



Huddinge

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2025

För personer med funktionsnedsättning inom
vård- och omsorgsnämndens verksamheter



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen	3
Grundläggande förutsättningar för kvalitet samt säker vård och omsorg	3
Verksamhetens uppdrag och organisation.....	3
Ansvar och roller i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet	4
Definition av kvalitet och patientsäkerhet	4
Underlag för bedömning	9
Händelser och förutsättningar som påverkat verksamheten.....	9
Fokusområden för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet under året som gått	10
Avvikelser	12
Synpunkter och klagomål	16
Riskhantering.....	18
Egenkontroller.....	18
Brukarundersökningar.....	19
Individbaserad systematisk uppföljning	20
Sammanfattning av kvalitet och patientsäkerhet	20
Förebyggande verksamhet.....	20
Biståndsbedömning.....	20
Utförande av insatser i egen regi	21
Utförande av insatser hos privata utförare	22
Förbättringsområden	22

Inledning

Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen

Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet är att utveckla och förbättra stödet, vården och servicen som utförs inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen¹ redogör för det systematiska kvalitetsarbetet och det systematiska patientsäkerhetsarbetet som har genomförts under det gångna året.

Berättelsen innehåller information om hur verksamheten är organiserad, vilka förutsättningar som har funnits för att bedriva verksamheten samt vilka fokusområden eller mål som har prioriterats under året. Vidare redovisas förbättringsarbete som har utförts för att säkerställa god kvalitet och patientsäkerhet inom vilket exempelvis hantering av avvikelser, risker och egenkontroller ingår. Till sist beskrivs vilka resultat som har uppnåtts och en sammanfattning av hur kvaliteten ser ut i stödet till målgruppen samt hur patientsäker vården är.

Att sammanställa en kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse ger verksamheten tillfälle att analysera hur stödet till målgruppen har utvecklats samt ger underlag för att identifiera förbättringsområden inför nästkommande år. Rapporten ger även möjlighet till insyn i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet för den ansvariga nämnden och andra intressenter.

Grundläggande förutsättningar för kvalitet samt säker vård och omsorg

Verksamhetens uppdrag och organisation

Målgrupperna som omfattas av den här kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen är barn och vuxna i alla åldrar som får stöd i enlighet med lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), samt personer upp till 65 års ålder som till följd av funktionshinder får stöd och service i enlighet med socialtjänstlagen (SoL). Berättelsen redovisar även förvaltningens anhörigstöd och även uppsökande verksamhet för vuxna personer med psykisk ohälsa.

Vård- och omsorgsnämnden är vårdgivare för den kommunala hälso- och sjukvården inom funktionsstöds grupp- och serviceboenden samt dagliga verksamheter. Vårdgivaransvaret gäller även i socialpsykiatrins särskilda boenden, som organisatoriskt hör till socialnämndens ansvarsområde. Därför omfattar redogörelser för hälso- och sjukvårdens organisering, arbetssätt och patientsäkerhetsarbete även socialpsykiatrins särskilda boenden.

Organisation

Funktionsstöd ger stöd till personer med funktionsnedsättning såsom autism, autismliknande tillstånd, fysiska och/eller intellektuella funktionsnedsättningar och deras närstående. Verksamheten utför hela processen inklusive uppsökande arbete, behovsutredningar, beslut om insatser samt utförande, både i egen regi och genom externa utförare. En grund för arbetet är principen om människors lika värde och allas rätt till trygghet, vård och omsorg.

Verksamheten är organiserad i tre sektioner; "Bistånd och förebyggande", "Sysselsättning och assistans" och "Bostad med särskild service". Inom sektionerna finns det 18 enhetschefsområden som tillsammans omfattar 40 enheter.

¹ Enligt 3 kap §10 i Patientsäkerhetslagen ska vårdgivare senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Att skriva kvalitetsberättelse är ett allmänt råd från Socialstyrelsen.

Hälso- och sjukvården inom funktionsstöd och socialpsykiatri utförs av HSL-enheten som består av fyra sjuksköterskor, en arbetsterapeut och en fysioterapeut. På jourtid ansvarar kommunens egen sjuksköterskejourn för akuta insatser. Läkarinsatser utgår från regionens vårdcentraler dagtid och från jourläkarbilen på jourtid.

Ansvar och roller i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Den nämnd som bedriver socialtjänst eller hälso- och sjukvård ska säkerställa att den enskilde får insatser av god kvalitet och att det finns ett upprättat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Nämnden är huvudman för all hälso- och sjukvård, oavsett privat eller kommunal driftsform, som bedrivs enligt det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret för brukare placerade av Huddinge kommun. För den hälso- och sjukvård som bedrivs i egen regi är nämnden även vårdgivare. En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Socialdirektören ansvarar för att ett ledningssystem upprättas och används inom verksamheter som bedrivs inom den egna regin samt att uppföljning av privata utförare genomförs inom vilken det granskas att de uppfyller kraven i föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9.

Vidare ansvarar varje chef för att det systematiska kvalitetsarbetet planeras, genomförs, följs upp och dokumenteras inom sitt ansvarsområde. Verksamhetschefen har utöver detta även ansvar för att besluta om allvarlighetsgraden i rapporterat missförhållande eller risk för missförhållande.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ett författningsreglerat ansvar för kvalitet- och patientsäkerhet inom det verksamhetsområde som vårdgivaren beslutat. MAS ansvarar även för att rapportera händelser som har medfört eller kunnat medföra allvarliga vårdskador enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Verksamhetschefen för hälso- och sjukvården har det övergripande ansvaret för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Alla medarbetare inom verksamheten ska bidra till god kvalitet och patientsäkerhet genom att följa de processer och rutiner som finns för verksamheten, att rapportera brister och avvikelser samt att delta aktivt i utvecklings- och förbättringsarbete.

Definition av kvalitet och patientsäkerhet

Definition av patientsäkerhet

Patientsäkerhet definieras som "skydd mot vårdskada" i patientsäkerhetslagen (2010:659). Patientsäkerhet handlar om att patienter inte ska skadas i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder. Patienten ska inte heller komma till skada på grund av att vården inte genomför de åtgärder som behövs med hänsyn till patientens tillstånd. En vårdskada innebär "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården".

Definition av god kvalitet

Den verksamhet som bedrivs inom nämndens ansvarsområde ska vara av god kvalitet, vilket innebär att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter.

Verksamheten ska arbeta utifrån följande kvalitetsfaktorer:

Kunskapsbaserad verksamhet

Socialtjänstens insatser och service ska utföras utifrån bästa tillgängliga kunskap och evidens. Den vård som ges ska utföras enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Medarbetarna ska ha den kompetens som krävs för sitt uppdrag.

Verksamheten ska genom systematisk uppföljning säkerställa att det stöd och den vård som ges får önskat resultat för den enskilda individen. Det som vid uppföljningen inte visar sig ge resultat ska ersättas av andra arbetssätt.

Evidens och beprövad erfarenhet

Verksamheten inom funktionsstöd bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Aktuell kunskap om metoder och arbetssätt tillförs genom omvärldsbevakning och metodstöd. Samtliga verksamheter arbetar enligt Individens behov i centrum (IBIC), vilket bidrar till ett gemensamt språk, god dokumentationskvalitet och rättssäkerhet.

Arbetsätten har fokus på självbestämmande, delaktighet och förebyggande insatser för att förhindra begränsningsåtgärder. Metoder såsom lågaffektivt bemötande, alternativ och kompletterande kommunikation (AKK)² och motiverande samtal (MI) används för att stärka trygghet och delaktighet för brukarna.

Hälso- och sjukvården bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet och det är en del av den legitimerade personalens yrkesansvar att hålla sig uppdaterad kring gällande lagstiftning och föreskrifter. Genom att kombinera aktuell forskning, nationella och lokala riktlinjer och kunskapsstöd med professionell erfarenhet och brukarens individuella behov skapas en vård som är både evidensbaserad och personcentrerad.

Säkerställa adekvat kunskap och kompetens

För att säkerställa rätt kompetens upprättas årligen individuella och enhetsövergripande kompetensutvecklingsplaner. Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter sker efter utbildning och bedömning av legitimerad personal, och bemanning planeras för att rätt kompetens ska finnas vid varje arbetspass. Erfarna medarbetare handleder nya kollegor och en tydlig struktur finns för att introducera vikarier.

Förbättrings- och implementeringsarbete

Ett systematiskt förbättringsarbete bedrivs för att säkerställa att vård och insatser leder till önskade resultat för individen. Arbetet omfattar uppföljning av genomförandeplaner, avvikelshantering, brukarråd, kvalitetsmätningar och statistik.

Arbetsättet PUFF (Planera, Utföra, Följa upp, Förbättra) används för att skapa lärande och struktur i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Stödpedagoger har en nyckelroll i att implementera och följa upp metoder, med särskilt fokus på pedagogiskt stöd, delaktighet och förebyggande arbete.

Patientsäkerhet och lärande kultur

Patientsäkerheten stärks genom kontinuerlig kompetensutveckling inom basala hygienrutiner, delegering och avvikelshantering. Samverkan mellan sjuksköterskor och omsorgspersonal säkerställer en snabb och adekvat respons vid förändrat hälsotillstånd. Inom vissa enheter har delegeringar utökats till att omfatta mer avancerade vårdmoment, såsom sondmatning och insulinadministration.

Avvikelse och identifierade risker diskuteras regelbundet vid arbetsplatsträffar för att främja lärande och förebygga upprepning av avvikelser eller kvalitetsbrister.

Arbetet med riskhantering och avvikelseutredningar används för att utveckla verksamheten och skapa förståelse för hur rapportering av avvikelser kan leda till förbättring. Denna process utgör en central del av den lärande kultur som genomsyrar funktionsstöd.

Hög delaktighet

Verksamheter ska bedrivas med respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Hänsyn ska tas till den enskildes önskemål om när, var och hur insatser utförs. Verksamheter ska, genom att fråga den enskilde, systematiskt följa upp hur de som möter verksamheten upplever det stöd och den service de fått, med syftet att utveckla verksamheten.

