

Redovisning av systematiskt kvalitetsarbete

- Januari – juni 2026

Typ av styrdokument: Rapport
Beslutande instans: Vård- och omsorgsnämnden
Datum för beslut: ÅÅÅÅ-MM-DD
Diarienummer: 2026.052 VON

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

Innehåll

Inledning	4
Systematiskt kvalitetsarbete första halvåret 2026	4
Införande av kvalitetsdeklarationer	5
Handlingsplan systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete	6
Stöd för det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet	8
Avvikelser	9
Totalt antal avvikelser, januari-juni 2026	9
Redovisning utifrån avvikelseyp	11
Avvikelser i samverkan (MedControl PRO)	13
Missförhållanden (Lex Sarah)	13
Anmälan om allvarligt missförhållande/påtaglig risk för allvarligt missförhållande	14
Vårdskada (Lex Maria)	15
Anmälan om allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada	15
Synpunkter och klagomål	17
Vem lämnar synpunkter och klagomål?	17
Vad handlar inkomna synpunkter och klagomål om?	18
Egenkontroll	19
Förvaltningens övergripande plan för egenkontroll	19
Egenkontroll av social dokumentation	25
Journalgranskning – kommunal primärvård	27
Nationella kvalitetsregister	28
PPM-mätning	29
Risikanalys	31

Inledning

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) utgör tillsammans med Alingsås kommuns styrmodell grund för nämndens kvalitetsarbete. Av Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2011:9) framgår att nämnden systematiskt och fortlöpande ska utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten, i syfte att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter.

Redovisning av systematiskt kvalitetsarbete, januari-juni 2026 syftar till att beskriva hur nämndens arbete med systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete har bedrivits under perioden januari-juni, vilka åtgärder som vidtagits samt vilka resultat som uppnåtts.

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

En fördjupad utvärdering och analys av nämndens systematiska kvalitetsarbete under året redovisas i samband med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen 2026.

Systematiskt kvalitetsarbete första halvåret 2026

Under första halvåret 2026 har vård- och omsorgsförvaltningen fortsatt arbetet med att utveckla det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i enlighet med den handlingsplan som antogs 2025. Flera av de planerade åtgärderna har genomförts eller påbörjats och syftar till att stärka förvaltningens ledningssystem, skapa en mer enhetlig tillämpning av rutiner samt ge chefer och medarbetare bättre förutsättningar att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete.

Under perioden har kvalitetsdeklarationer tagits fram för att tydliggöra verksamheternas kvalitet, åtaganden och vad den enskilde kan förvänta sig av de insatser som ges. Kvalitetsdeklarationerna antogs av nämnden i mars och ett implementeringsarbete har därefter pågått under våren.

Ett särskilt fokus har varit kompetenshöjande insatser inom området lex Sarah och rapporteringsskyldigheten. Under perioden har bland annat ett nytt utbildningsmaterial och en e-learning tagits fram. Därtill har lärande exempel baserade på allvarliga händelser utifrån lex Sarah och lex Maria utvecklats och spridits till verksamheterna. Insatserna syftar till att stärka kunskapen om rapporteringsskyldigheten, bidra till ett ökat lärande utifrån inträffade händelser och främja en öppen rapporteringskultur.

Vidare har arbetet med att revidera och ta fram styrande dokument påbörjats, samtidigt som nya sidor på kommunportalen har etablerats för att öka tillgängligheten till information och stöd inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet.

Förvaltningen har även bedrivit ett aktivt arbete med egenkontroller. En förvaltningsövergripande plan för egenkontroll har tagits fram utifrån nämndens identifierade förbättringsområden, som ligger till grund för ett strukturerat och enhetligt uppföljningsarbete, samt säkerställande av verksamhetens processer. Under perioden har även dokumentations-, ärende- och journalgranskningar samt PPM-mätningar genomförts enligt planering. Resultaten används för att identifiera förbättringsområden, följa upp följsamheten till gällande rutiner och bidra till ett kontinuerligt lärande och utvecklingsarbete i verksamheterna.

Sammantaget har förvaltningen tagit flera viktiga steg i att utveckla det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom flera områden under första halvåret 2026. Flera aktiviteter, såsom utveckling av metodstöd för individfokuserade riskanalyser samt färdigställande av styrande dokument, kommer att fortsätta under årets andra hälft.

Införande av kvalitetsdeklarationer

I mars 2026 antogs *"Kvalitetsdeklarationer för vård- och omsorgsnämnden"* – ett dokument som anger vilken kvalitet den enskilde kan förvänta sig vid insatser från vård- och omsorgsnämndens verksamheter. Kvalitetsdeklarationerna bygger i stor utsträckning på bärande principer och grundläggande utgångspunkter i Socialtjänstlagen (2025:400) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (1993:387).

De kvalitetsområden som valts ut är:

- Gott bemötande
- Delaktighet och inflytande
- Trygghet och välbefinnande
- Förebyggande och hälsofrämjande
- Jämlik och jämställd
- Kunskapsbaserad
- Lätt tillgänglig

Vård- och omsorgsnämnden har tidigare arbetat utifrån antagna kvalitetskrav för verksamheterna särskilt boende, hemtjänst och kommunal primärvård. Dessa upphävdes i samband med nämndsammanträdet och ersätts nu av de nya kvalitetsdeklarationerna. Kvalitetsdeklarationerna omfattar samtliga verksamheter inom vård och omsorgsnämndens ansvarsområde, inklusive privata utförare. Som ett led i att implementera kvalitetsdeklarationerna i verksamheten har socialt ansvarig samordnare (SAS) besökt samtliga ledningsgrupper under våren för dialog och workshop. Workshopmaterialet har därefter tillgängliggjorts för att kunna användas i respektive verksamhet.

Handlingsplan systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete

Sedan 2025 har vård- och omsorgsförvaltningen en handlingsplan för att utveckla och stärka det systematiska kvalitetsarbetet. Handlingsplanen omfattar elva åtgärder som syftar till att skapa långsiktiga och hållbara arbetssätt för kvalitetsutveckling inom förvaltningen. Målsättningen är att samtliga åtgärder ska genomföras och implementeras under perioden 2025–2027. Nedan redovisas status för respektive åtgärd samt hur långt arbetet har kommit i genomförandet.

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	Årshjul 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 våren 2026 har introduktionsutbildningen i systematiskt kvalitetsarbete fortsatt i enlighet med förvaltningens planering. Årshjulet för systematiskt kvalitetsarbete har uppdaterats med återkommande introduktionstillfällen för nya chefer, vilket skapar en tydlig struktur för kompetensförsörjningen inom området. Ytterligare två utbildningstillfällen är planerade under hösten. Framtagande av fördjupande utbildningsdelar inom det systematiska kvalitetsarbetet kommer att tas fram under 2026-2027 och planeras att erbjudas till berörda målgrupper i takt med att de blir färdigställda.

Införa återkommande kvalitetsdagar ●

Under våren 2026 har en kvalitetsdag genomförts i form av en digital chefsdag den 14 april. Syftet var att stärka kunskap, samsyn och delaktighet. På dagordningen stod flera centrala områden kopplat till förvaltningens nuvarande kvalitetsarbete, bland annat processororienterat arbetssätt och hur långt vi kommit i kartläggningen av våra processer, införandet av kvalitetsdeklarationer för vård- och omsorgsnämnden samt identifierade förbättringsområden för 2026 kopplade till egenkontrollplanen. Dagen innehöll även genomgång av det kommande arbetet med systematisk analys av kvalitetsarbetet, inklusive rutin för analysmöten och analysrapporter.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen ska göras känd i organisationen ●

För att stärka kunskapen om verksamhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete ska den årliga kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen spridas och göras tillgänglig i hela organisationen. Genom att ta del av berättelsens analyser och slutsatser skapas en gemensam förståelse för och medvetenhet kring verksamhetens resultat och genomförda

utvecklingsinsatser, men också kunskap om de identifierade förbättringsområden som ska styra kvalitetsarbetet under det kommande året. För att underlätta spridningen av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen har ett presentationsmaterial tagits fram under våren. Materialet är avsett att användas i ledningsgrupper och på arbetsplatsträffar och sammanfattar de viktigaste resultaten från 2025 års kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse, samt identifierade förbättringsområden för 2026. En tidsperiod för spridning av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen lades även in i årshjulet för systematiskt kvalitetsarbete.

Årshjul systematiskt kvalitetsarbete ●

Syftet med att ta fram ett årshjul för det systematiska kvalitetsarbetet har varit att skapa tydlighet, översikt och förutsägbarhet kring när olika delar av kvalitetsarbetet ska genomföras under året. Årshjulet började gälla vid årsskiftet. Det innehåller bland annat tidpunkter och perioder för analysmöten, egenkontroller samt introduktionsutbildningar inom det systematiska kvalitetsarbetet. Medarbetare och chefer har tillgång till årshjulet via den nya sidan för systematiskt kvalitetsarbete på kommunportalen, vilket bidrar till ökad tillgänglighet och överblick över årets kvalitetsaktiviteter. Under mars månad erbjöds chefer möjlighet att delta i en genomgång av den nya sidan. I samband med dessa tillfällen presenterades årshjulet och dess innehåll för att skapa förståelse för planerade aktiviteter, ansvar och tidsramar inom kvalitetsarbetet.

Processororienterat arbetssätt ●

Under våren har arbetet med att utveckla och tydliggöra socialtjänstprocessen intensifierats genom framtagande av gemensamma processbeskrivningar för specifika insatser samt länkar till tillhörande riktlinjer och rutiner. En ny startsida publicerades i juni. Projektledare har löpande haft dialog och möten med berörda projektgrupper och funktioner för att driva arbetet framåt och säkerställa förankring i organisationen. Arbetet fortsätter under hösten med vidareutveckling av processbeskrivningar och kompletterande innehåll.

Utveckla verksamhetens rutiner, arbetssätt och metodstöd gällande riskanalyser ●

I handlingsplanen har förvaltningen identifierat ett behov av att stärka det riskförebyggande arbetet. Syftet är att skapa en mer systematisk och enhetlig hantering av risker samt att säkerställa att riskanalyser genomförs på ett strukturerat sätt inför förändringar eller i situationer där det finns risk för att kvaliteten eller patientsäkerheten påverkas. Under 2025 togs en rutin och ett metodstöd fram för upprättande av barnkonsekvensanalyser. Under 2026 ligger fokus på att ta fram en förvaltningsövergripande riktlinje för individfokuserade riskanalyser. Riktlinjen ska ge verksamheterna ett gemensamt stöd för att identifiera, bedöma och förebygga risker ur den enskildes perspektiv samt bidra till ett mer proaktivt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Arbetet med riktlinjen har ännu inte påbörjats men planeras att starta under hösten 2026.

Vidareutveckla arbetet med egenkontroller ●

Under våren togs en ny, förvaltningsövergripande plan för egenkontroll fram med utgångspunkt i de fyra prioriterade förbättringsområden som identifierats i nämndens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2025 (se avsnitt "Egenkontroll"). Samtliga avdelningar och enheter har därutöver haft möjlighet att identifiera verksamhetsspecifika risker och upprätta egna egenkontrollpunkter. Under våren har workshops kopplat till planering och uppföljning i Hypergene erbjödits som stöd till chefer.

