

Redovisning av systematiskt kvalitetsarbete januari – juni 2025

Typ av styrdokument: Rapport
Beslutande instans: Vård- och omsorgsnämnden
Datum för beslut: ÅÅÅÅ-MM-DD
Diarienummer: 2025.026 VON

Gäller för: Vård- och omsorgsnämndens
verksamheter
Dokumentansvarig: Socialt ansvarig
samordnare (SAS), Medicinskt ansvarig
sjuksköterska (MAS)

Innehåll

Inledning	4
Systematiskt kvalitetsarbete första halvåret 2025	4
Avvikelser	6
Totalt antal avvikelser, januari-juni 2025	6
Redovisning utifrån avvikelsestyp	7
Avvikelser i samverkan (MedControl PRO)	18
Allvarliga händelser (klassificering 3 eller 4)	18
Avslutade utredningar	19
Utredningstid	19
Missförhållanden (Lex Sarah)	20
Anmälan om allvarligt missförhållande/påtaglig risk för allvarligt missförhållande	21
Vårdskada (Lex Maria)	22
Anmälan om allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada	22
Synpunkter och klagomål	23
Vem lämnar synpunkter och klagomål?	23
Vad handlar inkomna synpunkter och klagomål om?	24
Egenkontroll	25
Förvaltningens övergripande plan för egenkontroll	25
Rutin och anvisningar för egenkontroll	26
Egenkontroll av social dokumentation	26
Journalgranskning – kommunal primärvård	28
Nationella kvalitetsregister	29
Risikanalys	30
Barnkonsekvensanalys	30

Inledning

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) utgör tillsammans med Alingsås kommuns styrmodell grund för nämndens kvalitetsarbete.

Av Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2011:9) framgår att nämnden systematiskt och fortlöpande ska utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten, i syfte att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter.

Redovisning av systematiskt kvalitetsarbete, januari-juni 2025 syftar till att beskriva hur nämndens arbete med systematiskt kvalitetsarbete har bedrivits under perioden januari-juni, vilka åtgärder som vidtagits samt vilka resultat som uppnåtts.

Rapporten omfattar redovisning och analys av inkomna avvikelserapporter, inklusive rapporter om missförhållanden (Lex Sarah) och vårdskador (Lex Maria), samt inkomna synpunkter och klagomål. Vidare redovisas förvaltningens arbete med egenkontroll under första halvåret; en redogörelse för resultatet av genomförd dokumentations- och ärendegranskning, samt resultatet från nationella kvalitetsregister. Slutligen görs en beskrivning av förvaltningens nuvarande och kommande arbete kring riskanalyser.

En fördjupad utvärdering och analys av nämndens systematiska kvalitetsarbete under året redovisas i samband med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen 2025.

Systematiskt kvalitetsarbete första halvåret 2025

Under perioden 1 januari – 30 juni 2025 har det skett ett aktivt arbete för att förbättra och utveckla förvaltningens systematiska kvalitetsarbete.

För att säkerställa ett effektivt och fungerande systematiskt kvalitetsarbete har en handlingsplan tagits fram. Handlingsplanen omfattar totalt elva åtgärder och målsättningen är att dessa ska genomföras och implementeras under perioden 2025–2027.

Under våren har en förvaltningsövergripande plan för egenkontroll utarbetats. Inom ramen för detta arbete har samtliga avdelningar och enheter fått möjlighet att själva identifiera risker i sina respektive verksamheter, vilka kan påverka verksamhetens kvalitet. Baserat på dessa riskbedömningar har avdelningarna utformat egna egenkontrollpunkter, anpassade till den specifika verksamhetens förutsättningar och behov.

Antalet avvikelser ligger på en jämförbar nivå med samma period föregående år. Samtliga avdelningar minskat sin genomsnittliga utredningstid, i jämförelse med föregående år, vilket tyder på att det pågår ett systematiskt och målmedvetet arbete med att hantera och utreda verksamhetens avvikelser.

I juni genomförde SAS (socialt ansvarig samordnare) och MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) två drop in-tillfällen med avvikelsestöd för enhetschefer. Syftet var att ge individuell stöttning med hantering och utredning. Insatsen togs emot positivt och planeras

fortsätta regelbundet under hösten 2025 för att stärka enhetschefernas kompetens kring avvikelshantering.

Som ett led i vårt arbete för att höja kvaliteten och säkerheten inom verksamheten publicerar vi nu lex Sarah- och lex Maria-anmälningar som har gjorts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) på vårt intranät. Syftet med detta är att bidra till transparens i organisationen, samt skapa möjlighet till lärande genom verkliga exempel.

I början av juni höll SAS och MAS en sommarintroduktion för förvaltningens vikarier. Fokus låg framför allt på hantering av avvikelser, inklusive rapporteringsskyldigheten. Målet var att ge grundläggande kunskap för att säkerställa en trygg och säker verksamhet.

Vårens dokumentations- och ärendegranskning genomfördes under april och maj 2025. Resultatet visar på tydliga styrkor inom dokumentationsarbetet, men också ett stort antal utvecklingsområden som behöver prioriteras och fokuseras på framöver.

Systematiskt förbättringsarbete

Det systematiska förbättringsarbetet inom förvaltningen utgör en central del i arbetet med att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet. Det syftar till att identifiera, analysera och åtgärda brister i verksamheten, samt att förebygga att liknande händelser inträffar i framtiden.

Arbetet sker utifrån flera delar, framför allt:

- *Utredning av avvikelser*
- *Synpunkter och klagomål*
- *Resultat från egenkontroll*
- *Genomförda riskanalyser*

I de följande avsnitten redovisas hur förvaltningen under året har arbetat inom respektive område för att stödja och utveckla kvaliteten i verksamheten.

Avvikelser

Totalt antal avvikelser, januari-juni 2025

Under perioden 1 januari till 30 juni 2025 registrerades totalt 2 934 avvikelser i avvikelshanteringssystemet DF Respons inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter. Motsvarande period föregående år (2024) rapporterades 3 028 avvikelser, vilket innebär en minskning med cirka 1 %. Avvikelser kring fall och läkemedel är fortsatt den vanligaste typen av avvikelser som rapporteras in, följt av utförande av insats/åtgärd.

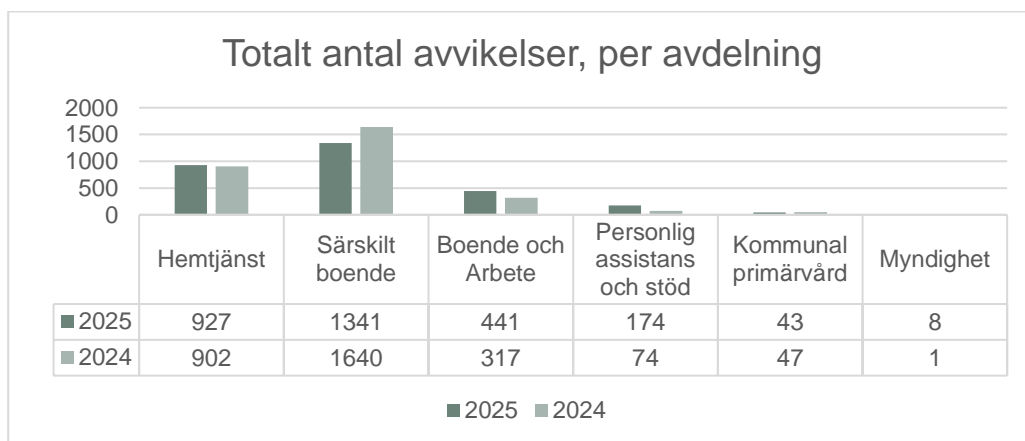


Diagram 1: Totalt antal avvikelser, fördelat på avdelning, under januari-juni, de senaste två åren

Redovisning av avvikelser – statistik för 2024 och 2025

Denna rapport redovisar enbart statistik för de två senaste åren, 2024 och 2025. Tidigare års statistik är baserad på avvikelser som *inträffade* under perioden (inträffandedatum). Eftersom det inte är obligatoriskt att ange inträffandedatum vid registrering av avvikelser kan det finnas en viss felmarginal i tidigare data. Detta gör jämförelser med tidigare år osäkra och potentiellt missvisande.

Sedan införandet av ett nytt rapporteringssystem 2024 baseras all statistik nu på *registreringsdatum*, det vill säga det datum då avvikelserna dokumenterades i systemet. Detta för att säkerställa en mer konsekvent och tillförlitlig statistik.

Det är också viktigt att notera att det ibland förekommer att man som rapportör kryssar i flera avvikelse typer vid upprättandet av avvikelser. Detta innebär att det totala antalet avvikelser kan skilja sig en aning jämfört med antal avvikelser per avvikelsekategori.

Avgränsningar i datan

Följande typer av avvikelser har exkluderats från redovisningen:

- Avvikelser registrerade i utbildningssyfte och som enbart berör fiktiva personer.
- Avvikelser registrerade på avdelningsnivå snarare än på en specifik enhet.
- Avvikelser från privata utförare.

Vad gäller privata utförare används inte förvaltningens avvikelserapporteringssystem av samtliga utförare. Privata utförare redovisar istället sina avvikelser i samband med inlämningen av sina kvalitets- och patientsäkerhetsberättelser till nämnden.

Åtgärder

Avvikelsestöd – ”drop in”: Under juni 2025 har SAS och MAS genomfört två tillfällen av ”Avvikelsestöd”, riktade till enhetschefer. Syftet med insatsen var att erbjuda stöd och vägledning i hantering och utredning av avvikelser. Aktiviteten genomfördes som öppna drop in-tillfällen, där enhetschefer hade möjlighet att få individuell rådgivning och stöd utifrån sina behov. Deltagarna uttryckte positiv respons, och satsningen planeras att fortsätta under hösten 2025 som återkommande tillfällen, i syfte att ytterligare stärka enhetschefernas kompetens inom området.

Sommarintroduktion för vikarier: I början av juni höll SAS och MAS en sommarintroduktion för förvaltningens vikarier. Huvudfokus låg på hantering av avvikelser – vad en avvikelse är, hur man upprättar dem samt vad rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah innebär. Deltagarna fick kunskap om vikten av att rapportera avvikelser för att säkerställa en trygg och säker verksamhet för de individer som förvaltningen ansvarar för.

Revidering av riktlinje: Under hösten planeras en revidering av riktlinjen för avvikelshantering. Utöver detta kommer en manual med tillhörande utredningsstöd för chefer att tas fram, vilket förväntas utgöra ett värdefullt stöd för chefer i deras arbete med att utreda avvikelser.

Rutin för sjuksköterskor: En rutin för omhändertagande av avvikelser, inklusive tidsramar för hur lång tid en utredning får ta, har upprättats för sjuksköterskor. Under året har utvecklingsledare för kommunal primärvård varit ett stöd i detta arbete genom att kontakta personer där avvikelser legat orimligt länge, för att undersöka orsaker och erbjuda stöd i hanteringen.

