

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2025

Diarienummer: SN-2026/00170

Datum för upprättande: 2025-03-10

Innehåll

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2025	4
Inledning	4
Metod	5
Disposition	6
Del I – Kvalitetsberättelse 2025.....	7
Sammanfattning av Kvalitetsberättelse 2025	7
Organisering och ansvar	7
Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad.....	11
Systematiskt förbättringsarbete	18
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet.....	37
Adekvat kunskap och kompetens	40
Del II – Patientsäkerhetsberättelse 2025	44
Sammanfattning av Patientsäkerhetsberättelse 2025.....	45
Handlingsplan för god och säker vård.....	48
Engagerad ledning och styrning.....	49
En god säkerhetskultur.....	60
Adekvat kunskap och kompetens	61
Patienten som medskapare	64
Fokusområde 1: Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	64
Fokusområde 2: Tillförlitliga och säkra system och processer	66
Fokusområde 3: Säker vård här och nu	69
Fokusområde 4: Stärka analys, lärande och utveckling.....	73
Fokusområde 5: Öka riskmedvetenhet och beredskap	76
Aggregerad analys av avvikelser	78
Säkra vårdövergångar och SVOP.....	78
Tertial ett.....	79
Tertial två.....	79
Tertial tre	80
SignIT	80
Avvikelser gällande läkemedelshantering	81

Fallavikelser	82
Händelseanalyser och lex Maria	82
Sammanfattande analys av avvikelser.....	83
Kvalitetsregister	84
Läkemedelsgenomgång	89

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2025

Inledning

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen ger en samlad och övergripande bild av socialförvaltningens arbete med att utveckla och säkerställa kvalitet och patientsäkerhet under det gångna året. Berättelsen gör inte anspråk på att vara heltäckande, men lyfter de områden som varit särskilt prioriterade. Den beskriver även identifierade styrkor, genomförda åtgärder samt utvecklingsområden som blir viktiga att arbeta vidare med kommande år.

Definition av kvalitet

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

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.

I patientsäkerhetslagen definieras vårdskada som "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".

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9

Ledningssystemet ger en tydlig överblick över vilka mål som ska uppnås, vilka verktyg och metoder som används samt hur ansvar och befogenheter är fördelade.

Det beskriver också hur förvaltningen systematiskt arbetar med att utveckla och säkerställa verksamhetens kvalitet. I enlighet med SOSFS 2011:9 utgör socialförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete en samlad struktur som knyter samman verksamhetens lagstadgade skyldigheter med de lokala processer och arbetssätt som förvaltningen använder för att säkerställa kvalitet för Motalas kommuninvånare.

Målet med socialförvaltningens kvalitetsledningssystem är att skapa tydlighet för förtroendevalda, chefer och medarbetare kring hur vi tillsammans bygger en säker, lärande och förbättringsorienterad organisation där individens bästa står i centrum. Ledningssystemet fungerar samtidigt som ett stöd för en effektiv och ändamålsenlig resursanvändning.

Kvalitetsberättelse - SOSFS 2011:9

Kvalitetsberättelsen är en central del av socialförvaltningens kvalitetsledningssystem och sammanfattar resultaten av det gångna årets kvalitetsarbete. Enligt SOSFS 2011:9 ska vårdgivare och den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS årligen upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Syftet är att ge en helhetsbild av kvaliteten inom nämndens ansvarsområden och att utgöra ett underlag för det fortsatta förbättrings- och utvecklingsarbetet.

Kvalitetsberättelsen bidrar också till transparens genom att ge kommuninvånare, förtroendevalda och andra intressenter inblick i verksamhetens resultat och möjlighet till jämförelser med andra kommuner och aktörer.

Identifierade brister och utvecklingsbehov tas främst om hand inom respektive verksamhetsområdes verksamhetsplan, där ansvarig verksamhetschef ansvarar för att åtgärder planeras, genomförs och följs upp.

Patientsäkerhetsberättelse - PSL 2010:659 och SOSFS 2011:9

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från aktuella lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet¹. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik.

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Metod

Vid framtagandet av Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen 2025 har uppföljning av tidigare årsberättelser genomförts. För att ge varje verksamhetsområde bättre förutsättningar att löpande dokumentera sitt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete beslutade förvaltningens ledningsgrupp att använda en annan form av strukturerat underlag för 2025. Underlaget är uppbyggt utifrån berättelsens olika områden och möjliggör tertiälpåföljning inom respektive verksamhetsområde. En stor del av denna dokumentation återfinns i Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen. Uppföljning av strukturen kommer att göras, eftersom det visade sig att det önskade resultatet inte uppnåts.

¹ [Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet - Patientsäkerhet \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se/nationell-handlingsplan-for-okad-patientsakerhet)

Disposition

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen består av två sammanhängande delar. Kvalitetsberättelsen (del I) följer i sin grundstruktur SOSFS 2011:9, vilket skapar tydlighet, igenkänning och en logisk läsning för den som tar del av dokumentet. Utöver föreskriftens krav har ytterligare områden inkluderats för att ge ett bredare och mer heltäckande perspektiv på det kvalitetsarbete som genomförts under året.

Del II, Patientsäkerhetsberättelsen, samlar information om den kommunala hälso- och sjukvårdens arbete med kvalitet och patientsäkerhet. Den är utformad i enlighet med den nationella handlingsplanen *Agera för säker vård*, vilket säkerställer att arbetet följer aktuella nationella mål och riktlinjer för stärkt patientsäkerhet.

Del I - Kvalitetsberättelse 2025

Sammanfattning av Kvalitetsberättelse 2025

Under 2025 har socialförvaltningen fortsatt att utveckla struktur, systematik och helhetsperspektiv i kvalitetsarbetet. Processarbetet har intensifierats och visualiserats, med förbättrade resurser och kompetens, samt implementering av e-tjänster för processtöd. Arbetet med styr- och stöddokument har stärkts, med tydligare rutiner och förslag på en gemensam dokumentstruktur. Samverkan och delaktighet har utvecklats, bland annat via boenderåd och tvärprofessionella team, vilket bidrar till ökad transparens, lärande och motivation.

Egenkontroller och avvikelshantering utgör i stort en naturlig del av det systematiska kvalitetsarbetet. Ökade rapporteringar speglar en ökad medvetenhet och en tillåtande rapporteringskultur, snarare än försämrad kvalitet. Samtidigt finns behov av en mer enhetlig registrering, systematisering och uppföljning, samt enhetliga rutiner för analys och åtgärder.

Hantering av synpunkter och klagomål fungerar generellt väl, med snabba återkopplingar och dialog, men registrering och systemstöd behöver förbättras. Även rapportering av personuppgiftsincidenter kräver ökad tydlighet, utbildning och enkla rutiner för att stärka säkerhet och lärande.

Kompetens- och kunskapsutvecklingen har varit omfattande. Effektuppföljning och koppling till verksamhetsmål behöver utvecklas för att göra kompetensarbetet mer strategiskt och långsiktigt hållbart.

Sammanfattningsvis präglas förvaltningens kvalitetsarbete av hög aktivitet, ökad struktur och systematik. För att befästa och vidareutveckla resultaten krävs fortsatt fokus på harmonisering, uppföljning av effekter, digitalisering, tydligare ansvarsfördelning och långsiktig stabilisering av processer, rutiner och arbetssätt.

Organisering och ansvar

Socialnämnden

Socialnämnden ansvarar för:

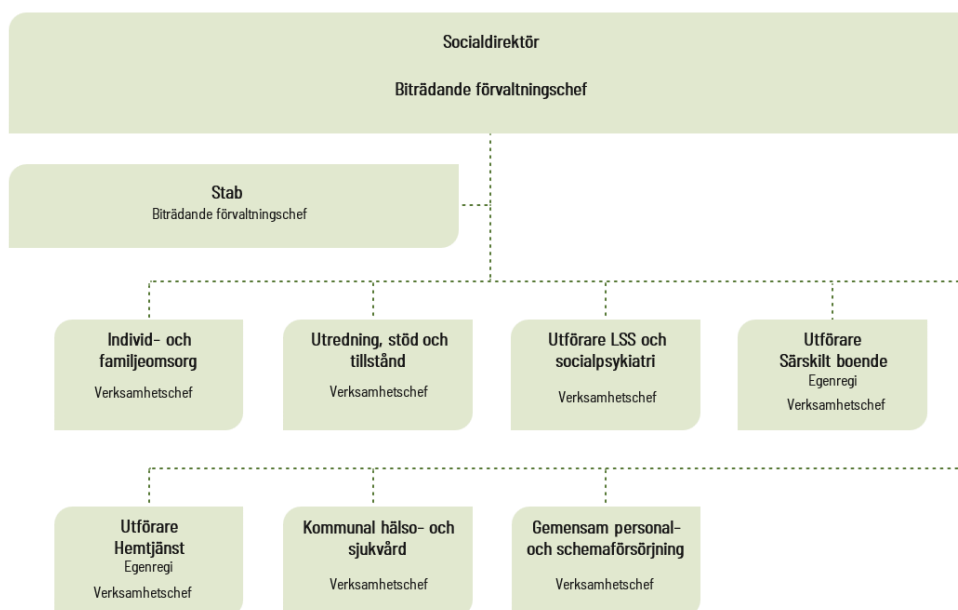
- Förebyggande stöd och insatser till familj, barn och unga
- Förebyggande stöd och insatser till vuxna med beroende och riskbruk
- Familjerättsliga frågor och familjerådgivning

- Akut social hjälp
- Våld i nära relationer
- Ekonomiskt bistånd och försörjningsstöd
- Budget- och skuldrådgivning
- Anhörigstöd
- Förebyggande stöd och insatser till personer med fysisk, psykisk och/eller social funktionsnedsättning (SoL och LSS)
- Färdtjänst och riksfärdtjänst
- Kommunal hälso- och sjukvård
- Tillståndsprovning för servering av alkoholdrycker samt tillsyn inom samma område
- Tillsyn av försäljning av folköl och tobak samt receptfria läkemedel

Socialnämnden har ett övergripande ansvar för att planera verksamheten utifrån kommuninvånarnas behov, samverka med andra huvudmän samt vidta förebyggande åtgärder för att motverka vårdskador och missförhållanden. Nämnden ska även säkerställa att kommuninvånarnas behov tillgodoses med god kvalitet i enlighet med gällande lagstiftning.

Socialförvaltningen

Socialförvaltningen lyder under socialnämnden och verkställer socialnämndens beslut. Utifrån socialnämndens ansvarsområden är socialförvaltningen indelad i olika verksamhetsområden. Inom socialförvaltningen arbetar ca 1 485 månadsanställda².



² 1 500 anställda 2024

Bild 1 - Socialförvaltningens organisering

Socialdirektör har det övergripande ansvaret för ledning, styrning och verksamhetsutveckling. I ansvaret ingår även att säkerställa att medarbetarna har rätt kompetens och befogenheter för att utföra sina uppdrag på ett patient- och rättssäkert sätt, samt att verksamheten bedrivs i ändamålsenliga lokaler med tillgång till nödvändig utrustning.

Biträdande socialdirektör ansvarar för den förvaltningsövergripande staben och dess stödfunktioner. Stödfunktionerna bidrar med att ta fram beslutsunderlag och styrdokument, stödjer verksamhetsutveckling samt utgör ett strategiskt stöd i kvalitetsarbetet.

Verksamhetschef stöttar socialdirektören genom att ha det direkta chefsansvaret för sina respektive verksamhetsområden inom förvaltningen. Verksamhetschefen har ett övergripande ansvar för verksamheten och ska säkerställa att den enskildes behov av stöd, trygghet, kontinuitet och samordning tillgodoses, samt att verksamheten bedrivs med god patient- och rättssäkerhet. Tillsammans med enhetschefen ansvarar verksamhetschefen för att säkerställa att medarbetarna efterlever ledningssystemets krav och har förutsättningar att utföra insatser med god kvalitet.

Under 2025 har det skett förändringar av verksamhetschefer inom Utförare hemtjänst, Utförare särskilt boende samt Individ- och familjeomsorgen. Socialförvaltningen har även utökats med ett nytt verksamhetsområde, vilket har inneburit att en verksamhetschef har tillkommit.

Enhetschef ansvarar för att fullgöra de uppgifter som åvilar chefsfunktionen i enlighet med kommunens processer och gällande lagstiftning. I ansvaret ingår även att säkerställa efterlevnad och uppföljning inom den egna enheten i enlighet med SOSFS 2011:9. Enhetschefen ansvarar vidare för att enhetens medarbetare har den kompetens och de förutsättningar som krävs för att kunna fullgöra sitt uppdrag.

Under 2025 har tio nya enhetschefer påbörjat sina anställningar inom socialförvaltningen. Detta beror på återrekryteringar, organisationsförändringar och utökning av verksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att säkerställa att hälso- och sjukvården inom socialnämndens ansvarsområden är säker, ändamålsenlig och av god kvalitet. I ansvaret ingår att säkerställa att den enskilde får den vård som ordinerats av läkare, att journalföring sker i enlighet med patientdatalagen (2008:355) samt att delegeringsbeslut är patientsäkra. Vidare ansvarar MAS och MAR för att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering, risk- och avvikelserapportering samt för att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när den enskildes tillstånd kräver det.

Övriga medarbetare är skyldiga att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.³

Under verksamhetsåret har förändringar skett i personalstrukturer och i utformningen av vissa enheter. Dessa redovisas inte i kvalitetsberättelsen, men kan ha påverkat kvalitetsarbetet. En större förändring under 2025 är att socialförvaltningen har utökats med verksamhetsområdet Gemensam personal- och schemaförsörjning. Verksamhetsområdet stödjer och samverkar med övriga verksamheter inom bemanningsplanering, schemaläggning, administration, rekrytering och vikariehantering. Förändringen innebär nya arbetsuppgifter, processer och samarbetsformer inom förvaltningen. Driftstart skedde i september 2025 och etableringen fortsätter kommande år.

LedMot – Motala kommuns ledningssystem

Motala kommun har ett ledningssystem som kallas för LedMot. Det säkerställer att kommunen styrs på ett systematiskt sätt för att största möjliga nytta ska skapas för kommunens invånare och kunder. LedMot ska tillämpas inom både den politiska organisationen och förvaltningsorganisationen och anger övergripande principer för ledning och styrning. Likaså vilka delar som ska konkretiseras i styrdokument. LedMot utgår från ett tillitsbaserat förhållningssätt som ska prägla processer och relationer, både internt och i mötet med kommuninvånare, kunder och andra intressenter. Modellen vilar på flera samverkande byggstenar som tillsammans skapar förutsättningar för en ändamålsenlig ledning och styrning.



Bild 2 - Motala kommuns ledningssystem och dess uppbyggnad

Utifrån LedMot ska utvecklingsarbetet utgå från de förtroendevaldas vision för mandatperioden. Detta konkretiseras genom årliga verksamhetsanalyser i varje verksamhet och förvaltning, baserade på bland annat omvärldsbevakning och egenkontroller. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen utgör en del av verksamhetsanalysen. Åtgärder

³ Utöver SOFS 2011:9 regleras detta också i Motala kommuns Medarbetarkompass - [Medarbetarkompass - Motala extranät](#)

för att stärka kvalitet och patientsäkerhet integreras i verksamhetsplanen, antingen på verksamhetsnivå eller i förvaltningens övergripande plan - beroende på åtgärdernas omfattning.

För en samlad beskrivning av LedMot hänvisas till extranätet eller kommunens offentliga webbplats.

Socialförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - kvalitetsledningssystem

I början av 2024 införde socialförvaltningen ett reviderat kvalitetsledningssystem (ledningssystem), tillgängligt för samtliga medarbetare. Syftet är att säkerställa att alla är införstådda med sin roll i det systematiska kvalitetsarbetet. Systemet fungerar både som ett uppslagsverk och som en helhet att läsa från början till slut, med fördjupningar i dess olika delar. Det bygger på SOSFS 2011:9 och har utökats med områden som verksamhetsutveckling, lagkrav, utbildningar och årshjul. Målet är ett användarvänligt ledningssystem som stödjer verksamheterna i ett systematiskt och fortlöpande utvecklingsarbete för att säkerställa kvaliteten. Systemet är levande och revideras kontinuerligt för att förbättra innehåll, efterlevnad och tillgänglighet. Under året har ledningssystemet både justerats och utökats.

Under 2025 har ledningssystemet besökts av 970 unika sidvisningar. Det visar hur många besök sidan har fått, även om besökaren har laddat sidan flera gånger. Avvisningsfrekvens är 30 procent vilket innebär andelen besök där ledningssystemet var den enda som visade i sessionen (besöket på webbplatsen).

För att stärka förvaltningens verksamhetsområden i det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet samt öka kunskap, analysförmåga och praktisk tillämpning, avser socialförvaltningen att under 2026 tillsätta en ny kvalitetsfunktion. Funktionen ska bidra till förbättrade förutsättningar för fortsatt utveckling och ytterligare kvalitetslyft inom socialförvaltningen.

Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

Processer

4 kap. SOSFS 2011:9

2 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

3 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska i varje process enligt 2 §

- 1. identifiera de aktiviteter som ingår, och*
- 2. bestämma aktiviteternas inbördes ordning.*

Alla aktiviteter inom socialnämndens ansvarsområde ska skapa värde för mottagaren. Genom att visualisera processer blir beroenden och arbetsflöden tydliga för både involverade och intressenter, vilket underlättar identifiering av förbättringsområden och bidrar till hög kvalitet och effektivitet, så kallad processutveckling. Processerna ska utgå från gällande lagstiftning och föreskrifter, och om resultaten visar brister ska de förbättras.

Socialförvaltningen har fortsatt arbetet med att visualisera och utveckla processer, vilket intensifierats under senare delen av 2025 tack vare förstärkta resurser och kompetens. Processarbetet har blivit allt mer etablerat och efterfrågat, och processerna är tillgängliga för alla medarbetare på den kommunövergripande processplattformen⁴. E-tjänst har tagits fram för att anmäla behov av processtöd vilket implementerats under senare delen av året. Möjlighet att koppla styr- och stöddokument finns. Under kommande år ska arbetet fokusera på att säkerställa processägare, koppla dokument, samt följa upp och säkerställa efterlevnad.

Exempel på processer som utvecklats under året är:

- Detaljplanering
- Schemaplanering
- Drogprovtagning inför umgänge
- Vikariehantering och rekrytering
- Hantering av sjuk- och friskanmälan
- Snabbspår Team NP
- Flöde mellan Individ- och familjeomsorgen (IFO) och arbetsmarknadsenheten
- In- och utflytt inom särskilt boende
- Hantera begäran om upplysningar/yttranden från tillsynsmyndighet
- Vårdkedja skadligt bruk
- Hantera vuxenstöd
- Team våld i nära relation – behov- respektive icke behovsprövad insats
- Processer kopplat till införande av gemensam mottagning, IFO
- Våldsutövare +18
- Planeringsprocess vid verksamhetsförändringar
- MiniMaria
- Familjecentrums olika processer
- Handlägningsprocess LSS
- Verkställighetsprocess inflytt till LSS-boende
- Införande av digitala huvudakter

Rutiner

4 kap. SOSFS 2011:9

⁴ [Socialtjänst, vård och omsorg | Motala kommuns processer](#)

4 § För varje aktivitet ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS vidare utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

Socialförvaltningen fortsätter implementerat arbetssätt för hantering av styrdokument. Arbetssättet reglerar frekvens när uppföljning ska ske, dokumentstruktur, hantering vid revidering samt tillgänglighet och påminnelse. Utöver systematisk uppföljning ingår även hantering av styrdokument som en del av förvaltningens utvecklingsuppdrag (verksamhetsutveckling). Utifrån den förvaltningsövergripande sammanställningen av befintliga styrdokument kan det konstateras att under 2025 har flertalet styrdokument reviderats. Många av revideringarna är kopplade till förändringar i den nya socialtjänstlagstiftningen. Under året har även vissa styrdokument tillkommit medan andra har avvecklats.

Ett fortsatt utvecklingsarbete är att samla samtliga styrdokument i ett gemensamt dokumentbibliotek. Syftet är att säkerställa att förändringar automatiskt slår igenom i publicerade dokument. Inledningsvis innebär detta ett ökat administrativt arbete, men på sikt förväntas det minska antalet manuella arbetsmoment och reducera risken för parallella versioner.

Ett annat utvecklingsområde är att digitalisera rutinerna för att förbättra användarvänligheten, särskilt för medarbetare som arbetar i fält. I detta bör förvaltningen överväga möjligheten till en AI-baserad sökfunktion kopplad till styrdokument, för att snabbt och enkelt kunna hitta relevant stöd vid behov.

<p>Förvaltningsövergripande sammanfattning</p>	<p>Förvaltningen gör fortsatta framsteg i det systematiska arbetet med styr- och styrdokument. Ett flertal rutiner har reviderats eller nytagits, vilket stärker såväl den övergripande styrningen som den operativa tydligheten i verksamheterna. Det är positivt att ett aktivt arbete pågår för att tydliggöra vilka dokument som ska utgöra formella rutiner och vilka som i stället bör utformas som vägledningar eller stödmaterial. Samtidigt finns behov av en mer enhetlig begreppsanvändning och en gemensam struktur för styrdokument på förvaltningsnivå, i syfte att skapa ökad tydlighet, samsyn och likvärdighet mellan verksamhetsområdena. Det påbörjade utvecklingsarbetet bör därför samordnas mellan verksamhetsområdena och förankras på förvaltningsövergripande nivå för att säkerställa enhetlighet.</p> <p>Vidare behöver arbetet med kommunikation, samverkan och efterlevnad av styrdokument fortsätta för att fullt ut etablera och stabilisera nya och reviderade arbetsprocesser. Även en mer systematisk uppföljning och effektutvärdering behöver stärkas. Sammanfattningsvis präglas förvaltningens arbete av hög aktivitet, stärkt struktur och ökad systematik. För att befästa utvecklingen krävs dock fortsatt fokus på harmonisering, uppföljning av effekter samt långsiktig stabilisering av nya processer och arbetssätt.</p>
<p>Individ- och familjeomsorg</p>	<p>Exempel på rutiner som har reviderats under året.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samlad rutin för vårdnadsfrågor och rutin för socialnämndens ansvar efter vårdnadsöverflytt • Rutin för begäran om handlingar IFO

	<ul style="list-style-type: none"> • Rutin för handläggning av ärenden till SNMU • Rutin för introduktion av nyanställd personal på socialkontoret • Rutin överflyttning av ärenden mellan kommuner • Rutin vid brand • Rutin för brandskydd socialkontoret • Tillfällig rutin för drogprovtagning vid umgänge • Handlingsplan för hot och våld • Hälsoundersökningar placerade barn • Rutin för handläggning av dödsboärende • Rutin för budget och skuldrådgivning <p>Revidering av styrdokument genomförs enligt den lista som årligen skickas ut. Förutsättningarna för detta arbete varierar mellan enheterna. Arbetet har också lett till en översyn av vilka dokument som behöver vara formella rutiner och vad som i stället kan utformas som vägledningar eller checklistor. Det finns dessutom behov av att se över och tydliggöra begreppsanvändningen för att skapa en mer enhetlig struktur i hela verksamheten.</p>
<p>Utredning, stöd och tillstånd</p>	<p>Omsorg SoL Under årsskiftet 2024–2025 genomfördes ett omtag kring säkerställande av journalhantering, digitala läs och larm. Arbetet skedde i samverkan med Certego och resulterade i reviderade rutiner som kommunicerades till samtliga medarbetare inom trygg hemgång/välfärd samt hemtjänstgrupperna. Arbetet har medfört en ökad kvalitet och säkerhet för den enskilde samt tydligare kontaktvägar för medarbetare inom hemtjänst.</p> <p>Enheten har säkerställt sommarhantering och förändrat arbetssättet kopplat till digitala rutiner.</p> <p>Ett utredningsstöd för särskilt boende togs fram under 2025 och har genomgått i berörda grupper. Sedan november 2025 används stödet vid samtliga bogrupper. Utredningsstödet är nyligen infört och har ännu inte kunnat utvärderas. Den initiala återkopplingen är dock positiv. Syftet är att skapa ett mer likvärdigt utredningsarbete, med målet att stärka rättssäkerheten.</p> <p>Den reviderade riktlinjen <i>Samordnad vård- och omsorgsplanering i samband med slutenvård</i> har presenterats på sjukhusteamets teamträffar samt arbetsplatsträffar för Omsorg SoL och för trygg hemgång. Genomgång har även skett med samtliga enhetschefer inom IFO och UST, och riktlinjen har skickats till alla berörda grupper. Förändringarna har även kommunicerats via kvalitetsråd för korttidsenheten. Reviderad riktlinje kommer att följas månadsvis genom rapporter från Region Östergötland. Fortsatt bör den även följas på enhetsnivå inom verksamhetsområdet samt inom Kommunal hälso- och sjukvård, Utförare hemtjänst och korttidsenheten.</p> <p>Arbete pågår med revidering av rutin för in- och utflytt till särskilt boende.</p> <p>LSS och socialpsykiatri Arbetet med nya riktlinjer för LSS-insatser har påbörjats. Samtidigt implementeras digitala akter, vilket innebär att alla inkomna handlingar hanteras digitalt. Nya e-tjänster för ansökan införs för att göra processen mer lättillgänglig för sökanden. Omställning till den nya socialtjänstlagstiftningen har påbörjats. Arbetssättet i handläggning har identifierat brister såsom ineffektivitet och avsaknad av kontinuitet utifrån individperspektivet. Processutveckling inom området har påbörjats.</p>

<p>Utförare hemtjänst</p>	<p>Under året har omfattande förberedelser genomförts inför införandet av det nya verksamhetsområdet Gemensam personal- och schemaförsörjning. Driftstarten har inneburit betydande förändringar i arbetssätt, arbetsuppgifter och rutiner inom verksamheterna. Flera processer har behövt omarbetas och etableras. I samband med införandet har brister i förhållande till processer och rutiner identifierats. Detta behöver verksamhetsområdet tillsammans med berörda parter arbeta vidare med för att stärka en gemensam god kommunikation, förbättrad samverkan och efterlevnad av styr- och stöddokument. Vidare har lokala rutiner behövt skapas eller revideras för att anpassas till de förändrade arbetssätten. Nya ombudsroller har införts på enhetsnivå för att stärka ansvar och följsamhet.</p> <p>Kontinuitetsplanerna behöver uppdateras i och med införandet av nytt verksamhetsområde, och en enhet (Borensberg) har redan slutfört detta arbete. Akutpärmerna och arbetsmiljöpärmerna har reviderats. Även rutinen för säkerhetskopiering av brukarplanering vid systemavbrott har uppdaterats, där Gemensam personal- och schemaförsörjning ansvarar för hanteringen.</p> <p>Efter Arbetsmiljöverkets kontroll har även nya rutiner införts avseende hot och våld samt cykelsäkerhet.</p>
<p>Utförare särskilt boende</p>	<p>Fem nya rutiner har implementerats; Rutin för resurstid och vikarietillsättning inom GPS, rutin för hantering av hög vårddyngd och behov av förstärkning, rutin för hantering av hot- och våldssituationer i särskilt boende, rutin vid verksamhetsförändringar, flyttar och sammanslagningar samt rutin för introduktion av vikarier och ny personal.</p>
<p>Utförare LSS och socialpsykiatri</p>	<p>Arbetet med att revidera befintliga rutiner har fortsatt under året. Rutinen för hot och våld har följts upp i samband med planerade tillsyner från Arbetsmiljöverket. Uppföljningen visade att inga förändringar behövde göras i den övergripande rutinen.</p> <p>En ny rutin för nyckelhantering vid utlämnande av nycklar har tagits fram och beslutats. Den kommer att börja tillämpas vid nyinflyttningar, och planering pågår för att ersätta tidigare kvittenser. I det nya underlaget ingår även ett samtycke som reglerar när medarbetare får använda nyckel för att gå in om den enskilde inte öppnar.</p> <p>Rutiner kommuniceras löpande på arbetsplatsträffar enligt fastställt årshjul samt i samband med revidering eller införande av nya rutiner.</p>
<p>Gemensam personal- och schemaförsörjning</p>	<p>Införandet och driftsättningen av det nya verksamhetsområdet har medfört omfattande förändringar i arbetsprocesser och kommunikationsvägar. För att säkerställa att de framtagna arbetsprocesserna fungerar i praktiken har en kontinuerlig uppföljning genomförts, vilket lett till justeringar och revideringar efter hand. Uppföljningen har också tydliggjort behovet av ökad resurstättning inom detaljplaneringen för att säkerställa mer kvalitativa planeringar och bättre kännedom om behov, särskilt vid behov av ersättare. Som ett resultat har antalet koordinatörer - detaljplanering utökats från åtta till tio och planeras att ökas ytterligare till tolv under första tertialet 2026.</p> <p>Ett stort fokus har legat på information och kommunikation för att etablera de nya arbetsprocesserna och säkerställa att de efterlevs.</p>
<p>Kommunal hälso- och sjukvård</p>	<p>Se Patientsäkerhetsberättelse, del II</p>

Samverkan

4 kap. SOSFS 2011:9 – socialtjänst och LSS

5 § Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

Socialnämndens omfattande ansvarsområde innebär behov av flera samverkansstrukturer, både internt inom socialförvaltningen, inom kommunen och med externa huvudmän, aktörer och organisationer. Samverkan sker kontinuerligt och anpassas över tid genom att forum och grupper etableras, utvecklas eller avvecklas utifrån behov. Samverkansarbetet är centralt både för operativa arbetssätt och för det strategiska kvalitetsarbetet. Nya eller förändrade samverkansforum under verksamhetsåret redovisas i tabellen nedan.