Utveckla verksamhetens rutiner, arbetssätt och metodstöd gällande avvikelsehantering och synpunkter och klagomål

Arbetet har under våren påbörjats. Syftet är att skapa en mer enhetlig och rättssäker hantering samt att stärka verksamheternas förutsättningar att identifiera, rapportera, utreda och följa upp avvikelser och missförhållanden. Följande delar har genomförts eller påbörjats:

- Ett nytt utbildningsmaterial om lex Sarah och rapporteringsskyldigheten har tagits fram.
- Ett presentationsmaterial för fysiska utbildningstillfällen om lex Sarah och rapporteringsskyldigheten publicerades i mars 2026.
- En e-learningutbildning om lex Sarah publicerades i april 2026.
- Arbetet med att ta fram en ny riktlinje för lex Sarah har påbörjats.
- Revidering av riktlinjen för avvikelsehantering har påbörjats.

Arbetet kommer att fortsätta under året med fokus på att färdigställa styrande dokument och säkerställa att de implementeras i verksamheterna genom utbildning och kommunikationsinsatser.

Införa strukturer för analysmöten kring kvalitetsarbetet

För att skapa en mer systematisk uppföljning och analys av verksamhetens kvalitet har förvaltningen under våren infört strukturer för återkommande analysmöten. Syftet är att stärka verksamheternas förmåga att identifiera mönster, analysera orsaker till brister och omsätta resultaten i konkreta förbättringsåtgärder. Rutinen "*Systematisk analys av kvalitetsarbetet*" fastställdes i april och beskriver hur analysmöten ska planeras, genomföras och följas upp på olika nivåer i organisationen. Rutinen kommunicerades till förvaltningens avdelnings- och enhetschefer och en genomgång av rutinen genomfördes även i samband med den digitala kvalitetsdagen för chefer den 14 april 2026. Enligt rutinen ska analysmöten genomföras på enhetsnivå under maj och på avdelningsnivå under juni. Områden som ska belysas och analyseras är: avvikelser, synpunkter och klagomål, egenkontroller, riskanalyser samt övriga kvalitetsresultat. Arbetet med de införda analysmötena kommer att följas upp och utvärderas efter sommaren för att bedöma genomförande, nytta och eventuella behov av vidare utveckling.

Stöd för det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

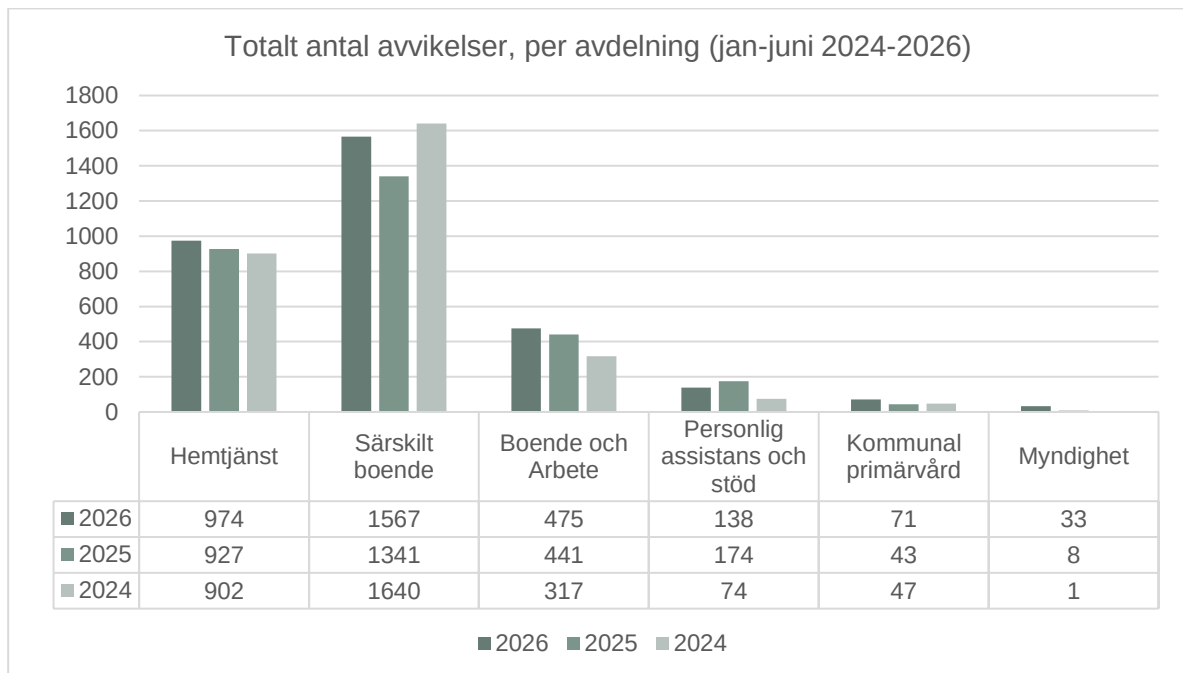
För att öka tillgängligheten till information och skapa en tydligare struktur för det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har SAS och MAS under våren tagit fram två nya sidor på kommunportalen. Syftet är att samla styrande dokument, rutiner, stödmaterial och annan relevant information på ett och samma ställe, vilket gör det enklare för chefer och medarbetare att hitta aktuellt stöd i det dagliga arbetet. Under mars månad erbjöds chefer möjlighet att delta i en genomgång av de nya sidorna på kommunportalen.

- Sidan Systematiskt kvalitetsarbete fungerar som en gemensam ingång till förvaltningens kvalitetsarbete och innehåller bland annat information om ledningssystemet, egenkontroll, avvikelsehantering, lex Sarah, lex Maria, årshjul och övriga verktyg för kvalitetsutveckling.
- Sidan Hälsö- och sjukvårdsinformation samlar information som rör den kommunala hälso- och sjukvården, exempelvis rutiner, riktlinjer, checklistor och annat stödmaterial som är relevant för verksamheterna.

Avvikelser

Totalt antal avvikelser, januari-juni 2026

Under perioden januari-juni 2026 registrerades totalt 3258 stycken avvikelser i avvikelshanteringssystemet DF Respons inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter. Under motsvarande period föregående år (2025) rapporterades 2934 avvikelser, vilket innebär en ökning med 11 %.



Ökningen ses i samtliga avdelningar, förutom inom personlig assistans och stöd, där det skett en minskning av inkomna avvikelser. Avdelningen har kunnat se att minskningen har skett inom samtliga avvikelse typer, vilket kan tyda på att tidigare genomförda förbättringsåtgärder har haft effekt.

Störst procentuell ökning kan utläsas från myndighetsavdelningen, framför allt inom LSS. Ökningen bedöms, enligt verksamhetens egna analys, delvis vara en effekt av ett aktivt arbete med att uppmärksamma fel och misstag, rapportera avvikelser och använda dessa som underlag för lärande. En ökning av antalet rapporterade avvikelser behöver därför inte i sig innebära en försämrad kvalitet, utan kan även spegla en ökad rapporteringsbenägenhet och en mer utvecklad avvikelsekultur.

Avgränsningar i datan

Följande typer av avvikelser har exkluderats från redovisningen:

- Avvikelser registrerade i utbildningssyfte och som enbart berör fiktiva personer.
- Avvikelser registrerade på avdelningsnivå snarare än på en specifik enhet.
- Avvikelser från privata utförare¹.

¹ Privata utförare redovisar sina avvikelser i samband med inlämning av sina kvalitets- och patientsäkerhetsberättelser till nämnden

Åtgärder kopplat till avvikelser

Avvikelsestöd – ”drop in”: Under våren har SAS och MAS fortsatt att erbjuda månadsvisa avvikelsestöd till enhetschefer. Syftet med insatsen är att ge stöd och vägledning i hantering och utredning av avvikelser som en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Aktiviteten har genomförts som öppna drop in - tillfällen där enhetschefer haft möjlighet att få individuell rådgivning och stöd utifrån aktuella behov och frågeställningar. Under våren har deltagandet vid träffarna minskat, vilket har aktualiserat behovet av att se över formerna för hur stödet ska erbjudas framöver för att bättre möta verksamheternas behov.

Sammanställning och analys: Ett av de områden som omfattas av de nyligen införda analysmötena är avvikelshantering. Inom ramen för analysmötena ska verksamheterna sammanställa resultat kopplade till avvikelser samt analysera dessa i syfte att identifiera mönster, orsaker och eventuella förbättringsområden. Analysen utgör ett underlag för fortsatt utvecklingsarbete och bidrar till ett mer systematiskt lärande i verksamheterna.

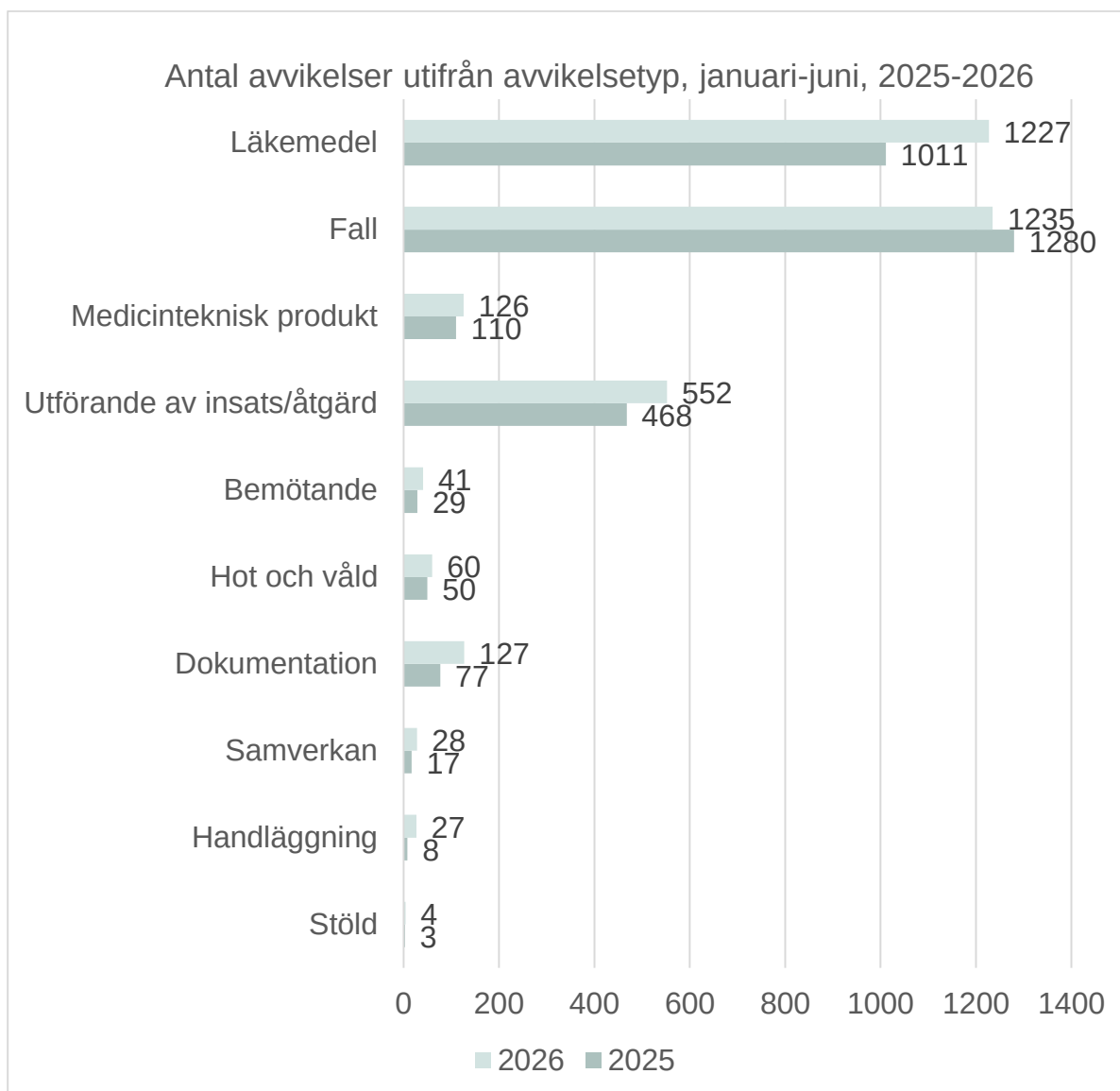
Sommarintroduktion för vikarier: Under maj och juni genomförde SAS och MAS sex tillfällen av sommarintroduktion för förvaltningens vikarier, en utbildningsinsats som återupptagits från föregående år. Huvudfokus var avvikelser, där deltagarna fick information om vad en avvikelse är, hur avvikelser upprättas samt innebörden av rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah och lex Maria. Introduktionen syftade till att stärka kunskapen om vikten av att rapportera avvikelser som en del i arbetet med att säkerställa en trygg och säker verksamhet för de individer som förvaltningen ger stöd till.