Redovisning utifrån avvikelsestyp

Läkemedelsavvikelser

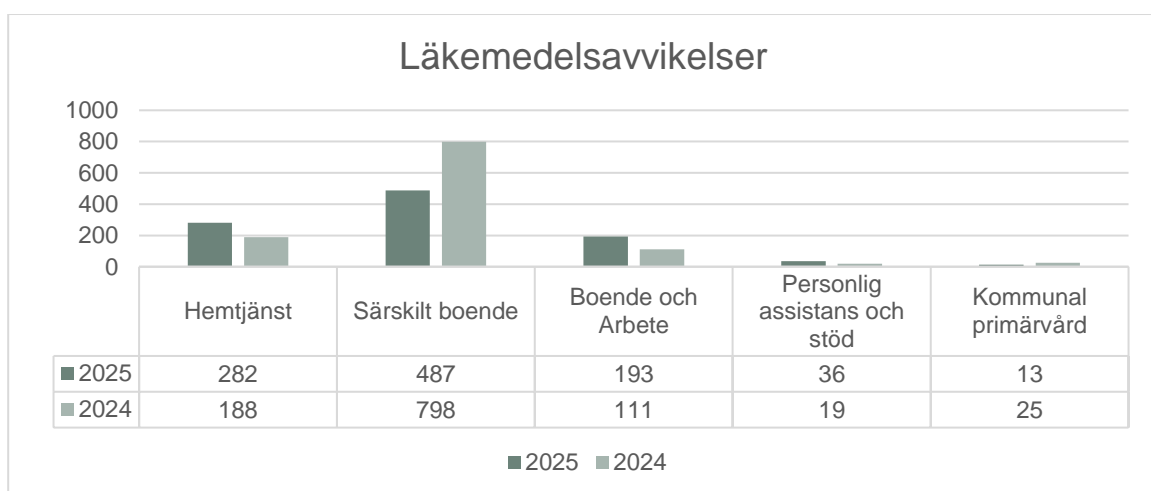


Diagram 2: Antal läkemedelsavvikelser under januari-juni, de senaste två åren

Under perioden januari till juni 2025 rapporterades totalt 1 011 läkemedelsavvikelser inom kommunal vård och omsorg. Det är en minskning med 130 avvikelser jämfört med samma period 2024, då det totala antalet var 1 141. Minskningen motsvarar cirka 11 % och kan ses

som ett tecken på att insatser för att stärka läkemedelssäkerheten haft viss effekt, även om variationer mellan verksamhetsområden finns.

Exempelvis ses en tydlig minskning inom särskilt boende, medan avvikelserna ökat inom hemtjänst och boende och arbete. Detta kan indikera behov av riktade åtgärder inom vissa verksamheter för att säkerställa en fortsatt positiv utveckling.

Ohanterade poster

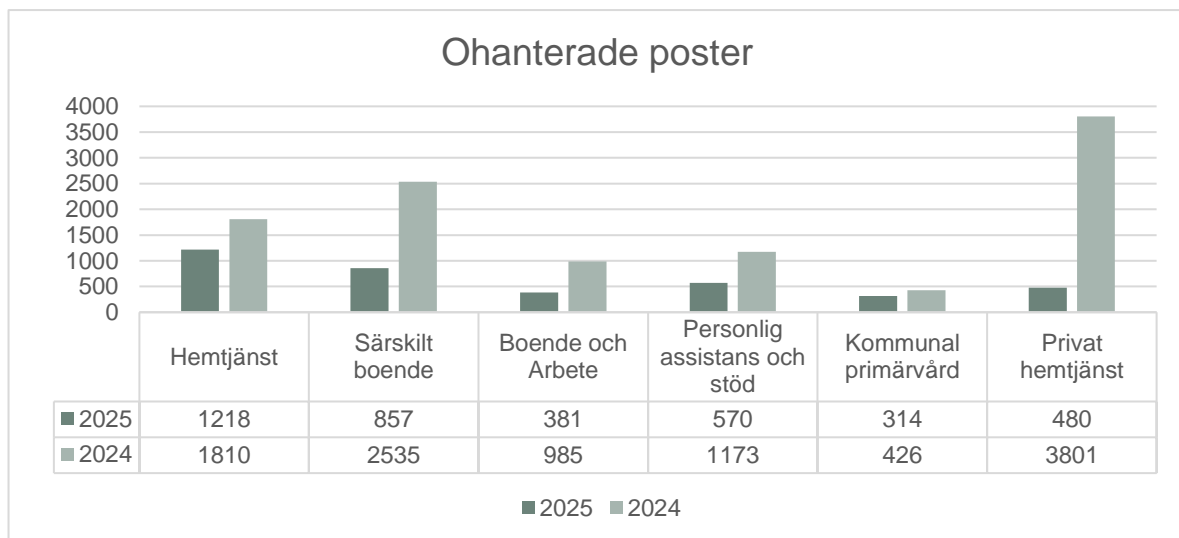


Diagram 3: Antal ohanterade poster under januari-juni, de senaste två åren

Under aktuell period har totalt 6 558 ohanterade poster registrerats i verksamhetssystemet. Detta innebär en markant minskning jämfört med samma period föregående år, då antalet uppgick till 10 730 poster. Samtliga verksamheter har bidragit till denna positiva utveckling genom att avsevärt minska sina respektive antal ohanterade poster.

Trots denna förbättring kvarstår behovet av ett fortsatt aktivt arbete med att minska antalet ohanterade poster ytterligare inom samtliga verksamheter.

Ohanterade poster avser insatser som exempelvis läkemedelsöverlämnande, behandlingar, administrering av näringsdrycker samt andra hälso- och sjukvårdsinsatser.

Att en post är ohanterad innebär att insatsen inte signerats eller registrerats som utförd i systemet. Eftersom dokumentationen ofta sker i efterhand, medför detta en osäkerhet kring huruvida insatsen faktiskt har genomförts, samt när den i så fall ägde rum. Detta påverkar möjligheten till uppföljning, kvalitetssäkring av vården samt patientsäkerheten. Det är därför av stor vikt att fortsatt prioritera och utveckla arbetet med att säkerställa att alla insatser hanteras korrekt och dokumenteras i rätt tid.

Fallavvikelser

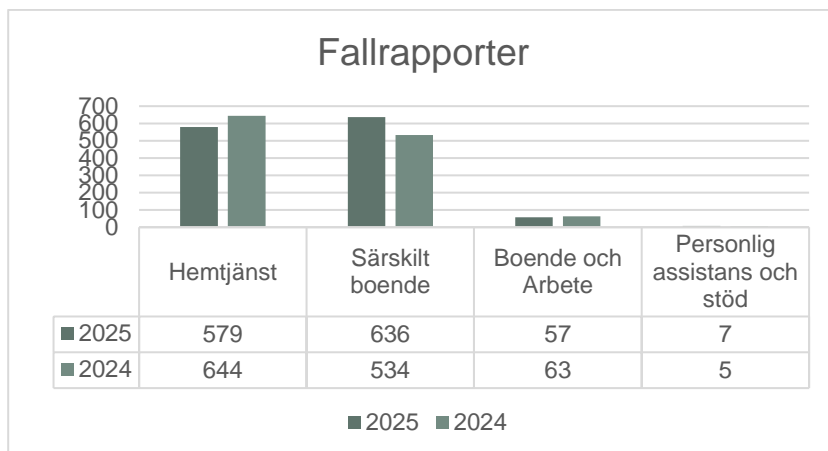


Diagram 3: Antal fallavvikelser under januari-juni, de senaste två åren

Under 2025 har det totalt rapporterats 1 280 fall inom verksamhetsområdena hemtjänst, särskilt boende, boende och arbete samt personlig assistans och stöd. Detta motsvarar en ökning med 33 fall (+2,6 %) jämfört med samma period 2024.

Det totala utfallet visar på varierade resultat av utvecklingen inom fallrapportering i olika verksamheter. Hemtjänst och boende och arbete uppvisar en positiv trend med minskade antal fall (båda med 10 %), vilket tyder på att förebyggande åtgärder och rutiner haft effekt.

Den mest anmärkningsvärda förändringen ses inom särskilt boende, där antalet fall ökat med 19 %. Detta kräver en fördjupad analys för att identifiera möjliga orsaker såsom ökad vårdtyngd, resursbrist eller förbättrad rapporteringskultur. Ökningen kan också tyda på ett stärkt förbättringsarbete där fallrapportering används som ett verktyg för kvalitetsutveckling.

Sammantaget visar statistiken på ett behov av fortsatt arbete med systematiskt fallförebyggande i samtliga verksamheter – både där trenden är positiv och där en ökning ses – för att långsiktigt säkerställa trygghet, kvalitet och en säker vård- och omsorgsmiljö.

Åtgärder

Samtliga verksamheter behöver fortsätta arbeta systematiskt med fallprevention och dra lärdom av avvikelser för att säkerställa brukarnas trygghet.

Inom äldreomsorgens verksamheter pågår ett aktivt och tvärprofessionellt arbete med teamsamverkan, där fallprevention och riskbedömningar är fasta inslag på dagordningen. Det är viktigt att denna samverkan fortsätter stärkas för att tidigt uppmärksamma och identifiera brukare med behov av riktade fallpreventiva insatser, vilket är avgörande för att arbeta förebyggande och minimera risken för skador.

Händelser med medicinteknisk produkt/hjälpmedel

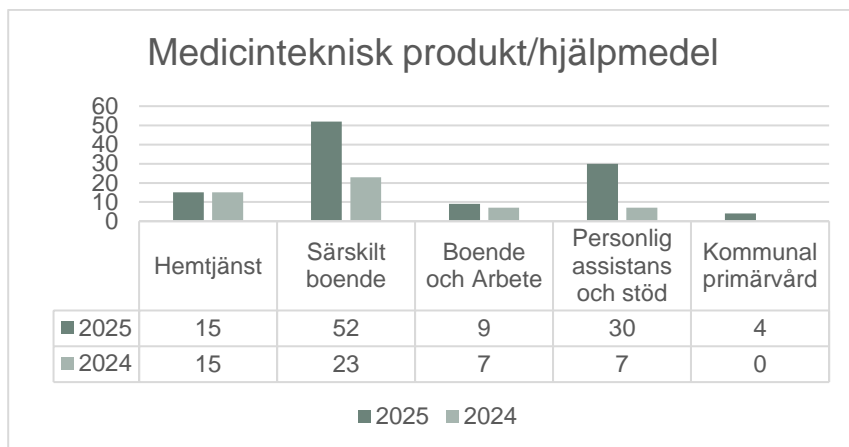


Diagram 4: Antal avvikelser med medicinteknisk produkt under januari-juni, de senaste två åren

Under rapportperioden har totalt 110 händelser kopplade till användning av medicintekniska produkter och hjälpmedel rapporterats, vilket visar en ökning jämfört med föregående år inom flera verksamhetsområden.

Särskilt boende och personlig assistans samt stöd uppvisar en markant ökning, vilket indikerar behov av fördjupad analys och åtgärder, särskilt vad gäller rutiner, personalutbildning och korrekt användning av hjälpmedel.

Övriga områden, såsom boende och arbete samt hemtjänst, visar stabila eller mindre ökningar, vilket kräver fortsatt uppföljning för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet.

Åtgärder

Det totala antalet rapporter gällande medicintekniska produkter har ökat påtagligt, framför allt inom särskilt boende och personlig assistans. Det är viktigt att dessa verksamheter analyserar orsakerna till ökningen, säkerställer korrekt användning av hjälpmedel och stärker personalens kompetens. Samtidigt behöver även verksamheter med stabila siffror utvärdera sina rutiner för att förebygga framtida händelser.