Arbetet med att stärka brukarnas delaktighet och inflytande är en integrerad del av verksamheten. Målet är att varje individ, utifrån sina förutsättningar, ska kunna påverka sina insatser. Genomförandeplaner och metodblad används för att tydliggöra hur stödet ska ges och revideras regelbundet tillsammans med den enskilde.

Brukarnas synpunkter tas tillvara både individuellt och i grupp genom planeringsmöten, brukarråd och löpande dialog i vardagen. Brukarråd hålls på flera nivåer och ger möjlighet att påverka exempelvis aktiviteter, måltider och gemensamma rutiner. Kontaktansvariga följer regelbundet upp att stödet genomförs i enlighet med brukarens önskemål.

² Alternativ och kompletterande kommunikation, AKK, är ett samlingsnamn för olika kommunikationssätt och metoder som stödjer kommunikation mellan människor och hjälper personer med kommunikationssvårigheter att förstå andra och att uttrycka sig.

För att stärka delaktigheten används alternativ och kompletterande kommunikation (AKK), såsom bildstöd, tecken och digitala hjälpmedel, vilket skapar bättre förutsättningar för brukarna att uttrycka sin vilja och delta i beslut.

Brukare ges även möjlighet till inflytande i rekryteringsprocesser genom deltagande i intervjuer och genom att lämna synpunkter, ett arbetssätt som under året har vidareutvecklats för att stärka brukarens roll som medaktör.

Uppföljning av upplevd kvalitet och delaktighet sker bland annat genom Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) årliga brukarundersökningar. Resultaten analyseras tillsammans med brukare och personal och används som underlag för förbättringsåtgärder.

Inom uppsökande verksamhet identifieras prioriterade livsområden tillsammans med den enskilde för att stärka psykisk hälsa och delaktighet. Stödet anpassas flexibelt utifrån individuella behov och utformas i samråd med brukaren.

Patienten som medskapare

Inom ramen för omställningen till God och nära vård stärks patientens roll som medskapare. Brukaren ges, utifrån förmåga, möjlighet att medverka i beslut om den egna vården, och närstående involveras vid samtycke. Kognitiva hjälpmedel, bildstöd och visuella planeringsverktyg används för att underlätta delaktighet och personalen förbereder brukare inför vårdkontakter för att skapa trygghet och förståelse.

För personer med psykiska funktionsnedsättningar hålls regelbundna dialogsamtal om läkemedel och hälsa för att öka medverkan i den egna hälsosituationen.

Hög säkerhet, trygghet och gott bemötande

Den enskilde ska känna sig trygg med att beslut fattas på ett rättssäkert sätt samt ges information om vad som ligger till grund för beslutet och vad det innebär.

Utförandet av insatser ska ske på ett sådant sätt att den enskilde känner sig trygg med att hen alltid får det hen har blivit beviljad och blir behandlad väl. Verksamheter ska sträva efter hög kontinuitet för den enskilde gällande personal och arbetsmetoder.

För att säkerställa att den enskilde upplever trygghet och ett gott bemötande i samband med ansökan om insatser erbjuds möten för att gå igenom handlägningsprocessen och stöd i ansökningsförfarandet. Möten erbjuds både fysiskt och digitalt utifrån behov. Beslut och bedömning kommuniceras sedan skriftligt och den enskilde ges möjlighet att uttrycka sina åsikter innan beslut fattas. Vid behov kompletteras skriftlig information med muntlig genomgång och tolkstöd. Den enskilde kan även få stöd vid överklagande av beslut.

Tydliga processer, rutiner och en väl planerad bemanning bidrar till kontinuitet och förutsägbarhet i stödet. Medarbetarna använder evidensbaserade metoder så som tydliggörande pedagogik, alternativ- och kompletterande kommunikation (AKK) och lågaffektivt bemötande för att kunna ge ett gott bemötande och för att stödet ska kännas tryggt och säkert.

För att säkerställa ett gott bemötande ska vården och omsorgen vara personcentrerad. Det innebär att personens behov ställs i centrum och vården och omsorgen utgår från brukarens egen berättelse, resurser och förutsättningar. Varje brukare har en patientansvarig sjuksköterska som ansvarar för samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Funktionsstöd arbetar kontinuerligt med kompetensutveckling och rutiner för att säkerställa att tvångs- och begränsningsåtgärder inte förekommer och att eventuella skyddsåtgärder hanteras korrekt.

Trygghet och säkerhet stärks även genom anhörigstöd och uppsökande verksamhet, där möten planeras och genomförs utifrån individens behov, med noggranna etiska avvägningar mellan individens integritet och behov av stöd.

Kontinuitetsplaner finns för verksamhetens olika delar och implementering pågår för att säkerställa kvalitet även vid störningar eller kriser.

Informationssäkerhet

Informationssäkerheten säkerställs genom regelbundna loggkontroller där granskning sker av efterlevnad av rutiner och sekretessregler. Misstänkta personuppgiftsincidenter rapporteras till Integritetsskyddsmyndigheten i samråd med kommunens dataskyddsombud.

En god säkerhetskultur

En god säkerhetskultur främjas genom ett öppet arbetsklimat där medarbetare är medvetna om risker och där avvikelser rapporteras, analyseras och används i förbättringsarbetet. Förhållningssättet ska inte vara skuldbeläggande utan bidra till ett gemensamt lärande av inträffade händelser.

Återkoppling av avvikelseutredningar är en stående punkt på arbetsplatsträffar och på olika ledningsmöten. Avvikelser analyseras systematiskt och leder till relevanta åtgärder och kompetensutveckling.

God tillgänglighet och insatser inom rimlig tid

Det ska vara lätt för kommuninvånarna att ta del av insatser samt att hitta information om och kontakta socialtjänstens verksamheter. Information och kontaktvägar ska vara anpassade för alla målgrupper och ge förutsättningar för jämlika villkor. Beslut och insatser ska ges inom rimlig tid utan att väntan innebär negativa konsekvenser för den enskilde.

Tillgänglighet

Funktionsstöd arbetar för god tillgänglighet till information, kontaktvägar och stöd. Information om verksamheten och hur man ansöker om insatser finns på kommunens webbplats och via Servicecenter, och kompletteras vid behov med tolkstöd. Informationsträffar erbjuds regelbundet, både i grupp och individuellt. Handläggare är nåbara under arbetsdagen och återkopplar inom 24 timmar vid utebliven kontakt.

Information och kommunikation anpassas utifrån målgruppens behov genom lättläst språk, alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) samt visuellt stöd. Information lämnas även i dialog med brukare och anhöriga, bland annat via brukarråd.

För att öka tillgängligheten utvecklas även icke biståndsbedömda insatser som möjliggör tidigt och lättillgängligt stöd utan formell ansökan.

Insatser inom rimlig tid

När en insats har beviljats för en person skickas en beställning till utföraren som sedan har en viss tid på sig att verkställa insatsen. Insatser som inte har verkställts inom tre månader ska rapporteras till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Utredningstider och uppföljning av pågående beslut granskas löpande för att säkerställa att handläggningen är rättssäker.

Uppsökande verksamhet har särskilt fokus på att stödja personer med psykisk ohälsa i att få rätt stöd inom rimlig tid från kommunen och regionen.

Inom hälso- och sjukvården prioriteras insatser i enlighet med lagstiftningen som säger att vården ska ges på lika villkor och att den som har störst behov av vård ska få vård först. Ansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut finns tillgängliga på vardagar under dagtid. All övrig tid finns tillgång till jour-sjuksköterska och möjlighet att kontakta regionens läkare finns dygnet runt.

Helhetssyn och samordning

Den enskilde ska uppleva att stödet är samordnat. Insatser och service ska präglas av en helhetssyn på individen och samordning med andra aktörer ska säkerställas.

Samverkan

Funktionsstöd arbetar strukturerat med samverkan för att säkerställa att brukare får ett samordnat och ändamålsenligt stöd när flera verksamheter eller aktörer är involverade. Det finns etablerade samverkansrutiner och en tydlig struktur som stödjer koordinering, kontinuitet och individanpassning.

Samverkan sker löpande, om brukaren samtycker till det, även med företrädare, anhöriga och andra viktiga personer i den enskildes nätverk för att skapa en gemensam bild av behov och planera insatser. Brukaren ges även alltid själv möjlighet att medverka i planering och i samordnade individuella planer (SIP)³.

Anhörigstödjarna samarbetar med ett flertal verksamheter inom kommunen och regionen samt med ett flertal externa aktörer som exempelvis pensionärsorganisationer och nationella/lokala anhörignätverk.

³ SIP En samordnad individuell plan (SIP) är ett verktyg för samverkan mellan region och kommun med patientens behov i fokus.

Gällande samverkan mellan kommunen och privata utförare som utför insatser på uppdrag av nämnden hålls regelbundna dialogmöten avseende daglig verksamhet, korttidsboende, ledsagning, avlösning, hemtjänst och boendestöd.

Samverkan med särskilt fokus på att förebygga vårdskador

Socialförvaltningen och regionens primärvård i Huddinge tar årligen fram en gemensam handlingsplan för god och nära vård och omsorg. Handlingsplanen syftar till att stärka samverkan mellan huvudmännen och säkerställa en sammanhållen vårdkedja med fokus på patientens behov, kontinuitet och säkerhet. Detta bidrar till att stärka patientsäkerheten bland annat genom att minska risken för brister i vårdens övergångar.

Samverkan är även en central del i arbetet med att förebygga vårdskador. Kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation samverkar med regionens vårdgivare, bland annat i samband med utskrivning från slutenvården. Det finns etablerad samverkan med Danderyds sjukhus nationella respirationscentrum (NRC) för patienter med behov av andningsstöd. Regelbundna samverkansmöten hålls med den regionala primärvården i Huddinge, avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), primärvårdsrehab och psykiatri, med särskilt fokus på omställningen till god och nära vård och omsorg. Samverkan sker även kontinuerligt med habiliteringen. Vid brister i vårdens övergångar sänds avvikelser till berörd vårdgivare för kännedom och åtgärd. Vid identifierade systematiska brister initieras samverkan med regionens hälso- och sjukvårdsförvaltning (HSF) i syfte att gemensamt utveckla säkra rutiner och minimera risker för vårdskada.