DF Respons-genväg till avvikelserapportering: Under våren 2026 har en genväg till DF Respons webbformulär lagts ut på samtliga arbetsmobiltelefoner i verksamheten. Genom genvägen kan medarbetare direkt komma till formuläret för registrering av avvikelser via telefonen. Tidigare har rapportering främst behövt genomföras via dator, men den nya lösningen möjliggör registrering i direkt anslutning till att en händelse inträffar och vid behov tillsammans med den enskilde det berör. Syftet med åtgärden är att förenkla och tillgängliggöra rapporteringen samt bidra till att avvikelser registreras i högre utsträckning och närmare händelsen.

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

Redovisning utifrån avvikelsetyp

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



En ökning av antalet avvikelser ses kring samtliga avvikelsetyper, med undantag från fall, där en marginell minskning observeras. Avvikelser kring fall och läkemedel är fortsatt den vanligaste typen av avvikelser som rapporteras in, följt av utförande av insats/åtgärd.

Av verksamheternas analyser framträder flera återkommande mönster och samband i avvikelserna. Läkemedelshantering är det tydligaste gemensamma området och återkommer i flera verksamheter. Avvikelserna handlar bland annat om uteblivna eller felaktigt administrerade läkemedel, brister i signering, felaktiga ordinationer och läkemedelslistor samt brister i beställningar och informationsöverföring. Inom hemtjänsten framkommer särskilt att läkemedel kan missas när insatsen ligger som en separat besöksserie i planeringen eller när besöket enbart checkas av utan att samtliga insatser uppmärksammas.

Ett annat återkommande mönster är bristande följsamhet till rutiner, särskilt i situationer med hög arbetsbelastning, stress eller när medarbetare är osäkra på hur rutinen ska tillämpas. Kommunal primärvård beskriver exempelvis att rutiner inte alltid följs i stressade situationer. Inom personlig assistans och stöd har det framkommit att reservrutinen för osignerade poster inte används i tillräcklig utsträckning, bland annat eftersom rutinen upplevs som otydlig och systemstödet inte fullt ut stödjer arbetssättet. Detta visar att avvikelser inte enbart kan kopplas till följsamhet, utan även till hur ändamålsenliga och användarvänliga rutiner och system är.

Tidpunkt och bemanning framträder också som en möjlig gemensam faktor. Inom kommunal primärvård har nästan samtliga avvikelser under perioden inträffat under jourtid, då bemanningen är lägre och flera samtidiga ärenden kan skapa hög arbetsbelastning. Även inom andra verksamheter framkommer en ökad sårbarhet när vikarier arbetar eller när verksamheter samplanerar och alla medarbetare inte har samma kännedom om rutiner och arbetssätt.

Sammantaget visar analyserna att avvikelserna i stor utsträckning kan kopplas till läkemedelshantering, informationsöverföring, följsamhet till rutiner samt organisatoriska förutsättningar såsom bemanning och arbetsbelastning. Ett fortsatt fokus på lärande från avvikelser, tydliga och ändamålsenliga rutiner samt förebyggande riskarbete bedöms vara viktigt för att ytterligare minska risken för återkommande avvikelser.

Avvikelser i samverkan (MedControl PRO)

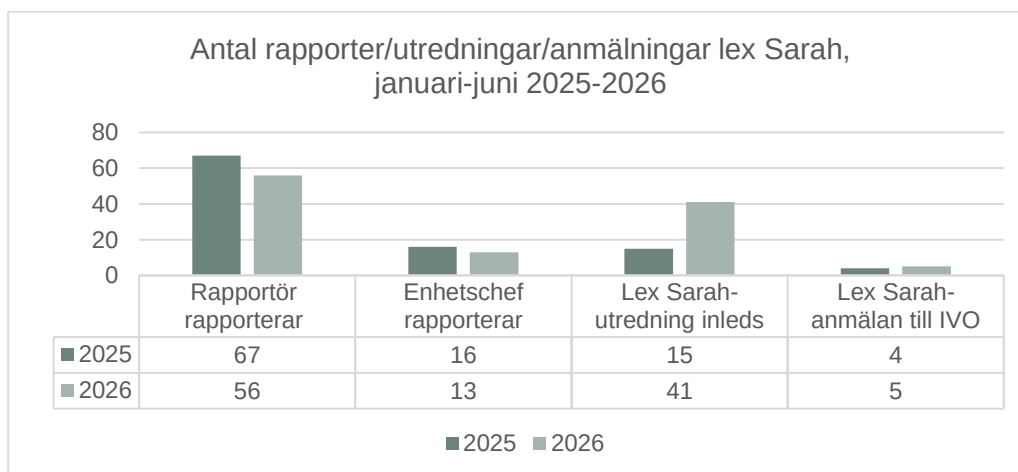
Avvikelser som uppstår i samverkan med externa aktörer rapporteras i IT-stödet MedControl PRO. Genom att identifiera och åtgärda brister i följsamheten till ingångna avtal och överenskommelser kan patientsäkerheten stärkas. Avvikelserna utgör även ett viktigt underlag för förbättrad samverkan och kan lyftas för analys och dialog inom respektive verksamhet och/eller inom NOSAM (närområdessamverkan).

Under första halvåret 2026 har vård- och omsorgsförvaltningen skickat 49 avvikelser till Västra Götalandsregionen, vilket är en ökning jämfört med motsvarande period 2025, då 25 avvikelser rapporterades. Avvikelserna har främst avsett brister i överrapporteringen i samband med utskrivning från sjukhus. Exempelvis har nödvändig information, såsom aktuell läkemedelslista och epikris, inte skickats i tid eller innehållit felaktigheter. Som åtgärd har det bildats en grupp i NOSAM som ska jobba med dessa frågor framåt. Det har även rapporterats en avvikelse från kommunen som rör brister i samverkan och uppföljning av en patient. Händelsen har även anmälts enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) av kommunen.

Under samma period har 24 avvikelser inkommit till vård- och omsorgsförvaltningen från andra vårdgivare, varav tre avsett privata vårdgivare. Detta innebär också en ökning jämfört med första halvåret 2025, då 14 avvikelser inkom. De inkomna avvikelserna har bland annat avsett bristande dokumentation i IT-stödet SAMSA samt felaktigt angivna personnummer i samband med provtagning.

Missförhållanden (Lex Sarah)

Under perioden januari–juni 2026 har totalt 66 lex Sarah-rapporter inkommit, vilket är en liten minskning i jämförelse med samma period föregående år, då 76 rapporter inkom. 13 lex Sarah-rapporter har rapporterats av enhetschef. Det är dock viktigt att notera att tre av dessa redan rapporterats direkt av medarbetare, och därför även ingår i statistiken under kategorin "Rapportör rapporterar".



Sedan 2026-06-01 har arbetssättet kring lex Sarah-utredningar förändrats. Samtliga inkomna lex Sarah-rapporter leder nu till att en utredning inleds, även i de fall där det vid en första bedömning framstår som uppenbart att händelsen inte utgör ett missförhållande, därav ökningen av inledda lex Sarah-utredningar i statistiken. Syftet med förändringen är att

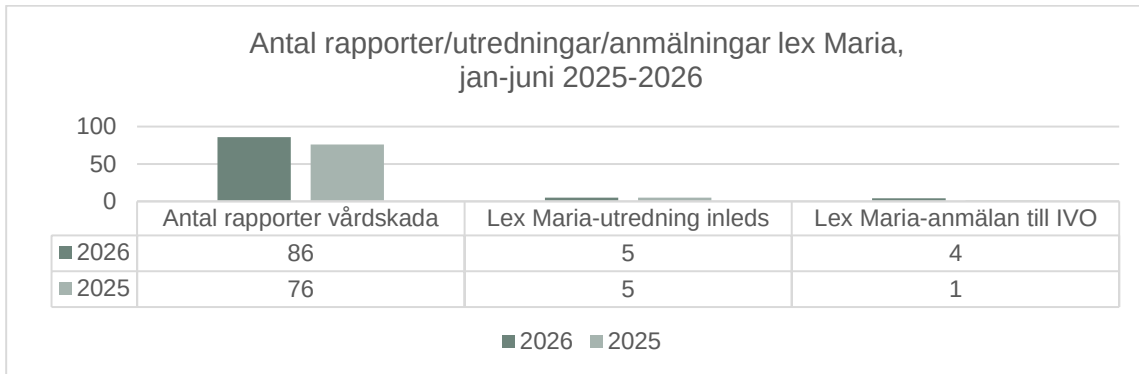
säkerställa en enhetlig och rättssäker hantering av samtliga rapporter samt att skapa ett bättre underlag för bedömning och uppföljning. Det innebär i praktiken att fler utredningar pågår parallellt, vilket också medför att en större andel av de inkomna rapporterna fortfarande är under utredning.

