



Mariestads
kommun

Kvalitetsberättelse för verksamhetsåret 2025 i Äldre- och omsorgsförvaltningen





**Mariestads
kommun**

Typ av styrdokument: Kvalitetsberättelse
Dokumentet gäller för: Äldre och omsorgsförvaltningen
Dokumentansvarig: Socialt ansvarig samordnare



Innehåll

Sammanfattning	4
Inledning	5
God kvalitet	5
Ledningssystem	6
Övergripande mål	7
Äldre- och omsorgsstrategin	7
Avdelningarnas kvalitetsarbete	10
Biståndsenheten	10
God vård och omsorg	11
Mål och resultat	11
Fortsatt kvalitetsarbete under 2026	12
Resursenheten	12
Mål och resultat	12
Fortsatt kvalitetsarbete under 2026	13
Ordinärt boende	13
God vård och omsorg	14
Mål och resultat	14
Fortsatt kvalitetsarbete under 2026	15
Vård- och omsorgsboende	15
God vård och omsorg	16
Fortsatt kvalitetsarbete under 2026	16
Funktionsstöd	16
God vård och omsorg	16
Mål och resultat	17
Fortsatt kvalitetsarbete under 2026	18
Hälso-och sjukvård - Förebyggande enheten	19
God vård och omsorg	19
Mål och resultat	19
Fortsatt kvalitetsarbete under 2026	20
Avvikelser, synpunkter och klagomål	20
Årets avvikelser	21
Avvikelse typer.....	22
Dokumentation.....	22
Informationssäkerhet	23
Analys, bedömning och åtgärder	24



Sammanfattning

Äldre- och omsorgsförvaltningen har under 2025 delvis bedrivit ett systematiskt och målinriktat kvalitetsarbete i enlighet med Socialtjänstlagen (SoL), Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och Socialstyrelsens kriterier för god vård och omsorg. Äldre- och omsorgsförvaltningen har ett stort arbete att göra i samtliga verksamheter för att driva det systematiska kvalitetsarbetet framåt och till förbättring.

Samtliga avdelningar har under året gjort utbildningssatsningar i sina verksamheter. Dokumentationsutbildning påbörjades under 2025 till alla medarbetare i förvaltningen. Detta kommer vara ett fortsatt arbete under 2026. I delar av förvaltningens verksamheter visar brukarundersökningarna en ökad trygghet och högt förtroende för personalens bemötande. I avvikelserna framkommer det samtidigt att det finns brister kopplat till bemötande.

Förvaltningen genomför uppbyggnad av ett ledningssystem och arbetar vidare under 2026 med implementering och utveckling av detta för att säkerställa kvalitet, rättssäkerhet och patientsäkerhet i samtliga verksamheter. Förvaltningen har bytt ut och implementerat ny digital teknik vilket resulterat i flera positiva effekter. Väldfärdsteknik kommer vara ett fortsatt arbete under 2026. Under kommande år kommer det också ske ett omfattande arbete med verksamhetssystemet.

Under året rapporterades 41 ej verkställda beslut, huvudsakligen kopplade till brist på bostäder enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Inga Lex-Sarah anmälningar gjordes till Inspektionen för vård och omsorg.

Ytterligare kvalitetsarbete som kommer att ske 2026 är att arbeta aktivt med myndighets uppföljningsansvar, vilket är en förutsättning för att säkerställa de insatser som blir beslutade.



Inledning

Syftet med kvalitetsberättelsen är att ge en tydlig bild av förvaltningens arbete för att säkerställa god kvalitet, redovisa de viktigaste resultaten för 2025 och identifiera förbättringsområden för det fortsatta kvalitetsarbetet för Äldre- och omsorgsförvaltningen i Mariestad kommun.

Enligt Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9¹ bör nämnden dokumentera det systematiska kvalitetsarbetet i en årlig kvalitetsberättelse. Denna kvalitetsberättelse beskriver förvaltningens arbete för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Kvalitetsberättelsen 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. Kvalitetsberättelsen ska finnas tillgänglig för den som vill ta del av den.

God kvalitet

Enligt Socialtjänstlagen (SoL) ska verksamhet från socialtjänsten ska vara av god kvalitet². Motsvarande bestämmelse återfinns även i LSS³. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Socialstyrelsen definierar kvalitet enligt följande; att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Det innebär också att insatser ska utföras av personer med lämplig utbildning och erfarenhet.

Det finns olika typer av kvalitet och kvalitetsarbetet omfattar hela förvaltningen – från struktur och organisation till individanpassade insatser. Det handlar också om att säkerställa rättssäkerhet, tillgänglighet, gott bemötande och brukarnas delaktighet men också hur väl äldre- och omsorgsförvaltningens insatser uppfyller mål och leder till resultat för kommunens invånare.

¹ Föreskrifter och Allmänna råd – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

² Socialtjänstlag (2025:400) | Sveriges riksdag

³ Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade | Sveriges riksdag



Ledningssystem

I föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska egenkontroll göras med den frekvens och omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Det ska göras löpande bedömningar, om det finns risk för händelser som skulle kunna innebära brister/risker i verksamhetens kvalitet. Egenkontroll innebär systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten. Då sker kontroll av att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Gällande ledningssystem är verksamheter som bedrivs enligt Socialtjänstlagen, Hälso- och sjukvårdslagen och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade är skyldiga att ha ett ledningssystem för att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten, i enlighet med SOSFS 2011:9⁴.

Ledningssystemet ska ge stöd i att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Under 2024 påbörjades arbetet med att upprätta Äldre- och omsorgsförvaltningens ledningssystem. Under 2025 har det skett ett omfattande arbete med processkartläggningar i förvaltningens alla avdelningar. Arbetet har genomförts tillsammans med verksamheterna genom processledning och kartläggning av flöden och arbetsmodeller. Detta har lett till tydliga bilder av hur verksamheterna fungerar och till åtgärdslistor som visar var flaskhalsar, felkällor och förbättringsområden finns. Det har också tydliggjort var samverkan behöver stärkas, var systemstöd måste ses över och vilka rutiner eller arbetssätt som behöver förändras. Allt från listor som bör digitaliseras till behov av att justera modeller och strukturer har identifierats. Det kvarstår fortfarande ett stort arbete med att färdigställa och publicera ledningssystemet. Detta kommer förvaltningen att fortsätta arbeta med under 2026. I ledningssystemet kommer det att finnas riktlinjer, rutiner och andra styrdokument, blanketter och checklistor som är till stöd i olika delar av verksamheternas processer. Ledningssystemet ska även bidra till att händelser som kan leda till missförhållande och/eller vårdskada ska förebyggas.

Under året har förvaltningen även sammanställt förvaltningsövergripande områden som behöver hanteras, följas upp och utvecklas gemensamt. Arbetet inkluderar en genomgång av samtliga rutiner som ska revideras och uppdateras. Målet är att rutinerna ska vara så enhetliga som möjligt och gälla för hela förvaltningen där det är lämpligt. De ska samlas på en gemensam Teams-yta och uppföljningen ska automatiseras utifrån respektive rutins revisionsår. Samma länk ska användas oavsett dokumentversion, vilket säkerställer att rätt och aktuell information finns tillgänglig i ledningssystemet, på intranätet och i Teams. Det övergripande målet

⁴ Föreskrifter och Allmänna råd – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



genom hela arbetet är att stärka delaktighet, transparens, samsyn och ett gemensamt arbetssätt som håller ihop kvaliteten i hela förvaltningen.

