

Heby kommun – en växande landsbygdskommun med
närhet, trygghet och livskvalitet

Kvalitetsberättelse 2025

Vård- och omsorgsnämnden

Innehållsförteckning

Inledning	4
Syfte	4
Vad är kvalitet?	4
Organisatoriskt ansvar för kvalitetsarbetet	5
Samverkan	6
Underlag för analys	7
KKiK, öppna jämförelser och brukarundersökningar	7
Riskanalyser process	8
Riskanalyser brukare/klient	9
Förbättringsförslag från medarbetare	10
Klagomål och synpunkter	11
Avvikelser - SoL/LSS	12
Lex Sarah	14
Egenkontroll - Checklista	15
Årlig uppföljning processer	16
Sammanfattning av årets kvalitetsarbete	18
Planerat kvalitetsarbete under kommande år	19

Inledning

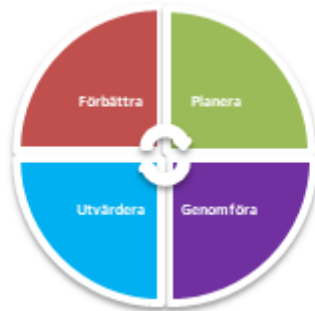
Syfte

Enligt socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) bör den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse varje år. Av kvalitetsberättelsen bör det framgå hur det systematiska och fortlöpande kvalitetsarbetet har bedrivits under året, vilka åtgärder som vidtagits och eventuella resultat som uppnåtts i och med arbetet. Syftet med kvalitetsberättelsen är därmed att redogöra för vård och omsorgsförvaltningens systematiska kvalitetsarbete under det gångna året.

Vad är kvalitet?

Kvalitet definieras enligt SOSFS 2011:9, 2 kap 1§ som "att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för en verksamhet enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter". Det vill säga att rätt saker, genomförs vid rätt tillfälle och på rätt sätt

I Heby kommuns kvalitetspolicy framhålls även fem kvalitetskriterier, som ska känneteckna kommunens samtliga verksamheter. De fem kvalitetskriterierna är *bemötande, delaktighet och inflytande, tillförlitlighet och kontinuitet, enkelhet samt tillgänglighet*. Utöver dessa kvalitetskriterier ska förvaltningens systematiska kvalitetsarbete även bedrivas i enlighet med SOSFS 2011:9. Detta innebär att verksamheterna ska arbeta med både *kvalitetssäkring*, det vill säga att fortsätta göra det som fungerar, och *kvalitetsutveckling*, att förändra det som kan fungera bättre. Vård och omsorgsförvaltningens systematiska kvalitetsarbete består av fyra delar; *planera, genomföra, utvärdera och förbättra*. Dessa skapar tillsammans stommen i kvalitetsledningssystemet och bildar förbättringshjulet;



Organisatoriskt ansvar för kvalitetsarbetet

Vård- och omsorgsnämnden har det yttersta ansvaret för att det, inom nämndens verksamheter, finns ett kvalitetsledningssystem som används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamheternas kvalitet.

Förvaltningschef har det övergripande ansvaret för att;

- vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner
- med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten
- se till att resursanvändning och bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Verksamhetschef har ett helhetsansvar för sitt specifika verksamhetsområde. Ansvaret innebär att;

- inom sitt verksamhetsområde bedriva systematiskt kvalitetsarbete
- formulera mål för verksamheten och arbeta för att dessa nås
- svara för uppföljning och analys av verksamheten så att åtgärder kan vidtas för att utveckla verksamheterna
- det finns den personal och utrustning som krävs
- involvera medarbetarna i det systematiska kvalitetsarbetet
- personalen inom verksamheten har kännedom om gällande författningar, riktlinjer, rutiner och att dessa följs
- medarbetarna får adekvat introduktion och fortsatt kompetensutveckling

Enhetschef ansvarar för att;

- inom sin enhet bedriva systematiskt kvalitetsarbete
- att riktlinjer och rutiner är kända på enheterna
- involvera medarbetarna i det systematiska kvalitetsarbetet
- ny personal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten
- ny personal får den introduktion som krävs för att utföra uppdragen

Medarbetare ansvarar för att;

- aktivt medverka i och bidra till utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet
- följa riktlinjer och rutiner som styr verksamheten
- dokumentera för att säkra god omsorg.

Samverkan

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera de processer enligt 2 § SOSFS 2011:9 där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Samverkan är en central förutsättning för att möta brukares och klienters ofta komplexa behov och bedrivs både internt mellan verksamheter och externt med andra aktörer. Samtliga verksamhetsområden har också god struktur för facklig samverkan på samtliga nivåer. Sammantaget har arbetet under året präglats av ökad struktur, tydligare forum för dialog och en stärkt samsyn kring personcentrerade och samordnade insatser.

IFO/Bistånd

Inom området har samverkan vidareutvecklats utifrån arbetssättet "EN socialtjänst", med gemensamma forum och processer som stärker helhetssyn, minskar dubbelarbete och förbättrar samordningen kring individen. Samverkan sker nära klienten och närstående genom hela processen från utredning till uppföljning.

