapsarbete. Socialförvaltningen har under året erbjudit möjlighet för brukarnära och samhällsviktiga verksamheter att köpa in beredskapsmaterial som t.ex. mat, ficklampor, värmefiltar etc. i enlighet med MSB:s rekommendationer. Enheterna själva har även under året sett över sina behov av basalt matförråd. Vissa inköp planeras dessutom i syfte att kunna stötta försörjningsstödstagare i en krissituation.

Den kommunala primärvården och äldreomsorgen har under året deltagit i en länsgemensam övning i vilken verksamheternas kapacitet och motståndskraft för yttre störningar testats, förvaltningens pandemiplan har reviderats och arbetet med cybersäkerhet har intensifierats; samtliga enheter ska nu ha utsedda informationssäkerhetsombud som genomgått en första utbildning. Arbetet med driftstoppsrutiner för

förvaltningens primära verksamhetssystem har också varit i fokus under året. Att, på arbetsplatsträffar, regelbundet prata om vad som gäller vid extraordinära händelser såsom krig och den allmänna tjänsteplikten har lyfts som ett behov då nya medarbetare tillkommer i grupperna.

Genom att etablera kontaktpersoner för brukare, krisförråd och strukturerad samverkan mellan personal och professioner har enheterna inom funktionsstöd ökat sin flexibilitet och förmåga att hantera förändrade behov, personalfrånvaro och störningar utan att kvalitet eller säkerhet äventyras. Samtidigt finns utmaningar kvar, exempelvis informationsöverföring vid vikarier, delegeringsfrågor och behov av förbättrad dokumentation, vilket tydliggör vikten av fortsatt uppföljning, kompetensutveckling och förbättrad samverkan mellan enheter och med regionen.

Inom individ- och familjeomsorgen har man sett över bemanningsplaneringen och konstaterar att en fortsatt revidering av den behövs för att säkerställa rätt bemanning vid eventuell kris. Verksamheten har tidigare gjort en bedömning av vilka arbetsuppgifter som ska prioriteras, skjutas upp eller tas bort vid krissituationer. Den planeringen används även vid hög arbetsbelastning och/eller då enheter har ett större antal vakanser som även det är en form av kris då viktiga värden riskeras. Genom att kontinuerligt se över pandemiplan och prioriteringslistor ökar riskmedvetenheten och värdet av att ha sådan planering aktuell.

5 Resultat av genomförda egenkontroller




5.1 Egenkontroll

Den som bedriver vård eller omsorg ska regelbundet kontrollera sin egen verksamhet för att säkerställa kvaliteten. Detta kallas egenkontroll och innebär att man följer upp, utvärderar och jämför resultat – både med tidigare resultat och med andra verksamheter. Syftet är att upptäcka förbättringsområden och utveckla verksamheten, särskilt när det gäller säkerhet och kvalitet.

