



Kvalitetsberättelse 2025



Innehållsförteckning

Kvalitetsberättelse 2025.....	4
Arbete med kvalitets – och ledningssystem.....	4
Individ – och familjeomsorgen (IFO)	4
Styrdokument och rutiner	4
Avvikelsehantering 2025	5
Identifierade brister från tidigare år avsåg:	6
Vidtagna åtgärder har varit omfattande och inkluderat:	6
Brukar- och nöjdhetsdata	7
Riskanalyser och tillbud 2025	7
Måluppföljning 2025	8
Förbättringsområden 2026	8
Arbetsmarknad – och integration	8
Kompetensutveckling, kvalitetsarbete och samverkan	8
Avbrott, avvikelser och kvalitetsarbete	10
Resultat och effekter.....	10
Deltagarorienterade kvalitetsaspekter	11
Risker och utmaningar 2025	11
Risker har hanterats genom:	11
Måluppföljning 2025:	11
Prioriterade utvecklingsområden 2026.....	12
Hemtjänsten	12
Kompetensutveckling, internkontroll och kvalitetsarbete 2025–2026	12
Statistik Hemtjänsten 2025	12
Avvikelsestatistik och kvalitetsarbete	13
Brukarundersökning och förbättringsområden	14
Riskanalys 2025	14
Måluppföljning 2025	14
Prioriterade utvecklingsområden 2026.....	15
Oxelhälsan.....	15
Kompetensutveckling, internkontroll och kvalitetsarbete 2025–2026.....	15
Internkontroller.....	15
Hygien, rutiner och patientsäkerhet	15
Statistik Oxelhälsan 2025	16
Måluppföljning 2025	17
Åtgärder vid bristande måluppfyllelse:	17
Prioriterade förbättringsområden 2026	18
Särskilt boende – Linden	18
Kompetensutveckling, internkontroll och kvalitetsarbete 2025–2026.....	18

Kompetensutveckling:.....	18
Internkontroller.....	18
Rutiner och styrdokument	19
Statistik	19
Avvikelsehantering.....	20
Brukar-/nöjdhetsdata.....	20
Risikanalys.....	21
Måluppföljning 2025	21
Förbättringsområden 2026	22
Hälso- och sjukvårdsenheten.....	22
Kompetensutveckling & kvalitetsarbete 2025	22
Kompetensutveckling – nyckeltal.....	22
Pågående kompetens- och utvecklingsinsatser	22
Risker och åtgärder 2025	23
LSS Bangatan.....	23
Statistik & nyckeltal.....	23
Avvikelsestatistik.....	23
Brukar-/nöjdhetsdata.....	23
3 Riskanalys.....	24
Måluppföljning.....	24
Förbättringsområden 2026	24
LSS Domarringsvägen	24
Statistik & nyckeltal.....	24
Avvikelsestatistik.....	24
Fall dominerar statistiken:	24
Brukar-/nöjdhetsdata.....	25
Riskanalys.....	25
Måluppföljning.....	25
Förbättringsområden 2026	25
LSS Daglig verksamhet, socialpsykiatri och personlig assistans	26
Yrkesroll och organisation.....	26
Rutiner och arbetsbeskrivning	26
Samverkan och kvalitetsuppföljning	26
Kompetensutveckling 2025.....	26
Avvikelsestatistik 2025 (DV+LSS övrigt)	26
Måluppfyllelse 2025.....	27
Förbättringsområden 2026	27
Sammanfattning och avslut	27

Kvalitetsberättelse 2025

Arbete med kvalitets – och ledningssystem

Under 2025 har socialförvaltningen bedrivit ett omfattande arbete med att utveckla och strukturera ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Arbetet har bland annat inkluderat en inventering av behov, framtagande av årshjul, kompetensplan och organisationsskiss samt påbörjat arbete med att definiera lednings- och huvudprocesser. Förvaltningen har också etablerat kvalitetsgrupper inom respektive verksamhet och bildat ett förvaltningsövergripande kvalitetsråd för att stärka den gemensamma styrningen.

En genomgripande översyn av rutiner, riktlinjer och planer pågår, liksom utveckling av en dokumenthanteringsplan och förbättringar av intranätets struktur för att öka tillgängligheten. Under våren 2026 kommer ledningssystemet att presenteras på samtliga APT, med särskilt fokus på avvikelshantering och lex Sarah, samt publiceras externt för att öka transparensen. Sammantaget stärker arbetet förvaltningens kvalitetssäkring och bidrar till mer enhetliga, tydliga och hållbara arbetssätt.

Individ – och familjeomsorgen (IFO)

Kvalitetsarbete och styrning Under 2025 har ledningssystemet enligt SOSFS 2011:9 implementerats och integrerats i ordinarie styrning. Ett årshjul har införts som omfattar revidering av riktlinjer och rutiner, egenkontroller, avvikelSUPPFÖLJNING, loggkontroller, uppföljning av ej verkställda beslut, statistikrapportering samt arbetsmiljöarbete.

IVO:s nationella tillsyn 2024 samt PwC:s granskning har följts upp under 2025. Revisionsuppföljning visar att rutiner upprättats, samverkan stärkts och strukturer för uppföljning implementerats. Rekommendationer är åtgärdade.

Styrdokument och rutiner

Under året har en omfattande översyn av IFO:s styrdokument genomförts:

- Delegationsordningen har reviderats i enlighet med nya socialtjänstlagen (2025:400), ny skyddslagstiftning och förändringar inom LVU och familjerätt.
- En ny insatskatalog har införts.
- Åtta av tio riktlinjer har reviderats.
- Över 50 nya rutiner har skapats under året.
- Verksamhetssystemet har uppdaterats med nya mallar, beslutsstöd och systematiska loggkontroller.