Legitimerad personal deltar vid behov i boendenas arbetsplatsträffar för att diskutera frågor och identifiera risker. Boendepersonal rapporterar också om de upptäcker situationer som kan leda till vårdskador.

Brukare inom personlig assistans får hälso- och sjukvårdsinsatser via den vårdcentral där brukaren är listad, samt med hjälp av assistenter i form av egenvård.

Resurser används där de kommer målgruppen till störst nytta

Verksamheternas arbete ska sträva efter att uppnå högsta möjliga kvalitet i förhållande till resursanvändning. Detta innebär både effektivitet i hur arbetet utförs och att utbudet av insatser möter målgruppens behov. Resurser ska användas där de kommer målgruppen till störst nytta.

Varje person får rätt insats i rätt tid

Verksamheterna inom funktionsstöd arbetar systematiskt för att säkerställa att varje individ får rätt insats vid rätt tidpunkt och med rätt kvalitet. Genom arbetssättet *Individens behov i centrum* (IBIC) används ett gemensamt språk och ramverk för att beskriva och dokumentera personens behov, resurser, mål och resultat. Detta ger en enhetlig grund för planering, uppföljning och analys av insatsernas effekt. Regelbundna brukarråd, årliga brukarenkäter och strukturerade uppföljningssamtal bidrar till att resurserna används där de gör störst nytta ur brukarnas perspektiv.

Biståndshandläggare följer kontinuerligt upp beslutade insatser för att säkerställa att behoven tillgodoses och att utförarna arbetar enligt uppdraget. Brukarnas synpunkter tas tillvara och används som underlag för utveckling och anpassning av stödinsatser.

Effektiv stödkedja och samordning av resurser

Arbetet med att skapa en effektiv stödkedja syftar till att matcha insatser mot den enskildes behov och säkerställa att resurser används optimalt. Boendeplanering sker utifrån boendenas inriktning, kompetens och gruppsammansättning. Verksamhetsplanerare och chefer samverkar för att verkställa beslut om boende inom egen regi i första hand, och vid behov används ramavtal eller direktupphandlingar med fokus på att tillgodose behov inom givna ekonomiska ramar. Avtalsuppföljningar genomförs regelbundet för att säkerställa kvalitet och kostnadseffektivitet.

Digitala lösningar som frigör resurser

Digitalisering används för att frigöra tid till det brukarnära arbetet och öka rättssäkerheten i handläggning och uppföljning. Digitala verktyg används för planering, dokumentation och kommunikation, exempelvis genom appar för vardagsstruktur, digital signering av avtal och läkemedelsadministrering, digital post för beslut och utredningar samt behovskalkylator inom personlig assistans. Dessa lösningar har förkortat handläggningstider och minskat manuella moment. Digitala möten används även i större utsträckning för att underlätta kontakt med brukare och samarbetspartners.

Underlag för bedömning

För att på ett systematiskt sätt kunna förbättra kvaliteten och agera för säker vård så att patienter inte drabbas av vårdskada används olika metoder för att identifiera behov av förbättrande åtgärder. De metoder som används är bland annat riskanalys, egenkontroller, utredning av avvikelser, synpunkter och klagomål, samt analys utifrån den nationella handlingsplanen för säker vård.

Vidare finns det faktorer i omvärlden och verksamhetens förutsättningar som påverkar hur kvaliteten och patientsäkerheten utvecklas. Allt detta har betydelse för att kunna bedöma hur kvaliteten och patientsäkerheten utvecklas och vilka förbättringsområden som behöver prioriteras.

Händelser och förutsättningar som påverkat verksamheten

Nya/ändrade lagar och regelverk

- Införandet av den nya socialtjänstlagen som trädde i kraft den 1 juli 2025 innebär omställning mot en mer förebyggande, tillgänglig, jämställd och kunskapsbaserad socialtjänst. Arbetet med omställningen har innefattat anpassningar i verksamhetssystemet, justerad delegationsordning samt revidering av metodstöd och rutiner.

Förändringar i resurser (personal, lokal, IT)

- Hög personalomsättning, sjukskrivningar och perioder av underbemanning har medfört en ökad arbetsbelastning för handläggarna samt begränsat möjligheterna att delta i utvecklingsarbete. Detta har påverkat möjligheterna att genomföra individuppföljningar i den omfattning som eftersträövats och har även haft en viss negativ påverkan på verksamhetens tillgänglighet.
- Övergången från Procapita till Lifecare ⁴ och implementeringen av IBIC har ökat den administrativa belastningen, men förväntas på sikt att öka både kvalitet och effektivitet.
- Projektet "Heltid som norm" och interna samarbetslösningar har minskat sårbarheten när det gäller bemanning.
- Brandskyddsrevision gällande särskilt anpassad bostad enligt LSS visade att sju av tolv lägenheter inte uppfyllde kraven för den typen av boenden, vilket initierade åtgärdsplaner kring sprinklers och automatiska brandlarm.

Förändrade volymer och målgrupp

- Samtliga enheter inom myndighetsutövningen har haft ett ökat inflöde av ärenden.
- Boendestöd, Dalstogens korttidshem och Melodivägens fritidsverksamhet har ökade volymer. Inom korttidshem har det medfört behov av dubbel nattbemanning och anpassning i lokalerna.
- Ett ökat antal ansökningar från personer med autismdiagnos, samt från personer med psykiska funktionsnedsättningar som nyligen fått diagnoser som berättigar till stöd genom LSS, har medfört behov av ökad kompetens kring dessa målgrupper.
- Många brukare blir allt äldre vilket medför förändrade behov som påverkar både verksamhetens innehåll, resursanvändning och samverkan med andra aktörer.

Forskning/ny kunskap

- Kompetensutveckling har genomförts och metodstöd har tagits fram inom IBIC, Alternativ och kompletterande kommunikation, god och nära vård, InPrint⁵, lågaffektivt bemötande, Motiverande samtal, sexuell hälsa och psykisk hälsa vilket har bidragit till ökad kunskap hos flera medarbetare.

⁴ Procapita och Lifecare är två olika verksamhetssystem för dokumentation i individärenden

⁵ Inprint är ett layoutprogram för att skapa material med bild- och symbolstöd.

- Nyanställda stödpedagoger på flera enheter har bidragit till nya aktiviteter, utveckling av bildstöd, alternativa scheman och fler individanpassade gruppaktiviteter.

Ändringar i organisation och uppdrag

- En ny koordinatorfunktion för föräldrar till barn med funktionsnedsättning har etablerats 1 september 2025 för att stärka förebyggande arbete och samverkan.
- Omorganisationer och bemanningsmodeller där personal roterar mellan enheter/arbetsgrupper inom daglig verksamhet, boendestöd och personlig assistans har genomförts för att skapa stabilitet samt stärka samverkan.
- Digitalisering och optimering av lokaler och transporter har genomförts för att möta ökade volymer och brukarnas individuella behov. Miljöförbättringar inomhus och i utemiljö har genomförts för att skapa mer hemlika och stimulerande miljöer.

Fokusområden för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet under året som gått

Kunskapsbaserad verksamhet och kompetensförsörjning

Ett av årets främsta fokusområden har varit att säkerställa rätt kompetens för uppdraget. Omfattande kompetenshöjande insatser har genomförts genom att erbjuda grundutbildning till undersköterska, deltagande i Forum Carpe⁶ samt interna utbildningar. Särskilda språkutbildningar har erbjudits för medarbetare som haft behov av detta, vilket har underlättat kommunikationen, stärkt kvaliteten i dokumentation och ökat tryggheten för brukarna.

Andelen stödpedagoger har under året ökat till 8,2 procent, vilket överträffar etappmålet. En genomlysning av stödpedagogsrollen har genomförts och ett åtgärdsprogram har tagits fram, vilket stärker kompetensförsörjningen på lång sikt och bidrar till en mer kunskapsbaserad verksamhet.

För att skapa hållbar kompetensutveckling har flera kompetensutvecklingsplaner tagits fram utifrån verksamhetens behov och de nationella kompetensmål som finns för patientsäkerhet. Att flera medarbetare genom *Äldreomsorgslyftet* har studerat till undersköterska, förbättrar även förutsättningarna för god patientsäkerhet. Introduktionsrutiner för nyanställda har reviderats, och uppföljning sker för att säkerställa att medarbetare snabbt får nödvändig kunskap om lagstiftning, rutiner och hälso- och sjukvårdsuppdraget.

Både kompetensnivån och strukturen för kunskapsöverföring har stärkts, vilket bidrar till ökad kvalitet, trygghet och kontinuitet för brukarna.

För att säkerställa adekvat kunskap och kompetens inom patientsäkerhetsområdet har en utbildning i patientsäkerhet tagits fram för legitimerad personal utifrån nationella kompetensmål. Samtliga legitimerade medarbetare har tagit del av utbildningen. Arbetet med att ta fram utbildning i patientsäkerhet för omsorgspersonal har påbörjats och planeras att färdigställas under 2026.

Delaktighet, kommunikation och trygghet

Kommunikation och delaktighet har fortsatt varit prioriterade områden. Arbetet med alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) och InPrint har vidareutvecklats genom utbildningar, handledning och framtagande av gemensamma kommunikationsstöd. Syftet är att skapa förutsättningar för varje brukare att uttrycka sin vilja och aktivt delta i beslut som rör det egna stödet och den egna vården.

Utbildningar och praktiskt stöd har även stärkt personalens kompetens i lågaffektivt bemötande, ett arbetssätt som syftar till att förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder. Genom tidig identifiering av signaler på oro och anpassning av stödet kan situationer av oro förebyggas. Användningen av skyddsåtgärder har dessutom förtydligats.

Resultatet är att brukarnas förutsättningar för delaktighet och trygghet har stärkts, med förbättrade möjligheter till individanpassad kommunikation i det dagliga stödet.

