



# Socialförvaltningens Kvalitetsberättelse 2025

Fastställt av socialnämnden  
Framtagen av socialförvaltningen  
Datum 2025-03-18  
Ärendenr SON 2026/34  
Version [1.0]

## Socialförvaltningens Kvalitetsberättelse 2025

### Innehåll

<b>Inledning .....</b>	<b>2</b>
<b>Ansvarsfördelning .....</b>	<b>2</b>
<b>Förvaltningens uppföljning av kvalitet .....</b>	<b>4</b>
Kvalitetsuppföljningar .....	4
Analys av resultat .....	6
<b>Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad.....</b>	<b>7</b>
Uppdrag och kvalitetskrav .....	7
Kvalitetsgarantier.....	7
Processer och rutiner .....	7
Samverkan .....	8
Systematiskt förbättringsarbete .....	8
Rapporteringsskyldighet .....	10
Klagomål och synpunkter .....	12
<b>Personalens medverkan i kvalitetsarbetet.....</b>	<b>14</b>
<b>Brukares medverkan i kvalitetsarbetet.....</b>	<b>14</b>

## Inledning

Enligt SOSFS 2011:9 "Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Med stöd av ledningssystemet ska verksamheten planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Kvalitetsberättelsen tar sin utgångspunkt i vad ett kvalitetsledningssystem ska innehålla enligt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialförvaltningen har inhämtat kvalitetsberättelser från samtliga utförarverksamheter. Kvalitetsberättelsen syftar till att beskriva hur det systematiska kvalitetsarbetet sker i syfte att säkra kvaliteten för brukare.

Kvalitet i Region Gotland innebär att vi skapar värde tillsammans med dem vi är till för. Regionens processer är värdeskapande, effektiva, rättssäkra, transparenta, förebyggande och förvaltningsövergripande. De bidrar därmed till social, ekologisk och ekonomisk hållbarhet. För att klara utmaningarna i välfärden behöver regionen vara en modig organisation med ett intensifierat utvecklingsarbete genom ständiga förbättringar, digitalisering, innovationer och förnyelsesprång.

För att säkra att förvaltningen arbetar i enlighet med socialnämndens ledningssystem för kvalitet – har kvalitet och utvecklingsenheten tillsammans med verksamhetsutvecklare inom avdelningarna påbörjat en översyn av ledningssystemet och hur det tillgängliggörs för chefer och medarbetare. Detta arbete kommer slutföras 2026.

## Ansvarsfördelning

Socialförvaltningen har skapat en struktur för ansvarsfördelningen när det gäller ansvar och utveckling av kvalitetsfrågor vilken följer nedan:

*Socialnämnden* beslutar genom strategier och övergripande mål i verksamhetsplanen och fastställer ledningssystem, riktlinjer, uppdrag och kvalitetsdokument samt kvalitetsgarantier.

*Socialdirektören* har det yttersta ansvaret för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten, att utse verksamhetschefer enligt HSL samt medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Socialdirektören har vidare ett ansvar för att:

- kommunicera och omsätta socialnämndens övergripande strategier och mål inom verksamheten
- mål för verksamheten formuleras och att dessa nås
- bevaka verksamhetens totala resursbehov för att säkerställa kvalitetsarbetet på lång och kort sikt

*Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)* ansvarar för att förvaltningen har system som säkrar en hög patientsäkerhet och en god och säker vård. MAS ansvarar även för att det finns system för anmälan av vårdskada och risk för vårdskada hantering av avvikelser, säkra rutiner för läkemedelshantering, att dokumentationen sker enligt patientdatalagen och att delegeringar av arbetsuppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna. MAS deltar i

kvalitetsuppföljningar och ansvarar där för uppföljningen av hälso- och sjukvårdsinsatserna, samt sammanställa förvaltningens patientsäkerhetsberättelse utifrån verksamheternas patientsäkerhetsberättelser.