Förvaltningsövergripande sammanfattning	Samverkan och samverkansforum har under året fortsatt att utvecklas i både bredd och struktur, med tydliga steg mot ett mer samordnat och tvärprofessionellt arbetssätt. Arbetet inom området har utvecklats mot ökad struktur, systematik och helhetsperspektiv.
Individ- och familjeomsorg	<p>Under året har flera utvecklingsinsatser genomförts inom samverkan och tvärprofessionellt arbete. Konsultationsteamet UTF har införts som en del i att stärka stödet och samordningen. Samverkan sker också med elevhälsan och ungdomshälsan, liksom arbetet inom det skolsociala teamet.</p> <p>Arbete bedrivs även inom styr- och arbetsgrupp för HBTQIA+-frågor. En förändring av samverkansteamet mellan ekonomiskt bistånd och regionen har påbörjats, där inkludering av arbetsmarknadsenheten är under utveckling.</p> <p>Samverkan med polisen har stärkts genom arbete kopplat till SLF (snabbare lagföring). Samtidigt har samverkan med barn- och ungdomspsykiatri utökat efter att en ny utförare tillkommit, vilket har påverkat det gemensamma arbetet.</p>
Utredning, stöd och tillstånd	<p>Omsorg SoL</p> <p>Samverkansforumet med psykiatri har utvecklats. Från och med hösten 2025 deltar representanter från UST och IFO i Motala kommun samt från Mjölby, Ödeshög och Vadstena kommun. Psykiatri representeras av slutenvård, psykiatrisk mottagning för äldre, Mobila teamet och öppenvård. Forumet syftar till att hantera samverkansutmaningar, behov av informations- och erfarenhetsutbyte samt avvikelser på övergripande nivå. Den första utvärderingen av samverkansforumet med psykiatri har genomförts. Samtliga parter ser ett fortsatt behov av forumet i nuvarande form, med anledning av omfattande förändringar kopplade till bland annat reviderad riktlinje, förbättrad informationsdelning och genomförandet av aktivitetsreformen.</p> <p>Link-teamets arbete följs upp och utvärderas minst två gånger per år. Den senaste uppföljningen fokuserade på hantering av avvikelser samt tydliggörande av syfte och förväntningar med Link-träffarna.</p>

	<p>Enhetschefer deltar numera i träffar med det kognitiva teamet. Från hösten 2025 medverkar även representanter i kvalitetsråd för korttidsenheten, för ökad delaktighet i frågor som rör arbetssätt inom korttidsprocessen. Ett omtag i korttidsprocessen har också påbörjats.</p> <p>LSS och socialpsykiatri Samråd och styrgrupper mellan verksamhetsområdet och Individ- och familjeomsorgen fortgår i syfte att samordna insatser för individen. PUUK-möten genomförs för placeringar. Regelbundna samverkansmöten med psykiatrien hålls för att skapa en bättre struktur och möta de enskildas behov. Det finns ett behov av utvecklad samverkan kring personer med samsjuklighet. En behovsanmälan planeras för att utreda och vidta lämpliga åtgärder för målgruppen.</p>
<p>Utförare hemtjänst</p>	<p>Teamträffar genomförs varannan vecka på enhetsnivå och fungerar i varierande grad, där vissa enheter, exempelvis Borensberg lyfts som goda exempel. På vissa enheter hålls även brukarmöten. Nattorganisationen samverkar med extern utförare utifrån lag om valfrihetssystem, och kontaktteam har införts i syfte att stärka kontinuiteten. Dock finns det brister i kommunikationen mellan privat och kommunal regi samt mellan dag- och nattverksamhet. Därtill finns svårigheter på vissa enheter att säkerställa att vikarier får nödvändig information.</p> <p>Utifrån implementeringen och etablering av nytt verksamhetsområde finns ett behov av att stärka samverkan där bland annat deltagande av koordinator önskas. Likaså ett förstärkt deltagande av den kommunala hälso- och sjukvården då funktioner därifrån inte alltid närvarat. Förstärkt samverkan har också påbörjats inom nattorganisationen.</p> <p>Införandet av nya e-tjänster medfört att e-post inte längre kan användas i samma utsträckning, vilket tillsammans med begränsad tillgänglighet, förändrade uppdrag och minskade möjligheter till fysiska möten och telefonsamtal upplevs ha försvårat samverkan. Detta är ett utvecklingsområde verksamhetsområdet behöver hantera tillsammans med berörd part.</p>
<p>Utförare särskilt boende</p>	<p>Tre befintliga samverkansforum har utvecklats och anpassats för att bättre möta verksamhetens förändrade behov och ökade komplexitet.</p> <p>Ledningsgruppen inom särskilt boende har fått ett utökat och mer strukturerat fokus på ekonomi, bemanning, vårdtyngd och arbetsmiljörisker. Förändringen har sin grund i stora variationer i ekonomiskt utfall mellan enheter, en ökad vårdtyngd samt införandet av Gemensam personal- och schemaförsörjning, vilket ställt högre krav på samordning och analys.</p> <p>Arbetsmiljö- och samverkansmöten (SAM/MBL) har utvecklats genom tätare och mer systematisk uppföljning av hot- och våldssituationer, med tydligare koppling till bemannings- och resursfrågor. Bakgrunden är ett ökat antal komplexa ärenden och identifierade arbetsmiljörisker som krävt förstärkta och mer samordnade insatser.</p> <p>Samverkan vid verksamhetsförändringar och flyttar har stärkts genom tidigare lagd och fördjupad dialog mellan verksamhet, HR, skyddsombud och fackliga parter. Erfarenheter från genomförda flyttar och sammanslagningar, exempelvis Björktrasten–Strandvägen, har visat behov av tydligare planering, strukturerad riskbedömning och förbättrad kommunikation.</p>

	Sammanfattningsvis har samverkansforumen utvecklats mot ökad struktur, framförhållning och helhetsperspektiv, med syfte att stärka kvalitet, arbetsmiljö och ekonomisk kontroll.
Utförare LSS och socialpsykiatri	<p>Arbetet med att implementera teamträffar har fortsatt under året och genomförs nu enligt fastställd rutin på samtliga gruppboendestäder och serviceboendestäder. Inom boendestöd har ett utvecklingsarbete pågått under 2025 för att införa motsvarande arbetssätt, och den första teamträffen genomfördes i december 2025. Arbetet kommer att fortsätta under kommande år.</p> <p>Samverkan mellan verksamhetsområdet och Utredning, stöd och tillstånd samt Kommunal hälso- och sjukvård har fortsatt och resulterat i en tydliggjord verkställighetsprocess. Denna utvecklade samverkan har bidragit till fler inflyttningar än tidigare samt möjliggjort fler hemtagningar.</p>
Gemensam personal- och schemaförsörjning	Mycket arbete har lagts på både intern samverkan mellan verksamhetsområdets tre enheter och på samverkan med de verksamhetsområden som GPS stödjer. Vid behov har fördjupade samverkansdialoger skett på enhetsnivå. Regelbundna möten sker mellan Omsorg SoL och koordinatörer – detaljplanering inom GPS.
Kommunal hälso- och sjukvård	Se Patientsäkerhetsberättelse, del II

Systematiskt förbättringsarbete

Det systematiska kvalitetsarbetet är en kontinuerlig process som pågår på alla nivåer i organisationen (se avsnitt *Organisation och ansvar*). Inom socialförvaltningen bedrivs detta arbete med stöd av PDCA-hjulet – ett etablerat och väl beprövat verktyg för att planera, genomföra, följa upp och förbättra verksamhetens arbetssätt. Se bild nedan.



Bild 3 - Systematiskt förbättringsarbete enligt PDCA-hjulet

För att uppnå ett systematiskt arbetssätt krävs att verksamhetens kvalitet kontinuerligt följs upp, utvärderas och vid behov justeras. Information som ligger till grund för förbättringsarbetet kan komma från två typer av system: signalsystem och kontrollsystem.

Signalsystemen fångar upp sådant som inträffat i verksamheten och rapporteras i efterhand, exempelvis klagomål, avvikelser, händelseanalyser eller beslut från tillsynsmyndigheter. **Kontrollsystemen** används i stället för att aktivt söka information i förebyggande syfte, till exempel genom egenkontroller, måluppföljningar eller interna granskningar.

För att säkerställa ett systematiskt förbättringsarbete behöver all information som inkommer tas om hand, sammanställas och analyseras. Detta gör det möjligt att identifiera kvalitetsbrister och vidta nödvändiga åtgärder. Sammanställningen behöver ske både löpande kopplat till enskilda händelser och i aggregerad form, exempelvis i tertialrapporter och årsredovisningar. Resultaten ska återrapporteras till medarbetare och ledning för att skapa lärande och stödja ett kontinuerligt kvalitetsarbete.

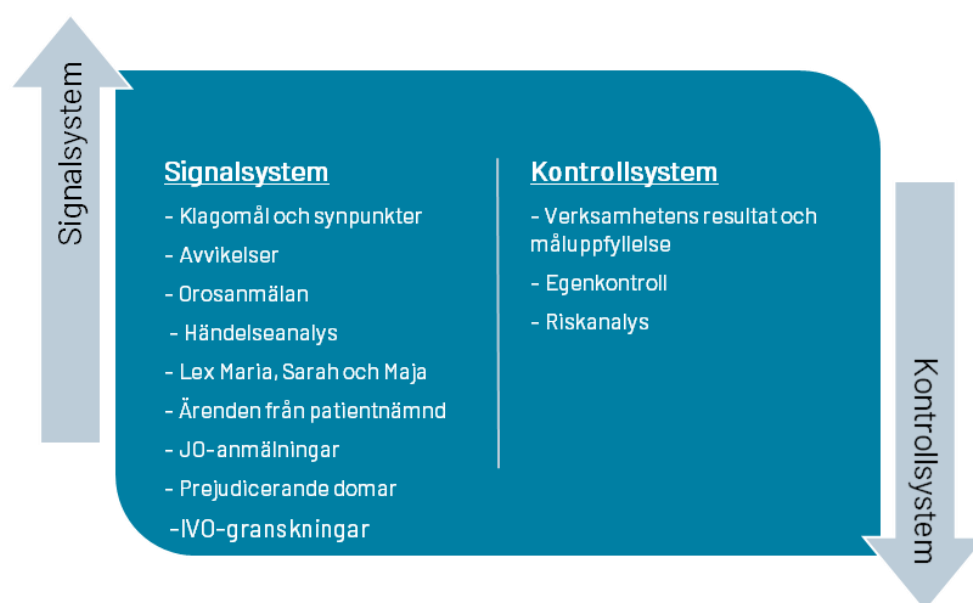


Bild 4 – Innehåll i signal- respektive kontrollsystem

Riskanalys

5 kap. SOSFS 2011:9

1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS

1. uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och
2. bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Riskanalys⁵ är en central del av det förebyggande och systematiska kvalitetsarbetet. Den används främst för att identifiera risker för enskilda vid förändringar, men även vid strukturella förändringar. Inom socialförvaltningen finns utbildade riskanalysledare, och för att även belysa

⁵ Jämfört med riskbedömning som görs för att identifiera risker i arbetsmiljö

styrkor och resultat används kompletterande metoder såsom SWOT, SWOR och SOAR.

Exempel på genomförda riskanalyser under verksamhetsåret är:

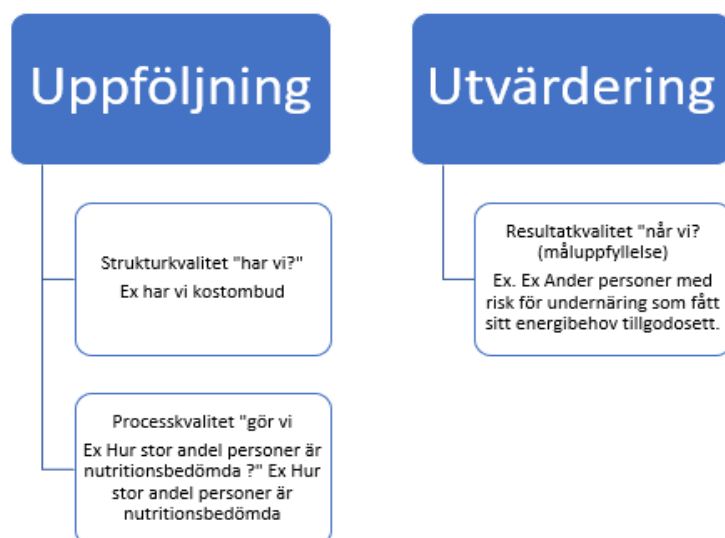
- Riskanalys för ändrad utgångspunkt inom hemtjänsten
- SWOR-analys avseende driftstart av nytt verksamhetsområde
- Riskanalyser på individnivå inför verkställighet av LSS-boende
- Riskanalys för införande av Säker Digital Kommunikation, SDK
- Riskanalys för bemanning och resursanvändning
- Riskanalys avseende kompetensförsörjning och andel utbildad personal
- Uppföljning av riskanalys vräkningsförebyggande
- Uppföljning av SWOR utifrån tidigare organisationsförändring där nuvarande Individ- och familjeomsorgen skapades
- SWOR för överflytt av vräkningsförebyggande funktion
- Uppföljning av SWOR inför uppstart av gemensam mottagning

Egenkontroll

5 kap. SOSFS 2011:9

2 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Enligt socialförvaltningens ledningssystem⁶ ska varje verksamhet ha en egenkontrollplan som anger vilka egenkontroller som ska genomföras under året samt hur de ska utföras, följas upp och återkopplas. Vad som mäts kan avse både uppföljning och utvärdering, där uppföljning fokuserar på genomförda aktiviteter och utvärdering på effekter, måluppfyllelse och värdeskapande.



⁶ [Socialförvaltningens kvalitetsledningssystem – Motala](#)

Bild 5 – Innehåll i signal- respektive kontrollsystem

I tabellen nedan presenteras genomförda egenkontroller per verksamhetsområde:

Förvaltningsövergripande sammanfattning	<p>Sammantaget visar flera verksamheter att de på ett aktivt och medvetet sätt arbetar med egenkontroller, men det finns behov av att stärka systematik, likvärdighet och dokumentation. De verksamheter som inte varit lika aktiva har nu en plan för det fortsatta arbetet. Det fortsatta arbetet bör därför fokusera på att utveckla och implementera en mer enhetlig och strukturerad modell för egenkontroller, tydliggöra ansvar, säkerställa regelbundet genomförande samt koppla resultat och identifierade avvikelser tydligare till analys, åtgärd och uppföljning. I det rapporterade kvalitetsarbetet fokuseras mer på vad som har gjorts, men de avgörande delarna – såsom effekten av egenkontroller på verksamhetens systematiska kvalitetsarbete – tenderar att utebli. Detta försvårar möjligheten att bedöma i vilken grad egenkontrollerna bidragit till förbättrad kvalitet i verksamheterna.</p>
Individ- och familjeomsorg	<p>Gemensam mottagning är en ny enhet som startades under året. En egenkontrollplan har tagits fram där kontrollområden, ansvar, frekvens och analys tydliggörs. Motsvarande plan finns även för familjerätten.</p> <p>1:e behandlingssekreterare genomför regelbundna check up-samtal där samtliga ärenden går igenom för att säkerställa att de följer plan och genomförandeplan. Likaså dokumentationsgranskningar samt löpande ärendegenomgångar, där fokus är kvalitet i genomförandeplaner, att de är signerade och uppföljda. Team ViR arbetar enligt genomförandeplan och från februari 2026 används genomförandeplan även i IUB-ärenden. Behandlingskonferens används också som uppföljningsverktyg, där varje behandlares ärenden regelbundet lyfts.</p> <p>Inom vuxengruppen finns lokala anvisningar för egenkontroll av dokumentation, handläggning och placeringar. Dessa har dock inte genomförts de senaste åren på grund av hög arbetsbelastning och frånvaro inom viss tjänst. Anvisningarna behöver revideras där 1:e socialsekreterare har fått i uppdrag att se över dem. Planen är att genomföra egenkontroll av dokumentation och handläggning i oktober 2026, samt av placeringar i oktober 2027, och därefter vartannat år. Med anledning av det utökade tjänstemannaansvaret som förväntas träda i kraft i juli prioriteras dokumentation och handläggning under 2026.</p> <p>För Ungdomshälsan och Anhörigcenter har egenkontroller av dokumentation och ärendegranskning ännu inte kunnat genomföras. Verksamheterna har nyligen fått dokumentationsskyldighet och verksamhetssystem. Tidigare har dokumentationen varit begränsad (lösblad respektive minnesanteckningar utan gemensam struktur). Egenkontroller kopplade till dokumentation planeras att införas under hösten 2026. Inom Ungdomshälsan har dock uppföljning av ärendelängd skett genom mätning av antal samtal samt genom individuella uppföljningar av var i samtalsprocessen ärendena befinner sig.</p> <p>För gemensam administration genomförs inga formella egenkontroller i nuläget. Kvaliteten följs upp genom dialog med 1:e socialsekreterare samt genom inkomna avvikelser. Ett utvecklingsarbete pågår för att ta fram relevanta kvalitetsmått.</p>

<p>Utredning, stöd och tillstånd</p>	<p>Omsorg SoL Egenkontroller av handläggningsprocessen sker fortsatt två tillfällen per år. Granskningen omfattar bland annat ansökan och samtycke, datum för ansökan och beslut, journalföring, informationsinhämtning, anhörigperspektiv, information om lag om valfrihetssystem, avgifter samt delgivning av beslut. Egenkontroller har genomförts utan större anmärkningar. Det som särskilt kan noteras är hanteringen av ansökan i samband med uppföljning när nya behov identifieras. Under året har arbetssättet förändrats, och enheten inleder nu alltid en uppföljning vid förändrat behov. I samband med detta upprättas en ny ansökan för nytillkomna insatser.</p> <p>LSS och socialpsykiatri Egenkontroller har genomförts, men inte på ett systematiskt sätt under 2025. Egenkontroll har skett inom utredningar. Resultatet visar att utredning inlett korrekt direkt i anslutning till ansökan och att mottagningsbekräftelse och kompletteringsbrev skickats i anslutning. Vidare att de håller nere utredningstiden från ansökan till beslut.</p>
<p>Utförare hemtjänst</p>	<p>Under året har arbetet följts upp och utvecklats löpande, men i olika omfattning, under samtliga tre tertial. Öppna jämförelser har genomförts och granskning av genomförandeplaner och dokumentation har utförts. Egenkontroller av följsamhet till rutiner har genomförts i den utsträckning som varit möjlig. Riskbedömningar genomförs kontinuerligt hos de enskilda och tas upp vid teamträffar för gemensam uppföljning och åtgärdsplanering. Under tertial två har egenkontroller i vissa fall inte kunnat genomföras, främst på grund av årstidens förutsättningar samt en hög arbetsbelastning för chefer.</p>
<p>Utförare särskilt boende</p>	<p>Egenkontroller har bland annat genomförts inom området basal hygien i syfte att säkerställa följsamhet till gällande hygienrutiner.</p>
<p>Utförare LSS och socialpsykiatri</p>	<p>Det görs regelbundet egenkontroller vad gäller brand, livsmedel, miljö och hälsa samt farligt avfall.</p>
<p>Gemensam personal- och schemaförsörjning</p>	<p>Hittills har inga standardiserade egenkontroller avseende kvalitet genomförts. Kvalitetsuppföljning sker dock löpande inom ramen för det dagliga arbetet. En plan för strukturerade egenkontroller under 2026 är under framtagande där avvikelser och andra inkomna synpunkter, exempelvis från brukarundersökningar eller internt från GPS, som har bäring på kvalitet- och patientsäkerheten ska dokumenteras och hanteras strukturerat. Orsaker analyseras, åtgärder ska beskrivas och datum för uppföljning fastställas. Genomförda uppföljningar ska dokumenteras för att säkerställa att vidtagna åtgärder haft avsedd effekt.</p>
<p>Kommunal hälso- och sjukvård</p>	<p>Se Patientsäkerhetsberättelse, del II</p>

Klagomål och synpunkter

5 kap. SOSFS 2011:9

3 § Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från (HSLF-FS 2018:10)

1. vård- och omsorgstagare och deras närstående,
2. personal,
3. vårdgivare,
4. andra som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS,
5. myndigheter, och

6. föreningar, andra organisationer och intressenter. (HSLF-FS 2018:10)

Att ta emot och utreda klagomål och synpunkter syftar till att fånga upp åsikter om utförda tjänster eller annat, för att kunna använda dessa i förbättringsarbete. Inom socialförvaltning finns *Rutin för synpunkter och klagomål* (SN 2019/00190). Sammanställning av klagomål och synpunkter sker två gånger per år och ska enligt rutinen återföras till förvaltningens ledningsgrupper. Under 2025 har sammanställning skett men återföringen uteblivit, vilket är ett förbättringsområde inför 2026.

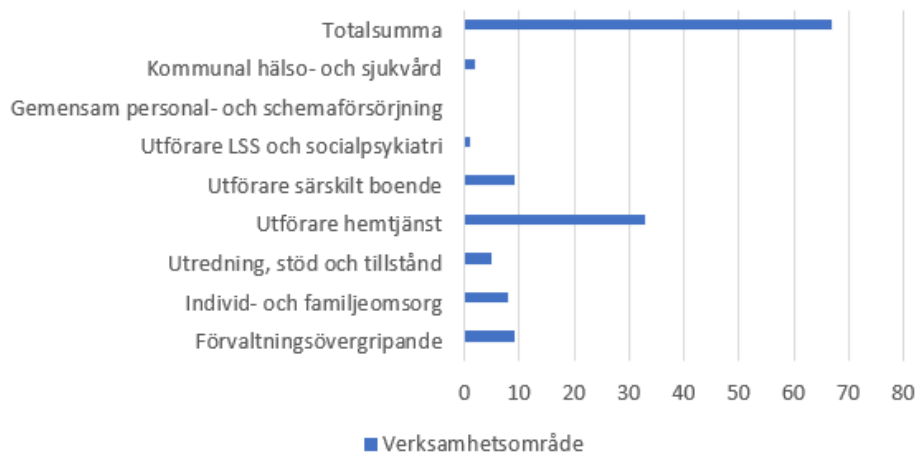
I förvaltningens löpande verksamhet är hantering av konflikter och motstridiga intressen vanligt, vilket kan leda till missnöje. De flesta klagomål och synpunkter som rör individärenden hanteras utanför kommunens synpunktshanteringssystem och dokumenteras i den enskildes ärende i verksamhetssystemet. Dessa ingår därför inte i tabellen nedan och är inte sammanställda på aggregerad nivå.

Tabellen nedan visar att antalet klagomål och synpunkt ser förhållandevis lika ut för perioden 2020–2025. Något fler för verksamhetsår 2025.

Antalet inkomna klagomål och synpunkter fördelat på år	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	49	57	43	59	43	67

Det är stor variation i innehåll och vilka verksamhetsområden som berörs.

Inkomna klagomål och synpunkter 2025



Exempel på innehåll är; parkering av verksamhetens bilar, synpunkter gentemot verksamheter handläggning och utförande), bilkörning, behov av förtydliganden och idéer om utveckling. Viktigt att beakta att en synpunkt inte enbart behöver vara negativ. I vissa fall avser det även beröm.

Utförare hemtjänst är socialförvaltningens största verksamhetsområde sett till antalet mottagare av tjänster. Mot denna bakgrund är det rimligt att det också är inom detta område som flest klagomål och synpunkter inkommer.

<p>Förvaltningsövergripande sammanfattning</p>	<p>Förvaltningen har i flera delar en välfungerande hantering av klagomål och synpunkter. Dessa tas emot genom flera kanaler, hanteras skyndsamt och följs i många fall upp genom dialog med den enskilde. Information om hur synpunkter lämnas i olika former och forum, vilket stärker delaktighet och transparens. Återkoppling, inklusive beröm, förs vidare till medarbetare och bidrar till lärande och motivation. Det finns också en medvetenhet om att använda inkomna synpunkter som underlag för förbättring, exempelvis i samband med förändrade arbetsätt och organisering.</p> <p>Samtidigt finns utvecklingsområden. Registreringen av klagomål är inte fullt ut enhetlig och systemstödet upplevs i vissa delar som svårt att använda, vilket kan påverka kvaliteten i dokumentation och uppföljning. Ökningen av klagomål kopplade till planering, kontinuitet och tillgänglighet visar även behov av fortsatt stabilisering av arbetsätt och tydligare ansvarsfördelning. Framåt bör fokus ligga på att säkerställa en mer konsekvent registrering och systematisk uppföljning av klagomål och synpunkter, stärka tillgängligheten samt fortsätta använda inkomna ärenden som ett aktivt underlag för verksamhetsutveckling och kvalitetssäkring.</p>
<p>Individ- och familjeomsorg</p>	<p>Antalet inkomna synpunkter och klagomål har varit lågt. De klagomål och synpunkter som kommer in tas om hand och utreds i första hand genom direktkontakt med den som lämnat klagomålet. Syftet är att skapa en tydlig bild av vad som har inträffat, klargöra eventuella missförstånd och ge den enskilde möjlighet att utveckla sin upplevelse. Efter detta förs ärendet vidare internt genom samtal med berörd medarbetare samt, vid behov, gemensam genomgång i arbetsgruppen. Fokus ligger på reflektion och lärande snarare än på skuld, med målsättningen att utveckla arbetsätt, bemötande och rutiner.</p>
<p>Utredning, stöd och tillstånd</p>	<p>Omsorg SoL Ett begränsat antal muntliga klagomål har inkommit, huvudsakligen kopplade till ärendehantering i samband med beslut.</p> <p>LSS och socialpsykiatri Klagomål har inkommit i ett individärende där ombudet uttryckt missnöje med handläggningen avseende sin huvudman. Klagomålen har hanterats löpande inom ärendet, och den klagande har hänvisats till Inspektionen för vård och omsorg för vidare granskning.</p>
<p>Utförare hemtjänst</p>	<p>Under året har synpunkter och klagomål inkommit under samtliga tre tertiäl. Majoriteten av ärendena har registrerats i den enskildes ärende i verksamhetssystemet. Beröm har även framförts från både enskilda och anhöriga. Återkoppling och beröm har delgivits berörda medarbetare, antingen enskilt eller i samband med arbetsplatsträffar.</p> <p>En identifierad risk är att systemet Ciceron upplevs som svårt att arbeta i, då det används mer sällan, vilket kan påverka kvaliteten i dokumentation och uppföljning. Klagomål gällande utförandet av insatser har inkommit både via Infracontrol och via telefon. Vissa telefoninkomna klagomål har inte registrerats i Infracontrol, medan andra har dokumenterats och hanterats där.</p> <p>Under tertiäl tre har antalet klagomål kopplade till planering och kontinuitet ökat. Verksamhetsområdets analys visar att detta främst är kopplat till förändrade arbetsätt och samverkansformer i samband med implementering och etablering av socialförvaltningens nya verksamhetsområde. Synpunkter har även inkommit avseende tillgänglighet, särskilt gällande svårigheter att nå koordinatörer.</p>

<p>Utförare särskilt boende</p>	<p>Information om hur och var man kan lämna synpunkter och klagomål ges i samband med ankomstsamtal med den enskilde och närstående. Där tydliggörs vilka kontaktvägar som finns, hur ärenden hanteras samt hur återkoppling sker. Boenderåd genomförs även kontinuerligt vilket utgör ett återkommande forum där de enskilda ges möjlighet att framföra synpunkter, frågor och klagomål. I samband med dessa möten påminns även om vilka formella vägar som finns för att lämna synpunkter, vilket bidrar till ökad delaktighet, transparens och kontinuerlig dialog.</p> <p>Utöver hantering av klagomål och synpunkter i kommunens synpunkthanteringssystem tas input emot av personal eller ansvarig chef. I samband med mottagandet informeras berörd om möjligheten att själv registrera ärendet formellt, alternativt att verksamheten dokumenterar och för ärendet vidare enligt gällande rutin. I de flesta fall hanteras frågan initialt genom dialog, exempelvis via telefonsamtal eller möte på enheten, med målet att skapa förståelse, reda ut eventuella missförstånd och vid behov vidta omedelbara åtgärder. Efter genomförda åtgärder sker uppföljning för att säkerställa att frågan har hanterats och, när det är relevant, en intern uppföljning för att identifiera eventuella förbättringsområden i verksamheten.</p>
<p>Utförare LSS och socialpsykiatri</p>	<p>Ytterst få som inkommit under verksamhetsåret. Behov fångas främst upp genom löpande dialog med de enskilda.</p>
<p>Gemensam personal- och schemaförsörjning</p>	<p>Detaljplanering</p> <p>De synpunkter som har inkommit gällande planeringen kommer främst från personal och chefer inom Utförare hemtjänsten. Det är inte en ny företeelse, men tidigare har frågorna i större utsträckning hanterats direkt på respektive enhet. Löpande arbete sker med att utveckla planeringen så att den harmoniserar med de enskildas behov, samtidigt som den ska bidra till en god och hållbar arbetsmiljö. Utmaningarna är inte nya utan kopplade till två avgörande faktorer: vakanta tjänster som ännu inte tillsatts samt ett begränsat antal vikarier med läkemedelsdelegering. Dessa faktorer ligger delvis utanför verksamhetsområdets direkta påverkan, men arbete pågår intensivt på övergripande nivå för att hitta långsiktiga lösningar.</p> <p>Synpunkter från enskilda hanteras skyndsamt när de kontaktar planeringen. Nödvändiga justeringar görs dp i dialog med den enskilde. Vid flera tillfällen har enheten även fått positiv återkoppling från enskilda som upplever en god tillgänglighet inom GPS.</p> <p>Schema</p> <p>Inga externa klagomål har inkommit. Internt har vissa synpunkter lyfts, främst kopplade till ansvarsfördelning och tydlighet kring roller. Enheten arbetar löpande med att tydliggöra ansvarsområden samt att utveckla effektiva och kvalitativa arbetssätt som stödjer verksamheten. Enheten har fått positiva synpunkter från ett område där man upplever att man nu har en bättre överblick över sjukfrånvaro inom personalgruppen.</p>
<p>Kommunal hälso- och sjukvård</p>	<p>Se Patientsäkerhetsberättelse, del II</p>

Den enskilde som medskapare i kvalitetsarbetet

En grundläggande förutsättning för kvalitetsarbetet är den enskildes delaktighet och möjlighet att påverka hur stödet utformas och genomförs. I

tabellen nedan redovisas hur socialförvaltningens verksamhetsområden har arbetat för att säkerställa den enskilde som medskapare i kvalitetsarbetet.

