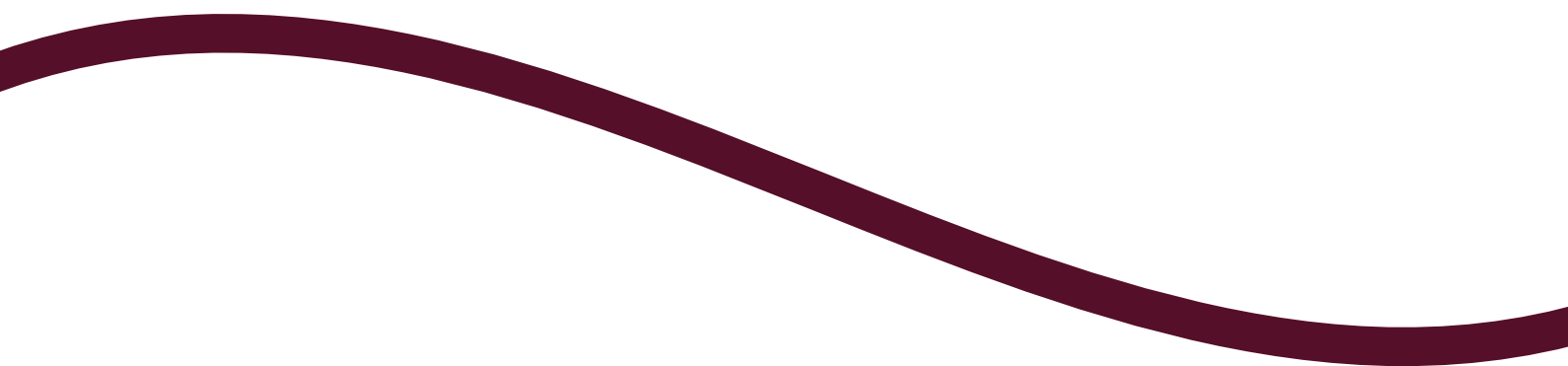




# Kvalitetsberättelse 2025



# Innehållsförteckning

|                                                           |           |
|-----------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Inledning .....</b>                                 | <b>3</b>  |
| <b>2. Egenkontroller .....</b>                            | <b>3</b>  |
| 2.1. Teamarbete och samverkan .....                       | 5         |
| 2.2. BPSD och stjärnmärkt .....                           | 6         |
| 2.3. Förebygga missförhållande .....                      | 6         |
| 2.4. Avvikelser, lex Sarah, synpunkter och klagomål ..... | 7         |
| 2.5. Social dokumentation .....                           | 8         |
| 2.6. Brukarens delaktighet .....                          | 10        |
| <b>3. Utvecklingsområde – per verksamhetsområde .....</b> | <b>10</b> |
| <b>4. Uppföljning .....</b>                               | <b>11</b> |

# 1. Inledning

Utgångspunkten för kvalitetsarbetet är Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som beskriver de olika delarna i ledningssystemet samt visar vad kvalitetsarbetet består av. Alla verksamheter inom vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområde ska verka för att utföra tjänster av god kvalitet till invånare i Mölndals stad. Det inkluderar både privata utförare och utförare i egen regi. Enligt Socialstyrelsens definition av kvalitet ska verksamheten utformas i enlighet med gällande lagar, förordningar, föreskrifter och bästa tillgängliga kunskap. Kvalitet avser allt som verksamheten gör, hur det görs, vilka resultat som uppnås och hur resursanvändningen ser ut. Brukare har rätt att få adekvat vård- och omsorg av god kvalitet. Det handlar om att ge brukare ett ökat värde och bästa nytta för varje krona. Brukare ska känna sig trygga och myndighetsutövningen ska vara rättssäker.

En viktig aspekt i kvalitetsarbetet är bemötandet mot brukare och medborgare. Bemötandet ska vara professionellt, lyhört, icke-diskriminerande och respektfullt. Utifrån att brukare och medborgare ska få realistiska förväntningar är även tydlighet viktigt i bemötandet.