*Kvalitetschef* har övergripande ansvar för kvalitets- och utvecklingsarbete, kvalitetskrav och systematisk uppföljning. Utifrån uppföljning dokumenteras handlingsplaner som åläggs utförare som inte uppfyller kraven. Kvalitetschef ansvarar även för:

- att på socialnämndens uppdrag ge förslag på och vid behov revidera socialförvaltningens ledningssystem
- identifiering, framtagande och uppdatering av de förvaltningsgemensamma processer och rutiner i ledningssystemet
- att följa upp, utvärdera, utveckla och dokumentera det systematiska kvalitetsarbetet avseende förvaltningsgemensamma processer och rutiner
- det förvaltningsgemensamma förbättringsarbetet i samverkan med berörda chefer
- att på förvaltningsnivå sammanställa och analysera brukarundersökningar, kvalitetsuppföljningar, öppna jämförelser, inkomna synpunkter, klagomål, avvikelser enligt SoL och rapporter enligt lex Sarah
- ansvarig för att utreda missförhållanden enligt lex Sarah och vid risk för allvarligt missförhållande eller allvarlig missförhållande anmäla händelsen till inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Sarah.
- ta fram och samordna förvaltningens årliga kvalitetsberättelse

*Myndighetschef* ansvarar för det systematiska kvalitetsarbetet inom myndighetsutövningen, att utredning, beslut och beställning av individuella insatser motsvarar den enskildes behov av vård och stöd.

*Avdelningschef* har ett samlat ledningsansvar så att verksamheterna bedriver en god vård och omsorg med god kvalitet och patientsäkerhet. Avdelningschef ansvarar för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det innefattar även att göra risk- och händelseanalyser, utöva egenkontroll och ta emot och utreda synpunkter från brukare. Avdelningschef ska varje år upprätta kvalitetsberättelse (SoL, LSS) och patientsäkerhetsberättelse (HSL) i samband med årets bokslut. Avdelningschef har det samlade ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet inom avdelningen.

*Verksamhetschefer enligt HSL (Avdelningschefer inom särskilt boende, hemsjukvård, omsorg om personer med funktionsnedsättning)* ansvarar för patientsäkerhet och att säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården samt kontinuerligt samråda med MAS. Verksamhetschef ansvarar för att skapa strukturer och processer för att möjliggöra delaktighet i ett aktivt kvalitetsarbete och har ansvar för uppföljning av resultat, analys av resultat och för att vidta de förbättringsåtgärder som krävs. Vidare ska verksamhetschef löpande bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet, utöva egenkontroll samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser. Verksamhetschef enligt HSL ska årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

*Enhetschef* ansvarar för att bryta ned målen till verksamhetsmål och att kvalitetsarbetet förankras hos medarbetare. Enhetschef ansvarar för att skapa strukturer och processer för

att möjliggöra delaktighet i ett aktivt kvalitetsarbete och har ansvar för uppföljning av resultat, analys av resultat och för att vidta de förbättringsåtgärder som krävs. Enhetschef ska även löpande bedöma om de finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet, utöva egenkontroll samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser enligt både SOL/LSS och HSL. Enhetschef har det samlade ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet inom enheten.

*Medarbetare* har ansvar för att känna till och arbeta i enlighet med riktlinjer och rutiner utifrån ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Medarbetare ska medverka i risk- och avvikelsehantering, delta i arbetet med uppföljning av mål och resultat samt visa engagemang utifrån regionens värderingar, *omtanke, förtroende och delaktighet*. Samtliga medarbetare har skyldighet att rapportera missförhållanden och risk för missförhållanden.

Verksamheter både i egen och privat regi beskriver i sina kvalitetsberättelser ansvarsfördelning för kvalitetsarbetet i sina respektive organisationer. Ett flertal verksamheter har särskilda forum för det systematiska kvalitetsarbetet, så kallade, kvalitetsråd eller kvalitetsmöten. Kvalitet är en stående punkt på mötesdagordningar i både ledningsgrupper, medarbetarmöten och professionsträffar. Detta för att säkra att kvalitetsfrågorna lyfts upp och ständigt arbetas med i syfte att öka verksamhetens kvalitet.

Under 2025 har andra omgången av en fördjupad chefsutbildning inom SOF genomförts. I utbildningen ingår kunskap om vad ett ledningssystem är och de olika rollernas ansvar, utbildningen fördjupar även området kring avvikelser och Lex Sarah och Lex Maria. Under 2025 har en utbildning i Patientsäkerhet genomförts av några avdelnings- och enhetschefer, övriga planeras gå utbildningen i februari/mars 2026. Utbildningssyfte är att stärka chefernas kunskap och tydliggöra roll och ansvar rörande hälso- och sjukvård. Denna utbildning avser att stärka enhetschefernas förutsättningar för att arbeta utifrån socialnämndens ledningssystem.

## Förvaltningens uppföljning av kvalitet

För att följa upp kvaliteten i socialförvaltningens verksamheter så sker under året en rad aktiviteter.