- Egengranskningar har genomförts inom både barn- och unga samt ekonomiskt bistånd.

Detta sammantaget innebär en betydande förstärkning av både rättssäkerhet och strukturerad dokumentation.

Avvikelsehantering 2025

En avvikelse rapporterades under 2025 (orosanmälan från 2024). Tolv avvikelser rapporterades november–december 2024 och låg till grund för Lex Sarah-anmälan till IVO 2025.

Identifierade brister 2024 med påverkan in i 2025 avsåg ohanterade orosanmälningar, försenade utredningar och oskrivna BBIC-utredningar, brister i familjehemsutredningar och registerkontroller, ej verkställda beslut, avsaknad av ledningssystem samt sekretessbrister.

Vidtagna åtgärder omfattade genomgång av samtliga ärenden, färdigställande av utredningar, säkerställande av familjehemsutredningar och avtal, särskild handläggare för placerade barn- och unga, uppbyggnad av kvalitetsledningssystem och årshjul, månatlig statistikrapportering, förbättrad samverkan med barnomsorg och skola samt kompetenshöjande insatser. IVO avslutade ärendet utan ytterligare åtgärd.

Tabell 1. Statistik och nyckeltal 2025

KATEGORI	VÄRDE
Orosanmälningar totalt (Barn & unga)	453
– Sociala förhållanden	205
– Skadligt bruk hos förälder	88
– Eget beteende	65
– Våld	51
Vanligaste anmälare	Skola 106, Sjukvård 69, Polis 65, Anonyma 65
Orosanmälningar vuxna	59
– Skadligt bruk/beroende	50
– Våld i nära relation	9
Barnavårdsutredningar	129
– Slutförda äldre utredningar (2024)	Ja, inga kvar
Tidsfördelning av utredningar	0–30 dagar: 25 • 1–2 mån: 32 • 2–3 mån: 17 • 3–4 mån: 25 • 4–5 mån: 19 • >5 mån: 11
Domar enligt LVU	5 (olika paragrafer)

Avslag ekonomiskt bistånd	517
Överklaganden	38 (samtliga avgjorda till förvaltningens fördel)
Hushåll aktuella inom ekonomiskt bistånd	121
Varaktighet – 0–6 mån	50
7–12 mån	20
1–3 år	27
4–5 år	14
6 år eller mer	9
LVM-utredningar	9
– LVM-ansökan bifallen	1
Placeringar barn och unga (familjehem egen regi)	10 (4 SoL, 6 LVU)
Konsulentstödda familjehem	4
HVB-placeringar	2
Stödinsatser vuxna (ALBUS, stödboende, LVM m.m.)	Flera, flertalet avslutade under året
Öppenvårdsinsatser (nya beslut)	38
Ej verkställda beslut 2025	0
Brakarundersökning – positiva svar	Kontakt 91 %, Bemötande 91 %, Trygghet 86 %, Förväntningar 74 %, Bästa hjälp 73 %, Handläggningstid 69 %, Kännedom synpunkter 74 %
Tillbud	2 (suicidnära situation och hotincident)

Identifierade brister från tidigare år avsåg:

- Ohanterade orosanmälningar
- Försenade utredningar och oskrivna BBIC-utredningar
- Brister i familjehemsutredningar och registerkontroller
- Ej verkställda beslut
- Sekretessbrister
- Avsaknad av fungerande ledningssystem

Vidtagna åtgärder har varit omfattande och inkluderat:

- Total genomgång av alla ärenden
- Slutförande av utredningar och registerkontroller
- Ny handläggare för placerade barn och unga

- Månadsvis statistikuppföljning
- Förbättrad samverkan med skola och barnomsorg
- Kompetenshöjande insatser (Yrkesresan, FFT, RePulse m.m.)
- Uppbyggnad av ledningssystem och årshjul

IVO har avslutat ärendet utan vidare åtgärd, vilket visar att bristerna har hanterats på ett tillfredsställande sätt.

Brukar- och nöjdhetsdata

112 svar inkom i årets brukarundersökning. Resultaten visar hög kundnöjdhet inom flera områden:

- 91 % instämmer helt/delvis att kontakten fungerar väl
- 91 % upplever gott bemötande
- 86 % känner trygghet
- 74 % anser att förväntningarna uppfylls
- 69 % är nöjda med handläggningstid
- 74 % vet hur de lämnar synpunkter

Resultaten visar en generell styrka i bemötande och relation, samtidigt som vissa områden (förväntningar, tydlighet, handläggningstid) fortsatt behöver stärkas.

Risikanalyser och tillbud 2025

Risikanalyser har genomförts inom flera områden, bland annat:

- Graviditetsanpassning
- Arbetsbelastning för enhetschef
- Förändrat arbetssätt inom försörjningsstöd
- Omorganisation inom barn och familj
- Ändrade telefontider
- Tillfällig teamledarroll

Två tillbud rapporterades:

1. Suicidnära situation vid placering
2. Hotincident efter beslutsmeddelande

Åtgärder har omfattat uppdaterade säkerhetsrutiner, utbildning och dialog med polis.

Måluppföljning 2025

Flera mål har uppnåtts:

- Utökat förebyggande arbete – 505 personer nådda
- Fler genomförda SIP – 34 under året
- 100 % barnsamtal vid utredningar
- Samtliga öppenvårdsinsatser verkställda i rätt tid
- Öppenvårdens genomförandeplaner – 85 % måluppfyllelse
- Individuella planeringar för egen försörjning – 90,5 %
- Inga ej verkställda beslut

IFO ligger därmed stabilt i sin måluppfyllelse och har tydliga strukturer på plats inför 2026.