Anmälan om allvarligt missförhållande/påtaglig risk för allvarligt missförhållande

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

Datum:	Berörd verksamhet:	Kortfattad beskrivning av det inträffade:	Diarie-nummer:	Status:
2026-04-24	Boende och Arbete	En brukare påträffas avliden i sin lägenhet. Det konstateras att orsaken till dödsfallet var ett fullbordat suicid. Dessa omständigheter föranledde en lex Sarah-utredning. Händelsen utreddes även enligt lex Maria (allvarlig vårdskada).	2026.090 VON	Beslut från IVO inkommit 2026-08-06. IVO avslutar ärendet utan ytterligare åtgärder
2026-04-24	Personlig assistans	Enhetschef mottar uppgifter från personal om misstänkta missförhållanden i utförandet, kopplat till en specifik medarbetare. Uppgifterna avsåg brister i grundläggande omsorgsinsatser samt bemötande. En vecka senare framkommer ytterligare uppgifter som förstärkte oron för att den enskilde inte fick adekvat och säker omsorg. Medarbetaren tillfrågas om frivillig provtagning för droger och drogtestet visade positivt resultat för kokain och Tramadol.	2026.105 VON	Beslut från IVO inkommit 2026-08-06. IVO avslutar ärendet utan ytterligare åtgärder
2026-04-27	Särskilt boende	En medarbetare har under en längre tid har tagit del av journaluppgifter avseende flera brukare där aktuell omsorgsrelation saknats. Åtkomsten har inte varit kopplad till arbetsuppgift eller behov i tjänsten och har därmed skett utan arbetsrelaterat behov. Händelsen har inneburit en påtaglig kränkning av enskildas personliga integritet och strider mot gällande regelverk avseende sekretess, dataskydd och behovsstyrd åtkomst.	2026.100 VON	Beslut från IVO inkommit 2026-08-06. IVO avslutar ärendet utan ytterligare åtgärder
2026-06-30	Boende och Arbete	En medarbetare har vid upprepade tillfällen beställt livsmedel för egen räkning i samband med matbeställningar till den enskilde, och låtit den enskilde stå för kostnaden. Utifrån datum för beställningar och leveranser, som jämförts med tjänstgöringsschemat gick det snabbt att sluta sig till vem som varit i tjänst och därmed både beställt och tagit emot varorna.	2026.163 VON	Inväntar beslut från IVO
2026-06-30	Personlig assistans	Utredningen avser ett flertal incidenter som berör liknande händelser över tid kopplat till att den enskilde vid upprepade tillfällen lämnat verksamheten utan att personal varit medveten/ blivit uppmärksam på detta. Trots vissa vidtagna åtgärder upprepas händelsen och den enskilde hamnar i flera riskfyllda situationer,	2026.167 VON	Inväntar beslut från IVO

Vårdskada (Lex Maria)



Under perioden januari-juni 2026 registrerades totalt 86 rapporter om allvarliga vårdskador. Av dessa ledde fem rapporter till inledda Lex Maria-utredningar, vilket motsvarar cirka 5,8% av de totala vårdskaderapporterna. Vidare resulterade utredningarna i fyra anmälningar till IVO.

De inkomna rapporterna leder inte alltid till en Lex Maria-utredning. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) gör en bedömning av om den inträffade händelsen utgör en vårdskada eller risk för vårdskada och dokumenterar bedömningen i avvikelshanteringssystemet. Endast en mindre andel av rapporterna bedöms vara av sådan allvarlighetsgrad att de motiverar en fördjupad utredning enligt Lex Maria.

Anmälan om allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada

Nedan redovisas de händelser där bristerna bedömts som allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada. Dessa händelser har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), i enlighet med Patientsäkerhetslagen (2010:659).

Datum för anmälan:	Berörd verksamhet:	Kortfattad beskrivning av det inträffade:	Diarie-nummer:	Status:
2026-01-02	Särskilt boende	Flertalet brister på ett särskilt boende som utomstående personer rapporterat in. Brister i bl.a. dokumentation, rapportering och utförande av insatser. Händelserna bedömdes som risk för allvarlig vårdskada.	2025.289 VON	IVO avslutar ärendet och kommer inte vidta ytterligare åtgärder
2026-05-13	LSS Boende och arbete	En brukare påträffas avliden i sin bostad till följd av fullbordat suicid. Händelsen bedöms som allvarlig vårdskada. Händelsen utreddes även enligt Lex Sarah.	2026.109 VON	IVO har begärt komplettering i ärendet

2026-06-09	Hemtjänst, Kommunal primärvård	Risk för vårdskada kopplat till hantering och planering av HSL-insatser i nytt planeringsverktyg (Plan/Act).	2026.139 VON	Inväntar beslut från IVO
2026-06-18	Särskilt boende, kommunal primärvård	Patient påträffades utan livstecken. HLR påbörjades inte, trots att det saknades ett dokumenterat beslut om ej-HLR. Händelsen bedömdes som allvarlig vårdskada.	2026.154 VON	IVO avslutar ärendet och kommer inte vidta ytterligare åtgärder

Åtgärder kopplat till lex Sarah/lex Maria

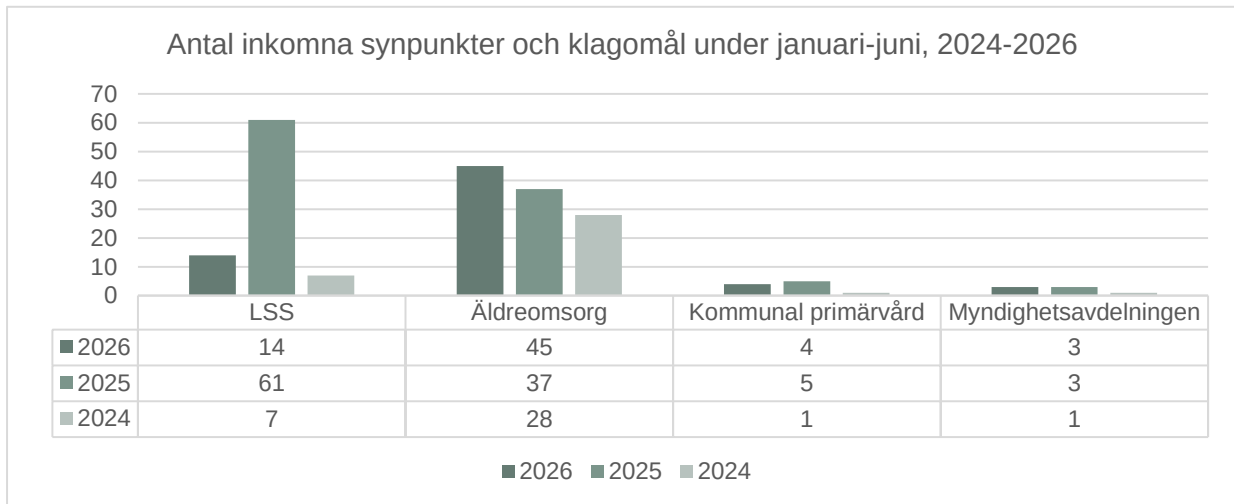
Rapporteringskyldigheten enligt lex Sarah och lex Maria är ett av nämndens identifierade förbättringsområden för 2026. Inom ramen för förvaltningens övergripande plan för egenkontroll har därför ett antal kontrollpunkter kopplade till området tagits fram. Syftet är att stärka kunskapen om rapporteringskyldigheten, säkerställa en enhetlig tillämpning samt följa upp att rapporteringskyldigheten efterlevs i verksamheterna.

Följande åtgärder har hittills genomförts eller påbörjats:

- Ett nytt utbildningsmaterial samt en ny e-learning om lex Sarah och rapporteringskyldigheten har tagits fram och publicerats.
- Arbetet med att ta fram förvaltningsövergripande riktlinjer för lex Sarah och lex Maria har påbörjats i syfte att skapa ett gemensamt och tydligt stöd för verksamheterna.
- Egenkontroller av följsamheten till rapporteringskyldigheten genomförs av SAS och MAS. Resultaten används för att identifiera utvecklingsområden och vid behov vidta ytterligare förbättringsåtgärder.
- Tidigare har nyheter om de händelser som anmälts till IVO publicerats på kommunportalen. Under våren har SAS och MAS tagit fram ett nytt underlag i form av en mall och presentation för lärande exempel som upprättas i samband med respektive händelse. Genom att dela erfarenheter och lärdomar kan liknande missförhållanden/vårdskador förebyggas och risker uppmärksammas i ett tidigt skede. Genom att dela och sprida lärande exempel från allvarliga händelser vill vi bidra till reflektion, dialog och ett förebyggande arbetssätt i verksamheterna, med målet att stärka kvaliteten och säkerheten för dem vi är till för.

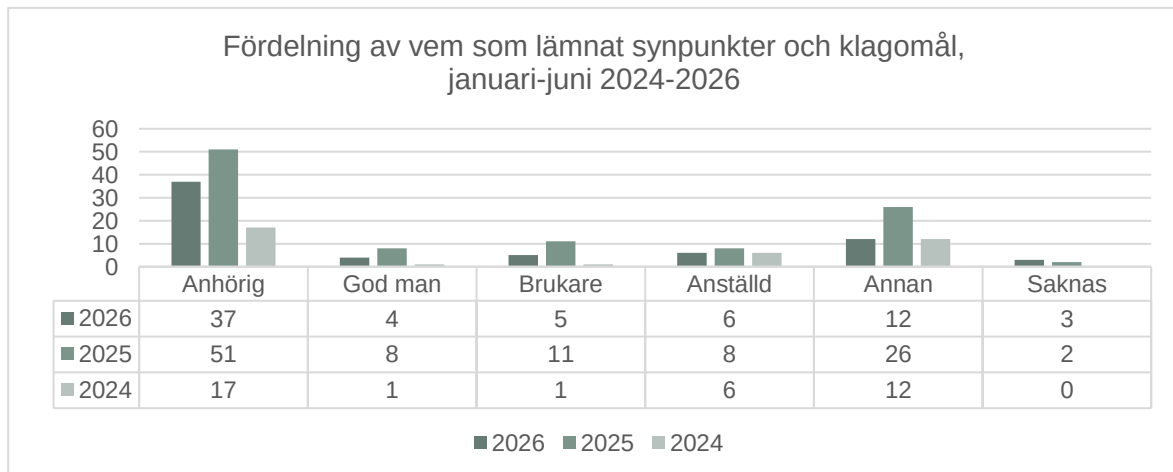
Synpunkter och klagomål

Under perioden januari–juni inkom totalt 67 synpunkter och klagomål, jämfört med 106 under motsvarande period föregående år. Det innebär en markant minskning av det totala antalet inkomna synpunkter och klagomål.



Utvecklingen skiljer sig dock mellan verksamhetsområdena. Inom äldreomsorgen fortsätter antalet synpunkter och klagomål att öka, medan funktionsstöd visar en tydlig minskning jämfört med samma period föregående år. Skillnaderna mellan verksamhetsområdena behöver analyseras närmare för att bedöma om de speglar förändringar i verksamheternas kvalitet, brukarnas benägenhet att lämna synpunkter eller andra bakomliggande faktorer.

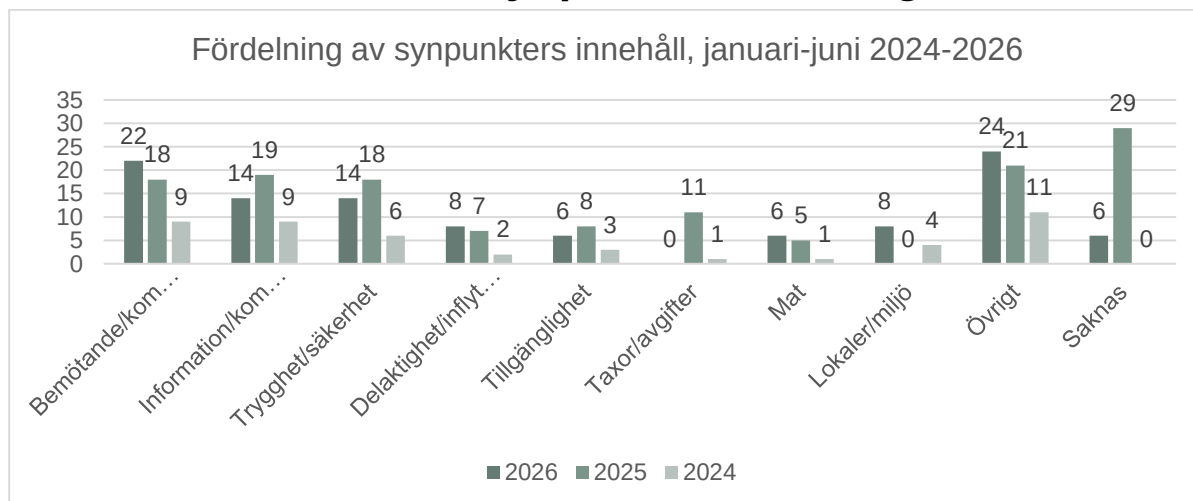
Vem lämnar synpunkter och klagomål?