### Kvalitetsuppföljningar

Inför varje år så upprättas en plan för kvalitetsuppföljningar som sedan genomförs under året. I utvalda verksamheter genomförs en uppföljning där man både genomför besök i verksamheten, enkäter samt intervjuer/samtal med medarbetare, ansvarig chef och brukare. I de fall verksamheten har brukare som inte själva kan kommunicera sin upplevelse av verksamheten så kompletteras uppföljningen med observation och/eller kontakt med anhöriga. Under 2025 har 9 kvalitetsuppföljningarna genomförts enligt plan och uppföljningar har påbörjats på förekommen handlingen och i dialog med chefer.

Inför 2026 övergår planeringen av kvalitetsuppföljningar till att vara systematisk och säkerställa att alla det genomförs kvalitetsuppföljningar i alla verksamheter över en sex årsperiod. För att ställa om kommer planen innebära ett sjuårigt perspektiv, där år ett fördelas på 2026 och 2027. Planen innebär 25 kvalitetsuppföljningar fördelat på år 2026 och 2027. Därefter genomförs ca 25-30 kvalitetsuppföljningar per år. Se SON 2026/36.

I samband med detta har även kvalitets- och utvecklingsenheten tagit fram en ny modell för genomförande där en större del av tiden för en uppföljning förläggs i verksamheten och rapportens text kortas ner. Rapporten ska fortfarande ge en helhetlig bild av verksamheten, men fokus kommer vara på verksamhetensförbättringsområden.

## Resultat

Nationella resultat inom socialtjänstens verksamhetsområden hämtas från öppna jämförelser, brukarundersökningar, enhetsundersökning och kvalitetsregister. En stor del av de nationella resultaten presenteras på [www.kolada.se](http://www.kolada.se). Utöver detta följer socialförvaltningen egna resultat genom egna patient- och brukarundersökningar, hygienmätningar, inkomna synpunkter, avvikelser (SoL, LSS och HSL) och utredning och anmälan enligt Lex Sarah och Lex Maria.

Brukare/Klienter/Patienter	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Mål
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet, andel (%)	85	i.u.	85	i.u.	84	87	80-100
Brukarbedömning gruppboend LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	i.u.	66	i.u.	69	i.u.	74	80-100
Brukarbedömning serviceboend LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	i.u.	87	i.u.	81	i.u.	86	80-100
Brukarbedömning barn- och ungdomsvård IFO - helhetssyn, andel (%)	75	60	81	81	100	100	80-100
Brukarbedömning barn- och ungdomsvård IFO vårdnadshavare - helhetssyn, andel (%)	82	90	84	84	95	92	80-100
Brukarbedömning ekonomiskt bistånd IFO - helhetssyn, andel (%)	100	96	i.u.	98	97	100	80-100
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - helhetssyn, andel (%)	89	85	81	89	96	95	80-100
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	92	i.u.	92	90	88	88	80-100
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	90	i.u.	85	86	87	86	80-100
Patientundersökning - Sammantagen nöjdhet HSV (%)	97	i.u.	99	i.u.	99	95	80-100
Patientundersökning - Delaktighet i planeringen och beslut om vård HSV (%)	68	i.u.	75	i.u.	62	67	80-100

Myndighet	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Mål
Väntetid i antal dagar från beslut till första erbjudna inflyttningsdatum avseende boende enl. LSS § 9.9, medelvärde	i.u.	111	377	289	102	i.u.	90 (individ 120)
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	33	28	43	77	82	39	95 (individ 125)
Medianvårdtid i särskilt boende äldreomsorg, antal dagar	691	639	557	615	704		

**Resultat-färgerna** i tabellerna är hämtade från kolada.se och bygger på nationell jämförelse. Orange = 25% lägst resultat, Grå = 50% mitten, Blå = 25% bäst resultat, Vit = inga nationella jämförelsesiffror. Rosa = negativt resultat mot budget, Ljusgrön = positivt resultat mot budget.

**Mål-färgerna** visar måloppfyllelse i förhållande till målvärdet  
Grön = uppfyller, Gul = nära/delvis, Röd = uppfyller ej

Förvaltningen har tagit fram målvärden för samtliga indikatorer. Målen för brukar-/patientundersökningar har satts till 80-100%. Gällande väntetid från beslut till erbjudande (LSS) och ansökan till erbjudet inflyttningsdatum (säbo) är målvärdet satt utifrån lagkrav

och riktlinjer beslutade av socialnämnden. Två indikatorer uppfyller ej målvärdet. Gällande väntetid på boende enl. LSS §9.9 så finns inga resultat för 2025. Resultatet i brukarundersökningen för gruppboendestäder LSS anses ej uppfyllt då senaste resultat (2025) var 74%.