⁶ Forum carpe är en kommunsamverkan inom funktionshinderområdet i Stockholms län. Syftet med samverkan är att erbjuda yrkesverksamma inom området kompetens- och verksamhetsutveckling som ska leda till insatser av god kvalitet för personer i behov av stöd.

Rätt stöd och effektivitet

Under året har arbetet fortsatt med att utveckla boendestöd och profilboenden enligt LSS för att bättre kunna matcha brukarens behov med insatsens utformning och personalens kompetens. Syftet är att skapa en mer effektiv stödkedja där brukaren får det stöd hen behöver och resurser används där de gör störst nytta.

Kontinuitet, riskanalys och riskförebyggande arbete

Arbetet med kontinuitetsplaner har intensifierats för att säkerställa att verksamheten kan upprätthålla kvalitet även vid personalförändringar eller krissituationer. Rollfördelning och ansvar har tydliggjorts, och ombudsroller har stärkts inom områden som bland annat kompetens, dokumentation och våld i nära relationer. Detta har lett till förbättrad stabilitet i verksamheten, ökad tydlighet i roller och ansvar samt högre beredskap vid förändrade förutsättningar.

Arbete med att öka riskmedvetenhet och beredskap i hälso- och sjukvården har genomförts genom kartläggning av upplevda patientsäkerhetsrisker kopplade till tid, kompetens, resurser samt IT och telefoni. Enkäter har besvarats av legitimerad personal och enhetschefer, och resultaten har använts som underlag i nulägesanalysen av patientsäkerhetsarbetet under hösten 2025.

Systematisk uppföljning och lärande kultur

Arbetet med individbaserad systematisk uppföljning (ISU) har utvecklats under året som en del i att öka förmågan till analys och resultatuppföljning. Genom ISU skapas bättre underlag för att följa upp effekter av insatser, identifiera utvecklingsbehov och säkerställa likvärdig kvalitet.

Verksamheten har fortsatt att skapa struktur i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Avvikelser, synpunkter och förbättringsförslag inom SoL och LSS analyseras och återkopplas regelbundet, vilket bidrar till ett lärande och ökad förståelse för hur risker och brister kan förebyggas. Detta har lett till ökad delaktighet bland medarbetare och förbättrad förmåga att omsätta analys till konkreta åtgärder.

För att stärka kunskapen om hälso- och sjukvårdsavvikelser och om att förebygga vårdskador har nuvarande arbetssätt analyserats i samband med en nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet. Åtgärder för utveckling av stöd och strukturer för utredning och analys av avvikelser planeras under 2026.

Sammanställningar av vårdrelaterade avvikelser har genomförts vid flera tillfällen och används som underlag för dialog och lärande på arbetsplatsträffar, med särskilt fokus på läkemedelsavvikelser och säkerhetskultur. All legitimerad personal har även genomgått utbildning i orsaksanalys för att stärka förmågan att identifiera risker och vidta förebyggande åtgärder.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Ett viktigt fokus under året har varit att göra processer och rutiner mer lättillgängliga för medarbetare och chefer. Processägare och processledare har inom flera områden tillsammans uppdaterat rutiner.

Under hösten 2025 infördes dokumentationssystemet Lifecare HSL för hälso- och sjukvårdsdokumentation. Systemet är anpassat till gällande lagkrav och Nationell informationsstruktur (NI) och stärker legitimerad personals möjlighet att arbeta strukturerat och patientsäkert genom hela vårdprocessen. Systemet möjliggör förbättrad informationsöverföring mellan legitimerad personal och omsorgspersonal, vilket tidigare har varit ett riskområde. Införandet av det nya journalsystemet har föregåtts av omfattande förberedelser och utbildningsinsatser. Med anledning av systembytet har ingen journalgranskning genomförts under året.

Samverkan och sammanhållen vård

Inom ramen för omställningen till god och nära vård har ett tvärprofessionellt arbete påbörjats för att stärka patientsäkerheten för personer i grupp- och servicebostäder. Fokus ligger på att identifiera och åtgärda riskområden och brister i vårdprocessen och i vårdövergångar mellan vårdcentraler, slutenvården, kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation och boendeenheter samt på att utveckla både förebyggande och palliativa vårdprocesser.

Säker läkemedelshantering

Riktade insatser har genomförts för att minska förekomsten av läkemedelsavvikelser. En gemensam workshop har genomförts med HSL-enheten och enhetschefer inom boendesektionen. Arbetet resulterade i framtagande av en rutin för analysmöten samt en åtgärdslista för förbättrad läkemedelshantering kopplat till de vanligast förekommande avvikelserna.

Extern granskning av läkemedelshantering har genomförts och visar över lag på god hantering men med behov av ökad avvikelserapportering, särskilt vid brister i samarbete med externa vårdgivare. Förvaringen av läkemedel behöver säkras genom bland annat stärkt nyckelhantering.

På de flesta dagliga verksamheter används fortfarande papperssignering för läkemedelshantering. För att öka patientsäkerheten, förbättra spårbarheten och minska risken för utebliven eller felaktig signering planeras en övergång till digital signering

Uppföljning av mål för patientsäkerhetsarbetet

Som en del av vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete fastställs årligen mål för hälso- och sjukvården i syfte att förebygga vårdskador och stärka kvaliteten i vården. Nedan redovisas årets mål samt i vilken utsträckning planerade insatser har genomförts och vilka resultat som uppnåtts.

Mål: hälso- och sjukvårdsbehov identifieras i tid

Under året har förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt utvecklats i syfte att minska ojämlikhet i hälso- och sjukvården för personer med funktionsnedsättning och att hälso- och sjukvårdsbehov identifierats i ett tidigare skede. Arbetssätt med årliga hälsofrämjande samtal har implementerats för personer som bor i LSS-boenden och i socialpsykiatriens särskilda boende.

Indikator: Andel personer som har fått erbjudande om årligt hälsofrämjande samtal

Alla brukare inom funktionsstöd och socialpsykiatri har fått erbjudande om hälsofrämjande samtal under året. Av dessa har 35% (66 personer) tackat ja och samtal har genomförts.

Mål: god kvalitet i det systematiska patientsäkerhetsarbetet

Under året har man haft fokus på avvikelshantering för att säkerställa att analyser genomförs och för att minska förekomsten av läkemedelsavvikelser. En rutin för dialogforum och analys av HSL-avvikelser har tagits fram, där sjuksköterskor, chefer och MAS regelbundet ska diskutera mönster, orsaker och åtgärder. Syftet är att stärka det lärande perspektivet och undvika upprepade brister och förväntas leda till förbättrad följsamhet till rutiner, ökad analys av avvikelser och en mer enhetlig hantering av patientsäkerhetsfrågor.

Indikator: Andel grupp- och servicebostäder som har genomfört möten för avvikelseanalys

Implementering av rutinen har påbörjats under sen höst och fortsätter under 2026 men enheterna har ännu inte hunnit genomföra analysmöten.

Avvikelser

Alla som arbetar eller på annat sätt fullgör uppgifter inom socialtjänsten är skyldiga att rapportera om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande sker för en enskild som tar emot eller kan komma att ta emot stöd och insatser från verksamheten. Utöver det hanterar verksamheten också andra avvikelser som inte har inneburit en risk eller ett missförhållande för en individ (så kallade intern avvikelser eller annan avvikelser).

Att avvikelser rapporteras är positivt eftersom det innebär en medvetenhet gällande brister som förekommer, vilket är en förutsättning för att kunna utveckla och förbättra vården och omsorgen. Ett lågt antal rapporterade händelser i en verksamhet är således inte detsamma som att kvaliteten i verksamheten är hög, precis som att många avvikelserapporter inte är att betrakta som ett tecken på dålig kvalitet.

Avvikelshantering är central även i patientsäkerhetsarbetet. Enligt patientsäkerhetslagen (2012:659) ska vårdgivaren utreda händelser som orsakat eller hade kunnat orsaka vårdskada för att klarlägga händelseförloppet, identifiera bakomliggande orsaker och vidta åtgärder som förebygger liknande händelser. Det kan också handla om att begränsa effekterna om händelsen inte helt går att förhindra. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser. Åtgärder ska följas upp och kunskap spridas i verksamheten.

Händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarig vårdskada (lex Maria) samt som har medfört allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande (lex Sarah) ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Information om rapporteringsskyldigheten sprids till medarbetarna vid introduktion för nyanställda samt på en arbetsplatsträff en gång om året.

Avvikelse rapporteras och registreras i ett avvikelshanteringssystem. När rapporten har tagits emot inleds en utredning. Åtgärder beslutas och genomförs både direkt i anslutning till händelsen och i samband med att utredningen genomförs.

För att dra lärdom av avvikelserna sammanställs och analyseras de olika typerna av avvikelser vid flera tidpunkter under året. Avvikelse diskuteras därefter i flera olika forum.

Nedan följer en sammanställning och analys av alla avvikelser som har rapporterats och utretts under året.

Typ av avvikelse HSL	Antal avvikelser 2024	Antal avvikelser 2025	Händelser som lett till vårdskada	Varav bedömda som allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada och rapporterade till IVO enligt lex Maria 2025
Fall	62	42	11	0
Läkemedel	217	243	2	0
Medicintekniska produkter	20	26	0	0
Trycksår	0	1	1	0
Vård och behandling	9	20	3	0
Avvikelse gällande vårdens övergångar	12	5	0	0

Typ av avvikelse	Antal avvikelser 2024	Antal avvikelser 2025	Varav bedömda som allvarligt missförhållande/ risk för allvarligt missförhållande och rapporterade till IVO 2025
Annan avvikelse	258	489	0
Lex Sarah	35	39	1

Analys av avvikelser

De vanligast förekommande händelserna som har rapporterats är:

- Dokumentation och informationssäkerhet: Felaktig hantering av känsliga personuppgifter och fel vid och dokumentation
- Medicinska avvikelser: Främst läkemedelsfel (fel dos/administrering) samt fallolyckor och brister vid förflyttning.
- Bemötande: Negativt bemötande eller incidenter kopplade till utmanande beteende.
- Brister i utförandet: Uteblivna insatser eller felaktigt utförd omvårdnad till exempel avvikande från rutiner, metodblad och scheman.
- Brister i myndighetsutövning: Främst långa handläggningstider.