Flest synpunkter och klagomål kommer fortsatt från anhöriga till personer som får insatser från vård- och omsorgsförvaltningen. Under 2025 noterades en ökning av antalet synpunkter som inkom direkt från enskilda brukare, vilket bedömdes vara ett positivt tecken på ökad delaktighet och att fler brukare gjorde sina röster hörda. Under första halvåret 2026 har antalet synpunkter från brukare åter minskat. Förvaltningen ser dock positivt på de synpunkter som inkommit och bedömer att dessa är en viktig källa till kunskap om verksamhetens kvalitet och bör därför fortsatt uppmuntras. Kategorin "Annan" avser personer som inte själva får insatser eller är anhöriga, men som har inkommit med synpunkter utifrån sådant de uppmärksammat. Det kan handla om grannar eller andra

medborgare som engagerar sig i frågor som rör vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter.

Vad handlar inkomna synpunkter och klagomål om?



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. Flera synpunkter avser även anhörigas upplevelser av bristande trygghet och säkerhet för sina närstående. Över tid ses en ökning av synpunkter som rör delaktighet och inflytande. Även den procentuella andelen har ökat och utgjorde 12 procent av de inkomna synpunkterna under första halvåret 2026. Utvecklingen är viktig att analysera för att identifiera bakomliggande orsaker och bedöma om det finns behov av riktade förbättringsåtgärder. Området är centralt för att säkerställa att den enskilde ges möjlighet att vara delaktig i planering, genomförande och uppföljning av sina insatser. En förhållandevis stor andel av synpunkterna har kategoriserats som "övrigt" eller "saknas". Dessa omfattar ärenden som inte direkt berör den specifika insatsen eller kärnverksamheten, utan snarare olika kringliggande faktorer.

Utifrån verksamheternas analyser framkom att endast ett fåtal synpunkter och klagomål, vid utredning, visade på brister i verksamheten. Dessa har registrerats och utretts som avvikelser.

Åtgärder

DF Respons-genväg till registrering av synpunkter och klagomål: Under våren 2026 har en genväg till DF Respons webbformulär lagts ut på samtliga arbetsmobiltelefoner i verksamheten. Genom genvägen kan medarbetare direkt komma till formuläret för registrering av synpunkter och klagomål via telefonen. Den nya lösningen möjliggör registrering i direkt anslutning till att en synpunkt inkommer och vid behov tillsammans med den enskilde det berör eller dennes anhörig. Syftet med åtgärden är att förenkla registreringen samt bidra till att synpunkter och klagomål registreras i högre utsträckning.

Rutin för synpunkts- och klagomålshantering: I handlingsplanen för systematiskt kvalitetsarbete 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 under hösten 2026, som syftar till att vara ett stöd för chefer samt bidra till en mer enhetlig och systematisk hantering.

Egenkontroll

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

Förvaltningens övergripande plan för egenkontroll

Under våren 2026 har en förvaltningsövergripande plan för egenkontroll tagits fram, baserad på de prioriterade förbättringsområden som identifierades i nämndens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2025;

- *Rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah och lex Maria*
- *Skydds- och begränsningsåtgärder*
- *Ohanterade poster (osignerade HSL-insatser)*
- *Språkkrav för personal inom äldreomsorgen*

Utifrån ovanstående förbättringsområden har egenkontrollpunkter tagits fram som avser hela förvaltningen (se nedan tabell).

Rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah (och lex Maria)

Uppföljningen visar att verksamheterna under första halvåret haft ett tydligt fokus på att stärka kunskapen om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah och lex Maria. Ett stort antal medarbetare har redan genomfört eller planerat att genomföra de utbildningsinsatser som tagits fram inom området. Statistik inhämtad avseende perioden januari–juni 2026, visar att totalt 288 medarbetare har genomfört e-learning om lex Sarah. Motsvarande statistik för e-learning om lex Maria visar att 37 medarbetare har genomfört utbildningen sedan registrering kunnat följas i maj 2026.

Bestämmelserna om lex Sarah, lex Maria och rapporteringsskyldigheten har även varit en central del av sommarintroduktionen för förvaltningens vikarier, som genomförts av SAS och MAS. Verksamheternas redovisningar visar att merparten av sommarvikarierna har deltagit i introduktionen. Därtill har MAS tillsammans med övriga professioner hållit i en introduktion för nya sjuksköterskor, där dessa ämnen lyftes. Sammantaget bedöms de genomförda utbildningsinsatserna bidra till ökad kunskap om rapporteringsskyldigheten och därmed stärka förutsättningarna för en god rapporteringskultur.

Bedömning av följsamhet till rapporteringsskyldigheten

Utöver de kompetenshöjande insatserna har SAS och MAS genomfört egenkontroll av verksamheternas följsamhet till rapporteringsskyldigheten. Samtliga rapporterade missförhållanden och vårdskador har granskats och bedömts utifrån om rapporteringsskyldigheten har fullföljts, fullföljts för sent, inte fullföljts, om händelsen felrapporterats eller om rapporteringen i stället gjorts av enhetschef i efterhand. Syftet med egenkontrollen är att följa upp verksamheternas efterlevnad av rapporteringsskyldigheten, identifiera eventuella brister och ge underlag för riktade förbättrings- och utbildningsinsatser. Resultatet av egenkontrollen redovisas i tabellen nedan.

Bedömning	Lex Sarah (missförhållanden)	Lex Maria (vårdskador)
Fullföljd	24	75
Fullföljd, men fördröjd	15	11
Ej fullföljd	1	0
Felaktig rapportering	17	26
Enhetschef rapporterar	9	1
Totalt antal rapporter:	66	86

När det gäller rapportering av lex Sarah så visar resultatet att rapporteringsskyldigheten bedöms ha fullföljts i 24 av 66 inkomna rapporter, medan ytterligare 15 rapporter har fullföljts men med en fördröjning, vilket innebär att rapportering ej gjorts skyndsamt. Egenkontrollen visar också ett relativt stort antal felaktiga rapporteringar, främst till följd av osäkerhet kring när en händelse ska rapporteras enligt lex Sarah respektive som vårdskada eller risk för vårdskada. Viss felrapportering har även skett gällande exempelvis fall eller läkemedelhändelser utan några konstaterade konsekvenser för den enskilde. I flera fall har både lex Sarah och vårdskada markerats i samma avvikelse.

När det gäller rapportering av vårdskada så visar resultatet att majoriteten av inkomna rapporter är rapporterade i tid alternativt med viss fördröjning. 26 av 86 rapporter har bedömts som felaktiga rapporteringar, vilket visar en viss osäkerhet på vad en allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada innebär.

Bedömningen visar sammantaget att verksamheterna har en grundläggande medvetenhet om rapporteringsskyldigheten, men att det fortfarande finns brister i tillämpningen. Särskilt framträdande är osäkerheten kring när en händelse ska rapporteras enligt lex Sarah respektive som vårdskada eller risk för vårdskada, vilket återspeglas i det relativt stora antalet felaktiga rapporteringar. Resultatet visar även att kravet på skyndsamt rapportering inte alltid uppfylls samt att enhetschef i vissa fall har behövt initiera rapportering i efterhand.

Egenkontrollen visar på ett behov av fortsatt kompetensutveckling och ett löpande stöd till medarbetare och chefer för att stärka kunskapen om rapporteringsskyldighetens syfte, gränsdragningen mellan lex Sarah/vårdskada samt vikten av att rapportering sker skyndsamt och av den som uppmärksammat händelsen. Resultatet kommer att användas som underlag för riktade utbildningsinsatser och fortsatt uppföljning inom ramen för verksamheternas systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

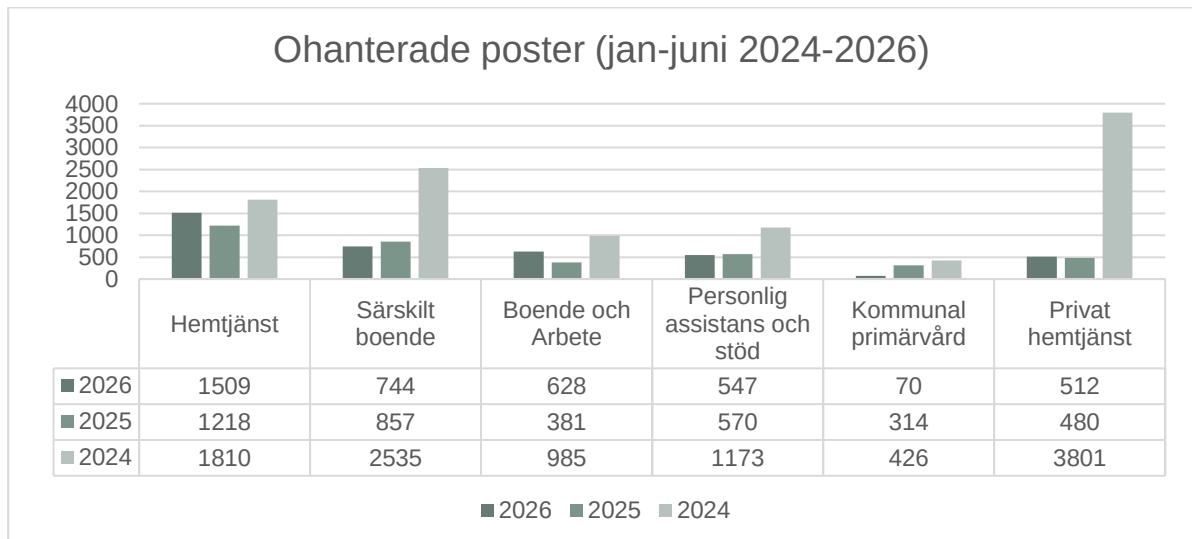
Skydds- och begränsningsåtgärder

I slutet av juni skickades en enkät ut till samtliga chefer inom utförarverksamheterna avseende skydds- och begränsningsåtgärder. Syftet med enkäten var att skapa en nulägesbild av hur skydds- och begränsningsåtgärder används inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter. Enkäten omfattar frågor om kunskap om gällande regelverk, den praktiska tillämpningen i verksamheterna samt förekomsten av eventuella otillåtna begränsningsåtgärder.

Resultatet från enkäten kommer att ligga till grund för det fortsatta utvecklingsarbetet inom området. Under hösten 2026 planeras ett utbildningsmaterial och en e-learning att tas fram och den befintliga riktlinjen kommer att revideras. Därefter planeras utbildningsinsatser för enhetschefer. Syftet med insatserna är att stärka kunskapen om gällande regelverk och bidra till en enhetlig och rättssäker hantering av skydds- och begränsningsåtgärder i verksamheterna.

Som en del av det förebyggande arbetet har en kort introduktion om skydds- och begränsningsåtgärder även ingått i sommarintroduktionen för förvaltningens vikarier, som genomförts av SAS och MAS. Från och med 2026-09-01 införs även en ny avvikelsekategori, Tvångs- och begränsningsåtgärd, i förvaltningens avvikelshantering. Den nya kategorin syftar till att fånga upp eventuella otillåtna och begränsande åtgärder samt förbättra uppföljningen av händelser inom området.