<p>Förvaltningsövergripande sammanfattning</p>	<p>Arbetet med att stärka den enskilde som medskapare i kvalitetsarbetet har utvecklats och visar på en tydlig ambition att kombinera strukturerad uppföljning med löpande dialog. Utvecklingen av externa e-tjänster är ett ytterligare steg för att stärka delaktighet och tillgänglighet. Samtidigt framträder förbättringsområden. Insamlad återkoppling sammanställs och analyseras inte alltid aggregerat vilket försvårar ett samlat lärande och strategisk styrning. Den måttliga svarsfrekvensen i vissa undersökningar ställer krav på alternativa och mer tillgängliga former för dialog.</p>
<p>Individ- och familjeomsorg</p>	<p>Den enskildes medverkan i kvalitetsarbetet säkerställs genom flera olika former av uppföljning och dialog. Familjerätten genomför brukarundersökningar efter avslutade samarbetsamtal och vårdnads-, boende- och umgängesutredningar, där frågor ställs om bemötande, tillgänglighet, tidsramar och upplevd effekt på konfliktnivå.</p> <p>Verksamheten deltar även i SKR:s brukarundersökning, vilket ger möjlighet att följa resultat över tid och jämföra med andra kommuner.</p> <p>Inom Familjecentrum används ”Tyck till”-enkäter samt uppskattande intervjuer vid avslut, i syfte att fånga upplevelser och mäta insatsernas effekt. Även efter genomförda kurser och föreläsningar för kommuninvånare genomförs enkäter för att samla in synpunkter och förbättringsförslag. Ungdomshälsan följer upp sina insatser genom enkäter med fokus på bemötande och upplevd effekt.</p> <p>För att också förenkla för kommuninvånarna har verksamhetsområdet arbetat med att ta fram externa e-tjänster för att göra det mer enklare, snabbare och mer tillgängligt för kommuninvånarna att komma i kontakt med kommunen och hantera sina ärenden. Genom att tjänsterna finns digitalt kan invånare ansöka, anmäla eller lämna uppgifter när det passar dem – utan att behöva besöka kommunhuset eller passa telefontider. Exempel på e-tjänster som tagits fram är; överklagan av beslut, anmäla misstanke om felaktiga utbetalningar, göra en orosanmälan, ansöka om stödinsatser, lämna intresseanmälan som uppdragstagare samt lämna kvartalssammanfattning för kontaktperson enligt SoL och LSS. Genom att använda e-tjänsterna minskar risken för att uppgifter blir fel eller ofullständiga, eftersom den som ansöker guidas steg för steg i formulären. Det skapar en tryggare och mer rättssäker hantering. E-tjänsterna bidrar också till en mer effektiv handläggning och administration, vilket i sin tur gynnar både invånare och verksamhet.</p>

<p>Utredning, stöd och tillstånd</p>	<p>Omsorg SoL En brukarundersökning på korttidsenheten genomfördes under våren och planeras att genomföras på nytt våren 2026. Resultatet visar att majoriteten är nöjda med sin vistelse, bemötandet från olika professioner, den information som ges under vistelsen samt möjligheten till delaktighet i omvårdnad och rehabilitering. Enstaka synpunkter har framkommit gällande de fysiska förutsättningarna i rummen och lokalerna samt bemötande i något enskilt fall. I övrigt bedöms de undersökta områdena fungera väl. Resultatet har återkopplats till enhetschef för korttidsenheten.</p> <p>Därutöver genomförs brukarundersökningar inom trygg hemgång. Kvalitetsfrågor ställs även i samband med uppföljning av hemtjänstinsatser och skickas vidare till berörd utförare i beställningen. Svaren sammanställs inte på aggregerad nivå inom enheten och det är oklart hur mottagande enheterna inom Utförare hemtjänst sammanställer underlaget.</p> <p>LSS och socialpsykiatri De enskilda har gjorts delaktiga i handlägningsprocessen genom att information ges på ett tillgängligt och målgruppsanpassat sätt. Det innebär att kommunikationen anpassas utifrån individens förutsättningar, så att den enskilde ges reella möjligheter att förstå, ställa frågor och framföra sina synpunkter. Enskilda och, när det är aktuellt, anhörigas synpunkter dokumenteras och vägs in i bedömningen i samband med utredningar. Eventuella företrädare, såsom god man eller förvaltare, involveras när det är relevant för att säkerställa rättssäkerhet och delaktighet.</p> <p>Uppföljningar har genomförts där beslutade insatser, uppsatta mål och kvalitet i genomförandet har följts upp tillsammans med den enskilde. Detta skapar förutsättningar för att justera insatser vid behov och säkerställa att de fortsatt motsvarar den enskildes behov. Handläggningen utgår från den enskildes behov och bygger på dialog, respekt, självbestämmande och ett personcentrerat förhållningssätt.</p>
<p>Utförare hemtjänst</p>	<p>Delaktighet inom hemtjänsten säkerställs på flera olika sätt och i olika delar av verksamheten. En central del är delaktigheten vid upprättande och uppföljning av genomförandeplan, där den enskilde ges möjlighet att uttrycka sina behov, önskemål och prioriteringar. Planen följs upp regelbundet för att säkerställa att insatserna fortsatt motsvarar behov och önskemål. Dialog förs också med de personer som besöker dagstugor kring vilka aktiviteter de önskar delta i. På så sätt skapas ett mer individanpassat innehåll som stärker upplevelsen av meningsfullhet och inflytande.</p> <p>Arbetet med Senior Alert är ytterligare ett verktyg där de enskilda involveras i frågor som rör hälsa, förebyggande insatser och uppföljning.</p> <p>Verksamhetsområdet informerar om vem som är fast omsorgskontakt och arbetar aktivt med att upprätthålla kontinuitet i kontakten. I den nya typen av SoL-pärm har kontaktuppgifter tydliggjorts på framsidan för att underlätta för den enskilde och anhöriga att veta vem de ska vända sig till.</p> <p>Hembesök genomförs vid behov tillsammans med teamets olika professioner eller socialsekreterare, vilket ger en helhetssyn och stärker den enskildes möjlighet att vara delaktig i planering och beslut kring sina insatser. Utöver de formella strukturerna sker en kontinuerlig dialog i vardagen mellan personal och den enskilde. Genom att lyssna in synpunkter och justera insatser efter</p>

	<p>individuella behov bidrar detta till ökad kvalitet och en mer personcentrerad omsorg. För personer som upplever ensamhet ges information om dagstugor, aktiviteter och andra sociala sammanhang. Målet är att skapa möjligheter till social samvaro och bidra till att den sociala tiden upplevs som meningsfull.</p>
Utförare särskilt boende	<p>Utöver boenderåd och individuella uppföljningar deltar verksamhetsområdet i Socialstyrelsens öppna jämförelser <i>Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?</i> Svarsfrekvensen bedöms som måttlig, vilket är i linje med tidigare år och förväntat inom särskilt boende. Den påverkas av en hög andel personer med demenssjukdom, kognitiv svikt och omfattande vårdbehov, där många är beroende av stöd från anhöriga för att kunna besvara enkäten.</p> <p>Resultaten visar överlag en god upplevelse av bemötande och trygghet i vardagen. Samtidigt finns variationer mellan enheter, särskilt avseende kontinuitet, upplevd tillgänglighet till personal samt delaktighet i samband med förändringar och flyttar. Lägre resultat återfinns främst inom områden kopplade till kontinuitet vid hög frånvaro och användning av vikarier samt information och kommunikation vid verksamhetsförändringar.</p> <p>Analysen visar att resultaten i stor utsträckning påverkas av hög vårdtyngd och komplexa ärenden, vilket inverkar på personalens tillgänglighet och kontinuitet. Perioder med hög andel vikarier och utbildad personal har påverkat trygghet och igenkänning. Även verksamhetsförändringar och flyttar har tillfälligt påverkat upplevelsen av information, delaktighet och stabilitet. Arbetsmiljöutmaningar, såsom hot- och våldssituationer, har indirekt påverkat brukarupplevelsen genom behov av omprioriteringar och förstärkningar.</p> <p>Utifrån resultaten har åtgärder prioriterats för att stärka kontinuiteten genom minskad andel utbildade vikarier och förbättrad introduktion, utveckla information och dialog vid förändringar, anpassa bemanning efter vårdtyngd samt fortsätta kompetensutveckling inom demens, BPSD och bemötande. Samverkan med anhöriga har också lyfts som en viktig faktor för ökad delaktighet och trygghet. Åtgärderna är påbörjade och delvis genomförda genom riktade utbildningsinsatser, utvecklade introduktionsrutiner, förbättrade arbetssätt kring bemanning och kontinuitet via GPS samt ökad dialog med de enskilda och anhöriga. Fortsatt uppföljning sker genom kommande brukarundersökningar, lokala dialoger samt inom lednings- och kvalitetsarbetet.</p>
Utförare LSS och socialpsykiatri	<p>Brucarundersökningen från SKR genomfördes under hösten enligt plan, med en svarsfrekvens på 63 procent, vilket motsvarar föregående år. Resultaten varierade mellan de olika delarna inom verksamhetsområdet, vilket innebär att fokus för fortsatt arbete kommer att skilja sig åt mellan enheterna. Generellt visar undersökningen att brukarna är nöjda med de insatser de får.</p> <p>Kommunikation är det område som kommer att prioriteras och utvecklas inom hela verksamhetsområdet. Nästa uppföljning av brukarundersökningen sker först 2027, då SKR skickar ut undersökningen vartannat år.</p>
Gemensam personal- och schemaförsörjning	<p>Ej aktuellt då verksamhetsområdet är under etablering.</p>
Kommunal hälso- och sjukvård	<p>Se Patientsäkerhetsberättelse, del II</p>

Rapporteringskyldighet

5 kap. SOSFS 2011:9

4 § Bestämmelser om rapporteringskyldighet

2. för den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller vid Statens institutionsstyrelse finns i 14 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453), och
3. för den som fullgör uppgifter i verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade finns i 24 b § LSS.

5 § Bestämmelser om skyldighet

2. för den som bedriver socialtjänst att utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande finns i 14 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453), och
3. för den som bedriver verksamhet enligt LSS att utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande finns i 24 e § LSS.

6 § Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Alla medarbetare som uppmärksammar en händelse eller risk för vårdskada, missförhållande eller bristande rättssäkerhet är skyldiga att rapportera detta som en avvikelse. Rapporteringskyldigheten ska tydliggöras vid introduktion och följas upp årligen av närmaste chef. Skyldigheten gäller även studenter och elever, och det är handledarens ansvar att informera om detta vid introduktion.

Avvikelser

Arbetet med förändrad rutin för avvikelser och hantering av lex har påbörjats och pågår, men är inte färdigställt. Arbetet inkluderar att säkerställa att samtliga verksamhetsområden kan hantera sina avvikelser i verksamhetssystemet, hantera lex Maria i verksamhetssystemet, justera befintlig struktur i verksamhetssystemet, ta fram förtydligade arbetsprocesser samt utbildningar. Syftet är att skapa en mer enhetlig, rättssäker och effektiv hantering av avvikelser och lex-ärenden inom hela förvaltningen.

Förvaltningsövergripande sammanfattning	Trots att avvikelsehantering är ett utvecklingsområde har arbetet i stort utvecklats mot ökad struktur, transparens och lärande. Dialogen kring vikten av att rapportera avvikelser i utvecklande syfte har stärkts, och mer analysarbete görs än tidigare. I stort ingår avvikelsehantering i introduktion av nyanställda medarbetare och lex-frågor lyfts i lärande syfte. Samtidigt finns, likt tidigare år, tydliga förbättringsområden på förvaltningsnivå. Inom vissa verksamhetsområden sker avvikelsehanteringen fortfarande manuellt med fysisk dokumentation, vilket innebär risker ur effektivitet-, uppföljnings- och rättssäkerhetsperspektiv. Ett gemensamt och ändamålsenligt systemstöd är nödvändigt för att möjliggöra samlad analys och strategisk styrning. Arbetsättet varierar mellan enheter, och hög arbetsbelastning hos chefer medför risk för fördröjd hantering. Brister i befintliga rutiner behöver åtgärdas
--	--

	<p>och en uppdaterad, enhetlig rutin färdigställas. För att nå full effekt krävs en ökad kunskap, tydligare arbetsprocesser särskilt riktat mot chefer, digitalisering av processen och mer likvärdig tillämpning mellan enheter.</p>
Individ- och familjeomsorg	<p>Avvikelsehanteringen sker i nuläget manuellt och dokumentationen förvaras i fysisk form. Det finns behov av att utveckla arbetssättet och införa ett ändamålsenligt systemstöd för att säkerställa en mer effektiv, strukturerad och rättssäker hantering.</p> <p>Se mer under rubriken SoL-avvikelser nedan.</p>
Utredning, stöd och tillstånd	<p>Omsorg SoL Enheten har arbetat aktivt med avvikelsehantering och fört dialog om vikten av att registrera avvikelser i utvecklande syfte, särskilt för att identifiera behov av att revidera processer och arbetssätt. Exempelvis har digitala arbetssätt setts över och rutinen för sommarhantering reviderats efter inkomna avvikelser.</p> <p>I dialogen betonas att avvikelser ska utgå från situationen snarare än från person. Under hösten 2025 har Omsorg SoL även förändrat sitt arbetssätt. Tidigare förmedlades vissa avvikelser muntligt till enhetschef om den enskilde önskade det. Numera registreras avvikelser i systemet och skickas till berörd verksamhet. Detta skapar en tydligare hantering och möjliggör att avvikelser kan lyftas och följas upp på en övergripande nivå. Avvikelserna har därmed kunnat hanteras i dialog med verksamhetschefer, vilket tidigare försvårades när det enbart dokumenterades i journal.</p> <p>Avvikelser som rör utskrivningsprocessen har skickats till Region Östergötland. Avvikelser som berör enheten tas upp på arbetsplatsträff i lärande syfte och vid behov med berörd medarbetare.</p> <p>Vid klagomål vidarebefordras informationen utifrån önskemål till berörd enhetschef.</p> <p>LSS och socialpsykiatri Trender har identifierats i avvikelser kopplade till nytt arbetssättet för digitalt inkomna handlingar, vilket har lett till reviderade rutiner. Avvikelser återkopplas till medarbetare vid arbetsplatsträff i syfte att främja lärande och utveckling av enhetens arbete. Avvikelser har framför allt kommunicerats till den administrativa gruppen, som löpande behöver anpassa och revidera arbetssätt kopplade till skanning och registrering av handlingar. Det administrativa stödet till enheten har därigenom bidragit till kvalitetssäkring av hanteringen av inkomna handlingar.</p> <p>Avvikelsehantering ingår i introduktionsplanen för nyanställda.</p>

<p>Utförare hemtjänst</p>	<p>Exempel på lex Sarah-ärenden kopplade till dokumentation, lex Maja samt avvikelser lyfts regelbundet i samband med arbetsplatsträffar för att skapa lärande och öka medvetenheten. Medarbetarna görs delaktiga i avvikelserarbetet, men det finns utmaningar som påverkar förutsättningarna. Dessa är bland annat semesterperioder då arbetsplatsträffar och mötesforum uteblir, samt chefernas arbetsbelastning i relation till enheternas storlek och inflödet av avvikelser.</p> <p>Arbetsättet kring avvikelser hanteras olika inom verksamheten; vissa enheter arbetar kontinuerligt och dagligen, medan andra gör uppföljningar mer sporadiskt. Avvikelsehantering fördröjs på grund av hög arbetsbelastning för chefer. Det finns identifierade brister i avvikelserutinen, både för dag- och nattverksamhet, och det är angeläget att ny avvikelserutin färdigställs. Information om inkomna avvikelser och identifierade förbättringsområden återkopplas vid arbetsplatsträffar och teamträffar, och dialog förs med berörda medarbetare i syfte att stärka kvalitet och patientsäkerhet.</p> <p>Implementeringen av nytt verksamhetsområde har medfört ett ökat antal avvikelser – dels organisatoriska men även kopplat till individärenden. Vissa enheter har numera specifika möten med Gemensam personal- och schemaförsörjning för att tillsammans hantera avvikelserna.</p>
<p>Utförare särskilt boende</p>	<p>Avvikelser analyseras löpande på enhetsnivå av enhetschef i samverkan med kommunal hälso- och sjukvård, HR och skyddsombud. Sammanställda analyser lyfts till ledningsgrupp och vid behov till tvärprofessionella forum. Återföring sker via arbetsplatsträffar, riktade genomgångar i berörda arbetsgrupper samt inom ramen för det systematiska avvikelse- och kvalitetsarbetet. Detta har skapat en tydligare struktur och ett närmare samband mellan rapportering, analys och åtgärd.</p> <p>Vidtagna åtgärder omfattar bland annat förstärkt bemanning vid hög vårdtyngd och patientsäkerhetsrisker, tydligare rutiner för resurstid och vikarietillsättning inom GPS, riktade utbildningsinsatser inom läkemedel, delegering, demens/BPSD och bemötande samt arbetsmiljöåtgärder vid hot- och våldssituationer. Introduktionen av vikarier och ny personal har förbättrats och scheman har justerats för att minska belastning och frånvaro. Verksamhetsområdets arbete inom området har lett till ökad rapporteringsbenägenhet, särskilt inom arbetsmiljö och patientsäkerhet, samt en mer systematisk uppföljning av avvikelser. Förväntade effekter är minskning av upprepade avvikelser, ökad patientsäkerhet, förbättrad arbetsmiljö, stabilare bemanning och stärkt kontinuitet.</p> <p>Lex Sarah-ärenden har hanterats enligt gällande rutin och inga uppgifter tyder på systematiska missförhållanden. Identifierade risker har åtgärdats genom omedelbara insatser, förstärkt bemanning, reviderade rutiner och utbildning. Det förebyggande arbetet med riskanalyser har samtidigt stärkts för att minska risken för framtida anmälningar.</p> <p>Under året har verksamheten även arbetat aktivt med att stärka kunskap och efterlevnad av rapporteringsskyldigheten genom återkommande information i chefsforum och på arbetsplatsträffar, tydliggörande av ansvar och roller samt integrering i introduktion av ny personal. Rapporteringsskyldigheten bedöms vara känd och tillämpad, och det ökade antalet rapporter under delar av året tolkas som en kombination av ökad medvetenhet och hög vårdtyngd i en period av förändring. Sammantaget har arbetet med avvikelser och</p>

	rapporteringskyldighet bidragit till ökad transparens, stärkt lärande och ett mer systematiskt förbättringsarbete. För att nå full effekt krävs fortsatt fokus på likvärdig tillämpning mellan enheter samt stabilisering av arbetssätt i den pågående omställningen.
Utförare LSS och socialpsykiatri	Arbetet med återkoppling av avvikelser till medarbetarna på arbetsplatsträffar har fortsatt och är nu en återkommande punkt på flertalet enheters agendor. Enligt årshjulet för arbetsplatsträff lyfts årligen lex Sarah, lex Maria och lex Maja, vilket också har genomförts. Under året har även frågor kring sekretess och när sekretess får brytas tagits upp vid flera tillfällen, bland annat under höstens ULS-dagar.
Gemensam personal- och schemaförserjning	Arbetet har skett kring att öka förståelsen för avvikelsehantering och att tydliggöra processen kring när och hur avvikelser ska rapporteras. En viktig del i detta är enhetschefens inkludering. Detta för att säkerställa en enhetlig hantering, bättre uppföljning och ökat lärande inom verksamheten. Samtliga SoL- och organisatoriska avvikelser som inkommer går igenom tillsammans med koordinatörer - detaljplanering i syfte att identifiera förbättringsåtgärder och optimera planeringen.
Kommunal hälso- och sjukvård	Se Patientsäkerhetsberättelse, del II

Avvikelser SoL

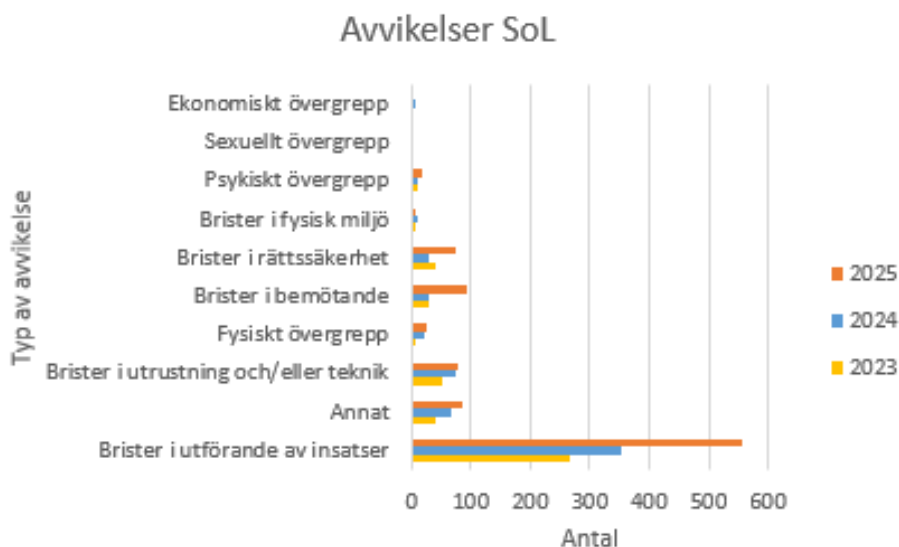


Diagram 1 - Översikt av socialförvaltningens sammantagna antal SoL-avvikelser för perioden 2023–2025

Antalet SoL-avvikelser har ökat betydligt jämfört med tidigare år. Liksom föregående år är majoriteten av avvikelserna kopplade till brister i utförandet av insatser. Detta bedöms inte som anmärkningsvärt, då det är inom utförarverksamheterna som socialförvaltningen har störst volym och flest insatser, vilket naturligt genererar fler avvikelser inom detta område.

Avvikelser som rör brister i fysisk miljö har däremot minskat i jämförelse med 2024.

En ökning av antalet SoL-avvikelser behöver inte innebära att kvaliteten har försämrats. Det kan i stället vara ett tecken på ökad medvetenhet och en stärkt rapporteringskultur. När chefer uppmuntrar till registrering och medarbetare har kunskap om vad som ska rapporteras, tenderar antalet avvikelser att öka. Samtidigt kan det finnas flera bakomliggande orsaker till utvecklingen. Faktorer såsom hög arbetsbelastning, personalomsättning, brister i introduktion, otydliga rutiner, förändrade arbetssätt, organisationsförändringar eller nya lagkrav kan påverka det dagliga arbetet och bidra till fler avvikelser. För att få en rättvisande och fördjupad bild behöver statistiken därför kompletteras med analyser från respektive verksamhetsområde, där avvikelsernas innehåll, allvarlighetsgrad och eventuella återkommande mönster belyses.

Det som sticker ut i den djupare analysen av SoL-avvikelserna är att de som upprättats inom socialkontoret – myndighetsutövning inom IFO och UST har ökat från 53 rapporterade år 2024 till 162 år 2025. Berörda enhetschefer analys är att ökningen till stor del kan kopplas till ett mer aktivt och tydligt ledarskap där chefer uppmuntrar medarbetare att rapportera avvikelser. Medvetenheten har ökat kring när och varför en avvikelse ska registreras, och avvikelshantering används i större utsträckning som en naturlig del av det dagliga arbetet. Påminnelser och dialog om vikten av att rapportera har också bidragit till utvecklingen. Bakomliggande orsaker behöver dock analyseras bredare, då brister i det dagliga arbetet kan bero på exempelvis arbetsbelastning, introduktion eller samverkan. Dock visar medarbetare generellt ett engagemang i att uppmärksamma sådant som inte fungerar. Efter tidigare händelser har medvetenheten också ökat kring vikten av att dokumentera avvikelser skriftligt, vilket tydliggör ansvarsfördelning och behovet av åtgärder inom rimlig tid. Detta kan ses som en positiv utveckling för verksamheten som helhet. Det finns dock fortsatt behov av att utveckla ett mer systematiskt arbetssätt för uppföljning, exempelvis genom att hantera avvikelserna i verksamhetssystemet.

I Utförare hemtjänst analys har det framställts en oro för underrapportering till följd av hög arbetsbelastning hos personalen. I likhet med inkomna klagomål och synpunkter är Utförare hemtjänst socialförvaltningens största verksamhetsområde sett till antalet mottagare av insatser. Statistiken för verksamhetsåret ger dock inga tydliga indikationer som styrker denna oro och tes, då antalet registrerade avvikelser har ökat kontinuerligt sedan 2023. Liksom tidigare nämnt ovan behöver verksamhetsområdet göra en fördjupad analys för att klarlägga vad ökningen beror på.

Verksamhetsområdena Utförare hemtjänst, Utförare särskilt boende samt Utförare LSS och socialpsykiatri har, via respektive verksamhetschef, delgivits sammanställning av samtliga upprättade avvikelser sorterat på enhetsnivå. Sammanställningen utgör underlag för fortsatt dialog, analys och vidtagande av åtgärder inom ramen för det systematiska avvikelsearbetet inom respektive verksamhetsområde.

Individ- och familjeomsorg samt Utredning, stöd och tillstånd har sedan tidigare tillgång till sammanställningar.

Avvikelser för externa utförare presenteras i deras egna kvalitets- och patientsäkerhetsberättelser.

Avvikelser LSS

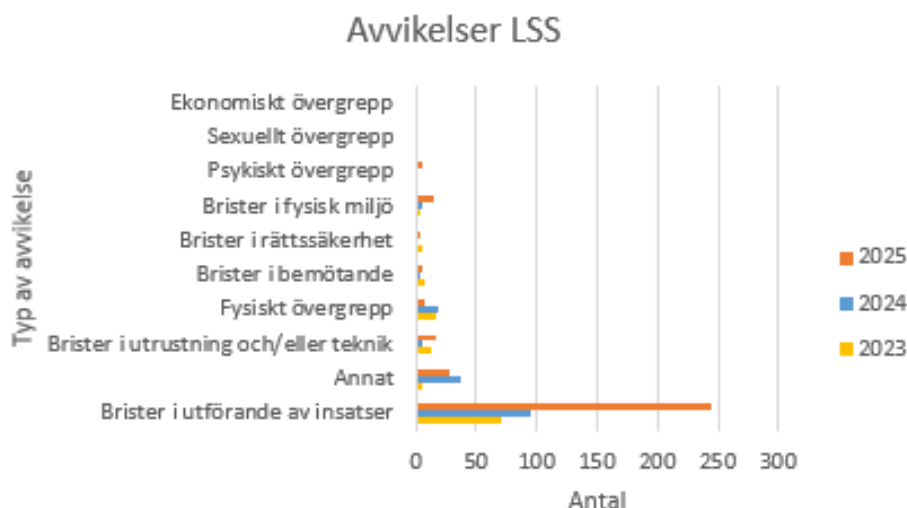


Diagram 2 - Översikt av socialförvaltningens sammantagna antal LSS-avvikelser för perioden 2023–2025

Under 2025 har antalet avvikelser inom LSS ökat markant jämfört med tidigare år. Liksom tidigare utgör majoriteten av avvikelserna brister i utförandet av insatser. Detta bedöms, i likhet med avvikelser enligt SoL, inte som anmärkningsvärt då det är inom de utförande verksamheterna som socialförvaltningen har störst volymer och flest verksamheter.

En rimlig tolkning är att ökningen av avvikelser inte nödvändigtvis speglar en försämrad kvalitet, utan snarare är ett resultat av ett mer aktivt och systematiskt kvalitetsarbete. De insatser som genomförts, bland annat regelbunden återkoppling på arbetsplatsträffar och återkommande genomgångar av rapporteringsskyldighet, har sannolikt bidragit till ökad medvetenhet om vad som ska rapporteras och varför. När kunskapen stärks och avvikelsehantering integreras i introduktionen för nyanställda sänks tröskeln för att rapportera, vilket i sin tur leder till att fler avvikelser uppmärksammas och dokumenteras. Sammantaget kan ökningen därför tolkas som ett uttryck för ökad kunskap och tydlighet kring rapporteringsskyldigheten samt en mer tillåtande och transparent rapporteringskultur.

I likhet med tidigare år bör dock innehållet i avvikelseypen ”annat” analyseras närmare inom ramen för förvaltningens kvalitetsarbete. En sådan fördjupning kan bidra till mer träffsäker registrering, förbättrad kategorisering och en mer ändamålsenlig fortsatt analys.

Lex Sarah⁷

Lex Sarah är regler som innebär att personal inom socialtjänsten och LSS ska rapportera missförhållanden eller risk för missförhållanden i verksamheten. Det är en del av socialtjänstens kvalitetsarbete där syftet är att förbättra verksamheten och se till att missförhållanden rättas till. Genom att utreda och åtgärda brister skapas ökad trygghet och bättre kvalitet.

Inom socialförvaltningen finns rutin för utredning och rapportering av avvikelser och missförhållanden enligt lex Sarah (15/SN 0014). Under 2025 har förvaltningen gjort vissa justeringar vad gäller processteg utreda. Övergripande utvecklingsarbete av processen i sin helhet, liksom för avvikelshantering, har påbörjats i slutet av verksamhetsåret. Kunskapen behöver stärkas, och justeringar i system och styrande dokument behöver genomföras för att bättre stödja arbetsprocessen. Därtill behöver arbetsprocessen som helhet tydliggöras och spridas i förvaltningen för att säkerställa en enhetlig och effektiv tillämpning.

Tabellen nedan visar antalet allvarliga missförhållanden som anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) perioden 2020–2025.

Antal allvarliga missförhållande anmälda till IVO	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	3	3	1	1	2	7

Ärende 1 – socialnämnden har inte fullgjort sina skyldigheter när det gäller att bedöma och vidta åtgärder med den enskildes bästa i fokus. Det gäller även brister i skyddsbedömning vid inkommen anmälan om oro, i agerandet för att säkerställa den enskildes skydd utifrån tillgängliga uppgifter, samt i att skyndsamt inleda utredning och dokumentera. Beslut från IVO inväntas.

Ärende 2 – socialnämnden har inte fullgjort sina skyldigheter när det gäller omhändertagande av orosanmälningar och genomförande av skyddsbedömningar samt omhändertagande enligt LVU och umgänge med föräldrar. Enligt beslut från IVO avslutas ärendet utan ytterligare åtgärder.

Ärende 3 – socialnämnden har inte fullgjort sina skyldigheter när det gäller dokumentation och rapporteringsskyldighet. Enligt beslut från IVO avslutas ärendet utan ytterligare åtgärder.

Ärende 4 – socialnämnden har inte fullgjort sina skyldigheter genom att inkomna orosanmälningar har tagits bort ur socialtjänstens IT-system utan att ha hanterats på ett korrekt sätt. Enligt beslut från IVO avslutas ärendet utan ytterligare åtgärder.

Ärende 5 – socialnämnden har inte fullgjort sina skyldigheter när det gäller brister i gränsdragningen mellan lagstiftningar, otillräcklig behovsanalys, underlåtelse att inleda utredning samt bristande uppföljning och samverkan

⁷ [Lex Sarah - Kunskapsguiden](#)

vid placering av ungdom med särskilda behov. Enligt beslut från IVO avslutas ärendet utan ytterligare åtgärder.