Förbättringsområden 2026

Inför 2026 prioriterar IFO följande:

- Vidareutveckling av det systematiska kvalitetsarbetet
- Utökning av hemmaplanslösningar genom öppenvården
- Införande och utveckling av individbaserad systematisk uppföljning (ISU)
- Förstärkt samverkan med interna och externa aktörer
- Stärkta rutiner för rättssäker handläggning och dokumentation

Arbetsmarknad – och integration

Kompetensutveckling, kvalitetsarbete och samverkan

Under 2025 har AMI genomfört ett omfattande utvecklingsarbete med fokus på stärkta arbetsmetoder, förbättrad dokumentation och fördjupad samverkan – både internt och externt. En handlingsplan för kommunens arbete med KAA (kommunalt aktivitetsansvar) har upprättats, tillsammans med en ny samverkansgrupp inom kommunen. Parallellt har ett nytt verksamhetssystem för KAA implementerats.

Den lokala överenskommelsen med Arbetsförmedlingen har uppdaterats och arbetsgruppen har etablerat en mer systematisk mötesstruktur. Medarbetarna har genomgått utbildning i Supported Employment, vidareutbildning i BIP-metodik, utbildning i arbetsförmågebedömningar samt deltagit i dokumentationsutveckling genom nya Lifecare-mallar och nya uppföljningsmallar vid arbetsträning och praktik.

Under året har även AMI stärkt samverkan med allmänpsykiatri, Försäkringskassan, Länsstyrelsen, Folkuniversitetet, SFI, kommunens samtliga ledningsgrupper samt länets övriga Coachingteam för digitala insatser. Ett omfattande arbete har lagts på dokumentationskultur genom checklistor, goda exempel och strukturerade teammöten.

Detta samlade utvecklingsarbete har bidragit till ökad kvalitet, bättre stöd till deltagare och en mer enhetlig arbetsprocess.

KATEGORI	VÄRDE
Inskrivna deltagare totalt	75 st
Nya deltagare	58 st
Avslutade deltagare totalt	(se nedan)
– Till arbete	9 st
– Till studier	8 st
– Till Förstärkt samarbete (FK/AF)	4 st
– Åter till remittent	4 st
– Avslut utan uppstart	5 st
Deltagare per månad	40–56 st/mån
Överförda från FK	10 st
Överförda från IFO vuxen	41 st
Överförda från AF	4 st
Egen ansökan	17 st
Övergång till arbete/studier (andel)	80 % (84 % inkl. rehabsteg)
Avbrott	5 st
Insatser	Arbetsträning, praktik, workshops, hälsofrämjande aktiviteter m.m.
Max deltagare per aktivitet	ca 10 st
Inskrivna deltagare totalt	75 st
Nya deltagare	58 st
Avslutade deltagare totalt	(se nedan)
– Till arbete	9 st
– Till studier	8 st
– Till Förstärkt samarbete (FK/AF)	4 st
– Åter till remittent	4 st
– Avslut utan uppstart	5 st
Deltagare per månad	40–56 st/mån
Överförda från FK	10 st
Överförda från IFO vuxen	41 st
Överförda från AF	4 st
Egen ansökan	17 st



Övergång till arbete/studier (andel)	80 % (84 % inkl. rehabsteg)
Avbrott	5 st
Insatser	Arbetsträning, praktik, workshops, hälsofrämjande aktiviteter m.m.

Avbrott, avvikelser och kvalitetsarbete

AMI arbetar inte med avvikelser i samma formella struktur som vård- och omsorgsverksamheter, men har tydlig kvalitetslogik kopplad till avbrott, ledtider och deltagarflöden.

Under året:

- 5 avbrott noterades bland inskrivna deltagare.
- Verksamheten har inga ledtider, då insatser påbörjas direkt när uppstartsmöte kan hållas.
- Övergångar mellan AMI och andra myndigheter sker sömlöst och effektivt, vilket har lyfts som ett kvalitetsmoment i samverkan med AF och FK.

Vid analys av avbrott framkommer att orsakerna främst handlar om uteblivna uppstarter eller förändrade förutsättningar hos deltagare, vilket AMI hanterat genom förbättring av remissrutiner och nya checklistor.

Resultat och effekter

AMI har mycket starka resultat i övergångar till arbete och studier:

- 9 personer till arbete
- 8 personer till studier
- 4 personer vidare i rehabiliteringskedjan via Förstärkta samarbetet
- 1 person vidare till AF:s insatser

Totalt innebär detta:

- 80 % av deltagarna går vidare till arbete eller studier
- 84 % går vidare till arbete, studier eller nästa steg i rehabiliteringsprocessen
- Arbetsträning och praktik bedrivs för nästan samtliga deltagare någon gång under inskrivningen och ses som en integrerad del av kedjan — inte som ett slutresultat.
- Lokala aktiviteter och insatser fyller vanligtvis 8 timmar/vecka och kombineras med individuella aktiviteter, digitala uppgifter och externa praktikplatser.

