

Kvalitetsberättelse för vårdgivare – Vård och omsorgsförvaltningen

År 2025

Upprättad av Kvalitetsutvecklare

Innehåll

1. Inledning.....	3
1.1 Syfte.....	3
1.2 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9	3
1.3 Organisatoriskt ansvar för kvalitetssäkringsarbetet.....	3
2. Kvalitetsdokument.....	3
3. Intern kontroll.....	4
3.1 Resultat internkontroll 2025	4
3.2 Internkontrollplan 2026	6
4. Egenkontroll	6
5. Målstyrning.....	6
6. Nationella undersökningar.....	9
6.1 KKiK, Kommunens kvalitet i korthet	9
6.2 ”Vad tycker det äldre om äldreomsorgen”	11
6.3 Enhetsundersökning	11
7. Avvikelsehantering.....	11
7.1 Avvikelser.....	11
7.2 Klagomål och synpunkter.....	14
8. Riskanalys.....	15
9. Övrigt.....	16
9.1 Ny socialtjänstlag	16
9.2 Användning av stimulansmedel/statsbidrag	17

1. Inledning

1.1 Syfte

Socialstyrelsen rekommenderar alla vård- och omsorgsgivare att skriva en årlig berättelse av vilken det framgår hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår.

Syftet med vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsberättelse är att utgöra en dokumentation av arbetet med att systematiskt och kontinuerligt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

1.2 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9

Enligt SOSFS 2011:9 ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” ska vårdgivaren som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Med stöd av ledningssystemet ska verksamheten planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad ska bygga på processer och rutiner samt samverkan. Som en del i detta har förvaltningen varannan vecka kvalitetsmöte där rutiner, processer och avvikelser analyseras.

1.3 Organisatoriskt ansvar för kvalitetssäkringsarbetet

Vård- och omsorgsnämnden som vårdgivare för omsorgen är ansvarig för kvalitetssäkringsarbetet. Vård- och omsorgsnämnden fastställer mål och processer för det systematiska kvalitetssäkringsarbetet samt har kontinuerlig uppföljning och utvärderar mål. Förvaltningschefen ansvarar för att

- alla medarbetare engageras och har rätt kompetens för att bedriva en god kvalitet i omsorgen
- operativa mätbara verksamhetsmål formuleras och för att målen ska uppnås
- resultatet analyseras och delges verksamhetens medarbetare
- åtgärder påbörjas

2. Kvalitetsdokument

Alla kvalitetsdokument, såsom rutiner, riktlinjer, policys, broschyrer och blanketter är publicerade på intranätet som samtliga medarbetare har tillgång till. Framtagande av nya kvalitetsdokument samt revidering av befintliga kvalitetsdokument sker vid ny lagstiftning eller andra väsentliga förändringar. Kvalitetsutvecklare, LOV-samordnare, MAR (medicinskt ansvarig rehabilitering) och MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) samarbetar med berörda professioner i upprättandet av nya kvalitetsdokument alternativt reviderar befintliga. Varannan vecka har förvaltningen ett möte som heter förlängd ledningsgrupp. På dessa möten

tas rutiner upp för revidering, nyskapande eller genomgång av processer samt uppdatering av styrdokument.

3. Intern kontroll

Intern kontroll innebär att säkra att det som ska göras blir gjort, på det sätt som det är tänkt. Intern kontroll är det samlade begreppet för den organisering och de system, processer och rutiner som bidrar till detta. Enligt Ronneby kommuns reglemente för intern kontroll ska vård- och omsorgsnämnden varje år anta en särskild plan för uppföljning av den interna kontrollen och genomförd riskbedömning utifrån de riskområden som Kommunstyrelsen har tagit beslut om skall beaktas i upprättandet av planen. Inom vård- och omsorgsförvaltningen är det kvalitets- och verksamhetsutvecklare som genomför intern kontroll. Den kan ske genom kontroll i system, inhämtning av information eller genom att fysiskt möte sker på en enhet.

3.1 Resultat internkontroll 2025

- **Avvikelser**

Stickkontroller i verksamhetssystemet visar att 11/20 rapporter är godkända, det vill säga att de är handlagda enligt rutin. Utifrån resultat 2024 (7/20) ser vi att resultatet förbättrats. Kontrollen visar på väsentlig avvikelse vilket innebär att kontrollmomentet följer med till 2026 års internkontroll.

- **Hot och våld i ordinärt boende**

Under våren och hösten begärdes det in 20 st. riskanalyser från hemtjänstens enhetschefer.

Under våren var 2 st. upprättade och 8 st. var inte upprättade. Under hösten var 4 st. upprättade och 6 st. inte upprättade. Kontrollen visar på väsentlig avvikelse vilket innebär att kontrollmomentet följer med till 2026 års internkontroll.

- **Kontrollera att brandpärmar är uppdaterade**

Våren: 10 st. brandpärmar är kontrollerade. De är uppdaterade.

Hösten: 10 st brandpärmar har kontrollerats.