Utredningarna visar på bakomliggande orsaker främst gällande:

- Bristande efterlevnad: Otillräcklig följsamhet till befintliga rutiner och metodblad.
- Strukturella brister: Rutiner som är otydliga eller saknas.
- Kommunikationsbrister: Bristande informationsöverföring och återkoppling mellan medarbetare, yrkesgrupper eller olika delar av organisationen
- Dokumentationsbrister: Avsaknad av genomförandeplan, felregistreringar och bristande uppdatering av bildstöd.
- Brister i miljö: Fysiska miljöfaktorer som påverkar risksituationer, till exempel vid utmanande beteenden.
- Kompetens och introduktion: Behov av stärkt kunskap hos personal och vikarier kring specifika diagnoser och delegerade uppgifter.

För att komma till rätta med bristerna har åtgärder genomförts eller planeras:

- Genomgång på arbetsplatsträffar kring rutiner, bemötande och arbetssätt samt riktad återkoppling

kring avvikelser, med fokus på lärande.

- Förtydligade och påminnelser av rutiner och processer, bland annat inom dokumenthantering, ej verkställda beslut, läkemedelshantering och förflyttning.
- Utbildningsinsatser, exempelvis inom lagstiftning, dokumentation, bemötande, konflikthantering samt hälso- och sjukvårdsrelaterade moment.
- Stärkt kommunikation och informationsflöde, samt förtydligande av ansvar.
- Tekniska och organisatoriska förbättringar, som ökad tillsyn, reservtelefoner och förbättrade kontroller kring delegeringar.
- Förebyggande arbete vid utmanande beteenden, bland annat kartläggningar, anpassade stödmaterial och analysmodeller (ex. 9D-modellen⁷).
- Förbättrad introduktion och stöd till vikarier.

Lärdomar som har spridits i verksamheten under året är:

- Avvikelser behöver ses som ett verktyg för lärande och förbättring, inte som skuldfrågor.
- Ökad rapporteringsfrekvens är ofta ett tecken på förbättrad säkerhetskultur snarare än ökade brister.
- Tydliga rutiner, kontinuerlig kompetensutveckling och strukturerad uppföljning är avgörande för att minska återkommande fel.

Genomförda åtgärder har över lag haft positiva effekter och bidragit till ökad medvetenhet samt tydligare och mer välfungerande rutiner. Analysen visar dock att många åtgärder hittills har varit kortsiktiga eller inriktade på individer, trots att de bakomliggande orsakerna ofta är systematiska.

Mer omfattande utbildningsinsatser och tydligare rutiner har visat sig ha större effekt på att förebygga upprepning av händelser än kortsiktiga eller individinriktade åtgärder. Vissa behov av långsiktiga och strukturella åtgärder kvarstår, till exempel arbete med karriärstege, förbättrade processer samt systematisk implementering och uppföljning av rutiner.

Av de rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelserna har ca 5 procent bedömts som vårdskada vilket ligger på ungefär samma nivå som föregående år.

Antalet fallavvikelser har minskat med 32 procent jämfört med föregående år. Minskningen bedöms bero både på ökad tillsyn nattetid hos en individ som tidigare stått för en stor andel av fallen och på ett förstärkt arbete med systematiska fallriskbedömningar. Därutöver har hälsofrämjande samtal bidragit till att förebyggande åtgärder kunnat sättas in tidigare och mer träffsäkert.

För vissa individer kvarstår en hög fallfrekvens trots att ett flertal förebyggande åtgärder har vidtagits, såsom riskbedömningar, anpassning av hjälpmedel, miljöåtgärder och individuella omvårdnadsinsatser. Detta belyser den komplexa avvägningen mellan att minska risken för fall och att samtidigt värna den enskildes självständighet, rörelsefrihet och livskvalitet. Endast tre individer står bakom nästan hälften (47 procent) av årets fall.

Antalet läkemedelsavvikelser har ökat något, vilket tros bero på ökad rapporteringsgrad. Det arbete som genomförts under hösten kring läkemedelsavvikelser har ännu inte lett till någon minskning av negativa händelser i läkemedelshanteringen. Delegeringsprocessen kommer att ses över i samband med förändringar gällande föreskriften om delegering⁸ som träder i kraft 1 januari 2026. En översyn och revidering av rutiner för utbildning, delegering och uppföljning är nödvändig för att säkerställa patientsäkerheten och minska risken för misstag i läkemedelshanteringen.

Det finns en stor variation mellan enheter gällande antalet läkemedelsavvikelser vilket till stor del speglar hur mycket läkemedelshantering som sker. Dock finns det sannolikt fortsatt en underrapportering på vissa enheter.

Avvikelser gällande vård och behandling har mer än dubblerats vilket till viss del tro bero på ökad rapporteringsgrad och till viss del beror ökningen på att flera avvikelser har rapporterats i fel kategori.

⁷ 9D-modellen är en evidensbaserad metod för att minska hot-, och våldssituationer.

⁸ HSLF-FS 2025:6

Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården

Inträffade händelser rör framför allt brister i informationsöverföringen mellan boendepersonal och legitimerad personal samt fördröjd vård, bland annat vid risk för förstoppning.

Inom daglig verksamhet har 48 hälso- och sjukvårdsavvikelser rapporterats under året (jämfört med 40 under 2024). Fördelningen är: läkemedel 31, fall 9, vård och behandling 7 samt medicinteknisk produkt 1. Avvikelseerna avser främst utebliven dos, utebliven signering samt brister i hantering av nycklar till läkemedelsskåp. En avvikelse avser bristande rengöring av sugutrustning för trakeostomi. Även inom daglig verksamhet finns behov av utveckling av det systematiska arbetet kring utredningar, analyser och lärande av inträffade händelser.

Allvarliga avvikelser

En händelse som bedömts utgöra ett allvarligt missförhållande har rapporterats till IVO enligt lex Sarah. Händelsen rörde brister i bemötande, där personal vid flera tillfällen uttryckt sig verbalt på ett sätt som lett till negativa konsekvenser, i form av oro och rädsla hos brukaren. Problemet upptäcktes snabbt och åtgärder vidtogs, vilket förbättrade situationen. Ärendet hos IVO är avslutat med bedömningen att nämnden, efter begärd komplettering, fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet.

Det har inte rapporterats några allvarliga vårdskador enligt lex Maria till IVO under året.

Hur avvikelshanteringen har fungerat under året

Under 2025 har avvikelshanteringen inom Funktionsstöd fortsatt att utvecklas och präglas nu av en mer systematisk och lärande inriktning. Genom återkommande information på arbetsplatsträffar, tydligare rutiner och ökad ledningsnärvaro har rapporteringskulturen stärkts, vilket framgår av det ökade antalet rapporterade avvikelser. Viss underrapportering förekommer dock fortfarande på enstaka enheter.

Det totala antalet avvikelserapporter har ökat jämfört med föregående år, vilket framför allt bedöms bero på förbättrad rapporteringskultur, ökad kännedom om rapporteringsskyldighet och mer aktivt stöd till chefer. Åtgärder har genomförts för att öka medarbetares kännedom om syftet med avvikelserapportering samt möten inom chefsgrupper för att bli bättre att analysera avvikelserna. Ökningen av "annan avvikelse" kan också tyda på större uppmärksamhet kring att identifiera och åtgärda brister i ett tidigt skede, innan de utvecklas till missförhållanden eller vårdskador.

Sett till enbart hälso- och sjukvårdsavvikelser har 82 procent av utredningarna påbörjats inom tre dagar från rapportering, vilket innebär en förbättring jämfört med tidigare. Samtidigt kvarstår brister i analys, bedömning och vidtagna åtgärder, vilket kommer att prioriteras i utvecklingsarbetet under 2026.

Det kvarstår en problematik med att avvikelser rapporteras under fel lagrum och i fel avvikelsekategori. Detta innebär att statistiken över rapporterade avvikelser inte är helt tillförlitlig. Det finns också brister gällande analys, bedömning och åtgärdsplanering. Frågan kommer att hanteras inom ramen för ett planerat utvecklingsarbete under 2026.

Förbättringar som har genomförts inom avvikelshanteringen under 2025:

- Avvikelser är alltid en fast punkt på APT
- Enhetschef följer upp genom dialog med rapportör och berörd personal.
- Återkoppling gällande avvikelser till personalgrupper
- Ökad analysförmåga genom gemensamma diskussioner
- Nya rutiner och forum för analys av läkemedelavvikelser

Avvikelser från privata utförare

Privata utförare ska informera nämnden om inkomna avvikelser genom att årligen delge nämnden en kvalitetsberättelse.

Utöver detta ska utförarna informera nämnden om:

- Beslut om allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande enligt bestämmelserna om lex Sarah samt om en anmälan skickas till tillsynsmyndigheten Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- Beslut om anmälan enligt bestämmelserna om lex Maria till tillsynsmyndigheten Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Två lex Sarah-rapporter har kommit nämnden till känna under 2025. Båda rör insatsen bostad med särskild service enligt LSS och avser bristande handlingsplaner kopplat till brukarnas behov. Händelserna avsåg inte allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande och har inte rapporterats till IVO.

Inga allvarliga vårdskador har rapporterats enligt lex Maria.

Synpunkter och klagomål

Ett klagomål innebär att någon klagar på att verksamheten inte uppnår god kvalitet. Med synpunkter avses övrigt som framförs som berör verksamheten, till exempel förslag på förbättringar.