Egenkontroll	Kommentar
<p>Vårdhygienisk checklista</p> <p>Syftet är att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Checklistan för vårdhygienisk egenkontroll är ett hjälpmedel för strukturerad genomgång av verksamheten och stöd till systematiskt förbättringsarbete för att förebygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner.</p>	<p>Årets vårdhygieniska checklista visar goda resultat för enheter med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Rutiner är välkända och metodutvecklare ansvarar för introduktion av nya medarbetare. En extra satsning under hösten har säkerställt att alla genomgått Sahlgrenska Universitetssjukhusets Hygienkörtkort.</p> <p>För äldreomsorgens båda verksamhetsområden är resultaten generellt mycket goda, med över 90 % gröna svar på de flesta enheter. Förbättringsområden gäller främst handdesinfektion före och efter omvårdningsarbete, användning av förkläden samt att göra rutiner mer kända. Några enheter behöver även säkerställa arbetskläder och stärka kunskapen kring rengöring av hjälpmedel.</p> <p>Inom funktionsstöd fungerar rutinerna väl på många håll, men nya hygienombud behöver tillsättas. Skepplandaklustret har haft svårigheter att svara på grund av ledarskiftet, och daglig verksamhet har betydligt sämre resultat än föregående år, vilket delvis förklaras av chefombyten. En enhet hann inte besvara checklistan men kommer att gå igenom frågorna senare.</p> <p>Personlig assistans saknar hygienombud och ensamarbete gör mätning av följsamhet svår. Istället sker dialog och påminnelser via APT samt bildstöd för rutiner. Trots detta är resultaten i övrigt goda.</p> <p>Alla verksamheter har tillgång till utbildning via intranätet och Visible Care, vilket ska lyftas årligen på APT/verksamhetsmöten.</p>
<p>Granskning av dokumentation SoL/LSS - checklista</p> <p>Syftet är att undersöka hur dokumentationen svarar upp mot krav om rättssäkerhet, kvalitet, barnperspektiv och samverkan samt utgöra grund för lärande.</p>	<p>Samtycke saknas till viss del vilket behöver förbättras för att säkerställa rättssäkerheten. Granskningen visar också på ett behov av att utveckla dokumentation så att det går att följa en röd tråd genom hela dokumentationen, vilket innebär att anteckningarna ska vara sammanhängande och spegla ärendets utveckling. Dokumentationen behöver även vara skriven på sådant sätt att den går att förstås av gemene man. Barnperspektivet är, liksom föregående granskning fortsatt ett utvecklingsområde liksom att ställa och dokumentera om frågor om våld i nära relationer. En planerad åtgärd är att under nästa år implementera arbetssätt för att säkerställa att "FREDA-frågor ställs under utredningsprocessen.</p> <p>Biståndsenheten har under 2025 arbetat med att tydliggöra rutiner för dokumentation i journal. Alla kontakter med den enskilde, såsom telefonsamtal, hembesök och liknande, ska alltid dokumenteras i journalen, även om informationen redan har använts i utredningen. Arbetet har lett till förbättringar, men vid granskning har vissa brister fortfarande identifierats. Planerade åtgärder under nästa år är därför införande av regelbundna kollegiala granskningar av journalanteckningar.</p> <p>Angående SIP behöver ett omtag göras på enheten. Planerad åtgärd är att förste socialsekreterare ska genomföra en översikt av användningen av SIP för att undersöka om SIP används i den omfattning som sig bör.</p>
<p>Granskning av dokumentation HSL</p> <p>Syftet är att höja kvaliteten i dokumentationen av hälso- och sjukvården genom att:</p> <ul style="list-style-type: none">• identifiera förbättringsområden och genomföra åtgärder i verksamheten.• identifiera goda exempel och sprida dem i verksamheten.	<p>Granskningen visar på behov av att förbättra dokumentationen av personfaktorer (dvs patientens sociala situation) och att följa vårdprocessernas samtliga steg, även om tydliga förbättringar ses sedan den förra journalgranskningen. Att stärka patientens delaktighet i målformulering och dokumentation är också ett förbättringsområde. Genom att sjuksköterskorna nu kan dokumentera mobilt ute hos patienten möjliggör detta mer dialog och medskapande.</p>