Ärende 6-7 – socialnämnden har inte fullgjort sina skyldigheter vad gäller följsamhet till rutiner, kvalitetskontroll och ledningsstöd, förhållningssätt i komplexa ärenden och kompetens att utöva arbete på ett rättssäkert sätt. Enligt beslut från IVO avslutas ärendet utan ytterligare åtgärder.

En stor andel av de anmälningar som gjorts kan kopplas till en enhet där ett omfattande utvecklings- och omställningsarbete har pågått under de senaste åren. I takt med att arbetsprocesserna har förbättrats och ledning samt styrning har förtydligats har tidigare brister blivit synliga. Vidtagna åtgärder har bidragit till ett stärkt kvalitets- och rättssäkerhetsarbete. Detta har även bekräftats av IVO, som efter sina bedömningar inte funnit skäl att vidta några ytterligare åtgärder.

Informationssäkerhet

Brister i informationshanteringen kan få allvarliga konsekvenser. De kan påverka fysiska tillgångar, till exempel genom skador på kritisk infrastruktur, vilket i värsta fall kan få allvarliga följder för både människor och samhälle. Otillräcklig informationssäkerhet kan även leda till minskat förtroende för kommunens tjänster och för kommunen som organisation. I takt med att IT-användningen ökar är god informationssäkerhet en grundförutsättning för att digitala tjänster ska fungera på ett säkert och tillförlitligt sätt.

Motala kommun har en kommunövergripande policy om informationssäkerhet (19/KS 0116). I den framgår ansvarsförhållanden för genomförande och uppföljning. Förvaltningschef ansvarar för att informationssäkerhetsarbetet följs upp i nämnd. Alla verksamhets- och enhetschefer är direkt ansvariga för att informationssäkerhetspolicyn följs inom sina respektive ansvarsområden samt ansvarar för informationssäkerheten i verksamheten. Det åligger varje chef att ge sina medarbetare den information och utbildning som krävs för att uppnå en god informationssäkerhet och för att skapa ett säkerhetsansvar hos medarbetarna. Samtliga medarbetare ansvarar för att känna till och följa gällande riktlinjer och instruktioner. Som stöd finns bland annat webbaserad utbildning.

Rapporterade	2023	2024	2025
personuppgiftsincidenter	5	12	4

Rapporterade incidenter till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY) för 2025 avser personuppgiftsincidenter och att bilder publicerats på facebook. Beslut har inkommit i samtliga ärenden där IMY inte vidtar några åtgärder.

Att antalet personuppgiftsincidenter sjunkit sedan 2024 kan bero på flera faktorer. Medarbetare kan uppleva osäkerhet kring vad som faktiskt utgör en personuppgiftsincident och när rapportering krävs. Det kan även finnas

en ångslan för att göra fel eller skapa merarbete. Dessutom kan ovetskap om gällande rutiner, otydliga ansvarsfördelningar och otillräcklig återkoppling efter rapporterade incidenter minska motivationen eller medvetenheten att rapportera. Då det är färre rapporterade personuppgifter 2025 i förhållande till 2024 kan en orsak vara att det arbete som tidigare gjorts inom området inte hålls vid och sker systematiskt. Dock har förvaltningens olika verksamhetsområden arbetat med olika områden kopplat till stärkt informationssäkerhet, vilket torde ge effekter i form av ökad kunskap och riskmedvetenhet och således en ökad rapportering. Exempel på områden som arbetats med är; utbildning, löpande information och dialog, styr- och stöddokument, follow me-skrivare och digital post. Förvaltningen bedriver också ett arbete kring roller och behörigheter i system.

För att öka medvetenheten och rapporteringen behöver socialförvaltningen arbeta med återkommande utbildning och tydlig information om vad en personuppgiftsincident är och hur den ska rapporteras. Enkla och lättillgängliga rapporteringsrutiner kan minska tröskeln för rapportering. Det är också viktigt att påminna om en tillåtande kultur där rapportering ses som ett stöd för lärande och förbättring. Regelbunden återkoppling och synliggörande av hur rapporterade incidenter kan verka för en stärkt rapporteringsvilja.

Enligt gällande rutin för loggkontroller i verksamhetssystem och Nationell patientöversikt (dnr 19/SN 0334) ska loggkontroller genomföras månadsvis. Samtliga verksamhetsområden inom socialförvaltningen följer denna rutin. Dock fördröjs loggkontrollerna inom enstaka verksamhetsområden på grund av arbetsbelastning.

Den förbättrade hanteringen från tidigare år har, trots enstaka fördröjningar, bibehållits och det finns en väl fungerande och systematisk hantering av loggkontrollerna.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

6 kap. SOSFS 2011:9

1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

3 § Av 5 kap. 1 § andra stycket socialtjänstlagen (2025:400) och 24 a § LSS framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. (HSLF-FS 2025:21)

Kvalitetsberättelsen utgör en viktig informationskälla för prioritering och planering av kommande års kvalitetsarbete. Som tidigare beskrivits i avsnittet *Organisering och ansvar* samt i enlighet med SOSFS 2011:9, ska efterlevnaden av ledningssystemet säkerställas. Det är avgörande att

involvera medarbetare så att kvalitetsarbetet genomsyrar hela organisationen och integreras i alla strukturer. Kvalitet är, precis som andra områden, en grundläggande princip för ledning och styrning.

Resultatet av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för verksamhetsår 2024 har delgivits samtliga chefer inom socialförvaltningen, både muntligt vid chefsförmiddagen våren 2025 och presentationsunderlag för vidare spridning till medarbetare. Berättelsen i sin helhet har även distribuerats till alla chefer och finns tillgänglig inom ramen för ledningssystemet. Motsvarande hantering har skett gentemot socialnämnden.

Nedan presenteras hur förvaltningen arbetat med att inkludera medarbetare i det systematiska kvalitetsarbetet.

<p>Förvaltningsövergripande sammanfattning</p>	<p>Medarbetarna är en central drivkraft i kvalitetsarbetet och har genom aktiv inkludering bidragit till ökad samsyn, förbättrade arbetsätt och stärkt ansvarstagande på enhetsnivå. Delaktigheten är i huvudsak koncentrerad till respektive verksamhet och varierar mellan enheter. Perioder av hög arbetsbelastning och omfattande förändringar har dock begränsat utrymmet för gemensam reflektion och fördjupad analys inom vissa områden.</p> <p>Under året har förvaltningen genomfört riktade satsningar för att stärka det strategiska kvalitetsarbetet på ledningsnivå. Samtliga chefer har genomgått uppdragsutbildningen Leda för kvalitet i en föränderlig värld via Linköpings universitet, och kvalitet samt SOSFS 2011:9 har varit tema på höstens chefseftermiddag. Ett viktigt budskap har varit att kvalitet inte är något vid sidan av grunduppdraget, utan en integrerad del av det dagliga arbetet – i såväl små som stora områden. Därutöver har cheferna fått fördjupning inom förändringsledning genom Making Change i samband med kommunens ledardagar.</p> <p>Kvalitet behöver likväl som med ekonomi och arbetsmiljö likställas som en självklar del av styrning och uppföljning. För att fullt ut nå detta krävs dock att förvaltningen stärker sin förmåga att analysera effekterna av genomförda kvalitetsinsatser och säkerställer en mer systematisk och sammanhållen uppföljning.</p>
<p>Individ- och familjeomsorg</p>	<p>Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet sker främst på enhetsnivå. De är delaktiga i arbetet med att utveckla och följa upp rutiner, arbetsätt och arbetsmiljö. Genom dialog på exempelvis arbetsplatsträffar och i det dagliga arbetet bidrar medarbetarna med erfarenheter och förbättringsförslag, vilket stärker verksamhetens kvalitet och utveckling.</p>
<p>Utredning, stöd och tillstånd</p>	<p>Medarbetarna är aktivt delaktiga i verksamhetens kvalitetsarbete genom de forum som finns, såsom arbetsplatsträffar, gruppträffar och planeringsdagar. I dessa sammanhang arbetas kontinuerligt med att följa upp verksamhetens mål, resultat och identifierade förbättringsområden. Under mötena ges utrymme för dialog, reflektion och gemensam analys, bland annat av avvikelser och andra händelser i verksamheten. Detta skapar förutsättningar för lärande och för att vidta relevanta åtgärder. Medarbetarna uppmuntras att lyfta förbättringsförslag och dela erfarenheter från det dagliga arbetet. Genom att ta tillvara deras kunskap och perspektiv stärks det systematiska och kontinuerliga utvecklingsarbetet. Arbetsättet bidrar till samsyn kring uppdrag, mål och</p>

	<p>kvalitet, samtidigt som det stärker ansvarstagande och delaktighet i verksamhetens utveckling.</p>
Utförare hemtjänst	<p>Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2024 presenterades för cheferna i samband med chefseftermiddagen i april 2025. Cheferna har sedan i olika omfattning fört informationen vidare till sina medarbetare. Upplevelsen är att kännedomen om berättelsen och dess resultat har varit låg i verksamheterna, och att det inte har varit en naturlig del i det löpande arbetet eller i dialogen på enheterna.</p> <p>När det gäller 2025 års kvalitetsarbete har samtliga chefer varit delaktiga i uppföljningen vid varje tertial. Arbetet har därmed haft en tydligare struktur och kontinuitet under året. För att stärka förankringen framåt har verksamhetschef uppdaterat årshjulet för cheferna och lagt in berättelsen som en återkommande punkt på enheternas agenda under våren. Syftet är att säkerställa en mer systematisk uppföljning, öka delaktigheten samt tydliggöra kopplingen mellan berättelsen verksamhetens mål och det dagliga arbetet.</p>
Utförare särskilt boende	<p>Personalens delaktighet i kvalitetsarbetet har skett genom flera strukturerade forum. På arbetsplatsträffar har rutiner, avvikelser, risker och verksamhetsförändringar diskuterats. Medarbetare har varit direkt involverade i införandet av nya arbetssätt inom GPS och bemanningsprocesser samt deltagit i utbildningar inom bland annat demens, BPSD, läkemedelshantering, brand, palliativ vård och nutrition. Ombudsroller och arbetsgrupper har ytterligare stärkt inflytandet i kvalitetsfrågor.</p> <p>Sammantaget har personalens delaktighet varit avgörande för att identifiera utvecklingsbehov och förankra nya arbetssätt. Det har skapat ökad samsyn kring sambanden mellan vårddyngd, bemanning, arbetsmiljö och patientsäkerhet samt bidragit till förbättrad kvalitet, stabilare bemanning och ökad trygghet för de enskilda trots en period av omställning.</p>
Utförare LSS och socialpsykiatri	<p>Medarbetarna är delaktiga genom att förändringar följs upp, exempelvis när det gäller sommarbemanningen.</p>
Gemensam personal- och schemaförsörjning	<p>Medarbetare involveras kontinuerligt i kvalitetsarbetet, vilket är särskilt betydelsefullt då enheten är nystartad och besitter en samlad och bred kompetens. Inom schemagrupperna genomförs arbetsmöten varannan vecka där metoder och arbetssätt utvecklas, liksom instruktioner och rutiner för schemaplanering. Fokus ligger även på att säkerställa tydliga informations- och kommunikationsvägar mellan GPS och enheterna samt mellan olika funktioner inom GPS. Arbetet utgår från den fastställda schemaprocessen.</p> <p>Klustermöten har nyligen etablerats, där funktionerna vikarieanskaffning, detaljplanering och schemaplanering regelbundet samverkar för att skapa en gemensam lägesbild ur flera perspektiv. Syftet är att möjliggöra proaktivt agerande utifrån olika scenarier.</p> <p>Därutöver finns arbetsgrupper som hanterar specifika frågeställningar, exempelvis sommarbemanning, där samtliga berörda funktioner är representerade.</p>
Kommunal hälso- och sjukvård	<p>Se Patientsäkerhetsberättelse, del II</p>

Till denna berättelse har ett arbete påbörjats med att skapa ett förvaltningsövergripande årshjul för att skapa en tydlig och samordnad

struktur för när olika kvalitetsaktiviteter ska genomföras under året. Det fungerar som ett planeringsverktyg som säkerställer att viktiga uppgifter, uppföljningar och återkommande processer inte glöms bort, och att alla enheter arbetar mot samma mål. Årshjulet kommer att finnas att ta del av i socialförvaltningens ledningssystem på extranätet⁸ samt publicerad i kommunens processplattform⁹ under gemensamma processer.

Adekvat kunskap och kompetens

God kvalitet inom socialtjänsten förutsätter personal med rätt utbildning och erfarenhet, vilket regleras i lagstiftningarna. Verksamheten ska därför säkerställa att personalens kompetens motsvarar de enskildas behov och möjliggöra insatser av god kvalitet. Detta kräver kunskap om nuvarande och framtida behov.

I tabellen nedan redogörs för de kompetens- och utbildningsinsatser som genomförts under verksamhetsåret.

<p>Förvaltningsövergripande sammanfattning</p>	<p>Det kan konstateras att socialförvaltningen, likt föregående år, har genomfört omfattande och relevanta insatser för kunskaps- och kompetensutveckling under 2025. För fortsatt utveckling finns behov av att stärka struktur och ansvar för kompetensplanering, säkerställa en likvärdig och kvalitetssäkrad introduktion, stärkt bas- och kärnkompetens samt system- och digital kompetens. En stabil basnivå bör finnas på plats innan fördjupning och specialisering prioriteras.</p> <p>Trots att många utbildningsinsatser har genomförts behöver uppföljningen av deras faktiska effekter utvecklas, liksom kopplingen mellan kompetensutveckling och mätbara resultat samt verksamhetsmål. Nästa steg bör därför vara att skapa en mer sammanhållen struktur för planering, likvärdig implementering och systematisk effektuppföljning. På så sätt kan kompetensutvecklingen bli mer strategisk, behovsstyrd och långsiktigt hållbar.</p>
<p>Individ- och familjeomsorg</p>	<p>Under året har flera kompetensutvecklingsinsatser genomförts i syfte att stärka kvaliteten i verksamheten och öka professionaliteten i mötet med målgrupperna. Yrkesresan inom barn och unga samt skadligt bruk och beroende har bidragit till en förbättrad introduktion och en långsiktig utveckling i yrkesrollen.</p> <p>Inom det förebyggande och stödjande arbetet har utbildningar som Tryggare barn (Familjecentrum) genomförts för att bättre kunna fånga föräldrar som inte tillstår våld. BIFF (Barn i föräldrars fokus) inom Familjerätten har stärkt ett mer enhetligt arbetssätt i samverkan med Familjecentrum. COPE (Barncentrum) har utvecklat det förebyggande arbetet gentemot föräldrar, medan Återfallsprevention har stärkt organisationens arbete med beroendeproblematik.</p> <p>TMO (Traumamedveten omsorg) inom Team Våld i nära relationer har fördjupat kunskapen i arbetet med barn. Genom utbildning i I-risk, inklusive</p>

⁸ [Socialförvaltningens kvalitetsledningssystem – Motala](#)

⁹ [Socialtjänst, vård och omsorg | Motala kommuns processer](#)

	<p>utbildning av utbildare, skapas förutsättningar att implementera metoden brett i organisationen för att bättre identifiera och hantera våldsutsatthet.</p> <p>Vidare har Steg 1-utbildning (Vuxencentrum) gett fördjupad kompetens i samtalsmetodik och stärkt förmågan att möta en bredare målgrupp. BIP (ekonomiskt bistånd) har bidragit till en mer strukturerad kartläggning av behov och en tydligare uppföljning av insatser.</p> <p>Inom Familjecentralen och Team Våld har medarbetare utbildats till metodstödare inom Signs of Safety, vilket skapar ett gemensamt språk och ett mer likvärdigt bemötande. Därutöver har utbildning i offentlighet och sekretess genomförts för gemensam administration för att säkerställa korrekt hantering av utlämnande av handlingar, liksom insatser inom informationssäkerhet.</p> <p>Sammantaget har dessa utbildningsinsatser bidragit till ökad rättssäkerhet, stärkt kompetens och en mer kunskapsbaserad verksamhet.</p>
<p>Utredning, stöd och tillstånd</p>	<p>Omsorg SoL Kompetensutveckling har genomförts för att stärka kvalitet och rättssäkerhet i handläggningen inklusive färdtjänst. Rättsfallsseminarier har arrangerats för att fördjupa förståelsen av aktuellt rättsläge och dess tillämpning i praktiken. Introduktion och utbildning kring nya SoL har påbörjats. Vidare genomförs metoddagar och ärendedragningar löpande för att främja kollegialt lärande och utveckla arbetssätt samt kvalitet i ärendehantering.</p> <p>LSS och socialpsykiatri Kompetensutveckling har skett internt genom kollegialt erfarenhetsutbyte. Under tertial två genomfördes introduktion gällande den nya socialtjänstlagstiftningen via en digital föreläsning (Infosoc), samt ett rättsfallsseminarium avseende LSS-insatser (Infosoc). Under tertial tre genomfördes kompetensutveckling kring barns upplevelser av våld för ombud via Barnahus. Kunskapen har därefter förts vidare till övriga kollegor.</p>
<p>Utförare hemtjänst</p>	<p>Under året har flera kompetenshöjande insatser genomförts, däribland palliativ utbildning, demensutbildning samt teoretisk brandutbildning. Utbildning i e-arkiv har genomförts för all personal på enheterna, och dokumentationsutbildning i verksamhetssystemet har genomförts inom nattorganisationen. Medarbetare har även gått handledarutbildning och enheter har tagit emot lärlingar, vilket bidrar till både kompetensutveckling och erfarenhetsutbyte. Tvärprofessionella möten har hållits och ledningsgruppen har fungerat som ett forum för kunskaps- och idéutbyte.</p> <p>Samtidigt har utvecklingsbehov identifierats. Basala hygienrutiner behöver fortsatt stärkas ute på enheterna. Det finns ett generellt behov av att stärka kompetensen hos både ordinarie personal och vikarier. Positivt är att finsktalande medarbetare har tillkommit i nattorganisationen, vilket stärker tillgängligheten för målgruppen. Det har varit utmanande att genomföra utbildningar kopplade till verksamhetssystemet och dess tillhörande app, liksom utbildning av superanvändare, till följd av hög arbetsbelastning hos systemförvaltare. Vissa enheter bedriver ett aktivt arbete med värdegrundsfrågor.</p> <p>Under hösten har det funnits svårigheter att planera och genomföra fler utbildningsinsatser på grund av otydlighet kring ansvar för hantering av utbildningsplanering. Detta har medfört att vissa kompetensutbildningar,</p>

	<p>exempelvis inom lyftteknik, inte har kunnat genomföras. Undantag har varit utbildningar för hälsoombud, arbetsplatsombud och skyddsombud inom kränkande särbehandling på två enheter. Flera enheter har genomfört utbildning i basala hygienrutiner, och utbildningar för olika ombudsfunktioner såsom hygien-, kost-, brandombud samt behörig beställare har genomförts på enstaka enheter. En enhet har genomfört en förstärkt utbildning. Inom nattorganisationen finns numera även fyra utbildade HLR-instruktörer.</p> <p>Det finns variationer i hur introduktionen på enheterna genomförs, bland annat när det gäller rapporteringsskyldighet. Gemensam introduktion planeras att göras inom verksamhetsområdet. Introduktionsspår finns i Evikomp.</p> <p>Personal har informerats om tystnadsplikt och sekretess, och på vissa enheter bedrivs ett aktivt arbete för att säkerställa att känsliga uppgifter inte lämnas framme.</p>
<p>Utförare särskilt boende</p>	<p>Under året har ett flertal kompetens- och kunskapshöjande insatser genomförts i syfte att stärka kvalitetsarbetet och arbetsmiljö. Utbildningar inom demens och BPSD¹⁰ har genomförts för att förbättra bemötande och omhändertagande av personer med svår kognitiv svikt och beteendemässiga och psykiska symtom. Kompetensutveckling har även skett inom brand, palliativ vård och nutrition för att stärka trygghet och kvalitet i omsorgen. Arbetet med Senior Alert och systematiskt kvalitetsarbete har utvecklats med fokus på förebyggande av fall, trycksår och undernäring.</p> <p>Introduktionen av vikarier och nyanställda har standardiserats för att skapa ökad trygghet och tydlighet, och ombudsroller inom kvalitet, patientsäkerhet och arbetsmiljö har vidareutvecklats för att stärka det lokala ansvaret på enhetsnivå. Insatserna har genomförts genom en kombination av teoretiska utbildningar, praktisk träning, handledning och fördjupning på arbetsplatsträffar.</p> <p>Sammantaget förväntas insatserna leda till förbättrad kvalitet och patientsäkerhet genom minskad risk för vårdskador och avvikelser, en stärkt arbetsmiljö med lägre belastning och färre arbetsskador samt förbättrad kontinuitet och kvalitet i omsorgen. Genom att medarbetare ges rätt kompetens skapas förutsättningar för mer självständigt och effektivt arbete, vilket minskar behovet av akuta förstärkningar. Kopplingen till långsiktig kompetensförsörjning, bland annat genom samverkan med utbildningssystem som Vård- och omsorgscollege, bidrar samtidigt till hållbara och kompetenssäkrade team över tid.</p>
<p>Utförare LSS och socialpsykiatri</p>	<p>ULS-dagar för alla medarbetare inom verksamhetsområdet har genomförts både under våren och hösten. Våren fokuserade på mentorspåret i Evikomp och kollegialt bemötande, medan höstens tema var "Hur bemöter vi vuxna och barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar".</p> <p>Arbetet med att använda spår i Evikomp har fortsatt under året, och en arbetsgrupp har dessutom fått utbildning från Studio 3.</p>
<p>Gemensam personal- och schemaförsörjning</p>	<p>Kompetensutveckling har genomförts inom flera områden, bland annat avseende regler kring dygns- och veckovila, rutiner för Köp och Sälj, deltagande vid Intraprones kunddag, dokumentationsutbildning samt utbildning i Everon larmhantering. Utöver dessa riktade insatser pågår ett</p>

¹⁰ Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

	kontinuerligt lärande kopplat till kommunikation i förändring, vilket också utgör en viktig del av den samlade kompetensutvecklingen.
Kommunal hälso- och sjukvård	Se Patientsäkerhetsberättelse, del II

Del II - Patientsäkerhetsberättelse 2025



Sammanfattning av Patientsäkerhetsberättelse 2025

2025 har präglats av en del större omställningar inom förvaltningen med uppstart av nytt verksamhetsområde, Gemensam personal- och schemaförsörjning (GPS), och flera chefsbyten på både verksamhetschef- och enhetschefsnivå. Detta har gjort att vissa utvecklingsområden har fått stått tillbaka på grund av tidsbrist och att vissa områden såsom egenkontroller och avvikelsearbete i bristande omfattning inom framförallt hemtjänstens område. Detta är givetvis oroväckande då basala patientsäkerhetsdelar prioriterats ned i utförande ökar risk för vårdskador. Trots att riskanalys genomförts inför omställningen med GPS har flera risker ändå fallit ut då satta åtgärder inte genomförts. Det har dessutom saknats en tydlig struktur för att följa upp införandet ur patientsäkerhetsperspektiv vilket behöver tas som lärdom framöver. De identifierade riskerna som fallit ut har dock hanterats snabbt när de identifierats och inga allvarliga patientsäkerhetsrisker har uppmärksammats.

Bristen med att identifierade åtgärder från riskanalyser inte genomförs och följs upp har även uppmärksammats inom andra områden, vilket skickar en signal om vikten att stärka detta område och utbilda uppdragsgivarna och tydliggöra ansvar. Det är positivt att flera förvaltningsövergripande riskanalyser genomförts men om de inte fullföljs med genomförande och uppföljning riskerar det att skapa en falsk trygghet i riskhantering och riskmedvetenhet.

Omställningen utifrån ny socialtjänstlag har gett visst genomslag även på patientsäkerhetsområdet då det ställer nya krav på samverkan och gränsdragningar. Detta arbete har primärt genomförts inom rehabområdet där man påbörjat arbetet med dialoger om reहनivåer och införandet av delegerade rehabinsatser i arbetsgruppen med legitimerad personal och MAR och enhetschefer har påbörjat dialoger med utförarverksamheter och socialsekreterare kring hantering framåt. Detta arbete fortlöper under 2026 och är en viktig del i det preventiva arbetet, att möta den demografiska utmaningen samt nyttja personella resurser inom socialförvaltningen på bästa sätt.

Det har framkommit att förgående års patientsäkerhetsberättelse inte har återgetts till medarbetare i utförarverksamheterna i önskad omfattning vilket gör att en viktig del av det systematiska lärandet uteblivit. Det behöver därmed stärkas upp inför kommande år, det vill säga hur detta ska ske för att få bästa förvaltningsövergripande effekt på patientsäkerhetsarbetet - både strategiskt och på lokal enhetsnivå.

Ett område som kan lyftas fram som positivt förbättringsområde är säkra personförflyttningar. Under året har ett flertal arbeten genomförts gällande standardiserad plan för utbildning i säkra personförflyttningar där även ett chefsspår införts. Det har dessutom införts ombudsroll för säkra personförflyttningar och hjälpmedel inom Utförare särskilt boende för att stärka samverkan mellan omsorgspersonal, chefer, rehab, MAR och

hjälpmedelsleverantör. Motsvarande arbete har påbörjats inom Utförare LSS och socialpsykiatri och Utförare hemtjänst. Arbetet har bidragit till ett förbättrat och ökat gemensamt ansvar inom socialförvaltningen och goda dialoger kring samverkansbehov då området berör både patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Gällande samverkan har det skett en positiv utveckling där nya samverkansforum etablerats och befintliga utvecklats för att möta faktiska behov. Bland annat ses en ökad samverkan med Region Östergötland vilket är en viktig medaktör för patientsäkerheten. Teamträffar är ett viktigt internt tvärprofessionellt forum för preventiva insatser där det har signalerats behov av översyn av arbetssättet för att säkerställa ett mer likvärdigt arbetssätt mellan enheter för att uppnå önskade effekter. Detta kommer att ske under 2026 då det utgör en viktig del för att tidigt möta förändrade behov och för ett förebyggande arbete. Detta är viktiga faktorer för såväl enskilda patienter men även på strategisk nivå för att möta den demografiska utmaningen. Teamträffar är också ett viktigt forum för att jobba med individens delaktighet och patienten som medskapare, detta är ett område som tydligt behöver fortsatt utveckling under 2026. Under året finns inga rapporterade mätningar eller resultat för att mäta kundnöjdhet inom patientsäkerhetsområdet vilket är ett förbättringsområde att arbeta vidare med för att kunna göra relevanta förbättringar som ger effekt.

Det har inte skett några riktade insatser för att stärka säkerhetskulturen under 2025 och det ses att det generellt är ett begrepp som sällan lyfts på både övergripande eller lokal nivå. Detta kan även kopplas samman med vissa brister i introduktionen av nya medarbetare inom utförarverksamheter genom avsaknad av information om patientsäkerhetsansvar och rapporteringsskyldighet. Inom Kommunal hälso- och sjukvården sker detta på mer regelbunden basis för såväl nya som befintliga medarbetare vilket troligen hänger samman med att patientsäkerheten är ett mer etablerat begrepp i verksamheten. Likaså då det föreligger mer tät samverkan mellan enhetschefer, MAS och MAR.

Arbetet med avvikelshantering och lärande av avvikelser är fortsatt ett område med brister. Arbetet med införande av ny avvikelserutin och modul var pausat under första halvåret men återupptogs under tertiäl tre. Detta arbete är mest troligt en nyckelfaktor för att få ett bättre systemstöd och tydlighet i vad som krävs för ett systematiskt arbete med avvikelser. Rapportering av avvikelser ligger relativt lika i antal vid jämförelse över år vilket är positivt då det visar på att medarbetarna rapporterar. Dock ses att avvikelser inte utreds i önskad omfattning i syfte att identifiera bakomliggande orsaker och tillsätta relevanta åtgärder. Avvikelser återrapporteras inte heller alltid till arbetsgrupperna inom utförarverksamheterna vilket gör att lärandet uteblir. Inom kommunala hälso- och sjukvården ses att arbetet är mer levande med bland annat kontinuerlig återkoppling på arbetsplatsträffar, men det finns ett behov av att arbeta mer i samverkan med utförarverksamheterna. Detta då de flesta avvikelser behöver utredas mellan verksamhetsområden för att få bästa effekt. Det har också haltat med de sammanställning och återgivning av aggregerade analyserna av avvikelser från MAS under första halvåret. Under

andra halvåret har ett omtag gjorts i och med att ny MAS tillträtt och återrapportering har skett i önskad omfattning.

Gällande allvarliga vårdskador och händelseanalyser ses samma mönster gällande haltande utredning och återkoppling under första halvåret men att det förbättrats under andra halvan. De händelseanalyser som genomförts och lett till lex Maria-anmälan fortsätter att följas av MAS och MAR med standardiserade uppföljningar på tre och sex månader. För de händelseanalyser som ej leder till lex Maria ska åtgärdsplan hanteras av verksamhets- och enhetschefer, här ses brister i att dessa åtgärdsplaner sällan följs upp vilket utgör en patientsäkerhetsrisk. Detta område behöver lyftas på övergripande nivå för att skapa samsyn mellan verksamhetschefer.

Det har genomförts flertalet utbildnings- och kompetenshöjande insatser under 2025. Övergripande ses dock brister i att det saknas struktur för vilka utbildningar som är prioriterade och hur dessa ska genomföras. Som förslag från verksamheterna föreslås bland annat framtagande av årshjul vilket kan vara en nyckelfaktor men för att uppnå önskad effekt krävs också en samsyn inom och mellan verksamhetsområden för att veta vilka utbildningar som ska ingå och hur exempelvis Evikomp ska nyttjas i detta för att skapa lärande på arbetsplatsen. Inom kommunal hälso- och sjukvård har arbetet med kompetensmatriser genomförts inom rehabområdet vilket utmynnat i en tydlig bild i vilka kompetenser som ska finnas inom verksamheten och ligger till grund för dialoger om prioriterade utbildningar framåt. Ett systematiskt arbete som bör spridas inom fler enheter.

Arbetet med införande av digital signering har fortsatt under 2025 där även införande för Utförare LSS och socialpsykiatri påbörjats. En återrapportering och överlämning har skett från projektgruppen till styrgruppen där bland annat behovet av uppföljning av införda arbetssätt behöver göras för att se faktiskt efterlevnad. Den förväntade minskningen av antalet läkemedelsavvikelse har ej kunnat ses vilket är en indikation på att införandet behöver fortsatt uppföljning för att nå önskade effekter på patientsäkerheten. Det finns också ett fortsatt behov av att arbeta vidare med processer och rutiner då merparten av processerna inom patientsäkerhetsområdet inte finns visualiserade. Flertalet rutiner inom främst sjuksköterskeområdet är fortsatt eftersatta och saknar revidering, detta utgör en patientsäkerhetsrisk och behöver utgöra ett prioriterat område för 2026.

