



Karlshamns
kommun

Kvalitetsberättelse

Förvaltningen för omsorg och arbetsmarknad

2025

Februari 2026

Sara Holmström Ottinge, Socialt ansvarig socionom

Diarienummer: OAN 2026/80



Innehåll

1	Inledning	3
1.1	Bakgrund.....	3
1.2	Genomförande.....	3
2	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	4
3	Organisatoriskt ansvar	5
4	Förvaltningens arbete med kvalitet	8
4.1	Omsorgs- och arbetsmarknadsnämndens prioriterade utvecklingsområden utifrån uppdrag och nämndens samt kommunfullmäktiges mål 2025–2026	8
4.2	Processer och rutiner	9
4.3	Samverkan.....	9
4.4	Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	11
4.5	Individens medverkan i kvalitetsarbetet.....	16
4.6	Riskanalys.....	17
4.7	Internkontroll och egenkontroll.....	18
4.8	Avvikelse.....	23
4.8.1	Åtgärder utifrån avvikelser	27
4.9	Krisberedskap.....	29
4.10	Digitalisering och välfärdsteknik	29
5	Prioriterade områden under året	30
5.1	Sammanställning av analys och resultat	33
6	Barnkonventionen	35
7	Mål och strategier för 2026	36



1 Inledning

1.1 Bakgrund

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska den som bedriver verksamhet enligt SoL (socialtjänstlag) eller LSS (lag om stöd och service till vissa funktionshindrade) fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Det ska finnas ett ledningssystem som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska ge en struktur för verksamhetens ledning och styrning och ska bidra till att verksamhetens kvalitet säkerställs.

Med kvalitet avses att verksamheten ska uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service för vissa funktionshindrade samt beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Med hjälp av ledningssystemet ska den som bedriver socialtjänst

- planera,
- leda,
- kontrollera,
- följa upp,
- utvärdera och
- förbättra verksamheten.

Det ska framgå hur uppgifterna i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten. Arbetet ska dokumenteras.

Med dokumentationen som utgångspunkt upprättas en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det ska framgå

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår,
- vilka åtgärder som vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och
- vilka resultat som uppnåtts.

Berättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad

- att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar och
- att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

1.2 Genomförande

Kvalitetsberättelsen är sammanställd av Sara Holmström Ottinge, socialt ansvarig socionom, SAS. Uppgifter som SAS ej ansvarar för själv har inhämtats via verksamhetsområdenas resultatrapporter, Kolada samt verksamhetssystem för avvikelseystem.



2 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

I SOSFS 2011:9 anges hur kvaliteteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Den som bedriver verksamhet enligt SoL eller LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet. I varje process ska man identifiera de aktiviteter som ingår och bestämma aktiviteternas inbördes ordning. För varje aktivitet ska man ta fram och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska beskriva tillvägagångssätt och hur ansvaret är fördelat. I processer och rutiner ska det även framgå vilken samverkan som behövs och hur den ska bedrivas.

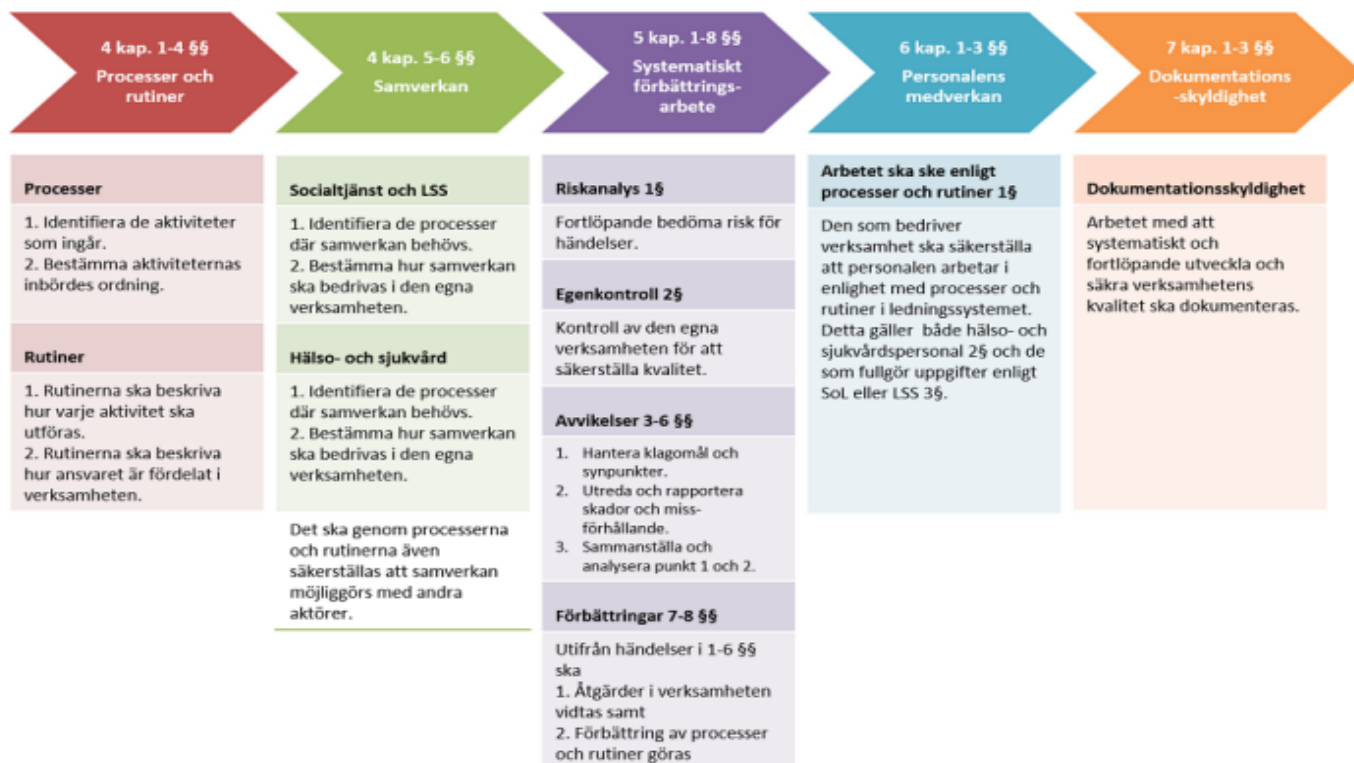
I det systematiska förbättringsarbetet ska verksamheten fortlöpande bedöma om det finns risk för händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet, så kallad riskanalys. Detta är ett förebyggande arbete och kan exempelvis vara aktuellt vid en omorganisation.

Verksamheten ska även göra egenkontroller. Det innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamheten. Det innebär att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Egenkontroller ska göras i den frekvens och omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

En del i det systematiska förbättringsarbetet är avvikelsehantering. Enligt SOSFS 2011:9 ska den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Utredningen ska leda till att verksamheten ska kunna ta ställning till om det förekommit avvikelse i verksamheten. Verksamheten ska vidta de åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet och vid behov förbättra processer och rutiner. Verksamheten ska ta emot klagomål och synpunkter från exempelvis personal, vård- och omsorgstagare och deras närstående och andra myndigheter. Bestämmelser om lex Sarah regleras i SoL och LSS. Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att den som bedriver verksamheten ska kunna se mönster och trender som tyder på brister i verksamhetens kvalitet.



· Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad, 4-7 kap. SOSFS 2011:9



3 Organisatoriskt ansvar

Av kvalitetsberättelsen bör framgå hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har varit fördelade. 2023 beslutade Omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden om en riktlinje för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. I denna riktlinje anges ansvarsfördelning. I riktlinjen framgår även att arbetsledning inom förvaltningen för omsorg och arbetsmarknad har ett ansvar att implementera ledningssystemet samt att introducera ny personal/medarbetare.

Omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden ansvarar för att:

- säkerställa att ledningssystemet uppfyller de krav och mål som framgår av lagar och andra föreskrifter samt beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter
- ledningssystemet integreras med det kommunövergripande gemensamma arbetet för styrning och kvalitetsutveckling
- ge direktiv och säkerställa att ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är enhetligt och dokumenterat samt följa upp kvalitetsarbetet
- att fastställa, följa upp och revidera riktlinjen för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- verksamheten är organiserad så att hög patientsäkerhet och god kvalitet kan upprätthållas samt ge förutsättningar för detta



Förvaltningschef ansvarar för att:

- inom ramen för verksamheten ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten
- kommunicera och omsätta kommunfullmäktiges och omsorgs- och arbetsmarknadsnämndens övergripande mål och policyn för styrning och kvalitetsutveckling
- årligen kontrollera förvaltningens övergripande processer och vid behov revidera processer och rutiner

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att:

- patienterna får en säker, kunskapsbaserad och ändamålsenligt hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- tillse att den kommunala hälso- och sjukvården bedrivs i överensstämmelse med gällande författningar, föreskrifter och rutiner
- säkerställa att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för delegering, läkemedel och medicinsktekniska produkter, dokumentation samt anmälningsskyldighet vid negativa händelser och tillbud
- upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet ned patientsäkerhet och kvalitet i kommunal hälso- och sjukvård i en årlig patientsäkerhetsberättelse
- föreslå förbättringsåtgärder inom den kommunala hälso- och sjukvården utifrån resultat av riskanalys, kontroller och utredning av avvikelser
- utreda inkomna rapporter om negativa händelser och tillbud som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada enligt lex Maria
- hålla sig uppdaterad kring författningar, styrdokument och vetenskapliga rön som gäller för hälso- och sjukvård

Socialt ansvarig socionom (SAS) ansvarar för att:

- på uppdrag av förvaltningschef leda och driva utvecklings- och kvalitetsarbete och med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten
- upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet genom att planera, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet årligen genom att sammanställa en kvalitetsberättelse
- utreda inkomna rapporter om allvarliga missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande enligt lex Sarah
- hålla sig uppdaterad kring författningar, styrdokument och vetenskapliga rön som gäller för socialtjänsten



Verksamhetscheferna för förvaltningens samtliga verksamhetsområden ansvarar för att:

- inom sitt verksamhetsområde bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete enligt ledningssystemet
- kommunicera och omsätta övergripande strategier och mål inom sitt verksamhetsområde
- årligen eller vid behov revidera samtliga, på medarbetarwebben presenterade processer och rutiner inom verksamhetsområdet så att dessa är aktuella
- vid behov upprätta nya processer och rutiner som gäller hela verksamhetsområdet
- säkerställa implementering av processer och rutiner som gäller hela verksamhetsområdet

Verksamhetsutvecklare ansvarar för att:

- på uppdrag av verksamhetschef vara ett stöd till ledningen i kvalitets- och förbättringsarbete
- sammanställa och tillsammans med verksamheten analysera resultat i brukarundersökningar och nationella undersökningar
- identifiera förbättringsområden
- ge förslag på utveckling och förbättringar för verksamheten
- ta emot och utreda inkomna rapporter om missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande enligt lex Sarah

Enhetscheferna ansvarar för att:

- säkerställa att verksamhetens personal känner till och arbetar enligt processer och rutiner i ledningssystemet
- genom bemötande och personligt engagemang vara föredöme i en framåtsyftande kvalitetsutveckling
- inom sin enhet bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete enligt ledningssystemet
- kommunicera och omsätta övergripande strategier och mål inom sin enhet
- årligen eller vid behov revidera samtliga, på medarbetarwebben presenterade processer och rutiner på enhetsnivå så att dessa är aktuella
- vid behov upprätta nya processer och rutiner på enhetsnivå
- säkerställa implementering av processer och rutiner
- utreda synpunkter och klagomål, så kallad annan avvikelse och vårdskador

Alla medarbetare ansvarar för att:

- medverka till att den verksamhet som bedrivs är av god kvalitet
- arbeta enligt upprättade processer och rutiner och återkoppla till enhetschef när dessa inte fungerar. Följa gällande delegationsordning.
- aktivt medverka i utbildning och handledning
- rapportera avvikelser och vårdskador samt fullgöra sin rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah



4 Förvaltningens arbete med kvalitet

Förvaltningen har funktionerna SAS (socialt ansvarig socionom), MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) samt MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering). Förvaltningen har även en verksamhetsutvecklare med övergripande ansvar förvaltningen samt verksamhetsutvecklare inom verksamhetsområdena. SAS, MAS, MAR är organiserade direkt under förvaltningschef, vilket även verksamhetsutvecklare för förvaltningen var under 2025. Sedan december 2025 finns även en verksamhetsutvecklare med huvudsakligt ansvar för frågor rörande LOV (lag om valfrihetssystem). Verksamhetsutvecklare är alla organiserade under verksamhetscheferna. I de olika verksamheterna/enheterna finns även andra funktioner som arbetar med kvalitetsfrågor såsom kvalitetsundersköterska, kvalitetsombud, samordnare och 1:e socialsekreterare.