Extern samverkan sker bland annat med Region Uppsala, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, BUP, Barnahus samt polis och civilsamhälle. Samverkan har bland annat stärkt arbetet med självförsörjning, vräkningsförebyggande insatser och hemmaplanslösningar för barn och unga. Samtidigt kvarstår utvecklingsbehov, särskilt i samverkan kring samsjuklighet och med psykiatri.

Funktionsstöd, hemtjänst och hälso- och sjukvård

Den interna samverkan präglas av ett tvärprofessionellt arbetssätt där legitimerad personal och omsorgspersonal samverkar genom överrapportering, teammöten och gemensam planering. Samverkan med biståndsenhet och bemanningsenhet bidrar till bättre resursplanering och uppföljning av beslutade insatser.

Extern samverkan sker bland annat med regional vård, arbetsplatser kopplade till daglig verksamhet samt fackliga parter inom ENSAM och OMSAM. Detta bidrar till ökad kvalitet, stärkt patientsäkerhet och bättre kontinuitet för brukarna.

Vård- och omsorgsboende

Samverkan sker främst i multiprofessionella team runt den enskilde där olika yrkesgrupper gemensamt arbetar med genomförandeplaner, riskbedömningar och förebyggande insatser. Brukare, närstående och gode män involveras kontinuerligt för att säkerställa personcentrerad vård.

Extern samverkan omfattar bland annat hälso- och sjukvård, tandvård, sociala och ideella aktörer som PRO, samt kultur- och samhällsaktörer för sociala aktiviteter. Bemannings- och kompetensförsörjningsfrågor hanteras i nära samverkan med HR och andra aktörer.

Sammanfattning

Samverkan har överlag stärkts under året genom tydligare strukturer, gemensamma forum och ökad samsyn mellan verksamheter och externa parter. Detta har bidragit till bättre samordning, ökad kontinuitet och mer personcentrerade insatser. Samtidigt kvarstår utvecklingsområden, särskilt kring samverkan i komplexa ärenden och med externa vårdaktörer, där fortsatt arbete bedöms viktigt för att ytterligare stärka kvalitet och effektivitet.

Underlag för analys

KKiK, öppna jämförelser och brukarundersökningar

Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK) redovisar och jämför resultat inom områden som är av särskilt intresse för kommuninvånarna. Resultaten beskriver, i ett övergripande perspektiv, kommunens kvalitet och effektivitet i jämförelse med andra kommuner.

Brukarundersökningar i kommunen genomförs sedan 2024 med stöd av SKRs framtagna brukarundersökningar. De genomförs nationellt vartannat år och publiceras i Kolada. 2026 genomfördes ingen brukarundersökning med anledning av att resurser prioriterades att arbeta med omställningen till ny socialtjänstlag. De nationella brukarundersökningarna har genomförts inom äldre- och funktionsstödsområdena. Resultaten av dessa har de verksamhetsområden som omfattats arbetat med under året. Förutom dessa genomförs inom vissa enheter även lokalt framtagna brukarundersökningar.

Område IFO/Bistånd

Enhetens två mått i KKiK avseende försörjningsstöd är dels väntetid innan beslut samt antal ej återaktualiserade individer.

Resultaten inom försörjningsstöd visar en fortsatt positiv utveckling vad gäller långsiktiga lösningar för egen försörjning. Vissa återaktualiseringar är inte möjliga att frånga och de kommuner som har positiva resultat inom måttet arbetar aktivt med kommunala arbetsmarknadsanställningar. Heby har ännu inte tillgång till verksamhet med kommunala arbetsmarknadsanställningar men arbete med det pågår genom arbetsgivarkoordinator.

Andelen individer som inte återaktualiserats ökade kraftigt mellan 2023 och 2024 (79 % till 88 %) och ligger fortsatt högt även 2025 (87 %), vilket placerar kommunen bland de bättre i länet. Resultatet bedöms spegla ett aktivt arbete med hållbara försörjningslösningar och ett tydligt individfokus.

En mindre ökning av väntetiden för beslut om försörjningsstöd har skett (från cirka 8 till 10–14 dagar), men nivån är fortsatt relativt låg i länsjämförelse. Stabilare bemanning och översyn av utredningsprocessen bedöms ha bidragit till att väntetiderna ändå hållits nere.

Brukarundersökningen som genomfördes 2024 visar överlag positiva resultat, trots låg svarsfrekvens. Kommunen ligger högt i länet avseende bemötande, tillgänglighet och tydlig information, och särskilt tillgänglighet sticker ut med mycket höga värden enligt jämförelser med Sveriges Kommuner och Regioner. Arbetet med resultaten har pågått under året och har handlat om att säkerställa fortsatt goda resultat.

Framåt bedöms utvecklingen av kommunala arbetsmarknadsanställningar kunna stärka resultaten ytterligare, särskilt vad gäller återaktualiseringar.

Område Funktionsstöd, hemtjänst och hälso- och sjukvård

Nationella brukarundersökningar har genomförts inom funktionsstöd och hemtjänsten.