Ohanterade poster (osignerade HSL-insatser)



Ohanterade poster (HSL-insatser) valdes som ett av förbättringsområdena i 2025 års kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse, mot bakgrund av att vårdgivaren inte kan säkerställa att ordinerade läkemedel eller behandlingar har administrerats korrekt utifrån ordination om insatsen inte är signerad.

Under juni 2026 uppgick antalet ohanterade poster i systemet till totalt 4010. Detta är en mindre ökning jämfört med föregående år, då antalet uppgick till 3820. Samtidigt kvarstår ohanterade poster från tidigare år. Avdelning Personlig assistans och stöd kommer därför ha ett särskilt fokus på detta under hösten. Åtgärdsplaner kommer att tas fram i syfte att hantera kvarvarande osignerade insatser från 2024 och framåt.

Kommunal primärvård har i år haft som verksamhetsmål att samtliga HSL-insatser ska vara signerade. Målet avspeglas i utvecklingen av antalet ohanterade poster. Chefernas återkommande påminnelser om vikten av signering bedöms ha bidragit till den positiva utvecklingen.

Som en del av egenkontrollen har respektive enhet och avdelning analyserat statistik över HSL-insatser utifrån tre områden: total andel signerade HSL-insatser, andel insatser signerade inom rätt tid (+/- 60 minuter) samt andel insatser som signerats i efterhand. Uppföljningen sker månadsvis och ger verksamheten möjlighet att identifiera avvikelser och områden där arbetssätten behöver utvecklas.

Sett från hela vård- och omsorgsförvaltningen så är 99,43 % av den totala andelen HSL-insatser (200289 st) i juni månad signerade i verksamhetssystemet. Detta visar att en mycket stor del av insatserna faktiskt blir signerade. Andelen som signerats inom tidsramen +/- 60 min var däremot 81,01 %, vilket innebär att 38044 HSL-insatser signerades utanför denna tidsram. Det kan i praktiken ha signerats flera dagar efteråt eller senare samma dag.

Andelen signerade insatser inom +/- 60 min behöver dock tolkas utifrån vilken typ av HSL-insats det handlar om. Inom kommunal primärvård är detta inte alltid ett relevant mått på kvalitet eller patientsäkerhet, eftersom många insatser kan genomföras vid en annan tidpunkt än den ursprungligen planerade. Insatserna är därmed inte alltid jämförbara med exempelvis läkemedelsordinationer, där det kan vara avgörande att läkemedlet administreras vid en specifik tidpunkt.

I den analys framtagen av avdelning Hemtjänst framkommer att en möjlig förklaring till den lägre andelen insatser signerade inom tidsramen är att de planerade tiderna för läkemedel kan vara för snäva. Det kan därför finnas behov av ett stärkt samarbete med patientansvarig sjuksköterska för att anpassa tiden för insatsen efter den enskildes behov och dygnsrytm. Exempelvis kan inte alla läkemedel administreras klockan 08.00 om bemanningen inte möjliggör detta. Analysen visar även att svårigheter med nätverksuppkoppling kan ha inneburit att insatser behövt signeras i efterhand.

För att minska risken för att insatser förblir osignerade finns inom de flesta verksamheter rutiner kring kontroll av signerade poster i slutet av arbetspasset. På vissa enheter kontrollerar enhetschef eller samordnare detta några eller någon dag per vecka. Dessa arbetssätt bedöms vara viktiga för att snabbt identifiera och åtgärda kvarvarande ohanterade poster.

Som ytterligare en del av det patientsäkra signeringsarbetet planeras det för stickkontroller för att säkerställa att HSL-insatsen har signerats av rätt person, det vill säga en person med giltig delegering. I nuläget finns ingen teknisk spär i verksamhetssystemet som säkerställer att en insats endast kan signeras av en person med giltig delegering. Kontrollerna är därför ett viktigt komplement till det dagliga arbetet och bidrar till att uppmärksamma eventuella brister.

Under första halvåret 2026 har 453 avvikelser inkommit kopplade till läkemedel som inte har signerats. Avvikelseorna varierar i omfattning. Vissa avser en enskild missad signering, medan andra omfattar flera missade signeringar. Av de 453 avvikelserna är 338 avslutade och utredda av enhetschef. Avvikelseorna utgör ett viktigt underlag i det fortsatta förbättringsarbetet, då de kan bidra till att identifiera återkommande orsaker och situationer där risken för brister i läkemedelshanteringen är särskilt stor.

Ett ytterligare steg i arbetet med att öka förståelsen för betydelsen av korrekt signering är att ett särskilt avsnitt om signering har inkluderats i den nya delegeringsutbildningen för läkemedel. Utbildningen kommer att ersätta den tidigare utbildningen från Demenscentrum, som avslutas den 31 augusti 2026. Syftet är att stärka medarbetarnas förståelse för varför signering är en viktig del av läkemedelshanteringen och därigenom bidra till att minska antalet osignerade poster.

Sammantaget visar uppföljningen att arbetet med att minska antalet ohanterade poster har gett resultat under första halvåret 2026. Samtidigt visar antalet läkemedelsrelaterade avvikelser att det finns ett fortsatt behov av att säkerställa signering sker på ett patientsäkert sätt. Det fortsatta arbetet handlar därför både om att bibehålla och vidareutveckla arbetssätt som har gett positiva resultat och om att identifiera och åtgärda bakomliggande orsaker till missade signeringar. Verksamheten behöver även fortsätta analysera orsakerna till att insatser signeras utanför planerad tid och, där det är relevant, anpassa planerade tider efter den enskildes behov och verksamhetens förutsättningar. MAS kommer även att säkerställa att verksamheterna får tillgång till relevant statistik för att möjliggöra kontinuerlig uppföljning, analys och utveckling av arbetssätten.

Språkrav inom äldreomsorgen

Från och med den 1 juli 2026 gäller nya språkrav för personal inom äldreomsorgen. Syftet är att säkerställa att medarbetare har tillräckliga kunskaper i svenska för att kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett säkert och kvalitativt sätt. Som en del av omställningsarbetet har ett antal egenkontrollpunkter tagits fram utifrån handlingsplanen "Språkutveckling inom äldreomsorgen", för att följa upp verksamheternas arbete enligt de nya språkraven.

En av åtgärderna i handlingsplanen är att samtliga chefer inom äldreomsorgen ska genomgå utbildningen Fem nycklar, som behandlar språk och kommunikation inom vård och omsorg. Uppföljningen visar att endast en enhetschef har genomfört utbildningen under våren 2026. Den låga genomförandegraden beror enligt verksamheterna på att utbildningstillfällena varit fullbokade. Flera chefer uppger att de är anmälda till utbildningen under våren 2027.

När det gäller språkombud visar uppföljningen att merparten av enheterna har utsett ett eller två språkombud, medan ett mindre antal verksamheter fortfarande har kvar att utse språkombud. Redovisningen visar även att ett fåtal medarbetare under våren erbjudits språkstöd genom den digitala utbildningsplattformen Lingio, som innehåller interaktiva övningar för att utveckla språkkunskaper inom vård och omsorg. Några medarbetare har erbjudits stödet men avböjt. Merparten av verksamheterna bedömer att det i nuläget inte finns något behov av ytterligare språkstödande insatser, då medarbetarnas språkkunskaper bedöms vara tillräckliga.

Avdelningarnas egenkontroll

Samtliga avdelningschefer och enhetschefer ansvarar för sin egenkontroll inom sitt ansvarsområde, vilket innebär en systematisk uppföljning och utvärdering av verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt fastställda processer och rutiner.

Samtliga avdelningar och enheter har därför fått möjlighet att, utöver de identifierade förbättringsområdena för hela förvaltningen, själva identifiera risker i sin verksamhet, som kan komma att påverka verksamhetens kvalitet. Utifrån dessa risker har de skapat egna egenkontrollpunkter som är anpassade till deras specifika verksamhet och som de sedan ska följa upp. Hittills har avdelningarna lagt till egenkontrollpunkter inom följande områden:

Avdelning	Riskområde
Kommunal primärvård	Kunskapsnivå i dokumentation
Särskilt boende	Implementering av "En god och säker vård och omsorg"
Boende och arbete	Arbete med perspektiven jämställdhet och inkludering
Personlig assistans och stöd	Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

En fördjupad redovisning av resultatet från förvaltningens egenkontroller kommer att presenteras i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för 2026

Förvaltningens övergripande plan för egenkontroll:

Identifierad risk	Kontrollpunkter	Resultat
Rapporteringskyldigheten enligt lex Sarah (och lex Maria) Risk att medarbetare saknar nödvändig kompetens om rapporteringskyldigheten enligt Lex Sarah, vilket kan medföra ökad risk för missförhållande, samt negativ påverkan på kvaliteten på vård och omsorg.	Andelen medarbetare som fått introduktion /genomgått e-learning om rapporteringskyldigheten enligt lex Sarah och lex Maria <i>vid anställning</i> (inom 30 dagar)	
	Andelen medarbetare som fått utbildning/ genomgått e-learning om rapporteringskyldigheten enligt lex Sarah och lex Maria <i>årligen</i>	
	Revidering av riktlinje "Avvikelsehantering"	
	Upprätta riktlinjer "Lex Sarah" + "Lex Maria"	
	Upprättande/översyn av e-learning-utbildningar "Lex Sarah + "Lex Maria"	
	Bedömning av följsamheten till rapporteringskyldigheten	
Skydds- och begränsningsåtgärder Risk att medarbetare saknar nödvändig kompetens om riktlinjer för skydds- och begränsningsåtgärder, vilket kan leda till felaktig tillämpning och därmed öka risken för skador och kränkningar av individers rättigheter.	Kartläggning nuläge och kunskapsnivå - skapa enkät	
	Utbildning gällande skydds- och begränsningsåtgärder - skapa utbildningsmaterial - andel chefer som genomgått utbildning	
	Revidering av riktlinje "Skydds- och begränsningsåtgärder"	
Ohanterade poster (osignerade HSL-insatser) Risk för bristande läkemedelssäkerhet, då vårdgivaren inte kan säkerställa att ordinerade läkemedel eller behandlingar administrerats korrekt, vilket medför risk för vårdskada.	Totalt andel signerade HSL-insatser	
	Andel signerade insatser i rätt tid	
	Andel signerade insatser i efterhand	
	Kontroll av att signering sker av rätt person	
	Antal avvikelser kopplat till utebliven signering	
	Kartläggning & riskanalys av processen för digital signering	
Språkkrav inom äldreomsorgen Risk att förvaltningen har svårigheter att säkerställa en smidig och effektiv implementering, samt anpassning till nya krav på språkkrav inom äldreomsorgen.	Andel enhetschefer inom äldreomsorg som genomgått utbildningen "Fem nycklar"	
	Andel språkombud i verksamheten	
	Andel nyanställda som genomgått språknivåbedömning vid anställning	
	Andel medarbetare som erbjudits och använt sig av Lingio	

Egenkontroll av social dokumentation

Från och med 2025 genomförs dokumentations- och ärendegranskning årligen under våren. Resterande del av året ägnas åt att arbeta med granskningens resultat samt genomföra planerade åtgärder enligt upprättade handlingsplaner.

Vårens dokumentations- och ärendegranskning genomfördes under april–maj 2026. Under hösten kommer verksamheterna att återrapportera en uppföljning av handlingsplanen, med fokus på genomförda åtgärder och vilken effekt dessa har haft. SAS kommer även att genomföra en egen granskning med utgångspunkt i vårens resultat.

