

Kvalitets- och patientsäkerhets- berättelse 2025

Vård- och omsorgsnämnden

Typ av styrdokument: Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse Gäller för: Vård- och omsorgsnämndens verksamheter
Beslutande instans: Vård- och omsorgsnämnden Dokumentansvarig: SAS och MAS
Datum för beslut: ÅÅÅÅ-MM-DD
Diarienummer: 2025.286 VON

Innehåll

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1. | Sammanfattning | 4 |
| 2. | Inledning | 5 |
| 3. | Förvaltningens systematiska kvalitetsarbete | 6 |
| 3.1. | Organisation och ansvar | 6 |
| 3.2. | Identifierade förbättringsområden 2025 | 8 |
| 3.3. | Handlingsplan systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete | 8 |
| 3.4. | Reformering av kvalitetskrav till kvalitetsdeklarationer | 10 |
| 4. | Förvaltningens arbete utifrån kvalitetsområden | 11 |
| 4.1. | Självbestämmande och integritet | 11 |
| 4.2. | Helhetssyn och samordning | 14 |
| 4.3. | Trygghet och säkerhet | 15 |
| 4.4. | Kunskapsbaserad verksamhet | 18 |
| 4.5. | Tillgänglighet | 22 |
| 4.6. | Säker vård och omsorg | 23 |
| 4.6.1 | Samverkan för att förebygga vårdskador | 24 |
| 5. | Egenkontroll | 27 |
| 5.1. | Förvaltningens övergripande plan för egenkontroll | 27 |
| 5.2. | Egenkontroll av social dokumentation och ärendegranskning | 30 |
| 5.3. | Journalgranskning, HSL | 34 |
| 5.4. | Nationella kvalitetsregister | 34 |
| 5.5. | Punktprevalensmätning (PPM) – basala hygienrutiner och klädregler | 38 |
| 6. | Avvikelser | 39 |
| 6.1. | Totalt antal avvikelser | 39 |
| 6.2. | Redovisning utifrån avvikelsestyp | 39 |
| 6.3. | Avvikelser i samverkan (MedControl PRO) | 42 |
| 6.4. | Allvarliga händelser (klassificering 3 eller 4) | 43 |
| 6.5. | Avslutade utredningar | 43 |
| 6.6. | Utredningstid | 44 |
| 6.7. | Åtgärder kopplat till avvikelser | 44 |
| 6.8. | Missförhållanden (lex Sarah) | 46 |
| 6.9. | Vårdskada (lex Maria) | 48 |
| 7. | Synpunkter och klagomål | 49 |
| 8. | Risikanalyser | 52 |
| 9. | Identifierade förbättringsområden 2026 | 54 |

1. Sammanfattning

Under 2025 har vård- och omsorgsförvaltningen bedrivit ett målmedvetet och långsiktigt utvecklingsarbete med tydligt fokus på att stärka det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i hela organisationen. En viktig milstolpe under året var beslutet om handlingsplanen för systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete, som omfattar elva konkreta förbättringsåtgärder med genomförande fram till 2027. Handlingsplanen har skapat en gemensam struktur och riktning för kvalitetsarbetet på alla nivåer i förvaltningen.

En central del i utvecklingsarbetet har varit kompetenshöjning av chefer. Samtliga avdelnings- och enhetschefer har under året genomgått utbildning i systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter. För att ytterligare stärka chefernas förutsättningar har SAS och MAS erbjudit kontinuerligt stöd i avvikelshantering, vilket stärkt chefernas förmåga att utreda och analysera händelser.

Arbetet med egenkontroller har under året utvecklats och tydliggjorts genom en förvaltningsövergripande plan för egenkontroll med regelbundna, månadsvisa uppföljningar. Detta har lett till ett ökat engagemang hos chefer och en tydligare ansvarsfördelning, där egenkontroller i större utsträckning genomförs och följs upp inom respektive ansvarsområde.

Dokumentationsgranskningen som genomfördes under våren visade på varierande resultat. Under hösten har verksamheterna arbetat aktivt med åtgärder utifrån sina handlingsplaner och återrapporerat både genomförda insatser och vilken effekt dessa haft i verksamheten.

Inom området vårdhygien visar årets punktprevalensmätningar att följsamheten till basala hygienrutiner fortsatt behöver stärkas, särskilt när det gäller handdesinfektion. Utöver genomförda egenkontroller har utbildnings- och hygiensjuksköterska genom utbildningar, observationer och riktade insatser bidragit till ökad medvetenhet och förbättrade förutsättningar för ett mer patientsäkert arbetssätt.

Parallellt med det administrativa kvalitetsarbetet har 2025 varit ett strategiskt viktigt år för införandet av välfärdsteknik. Genom satsningar på sensorlarm, digitala lås och läkemedelsautomater har förvaltningen påbörjat arbetet mot en säkrare och mer effektiv omsorg som främjar den enskildes självständighet.

Den tvärprofessionella teamsamverkan har utvecklats positivt under året. Specialistundersköterskor har i högre grad integrerats i teamarbetet och digitala mötesformer har ökat tillgängligheten och kontinuiteten i samverkan.

Sammantaget har 2025 präglats av ett strukturerat utvecklingsarbete med tydlig inriktning mot kvalitet, lärande och förbättring. Inför 2026 fortsätter arbetet enligt fastställd handlingsplan för att ytterligare stärka kvaliteten och säkerställa en god och säker vård och omsorg för dem som verksamheten är till för.

2. Inledning

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9), framgår att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse varje år. Syftet med den sammanhållna kvalitetsberättelsen är att beskriva hur nämndens arbete med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under året, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, samt vilka resultat som har uppnåtts. Den sammanhållna kvalitetsberättelsen utgör också underlag för planering av nästkommande års kvalitetsarbete.

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) samt Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9, 7 kap. 3§) ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Enligt Socialstyrelsen är det övergripande målet med patientsäkerhetsarbete att ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada. Den nationella visionen med patientsäkerhetsarbetet är *"God och säker vård - överallt och alltid"*. Patientsäkerhetsberättelsen innehåller beskrivning över hur vårdgivaren arbetat för att identifiera, analysera och minimera riskerna i vården, hur vårdpersonal bidragit till patientsäkerhet, hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats samt redogörelse för resultat som uppnåtts under föregående år.

Privata utförare inom hemtjänst (LOV) och särskilt boende (LOU) ska redovisa hur deras systematiska kvalitetsarbete bedrivs i en egen kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse som upprättas årligen och lämnas till Alingsås kommun senast 2026-01-24.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för vård- och omsorgsnämnden i Alingsås kommun redovisar det kvalitets- och patientsäkerhetsarbete som genomförts för verksamheterna inom äldreomsorg, funktionsstöd, kommunal primärvård och myndighetsenheten. Innehållet bygger bland annat på övergripande uppföljningar på enhets- och avdelningsnivå, analys utifrån inkomna rapporter samt kvalitets- och patientsäkerhetsdialoger.



3. Förvaltningens systematiska kvalitetsarbete

3.1. Organisation och ansvar

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Enligt 3 kap. 9 § patientsäkerhetslagen samt 7 kap 2§ p.1 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla uppgifter om hur ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat i verksamheten (se nedan tabell).



Vård- och omsorgsnämnden (VON) i Alingsås kommun bedriver hälso- och sjukvård inom verksamheterna äldreomsorg, funktionsstöd samt kommunal primärvård. Verksamheterna har en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) samt en socialt ansvarig samordnare (SAS) inom förvaltningen.

| Ansvarig: | Ansvarsområde: |
|--|---|
| Vård- och omsorgsnämnden (VON), vårdgivare | Yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har vårdgivaren som ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård, enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30; HSL), efterföljs av alla utförare i kommunen. Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för att skapa förutsättningar för och säkerställa att verksamheten arbetar med kvalitet på ett systematiskt sätt enligt lagar, föreskrifter och beslut. |
| Förvaltningschef | Förvaltningschef ansvarar för att kommunicera och omsätta nämndens övergripande strategier och mål till all berörd verksamhet samt organisera verksamheten utifrån givna mål och resurser. |
| Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) | Verksamhetschefen ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen respektive tandvårdslagen upprätthålls samt uppfylla de krav som anges enligt HSLF-FS 2021:43, användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. Vidare ansvarar verksamhetschefen för att vården organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och är av god kvalitet och främjar kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen ansvarar även för att säkerställa att kvalitetsarbetet bedrivs i enlighet med förvaltningens ledningssystem och gällande lagstiftning samt vidta åtgärder som behövs för att förebygga vårdskador. |
| Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) | MAS och MAR ansvarar för att säkerställa en god, säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård samt rehabilitering. MAS och MAR upprättar riktlinjer och rutiner för att kunna styra, följa upp samt utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet. MAS/MAR ansvarar även för att utöva kontroll av verksamheten samt för att samverka med verksamhetschef vid frågor som berör hälso- och sjukvården. MAS/MAR är ansvarig för bedömning av om en HSL-avvikelse är en så pass allvarlig händelse att den medfört allvarlig vårdskada eller kunnat medföra allvarlig vårdskada |

| | |
|---|--|
| | <p>(lex Maria) och därmed ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och/eller Läkemedelsverket vid allvarliga medicintekniska avvikelser.</p> <p>MAS ansvarar för att den årliga kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen upprättas.</p> |
| Socialt ansvarig samordnare (SAS) | <p>SAS har en övergripande och strategisk funktion för kvalitetsstyrning inom förvaltningens verksamhetsområden utifrån gällande lagar och föreskrifter i socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).</p> <p>SAS skall även säkerställa att dokumentationen förs i den omfattning som föreskrivs i lag och föreskrift samt ta emot och utreda rapporter enligt Lex Sarah kring missförhållanden eller risk för missförhållanden. Allvarliga missförhållanden ska anmälas vidare till Inspektionen för vård-och omsorg, IVO.</p> <p>SAS ansvarar för att den årliga kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen upprättas.</p> |
| Avdelningschef/ verksamhetschef privat regi | <p>Bedöma vilka processer, rutiner och aktiviteter som verksamheten behöver identifiera, kartlägga och fastställa för att uppfylla krav och mål. Avdelningschef ska också initiera och utföra riskanalyser inom sitt område, samt utöva egenkontroll. Årligen sammanställa och analysera avdelningens patientsäkerhetsarbete och redovisa detta till MAS/MAR.</p> |
| Enhetschef ansvar/chef privat regi | <p>Enhetschef ansvarar för att leda och utveckla verksamheten och se till att vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem med fastställda riktlinjer och rutiner är väl kända i verksamheten. Enhetschef för respektive område har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav som ställs på att patienten ska tillförsäkras en god och säker vård, utifrån hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen samt LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade).</p> <p>I enhetschefens hälso- och sjukvårdsansvar ingår att göra personal delaktig i patientsäkerhetsarbetet och rapportering av avvikelser samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso-och sjukvårdsuppgifter.</p> <p>Enhetschef ska kontinuerligt följa upp avvikelser som rör verksamheten enligt riktlinjen för avvikelshantering. Utvärdering av avvikelser i verksamheten ska leda till reflektion samt ligga till grund för det förbättringsarbete som ska öka patientsäkerheten i kommunen.</p> |
| Hälso- och sjukvårdspersonal | <p>Hälso- och sjukvårdspersonal ska ha kännedom om och arbeta efter gällande lagstiftning, mål, processer, riktlinjer och rutiner. Av patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår det att hälso- och sjukvårdspersonal ska bidra och samverka för en hög patientsäkerhet i det dagliga arbetet samt rapportera risker för vårdskador eller händelser som kunnat medföra eller har medfört skada. Legitimerad personal ansvarar också för att delegera arbetsuppgift till annan om det är förenligt med god och säker vård. Omsorgspersonal betraktas som hälso- och sjukvårdspersonal när de utför en åtgärd efter delegering från sjuksköterska, fysioterapeut eller arbetsterapeut.</p> |
| Medarbetare | <p>All personal har ett ansvar för att bidra till att en hög patientsäkerhet hålls genom att känna till och aktivt arbeta samt samverka utifrån nämndens mål och gällande lagstiftning, riktlinjer och rutiner.</p> |

3.2. Identifierade förbättringsområden 2025

I kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för 2024 identifierades två prioriterade förbättringsområden inför 2025; områden där vård- och omsorgsnämnden såg störst behov av fortsatt utveckling, med utgångspunkt i de resultat som framkommit av underlaget till kvalitets och patientsäkerhetsberättelsen.

Dessa två områden var:

- Implementering av handlingsplan för systematiskt kvalitetsarbete
- Öka följsamheten till kraven på dokumentation enligt lagar och föreskrifter

Utifrån ovan identifierade förbättringsområden togs en förvaltningsövergripande plan för egenkontroll fram, där fem kontrollpunkter fastställdes. Resultatet av dessa kontrollpunkter redovisas i avsnitt "5.1 Förvaltningens övergripande plan för egenkontroll".

3.3. Handlingsplan systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete

I februari 2024 fick förvaltningens dåvarande kvalitetsenhet i uppdrag av förvaltningschef att ta fram ett förslag på organisation och struktur för hur vård- och omsorgsförvaltningen ska säkerställa ett välfungerande systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete. Uppdraget omfattade att, utifrån nulägesanalys och identifierade brister i nämndens ledningssystem, ta fram förslag på förbättringsåtgärder – både akuta insatser och en långsiktig utvecklingsplan.

En handlingsplan med elva konkreta förbättringsåtgärder har under året tagits fram. Handlingsplanen beslutades i maj 2025 och tidsplanen för genomförandet av åtgärderna sträcker sig över perioden 2025–2027.

Vård- och omsorgsnämnden informerades om handlingsplanen samt om hur arbetet med att verkställa åtgärderna har bedrivits under 2025, vid nämndsammanträdet i december § 84/2025 VON.

| Nr. | Åtgärd: | Tidsplan: | Status: |
|-----|--|-----------|---------|
| 1 | Säkerställa introduktion och kompetensförsörjning kopplad till systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete (SOSFS 2011:9) | 2025 | ● |
| 2 | Införa återkommande kvalitetsdagar | 2026 | ○ |
| 3 | Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen ska göras känd i organisationen | 2026 | ○ |
| 4 | Ärshjul kring systematiskt kvalitetsarbete | 2025 | ● |
| 5 | Intensifiera och slutföra införandeprojekt processororienterat arbetssätt | 2025-2027 | ● |
| 6 | Genomföra egenkontroll av ledningssystemets styrande dokument | 2027 | ○ |
| 7 | Ta fram process/struktur för omvärldsbevakning | 2027 | ○ |
| 8 | Utveckla verksamhetens rutiner, arbetssätt och metodstöd gällande riskanalys | 2026 | ○ |
| 9 | Vidareutveckla arbetet med egenkontroller | 2025 | ● |
| 10 | Utveckla verksamhetens rutiner, arbetssätt och metodstöd gällande avvikelshantering och synpunkter och klagomål | 2026 | ○ |
| 11 | Införa strukturer för analysmöten kring kvalitetsarbetet | 2025 | ◐ |

Introduktion och kompetensförsörjning systematiskt kvalitetsarbete ●

Under året har utbildningsmaterial för introduktion i systematiskt kvalitetsarbete tagits fram och utbildning har genomförts för samtliga avdelningschefer och enhetschefer. Även metodutvecklare har deltagit, och introduktionen planeras att genomföras för specialistundersköterskor i februari. Introduktionen utgår från Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) och kopplas till förvaltningens pågående och planerade arbete för att stärka det systematiska kvalitetsarbetet. Planering av ytterligare utbildningsdelar har inletts, och återkommande introduktionstillfällen för nya chefer har planerats från 2026 och lagts in i årshjulet.

Årshjul systematiskt kvalitetsarbete ●

Att ta fram ett årshjul för systematiskt kvalitetsarbete har varit en åtgärd i handlingsplanen i syfte att skapa tydlighet, översikt och förutsägbarhet i när olika delar av kvalitetsarbetet ska genomföras under året. Årshjulet har upprättats i Plandisc och börjar gälla från årsskiftet. Det innehåller bland annat datum och perioder för analysmöten, egenkontroller samt introduktion i systematiskt kvalitetsarbete. En genomgång och information om årshjulet planeras att ges till chefer i början av 2026.

Processororienterat arbetssätt ●

Sedan 2022 pågår ett införandeprojekt kring processororienterat arbetssätt, vilket periodvis har pausats till följd av bland annat införande av nytt verksamhetssystem och IBIC. I handlingsplanen har åtgärden därför inkluderats med inriktning på att under perioden 2025–2027 intensifiera och slutföra införandet. Syftet är att stärka kvalitet och patientsäkerhet genom tydligare strukturer för ledning och styrning samt klargjord ansvarsfördelning och arbetssätt. Arbetet bedrivs enligt framtagna projektplan och har intensifierats under hösten, med pågående arbetsgrupper som tar fram processer i samverkan med projektledare.

Vidareutveckla arbetet med egenkontroller ●

Under våren 2025 togs en förvaltningsövergripande plan för egenkontroll fram med utgångspunkt i de prioriterade förbättringsområden som identifierats i nämndens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2024. Samtliga avdelningar och enheter har därutöver identifierat verksamhetsspecifika risker och upprättat egna egenkontrollpunkter (se avsnitt 5.1). En rutin för egenkontroll fastställdes i maj och kompletterande anvisningar för planering och uppföljning i Hypergene togs fram. Uppföljning av egenkontrollplanerna har skett månadsvis under hösten, med erbjudna workshops som stöd till chefer.

Införa strukturer för analysmöten kring kvalitetsarbetet ●

Införande av strukturer för analys av kvalitetsarbetet är en viktig åtgärd för att skapa systematik i identifiering, analys och åtgärd av brister i verksamhetens kvalitet. Genom strukturerade analysmöten möjliggörs kontinuerlig uppföljning och analys av resultat, vilket bidrar till att identifiera återkommande mönster och underliggande kvalitetsbrister samt ta fram relevanta åtgärder. Arbetet med att ta fram rutin för systematisk analys pågår, liksom metodstöd för analys av avvikelser, synpunkter och klagomål, egenkontroller samt riskanalyser. Manual och mall för analysrapporter i Hypergene planeras att tas fram, och tidsperioder för analysmöten har fastställts i årshjulet.

3.4. Reformering av kvalitetskrav till kvalitetsdeklarationer

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9), definieras kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Vård- och omsorgsnämnden har sedan 2014 antagit kvalitetskrav för särskilt boende, hemtjänst och kommunal primärvård (under en period även för funktionsstöd). Kraven anger en lägsta nivå för den vård och omsorg som ges och har utgått från de områden som Socialstyrelsen angett vara viktiga för att uppnå en god och säker vård och omsorg.

Ett arbete har under året inletts med att reformera nuvarande kvalitetskrav och istället införa så kallade kvalitetsdeklarationer. Syftet med kvalitetsdeklarationer är att beskriva vilken kvalitet som brukare, patienter eller anhöriga kan förvänta sig av en viss tjänst. Det är ett sätt att skapa ett mer tydligt, transparent och brukarfokuserat kvalitetsarbete, samt tydliggöra vad vård- och omsorgsförvaltningen erbjuder och vad som utlovas. Samtidigt förväntas kvalitetsdeklarationerna utgöra en grund för uppföljning och kvalitetsutveckling, då de gör det möjligt att mäta om verksamheten lever upp till sina löften. På så sätt är kvalitetsdeklarationer även ett viktigt stöd för att säkerställa god kvalitet, stärka förtroendet för verksamheten och skapa en mer rättssäker och likvärdig omsorg.

Kvalitetsdeklarationerna kommer att gälla för samtliga av vård- och omsorgsnämndens verksamheter och kommer att ersätta nuvarande modell. Reformeringen beräknas att vara färdigställd i mars och "Kvalitetsdeklarationer för vård- och omsorgsförvaltningen" kommer att redovisas till vård- och omsorgsnämnden i mars 2026.

4. Förvaltningens arbete utifrån kvalitetsområden

I detta avsnitt ges en redovisning av vård- och omsorgsförvaltningens arbete utifrån de områden som nämndens nuvarande kvalitetskrav innefattar; självbestämmande och integritet, helhetssyn och samordning, trygghet och säkerhet, kunskapsbaserad verksamhet, tillgänglighet och säker vård och omsorg.

4.1. Självbestämmande och integritet

Äldreomsorg:

I Socialstyrelsens brukarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" för 2025 deltog 356 brukare inom hemtjänsten, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 58 procent. Inom särskilt boende deltog 126 brukare, vilket motsvarar 40 procent av det totala antalet brukare i särskilt boende.

Resultatet från 2025 års undersökning visar överlag goda resultat avseende personalens hänsyn till den enskildes önskemål och synpunkter kring hur insatserna ska utföras. Dessa resultat ligger i nivå med eller över riksgenomsnittet. När det gäller möjligheten att påverka tidpunkten för stödet har resultaten för både hemtjänst och särskilt boende minskat något jämfört med tidigare år. För särskilt boende ligger resultatet under riksgenomsnittet. Detta kan indikera ett möjligt utvecklingsområde där verksamheten behöver se över rutiner och arbetssätt för att stärka den enskildes inflytande över stödets utformning.

| Nyckeltal | Verksamhet | 2023 | 2024 | 2025 | Riket |
|--|-----------------|------|------|------|-------|
| Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur insatsen ska utföras? (andel % som svarat Ja alltid, eller Ja, oftast) | Hemtjänst | 89 | 89 | 89 | 85 |
| | Särskilt boende | 87 | 82 | 78 | 78 |
| Brukar du kunna påverka vilka tider du får hjälp? (andel % som svarat Ja alltid, eller Ja, oftast) | Hemtjänst | 62 | 59 | 54 | 53 |
| | Särskilt boende | 60 | 61 | 53 | 58 |

En viktig aspekt av arbetet med att stärka den enskildes självbestämmande är att säkerställa delaktighet i samband med upprättandet av genomförandeplaner. Detta är ett område som i vårens dokumentationsgranskning har visat på varierande resultat och som därför behöver fortsatt uppmärksamhet. Inom avdelning hemtjänst har man under året haft återkommande dialogmöten med fokus på brukarnöjdhet och där delaktighet kring hur man önskar få sitt stöd utfört varit ett av dialogämnen.