Egenkontroll	Kommentar
<p> Granskning av genomförandeplaner Att undersöka hur dokumentationen svarar upp mot krav i lagstiftning och interna styrdokument samt utgöra grund för lärande och utvecklingsarbete.</p>	<p>I äldreomsorgen har 60 stickprov utförts inom särskilt boende och hemtjänsten. Av de 60 har 57 en genomförandeplan, de tre som saknas har en plan, men den har inte uppdaterats inom 6 månader. 7 av 12 mätpunkter i egenkontrollen visar på full följsamhet vilket tyder på god effekt av det arbete som omsorgshandledarna lägger på att arbeta med personalen kring genomförandeplanerna. Målet framåt blir att bibehålla det goda resultatet.</p> <p>Inom funktionsstöd är 56 av de 72 granskade genomförandeplanerna aktuella (giltiga), vilket är en ökning jämfört med tidigare granskningar. Genomförandeplanernas innehåll följer i större utsträckning Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt funktionsstöds vägledande dokument för social dokumentation.</p> <p>Fler genomförandeplaner än tidigare har en tydlig koppling mellan planerade insatser och den enskildes resurser, även om beskrivningar av den enskildes behov av AKK, (alternativ kompletterande kommunikation) och hur den enskilde ska mötas i sin kommunikation, fortsatt saknas i många genomförandeplaner.</p> <p>Fler än tidigare hade påbörjat arbete med att följa upp genomförandeplanerna i tid även om de inte var upprättade och därmed aktuella. För att stärka kompetensen kring upprättande av genomförandeplaner har kvalitet- och utvecklingsenheten inom funktionsstöd tagit fram en digital grundutbildning i social dokumentation och erbjuder även workshop i social dokumentation liksom ombudsträffar.</p>
<p> Granskning av dokumentation (utförare) Syftet är att undersöka hur dokumentationen svarar upp mot krav om rättssäkerhet, kvalitet och barnperspektiv samt utföra grund för lärande och utvecklingsarbete.</p>	<p>Dokumentationen är redan vid årets första granskning markant förbättrad sedan föregående år och är fortsatt bra. Utvecklingsbehov är att fortsatt att dokumentera samtycke och frågor om våld i nära relation samt att genomförandeplaner upprättas vid pågående insats. Vidare syns vid granskningen att uppstart av insats är sen i viss omfattning samt att det inte framgår tydligt om den enskilde är delaktig i planeringen.</p>
<p> Granskning av följsamhet till rutin avseende skyddsåtgärder Syftet är att undersöka följsamhet till och tillämpning av "Förvaltningsövergripande rutin för användning av skyddsåtgärder".</p>	<p>Checklistan för begränsningsåtgärder är kopplad till den nya rutinen för skyddsåtgärder som under året har implementerats i verksamheten. Vid uppföljning av rutinen har verksamheterna efterfrågat förtydligande kopplat till olika rollers uppdrag vid utredning om eventuella skyddsåtgärder. Som en åtgärd har rutinen reviderats med förtydligande text och mindre textmassa, samt tydligare rubriker om vem som har huvudansvar för vilken skyddsåtgärd till exempel SoL, LSS och HSL.</p> <p>Granskningen inom äldreomsorgen visar att det i 26 av 29 stickprov finns skriftligt beslut om skyddsåtgärder. Även samtycke finns i 27 av 29 fall. De kompletterande checklistorna som hör till rutinen är ännu inte helt implementerade och finns endast i hälften av fallen. Samma sak gäller med den bifogade riskanalysen. Förhoppningen är att den reviderade rutinen ska underlätta arbetet med implementeringen av dessa.</p> <p>Även uppföljningsarbetet av skyddsåtgärderna behöver förbättras, då 10 av de 29 inte var uppföljda.</p>
<p> Granskning av följsamhet till rutiner och arbetssätt Förvaltningens syfte med checklistan är att undersöka följsamhet till och tillämpning av de förvaltningsövergripande rutiner som utgör indikatorer för patientsäkerhetsarbetet. Indikatorerna följs på uppmaning av Socialstyrelsen och utgör endast en del av de förvaltningsövergripande rutiner som styr kommunal hälso- och sjukvård och betonar vikten av samverkan mellan SoL och HSL.</p>	<p>Resultaten är överlag mycket goda, med många frågor som fått helt gröna svar. Det som sticker ut med några gula resultat rör efterlevnaden av rutinerna kring kontakter med hälso- och sjukvården, både den kommunala och vårdcentralerna. Här har två enheter inte nått hela vägen fram.</p> <p>Samtidigt fungerar de schemalagda mötena med hälso- och sjukvårdspersonal väl i samtliga enheter, vilket skapar goda förutsättningar för samverkan. En av enheterna har dessutom ett pågående projekt där man provar att ha regelbundna avstämningar med en närliggande vårdcentral via äldreomsorgsköterskan. Syftet är att fånga upp omsorgstagare som inte är inskrivna i den kommunala primärvården. Denna modell är dock inte möjlig att införa överallt inom ordinärt boende, eftersom omsorgstagare kan tillhöra olika vårdcentraler.</p> <p>Att alla enheter vet hur de ska agera vid försämrat hälsotillstånd hos en omsorgstagare är en viktig del av patientsäkerheten. Även frågor som rör det nya hälsoörendet har fått gröna resultat, vilket tyder på att det har implementerats väl i verkställigheten.</p>