Förvaltningen har sedan 1 januari 2026 ett nytt verksamhetsområde som heter förvaltningsstöd, administration och utveckling.

Under 2025 har arbetet med att vidareutveckla ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för hela förvaltningen fortsatt. De delar av ledningssystemet som är färdigställt är publicerat på medarbetarwebben. Där finns även den riktlinje för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som beslutades av Omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden i augusti 2023 publicerad. Riktlinjen tydliggör ansvarsfördelning samt beskriver arbetet med processer och rutiner, riskanalyser, egenkontroller och avvikelsehantering.

Tidigare stabschef, numera utvecklingssamordnare, har haft fortsatt ansvar för arbetet med att utveckla ledningssystemet. Regelbundna möten har planerats med utsedd arbetsgrupp för att driva arbetet framåt. Delaktiga i gruppen har varit stabschef, SAS, MAS, MAR, verksamhetsutvecklare, IKT-strateg samt handläggare. Gruppen har träffats cirka en gång/månad och arbetet fortgår under 2026. Målet är att ledningssystemets processer och rutiner ska vara samlade, lättillgängliga och så enhetliga som möjligt. Arbetet utgår från bestämmelserna i SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

4.1 Omsorgs- och arbetsmarknadsnämndens prioriterade utvecklingsområden utifrån uppdrag och nämndens samt kommunfullmäktiges mål 2025–2026

- Kompetensförsörjningsutmaning enligt SKR:s nio strategier.
- Samverka med berörda aktörer för att nå en fysisk, psykisk och social trygghet.
- Öka kunskapen inom svenska språket för utrikesfödda.
- Stegförflyttning till egen försörjning.
- Förflyttning från
 - fokus på organisation till fokus på person och relation
 - reaktiv till proaktiv och hälsofrämjande
 - isolerade insatser till samordning utifrån personen i fokus
 - passiva mottagare till aktiva medskapare.
- Utöka samverkan med civilsamhället.



4.2 Processer och rutiner

Olika verksamheter och enheter inom förvaltningen har kommit olika långt i arbetet med att fastställa processer samt upprätta och revidera rutiner. Under 2025 har detta arbete fortsatt, men är ännu inte helt slutfört. Arbetet kommer även att prioriteras under 2026 med målsättningen att vara färdigt senast i mars 2026. De rutiner som färdigställs ska därefter revideras enligt gällande riktlinje.

När en rutin färdigställs diarieföras dokumentet och publiceras i ledningssystemet. Rutinen ska förvaras så att de enkelt kan ersättas vid revidering och det är alltid den version som finns publicerad i ledningssystem som är gällande rutin.

Det har framkommit att vissa medarbetare upplever att ledningssystemet är svårt att hitta till och att det är svårnavigerat. Implementeringen av ledningssystemet är därför en viktig del av kvalitetsarbetet. Verksamheterna följer upp att medarbetare använder systemet och att det finns följsamhet till fastställda rutiner.

SAS ansvarar för att ta fram förvaltningsövergripande rutiner, vid behov tillsammans med MAS och MAR, exempelvis för avvikelshantering. Inom respektive verksamhetsområde ansvarar verksamhetsutvecklare för att säkerställa kvaliteten i rutinerna. Arbetet sker tillsammans med arbetsledning och medarbetare. Vid framtagande av styrdokument följer förvaltningen riktlinjen för styrdokument som antogs av kommunstyrelsen i oktober 2023 och som gäller samtliga nämnder och förvaltningar.

Under 2025 har ny rutin för lex Sarah och avvikelshantering upprättats. Rutin för loggkontroller har tagits fram. Likaså har rutin för hantering av jäv upprättats. Även förvaltningsövergripande rutin för dokumentation samt egenkontroll av dokumentation har arbetats fram.

4.3 Samverkan

Förvaltningen

- SAS och samtliga verksamhetsutvecklare träffas en gång/månad.
- Arbetsgrupp ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (se ovan).
- SAS deltar i kommunens barnrättsnätverk. Förvaltningen har ett eget barnrättsnätverk. Syfte är att implementera barnkonventionen.
- Verksamhetsutvecklare samverkar med övriga kommuner i länet gällande omställning till ny SoL.
- Förvaltningen ingår i den regionala samverkansstrukturen såsom LSVO (ledningssamverkan vård och omsorg) och PSVO (politisk samverkan vård och omsorg). Inom LSVO ingår även länssamverkansgrupperna Att främja jämlik hälsa och Nära vård och förvaltningen är representerad.
- Yrkesresan. Erbjuder en introduktion och kompetensutveckling inom socialtjänsten och utgår från bästa tillgängliga kunskap.



Stöd i ordinärt boende

Inom stöd i ordinärt boende är vårdmöten, där olika professioner samlas, ett viktigt forum för samverkan. Sedan hösten 2025 deltar även nattpatrullen i vårdmötena i syfte att bidra till helhetsperspektivet kring individens behov.

Arbetet med pre-SIP (samordnad individuell plan) har identifierats som ett utvecklingsområde. Under 2026 planeras ett förbättringsarbete tillsammans med berörda verksamhetsområden för att stärka samordningen kring individen.

Samverkan sker även med trygghetslarmgruppen, som följer statistik över larmfrekvens och kan tidigt uppmärksamma förändrade behov. Vid ökad larmfrekvens tas ärendet upp på vårdmöte för gemensam bedömning och åtgärd.

För att motverka ofrivillig ensamhet informerar hemtjänsten om träffpunkter och andra frivilliga verksamheter. Exempelvis har individer haft möjlighet att delta i cykling tillsammans med volontärer. Det aktivitetsfrämjande arbetet har bidragit till förbättrad hälsa, ökad delaktighet och minskad fallrisk.

Stöd i särskilt boende

Även inom särskilt boende är vårdmöte ett viktigt forum för samverkan. En riktlinje för teamsamverkan i arbete med kvalitetsregister har arbetats fram där rutin för vårdmöte reviderats.

Vid inflytt till särskilt boende hålls ankomstsamtal där personal från hälso- och sjukvård medverkar.

Verksamheten har en samverkan med civilsamhället såsom PRO, ABF, cykling utan ålder och kyrka. Samverkan syftar till att förebygga ofrivillig ensamhet. Det finns även en arbetsgrupp med fokus på ofrivillig ensamhet, där enhetschefer ingår.

Myndighet och resurs

Demens- och psykiatriteamet genomför individnära handledning till personal i insatser där verksamheten behöver stöd kring enskilda individer. Demens- och psykiatriteamet har haft flera ärenden i samverkan med LSS-verksamheter, vilket bidragit till kompetensutveckling för samtliga.

Det finns en samverkan mellan verksamhetens undersköterskor och omvårdnadspersonal där undersköterskorna bidragit till att höja kompetensen bland personalen. Det bidrar till ökad kvalitet i de insatser som utförs. Stärkt förebyggande arbete tillsammans med andra har medfört att flera individer med behov av tidiga insatser kunnat identifieras och motiveras till insatser.

Under året har även formaliserade hembesök från trygghemgångsteamet, sjuksköterskor och biståndshandläggare implementerats.



IFO/AME

En utvärdering av organisationen barn och familj visar att samverkan mellan myndighet och öppenvård har förbättrats genom implementeringen av Signs of safety. Medarbetarna har utvecklat gemensamma strukturer som förbättrat arbete med barn, unga och deras familjer, vilket bidrar till ökad delaktighet och kvalitet i insatserna.

Enligt gällande rutiner ska personal samverka, men avvikelser har visat att det finns behov av ytterligare förbättringar. Som en del av förbättringsarbetet har en rutin för placering i skyddat boende med barn tagits fram, i syfte att tydliggöra handläggning, ansvarsfördelning och samverkan mellan berörda enheter i dessa ärenden.

På gruppnivå finns följande samverkansforum:

- Samverkansstruktur enligt TSI (tidiga och samordnade insatser)
- Barnsäkert. Ett samarbete med barnhälsovården i regionen.
- SSPF (skola, socialtjänst, polis, fritid)
- Barn i organiserad brottslighet (BOB).
- Samverkan med arbetsförmedling. Lokal överenskommelse har reviderats.
- FINSAM. Insats insatskoordinering har fått utökad målgrupp med mål att förebygga bidragsberoende på grund av sjukskrivningsproblematik.

LSS stöd och service

Under år 2025 har samverkan mellan LSS stöd och service ledningsgrupp och HSL-teamet som arbetar mot LSS fortsatt. Under året fattades beslut att skapa en mindre samverkansgrupp bestående av enhetschefer och verksamhetsutvecklare som har träffats vid tre tillfällen under hösten. Samverkansmöten där samtliga enhetschefer och hela HSL-teamet deltagit har genomförts vid fem tillfällen under 2025.

Verksamhetschef deltar i länsgemensam samverkan Främja jämlik hälsa. Där diskuteras bland annat individer som hamnar "mellan stolarna" mellan psykiatri, habilitering, LSS, SoL, primärvård. Verksamhetschef deltar även i det nationella RSS-nätverket för funktionshinder, vilket bidrar till kunskap om vad som är aktuellt inom området nationellt.

På individnivå sker samverkan bland annat genom individuellt vårdmöte (IVM) och SIP. IVM genomförs regelbundet och är väl känt ute i verksamheterna. LSS stöd och service har en egen rutin för IVM och medarbetarna upplevs ha stor kunskap. Samverkan genom SIP sker inte i stor utsträckning. En förklaring kan vara att medarbetare och enhetschefer har behov av ökad kunskap om förutsättningarna och möjligheterna med SIP, vilket således är ett utvecklingsområde.

4.4 Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Stöd i ordinärt boende

Arbetet med att implementera ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete har fortsatt under året. Införandet av personliga telefoner har underlättat medarbetarnas tillgång till medarbetarwebben och därigenom förbättrat tillgången till rutiner. Under hösten 2025 togs



ett årshjul för månadens rutiner fram i syfte att säkerställa följsamhet och ett mer enhetligt arbetssätt.

Enhetschefer arbetar tillsammans med kvalitetsundersköterskor (KUSK) för att utveckla och förbättra avvikelshanteringen. Avvikelse följs upp på vårdmöten. Enhetschef ansvarar fortsatt för utredning, analys, åtgärd och uppföljning, men samarbete med KUSK har stärkt kvaliteten i processen. Det ger KUSK bättre insyn i avvikelset arbetet, vilket i sin tur bidrar till lärande i verksamheten. KUSK har ofta god kännedom om individen och situationen och kan därmed tillföra viktig kunskap.

Under 2024 infördes ett nytt introduktionsprogram som upplevts positivt. Resultat av utvärdering visar på hög grad av nöjdhet och en större känsla av trygghet och att personal känner sig bättre förberedda för självständigt arbete. Den förväntade effekten av att det skulle ske färre avvikelser har uppnåtts. Bedömningen är att introduktionsprogrammet bidragit till en mer säker socialtjänst. Introduktionsprogrammet behöver dock följas upp i takt med förändrade behov och arbetssätt.