Funktionsstöd:

Årets brukarundersökning inom funktionsstöd visar ett stort engagemang och ett högt deltagande bland brukarna. Totalt deltog 54 personer inom gruppboende (76 procent), 38 personer inom serviceboende (72 procent), 160 personer inom daglig verksamhet (72 procent) samt 12 personer inom personlig assistans (32 procent). Den relativt låga svarsfrekvensen inom personlig assistans indikerar ett behov av att utveckla metoder för att nå fler brukare i denna verksamhet.

Resultaten visar varierande upplevelser av självbestämmande. Inom gruppboende noteras en mindre ökning av andelen brukare som upplever att de får påverka viktiga beslut, medan serviceboende och daglig verksamhet uppvisar en liten nedgång.

| Nyckeltal | Verksamhet | 2023 | 2024 | 2025 | Riket |
|---|-------------------|------|------|------|-------|
| Får du bestämma om saker som är viktiga? (andel % som svarat "Ja") | Gruppbostad | 69 | 79 | 81 | - |
| | Servicebostad | 84 | 86 | 85 | - |
| | Daglig verksamhet | 84 | 89 | 86 | - |

För att stärka självbestämmande och delaktighet används genomförandeplanen som ett aktivt verktyg. Den utformas tillsammans med brukaren och säkerställer att den enskildes önskemål, behov och mål tas tillvara i vardagen. Kontinuerlig uppföljning och dialog gör det möjligt att anpassa insatserna, vilket i sin tur stärker brukarens inflytande över sin vardag.

Brukarråd och husmöten hålls vid de flesta enheter inom avdelning boende och arbete, vilket ger brukarna en strukturerad möjlighet att framföra synpunkter och önskemål, exempelvis kring aktiviteter och måltider. Verksamheten arbetar även med pedagogiskt förhållningssätt där utgångspunkten är att individen står i centrum och är huvudperson i sitt eget liv.

Brukarundersökningens resultat har också fungerat som utgångspunkt för ett strukturerat förbättringsarbete. Verksamheter har tillsammans med brukare och personal reflekterat över resultaten, identifierat prioriterade utvecklingsområden och påbörjat konkreta åtgärder för att stärka kvalitet, delaktighet och tillfredsställelse. Ett fortsatt fokus på både individuella genomförandeplaner och övergripande utvecklingsinsatser bedöms vara avgörande för att höja upplevd delaktighet inom alla verksamheter.

Inom verksamheterna korttidsvistelse och korttidsstillsyn enligt LSS har metodutvecklare tagit fram ett bildstödsmaterial som syftar till att underlätta för barnen att själva uttrycka sina upplevelser och synpunkter kring insatsen. Materialet har framför allt använts för att inhämta barnens synpunkter i samband med upprättandet av barnkonsekvensanalyser. Detta har bidragit till att stärka barnens delaktighet och samtidigt gett verksamheten värdefull återkoppling. Med stöd av materialet har det framkommit att barnen generellt trivs i verksamheten och med personalen, samtidigt som flera barn har uttryckt önskemål om fler utflykter och ökade möjligheter till lek. Detta har lett till att verksamheten har investerat i ytterligare lekmaterial samt utökat planeringen av utflykter.

Inom avdelning boende och arbete har ett av de centrala utvecklingsområdena varit att öka självständigheten genom användning av digitala hjälpmedel, framför allt genom digitala kommunikationstavlor. Genom detta verktyg har brukare fått bättre stöd i att planera, strukturera och påminnas om sina aktiviteter, vilket har ökat självständigheten i vardagliga rutiner. Inom daglig verksamhet har arbetet fortsatt att utvecklas under året. Verksamheten Kungegården, som varit med från start, är den verksamhet som kommit längst i arbetet med digitala kommunikationstavlor och för deltagarna är tavlan i dag ett naturligt inslag i deras vardag i verksamheten. Implementeringen av tavlorna har ökat den enskildes självbestämmande genom att val av aktiviteter har blivit tydligare. Deltagarna har full tillgång till tavlan under hela dagen och kan självständigt trycka på aktiviteter och få information om dessa med bildstöd. Detta gör aktiviteterna mer förutsägbara och tydliga och minskar behovet av personalens inblandning. Även delaktigheten har ökat. Kommunikationstavlorna har talsyntes, vilket skapar möjligheter för deltagare som har svårigheter att uttrycka sig verbalt. De har även en tillhörande app som kan laddas ner till den privata mobilen, vilket gör det möjligt för deltagarna att förbereda sig hemifrån samt följa verksamheten även utanför den dagliga verksamheten.

Kommunal primärvård:

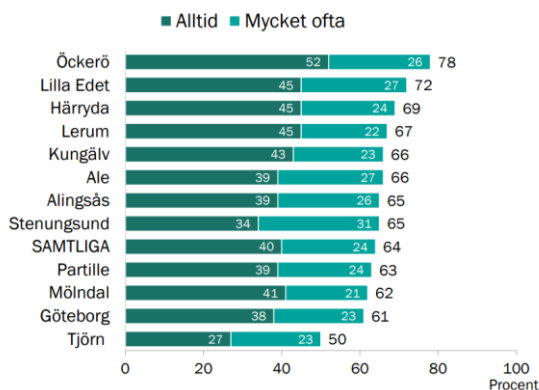
En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.



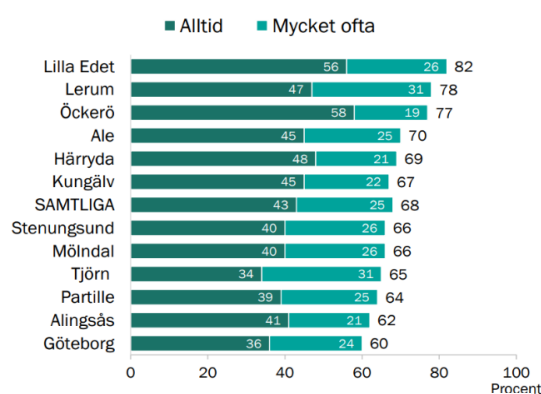
Inom kommunal primärvård finns numera en inskrivningssjuksköterska och sedan senhösten även motsvarande funktion på rehabenheten. Deras fokusområde är att direkt vid inskrivning till kommunal primärvård fånga upp behovet samt skapa en plan tillsammans med patient och dennes närstående. Patientansvarig sjuksköterska försöker om möjligt att dokumentera i samband med hembesök för att stärka personcentreringen och delaktigheten för den enskilde.

Göteborgsregionen genomför varje år under hösten en patientenkät där de patienter som bor i ordinärt boende och som är inskrivna i kommunal primärvård deltar. Resultatet av 2024 års undersökning, som publicerades i april 2025, visar att patienter upplever en god delaktighet i sin vård i Alingsås kommun. Samtidigt visar resultatet att vi behöver i större grad säkerställa att patienterna känner sig lyssnade på. Som ett komplement till patientenkäten genomför Göteborgsregionen även en mätning riktad till legitimerad personal för att belysa det personcentrerade arbetssättet ur ett medarbetarperspektiv. I Alingsås kommun upplever 74 procent av personalen att verksamheten arbetar i ganska stor till mycket stor utsträckning personcentrerat. Detta är ett förhållandevis lägre resultat jämfört med övriga deltagande kommuner i regionen.

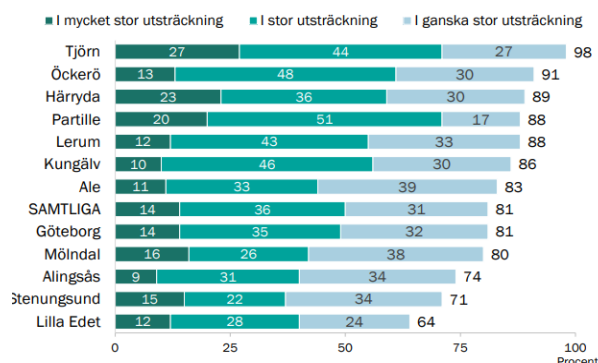
Under 2026 fortsätter kommunal primärvård arbetet med att stärka personcentreringen. Genom tydligare kommunikation ska patienternas trygghet och delaktighet öka. Detta förväntas även leda till en effektivare vårdprocess och nöjdare patienter.



"Jag är delaktig i beslut om min vård i hemmet i den utsträckning som jag vill"



"Jag får tillräckligt med tid för att säga det jag vill till personalen om sådant som rör min vård"



Hur personcentrerad tycker legitimerad personal att vården är 2024?

4.2. Helhetssyn och samordning

Teamsamverkan:

Teamsamverkan tillämpas enligt gällande rutiner inom både hemtjänst och särskilt boende och upplevs i huvudsak vara implementerad i verksamheten. Arbetet fokuserar på dialog kring avvikelser, riskbedömningar och uppföljning inom ramen för Senior Alert. Specialistundersköterskor deltar numera i teamsamverkan, vilket har stärkt helhetsbilden och underlättat planering och uppföljning. Teamsamverkan bidrar till kvalitet och patientsäkerhet genom flera olika professioners gemensamma bedömningar och beslut. Under året har mötesformer setts över för att öka delaktigheten, där digitala möten via Viducue har förbättrat tillgänglighet samt bidragit till ökad följsamhet till rutinen. Samtidigt finns behov av att revidera rutinen, bland annat avseende ansvar för dokumentation och för att säkerställa att den stödjer samtliga verksamheter, inklusive funktionsstöd, som ännu inte kommit igång fullt ut med teamsamverkan. Arbetet med revideringen planeras att genomföras under våren 2026.

Äldreomsorgens resursteam:

Avdelning hemtjänst har sedan tidigare haft ett resursteam som kunnat stötta andra enheter vid personalbrist eller vid behov av stöd i mer komplexa ärenden. Under 2025 har resursteamet utvecklats till att omfatta hela äldreomsorgen. I och med införandet av FAVO och differentieringen av arbetsuppgifter har behovet av erfarna undersköterskor ökat. Resursteamet består idag av undersköterskor med relevant utbildning och flera delegationer, vilket möjliggör snabb och kvalificerad förstärkning vid behov. De har god kännedom om verksamheterna, vilket ger effektivt stöd och bidrar till hög kvalitet. Inom särskilt boende startade resursteamet i september 2025.

Resursteamets arbete ligger i linje med nämndens mål om att minska andelen timanställda. Antalet årsarbetare i timanställningar minskade från cirka 70 i september till 30 i november, och inom hemtjänsten uppgår de till cirka 17 per månad. Minskningen av timanställda har inneburit tydliga kvalitetsvinster, då fler erfarna undersköterskor bemannar verksamheterna, samtidigt som arbetsmiljön för ordinarie personal har förbättrats.

Inskrivningssjuksköterska

Under 2025 så beslutades det att funktionen inskrivningssjuksköterska skulle bli permanent. Rollen och arbetssättet har fallit väl ut enligt utvärdering, en uppskattad funktion sett ur både patient- och medarbetarperspektiv. Inskrivningssjuksköterska har bland annat bidragit till att patienternas delaktighet ökat och inskrivningarna i kommunal primärvård har kvalitetssäkrats. I samband med inskrivningssamtalet ges patient tillsammans med anhörig möjlighet att påverka sin fortsatta vård genom ett personligt möte i boendet. Under första mötet görs riskbedömningar som registreras i kvalitetsregister, samtycken inhämtas, eventuella fullmakter fylls i. En inskrivning är tidskrävande och genom att ha en sjuksköterska som enbart fokuserar på inskrivningsprocessen säkerställs det att vården blir mer jämlik och att eventuella risker kan åtgärdas snabbare. Sjuksköterskor på distrikt frigörs och kan fokusera på annat redan pågående patientarbete.

Införande av administrativa samordnare

Från och med den 15 september 2025 infördes en ny organisationsstruktur inom hemtjänsten där administrativa samordnare anställdes med ett renodlat administrativt uppdrag. Detta innebär en förändring från tidigare, då undersköterskor kombinerade omvårdnadsarbete med samordnarpuppdrag. För att säkerställa en god och patientsäker planering finns ett tydligt samarbete mellan administrativ samordnare och undersköterska. Syftet med den nya organisationen är att tydliggöra roller och ansvar samt möjliggöra att varje profession kan fokusera på sitt kärnuppdrag. Genom att undvika dubbla uppdrag skapas bättre förutsättningar för kontinuitet, tillgänglighet och ökad säkerhet för brukarna.

Gemensam äldreomsorg

Under året har ett arbete påbörjats för att skapa en gemensam äldreomsorg för särskilt boende och hemtjänst. Satsningen syftar till att stärka kvaliteten och kontinuiteten i vården genom bättre samordning av resurser och kompetens. Arbetet med en gemensam äldreomsorg och samordningen mellan enheterna förväntas bidra till mer effektiv resursanvändning och tydligare kommunikation, vilket både förbättrar kvaliteten och arbetsmiljön för personalen. Sammantaget bidrar satsningen till tryggare, mer sammanhållen vård och ökad kvalitet för brukarna.

Intern samverkan inom LSS

Den interna samverkan mellan verksamheterna inom avdelning boende och arbete har förbättrats jämfört med tidigare. Samplanering av personalresurser har påbörjats och gemensamma utbildningsinsatser har genomförts. Under 2026 planeras även gemensamma APT-möten och utbildningar för verksamheterna, vilket bedöms skapa förutsättningar för en tätare samverkan samt stärka teamkänslan mellan enheterna. Även samverkan mellan daglig verksamhet och bostad med särskild service har ökat, särskilt i arbetet med komplexa ärenden. Detta har bidragit till en mer samordnad och sammanhållen helhetssyn kring individens behov, förbättrad informationsöverföring samt tydligare gemensamma strategier i det dagliga stödarbetet.

4.3. Trygghet och säkerhet

En grundläggande förutsättning för en trygg och säker vård och omsorg är en god säkerhetskultur. Detta innebär att patientsäkerhet och kvalitet genomsyrar hela verksamheten, från ledning till medarbetare, och att det finns en gemensam förståelse för ansvar, rutiner och regelverk. En god säkerhetskultur förutsätter att risker, avvikelser och missförhållanden uppmärksammas, rapporteras och följs upp systematiskt samt att erfarenheter används för lärande och ständiga förbättringar. Det är också viktigt att de som verksamheten är till för — våra patienter och brukare — känner sig trygga i sin vård och omsorg.



Skydds- och begränsningsåtgärder

Förvaltningen har identifierat behov av att revidera gällande riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder samt att förtydliga arbetet med upprättande och uppföljning av handlingsplaner. Vidare finns behov av att stärka kompetensen hos chefer och medarbetare kring gällande regelverk. En av årets lex Sarah-anmälningar till IVO berörde dessutom en otillåten begränsningsåtgärd. Mot denna bakgrund föreslås skydds- och begränsningsåtgärder prioriteras som ett förbättringsområde under 2026.

Införande av välfärdsteknik

År 2025 har varit ett intensivt år när det gäller införande och planering av ny välfärdsteknik. De genomförda insatserna utgör en del av ett strategiskt arbete som syftar till att öka tryggheten för den enskilde, effektivisera arbetsprocesser samt skapa bättre förutsättningar för en säker och kvalitativ omsorg. Arbetet samordnas av förvaltningens utvecklingsledare för digitalisering.

Trygghetsskapande teknik/sensorlarm: Under året har införande av ny trygghetsskapande teknik påbörjats inom särskilt boende genom succesivt införande av sensorteknik kopplad till trygghetslarm. Arbetet sker i projektform och syftar till att öka den upplevda tryggheten för den enskilde, minska onödig störning och samtidigt stärka patientsäkerheten.

Digitala lås: Införandet av digitala lås drivs som ett projekt inom hemtjänst och syftar till att öka säkerheten kring tillträde, minska risken med nyckelhantering samt effektivisera arbetsprocesser för personal, med bibehållen eller ökad trygghet för brukare.

Läkemedelsautomater: Förvaltningen har under hösten 2025 påbörjat planering inför implementering av läkemedelsautomater, inom i första hand äldreomsorg. Läkemedelsautomater införs i syfte att stärka läkemedelssäkerheten samt är ett led i att öka den enskildes självständighet. Införandet syftar även till att avlasta personal, vilket skapar bättre förutsättningar för en effektiv och kvalitativ vård och omsorg.

Beredskapssamordning

Under beredskapsveckan (vecka 39) skickade förvaltningen ut en informationsfolder till samtliga brukare med hemtjänstinsatser. Informationen handlade om vikten av egen hemberedskap. Bedömningen var att brukare inom hemtjänsten utgör en särskilt viktig målgrupp för denna typ av information, och utskicket syftade till att säkerställa att alla brukare fick tillgång till likvärdig och tillgänglig information, utöver den informationsspridning som under veckan skedde via kommunens digitala kanaler. En nödvattenövning genomfördes på en avdelning vid ett särskilt boende under tre dagar. Övningen simulerade avbrott i vattenförsörjningen för att ge personalen möjlighet att öva alternativa arbetssätt. Brukarna involverades genom användning av engångsartiklar vid måltider, och personalen anpassade morgonarbetet för att säkerställa tillgång till varmt vatten och personlig hygien.

Äldreomsorg:

Resultatet från brukarundersökningen visar att en hög andel av brukarna inom äldreomsorgen uppger att de känner sig trygga på sitt boende eller hemma med stöd av hemtjänsten. Resultatet ligger dessutom över genomsnittet för riket, vilket är positivt.

| Nyckeltal | Verksamhet | 2023 | 2024 | 2025 | Riket |
|--|-----------------|------|------|------|-------|
| Hur tryggt eller otryggt känns det att bo hemma med stöd från hemtjänsten/på ditt äldreboende? (andel % som svarat "Mycket tryggt" eller "Ganska tryggt") | Hemtjänst | 87 | 87 | 87 | 85 |
| | Särskilt boende | 88 | 90 | 92 | 86 |
| Har du besvär av ångslan, oro eller ångest? (andel % som svarat "Ja, svåra besvär") | Hemtjänst | 8 | 8 | 10 | 6 |
| | Särskilt boende | 12 | 5 | 8 | 11 |

Samtidigt visar resultaten att andelen brukare som uppger att de har svåra besvär av ångslan, oro eller ångest har ökat jämfört med tidigare år. Jämfört med riket ligger hemtjänstens resultat även något högre. Mot bakgrund av detta har avdelning hemtjänst, genom förebyggandeenheten, samverkat med Kultur- och utbildningsförvaltningen för att möjliggöra fler aktiviteter i syfte att motverka ofrivillig ensamhet och främja psykiskt välbefinnande. En insats som genomförts under året var en gemensam seniordag, där introduktion till olika aktiviteter samt samverkan med föreningslivet erbjöds i Nohagas lokaler (parkbadet, slottet och ishallen). Under dagen genomfördes även föreläsningar.

Kubinol

Under året har förebyggandeenheten inom avdelning hemtjänst arbetat med att implementera KUBINOL-modellen (KUnskapsBaserad utveckling av Insatser för att uppnå önskad Nyttä och skapa Organisatoriskt Lärande). Arbetssättet syftar till att säkerställa att insatser utformas utifrån målgruppens behov samt bästa tillgängliga kunskap, vilket bidrar till ökad kvalitet, trygghet och säkerhet för brukarna. Förebyggandeenheten använder modellen med processtöd och handledning från Göteborgsregionen (GR), främst i utvecklingen av träffpunktsverksamheten. Arbetet syftar till att planera, följa upp och utvärdera insatser vilket bidrar till att skapa trygga och säkra mötesplatser som främjar delaktighet, förebygger ohälsa och stärker äldres upplevda trygghet.

Funktionsstöd:

Resultaten från brukarundersökningen inom funktionsstöd visar varierande resultat gällande brukarnas upplevelse av trygghet med personalen. På gruppboende har tryggheten ökat något, medan den är oförändrad på serviceboende och har försämrats något inom daglig verksamhet. Inom personlig assistans uppger endast hälften av de svarande att de känner sig trygga med all personal, vilket utgör ett tydligt utvecklingsområde. Med tanke på den relativt låga svarsfrekvensen bör resultaten tolkas med försiktighet, men det understryker ändå behov av fortsatt arbete för att stärka brukarnas upplevelse av tryggheten med sin personal. När det gäller rädsla visar resultatet en viss positiv utveckling, där fler brukare uppger att de aldrig är rädda hemma.

För att ytterligare öka tryggheten arbetar avdelningen boende och arbete aktivt med alternativ och kompletterande kommunikation (AKK). Genom att säkerställa tydlig information och instruktioner minskar risken för missförstånd och felaktigheter, vilket bidrar till en tryggare vardag för brukarna.