Verksamhetens förhållningssätt till synpunkter och klagomål är:

- Vi tar alla klagomål och synpunkter från våra brukare, medarbetare och andra på allvar
- Vi bemöter klagomål och synpunkter på ett positivt och konstruktivt sätt
- Vi ser klagomål och synpunkter som en möjlighet att förbättra vår verksamhet

Synpunkter och klagomål som inkommer till verksamheten ska dokumenteras, registreras och hanteras av närmast ansvarig chef. Klagomålet ska analyseras och vid behov planeras åtgärder. Återkoppling ska alltid göras till den som har klagat. Vid klagomål gällande hälso- och sjukvården som inkommer via IVO eller patientnämnden kopplas alltid medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS in.

Nedan följer en redogörelse av synpunkter och klagomål som har inkommit under året.

Verksamhet/Enhet	Antal
Sektionen för myndighetsutövning	6
Sektionen för sysselsättning och assistans	8
Boendesektionen	157

Analys av synpunkter och klagomål

Antalet klagomål och synpunkter varierar mellan enheterna; flera har inga registrerade klagomål alls, medan en enhet har så många som 138 registrerade klagomål där den stora majoriteten är från samma person. Klagomål och synpunkter har kommit både från brukare och från anhöriga.

De klagomål som registrerats har främst rört tillgänglighet, bemötande, kommunikation och strukturella frågeställningar. Återkommande teman har varit svårigheter att nå handläggare, upplevelse av otillräckligt innehåll i insatser, långa handläggningstider samt brister i information. I vissa verksamheter har även frågor om bemanning, aktivitetsutbud och anpassning av insatser utifrån individens behov lyfts.

Synpunkter från externa aktörer, såsom assistansbolag, har handlat om långa handläggningstider för ersättning för sjuklönekostnader, vilket skapat administrativ belastning och frustration.

Analys av klagomålen visar flera återkommande förbättringsområden:

- Bristande tillgänglighet och kommunikation, både gällande kontaktvägar och i återkoppling.
- Otydlig förväntansbild kring insatser, särskilt inom daglig verksamhet.
- Bemanningsutmaningar som påverkat aktivitetsnivå och kontinuitet.

- Strukturella hinder, exempelvis brist på boendeplatser i den egna kommunen för personer med somatiska sjukdomar eller demens under 65 år.
- Administrativa flaskhalsar, såsom långa handläggningstider för ersättning för sjuklönekostnader.
- Medicinsk bedömning/omhändertagande vid försämrat hälsotillstånd.

Verksamheterna har vidtagit en rad åtgärder som har lett till förbättringar:

- Förbättrade rutiner för kommunikation, dokumentation och återkoppling. Uppföljning av att medarbetare känner till och använder rutiner och metoder.
- Förstärkning av aktivitetsutbud genom tydligare strukturer, exempelvis veckoscheman.
- Samtal och arbetsledning för att stärka bra bemötande och brukarcentrerat förhållningssätt.
- Justeringar i administrativa processer, bland annat gällande posthantering och informationsflöden.
- Utökad handledning och tätare uppföljningssamtal för att tidigt fånga upp synpunkter och klagomål.

Resultaten visar bland annat bättre samordning, förbättrad tydlighet gentemot brukare och närstående samt snabbare hantering av mindre ärenden på enhetsnivå.

Årets klagomålshantering har medfört följande lärdomar:

- En tidig dialog med brukare och anhöriga förebygger klagomål och missnöje.
- Tydliga rutiner för dokumentation och återkoppling skapar trygghet och transparens.
- Regelbunden kompetensutveckling i bemötande och individanpassat stöd behövs.
- Registrering av synpunkter och klagomål måste stärkas, då många ärenden hanteras informellt utan att ge underlag för analys.
- Strukturella brister såsom att det saknas platser på boende inom kommunen kan innebära negativa konsekvenser för brukare och anhöriga och kräver långsiktig planering.

Hur synpunkts- och klagomålshantering har fungerat under året

Klagomål hanteras generellt snabbt och nära verksamheten, ofta genom dialog och direkt åtgärd. Däremot brister systematiken i registreringen, vilket innebär att helhetsbilden riskerar att bli missvisande. Flera enheter rapporterar inga klagomål alls, vilket i ljuset av ovanstående tros bero på att man underlåter att dokumentera snarare än avsaknad av missnöje. I de fall klagomål har visat på felaktigheter i relation till brukare eller insatsens utförande hanteras dessa även som avvikelser med efterföljande utredning och åtgärder.

Verksamheten som helhet behöver stärka rutiner, öka kunskapen hos brukare om vart de kan vända sig och säkerställa att klagomål dokumenteras i rätt system.

Sammanfattningsvis visar årets analys att klagomål bemöts och hanteras på ett adekvat sätt, men att utveckling krävs för att säkerställa att alla synpunkter och klagomål registreras och används som underlag i kvalitetsarbetet. Detta är centralt för att förebygga framtida brister och stärka brukarnas möjlighet att påverka sin insats.

Synpunkter och klagomål på privata utförare

Synpunkter och klagomål på privata utförare som inkommer till kommunen registreras och vidarebefordras till den berörda utföraren tillsammans med en begäran om svar. Det inkomna svaret granskas och bedöms utifrån om utföraren har analyserat de bakomliggande orsakerna och föreslagit relevanta åtgärder för att hantera situationen.

Vid klagomål av allvarlig karaktär eller vid återkommande klagomål av samma typ görs en bedömning om en fördjupad uppföljning krävs. Ärendet avslutas först när svaret bedöms vara fullständigt och utföraren har uppfyllt sin skyldighet att hantera och åtgärda ärendet.

De synpunkter/klagomål som inkommit till kommunen gällande privata utförare under 2025 har handlat om insatserna boendestöd SoL (2 st.), särskilt boende för personer under 65 år SoL (1 st.) och bostad med särskild service LSS (1 st.).

Utifrån att antalet synpunkter/klagomål inte är så många går det inte att utröna någon systematik gällande bakomliggande orsaker. Synpunkterna/klagomålen handlar om brister hos personal i form av bemötande och/eller att brukaren/anhörig är missnöjd med utförandet av insatsen.

Utförarna har hanterat synpunkterna/klagomålen med adekvata åtgärder och i enlighet med avtalet. Utförarna

har även återkopplat till den enskilde i enlighet med kommunens rutiner för hantering av synpunkter/klagomål.

Riskhantering

Risker identifieras för att förebygga att händelser inträffar som kan medföra brister i kvaliteten eller patientsäkerheten för de som tar emot insatser och vård.

Arbetet med att hantera risker som kan påverka brukarna är kontinuerligt pågående. Risker identifieras och analyseras i början av året och följs därefter upp löpande i samband med delårsrapporter och vid årets slut.

Vid förändringar i verksamheten genomförs särskilda riskbedömningar för att säkerställa att nya eller förändrade risker hanteras på ett adekvat sätt.

Hur har riskhanteringen fungerat under året

Arbetet med riskhantering har under året bedrivits systematiskt inom hela verksamhetsområdet. Arbetet har bidragit till ökad medvetenhet om verksamhetens sårbarheter och ett mer proaktivt förhållningssätt till risker som kan påverka kvalitet och patientsäkerhet.

Inom vissa verksamheter har riskhanteringen även stärkts genom att koppla risker till konkreta mål och förbättringsområden. Detta har gjort arbetet mer begripligt och lösningsorienterat för medarbetarna och bidragit till ökad delaktighet och samsyn kring kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor.

En viktig lärdom är behovet av att formulera risker och riskbeskrivningar bättre för att möjliggöra mer fokuserad uppföljning och långsiktighet i åtgärdsarbetet. Årets arbete visar också vikten av kontinuerlig kompetensutveckling och kunskapsöverföring för att motverka risker kopplade till personalomsättning och förändrade förutsättningar i verksamheten.

Sammantaget bedöms riskhanteringen fungera väl som ett stöd för förebyggande arbete och kvalitetsutveckling. Arbetet har utvecklats mot en mer strukturerad, lärande och framåtsyftande process som stärker verksamhetens förmåga att tidigt identifiera risker, förebygga avvikelser och upprätthålla hög kvalitet och säkerhet i stödet till brukarna.

De största riskerna som har hanterats inom funktionsstöd under 2025 redovisas i bilaga 2.

Egenkontroller

En egenkontroll är en uppföljning av att verksamheten uppfyller krav samt att den bedrivs enligt verksamhetens processer och rutiner. Egenkontrollerna genomförs i den omfattning som verksamheten bedömer krävs för att säkerställa en god kvalitet och patientsäkerhet.

I samband med att kvalitets- och patientsäkerhetsplanen tas fram planeras vilka egenkontroller som ska genomföras under året. Om behov uppstår kan nya egenkontroller tillkomma även senare. Exempelvis kan det handla om att kontrollera utvecklingen av en risk eller för att säkerställa efterlevnad av nya krav eller rutiner. Några kontroller är gemensamma för alla inom verksamhetsområdet medan andra genomförs inom en sektion eller en enhet.

Egenkontrollerna följs upp med olika intervall, där vissa genomförs årligen och andra oftare. När en kontroll involverar flera enheter granskas resultatet på sektionsnivå, verksamhetsnivå eller av MAS. Målet är att identifiera gemensamma förbättringsområden och främja en lärande organisation.

Hur egenkontrollarbetet har fungerat under året

Under 2025 har egenkontrollen omfattat social dokumentation, vårdhygien, nyckelhantering, loggkontroller och uppföljning av insatser. Syftet har varit att säkerställa följsamhet till rutiner, identifiera brister i tid och vidta korrigerande åtgärder innan större avvikelser uppstår.

Egenkontrollerna visar över lag goda resultat med väl fungerande rutiner och tydliga förbättringsinsatser i de fall behov har identifierats. Inom flera verksamheter har särskilda åtgärder vidtagits, bland annat för att stärka rutiner kring nyckelhantering och för att säkerställa god kvalitet i social dokumentation.

Arbetet med loggkontroller visar genomgående hög följsamhet och inga obehöriga åtkomster har identifierats.

Egenkontroll munhälsa har påvisat bristande resultat avseende introduktion och utbildning för timvikarier,

vilket kvarstår som en utmaning men hanteras genom förstärkta rutiner under 2026. Ett prioriterat utvecklingsområde är fortsatt kompetenshöjning inom munhälsa för alla medarbetare, där utbildningar genomförts både fysiskt och digitalt.

