



VAGGERYDS  
KOMMUN

# Kvalitetsberättelse

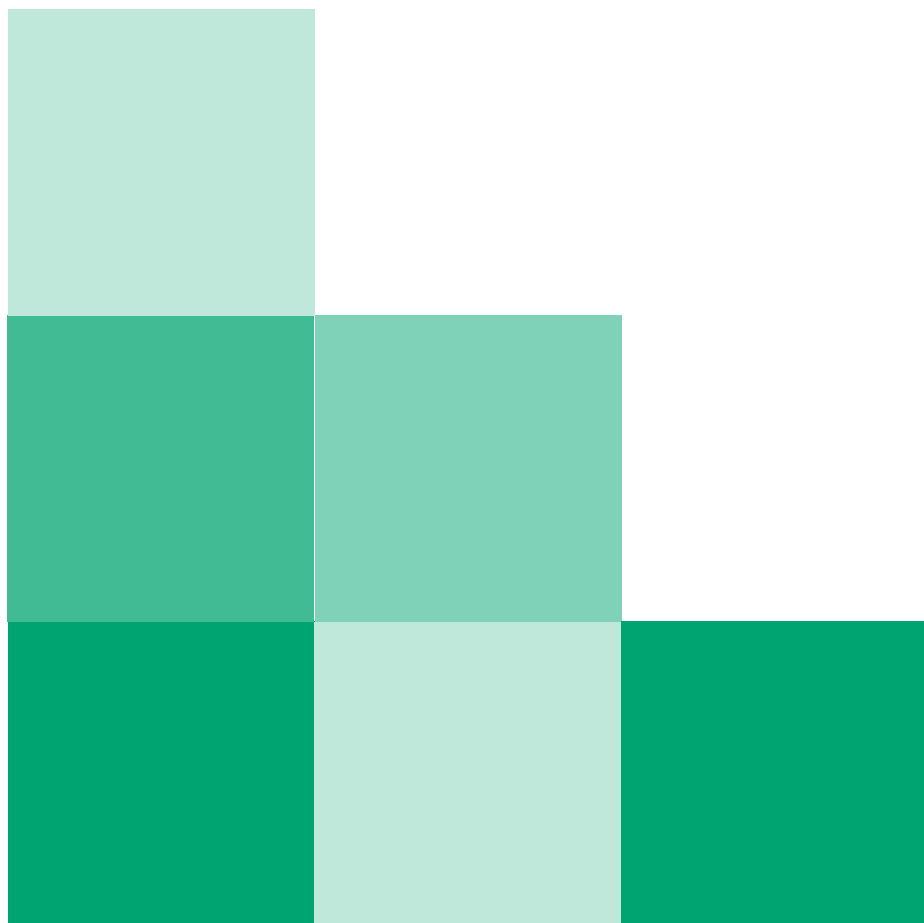
---

Antagen av socialnämnden 2026-

Dnr 2026/031

Ansvarig förvaltning: Socialförvaltningen

Ansvarig tjänsteman: Utvecklingsledare med SAS uppdrag



# Innehåll

---

Sammanfattning .....	3
Syfte .....	4
Grundläggande förutsättningar .....	4
Ledningssystem.....	4
Kvalitet utifrån lagstiftning.....	5
<b>Fortlöpande utveckling och kvalitetssäkring .....</b>	<b>6</b>
Personalens utbildning och erfarenhet .....	6
Redogörelse av resultat .....	8
Processer och styrdokument.....	8
Nya socialtjänstlagen .....	9
Informationssäkerhet, kontinuitet och krisberedskap .....	10
Klagomål och synpunkter .....	11
Avvikelser – vår möjlighet att rätta till .....	12
Avvikelser – Äldreomsorg .....	12
Avvikelser – Funktionshinderomsorg.....	13
Hot och våld – fördjupad analys .....	13
Avvikelser - Myndighet .....	13
Avvikelser - Nattorganisationen .....	14
Avvikelser – IFO-verkställighet.....	14
Avvikelser – övergripande analys.....	15
Lex Sarah .....	15
Tillsyn IVO .....	15
Nationell brukarundersökning.....	16
Utvecklingsområden: Hantering av avvikelser .....	17
Dokumentation.....	18
Egenkontroller.....	18
Risk- och händelseanalys – fortsatt utvecklingsbehov .....	19
Avslutande reflektion .....	19