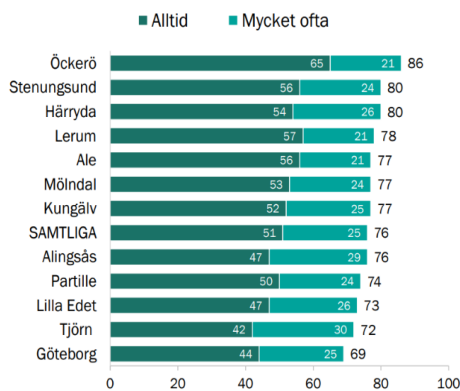
| Nyckeltal | Verksamhet | 2023 | 2024 | 2025 | Riket |
|---|---------------------|------|------|------|-------|
| Känner du dig trygg med personalen? (andel % som svarat "Alla") | Gruppboende | 79 | 81 | 83 | - |
| | Serviceboende | 77 | 74 | 74 | - |
| | Daglig verksamhet | 85 | 87 | 81 | - |
| | Personlig assistans | 89 | I.U | 80 | - |
| | Boendestöd | I.U | I.U | 75 | - |
| Är du rädd för något hemma/på din dagliga verksamhet? (andel % som svarat "Aldrig") | Gruppboende | 60 | 60 | 63 | - |
| | Serviceboende | 72 | 68 | 68 | - |
| | Daglig verksamhet | 76 | 73 | 74 | - |

Kommunal primärvård:

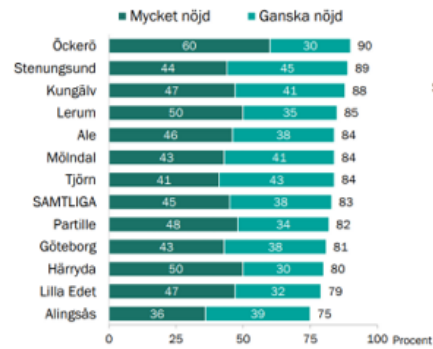
Kommunal primärvård har under året bedrivit ett systematiskt arbete med fokus på att stärka tryggheten och patientsäkerheten för den enskilde. Genom aktiv avvikelshantering i MedControl PRO har brister i samverkan med externa vårdgivare som sjukhus och vårdcentraler kunnat identifieras och åtgärdas. Parallellt har verksamheten kvalitetssäkrat inskrivningsprocessen och förtydligat rutinerna för antibiotikaanvändning i hemmet, där riskbedömningar nu utgör en central del i att säkerställa patientsäkerheten. Vidare har utbildningsinsatser genomförts inom dokumentation av riskbedömningar samt vård i livets slut. En välfungerande teamsamverkan har bidragit till mer träffsäkra beslutsunderlag och insatser för den enskilde.

Resultatet från Göteborgsregionens patientenkät 2024 visar att förtroendet för personalen inom den kommunala primärvården i Alingsås kommun är högt, vilket skapar en viktig trygghet för den enskilde. Totalt är 75 procent av de svarande ganska eller mycket nöjda med vården. Samtidigt visar enkäten på tydlig förbättringspotential då Alingsås resultat ligger lägst bland de deltagande kommunerna i regionen.

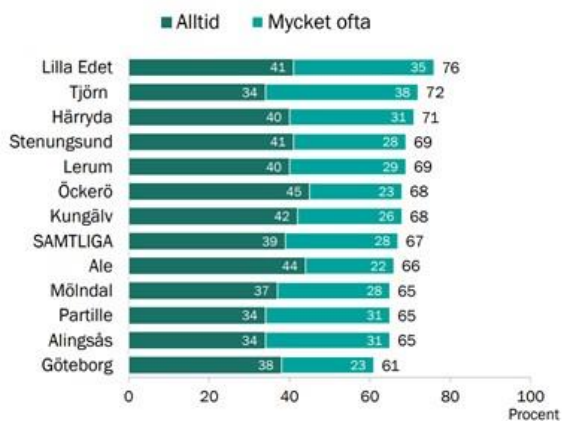
Särskilda utvecklingsområden som identifierats rör personalens tillgång till patientinformation samt förmågan att anpassa vården efter patientens aktuella mående. Det bör dock noteras att svarsfrekvensen i kommunen var 38 procent (112 svar), vilket är en minskning mot föregående år. Det låga deltagandet innebär en statistisk osäkerhet som gör det svårt att dra helt tillförlitliga slutsatser, men resultatet fungerar som en viktig indikator för det fortsatta kvalitetsarbetet.



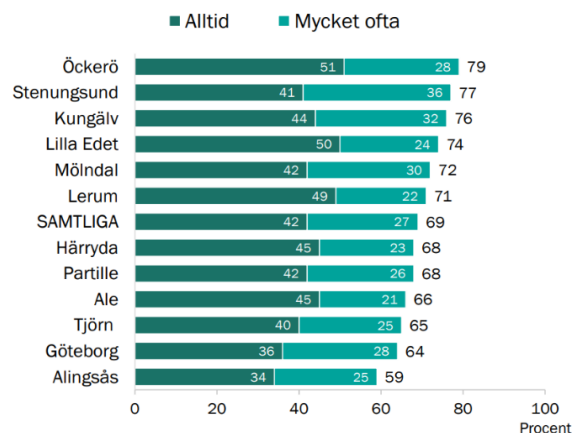
"Jag har förtroende för personalen"



Andel patienter som är ganska eller mycket nöjda med den kommunala primärvården



"Personalen har tillräckligt med information om mig och det som ska göras."



"Personalen anpassar vården efter hur jag mår"

4.4. Kunskapsbaserad verksamhet

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Det är av vikt att yrkeskompetens och kunskap om bland annat patientsäkerhet säkerställs genom kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer.



Introduktion i systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Som nämnts har utbildningar genomförts för samtliga avdelningschefer och enhetschefer gällande systematiskt kvalitetsarbete. Även metodutvecklare har deltagit, och introduktionen planeras att genomföras för specialistundersköterskor i februari. Introduktionen utgår från Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) och kopplas till förvaltningens pågående och planerade arbete för att stärka det systematiska kvalitetsarbetet.

Förvaltningsövergripande ombudsmodell

Arbetet med att färdigställa ombudsmodellen fördröjdes under året men slutfördes av ledningsgruppens representanter under sommaren. Syftet med modellen är att skapa former för strategisk och kontinuerlig kompetensutveckling inom vård- och omsorgsförvaltningens samtliga avdelningar. Ombudsmodellen omfattar flera kompetensområden, bland annat hygien, vård i livets slut och dokumentation. Samtliga enhetschefer fick information och genomgång av modellen i samband med chefsdagen i september. Ombudsmodellen träder

i kraft den 1 januari 2026 och att förankra den förvaltningsövergripande ombudsmodellen i verksamheten är en prioriterad del i det fortsatta arbetet under 2026.

Utbildningssjuksköterska

Under 2025 har fem basutbildningar genomförts för omsorgspersonal, inklusive privata utförare. Utöver basprogrammet har riktade utbildningar givits inom bland annat palliativ vård och PEG-hantering. Totalt genomfördes 90 utbildningstillfällen med 993 deltagare. Utbildningssjuksköterskan har även medverkat vid APT, planeringsdagar och i arbetet med åtgärdsplaner efter avvikelser. Särskilda sommarutbildningar i hygien och omvårdnad har även genomförts för vikarier. Inför 2026 initieras ett närmare samarbete med förebyggandeenheten för att i högre grad fokusera på proaktiva utbildningsinsatser. Utbildningssjuksköterskan har även under året inlett ett nära samarbete med SAS och MAS gällande framtagandet av åtgärdsplaner utifrån Lex Sarah- och Lex Maria-utredningar. Detta samarbete säkerställer att identifierade brister leder till konkreta kompetenshöjande insatser i verksamheten.

Omställning nya SoL

Under året har förvaltningen genomfört förberedelser inför omställningen till den nya socialtjänstlagen, som trädde i kraft den 1 juli 2025. Som en del i arbetet har underlag gällande undantag från dokumentationskraven för insatser utan behovsprövning tagits fram och fastställdes av vård- och omsorgsnämnden i juni, §32/2025 VON. För att samordna implementeringen av den nya lagen har en förvaltningsövergripande samordnare för den nya socialtjänstlagen anställts sedan januari 2026. Samordnarens uppdrag omfattar att driva omställningsarbetet samt ansvar för att samordna arbetet till en förebyggande, lättillgänglig, jämlik och kunskapsbaserad vård och omsorg i Alingsås kommun. Omställningsarbetet fortsätter löpande med fokus på att den nya socialtjänstlagen ska bidra till ökad kvalitet, patientsäkerhet och trygghet för kommunens invånare. Uppföljningar sker kontinuerligt för att identifiera områden där ytterligare stöd eller förbättringar krävs.

Yrkesresan

Implementeringen av Yrkesresan för funktionsstöd fortlöper enligt plan och utvecklas framgångsrikt. Vid uppstarten identifierades 429 tillsvidareanställda medarbetare som skulle genomgå utbildningen. Yrkesresan påbörjades i januari 2025 med en introduktionsutbildning och i dagsläget har 318 medarbetare genomfört denna. Den enda kommunen inom Göteborgsregionen (GR) där fler medarbetare har genomfört introduktionsutbildningen är Göteborgs Stad. Majoriteten av medarbetarna beräknas ha genomfört samtliga av de kurser som ingår i Yrkesresans basutbud senast hösten 2026. I september 2025 inledde projektgruppen arbetet med att utforma en förvaltarorganisation för Yrkesresans utbildningspaket. En pilotperiod för förvaltarorganisationen planeras till april 2026, med målsättningen att organisationen ska vara fullt etablerad under hösten 2026. Projektet planeras att avslutas i december 2026, varefter Yrkesresans utbildningspaket kommer att följas upp och erbjudas inom ramen för förvaltarorganisationen.

Under hösten startades även en samverkansgrupp inom Göteborgsregionen, med representanter från samtliga GR-kommuner, inför uppstarten av Yrkesresan för äldreomsorg. I Alingsås har beslut fattats om att tills vidare avvakta implementeringsstart och att fatta ett nytt beslut om tidplan under hösten 2026.

Fler anställda inom vård- och omsorg, FAVO

Göteborgsregionen (GR) har beslutat om en gemensam karriärvägsmodell i äldreomsorgen, som tagits fram av Branschråd äldreomsorg. Karriärvägsmodellen har under året implementerats inom ramen för projekt FAVO, fler anställda inom vård- och omsorg. Arbetet har genomförts i samverkan med GR med fokus på både arbetsdifferentiering och att pröva en mentorskapsmodell. Ett centralt fokusområde har varit att tydliggöra och differentiera arbetsuppgifter utifrån karriärvägsmodellen och inom äldreomsorgen finns numera fyra

tydligt definierade yrkeskategorier: biträde, vårdbiträde, undersköterska och specialistundersköterska. Projektet är nu avslutat och samtliga verksamheter inom äldreomsorgen, såväl interna som externa, arbetar utifrån en fastställd matris för arbetsuppgifter utifrån respektive yrkeskategori. Arbeta pågår med att finjustera arbetssätt samt genomföra uppföljningar för att identifiera situationer eller moment som kan vara särskilt utmanande att lösa.

Kompetens- och karriärvägsmodellen

Under året har Alingsås kommun vidareutvecklat de kompetensmodeller för legitimerad personal som tagits fram i ett pilotprojekt inom Göteborgsregionen (GR). Syftet är att attrahera nya medarbetare till kommunal hälso- och sjukvård och behålla erfarna och engagerade medarbetare genom tydliga utvecklingsmöjligheter inom verksamhetens ekonomiska ramar. Alingsås kommun har arbetat vidare med de grundmodeller som GR presenterat för att anpassa modellerna på en mer detaljerad nivå inom Alingsås kommun, efter befintliga utbildningar, ansvarsområden och krav på kompetens. En "kompetenskartan" som beskriver en stegindelning har tagits fram och medarbetare och chefer har börjat kartlägga kompetens bland medarbetare inför stegtillhörighet. Materialet har än så länge endast testats inför eventuellt skarpt införande under år 2026 eller 2027.

Äldreomsorgslyftet

Äldreomsorgslyftet har under 2025 använts för att möjliggöra kompetensutveckling inom äldreomsorgen genom utbildningar till vårdbiträde och undersköterska. I samverkan med Campus har dessa utbildningar genomförts samt utbildning och stöd till språkbud. Under 2025 har totalt 38 medarbetare inom äldreomsorgen, såväl internt som externt, påbörjat utbildning till vårdbiträde eller undersköterska. Därutöver har sex medarbetare påbörjat utbildning till specialistundersköterska. Medel från Äldreomsorgslyftet har även använts för att finansiera BPSD-utbildning för medarbetare inom både särskilt boende och hemtjänst. Samtliga specialistundersköterskor har dessutom genomgått administratörsutbildning i BPSD.

I budgetpropositionen för 2026 föreslår regeringen att Äldreomsorgslyftet förlängs till 2027 och utvidgas så att även personal i LSS-verksamhet får en motsvarande möjlighet till kompetensutveckling på arbetstid. Regeringen avser även vidga Äldreomsorgslyftet så det blir möjligt att använda medel för bland annat arbete med språkutvecklande arbetsplatser¹.

Lingio

Under 2025 har förvaltningen fortsatt samverkan med Lingio, ett digitalt verktyg för språkutveckling, för att säkerställa en kunskapsbaserad och patientsäker verksamhet. Lingio erbjuder medarbetare som vill stärka sina kunskaper i yrkessvenska, och användandet är frivilligt. Under året har 19 medarbetare deltagit. Insatsen är särskilt relevant mot bakgrund av de ökade språkrav som ställs inom äldreomsorgen. Goda kunskaper i svenska är en grundläggande förutsättning för att kunna tillgodose brukarnas behov, säkerställa korrekt informationsöverföring och bidra till ett tryggt och respektfullt bemötande.

Behovet av språkutvecklande insatser har ökat i takt med att kraven på språklig kompetens har tydliggjorts och svenska språkkunskaper i allt större utsträckning utgör en förutsättning för anställning. I betänkandet SoU 2024:78² föreslås införande av språkrav för personal inom äldreomsorgen i syfte att säkerställa att medarbetare har tillräckliga kunskaper i

¹ Satsningar på omsorgen av äldre, pressmeddelande från Socialdepartementet 2025-09-24

² Statens offentliga utredning – Ett språkrav för språkutveckling

svenska för att kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett säkert och kvalitativt sätt. Enligt regeringens budgetproposition för 2026 ska dessa krav träda i kraft den 1 juli 2026³.

Förvaltningen ser en risk kopplad till införandet av de föreslagna språkraven, då utmaningar kan uppstå vid anpassning och genomförande. Därför bedöms fortsatt satsning på strukturerade och kunskapsbaserade språkutvecklingsinsatser som avgörande för att möta framtida krav samt upprätthålla hög kvalitet och patientsäkerhet. Mot denna bakgrund föreslås att språkraven inom äldreomsorgen prioriteras som ett identifierat förbättringsområde under 2026.

Anställning av specialistundersköterskor

Kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen har stärkts genom anställning av specialistundersköterskor. Genom denna satsning höjs den samlade kompetensen inom äldreomsorgen och förutsättningar skapas för en mer kunskapsbaserad vård. En uppdragsbeskrivning för specialistundersköterskor har tagits fram och implementerats i verksamheterna. Gemensamma möten har genomförts där ansvariga chefer tydliggjort uppdragets innehåll, syfte och förväntningar. Specialistundersköterskornas uppdrag har successivt utvecklats och utökats, med särskilt fokus på handledning, kompetensutveckling och stöd i det dagliga arbetet.

Fast omsorgskontakt

Inom avdelning hemtjänst har varje hemtjänsttagare en fast omsorgskontakt för att skapa kontinuitet samt för att stärka den enskildes trygghet och säkerhet. En utbildning (e-learning) kring uppdraget som fast omsorgskontakt har tagits fram och genomförts av samtliga medarbetare med uppdrag som fast omsorgskontakt. Uppdraget har även förtydligats och nya rutiner finns upprättade. Att förtydliga och förankra uppdraget som fast omsorgskontakt kommer att ha fortsatt fokus under 2026.

Medarbetardagar

Avdelningen för personlig assistans och stöd har under året arrangerat återkommande medarbetardagar för samtliga medarbetare. Medarbetardagarna har haft ett tydligt fokus på kvalitet, samarbete och gemensam utveckling i verksamheten. Innehållet har varierat och anpassats utifrån aktuella utvecklingsområden samt verksamheternas behov. Medarbetardagarna har utgjort en viktig arena för kompetensutveckling och erfarenhetsutbyte. Under dagarna har personalen erbjudits utbildningsinsatser och workshops inom bland annat Yrkesresan, basala hygienrutiner, social dokumentation, arbete i verksamhetssystemet Combine samt olika föreläsningar med relevans för uppdraget. Även vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott, förvaltningschef och kommundirektör har under året deltagit genom besök vid medarbetardagarna, vilket har bidragit till ökad förståelse för verksamhetens innehåll och pågående utvecklingsarbete.

Konceptet kring medarbetardagarna kommer att presenteras på Mötesplats Funktionsstöd i april 2026, där avdelningen blivit inbjuden för att bland annat berätta om erfarenheterna av medarbetardagarna som en metod för kompetensutveckling och kvalitetsarbete.

³ [Satsningar på omsorgen av äldre, pressmeddelande från Socialdepartementet 2025-09-24](#)

4.5. Tillgänglighet

| Nyckeltal | Verksamhet | 2023 | 2024 | 2025 | Riket |
|---|-----------------|------------------|------|------|-------|
| Hur lätt eller svårt är det att få kontakt med personalen vid behov? (andel % som svarat "Mycket lätt" eller "Ganska lätt") | Hemtjänst | 87 | 86 | 82 | 75 |
| | Särskilt boende | 86 | 85 | 83 | 80 |
| Brukar du träffa din fasta omsorgskontakt i hemtjänsten (andel % som svarat "Ja, ofta") | Hemtjänst | I.U ¹ | 24 | 20 | 31 |
| Hur lätt eller svårt är det att få träffa en sjuksköterska vid behov (andel % som svarat "Mycket lätt" eller "Ganska lätt") | Särskilt boende | 66 | 72 | 69 | 74 |

Fast omsorgskontakt

I samband med att den nya Socialtjänstlagen (2025:400) trädde i kraft den 1 juli 2025 infördes krav på att personer med hemtjänst ska erbjudas en fast omsorgskontakt, om det inte bedöms som uppenbart obehövt. Den fasta omsorgskontakten ska tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg samt samordning vid verkställandet av hemtjänstinsatser (10 kap 7§). Samtliga brukare inom hemtjänsten har enligt enhetscheferna en utsedd första och andra fast omsorgskontakt. Detta följs upp månadsvis av respektive enhetschef. Resultatet från 2025 års brukarundersökning visar att andelen brukare som uppger att de ofta träffar sin fasta omsorgskontakt har minskat jämfört med tidigare år. Resultatet ligger även under riksgenomsnittet, vilket indikerar ett förbättringsbehov inom området tillgänglighet och kontinuitet. För att stärka tillgängligheten och underlätta kontakten mellan brukare och fast omsorgskontakt har avdelning hemtjänst under året tagit fram ett informationsblad riktat till brukare. Informationsbladet innehåller uppgifter om vem som är första och andra fast omsorgskontakt samt kontaktuppgifter till dessa, liksom kontaktuppgifter till administrativ samordnare och enhetschef. Syftet är att tydliggöra ansvarsfördelning och skapa bättre förutsättningar för brukare att enkelt komma i kontakt med sin fasta omsorgskontakt.

Tillgänglighet – kontakt med sjuksköterska

Resultatet från 2025 års brukarundersökning visade att andelen brukare inom särskilt boende som uppger att det är lätt att få träffa en sjuksköterska vid behov minskat jämfört med tidigare år. Resultatet ligger även under riksgenomsnittet. Som åtgärd har telefonväxeln tagits bort som enda kontaktväg, vilket innebär att patienter och anhöriga nu kan nå sjuksköterska direkt per telefon. Tidigare var telefonväxeln den enda möjligheten att få kontakt, och återkoppling från verksamheterna visar att patienter och anhöriga nu alltid får snabb återkoppling. Detta har ökat tillgängligheten och förbättrat kommunikationen med sjuksköterskorna.

Ökad tillgänglighet på myndighetsavdelningen

För att öka tillgängligheten inom myndighetsavdelningen har tidigare telefontider tagits bort. Socialsekreterare som handlägger insatser enligt Socialtjänstlagen har numera sin telefon öppen under arbetsdagen. Därutöver finns en mottagningstelefon som är öppen mellan kl. 08.00–15.00 och bemannas av socialadministratör. Åtgärderna syftar till att underlätta kontaktvägarna och förbättra servicen för medborgare och anhöriga.

Digital tillgänglighet via Medborgarportalen

För att ytterligare öka tillgängligheten inom förvaltningen har Medborgarportalen öppnats upp, där medborgare eller ställföreträdare kan ansöka om insatser via e-tjänst. Medborgare med beslut fattade efter maj 2025 har även möjlighet att skicka meddelanden direkt till sin handläggare via Medborgarportalen. Detta bidrar till ökad tillgänglighet, effektivare handläggning och förbättrad kommunikation mellan medborgare och förvaltning.

Instagramkonto för brukare och anhöriga

Inom särskilt boende använder sig enheterna Kaptenen och Ängen av ett instagramkonto, som drivs av personal inom verksamheten och riktar sig till brukare och anhöriga. Kontot är slutet och endast personer med anknytning till dem som bor på enheterna ges åtkomst till inläggen. Kontot startades i december 2022 och har sedan dess utvecklats successivt. I dagsläget finns över 400 publicerade inlägg och närmare ett hundra följare. Innehållet speglar vardagen på boendet och omfattar bland annat gemensamma aktiviteter, måltider, högtider, födelsedagsfiranden, utflykter, besök samt olika tillställningar. Instagramkontot bidrar till ökad delaktighet, insyn och trygghet för både brukare och anhöriga.

Tillgänglighet till stöd och samhällsresurser

Avdelning boende och arbete har under året haft ett särskilt fokus på att säkerställa brukarnas tillgänglighet till stöd, insatser och delaktighet i vardagen, även vid förändrade förutsättningar i form av minskad bemanning. Arbetet har inriktats på att bibehålla en god och säker tillgång till insatser genom anpassade arbetssätt som stärker brukarnas självständighet utan att äventyra kvalitet eller patientsäkerhet. Verksamheten har även arbetat för att öka brukarnas tillgänglighet till sociala sammanhang och gemenskap, både inom verksamheten och i samhället i stort. Personalen har aktivt stöttat brukarna i att etablera och upprätthålla sociala kontakter, vilket har bidragit till ökad social delaktighet och minskad risk för isolering. För att ytterligare stärka tillgängligheten till samhällsresurser och aktiviteter har brukarna fått stöd i att resa självständigt med kollektivtrafik. Insatserna har ökat brukarnas möjlighet att på ett tryggt sätt ta del av samhällets utbud utanför boendet.