Kontroll visar att pärmarna är uppdaterade och kontrollen är därmed godkänd.

- **Samtycke**

Under våren har det kontrollerats om det finns samtycke från vårdtagare till olika kontakter dokumenterat.

Under både vår och höst har det gjorts 10 stickkontroller i hemtjänst och på vård- och omsorgsboende. 7 st fanns det dokumenterat samtycke på 13 st fanns det inte. Dock visar kontroll att det finns samtycke men att de inte var dokumenterade. Kontrollen visar på väsentlig avvikelse vilket innebär att kontrollmomentet följer med till 2026 års internkontroll.

- **Rutin privata medel**
Under vår och höst har 20 st enheter kontrollerats. 1 enhet har inte följt rutinen medan de andra har det. Kontrollen visar inte väsentlig avvikelse och blir därmed godkänd.
- **Om förvaltningen följer processer för upphandling**
Under året har det central i kommunen kontrollerats om processen för upphandling följs på förvaltningen. Kontrollen visar att den följs och är därmed godkänd.
- **Personalrepresentation**
Under vår och höst har kontroll gällande om syfte och deltagarlista funnits när det skett representation. Kontrollen visar att det finns. Kontrollen blir därmed godkänd.
- **Delegationsordning**
Under året har det centralt i kommunen kontrollerats så att beslut tagna utifrån delegationsordningen är återrapporterade till nämnd från förvaltningen. Kontroll visar att detta görs och är därmed godkänd.
- **Tjänsteskrivelser och beslutsunderlag**
Under året har det centralt i kommunen kontrollerats så att de tjänsteskrivelser och beslutsunderlag som går till nämnd inte brister i för lite information, att det finns barnrättsbedömning eller om det saknas kostnads- och intäktsanalyser. Kontrollen visar att tjänsteskrivelser och beslutsunderlag är tillräckliga och kontrollen blir i detta godkänd.
- **Krishantering**
Under året har det kontrollerats centralt i kommunen om förvaltningen har tillräcklig krishantering. Kontrollen visar att vi har det och blir därmed godkänd.
- **Systematiskt brandskydd**
Under vår och höst har 20 st enheter inom vård- och omsorgsboende kontrollerats gällande om brandpärmarna är uppdaterade. Under våren fann det vissa flikar som inte var uppdaterade men rättades till vid kontroll. Under hösten fanns inga anmärkningar. Detta innebär att kontrollen blir godkänd.
- **Arbetsmiljöarbete**
Under året har det kontrollerats centralt i kommunen om förvaltningen har med systematiskt arbetsmiljöarbete i verksamhetens årsplanering. Kontroll visar att den finns med i årsplaneringen och blir därmed godkänd.
- **Brandskyddsåtgärder**
Under året har det centralt kontrollerats om det genomförs årliga kontroller av SBA-dokument samt om det sker regelbundna brandövningar. Brandövningar finns med i kompetensförsörjningsplanen och kvartalskontroller görs på enheterna. Dock blev det fel i rapporteringen i kontrollen från förvaltningen vilket gör att kontrollen visar väsentlig avvikelse.
- **Krislådor**
Under vår och höst har 20 st krislådor kontrollerats och 12 st var utan anmärkning. Detta innebär att kontrollen visar väsentlig avvikelse och följer med till 2026 års internkontroll.

- **Övrig internkontroll**

Under året har internkontroll även utförts inom områdena läkemedelshantering och medutredare i avvikelser. Dessa redovisas i Patientsäkerhetsberättelsen.

3.2 Internkontrollplan 2026

Enligt tillämpningsanvisningarna för intern kontroll ska Kommunstyrelsen under september månad varje år fastställa riskområden som särskilt bör beaktas i kommunens arbete med internkontrollplaner. Dessa riskområden har tagits med i vård- och omsorgsförvaltningens internkontrollplan för 2026. Nämnderna ska i februari (innevarande år) besluta om årets internkontroll.

Riskbedömningar som gjordes i verksamheten under oktober-december 2025 utifrån riskområdena som Kommunstyrelsen beslutat har legat till grund för internkontrollplan 2026. 2026 års kontroller antogs av nämnd 2026-02-18 och kommer att vara:

- Läkemedelshantering
- Hot och våld i ordinärt boende
- Avvikelse
- Systematiskt brandskydd
- Samtycke
- Rutin "Privata medel"
- Material för kris- och beredskap
- Systemkontroll

4. Egenkontroll

Vårdgivare som bedriver socialtjänst ska genomföra egenkontroll. Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Under våren 2019 arbetades en rutin fram gällande egenkontroller och ett kompletterande självskattningsformulär "Självskattning Ledning och styrning" för samtliga chefer i vård- och omsorgsförvaltningen" togs fram. Under hösten 2025 köptes en modul in för att slippa göra egenkontrollerna på papper. Att göra den i ett system kommer att innebära att det är lättare för närmste chef att kontinuerligt göra uppföljningar utan att begära in underlag.