Utförande av insats/åtgärd

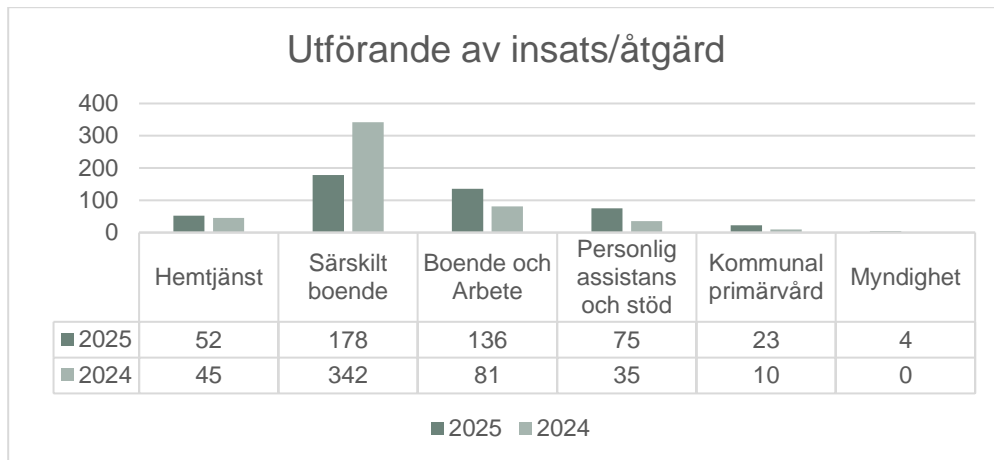


Diagram 5: Antal avvikelser kring utförande av insats/åtgärd under januari-juni, de senaste två åren

Under perioden har 468 avvikelser kopplade till utförandet av insatser rapporterats, vilket är en minskning jämfört med 523 föregående år. Avvikelseerna har dock ökat inom de flesta verksamheter, med undantag för särskilt boende där en tydlig minskning skett, troligen till följd av förbättrade rutiner och ansvarsfördelning.

Avvikelseerna handlar främst om uteblivna insatser, ofta på grund av tids- eller personalbrist. Avvikelseerna avser även insatser som utförts felaktigt eller på annat sätt än planerat. Vissa avvikelser beror också på osignerade läkemedel. Dessa avvikelser hör egentligen till kategorin "läkemedelsavvikelser", men tenderar att rapporteras under kategorin uteblivet utförande av insats.

Åtgärder

Det kommer alltid att finnas tillfällen då insatser uteblir av olika orsaker – detta är i viss mån ofrånkomligt. I de verksamheter där en hög andel uteblivna insatser har uppmärksammats, särskilt kopplat till tids- och personalbrist, kan det vara aktuellt att regelbundet följa upp bemanningssituationen. Riskbedömningar kopplade till dessa avvikelser kan behövas för att identifiera bakomliggande orsaker samt vidta adekvata åtgärder för att säkerställa att enskilda får de insatser de har rätt till enligt beviljade beslut.

Att händelser kontinuerligt rapporteras in felaktigt tyder på att det finns behov av ökad kunskap kring korrekt kategorisering och dokumentation i avvikelssystemet.

Bemötande

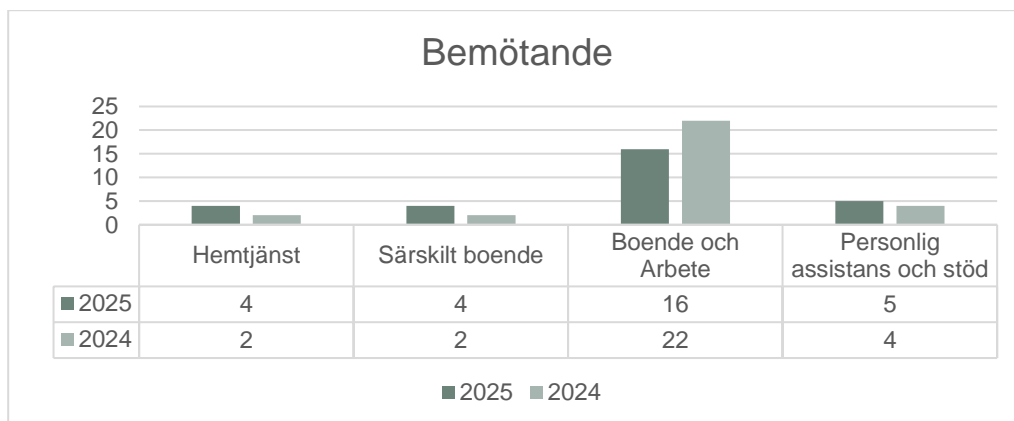


Diagram 6: Antal bemötandeavvikelser under januari-juni, de senaste två åren

Under perioden rapporterades totalt 29 avvikelser kopplade till bemötande, vilket är i nivå med samma period 2024 (30 avvikelser). Majoriteten av dessa avvikelser inträffade inom avdelningen Boende och arbete, vilket är i linje med tidigare mönster.

Inom äldreomsorgen handlar majoriteten av avvikelserna om upplevelser av bristande bemötande och fördröjd kommunikation med anhöriga i samband med omsorgstagares bortgång. Inom särskilt boende ledde en av avvikelserna till en Lex Sarah-anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) på grund av en otillåten begränsningsåtgärd.

Inom avdelningarna för funktionsstöd rörde avvikelserna olämpliga uttalanden från personal, fysisk hantering, samt brukare som känt sig otrygga eller kränkta i sin boendemiljö. Boende och arbete stod för flera avvikelser rörande verbala konflikter mellan brukare, deltagare och grannar. En Lex Sarah-utredning genomfördes efter allvarliga brister som upptäckts vid ett verksamhetsbesök inom bostad med särskild service. Bristerna avsåg bemötande, säkerhet och omsorgskvalitet och anmälades till IVO.

Åtgärder

Även om antalet bemötandeavvikelser är stabilt över tid, är varje enskild händelse viktig att ta på allvar. Bemötande är en central del av kvaliteten i verksamheterna och avvikelserna visar att det fortsatt finns behov av att arbeta systematiskt med bemötandefrågor – både i det direkta brukarstödet, i kontakten med anhöriga samt i det interna samarbetet mellan olika yrkesgrupper.

Det är viktigt att följa upp avvikelser kopplat till bemötande regelbundet för att identifiera återkommande mönster och skapa förutsättningar för lärande inom verksamheterna. Det bör finnas forum, exempelvis i samband med verksamhetsmöten, där det finns tid för reflektion, dialog och stöd i bemötandefrågor.

Hot och våld

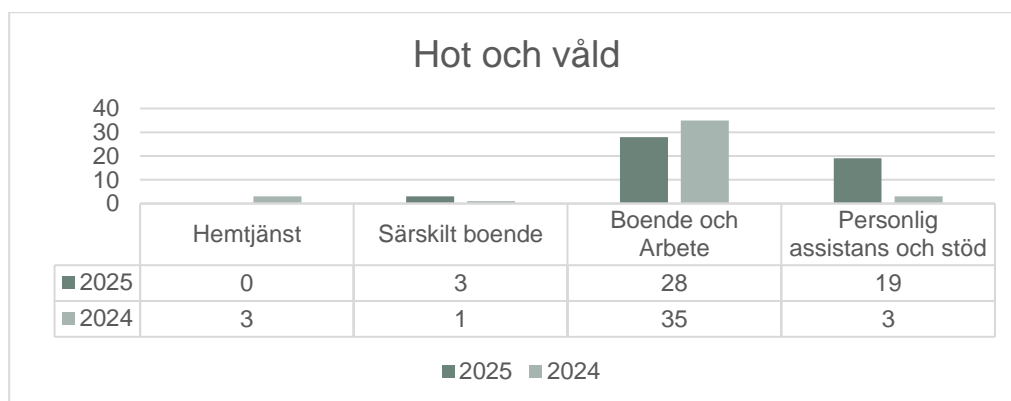


Diagram 7: Antal avvikelser kring hot och våld under januari-juni, de senaste två åren

Under aktuell period har totalt 50 avvikelser kopplade till hot och våld rapporterats, vilket innebär en ökning från föregående år, då 42 händelser registrerades. Det är viktigt att notera att kategorin hot och våld inte fanns som valbar avvikelsetyp innan nuvarande system infördes. Tidigare registrerades liknande händelser ofta som "bemötande-avvikelser", vilket kan försvåra jämförelser bakåt i tiden.

En majoritet av avvikelserna (32 av 50) rör situationer där brukare utsatt eller blivit utsatta för hot eller våld från andra brukare. Det handlar både om verbala hot, fysiska konfrontationer, skrämsel och oönskade beröringar. En markant ökning har noterats inom avdelningen personlig assistans och stöd, inom verksamheten för korttidsvistelse, där 12 av 19 avvikelser inträffat. En möjlig bakomliggande orsak till ökningen är den organisationsförändring som genomfördes under hösten 2024. Denna förändring har inneburit nya rutiner och strukturer för brukarna, vilket kan ha påverkat tryggheten och samspelet i verksamheten. Det är också möjligt att ökningen delvis beror på en ökad medvetenhet kring vikten av att rapportera denna typ av händelser, vilket i så fall är en positiv utveckling sett ur ett kvalitets- och säkerhetsperspektiv.

11 avvikelser handlar om hot eller våld riktat mot personal. Dessa incidenter har i samtliga fall bedömts bero på tillfälliga faktorer hos brukaren, såsom oro, stress eller emotionell överbelastning. Endast en avvikelse gäller en brukare som uttryckt oro eller rädsla för personal, vilket kan ses som positivt.

Det förekommer även enstaka fall där händelser initialt bedömts som hot och våld, men senare visat sig vara olyckshändelser eller oförutsedda händelser. Det är också viktigt att notera att vissa händelser registrerats på flera brukare, vilket innebär att det faktiska antalet unika situationer sannolikt är färre än det totala antalet avvikelser.

Åtgärder

Det är av vikt att se över och analysera de situationer som uppstår, särskilt där återkommande incidenter förekommer, för att identifiera mönster, bakomliggande orsaker och rätt arbetssätt för att arbeta förebyggande.

Vidare betonas vikten av att genomföra riskanalyser kopplat till brukares situation i samband med organisationsförändringar, då förändringar i brukarnas vardag kan öka risken för oro och konflikter. Personalens kompetens inom konflikthantering och lågaffektivt bemötande behöver också stärkas genom riktade utbildningsinsatser i de verksamheter där risk för hot- och våldssituationer föreligger.