Deltagarorienterade kvalitetsaspekter

Även om AMI inte har en formell brukarundersökning ger underlaget en bild av flera kvalitetsaspekter:

- Lokalen är ofta fullbelagd vid aktiviteter
- Insatserna anpassas efter deltagarnas kapacitet och hälsa
- Deltagare ges möjlighet till studiebesök, hälsofrämjande aktiviteter, workshops och digitalt stöd
- Samverkan med psykiatri, Capio och SFI har ökat tydligheten och tillgängligheten för deltagarna
- Dokumentationen har blivit mer enhetlig, transparent och individanpassad

Risker och utmaningar 2025

Utifrån underlaget framgår följande riskområden:

- Varierande närvaro hos deltagare
- Svårigheter att hålla regelbunden gruppstorlek på grund av flöden
- Utmaningar vid överlämningar mellan remittenter
- Dokumentationsrutiner behövde stärkas (åtgärdat)

Risker har hanterats genom:

- nya checklistor
- stärkt dokumentationskultur
- utbildning och handledning
- tydligare arbetsprocesser
- förstärkt samverkan

Måluppföljning 2025:

Ökad samverkan mellan myndigheter: uppnått genom nya grupper, tätare möten och strukturerad dialog.

Kortare vägar till insats: uppnått då inga ledtider förekommer

Förstärkt dokumentation och tydlighet: uppnått genom nya mallar, checklistor och teamarbete.

Hög andel deltagare vidare till arbete/studier: uppnått med mycket god marginal (80-84%)

Prioriterade utvecklingsområden 2026

Utifrån underlaget kommer AMI under 2026 att prioritera:

- Fortsatt implementering av Supported Employment och BIP
- Vidareutveckling av KAA-arbetet
- Förstärkt arbete med dokumentationskvalitet
- Fördjupad samverkan med AF, FK, psykiatri och SFI
- Ökad struktur kring mottagandet av nyanlända
- Utökade verktyg och mallar för uppföljning av insatser
- Utvecklingsarbete i Finsam-samverkan
- Utökning av utbildningar riktade till deltagare (hälsa, digitalt, språk)

Hemtjänsten

Kompetensutveckling, internkontroll och kvalitetsarbete 2025–2026

Under 2025 har hemtjänsten bedrivit ett omfattande kvalitetsarbete med fokus på samverkan, patientsäkerhet och förbättrade arbetsprocesser. Samverkan med hemsjukvården (HSV) har stärkts väsentligt då samarbetet utökats från månadsvisa till veckovisa samverkansmöten, vilket möjliggör gemensamma analyser av avvikelser, snabbare åtgärder och en ökad samsyn i det löpande arbetet. Även samverkan med biståndsenheten har utvecklats, bland annat genom varannan-veckas-möten som förbättrat kommunikationsflödet och skapat tydligare beslutsunderlag.

Hemtjänsten har under året genomfört riktade insatser för att höja kompetensen i personalgruppen. Detta inkluderar stärkt introduktion för nyanställda genom utsedda handledare samt införande av modultillägg i verksamhetssystemet för att minska planeringsfel. Som ett led i att öka trygghet och tydlighet för brukarna tas en omsorgspärm fram som ska implementeras under våren 2026. Pärmen kommer att innehålla genomförandeplan, aktuella insatser, kontaktpuppgifter och övrig relevant information.

Verksamhetens kvalitetsarbete har även omfattat strukturerad avvikelshantering, Lex Sarah-utredningar, egenkontroller och riskbedömningar. Detta har lett till förbättrade rutiner, minskad risk för fel i dokumentation och en tydligare struktur för planering och uppföljning.

Statistik Hemtjänsten 2025

KATEGORI	VÄRDE
----------	-------

Totalt antal brukare 2025	247
Varav endast trygghetslarm	ca 40
Avslutade anställningar	23
Nyanställningar	20
Sjukfrånvaro	15,41 %
Total mängd avvikelser	450
Brister i informationsöverföring	32
Dokumentation	3
Fallrapporter	155
Larm/Verksamhetssystem	13
Lex Sarah (rapporter)	4
Läkemedel	121
Medicinteknisk utrustning	14
Omvårdnadshändelser	105
Sekretess	2
Suicid/Suicidförsök	1
Brukarnöjdhet (nöjda/ganska nöjda)	84 %
Kontinuitet – fast omsorgskontakt	Delvis uppfyllt
Totalt antal brukare 2025	247
Varav endast trygghetslarm	ca 40
Avslutade anställningar	23
Nyanställningar	20
Sjukfrånvaro	15,41 %
Total mängd avvikelser	450
Brister i informationsöverföring	32
Dokumentation	3
Fallrapporter	155
Larm/Verksamhetssystem	13
Lex Sarah (rapporter)	4
Läkemedel	121
Medicinteknisk utrustning	14
Omvårdnadshändelser	105
Sekretess	2

Avvikelsestatistik och kvalitetsarbete

Under 2025 rapporterades avvikelser inom flera kategorier, där fallrapporter (155) och omvårdnadshändelser (105) utgjorde de största grupperna. Läkemedelsavvikelser (121) var också en betydande kategori, medan brister i informationsöverföring förekom 32 gånger.

Hemtjänsten har arbetat systematiskt med att analysera och åtgärda avvikelser genom:

- Veckovisa samverkansmöten med HSV där avvikelser går igenom gemensamt
- Varannan-veckas möten med biståndsenheten för att säkerställa rätt insatser
- Förstärkt handledning och utbildning av personal
- Införande av modultillägg i planeringssystemet för att minska felplanering
- Tydligare rutiner för planering och uppföljning

Av de fyra Lex Sarah-rapporter som inkommit bedömdes endast en utgöra risk för allvarligt missförhållande. Händelsen hanterades enligt gällande riktlinjer.