Sammantaget bedöms egenkontrollerna fungera väl som ett verktyg för kvalitetsutveckling, lärande och riskförebyggande arbete. Arbetet präglas av systematik, tidig upptäckt av brister och tydlig koppling mellan identifierade behov och vidtagna åtgärder, vilket bidrar till en stabil grund för fortsatt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Resultat för egenkontroller redovisas i tabell i bilaga 2.

Brukarundersökningar

SKR:s brukarundersökning har genomförts inom myndighetsutövning, sysselsättning och assistans samt bostad med särskild service. Resultaten används för att analysera kvaliteten i stödet, följa utveckling över tid och identifiera områden där brukarnas upplevelser kan förbättras.

Anhörigstöd och uppsökande arbetet som inte omfattas av den nationella undersökningen genomför egna utvärderingar.

Myndighetsutövning funktionshinder

Brukarundersökningen för 2025 har en fortsatt låg svarsfrekvens. Majoriteten av brukarna upplever god information och ett respektfullt bemötande, särskilt i den uppsökande verksamheten. Även bemötande och tillgänglighet fungerar väl. Samtidigt framkommer utvecklingsbehov gällande klagomålshantering, möjlighet att påverka mötesplats samt att brukare upplever svårigheter att framföra det viktigaste vid möten.

Arbetet utifrån resultaten i förra årets undersökning har inriktats på att förbättra tillgängligheten i kontakten med myndighetsutövningen och tydliggöra hur synpunkter kan lämnas. Anhörigstödet visar positiva resultat där deltagarna upplever förbättrad livssituation efter kontakt med verksamheten. Det är dock fortsatt stora variationer mellan kommunens olika geografiska områden avseende hur många som tar del av stödet.

Sysselsättning och assistans

Utifrån resultaten i den senaste brukarundersökningen har utvecklingsarbete genomförts för att stärka brukarnas trygghet, delaktighet och kommunikation. Flera enheter har utvecklat trygghetsskapande arbetssätt genom riktade utbildningsinsatser, stärkt relation mellan brukare och personal, anpassade miljöer, tydligare strukturer samt, där behov funnits, uppdelning av målgrupper.

Verksamheten har även prioriterat förbättrad kommunikation genom ökad användning av alternativ och kompletterande kommunikation (AKK), stödtecken, talknappar, känslokartor och mer lättillgänglig information. Brukarnas delaktighet har stärkts genom ett utvecklat arbete med genomförandeplaner, social dokumentation och regelbundna brukarråd, samtidigt som uppdragets ramar och insatsernas omfattning har tydliggjorts.

Sammantaget har åtgärderna syftat till att öka förståelsen mellan personal och brukare, skapa tryggare miljöer och ge brukarna större möjlighet att påverka sin vardag.

Bostad med särskild service

Brukarundersökningen 2025 visar ett blandat resultat. Inom gruppboendena uppger en majoritet att de får den hjälp de vill ha och vet vart de vänder sig vid problem, men upplevelsen av trygghet och självbestämmande har minskat. Fler brukare än tidigare upplever oro eller rädsla hemma vilket följs upp på enhetsnivå.

Inom serviceboendena ses en tydlig förbättring gällande känslan av trygghet och att man upplever mindre rädsla, samtidigt som kommunikationen och upplevelsen av att personalen bryr sig har försämrats något. Skillnaderna mellan resultaten för kvinnor och män kommer att analyseras vidare.

Flera förbättringsåtgärder som införts tidigare år – såsom AKK, sociala berättelser, bildstöd, brukarråd och utbildning i samtalsmetoder – bedöms ha bidragit till stärkt kommunikation och ökad förståelse mellan brukare och personal.

Samlad analys

Brukarundersökningarna visar sammanlagt att brukarna är nöjda med sina insatser vad gäller stöd, kommunikation och bemötande. Samtidigt finns utvecklingsområden kopplade till självbestämmande, trygghet och kännedom om klagomålshantering. Flera verksamheter planerar riktade insatser för att höja

svarsfrekvensen och fördjupa dialogen kring trygghet och delaktighet.

Den långsiktiga trenden visar att satsningarna på AKK, utbildning och brukardialoger ger effekt över tid. Arbetet fortsätter under 2026 med fokus på jämlik kommunikation, tydligare rutiner för återkoppling av synpunkter och ökad brukarmedverkan i uppföljningar.

Individbaserad systematisk uppföljning

Individbaserad systematisk uppföljning innebär att verksamheten dokumenterar arbetet med enskilda brukare och sedan använder det sammanställda resultatet på gruppnivå för att utveckla och säkra kvaliteten.

Under 2025 har möjligheterna till användning av individbaserad systematisk uppföljning (ISU) kartlagts genom utbildning och omvärldsbevakning. ISU har därefter påbörjats inom daglig verksamhet. Uppföljningen har fokuserat på nya beslut om daglig verksamhet under 2024. Syftet med uppföljningen är bland annat att få mer kunskap kring ökningen av ansökningar samt att kartlägga framtida behov. Analys av resultaten planeras i början av 2026 för att ta fram underlag till förbättringar och strategisk planering.

Sammanfattningsvis har grunden för en mer systematisk och kvalitetssäkrad uppföljning av insatserna med hjälp av ISU lagts under året och arbetet kommer att fortsätta för att vidareutveckla metoden.

Sammanfattning av kvalitet och patientsäkerhet

Förebyggande verksamhet

Det förebyggande arbetet bedöms hålla en god kvalitet och vilar på en stabil kunskapsbas genom omvärldsbevakning, regelbunden uppföljning och samverkan med expertorganisationer, såsom Nationellt kompetenscentrum anhöriga (NKA), samt hälso- och sjukvården. Insatser som anhörigstöd, uppsökande arbete och koordinatorstöd når i hög grad de kommuninvånare som är i behov av stöd, vilket bekräftas av antalet ärenden och positiva resultat i brukarutvärderingar.

Genom tidiga, lättillgängliga och flexibla insatser med fokus på att stärka individens egen förmåga och avlasta anhöriga bidrar det förebyggande arbetet till att motverka ohälsa och socialt utanförskap. Sammantaget uppfylls målsättningarna om hög delaktighet, respektfullt bemötande, trygghet, god tillgänglighet och insatser inom rimlig tid. Arbetet präglas av helhetssyn genom samordning mellan kommunala och regionala aktörer.

Ett fåtal utvecklingsområden kvarstår, bland annat avseende användning av statistik och vissa samverkansutmaningar. Den samlade bedömningen är dock att det förebyggande arbetet är välfungerande, ändamålsenligt och av stor betydelse för målgruppernas hälsa och livssituation.

Biståndsbedömning

Myndighetsutövningen bedöms hålla en god kvalitet och utvecklas kontinuerligt genom ett systematiskt arbete med kunskapsbaserade metoder, uppdaterade rutiner och stärkt kompetens. Bedömningen grundas på omfattande utbildningsinsatser inom lagstiftning och bemötande samt utvecklingen av en karriärstege inom myndighetsutövningen, som bidrar till långsiktighet och tydlighet i yrkesrollen. Implementeringen av IBIC har medfört en mer enhetlig och rättssäker handläggning, medan nya bedömningsstöd och reviderade rutiner har stärkt kvaliteten i beslutsprocesserna.

Brukarnas delaktighet har stärkts genom strukturerad dokumentation av behov och mål, flexibla mötesformer och anpassade kommunikationssätt, såsom bildstöd. Regelbundna uppföljningar och brukarundersökningar används för utveckling av verksamheten, även om kännedom om klagomålshantering fortsatt behöver öka hos både brukare och medarbetare. Säkerhets- och trygghetsarbetet är väl etablerat genom loggkontroller, avvikelshantering och riktade utbildningar inom riskområden. Brandöversynen av särskilt anpassade bostäder enligt LSS har resulterat i åtgärder för att uppfylla regelverket och stärka skyddet för en sårbar målgrupp.

Tillgängligheten har varit ett prioriterat område under året genom fler kontaktvägar, tydligare krav på återkoppling inom 24 timmar och en mer samlad ingång till verksamheten. Samtidigt påverkas handläggningstiderna av ett ökat ärendeflöde och personalomsättning, vilket innebär att vissa processer, särskilt inom ersättning för sjuklönekostnader, fortsatt behöver effektiviseras. Digitala lösningar, såsom digital post och behovskalkylator, har bidragit till effektivare handläggning och stärkt rättssäkerhet.

Samverkan är väl etablerad både internt och med regionen, utförare och andra aktörer, vilket skapar förutsättningar för ett helhetsorienterat stöd, särskilt för personer med komplexa behov. Boendeplanering, profilboenden och tidiga insatskedjor utvecklas för att säkerställa att varje individ får rätt stöd i rätt tid. Genom systematisk uppföljning, användning av digitala verktyg och prioritering av insatser med störst nytta används resurserna strategiskt.

Sammantaget visar underlaget att myndighetsutövningen präglas av rättssäkerhet, delaktighet, tillgänglighet och effektiv resursanvändning, samtidigt som utvecklingsområden kvarstår, bland annat avseende handläggningstider, individuppföljningar, klagomålshantering samt fortsatt implementering av nya arbetssätt och rutiner.

Utförande av insatser i egen regi

Verksamheterna inom Funktionsstöds egen regi bedöms över lag uppnå god kvalitet och säker vård. Bedömningen grundas på resultat från brukarundersökningar, avvikelseanalyser, egenkontroller, genomförda kompetensutvecklingsinsatser samt uppföljning av hälso- och sjukvårdsarbetet.

Kvaliteten i verksamheten präglas av ett systematiskt förbättringsarbete, evidensbaserade metoder och en hög grad av brukarinflytande. Verksamheten har god förmåga att anpassa insatser efter brukarnas förändrade behov och förutsättningar. Arbetet med alternativ och kompletterande kommunikation (AKK), sexuell hälsa och lågaffektivt bemötande har fortsatt att utvecklas och bidrar till ökad förståelse, trygghet och delaktighet. Implementeringen av Individens behov i centrum (IBIC) har förbättrat möjligheterna att följa upp insatsernas effekt och i viss mån stärkt kvaliteten i dokumentationen.