Övergripande mål

Varje nämnd formulerar egna mål utifrån kommunfullmäktiges riktning. Nämndens mål är mer konkreta och anpassade till nämndens ansvarsområde.

- Mariestads invånare är trygga med att de får den hjälp de behöver när de behöver den.
- Äldre- och omsorgsnämnden har ett innovativt och hållbart förhållningssätt med fokus på digitala lösningar som skapar mervärde för dem vi är till för.
- Inom Äldre- och omsorgsnämnden råder en positiv förändringskultur där alla medarbetare bidrar och vet hur de för fram nya idéer.
- Alla invånare får ett tryggt och korrekt bemötande av Äldre- och omsorgsnämnden verksamheter.
- Äldre- och omsorgsnämnden i Mariestads kommun är en attraktiv arbetsgivare som lockar till sig rätt kompetenser i förhållande till våra behov.

Äldre- och omsorgsstrategin

Under 2025 har det skett satsningar som stärkt kvaliteten i förvaltningen. En av de delarna är Äldre- och omsorgsstrategin. Strategin ska skapa en gemensam riktning. Den bygger på omvärldsbevakning, framtidsbehov, workshops, möten och utbildningar med både chefer och medarbetare. Befolkningsprognoser och analyser av våra långsiktiga behov ingår också. Strategin skickades på remiss till olika professioner, bland annat förvaltningschef, avdelningschefer samt alla enhetschefer som i sin tur ska arbeta med den tillsammans med en till tre medarbetare. Ett centralt syfte är att skapa samsyn så att alla berörda aktörer, från politisk nivå till medarbetare, arbetar mot gemensamma mål och utgår från samma strategiska grund. På så sätt stärks samordningen, kvaliteten och kraften i det gemensamma uppdraget.



Arbete med riskanalys och egenkontroller

I föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska egenkontroll göras med den frekvens och omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet⁵. Det ska göras löpande bedömningar, om det finns risk för händelser som skulle kunna innebära brister/risker i verksamhetens kvalitet. Egenkontroll innebär systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten. Då sker kontroll av att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontroller är en form av förbättrings- och kvalitetshöjande insats.

Intern kontrollplanen utgår från en genomförd riskanalys där väsentliga risker i verksamheten har identifierats och bedömts. Riskanalysen beskriver vilka risker som finns, sannolikheten för att de inträffar samt vilka konsekvenser de kan få för verksamheten. För varje risk har ett riskvärde beräknats, vilket utgörs av produkten av bedömd sannolikhet (1–4) och konsekvens (1–4). Riskvärdet anges på en skala mellan 1 och 16.

Utifrån riskanalysen har kontroller fastställts i syfte att förebygga, upptäcka eller begränsa identifierade risker. Sammantaget utgör riskanalysen och de tillhörande kontrollerna intern kontrollplanen. Intern kontrollplanen anger vilka kontroller som ska genomföras, med vilken periodicitet samt hur uppföljning och rapportering ska ske. Kontrollerna i intern kontrollplanen följs upp och rapporteras till nämnden i delår och helår, som beslutats. Vid uppföljningen redovisas respektive kontroll under den risk som den avser att motverka och som har identifierats i riskanalysen. I samband med uppföljningen görs en bedömning av om kontrollerna fungerar utan avvikelse eller om det finns avvikelser som kräver åtgärd. Det kan även handla om förbättringsåtgärder som identifierats i samband med uppföljningen, även om inga formella avvikelser konstaterats. Beskrivningar av kontrollerna, genomförande samt uppföljning och analys av resultat hanteras i separata rapporter i enlighet med kommunens styrmodell.

⁵ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Socialstyrelsen



Riskområde	Risk	Riskvärde (Riskmatris internkontroll)	Beskrivning av risk
Verksamhet	Risk att beslut inte verkställs på grund av brist på särskilda boendeformer	16	Risk att enskilda inte får sina beviljade insatser utförda. Detta leder till att deras behov inte blir tillgodosedda och särskild avgift kan utgå.
	Risk att kompetensförsörjningen inte kan tillgodoses	16	För att kunna bedriva god vård och omsorg krävs rätt kompetens och full bemanning. Risken i kompetens- och bemanningsbrist ger negativa effekter för den enskilde.
	Risk att sjukskrivningstalen inte minskar	9	Risk för brist på kompetensförsörjning som utsätter medarbetare för ohälsa om sjukskrivningstalen inte minskar.
Omvärld	Risk att den nationellt beslutade omställningen till nära vård ökar behovet av resurser	16	Risken är att mer arbete förskjuts från region till kommun. Saknar resurser i förhållande till den ökande vårdtyngden.
	Risk att verksamhetslokaler inte håller lämplig temperatur	16	Risk att både personal och brukare påverkas negativt i felaktig temperatur.
Lagar och regler	Risk att inte ha ett systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9	16	Riskerar att brister i kvalitetsarbetet uppstår.
	Brist på dokumentation enligt SOSFS 2014:5 och Patientdatalagen 2008:355	16	Bristen på dokumentation i den enskildes journal kan leda till missförhållanden för den enskilde. Försvårar kvalitetsgranskning.
Rykte och varumärke	Risk att ambassadörskapet inte förbättras	9	Risk att dåligt ambassadörskap påverkar arbetsmiljön negativt och försvårar rekryteringen
Finans	Risk för utbetalningar till företag utan tillstånd för att bedriva personlig assistans	9	Risk för bedrägeri inom utbetalning av ersättning till personlig assistans
	Risk för särskilda avgifter med anledning av ej verkställda beslut	16	Förvaltningsrätten beslutar om särskilda avgifter vid ej verkställda beslut.
	Risk för behov av extern verkställighet	12	När egna resurser saknas finns risk att kommunen behöver köpa plats av annan aktör
Informationssäkerhet	Risk för att teknisk utrustning och program inte klarar säkerhetskrav.	12	Risk att teknisk utrustning inte klarar av nya säkerhetsuppdateringar vilket kan utsätta verksamheten för intrång.
	Risk att rutiner inte är kända eller följs vid driftstopp	16	Risken att personal ej vet hur manuella rutiner ska gå till när IT-system ligger nere.



Avdelningarnas kvalitetsarbete

Under 2025 har Äldre- och omsorgsförvaltningen genomfört flera viktiga satsningar inom trygghetsstärkande utrustning och välfärdsteknik som används i flera av förvaltningens avdelningar. Trygghetscentralens hantering av inkomna larm har under 2025 bidragit till ökad trygghet för brukarna. Antalet brukare med larm ökade med 6 procent samtidigt som antalet larm minskade till 32 procent. Detta indikerar att brukarna känner sig tryggare och larmar allt sällan. Resultaten har möjliggjorts genom ett nära samarbete mellan professionerna. Trygghetscentralen är även grund för Äldre- och omsorgsförvaltningens krisberedskap. Den fungerar nu som förvaltningens krisledningsplats och kan ansvara för informationshantering inom organisationen. Detta innebär att förvaltningens verksamheter kan säkerställa verksamheternas arbete även i krissituationer.

Socialstyrelsen har sex kvalitetsområden för att god vård och omsorgen. I kommande avsnitt kommer en redogörelse för respektive avdelnings kvalitetsarbete. Avdelningarna kommer även att reflektera över nedanstående bild, Socialstyrelsen kvalitetsområden för god vård och omsorg.