Arbete med att se över de olika ombudsrollerna har fått pausas. Under 2026 kommer verksamheten se över vilka ombudsroller som finns och vilka som behövs. Tydliga och relevanta ombudsroller är en del i att skapa balans mellan kvalitet, effektivitet och arbetsmiljö. Tre enhetschefer har genomfört utbildningen Fem nycklar kopplat till språkombudsrollen och under 2026 kommer språkombud utses för vidare utbildning.

Samtliga enheter ska ha gruppleddare i syfte att säkerställa en säker socialtjänst på helgerna. Någon enhet saknar ännu gruppleddare till följd av flera chefsbyten. En utvärdering av gruppleddarfunktionen kommer att genomföras för att bedöma effekter och utvecklingsbehov.

Verksamhetsområdet tog fram en utbildningsplan för fast omsorgskontakt. Under 2025 har utbildning genomförts med fokus på måluppfyllelse i genomförandepplaner och vidareutveckling av uppdraget. Verksamheten fortsätter även kompetensutveckling inom Äldrelyftet. Yrkesresan för äldreomsorgen påbörjades i december 2025 och planering tillsammans med stöd i ordinärt boende är genomförd med utbildningsstart i mars 2026. De samlade kompetenshöjande insatserna bedöms bidra till en mer kunskapsbaserad, jämlik och säker socialtjänst.

Verksamheten informerar om träffpunkter och frivilliga verksamheter som en del i det förebyggande arbetet. Flera enheter använder en språkapp för att kommunicera med individer som inte har svenska som modersmål. Det finns dessutom ett arbete med att titta på individens sociala faktorer för att i ett tidigt skede uppmärksamma om det förekommer ofrivillig ensamhet. Arbetet är i linje med en mer lättillgänglig och förebyggande socialtjänst.

Stöd i särskilt boende

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är under implementering och information ges löpande till medarbetare, bland annat via APT. Verksamhetsdagar genomförs där enhetschefer planerar innehållet utifrån identifierade behov, exempelvis sådana som framkommit genom avvikelshantering.



En struktur för introduktion av nya medarbetare har tagits fram under 2025 och kommer implementeras vid tillsättning av sommarvikarier 2026. Introduktionen bedöms bidra till en mer säker socialtjänst och till att kvaliteten i verksamheten bibehålls även under perioden med många vikarier.

Utbildning sker enligt årshjul där till exempel demens, palliativ vård och delegering ingår. Verksamheten utbildar kontinuerligt administratörer inom BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) och MHFA (första hjälpen psykisk ohälsa). Det finns även en utbildningsplan för att förebygga hot och våld, där det bland annat bemötande av personer med demens ingår.

Ombudsroller såsom hygien, kontinens och kost finns och de har fått kompetenshöjande insatser. Kvalitetsundersökterskor har gemensamma träffar med ansvariga enhetschefer. Utbildning för fast omsorgskontakt sker kontinuerligt, utifrån ett utbildningsmaterial framtaget av kvalitetsundersökterskor och en ansvarig enhetschef. Likt stöd i ordinärt boende fortsätter arbetet med Äldrelyftet och Yrkesresan. De kompetenshöjande insatserna bedöms bidra till en mer kunskapsbaserad och säker socialtjänst.

Myndighet och resurs

Ett aktivt arbete med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete har bedrivits under året och implementeringen kommer att vara en prioriterad fråga under 2026. Verksamheten har ett etablerat förbättringsarbete men behöver stärka struktur, uppföljning och gemensamma forum för lärande mellan enheter. Avvikelsehanteringen har utvecklats genom nya grupper och rutiner, och effekterna av dessa förändringar förväntas bli tydligare under 2026.

Under året har flera utbildningsinsatser genomförts för omvårdnadspersonal. Demens- och psykiaritteamet har även bidragit till att stärka verksamheterna i frågor som rör bemötande och arbetssätt. Myndighetskontoret har arbetat systematiskt med att höja kvaliteten i handläggningen. Förändrade arbetssätt och införandet av nytt verksamhetssystem inom socialpsykiatri har bidragit till ökad rättssäkerhet och bättre uppföljning i handlägningsprocessen. Planerade utbildningar, bland annat inom rättshaveristiskt beteende, har genomförts för handläggare.

Korttidsverksamheten har utvecklat sitt personcentrerade arbetssätt genom att tydliggöra individens egna mål med insatserna. Utvärdering visar att majoriteten av individerna når sina uppsatta mål, vilket indikerar kvalitet i insatserna.

Det finns fortsatt utmaningar i att fördela hälso- och sjukvårdsuppdrag mellan professioner, kopplat till bemannings- och kompetensförsörjningsfrågor. En fortsatt satsning på baspersonal inom äldreomsorg och LSS stöd och service är avgörande för att möta framtidens behov inom vård och omsorg

Införandet av språkombud i verksamheten har avstannat på grund av inställda utbildningstillfällen. Införandet kommer behöva invänta det arbete som ska ske i hela förvaltningen då det är en utbildning för flera verksamhetsområden.



IFO/AME

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är ett pågående arbete där snart samtliga enheter är klara. Rapportering av avvikelser inom verksamhetsområdet har ökat, vilket bedöms vara positiv då det troligen förelegat en underrapportering tidigare. En ökad rapporteringsbenägenhet stärker möjligheten till förbättringsarbete och i förlängningen en verksamhet med förbättrad kvalitet.

Medarbetare i ungdomsteamet samt fältsekreterare har genomfört utbildning inom kriminalitet som livsstil och en påbyggnadsutbildning genomförs 2026. Syftet är att tidigare identifiera ungdomar i riskzon för kriminalitet. Fältgruppen har även träffat samtliga elever i årskurs 6 för att skapa relationer inför övergången till årskurs 7, som är en central målgrupp för fältarbetet. Familjebehandlare har dessutom inlett samverkan med KABO för att tidigt informera om öppenvårdens insatser, i linje med en mer förebyggande och tillgänglig socialtjänst.

Utifrån identifierade brister i dokumentation har samtliga medarbetare inom verkställighet genomgått utbildning i dokumentation. Uppföljning av effekt görs under 2026. Även en planering för utbildning inom dokumentation för myndighetsutövning ska göras under 2026. Inom barn- och familj har några medarbetare genomgått utbildning inom BBiC (Socialstyrelsens dokumentationsstöd Barns behov i centrum) i syfte att kunna stödja kollegor i arbete med dokumentation.

Som ett led i arbetet för ökad effektivitet har placeringar inom skadligt bruk och beroende setts över. Enheten har utvecklat stöd till medarbetare i utredningsarbetet och en checklista för övervägande av placering har tagits fram. Efter genomfört förbättringsarbete har andelen placeringar minskat. Flera längre placeringar som avslutades under 2024 har inte återaktualiserats. Resultaten visar på en mer effektiv socialtjänst.

Ett nytt team med socialtjänstadministratörer har inrättats för att ge likvärdigt administrativt stöd till samtliga enheter och minska sårbarheten. Rutiner har arbetats fram, men överföring av arbetsuppgifter har ännu inte fullt ut genomförts. En plan finns för fortsatt implementering. Tydliga rutiner och styrdokument bidrar till minskad risk för avvikelser och till att arbetsuppgifter utförs korrekt och med kvalitet.

Ett arbete med att skapa ett boendeteam inom verksamhetsområdet, i stället för på flera enheter, är påbörjat. En uppdragsbeskrivning ska tas fram. En ansvarsfördelning mellan myndighetsutövning och verkställighet har tagits fram. Arbetet förväntas bidra till en mer säker och effektiv socialtjänst. Förtydligande av insatserna och hur de kan utvecklas för att stärka individernas möjlighet att nå självständighet bidrar till en individanpassad socialtjänst.

Inom försörjningsstöd utvecklas arbetssätt för att bättre möta förändrade behov. Handläggare ska ha mer fokus på processen från handläggning till självförsörjning genom tätare kontakter med individerna och uppföljning av genomförandeplan. Egenkontroll visar på brister i andelen genomförandeplaner, vilket kräver fortsatt arbete för ökad följsamhet till rutin. Den standardiserade bedömningsmetoden FIA (förutsättningar inför arbete) ska användas i utvalda ärenden som pågått en längre tid. FIA har utvecklats av Socialstyrelsen och är förenlig med en kunskapsbaserad socialtjänst. Uppföljning sker via egenkontroll under 2026.



Budget- och skuldrådgivarna har haft stödgrupper för skuldsatta och arbete har uppmärksammats nationellt. Utvärdering genom enkät till deltagarna visar att individerna upplevt stödet positivt.

En strategi för att kartlägga resurser, arbetssätt och flöden är beslutad och kommer att genomföras under 2026. Strategin bygger på SKR:s material om Rätt använd kompetens (RAK) och omfattar bland annat gemensamma processer för samverkan i komplexa ärenden där flera enheter är involverade. Det ingår även en kartläggning av resurser och arbetsuppgifter med fokus på vad man ska ha för arbetssätt för att uppnå intentionerna i ny socialtjänstlag och nära vård. Ett arbete med att ta fram uppdragsbeskrivningar för samtliga roller är påbörjat. Detta bidrar till en effektiv socialtjänst men har också påverkan kvaliteten i stort.

LSS stöd och service

Under 2025 har verksamhetsområdet fokuserat på att ta fram gemensamma rutiner och stöddokument för hela verksamhetsområdet där det har varit möjligt. Tidigare fanns en ambition att dela upp processer och rutiner utifrån de olika LSS-insatserna, vilket resulterade i en stor mängd dokument med liknande innehåll. Syftet med att skapa gemensamma rutiner har varit att minska mängden dokument men också att skapa större likvärdighet och göra ledningssystemet mer överskådligt och lättillgängligt. De gemensamma rutiner och stöddokument som tagits fram rör främst socialtjänstprocessen. Rutinerna har tagits fram i samverkansmöten där enhetschefer, LSS-handläggare och verksamhetsutvecklare deltagit. Ledningssystemet kommer fortsatt att vara prioriterat 2026. Det finns fortfarande verksamheter där lokala rutiner och inaktuella rutiner finns sparade på lokala gruppdiskar, och där medarbetare inte använder ledningssystemet på medarbetarwebben. Verksamhetsutvecklare har informerat kvalitetsombud om ledningssystemets uppbyggnad och gett dem uppgiften att guida sina kollegor i hur man hittar rätt. Verksamhetsutvecklare har också skapat en lathund för att göra det lättare för medarbetare att hitta rätt i ledningssystemet.

Personal deltar i kvalitetsarbetet under APT och brukarmöten. Kontaktpersonal ansvarar också för att skriva den enskildes genomförandeplan och säkra kvaliteten i insats kring individen. Inom verksamheten finns också kvalitetsombud, utsedda av enhetschef. Målet med uppdraget är att säkerställa och utveckla kvaliteten för den enskilde individen. Kvalitetsombuden träffas fyra gånger per år för fortbildning och samverkan mellan enheter. Under 2025 har de bland annat fått information om avvikelshantering, ledningssystem samt sekretess och samtycke. En representant från Överförmyndarnämnden har också medverkat och informerat om vad som gäller när en individ har en god man/förvaltare.

En metodstödjare finns anställd i syfte att höja kvaliteten i utförandet av insatser. Under 2025 har metodstödjaren handlett cirka 17 personalgrupper i frågor som samsyn, kommunikation, bemötande och diagnoser. Metodstödjaren har även stöttat arbetsgrupper i framtagande av bildstöd, individuella scheman, genomförandeplaner, lokala rutiner och arbetsbeskrivningar. Metodstödjarens arbete bidrar till ökad trygghet och förutsägbarhet för individen samt till gemensamma arbetssätt och ökad säkerhet för personalen i utförandet av insatser.

Verksamheten har även tillgång till kurator. Under 2025 har kuratorn haft enskilda samtal med cirka 30 individer samt deltagit i arbetsmöten och APT för att vägleda personal. Kuratorn



har bland annat handlett arbetsgrupper i arbetssätt vid självskadebeteende och pedagogiskt förhållningssätt. Sammantaget bedöms metodstödjarens och kuratorns insatser bidra till en mer säker, tillgänglig och individanpassad verksamhet.