Kompetensförsörjningen har stärkts genom kompetensutvecklingsplaner, utbildningar via Forum Carpe samt en ökad andel stödpedagoger. Detta har bidragit till förbättrad kvalitet i det dagliga stödet, särskilt inom områden som kommunikation, psykisk hälsa och bemötande.

Brukarnas upplevelse av stöd och service följs årligen upp genom SKR:s nationella brukarundersökning och kompletteras med brukarråd på flera nivåer. Resultaten visar fortsatt hög upplevd delaktighet och trygghet, men även variationer mellan verksamhetsområden, vilket utgör underlag för riktade förbättringsåtgärder kommande år.

Samverkan med anhöriga och externa aktörer har fördjupats, bland annat genom framtagande av stödmaterial för anhörigkontakt och genom nya samverkansform med hälso- och sjukvården och psykiatri. Detta stärker helhetssynen och bidrar till ett mer sammanhållet stöd, vård och omsorg.

Genom ett mer strukturerat arbete med avvikelser har verksamheten stärkt sin analysförmåga, utvecklat rutiner och främjat en lärande kultur med närvarande ledarskap.

Övergripande mål och strategier i patientsäkerhetsarbetet

Patientsäkerhetsarbetet har utgått från tre övergripande strategier:

- Stärkt kompetens för god och säker vård
- God kvalitet i det systematiska patientsäkerhetsarbetet samt
- Förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt för att identifiera hälso- och sjukvårdsbehov i tid

Patientsäkerheten inom egen regi bedöms som god och säker. Bedömningen baseras bland annat på avvikelshantering, uppföljningar från medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) samt rapporter från hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Den nulägesanalys som genomförts under hösten 2025 visar dock att patientsäkerhetsarbetet till stor del är händelsestyrt och behöver i ökad utsträckning utvecklas mot ett mer förebyggande och strukturerat arbetssätt. Förbättrad samverkan, tydligare informationsöverföring samt fortsatt fokus på utbildning och kompetensutveckling är viktiga utvecklingsområden. Patientsäkerhetsarbetet behöver också integreras ytterligare i det dagliga arbetet för att säkerställa god omvårdnad och förebyggande insatser. Resultatet av nulägesanalysen av patientsäkerhetsarbetet som genomförts kommer att ligga till grund för handlingsplanen för ökad patientsäkerhet 2026.

Under året har aktiviteter i handlingsplanen för patientsäkerhet 2025 genomförts i syfte att stärka de grundläggande förutsättningarna för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Dessa redovisas i tabell i bilaga 2.

Antalet rapporterade avvikelser har ökat, vilket bedöms spegla en förbättrad rapporteringskultur och ökad

medvetenhet. Samtidigt visar analyser att viss underrapportering fortfarande förekommer, särskilt inom läkemedelshantering. De vanligaste avvikelserna avser läkemedelshantering och fall, där bakomliggande orsaker främst är bristande följsamhet till rutiner. Riktade åtgärder har genomförts, bland annat utbildning i riskbedömning för chefer, utbildning kring ansvar vid delegering samt förtydligade rutiner och strukturerad återkoppling i arbetsgrupperna.

Under året har inga allvarliga vårdskador rapporterats till IVO.

Det förebyggande arbetet har stärkts genom ökat samarbete mellan hälso- och sjukvårdsenheten och boendesektionen, vilket bidrar till ett mer hälsofrämjande arbetssätt i linje med omställningen till god och nära vård.

Samlad bedömning

Funktionsstöds egen regi uppnår god kvalitet och patientsäkerhet, baserat på evidensbaserade metoder, brukarnas upplevelser och ett systematiskt kvalitetsarbete. Verksamheten har tydliga rutiner, engagerade medarbetare samt väl utvecklade former för intern och extern samverkan.

Utvecklingsområden kvarstår, bland annat avseende följsamhet till rutiner, avvikelse- och klagomålshantering, säker läkemedelshantering, säkerhetskultur samt introduktion av ny personal. De pågående insatserna inom kompetensutveckling, riskhantering, samverkan och kommunikation bedöms sammantaget ge goda förutsättningar för fortsatt positiv utveckling av kvalitet och patientsäkerhet under kommande år.

Utförande av insatser hos privata utförare

För att säkerställa att personer som, på uppdrag av nämnden får insatser genom privata utförare, får det stöd de har rätt till genomförs både individuppföljningar och uppföljning av de avtal som kommunen tecknat med utförarna.

Avtalsuppföljningen har två övergripande syften; dels att kontrollera att verksamheten utförs i enlighet med lagar och avtal, dels att utgöra ett underlag i kommunens förbättringsarbete.

Under 2025 har avtalsuppföljningar genomförts enligt nämndens plan för uppföljning gällande insatserna:

- Bostad med särskild service LSS som drivs på entreprenad.
- Boendestöd för personer med funktionsnedsättning

Uppföljningarna visar att samtliga granskade utförare bedriver verksamhet i enlighet med lagar och avtal.

Förbättringsområden

Under 2026 fortsätter arbetet för att skapa tydligare strukturer, utvecklad dokumentation och förbättrade kommunikations- och arbetsmetoder. Fokus kommer att ligga på att öka kompetensen hos medarbetare, förbättra kontinuiteten i stödet och att utveckla en mer sammanhållen och behovsstyrd verksamhet. Ett långsiktigt arbete pågår med att anpassa verksamheten till nya krav, att förbättra uppföljningsarbetet och att utveckla ett mer förebyggande och individanpassat arbetssätt.

Följande förbättringsområden har identifierats i 2025 års uppföljning och kommer ligga till grund för planeringen inför 2026:

- Stärka social dokumentation och dokumentation utifrån IBIC genom att höja medarbetarnas kompetens, tydliggöra mål och ansvar, samt säkerställa konsekvent användning av genomförandeplaner och metodblad för att skapa en sammanhållen struktur och tydligare uppföljning av brukarnas utveckling.
- Ytterligare förbättra kommunikationen genom mer konsekvent användning av Alternativ-och kompletterande kommunikation (AKK) för att öka delaktighet och underlätta för brukarna att vara med och påverka.
- Förbättra kontinuitet genom långsiktig planering kring bemanning, stärkt introduktion samt tydligare ansvarsfördelning och kunskapsöverföring.
- Fortsätta utveckla det förebyggande arbetet kring hälsa och åldrande genom systematiska kartläggningar och höjd kompetens inom exempelvis munhälsa och demens.

- Förbättra arbetet med riskhantering, avvikelseanalys och klagomålshantering för kontinuerligt lärande och utveckling.
- Vidareutveckla boendestöd och stödkedjor för att möjliggöra ökad självständighet och rätt nivå av stöd.
- Fortsätta arbetet med att motverka tvångs- och begränsningsåtgärder samt förtydliga användningen av skyddsåtgärder.
- Säkerställa en enhetlig och kvalitetssäkrad introduktion för nya medarbetare med fokus på rutiner, lagstiftning och metoder.
- Utveckla och implementera kompetensutvecklingsplaner för att stärka en lärandekultur och kunskapsbaserad verksamhet.
- Utveckla systematiska individuppföljningar för att analysera kvalitet och effektivitet och tidigt identifiera behov.
- Förbättra samverkan med interna och externa aktörer för att skapa tidiga och flexibla stödinsatser.
- Vidareutveckla digitala arbetssätt och förbättrade systemstöd för att minska administration, öka effektivitet och få bättre möjlighet tilluppföljning.
- Fortsatt implementering av kontinuitetsplaner för att säkerställa god kvalitet även vid krissituationer. Fortsatt arbete med hälso- och sjukvårdens beredskapsfrågor med fokus på anpassning till ny lagstiftning⁹, riskmedvetenhet och förebyggande insatser.
- Fortsätta göra processer och rutiner mer lättillgängliga och användbara för medarbetare genom att utveckla och följa upp enhetliga arbetssätt och skapa tydliga ansvarsområden.
- Fortsatt behov av kompetensutveckling för medarbetare bland annat genom språkutbildning, yrkeskompetens och Forum Carpe för att skapa ökad trygghet för brukarna.
- Öka följsamheten till basala hygienrutiner genom praktisk utbildning och regelbundna observationer.

Mål för patientsäkerhetsarbetet 2026

Systematiskt patientsäkerhetsarbete syftar till att förebygga vårdskador och skapa en trygg och säker vårdmiljö. Genom tydliga mål och strukturerade arbetssätt stärker vi kvaliteten, minskar risker och säkerställer att varje patient får en god och säker vård.

Inom patientsäkerhetsarbetet har följande mål formulerats inför nästkommande år:

Mål: Läkemedelsdelegering

Senast 31 december 2026 ska 100 procent av utfärdade läkemedelsdelegeringar ha dokumenterad uppföljning inom sex månader från utfärdadatedatum. Syftet är att säkerställa patientsäkra delegeringar.

Mål: Säkerhetskultur

Senast 31 december 2026 ska 100 procent av enheterna ha genomfört mätning av säkerhetskultur, samt dokumenterat minst en åtgärd i kvalitetsledningssystemet baserat på resultatet.

Mål: Avvikelseutredningar

Senast den 31 december 2026 ska minst 80 procent av alla avvikelseutredningar med riskvärde över tre innehålla minst en dokumenterad åtgärd i avvikelsemodulen. Detta ska säkerställa att riskfyllda händelser leder till konkreta förbättringsinsatser och därmed stärka patientsäkerheten.

Utöver de områden som berörs i målen kommer verksamheten även att arbeta med beredskapsfrågor inom hälso- och sjukvårdsinsatser med fokus på riskmedvetenhet, förebyggande insatser och anpassning till ny lagstiftning.

⁹ Regeringens proposition 2024/25:167 Hälso- och sjukvårdens beredskap