Patientundersökningen i hemsjukvården visar goda resultat, men indikatorn ”delaktighet” uppnår ej målvärdet.

Den samlade bedömningen av socialnämndens verksamhet är att den håller en god kvalitet över lag, men att det finns stora skillnader mellan verksamheterna och det är viktigt att följa resultatet i verksamheterna.

Alla avdelningar arbetar med sina verksamhetsresultat på avdelnings- och enhetsnivå.

Det är viktigt att de ekonomiska förutsättningarna inte blir ett indirekt argument för att sänka kvaliteten i verksamheten, men ett tydligt incitament för att utveckla nya arbetssätt med bibehållen kvalitet.

Kompetensförsörjningen är förvaltningens största utmaning och stora satsningar har genomförts för att få flera undersköterskor, specialistsjuksköterskor och ökad kunskap inom demens och våld i nära relationer. I och med att arbetarnas kunskap kring digitala verktyg har ökat har digitalisering blivit ett verktyg i verksamhetsutvecklingen.

## Analys av resultat

Från och med 2026 kommer avdelningarna analysera och följa sina resultat och ansvar för åtgärdsplaner utifrån detta, uppföljning sker genom delår, bokslut och kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse. På enhetsnivå följs detta upp genom kvalitetsberättelser och kvalitetsuppföljningar. Det finns behov av att utveckla stödet till analys och inte stannar vid ett bekräftande av resultatet.

För avdelningarna särskilt boende, hemtjänst och omsorg om personer med funktionsnedsättning följs arbetet upp månatlig tillsammans med socialdirektör, HR-chef, ekonomichef och kvalitetschef.

Arbetet med avvikelser har utvecklats, men det är av vikt att verksamheterna inte dröjer med att hantera avvikelserna och att avvikelserna skapar värde för verksamheten genom att de läggs till grund i utvecklingen av kvaliteten. Det finns fortfarande behov av förbättringar i denna process och införandet av ett nytt system för avvikelshanteringen under 2026 ger förvaltningen och avdelningarna en möjlighet att sätta fokus på hela avvikelseprocessen och säkra hanteringen ytterligare.

## Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

### Uppdrag och kvalitetskrav

För socialförvaltningens samtliga insatsområden så tar Socialnämnden beslut om dokumenten ”Uppdrag och kvalitetskrav”. I dessa beskrivs utförarnas uppdrag samt de kvalitetskrav som ställs på utförare av en insats.

Uppdrag och kvalitetskraven riktar sig till verksamheterna och presenteras på samarbetswebben under respektive område.

<https://gotland.se/rg/samarbetswebb/for-utforare-inom-socialtjanst-och-omsorg>

### Kvalitetsgarantier

Utifrån Uppdrag och kvalitetskrav utformas kvalitetsgarantier som riktar sig till mottagaren av insatserna. Kvalitetsgarantin beskriver vad den enskilde och anhöriga kan förvänta sig av insatsen.

Kvalitetsgarantier presenteras på gotland.se under respektive insats. Målet är att de ska vara lätt tillgängliga för våra medborgare.

### Processer och rutiner

Den förvaltningsövergripande analysen av resultat sker utifrån följande huvudprocesser:

- Särskilt boende enl. SoL
- Hemtjänst enl. SoL
- Hemsjukvård
- Dagverksamhet för personer med demenssjukdom
- Daglig verksamhet enl. LSS
- Bostad med särskild service enl. LSS
- Personlig assistans
- Barn och unga
- Ekonomiskt bistånd
- Missbruk och beroendeverksamheten
- Socialpsykiatri

Samtliga verksamheter arbetar med att kartlägga processer och rutiner och använder dessa i sitt förbättringsarbete. Verksamheterna har kvalitetsråd/kvalitetsforum som forum för processarbetet och förbättringsarbetet. Verksamheterna beskriver att det sker ett kontinuerligt arbete med revidering av rutiner, men också att nya rutiner eller revidering aktualiseras på grund av avvikelser. Implementeringen säkras genom introduktionen, arbetsplatsträffar och skriftliga utskick.

Kvalitet- och utvecklingsenheten påbörjade 2025 tillsammans med avdelningarna ett arbete med att visualisera och revidera socialnämndens ledningssystem för kvalitet för att göra det mer tillgängligt och användbart.