Brukarundersökning och förbättringsområden

Resultatet från Socialstyrelsens nationella enkät *"Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?"* visar att:

- 84 % av brukarna är nöjda eller mycket nöjda med hemtjänsten
- Brukarna upplever generellt trygghet och gott bemötande
- Flera uppger att de inte träffar sin fasta omsorgskontakt tillräckligt ofta
- Vissa brukare vet inte vart de ska vända sig med frågor eller synpunkter

För att stärka delaktighet och kontinuitet planeras följande åtgärder:

- Införande av omsorgspärm hos alla brukare
- Översyn av gruppfordelning och rutter
- Förbättrad kontinuitet genom fast omsorgskontakt
- Tydligare information om kontaktvägar och besökstider

Risikanalys 2025

Flera riskområden identifierades, bland annat:

- Fordon som inte fungerat i hårtinterväder → leder till brist på bilar
- Hög sjukfrånvaro → påverkar bemanning och kontinuitet
- Nyckelskåpsproblem → stress, osäkerhet och risk för felhantering
- Ekonomiska risker kopplat till låg grundbemanning och frånvaro

Åtgärder som genomförts inkluderar rekryteringsinsats, arbetsanpassningar, utsedd personal för nyckelhantering samt fortsatt arbete med rehabiliteringsstöd.

Måluppföljning 2025

Hemtjänstens mål för 2025 var att:

- 88 % skulle vara nöjda med sin hemtjänst – *utfall: 84 %*
- Alla brukare skulle ha fast omsorgskontakt – *delvis uppfyllt*

Prioriterade utvecklingsområden 2026

Inför 2026 kommer hemtjänsten att prioritera:

- Förbättrad följsamhet till basala hygienrutiner
- Stärkt kompetens inom sårvård
- Översyn av grupp- och ruttfördelning för bättre kontinuitet
- Förbättrad kommunikation och förutsägbarhet
- Ökad trygghet och tydlighet genom omsorgspärmen
- Stärkt arbetsmiljö och frisknärvaro

Oxelgården

Kompetensutveckling, internkontroll och kvalitetsarbete 2025–2026

- Flera medarbetare har utbildat sig till undersköterskor via Äldreomsorgslyftet.
- 1 medarbetare studerar till vårdbiträde; 3 nya påbörjar studier våren 2026.
- YH-utbildningar genomförda:
 - 1 medarbetare utbildad i demensvård
 - 1 genomför palliativ utbildning

Internkontroller

- Lifecare-loggar genomförs regelbundet för att säkerställa korrekt dokumentation och aktualitet i genomförandeplaner.
- Personcentrerade aktiviteter följs upp 2 gånger/år.
- SignIT-kontroller säkerställer läkemedelshantering enligt riktlinjer.
- Avvikelse följs upp löpande med orsaksanalys och åtgärdsimplementering.

Hygien, rutiner och patientsäkerhet

- Rutiner revideras minst 1 gång per år.
- Samtliga ombudsroller har uppdaterade uppdragsbeskrivningar.
- Avvikelse och förbättringsåtgärder återkopplas till berörd personal.
- Två värdinnor bidrar till kvalitet genom:

- stöd i palliativ vård
- insulindelning
- aktivitetsplanering för boende

Statistik Oxelgården 2025

KATEGORI	VÄRDE
Antal boende	48
Beläggingsgrad	100%
Fall och fallskador	118
LM-avvikelser	84
Dokumentationsavvikelser	8
Omvårdnadsavvikelser	65
Genomförandeplaner aktuella	48
Totalt antal avvikelser	323
Brukarnöjdhet	88%
Riskhändelser	18
Antal boende	48
Beläggingsgrad	100%
Fall och fallskador	118
LM-avvikelser	84
Dokumentationsavvikelser	8
Omvårdnadsavvikelser	65
Genomförandeplaner aktuella	48
Totalt antal avvikelser	323
Brukarnöjdhet	88%
Riskhändelser	18
Antal boende	48
Beläggingsgrad	100%
Fall och fallskador	118
LM-avvikelser	84
Dokumentationsavvikelser	8
Omvårdnadsavvikelser	65
Genomförandeplaner aktuella	48
Totalt antal avvikelser	323
Brukarnöjdhet	88%
Riskhändelser	18
Antal boende	48
Beläggingsgrad	100%
Fall och fallskador	118

Avvikelsehanteringen under 2025 omfattade totalt 323 avvikelser, där de vanligaste kategorierna var fall, läkemedel, dokumentation och

omvårdnadshändelser. En del avvikelser rörde även medicinteknisk utrustning, där fel på läkemedelsskåp bidrog till att vissa händelser registrerades under läkemedelsavvikelser. Brister i informationsöverföring noterades också som ett återkommande område. Samtliga avvikelser följs upp systematiskt i verksamhetens teammöten varje vecka, där varje händelse kartläggs för att identifiera möjliga åtgärder. Uppföljning sker även individuellt med berörda medarbetare samt på APT, vilket har lett till tydliga och positiva effekter i verksamheten.

Brukar- och nöjdhetsdata visar på en överlag stabil och god kvalitet. Under 2025 inkom inga klagomål via boendets klagomålsblankett, samtidigt som brukarundersökningen visade att 50 % av de boende vet vart de ska vända sig med synpunkter. Den uppmätta nöjdheten låg på 88 %, vilket speglar en god upplevelse av omsorgen. Som en del av det förbättringsarbete som bedrivits har anhöriga fått möjlighet att lämna synpunkter på områden där verksamheten rent procentuellt låg lägre. Deras återkoppling togs sedan upp vid anhörigräffar, vilket stärker förvaltningens dialog och delaktighetsperspektiv.

I verksamhetens riskanalys konstateras att samtliga brukare har genomgått en checklista för hot och våld, vilket innebär 100 % uppfyllelse. Under året uppdaterades 18 handlingsplaner efter identifierade riskhändelser kopplade till hot och våld. Åtgärderna har främst bestått av revidering av handlingsplaner, vilket bidragit till att minska riskerna och öka tryggheten både för brukare och personal.