## Sammanfattning

---

Kvalitetsberättelsen beskriver hur socialförvaltningen under 2025 har arbetat systematiskt för att planera, följa upp, utveckla och säkra kvaliteten i verksamheter som bedrivs enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Under året har förvaltningen haft ett tydligt fokus på omställningen till den nya socialtjänstlagen. Omställningen innebär ett skifte mot ett mer förebyggande, tidigt och kunskapsbaserat arbetssätt. Som en del i detta har förvaltningen deltagit i Nationell uppföljning av socialtjänstens omställning (NUSO) inom barn och unga samt beslutat att delta inom vuxen och funktionshinderområdet. Deltagandet har lagt grunden för ett lokalt analysarbete med syfte att skapa samsyn kring nuläge, identifiera utvecklingsområden och stärka förutsättningarna för det fortsatta omställningsarbetet.

Det systematiska kvalitetsarbetet har omfattat avvikelshantering, klagomål och synpunkter, lex Sarah, egenkontroller samt uppföljning av resultat och förbättringsåtgärder. Analysen visar att förvaltningen har en fungerande struktur för kvalitetsarbete, men också att det finns återkommande utvecklingsbehov, särskilt inom dokumentation, egenkontroll, riskanalys, avvikelshantering, följsamhet till rutiner samt uppföljning av genomförda åtgärder.

Lex Sarah-arbetet och hanteringen av avvikelser visar på en ökad rapporteringsbenägenhet och transparens i organisationen. Samtidigt framgår behov av att stärka det organisatoriska lärandet så att identifierade brister i högre grad leder till varaktiga förbättringar och minskad risk för återkommande avvikelser.

Förvaltningen står inför fortsatta utmaningar kopplade till kompetensförsörjning, ökade och mer komplexa behov hos målgrupperna samt krav på rättssäkerhet, likvärdighet och delaktighet. Kvalitetsarbetet under 2025 har bidragit till ökad kunskap om verksamhetens styrkor och svagheter och utgör ett viktigt underlag för prioriteringar och utvecklingsinsatser kommande år.

Sammantaget visar kvalitetsberättelsen för 2025 att socialförvaltningen har etablerade strukturer för systematiskt kvalitetsarbete enligt SoL och LSS. Arbetet präglas av ökad transparens, förbättrad rapporteringskultur och ett tydligare kunskapsunderlag för styrning och utveckling. Samtidigt framträder återkommande utvecklingsbehov som visar att organisationen befinner sig i en utvecklingsfas där fokus behöver förflyttas från att identifiera brister till att i högre grad arbeta med framtagandet av analys och därefter omsätta analys och lärande i varaktiga förbättringar.

## Syfte

---

Det arbete som utförs inom socialförvaltningens samtliga verksamheter ska direkt eller indirekt vara till nytta för kommunens medborgare. Kvalitetsberättelsen omfattar samtliga verksamheter som bedrivs enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Socialnämndens mål utgår från de mål som kommunfullmäktige upprättat. Socialnämndens mål har tydligt medborgarfokus. Inom respektive verksamhet i förvaltningen sätts en riktning utifrån nämndens mål. Verksamhetsmålen bryts i sin tur till enhetsnivå där medarbetarna bör vara delaktiga i utformandet av de aktiviteter som ska genomföras under kommande år för att nå de mål enheten har formulerat. Mål på verksamhets- och enhetsnivå ska utgå från den politiska riktningen med tydligt medborgarfokus. Målen bör också utgå från de områden som, i respektive verksamhetsberättelse, identifierats där kvaliteten behöver utvecklas och stärkas samt områden som identifierats som särskilt sårbara i de riskanalyser som verksamheten ska göra fortlöpande.