Förutom ovan beskriven rutin och självskattningsformulär finns egenkontroll för livsmedelshygien, självskattning basal hygien och rutin gällande loggkontroller och journalgranskning. Självskattningsarna/checklistorna görs av respektive enhetschef och resultatet ger en lägesrapport och utgör underlag för eventuella förbättringar inom enheten. Närmare analys av de enskilda kontrollerna görs på respektive enhet och inom respektive verksamhetsområde.






5. Målstyrning

Kommunfullmäktige tar vart 4:e år beslut om strategiska målområden. 2019 arbetades det fram nya som gäller för 2020-2024. I detta ska varje nämnd arbeta fram mål för att uppfylla de strategiska målområdena och varje förvaltning ska arbeta fram indikatorer för att uppfylla

de mål som nämnden tagit beslut om. Nämnderna har möjlighet att ha sina mål samma tidsperiod som KF har antagit sina för eller göra nya mål efter två år. Vård- och omsorgsnämnden valde under 2022 att arbeta fram nya mål för 2023-2024. Efter att de nya målen blev beslutade har förvaltningen arbetat fram indikatorer som presenterades för vård- och omsorgsnämnden mars 2023. Under våren tog KF beslut om att behålla de redan framtagna strategiska målområdena för 2025. Vård- och omsorgsförvaltningen valde i detta att behålla redan befintliga mål. Under hösten 2024 gjordes en förändring i skrivningen för de strategiska målområdena men förvaltningens mål uppfyller fortfarande dem vilket gjorde att beslut togs om att fortsätta med befintliga mål.

Indikatorerna som är kopplade till målen tittades över under hösten 2024 och i januari 2025 antog nämnden de förändringar som tjänstemän i förvaltningen gett som förslag.

Nedan redovisas måluppfyllelsen för 2025. Grönt betyder att indikatorn är uppfylld, gul att den är nästan uppfylld och röd att den inte är uppfylld.

Strategiskt målområde	Mål	Indikator	Utfall	Målvärde
Attraktiv och trygg livsmiljö för alla	Vård - och omsorgsförvaltningens arbete ska utgå från individen med fokus på delaktighet, säkerhet och en meningsfull tillvaro.	 Hur lätt eller svårt är det att få träffa sjuksköterskor vid behov?	Ja	Ja
		 Nås det sammantagna målvärdet för samtliga 8 indikatorer i det palliativa registret?	84,37 %	100 %
		 Erbjuder vård- och omsorgsboendet minst två organiserade och gemensamma aktiviteter per dag under vardagar?	77,5 %	100 %
	Vård- och omsorgsförvaltningens ska vara en lärande organisation med fokus på kontinuitet, samverkan samt förebyggande arbete.	 Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde. Mål för 2023 och 2024 max 14 personer/brukare.	16	14
		 Följsamhet till basal hygien och klädregler.	44 %	90%

		<p>■ Nattfasta för våra boende ska inte överstiga socialstyrelsens rekommendation.</p>	13,47	11
		<p>■ Medborgarundersökningen - Bra utbud av ställen (t.ex. träffpunkter) för äldre att träffas på i kommunen, andel (%)</p>	26,4 %	
		<p>● Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde</p>	28,74	
		<p>◆ Fallskador bland personer 65+, 3-årsm, antal/100 000 inv</p>		Finns inget resultat än för 2025.
Tillväxt och näringslivssamverkan	Kommunmedborgare i Ronneby kommun ska vara väl bekanta och nöjda med nämndens utförare och verksamheter oavsett driftsform.	<p>◆ Helhetssyn hemtjänst</p>	89 %	90%
		<p>◆ Helhetssyn vård- och omsorgsboende</p>	79 %	82%
Ekonomi i balans för en hållbar utveckling	Effektiva arbetsprocesser med rätt resurser för ökad självständighet och hållbarhet.	<p>● Andel fysiska besök som ersätts med välfärdsteknik</p>	2,06 %	5%
		<p>● Kostnad särskilt boende</p>	Ja	Ja
		<p>■ Kostnad hemtjänst</p>	Ja	Ja
		<p>● Antal tillsatta arbetspass utifrån beställda</p>	92,3 %	93%

Attraktiv arbetsgivare	Vård- och omsorgsförvaltningen ska vara en arbetsplats som ger möjlighet till personlig utveckling, delaktighet och där varje medarbetares kompetens används fullt ut.	● Uppdaterad kompetensförsörjningsplan	Ja	Ja
		● Frisktal	90,88 %	94 %
		■ Medelvärde på över 4,0 på motivation, ledarskap och styrning i förvaltningen	4	4

6. Nationella undersökningar

Varje år genomförs nationella kvalitetsundersökningar i Sverige. Vård- och omsorgsförvaltningen använder sig av resultaten i sitt kvalitetsarbete. Vissa resultat används som indikatorer i målstyrningen. Resultaten för de nationella kvalitetsundersökningarna används och bryts ner inom respektive verksamhet.