Källa: Socialstyrelsen

Biståndsenheten

Avdelningen ansvarar för att pröva rätten till stöd och insatser för personer som på grund av hög ålder, sjukdom eller funktionsnedsättning behöver hjälp för att kunna leva ett tryggt, värdigt och så självständigt liv som möjligt. Arbetet styrs av Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Biståndsenhetens mål är kopplade till kommunens övergripande mål. Exempel på mål är tillgängliga handläggare och rättssäker, snabb handläggning, kontinuitet, likvärdig info och bedömning, service, info om och vägledning även



utanför det egna området och kontinuerlig uppföljning.

Ej verkställda beslut

När ett beslut om insats har fattats ska Äldre- och omsorgsförvaltningen alltid sträva efter att verkställa insatsen så snart som möjligt. Insatser som inte har kunnat verkställas inom tre månader efter beslut ska regelbundet rapporteras till Inspektionen för vård och omsorg, IVO som ej verkställda beslut. I rapporteringen till IVO ska det även framgå anledningen till att beslutet inte har gått att verkställa. Rapporteringen avser både gynnande beslut som inte har verkställts inom tre månader och gynnande beslut som har avbrutits och inte verkställts på nytt inom tre månader.

Under 2025 har 41 beslut inte verkställts inom tre månader. Övervägande antal beslut gäller bostad enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, (LSS) där kommunen saknar bostäder att erbjuda. Beslut som rör daglig verksamhet ligger ofta orsaken till det ej verkställda beslutet hos den enskilde. Insatser som kontaktperson har den enskilde ibland inte medverkat och ibland saknas lämplig uppdragsgivare. En del ärenden som rör beslut enligt Socialtjänstlagen, (SOL) beror dröjsmålet ofta på den enskilde som inte varit redo att ta emot det erbjudna stödet.

God vård och omsorg

Biståndsbedömarna är tillgängliga och har ett gott bemötande. Besluten som fattas är överlag rättsäkra och individanpassade. Detta fungerar tack vare en god arbetsmiljö på enheten, ett pågående lärande genom kollegialt stöd, nätverksträffar, ärendedragningar och juridisk handledning.

Mål och resultat

Under 2025 har det främsta målet varit att utveckla uppföljningar av ärenden med syfte att säkerställa att rätt insatser ges och att den enskilde får sina behov tillgodosedda. Risker som identifierats är personalomsättning på enheten, vilket medfört nya handläggare som behöver introduceras. Två gånger per år görs en ärendegranskning där fem ärenden per handläggare granskas via en checklista. Innehållet i checklistan baseras på krav på innehåll utifrån lagstiftning och regelverk. Två handläggare har genomfört granskningen av sina kollegors ärenden. Risk finns att de inte vill/kan vara kritisk och vilket därmed påverkar granskningen. Ytterligare risker är otillräckliga uppföljningar vilket leder till bristande kontroll och biståndsenheten kan inte säkerställa att insatser genomförs eller att de genomförs på ett sätt som var avsikten med beslutet. För att säkerställa riskerna har avdelningen introducerat och utbildat nya handläggare som bedöms komma in i arbetet som förväntat. En ny checklista har tagits fram för en mer omfattande kvalitetsgranskning av ärenden. Checklistan har testats vid ett tillfälle och förväntas kunna användas framgent. Checklistan kopplar de olika delarna till lagstiftning och regelverk på området. En genomgång har gjorts tillsammans med enhetschef och kvalitetsgranskare för att skapa förståelse för vikten av kritisk granskning och analys



av resultat. En rutin för uppföljning har tagits fram under året. Av rutinen framgår nämndens ansvar för att följa upp de beslut som fattats och för att säkerställa att den enskilde får sina behov tillgodosedda. Något tydligt resultat av uppföljningsrutin har inte kunnat noteras men en ökad medvetenhet framkommer vid diskussioner på enhetens möten och yrkesträffar.

En grupp medarbetare har deltagit i utbildning inom Individbaserad systematisk uppföljning (ISU). Utbildning i ISU har inte gett något resultat 2025 men förväntas komma att användas framgent.

Fortsatt kvalitetsarbete arbete under 2026

Antalet äldre ökar samtidigt som antalet yrkesverksamma minskar. Det innebär att nya arbetssätt behöver tas fram där fokus behöver ligga på att hitta alternativ till dagens insatser. Ett exempel som genomförts är att biståndsbedömare beviljar inköp som kan utföras genom stöd att beställa varor via internet. En annan utmaning är utveckla uppföljningen av både enskilda ärenden och av verksamheten för att säkerställa kvaliteten.

En prioritering för 2026 är att utveckla arbetet med kvalitetsgranskning av ärenden. Biståndsenhetens arbete behöver följas upp i högre utsträckning för att säkerställa att avdelningen levererar den kvalitet som krävs. Målsättning finns och är klagjord för alla men brister finns i uppföljningen. Exempel på fokusområden är bland annat den enskildes delaktig i sin utredning och inflytande över sitt beslut, anhörigperspektiv och korrekt dokumentation. Att sätta upp mål och följa upp målen med de beviljade insatserna behöver utvecklas. Även utformningen av beslut och beställning behöver utvecklas. Ett tydligt beslut och beställning är en förutsättning för en väl utformad genomförandeplan.

Resursenheten

Resursenheten startades den 1 mars 2025 och är fortfarande i en uppbyggnadsfas. Resursenheten ansvarar för att tillhandahålla och fördela personalresurser inom vård och omsorg för att säkerställa kontinuitet och kvalitet i de tjänster som erbjuds. Enheten arbetar proaktivt och flexibelt med bemanning för att snabbt och effektivt hantera korttids- och långtidsfrånvaro samt akuta bemanningsbehov inom Äldre- och omsorgsförvaltningen. Genom att attrahera och rekrytera kvalificerade timvikarier bidrar Resursenheten till att stärka bemanningen och höja kvaliteten inom vård och omsorg.

Mål och resultat

Målen för verksamheten under 2025 var hög rekryteringsgrad för timvikarier med relevant kompetens, snabb och korrekt tillsättning av frånvaro för att minska verksamhetsstörningar, effektiv schemaläggning för optimerad resursanvändning, rätt behörigheter och avtal för alla anställda och vikarier samt adekvat introduktion och utbildning av ny personal. Risker som identifierats var få sökande inom rätt



kompetensprofil/legitimation och konkurrens om arbetskraft. Långsamma processer och felmatchningar av kompetens är också risker. Under 2025 har utveckling av en omfattande rekryteringsprocess tagits fram för att säkerställa en stabil och långsiktig kompetensförsörjning. Det har också skett utbildningsinsatser och utökade internutbildningar. Detta för att höja kompetensen och skapa en mer enhetlig kunskapsnivå. Under 2025 har verksamheten också arbetat med framtagande av rutiner som stödjer ett mer strukturerat och effektivt arbetssätt samt gjort anpassningar av system och arbetssätt för att förbättra arbetsflöden. Flera av de identifierade riskerna har kunnat reduceras genom ett mer strukturerat arbetssätt, förbättrade rutiner och riktade utbildningsinsatser.