Under 2025 har socialförvaltningens kvalitetsarbete haft ett tydligt fokus på omställningen till den nya socialtjänstlagen. Ett omfattande och intensivt arbete har bedrivits inför lagens ikraftträdande, med särskild inriktning på att stärka strukturer och arbetssätt för uppföljning, analys och kvalitetssäkring. Den nya socialtjänstlagen innebär ett skifte mot en mer förebyggande och kunskapsbaserad socialtjänst.

I linje med den nya socialtjänstlagen initieras ett större omtag av det övergripande arbetet med social hållbarhet och tidiga insatser. Målet är att skapa en gemensam riktning och förstärka de strukturer som krävs för att tidigt identifiera behov och leverera insatser som gör skillnad. Ett socialt hållbart samhälle är jämställt och jämlikt, där människor lever ett gott liv med god hälsa utan skillnader. För att nå dit behöver problemlösningskapaciteten stärkas – det vill säga samhällets förmåga att hantera komplexa utmaningar på ett effektivt och samordnat sätt.

## Grundläggande förutsättningar

---

En gemensam vision och värdegrund utgör grund för kommunens övergripande kvalitetsarbete. Det innebär att organisatoriska strukturer skapas där all personal involveras och där alla kan och vill dra åt samma håll. Genom processer och rutiner samt ett systematiskt förbättringsarbete ska verksamheten uppnå kvalitet. Den fastslagna systematiken samt personalens medverkan är avgörande för att utveckla och säkerställa att samtliga krav och mål enligt lagar och förordningar uppfylls för respektive verksamhet.

### Ledningssystem

Socialförvaltningens ledningssystem är ett system med fastställda principer för ledning av verksamheten vilka syftar till att systematiskt och fortlöpande utveckla och kvalitetssäkra verksamheten. Ledningssystemet ska innefatta de processer och rutiner som krävs för att

säkra och utveckla verksamhetens kvalitet. Socialförvaltningens ledningssystem utgår från de grundläggande principerna som anges i socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9). Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet samt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

## Kvalitet utifrån lagstiftning

Enligt 5 kap. 1 § socialtjänstlagen samt 6 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ska verksamheten hålla god kvalitet och bedrivas så att den enskilde tillförsäkras rättssäkerhet, självbestämmande och goda levnadsvillkor.

Socialnämndens systematiska kvalitets- och utvecklingsarbete bygger på inriktningen och ambitionen om att kvalitet säkerställs och utvecklas i en organisation genom planering, uppföljning och utveckling. Utifrån detta så har socialförvaltningen processer, rutiner och principer för planering av vårt arbetssätt och vad vi ska göra, hur vi följer upp och utvärderar, och hur vi sedan utvecklar och förbättrar. Dessa rutiner och principer beskrivs i olika processer, riktlinjer och rutiner för bland annat verksamhetsplanering och uppföljning, avvikelshantering (inkl. lex Sarah och Lex Maria), egen-/internkontroll och analyser samt upprättande av en årlig kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse. Det verksamhetsnära kvalitetsarbetet sker genom bland annat att identifierade avvikelser/händelser ska rapporteras, utredas och analyseras för att säkerställa kvaliteten. Identifierade avvikelser ska dels åtgärdas, dels ska processer, rutiner/riktlinjer och arbetssätt ses över så att den som bedriver verksamheten med stöd av dem kan säkra att en inträffad avvikelse inte inträffar igen. Därigenom uppnås en systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av verksamhetens kvalitet. Utöver avvikelshantering så utgår det verksamhetsnära kvalitetsarbetet även från resultat och utfall i internkontrollen samt även andra ingående delar i verksamhetsberättelsen.

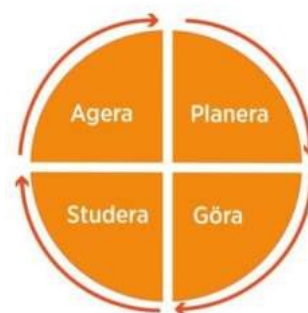
Inom socialförvaltningen bedömer vi kontinuerligt risker som kan påverka verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Från och med 2024 ska varje verksamhet genomföra en riskanalys i slutet av året i samband med verksamhetsberättelsen.