Dokumentation

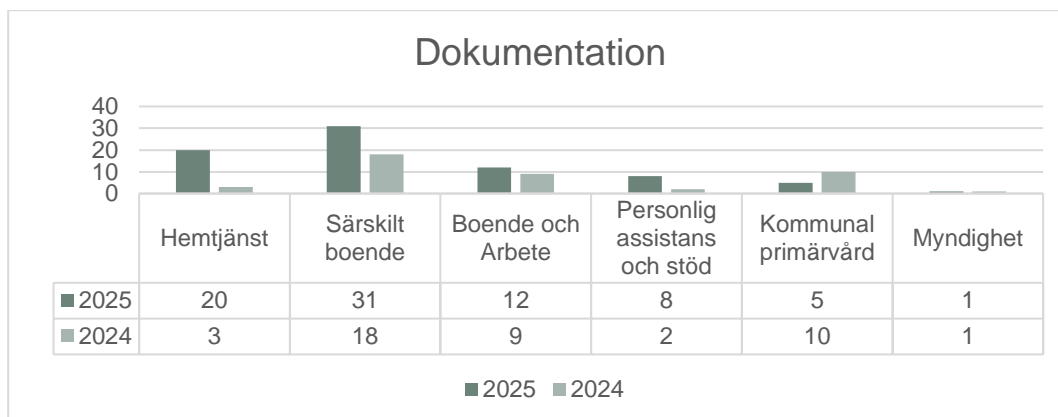


Diagram 8: Antal avvikelser kopplat till dokumentation under januari-juni, de senaste två åren

Under perioden har totalt 77 avvikelser kopplade till dokumentation rapporterats. Det innebär en tydlig ökning jämfört med föregående år, då 43 händelser registrerades. Störst ökning ses inom avdelning hemtjänst och särskilt boende.

Inom avdelningen Boende och arbete rör sig majoriteten av avvikelserna om att det saknas aktuella och/eller uppdaterade genomförandeplaner för den enskilde, eller att uppföljning inte genomförts inom angiven tidsram.

Inom hemtjänst och särskilt boende handlar de flesta avvikelserna om osignerade läkemedel, vilket egentligen bör kategoriseras som läkemedelshändelser. Det förekommer även avvikelser inom flera avdelningar där det saknas eller finns bristfällig dokumentation vid förändrat eller försämrat hälsotillstånd hos brukare. Ett mindre antal händelser handlar om dokumentation som av misstag gjorts i fel brukares journal.

Åtgärder:

Under våren reviderades riktlinjen "*Social dokumentation för utförare*", som kommer att publiceras och implementeras under hösten. Det är av stor vikt att samtliga medarbetare – inklusive timvikarier och nyanställda – genomgår introduktion i social dokumentation samt har god kännedom om den uppdaterade riktlinjen.

Social dokumentation är ett prioriterat förbättringsområde som identifierades i nämndens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för 2024. Uppföljning av personalens introduktion i social dokumentation genomförs löpande och är en del av förvaltningens övergripande egenkontroll, där området utgör en central kontrollpunkt.

Genom den årliga dokumentationsgranskningen har flera utvecklingsområden identifierats. Samtliga utförarverksamheter har utifrån resultatet tagit fram handlingsplaner med förslag på förbättringsåtgärder. (Se vidare i avsnittet "*Egenkontroll av social dokumentation*".)

Samverkan

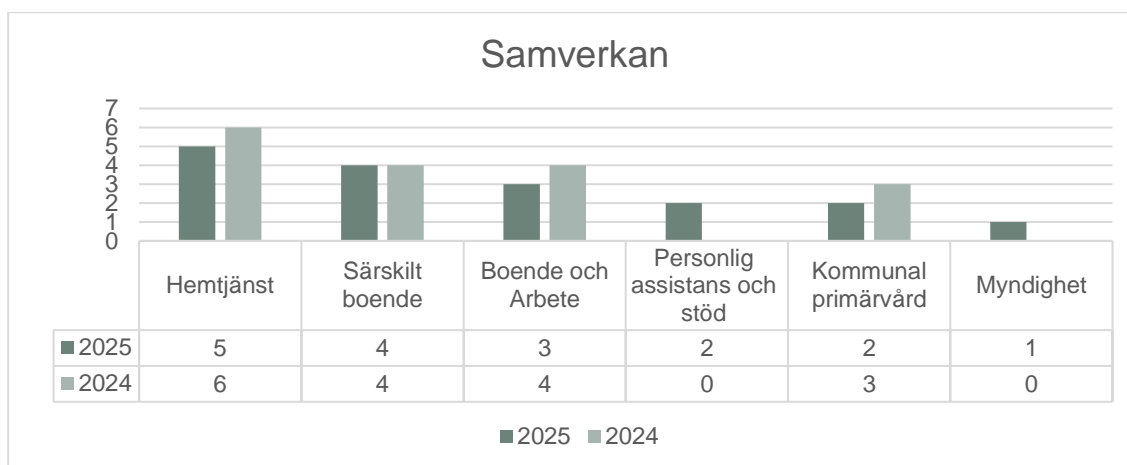


Diagram 9: Antal avvikelser kring samverkan under januari-juni, de senaste två åren

Under den aktuella perioden har totalt 17 avvikelser rapporterats gällande samverkan, vilket är oförändrat jämfört med föregående år.

De rapporterade avvikelserna rör huvudsakligen brister i kommunikationen mellan olika yrkeskategorier och aktörer inom vård och omsorg, så som:

- informations- och eller kommunikationsmissar mellan myndighet och utförare
- upplevda brister i samverkan mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterska i samband med omsorgstagares förändrade eller försämrade hälsotillstånd.
- brister i informationsöverföring mellan boende och daglig verksamhet
- brister i information om förändringar gällande brukarens stödbehov, t.ex. i samband med hemgång från sjukhus.

Sammantaget pekar avvikelserna på återkommande kommunikationsbrister som kan bero på otydliga rutiner, bristande ansvarsfördelning eller otillräckliga informationskanaler mellan berörda parter.

Åtgärder

Vikten av en fungerande teamsamverkan är påtaglig, och behovet av återkommande möten mellan representanter från olika yrkeskategorier och verksamheter är ständigt närvarande. Under våren har rutinen för teamsamverkan mellan hemtjänst, myndighet och kommunal primärvård uppdaterats, som ytterligare förtydligar vikten av forum för att diskutera samverkansfrågor, där också ansvarsfördelning och aktuella utmaningar kan klargöras.

Handläggning (myndighet)

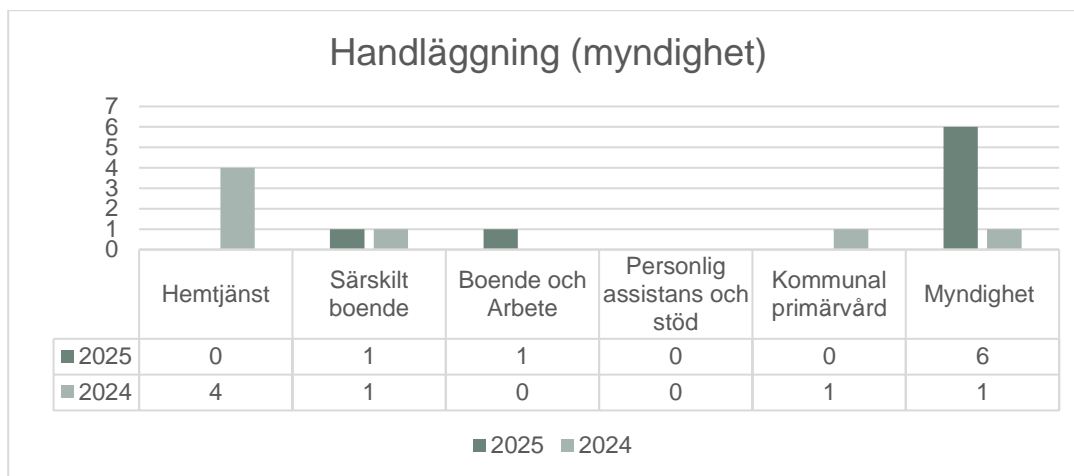


Diagram 10: Antal avvikelser kring handläggning, under januari-juni, de senaste två åren

Under den aktuella perioden har åtta avvikelser rapporterats utifrån kategorin "handläggning", som rör oklar ansvarsfördelning, bristande samverkan mellan förvaltningar samt brister i administrativa rutiner. Avvikelserna belyser situationer som riskerar att påverka både rättssäkerhet, kvalitet i vård och omsorg, samt verksamhetens ekonomi.

En avvikelse rör oklar ansvarsfördelning mellan förvaltningar vid uppföljning av beviljade insatser. Det har också uppmärksammats brister i samverkan vid utskrivningar från sjukhus, där dialog med närstående eller mottagande verksamheter varit otillräcklig. Sådana brister kan leda till otillräcklig planering och otrygga hemgångar för patienter.

Inom myndighetsavdelningen har det förekommit att insatser fortsatt att verkställas trots beslut om avslut, vilket både är rättsligt problematiskt och ekonomiskt ineffektivt. Det har även uppstått onödiga kostnader för förvaltningen då en brukare inte kunnat skrivas ut från sjukhus i tid trots att lediga platser funnits på korttidsboende. Vidare har felbedömningar av ambulanspersonal lett till att patienter skickats till olämpliga boenden med risk för smittspridning, vilket inneburit en patientsäkerhetsrisk.

Åtgärder

Inga särskilda åtgärder behöver vidtas på systematisk nivå då samtliga händelser bedöms vara av isolerad art. Avvikelserna understryker dock behovet av förbättrad samverkan, tydligare ansvarsfördelning och tydligare processer för att säkerställa brukarnas trygghet och rättssäkerhet. Detta särskilt vid övergångar mellan exempelvis sjukhus – korttidsvistelse – hemmet.

Stöld

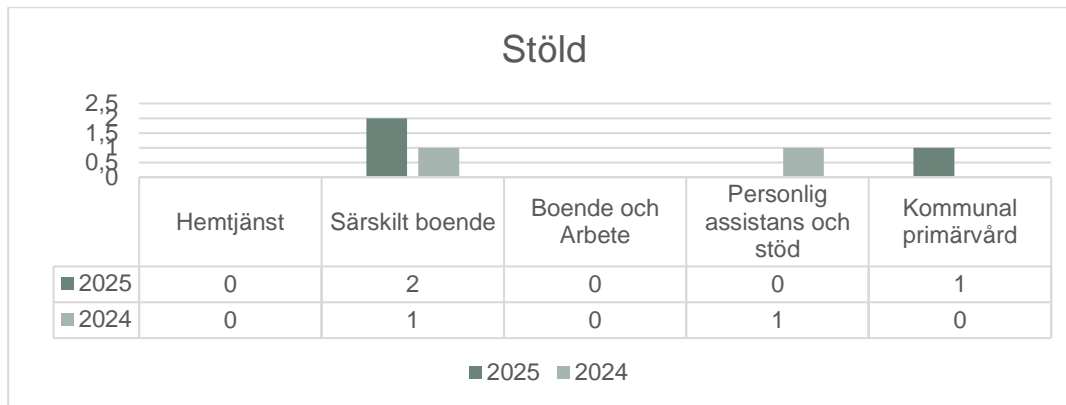


Diagram 11: Antal avvikelser kring stöld under januari-juni, de senaste två åren

Under perioden har tre avvikelser relaterade till stöld rapporterats. En av dessa handlar om att ett stort antal smärtstillande läkemedel saknades vid kontrollräkning av narkotikaklassade preparat. Utredningen identifierade bakomliggande orsak och åtgärder vidtogs för att förhindra att liknande händelser inträffar i framtiden.

De två övriga rapporterna gäller samma händelse. Verksamheten uppmärksammades via en anonym synpunkt om att pengar försvunnit från en omsorgstagare på ett särskilt boende. Händelsen utreddes och anmäldes som ett allvarligt missförhållande enligt lex Sarah till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Åtgärder

Utöver de åtgärder som redan har vidtagits och de som planeras utifrån utredningarna, bedöms inga ytterligare insatser vara nödvändiga i nuläget. Båda händelserna bedöms vara av isolerad karaktär och det finns inga uppgifter om att fler omsorgstagare har drabbats. Det finns heller inga indikationer på systematiska brister, och risken för upprepning inom de berörda verksamheterna bedöms som låg.