Ett snabbare urvals- och erbjudandeprocesser har gjort att färre kandidater faller bort och ger en bättre överblick över tillgängliga resurser har gjort det lättare att matcha rätt person till rätt pass. Genomgång av avtal och behörigheter har skapat en tryggare och mer korrekt personalhantering. Resursanvändningen har blivit jämnare med årsplanering. Utökad internutbildning har skapat en mer enhetlig kunskapsnivå. Introduktionsprocessen har blivit tydligare genom att centraliseras inom de inledande delarna, vilket underlättat för ny personal att snabbt komma in i arbetet.

Fortsatt kvalitetsarbete under 2026

Verksamheten ser en fortsatt brist på kandidater med rätt kompetens, legitimation och språknivå. Detta i kombination med hård konkurrens om arbetskraft inom vård och omsorg. Ökad frånvaro och svårigheter att snabbt täcka upp kan påverka kvalitet och kontinuitet. Det är också en utmaning att alla arbetar enligt gemensamma rutiner. Otillräcklig bemanning kan leda till stress och minskad kvalitet samt en ökad risk för avvikelser. Under 2026 kommer verksamheten att vidareutveckla rekryteringsprocessen för att fortsätta förbättra kravprofiler, validering och urvalsmetoder men också utöka samarbeten med utbildningsaktörer och arbetsmarknadsinsatser. Verksamheten kommer under 2026 också fortsätta arbeta med att stärka schemalaggningsenheten och bygga vidare på kompetensutvecklingen. Fördjupa användningen av digitala verktyg för schemalaggningsenheten, bemanning och uppföljning kommer också att ske. Verksamheten kommer också under 2026 att arbeta med kompetensväxling internt för att identifiera medarbetare som kan vidareutbildas.

Ordinärt boende

Avdelningen för ordinärt boende ansvarar för stöd, service och omsorg till personer med beviljade insatser enligt Socialtjänstlagen, (SOL). Avdelningen omfattar åtta hemvårdsområden samt planeringsenheten, nattpatrullen, matlaget, tvättenheten och serviceenheten. Arbetet utgår från rättssäkerhet genom att insatser utförs enligt gällande beslut, dokumentationen följer Socialtjänstlagens krav och brukarnas självbestämmande, integritet och samtycke säkerställs. Kvalitet innebär att omsorgen ges tryggt, professionellt och personcentrerat, med utgångspunkt i den enskildes behov, genomförandeplaner och Socialstyrelsens riktlinjer för god vård och omsorg.



I föregående kvalitetsberättelse uppgavs att en ny ersättningsmodell och arbetssätt i ordinärt boende skulle påbörjas under 2025. Avdelningen har utvärderat nuvarande modell och förslag till beslut är ett nytt arbetssätt men ersättningsmodellen kvarstår likt tidigare. Det nya arbetssättet ska bland annat syfta till att förbättra kvaliteten men också säkerställa en hållbar ekonomi.

God vård och omsorg

Verksamheten bedöms i stor utsträckning uppfylla kraven för god vård och omsorg. Arbetet under 2025 visar att omsorgen är kunskapsbaserad genom utbildningar, kvalitetsombud och superusers som stöttar i riktlinjer och digitala arbetssätt. Den är säker genom digital planering, förbättrad dokumentation och tydligare rutiner för bedömningar och samtycke. Omsorgen är individanpassad genom personcentrerade genomförandeplaner, behovsbaserad planering och pilotprojektet för digital hemvård. Effektiviteten har ökat genom förbättrade nyckeltal och mer träffsäkra insatser. Enhetliga rutiner och digitala arbetssätt bidrar till jämlik och tillgänglig omsorg.

Mål och resultat

Under 2025 har avdelningen haft ett tydligt fokus på att stärka trygghet, bemötande och förtroende genom utvecklad personcentrerad omsorg och tydligare genomförandeplaner som uppfyller socialtjänstens föreskrifter om hur dokumentation ska utföras. Brukarundersökningen visar positiva resultat, förtroendet för personalen har ökat från 93 till 94 procent, bemötandet från personalen ligger kvar på en mycket hög nivå med 97 procent och tryggheten hemma med hemtjänst har ökat från 87 till 91 procent. Dessa resultat bekräftar att arbetet ger effekt.

Digitalisering har varit ett prioriterat område i verksamheterna. Övergången till digital planering i nattpatrullen har skapat mer enhetliga och kvalitetssäkra arbetssätt genom att samma digitala system och rutiner används som i övriga hemvårdsgrupper. Den digitala planeringen gör att inga insatser kan missas, att utförda insatser blir spårbara och att uppföljningen förenklas. För personalen innebär det en tydligare översikt, mindre osäkerhet och bättre stöd vid prioriteringar, vilket sammantaget ger en tryggare och mer effektiv arbetsprocess.

Superuser-funktionen, vars syfte är att stödja kollegor och stärka den digitala kompetensen i verksamheterna, har utvecklats och bidragit till bättre dokumentationskvalitet och informationssäkerhet genom att ge löpande stöd, säkerställa korrekt användning av systemen och främja enhetliga digitala rutiner. Under andra halvåret har även ett pilotprojekt för digital hemvård inletts, där vissa insatser erbjuds via videosamtal för att öka flexibilitet och självständighet. Projektet är ännu inte utvärderat.

Behovsbaserad planering har införts på hela avdelningen och har redan resulterat i ökad brukartid och mer träffsäkra insatser. Utvecklingen följs månadsvis genom nyckeltal, där tydliga förbättringar kan ses.



Fortsatt kvalitetsarbete under 2026

Dokumentationen håller i stort en god nivå men uppfyller ännu inte helt kraven enligt lagstiftning och föreskrifter. Brister i aktualitet, målformuleringar och dokumentation av bedömningar och samtycke innebär fortsatt risk för otydlighet och minskad rättssäkerhet. Genomförda utvecklingsinsatser har dock förbättrat kvaliteten och arbetet fortsätter med förstärkt stöd från dokumentationsombud, riktade utbildningar och löpande återkoppling från chefer gällande den dagliga dokumentationen och kvaliteten på genomförandeplaner.

Målen för 2026 är att nå 95 procent överensstämmelse mellan planerad och utförd tid, hålla avböjda besök under fem procent och uppnå en beläggningsgrad på 90 procent. En hög överensstämmelse mellan planerad och utförd tid säkerställer att brukarna får de insatser de är beviljade och att resurser används effektivt. Låga nivåer av avböjda besök minskar risken för uteblivna insatser. En beläggningsgrad på 90 procent är nödvändig för att verksamheten ska vara ekonomiskt hållbar samtidigt som personalens tid används till omsorgsnära arbete. Tillsammans ger dessa målvärden en tydlig bild av hur väl planeringen fungerar och hur effektivt verksamhetens resurser används, samtidigt som de bidrar till en trygg och rättssäker omsorg för brukarna. Brukarenkät har genomförts inför införandet och kommer att skickas ut igen i början av 2026 för att följa upp hur den upplevda kvaliteten har påverkats. Rollen som kvalitetsombud har etablerats för att stärka enhetlighet och systematik i kvalitetsarbetet.

Under 2026 prioriteras dokumentation, digital kompetens samt kunskap om skydds- och begränsningsåtgärder. Åtgärderna ska stärka rättssäkerhet, delaktighet och kvalitet och säkerställa att verksamheten fortsatt ligger i linje med Socialstyrelsens kriterier för god vård och omsorg.