Måluppföljning 2025

- Nöjdhet: 88 % av brukarna är ganska eller mycket nöjda.
- Personcentrerade aktiviteter: 80 % måluppfyllelse.
- Trygghet: 100 % av brukarna har trygghet dokumenterat i sina genomförandeplaner.
- Läkemedel i tid: 90 % – nära målvärdet och visar stabil kvalitet.
- Ekonomi: Underskott på 1,1 miljoner kronor, främst kopplat till personalkostnader och överanställning.
- Sjukfrånvaro: 10,4 %, varav flera medarbetare med långtidsfrånvaro.

Åtgärder vid bristande måluppfyllelse:

- stärkt bemanningsplanering
- tidigare och tydligare uppföljning av korttidsfrånvaro
- utökad användning av Adato och omsorgssamtal

Prioriterade förbättringsområden 2026

- Bemanning & kostnadskontroll: Säkerställa bokning av resursspass och minska kostnader vid frånvaro genom bättre planering.
- Närvaro & arbetsmiljö: Införa omsorgssamtal efter korttidssamtal för att förebygga upprepade frånvaro.
- Systematiskt arbetsmiljöarbete: Vidareutveckla det "ständiga förbättringsarbetet" på APT, tillsammans med medarbetare och skyddsombud, enligt Suntarbetslivs modell.

Särskilt boende – Linden

Kompetensutveckling, internkontroll och kvalitetsarbete 2025–2026

Linden består av 25 platser för särskild boende och 9 platser för korttids- och växelvård. Under 2025 har en organisationsförändring skett då det från oktober månad är en enhetschef i stället för två.

Kompetensutveckling:

- Flera medarbetare har utbildat sig till undersköterskor inom Äldreomsorgslyftet.
- 1 medarbetare studerar till vårdbiträde.
- Personalen har genomgått utbildningar inom palliativt förhållningssätt (Mantelprojektet).

Internkontroller

Lifecare-loggar: kontroller utförs löpande för att säkerställa korrekt dokumentation och registrering av personcentrerade aktiviteter.

SignIT:

- 91,6 % av läkemedelsdelningarna låg inom tröskelvärde
- 7,4 % utanför tröskelvärde
- 1 % ej givna

Hygien- och följsamhetsmätningar

- PPM-mätningar visar att 48 % av observationerna inte följer basala hygienrutiner.
- Bristande följsamhet gäller främst:
 - utebliven handdesinfektion

- felaktig användning av skyddskläder
- låg handhygienrutinföljsamhet
- Försämringen bedöms bero på:
 - hög sjukfrånvaro
 - otillräcklig introduktion
 - bristande daglig uppföljning

Åtgärder inför 2026: riktade hygieninsatser och utbildningsinsatser.

Rutiner och styrdokument

- Rutiner revideras minst 1 gång per år.
- Samtliga ombudsroller och befattningar har uppdaterade uppdrags- och funktionsbeskrivningar.
- Avvikelser utreds och återkopplas systematiskt till personal.

Statistik

KATEGORI	VÄRDE
Särskilt boende – max vård dygn	9125
Vård dygn 2025	8227
Beläggningsgrad	90%
Korttidsavdelning – max vård dygn	3285
Vård dygn 2025	3082
Beläggningsgrad korttid	93.8%
Antal korttidsindivider	69
Genomsnittlig vistelsetid	45 dygn
Totalt antal avvikelser	399
Fall	71
Läkemedel	184
Omvårdnad	69
Medicinteknik	39
Informationsöverföring	16
Synpunkter & klagomål	1
Förtroende för personalen	71%
Kännedom om klagomålsvägar	29%
Personcentrerad aktivitet – uppnått	Ja
Trygghet i genomförandeplan	100%
SignIT – inom tröskelvärde	91.6%
Hygienrutiner – ej följsamhet	48%
Särskilt boende – max vård dygn	9125
Vård dygn 2025	8227

Beläggingsgrad	90%
Korttidsavdelning – max vård dygn	3285
Vård dygn 2025	3082
Beläggingsgrad korttid	93.8%
Antal korttidsindivider	69
Genomsnittlig vistelsetid	45 dygn
Totalt antal avvikelser	399
Fall	71
Läkemedel	184
Omvårdnad	69
Medicinteknik	39
Informationsöverföring	16
Synpunkter & klagomål	1
Förtroende för personalen	71%
Kännedom om klagomålsvägar	29%
Personcentrerad aktivitet – uppnått	Ja
Trygghet i genomförandeplan	100%
SignIT – inom tröskelvärde	91.6%
Hygienrutiner – ej följsamhet	48%

Avvikelsehantering

Avvikelser tas upp i team varje vecka, där samtliga händelser går igenom för att säkerställa orsaksanalys och lämpliga åtgärder. Varje berörd medarbetare får även återkoppling individuellt. Vid behov vidtas omedelbara praktiska åtgärder, exempelvis kontakt med hjälpmedelstekniker vid larm- eller utrustningsproblem. Förebyggande åtgärder kan innefatta uppdatering av lokala rutiner, förändring av arbetssätt eller utbildningsinsatser.

Lex Sarah: En händelse rapporterades, men efter utredning bedömdes den inte uppfylla kriterier för lex Sarah och ärendet avslutades av IVO.

Brukar-/nöjdhetsdata

Linden genomförde inga egna brukarundersökningar, men arbetade med boenderåd och anhörigråd där synpunkter kunde lyftas muntligt. Några framkomna förbättringsområden rörde exempelvis utbudet av priser vid sociala aktiviteter, vilket lett till att verksamheten ändrat konceptet och nu erbjuder mer varierade och uppskattade vinster.