På www.ronneby.se presenteras Kvalitet i äldreomsorgen för våra vård- och omsorgsboende. Länkar till Äldreguiden finns så att den enskilde själv ska kunna titta på resultaten från de nationella undersökningarna samt kunna jämföra olika verksamheter.

6.1 KKiK, Kommunens kvalitet i korthet

Att jämföra sig med andra och sig själv bakåt i tiden är en bra grund för förbättringsarbete. Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK) är ett projekt som drivs av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). I KKiK har man tagit fram ca 40 olika mått som beskriver kommunernas kvalitet och effektivitet. Måtten spänner över de flesta förvaltningar och områden men med särskild fokus på omsorg, utbildning och äldre. De har tagits fram utifrån fem perspektiv.

- Tillgänglighet
- Trygghet
- Delaktighet och information
- Effektivitet
- Samhällsutveckling

Undersökningen genomförs centralt i kommunens förvaltningar. Omsorgens uppdrag definieras i Socialtjänstlagen, som säger att socialtjänsten ska främja de äldres möjligheter att

leva och bo självständigt, under trygga förhållanden, och att ha en aktiv och meningsfull tillvaro. Undersökningen har en koppling till något av dessa uppföljningsområden. KKiK som presenteras i Kolada utgår från tre färger när de presenterar resultatet. Rött, gult och grönt. 25 % är rött (sämst resultat), 50 % gult (de som är i mellanskiktet) och 25 % grönt (de som har bäst resultat).

I tabell 1 presenteras äldreomsorgens övergripande resultat enligt KKiK för 2025.

Tabell 1. Övergripande resultat för Ronneby Kommun i KKiK, Kommunens Kvalitet i Korthet (hämtade från Kolada 2026-01-07)

	2022	2023	2024	2025	Riket
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	33	44	21	29	Finns inga tillgängliga data
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg – helhetssyn, andel (%)	81	81	81	79	79
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg – helhetssyn, andel (%)	88	86	85	89	85

Väntetid i antal dagar:

Kommuner ska inom skälig tid verkställa sina beslut om bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL). Om IVO bedömer att den enskilde har fått vänta oskäligt länge på att ett beslut ska verkställas kan myndigheten ansöka om utdömande av vite. Ronneby kommun har inom vård- och omsorgsförvaltningen inte utdömts några viten under 2025. I jämförelse med 2024 har Ronneby kommun ökat antal dagar något men ligger bland de 25 % som hamnar på grönt.

Brukarbedömning särskilt boende:

Detta nyckeltal visar på hur många över 65 år som uppgett ”Mycket nöjd” eller ”Ganska nöjd” på frågan hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende. Ett utvecklingsnyckeltal som baseras på ett antal delnyckeltal. Ronneby kommun ligger på något lägre nyckeltal 2025 än 2024. I jämförelse med andra kommuner ligger Ronneby i det mellersta spannet av de 50 % som ligger inom gult område.

Brukarbedömning hemtjänst:

Detta nyckeltal visar på hur många över 65 år som uppgett ”Mycket nöjd” eller ”Ganska nöjd” på frågan hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med den hemtjänst du har. Ett utvecklingsnyckeltal som baseras på ett antal delnyckeltal. I jämförelse med 2024 ser vi en höjning från 85 till 89. I jämförelse med andra kommuner ligger Ronneby i det övre spannet av de 50 % som ligger inom gult område.

6.2 ”Vad tycker det äldre om äldreomsorgen”

”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” är en rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänsten och på vård- och omsorgsboenden. Undersökningen utförs av Socialstyrelsen och går ut till alla personer från 65 år som har hemtjänst eller bor i ett särskilt boende. Syftet med undersökningen är dels att ge enskilda äldre en röst, dels att ta fram kvantitativa mått på omsorgen utifrån ett brukarperspektiv. Det möjliggör att utfallet av insatser kan mätas och jämföras och därmed även utvärderas och utvecklas i linje med vad personer som tar emot omsorg tycker. Resultat av undersökningen presenteras i Kolada.

6.3 Enhetsundersökning

Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård innehåller resultat för verksamheter i Sverige som utför hemtjänstinsatser eller som är särskilda boenden, för personer 65 år och äldre. Undersökningen har gjorts på ett i stora delar jämförbart sätt mellan 2013 - 2025. År 2024 tillkom några nya frågor och indikatorer samtidigt som några togs bort. Hänvisningar i denna skrift bygger på gällande lagstiftning och begrepp för undersökningens tidpunkt (mätdatum 1 mars 2025). Resultatet av enhetsundersökningen presenteras på Socialstyrelsens hemsida.

7. Avvikelsehantering

En avvikande händelse är allt som inte stämmer med normal rutin och förväntat vårdförlopp, händelsen kan ha skett oavsiktligt eller avsiktligt.

All personal inom vård- och omsorgsförvaltningen ska rapportera händelser i verksamheten som medfört eller skulle kunna medföra risk eller skada för vårdtagaren.

Avvikelser rapporteras i förvaltningens verksamhetssystem.