### Utvecklingsområde:

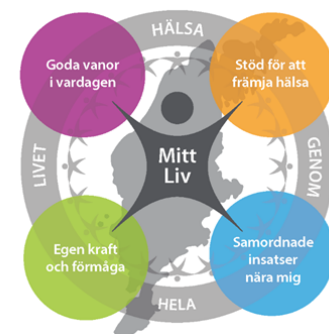
- Verksamheterna behöver fortsätta arbeta för att synliggöra det systematiska förbättringsarbetet genom processer och visa på värde för våra brukare/patienter/klienter och verksamhetens interna processer.
- En förutsättning för att kunna förbättra arbetssätten är att det finns processbeskrivningar och rutiner samt att dessa är kända och lätt tillgängliga för berörd medarbetare.

## Samverkan

Våra viktigaste samarbetspartners är våra brukare samt anhöriga och närstående. För våra utförare lyfts hemsjukvården och primärvården fram som de viktigaste samverkansparterna. Samtliga verksamheter har i sin kvalitetsberättelse identifierat sina viktigaste samverkanspartners. Inom flera av insatsområdena finns det strukturerade samverkansformer.

Region Gotland har en struktur för samverkan som inkluderar skola, vård och omsorg. Det finns en Strategisk samverkansledning (förvaltningschefer från socialförvaltningen, hälso- och sjukvårdsförvaltningen och barn- och utbildningsförvaltningen) och en Operativ samverkansledning (chefer i förvaltningsledningen från socialförvaltningen, hälso- och sjukvårdsförvaltningen och barn- och utbildningsförvaltningen) Utifrån gemensamma ärenden, frågeställningar, förändrade behov och förutsättningar med mera bildas arbetsgrupper.

En hållbar socialtjänst på Gotland, projektet utifrån den nya socialtjänstlagen, behöver under 2026 bli en del av samverkansstrukturen i likhet med Hälsa genom hela livet. Flera utvecklingsarbeten drivs inom och i linje med målbilden för Hälsa genom hela livet i samarbete med berörda förvaltningar inom regionen (HSF, UAF, RSF). Det finns flera gemensamma beröringspunkter kopplat till dessa två omfattande omställningsarbeten.



Förutom dessa finns det många samverkanspartners så som arbetsförmedlingen, försäkringskassan, teknikförvaltningen och överförmyndare.

Det finns även ett flertal överenskommelser med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen som tillsammans med *Gemensamt ramverk för skola, vård och omsorg* utgör grunder för samverkan.

### Utvecklingsområde:

- Samverkan är viktig för att kunna möta utmaningarna i står inför. För att kunna uppnå intentionen med gällande socialtjänstlag behöver samverkan utvecklas och breddas på alla nivåer under 2026 och framåt.

## Systematiskt förbättringsarbete

Att arbeta systematiskt med kvaliteten är en förutsättning för att kunna säkra verksamheten. Enheter och avdelningarna följer sina resultat och dessa aggregeras genom delår och



bokslut och kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse. Genom uppföljningsmöten finns struktur för att kunna driva gemensamma frågor.

På verksamhetsnivå har samtliga verksamheter i sin kvalitetsberättelse beskrivit att de arbetar systematiskt med kvalitet för att utveckla verksamheten. Det finns dock stora skillnader mellan hur enheterna beskriver sitt arbete och den plats det systematiska arbetet får i vardagen. Genom att sätta extra fokus på processer, rutiner och ledningssystemets delar förväntas en fortsatt utveckling av det systematiska arbetet.

Det systematiska kvalitetsarbetet består av dels ett övergripande arbete och dels ett verksamhetsnära arbete. Syftet är dock att säkra den egna verksamheten. För att uppnå detta behöver chefer följa upp och identifiera egna åtgärder utifrån verksamhetsbehov. Detta arbetssätt finns i flera verksamheter och det framgår tydligt i kvalitetsberättelsen att man tar ansvar för helheten i sin verksamhet.

## Risikanalyser

Samtliga verksamheter gör riskanalyser och har rutiner för detta. Riskanalyser görs i samband med förändringar samt när man tar emot nya brukare. Risker bedöms utifrån sannolikhet och allvarlighetsgrad och de bakomliggande orsakerna till riskerna identifieras. Exempel på förändringar som har vidtagits i verksamheterna i form av kontakt med utökad tillsyn, utbildning till personal, bemötandeplaner vid demenssjukdom, olika typer av larm såsom rök-, fall-, och dörrlarm mm.