# 2. Egenkontroller

Egenkontroller<sup>1</sup> ska genomföras i förvaltningens verksamheter. Under 2025 har uppmärksammade fokusområden från 2024 följts upp genom egenkontroller för både privata utförare och för egen regin. Resultat och analys redovisas i kvalitetsberättelsen. Två gånger under 2025 har egenkontroller genomförts via enkäter till verksamheter. Egenkontrollerna har fokuserat på det systematiska brukar- och patientsäkerhetsarbetet. De delar som rör patientsäkerhet redovisas och analyseras i separat patientsäkerhetsberättelse och berörs inte i detta dokument.

Redovisning av egenkontroller i kvalitetsberättelsen omfattar samtliga myndighetsenheter, samtliga verksamheter inom funktionsstöd och äldreomsorg egen regi de utförarverksamheter som utför insatser enligt socialtjänstlag (SoL) inom hälso- och sjukvårdsområdet egen regi samt privata utförare inom äldreomsorgen. 2024 redovisades inget resultat avseende de privata utförarna därav ingen jämförelse mellan 2024 och 2025. Egenkontroller som redovisas i kvalitetsberättelsen gäller nedanstående fokusområden:

- Teamarbete och samverkan
- Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) och stjärnmärkt
- Förebygga missförhållanden
- Avvikelser/lex Sarah/synpunkter- och klagomål
- Social dokumentation
- Brukarens delaktighet

---

<sup>1</sup> Enligt Socialstyrelsens föreskrift 2011:9

Resultatet av egenkontrollerna har analyserats inom respektive verksamhetsområde i egen regi/varje privat utförarenhet och därefter har dialogmöte förts med verksamhetschefer och uppdragschef i egen regi och med chefer i privata utförarverksamheter inom äldreomsorgen.

## Övergripande analys

Övergripande analys visar att det systematiska kvalitetsarbetet fungerar bättre vid de enheter/inom de verksamhetsområden där det finns strukturerade reflektions-/dialogforum och som leds av specifika funktioner.

## Övergripande styrkor

- **Strukturer för uppföljning** har stärkts, exempelvis genom årshjul, nätverksträffar för dokumentationsombud och regelbundna dialoger i ledningsgrupper.
- **Ökad kunskap och medvetenhet** inom flera områden, bland annat social dokumentation, BPSD/Stjärnmärkt och avvikelshantering.
- **Utbildningsinsatser** (Individens behov i centrum (IBIC), dokumentation, demens/BPSD) har gett positiva effekter där de genomförts systematiskt.
- **Avvikelsekulturen** har förbättrats i vissa verksamheter med ökad kvalitet i analyser och uppföljning.

## Gemensamma utvecklingsområden

- **Kompetens och kontinuitet:** Personalomsättning och nya chefer medför behov av förbättrad introduktion och återkommande utbildning.
- **Social dokumentation:** Behov av fortsatt stöd kring IBIC, delmål, uppföljning och brukarens delaktighet. Skillnader mellan enheter är tydliga.
- **Brukarens delaktighet och Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK):** Arbetet är igång men behöver följas upp bättre, särskilt inom LSS och vissa SoL-verksamheter.
- **Lex Sarah och förebyggande arbete:** Osäkerhet kring riskinventering och identifiering av missförhållanden i flera verksamheter.

## Prioriterade åtgärder

- Fortsatt **systematisk uppföljning via årshjul** och tydligare ansvarsfördelning.
- **Riktade utbildningsinsatser** (dokumentation, brukarens delaktighet, IBIC)
- **Stärkt introduktion för ny personal och nya chefer.**
- Tydligare och mer strukturerad **samverkan mellan verksamhet, HSL och myndighet.**
- Fokus på **brukarens delaktighet, AKK** och personcentrerat arbetssätt.