Avvikelser i samverkan (MedControl PRO)

Avvikelser i samverkan är externa avvikelser som rapporteras i närvårdssamverkan mellan vårdgivare. Avvikelserna rapporteras i IT-stödet MedControl PRO. Oftast handlar det om informationsöverföring vårdgivare emellan. Syftet är att dra lärdom av det som hänt och att med olika förbättringsåtgärder säkra verksamhetens kvalitet samt stärka patientsäkerheten.

Under första halvåret 2025 har kommunal primärvård skickat 25 stycken avvikelser till Västra Götalandsregionen. Dessa handlar främst om bristande kommunikation, felaktiga läkemedelslistor och dokumentation.

Under samma period har 14 stycken avvikelser skickats till kommunal primärvård från annan vårdgivare. Inkomna externa avvikelser handlar om bristande kommunikation och bemötande.

Allvarliga händelser (klassificering 3 eller 4)

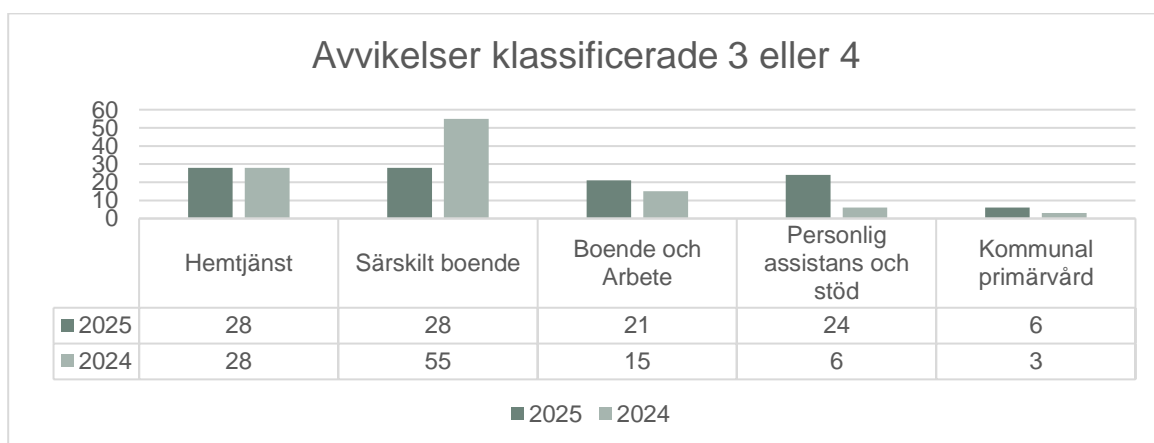


Diagram 13: Antal avvikelser som klassificerats som 3 eller 4 under januari-juni, de senaste två åren

Det totala antalet allvarliga avvikelser (klassificerade som nivå 3 eller 4) har legat kvar på samma nivå som föregående år, 107 stycken. Däremot har fördelningen mellan verksamhetsområden förändrats avsevärt. Det mest positiva utfallet ses inom särskilt boende, där antalet avvikelser har minskat kraftigt. Hemtjänsten uppvisar stabilitet med oförändrat antal avvikelser. I resterande verksamheter ses en tydlig ökning.

För att förbättra säkerheten och kvaliteten i de verksamheter där öknings har skett föreslås ett antal åtgärder. En fördjupad analys behöver genomföras i berörda verksamheter för att identifiera bakomliggande orsaker till avvikelserna, exempelvis personalbrist, bristande rutiner eller andra systematiska faktorer. För att säkerställa kontinuitet och lärande behöver uppföljningen av allvarliga avvikelser förbättras genom regelbundna analysmöten där avvikelser systematiskt analyseras och åtgärder följs upp.

Slutligen är det viktigt att se över resurstillgången inom de verksamheter där avvikelserna ökat. Det kan handla om att förstärka bemanningen, förbättra arbetsmiljön eller utveckla det lokala ledarskapet.

Avslutade utredningar

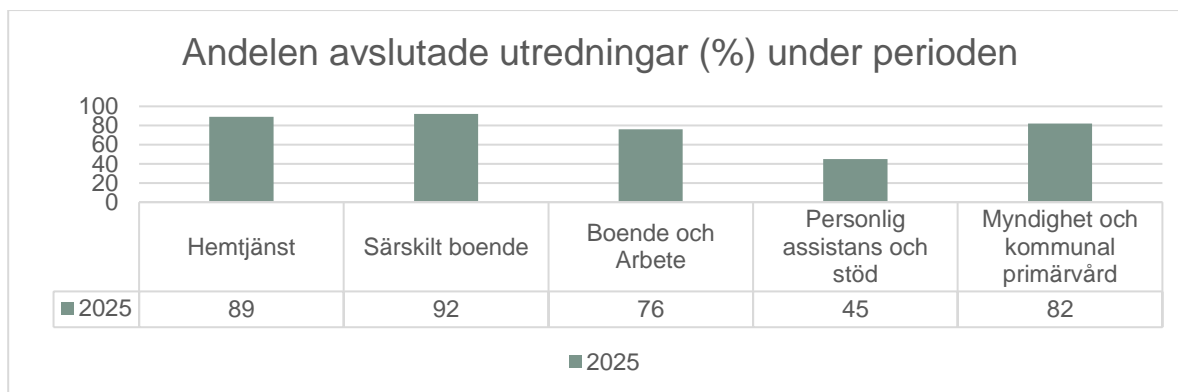


Diagram 14: Andel avslutade avvikelser (%) under januari-juni 2025

Totalt inkom 2934 avvikelser under perioden. Av dessa har 2 515 avvikelser avslutats, vilket motsvarar en avslutsgrad på 85 %. Motsvarande period föregående år uppvisade en avslutsgrad på 89 %, vilket innebär en viss minskning i år. Trots att resultatet fortfarande är relativt högt, når det inte upp till den tidigare fastställda målsättningen om att 95 % av alla avvikelser ska vara utredda och avslutade inom utsatt tid. Det är därför fortsatt av stor vikt att arbeta strukturerat och systematiskt med att utreda och avsluta avvikelser inom den givna tidsramen, för att säkerställa hög kvalitet och patientsäkerhet i verksamheten.

Utredningstid

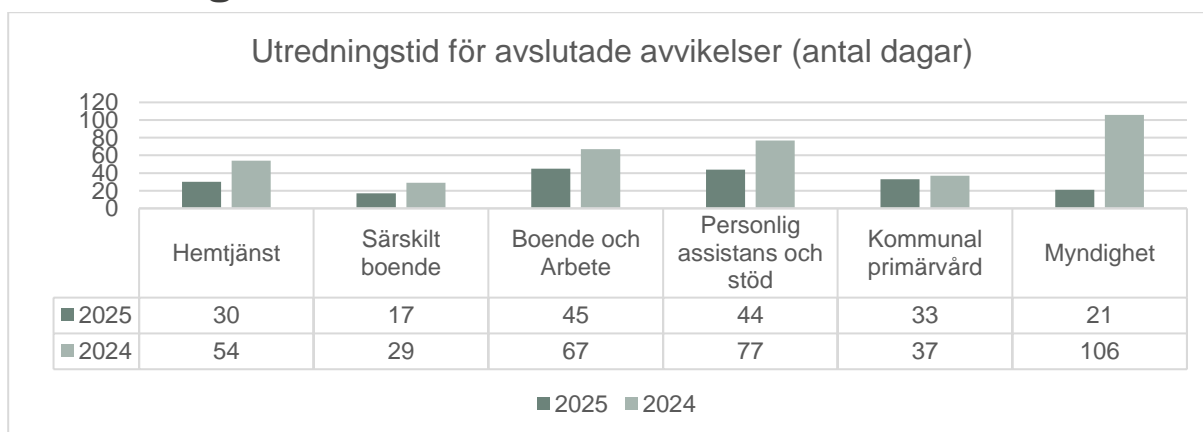


Diagram 15: Antal utredningsdagar i genomsnitt, under januari-juni de senaste två åren

Under perioden januari-juni 2025 uppgick den genomsnittliga utredningstiden till 34 dagar inom hela förvaltningen. Detta är en tydlig förbättring jämfört med samma period 2024, då genomsnittet låg på 56 dagar. Utvecklingen visar på ett positivt trendbrott och indikerar att förbättringsarbetet inom verksamheten börjar ge resultat. Enligt gällande riktlinjer ska en utredning påbörjas inom 14 dagar och avslutas inom 30 dagar. Även om det genomsnittliga antalet utredningsdagar fortfarande ligger något över målet, är trenden tydligt positiv.

Samtliga avdelningar har minskat sin genomsnittliga utredningstid, vilket tyder på ett systematiskt och målmedvetet arbete med att hantera och utreda avvikelser. Det är av stor vikt att detta förbättringsarbete fortsätter och fördjupas. Att SAS och MAS även framöver erbjuder avvikelsestöd bedöms kunna ha en fortsatt positiv inverkan på att ytterligare minska utredningstiderna, som en direkt effekt av denna strategiska satsning.

Missförhållanden (Lex Sarah)

Under perioden januari–juni 2025 har totalt 76 lex Sarah-rapporter inkommit. Av dessa har 16 rapporter inkommit via enhetschef. Det är dock viktigt att notera att 7 av dessa redan rapporterats direkt av medarbetare som lex Sarah-rapporter, och därmed också redovisas i statistiken under kategorin "Rapportör rapporterar".

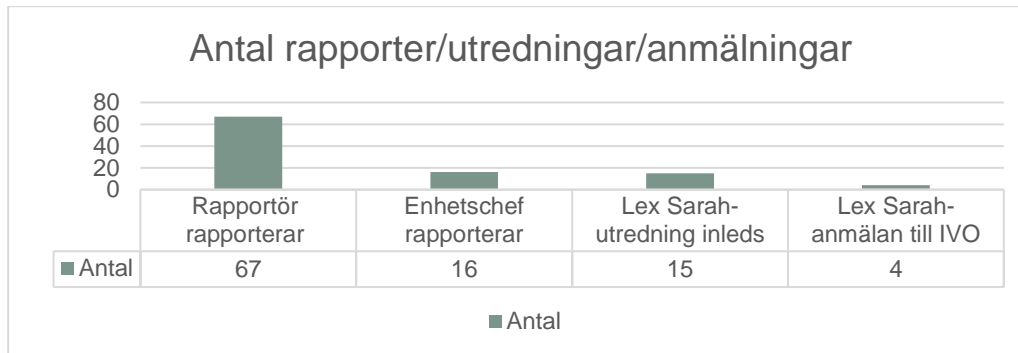


Diagram 16: Antal rapporter/utredningar/anmälningar lex Sarah under januari-juni 2025

Under den aktuella perioden har totalt 13 rapporter inkommit gällande osignerade mediciner, vilka ej bedömts utgöra föremål för lex Sarah-utredning. Ytterligare ett antal rapporter har rört medicinska händelser där rapportören kryssat i både "vårdskada" och "missförhållande", och som efter bedömning ej lett till att lex Sara-utredning inletts.