Hemtjänsten visar mycket hög brukarnöjdhet (cirka 90 %), över både läns- och riksgenomsnitt. Analysen pekar på att införandet av digitala genomförandeplaner och fast omsorgskontakt bidragit till förbättrad kontinuitet och trygghet. Personalkontinuiteten har också ökat tydligt, vilket är en viktig kvalitetsindikator.

Funktionsstöd saknar aktuell nationell mätning men tidigare resultat ligger lägre än länssnittet, vilket delvis kopplas till strukturella förutsättningar i verksamheten. Arbetet framåt fokuserar på ökad delaktighet för brukare och kompetensutveckling, bland annat genom implementering av Yrkesresan.

Planerade åtgärder omfattar fortsatt utveckling av genomförandeplaner, tydligare information till brukare, ökad kontinuitet samt eventuella patientundersökningar inom hälso- och sjukvårdsdelen. Korttidsverksamheten följer upp kvaliteten genom egna brukarundersökningar inspirerade av material från Socialstyrelsen.

Område Vård och omsorgsboende

Inom området har den nationella brukarundersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* genomförts.

Resultaten inom vård- och omsorgsboende visar en positiv trend med hög och ökande brukarnöjdhet gällande helhetssynen på 91 %, enligt data från Kolada.

Förbättringar syns särskilt i upplevd trygghet, sociala aktiviteter, möjlighet att påverka insatser samt minskad upplevelse av ensamhet. Arbetet med genomförandeplaner, personcentrerat arbetssätt (bland annat genom BPSD-registrering och utbildningsinsatser inom Stjärnmärkt) samt satsningar på individuella aktiviteter i det som kallas *Kvalitetstid* har haft tydlig effekt.

Åtgärder och aktiviteter har haft god effekt men ett fortsatt arbete behöver göras bl.a. med implementering av samtalet och mötet som sker när genomförandeplanen upprättas. Fortsatt utvecklingsarbete planeras kring sociala aktiviteter, måltidsmiljö, digitala stöd samt förstärkt fast omsorgskontakt för att ytterligare stärka delaktighet och livskvalitet.

Risikanalyser process

Risikanalyser är en central del av det förebyggande arbetet och används för att identifiera och hantera potentiella risker innan de leder till brister i verksamheten. En identifierad risk innebär inte nödvändigtvis att en negativ händelse redan har inträffat, utan snarare att det finns en risk för att en sådan händelse kan inträffa om inget åtgärdas. Risker finns i samtliga processer och det är av vikt att identifiera och regelbundet riskbedöma dem för att säkerställa att de inte medför negativa konsekvenser för våra klienter och brukare.

Under året har arbetet med att kartlägga sina processer fortsatt i alla verksamhetsområden och i samband med det har även risker i processerna identifierats. Man har kommit olika långt i att arbeta med risker kopplat till kartlagda processer. Flera av verksamheterna genomför en del av sina riskanalyser även muntligen, både inom enheten och i samverkan med andra verksamheter, som sedan har legat till grund för konkreta åtgärder. Under 2026 behöver arbete med att säkerställa att dessa analyser av risker också dokumenteras skriftligen för att skapa bättre förutsättningar för uppföljning, lärande och långsiktig kvalitetssäkring.

Inom område IFO/Bistånd har man identifierat risker kopplat till avvikelseprocessen och bristande möjligheter att genomföra uppföljningar av myndighetsbeslut för äldre- och funktionsstöd i tillräcklig omfattning. Man har också identifierat risker kopplat till utföraruppdraget inom öppenvården gällande uppföljning samt genomförandeplaner som genererar svårigheter att nå mål och avsluta ärenden. Under kommande år kommer arbetet med att upprätta och implementera processer och identifierade risker fortsätta.

Inom hälso- och sjukvårdsenheten har riskanalyser ännu inte genomförts i önskad omfattning och tydliga rutiner saknas även om en ökning skett jämfört med föregående år, vilket kopplas till reursbrist.

Korttidsenheten visar en ökning av antalet genomförandeplaner, men risknivån bedöms fortsatt som påtaglig. Arbetet med att säkerställa aktuella genomförandeplaner, särskilt för larmbrukare, fortsätter under kommande år. Via arbetsplatsträffar och verksamhetsmöten kommer fokus att vara på brukarnära risker, med återkommande uppföljning av individuella riskanalyser enligt gällande rutiner.

När det gäller vård- och omsorgsboendena har risker identifierades kopplat till att genomförandeplaner inte upprättas inom 14 dagar och att brukaren inte tillräckligt bjuds in och är delaktig i upprättande av sin plan. Under kommande år kommer man att arbeta fram en instruktion för hur genomförandeplanen ska upprättas där samtalet och hur detta görs i samverkan med brukaren är en central del för delaktighet. Utbildning i dokumentation och genomförandeplaner planeras. En förenkling av mall för genomförandeplan har utarbetats med pilot på en av enheterna för att pröva mall och utbildningsinsats.