4.6. Säker vård och omsorg

God och säker vård och omsorg

För att stärka kvaliteten och säkerheten har avdelning för särskilt boende beslutat att införa konceptet "God och säker vård och omsorg" på alla enheter. Konceptet har sedan flera år implementerats inom korttidsverksamheten med positiva resultat för både brukare och personal. Införandet på övriga enheter sker successivt under stöd och utbildning av korttidens enhetschef och specialistundersköterska. Syftet med konceptet är att skapa ett mer strukturerat och enhetligt arbetssätt som säkerställer hög kvalitet i vården och förbättrar arbetsmiljön. Arbetet planeras och utförs enligt gemensamma rutiner, som omfattar uppföljning, dokumentation och rapportering, vilket skapar tydlighet och kontinuitet i vården. Tidiga erfarenheter från korttidsverksamheten visar att medarbetarna upplever ökad tydlighet och förbättrad arbetsmiljö, vilket även förväntas bidra till ökad patientsäkerhet. Samtliga enheter planeras ha implementerat konceptet senast mars 2026 och effekterna av omställningen väntas kunna följas och utvärderas efter sommaren 2026.

God och nära vård

Arbetet med omställningen till en god och nära vård har intensifierats under 2025. Strategin vilar på ökad tillgänglighet, delaktighet och ett hälsofrämjande förhållningssätt, vilket skapar en tydlig synergi med intentionerna i den nya socialtjänstlagen. Centralt för året har varit att stärka samverkan mellan olika huvudmän och professioner för att minimera risker i vårdövergångar och främja patientens trygghet. Bland de genomförda åtgärderna märks särskilt arbetet med förstärkt hemgång, där patienten erhåller utökat stöd under de första veckorna efter sjukhusvistelse eller från korttidsboende till hemmet för att säkra vårdkedjan. En rutin har tagits fram för att möjliggöra en säker process från myndighet vidare till beviljade insatser där utförare inom SoL, LSS och HSL har möjlighet att ge stöd vid hemgång i ovan nämnda situationer. En uppföljning av beslutet, tillsammans med patient, har planerats till två veckor efter hemgång, där en avstämning sker för att därefter låta insatserna övergå i ett ordinarie hemtjänstbeslut. Kommunal primärvård bidrar med utvärdering och nödvändig information inför vidare beslut.

Alingsås kommun har i samverkan med Lerums kommun arbetat för omställning till god och nära vård genom arbetet med det som just nu kallas "SV hemma". Syftet är att möjliggöra för patienter och brukare att kunna kvarstanna och få medicinsk specialistvård i hemmet när det är möjligt, säkert och när det önskas av patienten. Specialiserade insatser som annars hade utförts på sjukhus, har planerats kunna utföras i hemmet istället. "SV hemma" beräknas kunna erbjudas både till patienter med beviljade beslut inom SoL och/eller LSS med eller utan en inskrivning i kommunal primärvård.

Ett ytterligare utvecklingsarbete som stöd till omställningen till nära vård inom kommunal primärvård, har varit att resursoptimera i processer där onödig tid försvinner. Detta har skett bland annat genom arbetet med HR:s workshop om ständiga förbättringar.

Ytterligare åtgärder som utförts är att samverka mellan olika aktörer fördjupats, vilket inkluderar förstärkta kontaktvägar mellan hemtjänst och vårdcentraler samt implementering av digitala hjälpmedel. Genom att arbeta mer tillgängligt och främja patientens delaktighet integreras visionen om en god och nära vård med de nya lagkraven på en förebyggande och individanpassad omsorg.

Måltider och nattfasta

Under året har avdelningen för särskilt boende arbetat systematiskt med kost och måltider, med särskild inriktning på att minska nattfastan hos de boende. Arbetet har omfattat utbildning och engagemang av både chefer och kostombud som haft träffar tillsammans med kommunens dietist och kostekonom. Verksamheten har utgått från förvaltningens styrdokument, Måltidsprogrammet, vilket har bidragit till en ökad följsamhet i det dagliga arbetet. Resultaten syns i årets brukarundersökning, där nöjdheten hos de äldre avseende kost och måltider har ökat och dessutom ligger över resultatet för riket. Detta är ett viktigt kvalitetsmått då måltider påverkar både näringstillstånd och välbefinnande, vilket är centralt för patientsäkerheten.

| Nyckeltal | Verksamhet | 2023 | 2024 | 2025 | Riket |
|---|------------|------|------|------|-------|
| Hur brukar maten smaka? (andel % som svarat "Mycket bra" eller "Ganska bra") | Hemtjänst | 74 | 74 | 81 | 72 |
| Upplever du att måltiderna på ditt äldreboende är en trevlig stund på dagen? (andel % som svarat "Ja, alltid" eller "Oftast") | Hemtjänst | 66 | 64 | 75 | 66 |

Från och med 2026 tar avdelningen över ansvaret för nattfastemätningarna från kostenheten. Resurschefen, tillsammans med utvecklingsledare, har fått i uppdrag att ta fram rutiner för mätningarna, som kommer att genomföras kvartalsvis. Systematisk uppföljning av nattfastan är en del av det förebyggande arbetet för att säkerställa att alla boende får adekvat näring och att risker för undernäring minimeras.

4.6.1 Samverkan för att förebygga vårdskador

Regional vårdssamverkan

Vårdssamverkan Västra Götaland (VVG) är den regionala ledningsstrukturen för samverkan mellan länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen. Under 2025 har ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal samt en länsgemensam riktlinje varit på remiss. Det har även förts dialogkonferenser med berörda parter. Det nuvarande hälso- och sjukvårdsavtalet löper ut den 31 maj 2026 och det pågår nu ett arbete med att se över och anpassa samverkansformerna utifrån de nya överenskommelserna.

Dialog har även förts gällande reviderad läkemedelsföreskrift (HSLF-FS 2017:37) och den delegeringsföreskrift (SOSFS 1997:14) som upphör att gälla den 31 dec 2025. Under 2026 kommer kommunens riktlinje för delegering ses över och anpassas för att överensstämma med denna lagändring.

Delregional vårdsamverkan

Alingsås ingår i SAMLA, vårdsamverkan Lerum och Alingsås och Närområdessamverkan NOSAM där vi arbetar med närområdesfrågor efter en framtagna handlingsplan där ett av syftena är att hantera förflyttningen mot god och nära vård på ett patientsäkert sätt. Genom en god samverkan och en helhetssyn mellan olika vårdgivare kan de gemensamma resurserna utnyttjas på bästa sätt för att ge en sammanhållen, tillgänglig och patientsäker vård och omsorg till individen. I vårdsamverkan skapas bland annat rutiner inom viktiga samverkansområden, inom exempelvis egenvårdsprocessen. Under året har bland annat framtagande av stödande dokument – Stöd i livets slut påbörjats samt samverkan gällande SIP-processen. Konferens har också skett under hösten som fokuserat på god och nära vård samt nya socialtjänstlagen.

Inom NOSAM (internt och med Lerum) så sker samverkan i forum för barn och unga, äldre och psykisk hälsa. De olika forumen hanterar frågor rörande specifikt den patientgruppen. Avvikelser i samverkan ligger alltid med som en punkt i dagordningen.

Vårdhygien

Samverkan sker regelbundet med representant ifrån vårdhygien enligt avtal med Södra Älvsborgs sjukhus. Vårdhygien har som uppgift att samarbeta och stödja kommunens verksamheter i det egna arbetet för att förebygga uppkomst och spridning av vårdrelaterade infektioner och har månadsvis nätverksträffar med MAS. Vårdhygien har 2025 även haft nätverksträffar där kommunens sjuksköterska med särskilt hygienansvar närvarat.

Läkarmedverkan

Västra Götalandsregionen ansvarar för läkarinsatserna inom kommunens hälso- och sjukvård, där samarbetsformer och gemensamma mål regleras genom lokala avtal. Alingsås kommun har etablerade avtal med de vårdcentraler som ingår i närområdessamverkan för att säkerställa en god medicinsk kvalitet. För att möta målsättningarna i omställningen till en god och nära vård pågår ett kontinuerligt arbete med att utveckla denna samverkan. Särskilt fokus ligger på att stärka kommunikationsvägar och informationsöverföring mellan huvudmännen, vilket är en avgörande faktor för att minimera risker i vårdkedjan och höja patientsäkerheten.

Samordnad individuell plan (SIP)

Samordnad individuell plan (SIP) används som ett centralt samverkansverktyg för att säkerställa att den enskildes behov tillgodoses när flera vårdgivare ansvarar för insatserna. Tillsammans med patienten upprättas en plan som tydliggör ansvarsfördelningen mellan olika aktörer samt anger när och av vem specifika åtgärder ska genomföras. Genom att använda SIP skapas en tydlig struktur och patienten ges möjlighet till ökad delaktighet i sin egen vård. Detta resulterar i en tryggare vårdprocess och minskar risken för brister i samordningen, vilket är en avgörande faktor för en säker och sammanhållen vård och omsorg. I Alingsås finns riktlinje framtagna som gäller förvaltningsövergripande.

Mobilt akutläkarteam (MALT)

Sedan 2023 finns ett mobilt akutläkarteam (MALT) bestående av läkare och sjuksköterska. Teamet ska fungera som ett komplement till ambulansen men även där mer avancerad vård kan ges av läkare i hemmet och i vissa fall undvika sjukhusinläggning.

Palliativa teamet

Palliativa teamet vid Alingsås lasarett bedriver specialiserad vård i livets slutskede för patienter över 18 år. Teamet är tvärprofessionellt sammansatt och omfattar kompetenser som läkare, sjuksköterskor, dietist, kurator och medicinsk sekreterare, med tillgång till stöd från präst. För att säkerställa en god och säker vård bedriver den kommunala primärvården ett nära samarbete med teamet kring gemensamma patienter. Denna välfungerande samverkan är en förutsättning för att kunna erbjuda god symtomlindring och trygghet för både patient och närstående.

Teamet verkar under dagtid på vardagar och utför både hembesök och konsultativa insatser. Under jourtid garanteras vårdkvaliteten och tillgången till medicinsk rådgivning genom en sjuksköterskefunktion vid sjukhusets kirurgavdelning. Denna funktion utgör ett viktigt stöd för medarbetare inom både sjukhuset och den kommunala primärvården, vilket säkerställer patientsäkerheten dygnet runt.

Högskolan i Borås

Alingsås kommun har sedan 2008 en etablerad kommunal utbildningsenhet (KUVO) inom vård- och omsorg som drivs i nära samverkan med Högskolan i Borås. Genom att samtliga sjuksköterskor har formell handledarutbildning säkerställs en hög kvalitet i mottagandet av studenter under deras verksamhetsförlagda utbildning (VFU). Denna satsning på utbildningsmiljön har resulterat i mycket goda omdömen från studenterna, och kommunen har även erhållit Vårdförbundets utmärkelse som "årets lärosäte" tack vare de höga resultaten i studentutvärderingarna.

Vårdplaneringsteam

Alingsås kommun har ett tvärprofessionellt vårdplaneringsteam bestående av sjuksköterskor, socialsekreterare, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Teamet ansvarar för in- och utskrivningsprocessen och fungerar som en central kommunikativ länk mellan regional och kommunal primärvård. Genom denna samverkan säkras informationsöverföringen, vilket är en avgörande faktor för en trygg och patientsäker vårdkedja.






5. Egenkontroll

5.1. Förvaltningens övergripande plan för egenkontroll

Som tidigare nämnts togs under våren en förvaltningsövergripande plan för egenkontroll fram, med utgångspunkt i de prioriterade förbättringsområden som identifierades i nämndens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för 2024. De prioriterade områdena var:

- Ökad följsamhet till krav på dokumentation enligt lagar och föreskrifter
- Implementering av handlingsplan för systematiskt kvalitetsarbete

Med utgångspunkt i dessa områden och tillhörande identifierades risker fastställdes en förvaltningsövergripande plan för egenkontroll med fem kontrollpunkter. Nedan redovisas resultaten från årets genomförda kontroller.

| Identifierad risk | Kontrollpunkter | Resultat |
|---|--|---|
| Brister i följsamhet till kraven på dokumentation enligt SOSFS 2024:5 | Årlig dokumentations- ärende och journalgranskning |  |
| | Att samtliga medarbetare genomgått e-learning i social dokumentation |  |
| | Att nyanställda får introduktion i dokumentation och verksamhetssystem |  |
| Att nämnden inte har ett fungerande systematiskt kvalitetsarbete | Att nyanställda chefer får introduktion i systematiskt kvalitetsarbete |  |
| | Att strukturerade analysmöten genomförs på enhets- och avdelningsnivå |  |

Årlig dokumentations-, ärende- och journalgranskning

Syftet med kontrollpunkten var att säkerställa att dokumentations-, ärende- och journalgranskning sker enligt gällande rutiner. Detta har genomförts utan anmärkning inom samtliga verksamheter. För mer information se avsnitt 5.2 (Egenkontroll av social dokumentation och ärendegranskning) samt 5.3 (Journalgranskning HSL).

Att medarbetare genomgått e-learning i social dokumentation

Målsättningen har varit att samtliga medarbetare ska ha genomgått utbildning i social dokumentation via e-learning under 2025. Flera chefer beskriver att majoriteten av medarbetarna antingen har genomfört, påbörjat eller planerar att genomföra utbildningen. Samtidigt kvarstår utbildningen i vissa arbetsgrupper. För att säkerställa att utbildningen genomförs har vissa verksamheter avsatt tid i schemat för detta.

Statistik från Winlas, inhämtad vid årsskiftet, visar att endast 208 medarbetare har genomgått e-learning i social dokumentation. Vid närmare granskning av detta resultat framkommer dock att det under året funnits en bugg i systemet, vilket inneburit att nya utbildningsdatum inte har registrerats för medarbetare som tidigare genomfört utbildningen. Utbildningen var obligatorisk under hösten 2023 i samband med införandet av nytt verksamhetssystem. Detta medför att statistiken är missvisande och att det med stor

sannolikhet är betydligt fler medarbetare som har genomgått utbildningen än vad som framgår av systemunderlaget.

Att nyanställda får introduktion i dokumentation och verksamhetssystem

Sedan oktober 2024 är det obligatorisk för nyanställda att genomgå utbildningspaketet "Introduktion dokumentation och verksamhetssystem". Denna omfattar introduktion i social dokumentation, IBIC, Combine (verksamhetssystem) och DF Respons (avvikelse-rapporteringssystemet). Utifrån statistik inhämtad från Winlas, 2026-01-02 framgår följande:

| | 2024 | 2025 |
|-------------------------------|------|------|
| Social dokumentation utförare | 53 | 208 |
| Social dokumentation vikarier | 17 | 58 |
| IBIC | 21 | 110 |
| DF Respons | 0 | 199 |

Enligt statistik från HR har förvaltningen under 2025 rekryterat 147 medarbetare på tillsvidareanställning och sammanlagt 247 på visstidsanställning. Statistiken visar att introduktionen ännu inte genomförs fullt ut inom utförarverksamheterna. Inom äldreomsorgen har verksamhetens specialistundersköterskor fått ett riktat uppdrag att säkerställa att nyanställda genomgår ovan introduktionspaket. Resultaten från dokumentationsgranskningen visar att det är av vikt att denna introduktion säkerställs för att medarbetare får tillräcklig kompetens kring dokumentation och verksamhetssystem. Under 2026 planeras fortsatt utveckling och förbättring av introduktionen för nyanställda.

Att nyanställda chefer får introduktion i systematiskt kvalitetsarbete

Denna kontrollpunkt utgör även en av kontrollpunkterna i handlingsplanen för systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete. Som tidigare nämnts har samtliga enhetschefer, inte enbart nyanställda, genomgått introduktion i systematiskt kvalitetsarbete under hösten 2025. Återkommande introduktionstillfällen för nya chefer har planerats från 2026 och lagts in i årshjulet för systematiskt kvalitetsarbete.

Att strukturerade analysmöten genomförs på enhets- och avdelningsnivå

Även denna kontrollpunkt utgör en av åtgärderna i handlingsplanen för systematiskt kvalitetsarbete. Som ovan nämnts pågår arbetet med att ta fram en rutin för systematisk analys, liksom metodstöd, manualer och mallar för analysrapporter i Hypergene. Detta arbete förväntas att vara klart och analysmöten kunna påbörjas enligt tidsplanen som angetts i årshjulet 2026.

Utifrån avdelningarnas redogörelser framkommer att vissa verksamheter redan påbörjat någon form av analysmöten och/eller strategimöten med egenvald agenda, bland annat genom att lyfta sammanställning av avvikelser på exempelvis ledningsgrupp.

Avdelningarnas egna egenkontroller

Samtliga avdelningschefer och enhetschefer ansvarar för egenkontroll inom sitt respektive ansvarsområde. Detta innebär en systematisk uppföljning och utvärdering av verksamheten samt kontroll av att verksamheten bedrivs i enlighet med fastställda processer och rutiner.

Samtliga avdelningar och enheter har under våren 2025 identifierat risker i den egna verksamheten som kan komma att påverka kvaliteten. Utifrån identifierade risker har egna egenkontrollpunkter tagits fram, utöver de fem övergripande kontrollpunkterna. Egenkontrollerna har därefter följts upp månadsvis under hösten 2025. Nedan redovisas resultatet av samt åtgärder kopplat de egenkontroller som avdelningarna själva har genomfört under året.

Följsamhet till basala hygienrutiner

Fyra av fem avdelningar har infört kontrollpunkter för att följa upp efterlevnaden av basala hygienrutiner. Inom särskilt boende tas en enhetlig, avdelningsövergripande struktur fram som ska vara känd av alla chefer och medarbetare. Hygienombud ska finnas på varje enhet, och deras ansvar har tydliggjorts i samverkan med hygiensjuksköterska. Ombuden har träffats vid två tillfällen för utbildning och fortsätter arbetet utifrån resultat från punktprevalensmätningarna. Inom avdelning boende och arbete har enhetschefer haft i uppdrag att säkerställa att personalen genomgår utbildning i basala hygienrutiner och basal omvårdnad. Flertalet medarbetare har gått, även om vissa medarbetare ännu återstår att utbilda. Ett samarbete med utbildningssjuksköterska har inletts och kompetenshöjande insatser har satts in utifrån framtagna åtgärdsplaner i avvikelser och Lex Sarah-anmälningar. Kommunal primärvård har infört utbildningsinsatser inom basala hygienrutiner för nyanställda i samband med mentorsträffar. Utöver PPM-mätning har även HALT-mätning genomförts under hösten, en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilt boende (se avsnitt 5.4).

Rapportering och utredning av avvikelser

Fyra av fem avdelningar har infört kontrollpunkter för att säkerställa att avvikelser rapporteras, att de utreds inom fastställda tidsramar, samt att de håller god kvalitet och hög analysförmåga. Myndighetsenheten har uppmärksammat att de rapporterar en förhållandevis låg andel interna avvikelser, vilket kan innebära att brister i handläggning och dokumentation inte identifieras i tillräcklig utsträckning. Avvikelser hanteras nu löpande vid verksamhetsmöten, där den som upprättat avvikelsern redogör för den, i syfte att främja ett öppet klimat. Arbetssättet har mottagits positivt av medarbetarna och har bidragit till en mer strukturerad hantering av avvikelser samt till ett ökat lärande i arbetsgruppen.

Inom äldreomsorgen har utbildning i avvikelshantering påbörjats för specialistundersköterskor, i syfte att avlasta enhetschefer. Kommunal primärvård har upprättat rutin för avvikelser, inklusive tidsramar för hur lång tid en utredning får ta som gäller för sjuksköterskor. Mer information om dessa åtgärder finns i avsnitt 6.7.

Inom boende och arbete har månatliga uppföljningar av aktuella avvikelser genomförts, för att se över att respektive chef ligger i fas med sina utredningar. Variationer mellan enheter kvarstår och utredningstiderna är ibland för långa, vilket visar på behov av fortsatt uppföljning och förändrade arbetssätt kring hanteringen av avvikelser.

Inom avdelning personlig assistans och stöd planeras att införa ett gemensamt arbetssätt för att lyfta och följa upp avvikelser tillsammans med medarbetare, i syfte att involvera dem i utredningsprocessen och säkerställa att deras engagemang leder till konkreta och verksamhetsutvecklande åtgärder.

Övriga egenkontroller

Ytterligare kontrollpunkter som genomförts inom äldreomsorgen går att läsa om i övriga avsnitt. Det handlar om att säkerställa att samtliga brukare har en fast omsorgskontakt (se avsnitt 4.5), att verksamheten följer direktiven kring måltider och nattfasta (se avsnitt 4.6), att samtliga brukare har en aktuell genomförandeplan (se avsnitt 5.2), samt att säkerställa att digital signering utförs för att minska ohanterade poster (se avsnitt 6.2).

Även inom funktionsstöd har man valt att kontrollera att genomförandeplaner upprättats och följs upp enligt gällande rutiner (se avsnitt 5.2). Inom kommunal primärvård har man valt att kontrollera följsamheten till registrering i nationella kvalitetsregister (se avsnitt 5.4) samt nyckeltalsrapport från GR (se avsnitt 4.1 och 4.3). Myndighet har valt att genomföra kontroller gällande ärende- och utredningsprocesser (se avsnitt 5.2).