Egenkontroll	Kommentar
<p> Begränsningsåtgärder LSS-verksamhet</p> <p>Syftet är att öka medvetenheten och kunskapen om förekomsten av ev begränsningsåtgärder i LSS-verksamheten. Grunden till egenkontrollen är IVO:s rapport "Att inte få rätten att leva som andra".</p>	<p>Checklistan har besvarats av verksamhetspedagogerna via intervjuer med enhetschef och pedagoger på boendena. Resultaten visar på att;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flera enheter använder begränsningsåtgärder (låsta skåp/dörrar, regler kring mat, begränsningar kring ekonomi och fritidsaktiviteter etc) utan brukarinflytande. • Alternativa lösningar har sällan övervägts. • Brister finns bland medarbetare avseende kunskap om tvångs- och begränsningsåtgärder. <p>Åtgärder som vidtagits är stöd i följsamhet till den förvaltningsövergripande rutinen avseende skyddsåtgärder samt ett metodmaterial som håller på att arbetas fram.</p>

Årets vårdhygieniska checklista visar generellt god följsamhet i samtliga verksamhetsområden. Inom sjuksköterskeenheten är resultaten särskilt starka, med välkända rutiner och en hög kompetensnivå som förstärkts genom att samtliga medarbetare under hösten genomgått Sahlgrenska Universitetssjukhusets Hygienkörtkort. Äldreomsorgen uppvisar också mycket goda resultat, där majoriteten av enheterna når över 90 procent fullgoda resultat. De huvudsakliga förbättringsområdena rör handdesinfektion före och efter omvårdnadsarbete, användning av förkläden samt behovet av att ytterligare förankra rutinerna, särskilt vad gäller arbetskläder och rengöring av hjälpmedel.

Inom funktionsstöd fungerar rutinerna väl på flera enheter, men resultaten varierar. Behov av nya hygienombud och effekter av chefsbyten märks tydligt, särskilt i Skepplandaklustret och daglig verksamhet där resultaten sjunkit jämfört med föregående år. En enhet hann inte genomföra checklistan men kommer att följa upp detta senare.

För personlig assistans försvårar ensamarbete möjligheten att genomföra direkta mätningar, men dialog, återkommande påminnelser och bildstöd används för att säkerställa följsamheten. Trots dessa förutsättningar bedöms resultaten som goda. Samtliga verksamheter har tillgång till utbildningsmaterial via intranätet och digitala utbildningsfilmer om hygienrutiner, vilket lyfts årligen på APT och verksamhetsmöten för att tillgodose behovet av utbildning och fortbildning inom vårdhygienområdet.

Granskningen av patientjournalen visar att dokumentationen av personfaktorer, liksom följsamheten till alla steg i vårdprocessen behöver stärkas, även om tydliga förbättringar skett sedan föregående granskning. Även patientens delaktighet i målformulering och dokumentation behöver utvecklas. Den mobila dokumentationen ute hos patienten skapar förutsättningar för dialog och medskapande.

Behovet av effektiv informationsöverföring mellan SoL och HSL är fortsatt stort och har tydligt framkommit även vid tidigare års granskningar. Både HSL-personal och SoL-personal efterfrågar insyn i vad som dokumenterats och vilka åtgärder som vidtagits inom respektive lagstiftning. Behovet är särskilt uttalat inom palliativ vård, där tillgång till gemensam information är avgörande för att kunna följa upp patientens vård och säkerställa kontinuitet. Med införandet av SVAS (samtal vid allvarlig sjukdom) ökar behovet ytterligare av att kunna se varandras anteckningar. Detta möjliggör en gemensam förståelse för vad som tidigare sagts till patient och anhöriga, vilket är avgörande för en sammanhållen och personcentrerad vård.

Även rehabenheten granskar journaler och egenkontrollen visar där att det skett en förbättring avseende inhämtning och registrering av samtycke, medicinsk diagnos, avslut av inaktuella vårdprocesser, språk i journalen samt att patienterna är delaktiga i målformulering. Fortsatt utveckling behövs avseende kvaliteten på dokumentation av riskbedömning. Likt sjuksköterskeenheten finns också ett förbättringsområde avseende dokumentation av genomförd uppföljning. Detta har enheterna tagit med i det fortsatta utvecklingsarbetet av journalsystemet.