4.5 Individens medverkan i kvalitetsarbetet

Socialstyrelsen genomför brukarundersökning inom äldreomsorgen. Via SKR ges kommuner möjlighet att genomföra olika brukarundersökningar och där har förvaltningen deltagit, dock med varierad svarsfrekvens. Brukarundersökningarna är en egenkontroll och uppföljning där individerna som har kontakt med förvaltningen genom olika frågor ges möjlighet att svara på hur de upplever kvaliteten. Från och med i år görs brukarundersökningar via SKR vartannat år. Delar av resultat redogörs för under egenkontroll.

Stöd i ordinärt boende

Inom stöd i ordinärt boende har individerna en fast omsorgskontakt, vilket bidrar till ökad kontinuitet och kvalitet i insatserna. Tillgängligheten till fast omsorgskontakt har stärkts genom införandet av personliga telefoner. Brukarundersökningen visar ett fortsatt gott resultat där 89 procent av brukarna är nöjda med sin hemtjänst, samma nivå som föregående år.

Två enheter har haft ett särskilt fokus på att stärka äldres delaktighet och aktivitetsnivå. Det aktivitetsfrämjande arbetet har gett positiva effekter i form av minskad läkemedelsanvändning och färre trygghetslarm kopplade till upplevd ensamhet. Ökad fysisk aktivitet har även bidragit till förbättrad hälsa och ökat välbefinnande.

Stöd i särskilt boende

Verksamheten arbetar med genomförandeplaner men det behövs ett fortsatt förbättringsarbete gällande delaktighet. Metodstöd för genomförandeplan ska revideras under 2026.

Förutom brukarundersökning ges individerna möjlighet att lämna synpunkter via brukarenkät. Resultat bidrar till förbättringsarbete i verksamheten och via enkäten kan direkta åtgärder genomföras för enskilda individer om behov föreligger. Arbetssättet bidrar till ökad delaktighet och till att verksamheten kontinuerligt kan utvecklas utifrån individernas erfarenheter.

Myndighet och resurs

Individens medverkan i sin egen omsorg sker på individnivå i kontakt med handläggare. Samtal förs både inför beslut, fattat beslut och uppföljning.

IFO/AME

2025 arbetade verksamheten med att öka svarsfrekvens i brukarundersökning och verksamhetsutvecklare var ett stöd i detta arbete. Resultat visar att svarsfrekvensen ökat. Analys av resultat kommer att göras.



I individärenden är samtal under utredning, genomförandeplaner och uppföljning en del i att göra individerna delaktiga.

LSS stöd och service

Individer som tar emot stöd har erbjudits att medverka i kvalitetsarbetet genom till exempel husmöten och arbetsplatsträffar. Det är en utmaning att göra vissa individer delaktiga i och med kommunikativa och kognitiva begränsningar, vilket innebär en utmaning för personalen. På flera grupp- och servicebostäder erbjuds individerna regelbundna samtal med sin kontaktman för att på så vis kunna framföra synpunkter och önskemål.

Brukarrådet har fortsatt träffas under 2025. I brukarrådet ingår representanter valda bland individer som bor i en grupp- och servicebostad. Under året har två träffar genomförts med deltagande av enhetschef, aktivitetssamordnare samt andra inbjudna gäster. Syftet med brukarrådet är att stärka individernas delaktighet och inflytande genom att ge möjlighet att diskutera och framföra idéer, synpunkter och förbättringsförslag. Representanterna för vidare information från mötena till sina boenden via husmöten. Muntlig utvärdering visar att brukarrådet upplevs som mycket uppskattat av deltagarna.

Kurator och metodstödjare har under 2025 också startat en studiecirkel på en servicebostad där individerna erbjuds i att samtal om olika ämnen.

Under 2025 har DMO-slingor (delaktighetsmodell) genomförts på två servicebostäder och en grupp inom daglig verksamhet. Beslut finns sedan tidigare att arbetet med delaktighetsmodellen inte särskilt ska prioriteras utan rulla på med cirka 3–5 slingor/år. Ambitionen är att bibehålla arbetet eftersom modellen bedöms vara en värdefull möjlighet för individen att framföra synpunkter och önskemål.

4.6 Riskanalys

Arbetet med riskanalys enligt SOSFS 2011:9 ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete genomförs i förvaltningen i varierande grad. Riskanalyser görs främst vid förändring i verksamheten och det finns idag endast en mall som avser riskanalys utifrån arbetsmiljö.

Rutin för riskanalys ska tas fram och som ett led i detta arbete har en mall tagits fram och provats. Mallen provades under en riskanalys angående förändring av lokal för boende socialpsykiatri. Utifrån riskanalysen genomfördes vissa åtgärder, bland annat deltog SAS i en workshop tillsammans med verksamhetschef, enhetschef och personal där personal fick diskutera kring mål med socialtjänstlagen och god kvalitet utifrån sitt uppdrag och insats bostad med särskilt stöd.

I verksamheterna görs även riskanalyser på enhets- och individnivå i syfte att säkra kvaliteten i arbetet runt enskilda individer med detta arbete ska inte förväxlas med de riskanalyser verksamheterna ska göra enligt SOSFS 2011:9 som avser att fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet kan inträffa. Ett utvecklingsområde är därför att tydliggöra skillnaden och skapa struktur för systematiska riskanalyser på verksamhetsnivå.



Kvalitetsregisterna BPSD, Senior alert och Palliativregistret används i verksamheterna. Verksamhetsområdena särskilt boende och myndighet och resurs har arbetat fram riktlinjer för hur de i team ska arbeta med kvalitetsregister. Senior alert och BPSD kommer att införas inom stöd i ordinärt boende, vilket stärker det förebyggande och systematiska arbetet.

En utvärdering av organisationen Barn och familj har genomförts med fokus på samarbete, samverkan och ledarskap. Utvärderingen visade att tillgången till en närvarande chef upplevdes som bristfällig, vilket bedömdes innebära en hög risk för kvalitet och arbetsmiljö. Med anledning av detta omvandlades en tjänst till en ytterligare enhetschef, som tillsattes i juli 2025. Enheten leds nu av två enhetschefer och uppföljning av detta sker under 2026.

4.7 Internkontroll och egenkontroll

SÄBO, Kompassen korttidsenhet och LSS har genomfört egenkontroll gällande skyddsåtgärder. Resultat redovisas i Patientsäkerhetsberättelsen.

Loggkontroller i verksamhetssystemet Lifecare har gjorts under hösten efter att rutin fastställts. Samtliga kontroller är utan anmärkning, vilket indikerar följsamhet till gällande regelverk för informationssäkerhet och offentlighet- och sekretesslag.

Internkontroll av social dokumentation inom verksamhetsområdena stöd i ordinärt boende, stöd i särskilt boende, myndighet och resurs samt LSS stöd och service är genomförd av SAS. Det har i avvikelshantering återkommande identifierats brister i dokumentation. En bristande dokumentation medför risker i verksamhetens kvalitet. Bristande dokumentation kan medföra negativa konsekvenser i rättssäkerhet och utförande av insats för de individer som erhåller insatser från våra verksamheter. En bristande dokumentation kan även försvåra verksamheternas systematiska kvalitets- och förbättringsarbete då dokumentation är en viktig del i avvikelshantering och intern- och egenkontroller.

Granskningen påvisar brister inom samtliga verksamhetsområden. SAS har identifierat behov av förbättringsarbete och föreslagit åtgärder inom bland annat:

- dokumentation av vårdmöten
- dokumentation gällande genomförandeplan
- dokumentation vid utförande av insats
- användning av rubriker och frastexter och språk och omdömen i journalanteckningar.

Åtgärder som redan vidtagits är upprättande förvaltningsövergripande rutin för dokumentation och egenkontroll. Struktur för fortsatt förbättringsarbete är framtaget och ska arbetas vidare med under 2026.

SAS har även genomfört en egenkontroll av handläggning av ärenden vuxen myndighet samt öppenvård. De förbättringsområden som identifierats är:

- Enhetligt och tydligt arbetssätt i utredningsarbete för att säkerställa att individers behov utreds tillräckligt oavsett insats. Utredningar ska visa individens behov och arbetet med utredning och insats ska individanpassas. Tydliga mål och uppdrag ska framgå.
- Vid tidsbegränsade beslut ska uppföljning göras i god tid innan beslut går ut.
- Säkerställa kunskap om kommuniseringskyldighet enligt förvaltningslagen.
- Förbättrad kvalitet i genomförandeplaner och målformulering.



- Uppföljningar som tydligare mäter måluppfyllelse, behov av fortsatt insats och framtida mål.
- Förbättrad dokumentation av individers delaktighet.
- I samband med revidering av riktlinjer och rutiner se över om de är ändamålsenliga för att åtgärda brister som framkommit i egenkontrollen. Även mallar och frastexter ingår i detta.

Brukarundersökningar inom förvaltningen

2025 har 89 % av individer inom stöd i ordinärt boende svarat mycket nöjd eller ganska nöjd på frågan om hur nöjd eller missnöjd man är sammantaget den hemtjänst man har. 2024 var resultatet detsamma och för 2023 var resultatet 86 %. Resultatet 2025 för riket är 85 %. Medelvärde för bemötande, förtroende och trygghet är 93 % år 2025, vilket är en ökning från 91 % året innan. Resultat för riket 2025 är 90 %.

2025 har 83 % svarat mycket nöjd eller ganska nöjd på frågan om hur nöjd eller missnöjd man sammantaget är med sitt äldreboende. 2024 var resultatet 78 % och för 2023 var resultatet 81 %. Resultatet 2025 för riket är 79 %. Medelvärde för bemötande, förtroende och trygghet är 90 % år 2025, vilket är en ökning från 85 % året innan. Resultat för riket är 87 %.

År 2025 har 87 % svarat att man är mycket nöjd eller ganska nöjd på fråga om hur nöjd eller missnöjd man sammantaget är med det stöd man får från socialtjänsten i kommunen? Resultatet för 2024 var 93 %. Data för riket saknas. Svarsfrekvens i brukarundersökning IFO har ökat från 43 till 53 %. En låg svarsfrekvens innebär att resultaten bör tolkas med försiktighet. Analys av resultat av brukarundersökningarna påbörjas vintern 2026.

Brukarbedömning av öppna insatser barn och unga visar att 100 % av omsorgspersoner till barn 0–18 år är mycket eller ganska nöjd med det stöd man får, vilket är samma resultat som året innan. Svarsfrekvensen har sjunkit från 82 till 61 % och det är 28 personer som svarat på minst en fråga. Även ungdomar 13–20 år har ett resultat på 100 %. Där har det inkommit färre än tio svar så svarsfrekvens är ej uträknad. Samtliga ungdomar och 96 % av omsorgspersonerna upplever att kontakten med familjebehandlare förbättrat situationen mycket eller lite. När antalet svar är låg bör resultatet tolkas med försiktighet. Analys av resultat av brukarundersökningarna påbörjas vintern 2026.

Svarsfrekvensen i brukarundersökning funktionshinder skiljer sig mellan gruppbostad, servicebostad och daglig verksamhet. Svarsfrekvensen har ökat inom samtliga områden från 2024 till 2025. I och med att svarsfrekvensen skiljer sig, framför allt inom servicebostäder och daglig verksamhet, bör jämförelser med tidigare år tolkas med försiktighet. I analys av resultat framgår att utmaningar fortsatt ligger inom området kommunikation och individers möjlighet att ge och ta emot information. Inom daglig verksamhet har resultatet försämrats sedan 2024 vad gäller frågan om personal förstår vad du säger, där andel positivt svarande sjunkit 16 %. Inom gruppbostad har det i stället skett en positiv förändring där andel positivt svarande på frågan om personal förstår vad du säger, ökat med 14 %. Inom servicebostäder har andelen som uppger att personal förstår vad de säger minskat medan andelen som uppger att de förstår vad personalen säger har ökat. Inom gruppbostad har en negativ förflyttning skett vad gäller frågorna om personalen bryr sig om individen och om individen får den hjälp hen vill ha, medan det inom servicebostäder i stället skett en positiv förflyttning sedan 2024. Inom



daglig verksamhet ligger andel positiva svar på en mer jämn nivå. Resultatet från brukarenkäten 2025 och identifierade förbättringsområden kommer att ligga till grund för verksamhetsplan för 2026.