Sammanfattning

För samtliga verksamheter är den gemensamma riskbilden kopplad till systematik, resurser, uppföljning och brukardelaktighet och åtgärderna är inriktade på struktur, dokumentation och förebyggande insatser. Det systematiska kvalitetsarbetet har under året bidragit till ökad kunskap om risker och flera påbörjade förbättringsinsatser. Samtidigt kvarstår behov av färdigställda processkartläggningar, stärkt dokumentation av riskanalyser samt tillräckliga resurser för uppföljning. Dessa områden bedöms centrala för fortsatt kvalitetsutveckling och för att säkerställa att brukare och klienter får rätt stöd i rätt tid.

Risakanalyser brukare/klient

	Summa/avvikelse 2023	Summa/avvikelse 2024	Antal riskanalyser individnivå under året
Risakanalyser - brukare/klient	206 st	215 st	275 st

Med "riskanalyser individnivå" avses de riskanalyser som genomförs i samband med att en verksamhet tar emot en ny brukare/klient. Syftet med denna typ av riskanalyser är att säkerställa att situationer som kan påverka den enskilde negativt hanteras innan de faktiskt inträffar. Riskanalyser är därmed en del av det viktiga förebyggande arbetet i det systematiska kvalitetsarbetet.

Jämfört med 2024 har det totala antalet riskanalyser under året ökat med 22 %. Arbetet med reviderad rutin och mall för riskanalyser som innebär att analys ska göras på samtliga brukare/klienter verkar ha haft effekt även om variation mellan enheter finns. Inom vissa enheter har antalet riskanalyser sjunkit med det i andra ökat.

Följsamheten varierar, har blivit något bättre men under kommande år behöver fortsatt arbete med implementering och systematik genomföras.

Förbättringsförslag från medarbetare

En viktig del för att kunna skapa och säkra kvalitet för de vi är till för är medarbetarnas delaktighet i det systematiska kvalitetsarbetet. Att lyfta fram förbättringsförslag från medarbetare är ett sätt för förvaltningen att visa hur medarbetarna görs delaktiga i arbetet och avser både större och mindre förändringar som kan leda till att säkerställa eller förbättra kvaliteten i verksamheten.

Förbättringsförslagen från medarbetare under året visar på ett starkt engagemang och en hög utvecklingsvilja i verksamheten. Ett stort antal förbättringsförslag har lämnats in, framför allt kring tydligare rutiner, gemensamma arbetssätt, bättre systemstöd, dokumentation och ökad samverkan över enhetsgränser. Förslagen har fångats upp i vardagen genom dialoger, arbetsplatsträffar, kvalitetsråd, planeringsdagar och tankesmedjor, även om systematisk registrering fortfarande är ett utvecklingsområde.

Många förslag har lett till konkreta åtgärder och verksamhetsutveckling, exempelvis: organisatoriska förändringar i mottagning och team, framtagande av lokala modeller för anpassade stödinsatser, utveckling av hemmaplanslösningar och sociala aktiviteter, samt förbättrad dokumentation, checklistor och processkartor.

Exempel på förbättringsförslag som inkommit är Korttidsenheten plan att införa QR-kod som stöd för att underlätta för medarbetare att lämna förbättringsförslag. Öppenvårdsenheten inom IFO kommer att ta fram en lokal modell för arbete med föräldrar med IF/NPF-diagnos, som syftar till mer anpassade insatser och bättre stöd till familjer med komplex problematik. Vård- och omsorgsboendet Kvarnängen har införskaffat en whiteboardtavla för ökad kommunikation och säkerställande av omvårdnad implementerades 2023. Denna har utvecklats och förändrats efter behov och önskemål från personal under 2025.

Sammantaget är effekterna för brukare och klienter ökat stöd, mer individanpassade och samordnade insatser, större delaktighet och trygghet samt högre kvalitet i sociala- och omvårdnadsinsatser.

Ett fortsatt utvecklingsområde är att systematiskt dokumentera och följa upp förbättringsförslag, för att ytterligare synliggöra kvalitetsarbetet och stärka lärande och uppföljning över tid.

Klagomål och synpunkter

	Antal klagomål/synpunkter 2023	Antal klagomål/synpunkter 2024	Antal klagomål/synpunkter 2025
Klagomål och Synpunkter från enskild	46 st	39 st	68 st
Klagomål och synpunkter från annan myndighet	0 st	0 st	0 st

Hantering av klagomål och synpunkter är en central del av det systematiska kvalitetsarbetet. Den ger medborgarna möjlighet att påverka verksamheternas kvalitet och utveckling samt bidrar till ökad transparens och lärande i organisationen.

Under 2025 registrerades 68 klagomål och synpunkter, vilket innebär en ökning jämfört med föregående år då 39 ärenden inkom.

Resultat per verksamhetsområde

Område IFO/Bistånd

Inom IFO vuxna/försörjningsstöd ses en ökning av inkomna och registrerade synpunkter och klagomål. Enheten beskriver att de arbetar aktivt utifrån synsättet att varje klagomål och synpunkt är en möjlighet att pröva, utveckla och stärka verksamhetens kvalitet. De inkomna ärendena har rört varierande områden utan någon tydlig övergripande trend. En större andel av synpunkterna har dock avsett den digitaliserade e-tjänsten för försörjningsstöd, där omfattande tekniska problem har förekommit under året. Dessa ärenden har hanterats samlat och åtgärdsarbete pågår.