När en avvikelse har uppmärksamats är det händelsen som ska rapporteras, inte den som eventuellt gjort ett misstag. Utredningen ska i första hand titta på organisatoriska brister. De organisatoriska bristerna kan vara att en rutin behöver uppdateras/upprättas eller att det finns behov av kompetensutveckling.

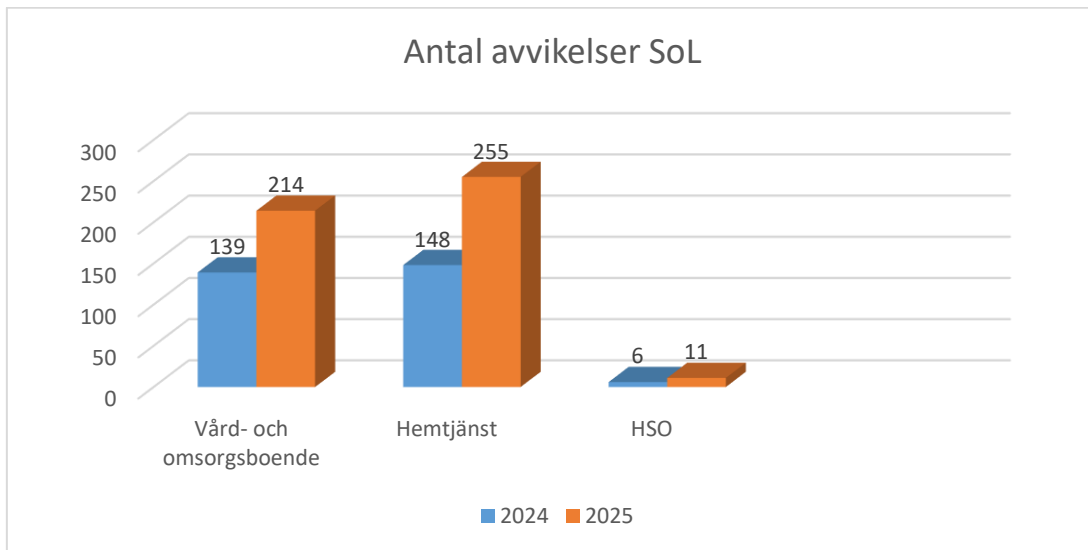
7.1 Avvikelser

Under 2025 har det totalt inkommit 214 avvikelser enligt SoL. Detta är 75 stycken mer än under 2024. Även privata utförare är redovisade.

Under 2023 gjordes en revision gällande avvikelsehanteringen på vård- och omsorgsboende och hemtjänst. De åtgärder som togs fram har under 2025 följts upp av revisionen och det förvaltningen inte fick godkänt på var analys och granskning gällande avvikelser.

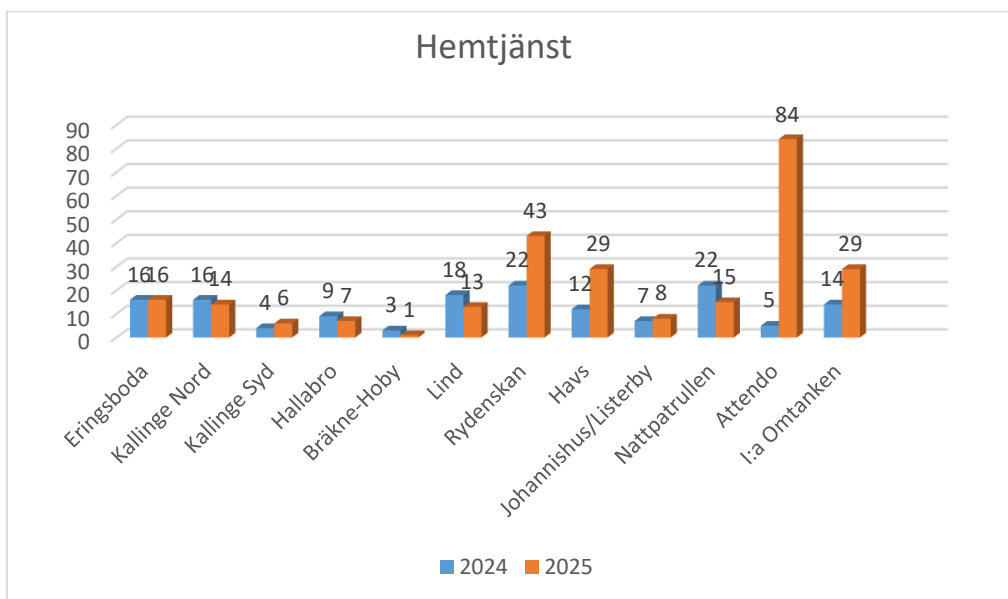
Under 2025 har vård- och omsorgsförvaltningen tillsammans med arbete- och välfärdsförvaltningen köpt in en modul till ett befintligt system som gör att analys och granskning blir lättare.

Tabell 2 Avvikelser totalt SoL



Nedan redovisas antalet avvikelser i hemtjänst respektive vård- och omsorgsboende.