Överlag kan ses att 2025 haft flera positiva utvecklingar inom patientsäkerhetsområdet men att det fortsatt finns många områden att arbeta vidare med. Framförallt behövs fokus på att arbeta systematiskt och samverkande och att det behövs tydliga ledningsbeslut och systemstöd för att få fart på frågor gällande avvikelsearbete, egenkontroller och utbildningar. Patientsäkerhetsfrågor behöver också vara en prioriterad fråga som inte får stå tillbaka för ekonomi och arbetsmiljöfrågor. Likaså att en tydlig säkerhetskultur etableras från högsta ledningsnivåer för att kunna genomsyra samtliga led inom socialförvaltningen. Vidare behöver ett arbete ske kring att stärka verksamheterna i att inrapporterat material till Kvalitets-

och patientsäkerhetsberättelsen bygger på analyserade resultat. För detta verksamhetsår sågs en trend i att stora delar av materialet enbart var genomförda aktiviteter men utan analys av effekt på patientsäkerheten.

Handlingsplan för god och säker vård

Patientsäkerhetsarbetet i Motala kommun utgår från visionen för handlingsplanen ”God och säker vård - överallt och alltid”. Syftet är ett välfungerande systematiskt patientsäkerhetsarbete där ingen patient ska drabbas av vårdskada¹¹. Patientsäkerhetsberättelsen sammanfattar hur arbetet bedrivits under verksamhetsåret.

Det systematiska patientsäkerhetsarbetet delas upp i fyra grundläggande förutsättningar:

- Engagerad ledning och styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

Dessa bryts sedan ned i fem fokusområden:

- Öka kunskap om inträffade vårdskador
- Tillförlitliga och säkra system och processer
- Säker vård här och nu
- Stärka analys, lärande och utveckling
- Öka riskmedvetenhet och beredskap



¹¹ [Agera för säker vård - Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se)

Engagerad ledning och styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer – från den politiska nivån och verksamhetschefer till chefer i den patientnära verksamheten. Ledningens kunskap, förhållningssätt, agerande och beslut är avgörande för en hög patientsäkerhet. God kvalitet och patientsäkerhet utvecklas bäst i organisationer med god arbetsmiljö, psykologisk trygghet och en kultur där medarbetarna är delaktiga och gemensamt med ledningen strävar efter att fortlöpande förbättra för att upprätthålla en hållbar verksamhet.

Mål och strategier

Förvaltningsövergripande sammanfattning	<p>Det har skett en del revideringar i befintliga mål och strategier under 2025 kopplat till ny socialtjänstlag, ändringar i lagkrav för egenvård och kommande ändringar i lagkrav för delegering.</p> <p>Det är inte helt tydliggjort hur föregående års patientsäkerhetsberättelse återförts till medarbetare inom utförarverksamheterna samt hur den används som grund i framtagande av verksamhetsplaner och prioritering av utvecklingsarbeten. Inom Kommunal hälso- och sjukvård har verksamhetsplaner tagits fram på både gemensam nivå samt för respektive arbetsgrupper där medarbetare involverats i arbetet.</p> <p>Återrapportering av systematiskt patientsäkerhetsarbete har fungerat väl inom Kommunal hälso- och sjukvård men varit bristande inom utförarverksamheterna. En nyckelfaktor till detta är troligen att MAR och MAS har tertialavstämningar med ledningsgruppen inom Kommunal hälso- och sjukvård där rapporteringsmallen går igenom för att bevaka det löpande arbetet och lägga struktur för behov framåt. Det behöves såldes en struktur för systematiskt patientsäkerhetsarbete på högre ledningsnivåer som sedan kan ligga till grund för mer verksamhetsnära samverkan mellan Kommunal hälso- och sjukvård och utförarverksamheter.</p>
Kommunal hälso- och sjukvård	<p>Under 2025 lanserade ny handlingsplan för Agera för säker vård. Denna har ej implementerats som planerat i verksamheten då frågan ej har kunnat prioriteras gentemot andra uppdrag. Detta kvarstår därmed som mål inför 2026. Arbetet med kontinuerlig återrapportering av patientsäkerhetsarbetet har skett tertialvis med MAS, MAR och verksamhetsområdets ledningsgrupp. Arbetet har upplevts gynnsamt för att få större kontinuitet och fokus på arbetet under året samt minimera risk för uteblivna uppföljningar. Det finns trots detta ett antal utvecklingsarbeten som ej följts upp. Framöver behöver liknande arbeten planeras mer strategiskt med fokus på införande, uppföljning och återkoppling.</p> <p>Förra årets berättelse har återgetts till chefer på chefsdag samt återrapporterats till medarbetare på arbetsplatsträffar. Under maj 2025 genomfördes en planeringsdag med framtagande av verksamhetsplan för verksamhetsområdet utifrån MoR och LUP. Verksamhetsplaner har också upprättats inom respektive område. Arbetsgruppen Sjuksköterskor inom särskilt boende och ordinärt har bland annat tagit fram en utvecklingsplan</p>

där framtagande av årshjul samt lagt in KVÅ-koder som en del av verksamhetsplan. Verksamhetsplan för kommunrehab har omfattat flera arbetsgrupper som arbetat med olika områden.

Under 2025 har ny socialtjänstlag inträtt vilket gett fokus på gemensamma områden och gränsdragningar gällande preventiva insatser. Samverkans dialoger har förts mellan bland annat Kommunal hälso- och sjukvård, Utredning, stöd och tillstånd samt utförarverksamheter kopplat till insatser och ansvarsfördelning gällande rehabinsatser. Arbetet hänger samman med andra frågor såsom delegering och egenvård och fortlöper under 2026.

Under 2025 har arbetet med Lokal handlingsplan Nära vård för Motala fortsatt. Styrgrupp har utsett representanter från respektive verksamhetsområde i kommun och region som haft i uppdrag att ta fram en analys med fokus på förebyggande arbetet för sköra äldre. En rapport med åtgärdsförslag har tagits fram och kommer att presenteras under 2026 då även en gemensam workshop mellan kommun och region planeras.

Under tertial två har det startats upp gemensam samverkan med SF stab och IT inför planerat införande av NLL (nationell läkemedelslista). Arbetet fortlöper under 2026.

Frågan om ansvar och kostnad för rengöring av MTP som identifierades som bristområde under början av 2024 har fortsatt inte fått någon lösning. Frågan har lyfts i ledningsgrupper för att uppmärksamma behovet och vissa dialoger har påbörjats. Dock saknas en lösning för de personer med personligt förskrivna hjälpmedel och som ej kan sköta rengöring och funktionskontroll själva. Arbetet fortlöper under 2026.

Rehabrutiner har reviderats två gånger per år enligt standard. Större revideringar har gjorts i nedanstående rutiner gällande ansvarsfördelning, anpassning till nya lagkrav osv:

- Egenvård
- Rehabnivåer
- Rutin för säkra personförflyttningar

På sjuksköterskesidan finns fortsatt ett eftersläp med många rutiner som ej uppdaterats. Arbetet med handbok för sjuksköterskor ledde till att ett utkast presenterades inför sommaren 2025. Handboken var ej fullständig och ingen uppföljning av implementering har skett under tertial två och tre. Under 2026 kommer ett omtag göras i kombination med översyn av rutiner. Målet är att skapa samsyn med rehabhandboken samt under 2026 även utreda möjligheterna för ytterligare digitalisering kopplat till kvalitetsledningssystem.

En förvaltningsövergripande arbetsgrupp har utsett för att arbeta med fallprevention. Ett utkast för rutin för fallprevention och akuta fallolyckor har tagits fram och kommer förhoppningsvis att kunna implementeras under 2026.

Arbetet med ny delegeringsrutin och arbetssätt har fortlöp under 2025. Utvärdering visar att det inom vissa enheter uppstått bekymmer med att färre sommarvikarier har delegering, men överlag inget som påverkat

	patientsäkerheten. Snarare en generell positiv upplevelse av ökade krav på delegeringar.
Utförare hemtjänst	<p>Arbetet med att upprätta ett gemensamt årshjul har påbörjats under 2025. Effekt av implementering behöver fortsätta följas. Förberedelser för omorganisation inför nytt verksamhetsområde har pågått.</p> <p>Chefer har deltagit i arbetsgrupper kopplat till revidering av rutiner för delegering, säkra personförflyttningar och fallprevention.</p> <p>Under hösten har regionalt hygiennätverk startats upp med deltagare från verksamhetsområdet.</p>
Utförare särskilt boende	Ett årshjul har tagits fram under 2026 där uppföljning av rutiner är inlagt.
Utförare LSS och socialpsykiatri	Inget inrapporterat.

Organisation och ansvar

Förvaltningsövergripande sammanfattning	<p>Det har skett ett antal förändringar i socialförvaltningens organisation gällande chefer inom flera verksamhetsområden. Även förändringar med avveckling av ett särskilt boende, Björktrasten, samt uppstart av nya platser på Strandvägens särskilda boende och LSS Kristberg.</p> <p>Införande av nytt verksamhetsområde GPS har medfört behov av översyn och revidering av tidigare arbetssätt, övergången har medfört viss friktion men även lett till positiva effekter med större samordning och likartade arbetssätt mellan verksamhetsområden. Trots föregående riskanalys har ett antal risker och brister identifierats efter införandet. Inga av dessa har medfört någon allvarlig påverkan på patientsäkerheten. Tät samverkan mellan verksamhetsområdena finns etablerad men behöver fortsätta utvecklas under 2026.</p> <p>Ett antal förändringar i arbetssätt har införts och påbörjats inom exempelvis korttidsenheten, införande av ny ombudsroll för säkra personförflyttningar och hjälpmedel inom särskilt boende samt översyn av arbetssätt inom delegeringsområdet.</p>
Kommunal hälso- och sjukvård	<p>Gemensam personal- och schemaförsörjning</p> <p>Under 2025 har det skett ett gediget arbete inför införande av nytt verksamhetsområde. Arbetet inleddes med en riskanalys under tertial ett för att identifiera risker och sätta åtgärdsplan för en patientsäker uppstart. Inför driftstart genomfördes även en förändring där administrativ personal inte längre finns kvar inom Kommunal hälso- och sjukvård. Inför övergången upprättade ledningsgruppen inom Kommunal hälso- och sjukvård en lista över administrativa arbetsuppgifter som kvarstod på verksamhetsområdet samt fördelade ut dessa inom ledningsgruppen.</p> <p>I samband med uppstart av verksamhetsområdet uppmärksammades vissa patientsäkerhetsrisker. Ett särskilt arbetssätt för hantering av avvikelser mellan Gemensam personal- och schemaförsörjning, utförarverksamhet och Kommunal hälso- och sjukvård upprättades då arbetet initialt ej kunnat ske i Viva då Gemensam personal- och schemaförsörjning ej haft åtkomst. Under året har detta åtgärdats och även GPS har åtkomst till Viva för hantering av patientbundna avvikelser. Kontinuerliga samverkansmöten har skett på ledningsnivå utifrån inkomna avvikelser.</p>

Under tertial tre påbörjades arbete med fas tre i införande av Gemensam personal- och schemaförsörjning kopplat till bemanning inom Kommunal hälso- och sjukvård. Arbetet fortlöper under 2026.

Nya enheter

Under 2025 genomfördes planerad nedstängning av det särskilda boendet Björktrasten. Parallellt med nedstängningen av Björktrasten skedde planerad öppning av nya avdelningar på Strandvägens särskilda boende. Kontinuerliga dialoger har förts mellan enhetschefer inom Kommunal hälso- och sjukvård och enhetschef för aktuellt särskilt boende gällande patientsäker övergång.

Under tertial tre öppnades även ny LSS-enhet Kristberg. Arbetet med planering för uppstart och inflytt påbörjades under tertial ett i samverkan mellan Kommunal hälso- och sjukvård och Utförare LSS och socialpsykiatri. MAS och MAR bjöds även till arbetsplatsträffar för att prata patientsäkerhet med den nya arbetsgruppen på Kristberg.

Chefskap

Under 2025 har det skett flertalet förändringar gällande chefskap inom Kommunal hälso- och sjukvård:

- Från oktober har chefskapet kognitiva teamet övergått till att ligga under enhetschef för LSS och social psykiatri.
- Från november har chefskapet för undersköterskor inom Kommunal hälso- och sjukvård övergått till att tillhöra enhetschef för sjuksköterskor inom ordinärt boende.
- Från november har chefskapet för sjuksköterskor inom korttidsenheten övergått till att ligga under enhetschef för jouren.
- Tf enhetschef för jouren har fått förlängt uppdrag under 2025.
- I slutet utav året har enhetschef för sjuksköterskor inom ordinärt boende valt att avsluta sitt uppdrag och ny rekrytering ska genomföras under 2026. Under tiden täcker chefer internt inom Kommunal hälso- och sjukvård.
- Verksamhetschef för Kommunal hälso- och sjukvård har meddelat pensionsavgång i början av 2026 och ny verksamhetschef har rekryterats.

Bemanning

- Under 2025 gick tidigare hjälpmedelskonsult för västra länsdelen i pension. Ny hjälpmedelskonsult introducerades under tertial två för patientsäker överlämning.
- Under 2025 har det skett flertalet förändringar gällande bemanning inom sjuksköterskegrupperna inom äldreomsorgen. Rekrytering har skett fortlöpande.
- Inom rehabområdet har det skett vissa mindre personalförändringar med löpande rekrytering.
- Nyrekrytering av MAS har skett under tertial två då tidigare MAS gått i pension.

Roll-och uppdragsbeskrivning

- Under 2025 har det skett fortlöpande arbete med uppdragsbeskrivning MAS/MAR tillsammans med biträdande

socialdirektör och verksamhetschef för Kommunal hälso- och sjukvård, arbetet planeras slutföras under tertial ett 2026.

- Behov av revidering av uppdragsbeskrivning Tf MAS identifierades under 2025 men har inte slutförts. Arbetet fortlöper under 2026.
- En ny uppdragsbeskrivning för SÄBO sjuksköterskor har tagits fram. Motsvarande arbete görs för övriga områden under 2026.

Ombud

- Utförare särskilt boende har under 2025 beslutat om införande av ombud säkra personflyttningar och hjälpmedel. Två ombudsträffar genomfördes under 2025.

Arbetsätt

- Under tertial ett genomfördes en riskbedömning gällande ändrad bemanning på korttidsenheten till att vara tre sjuksköterskor och en undersköterska. Under november 2025 genomfördes förändring där en undersköterska från Kommunal hälso- och sjukvård är placerad på korttidsenheten. Arbetat var planerat att utvärderas under tertial tre men utvärdering saknas.
- Under tertial två gjordes en ändring av sjuksköterskemöten där chef skulle delta för att optimera resursanvändning och sätta agenda. Under tertial tre genomfördes en riskbedömning av att enhetschef inte längre deltar på sjuksköterskornas morgonmöte. Förändringen genomfördes i november. Riskbedömning ska följas upp med utsedd arbetsgrupp.
- Under 2025 har ett fortlöpande arbete skett för att förbättra samarbetet mellan jour dag, särskilt boende, ordinärt och korttidsenheten. Målet har varit att juren ska användas på rätt sätt och att de är en resurs för hela Kommunal hälso- och sjukvård kl. 13.30-15.30. Därefter övergår de till jourverksamhet. Som en del av detta har sjuksköterskor inom särskilt boende uppmanats att vid behov boka ärenden till juren för att kunna avsluta sin arbetsdag i tid och därmed följa sitt schema. Arbetet behöver fortlöpande utvärderas under 2026.
- Under 2025 har implementering av arbetsterapeut i biståndsprocessen breddats så att alla arbetsterapeuter som arbetar i ordinärt kan genomföra dessa besök. Arbetsättet är fortsatt ett projekt då det fortsatt inkommer få ärenden. Uppföljning ska ske i december och behöver fortsätta följas under 2026.
- Fortsatt arbete med delegeringsprocess och framtagande av rutin för delegering inom rehab. Det har förts dialog om rutin för egenvård och rehabnivåer på arbetsplatsträffar under året. Viss paus i arbetet under hösten för att invänta lagändringar. Arbetet fortlöper under 2026 med trolig implementering tertial tre 2026.
- Under tertial ett har en omorganisation skett gällande fördelning av hemtjänstområden för sjuksköterskor inom ordinärt boende. Det som tidigare var Borensberg/Tjällmo + Brinken/Fornåsa/Privat har slagits samman till Område Öst.
- Under 2025 har det gjorts en omfördelning av ansvar inom kognitiva uppdraget med förskjutning av uppgifter från sjuksköterska till arbetsterapeut för att möjliggöra att samtliga

	<p>kompetenser kan genomföra de moment som inte kräver specifikt legitimationsyrke.</p> <p>Samordnad vård- och omsorgsplanering, SVOP Under 2025 har LGVO beslutat att ej förlänga tidigare avtal gällande SVOP. Ett nytt avtal har tagits fram men kunde ej verkställas enligt plan varför sommarperioden genomfördes med aktuell lagstiftning som styrning. Tertial tre infördes nya SVOP där dialog kring förändring har skett internt inom Motala kommun samt i samverkan med Region Östergötland.</p> <p>Lagändringar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Under 2026 kommer nya lagkrav gällande krisberedskap och dialoger har påbörjats internt inom kommunen samt i samverkan med regional primärvård. Arbetet fortlöper under 2026. • Januari 2026 kommer nytt lagkrav på delegering. Arbetsgrupper för genomförande av riskanalys och revidering av rutiner har tillsatts och fortlöper under 2026. <p>Korttidsprocessen Under tertial tre har det gjorts ett omtag kring korttidsprocess. Arbetet genomförs i samverkan med Kommunal hälso- och sjukvård, Utredning, stöd och tillstånd samt och korttidsenheten. Bland annat har samverkansmöten med Region Östergötland genomförts för att stärka samverkan med läkare och skapa samsyn kring vårdnivå. Det har även genomförts ett studiebesök i Mjölby kommun för att se deras inskrivningsprocess inom korttidsenheten. Verksamhetschefer för UST och KHSV har även startat en styrgrupp för att stödja enhetscheferna vidare i utveckling av processen.</p>
<p>Utförare hemtjänst</p>	<p>Chefsbyten har skett på verksamhetschefsnivå och för enhetschef på Väster, Brinken och Ekön under 2025.</p> <p>Införande av nytt verksamhetsområde har medfört nya arbetssätt, nya arbetsuppgifter och rutiner på enheterna. En del brister har identifierats kopplat till brukarplanering med påverkan på patientsäkerheten med felaktigt planerade läkemedelsbesök, svårighet att få tag i koordinatörer osv. Även svårighet att vara tillgänglig på enheten för att ta emot läkemedel har identifierats efter uppstartstart samt säker förvaring av läkemedel. En åtgärd är att säkerhetsskåp för detta är beställt. Inga allvarliga vårdskador har rapporterats kopplats till detta men behöver fortsätta följas under 2026. Även svårigheter kring avvikelshantering har identifierats där organisatoriska avvikelser som skrivs på blankett är svårnavigerade. Detta kommer inkluderas i kommande arbete med avvikelserutin och nya moduler under 2026.</p>
<p>Utförare särskilt boende</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Introspar för nyanställda och vikarier i Evikomp färdigställt. Revidering görs fortlöpande under året. • Delegeringsrutin: implementering påbörjad. • Reviderad rutin för tracheostomi-delegering. • Rutin för skyddsåtgärder behöver revideras och fortbildning för chefer behöver ske. • Ombudsroller finns, men saknar tydlighet och uppdragsbeskrivningar samt nätverksledare, behöver tydliggöras vilka ombudsroller ska finnas. Bl.a. Ombud för säkra

	personförflyttningar och hjälpmedel, larmombud, BPSD ombud på somatiken samt palliativa ombud skapats
Utförare LSS och socialpsykiatri	Chefsbyten har skett under året på olika enheter. Alla chefsbyten planeras för att skapa minsta möjliga påverkan på patientsäkerheten.

Samverkan

Förvaltningsövergripande sammanfattning	<p>Under 2025 har samverkan skett på många olika nivåer både inom förvaltningen och med andra aktörer. Även vissa nya samverkansforum har skapats kring exempelvis hjälpmedel och teamträffar finns nu på samtliga områden.</p> <p>I och med uppstart av GPS har vissa nya samverkansbehov identifierats och deltagandet från planerare i exempelvis teamträffar i hemtjänsten har påverkats vilket behöver fortsätta följas under 2026. Teamträffar är i behov av en generell översyn då det framkommit att dessa fungerar olika bra mellan enheter.</p> <p>Ett gott exempel för förvaltningsövergripande samverkan är säkra personförflyttningar där dialoger skett på ledningsgrupper samt med andra aktörer såsom HR och företagshälsovård i samband med framtagande av ny chefsutbildning.</p>
Kommunal hälso- och sjukvård	<p>Samverkan hjälpmedel och säkra personförflyttningar</p> <p>Förvaltningsövergripande hjälpmedelsgrupp för socialförvaltningen har bildats och haft en första träff under T3. Gruppen består av representanter från utförarverksamheterna i form av enhetschefer samt enhetschef för rehab KHSV samt MAR. Syftet är att arbeta med gemensamma frågor kopplat till hjälpmedel med fokus på grundutrustning och arbetstekniska hjälpmedel men även kopplat till personligt förskrivna hjälpmedel och säkra personförflyttningar. Gruppen ses 1–2 tillfällen per termin.</p> <p>Under 2025 skedde också de första träffarna för ombud för hjälpmedel och säkra personförflyttningar inom Utförare särskilt boende, en på vårterminen och en på höstterminen. Första träffen bestod av genomgång av uppdragsbeskrivning och befintliga rutiner samt inventering av hur nuvarande samverkan fungerar och behov framåt. Höstens träff fokuserade på samverkan med enhetschefer med gemensam dialog samt även praktisk träning i vissa moment såsom periodisk inspektion av akutselar. Under 2026 påbörjas arbetet med att se över behov av att instifta ombudsrollen även inom Utförare hemtjänst och Utförare LSS och socialpsykiatri.</p> <p>Under tertial ett 2025 har det skett uppföljning av samverkan mellan MAR, enhetschef för rehab inom Kommunal hälso- och sjukvård och Utförare särskilt boendes ledningsgrupp. Pågående förbättringsarbeten såsom exempelvis riskbedömningar har följts upp samt revidering av rutiner. Bland annat skedde en fördjupad genomgång av rutinen för säkra personförflyttningar samt framtagande av uppdragsbeskrivning för ombudsroll för hjälpmedel och säkra personförflyttningar. Arbetet har</p>

utöver en ökad trygghet och kompetens hos enhetscheferna inom särskilt boende lett till att arbetet presenterades som ett gott exempel på höstens chefsdagar inom socialförvaltningen. Under tertial tre genomfördes uppstart av samverkan med hemtjänsten med genomgång av det arbete som skett inom särskilt boende och inventering av behov framåt. Arbetet fortlöper under 2026 då även Utförare LSS och socialpsykiatri kommer inkluderas.

Under tertial två genomfördes dialoger tillsammans med HR och företagshälsovård i syfte att ta fram ett utbildningsupplägg för chefer inom säkra personförflyttningar. Syftet med samverkan vara att skapa en kompletterande utbildning till den generella arbetsmiljöutbildningen med mer fokus på verksamhetsspecifika frågor kopplat till patientsäkerhet och arbetsmiljö. Samt stärka kompetens och samverkan i dessa frågor även på strategisk nivå.

Under tertial tre har det även inletts en samverkan med bildningsförvaltningen där deras vårdutbildningar nu erbjuder utbildning inom säkra personförflyttningar enligt samma koncept som socialförvaltningen. Detta för att underlätta för nya personal och studenter att snabbt komma in i våra verksamheter kopplat till säkra personförflyttningar och därmed en generell höjning för både patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Cosmic messenger

Under hösten 2024 påbörjades arbetet med ett införande av Cosmic messenger tillsammans med Region Östergötland. Under tertial ett infördes Cosmic messenger med koppling mellan Motala kommun (KHSV) och vårdcentraler och Rehab Väst i Motala. Under T2 framkom även önskemål om att involvera specialistkliniker i Cosmic messenger för att möjliggöra enklare och säkra kommunikation i kognitiva utredningar. Cosmic messenger ersätter delvis tidigare rörpost och telefonsamtal gällande kommunikation. Den gamla rörposten finns kvar för att möjliggöra bifogande av dokument i exempelvis kognitiva utredningar men hoppas kunna adderas till Cosmic messenger i samband med införande av Säker digital kommunikation (SDK) under 2026.

Samverkan med vårdcentraler

Under 2025 har två stycken samverkansträffar skett mellan kommunal och regional primärvård i Motala. Under höstens möte deltog även verksamhetschef för LaH i Motala för att stärka upp samverkan vilket planeras fortsätta även framåt. Mötesforumet upplevs som mycket positivt och har stärkt kommunikation mellan verksamhetsområdena samt rätt ut såväl operativa som strategiska frågor. Deltagande från regionala primärvården har dock bitvis varit lågt från vissa vårdcentraler samt verksamhetschef vilket är viktigt att främja under 2026 för att hålla samverkansforumet levande. Inför 2026 finns bland planerad samverkan kring beredskapsfrågor och användning av Linken på agendan.

Akutenprojektet

Under 2025 initierades det så kallade akutenprojektet av Region Östergötland. Syftet var att optimera flödena på akuten och minimera onödiga inskrivningar. Kommunerna i västra länsdelen involverade sent i projektet och efter det första samverkansmötet identifierades flera risker som gjorde att frågan lyftes med socialcheferna för gemensam dialog.

Resultatet blev ett beslut om att kommunerna ej skulle ingå i projektet. Regionen valde dock att gå vidare och införde det nya arbetssättet med rehab på akutmottagningen under tertial tre 2025. Införandet har medfört ett antal osäkra hemgångar till kommunerna vilket har delgetts regionen och fortsätter följas under 2026.

Prevention

MAR och EC för rehab KHSV har genomfört dialoger med seniorsamordnare under 2025. Dels för informationsutbyte kring de olika verksamheternas ansvar i det preventiva arbetet samt för att hitta gemensamma samverkansområden. Under T2 genomfördes en föreläsning på Seniorcenter där representanter från kommunrehab deltog och pratade om bland annat fallprevention, träning och hjälpmedel. Träffen var välbesökt och mycket uppskattat, fortsatt samverkan planeras. Seniorsamordnare har även deltagit på APT för legitimerad rehabpersonal under 2025 för att informera om sitt uppdrag.

Dialogen har förts med UST kring biståndsbeslut kopplade till vardagsrehabilitering, egenvård och delegerade insatser. Området har även diskuterats på rehabs arbetsplatsträffar under året.

Skyddsåtgärder

Under tertial två genomfördes en samverkansträff med fokus på skyddsåtgärder utifrån att detta flaggats som komplicerat område från flera verksamheter. Samverkansträffen leddes av MAR men tyvärr saknades representation från sjuksköterska vilket gjorde att önskad samverkan inte fullt ut kunde uppnås. Planen var att en ny träff under T3 men detta har fått förskjutas på grund av andra uppdrag. Planen är en ny träff under 2026 för att identifiera utvecklingsbehov och revidering av rutin.

GPS

I och med uppstart av nytt verksamhetsområde GPS har det skett kontinuerlig samverkan mellan chefer inom KHSV, GPS och utförarverksamheter för att lösa ut aktuella frågor. Samverkan har bland annat lett fram till en förbättrad avvikelseprocess där även GPS nu finns inlagd i Viva och avvikelser kan hanteras i gemensamt system.

Verksamhetschefer

Arbetet med regelbundna avstämningar med verksamhetschefer och MAS/MAR har fortlöpt under 2025. Träffarna sker ca 3–4 tillfällen per termin och syftar till att uppdatera sig kring aktuella frågor inom verksamhetsområdet, information om pågående patientsäkerhetsarbete samt planering för deltagande på ledningsgrupper inom respektive område.

Enhetschefer

MAS och MAR har under 2025 haft träffar med EC på KHSV regelbundet. Mötena har haft lite olika inriktning inom ssk och rehabområdet där det förstnämnda varit mer operativt riktat och det andra mer strategiskt. Under 2026 behöver dessa träffar likriktas till att fokusera på strategiska patientsäkerhetsfrågor inom de olika verksamhetsområden. Exempel på frågor som bör hanteras är uppföljning av allvarliga avvikelser samt åtgärdsplaner kopplat till dessa, kommande

ändringar i lagkrav, evidens och kunskapsstöd samt planering inför deltagande på APT osv.

MAS/MAR på ledningsgrupper

MAS och MAR deltar på ledningsgrupper för KHSV, SÄBO, HT och ULS utifrån behov. Inom vissa verksamheter finns stående tider inbokade under terminen och inom andra bokas tider in vid behov. Överlag upplevs dessa möten som positiva men mest givande när det finns tydliga punkter för vad som ska diskuteras uppsatt innan. Generellt deltar MAS och MAR ca 2–4 tillfällen per termin på utförarverksamheternas ledningsgrupper och ett tillfälle per månad på Kommunal hälso- och sjukvårds ledningsgrupper. Deltagande har dock varit haltande under höstterminen 2025 vilket också speglar att det varit svårt att få fart på gemensamma strategiska patientsäkerhetsfrågor.

MAS/MAR och legitimerad personal

MAS och MAR deltar kontinuerligt på arbetsplatsträffar med legitimerad personal. Deltagande sker utifrån dialog med enhetschefer på KSHV och kan bland annat omfatta återgivning av händelseanalyser, kommande lagändringar och revidering i rutiner, dialogfrågor från professionsmöten samt utveckling av arbetssätt kopplat till patientsäkerhet.

Avvikelsegrupp

KHSV har under en längre tid haft en avvikelsegrupp som i samverkan med MAS och MAR bistått i utredning av händelseanalyser, utbildning av nya kollegor inom avvikelserarbete samt fått utbildning i riskanalyser. Under 2025 har gruppens uppdrag varit uppe för dialog då inriktningen kring arbetet med händelseanalyser vid allvarlig vårdskada ändrats och MAS och MAR numera alltid är analysledare. Under våren var deltagande från framförallt sjuksköterskorepresentanter lågt och under hösten har arbetet pausats helt. En ny uppdragsbeskrivning för arbetsgruppen samt omtag kring representation tagits fram och nytt möte planeras under T1 2026.