Vård- och omsorgsboende

Avdelningen för vård- och omsorgsboende innefattar även dagverksamhet och korttidsverksamhet. Verksamheternas mål har varit att verksamheterna är rätt bemannade med kompetent personal. Ytterligare mål är att de personer som finns i avdelningens verksamheter är nöjda och får ett professionellt bemötande. Verksamheterna har under 2025 erhållit utbildningssatsningar och implementerat välfärdsteknik i större utsträckning än tidigare år. Under 2025 har nya larm och sensorer installerats på alla vård- och omsorgsboende. Alla boenden arbetar regelbundet med att analysera statistik på exempelvis antal fall, för att därefter ta fram åtgärder och minimera riskerna. Välfärdstekniken har bland annat resulterat i minskade fall i verksamheterna, bättre nattvila och ett förbättrat arbetssätt under framför allt nattid. Det innebär också ett att brukarnas självbestämmande och integritet ökar, vilket bedöms vara en kvalitetshöjande åtgärd. Aktivitetsplaneraren i verksamhetssystemet planeras implementeras på vård- och omsorgsboendena. Detta



kommer resultera i att personal kan se vad som ska göras och med hjälp av genomförandeplan säkerställa hur det ska göras. Detta bedöms vara ett positivt arbetssätt för ordinariepersonal men ökar också att insatserna blir gjorda och att brukaren får sina behov tillgodosedda av personal som är nya eller vikarier i verksamheten.

I brukarundersökningen framgår att brukarna är nöjda. Jämfört med övriga vård- och omsorgsboenden i riket ligger boendena i förvaltningen en bit över snittet, framför allt när det gäller trygghet, boendemiljö, aktiviteter och bemötande.

God vård och omsorg

Utifrån Socialstyrelsens kriterier om god vård och omsorg erhåller verksamheterna detta till sina brukare i stor utsträckning. Insatserna ges utifrån kunskapsbaserad erfarenhet. Vid problematik i att bemanna verksamheterna påverkas även kvaliteten i verksamheterna. Det innebär att det inte alltid finns tillräckligt med personal för att ge alla brukarna en jämlik vård och omsorg i rimlig tid. Bristen på rätt kompetens kan påverka att omvårdnaden inte alltid är tillgodosedd med hög kvalitet.

Fortsatt kvalitetsarbete under 2026

Verksamheterna har ett förbättringsarbete att göra i förhållande till dokumentation. Brukarna har ett större vårdbehov vilket ställer högre krav på personalens kompetens. Verksamheterna kommer under 2026 arbeta med utbildning för att ge personal rätt kunskap för att kunna erbjuda brukare en god vård och omsorg. Vård- och omsorgsboendena kommer fortsätta arbetet med aktivitetsplanering under 2026. Vidare arbete som kommer att ske under 2026 är att ta fram mätbara mål ur sensorstatistiken. Detta för att kunna göra jämförelser mellan olika boenden och i förlängningen också kunna arbeta mer lika på boendena, där det är möjligt.

Funktionsstöd

Avdelningen för Funktionsstöd, ansvarar för stöd och omsorg till personer som blivit beviljade insatser enligt Lagen och stöd och service till viss funktionshindrade, (LSS). Insatserna kan vara; bostad med särskild service, personlig assistans, daglig verksamhet, kontaktperson, avlösarservice, korttidsvistelse, korttidsstillsyn och ledsagning.

God vård och omsorg

Verksamheterna som inom avdelningen Funktionsstöd uppfyller i huvudsak Socialstyrelsens kriterier för god kvalitet. Vården och omsorgen är kunskapsbaserad genom utbildningsinsatserna, processkartläggningarna, Senior Alert och arbetet med BPSD. En utökning av stödpedagoger i flera verksamheter inom Funktionsstöd ger också möjlighet till mer fokus på pedagogiskt arbete. Omsorgen och vården är individanpassad och säker då de bland annat arbetar med tekniska trygghetslösningar.



Mål och resultat

Avdelningen Funktionsstöd har under 2025 bedrivit ett systematiskt och strukturerat kvalitetsarbete i enlighet med lagstiftning, kommunens styrdokument och Socialstyrelsens kriterier för god kvalitet. Arbetet har omfattat uppföljning av resultat från brukarundersökningen 2024, genomförda egenkontroller, avvikelshantering samt utvecklingsinsatser inom kompetens, digitalisering och ledningssystem. I bostäder med särskild service har enskildas delaktighet stärkts genom boenderåd och förslagslådor i flera verksamheter, på detta sätt får fler personer större möjlighet att påverka sin vardag. Det rör bland annat aktiviteter, planeringar och synpunkter på verksamheten. Även på Daglig verksamhet har enskildas delaktighet stärkts genom deltagarråd och förslagslådor. Det rör bland annat aktiviteter, planeringar och synpunkter på verksamheten. Deltagarrådet på Daglig verksamhet har bland annat lämnat synpunkt att inte kallas för "Brukare" så detta uttryck undviker chefer och medarbetare inom avdelningen. Vidare bjöd deltagarrådet in politiker till ett möte för att kunna ställa frågor till dem och få direkta svar.

I avdelningen Funktionsstöd har kommunikation prioriterats genom ökad användning av alternativ kompletterande, kommunikation, AKK. Verksamheterna har också arbetat med att tydliggöra hur synpunkter och klagomål kan lämnas samt anpassa aktiviteter, sysselsättning efter individens behov, förutsättningar och dagsform.

För avdelningen Funktionsstöd har egenkontroller genomförts rörande hygienrutiner, social dokumentation och genomförandeplaner. Gemensamt för nästan alla verksamheter under avdelningen Funktionsstöd är att det identifierats brister rörande basala hygienrutiner och dokumentation. Bristerna handlar om att inte alltid använda engångshandskar när det finns risk för att utsättas för kroppsvätskor, att medarbetare har långa naglar och använder smycken i omvårdnadsarbetet. Bristerna i dokumentation rör genomförandeplaner, att händelser av vikt, samtycken eller skydds- och begränsningsåtgärder inte alltid dokumenteras. Det har under året 2025 genomförts utbildningsinsatser inom social dokumentation, genomförandeplaner samt skydds- och begränsningsåtgärder, för all personal. Dessa har bidragit till ökad kunskap och till att flera skydds- och begränsningsåtgärder kunnat avvecklas. Yrkesresan har fortsatt för enhetschefer och påbörjats för medarbetare. En del verksamheter under avdelningen Funktionsstöd har utbildning också genomförts utifrån kartlagda behov i självskydd enligt Durewallmetoden, palliativ vård och om demenssjukdomar.

Sju personer har insatsen ledsagarservice och endast två personer har insatsen avlösarservice. Insatserna är inte stora och avser ett fåtal timmar per person och månad. Anställd personal i Funktionsstöds andra verksamheter utför dessa insatser. Kontaktpersoner är arvoderade, intresserade medmänniskor som inte är anställda av kommunen. Något riktat kvalitetsarbete för just dessa insatser har inte genomförts.

Digitala stöd har införts i syfte att stärka trygghet, självständighet och kvalitet. Sensio-larm har implementerats i flera verksamheter och möjliggör larm vid



avvikande rörelsemönster och skapar en ökad trygghet och möjlighet till mer självständighet. Detta innebär framför allt att personal inte behöver ha lika täta besök till exempel under nattid som då kan störa den enskilde. Det ökar också känsla av trygghet. Läkemedelsrobotar och Memo-planners har införts för att öka personernas självständighet, då de får lättare att på egen hand hantera sin medicin, aktiviteter och planerade besök hos olika aktörer, utan påminnelse av personal.