Tabell 3 Avvikelser inom hemtjänst per enhet utifrån SoL



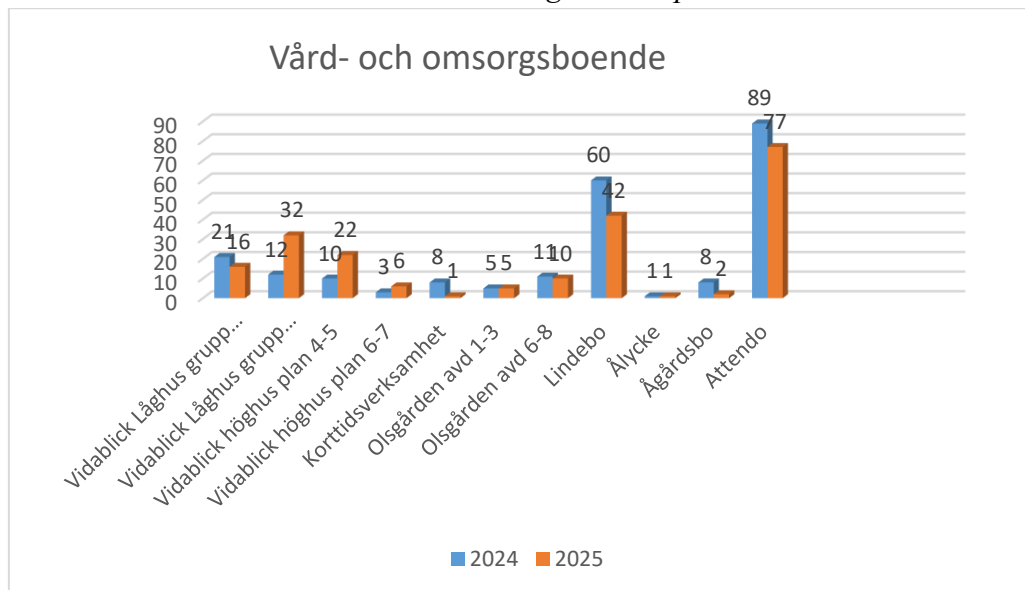
Inom hemtjänst ser vi att det finns enheter som ökat i antal avvikelser och enheter som minskat. Som staplarna visar så har Attendo som privat utförare mer avvikelser rapporterade än andra enheter.

Detta behöver inte innebära inte att Attendo som utförare har fler brister än någon annan enhet inom utan att det finns behov av kunskapshöjning gällande vad som är en avvikelse och

vad som ska rapporteras. Kvalitetsutvecklare är sedan slutet på 2025 ut i verksamheten och utbildar chefer och omvårdnadspersonal i avvikelserapportering.

Vid analys av de avvikelser som inkommit från både privata och kommunala utförare är det brister i service som mest rapporterats. Dessa rapporter är upprättade utifrån bland annat insatser som inte blivit utförda som individ vill ha det eller inte ligger på tider som individ vill ha det. Enheterna arbetar kring genomförandeplaner utifrån att den ska berätta hur en individ vill ha sin insats utförd och kan i detta också arbeta med de förväntningar som finns på utförandet samt tittar över planering så att man så långt som möjligt kan utföra insatser på tider som individen har önskemål om.

Tabell 4 Avvikelser inom vård- och omsorgsboende per enhet



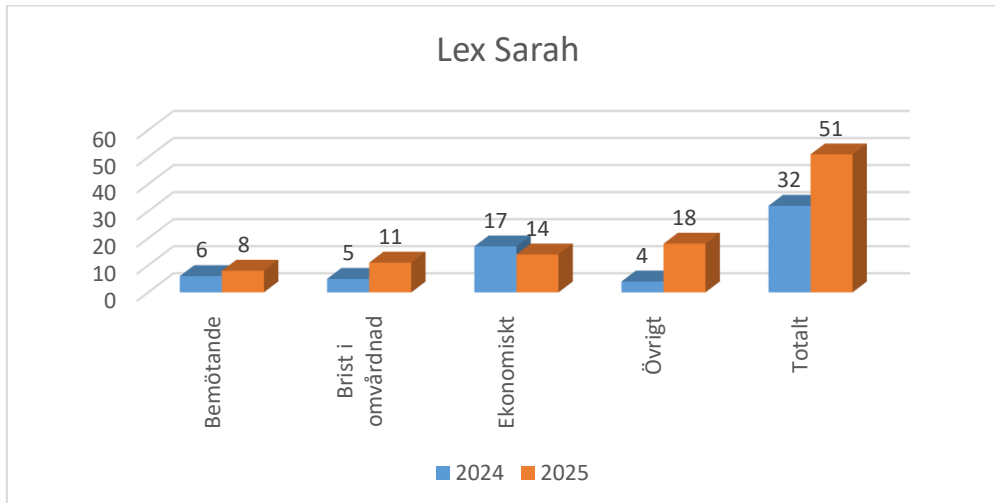
Inom vård- och omsorgsboende ser vi att det finns enheter som ökat i antal avvikelser och enheter som minskat. Som staplarna visar så har Attendo som privat utförare mer avvikelser rapporterade än andra enheter inom förvaltningen. Detta behöver inte innebära inte att Attendo som utförare har fler brister än någon annan enhet inom utan att det finns behov av kunskapshöjning gällande vad som är en avvikelse och vad som ska rapporteras. Kvalitetsutvecklare är sedan slutet på 2025 ut i verksamheten och utbildar chefer och omvårdnadspersonal i avvikelserapportering.