Uppföljning sker både på verksamhetsnivå och övergripande nivå för att identifiera mönster, riskområden och förbättringsbehov. Resultaten används som underlag för beslut om åtgärder, prioriteringar och utvecklingsinsatser. Syftet är att i ökad utsträckning arbeta förebyggande och riskorienterat för att minska sannolikheten för att brister och avvikelser uppstår.

Kvalitetsarbetet är en integrerad del av verksamhetens styrning och ska bidra till lärande, förbättring och långsiktig utveckling i enlighet med lagstiftningens intentioner. Samtliga medarbetare har ett ansvar att medverka till att verksamheten håller god kvalitet och att insatser som ges till patienter och brukare är rättssäkra, individuellt anpassade och utförs med respekt för den enskildes självbestämmande och integritet.

## Fortlöpande utveckling och kvalitetssäkring

En förutsättning för att genomföra och upprätthålla ett systematiskt kvalitetsarbete är att det finns en tydlig struktur för hur förbättrings- och kvalitetsarbetet i förvaltningen ska gå till. Inom förbättringsvetenskap tydliggör forskning vilka modeller som används i framgångsrika verksamheter i utvecklings- och förbättringsarbete. En av de mer vedertagna modellerna som används i systematiskt förbättringsarbete är PGSA-cykeln som består av fyra huvudområden; Planera, Göra, Studera och Agera.



Om samtliga verksamheter i förvaltningen som regel följer dessa steg i sitt förändrings- och förbättringsarbete säkerställs att de förändringar som genomförs är planerade på så vis att behovet styr vad som genomförs. Det ställer också krav på uppföljning för att kunna utvärdera vad/om något behöver förändras och i så fall på vilket sätt. Verksamheten ser också då om förändringen blev en förbättring.

Det är när verksamheterna, oavsett nivå, frångår denna struktur som fenomenet ”släcka bränder” uppstår. Kortsiktiga åtgärder genomförs då vilket har en tendens att försämra läget på lång sikt.

## Personalens utbildning och erfarenhet

Enligt 5 kap. 3 § socialtjänstlagen ska personal som utför uppgifter inom socialtjänsten ha lämplig utbildning och erfarenhet. Förvaltningen strävar efter att säkerställa att personalens kompetens motsvarar verksamhetens krav och de uppgifter som utförs.

Kompetensförsörjning sker genom kravprofiler vid rekrytering, introduktion av nyanställda samt fortlöpande kompetensutveckling. Chefer har ansvar för att följa upp personalens behov av utbildning och handledning samt för att säkerställa att rätt kompetens finns för uppdragets genomförande. Organisationen erbjuder redan heltidsarbete som norm, följer arbetstidsdirektivet och har avskaffat delade turer men det systematiska arbetsmiljöarbetet kan förstärkas med fokus på friskfaktorer för att skapa en attraktiv och hållbar arbetsplats.

En särskild utmaning är den växande gruppen multisjuka och vårdtyngda äldre. Denna grupp ställer höga krav på kompetens, bemanning och specialiserade insatser inom särskilda boenden (SÄBO) och hemtjänst. Utöver detta finns en ökande andel brukare med speciella behov. Det handlar om personer med psykisk ohälsa och beroendeproblematik. Dessa behov kräver särskild kompetens, anpassade insatser och ett nära samarbete mellan olika aktörer.

Utifrån lagstiftning och föreskrifter ska arbetet dokumenteras. Kravet på dokumentation omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet: processer, rutiner, arbetet med att planera och utföra riskanalyser, egenkontroller och avvikelshantering. Verksamheten ska också dokumentera vilka förbättringar som eventuella avvikelser har gett upphov till.

## Organisation och ansvar

### **Socialnämnd**

Socialnämnden som huvudman har det yttersta ansvaret för kvalitetsarbetet inom verksamheter som bedrivs enligt SoL och LSS.