## 2.1. Teamarbete och samverkan

### Förvaltningsnivå

Vid dialogmöten framkommer att teamsamverkan likt tidigare år varierar stort mellan olika enheter och det är ofta personbundet hur väl det fungerar. Alla verksamhetsområden behöver samverka för att ta fram bättre arbetssätt som tillgodoser brukarens behov på bästa sätt. Ett arbete för säkerställande inom samtliga lagrum kommer påbörjas 2026 under ledning av medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Vid utredningar av lex Sarah noteras att bristen på samverkan/informationsöverföring är en av orsakerna till händelseförlopp och bedömningen är att teamsamverkan, där brukarens behov är i centrum, behöver utvecklas inom nämndens verksamhetsområde. Samverkan utifrån samordnad individuell plan (SIP) behöver genomföras i större utsträckning. Det finns styrdokument för samverkan på förvaltningsnivå samt mellan myndighet, utförarverksamheter och HSL. Dessa behöver regelbundet föras dialog kring och implementeras ytterligare.

### Myndighet – uppdragsavdelningen

Samverkansstrukturerna ser olika ut och har olika utmaningar och möjligheter. Samverkan är ett generellt utvecklingsområde. Samverkan både inom uppdragsavdelningen och med utförare samt andra förvaltningar behöver utvecklas.

### Äldreomsorg

Inom vård- och omsorgsboende och hemtjänst har samtliga verksamheter månatlig teamsamverkan. Teamsamverkan inom hemtjänst genomförs med legitimerad personal och myndighet vid merparten av tillfällena och upplevelsen är att samverkan är god. Teamsamverkan inom vård- och omsorgsboende genomförs med legitimerad personal och under 2025 är chefers upplevelse att samsyn och samverkan försämrats. Samverkan med myndighet sker i individärenden och är ett utvecklingsområde då former för regelbunden samverkan saknas.

Nattorganisationen ingår inte i något teamsamverkansforum, vilket är ett utvecklingsområde då utförande av stöd genomförs inom både äldreomsorgen och inom funktionsstöd. Dagverksamhet har inget behov av teamsamverkan. Bifrost korttidsverksamhet har väl fungerande samverkan med myndighet Team SAMSA och legitimerad personal.

### Privata utförare

Tre privata utförare har inte haft några teamträffar under 2025. Två privata utförare har haft teamträffar varje månad och där samtliga funktioner inom olika lagrum närvarat vid merparten av träffarna. En privat utförare har haft teamträffar varannan månad där samtliga funktioner inom olika lagrum närvarat vid samtliga träffar. Samtliga privata utförare upplever att samverkan med myndighet fungerar bra.

### Funktionsstöd

Inom område ”bostäder LSS” och ”socialpsykiatri” har teamsamverkan mellan utförare, myndighet och HSL genomförts med olika regelbundenhet från månatligen till halvårsvis. Chefer har en upplevelse av att det finns utmaningar i samverkan med myndighet och att en åtgärd är att implementera anvisningen ytterligare och ha dialog om den vid olika samverkansforum där myndighet och utförare närvarar.

## **2.2. BPSD och stjärnmärkt**

Resultat och analys utifrån detta område redovisas i separat patientsäkerhetsberättelse.

## **2.3. Förebygga missförhållande**

### Förvaltningsnivå

I socialtjänstlag (2025:400) som trädde i kraft 1 juli 2025 finns värdegrundsprincipen kvar men den har fått en bredare tillämpning än tidigare. Styrdokument för bemötande och värdegrundsarbete inom förvaltningen har reviderats utifrån förändring i lag och tydliggjort likvärdighet för värdegrundsarbete inom SoL och LSS. Samtliga myndighetsenheter och utförarverksamheter har dialoger om värdegrundsfrågor, bemötande och etiska dilemman kopplat till brukare. Struktur, frekvens och innehåll varierar mellan enheter.

Resultat från egenkontroller, lex Sarah utredningar och anmälningar till IVO visar att styrdokumentet för det riskförebyggande arbetet behöver implementeras ytterligare inom både äldreomsorg och funktionsstöd för att arbeta förebyggande med risker. Identifiering av risker och beskrivning av åtgärder kopplat till risker som dokumenteras i genomförandeplan är generellt bristfälligt och har varit ett utvecklingsområde inom SoL och LSS tidigare och även 2025. Det är viktigt att enhetschef säkerställer struktur för systematiskt riskförebyggande arbete och följer upp det då detta varit ett återkommande utvecklingsområde inom förvaltningen.