Ett projekt har genomförts för att stärka möjligheterna till meningsfull fritid för personer med LSS-insatser. En samordnare har anställts och kultur- och fritidsombud har utsetts i verksamheterna. Minst 100 personer som har insatser enligt LSS, har deltagit i aktiviteter och utvärderingar visar en hög grad av nöjdhet. Inom personlig assistans har få personer deltagit på dessa aktiviteter. Detta då de vanligtvis har egna intressen och i förväg planerade aktiviteter. Det har också varit få barn och unga som deltagit i aktiviteterna.

Fortsatt kvalitetsarbete under 2026

I föregående kvalitetsberättelse beskrevs bristen på bostadsplatser inom LSS. Under 2025 har det skett ett arbete med planering och projektering för ombyggnad av en fastighet till en gruppbostad om sex platser. Detta arbete kommer vara pågående även under 2026. Utmaningar och risker för Daglig verksamhet är bristen på platser för unga med framför allt neuropsykiatriska funktionsnedsättning men också det ökade krav på samverkan och mer komplexa ärenden som kräver mer personalresurser. De som beviljas Daglig verksamhet har andra behov och önskemål om sysselsättning än vad som varit vanligt tidigare. Detta ställer nya krav på medarbetare, planering och fördelning av resurser. Inom personlig assistans har det uppmärksammats brister i aktivitetsutbud för vissa grupper. Avdelningen för Funktionsstöd har också sett en ökning av beslut om personlig assistans enligt LSS och som har kommunen som utförare. Tidigare har det varit till största del beslut enligt socialförsäkringsbalken, som ger kommunen rätt till viss ersättning från Försäkringskassan.

En pågående processkartläggning och arbetet med rutiner omfattar alla avdelningens insatser, vars syfte är att säkerställa god kvalitet. För kontaktperson, ledsagning och avlösarservice, är det en utmaning att hitta lämpliga personer som åtar sig dessa uppdrag. Gällande korttidsvistelse/korttidstillsyn är det brist på platser på korttid för högfungerande barn och unga som inte vill blandas med den övriga målgruppen. Det har skett utbildningar på avdelningen under 2025, utbildningarna har dock haft avsaknad barnfokus. Ökade behov, framför allt av korttidstillsyn, som gör att det blir trångt i lokalerna, vilket i förlängningen är en risk för att behov inte kan tillgodoses och köbildning vid nya beslut. Avdelningen för Funktionsstöd ser ett förändrat behov hos personer i deras verksamheter. Målgruppen har ofta ett utökat och komplext vårdbehov. Det kräver delvis andra kunskaper än vad personal i verksamheterna har idag. Detta tillsammans med svårighet att rekrytera personal med rätt kompetens är



en utmaning och risk för kommande arbete både inom bostad med särskild service och personlig assistans.

Det kvarstår ett behov av repetitionsutbildning rörande dokumentation och planeras under 2026 för alla verksamheter i avdelningen Funktionsstöd. Ett arbete för att kunna genomföra kontinuerliga teamträffar med legitimerad personal kommer att ske under 2026. Det kommer också ske utbildningsinsatser för säker medicinhantering i verksamheter för korttidvistelse/korttidstillsyn.

Införandet av Aktivitetsplaneraren i Lifecare har påbörjats och kommer vara ett fortsatt arbete under 2026 i flera av Funktionsstöds verksamheter. Detta för att säkerställa att insatser utförs enligt plan. På Daglig verksamhet kommer verksamheten också arbeta vidare med att säkerställa tillgången till platser under 2026.

Hälso-och sjukvård - Förebyggande enheten

För ungefär ett år sedan startade Äldre- och omsorgsförvaltningen förebyggande enheten som är en del av avdelningen för Hälso-och sjukvård. I patientsäkerhetsberättelsen redovisas mål och resultat för 2025 kopplat till kvalitet och patientsäkerhet. Förebyggande enheten samlar funktioner som tidigare funnits, men som nu är mer tydligt formulerade, som förebyggande insatser för äldre och vuxna med funktionshinder. Verksamheten består av kontaktpunkten, stödteamet, träffpunkt Sonja och förebyggande service.

God vård och omsorg

Verksamheten följer Socialstyrelsens riktlinjer och personalen håller sig uppdaterad genom att gå utbildningar, närvara på nationella demensdagar och olika nätverk samt har kunskapsbaserade arbetssätt som BPSD. Verksamheten utgår från brukarna/besökarnas behov i centrum. Brukarna/besökarnas behov tillgodoses av kompetent och utbildad personal och verksamheten ser till att vara minst två personal vid större gruppsammankomster för att tillmötesgå individernas behov av stöd.

Mål och resultat

Målet för 2025 har varit omställning till mer förebyggande arbete enligt Socialtjänstlagen, SoL. Detta har gjorts genom ett förebyggande team för tidig upptäckt och stöd till invånare med kognitiv svikt. Under 2025 har också utökade aktiviteter skett på Träffpunkt Sonja, antalet besökande har ökat med 30% jämfört med under 2024.

Under 2025 har verksamheten också upprättat nya dokumentationsrutiner för bättre spårbarhet och utvärdering vilket är kvalitetshöjande. Omkring 100 personer får samtal och coaching genom Stödteamet, vilket gör att dessa individer och deras anhöriga klarar sig hemma, utan eller med mindre kommunal vård och service. Det



har bland annat skett 320 förebyggande hemfixarinsatser under 2025 hos personer i ordinärt boende och 200 hos personer i kommunalt boende.

Den vård och omsorg verksamheten bedriver inom den förebyggande enheten kräver att personen som söker verksamheten är någorlunda självständig. Verksamhetens mål är att stödja besökarna till fortsatt självständighet, utifrån individens behov och perspektiv. Verksamheten anses arbeta effektivt utifrån att verksamheten jobbar med individen och att utveckla dess styrkor men arbetar också ofta med individen i grupp. Detta arbetssätt gör att verksamheten dels kan möta människor på individnivå och få draghjälp av gruppdynamik som kan ge känsla av att det finns fler runt dem med liknande utmaningar. Verksamheten strävar efter en jämlikhet och upplevelse av att alla är lika välkomna i verksamheterna. Detta genom att ha perspektivet i val av aktiviteter och insatser, så det inte riskerar att utesluta någon. Verksamheten har bra samverkan med andra aktörer intern och externt utifrån medborgarnas behov. Verksamhetens utmaningar framöver är att påvisa ekonomiska vinster av förebyggande arbete. Antalet äldre ökar och resursbrist bedöms också vara en utmaning i verksamheten för att fortsätta utveckla det förebyggande arbetet.