Samverkan med Region Östergötland

- Möten med psykiatrin genomförs nu med alla kommuner i väster (tidigare bara Motala).
- Under tertial två genomförs ett möte med neurologen på Universitetssjukhuset utifrån utskrivningsprocessen. Nya möten planerats men bokningar har ej inkommit från regionen.

Intern samverkan i Motala kommun

- Under tertial ett deltar sjuksköterskor natt på nattorganisationens arbetsplatsträffar för att inleda en dialog kring hur samverkan kring gemensamma patienter och hur de olika enheter kunna stötta varandra. Effekten har ej utvärderats.
- Enhetschef och 1:e socialsekreterare från Utredning, stöd och tillstånd deltar på träffar med kognitiva teamet.
- Representant från Utredning, stöd och tillstånd deltar sedan hösten 2025 på kvalitetsråd korttids för delaktighet i frågor kring arbetssätt som berör korttidsprocessen.

	<ul style="list-style-type: none"> • Enhetschefer och legitimerad rehabpersonal har deltagits på boendestöds arbetsplatsträffar för att inleda en dialog kring samverkan för gemensamma patienter och hur de olika enheter ska kunna stötta varandra. En första workshopen med arbetsterapeuter och stödpedagoger har även genomförts i syfte att tydliggöra gemensamt mål samt respektive roller. <p>Teamträffar</p> <p>Under 2025 har teamträffar införts inom boendestöd. Utvärdering av övriga teamträffar inom Utförare LSS och socialpsykiatri visar på dessa rullar på bra enligt uppsatt plan. Inom äldreomsorgen och Kommunal hälso- och sjukvård signaleras att teamträffar fungerar väldigt olika mellan enheter och att det finns ett behov av översyn av arbetssätt och efterlevnad av rutin.</p>
Utförare hemtjänst	<p>Teamträffar genomförs på enhet varannan vecka. Framkommit att dom fungerar olika mellan enheterna där vissa fått väldigt bra struktur medan andra inte fått till det riktigt. Införande av Gemensam personal- och schemaförsörjning har gjort att planerare inte längre kan delta samt att närvaron från Kommunal hälso- och sjukvård ibland är bristande. Behov av översyn och samordning.</p> <p>Nattorganisation har samverkan med LOV (Attendo).</p> <p>Senior Alert genomförs i viss mån i hemtjänsten men breddimplementering har inte kunnat genomföras på grund av vikariebrist. Arbetet behöver struktureras för samsyn och breddinförande under 2026.</p>
Utförare särskilt boende	<ul style="list-style-type: none"> • Samverkan med Kommunal hälso- och sjukvård gällande rehab • Utbildning säkra personförflyttningar för personal och chefer påbörjat. • Beslut taget att ombud för säkra personförflyttningar ska finnas på alla enheter, rollbeskrivning och första träff klart. Fortsatt utveckla ombudsrollen. • Dialog mellan verksamhet, MAR och enhetschef rehab har påbörjats i syfte att utveckla och säkra samarbete. Delegerade rehabinsatser ska in i digital signering, enhetschef är utsedd för att ingå i arbetsgrupp. • Behov finns av utökat samarbete mellan enhetschefer och sjuksköterskor på vissa enheter. Sjuksköterskors närvaro saknas på en del enheter. Verksamhetschef för Kommunal hälso- och sjukvård har dialog med enhetschefer på särskilt boende om enhetschefernas förväntningar på sjuksköterskor. • Årshjul med utbildningsinsatser kring HSL till arbetsplatsträffar. • Finns behov av att Kommunal hälso- och sjukvård behöver standardisera sitt arbete på särskilt boende för att skapa samma förutsättningar för samtliga enheter att leverera samma kvalitet. • Påbörjat arbete med att utbilda och samarbeta kring inkontinensskydd och sjuksköterskors ansvar i detta. • Rekrytering ska ske gällande samordnade samverkan Region Östergötland.

<p>Utförare LSS och socialpsykiatri</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PUUK möten för placering genomförs regelbundet med god effekt. • Samverkansmöten med psykiatrin genomförs regelbundet för att skapa en bättre struktur och för att möta patienters behov. • Under tertial två identifieras behov av utvecklad samverkan kring klienter med samsjuklighet. Planeras att göra behovsanmälan för att titta på lämpliga åtgärder för målgruppen med samsjuklighet. • Arbetet med att implementera teamträffar har fortsatt och fungerar nu enligt befintlig rutin på alla gruppboendestäder och serviceboendestäder. Inom boendestöd har det under 2025 pågått ett arbete för att starta upp med teamträffar även där och första teamträffen genomfördes i december. Detta kommer att fortsätta framåt. • Samverkan mellan Utredning, stöd och tillstånd, Utförare LSS och socialpsykiatri och Kommunal hälso- och sjukvård har fortsatt under året och resulterat i en verkställighetsprocess. Denna samverkan har lett till att det har skett fler inflyttningar än tidigare samt även hemtagningar.
--	--

En god säkerhetskultur

Genom en stark säkerhetskultur minimeras riskerna och det systematiska arbetet hålls levande med tydlighet och uthållighet. En stark säkerhetskultur präglas av ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om risker och tillbud utan skuldbeläggande. En säkerhetskultur bygger även på att organisationen lär av de negativa händelser och risker som inträffat samt av positiva resultat. Säkerhetskultur handlar om individuella förhållningssätt, attityder till varandra och en gemensam uppmärksamhet på risker. Hur alla tar ansvar och agerar, både med kollegor och patienter, och betar sig mot varandra. Om en patient drabbas av en vårdskada är det viktigt att patienten blir väl omhändertagen. Det är också centralt att den personal som var inblandad i händelsen får stöd.

<p>Förvaltningsövergripande sammanfattning</p>	<p>Under 2025 har det inte gjorts några riktade insatser för att specifikt stärka patientsäkerhetskulturen. Det framkommer i inrapporteringen att det troligen finns en okunskap i begreppet säkerhetskultur och vad det innebär vilket gör att detta är ett område som är viktigt att arbeta vidare med 2026 för att skapa en begreppssamsyn samt även identifiera områden för att faktiskt mäta säkerhetskultur.</p> <p>Inom Kommunal hälso- och sjukvård finns ett standardiserat arbetssätt med introduktion och info inför högrisk perioder i syfte att stärka patientsäkerhetskulturen.</p> <p>Det har även identifierats flera risker inom hemtjänstens verksamhetsområde som påverkar patientsäkerhetskulturen, främst kopplat till chefers arbetssituation och att viktiga patientsäkerhetsdelar som exempelvis avvikelshantering och loggkontroller ej utförs i önskad tid.</p>
---	---

	Det kvarstår behov av att etablera mer kunskap inom ledningsstruktur på verksamhets- och enhetschefsnivå för att få goda kulturbärare i verksamheterna.
Kommunal hälso- och sjukvård	Årliga genomgången av bildspel gällande högriskperiod inför sommaren lyfts på arbetsplatsträffar för legitimerad personal. All ny personal får introduktion enligt checklista samt träffar även MAR/MAS för genomgång av systematiskt patientsäkerhetsarbete. Avvikelse lyfts kontinuerligt på arbetsplatsträffar för lärande och påminnelse om rapporteringsskyldighet.
Utförare hemtjänst	Det har framkommit brister i att loggkontroller och avvikelshantering ej hanteras i önskad tid utifrån chefers arbetsbelastning. Detta är alarmerande utifrån en säkerhetskultur och riskerar att även ge en påverkan utåt till medarbetarna att patientsäkerhet inte är ett prioriterat område. Specifika möten med GPS som hanterar avvikelser har påbörjats av ett par enheter. Chefer uttrycker även att nuvarande avvikelssystem är svårarbetat vilket ytterligare gör att avvikelset arbetet blir lidande. Arbetet med att ta fram ny avvikelserutin och moduler har pågått under lång tid men pausats vilket är olyckligt utifrån rådande behov ute i verksamheterna. Det har uttryckts en oro från chefer att det på grund av hög stress hos medarbetare skulle upprättas färre avvikelser, ingen analys finns kopplad till detta. Inget i aggregerade analyser som tyder på sådan trend men viktigt att detta följs på varje enhet 2026 för att tidigt identifiera sådana tendenser. Sålides behov av prioriterade insatser från verksamhetschefer för att förebyggande ovanstående brister inte fortgår. Säkerhetskultur lyfts på introduktioner för både ordinarie personal samt vikarier. Det planeras för en gemensam introduktion inom hemtjänsten eftersom det idag finns variationer i hur introduktionerna på enheterna fungerar kopplat till exempelvis rapporteringsskyldighet. Introspar finns i Evikomp men oklart hur det används.
Utförare särskilt boende	Ny rutin för introduktion är framtagen.
Utförare LSS och socialpsykiatri	Avvikelshantering ingår i introduktionsplanen för nyanställda. Kompetensutveckling har skett internt där kollegor delar med sig av varandras erfarenheter.

Adekvat kunskap och kompetens

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal som behövs för att kunna ge en god vård. En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar att utföra sitt arbete.

Kompetensförsörjning är en av flera samverkande faktorer som påverkar riskerna för vårdskada. Kunskap om patientsäkerhet behövs på alla nivåer i hälso- och sjukvården, hos enskilda medarbetare, chefer och ledare samt beslutsfattare och politiker. Det är viktigt att fatta beslut utifrån relevant forskning och rådande kunskapsläge. Kunskapen berör inte bara den praktiska kunskapen i patientnära arbete utan också kompetens inom

systembaser arbetssätt, teamarbete informationssäkerhet och förändringsledning.

<p>Förvaltningsövergripande sammanfattning</p>	<p>Flertalet utbildningar har genomförts inom de flesta verksamhetsområden. Samtliga verksamhetsområden lyfter fram ett behov av kompetenspåfyllnad men uppger också att det saknas en analys av faktiska behov och struktur för prioritering av områden och genomförande. Inom rehab har kompetensmatris tagits fram som ett första steg att skapa en struktur för att veta vilka kompetenser som finns och för att därefter kunna styra utbildningsinitiativ utifrån verksamhetsbehov.</p> <p>Arbetet med Evikomp har fortsatt fungera väl inom Utförare LSS och socialpsykiatri där även arbetet med införande av yrkesresan påbörjats. Inom äldreomsorgen genomförs vissa evikompår såsom delegering och hygien men det saknas övergripande utbildningsplan och att koppla till lärande på arbetsplatsen och inte enbart enskilda utbildningar på plattformen. Det behöver också göras ett arbete kopplat till att samordna med Yrkesresan Äldre. EviDigg startades upp under året och en första träff har genomförts i SF ledningsgrupp för att identifiera hur Motala kommun ska arbeta vidare med detta.</p>
<p>Kommunal hälso- och sjukvård</p>	<p>Under året har flera utbildningssatser genomförts inom Kommunal hälso- och sjukvård:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trach-utbildning via Clinicum för nyanställda på Strömsborg gå • Föreläsning av specialistläkare njurmedicin om njursvikt och läkemedel. • Föreläsning av specialistläkare från Endokrin US om sköldkörtelns under- och överfunktion. • Deltagit på årets Demensdagar i Stockholm. • Internutbildning i säkra personförflyttningar i rehabgruppen. • Förflyttninginstruktörer har under tertial tre gått utbildning i säkra personförflyttningar för tung brukare. Internutbildning planeras under 2026. <p>En kompetensmatris för rehab har under 2025 tagits fram. Syftet har varit att tydliggöra vilka kompetenser som finns idag och vilka behov som finns inom verksamheten och utifrån dessa identifiera vilka gap som finns och därmed är prioriterad vid exempelvis utbildningar.</p> <p>Under tertial tre genomfördes en första pilot för chefsutbildning i säkra personförflyttningar. Utbildningen hölls samman av MAR och EC rehab och innehöll bland annat info om riskbedömningsinstrument, samverkan och gränsdragning kring patientsäkerhet och arbetsmiljö samt praktisk träning. Piloten fick goda utvärderingar och beslutades sedan av verksamhetschefer att implementeras som en del av utbildningskonceptet för säkra personförflyttningar. Utbildningen utförs med nästa tillfälle VT 2026.</p> <p>Under året har en del nya kunskapsstöd tillkommit inom bland annat intellektuella funktionshinder och egenvård. Rehabgruppen har lyfts det nya stödet för egenvård på arbetsplatsträffar och påbörjat arbetet med att samordna med befintliga arbetssätt. Motsvarande arbete behöver göras för sjuksköterskorna under 2026. Det har även kommit fler kunskapsstöd</p>

	<p>kopplet till Våld i nära relation och HSL, dessa har ej kunnat prioriteras för införande under 2025 men behöver prioriteras under 2026.</p> <p>Under året har även utbildningspaketet för VPP demens förts in i Evikomp.</p>
Utförare hemtjänst	<p>Under året har flera utbildningssatser genomförts inom hemtjänst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ordinarie personal har genomfört webbutbildning i basal hygien till följd av en avvikelse. • Webbutbildning i Senior Alert. • Demensutbildning. • Palliativa ombud deltagit på nätverksträff. • Vivautbildning i dokumentation har genomförts i Nattorganisationen. <p>Det har identifierats ett behov av att stärka ordinarie och vikaries kompetens inom flera områden bland annat hygien. Svårigheter att planera in utbildningar under hösten då det var oklarheter för schemaplanerare om det var deras uppgift att planera in utbildningar eller ej. Därför har det inte planerats in vissa kompetensutbildningar som tex. lyft. Utbildningar för hälsoombud, hygienombud, kostombud, brandombud, behörig beställare har skett på enstaka enheter.</p> <p>Ett introduktionsspår i Evikomp för nya medarbetare inom vård och omsorg har tagits fram inför sommaren. Saknas fortsatt struktur för att arbeta med Evikomp och lärande på arbetsplatser inom äldreomsorgen.</p> <p>Kartläggning av kompetensbehov saknas.</p>
Utförare särskilt boende	<p>Under året har vissa utbildningssatser genomförts inom särskilt boende. Bland annat vissa evikompspår och trachdelegering samt att ett omtag gjorts gällande utbildningar i säkra personförflyttningar med bland annat lyftutbildning. Korttids lyfts fram som välfungerande exempel där sjuksköterskorna har utbildningsårshjul för hela året. Även kollegialt lärande av att täcka för varandra på enheter som chef.</p> <p>Finns utbildningsplan för vissa utbildningar t.ex. demens ABC, demens ABC+, demens och kommunikation, 0-vision, BPSD. Övergripande kartläggning av kompetensbehov saknas.</p> <p>Saknas roll-/uppdragsbeskrivningar för yrkesspecifika roller t.ex. undersköterska, sjuksköterska, rehab, chefer samt olika ombudsroller.</p> <p>Ett introduktionsspår i Evikomp för nya medarbetare inom vård och omsorg har tagits fram inför sommaren. Saknas fortsatt struktur för att arbeta med Evikomp och lärande på arbetsplatser inom äldreomsorgen.</p>
Utförare LSS och socialpsykiatri	<p>ULS-dag för alla medarbetare inom verksamhetsområdet har genomförts både under våren och hösten 2025. Temat för våren var mentorspåret i Evikomp och kollegialt bemötande och höstens tema var "hur bemöter vi vuxna/barn med neuropsykiatriska funktionshinder". Utöver det har arbetet med att arbeta med spår i Evikomp fortlöpt och någon arbetsgrupp har även fått utbildning från Studio 3.</p>

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt och kan lita på att vården ges på lika villkor skapar tillit och förtroende. Även närstående har en central roll, i de fall patienten vill det. Det är även viktigt att patienter och närstående ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. Det innebär att alla som arbetar i vården behöver involvera och efterfråga patientens synpunkter, möta patienten med empati och dela med sig av sin kunskap.

Patienten behöver få god och anpassad information om bland annat sin vård och behandling och om eventuella risker. En välinformerad patient har också bättre förutsättningar att ta ansvar för sin egenvård. Dessutom ska en patient som inte vill eller kan ta aktiv del i sin vård och behandling inte riskera att få en sämre anpassad vård, utan vårdpersonalen måste arbeta för att patientens perspektiv tas tillvara utifrån dennes förutsättningar.

Förvaltningsövergripande sammanfattning	Patienten som medskapare är fortsatt ett område i stort behov av utveckling. Ett arbete påbörjades med att ta fram en enkät för Kommunal hälso- och sjukvård till patienter men detta har ej fullföljts. Därav saknas idag data för faktiskt veta vad patienter tycker om de åtgärder som ges. Då patienten som medskapare är en viktig del av omställningen till nära vård så behöver detta arbete prioriteras under 2026.
Kommunal hälso- och sjukvård	Under 2025 har inga specifika arbeten genomförts kopplat delaktighet på strategisk nivå. Den fanns en planering för att ta fram en enkät till patienter kopplade till Kommunal hälso- och sjukvård men detta har ej fullföljts och behöver fortlöpa 2026. Patienternas delaktighet har givetvis involverats i det dagliga arbetet med legitimeras HSL-personal och omsorgspersonal samt kopplat till teamsamverkan.
Utförare hemtjänst	Granskning av genomförandeplaner och brukarens delaktighet i upprättande av dem.
Utförare särskilt boende	På Strandvägen har man börjat prata med hyresgästen om hur de vill ha det när de går bort, dokumenterar det och lägger det i ett vitt kuvert som ligger i personakten i låst skåp på undersköterskeexpeditionen.
Utförare LSS och socialpsykiatri	Inga åtgärder inrapporterade.

Fokusområde 1: Öka kunskap om inträffade vårdskador

Fokusområdet syftar till att öka kunskapen om förekomst av skador och vårdskador och ge underlag till analys av bakomliggande orsaker på systemnivå. Genom aggregerade analyser förbättras möjligheterna att följa utvecklingen av patientsäkerhet över tid, prioritera rätt och arbeta förebyggande. För att kunna göra detta krävs att händelser som har medfört

eller hade kunnat medföra en vårdskada utreds med bakomliggande orsaker och vidtar adekvata åtgärder. Det är också viktigt att patienter och personal som varit involverade i händelse med inträffad vårdskada eller risk för vårdskada för stöd.

<p>Förvaltningsövergripande sammanfattning</p>	<p>Året har initialt präglats av brister i systematisk hantering av allvarliga vårdskador med utdragna utredningsförlopp och återkoppling till verksamheterna. Detta har gett ett bristfälligt lärande och risker i patientsäkerhetsarbetet. Under andra halvan av året har ändringar i arbetssätt genomförts i och med att ny MAS tillträtt och ett arbete har gjorts med MAR och MAS att jobba mer lika gällande utredningar och bedömningar.</p> <p>Arbetet med att sammanställa avvikelser i tertiäl haltade första halvåret men har sedan fortlöpt enligt plan. Bedöms fortsatt positivt för att fånga in högriskperioder separat under tertiäl två. Dock behövs ytterligare struktur för att få till återkoppling ut till utförarverksamheterna.</p> <p>Det behöver också göras ett arbete med att lärande inte bara är kopplat till allvarliga vårdskador utan berör alla avvikelser och även behöver göras ute i verksamheterna. Under hösten 2025 har nytt omtag gjorts kring ny avvikelserutin och avvikelsemoduler som kan ge systemstöd och tydlighet i arbetssätt ut mot verksamheterna. Målet är att dessa träder i kraft under 2026 tillsammans med utbildning och implementeringsstöd.</p>
<p>Kommunal hälso- och sjukvård</p>	<p>Det systematiska arbetet med ökad kunskap om vårdskador har fortlöpt under 2025. En generellt ökad kunskap kan ses utifrån de frågeställningar som inkommer från legitimerad personal och enhetschefer när allvarliga avvikelser identifieras.</p> <p>Det har skett ett internt lärande mellan Utförare LSS och socialpsykiatri och Kommunal hälso- och sjukvård där professioner från båda verksamheterna deltog på återgivning av lex Sarah rörande våld i nära relationer som färdigställdes under tertiäl två. Arbetet utmynnande i en handlingsplan där bland annat ökad kunskap om våld i nära relationer för legitimerad personal var ett område. Ett lärande har skett för involverad personal men det finns ett behov av att sprida denna kunskap inom hela verksamhetsområdet under 2026.</p> <p>I några ärenden under tertiäl ett har allvarlig avvikelse rapporterats till MAS men arbetet med att påbörja händelseanalys har blivit utdraget på grund av arbetsbörda eller bristande bedömning utifrån underlag. Avsedd utredningstid på åtta veckor har därmed överskridits i ett par utav utredningarna. Ett utdraget utredningsförlopp riskerar att dels ge bristfälliga analyser då intervjuer behöver påbörjas snarast samt skapar risker för att andra patienter utsätts för samma risker. Under tertiäl två och tre har detta arbetet intensifierats i och med att ny MAS tillträtt och flertalet utredningar påbörjats. Flera utredningar har även genomförts av MAR och MAS tillsammans för att säkerställa lika arbetssätt och bedömningar. Ett nytt arbetssätt har även skapats mellan MAS och MAR med systematisk översikt av genomförda händelseanalyser för att kunna följa återkoppling från IVO, återgivning och uppföljningar av åtgärdsplaner.</p>

	<p>Ambitionen är att samtliga händelseanalyser som genomförts av MAS/MAR ska återges till de som deltagit i intervjuer samt till berörda ledningsgrupper och arbetsplatsträffar. Detta har ej skett vid några utav genomförda händelseanalyser under början av 2025. Detta arbete kommer ses över under 2026 för att säkerställa arbetssätt och standardiserade återgivningar.</p> <p>Även aggregerade analyser av HSL- och fallavvikelser ska återges till ledningsgrupper i tertial. Detta har ej skett i önskad omfattning under början utav året. Arbetetsättet kommer ses över under 2026.</p> <p>Under 2025 har sju stycken händelseanalyser genomförts och av dessa har fyra anmälts som lex Maria till IVO. Ytterligare ett par har påbörjats under tertial tre och slutförs under början av 2026.</p> <p>Händelseanalyser som lett till lex Maria har planerade uppföljningar av åtgärdsplan på tre och sex månader som följs av MAS och MAR.</p> <p>Händelseanalyser som ej lett till lex Maria ansvarar verksamhetschefer för att åtgärdsplan följs upp.</p> <p>Under tertial tre kom nationella påbud från Läkemedelsverket med risker kopplat till uppresningsstöd Eva som lett till flera allvarliga vårdskador nationellt. Ett gemensamt arbete har skett mellan MAR:ar och hjälpmedelskonsulter i länet för en gemensam hantering och strategi. Arbetet har gett en trygghet i att bedömningar och beslut görs lika över länet för en tryggad patientsäkerhet. Åtgärder har vidtagits med information till patienter som har det specifika hjälpmedlet och bedömningar genomförts av legitimerad personal på de ärenden som bedömts som högre risker. Arbetet fortlöper under 2026 då tillverkaren kommer med modifieringar på hjälpmedlet som kan komma att kräva ytterligare insatser. Inga vårdskador har inrapporterats i Motala kommun kopplat till det specifika hjälpmedlet.</p>
Utförare hemtjänst	<p>Tidigare händelseanalyser har följts upp under tertial ett. Inga ytterligare allvarliga vårdskador har rapporterats under året och därav har inga händelseanalyser genomförts. Inget från IVO eller patientnämnd har inkommit.</p> <p>Chefer har arbetat med avvikelser, synpunkter och klagomål samt rapporteringsskyldighet (lex Sarah, Maria, Maja) på arbetsplatsträffar. Dialog och utredning om avvikelser och förebyggande arbete.</p>
Utförare särskilt boende	<p>Palliativ ombuds utbildning - finns behov och planering av utbildning under hösten planeras.</p>
Utförare LSS och socialpsykiatri	<p>Inga åtgärder inrapporterade.</p>

Fokusområde 2: Tillförlitliga och säkra system och processer

Fokusområdet syftar till att möta förändringarna genom att utveckla ändamålsenliga processer med fokus på patientens väg genom vården. Genom att erbjuda en säker, tillgänglig och jämlik vård stärks

patientsäkerheten och oönskade variationer minskas. Kort sagt så ska rätt patient ska få rätt vård, på rätt plats, i rätt tid. Det kan till exempel handla om bedömning och diagnostik, samverkan i vårdkedjan, informationsöverföring eller ordination och hantering av läkemedel. Vårdgivare ansvarar för att det finns ett ledningssystem som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Genom tillförlitliga och säkra system, processer och rutiner skapas förutsättningar för personal att arbeta säkert, effektivt och enligt bästa tillgängliga kunskap. Genom att införa respektive fasa ut metoder, utrustning och rutiner på ett säkert sätt upprätthålls patientsäkerheten.

<p>Förvaltningsövergripande sammanfattning</p>	<p>De processer som i huvudsak arbetats med inom Kommunal hälso- och sjukvård under 2025 är delegeringsprocess och verkställighetsprocess. Det finns fortsatt ett stort eftersläp på att kartlägga ytterligare processer.</p> <p>Ett flertal rutiner har reviderats under året och ett antal nya rutiner har påbörjats. Det finns ett stort arbete kvar i att göra en översyn för att uppdatera ssk-rutiner.</p> <p>Digitalisering för läkemedel är nu införd inom samtliga verksamhetsområden även om alla enheter ännu inte är inne. Det finns ett behov av fortsatt arbete för att se att satta arbetssätt fungerar och efterlevs samt att vi nyttjar systemets potential för att jobba med avvikelser och kvalitetsutveckling. Under 2026 kommer även oreglerade delegerade insatser inkluderas inom ssk och rehabområdet. En fortsatt dialog behöver ske kring ställningstagande om även SoL-insatser ska hanteras i samma system.</p>
<p>Kommunal hälso- och sjukvård</p>	<p>Processer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Under 2025 har ett arbete gjorts med att rita upp verkställighetsprocessen tillsammans med KHSV, UST och ULS. Processen har gått igenom på PUUK-forum tillsammans med verksamhetschef för UST. En del i processomställningen blir att arbetsterapeutens bedömning tas in som en del av biståndsbeslutet inför inflytt inom ULS. • Under tertial ett påbörjades en processkartläggning av nuläge fördagverksamhet och växelvård för rehab och ssk. I samband med detta görs en revidering av arbetssätt för arbetsterapeuter och fysioterapeuter på dagverksamhet. • Under tertial ett uppmärksammas att det finns en ny process och kopplade arbetssätt kring bostadsanpassningsbidrag. Förändringen har genomförts av TSFS utan dialog med Kommunal hälso- och sjukvård. Samverkansmöten upprättas med genomgång av aktuella lagstiftningar och arbetssätt, förändring har skett gällande att hantera bostadsanpassning striktare gällande ekonomisk ersättning men ej hjälp med utförande då det ej är förenligt med rådande lagar. Arbetet har fortlöpt med internutbildning i professionsmöten för arbetsterapeut kring korrekt information till patienter samt blanketthantering. Identifieras att det finns risk för överspillnadseffekt på socialförvaltningen gällande ökade hjälpbehov om färre individer väljer att fullfölja bostadsanpassning utifrån ändrats arbetssätt. Arbetet följs under 2026.

- Kartläggning av process för delegering pågår.

Under året uppmärksammas att det finns otydligheter på kommunövergripande nivå kring hur upprättning av processer ska ske. Kommunal hälso- och sjukvård har många processer som behöver kartläggas, visualiseras och förankras i verksamheterna. Finns en viss fördröjningseffekt när enhetschef inom Kommunal hälso- och sjukvård blir av med licens i visualiseringsverktyget då beslut fattas om att licenser ska ligga på funktioner på SF stab. Behov behöver framöver anmälas vi e-tjänst.

Rutiner

Rutiner för rehabområdet har uppdaterats halvårsvis enligt rutin. Gällande sjuksköterskerutiner så har den identifierade risken med att majoriteten av dessa rutiner är gamla och ouppdaterade kvarstått. En systematisk översyn behöver göras av dessa rutiner för att kartlägga vilka som är fortsatt aktuella, vilka som kan slås samman samt därefter revideras. Detta arbetet är prioriterat under 2026. Arbetet med att införa en handbok för sjuksköterskor fortlöpte under våren 2025 och innan sommaren gjordes ett utkast. Utkastet var dock ofullständigt och involverade enbart samling av rutiner och ej revidering av dessa vilket gjorde att riskerna med inaktuella rutiner kvarstod. Handboken har ej utvärderats enligt plan och behöver därför genomföras under 2026.

Ett flertal rutiner har fått större revideringar utifrån ändrade lagkrav och arbetssätt:

- Delegeringsrutin
- Skyddsåtgärder
- Lyft och lyftselar
- Säkra personflyttningar
- Trachestomi
- Vaccination

Under året har det påbörjats arbete med att skapa nya rutiner för:

- Fallprevention
- Undernäring
- Basal hygien

Dessa planeras gå i kraft under 2026.

Det har under tertial tre även upprättats en tillfällig rutin för hantering av cytostatika eftersom detta uppmärksammas som allvarlig risk i samband med en händelseanalys. Arbetet med permanenta arbetssätt och rutiner fortlöper tertial tre.

Utöver behovet av generell revidering av sjuksköterskerutiner så har behovet av översyn av rutin för teamträffar påkallats. Detta kommer ske under 2026.

Den riskanalys som gjordes under tertial tre kommer medföra behov av revidering i flera utav läkemedelsrutinerna vilket fortlöper under 2026. Även delegeringsrutinen kommer att få ytterligare revideringar efter genomförd riskanalys för att stämma överens med nya lagkrav samt införande av delegerade rehabinsatser.