I Socialstyrelsens enkät "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" var svarsfrekvensen låg (20–40 %). Resultaten visar:

- 71 % upplever förtroende för personalen (jämfört med rikssnittet 83 %)
- 29 % vet vart de ska vända sig med synpunkter eller klagomål
- 100 % upplever gott bemötande från personalen
- 100 % upplever att personalen tar hänsyn till deras åsikter och önskemål

Identifierade förbättringsbehov är att öka svarsfrekvensen, stärka kontaktmannaskapet och tydliggöra rutiner för synpunktshantering.

Riskanalys

Riskanalysen för 2025 omfattade både särskilt boende och korttid. Flera högriskområden identifierades, bland annat:

- Kvalitetsbrister kopplade till kompetens
- Tekniska risker, exempelvis hissfel och telefonisystem som legat nere
- Brandrisker, både i gemensamma utrymmen och lägenheter
- Risk för att boende avviker
- Risker kopplade till dokumentationsåtkomst vid tekniska störningar

Vid inträffade händelser har handlingsplaner uppdaterats, tekniska system felanmält och förebyggande rutiner skärpts (t.ex. tätare tillsyn vid strömavbrott).

Måluppföljning 2025

Linden har arbetat mot flera mål med varierande grad av måluppfyllelse:

- Personcentrerade aktiviteter: uppnått mål
- Utevistelser: svårsmått p.g.a. integrering i personcentrerade aktiviteter, men anses ha nåtts
- Trygghet i genomförandeplaner: 100 %
- Läkemedel i tid – mål 90 %: resultat 89,2 %
- Sjukfrånvaro – mål 7,5 %: resultat 9,2 %, ej uppnått
- Nöjdhet och trygghet: saknar resultat p.g.a. låg svarsfrekvens

Ekonomi visar ett underskott kopplat till höga personalkostnader, hög sjukfrånvaro, tomma platser samt brister i TAN-rapportering vilket orsakat uteblivna intäkter.

Förbättringsområden 2026

Linden har identifierat flera prioriterade förbättringsområden:

- Förbättra dokumentation och följsamhet i SignIT
- Öka svarsfrekvensen i brukarundersökningar
- Arbeta aktivt med frisknärvaro och förebyggande arbetsmiljöinsatser
- Förtydliga lokala rutiner och stärka introduktion vid delegering
- Säkerställa snabbare åtgärder vid tekniska problem (hiss, telefoni)
- Förbättra överrapportering mellan arbetspass
- Utveckla rutiner för avvikelser kopplade till uteblivna insatser

Hälso- och sjukvårdsenheten

Kompetensutveckling & kvalitetsarbete 2025

Kompetensutveckling – nyckeltal

- BPSD-utbildning: **24 personer**
- MHFA-utbildning (vuxen/äldreinriktning): **3 personer**
- Mantelprojektet – kompetenshöjande insatser för palliativ vård och teamarbete:
 - **4 chefer**
 - **2 läkare**
 - **3 arbetsterapeuter**
 - **6 sjuksköterskor**
 - **65 baspersonal**
 - **Totalt 80 deltagare**
- Sårvårdsutbildning: **12 sjuksköterskor**

Pågående kompetens- och utvecklingsinsatser

- Kommande utbildning i BPSD-registermetodik (AT i Ängelholm)
- Stärkt strukturskapande arbete inom demensstrategin i samverkan med KST, Capio och processledare
- Fortsatt kunskapsspridning via ansvarig sårjuksköterska
- Utbildningar för hemtjänstpersonal inom lyftkörkort, hjälpmedel och introduktion

Risker och åtgärder 2025

Riskområde	Risk	Åtgärd
Ensamarbete kväll/helg/natt	Hot- och våldsrisksituationer	Överfallslarm inköpta och kopplade till larmcentral
Baskunskap hos baspersonal	Variation i vårdkvalitet	Riktade utbildningsinsatser från ssk & arbetsterapeut
IT-uppdateringar	Bristande informationsspridning	Krav på förbättrad kommunikation från digitalisering/MAS
El-avbrott	Påverkan på drift & patientsäkerhet	Tätare samverkan med Lebo
Läkemedelsskåp	Tekniska brister, risk för avvikelser	Regelbundna avstämnings med leverantör + MAS

LSS Bangatan

Statistik & nyckeltal

- Antal brukare: **14 personer**
- Nya brukare: **3**, avslutade: **2**
- Beläggningsgrad: **100 %**

Avvikelsestatistik

Totalt antal avvikelser: 49 st

Typ av avvikelse	Kommentar
Informationsöverföring	SMS-påminnelser missade
Fall	Inga skador
Läkemedel	Missade doser/fel tid – ssk informerad
Medicinskåp ej låsta	Sommarperiod
Omvårdnad	

Hantering: avvikelser tas upp **varannan vecka** med sjuksköterska + teamledare och vid APT.