Stöd i ordinärt boende

Enheterna följer upp resultat av brukarundersökning för att identifiera vad de ser de behöver förbättra. Det finns en planering för att göra en övergripande analys i ledningsgruppen 2026. Verksamheten kommer även att skapa en struktur för analys- och uppföljningsarbete med nyckeltal för att kunna följa kvalitet och ekonomi.

Utifrån resultaten i brukarundersökningen har följande områden identifierats för särskilt fokus i utvecklingsarbetet:

- återkoppling vid revidering av tider, exempelvis sen ankomst eller ändrade besökstider,
- hantering av synpunkter och klagomål,
- kontinuitet i kontakt med fast omsorgskontakt,
- individens möjlighet att påverka vilka tider personalen kommer

Stöd i särskilt boende

Brukarundersökning och brukarenkät går igenom i arbetsledning och resultat används i förbättringsarbete. För att öka andelen individer som är nöjda och öka kvaliteten har verksamheten under perioden 2023 till 2026 valt att prioritera kompetens och tydliga uppdrag hos all personal som en del i karriärstrukturen. Arbete med ombudsroller är en del i detta arbete.

Egenkontroll av skyddsåtgärder visar att det finns behov av förbättringsarbete inom detta område, vilket är pågående inom alla enheter.

Myndighet och resurs

Enhetschef för myndighetskontoret genomför löpande egenkontroller för att säkerställa handlägningsprocessen och att förflyttningar görs i rätt riktning. Det är ännu för tidigt att se tydliga resultat.

IFO/AME

Arbetet med systematisk uppföljning varierar på enheterna inom verksamhetsområdet och har därför identifierats som ett förbättringsområde 2026.

Enheten för försörjning och vägledning har genomfört egenkontroller avseende genomförandeplaner, förekomst av SIP (samordnad individuell plan) samt så kallade ytterlighetsfall. Arbetet med genomförandeplaner bedöms vara ojämnt och en fördjupad kontroll planeras för att bättre förstå orsaker och kunna vidta ändamålsenliga åtgärder. Förekomsten av SIP framstår som låg utifrån registrerade möten, men detta stämmer inte överens med verksamhetens uppfattning om faktisk användning. En åtgärd är därför att säkerställa följsamhet till rutin för registrering av SIP. Antalet ansökningar via e-tjänst följs



också upp, men det är ännu för tidigt att identifiera tydliga mönster, vilket gör området till ett fortsatt fokus under 2026. Det har i egenkontroll visat att målgruppen inom skadligt bruk och beroende har förändrats där samsjuklighet har ökat. Detta medför att Mariegårdens stödboende såsom det är utformat idag inte kan tillgodose behoven. Beslut är fattat att göra en kartläggning av Mariegårdens verksamhet för att identifiera om och i så fall vilka förändringar som kan behöva göras för att möta de förändrade behoven. Kartläggningen påbörjas 2026.

Vuxen myndighet har arbetat fram en handlingsplan för förbättringsarbete och utifrån den planeras egenkontroller för att säkerställa implementering och följsamhet.

Inom öppenvård vuxen har egenkontroll genomförts avseende genomförandeplaner och samtycke. Resultat visar på brister och en arbetsgrupp ska ta fram rutiner. Brister i dokumentation har identifierats och där har åtgärd vidtagits genom kompetenshöjande insatser. Uppföljande egenkontroller kommer att göras för att följa upp effekterna av utbildningssatsning. Vidare har egenkontroll av uppföljning av insatser visat att uppföljning inte alltid sker innan beslut löper ut. Rutin för uppföljningsmöten har därför reviderats.

Arbetet med NUSO (nationell uppföljning av socialtjänstens omställning) barn och unga har fortsatt under 2025. Arbetet med analys av resultat och uppföljning framåt kommer fortgå under 2026. Genom deltagande i NUSO har förbättringsområden identifierats såsom att utveckla arbetet med barns delaktighet. Arbetet ligger i linje med omställningen till ny socialtjänstlag och ett stärkt barnrättsperspektiv.

Förutom arbetet med NUSO ska verksamheten delta i ett forskningsprojekt i samarbete med Mälardalens universitet och campus Karlshamn. Utgångspunkten är en fördjupad kunskap om medborgarnas inställning och förtroende för socialtjänsten. Projektstart delges våren 2026.

LSS stöd och service

Egenkontroller har genomförts år 2025 där enhetschefer för gruppboende, serviceboende, daglig verksamhet samt barnverksamheten tillsammans med verksamhetsutvecklare kontrollerat följande områden: hantering av klagomål och synpunkter, hantering av avvikelser, granskning av genomförandeplaner samt granskning av social journal.

Egenkontrollen genomfördes enhetsvis och de brister som identifierades lokalt har dokumenterats så att enhetschef kan vidta åtgärder. Resultatet av egenkontrollerna för hela verksamhetsområdet visade följande:

- Synpunkter och klagomål hanteras och besvaras. Få klagomål eller synpunkter via blankett har inkommit, men vissa enhetschefer har mottagit muntliga synpunkter. Det framkommer att information om hur individer som tar emot stöd kan lämna synpunkter och klagomål inte lämnats i alla verksamheter.
- Inkomna avvikelser var hanterade i 19 av 24 verksamheter vid tidpunkt för egenkontroll. 20 av 24 enhetschefer har återkopplat avvikelser till personalgrupperna på APT. Brister som uppmärksammades på vissa enheter var bland annat att avvikelser missats när enhetschefer bytts ut samt att avvikelser rapporterats fel utifrån avvikelsetyp SoL/LSS annan avvikelse och vårdskada.



- Vid kontroll av genomförandeplaner hade 10 verksamheter aktuella genomförandeplaner för samtliga individer, medan 14 verksamheter hade en eller flera genomförandeplaner som var inaktuella. En generell brist som identifierats är en avsaknad av uppföljningsbara mål i genomförandeplaner där endast 3 av 24 enheter visade god kvalitet. Dokumentation angående individens delaktighet i genomförandeplanen saknas eller är bristfällig i 16 av 24 kontrollerade verksamheter.
- Dokumentation i social journal förs löpande i samtliga 24 verksamheter. Anteckningarna är generellt signerade och går att följa kronologiskt. I hälften av de kontrollerade akterna uppmärksammade vissa brister kopplat till väsentlig/tillräcklig information. 20 av 24 kontrollerade verksamheter bedöms ha god kvalitet vad gäller saklighet och objektivitet i dokumentationen.

Egenkontroll genom journalgranskning i fyra ärenden av barnperspektiv har genomförts. Resultat visar att barn görs delaktiga utifrån förståelse. Bildstöd eller andra kommunikationshjälpmedel har använts vid behov. LSS-handläggare har också anpassat samtal på olika sätt för att vara lyhörda för barnens inställning och önskemål. I den samlade bedömningen beskrevs barnens bästa i relation till insatsen. I de fall barn inte har kunnat kommunicera själva har dialog förts med vårdnadshavare, skola, habilitering etcetera.

Det har även genomförts egenkontroll av hantering privata medel samt nyckelhantering i 16 verksamheter. Egenkontrollerna visar att rutinen för förvaltning av enskildas fickpengar i huvudsak följs. Små brister har uppmärksammats och rättats till i samband med egenkontroll. Rutin för nyckelhantering efterlevs i samtliga kontrollerade verksamheter utifrån uppgifter inhämtade via muntlig kontroll med enhetschefer.

Utifrån Socialstyrelsens öppna jämförelser enhetsundersökning LSS 2025 framgår att 100% av personer med beslut om insats bostad med särskild service har en aktuell genomförandeplan. 76% av dessa innehåller dokumentation angående den enskildes delaktighet, resultatet är en försämring jämfört med 2024. Enhetsundersökningen visade även att av personer med beslut daglig verksamhet i har 100% en aktuell genomförandeplan och 98% av dessa innehåller dokumentation angående den enskildes delaktighet, vilket är en liten försämring jämfört med 2024. I jämförelse med riket har verksamhetsområdet ett bättre resultat vad gäller andel personer med en aktuell genomförandeplan. Dock har andelen aktuella genomförandeplaner som innehåller dokumentation om delaktighet sjunkit sedan år 2024, och är inom bostad med särskild service lägre än riket i genomsnitt.

Utifrån enhetsundersökningen framgår också att 100% personal inom bostad med särskild service erbjuds kompetensutveckling inom AKK. Även inom daglig verksamhet är resultatet 100%. I jämförelse med riket har verksamhetsområdet ett bättre resultat än riket. Socialstyrelsen understryker att positiva resultat inte är en garanti för god kvalitet i det enskilda fallet och vice versa. Jämförelserna behöver alltid kompletteras med andra underlag för att få en mer heltäckande bild av de faktiska förhållandena.



4.8 Avvikelser

I tidigare kvalitetsberättelser har behovet av ett förbättringsarbete avseende avvikelshantering (så kallad "annan avvikelse") identifierats. Samtliga verksamheter behövde utveckla en mer systematisk hantering av att utreda, sammanställa och analysera avvikelser. En väl fungerande avvikelshantering är central för att skapa kunskap om risker och brister i verksamheten och för att avvikelset arbetet ska bli en integrerad del av det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet.

År 2023 genomfördes utbildning i avvikelshantering för enhetschefer. Under 2024 påbörjades arbete med analysdagar med syfte att förbättra avvikelshandlingen, analysera mönster och identifiera förbättringsområden. Under dessa tillfällen har fokus legat på hur avvikelser ska dokumenteras, följas upp och analyseras. SAS, MAS och MAR har visat hur avvikelser hanteras i verksamhetssystemet Lifecare och vad som ska dokumenteras i respektive del.

En analysdag genomfördes även våren 2025. Under hösten 2025 prioriterades arbetet med att ta fram en ny förvaltningsövergripande rutin för avvikelshantering. Framåt ska verksamheterna minst två gånger per år genomföra sammanställning och analys av avvikelser inom respektive verksamhetsområde samt följa upp effekten av vidtagna åtgärder.

Arbetet har lett till förbättringar i avvikelshandlingen, men det finns fortsatt brister i dokumentationen. I många ärenden går det inte att fullt ut följa hur utredningen genomförts, vilken bakomliggande orsak som identifierats, vilka åtgärder som vidtagits, om händelsen bedömts utgöra en avvikelse eller brist i verksamhetens kvalitet samt om åtgärderna haft avsedd effekt. De identifierade bristerna är likartade inom samtliga verksamhetsområden.

Ett förbättringsområde som utvecklats positivt är mottagandet och handlingen av inkomna avvikelser. Antalet ej hanterade rapporter inom rimlig tid är färre än tidigare år och kunskapen om syfte och användning av avvikelshantering har ökat. Samtidigt kvarstår utmaningar där vissa avvikelser inte tas emot skyndsamt, och resultatet för 2025 visar en viss försämring jämfört med föregående period.

Den nya rutinen för avvikelshantering fastställdes i slutet av 2025. I december genomförde SAS, MAS och MAR ett digitalt informations- och implementeringsmöte med verksamhetschefer, enhetschefer och verksamhetsutvecklare där både rutin för avvikelshantering och lex Sarah presenterades.

Enhetschefer ansvarar för att informera medarbetare om avvikelshantering och rapporteringsskyldighet. För att stärka kvalitet och likvärdighet har SAS, MAS och MAR tagit fram ett gemensamt utbildningsmaterial som chefer ska använda i information till personalen.

Vid rapporterade händelser som rört röjande av känsliga personuppgifter eller sekretessuppgifter har anmälan gjorts till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY).

Synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål ska tas emot och dokumenteras i Evolution (diariet). De klagomål som inkommit rör olika verksamheter inom förvaltningen så det går ej att identifiera något



mönster i de inkomna klagomålen. Det som inkommer rör frågor såsom brister i bemötande, brister i handläggning och brister i utförande av insatser.

Klagomål besvaras ofta men det finns till största del inga utredningar dokumenterade. Det finns två utredningar dokumenterade. Några klagomål går ej att utreda då det är oklart vad klagomålen avser.

Enligt SOSFS 2011:9 ska verksamheten ta emot, utreda och följa upp synpunkter och klagomål som rör verksamhetens kvalitet. Bristande dokumentation av utredning och åtgärder innebär en risk för att lärande och förbättringsarbete inte tillvaratas fullt ut. I ny rutin för avvikelshantering ingår även synpunkts- och klagomålshantering.

Annan avvikelse

2025 rapporterades 341 så kallad annan avvikelse inom förvaltningen. 2024 rapporterades 318 och 2023 rapporterades 379 händelser. Det har således minskat för att sedan öka något igen.

Antal rapporter per verksamhetsområde (siffra för 2024 inom parentes)

- Stöd i ordinärt boende: 100 (67)
- Stöd i särskilt boende: 112 (43)
- Myndighet och resurs: 11 (9)
- IFO: 43 (45)
- LSS stöd och service: 62 (138)
- SSK-organisation: 6 (5)
- Larmteam: 1 (3)
- Social beredskap: 4 (3)
- Kommunkansli: 2 (0)

Den största ökningen har skett inom hemtjänst och särskilt boende, medan den största minskningen skett inom LSS stöd och service. Ökningen inom särskilt boende förklaras delvis av felrapportering, där vissa händelser egentligen borde ha registrerats som vårdskada eller i KIA. Samtidigt bedöms ökningen också spegla att personal blivit bättre på att rapportera brister i insatser enligt SoL.

Av de rapporter som inkom 2025 gäller följande:

- 18 rapporter är inte mottagna och därmed inte påbörjade.
- 30 rapporter är mottagna men utan påbörjad utredning.
- 55 utredningar är pågående, varav över 20 pågått längre än tre månader.

Jämförelsevis var antalet ej mottagna rapporter 8 år 2024 och 30 år 2023. Det har alltså skett förbättring, men resultatet för 2025 visar åter en försämring. Brister i mottagande, utredning och dokumentation medför att det är svårt att göra tillförlitliga analyser av orsaker, mönster och förbättringsbehov inom verksamheten. Det är inom olika verksamheter och verksamhetsområden som avvikelshantering behöver förbättras.



Under 2025:

- 140 utredningar avslutades med åtgärd
- 87 avslutades utan åtgärd
- 17 avslutades med bedömning att avvikelse ej förelegat

Vissa utredningar som avslutats under 2025 påbörjades under 2024, vilket gör att antal inkomna rapporter inte fullt ut kan jämföras med antal avslutade utredningar samma år.

Totalt har 197 åtgärder registrerats (201 år 2024). Därutöver finns exempelvis:

- 28 händelsenära åtgärder
- 9 arbetsrättsliga åtgärder
- 6 övriga åtgärder
- 3 omsorgs-/vårdnära åtgärder

Skillnader mellan antal ärenden och åtgärder beror på att en utredning kan generera flera åtgärder – eller inga alls.

Fördelning av rapporterade brister:

- Brister i processer och rutiner: 145 (135)
- Brister i kommunikation och information: 47 (74)
- Utebliven eller felaktigt utförd insats: 62 (72)
- Brister i dokumentation: 36 (34)
- Brister i handläggning: 20 (30)
- Brister i rättssäkerhet: 22, varav 4 rör barn (25)
- Brister i bemötande: 13 (22)
- Brister i utbildning och kompetens: 14 (21)
- Brister i teknik och utrustning: 6 (20)
- Brister i omgivning och organisation: 7 (17)
- Våld/övergrepp/tvång/begränsning: 4 (15)
- Brister i delaktighet: 6 (1)

Flest rapporter avser fortsatt processer, rutiner, kommunikation, utförande av insats och dokumentation, vilket visar var förbättringsarbetet behöver prioriteras.

Lex Sarah

Under 2025 inkom totalt 34 rapporter enligt lex Sarah. Av dessa rapporterades två inledningsvis som så kallad "annan avvikelse" men omklassificerades under utredning till missförhållanden enligt lex Sarah. Dessa avsåg IFO/AME och gällde brister i rättssäkerhet vid handläggning, där bedömningen under utredningens gång blev att det inträffade utgjorde ett missförhållande.

Motsvarande antal rapporter var 22 år 2024 och 35 år 2023. Antalet rapporter har därmed ökat jämfört med föregående år, men ligger på liknande nivå som 2023. Samtliga rapporter som inkommit under 2025 har tagits emot och utredning har inletts.



Ökningen under 2025 kan till stor del förklaras av sex rapporter om ekonomiska övergrepp inom ett område inom stöd i ordinärt boende. Därutöver har även brister inom den sociala beredskapen uppmärksammats, vilket lett till att två utredningar enligt lex Sarah genomförts inom detta område.

Den ökade rapporteringen bedöms delvis visa en ökad medvetenhet hos personal om rapporteringsskyldigheten, men visar samtidigt på behov av fortsatt förebyggande arbete för att stärka rättssäkerhet, trygghet och kvalitet i verksamheten. I redovisad statistik anges föregående års antal inom parentes.

Rapporter 2025-01-01 till 2025-12-31

Organisation	Antal	Avvikelseyp
Förvaltningen omsorg och arbetsmarknad	2	Brist i utförande av insats Brist i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande
Stöd i ordinärt boende	13 (8)	6 ekonomiska övergrepp, 3 brist i utförande av insats, 3 brist i bemötande, 1 brist i rättssäkerhet och genomförande
IFO/AME	4 (2)	Brist i rättssäkerhet och genomförande
Social beredskap	2	Brist i rättssäkerhet och genomförande
Kommunkansli	1 (2)	Brist i rättssäkerhet och genomförande
LSS stöd och service	3 (4)	1 Ekonomiska övergrepp 2 brist i bemötande
Särskilt boende	9 (4)	3 Ekonomiska övergrepp 2 brist i bemötande 2 brist i utförande av insats 1 hot och våld 1 brist i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande



Tre utredningar är pågående. En rapport som avser brister i hantering av utlämnande av handling har bedömts som ett allvarligt missförhållande och anmälts till IVO. IVO har avslutat ärendet. 12 utredningar har avslutats med bedömning om att missförhållande förelegat. 17 utredningar har avslutats med bedömning om att det ej förelegat missförhållande eller risk för missförhållande. I några utredningar har brister uppmärksammats och åtgärder vidtagits men bristerna har ej bedömts vara av den art att de bedömts utgöra missförhållande.

4.8.1 Åtgärder utifrån avvikelser

Förvaltningen

Rutin för hantering av jävsituation är upprättad som en åtgärd efter en lex Sarah-utredning avseende ett placerat barn.

Efter att brister i dokumentation uppmärksammats genom avvikelshantering och lex Sarah-utredningar har ett förbättringsarbete inletts. Rutin för dokumentation samt rutin för egenkontroll av dokumentation har fastställts. Den första egenkontrollen av dokumentation planeras till hösten 2026. Parallellt pågår arbete med att skapa en struktur för ett mer systematiskt förbättringsarbete kring dokumentation.

Kompetenshöjande insatser genomförs löpande inom verksamhetsområdena, bland annat genom Yrkesresan och andra riktade utbildningar, i syfte att stärka kvalitet, rättssäkerhet, bemötande och kvalitet i dokumentation.

Rapporter om ekonomiska övergrepp har berört flera verksamhetsområden. I utredningarna har inga tydliga verksamhetsbrister identifierats som direkt hade kunnat förhindra det inträffade. Däremot har förbättringsbehov identifierats inom rekryteringsprocessen, där dokumentationen behöver säkerställas för att stärka spårbarhet och kvalitet.

Vidare har dialog inletts med brottsförebyggande samordnare kring hur förvaltningen kan arbeta mer förebyggande mot ekonomiska övergrepp. Även rutinen för ankomstsamtal i särskilt boende har förtydligats med information till individer om hantering och förvaring av värdesaker.

Stöd i ordinärt boende

Åtgärder har vidtagits för att förbättra samverkan mellan personal i hemtjänstområden och trygghetslarmteamet. Verksamhetsområdet har även börjat se över rutin för vak inom äldreomsorgen. Rutinen ska klargöra bemanning, avlösning och ansvarsfördelning. I uppdraget ingår att utreda om bemanning av vak bör vara densamma oavsett om det gäller individer med oro eller vak i livets slutskede.

Stöd i särskilt boende

Antalet avvikelser gällande brister i rutiner har minskat. Tre lex Sarah-rapporter av nio har rört stöld av privat egendom och som inte bedömts som missförhållande. Övriga händelser rör brister i bemötande, omvårdnad, palliativ vård och bråk mellan individer på boendet. Åtgärder som vidtagits är kompetenshöjande insatser och revidering av rutiner.



En rapport lex Sarah avsåg brister i utlämnande av handling där sekretessbelagda uppgifter röjdes. Händelsen bedömdes som allvarligt missförhållande och anmälan till IVO gjordes och ärendet är avslutat. Efter händelsen har kommunövergripande rutin för utlämnande av handling upprättats och publicerats på medarbetarwebben. En utbildning för enhetschefer inom förvaltningen som avser utlämnande av handling planeras genomföras våren 2026.

IFO/AME

Flera avvikelser, inklusive två rapporter enligt lex Sarah, har berört den sociala jouren. Trots genomförda utredningar, föreslagna åtgärder och dialog med ansvariga inom verksamheten har nya rapporter inkommit med liknande brister. En fördjupad analys har påbörjats i syfte att få en tydligare bild av orsakerna och identifiera om, och i så fall vilka, ytterligare åtgärder som behöver vidtas framöver för att säkerställa rättssäkerhet och kvalitet.

Inom barn- och familjeområdet har samtliga avvikelser, inklusive lex Sarah, avsett brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande. Inom öppenvården har en avvikelse uppstått till följd av bristande kommunikation. Vidtagna åtgärder har varit dialog med berörda medarbetare samt upprättande och revidering av rutiner.

Inom vuxen myndighet har avvikelser, inkl. lex Sarah, främst handlat om överlämning av ärenden mellan enheter och åtgärd som vidtagit är att ta fram gemensamma rutiner. En lex Sarah-utredning avser brist i handläggning och denna utredning är pågående.

En del avvikelser har rapporterats kring arbetssätt kring skyddsplacering där både vuxen och barn är berörda. Rutin för handläggning av denna insats är framtagen och gemensamma arbetssätt arbetas fram i samverkan mellan de berörda enheterna. En utbildningsplan för riskbedömning och samutredning (att handläggare från olika enheter samverkar i utredningar) i ärenden gällande våld i nära relation är framtagen och påbörjad men kommer fortgå under 2026.

Verksamheten ska även se över arbetssätt och kompetens i frågor som rör umgänge för placerade barn. Rutin för umgängesplanering finns och uppföljning av efterlevnad kommer att inkluderas i egenkontrollplanen samt följas upp i delårsrapportering. Placeringssamordnarens roll har förtydligats.

Inom öppenvård vuxen har de merparten av avvikelserna rört Mariegårdens stödboende. Orsaken till avvikelserna är brister i utförande av insats genom att rutin ej följts. Allvarlighetsgraden har bedömts som lägre förutom i två av avvikelserna som rört hantering av läkemedel och provtagning i samband med misstanke om påverkan. Dessa inkom i december och utredning pågår.

Inom enheten för försörjning och vägledning finns inget mönster i de rapporterade avvikelserna. Efter en lex Sarah-utredning har rutin för skriftlig kommunikation upprättats. Rapporten avsåg att en handläggare skickat e-post till flera individer samtidigt och därmed röjt att individer haft kontakt med socialtjänsten. De klagomål som inkommit har i två ärendet lett till byte av handläggare då det bedöms gynna individen och den fortsatta handläggningen.