Vid analys av de avvikelser som inkommit från både privata och kommunala utförare är det brist i rutin som mest rapporteras. Dessa rapporter är upprättade utifrån bland annat att man inte alltid följer de rutiner som finns framtagna. Verksamheterna tittar till de rutiner som det finns avvikelser på och går igenom de med personalgrupperna för att motverka att liknande situation åter uppstår.

Lex Sarah

All personal som arbetar inom socialtjänsten har skyldighet enligt lag att rapportera missförhållande eller risk för missförhållande. Dessa avvikelser utreds av kvalitetsutvecklare. Ett allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande ska anmälas till IVO snarast. Beslut om anmälan görs av förvaltningschefen.

Tabell 5 Lex Sarah per kategori



Vid utredning av Lex Sarah-rapport ska de åtgärder som utredning visar på finnas på organisatorisk nivå och förvaltningsnivå. Detta innebär att den brist som finns i en av verksamhetsleden kan finnas i andra verksamhetsled och då ska åtgärden/åtgärderna appliceras även där. Tabellen visar att det utreddes fler rapporter enligt Lex Sarah under 2025 än 2024.

Antal rapporter visar att det är inom det ekonomiska som det även i år ligger mest rapporterat. Det som rapporterats är föremål eller pengar som fattas. Uppmaning att göra polisanmälan har gjorts i samband med upprättande av rapport.

Större antalet rapporterades under vår och sommar och har sjunkit i antal under hösten.

När en Lex Sarah är färdig görs en Power Point som redovisas på förvaltningens förlängda ledningsgrupp. Det som redovisas är händelse, identifierade bakomliggande orsaker och åtgärder. Dessa Power Points redovisas sedan vidare ut i förvaltningen i ett lärande syfte. De åtgärder som beslutas om i Lex Sarah följs upp på ett möte där kvalitetsutvecklare, förvaltningschef och verksamhetschef närvarar.

7.2 Klagomål och synpunkter

Om en individ är missnöjd med eller har synpunkter på vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter (SoL eller HSL) ska detta kunna framföras som ”klagomål och synpunkter”.

Alla medarbetare har ansvar att ta emot klagomål och synpunkter som framförs. Klagomål och synpunkter kan lämnas på flera sätt, vanligast är:

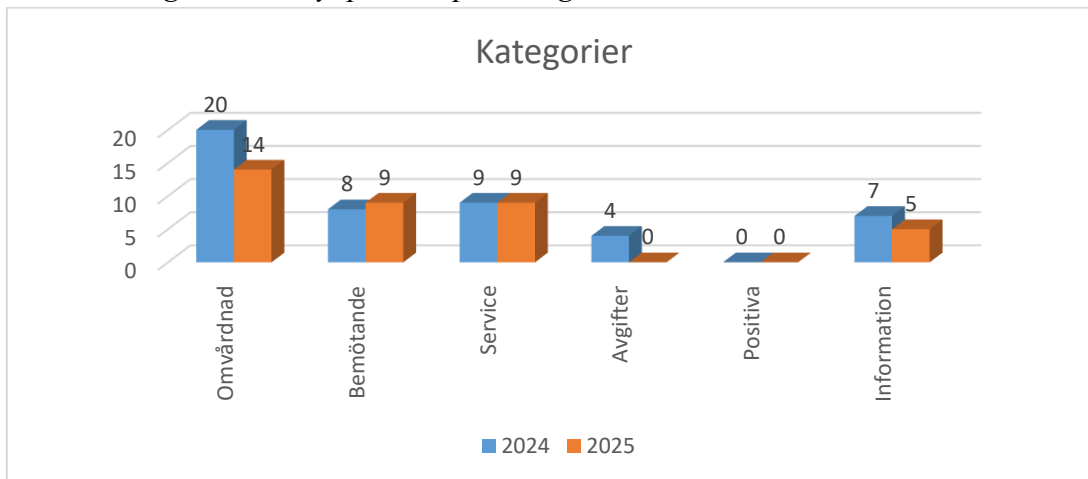
- E-tjänst som finns på extern hemsida
- Blankett ”Tyck till” (finns på externa hemsida och på intranätet)
- Direkt till personal i vård- och omsorgsförvaltningen (mail, telefon, personligt möte)

Synpunkt = en synpunkt kan vara ett uttalande/påstående som rör verksamheten eller medarbetarna. Det kan även vara förslag på utveckling, en enkel fråga eller felanmälan.