## Egenkontroll

Den förvaltningsövergripande egenkontrollen görs genom kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse, samt kvalitetsuppföljningar. Avdelningarna gör egna analyser av egna resultat och tar fram åtgärder och för kommande år.

Analysen grundar sig på följande resultat:

- Nationella brukarundersökningar.
- Förvaltningens egna brukarundersökningar.
- Förvaltningens uppföljning av kvalitet genom besök i verksamheterna, enkäter och fokusgrupper och dokumentationsgranskningar.
- Patientsäkerhetsberättelser och kvalitetsberättelser
- Inkomna klagomål och synpunkter genom "Lämna dina synpunkter"
- Rapporterade missförhållanden och lex. Sarah.
- Rapporterade vårdavvikelser och lex. Maria.
- Resultat i kvalitetsregister.
- Olika mätningar t.ex. hygien och trycksårsmätningar.
- Tillsyn från IVO och revisioner.

Samtliga verksamheter beskriver att de har rutiner för egenkontroll. Områden som verksamheternas oftast gjort egenkontroll inom är:

- Avvikelser

- Brukarundersökning
- Hygien
- Dokumentation
- Genomförandeplaner
- Läkemedel

#### **Utvecklingsområde:**

- Under 2026 behöver fokus ligga på det verksamhetsnära systematisk kvalitetsarbetet. Flera verksamheter behöver stärka sitt arbete med avvikelser, och egenkontroll av följsamhet till rutiner och beslutade arbetssätt.

### **Rapporteringsskyldighet**

Verksamheterna informerar medarbetarna om skyldigheten att rapportera avvikelser, som medfört eller kan ha medfört risk för missförhållande eller vårdskada, vid introduktion och årligen genom arbetsplatsträffar. Flera verksamheter beskriver att rapporteringsskyldigheten tas upp två eller flera gånger per år för att säkra att alla medarbetare känner till den. Vissa verksamheter skiljer ej på rapporteringsskyldigheten och avvikelser i verksamheten.

### **Avvikelser**

Socialförvaltningen har rutiner för hantering av rapporterade avvikelser och för verksamheter inom Regionens egen regi så hanteras dessa i verksamhetssystemet Flexite. Samtliga verksamheter har rutiner för hantering rapporterade avvikelser. Verksamheterna hanterar avvikelser på APT, kvalitetsråd eller andra forum avsedda för att analysera avvikelser och identifiera förbättringsområden. Verksamheterna har även rutiner för hur man vid introduktion går igenom arbetet med avvikelshanteringen. För 2025 har ca 97% av avvikelserna hanterats och ligger för framtida uppföljning eller har avslutats.

De fem vanligaste kategorierna av avvikelser är:

- Utebliven insats
- Brister i personlig omvårdnad
- Brister i informationsöverföring och dokumentation
- Brister i bemötande
- Brister i tillsyn

(Vårdavvikelser beskrivs i patientsäkerhetsberättelsen SON 2026/35)

Verksamheterna har arbetat med åtgärder utifrån rapporterade avvikelser. Nedan följer exempel på områden som verksamheterna har arbetat med under 2025:

- Bemötande.
- Metodhandledning
- Genomförandeplaner och dokumentation.
- Öka kännedomen om rutiner och arbetssätt.
- Samverkan och informationsöverföring inom och mellan verksamheter.

- Förbättra arbetet med avvikelser i verksamheten.

**Lex Sarah**

Under 2025 har förvaltningen genomfört 22 (23; 2024) lex Sarah-utredningar varav 13 (9; 2024) har anmälts till IVO enligt lex Sarah.

Avdelning	Utredningar (totalt)	Anmälan till IVO enligt Lex Sarah
Myndighetsavdelningen	0	0
Särskilt boende	2	0
Hemtjänst	7	6
Omsorg om personer med funktionsnedsättning	8	4
Individ och familjeomsorgen	5	3

De händelser som anmälts till IVO är:

**Hemtjänst**

4 anmälningar rör sexuella övergrepp (SON 2025/84, SON 2025/144, SON 2025/145, SON 2025/146).

1 anmälan rör hemtjänst natt och utebliven insats (SON 2025/288).

1 anmälan rör stöld och brist på följsamhet till rutiner för kontanta medel (SON 2025/490).

**Omsorg om personer med funktionsnedsättning**

1 anmälan rör personal som använder bestraffande metoder (SON 2025/87).

1 anmälan rör personal som tagit hårt i brukare (SON 2024/561).

1 anmälan rör att personal har filmade brukare (SON 2025/165).

1 anmälan rör att personal lämnande brukare ensam trots behov. (SON 2025/290).