Statistiken visar att endast 15 lex Sarah-utredningar har inletts under perioden. Det är dock viktigt att notera att flera rapporter kan gälla samma individ eller händelse. I dessa fall har socialt ansvarig samordnare valt att klustra rapporterna och genomföra en gemensam utredning. Därför kan antalet utredningar framstå som färre än det faktiska antalet rapporterade händelser.

Av de inkomna rapporterna har fyra bedömts utgöra allvarliga missförhållanden eller risk för sådana, och har därmed anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). En viktig iakttagelse är att samtliga av dessa allvarliga händelser identifierats och/eller rapporterats av någon utanför verksamheten, till exempel genom inkomna synpunkter och klagomål eller vid externa besök och observationer. Denna omständighet pekar på ett möjligt behov av att stärka den interna kulturen för att identifiera, uppmärksamma och rapportera allvarliga missförhållanden inom verksamheten. Det kan också indikera en bristande följsamhet till bestämmelserna om rapporteringsskyldighet.

Åtgärder

Sedan hösten 2024 publiceras samtliga anmälningar enligt lex Sarah till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) på kommunportalen. Arbetet har fortsatt under våren 2025 och har etablerats som en del av det systematiska kvalitetsarbetet i verksamheten. Genom att tillgängliggöra information om missförhållanden, bakomliggande orsaker och vidtagna åtgärder, ges möjlighet att använda dessa händelser som lärande exempel i syfte att förebygga liknande händelser i övriga organisationen. På så sätt stärker vi kvaliteten och tryggheten för brukarna, samtidigt som vi främjar en transparent och öppen kultur.

Anmälan om allvarligt missförhållande/påtaglig risk för allvarligt missförhållande

Nedan redovisas de händelser där bristerna bedömts vara sådana att det förelegat ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för allvarligt missförhållande i den mening som avses i tillämpningsföreskrifterna till bestämmelsen om lex Sarah i SOSFS 2011:5. Dessa händelser har därför anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Datum:	Berörd verksamhet:	Kortfattad beskrivning av det inträffade:	Diarie-nummer:	Status:
2025-05-05	Särskilt boende	Utifrån ett externt klagomål till nämnden från en anhörig inleds lex Sarah-utredning. I klagomålet uppger anhörig att hens närstående utsatts för vanvård på ett av kommunens särskilda boenden. Anhörig beskriver att den enskilde suttit nedkyld i sin urin och avföring under en längre tid.	2025.113 VON	Inväntar beslut från IVO
2025-05-15	Personlig assistans	I mars 2025 uppdagades vid ett möte med personal inom personlig assistans att all dokumentation i ärendet sker i en extern applikation, utanför förvaltningens verksamhets-system. Det framkom att personalen varken fått introduktion eller utbildning i förvaltningens verksamhetssystem eller avvikelshanterings-system. Vidare visar det sig att avvikelser registrerats i den externa appen, vilket medfört att enhetschef inte fått kännedom om, eller möjlighet att hantera, dessa enligt gällande rutiner.	2025.123 VON	Inväntar beslut från IVO
2025-06-26	Särskilt boende	I januari inkommer en synpunkt/klagomål från en anonym klagande, som vill tipsa om att det försvunnit pengar från en brukare på aktuellt särskilt boende. Anhöriga till omsorgstagaren hade även kontaktat enhetschef utifrån att de uppmärksammat att det försvunnit pengar från den enskildes konto. Sammanlagt rör det sig om sex stycken utbetalningar under oktober och november 2024, till en total summa om 20 000:-	2025.145 VON	Inväntar beslut från IVO
2025-06-27	Boende och Arbete	I april besöker förvaltningens utbildnings-sjuksköterska en bostad med särskild service, i syfte att observera och spegla arbetsgruppen i hur insatser med brukare utförs. Orsaken till detta är att en tidigare avvikelse föranlett behov av utbildningsinsatser i verksamheten. Utbildnings-sjuksköterska uppmärksammar och observerar under verksamhetsbesöken ett antal brister som leder till att en lex Sarah-rapport upprättas.	2025.150 VON	Inväntar beslut från IVO

Vårdskada (Lex Maria)

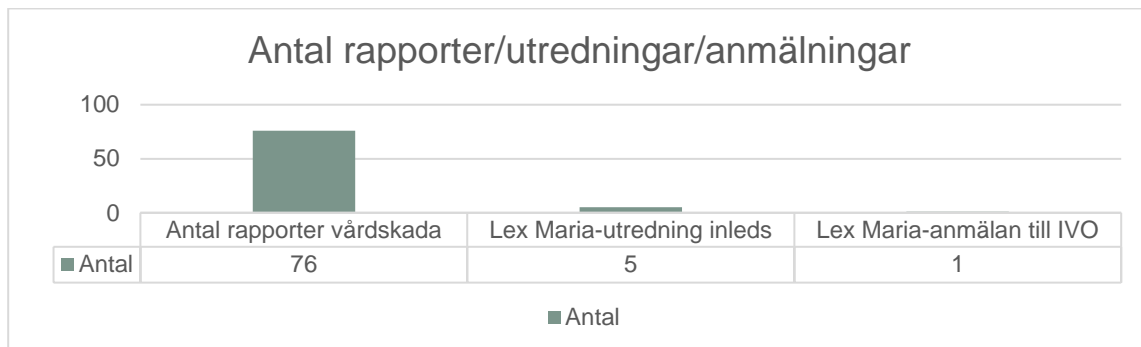


Diagram 17: Antal rapporter/utredningar/anmälningar lex Maria under januari-juni 2025

Under perioden registrerades totalt 76 rapporter om vårdskador. Av dessa ledde 5 rapporter till inledda Lex Maria-utredningar, vilket motsvarar cirka 6,6 % av de totala vårdskaderapporterna. Vidare resulterade utredningarna i en anmälan till IVO.

Den stora skillnaden mellan antalet rapporterade vårdskador och antalet inledda Lex Maria-utredningar beror på att personalen i många fall markerar avvikelser som en vårdskada. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) får då en avisering och gör en bedömning av om händelsen faktiskt utgör en vårdskada. Endast en mindre andel av dessa rapporter bedöms vara tillräckligt allvarliga för att motivera en fördjupad utredning enligt Lex Maria.

För att förbättra hanteringen av vårdskaderapporter och säkerställa att allvarliga händelser identifieras korrekt, bör insatser göras för att tydliggöra bedömningskriterier, stärka personalens utbildning i avvikelshantering samt höja kvaliteten på rapporteringen. Det är även viktigt att utveckla interna rutiner för hantering av mindre allvarliga händelser och att främja en öppen och lärande kultur kring patientsäkerhet.

Anmälan om allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada

Datum:	Berörd verksamhet:	Kortfattad beskrivning av det inträffade:	Diarie-nummer:	Status:
2025-03-14	Kommunal primärvård	Avvikelsen avser två tillfällen där total parenteral nutrition (TPN) administrerats med för hög hastighet.	2025.080 VON	Svar från IVO inkommit – beslut om att avsluta ärendet

Synpunkter och klagomål

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) framgår att verksamheten ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Inkomna klagomål och synpunkter ska dessutom sammanställas och analyseras för att man ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Under perioden januari–juni 2025 har det inkommit totalt 106 stycken synpunkter och klagomål. Under samma period förra året inkom 37 stycken, vilket innebär en markant ökning med 186%.

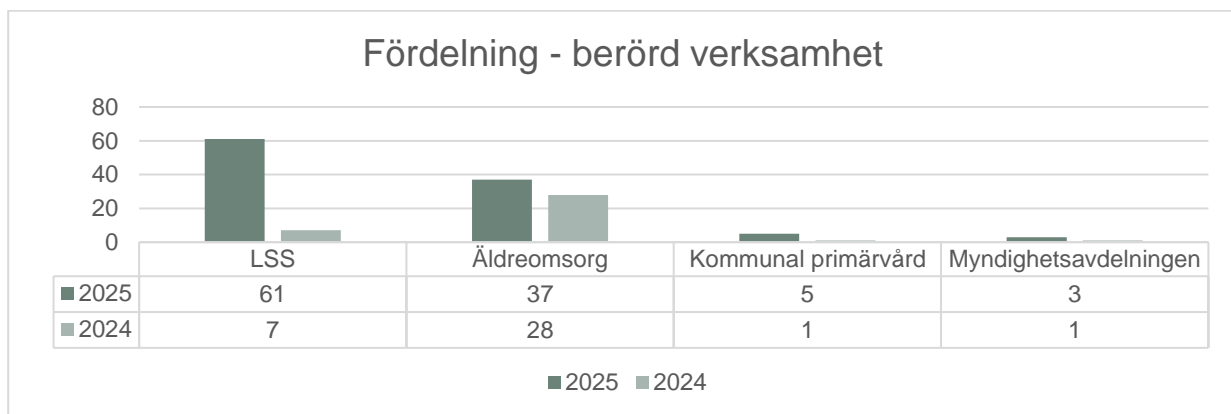


Diagram 18: Antal inkomna synpunkter och klagomål under januari-juni, de senaste två åren

Störst ökning ser vi inom LSS, främst inom avdelning personlig assistans och stöd. Majoriteten av de synpunkter och klagomål som inkommit till avdelningen berör missnöje med genomförda verksamhetsförändringar inom korttidsverksamheten, samt förändringar av dygnspassen inom personlig assistans, till följd av nya arbetstidsregler.

Vem lämnar synpunkter och klagomål?

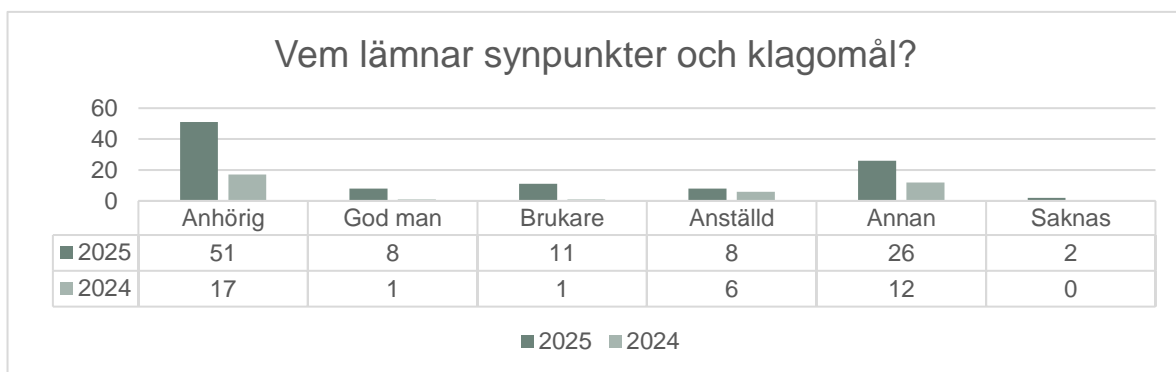


Diagram 19: Synpunkter och klagomål fördelat på vem som klagade under januari-juni, de senaste två åren

Flest synpunkter och klagomål inkommer fortfarande från anhöriga till personer som får insatser från vård- och omsorgsförvaltningen. En tydlig förändring är dock att antalet synpunkter och klagomål från enskilda brukare har ökat, från 1 förra året till 11 i år. Detta ses som ett tecken på ökad delaktighet och att brukarna i högre grad gör sina röster hörda. Synpunkter från brukarna välkomnas och bör uppmuntras, då de är en viktig del i förbättringsarbetet.