Klagomål = Ett uttryckt missnöje med verksamheten, tjänst, service eller medarbetare.

Nedan finns de klagomål och synpunkter redovisade som inkommit till förvaltningen och de privata utförarna under 2025.

Tabell 6 Klagomål och synpunkter per kategori



Under 2025 har antal klagomål minskat i jämförelse med 2024. Tyvärr har det inte inkommit några positiva synpunkter 2025 men detta beror troligen på att antalet Dagens ros i tidningen ökat. Den större delen av de klagomål som har kommit in handlar om omvårdnad och service. Flertalet har handlat om att man upplever att insatserna inte har blivit utförda på ett sätt som man förväntat sig. I de klagomål där man sett brister från utförare har det gjorts insatser för att individen ska få den kvalitet man kan förvänta sig.

8. Riskanalys

Enligt Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, skall vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser ska kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Riskanalyser av olika karaktär har gjorts såväl på enhetsnivå som verksamhetsnivå under 2025.

Rutin ”Riskanalys förebyggande vid förändringar inom verksamheten för kvalitetssäkring för den enskilde” finns samt mall förenklad riskanalys.

Risکانالyser gällande arbetsmiljö finns även beskrivet i kommunens övergripande rutiner och riktlinjer.

Risکانالyser görs även när det gäller avvikelshanteringen, enligt gällande rutin.

9. Övrigt

9.1 Ny socialtjänstlag

250701 trädde en ny socialtjänstlag i kraft. Den syftar till att göra socialtjänsten mer förebyggande, tillgänglig och kunskapsbaserad. Inför att lagen skulle träda i kraft arbetade förvaltningen med att uppdatera dokument, se över vilka förändringar vi initialt behövde göra samt lägga en plan för fortsatt arbete. Förvaltningen tillsammans med de flesta kommuner i Sverige kommer att fram till 2028 vara med i Lärprocess, framtidens socialtjänst för att tillsammans hjälpa varandra framåt i arbetet.

Inför att nya socialtjänstlagen skulle träda i kraft fick alla kommuner en möjlighet att göra en skattning för att se vad man var bra på och vad man mer behöver arbeta med.

Skattningen visar att förvaltningen kommit längre inom:

- Vara lätt tillgänglig
- Utveckla lokal kunskap
- Involvera individer
- Utveckla en lärande organisation
- Likvärdigt bemötande och delaktighet
- Jämlik och jämställd styrning
- Utveckla samverkan

Skattningen visar att förvaltningen behöver utveckla:

- Sätta upp mål och följa upp resultat och analysera
- Organisation och kultur
- Planera utifrån behov
- Förebyggande först
- Utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet
- Uppföljning av analys för att synliggöra skillnader

SKR kommer framöver att be oss göra nya skattningar för att vi ska kunna se hur vårt arbete framskrider samt att vi kan se hur vi ligger till mot andra kommuner.

Inför att den nya socialtjänstlagen skulle träda i kraft fick alla kommuner statistik som förvaltningen har använt för att göra en nuläges- och behovsanalys. De utmaningar vi ser att vi behöver börja arbeta/titta närmare på är:

- Ofrivillig ensamhet

- Skillnader i fallskador män och kvinnor 80 år och äldre
- Oplanerade återinläggningar på lasarettet för äldre
- Läkemedel som bör undvikas bland kvinnor 75 år och äldre som har hemtjänst

9.2 Användning av stimulansmedel/statsbidrag

Under 2025 sökte vård- och omsorgsförvaltningen stimulansmedel/statsbidrag.

De sökta stimulansmedlen/statsbidragen är:

- Hälsosamtal
 - Syftet med stadsbidraget är att motverka ofrivillig ensamhet hos äldre.
- Säkerställa en god och nära vård och omsorg om äldre
 - Syftet med stadsbidraget är att stärka äldreomsorgen, förbättra arbetsmiljön, höja kompetensen och öka den personcentrerade vården.
- Socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens beredskap (rekvirerat inom kommunen)
 - Syftet med stadsbidraget är att kunna genomföra åtgärder för att stärka hälso- och sjukvårdens beredskap.
- Mer förebyggande och kunskapsbaserad socialtjänst.
 - Syftet med stadsbidraget är att stödja kommunerna i omställningen till en långsiktigt hållbar, mer förebyggande och kunskapsbaserad socialtjänst.
- Motverka ofrivillig ensamhet
 - Syftet med stadsbidraget är att anordna aktiviteter som bidrar till gemenskap och stimulans, skapa mötesplatser och kontaktytor mellan personer samt åtgärder som möjliggör att fler kan engagera sig ideellt eller delta i verksamheter som anordnas ideellt.
- God och nära vård
 - Syftet med stadsbidraget är att genomföra en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på att stärka primärvården, öka tillgängligheten och förbättra kontinuiteten.
- Äldreomsorgslyftet
 - Syftet med stadsbidraget är att stärka kompetens och kvalitet inom äldreomsorgen.