### Privata utförare

Samtliga privata utförare har regelbundna forum för dialog om värdegrund och bemötande. Verksamheterna har kunskap om lex Sarah och vikten av att identifiera risker för att förebygga missförhållande. Ett utvecklingsområde är framtagande av åtgärder kopplat till risker samt dokumentation i genomförandeplan.

## 2.4. Avvikelser, lex Sarah, synpunkter och klagomål



### Avvikelser

I processen för avvikelshantering genomför enhetschef de steg ovanstående bild visar.

### Förvaltningsnivå

Merparten av enhetscheferna har uppgett i digitala enkäter att de har dialog kring avvikelser, synpunkter och klagomål på arbetsplatsträff eller annat verksamhetsmöte. De enhetschefer som har regelbunden dialog kring avvikelser, synpunkter och klagomål upplever att detta ger ett ökat lärande. Flera enhetschefer uttrycker att det behövs bättre samverkan mellan SoL/LSS och HSL i de avvikelser som rör flera lagrum. Flera enhetschefer uttrycker behov av mer tid för att hinna utreda avvikelser på ett optimalt sätt. De enheter som har tillgång till stödfunktioner som hjälper till med utredning upplever detta som en stor hjälp.

Socialt ansvarig samordnare (SAS) och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har tillsammans med enhetschefer genomfört kartläggning av nuvarande avvikelshantering. Syftet var att stärka kvalitetsarbetet och förbättra arbetsmiljö för chefer vid avvikelshantering. SAS och MAS har lämnat förslag på förändring som beslutats av förvaltningsledning. För statistik av avvikelser och lex Sarah se **bilaga 1**.

### Egen regi och privata utförare

Inom egen regin (myndighet, utförare inom SoL och LSS samt verksamheter under HSL) har det totalt rapporterats **7842** avvikelser jämfört med 6984 avvikelser 2024. Inom de privata utförarverksamheterna (avvikelse som rapporterats inom SoL och HSL) har det totalt rapporterats **841** avvikelser. Nedanstående visar på totalt antal avvikelser (i procent) där olika delar i utredningsprocess inte genomförts. Siffran inom parentes avser 2024 års resultat för egen regin. Det redovisades inget resultat för avvikelser där ”bedömning av allvarlighetsgrad inte gjorts” 2024. Som tidigare nämnts saknas data från 2024 för privata utförare.

|                                                | Egen regi     | Privata utförare |
|------------------------------------------------|---------------|------------------|
| Utredning har inte påbörjats                   | 23,9% (7,2%)  | 5,8%             |
| Bedömning av allvarlighetsgrad har inte gjorts | 21,4%         | 7,7%             |
| Planering av åtgärder har inte påbörjats       | 31,7% (25,3%) | 26,2%            |
| Insatta åtgärder har inte följts upp           | 62,1% (40,7%) | 34%              |

### lex Sarah – egen regi

20 händelser har bedömts som risk för missförhållande eller missförhållande (2024 var siffran 18). Fem händelser har bedömt som påtaglig risk för allvarligt missförhållande eller allvarligt missförhållande och rapporterats till IVO (samma antal som 2024).

Vanligt förekommande orsaker till bristerna har varit brist i rutin, avsaknad av rutin, följsamhet till rutin/anvisning, brist i kompetens och säkerställande av kompetens inom olika områden samt brist i bemötande och att göra brukare delaktiga. Andra vanliga orsaker har varit brist i dokumentation, samverkan mellan och inom olika lagrum samt mellan myndighetsenheterna och utförarverksamheterna. Verksamheterna behöver prioritera att förebygga risk för missförhållande/missförhållande genom att inventera och säkerställa risker vid ny brukare samt följa upp dem enligt anvisning. Lärdomar från lex Sarah utredningar måste spridas inom och mellan enheter och verksamhetsområden i större omfattning då liknande inträffat på flera enheter under året.