5.2. Egenkontroll av social dokumentation och ärendegranskning

Rutinen för dokumentationsgranskning reviderades under våren 2025. Rutinen kompletterades bland annat med ett mer strukturerat stöd för analys av granskningsresultatet vilket har underlättat verksamhetens arbete med att identifiera förbättringsområden och formulera relevanta åtgärder i sina handlingsplaner. 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. Vårens dokumentations- och ärendegranskning genomfördes under perioden 14 april-16 maj 2025 och en sammanställning och övergripande analys av resultatet presenterades i rapporten "Redovisning av systematiskt kvalitetsarbete – januari-juni 2025" i samband med nämndsammanträdet i september, § 50/2025 VON.

Under hösten har verksamheterna återrapporterat en uppföljning av de handlingsplaner som upprättades utifrån vårens resultat. Uppföljningen syftade till att kontrollera att planerade åtgärder har genomförts, bedöma om de gett önskad effekt, samt identifiera behov av nya och/eller justerade åtgärder. Uppföljningen återrapporterades till SAS i början av december och nedan följer en sammanställning och analys av genomförd uppföljning.

| Verksamhet | Antal åtgärder | Genom-förda | Delvis genom-förda | Ej genom-förda |
|---|-----------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------|
| <i>Hemtjänst (inkl. privata utförare)</i> | 21 | 11 | 9 | 1 |
| <i>Särskilt boende</i> | 28 | 14 | 12 | 2 |
| <i>Boende och Arbete</i> | 12 | 8 | 3 | 1 |
| <i>Personlig assistans och stöd</i> | 15 | 3 | 11 | 1 |
| <i>Myndighet</i> | 6 | - | 6 | - |

Enhetschefernas handlingsplaner bygger i stor utsträckning på likartade behov och utvecklingsområden. Detta tyder på att bristerna som identifierats under vårens dokumentationsgranskning inte är isolerade eller unika för enskilda enheter eller verksamheter, utan snarare är gemensamma för förvaltningen som helhet. Åtgärderna som planerades berör områden såsom upprättande av genomförandeplaner, utbildning i social dokumentation, IBIC eller Combine, samt DF Respons (avvikelsehantering).

Hemtjänst

Majoriteten av de åtgärder som planerats i handlingsplanerna är helt eller delvis genomförda. Åtgärderna har i huvudsak fokuserat på kompetenshöjning inom dokumentation och har genomförts genom utbildningsinsatser såsom e-learning, digitala prov, workshops och gemensamma genomgångar på APT, ofta med stöd av specialistundersköterska och enhetschef. Verksamhetens specialistundersköterskor har, på uppdrag av enhetschefer, ett löpande ansvar för att kontrollera att brukare har aktuella genomförandeplaner samt att stötta fast omsorgskontakt i upprättandet av dem. En viktig framgångsfaktor har varit att medarbetare fått avsatt tid i schemat för att genomföra och/eller repetera utbildningar och arbeta med genomförandeplaner. Vidare har praktiskt och nära stöd från specialistundersköterska eller administrativ samordnare haft stor betydelse. Möjligheten att sitta tillsammans, få handledning och kunna ställa frågor direkt har haft god effekt på lärande och genomförande. Även gemensamma genomgångar och dialog på APT har bidragit till ökad samsyn, tydlighet och en upplevelse av ökad kunskap inom områden som social dokumentation, IBIC, genomförandeplaner och avvikelsehantering.

Under 2026 planeras en genomlysning av samtliga genomförandeplaner med stöd av specialistundersköterska tillsammans med enhetschef och fast omsorgskontakt. Det finns

fortsatt behov av kompetenshöjande insatser, fortsatt utbildning och repetition samt att stärka den fasta omsorgskontaktens förståelse för sitt uppdrag och ansvar inom dokumentation.

Särskilt boende

Ett omfattande utvecklingsarbete har genomförts för att stärka kvaliteten i den sociala dokumentationen och arbetet med genomförandeplaner. Flera chefer ser en positiv utveckling, särskilt i den löpande dokumentationen, vilket kan kopplas till riktade och återkommande utbildningsinsatser. I vissa verksamheter har utbildningar genomförts i mindre grupper, vilket har skapat goda förutsättningar för dialog och reflektion. Samtidigt upplever vissa chefer att förbättringarna begränsas av tidsbrist och konkurrerande utvecklingsbehov.

Anställningen av specialistundersköterskor har varit en viktig framgångsfaktor och har bidragit till ökad kvalitet genom nära stöd i dokumentationsfrågor. De har haft en central roll i utbildningar inom IBIC, dokumentation, Combine och genomförandeplaner samt gett individuellt stöd till medarbetare och dokumentationsombud. I vissa verksamheter har medarbetare fått avsatt tid för repetition av utbildning i social dokumentation. Dokumentationsombudens roll har stärkts genom utbildningar och träffar, men utmaningar kvarstår i form av varierande kompetens, engagemang och svårigheter att upprätthålla kunskap över tid.

Implementeringen av arbetssättet "God och säker vård och omsorg" har bidragit till ökad struktur och förståelse för dokumentationens betydelse, där särskilda förbättringar kan ses inom HSL-dokumentation och vid förändrat hälsotillstånd. Framåt planeras fortsatt utbildning samt införande av avsatt schemalagd tid för arbete med genomförandeplaner för att ytterligare stärka kvaliteten och minska osäkerheten i dokumentationsarbetet.

Boende och Arbete

Efter vårens dokumentationsgranskning har flera åtgärder genomförts för att stärka kvaliteten i den sociala dokumentationen. Arbetet med att säkerställa aktuella genomförandeplaner har intensifierats under årets sista kvartal och för att underlätta arbetet har nya mallar, checklistor och lathundar tagits fram, inklusive stödmaterial kopplat till IBIC.

Framgångsfaktorer har varit att dokumentation hållits levande som stående punkt i på pedagogiska konferenser, ökat stöd från metodutvecklare och stödpedagoger samt ökad förståelse hos personalen för sambandet mellan dokumentation, kvalitet och uppföljning. Nya mallar och guider upplevs som mer begripliga, vilket underlättar för pedagoger att föra kunskapen vidare till stödassistenten. Arbetet har bidragit till att fler upplever en tydligare röd tråd i dokumentationen och kopplingen till IBIC. Ett viktigt stöd har även varit det dagliga kollegiala samarbetet, där medarbetare i tar stöd av varandra i dokumentationsarbetet.

Samtidigt kvarstår utmaningar kopplade till förankring av IBIC samt behov av mer samlade utbildningsinsatser. Fortsatt fokus behövs på utbildning, enhetliga rutiner, strukturerad introduktion för vikarier samt avsatt tid för dokumentation för att säkerställa långsiktig kvalitet och likvärdighet.

Personlig assistans och stöd

Avdelningen personlig assistans och stöd utmärkte sig vid vårens granskning på grund av omfattande brister i dokumentationen. Under hösten har avdelningen arbetat aktivt med att förbättra kvaliteten i social dokumentation, genomförandeplaner och hantering av avvikelser. Cheferna rapporterar viss förbättring sedan granskningen, men skillnader mellan enheter kvarstår. En mer detaljerad återrapportering presenterades för vård- och omsorgsnämnden i december § 84/2025 VON.

Under året har avdelningens metodutvecklare erbjudit workshops för medarbetare med fokus på att upprätta och formulera genomförandeplaner enligt IBIC. Enhetscheferna

rapporterar att detta har lett till mer strukturerade och innehållsrika planer samt ökad förståelse för IBIC. Två nya stödpedagoger har anställts inom KTV och KTS och arbetar nu med att uppdatera samtliga genomförandeplaner. Arbetet har särskilt fokuserat på att synliggöra individens styrkor och stärka brukarens delaktighet. De flesta planer är reviderade, och arbetet fortsätter under 2026 för att slutföra de sista.

För att ytterligare stärka dokumentationen har chefer utsett metodstödjare i varje assistansgrupp, med särskilt ansvar för genomförandeplanerna. Initiativet har ökat medvetenheten och engagemanget kring dokumentation och bidragit till att metodstödjarna kan stödja kollegorna. Detta stärker den samlade kompetensen.

Chefer bedömer att det finns ett fortsatt stort behov av handledarledd och återkommande utbildning, särskilt inom dokumentationssystem och tillämpningen av IBIC, eftersom e-learning inte alltid upplevs tillräckligt. Det är också viktigt att alla nyanställda får utbildning och att introduktion sker i god tid för att de ska vara ordentligt rustade när de börjar. Det finns även ett behov av fortsatt metodstöd ute i verksamheterna samt fasta utbildningstillfällen för nya medarbetare och vikarier. Sammanfattningsvis har betydande framsteg gjorts under året och arbetet med att skapa en jämn kvalitet i dokumentation och genomförandeplaner fortsätter under 2026.

Myndighet

Som en följd av dokumentationsgranskningen har flera åtgärder genomförts inom både LSS- och SoL-handläggningen i syfte att stärka kvalitet, likvärdighet och rättssäkerhet i dokumentation och utredningsarbete. Metodmöten har utvecklats och strukturerats, med ett tydligare fokus på utredningsförfarande och tillämpning av IBIC. Detta har bidragit till att ärenden lyfts mer systematiskt och att reflektion sker kring bedömningar och beslut.

Kollegial ärendegranskning i smågrupper samt löpande stickprovskontroller har införts som arbetssätt, detta som ett komplement till den årliga dokumentationsgranskningen. Åtgärden har gett ökad möjlighet till reflektion, analys och lärande samt bidragit till att utvecklingsområden identifieras på ett strukturerat sätt. En sådan granskning inom SoL visade behov av stärkta handläggningskunskaper, vilket lett till att samtliga handläggare genomfört en heldagsutbildning i grundläggande handläggning och rättssäkerhet.

Åtgärderna har gett positiva effekter, bland annat en ökad medvetenhet om vad som ska journalföras, mer systematiska metodmöten och en ökad kollegial dialog kring utredningsförfarandet. Samtidigt kvarstår några delar av handlingsplanen, där genomförandet fördröjts på grund av tidsbrist hos 1:e socialsekreterare och enhetschef. De identifierade utvecklingsområdena följs nu upp genom månadsvisa individuella uppföljningar samt återkommande på metodhandledning och verksamhetsmöten. Arbetet bedöms därmed fortsätta i en positiv riktning, med fokus på att slutföra påbörjade åtgärder.

Samlad bedömning

De genomförda åtgärderna har överlag bidragit till att flertalet enhetschefer bedömer att dokumentationen både har stärkts och förbättrats sedan vårens granskning. Vissa insatser pågår dock fortfarande och har ännu inte fullt genomförts. Eftersom de identifierade utvecklingsområdena är gemensamma för majoriteten av verksamheterna rekommenderas att förvaltningen överväger fler gemensamma stöd- och utbildningsinsatser. Detta skulle bidra till att åtgärderna genomförs likvärdigt, vilket i sin tur kan öka effektiviteten och skapa en mer enhetlig dokumentationskvalitet.

Implementeringen av förvaltningens övergripande ombudsmodell bedöms vara en central del i det fortsatta arbetet för att höja kompetensen hos dokumentationsombuden ute i verksamheterna.

Socialt ansvarig samordnares granskning

Vid vårens dokumentationsgranskning framkom att avdelning personlig assistans och stöd uppvisade betydande brister, både avseende aktualitet i genomförandeplaner och kvalitet i journalanteckningar. Sedan vårens granskning har avdelningen arbetat aktivt med att revidera genomförandeplanerna och har under året haft som uttalad målsättning att samtliga planer ska vara uppdaterade och aktuella vid årsskiftet 2025/2026. Mot bakgrund av detta har socialt ansvarig samordnare (SAS) gjort bedömningen att genomföra en fördjupad granskning av avdelningens genomförandeplaner, i syfte att följa upp om vidtagna förbättringsåtgärder haft avsedd effekt.

Granskningen har genomförts under januari 2026 genom att samtliga genomförandeplaner inom verksamheterna personlig assistans, korttidsvistelse och korttidstillsyn har kontrollerats. Varje genomförandeplan har bedömts utifrån följande kriterier:

- Aktuell - plan som är upprättad i enlighet med gällande rutiner
- Under revidering - påbörjad, men ännu ej fastställda
- Ej aktuell - genomförandeplan saknas i aktuellt uppdrag

Resultat

Av totalt 97 granskade ärenden hade 58 st (60 procent) en aktuell genomförandeplan och ytterligare 22 procent hade påbörjade planer. I majoriteten av de genomförandeplaner som är under revidering har arbetet påbörjats under november–december 2025 och bedöms vara nära färdigställande. 17 ärenden har bedömts ha en inaktuell genomförandeplan. De vanligaste orsakerna till att dessa planer bedömts som ej aktuella är att plan saknas i aktuellt uppdrag, att insatsen inte varit verkställd under en längre tid eller att befintlig genomförandeplan är äldre än ett år och därmed inte längre giltig. I dessa ärenden har ingen revidering eller uppdatering ännu påbörjats.

| Verksamhet | Antal ärenden | Antal/andel (%) aktuella | Antal/andel (%) under revidering | Antal/andel (%) ej aktuella |
|---------------------|---------------|--------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| Personlig assistans | 40 | 21 st (53%) | 14 st (35%) | 5 st (12%) |
| Korttidsvistelse | 32 | 22 st (69%) | 3 st (9%) | 7 st (22%) |
| Korttidstillsyn | 25 | 15 st (60%) | 5 st (20%) | 5 st (20%) |

I förvaltningsövergripande riktlinje "Social dokumentation för utförare" anges att en genomförandeplan ska upprättas senast 14 dagar efter att nytt uppdrag inkommit. Av granskningens resultat framkommer att en stor andel genomförandeplaner visserligen nyligen reviderats, men att detta skett långt efter det att uppdraget inkommit, vilket innebär avsteg från gällande riktlinje.

Samlad bedömning

Socialt ansvarig samordnare bedömer att resultatet av den genomförda granskningen visar att verksamheten tagit tydliga och betydande steg framåt i arbetet med att säkerställa aktuella genomförandeplaner. Verksamheten är på god väg att nå målsättningen om 100 procent aktuella genomförandeplaner.

Samtidigt kvarstår fortsatt behov av förbättringsåtgärder, särskilt avseende efterlevnad av tidsramar vid nya uppdrag, samt att verksamheten fortsätter och slutför arbetet gällande aktualitet och kvalitet i genomförandeplanerna. Förutsatt att arbetet fortsätter i nuvarande takt bedöms ytterligare förbättringar kunna förväntas vid vårens kommande dokumentationsgranskning.

5.3. Journalgranskning, HSL

Journalgranskning inom kommunal primärvård har genomförts under hösten 2025 och resultatet visar på flera styrkor i verksamheten som bidrar till hög patientsäkerhet och kvalitet i vården. Sjuksköterskorna har även under hösten svarat på en enkät för att identifiera var och ens kunskapsnivå. Utifrån detta resultat och journalgranskningen har dokumentationsansvariga utformat utbildning. Samtlig tillsvidareanställd har genomgått utbildningen.

De områden som fungerar särskilt bra är dokumentation av kundkort med kontakter, hälsohistoria och behandlingsanvisningar. Inom rehabenheten fungerar det särskilt bra med dokumentation som rör utredning av hälsotillstånd, vilken bedömning som görs och vilka åtgärder som sätts in. Även dokumentation av funktionsstatus anses som välfungerande och det finns tydlig information vid inskrivning av ny patient som tydliggör arbetsfördelning och uppdrag.

Det goda resultatet beror sannolikt av en kombination av att vi har en dokumentationsgrupp och att det har utvecklats rutiner för att säkerställa aktuell och korrekt dokumentation samt kontinuerlig utbildning. Under 2025 har en uppdragsbeskrivning för dokumentationsombud upprättats för att säkerställa en likvärdig informationsspridning över hela kommunal primärvård.

Utifrån journalgranskningen syns förbättringspotential inom områden som riskbedömningar, dokumentation av kommunikationssätt, mål i vårdplaner samt avslut av inaktuella vårdplaner. Riktade utbildningsinsatser har genomförts under hösten och genom att det finns en ansvarig person utsedd för utbildningarna ger detta tydlighet i genomförandet. Utbildningen anpassas till personalens olika erfarenhetsnivåer. Regelbunden uppföljning utförs för att säkerställa att nya kunskaper tillämpas i praktiken.

Fortsatt arbete

Verksamhetssystemet som introducerades för två år sen kräver fortsatt kontinuerlig utbildning för att dokumentationen ska kunna kvalitetssäkras. Dokumentation av riskbedömningar har förbättrats, men det kvarstår fortfarande förbättringspotential inom det området.

5.4. Nationella kvalitetsregister

Senior Alert

Senior alert bidrar till att systematiskt identifiera risker och analysera orsaker för trycksår, ofrivillig viktninskning, fall, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion. Strukturen i registret hjälper till att planera och genomföra förebyggande åtgärder samt följa upp och utvärdera resultatet.

Under 2025 har kommunen visat på stora förbättringar vad gäller antal unika registrerade personer i registret, 775 st jämfört med föregående år då det var 638 st. En framgångsfaktor kan vara att det nu finns en inskrivningssjuksköterska i kommunen som vid varje inskrivning av en ny patient också gör en riskbedömning och dokumenterar denna. På senhösten finns även motsvarande funktion på rehabenheten. Resultatet har blivit fler fallriskbedömningar gjorda i samband med inskrivning. Detta har lett till förbättrad patientsäkerhet och kan som följd minska uppkomna vårdskador.

| Vårdprevention | | | | | |
|-----------------|----------------|--------------------------|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| ↑ Uppåt | Unika personer | Riskbedömningar med risk | Bakomliggande orsaker vid risk | Åtgärdsplan vid risk | Utförda åtgärder vid risk |
| Alingsås kommun | 775 | 90% ↑ 847 av 937 | 78% ↗ 662 av 847 | 84% ↑ 714 av 847 | 75% ↑ 385 av 511 |
| Trycksår | | 25% ↓ 233 av 937 | 83% ↑ 194 av 233 | 85% ↑ 198 av 233 | 77% ↑ 101 av 132 |
| Undernäring | | 56% ↓ 524 av 937 | 88% ↑ 459 av 524 | 85% ↑ 443 av 524 | 76% ↑ 230 av 302 |
| Fall | | 80% ↑ 747 av 937 | 91% ↑ 683 av 747 | 85% ↑ 636 av 747 | 77% ↑ 341 av 441 |
| Munhälsa | | 37% ↓ 342 av 918 | 66% ↗ 225 av 342 | 82% ↑ 290 av 342 | 73% ↑ 148 av 204 |

Alingsås visar på god förmåga att identifiera risker och skapa åtgärdsplaner och har även under året förbättrat siffrorna gällande uppföljning av insatta åtgärder. En bidragande orsak till dessa siffror kan vara att teamsamverkan har ökat ute i verksamheterna. Under våren 2025 har även utbildningsinsatser gjorts gällande registrering av riskbedömningar och när sjuksköterskor får skatta deras kunskap, ses ett bättre resultat där numera den större delen av svarande (86,9 procent) anger att det har grundläggande, hög eller expertkunskap inom detta område.

Fortsatt arbete

Det förebyggande arbetet med riskbedömningar fortskrider inom verksamheterna genom bland annat teamsamverkan. Arbetet med inskrivningssjuksköterska och motsvarande funktion inom rehab kommer att fortsätta, då det visat på goda resultat. Fokus för 2026 kommer även vara på arbetet kring vikten av god munhälsa och grundstruktur för hur rollerna och ansvarområdena ser ut kopplat till tand- och munhälsovård.

HALT

HALT-mätningen i Alingsås visar att patientgruppen är liten men demografiskt liknar resten av riket, med en majoritet äldre kvinnor. Infektionsnivån på särskilt boende är mycket låg, med bara en registrerad infektion, vilket är bättre än genomsnittet i riket. Antibiotikaanvändningen ligger på samma nivå som riket, men mestadels ges antibiotika förebyggande snarare än som behandling. Resultatet tyder på god infektionskontroll och förebyggande arbete, men på grund av den lilla patientgruppen bör man vara försiktig med att dra för starka slutsatser.

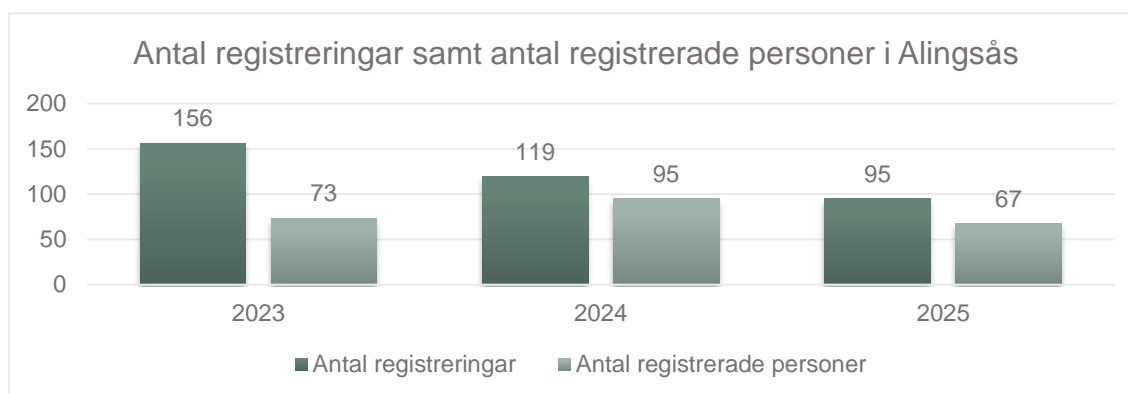
BPSD-registret

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister sedan 2010. Syftet med BPSD-registret är att kvalitetssäkra vården av personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Målet är genom multiprofessionella åtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom för dessa personer och därigenom öka livskvaliteten. BPSD-registret bygger på en tydlig struktur bestående av observation av BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom), analys av tänkbara orsaker, personcentrerade bemötande- och kommunikationsplaner och individanpassade åtgärder samt utvärdering av insatta åtgärder.