Vad handlar inkomna synpunkter och klagomål om?

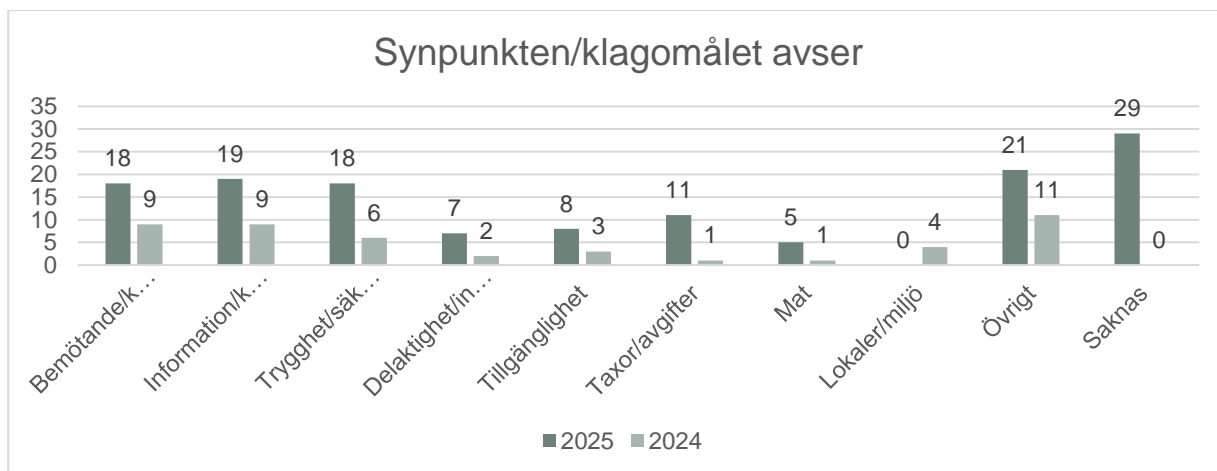


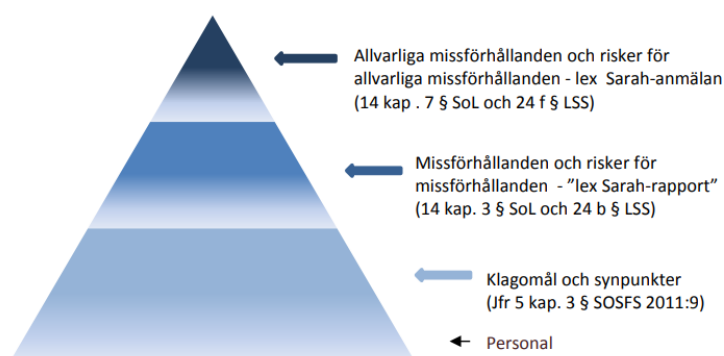
Diagram 20: Fördelning av synpunkters innehåll under januari-juni, de senaste två åren

En betydande andel av de inkomna synpunkterna och klagomålen under perioden rör upplevda brister i bemötande samt missnöje med den information och kommunikation som förts med verksamhetens representanter, exempelvis fördröjd återkoppling och svar på tidigare inlämnade synpunkter. Flera synpunkter avser även anhörigas upplevelser av bristande trygghet och säkerhet för sina närstående. Det är inom dessa områden – bemötande, kommunikation samt trygghet och säkerhet som den största ökningen skett jämfört med föregående år.

En förhållandevis stor andel av synpunkterna har kategoriserats som "övrigt" eller "annat". Dessa omfattar ärenden som inte direkt berör den specifika insatsen eller kärnverksamheten, utan snarare olika kringliggande faktorer.

Åtgärder

Modellen nedan illustrerar hur synpunkter och klagomål utgör grunden i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten¹. Genom att på ett strukturerat sätt ta emot och hantera synpunkter och klagomål kan vi arbeta förebyggande och därmed minska risken för att missförhållanden eller allvarliga missförhållanden uppstår.



Enligt modellen bör basen bestå av ett större antal synpunkter och klagomål jämfört med mer allvarliga ärenden såsom Lex Sarah-rapporter eller anmälningar till Inspektionen för

¹ Lex Sarah – Handbok för tillämpning av bestämmelserna enligt lex Sarah (Socialstyrelsen, 2014)

vård och omsorg (IVO). Under tidigare år har antalet inkomna synpunkter och klagomål varit relativt lågt. I år har vi dock sett en markant ökning, vilket tyder på att vår verksamhet i högre grad börjar spegla modellens struktur. Detta indikerar att vi har blivit bättre på att fånga upp tidiga signaler och därigenom kan arbeta mer proaktivt och förebyggande.

För att stärka förtroendet för verksamheten och minska känslan av att inte bli lyssnad på, är det avgörande att de som lämnar synpunkter får en tydlig och snabb återkoppling – i de fall där det är möjligt. En förbättrad återkopplingsprocess kan bidra till en mer transparent och tillitsfull dialog mellan verksamheten och dem vi är till för.

I handlingsplanen för det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet har behovet av att utveckla verksamhetens rutiner, arbetssätt och metodstöd för hantering av synpunkter och klagomål identifierats. Som åtgärd kommer därför en rutin för synpunkts- och klagomålshantering att tas fram, som syftar till att vara ett stöd för chefer samt bidra till en mer enhetlig och systematisk hantering över hela organisationen.

Egenkontroll

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) framgår att den som bedriver verksamhet ska utöva egenkontroll. I handlingsplanen för systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete framhålls vikten av att vidareutveckla arbetet med egenkontroller samt höja kunskapen bland förvaltningens chefer. Förvaltningen har identifierat ett behov av att varje chef i större utsträckning tar ansvar för egenkontroller inom sitt ansvarsområde, samt att det finns effektiva verktyg och rutiner för att stödja detta arbete.

Förvaltningens övergripande plan för egenkontroll

Under våren 2025 har en förvaltningsövergripande plan för egenkontroll tagits fram, baserad på de två prioriterade förbättringsområden som identifierades i nämndens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2024;

- *Brister i följsamhet till kraven på dokumentation enligt SOSFS 2014:5*
- *Att nämnden inte har ett fungerande systematiskt kvalitetsarbete*

Utifrån ovanstående har fem egenkontrollpunkter tagits fram som avser hela förvaltningen.

Avdelningarnas egenkontroll

Samtliga avdelningschefer och enhetschefer ansvarar för sin egenkontroll inom sitt ansvarsområde, vilket innebär en systematisk uppföljning och utvärdering av verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt fastställda processer och rutiner. Samtliga avdelningar och enheter har därför fått möjlighet att själva identifiera risker i sin verksamhet, som kan komma att påverka verksamhetens kvalitet. Utifrån dessa risker har de skapat egna egenkontrollpunkter som är anpassade till deras specifika verksamhet och som de sedan ska följa upp.

En fördjupad redovisning av resultatet från förvaltningens egenkontroller kommer att presenteras i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för 2025.

Rutin och anvisningar för egenkontroll

En rutin för egenkontroll har tagits fram och beslutades den 2 maj 2025. Därutöver har kompletterade anvisningar för planering och uppföljning av egenkontrollplaner i beslutsstödet Hypergene upprättats under våren.

Egenkontroll av social dokumentation

Under våren har rutinen för dokumentationsgranskning reviderats. I den reviderade versionen har flera förändringar genomförts för att tydliggöra och stärka arbetet med dokumentations- och ärendegranskning. Rutinen har bland annat kompletterat avsnittet "Analys och handlingsplan", som nu innehåller ett strukturerat stöd för analys av granskningsresultat, vilket underlättar arbetet med att identifiera förbättringsområden och formulera relevanta åtgärder.

Från och med 2025 sker granskningen årligen under våren, medan resterande del av året ägnas åt att arbeta med resultatet och planerade åtgärder enligt upprättade handlingsplaner. Under hösten kommer verksamheten att återrapportera en uppföljning av handlingsplanen, och SAS kommer att genomföra en egen granskning.

Vårens dokumentations- och ärendegranskning genomfördes under perioden 14 april – 16 maj 2025. Nedan presenteras en sammanställning och analys av resultaten på avdelningsnivå. Hur resultat ska tolkas utifrån områdespoäng presenteras i nedan figur:

Områdespoäng	Resultatnivåer
1.80–2.0	Utmärkt
1.60–1.70	Godkänt
1.40–1.50	Mindre anmärkning (kräver åtgärd/diskussion)
1.00–1.30	Anmärkning (kräver åtgärd/handlingsplan)
0.00–0.90	Alvarlig anmärkning (kräver åtgärd och handlingsplan)

Genomförandeplaner

Fråga / område	Hemtjänst (inkl. privata)	Särskilt boende (inkl. privat)	Boend e och Arbete	Personlig assistans och stöd
GENOMFÖRANDEPLAN – PLANENS FRAMTAGANDE				
Finns det en pågående genomförandeplan?				
Framgår datum för planens upprättande?				
Framgår hur den enskilde varit delaktig i framtagandet?				
Om den enskilde ej deltagit, framgår varför?				
Framgår när och hur genomförandeplanen ska följas upp?				
GENOMFÖRANDEPLAN – LIVSOMRÅDEN				
Framgår vad som ska göras?				
Framgår hur stödet ska ges, samt vem som ska göra vad?				
Framgår när stödet ska ges?				
Finns den enskildes egna styrkor och förmågor beskrivna?				
Framgår brukarens individuella mål under delmål i aktuella livsområden?				
Utgår delmålen från handläggarens bedömning av avsett funktionstillstånd?				
Framgår hur målen ska uppnås (arbetssätt/metoder)?				
GENOMFÖRANDEPLAN – RELATERADE FAKTORER				
Framgår relevant information under Kroppsfunktioner?				
Framgår relevant information under Kroppsstrukturer?				
Framgår relevant information under Omgivningsfaktorer?				
Framgår relevant information under Personfaktorer?				
Framgår relevant information under Hälsostillstånd?				
Framgår det vem som lämnat respektive uppgifter till relaterade faktorer?				
GENOMFÖRANDEPLAN – AVGE GFP				
Är genomförandeplanen avgiven till myndighet?				
Har genomförandeplanen skrivits med respekt för den enskildes integritet?				

Under den genomförda dokumentationsgranskningen har kvaliteten i genomförandeplaner inom verksamheter enligt SoL och LSS granskats. Resultatet visar både styrkor och tydliga utvecklingsområden. I de flesta verksamheter är det överlag tydligt vad stödet består av, hur det ska ges och när det ska utföras, vilket är positivt. Dock saknas dock ofta beskrivningar av den enskildes styrkor och förmågor, vilket är ett viktigt område att utveckla. Detta resultat ligger i linje med tidigare genomförda granskningar.

Granskningen visar att avdelningen för personlig assistans och stöd uppvisar betydande förbättringsbehov. Nästan samtliga kontrollpunkter har fått anmärkningar som kräver åtgärder, vilket är en försämring i jämförelse med föregående års granskning. Det framgår tydligt att arbetet med att upprätta och utveckla genomförandeplaner behöver prioriteras, vilket också framgår som åtgärd i de handlingsplaner som upprättats inom avdelningen.