Nedan presenteras en sammanställning och analys av resultaten på avdelningsnivå. I figuren nedan framgår hur resultaten ska tolkas utifrån områdespoängen.

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

Genomförandeplaner

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

På övergripande nivå visar resultaten avseende genomförandeplaner att det har skett en förbättring jämfört med föregående år. Förbättringen är särskilt tydlig inom avdelningen för personlig assistans och stöd, där resultatet visar på att ett tydligt förbättringsarbete skett avseende genomförandeplaner. Resultatet påverkas dock något negativt av att avlösarservice och ledsagarservice saknade aktuella genomförandeplaner i de granskade ärendena. Dessa verksamhetsområden utgör därmed ett särskilt förbättringsområde i det fortsatta arbetet.

När det gäller förvaltningens interna hemtjänst framkom vid granskningen att aktuella genomförandeplaner endast återfanns i 48 av de 75 redovisade granskningarna. Resultatet visar att en betydande andel (ca 36%) av de granskade ärendena saknar en aktuell

genomförandeplan. Vid granskningen av myndighets ärenden inom hemtjänsten framkom dessutom att inkomna genomförandeplaner från utförarna endast fanns i 4 av 10 granskade ärenden. Detta indikerar brister både i utförarnas upprättande av genomförandeplaner och i att dessa översänds till myndighet enligt gällande rutiner.

Förvaltningsövergripande kvarstår vissa gemensamma förbättringsområden. De delar av genomförandeplanerna som fortfarande uppvisar sämre resultat är framför allt beskrivningen av den enskildes styrkor och förmågor, beskrivning av individuella mål samt informationen under relaterade faktorer, d.v.s. det som påverkar den enskildes stödbehov. Detta visar på ett fortsatt behov av att utveckla kvaliteten i innehållet i genomförandeplanerna, så att de i högre grad utgår från den enskildes perspektiv, resurser samt att de följer strukturen enligt individens behov i centrum (IBIC).

Journalanteckningar

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

När det gäller journalanteckningar uppvisar samtliga avdelningar resultat som kräver åtgärder, avseende hur dokumentationen genomförs enligt arbetssättet IBIC. Resultatet indikerar att dokumentationen enligt IBIC ännu inte har fått fullt genomslag i verksamheterna och att arbetssättet inte tillämpas konsekvent i den löpande dokumentationen.

I samtliga verksamheter ses även brister kopplade till att dokumentationen tydligt ska visa vilka beslut som fattats och vilka åtgärder som har vidtagits i ärendet. Inom tre av fyra avdelningar bedöms dokumentationen ej innehålla tillräcklig dokumentation.

Vidare framkommer att den journalanteckning som enligt rutin ska upprättas i samband med rapporterade avvikelser ofta saknas, trots att information om att avvikelsen har upprättats ofta finns korrekt dokumenterad.

Uppföljningen av effekten av givna vid behovsläkemedel brister också på samtliga avdelningar. Detta försvårar möjligheten att i dokumentationen följa upp läkemedlets effekt och bedöma behovet av eventuella fortsatta åtgärder.

Avdelning personlig assistans och stöd uppvisar fortsatt mycket bristfälliga resultat när det gäller journalanteckningar. Vid dialog med ansvariga för granskningen framkommer dock att bristerna inte främst avser innehållet eller kvaliteten i den dokumentation som finns, utan snarare att dokumentation helt eller delvis har saknats. Detta gäller framför allt insatserna

avlösarservice och ledsagarservice. En fördjupad kartläggning har genomförts avseende dessa insatser och en åtgärdsplan har tagits fram för att komma till rätta med de identifierade bristerna.

Åtgärder

I januari trädde den förvaltningsövergripande ombudsmodellen i kraft. Ett av kompetensområdena inom modellen är dokumentation och IBIC. Under hösten planeras de första ombudsträffarna för utsedda ombud. Att stärka kompetensen inom området och säkerställa kunskapsspridning i verksamheterna är en prioriterad del av det fortsatta arbetet, både under hösten och under kommande år.

Majoriteten av verksamheternas handlingsplaner innehåller aktiviteter och åtgärder för kompetenshöjning inom såväl grunderna i social dokumentation som repetition och fortsatt introduktion till Individens behov i centrum (IBIC). Som metod anges bland annat att avsätta tid för dokumentation i schemat samt att ge medarbetare möjlighet att genomföra e-utbildningar och andra utbildningsinsatser samt att genomförda utbildningar följs upp. I några handlingsplaner finns även ytterligare planerade interna granskningar och stickkontroller av dokumentationen för att följa utvecklingen och säkerställa att genomförda åtgärder får avsedd effekt.

Journalgranskning – kommunal primärvård

Journalgranskning inom kommunal primärvård har genomförts under våren inom både sjuksköterskeenheten och rehabenheten. Resultatet har analyserats och respektive enhetschef har tagit fram åtgärdsplaner utifrån identifierade styrkor och utvecklingsområden. Under resterande del av året ligger fokus på att genomföra och följa upp dessa åtgärder. Från och med hösten 2026 sker uppföljning av åtgärdsplanerna i stället för en ytterligare journalgranskning.

Journalgranskningen inom sjuksköterskeenheten visar överlag goda resultat. Flera goda exempel finns när det gäller dokumentation vid inskrivning av nya patienter. Kundkort, uppmärksamhetsinformation och vårdplaner kopplade till fall, trycksår och undernäring håller en hög kvalitet. Utvecklingsområden finns främst inom dokumentation av patientens delaktighet i den egna vården, samt riskbedömning för blåsdysfunktion. För att stärka dessa områden planeras utbildningsinsatser och fortsatt utveckling av gemensamma arbetssätt.

Även rehabenheten uppvisar god kvalitet inom dokumentation av funktionsstatus, hälsohistoria och information inför besök. Identifierade utvecklingsområden omfattar patientens delaktighet, uppföljning av åtgärder och avslut av inaktuella vårdplaner. Under hösten genomförs riktade utbildningsinsatser och uppföljning av resultaten.

Under våren har även en SWOT-analys genomförts tillsammans med representanter från dokumentationsgruppen och utvecklingsledare. Syftet var att identifiera styrkor, svagheter, möjligheter och risker kopplade till dokumentation och arbetssätt i verksamhetssystemet. Analysen visar att systemet innehåller flera funktioner som ger ett gott stöd i det dagliga arbetet, men också att det finns utmaningar som kan påverka patientsäkerhet, arbetsmiljö och effektivitet. Resultatet kommer att följas upp och kompletteras med den årliga digitala egenkontrollen av dokumentation som samtliga medarbetare genomför under hösten. Denna egenkontroll kommer också ligga till grund för kommande utbildningsinsatser.

Nationella kvalitetsregister

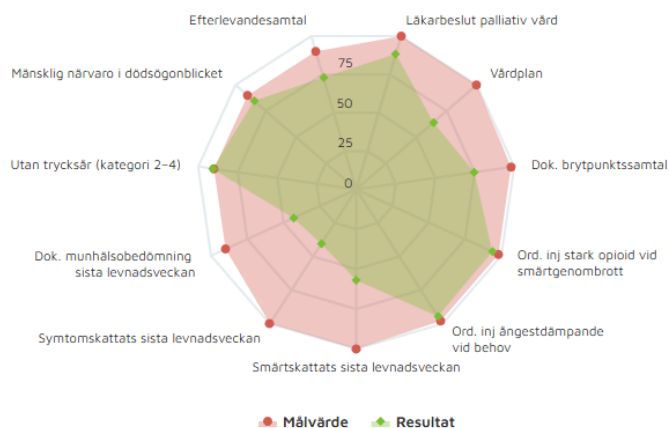
Analysen av resultaten från de nationella kvalitetsregistren för perioden januari–juni 2026 visar att Alingsås kommun fortsatt håller en jämn kvalitetsnivå jämfört med föregående år. Samtidigt finns fortsatt utvecklingspotential inom samtliga kvalitetsregister.

Uppåt	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Alingsås kommun	480	89% ↓ 447 av 502	81% ↑ 363 av 447	83% ↓ 371 av 447	73% ↓ 210 av 289
Trycksår		27% ↑ 134 av 502	90% ↑ 121 av 134	90% ↑ 121 av 134	68% ↓ 53 av 78
Undernäring		56% → 281 av 502	87% ↓ 244 av 281	81% ↓ 228 av 281	76% ↓ 132 av 174
Fall		77% ↓ 389 av 502	92% → 356 av 389	86% ↓ 336 av 389	79% ↑ 210 av 265
Munhälsa		36% ↓ 178 av 490	72% ↑ 126 av 178	84% → 149 av 178	62% ↓ 69 av 112

I Senior Alert ses en fortsatt stabil rapportering där riskbedömningar avseende trycksår, undernäring, fall, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion registreras. Alingsås kommun arbetar förebyggande genom bland annat regelbunden teamsamverkan, där flera professioner gemensamt identifierar, följer upp och planerar åtgärder utifrån patienternas risker. I jämförelse med riket finns dock fortsatt förbättringspotential, framför allt när det gäller uppföljning av genomförda åtgärder vid identifierade risker.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2026-01 - 2026-06

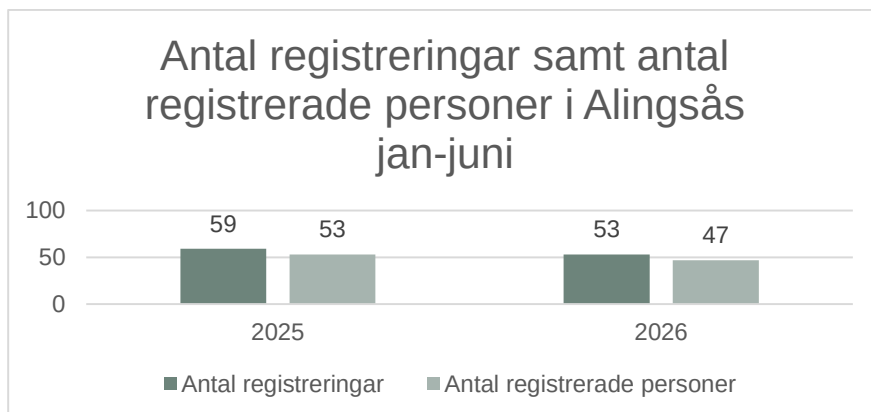


I Svenska palliativregistret visar resultaten att andelen dokumenterade munhälsobedömningar under den sista levnadsvecka är lägre än under motsvarande period föregående år.

Det finns även förbättringspotential när det gäller dokumentation av vårdplan samt symtomskattning under den sista levnadsvecka.

Inom ramen för förvaltningens övergripande ombudsmodell har planeringen av ombudsträffar inom området vård i livets slut (VILS) påbörjats. Uppdraget som VILS-ombud

kommer bland annat att omfatta kunskapsspridning till kollegor samt stärkt samverkan mellan verksamheterna.



Inom BPSD-registret (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) ligger antalet registreringar lägre jämfört med föregående års nivå vid samma tidpunkt. Statistiken visar samtidigt att några patienter har genomgått flera registrerade skattningar, vilket påverkar det totala antalet registreringar.

Det finns nu även möjlighet att registrera personer i ordinärt boende, men hittills har inga sådana registreringar genomförts. Ett fortsatt fokus på utbildning och stöd inom förvaltningen är viktigt för att BPSD-skattningar ska bli en naturlig del av det dagliga arbetet och bidra till att patienter erbjuds rätt stöd och rätt insatser.