I nuläget används registret på särskilda boenden och även enstaka registrerade brukare inom bostad med särskild service, LSS. Registret har inte varit aktuellt på korttidsverksamheten SoL, däremot präglas omvårdnaden och rehabiliteringen där av ett förebyggande förhållningssätt för att förebygga beteende och psykiska symtom vid demenssjukdom genom att alltid arbeta personcentrerat med omvårdnadsåtgärder. Sedan 2022 har Alingsås två certifierade utbildare som ansvarar för att utbilda BPSD-

administratörer i verksamheterna. Det blev en positiv ökning i antal registreringar i registret året därpå, där utbildning varit en bidragande faktor till detta. År 2024 syns en nedgång jämfört med 2023 och en eventuell orsak till detta kan vara införandet av Combine samt flytten av Brunnsgården till Brogården. Vi ser att under 2025 fortsätter registreringarna att sjunka. Det är svårt att helt kunna fastställa orsaken, men vi ser att arbetet med BPSD behöver falla sig naturligt i den dagliga vården och en fungerande samverkan är ett måste.

Statistiken nedan visar antal registreringar samt antal registrerade personer från 2023 till och med 2025. Den vänstra stapeln visar antal registreringar och den högra stapeln visar antal registrerade personer. Ju större skillnad det är mellan staplarna, desto mer har man ägnat sig åt uppföljning av insatta åtgärder vilket är eftersträvänsvärt.



Fortsatt arbete

Arbetet med BPSD kommer att återupptas inom avdelning hemtjänst under nästa år som stöd i arbetet till brukare med kognitiv svikt för att ge bästa möjliga omvårdnad och följsamhet. Som förberedelse har samtliga specialistundersköterskor fått utbildning som administratörer i BPSD-registret. Med tanke på omsättning av personal är behovet av nya utbildningstillfällen stort och kommer fortskrida även det under nästa år. En engagerad ledning som dessutom gått utbildningen och att personal får avsatt tid för skattnings- och registrering ses som en framgångsfaktor i arbetet med BPSD.

Svenska palliativregistret

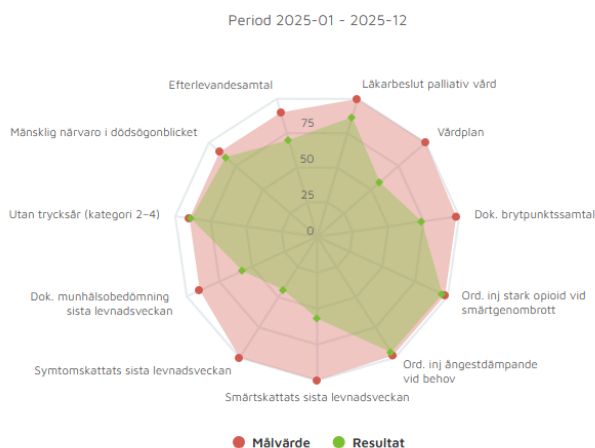
Under 2025 har Alingsås kommun prioriterat att stärka den palliativa vården. En kommunövergripande arbetsgrupp har tagit fram checklistor och informationsmaterial riktat till både patienter, närstående och personal. Sjuksköterskor har även genomgått utbildningar med fokus på smärtskattning och munvård, vilket har gett ett positivt utslag i statistiken för munhälsobedömningar. Kommunen uppvisar även goda resultat gällande trygghetsordinationer.

Trots framstegen har dokumentationen av smärtskattning minskat. Analysen visar att detta troligen beror på brister i dokumentationsrutiner och användning av skattningsskalor. Vidare finns brister i dokumentationen av brytpunktssamtal. Då dessa utförs av läkare ligger ansvaret utanför kommunens direkta befogenhet, vilket belyser behovet av bättre samverkan med regionen. Den samlade bedömningen är att vårdkvaliteten utvecklas i rätt riktning, men att fortsatt fokus krävs på systematisk uppföljning och dokumentation i livets slutskede.

| Kvalitetsindikator | Målvärde enligt Socialstyrelsen (%) | Alingsås 2023 (%) | Alingsås 2024 (%) | Alingsås 2025 (%) | Kommuner Västra Götaland 2025 (%) | Kommuner riket 2025 (%) |
|---|-------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| Dok. brytpunktssamtal | 98 | 75,4 | 78,8 | 73,7 | 77,7 | 82,3 |
| Ordinerad injektion mot smärta | 98 | 94,6 | 94,9 | 95,9 (*) | 96,2 | 95,9 |
| Ordinerad injektion mot ångest | 98 | 96 | 95,5 | 95,6 (*) | 95,5 | 95,5 |
| Smärtskattats sista levnadsvecka | 100 | 46,5 | 57,7 | 56,8 | 61 | 56,6 |
| Dok. munhälsobedömning sista levnadsvecka | 90 | 50,2 | 46,8 | 57,1 (*) | 50,9 | 64,2 |
| Utan trycksår (kategori 2-4) | 90 | 89,2 | 89,7 | 88,9 | 88,5 | 86,2 |
| Mänsklig närvaro i dödsögonblicket | 90 | 84,8 | 89,1 | 84,4 | 85,5 | 83,8 |

* ökning

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



En viktig framgångsfaktor har varit att synliggöra statistik och regelbundet reflektera kring kvalitetsindikatorer. Sjuksköterskorna får dessutom värdefullt stöd av det palliativa teamet genom handledning och reflektion i svåra ärenden, vilket ökat medvetenheten och vårdkvaliteten i livets slutskede.

Fortsatt arbete

Inom ramen för förvaltningens övergripande ombudsmodell planeras uppstart av ombudsträffar under 2026, där ett av ombudsområdena är vård i livets slut (VILS). Uppdraget som VILS-ombud kommer bland annat att innefatta kunskapsspridning till kollegor och samverkan mellan verksamheter. Gällande regionens huvudansvar för ordination och brytpunktssamtal krävs en bättre samverkan och samsyn, där både region och kommun behöver lägga ytterligare kraft för att vi gemensamt skall kunna nå upp till målnivåerna för en god och jämlik palliativ vård i livets slutskede.

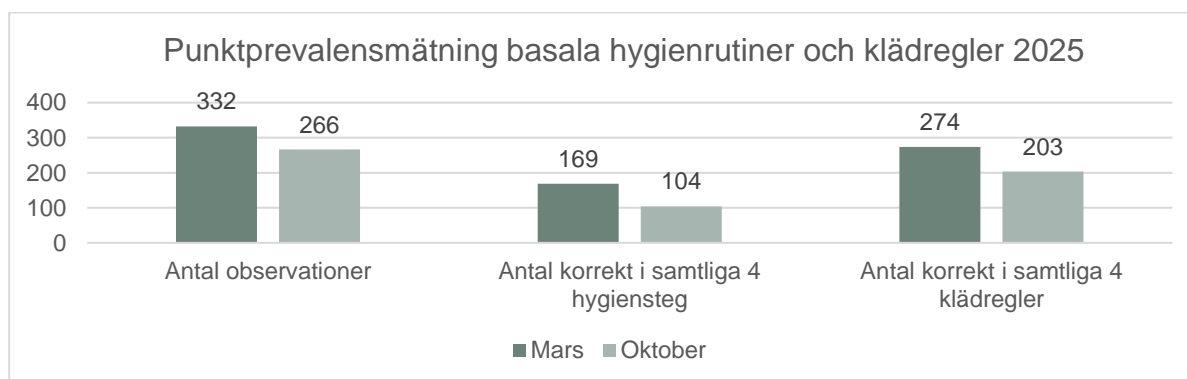
SveDem

Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem) är ett nationellt kvalitetsregister som startade 2007. Syftet med SveDem är att samla in data om personer med demenssjukdom för att kunna förbättra och utveckla vården av demenssjuka i Sverige. Målet är att skapa ett rikstäckande verktyg för likvärdig och bästa behandling.

I Alingsås är det boendena Ängabogården/Kaptenen samt Kvarnbacken som är anslutna till SveDem efter eget önskemål. Det är dock endast Ängabogården/Kaptenen som har registrerat i registret. Under året kan det konstaterats att boendet i ganska hög grad följer Nationella Riktlinjer och når upp till många av målvärdena av de kvalitetsindikatorer som finns. Det som framförallt står ut är den låga användningen av antipsykosläkemedel (0 procent). Fina resultat ses även inom individuella miljöanpassningar, strategier för bemötande, personcentrerade aktiviteter och läkemedelsgenomgång inom 12 månader. Förbättringspotential ses inom antal levnadsberättelser.

5.5. Punktprevalensmätning (PPM) – basala hygienrutiner och klädregler

Under 2025 genomfördes två punktprevalensmätningar (PPM) gällande basala hygienrutiner och klädregler. Syftet är att få inblick i följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler i förvaltningens alla verksamheter. Förvaltningsövergripande ligger resultatet i årets två mätningar på en lägre nivå än föregående år. Följsamheten till hygienrutiner sjönk från 51 procent under våren till 39 procent under hösten, och korrekt följsamhet till alla fyra klädregler minskade från 82 procent till 76 procent. Särskilt låga resultat noterades för handdesinfektion före patientkontakt. Statistiken tydliggör ett behov av att stärka kunskapen och förbättra förutsättningarna för att följa samtliga steg korrekt. Trots att övergången till mätverktyget Cambio medförde färre registreringar under hösten (266 st) jämfört med våren (332 st), har det totala antalet mätningar ökat sett till föregående år då endast 209 mätningar genomfördes.



Målet att genomföra vårdhygieniska egenkontroller uppnåddes inte under 2025. Hygiensjuksköterskan har dock genomfört flera kompetenshöjande insatser, inklusive ombudsträffar, utbildningar för enhetschefer och sjuksköterskor samt genomfört rostsaneringar av diskdesinfektorer. För att säkerställa god vårdhygien har engångsinstrument nu implementerats tillsammans med nya arbetsinstruktioner.

Fortsatt arbete

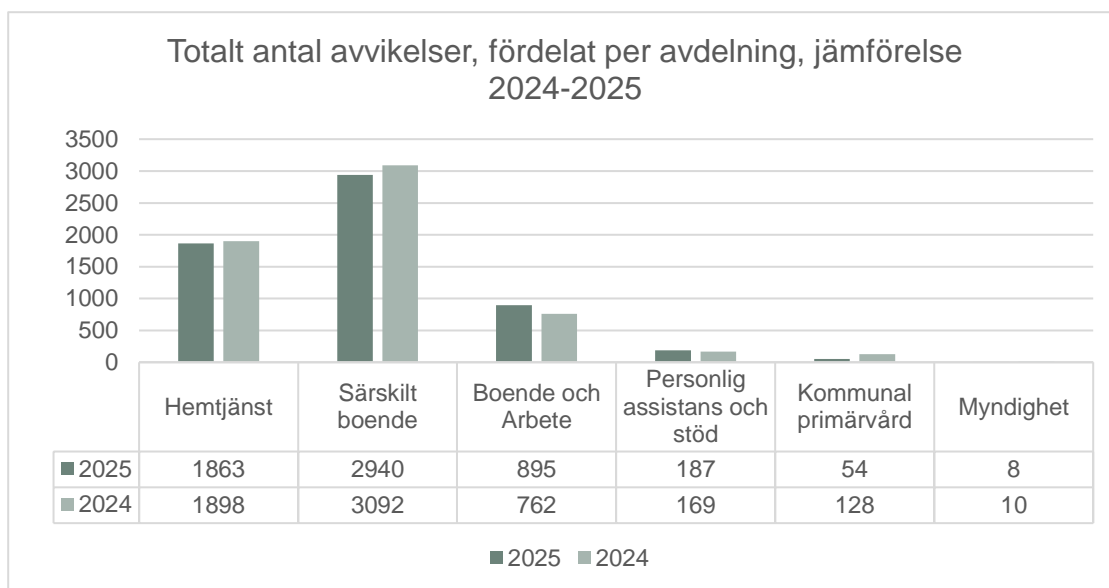
Plan för 2026 är att fortsatt systematiskt genomföra punktprevalensmätningar (PPM) under vår och höst samt att verksamheterna ska utföra en vårdhygienisk egenkontroll.

Hygiensjuksköterskan utökar utbildningsinsatserna för ombud och genomför riktade utbildningar för enhetschefer för att stärka det lokala ledarskapet i hygienfrågor. För att säkerställa god kompetens från start medverkar hygiensjuksköterskan även vid introduktionen av nyanställda sjuksköterskor och assistenter inför sommaren. För att nå uppsatta mål krävs fortsatta resurser och tid för reflektion kring mätresultaten, både hos ledning och vårdpersonal.

6. Avvikelser

6.1. Totalt antal avvikelser

Under 2025 har totalt 5 947 avvikelser registrerats inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter. Detta motsvarar en mindre minskning om cirka 1,8 procent jämfört med 2024, då 6 059 avvikelser registrerades. Minskningen är begränsad och bör därför tolkas med försiktighet. Det är fortsatt angeläget att följa utvecklingen över tid samt att analysera avvikelsernas karaktär och bakomliggande orsaker inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet.



Störst skillnader i förändringen av antalet avvikelser mellan verksamheterna kan ses inom kommunal primärvård, som har mer än halverat sina totalt antal avvikelser jämfört med förra året utan någon tydlig eller identifierbar orsak. Antalet inkomna avvikelser har inom övriga verksamheter ökat inom vissa och minskat inom andra, utan att något övergripande mönster framträder.

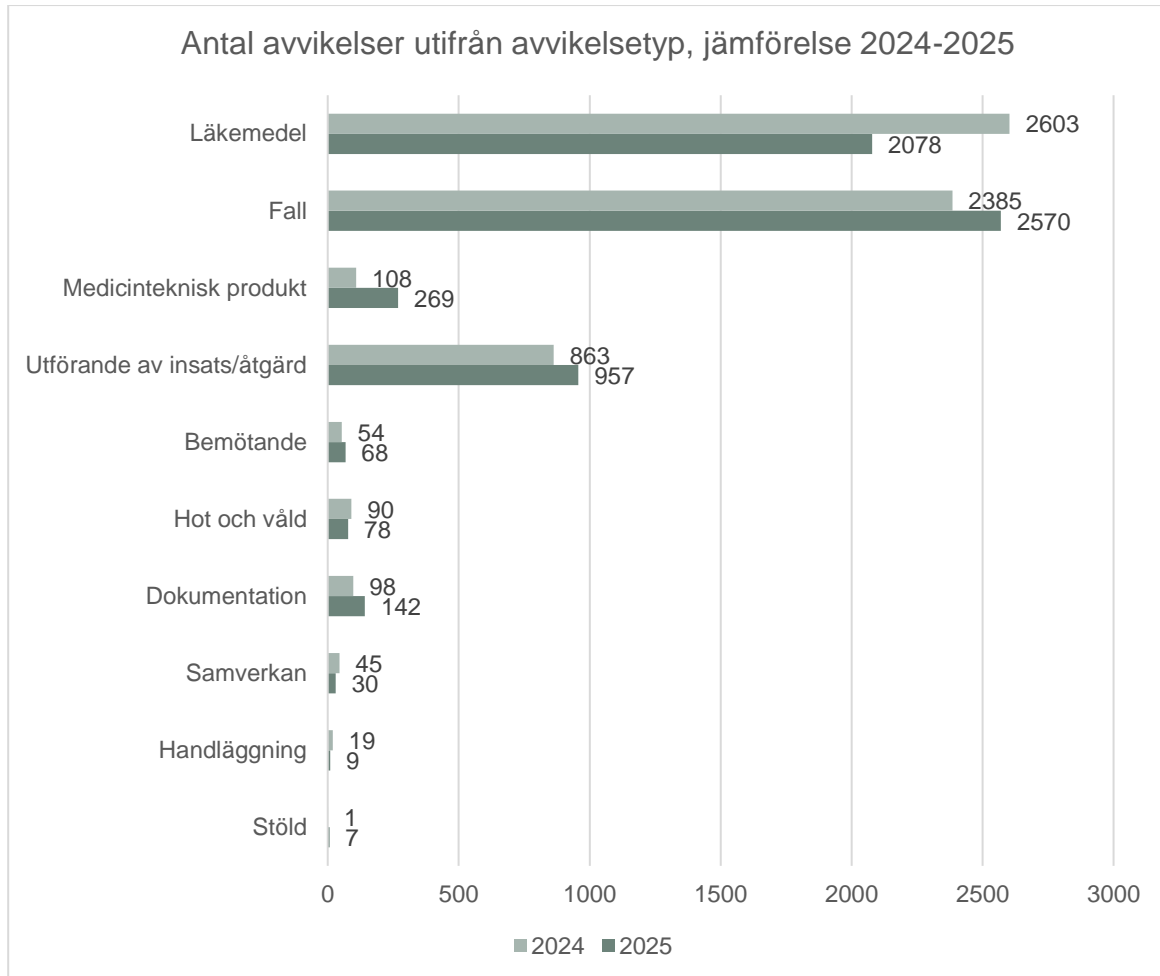
Följande typer av avvikelser har exkluderats från redovisningen:

- Avvikelser registrerade i utbildningssyfte och som enbart berör fiktiva personer.
- Avvikelser registrerade på avdelningsnivå snarare än på en specifik enhet.
- Avvikelser från privata utförare⁴

6.2. Redovisning utifrån avvikelsestyp

Nedan redovisas antalet avvikelser per avvikelsestyp, under de senaste två åren. Det är viktigt att notera att det vid registrering av avvikelser förekommer att rapportören markerar flera avvikelsestyper i samma avvikelse. Detta innebär att det sammanlagda antalet avvikelser per kategori kan avvika något från det totala antalet registrerade avvikelser.

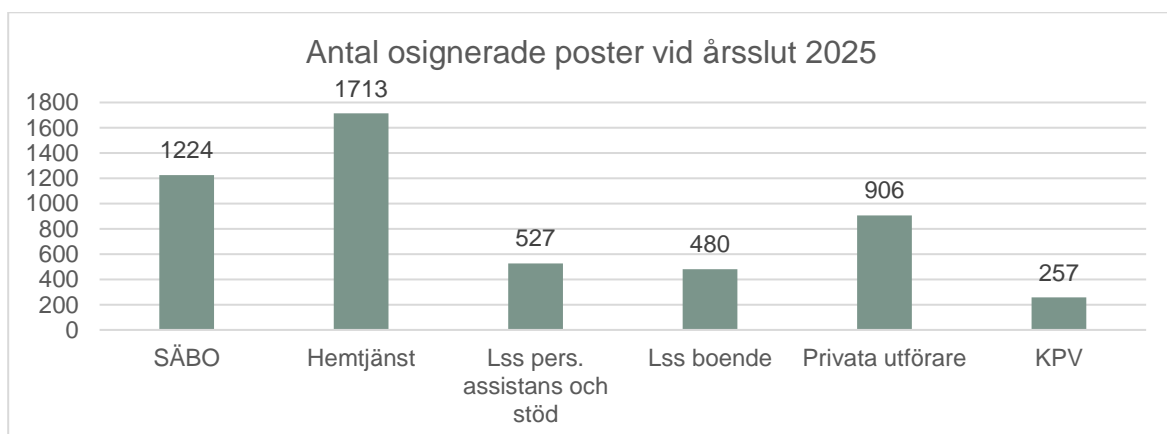
⁴ Privata utförare redovisar sina avvikelser i samband med inlämningen av sina kvalitets- och patientsäkerhetsberättelser till nämnden



Avvikelser relaterade till fall och läkemedel utgör fortsatt den vanligaste typen av rapporterade avvikelser, följt av avvikelser kopplade till utförande av insats eller åtgärd.

Ohanterade poster

Majoriteten av de läkemedelsavvikelser som inkommer beror på utebliven signering i samband med läkemedelsadministration. Bristande signering utgör en allvarlig patientsäkerhetsrisk, då det ej går att säkerställa att patienten erhållit ordinerad medicinering. Hanteringen av dessa avvikelser är dessutom mycket tids- och resurskrävande för organisationen.



Vid årsskiftet uppgick det totala antalet ohanterade poster till 5701 stycken för perioden 2023–2025. Av dessa genererades 4413 poster under 2025. Den mest framträdande

kategorin är läkemedelstillförsel via munnen, som står för 42,3 procent av de osignerade posterna.

De flesta verksamheter har sedan tidigare en handlingsplan som syftar till att komma tillrätta med ohanterade poster. Följsamheten och efterlevnad har dock visat sig vara eftersatt, med anledning av det stora antal ohanterade poster som fortsatt uppmärksammas. Inom avdelning hemtjänst har upprepade dagliga kontroller införts där administrativ samordnare går in och kontrollerar att läkemedel signerats enligt rutin. Inom boende och arbete har respektive enhet sett över rutinerna kring missade läkemedelssigneringar. Åtgärderna har haft viss, men ej tillräcklig effekt.

Mot bakgrund av ovanstående föreslås att ohanterade poster prioriteras som ett identifierat förbättringsområde under 2026 där bakomliggande orsaker kartläggs och konkreta åtgärder föreslås för att komma tillrätta med bristen.

Fallpreventivt arbete

Det fallpreventiva arbetet är ett prioriterat utvecklingsområde och bedrivs kontinuerligt inom verksamheterna. Arbetet omfattar bland annat riskbedömningar, uppföljning av inträffade fall samt genomgång av avvikelser för att identifiera mönster och förebyggande åtgärder. Genom återkommande analyser och dialog inom ramen för teamsamverkan skapas förutsättningar för att stärka det förebyggande arbetet och minska risken för fallavvikelser.

Under 2025 ökade antalet inrapporterade fallolyckor med 7 procent till totalt 2 570 stycken. Statistiken visar en minskning inom hemtjänsten, men en tydlig ökning inom särskilt boende (som står för 52 procent av fallen). Ökningen kräver fördjupad analys för att utröna om den beror på faktorer som högre vårdtyngd eller en förbättrad rapporteringskultur där avvikelser används aktivt för kvalitetsutveckling.