Inom övriga enheter inom IFO/Bistånd är antalet registrerade synpunkter lågt. En bidragande orsak kan vara en väl fungerande dialog mellan klient och handläggare, vilket kan minska behovet av formella klagomål. Samtidigt finns en misstanke om att underrapportering kan förekomma i flera enheter, vilket understryker vikten av fortsatt arbete med att säkerställa systematisk dokumentation och registrering av synpunkter som inkommer.

Område Funktionsstöd, hemtjänst och hälso- och sjukvård

Ett begränsat antal skriftliga klagomål har inkommit inom området, vilket är färre än under de två föregående åren. Samtidigt kan konstateras att ett flertal muntliga synpunkter har framförts direkt till medarbetare eller enhetschef. De registrerade klagomålen har huvudsakligen avsett bemötande eller utförandet av beslutad insats.

Inom hälso- och sjukvårdsenheten har två klagomål registrerats. Det ena avsåg brister i samverkan mellan region och kommun och det andra bemötande.

Område Vård- och omsorgsboende

Den största ökningen av synpunkter återfinns inom bemanningsenheten, där ärendena främst har avsett hantering av resurstid och vakanstillsättning. Som åtgärd har processer och rutiner reviderats. Enheten har också varit ut på APT och informerat kring resurstider och gällande rutiner.

Inom vård- och omsorgsboenden har inkomna synpunkter bland annat rört brister i städning av lägenheter, måltidssituation, tillgång till information och bemötande. De inkomna ärendena har hanterats genom vidtagna åtgärder i berörda verksamheter. För att ytterligare stärka möjligheten att fånga upp synpunkter har kompletterande insatser genomförts. Bland annat har några enheter infört så kallade ris- och roslådor (synpunktslådor) för att att underlätta för boende och anhöriga att framföra synpunkter och förbättringsförslag.

Sammanfattning och analys

Under föregående år planerades flera åtgärder i syfte att öka antalet inrapporterade synpunkter och klagomål. Arbetet har innefattat fortsatt analys och utveckling av kvalitetsarbetet i olika forum som teammöten, enhetsmöten och kvalitetsråd, ökad kunskap om vikten av skriftlig rapportering och framtagande av en stöd-mall för att förenkla ärendehantering. Arbetet med att stärka tillgänglighet och trygghet har också betonats för att uppmuntra brukare och medborgare att framföra synpunkter.

Det finns en upplevelse av att många brukare och klienter är nöjda och att dialogen mellan medarbetare och brukare fungerar väl i flera enheter, vilket kan bidra till att synpunkter hanteras informellt eller inte uppstår.

En förmodad underrapportering kvarstår dock i flera enheter. Det kan främst förklaras av att medarbetare i det dagliga arbetet hanterar och åtgärdar synpunkter direkt, utan att de registreras i ledningssystemet. Det kan också finnas behov av att ytterligare stärka förutsättningarna för brukare, klienter och patienter att

framföra synpunkter i större utsträckning.

Sammantaget finns ett fortsatt behov av att implementera och befästa rutiner och öka medvetenheten kring dokumentation och registrering som en viktig del av det systematiska kvalitetsarbetet. Arbetet med att skapa ett öppet klimat och tydliga, tillgängliga vägar för att framföra synpunkter behöver också fortsätta och ytterligare förstärkas.

Avvikelser - SoL/LSS

SoL/LSS avvikelser	Antal 2025
Information eller rapportering	101 st
Avvikelse från genomförandeplan	284 st
Bemötande	69 st
Dokumentation	61 st
Handläggning	48 st
Hot och våld mellan brukare	59 st
Suicid	4 st

I rapporten redovisas de avvikelser som registrerats av chefer i ledningssystemet under 2025. Jämförelsedata från tidigare år saknas, eftersom kategoriseringen i avvikelserapporterna har förändrats till följd av uppdaterade mallar. De nya rubrikerna överensstämmer inte med tidigare års indelning, vilket försvårar direkta jämförelser på aggregerad nivå.

Det förekommer även en skillnad i antalet registrerade avvikelser mellan systemen, eftersom samtliga avvikelser inte har förts över. Verksamheterna har dock haft tillgång till tidigare års siffror och har därigenom kunnat göra relevanta jämförelser i sina analyser.

Under 2025 registrerades 640 avvikelser i verksamhetssystemet enligt SoL och LSS, vilket innebär en ökning jämfört med föregående år då 384 avvikelser registrerades. Från och med 2025 har även en ny kategori införts för så kallade organisatoriska avvikelser, det vill säga händelser som inte kan kopplas till en enskild brukare. Inom denna kategori har 320 avvikelser registrerats.