### lex Sarah - privata utförare

Privata utförare utreder och bedömer själva allvarlighetsgrad vid rapporterade avvikelser som markerats som lex Sarah. En privat utförare har rapporterat att en anmälan till IVO har gjorts under året. Bristen var att tillsyn vid ett tillfälle missats vilket bidragit till konsekvenser för brukaren.

### Synpunkter- och klagomål - förvaltningsnivå

Under 2025 registerades 221 synpunkter (2024 registrerades 257). Enhetschefer har svarat att det över lag finns rutin att informera brukare, anhöriga och företrädare om att registrera synpunkter och klagomål i stadens synpunkts- och klagomålssystem samtidigt som många synpunkter och klagomål hanteras direkt utan registrering i systemet. Exempel på synpunkter och klagomål som inkommit under året är frågor kring myndighetsbeslut, bemötande, avgifter, kontaktuppgifter samt övriga kvalitetsfrågor.

## **2.5. Social dokumentation**

Granskning av den sociala dokumentationen har genomförts utifrån olika kvalitetsaspekter. Samtliga verksamheter har i april och oktober, granskat minst fem ärenden.

### Förvaltningsnivå

Under 2025 har alla medarbetare inom myndighetsenheterna utbildats i IBIC, för att skapa en tydlig och strukturerad dokumentation med gemensamt språk. Inom funktionsstöd används IBIC i journal och genomförandeplan. Inom äldreomsorgen planeras utbildning i IBIC under 2026. Syftet är en enhetlig dokumentation i hela förvaltningen. Utförarverksamheter med stödfunktioner som omsorgshandledare eller stödpedagoger har generellt bäst fungerande dokumentation då medarbetare får regelbunden påfyllning av kunskap och handledning vid dokumentation. Kunskap inom IBIC, för strukturerad dokumentation med gemensamt språk, behöver finnas inom hela förvaltningen och stödmaterial för likvärdighet behöver säkerställas och implementeras.

### Myndighet

Styrdokument för handläggning och dokumentation har färdigställts och implementerats under året. Samtliga fyra myndighetsenheter har efter utbildning i IBIC tagit fram handlings- och tidsplaner för att säkerställa införandet av likvärdig nivå inom IBIC, som kommer pågå under 2026. Granskning under 2025 visar både styrkor och utvecklingsområden samt skillnader mellan enheter beroende på kompetens och tidigare struktur. Vid två enheter används den generiska skalan (avsett och bedömt funktionstillstånd) och relevant målformulering i högre utsträckning. Ett utvecklingsområde för samtliga myndighetsenheter är beskrivning av den enskildes resurser kopplat till stödbehov inom livsområdena.

### Äldreomsorg

Inom vård- och omsorgsboende har dokumentation i genomförandeplan förbättrats med fler individuella och mätbara delmål samt brukarens delaktighet vid upprättande. Ett fortsatt utvecklingsområde är att säkerställa upprättande av genomförandeplan inom 14 dagar från verkställande av uppdrag samt dokumentation av åtgärder och kontakter som tagits i journal.

Inom område hemtjänst är fortsatta utvecklingsområden att öka brukarens delaktighet vid upprättande av genomförandeplan, skapa individuella och mätbara delmål, genomförandeplan inom 14 dagar samt förbättrade journalanteckningar.

Nattorganisationen och hemtjänst behöver skapa gemensam struktur för samverkan kring genomförandeplaner. Dagverksamheten har välfungerande dokumentation. Bifrost korttidsverksamhet behöver förbättra dokumentationen; rollen som dokumentationsombud ska säkerställas.

### Privata utförare

Granskning och dialogmöten visar att privata utförare generellt följer anvisningen för social dokumentation. Journalanteckningar är oftast korrekta och genomförandeplaner utformas med respekt och brukarens delaktighet. Ett utvecklingsområde är att säkerställa att genomförandeplan upprättas inom 14 dagar från verkställande av uppdrag.