Inom ramen för Nära vård skiftas fokus mot ett mer proaktivt och hälsofrämjande arbetssätt. I 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. Under 2026 kommer utbildningssjuksköterskan, i samverkan med förebyggandeenheten, att fokusera på behovsbaserade utbildningar och hälsofrämjande insatser. Genom att kombinera kompetensutveckling med analys av avvikelsemönster och stärkt tvärprofessionell teamsamverkan, skapas förutsättningar för att tidigt identifiera risker för fall.

Utförande av insats/åtgärd

Under 2025 har totalt 957 avvikelser kopplade till utförandet av insatser rapporterats, vilket är en ökning jämfört med 863 föregående år. Vid delåret redovisades istället en minskning, varvid majoriteten av ökningen bör ha skett under hösten, och vänt trenden. Avvikelseorna avser främst uteblivna insatser, ofta till följd av tids- eller personalbrist, men även insatser som utförts felaktigt eller på annat sätt än planerat. Vissa avvikelser beror också på osignerade läkemedel. Dessa hör egentligen till kategorin läkemedelsavvikelser men tenderar att rapporteras under kategorin uteblivet utförande av insats.

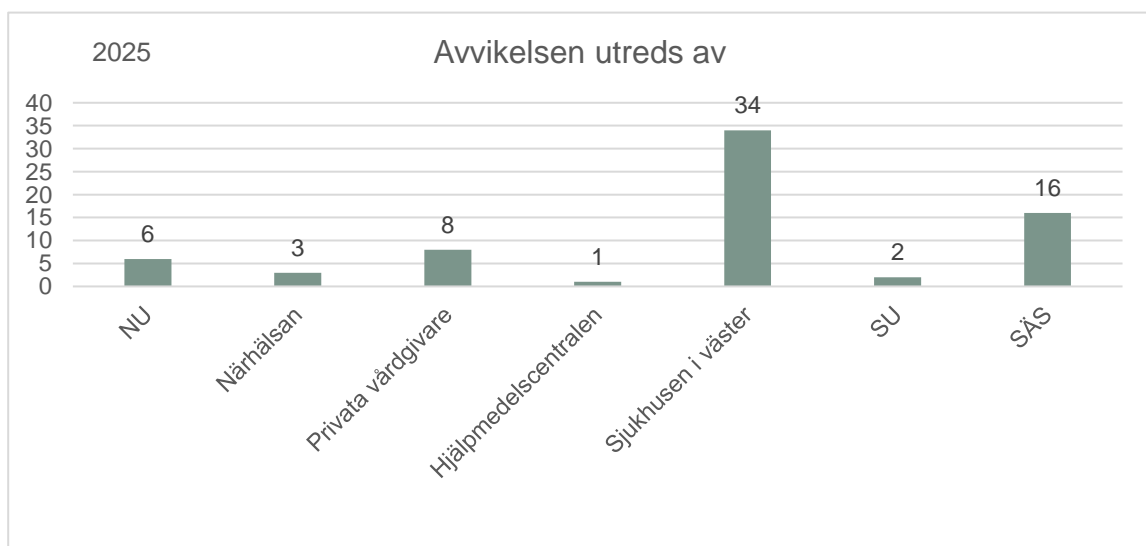
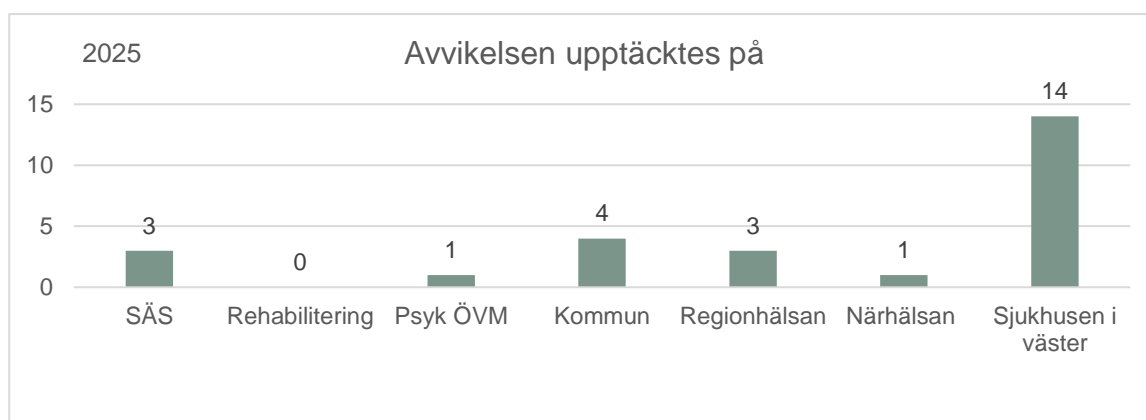
I de verksamheter där en hög andel uteblivna insatser uppmärksammas, särskilt kopplat till tids- och personalbrist, är det av vikt att regelbundet följa upp bemanningssituationen. Riskbedömningar kopplade till dessa avvikelser kan behövas för att identifiera bakomliggande orsaker samt vidta adekvata 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.

En mer detaljerad redovisning av avvikelser utifrån avvikelseyp presenteras i rapporten "Redovisning av systematiskt kvalitetsarbete, januari–juni 2026", som redovisas till nämnden i september.

6.3. Avvikelser i samverkan (MedControl PRO)

Alingsås kommun har rapporterat 74 avvikelser i samverkan under året. Flera rapporterade avvikelser gäller brister i läkemedelshanteringen vid vårdens övergångar och bristande kommunikation och informationsöverföring i samband med slutenvårdsprocessen. 34 stycken av avvikelserna har registrerats på Sjukhusen i Väster. Alingsås kommun har mottagit 27 ärenden ifrån övriga vårdgivare där merparten inkommit från Sjukhusen i väster (14 st). Detta är en minskning av ärenden jämfört med tidigare år, då det legat över 40 st. Dessa rör exempelvis att behov av inskrivning i den kommunala primärvården skiljer sig åt mellan huvudmännen där orsak oftast ses i bristande kommunikation och informationsöverföring samt att IT-tjänsten SAMSA inte använts enligt rutin. Andra avvikelser som inkommit gäller vård och behandling, där rapportör uppmärksammat nytillkomna trycksår hos patienter samt bristande hygien. Det har även varit avvikelser gällande fördröjd eller bristande bedömning av patient inom kommunal primärvård innan kontakt med ambulans.

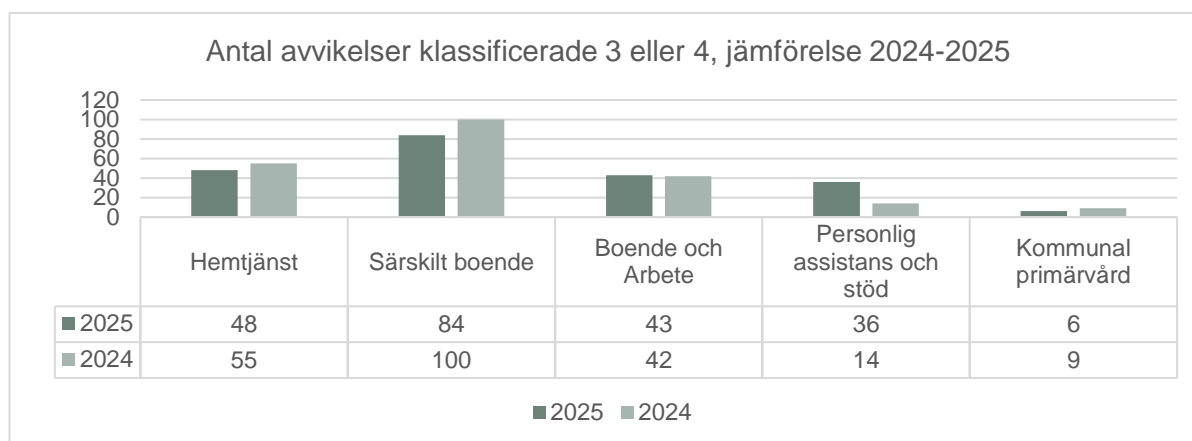
En analys av avvikelserna på en övergripande nivå är brist i kommunikation- och informationsöverföring mellan vårdgivare. Avvikelser som rör samverkan analyseras gemensamt vid analysmöten eller via samverkansmöten och förslag på riktade åtgärder beslutas för de vanligaste riskerna.



6.4. Allvarliga händelser (klassificering 3 eller 4)

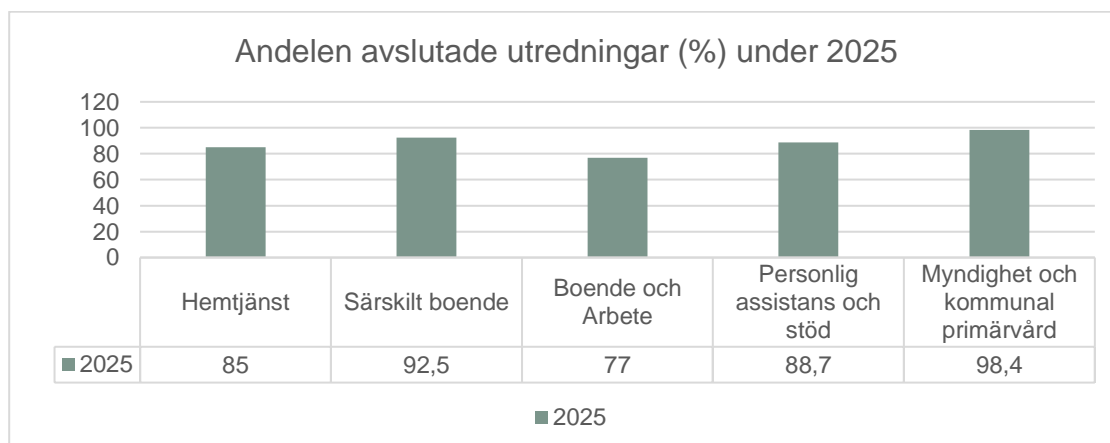
Det totala antalet allvarliga avvikelser (klassificerade som nivå 3 eller 4) har legat på ungefär samma nivå som föregående år, 217 under 2025 jämfört med 220 under 2024. Inom äldreomsorgen har antalet minskat, medan det inom funktionsstöd har ökat, framför allt inom personlig assistans och stöd, där antalet allvarliga avvikelser mer än fördubblats. Detta kan bero på att det inträffat fler allvarliga avvikelser i verksamheten. Ökningen kan även indikera ett stärkt förbättringsarbete, där verksamheterna utvecklat en ökad benägenhet att rapportera allvarliga händelser.

Flertalet av de avvikelser som klassificerats som allvarliga har även utretts enligt lex Sarah och lex Maria.



6.5. Avslutade utredningar

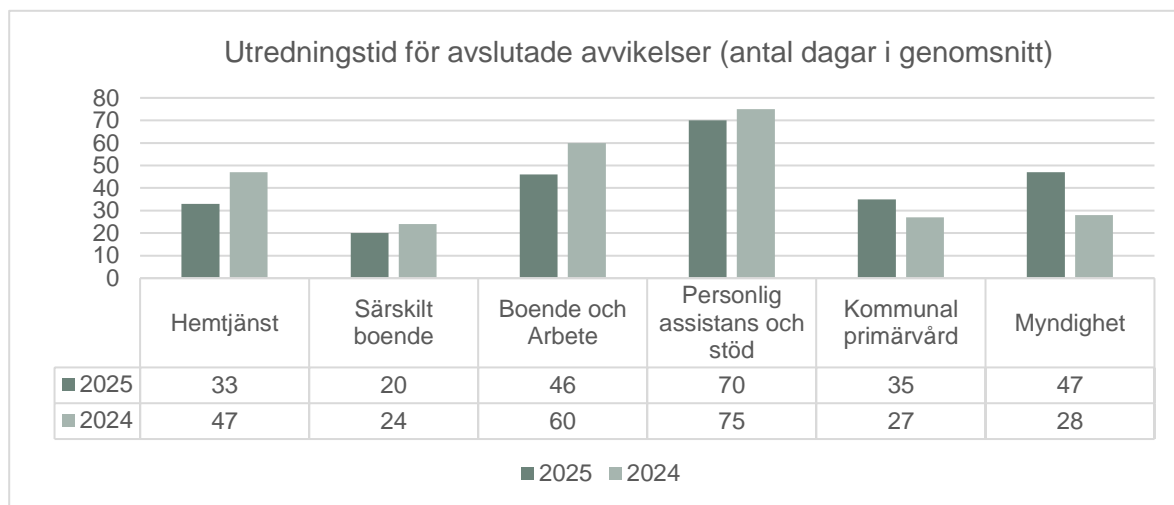
Totalt inkom 5927 avvikelser under året. Av dessa har 5224 avvikelser avslutats vid årsskiftet, vilket motsvarar en avslutsgrad på 87.8 procent. Föregående års kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse redovisade en avslutsgrad på 89 procent totalt, vilket innebär en viss minskning i år. Trots att resultatet fortfarande är relativt högt, når det inte upp till den tidigare fastställda målsättningen om att 95 procent av alla avvikelser ska vara utredda och avslutade inom utsatt tid. Nämnden uppfyller fortfarande inte målet men bedömningen är att målet kan nås med ett fortsatt tydligt riktat fokus på systematiskt kvalitetsarbete och avvikelshantering. 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.



6.6. Utredningstid

Under perioden januari–december 2025 uppgick den genomsnittliga utredningstiden till 39 dagar inom hela förvaltningen, för de avvikelser som är avslutade. Detta är en tydlig förbättring jämfört med samma period 2024, då genomsnittet låg på 47 dagar, vilket kunde konstateras redan vid delåret. Utvecklingen visar på ett positivt trendbrott och indikerar att förbättringsarbetet inom organisationen 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.

En tydlig orsak till att utredningstiden ibland blir längre är att avvikelserna bedömts som allvarliga och att den därför behöver bedömas och/eller utredas vidare av SAS, MAS och/eller MAR.



6.7. Åtgärder kopplat till avvikelser

Anmälningar till IVO som lärande exempel:

Sedan hösten 2024 publiceras samtliga anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) på kommunportalen. Arbetet har fortsatt under 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.

Avvikelsestöd – ”drop in”:

Under året har SAS och MAS erbjudit återkommande tillfällen av ”Avvikelsestöd”, riktade till enhetschefer. Syftet med insatsen har varit att erbjuda stöd och vägledning i hantering och utredning av avvikelser. Aktiviteten har genomförts som öppna drop in-tillfällen, där enhetschefer haft möjlighet att få individuell rådgivning och stöd utifrån sina behov. Avvikelsestöd planeras att fortsätta även under våren 2026 som återkommande tillfällen, i syfte att ytterligare stärka enhetschefernas kompetens inom området.

Avvikelsesstatistik till chefer:

SAS och MAS sammanställer månadsvis statistiklistor över aktuella avvikelser. Avvikelsesstatistiken skickas i början av varje månad till respektive avdelningschef för att ge en tydlig bild och översikt över avdelningens samlade aktuella avvikelser, fördelning per enhet/chef samt status för utredningen.

Utökat stöd i avvikelshantering:

Inom äldreomsorgen har verksamhetens specialistundersköterskor fått i uppdrag att stödja enhetschefer i arbetet med att utreda och hantera avvikelser. Stödet avser främst inhämtning av relevanta uppgifter samt analys av återkommande avvikelser, särskilt inom avvikelsetyperna läkemedel och fall. Enhetschef ansvarar fortsatt för bedömning av händelser och beslut om åtgärder, och analys sker i samråd med enhetschef samt i teamsamverkan. Inom avdelningen för särskilt boende arbetar chefer och specialistundersköterskor sedan maj 2025 enligt en gemensamt framtagna mall för utredning och analys av avvikelser. Genom specialistundersköterskornas stöd förväntas kvaliteten i avvikelshantering stärkas, liksom en mer enhetlig hantering, kortare handläggningstider och förbättrad återkoppling till berörd personal.

Inom funktionsstöd har metodutvecklare sedan tidigare fungerat som stöd för chefer i avvikelshantering. Under senare delen av året har även stödpedagoger involverats mer aktivt i utredningsarbetet, i syfte att vägleda personalen i det dagliga arbetet och förebygga återkommande avvikelser.

Kompetenshöjande insatser i verksamheten

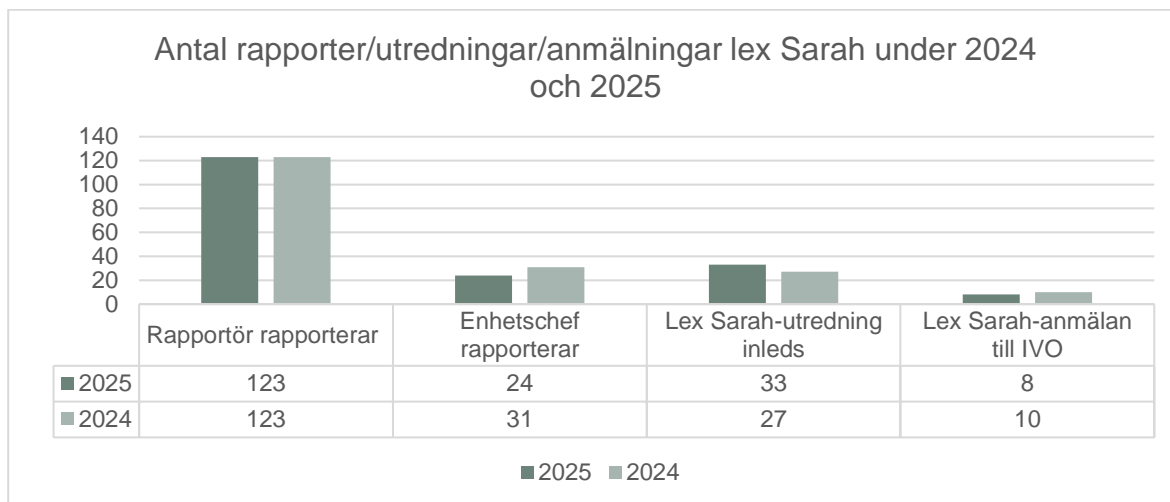
Inom avdelning personlig assistans och stöd har avdelningens metodutvecklare under hösten genomfört kompetensutveckling gällande avvikelser för arbetsgrupperna inom korttidsvistelse. En motsvarande insats planeras för korttidstillsynen i februari 2026. Efter utbildningen har medarbetarna fått förståelse för när, hur och varför avvikelser ska registreras, inklusive hur dessa ska dokumenteras i systemet. Avvikelser lyfts även regelbundet på APT för lärande och förebyggande arbete.

Rutin för sjuksköterskor:

En rutin för omhändertagande av avvikelser, inklusive tidsramar för hur lång tid en utredning får ta, kommer upprättats för sjuksköterskor under det första kvartalet 2026. Under året har statistik skickats ut månadsvis. En översyn om orsaker till ej utredda avvikelser har gjorts och uppföljning av befintlig statistik sker via enhetschefer. Utvecklingsledare har under året varit ett stöd i detta arbete.

6.8. Missförhållanden (lex Sarah)

Under 2025 har totalt 138 lex Sarah-rapporter inkommit. Av dessa har 24 rapporter inkommit via enhetschef. Det är här viktigt att notera att nio av dessa redan rapporterats direkt av medarbetare, och därmed också redovisas i statistiken under kategorin "Rapportör rapporter".



Antalet lex Sarah-rapporter under 2025 ligger på en nivå som motsvarar föregående år. En del av rapporterna avser felrapporteringar eller händelser som senare ej bedömts utgöra missförhållanden eller risk för missförhållanden. Detta indikerar ett behov av att stärka kunskapsnivån kring bestämmelserna om lex Sarah. Förekomsten av felrapporteringar samt följsamheten till rapporteringsskyldigheten kommer att följas upp och analyseras som en del av planerade egenkontroller under 2026.

Anmälan om allvarligt missförhållande/påtaglig risk för allvarligt missförhållande

Under året har åtta händelser bedömts utgöra allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk allvarliga missförhållanden i den mening som avses i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah (SOSFS 2011:5). Dessa händelser har därmed anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

En iakttagelse som gjordes tidigare under året är att flera av händelserna har identifierats och/eller rapporterats av aktörer utanför den egna verksamheten. Detta kan indikera behov av att ytterligare stärka den interna kulturen för att uppmärksamma, identifiera och rapportera allvarliga missförhållanden. Det kan även tyda på bristande följsamhet till bestämmelserna om rapporteringsskyldighet enligt gällande regelverk.

Under året har förvaltningen även uppmärksammat behov av att säkerställa att information om rapporteringsskyldigheten ges vid nyanställning samt genom årligen återkommande repetition. Bristande kännedom eller tillämpning av rapporteringsskyldigheten bedöms utgöra en risk för verksamhetens förmåga att tidigt upptäcka och åtgärda allvarliga missförhållanden. Denna risk har även identifierats inom ramen för nämndens risk- och väsentlighetsanalys. Mot denna bakgrund föreslås att rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah prioriteras som ett identifierat förbättringsområde under 2026.