**Individ och familjeomsorg**

1 anmälan rör personal ej hanterat ett barns berättelse (SON 2024/579).

1 anmälan rör extern placering inom beroendebehandling i ett ej lämpligt boende (SON 2024/581).

1 anmälan rör placering i jourhem ej varit lämpligt där rutiner vid placering inte följts. (SON 2024/580).

12 av 13 ärenden är avslutade hos IVO och verksamheterna har arbetat och arbetar utifrån handlingsplaner. I ett ärende som anmälde december 2025 har förvaltningen gjort en komplettering på IVOs begäran och inväntar beslut i ärendet.

Hantering av avvikelser och lex sarah har vid flera tillfällen tagit mer tid än 2 månader och IVO har i sina beslut påpekat att utredningarna och anmälan inkommit senare.

De 9 ärenden som ej anmälts till IVO har bedömts som missförhållande och verksamheterna ansvarar för handlingsplanerna genomförs och följs upp. De ärende som utretts och ej anmälts till IVO har handlat om ekonomi, begränsningsåtgärder, felaktiga kontakter, bemötande, våldsamma agerande, bristande samverkan och larm.

Utöver egen regins anmälningar har våra privata utförare anmält 1 händelse till IVO enligt lex Sarah och förvaltningen har genom utförare fått kännedom om 3 händelser som utretts enligt lex Sarah men ej anmälts.

Händelsen som anmälts gäller stöld och polisanmälan har gjorts.

### Utvecklingsområde:

- Förvaltningen behöver utvärdera utredningsprocesserna för att säkerställa att avvikelser hanteras skyndsamt och utredningar och anmälningar görs inom 2 månader.
- I vissa verksamheter så är det få rapporterade avvikelser. Det kan tyda på att det är en underrapportering på avvikelser utifrån socialtjänstlagen.
- Medarbetarnas delaktighet och roll i arbetet med avvikelser behöver förtydligas. Dels i förvaltningens processer, dels säkerställas genom avdelningarnas rutiner och arbetssätt.
- Syftet med avvikelser är att förbättra verksamheten och skapa värde för både verksamheten och den enskilde. För att uppnå detta behöver arbetet med avvikelse fortsatt prioriteras.

### Klagomål och synpunkter

Under 2025 har det inkommit 156 synpunkter som registrerats i förvaltningens ärendehanteringssystem. 40% av de inkomna synpunkterna avser klagomål, 36% avser beröm, 12% avser förbättringsförslag och 12% kategoriseras som övriga synpunkter.

Tabellen visar antal synpunkter fördelade per kategori och jämförelse mellan år.

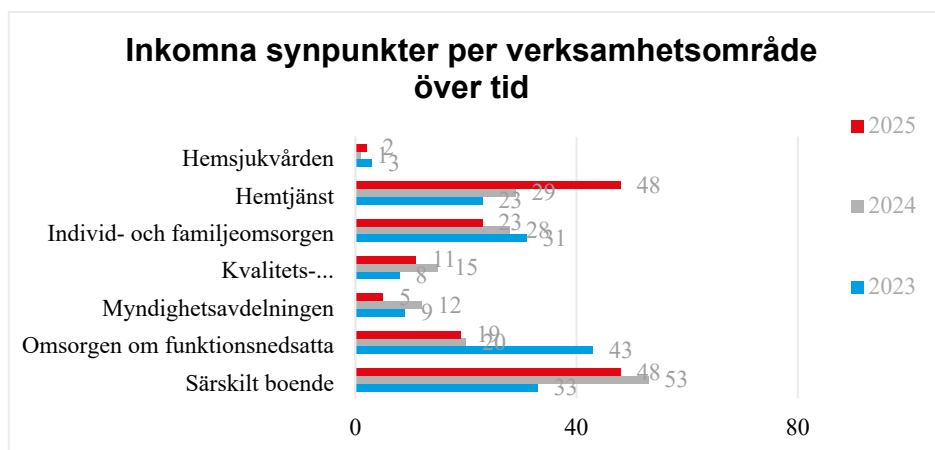
	2025	2024	2023	2022
Totalt antal synpunkter	156	158	150	109
Klagomål	63	75	107	96
Beröm	56	56	31	3
Förbättringsförslag	19	20	9	5
Övrigt	18	7	4	5

58% av synpunktsinlämnarna har valt att uppge kontaktuppgifter, det är färre än föregående år då 70% av de som lämnade synpunkter uppgav kontaktuppgifter.