### Funktionsstöd

Under 2025 har dokumentationen i journal ökat jämfört med 2024. Det finns bättre förståelse för skillnaden mellan åtgärd och resultat, men svårigheter kvarstår kring vad som ska dokumenteras i journal respektive vårdplan. Metodstöd för strukturerad journalföring planeras inför 2026. Delmål och uppföljning är fortsatt ett utvecklingsområde. Brukarens delaktighet vid upprättande av genomförandeplan har ökat. Inom stödfamilj, kontaktperson, avlösarservice och ledsagning är dokumentationen i journal och genomförandeplan fortsatt bristfällig, främst på grund av begränsad behörighet till systemet. Åtgärder pågår för att förbättra detta under 2026.

## 2.6. Brukarens delaktighet

Inom förvaltningen finns ett pågående arbete med att säkerställa brukares delaktighet i såväl utrednings- som verkställighetsprocess. Detta sker på olika sätt, i olika utsträckning och med olika resultat. Utbildning inom alternativa kommunikationshjälpmedel är ett fortsatt behov inom hela förvaltningen. Kunskap och utbildning för att säkerställa brukares möjlighet till inflytande och delaktighet i förhållande till anhöriga och företrädare behöver vara ständigt pågående utvecklingsarbete.

### Myndighet

Vid en av myndighetsenheterna har det under 2024 och 2025 genomförts ett strukturerat arbete för att säkerställa barnperspektivet. Samtliga medarbetare har genomgått AKK. Bildstöd utifrån IBIC, samtalsmatta och andra hjälpmedel har börjat användas. E-tjänster har skapats för att förenkla hantering vid ansökan och material för att öka förståelse vid utredningssamtal och andra delar i utredningsprocessen har skapats. Detta har bidragit till en ökad delaktighet ur ett barnperspektiv.

### Funktionsstöd och äldreomsorg

Utbildningsinsatser för att säkerställa kommunikation, bemötande och delaktighet har genomförts i större utsträckning inom funktionsstöd än inom äldreomsorg. Inom funktionsstöd har användning av AKK minskat. Inom vård- och omsorgsboende, hemtjänst och övriga SoL-verksamheter används inga vedertagna kommunikationshjälpmedel likt AKK, samtalsmatta eller liknande. Viss anpassning av skriftlig och muntlig information utifrån språk och funktionsnedsättning har genomförts med olika resultat. Flera chefer har beskrivit positiva effekter efter genomförda åtgärder.

### Privata utförare

De privata utförarna arbetar på olika sätt med att anpassa muntlig och skriftlig information utifrån brukares behov och/eller funktionsnedsättningar. De har regelbundna dialoger med brukarna för att följa upp stödet och ge brukarna möjlighet att påverka hur och när stödet ska genomföras. Ett utvecklingsområde är användning av kommunikationshjälpmedel, metoder och verktyg för att främja kommunikation (exempelvis Alternativ och Kompletterande Kommunikation).

## 3. Utvecklingsområde – per verksamhetsområde

Varje verksamhetsområde har valt ett utvecklingsområde utifrån egenkontrollsområdena 2025 som en del av verksamhetsplaneringen 2026.

- Samtliga tre funktionsstödsområden - ”brukarens delaktighet”.
- Myndighet inom uppdragsavdelningen - ”social dokumentation” fokus på IBIC.
- Vård- och omsorgsboende - ”teamarbete och samverkan”.
- Område hemtjänst - ”avvikelser, lex Sarah, synpunkter och klagomål”
- Bifrost korttidsverksamhet, natt, dagverksamhet och myndighet Team SAMSA - ”brukarens delaktighet”.

## 4. Uppföljning

2026 kommer nedanstående egenkontrollsområden följas upp. Resultatet redovisas i 2026-års kvalitetsberättelse. Privata utförare har från och med 2026 egna kvalitetsledningssystem och kommer därmed inte omfattas i nämndens uppföljning av egenkontroller inom SoL och LSS.

- Teamarbete och samverkan
- Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) och stjärnmärkt
- Förebygga missförhållanden
- Avvikelser/lex Sarah/synpunkter- och klagomål
- Social dokumentation
- Brukarens delaktighet