System

	<p>Införandet av digital signering har återrapporterat till styrgruppen. Bland annat lyfts behovet av fortsatt utvärdering av införandet framöver för att se om satta arbetssätt efterlevs. Dialog förs även kring att flera utförarverksamheter signalerat önskemål om att få lägga in andra insatser än läkemedel. Detta behöver beslutas i förvaltningens ledningsgrupp då det kräver ett större arbete kring vilka delar som i så fall ska läggas in samt kartläggning av ansvarsområden. Detta arbetet behöver följas upp 2026.</p> <p>Utförare LSS och socialpsykiatri har under 2025 påbörjat införande av digitala signering.</p>
Utförare hemtjänst	<p>Digital signering har implementerats på enheterna</p> <p>Det har gjorts omfattande förändringar i alla arbetssätt och processer utifrån att nya verksamhetsområdet startat, ex; schema, detaljplanering, administration och bemanning. Lokala rutiner i verksamheterna har fått skapas eller revideras utifrån nytt verksamhetsområde samt nya ombudsroller på enhet har tillkommit.</p>
Utförare särskilt boende	<ul style="list-style-type: none"> • Delegeringsrutin - implementering pågår och rutinen följs (behov av stöd i att hitta rätt nivå på språkkunskap samt tydlighet i var blanketter ska förvaras) • Checklista för introduktion - standardiserad och gemensam för verksamhetsområdet. • Icke personligt förskrivna hjälpmedel - bruksanvisningspärm skapats och är under implementering i verksamhetsområdet
Utförare LSS och socialpsykiatri	<p>Verkställighetsprocessen från beslut från myndighet fram till att brukaren flyttar in på ett boende har arbetats med under 2025. De kommer att bli klar, publiceras och börja efterlevas under första tertialen 2026.</p>

Fokusområde 3: Säker vård här och nu

Fokusområdet syftar till att öka medvetenheten, förmågan och flexibiliteten på alla organisatoriska nivåer i vården för att uppmärksamma och agera på störningar i närtid. Området ska också öka kunskapen om patientsäkerhet hos medarbetare, chefer och beslutsfattare

Vården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation, och förutsättningarna för säkerhet kan förändras snabbt. Säker vård här och nu handlar om att ha förmåga och kunskap att upptäcka risker och vara medveten om att oförutsedda händelser eller störningar kan inträffa, men också kunna hantera och agera här och nu innan patientsäkerheten är hotad.

Egenkontroller

Förvaltningsövergripande sammanfattning	<p>Egenkontroll är ett område som tyvärr backat i utveckling under 2025. Samtliga verksamhetsområden uppger att man saknar systematik för egenkontroller under året. De egenkontroller som görs analyseras oftast heller inte för att ligga till grund för utveckling och förbättring. Detta är ett område som verkligen behöver prioriteras under 2026 där varje verksamhetsområde behöver analysera vilka områden som är prioriterade för egenkontroller kopplade till risker och att resultaten regelbundet följs upp och analyseras för att skapa ett värde i patientsäkerhetsarbetet. Som stöd för detta kan årshjul skapas men det finns även ett behov av att</p>
--	--

	<p>utreda systemstöd för hur resultat från egenkontroller ska rapporteras in och analyseras.</p> <p>Kvalitetsregister används i viss mån men även där stannar resultatet ofta på individnivå och analyseras inte aggregerat. Särskilt inom ordinärt boende är arbetet med Senior alert prioriterat för att komma igång med det preventiva arbetet.</p>
<p>Kommunal hälso- och sjukvård</p>	<p>Vissa egenkontroller sker inom vissa områden såsom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kognitiva utredningar • Samtal till vård till vård • Arbetsförmågebedömningar • Lyftselar <p>Egenkontroller är fortsatt ett eftersatt område som saknar systematiskt arbetssätt och årshjul. Det saknas struktur för hur resultat från egenkontroller sammanställs, analyseras och återförs till arbetsgrupper. Det saknas också en tydlig koppling mellan egenkontroll och kända risker inom patientsäkerhet. Under 2026 behöver en egenkontrollplan för Kommunal hälso- och sjukvård tas fram med ett årshjul för vad som ska följas samt att dessa kopplas till kända risker. Resultatet behöver även tydligare återkopplas till medarbetare och chefer.</p> <p>Periodisk inspektion av personligt förskrivna lyftselar genomförs av arbetsterapeuter inom Kommunal hälso- och sjukvård var sjätte månad. Mängden lyftselar med anmärkning har nu minskat något eftersom arbetet fortlöpt och flera selar utrangerats. Under tertiäl två genomfördes utbildning för ombud för säkra personförflyttningar och hjälpmedel så att dessa kan genomföra periodisk inspektion av akutselar. Detta behöver följas upp på nästa ombudsträff för att säkerställa genomförande och korrekt dokumentation.</p> <p>Journalgranskning kopplat till följsamhet till regelverket för hjälpmedelsförskrivning har genomförts inom rehabgruppen. Arbetet med årlig journalgranskning är nu väletablerat inom arbetsgruppen och uppskattat i syfte att skapa lärande, jobba mer lika och jobba med kvalitetsarbeten kopplat till dokumentation. Arbetet med att införa journalgranskning inom sjuksköterskegrupperna har ej kommit igång enligt målsättning under 2025. Eftersom dokumentation uppmärksammas som risk inom flera händelseanalyser så behöver detta arbete komma igång under 2026.</p> <p>Kvalitetsregister används men ej likartat inom verksamhetsområdet. Resultatet analyseras ej på övergripande nivå på enhets- och verksamhetsnivå utan används enbart på individnivå. För att få ytterligare effekt av dessa kvalitetsregister så behöver ett övergripande arbete göras med att sätta en ny struktur för både rapportering och uppföljning samt aggregerade analyser.</p> <p>Under året har kvalitetsgranskning av läkemedelshandling genomförts av extern granskare från Apoteket. Fem enheter granskades och på varje enhet togs en rapport och åtgärdsplan fram. Brister som framkom var</p>

	bland annat inom områdena ansvarsfördelning, läkemedelslistor, signering och förvaring. Enhetschef inom respektive enhet medverkade vid granskningen och ansvarar för att åtgärder vidtas.
Utförare hemtjänst	Egenkontroller har ej genomförts i önskad omfattning under året på grund utav för hög arbetsbelastning för chefer som gett exempelvis eftersläpning av loggkontroller och avvikelshantering. Det finns en variation mellan enheterna i vilken omfattning dessa genomförts men utgör en oroväckande utveckling och därmed ett viktig område att arbeta med under kommande år då det är basala delar i det systematiska kvalitet och patientsäkerhetsarbetet. Egenkontroll av basala hygienrutiner har genomförts av ett par enheter.
Utförare särskilt boende	<ul style="list-style-type: none"> • Loggkontroller i Viva genomförs. • Öppna jämförelser ger en egenkontroll gällande exempelvis måltidssituationer och skyddsåtgärder. • BPSD skattningar, registrering och uppföljningar görs. BPSD bemötandeplaner används. • Senior Alert lyfts upp och går igenom på teamsträffar. • Saknar andra egenkontroller för analys. Ex, följsamhet i basal hygien, avvikelser
Utförare LSS och socialpsykiatri	Skett men inte systematiskt under 2025

Informationssäkerhet

Förvaltningsövergripande sammanfattning	<p>Loggkontroller har genomförts enligt rutin inom Kommunal hälso- och sjukvård och Utförare särskilt boende. Hemtjänst har rapporterat att loggkontroller släpat efter eller inte genomförts alls vilket är alarmerande då det är en viktig del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet.</p> <p>Ett fåtal personuppgiftsincidenter har rapporterats och hanterats utifrån satta rutiner vilket är positivt. Troligen finns det dock en underrapportering sett till det stora antalet personuppgifter som hanteras ute i verksamheterna.</p> <p>Kommunal hälso- och sjukvård har rapporterat positiva resultat utifrån föregående års incidenter där nya arbetssätt gjort att risken nu eliminerats och inga nya incidenter rapporterats.</p>
Kommunal hälso- och sjukvård	<p>Loggkontroller i Viva har genomförts månadsvis enligt rutin och inga brister identifierats. Problemet med genomförande av loggkontroller i NPÖ har inte lösts under 2025 under kvarstår som prioriterat område för 2026.</p> <p>En personuppgiftsincident upprättas under tertial ett kopplat till kvarglömd bokningslista hos brukare.</p> <p>Sedan införande av säkra utskrifter kopplade till SITHS-kort på Södra allén så har inga nya personuppgiftsincidenter uppmärksammats kopplats till kvarglönt material med personuppgifter i skrivaren.</p>

	MAS/MAR har under 2025 fått en antal avvikelser felaktigt skickade till Motala kommun från Region Östergötland. Aktuella avvikelser skulle till annan kommun. Dessa incidenter har återrapporterats till vårdgivaren med uppmaning om att anmäla personuppgiftsincident.
Utförare hemtjänst	Loggkontroller har i viss mån genomförts i Viva men i perioder inte utförts alls eller släpat efter utifrån chefers arbetsbelastning. Inga sekretessbrott har påträffats i de kontroller som utförts. Enheterna har informerat personal om tystnadsplikt och sekretess. Arbete kring sekretess sker på några av enheterna, för att inte känsliga uppgifter ska ligga framme
Utförare särskilt boende	Loggkontroll görs av enhetschefer och verksamhetschef i Viva varje månad för att säkerställa att personal/chefer följer gällande rutiner.
Utförare LSS och socialpsykiatri	Inga personuppgifts incidenter rapporterade.

Rapporteringskyldighet

Förvaltningsövergripande sammanfattning	<p>Flertalet verksamheter lyfter rapporteringskyldighet i någon form men det saknas en standard inom utförarverksamheterna för att efterleva kraven på att detta ska ske både vid introduktion och årligen. Ett behov finns således av att ta fram standardiserat material och få in detta på årshjul. Frågan hänger även samman med behovet av att standardisera introduktion för nya medarbetare inom utförarverksamheten.</p> <p>Inom Kommunal hälso- och sjukvård har APT-kit för rapporteringskyldighet lyfts till samtliga arbetsgrupper. Behovet av riktat arbete mot att även rapportera risker har identifierats och behöver fortsätta att arbetas med under 2026.</p>
Kommunal hälso- och sjukvård	<p>Samtliga nya medarbetare inom Kommunal hälso- och sjukvård har fått en introduktion med MAS/MAR där systematiskt patientsäkerhetsarbete går igenom och vikten av rapporteringskyldighet lyfts.</p> <p>Standardiserat APT-kit med fokus på rapporteringskyldighet och övriga anmälningsskyldigheter gällande exempelvis medicintekniska produkter, läkemedel och oro för barn går igenom på arbetsplatsträffar i respektive verksamhetsområde en gång per år enligt årshjul.</p> <p>Det ses fortsatt en trend där majoriteten av avvikelser som skrivs berör faktiska händelse. Det finns därmed ett fortsatt behov av att arbeta med riskrapportering under 2026.</p> <p>I och med uppstart av nytt verksamhetsområde identifieras av flera avvikelser som berör organisatoriska brister skrivs som patientbundna avvikelser. Detta lyfts på arbetsplatsträffar samt med berörda chefer och medarbetare. Finns en viss okunskap i de olika typer av avvikelser som finns inom socialförvaltningen och att det i Viva enbart ska rapporteras avvikelser som berör patientens faktiska vård och patientsäkerhetsrisker.</p>

Utförare hemtjänst	Variationer i hur introduktionerna på enheterna fungerar kopplat till exempelvis rapporteringsskyldighet.
Utförare särskilt boende	Inga rapporterade åtgärder för 2025.
Utförare LSS och socialpsykiatri	På årshjulet för vad som ska lyftas på arbetsplatsträffar finns det med att lex Sarah, lex Maria och lex Maja ska lyftas varje år vilket görs.

Fokusområde 4: Stärka analys, lärande och utveckling

Fokusområdet syftar till öka systemförståelsen om bakomliggande orsaker genom analys och lärande. Detta sker genom händelseanalyser, riskanalyser, aggregerad analys av avvikelser samt analys av klagomål och synpunkter. Genom att sprida kunskaper inom verksamhet och mellan verksamhetsområden stärks det organisatoriska minnet och risken för återupprepning av kända risker minskar. Det är också viktigt att identifiera goda exempel och sprida dessa. För att öka lärandet är återkoppling till såväl chef som patientnära medarbetare viktig. Det är viktigt att kommunikationen och informationsöverföring mellan olika delar av organisationen är ändamålsenlig, och att förutsättningar finns för gemensamt och mer effektivt och analysbaserat lärande med långsiktiga effekter.

Sammanställning och lärande av avvikelser

Förvaltningsövergripande sammanfattning	<p>Systematisk sammanställning och analys av avvikelser har ej genomförts under första halva av 2025. Detta har gjort att verksamheterna inte fått möjlighet att ta del av avvikelse på aggregerad nivå och jobba med förvaltningsövergripande lärande under året. Detta har dock åtgärdats under andra halvan. Sammanställning på enhetsnivå har skett i vissa fall men ej systematiskt och behöver prioriteras för att gynna det lokala lärandet på enhet och höja patientsäkerheten. För att få till det arbetet krävs dock utbildning, systemstöd och tydliga former för genomförandet. Arbetet med ny avvikelserutin och ny avvikelsemodul har återupptagits andra halva av 2025 och ett nytt underlag ska lämnas till förvaltningens ledningsgrupp under 2026.</p> <p>Hantering av allvarliga vårdskador har i vissa fall fördröjts gällande utredning och återföring. Detta har dock styrt upp under andra halva och arbete är ny samstämt mellan MAR och MAS att verksamheterna involveras i utredningarna.</p>
Kommunal hälso- och sjukvård	<p>Arbetsättet med aggregerad sammanställning och analys av HSL- och fallavvikelser har fortsatt halta under tertial ett. Viss sammanställning har gjorts men ingen återkoppling till verksamheterna. Under tertial två gjordes ett omtag i och med att ny MAS var på plats och aggregerad sammanställning och analys och sammanställning har genomförts för T2 och tertial tre. Analys har skett i samråd med Kommunal hälso- och sjukvårds ledningsgrupp och sedan återförts på arbetsplatsträffar för legitimerad personal samt ledningsgrupper för utförarverksamheter. Arbetsätt är fortsatt uppskattat och beslutas att fortsätta under 2026. Inga samlade analyser har gjorts inom respektive verksamhetsområde för</p>

	<p>Kommunal hälso- och sjukvård och utförarverksamheter. Detta är en brist då det inte ger det lokala lärandet på enheten och för medarbetarna. En del till att detta genomförs är att systemstödet idag är svårnavigerat och hoppas kunna förbättras med införande av nya avvikelsemoduler och tydligare rutin samt utbildning under 2026.</p> <p>Under året har det gjorts en ändring för sammanställning av icke patientbundna avvikelser som skickas till Region Östergötland. Tidigare arbetssätt med att skicka dessa avvikelser en och en bedömdes inte som gynnsamt och avvikelser sammanställs nu i en excelfil och analyseras månadsvis samt i tertial och vid behov bokas samverkansmöten med aktuella enheter in. Arbetssättet har än så länge minskat den administrativa bördan men behöver fortsättas följas under 2026 för få effektivitet på patientsäkerhetsarbetet. En revidering har skett i tidigare lathund och förändringen har återkopplats till Link-team inom Utredning, stöd och tillstånd och Kommunal hälso- och sjukvård.</p> <p>Enskilda avvikelser återrapporteras kontinuerligt på arbetsplatsträffar för legitimerad personal samt vid behov till berörda medarbetare. Detta upplevs positivt av medarbetarna för att stärka lärandet av systematiskt avvikelsearbete samt stärker patientsäkerhetskulturen och ger kontinuerlig påminnelse om rapporteringsskyldighet. MAS/MAR deltar kontinuerligt på arbetsplatsträffar och bistår enhetschefer i ovanstående återrapportering. Under 2026 finns behov av ytterligare stärka att detta arbete sker på liknande sätt inom samtliga arbetsgrupper inom Kommunal hälso- och sjukvård.</p> <p>Under tertial ett återkopplas en lex Sarah rörande våld i nära relation till Kommunal hälso- och sjukvårds arbetsgrupp riktad mot Utförare LSS och socialpsykiatri samt MAR och MAS. Skapade goda dialoger i arbetsgruppen och ett behov av ytterligare kunskapspåfyllnad inom våld i nära relationer identifieras. Detta har dock ej genomförts under 2025 och behöver därför prioriteras för samtliga arbetsgrupper inom Kommunal hälso- och sjukvård under 2026. Som stöd till detta finnas flera nya utbildningar och kunskapsstöd från bland annat socialstyrelsen som kan användas i och med stärkta lagkrav inom området.</p> <p>Samtliga genomförda händelseanalyser ska återkopplas till medarbetare inom Kommunal hälso- och sjukvård samt berörda ledningsgrupper. Detta arbete har ej genomförts under första delen av 2025 på de händelseanalyser som MAS ansvarat för. Flera händelseanalyser har haft utdragna utredningsförlopp och flertalet förfrågningar om vad som blev resultatet har inkommit till MAR från medarbetare och chefer. Under andra halvan har ett omtag gjorts i och med att ny MAS tillträtt och samtliga händelseanalyser har därefter återrapporterats enligt rutin till medarbetare och ledningsgrupper.</p>
Utförare hemtjänst	<p>Arbetet med avvikelser varierar, några jobbar dagligen med det, andra mer sällan. Några enhet lyfter exempel på avvikelser i samband med arbetsplatsträffar och teamträff. Medarbetarna görs delaktiga i avvikelsearbetet men det brister kopplat till fler orsaker; semesterperiod där det inte genomförs några arbetsplatsträffar eller möten samt chefs förutsättningar gällande arbetsbelastning och storlek på enheter/inflöde av avvikelser.</p>

	Sammanställning av fall- och läkemedelsavvikelser drogs på ledningsgrupp under andra halva av året.
Utförare särskilt boende	Återkoppling av avvikelser sker på arbetsplatsträffar, teamträffar och/eller individuellt. Vid allvarliga avvikelser lyfts dessa i Utförare särskilt boendes ledningsgrupp i lärande syfte av enhetschef. MAS och MAR har även återkopplat allvarliga avvikelser där man genomfört händelseanalyser, dock saknas återkoppling på det händelseanalyser som genomfördes i början utav året.
Utförare LSS och socialpsykiatri	Trender ses i avvikelser utifrån nytt arbetssätt avseende digitala inkomna handlingar vilket har lett till reviderade rutiner. Avvikelser återkopplas till medarbetare vid arbetsplatsträffar för lärande och utveckling av enhetens arbete. Avvikelser har delgetts framförallt administrativ grupp som behöver att löpande revidera arbetssätt utifrån skanning och registrering av handlingar. Vidare har administrativt stöd till enheten gett en kvalitetssäkring avseende hantering av inkomna handlingar.

Klagomål och synpunkter

Förvaltningsövergripande sammanfattning	Det ses fortsatt ett lågt inflöde av klagomål och synpunkter. Förmodligen hanteras många av dessa ej enligt rutin och kommer därmed inte in i den statistik som dras. Rutinen för klagomålshantering har uppmärksammats i samband med översyn av avvikelshantering och att det utgör en risk med ytterligare ett system att hantera och som upplevs svårnavigerat. Området kommer fortsätta att bevakas men behöver synkroniseras med kommunövergripande arbete.
Kommunal hälso- och sjukvård	Antalet klagomål och synpunkter som kommit Kommunal hälso- och sjukvård tillhanda är fortsatt låg. Två klagomål har berört bristande bemötande från sjuksköterska och har hanterats av enhetschef. Två klagomål inom äldreomsorgen har hanterats i samråd med MAS och lett till utökade utredningar för att säkerställa att ingen vårdskada förekommit. Båda klagomålen har avslutats utan lex Maria anmälan men har lett till att flera interna förbättringsområden identifierats och återrapporterats. Ett klagomål från medarbetare hos extern utförare har inkommit till MAS/MAR, utretts av vårdgivaren och flera förbättringsområden identifieras. Det har även inkommit positiva synpunkter i form av återkoppling från medarbetare som tagit del av spår för Säkra personflyttningar i Evikomp samt efter rehabs föreläsning på Seniorcenter.
Utförare hemtjänst	Synpunkter och klagomål har inkommit dock inget som specifikt rört patientsäkerhet. Mestadels inkommer det via Viva men även via telefon. Medarbetare delges enskilt eller på arbetsplatsträffar. Har identifierats en risk att Ciceron är svårt att arbeta i då det är en sällanuppgift. Det har även inkommit beröm från brukare och anhöriga.
Utförare särskilt boende	Inkommit tre synpunkter och klagomål gällande särskilt boende 2025, enbart som berört patientsäkerhet och hantering av läkemedel. Vissa finns dokumenterad i Ciceron men inte alla vilket uppmärksammats som en brist.
Utförare LSS och socialpsykiatri	Chefsbyten har skett under året på olika enheter. Alla chefsbyten planeras för att skapa minsta möjliga påverkan. I övrigt inget rapporterat.

Fokusområde 5: Öka riskmedvetenhet och beredskap

Detta fokusområde syftar till att uppnå en robust och anpassningsbar verksamhet som kan bedrivas med god patientsäkerhet och god arbetsmiljö även under oväntade förhållanden. Morgondagens utmaningar kräver hög beredskap för att identifiera och hantera risker som kanske är okända i dag. Alla delar av vården behöver planera för att kunna anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden. Förändringar kan till exempel vara övergripande strategiska som omställningen till nära vård och digitalisering av vårdtjänster. De kan också handla om förändrad resursfördelning som kräver omprioriteringar i verksamheten, förändringar i vårdbehov eller påverkan i kompetensförsörjning.

Beredskaps- och katastrofövningar, simuleringsövningar och analys av scenarier är exempel på aktiviteter som ökar förutsättningarna för god beredskap och framförhållning. Verksamhetsnära beredskap krävs för att exempel hantera perioder av ökad arbetsbelastning, bristande kompetensförsörjning, tekniska störningar och leveransproblem för läkemedel eller material.

Förvaltningsövergripande sammanfattning	<p>Det har under 2025 genomförts ett flertal förvaltningsövergripande riskanalyser kopplade till patientsäkerhetsområdet. Dessa arbeten har fallit väl ut och flera risker identifierats. Finns dock ett behov av att stärka uppdragsgivarna i att fördela och följa upp föreslagna åtgärder då det återkommit som brist på flera riskanalyser.</p> <p>Det finns också ett fortsatt behov av att arbeta med kända risker vid högriskperioder såsom kommunikation mellan verksamhetsområden. De åtgärder som infördes för 2025 efterlevdes ej och behöver förtydligas inför 2026.</p>
Kommunal hälso- och sjukvård	<p>Under 2025 har det genomförts flera riskanalyser kopplat till ändringar i organisation, lagändringar och återkommande händelse.</p> <p>Under tertial ett genomfördes en riskanalys utifrån uppstart av Gemensam personal- och schemaförsörjning. Ett antal risker identifieras och vissa kunde åtgärdas innan uppstart. Bland annat har stort fokus lagts på att gå från muntlig tradition till skriftlig dokumentation då detta uppmärksammats som risk samt att fokusera på att jobba mer lika mellan enheter och verksamhetsområden. Alla rekommenderade åtgärder har dock ej genomförts vilket gjort att ett flertal identifierade risker fallit ut i samband med uppstart. Bland annat uppmärksammas olika hantering gällande vakt av delegeringsprov där man arbetar olika inom äldreomsorgen och Utförare LSS och socialpsykiatri vilket leder till olika arbetssätt och patientsäkerhetsrisker. Under tertial två uppmärksammas risken med att antalet delegerade/ssk är betydligt högre inom Utförare LSS och socialpsykiatri än äldreomsorgen vilket ger olika förutsättningar och arbetssätt som uppmärksammas extra i samband med införande av Gemensam personal- och schemaförsörjning.</p> <p>Under tertial tre genomfördes en riskanalys kopplat till narkotikahantering efter ett antal allvarliga och återkommande händelser och kända risker</p>

	<p>identifierats. Riskanalysen slutförs med rapport och rekommenderade åtgärder efter årsskiftet och återrapporteras då till uppdragsgivarna. Åtgärderna genomförs under 2026.</p> <p>Under tertial tre påbörjas arbetet med förberedelser inför ändring av delegeringsföreskrift med upphörande av SOSFS 1997:14. Bland annat upprättas uppdragsbeskrivning för riskanalyser för såväl reglerade och oreglerade delegerade uppgifter samt information till nämnd. Arbetet med genomförande av riskanalys, revidering av rutin och process påbörjas efter årsskiftet.</p> <p>Under 2025 har arbetet med att komplettera Kommunal hälso- och sjukvårds kontinuitetsplan fortsatt. Kommunal hälso- och sjukvårds ledningsgrupp har även fått utbildning i civilt försvar.</p> <p>Under tertial tre uppmärksammas allvarlig avvikelse med brister kopplat till hantering av cytostatika som leder till att en tillfällig rutin upprättas och samverkan med Region Östergötland och utförarverksamheterna påbörjas.</p> <p>Utifrån tidigare riskanalyser kopplat till sommaren så infördes sommaren 2025 att det skulle ske veckoavstämningar lokalt inom förvaltningen mellan verksamhetschefer som sedan rapporterade vidare till enhetschefer och berörda stabsfunktion. Detta arbete fungerade enbart ett fåtal veckor vilket gjorde att det åter framkom risker i kommunikationsflöden under högriskperiod samt bristande kännedom om situation inom de olika verksamhetsområdena och möjlighet att hjälpa varandra.</p> <p>Inför sommaren uppmärksammades också risker kring risk för färre antal med delegering/enhet i och med att kraven på att vikarier ska få delegering höjts. Vissa brister kopplat till detta uppmärksammades men inga patientsäkerhetsrisker rapporterades, troligen på grund av ökad täthet med ordinariepersonal i och med ändring till fem uppstartsdatum för semester.</p>
Utförare hemtjänst	<p>Enhetschef från hemtjänst har deltagit i riskanalys inför nytt verksamhetsområde tillsammans med Kommunal hälso- och sjukvård.</p> <p>Under tertial två har arbetsmiljöverket har inspekterat några hemtjänstenheter efter sommaren. Nya rutiner har tillkommit efter Arbetsmiljöverket kontroll och vissa delar krävt samverkan mellan HT, enhetschef inom Kommunal hälso- och sjukvård och MAR såsom riskbedömningar, förflytningsutbildning och rutiner för säkra personförflyttningar.</p> <p>Identifierad risk att avvikelser hanteras sent på grund av hög arbetsbelastning för enhetschefer.</p> <p>Kontinuitetsplanerna har uppdaterats utifrån nytt verksamhetsområdes införande. Alla enheter är inte helt klara med enhetens kontinuitetsplan.</p>
Utförare särskilt boende	<p>Kontinuitetsplan på enhetsnivå påbörjad.</p> <p>Instruktioner och bruksanvisningar gällande grundutrustning finns nu samlade som en åtgärd efter förra årets tillsyn från Arbetsmiljöverket. Har även skapat rutins kring riskbedömning kring personsäkra förflyttningar med lyfthjälpmiddel.</p>

	Identifierad risk att Wifi på särskilt boende inte alltid fungerar fullt ut och innebär att man inte alltid kommer in i medicinskåp och larmen kan slås ut.
Utförare LSS och socialpsykiatri	På organisatorisk nivå har det inte gjorts några riskanalyser eller riskbedömningar utifrån patientsäkerhetsrisker.

Aggregerad analys av avvikelser

Under året har det upprättats totalt 4684 avvikelser i Viva i hela verksamheten. Av dessa är det 2011 avvikelser som är inom den verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen så kallade HSL-avvikelser. Resterande 2673 avvikelser är fallavvikelser. Utöver detta har det inkommit 19 avvikelser från extern aktör bland annat Region Östergötland och Falck ambulans. Dessa har utretts i verksamheten och återkopplats till rapportör. Denna återkoppling innehåller information om utredning samt de åtgärder som kommer att vidtas i verksamheten för att förhindra återupprepning och öka patientsäkerheten.

Säkra vårdövergångar och SVOP

Gällande den samverkan som sker mellan Region Östergötland, bistånd och den kommunala hälso- och sjukvården (innefattar rehab och ssk) i Cosmic Link har det registrerats 38 avvikelser från och med augusti 2025 gällande SVOP (samordnad vård och omsorgsplanering). Dessa avvikelser upprättas utifrån att SVOP ej efterlevs i kommunikationen som sker. De innefattar oftast att åtgärder ej vidtagits för en säker patientövergång, det kan gälla förskrivning av läkemedel, säkerställande av läkarkontakt eller att läkemedel ej skickas med hem enligt fastställd rutin. Detta år har ett nytt arbetssätt införts gällande dessa avvikelser inom kommunen för att på ett mer adekvat sätt kunna analysera dessa med syftet att öka patientsäkerheten. Vissa av dessa händelser innefattar det organisatoriska arbetet och är ej direkt patientbundna. I nuvarande system för avvikelshantering är det ej möjligt att hantera denna typ av organisatoriska avvikelser varför de i dagsläget dokumenteras och hanteras på pappersblankett. Planen är att framöver sammanställa dessa och arbeta på ett strukturerat sätt i samverkan med övriga parter för att säkerställa patientsäkerheten vid in och utskrivningar samt vid övergångar mellan vårdgivare.

Vad gäller överenskommelsen om SVOP har betalningsansvaret för kommunen förändrats enligt nytt avtal med Region Östergötland sedan hösten 2025. Tidigare gällde detta ett snitt över tre månader men nu gäller det på varje enskild patient. Detta innebär att risken att kommunen får betala i de fall patienter ej kan tas emot i verksamheten ökar. Det finns även en farhåga att de patienter som skrivs ut har ett större behov av insatser jämfört med tidigare då Regionen vill skriva hem patienter så snart de har möjlighet för att kunna ta emot de patienter som har ett större behov av

vård. I dessa fall måste kommunen ta hem patienten och ge de insatser som den behöver vilket kan innefatta både hemtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Om patienten inte kan tas emot så faktureras kommunen för de dygn patienten får kvarstanna inom Regionens försorg. I vissa fall råder diskrepans mellan bistånd och den kommunala hemsjukvården vad gäller mottagandet av dessa patienter. Rapporter med statistik finns tillgängliga för att kunna följa upp gällande den nya överenskommelsen, verksamhetschef utredning stöd och tillstånd (UST) kommer att ansvara för att följa upp resultatet av dessa.

Tertial ett

Antalet avvikelser under perioden var 1494 stycken. Av dessa var 638 HSL-avvikelser och den stora andelen rör läkemedelshantering som står för 523 av avvikelserna. Under tertial ett rapporterades 856 fallavvikelser. Under samma period 2024 var det totalt 1 522 avvikelser rapporterade. Av dessa gällde 493 avvikelser läkemedelshantering och 921 var fallavvikelser. Resterande avvikelser sker inom områdena informationsöverföring, rehab, medicinteknisk utrustning och övrigt.