Avseende granskning av följsamhet till rutin för skyddsåtgärder har rutinen funnits sedan våren 2025. Till rutinen finns checklista och riskanalys som har varit svår att helt applicera på ett bra sätt i verksamheterna. Som en åtgärd har rutinen reviderats med förtydligande text och mindre textmassa, samt tydligare rubriker om vem som har huvudansvar för vilken skyddsåtgärd till exempel SoL, LSS och HSL. Arbetet med rutinen behöver fortsätta under 2026.

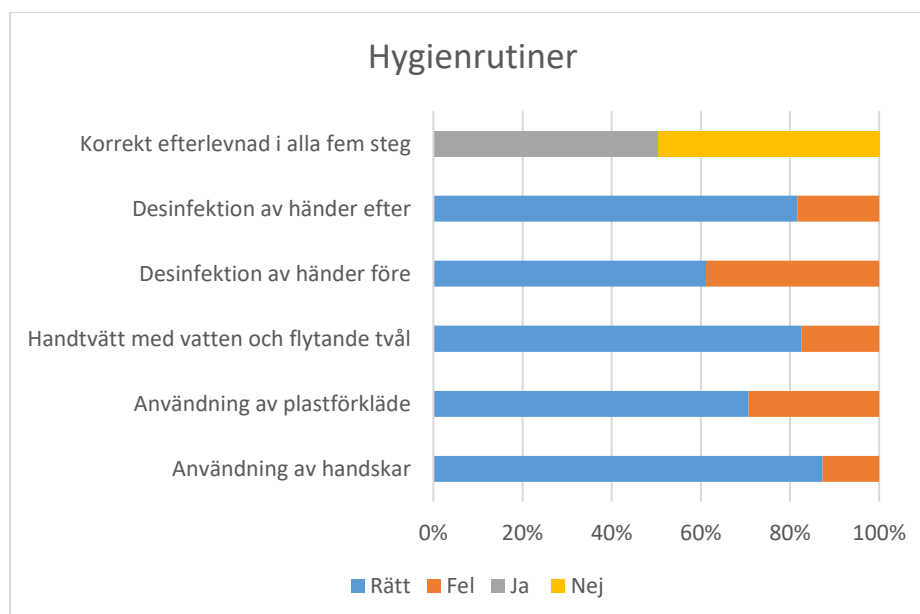
I syfte att undersöka hur dokumentationen svarar upp mot krav i lagstiftning och interna styrdokument samt utgöra grund för lärande och utvecklingsarbete genomförs stickprov på ett antal genomförandeplaner två gånger per år. Tidigare har en kompletterande indikator redovisats avseende andel aktuella genomförandeplaner i relation till antalet brukare. Detta statistikuttag har gjorts med mycket handpåläggning av systemförvaltare, men som inte längre har det utrymmet. Det går därmed inte att få ut jämförbara siffror avseende detta. Förvaltningen avser att istället öka antalet stickprov framgent då dessa bättre fångar själva innehållet i genomförandeplanerna och utgör ett bättre underlag för systematiskt förbättringsarbete.