Ökningen bedöms vara ett resultat av det utvecklingsarbete som genomförts för att förenkla systemet för avvikelserregistrering och den omfattande utbildningsinsats som genomfördes under hösten 2024 och våren 2025. Utbildningen fokuserade på vad som utgör en avvikelse, varför registrering är viktig och hur den ska genomföras. Samtliga chefer utbildades under hösten 2024 och samtliga medarbetare under hösten 2024 och våren 2025.

Utbildningsinsatser med fokus på personcentrerad vård tros också ha bidragit till en ökad förståelse för hur avvikelser kan användas som ett verktyg för förbättring, både på individ- och organisationsnivå. Genom att koppla avvikelsehanteringen närmare det individnära arbetet har syftet med registreringen blivit tydligare och mindre upplevts som enbart en administrativ uppgift.

Flera enheter har också aktivt analyserat inkomna avvikelser och planerat åtgärder i olika forum vilket sannolikt stärkt medarbetarnas upplevelse av att rapporteringen har betydelse och leder till konkreta förbättringar för brukare och klienter.

Resultat per verksamhetsområde

Område FO/Bistånd

Inom myndighet avser rapporterade avvikelser i huvudsak dokumentation, handläggning samt frånsteg från interna rutiner.

Inom IFO Vuxna/Försörjningsstöd har avvikelser främst rört hantering i verksamhetssystemet Viva, exempelvis ej verkställda moment i systemet eller brister i social dokumentation.

Inom IFO Barn och Unga har en större andel av inkomna avvikelser varit kopplade till en enskild organisatorisk händelse där dokumentation saknats. Brister i genomförandeplaner har också identifierats och åtgärdats.

Inom Myndighetsutövning äldreomsorg/funktionsstöd avser de flesta avvikelserna uteblivna uppföljningar av beslut, kopplat till hög arbetsbelastning. Besluten har varit giltiga och insatser har verkställts, men uppföljning har inte genomförts enligt plan.

Område Funktionsstöd, hemtjänst och hälso- och sjukvård och Område Vård och omsorgsboende

Inom utförarverksamheterna ses den största ökningen av avvikelser inom kategorin "Avvikelse från genomförandeplan". I avvikelseutredningarna anges den direkta orsaken i de flesta fall vara "brister i utförande", tätt följt av "brister i rutiner/instruktioner". Detta kan indikera att avvikelserna ofta beror på att genomförandeplanen inte följs i praktiken eller att den inte är tillräckligt tydligt och korrekt upprättad.

I flera verksamheter pågår ett utvecklingsarbete för att göra genomförandeplanerna mer tillgängliga och användarvänliga, exempelvis genom mobil tillgång eller genom översyn av struktur och utformning för att underlätta följsamhet i det dagliga arbetet. Dessa åtgärder bedöms delvis kunna förklara det ökade antalet rapporterade avvikelser, då personalens uppmärksamhet på brister i genomförandeplanerna sannolikt har ökat. På sikt förväntas arbetet bidra till minskat antal avvikelser när genomförandeplanerna blir mer tillgängliga och används som ett levande verktyg i det dagliga arbetet.

Även antalet avvikelser inom kategorin bemötande har ökat. En fördjupad genomgång visar att en del av dessa är felregistrerade och i stället avser andra typer av händelser, främst arbetsmiljörelaterade situationer där personal upplevt sig dåligt bemötta av brukare. Samtidigt är över hälften av avvikelserna korrekt registrerade. De korrekt registrerade avvikelserna ger verksamheten värdefull kunskap om situationer där bemötandet brister och skapar underlag för åtgärder, både i enskilda ärenden och på en mer övergripande nivå. Att fler bemötande avvikelser uppmärksammas ger bra förutsättningar för att stärka det systematiska förbättringsarbetet med fokus på kvalitet, professionalitet och ett gott bemötande.

Sammanfattning och analys

Den tydliga ökningen av registrerade avvikelser under 2025 bedöms i första hand vara en effekt av ett stärkt systematiskt kvalitetsarbete snarare än en faktisk ökning av brister i verksamheten. Förenklade rutiner, riktade utbildningsinsatser och en ökad förståelse för avvikelserns funktion har bidragit till en mer aktiv rapporteringskultur.

Samtidigt visar genomgången att vissa återkommande mönster kan identifieras, särskilt kopplat till genomförandeplaner, dokumentation och uppföljning av beslut. Dessa områden är viktiga för rättssäkerhet och kvalitet och behöver fortsatt följas upp. Det är även viktigt att säkerställa korrekt registrering för att förbättra träffsäkerheten i analys och åtgärdsarbete.

Sammantaget indikerar resultatet att organisationen är i en utvecklingfas där rapporteringsbenägenheten ökar och avvikelshanteringen i större utsträckning används som ett verktyg för lärande och förbättring. Det fortsatta arbetet bör fokusera på att fördjupa analysen av bakomliggande orsaker, fortsätta stärka följsamheten till rutiner samt säkerställa att identifierade förbättringsområden omsätts i konkreta och hållbara åtgärder.