Tertial två

Antalet avvikelser under tertial två var 1 473 stycken varav 661 är HSL-avvikelser, av dessa gällde 588 läkemedel och 812 var fallavvikelser. Ett mindre antal avvikelser tillkommer som gäller informationsöverföring, rehabiliterade och övriga avvikelser. Jämfört med året innan är antalet avvikelser gällande läkemedel mindre och antalet fallavvikelser är cirka 100 fler till antalet. Det totala antalet är något mindre jämfört med tidigare år. Tertial två innefattar semesterperioden som är en känd riskperiod där många vikarier är i tjänst vilket kan påverka både antalet faktiska avvikelser men även skillnader i rapportering av avvikelser. Det är oklart om införandet av det digitala signeringssystemet kan ha påverkat antalet avvikelser gällande läkemedel. Analys av detta behöver ske senare då det finns tillräckligt med statistik.

Under tertial två var 445 083 insatser planerade gällande läkemedel i hela verksamheten. Utav dessa var 73,8 procent hanterade inom tidsintervallet och 20,6 procent hanterades men utanför intervallet vilket innebär att patienten fått läkemedel men fått det för sent eller för tidigt. 5,6 procent av insatserna utfördes aldrig. Denna siffra kan ha olika förklaringar, tex att patienten blivit inlagd på sjukhus eller att insatsen ej pausats i systemet. Men det kan också vara missade läkemedelsdoser för patienter/brukare. Under denna period inkom 588 avvikelser gällande läkemedel i relation till de 24 763 insatser som anges som ohanterade i SignIT vilket i jämförelse är en liten andel som rapporteras som avvikelser i Viva. Vidare analys och uppföljning behöver utföras gällande detta.

Tertial tre

Under den tredje tertialen rapporterades totalt 1 605 avvikelser jämfört med föregående år då antalet var 1 550. Av dessa var 676 HSL-avvikelser föregående år och 2025 var det 600. 491 stycken avvikelser gäller läkemedelshantering under denna period. Under samma period 2024 var det 570 som gällde läkemedel. Under denna period var 455 696 insatser planerade gällande läkemedel i verksamheten. 73,2 procent var hanterade inom tidsintervallet och 21,7 procent hanterades men utanför intervallet. 5,1 procent av insatserna hanterades aldrig, denna siffra motsvarar 23 068 insatser. Under perioden inkom 491 avvikelser gällande läkemedel.

SignIT

Enligt statistik är följsamheten till att ge läkemedel i rätt tid mer pricksäker inom särskilt boende jämfört med ordinärt boende. Närhet och kännedom om den delegerade personalen tros ligga bakom detta. Sjuksköterskor på boende har mer kontakt med personalen och kan påminna och följa upp mer regelbundet. Sjuksköterskor behöver följa upp och justera i SignIT för att det ej ska signeras utanför intervall vilket kräver en samverkan med personalen. Vid större justeringar av tider för läkemedelsadministrering behöver läkare konsulteras. Sjuksköterskorna på särskilt boende har regelbundna ronder med läkare vilket underlättar dessa justeringar. Sjuksköterskor i ordinärt boende har inte samma strukturerade ronder med läkare. De har ej heller daglig kontakt med delegerad personal eller enhetschefer i hemtjänsten vilket försvårar kontroll och uppföljning. Detta kan vara orsaker till att statistiken är sämre vad gäller träffsäkerheten i ordinärt boende. Enligt statistiken är läkemedelsinsatser gällande dosett relativt hög. Detta borde vara ett lägre antal insatser då patienter/brukare i första hand ska ha apodospåsar. Det är oklart vad som är orsak till detta. Vissa läkemedel går ej att dispensera i apodos och det är även en fördröjning i systemet då det tex gäller akut insatta läkemedel vilket kan vara några förklaringar. Vidare kartläggning och analys av detta behöver utföras då det kan innebära en risk när patient har tex både apodos och dosett. Detta innebär ett större ansvar för den delegerade personalen. Troligtvis finns det åtgärder som kan införas för att minska antalet läkemedelsinsatser gällande dosett.

Gällande ej hanterade insatser samt insatser som ej hanterats inom tidsintervall är statistiken liknande för tertial två och tre. Likaså för året som helhet. Denna statistik behöver analyseras vidare och åtgärder behöver vidtas för att minska detta antal.

Under året har SignIT införts i verksamheter inom LSS och ULS. Under början av 2026 kommer det att vara implementerat i nästan hela verksamheten.

På korttidsenheten används fortfarande signeringslistor på papper då det har varit problematiskt med nätverk i byggnaden. Detta ska nu vara åtgärdat

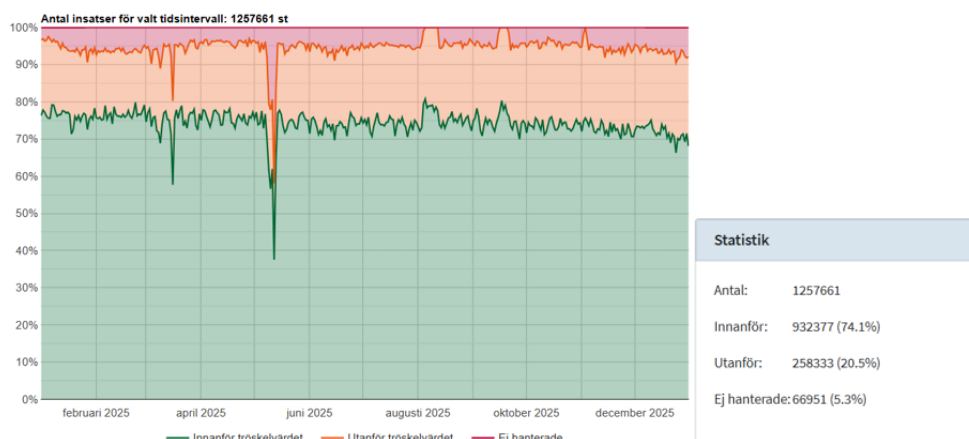
och införandet ska nu kunna slutföras. Planeras för ett införande under början av 2026. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv är digital signering mer säker och genom att ha en gemensam hantering av signering säkerställer det en likvärdig hantering för all personal. Vilket underlättar till exempel i de fall vikarier behövs i verksamheten.

Utvärdering av systemets införande och användbarhet behöver genomföras. Vidare finns det behov av att det förtydligas vem som är ansvarig för kontinuerlig uppföljning gällande statistik och hur ofta denna uppföljning ska ske. Planen är att det framöver ska finnas en gemensam förvaltningsövergripande rutin för hur detta ska genomföras.

Signering i SignIT används i dagsläget enbart till delegerade läkemedelsinsatser. Dialog pågår om att även andra insatser ska kunna signeras i systemet. Problemet blir då en gränsdragning mellan HSL- och SoL-insatser och vem som tex är ansvarig för uppföljning och utvärdering av insatserna. I dagsläget är det endast delegerad personal som har tillgång till SignIT. Om andra insatser ska hanteras i systemet behöver fler få tillgång vilket även medför en ökad administration. Vid dialog framkommer det ett behov i verksamheten av att kunna kontrollera att insatser utförs genom signering. Frågan kvarstår och behöver utredas vidare om det är ett planeringsverktyg som saknas eller om det är bristande dokumentation som behöver åtgärdas.

Avvikelser gällande läkemedelshantering

De allra flesta avvikelser gäller läkemedelshantering och fall i verksamheten. Under året är det enligt statistik i SignIT 1 257 661 insatser gällande läkemedel som har planerats i kommunen. Av dessa är det 66 951 insatser som aldrig hanterades.



När data analyseras i SignIT gällande antalet insatser kopplade till läkemedel som sker varje dag och månad i verksamheten belyser det omfattningen av dessa insatser. Trots detta behöver åtgärder vidtas för att minska antalet händelser kopplat till läkemedel då denna felaktiga hantering kan få stora konsekvenser för brukare och patienter. Den vanligaste orsaken till

avvikelse är utebliven dos och hantering vid överlämnandet av läkemedlet, det förekommer även felaktiga doser samt avvikelser gällande iordningställande. Avvikelser gällande läkemedelshantering har olika allvarlighetsgrad där det kan vara ringa betydelse men i vissa fall få stora konsekvenser för patienten med allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada som följd. En utebliven dos får inte bara anses som en händelse av ringa betydelse utan behöver utredas av chef eller annan utsedd ansvarig (tex delegerande ssk) för att minimera risken för återupprepande. Vi behöver i verksamheten påtala allvarlighetsgraden i detta för att arbeta mer förebyggande. Under året infördes en ny rutin gällande delegering av läkemedelshantering. Rutinen hade för avsikt att ge förutsättningar för att enbart lämpliga personer ska få delegering och att det skulle kunna ha effekten att minska antalet händelser kopplat till läkemedel. Den reviderade rutinen skulle tydliggöra och stödja rekryterare, enhetschefer och legitimerad personal att säkerställa att rätt kompetens finns vid delegering. Enligt statistiken har det ej haft någon större effekt gällande avvikelser inom området läkemedelshantering. Dock ses en liten minskning av antalet avvikelser kopplade till läkemedelshantering, oklart om det är den nya rutinen gällande delegering eller användandet av digital signering som har varit orsak till detta. Utifrån ny lagstiftning från och med 1 januari 2026 gällande delegering har riskanalys påbörjats. Då denna riskanalys är färdigställd kommer delegeringsrutinen att revideras under året. I rutinen kommer det förtydligas gällande verksamhetens ansvar för delegerad personal samt kravet på uppföljning av beslut om delegering. Den reviderade rutinen kommer ytterligare att skärpa kravet på att den som delegeras en arbetsuppgift ska ha den kompetens och kunskap som uppgiften kräver. Sommaren 2025 fick färre delegering. Farhågan var att det skulle ställa till problem under sommaren och med vikarieanskaffning men detta föll väl ut. Inga allvarliga avvikelser har rapporterats gällande detta.

Fallavvikelser

Fall står för 59 procent av det totala antalet avvikelser. Oklart vilka och hur stor del av dessa som lett till vårdskada då det ej finns stöd i nuvarande system för denna typ av statistik. Vidare framgår det ej i hur stor utsträckning fallriskbedömning har genomförts eller inte kopplat till dessa avvikelser. I verksamheten upprättas fallavvikelser till största delen av omsorgspersonal och det saknas standardisering för vad fallriskbedömning omfattar varför statistik inom detta område ej kan analyseras korrekt. Vad gäller antalet fall kan antalet avvikelser vara i relation till enskild person som ofta faller. Statistik gällande fallriskbedömning saknas generellt. Fall och fallriskbedömning är ett område som behöver prioriteras då det finns stora möjligheter att förebygga och minimera risker för fall genom att vidta adekvata åtgärder för patienter.

Händelseanalyser och lex Maria

Allvarliga avvikelser hanteras av MAS och MAR som utför händelseanalys i de fall det bedöms som allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada.

Dessa analyser och den rapport som upprättas kan vara grund för anmälning enligt lex Maria till IVO. Under 2025 har sju händelseanalyser slutförts och ytterligare tre är pågående. Av de sju händelseanalyser som är färdigställda har fyra anmälts till IVO enligt lex Maria. 2024 var antalet händelseanalyser sju stycken varav fyra stycken anmälde som lex Maria. IVO har tagit beslut och återkopplat i ett ärende att vårdgivaren har fullgjort sitt ansvar att utreda och att adekvata åtgärder kommer att vidtas för att hindra att något liknande inträffar igen. Återkoppling kommer att ske till verksamheterna under början av 2026 och åtgärderna kommer att följas upp av MAS vid tre och sex månader. Ytterligare två händelseanalyser är påbörjade 2025 men är ej färdigställda varav en kommer att skickas till IVO enligt lex Maria.

Sammanfattande analys av avvikelser

Det finns i verksamheten ett stort behov av ett mer adekvat systemstöd för att hantera avvikelser inom förvaltningen. Ett mer ändamålsenligt stöd skulle kunna förenkla hanteringen av avvikelser och skapa förutsättningar för chefer att fokusera på åtgärder och uppföljning av avvikelserna istället för att som i nuläget behöva lägga en ansenlig tid på att endast hantera avvikelserna i det befintliga systemet. Ett system skulle kunna förbättra sammanställningen av avvikelser och underlätta analysen för att kunna arbeta med övergripande patientsäkerhetsfrågor på förvaltningsnivå. Detta skulle medföra en kvalitetsförbättring och möjliggöra ett förebyggande arbete för stärkt patientsäkerhet.

I dagsläget finns det brister på olika nivåer i organisationen gällande utredning av avvikelser. Detta kan bero på att den rutin som finns är otydlig gällande ansvaret. Den avvikelsemodul som planerats i Viva som kommer att ge stöd i utredningen för ansvariga har ej kommit i bruk under året men planeras att tas i bruk under 2026. I samband med detta kommer det att behövas en utbildningssatsning och implementering för att underlätta och ge stöd till verksamheten att utföra det de är utsedda att vara ansvariga för.

Arbetet med den förvaltningsövergripande rutinen gällande avvikelshantering pågår. Denna är sammankopplad med det pågående arbetet med avvikelsemodulen i Viva. Arbetet har till viss del avstannat då det är en omfattande process som kräver att olika yrkesgrupper och personer har möjlighet att vara sammankallande i arbetet då det innefattar många olika verksamheter i förvaltningen. Planen är att återuppta detta arbete under 2026 då det finns stora behov av att få till en rutin gällande avvikelser för att underlätta arbetet som kan leda till ett förebyggande och lärande arbetssätt som i sin tur kan leda till ökad patientsäkerhet. Ett nytt system för hantering av avvikelser skulle även leda till att det på organisationsnivå går att få statistik som är mer funktionell. När ny rutin är färdigställd kommer det att krävas stora satsningar på utbildning samt resurser för att implementera rutinen och processen i de berörda verksamheterna.

Rapportering och utredning av allvarliga avvikelser och händelser sker av MAS/MAR. Troligtvis sker en underrapportering av denna typ av händelser och det utförs troligtvis få händelseanalyser i verksamheten. Arbetet med detta behöver fortskrida för att säkerställa patientsäkerheten genom att arbeta med förebyggande åtgärder riktade till stora delar av verksamheten som kan ha effekt för många patienter. I dagsläget är arbetet mer åtgärdande vilket innebär en större risk för patienterna. Arbetet behöver fortsätta med en god säkerhetskultur i verksamheten för att vända detta arbete från åtgärdande till förebyggande. I detta arbete behöver alla ta sitt ansvar både som chef genom information och nära samverkan med medarbetare till att personal tar sitt ansvar att fullgöra sina arbetsuppgifter med att till exempel rapportera avvikelser. Alla behöver ta sitt ansvar i att en missad dos med läkemedel inte bara är en ringa händelse utan att det kan vara något som får stora konsekvenser för våra patienter och brukare. Vidare behöver fler händelseanalyser genomföras och återkopplas till verksamheten för att få till ett lärande i organisationen samt ett gemensamt förhållningssätt för ökad patientsäkerhet. Vad gäller anmälningar till IVO gällande lex Maria är det svårt att bedöma vad som är ett rimligt antal anmälningar under ett år. Troligtvis skulle en effekt av att utföra fler händelseanalyser leda till ett ökat antal anmälningar.

Kvalitetsregister

I verksamheten används fyra kvalitetsregister som är en del i att säkerställa följsamhet till nationella riktlinjer och att få ett mått på kvaliteten i de insatser vi utför. De kvalitetsregister som används i Motala kommun är Senior Alert, Svenska demensregistret, BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) och Palliativa registret. Dock är registreringen i dessa register bristfällig inom de allra flesta enheter och behöver förbättras för att kunna arbeta mer preventivt och förebyggande.

Senior Alert 2025

Senior Alert ger möjlighet att genom registrering och analys arbeta preventivt med att förebygga skador och ohälsa hos framförallt äldre över 65 år. Områden som bedöms är trycksår (T), undernäring (U), fall (F) och ohälsa i munnen (M). Dessa sammanfattas till TUFM. Utöver detta registreras även blåsdysfunktion. Personer i ordinärt och särskilt boende samt personer inom Utförare LSS och socialpsykiatri verksamhet ska erbjudas riskbedömning och åtgärder för att motverka kända riskområden. Resultaten följs upp på respektive enhet och ger ett underlag att följa upp på individ- och enhetsnivå.

Antal unika personer som fått riskbedömning (TUFM) inom Motala kommun är 521 stycken.

- Antal utförda riskbedömningar 2025 är 838 varav 790 förelåg risk (94 procent). Jämfört med 96 procent 2024 och 93 procent 2023.

- Antal med minst en angiven bakomliggande orsak per riskområde är 704 av 790 (89 procent). Jämfört med 85 procent 2024 och 85 procent 2023.
- Åtgärdsplan vid risk togs fram på 742 av 790 (94 procent) patienter. Jämfört med 94 procent 2024 och 93 procent 2023.
- Antal uppföljningar 407 av 584. Antal uppföljningar med minst en utförd åtgärd per riskområde är (70 procent). Jämfört med 64 procent 2024 och 69 procent 2023.

Totalt antal riskbedömda unika personer har minskat. År 2025 var det 521 unika personer inom särskilt (kommunala/privata) och ordinärt boende. Även antalet bedömningar har minskat under året till 838 stycken. Riskbedömningar där vi finner en eller fler risker ligger konstant från 96 procent till 94 procent och vi ligger i nivå med rikets riskbedömningar på 92 procent. Resultatet på bakomliggande orsaker har ökat och åtgärdsplan vid risk ligger oförändrat, kommunen ligger över riksnivå. En positiv trend är förbättringar i att registrera och utföra de planerade åtgärderna som har ökat från 64 procent till 70 procent. Denna parameter ligger fortfarande inom varningsramen både på rikets nivå liksom i kommunen.

Antal unika personer som fått riskbedömning (TUFM) i den Kommunala Hälso-och sjukvården inom ordinärt boende är 39 stycken.

- Antal utförda riskbedömningar är 48 varav 43 där det förelåg risk 90 procent. Jämfört med 96 procent 2024 och 92 procent 2023.
- Antal med minst en angiven bakomliggande orsak per riskområde är 21 av 43 (49 procent). Jämfört med 70 procent 2024 och 58 procent 2023.
- Åtgärdsplan vid risk togs fram på 27 av 43 (63 procent). Jämfört med 70 procent 2024 och 83 procent 2023.
- Antal uppföljningar 41 samt antal uppföljningar med minst en utförd åtgärd per riskområde är 17 (41 procent). Jämfört med 59 procent 2024 och 57 procent 2023.

I statistiken på enhetsnivå så ser bilden ut precis som för 2023 och 2024, det är fortsatt för få unika personer som riskbedöms. För att få en korrekt bild måste alla områden börja arbeta med Senior Alert. Det är i dagsläget två områden inom den kommunala Hälso-och sjukvården ordinärt boende som utför riskbedömningar enligt Senior Alert. Där ses en lägre siffra på att en åtgärdsplan upprättas på alla identifierade riskområden samt även utförda åtgärder i uppföljningen. Hemtjänstens Senior alert ombud har genomgått utbildning men trots detta är registreringen på en mycket låg nivå. Det är sjuksköterskor som utför registreringen i systemet men det kan vara omsorgspersonal som samlar in informationen inför registreringen.

Modulen med möjlighet att registrera blåsdysfunktion startades upp i Motala kommun år 2022. Modulen är inte helt implementerad i alla enheter.

Antal unika personer som fått riskbedömning av blåsdysfunktion är 172 stycken vilket är en ökning jämfört med 2024 då det var 94 unika personer.

- Antal utförda riskbedömningar 210 varav 186 förelåg risk, 89 procent. Jämfört 90 procent 2024 och 87 procent 2023.
- Antal med bakomliggande orsak vid risk 181 av 186, 97 procent. Jämfört 92 procent 2024 och 89 procent 2023.
- Antal med åtgärdsplan vid risk 182 av 186, 98 procent. Jämfört 92 procent 2024 och 95 procent 2023.
- Antal med uppföljningar 76 av 83, 92 procent. Jämfört 90 procent 2024 och 80 procent 2023.
- Antal med förbättring av utförda åtgärder 8 procent. Jämfört 6 procent 2024 och 16 procent 2023.

Det har skett en ökning gällande bedömning av blåsdysfunktion och utförda åtgärder har ökat. Förbättring vid uppföljning av blåsdysfunktion har ökat till 7 av 83 och det har gjort skillnad på individnivå. Det är en stor och svår grupp inom särskilda boende att utföra åtgärder med men som kan leda till en förbättring för en stor andel av de svårt sjuka patienterna. Vi har utbildat/arbetat med inkontinensombud och all personal på en enhet om vikten av åtgärder för att minska besvär med blåsdysfunktion. Målet är att fortsätta med inkontinensutbildning av personal då det är små åtgärder som gör stor skillnad.

SveDem

SveDem (Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar) är en nationell databas där individer med demenssjukdom registreras. Det är ett verktyg för årlig uppföljning av dessa individer. Vid återkoppling efter demensdiagnos, grundregistrerar sjuksköterskan inom Kommunal hälso- och sjukvård aktuella uppgifter till SveDem primärvårdsmodul. Det ger stöd för fortsatt uppföljning av demenssymtom och efter initial registrering sker årlig uppföljning av dessa patienter. När person med fastställd demensdiagnos bor på särskilt boende registrerar omvårdnadsansvarig sjuksköterska årliga uppföljningar i SveDem SÄBO-modul.

Tabell Antal registreringar i SveDem primärvårdsmodul samt antal utförda utredningar KHSV

År	2022	2023	2024	2025
Antal utförda demensutredningar i kommunen	129	176	190	135
Antal grundregistreringar i SveDem	20	33	48	39
Antal utförda årliga uppföljningar av personer med demensdiagnos i kommunen	83	123	228	
Antal registreringar på årliga uppföljningar i SveDem	45	90	120	111
Antal 3 månaders uppföljningar	29	58		22

För att skapa en bild över hur det ser ut i hela västra Östergötland och få mätvärden och målnivåer på basala utredningar har det efter beslut i VPP – demens väster tagit fram ett gemensamt dokument där alla 10 vårdcentralerna med Kommunal hälso- och sjukvårds kognitiva team resultat går att följa. Detta har dock medfört att de basala utredningar som Kommunal hälso- och sjukvård gör på personer som är listade på annan vårdcentral än inom Motala Kommun inte följs i statistiken eller i SveDem och finns således inte med i dessa siffror. Vi följer endas 3 månaders uppföljning, årsuppföljning kan vid behov tas ut från Viva.

2024 genomfördes införandet av obligatoriska konsultträffar på vårdcentralerna med minnesmottagningen och Kommunal hälso- och sjukvårds kognitiva team efter den pilotstudie som genomfördes under 2023 med några utvalda vårdcentraler. Detta kommer förhoppningsvis leda till kortare utredningstider, ökad återkopplingsfrekvens och säkrare diagnosättning framöver. Det är lågt deltagande i SveDem primärvårdsmodul.

Antal uppföljningar i SveDem SÄBO modul

År	2022	2023	2024	2025
	192	88	83	65

Fortfarande ses en minskning vad gäller registreringarna från SÄBO i SveDem.

BPSD registret

BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) är ett nationellt kvalitetsregister för personer med BPSD-problematik. Registret är basen för all vård och omsorg vid kommunens särskilda boenden med demensinriktning för att öka den personcentrerade omvårdanden och minska BPSD symtom. 2024 började även enheter utan demensinriktningar inklusive korttidsboende att registrera och använda registret. En omfattande utbildningsinsats genomfördes på de aktuella enheterna. Alla personer med symtom på demenssjukdom ska enligt socialstyrelsen nationella riktlinjer få minst en årlig bedömning av sina BPSD symtom och om behov finns sätts åtgärder in. Utvärdering utförs efter en bestämd period. Därav har en person flera registreringar i registret. Som mått på att BPSD registret används ska antalet registreringar vara fler än antalet individer.

Tabell Antal registreringar och antal individer i BPSD-registret

År	2022	2023	2024	2025
Antal registreringar	98	182	284	226
Antal individer	152	129	189	125

Andel smärtfria patienter har minskat sedan 2024 och användandet av smärtskattningsskalor har också minskat sedan 2024. Detta är oroväckande

och kan ses som ett förbättringsområde då identifiering av smärta hos personer med demenssjukdom behöver öka.

Palliativa registret

I Palliativa registret har det under året registrerats 86 väntade eller oväntade dödsfall. Föregående år var denna siffra 140 stycken. Enligt statistik i Viva har det avlidit 338 patienter under 2025. Av dessa var 170 boende på särskilt boende och 168 var anslutna till Kommunal hälso- och sjukvård vid dödsfallet. Majoriteten av de registreringar som utförts är inom särskilt boende (65 st) och korttids (16 st). Ordinärt boende har registrerat 4 dödsfall under året i registret. 77 procent har fått erbjudande om efterlevandesamtal till närstående. 6 procent hade ej några kända närstående och 13 procent har ej erbjudits samtal. Under 2025 har mallen som är kopplad till sökordet ”Palliativ vård i livets slutskede” använts på 118 patienter varav de flesta är inom särskilt boende men även några inom Kommunal hälso- och sjukvård.

Sammanfattande analys av kvalitetsregister

Registrering i de olika kvalitetsregistren behöver öka då det är ett mätinstrument gällande kvaliteten i de insatser vi utför. Registren ger också möjligheter att arbeta förebyggande då det är en screening. Analys behöver ske för att utreda vad som är orsak till att registren ej används i den omfattning som är önskad. Därefter behöver åtgärder sättas in utifrån analysen. Detta skulle kunna vara utbildningsinsatser men kan även handla om behov av administrativ tid för att kunna utföra och registrera. Sjuksköterskorna påtalar även att de får dokumentera dubbelt då det ej går att överföra data direkt från Viva till registren. Detta upplevs som tidskrävande. Det finns behov av att få organisationen att förstå vilken användning och nytta registren kan ha för patienterna. Satsningar behöver planeras och prioriteras för att öka förståelsen för användandet och nyttan i verksamheterna för alla våra kvalitetsregister.

Inom särskilt boende har det skett nyanställning av sjuksköterskor och det kan innebära prioritering i att utföra arbetsuppgifter. Prioritering att registrera i till exempel Senior Alert kan därav bli en arbetsuppgift som prokrastineras eller prioriteras bort. Detta har förankrats hos enhetschef och ansvarig för Senior Alert. Under våren 2025 har personal inom hemtjänsten fått utbildning tillsammans med legitimerad personal (sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut). Detta har dock inte haft önskad effekt då det ej har ökat antal registreringar. Inom särskilt boende behöver verksamheten bli bättre på att fokusera på bakomliggande orsaker samt uppföljning av åtgärdsplaner. Tidigare planer om att införa fall i Senior Alert kommer ej att bli aktuellt i dagsläget då fallavvikelse registreras i Viva.

Ordinärt boende har i samtliga register ett lågt antal registreringar. Detta behöver utredas vidare och åtgärder behöver sättas in för att öka användandet.

Läkemedelsgenomgång

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37) ska en läkare ansvara för läkemedelsgenomgångar. Läkaren ska vid behov samarbeta med andra läkare, apotekare, sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal, om det inte finns hinder enligt offentlighets- och sekretesslagen eller patientdatalagen.

Enkel läkemedelsgenomgång är en process i flera steg med syfte att förebygga fel i vårdens övergångar och åstadkomma en så hög överensstämmelse som möjligt mellan de läkemedel som en patient är i behov av, är ordinerad och använder vid det aktuella vårdtillfället. Syftet är att säkerställa en korrekt, aktuell, ändamålsenlig och säker läkemedelslista i den situation patienten befinner sig i för tillfället samt att bedöma behovet av en fördjupad läkemedelsgenomgång.

Patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel ska erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång vid:

- besök hos läkare i öppen vård
- inskrivning i slutenvård
- påbörjad hemsjukvård
- inflyttning i särskild boendeform.

En enkel läkemedelsgenomgång ska dessutom erbjudas minst en gång per år under pågående hemsjukvård eller på särskilt boende. Eftersom det är svårt att veta vilka patienter som av läkare fått fem eller fler läkemedel förskrivna på recept innan en enkel läkemedelsgenomgång är genomförd, bör detta erbjudas alla patienter som är 75 år eller äldre.

Enligt Region Östergötlands lokala rutiner ska enkel läkemedelsgenomgång genomföras vid:

- pågående hemsjukvård i ordinärt boende
- inflyttning i boendeform som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (t.ex. särskilt boende)
- vid årlig receptförnyelse/dosreceptförnyelse

Som regel ska en person med hemsjukvård, minst årligen, och alltid vid identifierade läkemedelsrelaterade problem vid enkel läkemedelsgenomgång även erbjudas en fördjupad läkemedelsgenomgång.

Enligt registrerad statistik i Viva har det under året genomförts 178 stycken läkemedelsgenomgångar i verksamheten. 170 av dessa har genomförts inom särskilt boende och endast åtta är utförda inom ordinärt boende. Under förra året var det 156 läkemedelsgenomgångar som genomfördes vilket innebär att det är några fler detta år men det bedöms ej som att antalet är tillräckligt då det i kommunen finns cirka 1 150 patienter inskrivna i den

kommunala hemsjukvården. Ett fåtal enheter är representerade vilket kan tala för att det är personbundet vad gäller vilken sjuksköterska som är områdesansvarig, OAS. Dock kan det även bero på vem som är patientansvarig läkare då det är läkarens ansvar att läkemedelsgenomgång utförs dock i samverkan med patient/närstående och sjuksköterska. Syftet med läkemedelsgenomgång är att optimera läkemedelsbehandlingen och att minimera förekomsten av läkemedelsrelaterade problem. Detta innebär att arbeta förebyggande och ger också möjlighet att uppdatera läkemedelslistan vilket är en förutsättning för att kunna bedöma orsaker till patienten mående. Med detta som bakgrund finns det behov av att i verksamheten öka målsättningen med att öka antalet läkemedelsgenomgångar och att prioritera detta arbete för ökad patientsäkerhet. Sjuksköterskor i verksamheten påtalar svårigheten att få till dessa strukturerade genomgångar allra helst inom ordinärt boende där de ej har några regelbundna samverkansforum med patientansvariga läkare. Detta kan vara orsaken till att det är ett fåtal genomgångar rapporterade inom denna verksamhet. Sjuksköterskor har även påpekat att det är svårt att få läkarna att ta sitt ansvar att genomföra detta trots påpekanden och initiativ från sjuksköterskorna. Läkare anger tidsbrist som orsak till detta. Detta kommer att påtalas i de samverkansforum som genomförs med representanter från kommunen och Regionen för att säkerställa att patienterna får den vård de har rätt till. Även sjuksköterskorna i kommunen behöver bli bättre på att initiera läkemedelsgenomgång och att dokumentera när det genomförs. Detta område behöver prioriteras under 2026.