Brukar-/nöjdhetsdata

- Inga inkomna klagomål 2025
- Brukarundersökning: 93 % svarsfrekvens (13/14)
- Överlag positiva resultat, vissa variationer mot nationell nivå

- Utvecklingsområden:
 - stärkt AKK
 - förbättrad individanpassning
 - stärkt introduktion av nyanställda
 - egen lokal brukarundersökning inför 2026

3 Riskanalys

- Tre tillbud i KIA, varav en arbetsskada (åtgärd genom stöd/hjälpmedel)
- Risker följs upp varje APT

Måluppföljning

- Fritidsverksamhet (Asken Aktivitetshus) startad – 8,6 besökare/vecka
- Dokumentation: 100 % aktuella genomförandeplaner
- Läkemedel i tid: ingen statistik 2025
- Sjukfrånvaro: 14,07 % (ökning 6,61 % från 2024)

Förbättringsområden 2026

- Implementera digitala verktyget BOET
- Fortsatt utbildning i "Hälsan spelar roll"
- Arbeta med boendekarriär för personer med utvecklingspotential

LSS Domarringsvägen

Statistik & nyckeltal

- Antal brukare: **12 lägenheter**
- In- och utflytt: **0 under 2025**
- Belägningsgrad: **100 %**

Avvikelsestatistik

Totalt antal avvikelser: **170 st**

Fall dominerar statistiken:

- En person: 66 fall (glider ur säng – flera åtgärder testade)
- En person: 6 fall kopplat till EP (åtgärder: bälte, stöd vid utevistelse)

Ytterligare avvikelser förekommer inom:

- omvårdnad
- omvårdnadsbehov (stora stödbehov)

Hantering: avvikelser tas upp varannan vecka med ssk, arbetsterapeut, teamledare samt vid APT.

Brukar-/nöjdhetsdata

- Inga inkomna klagomål
- 7 deltagare i brukarundersökningen
- Negativt: brister i upplevd kommunikation
- Positivt: trygghet och gott bemötande
- Utvecklingsområden:
 - AKK
 - individbaserat bemötande
 - stärkt introduktion
 - egen brukarundersökning planeras 2026

Riskanalys

- 15 KIA-rapporter
- 6 rapporter om hot och våld – handlingsplan finns och följs
- Identifierad risk: bristande kommunikation i personalgruppen

Måluppföljning

- Fritidsverksamhet Asken – motsvarar målet enligt nya socialtjänstlagen
- Dokumentation: 100 % aktuella genomförandeplaner
- Läkemedel i tid: ingen statistik
- Aktiv schemaplanering genomförd, men utmanande p.g.a. ökade behov
- Sjukfrånvaro: 17,42 % (ökning 1,83 % från 2024)

Förbättringsområden 2026

- Psykosocial arbetsmiljö → fokus på friskfaktorer, konflikthantering och trivsel
- Fortsatt arbete med "Hälsan spelar roll"
- Utredda behov av fler platser inom bostad med särskild service

LSS Daglig verksamhet, socialpsykiatri och personlig assistans

Yrkesroll och organisation

- Ny yrkesroll teamledare infördes för daglig verksamhet och personlig assistans i slutet av 2024.
- LSS-organisationen minskade från 3 chefer till 2 chefer under 2025.
- Daglig verksamhet leddes av teamledare + tf enhetschef fram till ny enhetschef tillsattes i december 2025.

Rutiner och arbetsbeskrivning

- Arbetet med att publicera rutiner i intranätet fortsatte under 2024–2025.
- **4 medarbetare** utbildade i webbadministration (ej DV/socialpsykiatri/PA ännu).
- Representant från DV/socialpsykiatri/PA utbildas under 2026.

Samverkan och kvalitetsuppföljning

- APT och verksamhetsträffar var 4:e **vecka** (genomförandeplaner följs upp).
- Stödpedagog ansvarar för planering och genomförande av verksamhetsträffarna.

Kompetensutveckling 2025

- **2 medarbetare** utbildar personal i dokumentation i Lifecare (fortsätter 2026).
- Teamledare utbildad i *"Leda utan att vara chef"*.
- Hela personalgruppen inom DV och socialpsykiatri:

KTC-utbildningar: **"Bemötande & bli bemött", "Sluta krångla"**

- Stödpedagog DV genomförde *Hälsan spelar roll*.
- **1 medarbetare** gick teckenspråksveckor (statsbidrag).
- **All personal** inom DV, socialpsykiatri och PA genomförde Yrkesresans introduktion (fortsätter 2026).

Avvikelsestatistik 2025 (DV+LSS övrigt)

Totalt antal: 31 avvikelser

Typ av avvikelse	Antal
Informationsöverföring	7
Fall	6
Läkemedel	4
Sekretess	2

Omvårdnad

12

Avvikelse hanteras vid ordinarie verksamhetsträff och vid behov direkt av enhetschef.

Måluppfyllelse 2025**Brukarundersökning**

- Svansfrekvens: 78 % (21 deltagare)
- 75 % upplever att personalen förstår vad de säger/menar
- 90 % känner sig trygga
- 90 % trivs på sin dagliga verksamhet

Arbete/praktik

- Antal deltagare i praktik/arbete utanför DV:
 - 7 personer (målvärde 2 personer → målet överträffat)

Förbättringsområden 2026

- Utöka arbetsuppgifter och praktikplatser, både individuella och grupplatser.
- Arbetsstrukturerat med arbetsmiljö genom planeringsdagar och kommunikationsmöten.

Sammanfattning och avslut

Kvalitetsberättelsen för 2025 visar på ett omfattande och systematiskt utvecklingsarbete i hela socialförvaltningen. Genom tydligare strukturer, förbättrade styrdokument, förstärkt samverkan och ett mer enhetligt ledningssystem har verksamheterna tagit viktiga steg mot ökad kvalitet, säkerhet och transparens. Implementeringen av nya rutiner, förbättrat dokumentationsstöd och tätare uppföljning har skapat bättre förutsättningar för ett hållbart och rättssäkert arbete.

Verksamheterna uppvisar goda resultat inom flera områden såsom genomförda utbildningsinsatser, förbättrad avvikelshantering, stärkt brukardeltagande och stabil måluppfyllelse.