Fortsatt kvalitetsarbete under 2026

En ökning av förebyggandeinsatser genom rätt träning och hjälpmedel minskar fallrisk och ökar självständighet. Detta vill enheten nå ut till i hela Äldre- och omsorgsförvaltningen under 2026. Under 2026 kommer verksamheten också att utveckla samarbetet med ideella föreningar för att se till möjligheterna för volontärarbete. Ett av verksamhetens fokusområden är ofrivillig ensamhet. Att nå ut till rätt målgrupp kräver hög tillgänglighet och samverkan. Verksamheten har också som mål att finnas på fler fysiska platser och att genom digital information nå ut till fler medborgare under 2026. Verksamheten strävar efter att bli mer tillgängliga. Detta är en utmaning verksamheterna har framöver och kommer att arbeta vidare med under 2026 genom att exempelvis finnas på fler fysiska platser i olika delar av kommunen. Enheten kommer under 2026 också arbeta vidare med den dokumentation som ska ske för förebyggande insatser.

Avvikelser, synpunkter och klagomål

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det systematiska kvalitetsarbetet, särskilt när resultaten används för att förstå och förbättra framåt. Detta arbetssätt innebär också att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för avvikelser, skador och synpunkter/klagomål minskar. Generellt över hela Äldre- och omsorgsförvaltningen skulle det finnas behov av ett förändrat arbetssätt för att i större utsträckning arbeta med avvikelser, skador, synpunkter och klagomål. Inom Äldre- och omsorgsförvaltningen utreder patientsäkerhetsstrateg allvarliga vårdskador och under 2025 har utsedd utredare varit ansvarig för allvarliga missförhållanden. Enhetschefer ansvarar för övriga utredningar.



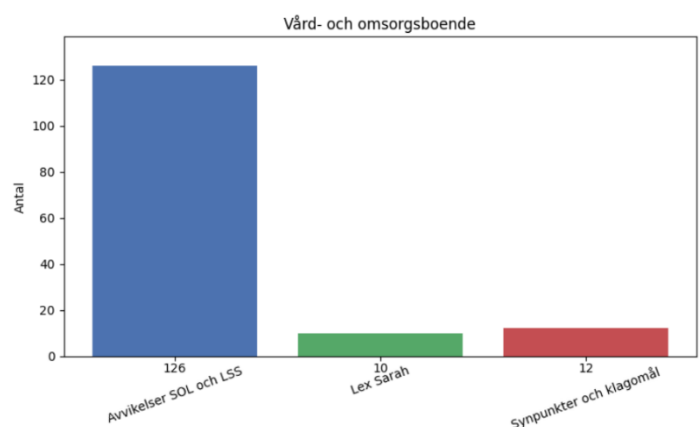
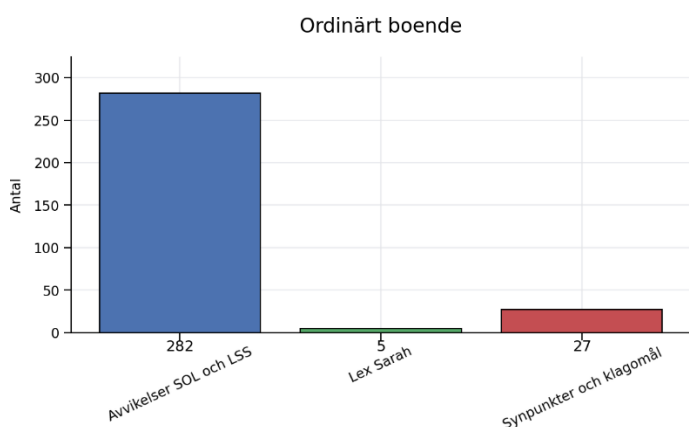
I Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om systematiskt kvalitetsarbete finns bestämmelser om kommunens skyldigheter att rapportera och utreda avvikelser ⁶. Alla som arbetar inom verksamheter enligt Socialtjänstlagen, (SoL), eller Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, (LSS), har en skyldighet att rapportera händelser som har eller hade kunnat medföra ett missförhållande eller risk för missförhållanden inom verksamheten. Händelser som inkommit eller rapporteras till verksamheterna som avvikelser registreras och utreds i verksamhetssystemet Lifecare enligt framtagen rutin för avvikelshantering.

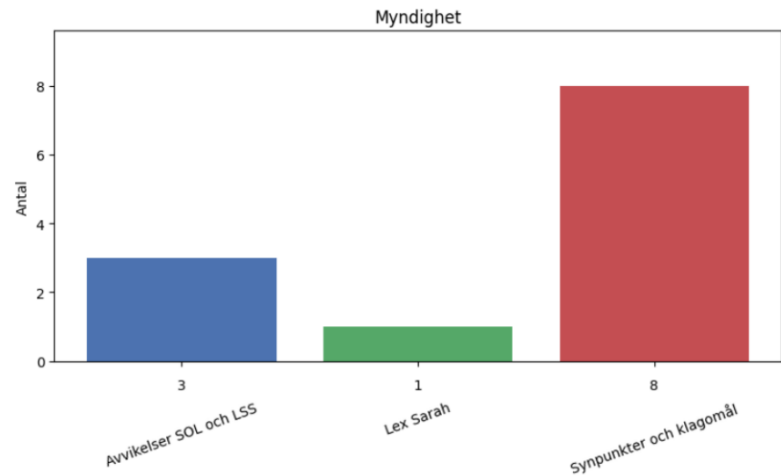
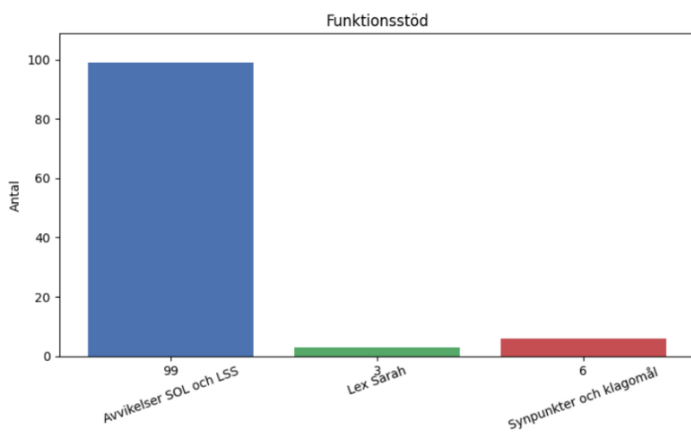
I kvalitetsberättelsen för 2024 framkommer att Äldre- och omsorgsförvaltningen ska revidera rutin för avvikelshantering under 2025 och bland annat ge enhetschefer information om avvikelshantering. Under 2025 informerades enhetschefer om avvikelshantering inklusive vad som gäller i förhållande till vårdskador. Under 2025 togs också hjälptexter fram i utredningsdokumenten. Detta för att säkerställa utredningarnas innehåll. Under 2026 kommer Äldre- och omsorgsförvaltningen att följa upp innehållet i utredningarna i större utsträckning än vad som gjorts under tidigare år. I förra årets kvalitetsberättelse beskrevs också att en systemförvaltare skulle anställas för att säkerställa arbetet i verksamhetssystemet i enlighet med nya Socialtjänstlagen. En systemförvaltare anställdes under 2025, det kvarstår dock ett omfattande arbete kring verksamhetssystemet för 2026 och kommande år.

Årets avvikelser

Under 2025 upprättades 582 avvikelser, synpunkter och klagomål i verksamhetssystemet i Äldre- och omsorgsförvaltningen. Avdelningen för ordinärt boende står för en klar majoritet av avvikelserna. Att vara en avdelning med många avvikelser ska nödvändigtvis inte ses som något dåligt utan det skapar möjligheter att arbeta förebyggande. Att rapportera avvikelser kan också minska risken för att missförhållanden/vårdskador uppstår. Det finns verksamheter i Äldre- och omsorgsförvaltningen som gör få eller inga avvikelser. Att det inte rapporterats några avvikelser i alla verksamheter ska inte ses som att det inte finns brister utan det är mer troligt att avvikelser inte rapporteras i den utsträckning som det ska göras.