Lex Sarah

	Antal 2023	Antal 2024	Antal 2025
Lex Sarah	2 st	3 st	2 st

Under perioden har två Lex Sarah-ärenden rapporterats och utretts. Båda händelserna har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg och avser händelser inom hemtjänsten. Åtgärdsplaner har tagits fram och följs upp i vård- och omsorgsnämnd enligt förvaltningsgemensam rutin.

I det ena ärendet identifierades den direkta orsaken som bristande följsamhet till gällande rutin. Den bakomliggande orsaken bedöms kunna vara att rutiner visserligen tas upp i samband med introduktion och vid revidering, men att de inte följs upp och repeteras systematiskt däremellan. Som en åtgärd har det därför beslutats att i enheternas årshjul införa en årlig genomgång av särskilt prioriterade rutiner tillsammans med medarbetarna, i syfte att stärka följsamheten och förebygga liknande händelser.

I det andra ärendet var det svårare att fastställa tydliga bakomliggande orsaker. En möjlig bidragande faktor bedöms vara bristande kunskap och samsyn kring bemötande. Utöver vidtagna akuta åtgärder pågår flera långsiktiga kvalitetsinsatser, däribland förstärkt introduktion med fokus på bemötande, införande av digitala genomförandeplaner, utvecklad riskhantering samt omfattande utbildningsinsatser inom bemötande, integritet, förflyttningsteknik och lågaffektivt bemötande.

För att förebygga allvarliga missförhållanden arbetare samtliga verksamheter med förebyggande arbete och riskanalyser. Verksamheterna arbetar också för att rutiner och processer ska vara tydliga och väl kända. Att arbeta med avvikelser av mindre karaktär och åtgärda brister i ett tidigt stadium är också ett sätt att förebygga att allvarligare brister uppstår.

Egenkontroll - Checklista

Samtliga enheter genomför regelbundet loggkontroller i verksamhetssystemet VIVA. Under året har den planerade loggkontrollen under hösten skjutits fram till följd av en uppdatering av systemets funktioner. De loggkontroller som har genomförts har inte visat några avvikelser eller anmärkningar.

Under året har även en förvaltningsövergripande egenkontroll av avvikelshantering genomförts i samtliga enheter. Egenkontrollen genomfördes i form av en enkät till samtliga medarbetare med frågor om kännedom om samt följsamhet till gällande rutiner för avvikelshantering.

I vissa enheter har svarsfrekvensen varit låg, vilket påverkar resultatets tillförlitlighet. De svar som inkommit visar dock generellt på god kännedom om rutinerna och en hög upplevd följsamhet. Detta är en bild som även delas av enhetscheferna och som kan stärkas av den ökade andelen rapporterade avvikelser under året.

Det positiva resultatet bedöms bland annat kunna kopplas till genomförda utbildningsinsatser inom avvikelshantering samt till att chefer regelbundet lyfter, analyserar och återkopplar avvikelser i olika forum. Denna återkoppling tydliggör hur rapporterade avvikelser tas om hand och omsätts i förbättringsåtgärder, vilket stärker det systematiska kvalitetsarbetet.

Inom IFO Vuxen/försörjningsstöd och bistånd har egenkontroller av ärenden och dokumentation genomförts inom enheterna.

Egenkontrollerna visar sammantaget att verksamheterna i huvudsak arbetar strukturerat och rättssäkert. Identifierade brister har främst rört dokumentationens tydlighet, uppföljning i tid och systemhantering, vilket i huvudsak bedöms bero på arbetsbelastning, systemomställningar och behov av rutinförtydliganden, snarare än bristande kunskap.

Under året har flera förbättringsåtgärder genomförts, bland annat reviderade rutiner, utbildningsinsatser inom individbaserad systematisk uppföljning, förstärkt arbete med mål- och insatsplanering inom öppenvården, systematiska ärendegenomgångar samt utvecklingsdialoger kopplade till särskilda insatser. Egenkontrollerna har i flera delar lett till konkreta förbättringar, såsom förbättrad dokumentationskvalitet, tydligare planering mot självförsörjning, stärkt samverkan i samsjuklighetsprocessen samt bättre struktur för vård- och insatsplaner.

Inom försörjningsstöd har även egenkontroller av ekonomiska utbetalningar och attestlistor genomförts utan avvikelser.

Årlig uppföljning processer

Nästan samtliga kärnprocesser är nu kartlagda. Flera enheter arbetar aktivt med att utveckla processerna inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet. Vid en utvärdering med de verksamheter som tidigt kartlade sina kärnprocesser framkom att processerna i hög grad används som stöd vid planering, verksamhetsutveckling och kvalitetssäkring. Exempelvis har steg lagts till och rutiner samt dokument kopplats till processerna när utvecklingsbehov identifierats.

Samtidigt lyfter verksamheterna utmaningar i att fullt ut implementera processerna som ett aktivt arbetsverktyg för alla medarbetare. En försvårande faktor är att styrande dokument och rutiner inte alltid är direkt kopplade till processerna, utan återfinns på andra platser på intranätet.

Ett utvecklingsarbete har därför påbörjats för att förenkla tillgängligheten, samla relevant information och tydligare koppla dokumentation till varje process. Arbetet drivs av utvecklingsenheten och fortsätter under 2026.