I tabellen nedan redovisas de händelser som anmälts till IVO under 2025:

| Datum: | Berörd verksamhet: | Kortfattad beskrivning av det inträffade: | Diarie-nummer: | Status: |
|------------|---------------------|---|----------------|--|
| 2025-05-05 | Särskilt boende | Utifrån ett 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 | Beslut från IVO inkom 2025-10-06 - De avslutar ärendet |
| 2025-05-15 | Personlig assistans | I mars uppdagades vid ett möte med en assistansgrupp att all dokumentation i ärendet sker i en extern applikation, utanför förvaltningens verksamhetssystem. Det framkom att personalen varken fått introduktion eller utbildning i förvaltningens verksamhetssystem eller avvikelshanteringssystem. 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 | Beslut från IVO inkom 2025-12-12 - De avslutar ärendet |
| 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 | Beslut från IVO inkom 2025-09-22 - De avslutar ärendet |
| 2025-06-27 | Boende och Arbete | I april besöker förvaltningens utbildningssjuksköterska en bostad med särskild service, i syfte att observera och spegla arbetsgruppen i hur insatser med brukare utförs. Utbildningssjuksköterska uppmärksammar och observerar under verksamhetsbesöken ett antal brister som leder till att en lex Sarah-rapport upprättas. | 2025.150 VON | Beslut från IVO inkom 2025-11-04 - De avslutar ärendet |
| 2025-07-04 | Särskilt boende | Vid ett besök uppmärksammade en rehabassistent att en omsorgstagare var fastbunden i sin rullstol med ett förkläde knutet runt ryggstödet. Omsorgstagaren hade inte kunnat orsaka detta själv och åtgärden bedömdes som en otillåten begränsningsåtgärd då den inskränkte rörelsefriheten. | 2025.159 VON | Beslut från IVO inkom 2025-09-25 - De avslutar ärendet |
| 2025-09-16 | Hemtjänst | Vid inflytt till särskilt boende i juli 2025 uppmärksammade personalen att en omsorgstagare, som tidigare haft hemtjänst, hade kraftigt eftersatt personlig hygien. Omsorgstagaren bedömdes som mycket smutsig, med tecken på bristande byte av inkontinensskydd och utebliven dusch. Medhavda tillhörigheter var packade i sopsäckar och upplevdes som ofräscha. | 2025.200 VON | Inväntar beslut från IVO |
| 2025-10-31 | Personlig assistans | Avvikelse rapporten innehåller uppgifter som en personlig assistent tagit del av från kollegor under sina första två veckor i anställningen. Uppgifterna rör två kollegor och avser brister inom bemötande, utförande av insatser, personlig hygien, dokumentation samt läkemedelshantering. | 2025.257 VON | Inväntar beslut från IVO |
| 2025-12-11 | Särskilt boende | Vid nattpersonalens arbetspassets start larmade en omsorgstagare och påträffades i sängen med uppdagna grindar, utan inkontinensskydd och skyddande förband på ett svårtäkt sår, i en säng våt av urin och blod. Inkontinensskyddet återfanns i badrummet och bedömdes inte ha placerats där av omsorgstagaren. Omsorgstagaren bedöms ha legat i tillståndet under en längre tid och uppgav själv att hen larmat flera gånger under kvällen utan att få hjälp. | 2025.278 VON | Inväntar beslut från IVO |

Under hösten har fyra av de åtta lex Sarah-anmälningarna följts upp, dokumenterats i DF Respons och därefter avslutats. Vid behov har handlingsplaner upprättats och dokumenterats i den enskildes journal för att säkerställa fortsatt uppföljning samt långsiktiga och hållbara förbättringar i verksamheten.

6.9. Vårdskada (lex Maria)



Under 2025 rapporterades 188 lex Maria-ärenden, vilket är i nivå med tidigare år. Åtta utredningar inleddes, varav tre anmäldes till IVO. Då många rapporter avsett händelser utan risk för allvarlig vårdskada finns ett behov av att stärka kunskapen om lex Maria. Under 2026 kommer felrapporteringar och rapporteringsskyldighet att följas upp genom systematiska egenkontroller.

Anmälan om allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada

Nedan redovisas de händelser som bedömts vara av sådan karaktär att de inneburit en allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada. Dessa händelser har därför anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i enlighet med Patientsäkerhetslagen (2010:659).

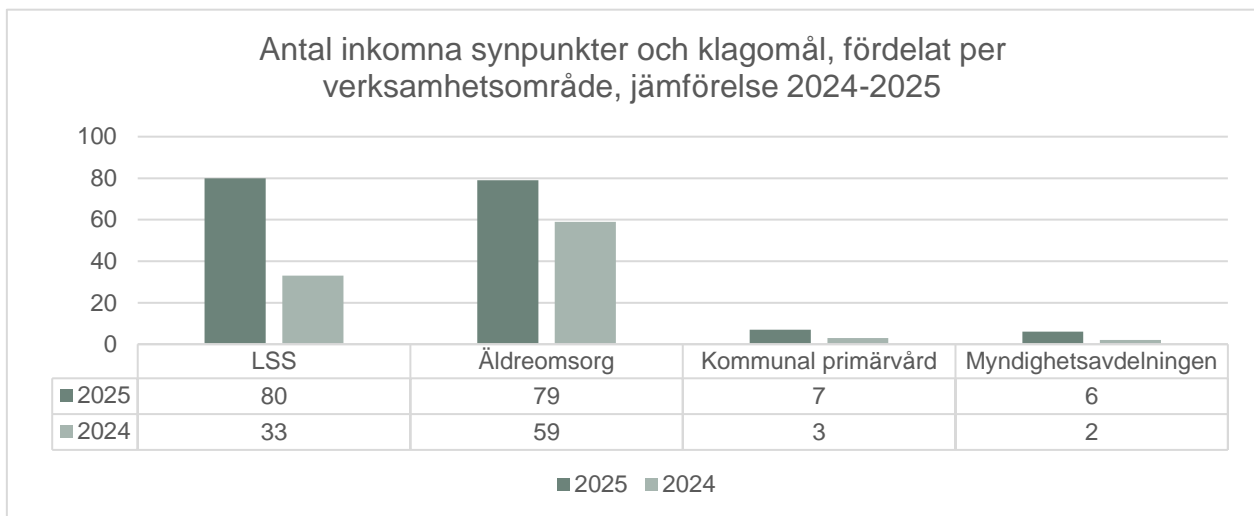
| Datum: | Berörd verksamhet: | Kortfattad beskrivning av det inträffade: | Diarie-nummer: | Status: |
|------------|---------------------|---|----------------|--|
| 2025-03-14 | Kommunal primärvård | Två avvikelser har rapporterats där total parenteral nutrition (TPN) administrerats med för hög hastighet. Patienterna drabbades av obehag och fysiska symtom till följd av den felaktiga infusionshastigheten. | 2025.080 VON | Beslut från Ivo inkom 2025-05-09 – De avslutar ärendet |
| 2025-07-14 | Boende och Arbete | En patient erhöll trippeldos av kalium på grund av bristande följsamhet till gällande rutiner för läkemedelshantering. Risk för allvarlig hjärtpåverkan. Patient övervakades och uppvisade inga komplikationer. | 2025.163 VON | Inväntar beslut från IVO |
| 2025-11-12 | Särskilt boende | Patient avled i hjärtstopp utan att HLR initierades, trots att beslut om "ej HLR" saknades. | 2025.248 VON | Inväntar beslut från IVO |

Av de tre händelser som skickats till IVO i år har en av dessa bedömts vara en allvarlig vårdskada och två som risk för allvarlig vårdskada. Ett av ärendena från 2025 initierades efter en underrättelse och begäran från IVO, då en anhörig gjort en anmälan gällande händelsen. De främsta bristerna rör följsamhet till riktlinjer och rutiner, där utbildning och kommunikation varit de vanligaste åtgärderna.

7. Synpunkter och klagomål

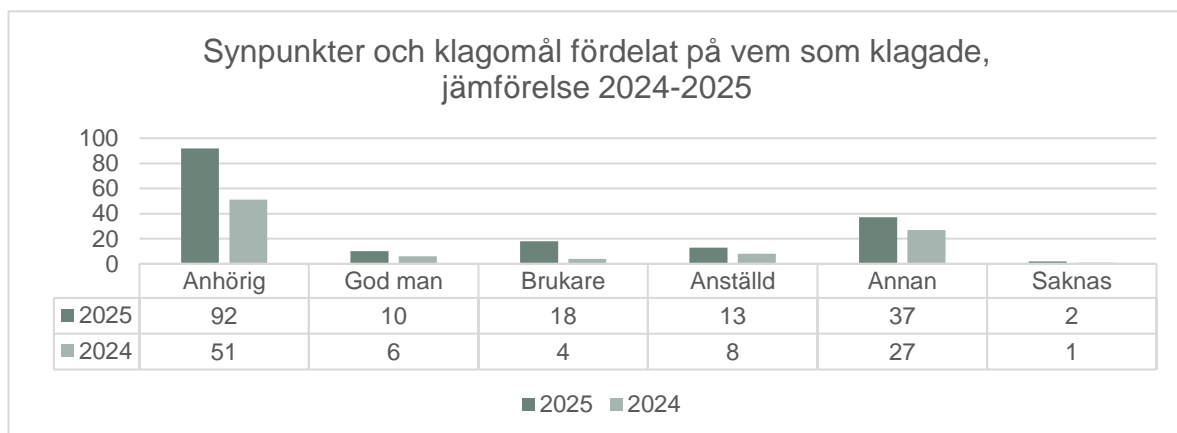
I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) framgår att verksamheten ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Inkomna klagomål och synpunkter ska dessutom sammanställas och analyseras för att man ska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

Under 2025 har det inkommit totalt 172 stycken synpunkter och klagomål. Jämfört med förra året (97 st) har det skett en ökning med 75 st, vilket motsvarar en ökning med cirka 77 procent.



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?

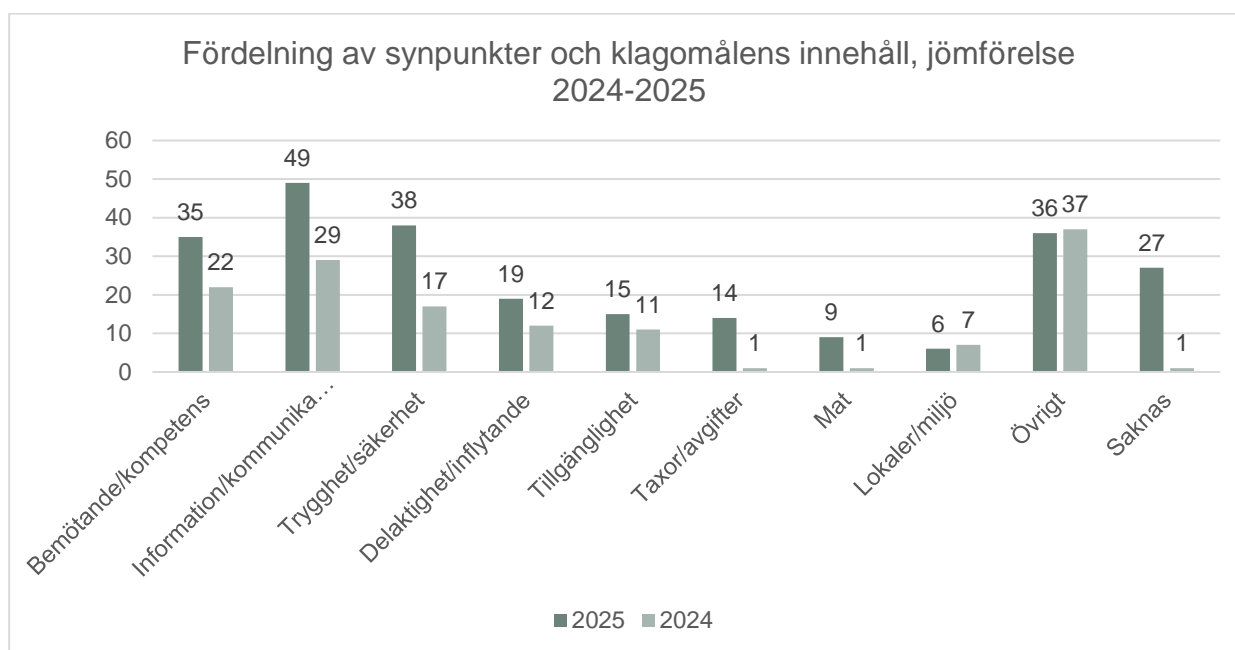


Flest synpunkter och klagomål inkommer fortfarande från anhöriga till personer som får insatser från vård- och omsorgsförvaltningen. Något som noterats är att det ibland är återkommande anhöriga som inkommer med fler och/eller kompletterande synpunkter och klagomål.

En tydlig förändring är dock att antalet synpunkter och klagomål från enskilda brukare har ökat, från 4 förra året till 18 i år, vilket kunde konstateras redan vid delåret. 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.

Kategorin "annan" avser framför allt synpunkter och klagomål som inkommit anonymt, alternativt av någon som inte har en direkt koppling till enskilda som får insatser från vård- och omsorgsförvaltningen, exempelvis andra kommuninvånare.

Vad handlar inkomna synpunkter och klagomål om?



Av samtliga inkomna ärenden har 73,8 procent kategoriserats som klagomål, 15,9 procent som frågor och 10,3 procent som förbättringsförslag. Värt att notera är att en synpunkt eller ett klagomål kan avse flera områden, vilket innebär att det totala antalet registrerade områden överstiger det totala antalet inkomna synpunkter och klagomål.

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. Detta inkluderar bland annat fördröjd återkoppling och uteblivna eller sena svar på tidigare inlämnade synpunkter. Flera ärenden avser även anhörigas upplevelser av bristande trygghet och säkerhet för sina närstående.

Det är inom områdena bemötande, kommunikation samt trygghet och säkerhet som den största ökningen av synpunkter och klagomål har skett jämfört med föregående år.

En förhållandevis stor andel av inkomna ärenden har kategoriserats som "övrigt" eller "annat". Dessa avser synpunkter som inte direkt berör den specifika insatsen eller kärnverksamheten, utan i stället rör olika kringliggande faktorer.

Kännedom om vart man vänder sig

För den enskilde är det av stor betydelse att ha kännedom om vart man kan vända sig för att lämna synpunkter eller klagomål. Denna fråga ingår i de årliga brukarundersökningar som genomförs inom äldreomsorgen och funktionsstöd.

| Nyckeltal | Verksamhet | 2023 | 2024 | 2025 | Riket |
|---|---------------------|------|------|------|-------|
| Vet du vart du ska vända dig om du vill lämna synpunkter eller klagomål? (andel % som svarat "Ja") | Hemtjänst | 63 | 61 | 56 | 61 |
| | Särskilt boende | 42 | 37 | 38 | 46 |
| Vet du vem du ska prata med om något är/fungerar dåligt hemma/på daglig verksamhet/ med dina assistenter? (andel % som svarat "Ja") | Gruppbostad | 81 | 88 | 87 | - |
| | Servicebostad | 90 | 90 | 97 | - |
| | Daglig verksamhet | 92 | 96 | 92 | - |
| | Personlig assistans | 89 | I.U | 62 | - |
| | Boendestöd | I.U | I.U | 100 | - |

Av resultaten för 2025 framgår att andelen brukare inom hemtjänst som uppger att de vet vart de ska vända sig med synpunkter och klagomål har minskat jämfört med tidigare år. Resultaten för hemtjänst och särskilt boende ligger dessutom under genomsnittet för riket som helhet. Inom personlig assistans har även en negativ utveckling noterats, i form av en minskad andel brukare som uppger att de vet vem de ska vända sig till om något inte fungerar eller upplevs som bristfälligt i relation till deras assistenter.

Sammantaget indikerar resultaten ett behov av att stärka informationen till brukare om hur och vart synpunkter och klagomål kan lämnas, samt att säkerställa att informationen ges på ett tydligt, tillgängligt och återkommande sätt.

Åtgärder kopplat till synpunkter och klagomål:

I samband med reformeringen av nuvarande kvalitetskrav till så kallade kvalitetsdeklarationer planeras framtagande av broschyrer och informationsblad. Dessa ska kunna lämnas till den enskilde och till allmänheten, exempelvis vid ansökan om eller beviljande av insatser. I materialet ska det tydligt framgå vart man kan vända sig för att lämna synpunkter och klagomål till förvaltningen.

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.

8. Riskanalyser

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) tydliggörs kraven på hur verksamheten ska arbeta med riskanalyser. Arbetet ska syfta till att fortlöpande identifiera och bedöma risker för händelser som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet.

I handlingsplanen för förvaltningens systematiska kvalitetsarbete har riskanalyser identifierats som ett förbättringsområde. I dagsläget saknas en förvaltningsövergripande riktlinje med tillhörande metodstöd för hur riskanalyser ska genomföras. Som en följd av detta innehåller handlingsplanen en åtgärd som syftar till att ta fram nödvändiga rutiner, arbetssätt och metodstöd för att säkerställa ett systematiskt och enhetligt arbete med riskanalyser inom förvaltningen. Arbetet är planerat att genomföras enligt tidsplanen för åtgärder under 2026.

Barnkonsekvensanalys

I april 2025 fastställdes en rutin för upprättande av barnkonsekvensanalyser med tillhörande stödmaterial. Rutinen omfattar samtliga verksamheter inom vård- och omsorgsförvaltningen där en barnkonsekvensanalys kan bli aktuell och syftar till att säkerställa att barnperspektivet och principen om barnets bästa beaktas i beslut som fattas inom verksamheten och som berör barn.

Under våren identifierades ett behov av att höja kompetensen hos chefer och metodutvecklare inom avdelningarna för funktionsstöd avseende genomförande av barnkonsekvensanalyser. Som en del i detta genomfördes i maj 2025 en utbildningsinsats kompletterad med en e-learning om barnkonventionen. Insatsen är ett viktigt steg i arbetet med att stärka barnets rättigheter och säkerställa att barnets bästa konsekvent beaktas i vård- och omsorgsförvaltningens beslut och insatser.

Genomförda riskanalyser 2025

Analyserna har legat till grund för planering och genomförande av åtgärder för att minska identifierade risker, tydliggöra ansvar och säkerställa en trygg och sammanhållen verksamhet för både brukare och medarbetare. Riskanalyserna har även bidragit till ökad medvetenhet kring riskområden och till ett mer strukturerat arbetssätt vid framtida organisatoriska förändringar.

Införande av planeringssystem:

Under året har införandet av Plan/Act, förvaltningens upphandlade planeringssystem, påbörjats inom två pilotverksamheter inom hemtjänsten. I samband med införandet identifierades flera risker kopplade till patientsäkerheten. Behov av ökad delaktighet från den kommunala primärvården samt förändrade arbetssätt uppmärksammades. Dialog inleddes mellan berörda verksamheter och en uppföljning av den initiala riskanalysen genomfördes. Därefter tillsattes en arbetsgrupp med uppdrag att gemensamt se över och anpassa arbetssätt, ansvarsfördelning och samverkan i syfte att minska patientsäkerhetsrisker. Arbetsgruppens arbete utgör underlag för fortsatt utveckling av rutiner och samverkan inför ett eventuellt breddinförande av planeringssystemet.

Äldreomsorg

Äldreomsorgen har även genomfört riskanalyser i samband med organisationsförändringar, som när man samlade all korttidsverksamhet under samma enhetschef, samt vid införande av nya funktioner och roller i verksamheten, så som administrativa samordnare och specialistundersköterskor.

Funktionsstöd:

Barnkonsekvensanalyser: Inom avdelningen personlig assistans och stöd har arbetet med barnkonsekvensanalyser påbörjats, både på grupp- och individnivå. Analyserna har främst genomförts i samband med planering av omorganisering och samlokalisering av verksamheterna för korttidsvistelse och korttidstillsyn. För att säkerställa att barnens egna synpunkter inhämtas och beaktas har ett kompletterande material med bildstöd tagits fram.

Även inom bostad med särskild service har barnkonsekvensanalyser genomförts i samband med verkställandet av barnboenden enligt LSS.

Avvikelse från dygnsvilan: Inom personlig assistans har en avdelningsövergripande riskanalys kopplat till avvikelser från dygnsvilan genomförts, i syfte att säkerställa en trygg insats samt en god arbetsmiljö.

Omorganisering boendestödet: Riskanalys har även genomförts inför boendestödets överflytt från avdelning personlig assistans och stöd till avdelning boende och arbete.

Myndighet:

Under 2025 har riskanalyser genomförts i samband med samverkan och övertag av ärenden från socialförvaltningen.

9. Identifierade förbättringsområden 2026

Nedan redovisas nämndens prioriterade utvecklingsområden för 2026. Sammanställningen visar de områden där vård- och omsorgsförvaltningen bedömer att behovet av fortsatt utveckling är störst. Bedömningen utgår från de risker som identifierats inom ramen för nämndens risk- och väsentlighetsanalys samt från de resultat som framkommit i underlaget till kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för 2025.

| Förbättringsområde | Identifierad risk |
|---|--|
| Rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah | Risk att medarbetare saknar nödvändig kompetens om rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah, vilket kan medföra ökad risk för missförhållande, samt negativ påverkan på kvaliteten på vård och omsorg. |
| Skydds- och begränsningsåtgärder | Risk att medarbetare saknar nödvändig kompetens om riktlinjer för skydds- och begränsningsåtgärder, vilket kan leda till felaktigt tillämpning och därmed öka risken för skador och kränkningar av individers rättigheter. |
| Ohanterade poster (osignerade HSL-insatser) | Bristande läkemedelssäkerhet: Vårdgivaren kan inte säkerställa att ordinerade läkemedel eller behandlingar administrerats korrekt, vilket medför risk för vårdskada. |
| Språkkrav för personal inom äldreomsorgen | Utredning SoU 2024:78 föreslår att språkkrav införs för personal inom äldreomsorgen för att säkerställa att medarbetare har tillräckliga kunskaper i svenska för att kunna utföra sina arbetsuppgifter effektivt. Risk att förvaltningen har svårigheter att säkerställa en smidig och effektiv implementering, samt anpassning till kraven. |

De identifierade förbättringsområdena kommer att utgöra grunden för förvaltningens övergripande plan för egenkontroll för 2026. Redovisning till nämnden kommer att ske i samband med rapporten "Redovisning av systematiskt kvalitetsarbete, januari-juni 2026" samt i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för nästkommande år.