Nedan redogörs diagram över varje avdelnings avvikelser, Lex Sarah och synpunkter/klagomål. Avdelningen Hälso-och sjukvård, externa avvikelser och vårdskador/Lex Maria redogörs i patientsäkerhetsberättelsen.





Den avvikelsestyp som är mest förekommande

Myndighet är utförande av insats/omsorg/stöd. På Myndighet är vanligt förekommande avvikelsestyp handläggning av ärende. Avdelningen Ordinärt boende och Vård- och omsorgsboende är digitala hjälpmedel i verksamheten också en återkommande avvikelsestyp. På Funktionsstöd är avvikelsestypen bemötande mot brukare/patient eller närstående återkommande.

Gällande Lex Sarah-ärenden är det bemötande mot brukare/patient eller närstående som är den mest vanligaste avvikelsestypen. Inga allvarliga missförhållanden anmäldes till Inspektionen för vård och omsorg under 2025. Utifrån det arbetssätt som Äldre- och omsorgsförvaltningen har med avvikelsehantering innebär det att enhetschefer i första hand gör bedömningen om missförhållandet bedöms som allvarlig. Detta arbetssätt skulle kunna innebära att det blir flera olika bedömningar beroende på vem som utreder och är ansvarig för verksamheten. Äldre- och omsorgsförvaltningen kommer under 2026 att arbeta vidare med avvikelsehanteringen, för att både få medarbetare att rapportera enligt rutin och utveckla utredningarna och uppföljningarna av dessa.

Dokumentation

Två gånger per år gör verksamheterna i Äldre- och omsorgsförvaltningen journalgranskning. De journalgranskningar som skett under 2025 visar på brister både på social dokumentation och genomförandeplaner. Bristerna rör bland annat



bristfällig dokumentation, brister avseende samtycken och skydds-och begränsningsåtgärder. Bristerna bedöms innebära risker för exempelvis minskad rättssäkerhet men det bedöms också finnas en otydlighet kring den enskildes beviljade insatser då uppföljningar inte sker i den omfattning som krävs.

I slutet på 2025 tog förvaltningen fram granskningsmallar som ska användas vid journalgranskningarna. Granskningen avser social dokumentation, genomförandeplaner och myndighetsutövning och dokumenteras i Stratsys. Gemensamma granskningsmallar gör att granskningarna sker på liknande sätt och är samlat dokumenterade och därmed ger möjlighet att följa resultaten. Det har också resulterat i att ansvariga avdelningschefer kan upprätta åtgärder till eventuella brister men också att uppmärksamma och ta fram åtgärdsplaner på ett förvaltningsövergripande plan. Under 2026 kommer förvaltningen att följa upp granskningsmallarna och arbete kring journalgranskning.

Under 2025 har det skett utbildningssatsningar i hela förvaltningen kring dokumentation, målet är att samtliga medarbetare ska gå utbildningen. För ytterligare stöd att utveckla och förbättra dokumentationen har frastexter/hjälpstexter tagits fram i verksamhetssystemet. Parallellt med utbildningssatsningar har verksamhetsutvecklare under hösten 2025 varit tillgänglig digital för enhetschefer och medarbetare i en så kallad digital dokumentationsstuga. Syftet med detta är att fortsätta stödja enhetschefer och medarbetare i dokumentationen. Det är för tidigt att uttala sig om vad utbildningssatserna gett för resultat då utbildningarna fortfarande är pågående i förvaltningen. Dokumentationssatsningen kommer vara pågående även under 2026. Äldre- och omsorgsförvaltningen har ett fortsatt stort arbete kvar att göra för att kunna säga att förvaltningen dokumenterar med hög kvalitet. En del i svårigheterna bedöms också ligga i en ofullständig implementering av IBIC och brister i verksamhetssystemet.

Informationssäkerhet

Informationssäkerhet innebär att information som är viktig identifieras och skyddas på ett säkert sätt och att rätt användare skall ha rätt information vid rätt tillfälle. Det är viktigt att det är möjligt att följa hur, när och vem som tagit del av information.

Den senaste tiden ser vi i samhället ökade risker för cyberattacker med oönskade intrångsförsök eller angrepp mot datorsystem, nätverk eller digitala enheter. Detta kräver säkrare inloggningar samt datalagring. Några av de säkra inloggningar som används i Äldre- och omsorgsförvaltningen är SITHS, säker inloggning som är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller patientdatalagens krav på en säker identifiering vid inloggning till vissa system som hanterar känslig information. Bank-ID används också för att öka informationssäkerheten. Inom informationssäkerhet har samtliga medarbetare under 2025 genomgått en fördjupad utbildning anpassad efter respektive yrkesroll. Syftet är att säkerställa en gemensam kunskapsnivå och ökad medvetenhet kring informationssäkerhet i hela Äldre- och



omsorgsförvaltningen. Mer kring detta kommer att redogöras i informationssäkerhetsrapporten.

Analys, bedömning och åtgärder

Äldre- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete bedrivs i huvudsak i enlighet med kraven i Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Förvaltningen har påbörjat och kommer under kommande år fortsätta arbetet med att bygga upp, implementera och utveckla ett ledningssystem, vilket utgör en central del i att säkerställa kvalitet, rättssäkerhet och patientsäkerhet i samtliga verksamheter.

Äldre- och omsorgsförvaltningen har ett stort arbete att göra framåt, i förvaltningens alla verksamheter för att driva det systematiska kvalitetsarbetet framåt och till förbättring. Implementeringen av förvaltningens strategi, det förvaltningsövergripande arbete som kommer att ske av IBIC och det omfattande arbete som kommer ske med förvaltningens verksamhetssystem utgör viktiga delar och kommer bidra till ökad kvalitet både på kort och lång sikt.

Förvaltningens fokus på kompetensutveckling, särskilt inom dokumentation, ligger i linje med föreskriftens krav på att personal ska ha den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna med god kvalitet. Verksamheterna behöver fortsätta utveckla detta men också utveckla arbetet med granskningar och kontroller för att säkerställa att det blir korrekt. Detta tillsammans med att Myndighet utvecklar och förbättrar sitt uppföljningsansvar kommer även detta resultera i ett mer systematiskt, kunskapsbaserat och individanpassat arbetssätt. Detta är också en förutsättning för att säkerställa att beslutade insatser genomförs enligt beslut.

Digitalisering och välfärdsteknik utgör prioriterade utvecklingsområden i förvaltningen och är en viktig del för att långsiktigt stärka kvalitet, effektivitet och på sikt också möta framtidens behov av vård och omsorg. Digitala lösningar och välfärdsteknik bedöms vara gynnsam både för de personer som tar del av förvaltningens insatser och för medarbetarnas arbetssätt. För brukare bidrar tekniken till ökad trygghet, delaktighet och självständighet, medan det för personalen skapar bättre förutsättningar för ett mer effektivt, säkert och ändamålsenligt arbete. I utvecklingsarbetet med digitalisering tillkommer också ett arbete med att säkerställa att användningen sker och används korrekt i förvaltningens verksamheter.