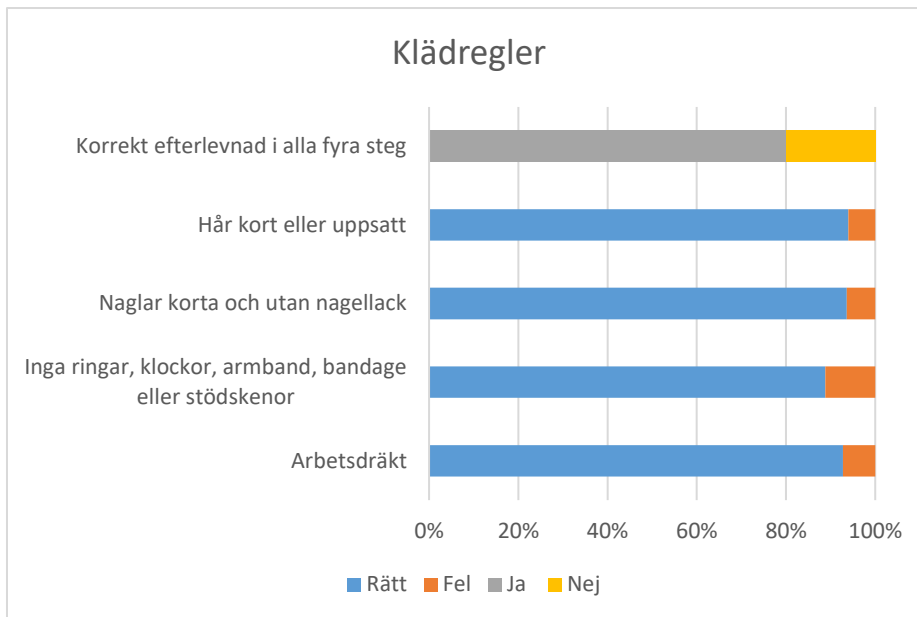
Under året har en ny egenkontroll tillkommit i syfte att öka medvetenheten och kunskapen om förekomsten av eventuella begränsningsåtgärder i LSS-verksamheten; *Begränsningsåtgärder LSS verksamhet*. Grunden till egenkontrollen är IVO:s rapport "Att inte få rätten att leva som andra". Utifrån rapporten har ett antal frågor formulerats i en checklista som sedan har besvarats via intervjuer med enhetschef och pedagoger på boendena (se kommentar avseende resultat och åtgärder i tabellen ovan).

5.1.1 Punktprevalensmätning basala hygienrutiner och klädregler

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg har kommit till i syfte att förebygga vårdrelaterade infektioner och hindra smittspridning i hälso- och sjukvården och omsorgen. Föreskrifterna omfattar grundläggande hygienkrav avseende exempelvis handhygien, arbetskläder och skyddskläder. För att kontrollera följsamheten till basala hygienkrav och rutiner hos personal inom hälso- och sjukvård och omsorg genomförs årligen dels den vårdhygieniska checklistan (se avsnitt ovan), dels så kallade punktprevalensmätningar, där personal (hygienombud) observerar och noterar följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler hos sina kollegor.

Resultat för förvaltningen i stort





Resultaten på övergripande nivå visar att efterlevnaden av hygienrutiner varierar mellan momenten. Framför allt framgår att desinfektion av händer efter omvårdningsmoment följs bättre än desinfektion före, där efterlevnaden är lägre och ett fortsatt viktigt förbättringsområde eftersom rutinen är central för smittförebyggande arbete. Den samlade indikatorn för korrekt efterlevnad i alla fem steg ligger även den lägre än de enskilda momenten, vilket tyder på att helhetsrutinen inte alltid följs fullt ut.

Vid tolkningen av resultaten är det viktigt att beakta att flera moment – såsom handtvätt, användning av plastförkläde och användning av handskar – endast är relevanta när observationen omfattar arbetsuppgifter där dessa ska användas. Variationerna speglar därför delvis att vissa observationstillfällen inte innehöll sådana moment, vilket måste beaktas för att undvika en missvisande bild av efterlevnaden.

Årets uppföljning visar överlag god följsamhet bland legitimerad personal, samtidigt som bristerna i handdesinfektion före vårdmoment är tydliga i flera verksamheter. Resultaten kommer därför att tas vidare i verksamheterna för att säkerställa gemensam förståelse och korrekt tillämpning.

Inom äldreomsorgen saknas resultat från fem enheter, vilket påverkar helhetsbilden. Bland de enheter som rapporterat visar ungefär hälften full följsamhet i hygienrutinerna, med störst brister i handhygien före vårdkontakt. Klädregler följs väl på särskilt boende, medan hemtjänsten fortfarande behöver stärka efterlevnaden av arbetskläder, händer fria från smycken och att långa eller konstgjorda naglar inte är tillåtet.

Inom funktionsstöd är rutinerna kända, men efterlevnaden är inte helt konsekvent. Brister förekommer främst avseende hår, smycken och naglar, och variationer mellan enheterna kopplas delvis till chefsomsättning och avsaknad av hygienombud. Behovet av mer systematisk uppföljning och reflektion kvarstår.