Det fortsatta utvecklingsarbetet bör fokusera på utbildning, tydliga rutiner och regelbunden uppföljning inom samtliga områden. Detta skapar förutsättningar för att bibehålla och vidareutveckla en hög kvalitet med patientsäkerheten i fokus.

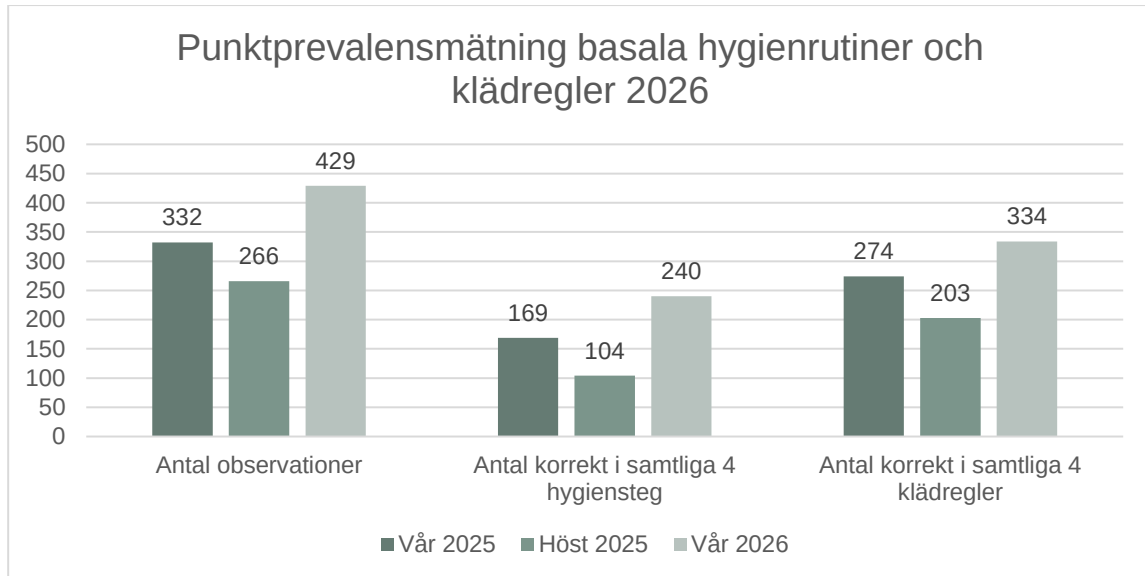
PPM-mätning

Under mars 2026 har en PPM-mätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler genomförts. Mätningen är en av två som genomförs årligen. Totalt registrerades 429 observationer, vilket är en ökning jämfört med föregående års mätningar. Ökningen kan delvis förklaras av att mätningen denna gång omfattade både observationer och självskattningar.

Flera verksamheter har deltagit i större omfattning jämfört med föregående år. Däremot är avdelning Boende och arbete lågt representerad i mätningen. Kommunal primärvård visar det bästa resultatet procentuellt avseende följsamhet till både basala hygienrutiner och klädregler.

På förvaltningsövergripande nivå visar årets resultat en förbättring jämfört med höstens mätning. Följsamheten till basala hygienrutiner ökade från 39 procent till 56 procent, medan korrekt följsamhet till klädregler ökade från 76 procent till 78 procent.

För att ytterligare stärka följsamheten har hygiensjuksköterska deltagit vid flera ledningsgruppsmöten och genomför kontinuerligt utbildningar för hygienombud samt nyanställda sjuksköterskor och assistenter. Vårdhygien har även tagit fram nytt stödmaterial riktat till chefer inom vårdhygienområdet. Materialet har kommunicerats till samtliga chefer för att bidra till ökad kunskap, följsamhet och ett fortsatt systematiskt förbättringsarbete. Hygien utgör även ett av kompetensområdena inom ombudsmodellen, som syftar till att främja kvalitets- och kompetensutveckling i verksamheterna.



Vårdhygienisk egenkontroll

Som ett led i att ytterligare stärka patientsäkerhetsarbetet och det vårdhygieniska arbetet har samtliga enhetschefer fått i uppdrag att genomföra en vårdhygienisk egenkontroll, vilken rekommenderas att utföras årligen. Egenkontrollen syftar till att på ett strukturerat sätt följa upp verksamhetens vårdhygieniska rutiner, identifiera risker och förbättringsområden samt planera lämpliga åtgärder.

Under våren genomfördes 25 egenkontroller, med samtliga avdelningar representerade. I framtagna handlingsplaner beskrivs bland annat behov att ta fram nya lokala rutiner kopplat till tvätthantering och städ. Egenkontrollen visar även på att det finns behov av att ha en stående punkt om basala hygienrutiner på verksamhetsmöten.

Risikanalys

I handlingsplanen för systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete har riskanalyser identifierats som ett förbättringsområde. Det saknas idag en förvaltningsövergripande riktlinje med tillhörande metodstöd kring riskanalyser, vilket medför att ledning och verksamhet idag saknar de stöd som behövs i arbetet. Ett kommande utvecklingsområde är därför att ta fram de rutiner, arbetssätt och metodstöd som behövs för att säkerställa verksamhetens systematiska arbete med riskanalyser.

Under 2026 ligger fokus på att ta fram en förvaltningsövergripande riktlinje för individfokuserade riskanalyser. Riktlinjen ska ge verksamheterna ett gemensamt stöd för att identifiera, bedöma och förebygga risker ur den enskildes perspektiv samt bidra till ett mer proaktivt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Arbetet med riktlinjen har ännu inte påbörjats men planeras att starta under hösten 2026.

Identifierade riskområden

Verksamheterna har i samband med uppstarten av kvalitetsanalysmöten fått besvara ett antal frågeställningar kopplade till risker i verksamheten. Frågorna har bland annat omfattat risker som kan relateras till avvikelser, synpunkter och klagomål samt nya eller övriga identifierade risker och händelser som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Utifrån avdelningarnas svar framträder följande övergripande riskområden:

1. Kompetensförsörjning och kompetensutveckling

Kompetensförsörjning och kompetensutveckling framträder som ett återkommande riskområde i flera av verksamheternas analyser. Svårigheter att rekrytera och behålla medarbetare med rätt kompetens, i kombination med verksamheternas alltmer komplexa uppdrag, skapar en sårbarhet för kvalitet och säkerhet. Detta är särskilt tydligt inom hemtjänst samt personlig assistans och stöd, där medarbetarna ofta behöver hantera omfattande och komplexa behov, inklusive delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och situationer som kräver särskild metodkunskap.

Personlig assistans och stöd beskriver även en risk kopplad till bristande tillgång till utbildning, handledning och metodstöd. Det finns en oro för att medarbetare därmed saknar tillräckliga verktyg för att förstå den enskildes behov och hantera komplexa situationer på ett ändamålsenligt sätt. Inom hemtjänsten kopplas kompetensförsörjningen även till möjligheten att organisera arbetet utifrån differentiering och verksamhetens omfattande HSL-uppdrag. Svårigheter att rekrytera undersköterskor och att bemanna med rätt kompetens medför ökad planeringsbelastning samt risk för att ordinarie personal får en alltför hög arbetsbelastning.

Analyserna visar på behov av ett mer systematiskt och långsiktigt arbete med kompetensförsörjning, introduktion, kompetensutveckling, handledning och metodstöd. Särskilt viktigt är att säkerställa att kompetensen motsvarar verksamheternas förändrade och alltmer komplexa uppdrag.

2. Informationsöverföring och samverkan

Informationsöverföring och samverkan framträder som ett tydligt riskområde, framför allt i gränssnitten mellan olika verksamheter, professioner och huvudmän. Kommunal primärvård beskriver att kommunikationen och informationsöverföringen är särskilt sårbar när flera aktörer är involverade i patientens vård. Brister i underlag vid in- och utskrivning, sena

förändringar av läkemedelsordinationer samt att läkemedelslistor och övrig dokumentation inte alltid överensstämmer kan försvåra arbetet och innebära risker för patientsäkerheten.

Även inom hemtjänsten lyfts bristande i samverkan som en återkommande risk. Brister i den dagliga dialogen mellan hemtjänst och kommunal primärvård kan leda till osäkerhet kring ansvar och fördröjningar i hanteringen av olika situationer, vilket i förlängningen kan bidra till avvikelser.

Sammantaget visar analyserna att fungerande informationsöverföring och samverkan är en förutsättning för att övriga arbetssätt ska fungera säkert. Flera av verksamheterna ser därför behov av att utveckla gemensamma arbetssätt och tydligare former för samverkan. Bland annat planeras en workshop mellan kommunal primärvård och hemtjänsten under hösten i syfte att skapa ett tätare och tydligare samarbete för säker vård och omsorg.

3. Systemstöd och läkemedelshantering

Införandet av det nya planeringssystemet har identifierats som en riskfaktor, framför allt kopplat till planering, informationsöverföring och samverkan i det dagliga arbetet.

Risker har bland annat identifierats i planering och uppföljning av HSL-insatser, där felaktigt upprättade besöksserier eller bristande överföring av förändrade insatser kan leda till att insatser uteblir eller inte utförs enligt aktuell ordination. Detta kan få direkta konsekvenser för patientsäkerheten. Systemets begränsningar kring informationsdelning och möjligheten att se kollegors positioner kan skapa sårbarhet vid larm, oförutsedda händelser eller situationer där en medarbetare behöver stöd av en kollega.

För att minska riskerna behöver arbetssätten kring planering och informationsöverföring tydliggöras och likriktas. Under hösten planeras bland annat att administrativa samordnare och planerare tillsammans ska se över hur planeringen kan göras mer enhetlig mellan olika områden. Den nya larmappen som planeras att införas bedöms också kunna minska vissa av de risker som uppstått genom begränsningarna i det nuvarande systemstödet.

Sammantaget så indikerar verksamheternas analyser att de identifierade riskerna i stor utsträckning uppstår i gränssnitten – mellan professioner, verksamheter, huvudmän och system. Riskerna är därmed inte enbart kopplade till enskilda arbetsmoment, utan även till hur information, ansvar och uppgifter överförs mellan olika delar av organisationen. De planerade åtgärderna handlar därför framför allt om förbättrad samverkan, tydligare och mer enhetliga arbetssätt, stärkt kompetens och metodstöd, samt utvecklat systemstöd.

Genomförda riskanalyser våren 2026

Under våren 2026 har organisationen genomfört flera såväl tillfälliga som långsiktiga förändringar. För att identifiera och bedöma eventuella risker och konsekvenser för verksamhetens kvalitet, arbetsmiljö och patientsäkerhet har risk- och konsekvensanalyser genomförts inför följande förändringar:

- Sammanslagning av äldreomsorgens korttidsverksamheter under sommaren.
- Förändrad utgångspunkt för sjuksköterskorna i Hemsjö, som under perioden juni–augusti utgick från Tuvegården.
- Uppdelning av nattpatrullen, där en del av verksamheten flyttas till Bjärke.

- Planerad uppdelning av arbetslag inom hemtjänsten i mindre arbetsgrupper.
- Planerad samlokalisering av korttidsverksamheten (KTV) och korttidstillsynen (KTS).
- Förändrad verkställighet av ärenden inom ledsagarservice och avlösarservice, som överförs till KTV/KTS.

Riskenalyserna har syftat till att synliggöra potentiella risker inför förändringarna och skapa underlag för att förebygga negativa konsekvenser samt säkerställa en trygg och kvalitativ implementering av nya arbetssätt.