Antalet inkomna synpunkter är fördelade per verksamhetsområde (oavsett regiform) och kategori i tabellen nedan. Föregående års antal inkomna synpunkter står i parentes.

Verksamhetsområde	Synpunkt : Beröm	Synpunkt: Förbättringsförslag	Synpunkt: Klagomål	Synpunkt: Övrig	Synpunkter totalt
Hemsjukvård	0 (1)	1 (0)	1 (0)	0	2 (1)
Hemtjänst	21 (4)	6 (4)	11 (18)	10 (3)	48 (29)
Individ- och familjeomsorg	7 (17)	0 (1)	13 (10)	3 (0)	23 (28)
Myndighetsavdelningen	0 (1)	1 (1)	4 (9)	0 (1)	5 (12)
Omsorgen om funktionsnedsatta	1 (2)	2 (2)	14 (15)	2 (1)	19 (20)
Särskilt boende	22 (21)	8 (11)	16 (20)	2 (1)	48 (53)
Kvalitets- och utvecklingsenheten/övergripande synpunkter	5 (10)	1 (1)	4 (3)	1 (1)	11 (15)

Av de totalt 156 inkomna synpunkterna är 149 (96%) ställda till enheter i egen regi och 7 (4%) ställda till verksamheter i enskild regi.



### Analys och eventuella åtgärder

Antalet synpunkter som inkommit totalt under året är i linje med tidigare år. Det är färre klagomål än tidigare år. Lika många synpunkter avseende beröm inkom i år som förra året. Något fler synpunkter har kategoriserats som "övrigt" i år. Dessa synpunkter har varierat innehåll, flera avser synpunkter gällande personal och arbetsmiljö utan angiven verksamhet. Avdelningen för hemtjänst har under året gått ut och efterfrågat synpunkter från brukare vilket medfört att det inkommit fler synpunkter ställda till deras verksamheter. Majoriteten av de synpunkterna avser beröm.

74% av synpunkterna är hanterade och avslutade i systemet i enlighet med rutinen för synpunktshantering. Det är färre än förra året då 83% var hanterade och avslutade i

systemet. Förvaltningen har de senaste åren arbetat för att tydliggöra rutinerna för synpunktshanteringen. Under året har förvaltningen varit delaktig i att revidera den regiongemensamma rutinen för synpunktshantering. Även interna justeringar i egen regins arbetssätt har gjorts och synliggjorts i förvaltningens kartlagda process för att hantera synpunkter. Justeringarna består främst i att synpunkterna i större utsträckning hanteras inom respektive avdelning (utan påminnelser från centralt håll) samt att förvaltningen följer upp kontakten med enskilda som lämnat in synpunkter på privata utförare mer systematiskt än tidigare.

Förvaltningens verksamheter beskriver att synpunkter, utöver de som diarieförs, ofta tas emot och besvaras i det dagliga arbetet i möten med brukare/klienter/invånare.

#### **Utvecklingsområde:**

- Förvaltningen behöver fortfarande förbättras genom att alla synpunktslämnare får svar/återkoppling på inom 2 veckor.
- Behov av förtydligande processen kring synpunktshantering och verksamheternas ansvar.
- Dokumentation av vidtagna åtgärder och kontakten med synpunktslämnaren behöver förbättras.

### **Personalens medverkan i kvalitetsarbetet**

Kvalitet inom socialtjänsten skapas i mötet med den enskilde och det är viktigt att alla medarbetaren ser sin roll i kvalitetsarbetet. Samtliga verksamheter beskriver att personalen görs delaktiga i kvalitetsarbetet genom arbete på arbetsplatsträffar, planeringsdagar och kvalitetsråd.

#### **Utvecklingsområde:**

- Medarbetarnas delaktighet och roll i arbetet med avvikelser behöver förtydligas. Dels i förvaltningens processer, dels säkerställas genom avdelningarnas rutiner och arbetssätt.

### **Brukares medverkan i kvalitetsarbetet**

Verksamheterna beskriver olika sätt att göra brukare och anhöriga delaktiga i kvalitetsarbetet. Detta sker bl a genom att man går igenom brukarundersökningens resultat med brukare, brukarmöten, enkäter och uppföljningsmöten.

Brukarråd finns inom alla boendeformer, och flertalet verksamheter beskriver att de har ett aktivt brukarråd som träffas regelbundet.

#### **Utvecklingsområde:**

- Brukarnas erfarenheter behöver fångas in i större utsträckning för att skapa och utveckla kvaliteten i verksamheten.