Flera verksamheter har även kartlagt stöd- och samverkansprocesser. Dessa används aktivt i det dagliga arbetet, exempelvis vid planeringsdagar, ärendehandledning och enhetsmöten, vilket bidrar till tydligare ansvarsfördelning, klarare uppdrag och stärkt samverkan.

Processarbetet har tydliggjort ansvarsfördelning samtidigt som risker uppmärksammas och behov av nya rutiner identifierats. Det finns ett behov av att under år 2026 fortsätta följa upp genomförda kartläggningar med särskilt fokus på att upptäcka risker i processerna.

Sammanfattning av årets kvalitetsarbete

Årets kvalitetsarbete har inneburit fortsatta insatser för att stärka struktur, systematik och sambandet mellan analys, åtgärd och uppföljning. Arbetet med avvikelshantering, processkartläggningar och riskanalyser har successivt vidareutvecklats inom flera verksamhetsområden. Den ökade andelen registrerade avvikelser bedöms i huvudsak vara en följd av förenklade rutiner, genomförda utbildningsinsatser och en gradvis stärkt rapporteringskultur, även om behov av fördjupad analys kvarstår.

Genom att systematiskt ta tillvara resultat från kvalitetsuppföljningar och omsätta dessa i konkreta åtgärder har förutsättningarna för rättssäker handläggning, förbättrad dokumentationskvalitet och en mer strukturerad uppföljning av insatser stärkts. Samverkan, såväl internt som externt, har vidareutvecklats genom tydligare forum och en ökad samsyn kring personcentrerade och samordnade arbetssätt. Resultaten från brukarundersökningar är överlag positiva, särskilt inom hemtjänst och vård- och omsorgsboende, även om vissa områden fortsatt identifieras som utvecklingsområden.

Det finns dock kvarstående utmaningar. Hög arbetsbelastning, periodvis sårbar bemanning och ökande komplexitet i ärenden påverkar möjligheten att arbeta fullt ut förebyggande och långsiktigt. Fortsatt arbete behövs för att stärka följsamhet till rutiner, säkerställa systematisk registrering av synpunkter och avvikelser samt fördjupa analysen av bakomliggande orsaker.

Sammantaget har året inneburit steg i riktning mot en mer kunskapsbaserad och personcentrerad verksamhet, men utvecklingsarbetet behöver fortsätta med uthållighet och tydlig prioritering för att ge långsiktigt hållbara effekter.

Planerat kvalitetsarbete under kommande år

Under 2026 fortsätter arbetet med att säkerställa tillgång till tillförlitliga underlag för att kunna följa upp och analysera kvaliteten i verksamheten. Inom avvikelshantering innebär detta att hålla i och vidareutveckla den förbättrade rapporteringskultur som etablerats. Regelbundna utbildningsinsatser i avvikelshantering kommer att erbjudas och forum för analys, åtgärd och uppföljning på såväl individ- som organisationsnivå vidareutvecklas. En viktig del i detta är att synliggöra hur rapporterade avvikelser leder till konkreta förbättringar, för att stärka motivation och delaktighet hos medarbetarna.

Även arbetet med synpunkter och klagomål, förbättringsförslag från medarbetare samt egenkontroller behöver förstärkas. Inledningsvis ligger fokus på att öka inflödet och säkerställa att relevanta underlag samlas in systematiskt.

Nästa steg i utvecklingen är att fördjupa analysarbetet och säkerställa att insamlade data omsätts i träffsäkra och ändamålsenliga åtgärder. Detta arbete har påbörjats men behöver ytterligare prioriteras för att fullt ut bidra till verksamhetsutveckling.

Processkartläggningar och riskanalyser utgör ytterligare ett prioriterat område. De enheter som ännu inte har kartlagda processer ska genomföra detta arbete, medan de som redan har kartläggningar behöver ta nästa steg genom att systematiskt genomföra riskanalyser och vidareutveckla sina processer. Parallellt planeras ett omfattande arbete med att koppla relevanta styrdokument till respektive process, i syfte att skapa en samlad och lättillgänglig struktur för samtliga medarbetare.

Kvalitet i dokumentation och uppföljning är prioriterade utvecklingsområden inom verksamheterna under kommande år. Flera kompetenshöjande insatser planeras för att stärka såväl rättssäkerhet som kvalitet i genomförandet. Bland annat fortsätter arbetet med Stjärnmärkt, liksom utbildningsinsatser inom Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens(BPSD) samt Yrkesresan.

Utöver detta inrättas riktade arbetsgrupper med uppdrag att se över, kvalitetssäkra och vidareutveckla dokumentationen.

En god arbetsmiljö och ändamålsenliga digitala lösningar är grundläggande förutsättningar för att kunna bedriva ett väl fungerande systematiskt kvalitetsarbete. Dessa områden kommer att prioriteras inom flera enheter under kommande år, för att skapa hållbara arbetsförhållanden, stärka effektiviteten och ge bättre stöd i uppföljning och utveckling av verksamheten.