LSS stöd och service

De vanligaste avvikelse typerna under 2025 har varit brister i utförande av insatser, brister i fysisk miljö, utrustning eller teknik samt hot och våld. I jämförelse med 2024 kan konstateras att avvikelser rörande hot och våld minskat medan avvikelser gällande brister i utförande av insatser har ökat. De vanligast förekommande åtgärderna är information och kommunikation, processer, rutiner och riktlinjer samt omsorgs-/vårdnära insats/åtgärd. Åtgärder rör bland annat kompetenshöjande insatser gällande dokumentation och rapporteringsskyldighet. Genomgång av rutiner och information om skydds- och begränsningsåtgärder

4.9 Krisberedskap

Under 2025 har förvaltningen fortsatt arbetet med krisberedskap. Samtliga verksamhetsområden har deltagit i arbetet inom ramen för KHOSS-uppdraget (kommunal hälso- och sjukvård och social beredskap).

Inom stöd i ordinärt boende har fast omsorgskontakt fått ett tydligare ansvar för att informera individer om det egna ansvaret att ha ett beredskapslager i hemmet. Vid behov erbjuds även praktiskt stöd för att ordna detta, som en del i arbetet med att stärka individens trygghet och förmåga vid samhällsstörningar.

Inom LSS stöd och service har bildstöd tagits fram för att kunna användas vid information om hemberedskap samt vid situationer där exempelvis vatten eller el saknas, i syfte att säkerställa tillgänglig och anpassad information för målgruppen.

Arbetet med krisberedskap kommer att fortgå under 2026.

4.10 Digitalisering och välfärdsteknik

I november sattes ett nytt system för informations- och kommunikationsutbyte (Link) mellan Region Blekinge och kommunerna i drift. Införandet fungerade väl men vissa problem kvarstår såsom begränsad information till biståndshandläggarna, vilket påverkar effektiviteten negativt.

Nya moduler avseende sekretessprövning av handlingar, för verksamhetssystem Lifecare är inköpta och ska implementeras 2026. Bedömning är att detta kommer att effektivisera hantering av utlämnande av handling.

Inom enheten försörjning och vägledning har ett arbete med e-tjänst för återkommande ansökan om ekonomiskt bistånd påbörjats. Möjligheten att e-tjänst även ska kunna användas vid nyansökan ske ses över 2026. Enheten är en av pilotkommunerna i GIF (gemensam informationsöverföring) där målet är att öka tillgängligheten för individer och frigöra tid för handläggarna.

Arbetet med mobila trygghetslarm är försenat på grund av att leverantören ej kunnat uppfylla de ställda kraven.

Inom stöd i särskilt boende finns teknikombud och samverkan sker med IKT-strateg och larmteam. Utvärdering visar att den välfärdsteknik som används i verksamheten ger ökad



kvalitet för individerna på särskilt boende. Välfärdsteknik som används är gungstolar med sinnesstimulering, robotkatter och Yetiplatta. Verksamheten följer ett projekt gällande sensorer kopplat till fallavvikelser som påbörjats i en grannkommun.

Daglig verksamhet Björkhalla har under år 2025 genomfört ett projekt tillsammans med företaget Ibalans som syftat till att deltagare ska checka in sig själva på en iPad när de påbörjar sin dag på daglig verksamhet, samt checka ut sig när de gått hem för dagen. Arbetssättet är sedan tänkt att kunna användas till utbetalning av habiliteringsersättning framåt. Daglig verksamhet har också investerat i en redigeringsdator anpassad för målgruppen i gruppen Skaparverkstan i syfte att redigera filmer som skapas av deltagarna.

För mer information om digitalisering och välfärdsteknik, se Teknikberättelse, som innehåller digitaliseringsplan.

5 Prioriterade områden under året

Förvaltningen

Arbete med omställning till ny socialtjänstlag och nära vård har fortsatt under 2026 och kommer vara ett fortsatt prioriterat område 2026. Riktlinje för insatser utan individuell behovsprövning har tagits fram och är beslutad i omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden. Det pågår ett fortsatt arbete inom verksamheterna att se över hur tillgängligheten kan ökas och om flera insatser bör erbjudas utan individuell behovsprövning. Delegationsordning har reviderats utifrån ny socialtjänstlag.

Verksamheterna har haft egna planer för omställningsarbetet och det har genomförts analysdagar för att identifiera vad omställningen innebär. SKR:s verktyg skatta läget har använts i förberedelsen inför ny socialtjänstlag. Förvaltningen har även deltagit i länsdialog där representanter från länets kommuner pratade om nuläge och behov inför ny socialtjänstlag. Under 2026 till 2028 kommer förvaltningen arbeta med Lärprocess framtidens socialtjänst, som är ett koncept från SKR. Här får ledningsfunktioner stöd i att driva förändring i linje med nya socialtjänstlagen.

En annan del i omställningen har varit deltagande i NUSO (nationell uppföljning av socialtjänstens omställning) barn och unga. NUSO är individbaserad systematisk uppföljning (ISU) med stöd av forskning. Förvaltningen kommer delta i NUSO vuxen och funktionshinder som avser områdena skadligt bruk och beroende, ekonomiskt bistånd, våld i nära relation, socialpsykiatri samt funktionshinder barn och vuxna (SoL och LSS). Datainsamling planeras till hösten 2026 och studien pågår till hösten 2029.

Utöver NUSO har ett arbete påbörjats för att utveckla förvaltningens arbete med individbaserad systematisk uppföljning (ISU). Verksamhetsutvecklare och systemförvaltare har deltagit i utbildning inom ISU som anordnats av SKR, i syfte att stärka kunskapen i uppföljnings- och utvecklingsarbetet.

Arbetet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete har fortgått i hela förvaltningen, se under rubrik om förvaltningens arbete med kvalitet. Ett fungerande ledningssystem är av vikt för att socialtjänsten ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik



och tillgänglig. Det bidrar även till att det finns en fungerande ledning och styrning mot de mål som anges i verksamhetsplaner.

Stöd i ordinärt boende

Medarbetarna har fått tillgång till personliga telefoner, vilket ökat tillgängligheten för individer och anhöriga att nå fast omsorgskontakt. Fast omsorgskontakt kommer att arbeta mer med mål och individbaserat arbetssätt, med betoning på att återfå eller bibehålla funktioner. Verksamheten utför insatser utan individuell behovsprövning och har utformat detta tillsammans med myndighet och resurs. Åtgärderna ligger i linje med omställningen till ny socialtjänstlag och bidrar till en mer tillgänglig, förebyggande och individanpassad socialtjänst.

Stöd i särskilt boende

Ny inriktning på boende för individer med behov av boende med särskilt stöd, socialpsykiatri, har beslutats. Samtliga individer som påverkas av flytt från nuvarande boende till Matrosgatan, har lämnat samtycke. Individernas behov har utretts. Ny inriktning går i linje med ny socialtjänstlag och en mer individanpassad (personcentrerad) omsorg där individen ska få stöd i att bli mer självständig.

Några enhetschefer är anmälda till fem nycklar för att få utbildning inom språkombudets roll i verksamheten. Efter att enhetschef är klar med sin utbildning kommer språkombud utbildas.

Verksamheten arbetar aktivt med samverkan med olika organisationer i civilsamhället för att skapa ett mervärde för individer på särskilt boende.

Arbete med schema och överanställningar har lett till ökad kvalitet. Det har gett förutsättningar till kompetenshöjande insatser och träffar för medarbetare med särskilt uppdrag (ombud, KUSK, fast omsorgskontakt, superusers). Utbildning inom palliativ vård, MHFA och kompetensårshjul bidrar till att höja kvalitet och kontinuitet genom minskad sjukfrånvaro. Verksamheten har arbetat aktivt med sjukfrånvaron.

Myndighet och resurs

I samband med att myndighetsutövning socialpsykiatri omorganiserades till myndighet och resurs uppdagande stora brister i utredningar och uppföljningar. Det har under året skett ett förbättringsarbete och som följs upp via egenkontroller.

Under året har arbetet med omställning till ny socialtjänstlag samt personcentrerad vård fortgått med insats utan behovsprövning samt andra förebyggande insatser. Arbetet medför en mer lättillgänglig socialtjänst. Workshops och utbildningar har genomförts för myndighetskontoret för att öka kunskapen om intentionerna av nya socialtjänstlagen.

Införande av vård- och omsorgscollege kompetenstrappa har varit vägledande i arbetet med rätt använd kompetens. I korttidsverksamheten har arbetsuppgifter sin inte kräver undersköterskeexamen fördelats till andra yrkesgrupper, vilket frigjort tid för undersköterskor att utföra mer kvalificerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. Detta är i linje med målen att verksamheten ska arbeta för en resurseffektiv organisation samt att verksamheten ska ha



nödvändig kompetens för uppdraget. Ett strukturerat arbetssätt bidrar till att kvaliteten i insats bibehålls trots omfördelade arbetsuppgifter.

IFO/AME

Arbetet med kompetensförsörjningsutmaning och RAK är påbörjad. Fungerande samverkan finns både internt och externt där vissa områden förbättrats. Insatskoordinering inom FINSAM är ett sätt att stärka samverkan och öka effektivitet och där målet är att förebygga bidragsberoende, vilket i sin tur kan leda till egen försörjning. Aktivitetsutbud på AME har setts över och dessa insatser bedöms bidra till ökad genomströmning och att tiden i kommunala insatser kunnat förkortas. Det har pågått ett arbete för att stärka tillgången till praktikplatser där antalet har ökat och ett närmare samarbete med näringslivet är etablerat.

Det har inrättats tjänster som serviceassistenter inom kommunens särskilda boenden. Det är en åtgärd som möjliggör sysselsättning för individer som uppstår försörjningsstöd. Utvärdering visar att det uppfattas som positivt av både medarbetare och individer inom särskilt boende. Kunskap i svenska språket har identifierats som utmaning och där har en arbetsgrupp uppdrag att ta fram förslag på arbetssätt som möjliggör fortsatt arbete med att kunna ge sysselsättning, där även utveckling av svenska språket ingår som aktivitet. Satsningen är långsiktig och kommer främst bygga på att deltagare från försörjning och vägledning årligen ges möjlighet till subventionerad anställning inom äldreomsorgen.

En fördjupad utredning av Arbetscentrums framtida inriktning och form för verksamheten har genomförts. Bedömningen är att verksamheten har en central och viktig funktion i kommunens arbetsmarkandsarbete och ska bedrivas i kommunal regi. Verksamheten ska komplettera med insatser såsom medicinska arbetsförmågebedömningar och språkträningsinsatser för att möta behov hos individer med språkliga hinder, låg utbildningsnivå och ohälsa. Insatserna ska upphandlas under 2026.

Försörjning och vägledning har haft samverkan med civilsamhället med fokus på integration. Tillsammans med Hej Blekinge har projektmedel sökts för insats riktad till utrikesfödda kvinnor med behov av att förbättra svenska språket. Utvärdering görs 2026.

Antal ärenden avseende ekonomiskt bistånd ökade fram till september men ligger därefter på samma nivå. Orsak bedöms vara en kombination av ökat antal ärenden och svårigheter att få långvariga ärendet ut i egen försörjning. Flera nya ärenden beror på ändrade regler för A-kassa. Det pågår flera åtgärder för att utveckla arbetssätt som ska möta det förändrade behovet.

LSS stöd och service

Under 2025 har verksamhetsområdet haft fortsatt fokus på kompetensutveckling, kvalitet och struktur. Yrkesresan har varit prioriterad där samtliga basmedarbetare genomfört BAS-kurs 1, majoriteten slutfört BAS-kurs 2 och nästan alla deltagit i BAS-kurs 3. Arbetet fortsätter även under 2026.