Gällande målformuleringar finns också förbättringsbehov. Endast hemtjänstavdelningen anger att målen utgår från handläggarens bedömning, vilket är rimligt då hemtjänsten är de som i störst utsträckning arbetar utifrån de nya uppdragen enligt IBIC (Individens behov i centrum). Granskningen visar att det finns fortsatta utvecklingsområden kopplat till de frågeställningar som rör IBIC, vilket understryker vikten av att se över och utveckla kompetensnivån inom området.

En tydlig styrka i granskningen är att samtliga verksamheter uppger att genomförandeplanerna är skrivna med respekt för den enskildes integritet, vilket är grundläggande inom både SoL och LSS.

Journalanteckningar

Fråga / område	Hemtjänst (inkl. privata)	Särskilt boende (inkl. privat)	Boende och Arbete	Personlig assistans och stöd
JOURNALANTECKNINGAR - IBIC				
Dokumentationen är kopplad till relevant livsområde enligt IBIC?				
Dokumentationen kring relaterade faktorer är korrekt kategoriserad?				
Avvikelse från genomförandeplanen är dokumenterade på korrekt sätt?				
OMFATTNING, SPRÅKBRUK OCH ETISKA ASPEKTER				
Dokumentationen utvisar beslut/åtgärder som vidtagits i ärendet				
Dokumentationen innehåller <i>tillräcklig</i> information.				
Dokumentationen är utförd samma dag som händelsen avser.				
Dokumentation innehåller <i>väsentlig</i> information.				
Dokumentationen är <i>saklig och korrekt</i> .				
Dokumentationen är <i>tydlig</i> .				
Dokumentationen är <i>objektiv</i> .				
Dokumentationen är <i>respektfull</i> .				
AVVIKELSER				
Information om upprättade avvikelser finns angett under sökord "Avvikelse ID-nr"				
Det finns en journalanteckning upprättad kopplad till respektive avvikelse, som beskriver vad avvikelsen avser.				
HSL-DOKUMENTATION				
Framgår orsak till givet vid behovs-läkemedel?				
Framgår vid behovs-läkemedlets namn?				
Framgår dokumentation kring utvärdering av vid behovs-läkemedlets effekt?				

När det gäller granskningen av journalanteckningar visar resultatet på flera utvecklingsområden. Särskilt framträdande är avdelning personlig assistans och stöd, där samtliga kontrollpunkter även här har fått anmärkningar som kräver åtgärder. Ett framträdande utvecklingsområde rör dokumentationen kopplat till korrekt livsområde eller relaterad faktor, vilket visar på behovet av stärkt kompetens kring IBIC och val av rubriker vid dokumentation.

Det finns samtidigt positiva resultat. I majoriteten av verksamheterna bedöms dokumentationen som innehållsmässigt väsentlig, tydlig, saklig, korrekt och respektfull. Även här avviker dock avdelning personlig assistans och stöd med något sämre resultat jämfört med övriga.

När det gäller dokumentation av avvikelser ser vi varierande resultat, vilket indikerar behov av fortsatt tydliggörande och påminnelse om hur denna dokumentation ska hanteras. Det är första gången dessa frågor ingår i granskningen, vilket gör det extra viktigt att följa upp dem vid kommande granskningar.

Granskningen av HSL-dokumentationen visar fortsatt behov av utveckling. Resultatet ligger i linje med tidigare granskningar och ingen större förändring har ännu skett, vilket indikerar att ytterligare insatser krävs för att nå önskad nivå.

Åtgärder

Vårens granskning visar på tydliga styrkor inom dokumentationsarbetet, men också ett stort antal utvecklingsområden som behöver prioriteras. För att säkerställa att den sociala dokumentationen lever upp till kraven enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2014:5) krävs fortsatt fokus och riktade insatser.

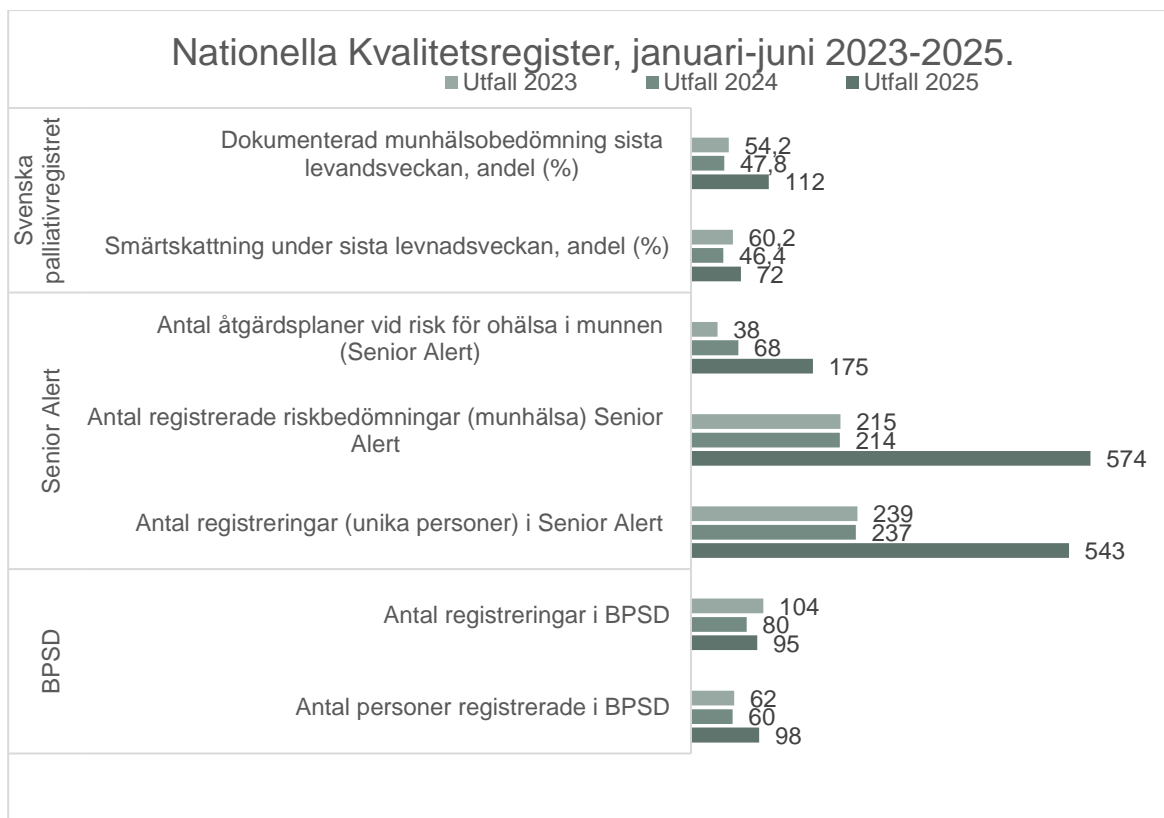
I de handlingsplaner som enhetscheferna upprättat framgår att kompetenshöjande insatser planeras inom både social dokumentation och IBIC. Dessa satsningar är viktiga för att möta de behov som granskningen pekar på.

Även förvaltningsövergripande åtgärder pågår i form av implementering av ny ombudsstruktur, där fortsatta forum för dokumentationsombud planeras till hösten.

Journalgranskning – kommunal primärvård

När det gäller journalgranskningen inom kommunal primärvård, så har denna ej genomförts under våren, med anledning av att man behövt prioritera andra arbetsuppgifter. Den planeras istället att genomföras under hösten 2025.

Nationella kvalitetsregister



Analysen av resultaten från de nationella kvalitetsregistren för perioden januari - juni 2025 visar en tydlig förbättring inom samtliga tre register - särskilt inom Senior Alert, men även inom BPSD-registret och Svenska palliativregistret.

I Senior Alert har både registreringar och åtgärder ökat markant. Det tyder på en förstärkt satsning på förebyggande arbete och en höjd kvalitet i äldreomsorgen under årets första halvår. Utvecklingen är särskilt anmärkningsvärd – antalet åtgärdsplaner vid risk för ohälsa i munnen samt antalet registrerade riskbedömningar för munhälsa har ökat kraftigt. Detta indikerar att arbetet med riskbedömning och förebyggande insatser för äldre har intensifierats, med ökad medvetenhet och förbättrad struktur i det dagliga kvalitetsarbetet som följd.

Även inom Svenska palliativregistret ser vi en positiv utveckling. Antalet registreringar av dokumenterad munhälsobedömning samt smärtskattningar under den sista levnadsveckan har ökat jämfört med föregående år. Detta tyder på att arbetet med att förbättra vården i livets slutskede har stärkts och fått ett förnyat fokus.

Inom BPSD-registret ses också en positiv trend där både antalet registrerade personer steg. Det visar att fler personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens nu följs upp och registreras, vilket är avgörande för att kunna erbjuda rätt stöd och insatser.

Fortsatt arbete bör fokusera på utbildning, tydliga rutiner och regelbunden uppföljning. Inom BPSD-registret behöver personalen få fortsatt stöd för dokumentation och individanpassade vårdplaner. Senior Alert behöver integreras som en naturlig del av det dagliga arbetet med riskbedömningar och åtgärder, med särskilt fokus på munhälsa och tvärprofessionellt samarbete. För Svenska palliativregistret är förbättrad dokumentation och tidig identifiering av palliativa behov centralt, tillsammans med ökad kunskap om palliativ vård. Genom dessa insatser kan verksamheten säkerställa ett hållbart kvalitetsarbete med individen i fokus.

Risikanalyys

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) tydliggörs kraven på hur verksamheten ska arbeta med riskanalyser. Det handlar om att fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

I handlingsplanen för systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete har riskanalyser identifierats som ett förbättringsområde. Det saknas idag en förvaltningsövergripande riktlinje med tillhörande metodstöd kring riskanalyser. Detta medför att ledning och verksamhet idag saknar de stöd som behövs i arbetet med riskanalyser.

Ett kommande utvecklingsområde är därför att tillse att verksamheten tar fram de rutiner, arbetssätt och metodstöd som behövs för att säkerställa verksamhetens systematiska arbete med riskanalyser.

Barnkonsekvensanalys

I april 2025 togs en rutin gällande upprättandet av barnkonsekvensanalyser fram, med tillhörande stödmaterial. Rutinen riktar sig till samtliga verksamheter inom vård- och omsorgsförvaltningen där en barnkonsekvensanalys kan bli aktuell och syftar till att på ett strukturerat sätt säkerställa att barnperspektivet och barnets bästa beaktas i beslut som fattas inom verksamheten som berör barn.

Under våren identifierades ett behov av att höja kompetensen bland chefer och metodutvecklare inom avdelningarna för funktionsstöd, kring hur man upprättar barnkonsekvensanalyser. Som ett led i detta genomförde två enhetschefer och två metodutvecklare tillsammans med socialt ansvarig samordnare i maj 2025 en utbildningssatsning, anordnad av JP Infonet. Inför utbildningen genomgick deltagarna även en e-learning om barnkonventionen, för att få en grundläggande förståelse för lagens intentioner och praktiska tillämpning.

Detta initiativ är ett viktigt steg för att stärka barnets rättigheter och bidra till att barnets bästa konsekvent beaktas i vård- och omsorgsförvaltningens beslut och insatser.