En ny introduktionsplan för nyanställda och semestervikarier har införts för att säkerställa kvalitet och likvärdig introduktion. Planen bygger på tydlig ansvarsfördelning, checklistor och



utsedda mentorer i varje verksamhet. Den nya introduktionsplanen användes vid introduktion av semestervikarier sommaren 2025. Utvärdering visade att cirka 50 % av deltagarna upplevde introduktionen som bra eller utmärkt.

Tillgängliggörandet av information har stärkts genom framtagandet av en film om skyddsåtgärder som implementeras i ledningssystemet 2026. Arbetet med alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) har vidareutvecklats genom ombudsträffar. Arbetsterapeut och metodstödjare har också erbjudit utbildningstillfällen och workshops för medarbetare i bildstödsprogrammet Inprint. Där behov funnits har medarbetare också erbjudits utbildningar i TAKK (tecken som alternativ och kompletterande kommunikation). Utifrån att resultatet från brukarundersökning visade ett lägre resultat i frågor gällande kommunikation och individens möjlighet att förstå och göra sig förstådd har beslut tagits att befintlig styrgrupp för AKK-arbetet år 2026 ska utökas med fler funktioner.

Arbetet med levnadsvanor har fortsatt under 2025. Målet är att stötta den enskilde till att förändra/förbättra sina levnadsvanor gällande kost och motion och på så vis minska riskerna för ohälsa. Levnadsvaneombud i varje verksamhet driver arbetet framåt och det sker i samverkan med HSL. Arbetet med levnadsvanor har också lett till att "Karlshamnsloppet" genomfördes återigen maj 2025.

Verksamhetsområdet har under året arbetat med omställningen till den nya socialtjänstlagen. Bland annat har en rutin tagits fram som beskriver hur verksamhetsområdets stödfunktioner ska arbeta mer förebyggande. Verksamhetsområdet har också fortsatt arbetat med bland annat levnadsvanor och brukarråd som går i linje med intentionerna i den nya lagen. Omställningen till den nya socialtjänstlagen kommer att vara prioriterat under år 2026.

Verksamhetsutvecklare har 2025 tagit fram ett utkast till ny gemensam rutin för genomförandeplan med ett tillhörande metodstöd som ska implementeras år 2026. Samverkan med systemförvaltare har skett för att säkerställa att det nya arbetssättet är förenligt med verksamhetssystemet. Under 2026 kommer en arbetsgrupp tillsammans med systemförvaltare att arbeta för att möjliggöra en övergång till dokumentation enligt IBIC år 2027 samt skapa rutin och metodstöd för dokumentation i den sociala journalen. Idag används livsområden och underrubriker enligt IBIC i vissa delar men inte genomgående vilket är ett utvecklingsområde framåt.

5.1 Sammanställning av analys och resultat

Det arbete som bedrivs inom förvaltningen utgår från nämndens mål och prioriterade områden. Under året har ett flertal insatser genomförts som bidrar till ökad kvalitet samt till omställningen till ny socialtjänstlag och nära vård. Sammantaget bedöms aktiviteterna bidra till förvaltningens och verksamhetsområdenas mål, vilka till stora delar anses vara uppfyllda.

Utöver arbetet mot uppsatta mål kan kvaliteten även påvisas genom Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer: en kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig socialtjänst. Det arbete som redovisats visar att förvaltningens aktiviteter är förenliga med dessa indikatorer. Kvaliteten i verksamheterna har överlag förbättrats. Resultat från brukarundersökningar och utvecklade arbetssätt visar förbättringar inom stöd i ordinärt och särskilt boende, med höga nivåer av trygghet, gott bemötande och kompetens.



Inom IFO/AME har utvecklingsinsatser genomförts som bedöms bidra till ökad kvalitet, även om alla resultat ännu inte fullt ut kan följas upp. Inom LSS stöd och service har kompetensutveckling och satsningar på delaktighet genomförts, men detta återspeglas ännu inte fullt ut i brukarundersökningarna. Fortsatt utvecklingsarbete planeras inom områdena dokumentation och delaktighet. Inom myndighet och resurs pågår ett förbättringsarbete av handläggningsprocesserna, men ännu kan inga tydliga resultat utläsas.

Vid sammanställningen av förvaltningens kvalitetsarbete för 2025 har även flera förbättringsområden identifierats. Arbetet med att upprätta processer och rutiner inom ledningssystemet har varit prioriterat under flera år och behöver fortsätta även under 2026. Fokus behöver då skifta från framtagande av rutiner till implementering, uppföljning och revidering. Personalens delaktighet i kvalitetsarbetet är central. För att öka följsamheten är det viktigt att de som ska arbeta enligt rutinerna görs delaktiga i framtagandet så långt det är möjligt.

Ett annat förbättringsområde är arbetet med riskanalyser och egenkontroller. Det finns behov av att skapa tydligare struktur och rutiner för riskanalys, egenkontroll och verksamhetsuppföljning. Ett enhetligt och systematiskt arbetssätt för kvalitets- och förbättringsarbete behöver utvecklas inom förvaltningen och tillsammans med eventuella externa aktörer, inte minst inför införandet av LOV.

Avvikelsehanteringen har stärkts genom utbildningsinsatser, analysdagar och nya rutiner. Under 2026 behöver fokus ligga på att förbättra kvaliteten i utredning och dokumentation så att dessa i större utsträckning används i det systematiska förbättringsarbetet genom effektiva åtgärder och lärande. Utvecklingsbehov kvarstår särskilt avseende mottagande av rapporter, dokumentation av orsaker och åtgärder, uppföljning samt möjligheten att analysera mönster på verksamhetsnivå.

SAS kommer under 2026 att genomföra egenkontroller av att rapporter tas emot och utreds. Tillsammans med MAS och MAR kommer även interkontroller av säkerhetskulturen att genomföras. En god säkerhetskultur bidrar till att risker identifieras i tid och att rapporter upprättas när händelser inträffar, vilket stärker det systematiska förbättringsarbetet. Syftet med intern- och egenkontrollerna är att säkerställa följsamhet till rutiner och regelverk samt att förvaltningen bedriver en säker socialtjänst med god kvalitet.

En förutsättning för god kvalitet och för att nå intentionerna i ny socialtjänstlag, är fungerande intern och extern samverkan. Samverkan fungerar i många delar väl, men brister har identifierats genom avvikelsehantering och egenkontroller. Organisationsförändringar medför även behov av att följa upp och säkerställa samverkansformer. Ett förbättringsområde är samverkan mellan myndighetsutövning och utförare. Utredningar behöver tydligare beskriva individens behov och uppdrag, som sedan ska överföras till genomförandeplaner med mätbara mål och uppföljning av målluppfyllelse.

Under 2025 har flera kompetenshöjande insatser genomförts, bland annat inom dokumentation och genom Yrkesresan. Detta arbete fortgår under 2026. Det är ännu för tidigt att fullt ut se effekterna på kvaliteten, men resultat kommer att kunna följas genom egenkontroller och avvikelsehantering. De kompetenshöjande insatserna ligger i linje med identifierade förbättringsområden och omställningen till mer kunskapsbaserad socialtjänst.



6 Barnkonventionen

Det har sedan 2021 funnits en riktlinje för kommunens barnrättsarbete. Riktlinjen är övergripande och behöver konkretiseras för kommunens olika förvaltningar och verksamheter. Riktlinjen reviderades 2025. Information om reviderad riktlinje har spridits via medarbetarwebb, chefsfrukost, information på FLG samt förvaltningens barnrättsnätverk.

Det finns ett barnrättsnätverk där varje förvaltning finns representerade. I detta nätverk arbetar vi med frågor av övergripande karaktär och som avser kommunen. Folkhälsosamordnaren leder och sammankallar nätverket. SAS representerar förvaltningen för omsorg och arbetsmarknad.

I kommunens riktlinje för barnrättsarbete anges att varje anställd i kommunen ska ta del av Barnombudsmannens webbutbildning på grundnivå. Många av förvaltningens medarbetare har gått en grundutbildning i barnkonventionen men inte alla. Vissa verksamheter har skickat ut länk till utbildningen i slutet av 2025. Under 2026 behöver de olika verksamhetsområdena säkerställa och följa upp att alla anställda gått grundutbildningen enligt beslutad riktlinje.

För att ge ett stöd till verksamheterna i förvaltningen så har förvaltningsledningen beslutat om att det även ska finnas ett barnrättsnätverk i förvaltningen för omsorg och arbetsmarknad. Nätverket består av representanter från alla förvaltningens verksamhetsområden. Nätverket leds av SAS, som även är utbildad barnrättsstrateg. Då SAS även deltar i kommunens barnrättsnätverk kan information, vid behov, föras mellan de båda nätverken och SAS har möjlighet att bevaka så att rätt frågor behandlas i rätt nätverk och i förlängningen ett mer effektivt arbetssätt.

Under 2023 antog omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden en handlingsplan för barnkonventionen och som avser 2023 till 2026. Syftet med handlingsplanen är att stärka barns rättigheter inom förvaltningen för omsorg och arbetsmarknad och förbättra barns och ungas levnadsvillkor i praktiken. Syftet är även att ett barnrättsperspektiv ska genomsyra förvaltningens samtliga verksamheter och på olika nivåer i organisationen. Handlingsplanen har utgångspunkt i den vägledande propositionen 2009/10:232 och som heter "Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige".

Förvaltningens nätverk träffas fyra gånger/år. Nätverket har tillgång till en teamsgrupp där stödmaterial gällande barnrättsarbetet finns att tillgå.

I nätverket har vi tagit upp frågor om barns delaktighet och samverkan, framför allt i ärenden där barn berörs indirekt. Nätverket har även diskuterat hur man dokumenterar prövning av barns bästa. I handlingsplanen anges att verksamheterna ska ha aktivitetsplaner för implementering av barnrättsarbetet. På det sista mötet 2025 diskuterades aktivitetsplanerna och önskat innehåll för 2026. Arbetet med aktivitetsplanerna har kommit olika långt men en del som verksamheterna arbetar med är att medarbetare ska ha kunskap om anmälningsskyldigheten vid oro för att barn far illa. Många arbetar även med att informera om stöd som kan fås och här kommer öppenvården för barn och familj informera i barnrättsnätverket våren 2026. Planering är fortsatt arbete kring arbetssätt i verksamheten gällande barns delaktighet och barnsamtal.



7 Mål och strategier för 2026

Mål och strategier utgår från resultat under 2025 samt nämndens mål och prioriterade områden enligt verksamhetsplan.

- Fortsätta att utveckla och ta fram ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt att implementera det som är färdigställt. Medarbetarna ska ha kunskap om att ledningssystemet finns samt var de kan hitta processer och rutiner. Mål är att antalet avvikelser som beror på bristande rutiner ska minska.
- Rutiner och struktur för riskanalys och egenkontroller tillsammans med struktur för verksamhetsuppföljning ska tas fram. Målet är att det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet ska vara mer strukturerat och enhetligt inom förvaltningen och eventuella externa utförare.
- Fortsätta utveckla och förbättra arbetet med avvikelsehantering. Alla rapporter om avvikelser ska tas emot och utredas skyndsamt och dokumenteras. Följsamhet till rutin följs upp genom egenkontroll av mottagande av inkomna rapporter samt internkontroll av säkerhetskultur. Målet är att rapporter tas emot, utreds och dokumenteras enligt rutin.
- Att stärka barns rättigheter är ett viktigt arbete, både utifrån barnkonventionen samt ny socialtjänstlag. Barnrättsarbetet i förvaltningen kommer fortgå under 2026. För att kunna ha ett barnrättsperspektiv är grundläggande kunskap viktigt. Mål är att alla medarbetare gått grundutbildning barnkonventionen enligt beslutad riktlinje för kommunens barnrättsarbete.
- Fortsatt arbeta med omställning till ny socialtjänstlag och god och nära vård med mål att göra förflyttningar mot en mer förebyggande, tillgänglig och kunskapsbaserad socialtjänst.
- Att förbereda för införande av socialtjänstdataregisterlag. Pågående förbättringsarbete gällande dokumentation är en del och det kommer att följas genom egenkontroller med mål att brister i dokumentation ska minska.