### **Förvaltningschef**

Förvaltningschef, tillika Socialchef, har ett övergripande ansvar för att fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten samt ge förutsättning till underordnade chefer och för förvaltningen att bedriva kvalitetsarbete.

### **Verksamhetschef**

Enligt förordningen om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården (1993:933) ansvarar verksamhetschef för hälso- och sjukvård för att vården organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet av god kvalitet och är därmed också ytterst ansvarig för patientsäkerheten. Om denne inte innehar hälso- och sjukvårdskompetens fullgörs vissa uppgifter av kommunens motsvarighet med särskilt medicinskt ledningsansvar, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Det övergripande administrativa ansvaret övergår inte från verksamhetschef till MAS.

Samtliga verksamhetschefer är ansvariga för att planera och leda sitt verksamhetsområde utifrån förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

### **Områdes/enhetschef**

Enhets- och områdeschef i förvaltningen ansvarar för att arbetet i förvaltningen bedrivs utifrån gällande lagstiftning, föreskrifter, allmänna råd och lokala rutiner. Enhets- och områdeschef ansvarar för att medarbetare har den kompetens som krävs för att utföra sina arbetsuppgifter på ett rätts- och patientsäkert sätt och därmed tillgodose det vårdbehov som finns hos kommunens invånare i enlighet med gällande lagar och riktlinjer.

### **Omvårdnadspersonal/medarbetare inom vård och omsorg**

Medarbetare som i sin yrkesutövning utför omvårdnadsinsatser, oavsett om de är inom äldreomsorg eller funktionshinderomsorg utgör en yrkesgrupp som kallas omvårdnadspersonal. De grundläggande kunskapskraven i arbetet med äldre regleras i SOSFS 2011:12 och 2014:2. De kan i sin anställning ha en annan titel som till exempel undersköterska eller stödassistent, men tillhör gruppen omvårdnadspersonal. Omvårdnadspersonal som utför delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter definieras av uppgiften som hälso- och sjukvårdspersonal. De har samma ansvar och skyldigheter som legitimerad personal att rapportera risker och händelser, samt att följa lagar och riktlinjer och av MAS fastställda rutiner. Alla medarbetare inom socialförvaltningen har ett ansvar att

medverka till att patienten/brukaren får en bra vård av god kvalitet enligt evidensbaserad metodik.

### **Samtliga medarbetare inom förvaltningen**

Samtliga medarbetare som i sin yrkesutövning får kännedom om att det kan finnas en misstanke om att ett barn kan fara illa ska genom ”information på annat sätt” delge den informationen till förvaltningens mottagningsenhet. Då samtliga verksamheter i förvaltningen lyder under socialnämnden finns inga hinder i sekretesslagstiftningen som leder till att sådan information får lämnas.

### **Stödfunktion Kvalitet och Utveckling**

Enheten för kvalitet och utveckling inom socialförvaltningens Stab arbetar i direkt kontakt med verksamhets-, enhets- och områdeschefer för att stödja dem och deras verksamheter i det systematiska kvalitetsarbetet i enlighet med SOSFS 2011:9. Vissa funktioner i enheten arbetar med förbättringsarbete och utvecklingsområden som identifieras årligen i arbetet med internkontroll, egenkontroll, avvikelser, klagomål och synpunkter samt lex Sarah och lex Maria.

MAS och utvecklingsledare med SAS-funktion (socialt ansvarig samordnare) sammanställer, analyserar och följer upp förbättrings- och utvecklingsarbete i förvaltningen ur olika perspektiv. Syftet är att tillsammans med ansvariga chefer fördjupa förståelsen för och utveckla kvaliteten i det arbete som verksamheten utför. Enhetschef för Stab kvalitet och utveckling har delegation att besluta att anmäla allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), alternativt avsluta lex Sarah utredning.

## **Redogörelse av resultat**

---

Under 2025 har socialförvaltningen använt flera kompletterande källor för uppföljning av kvalitet, såsom avvikelser, klagomål och synpunkter, lex Sarah-utredningar, egenkontroller, tillsyn samt nationella brukarundersökningar. Tillsammans ger dessa ett brett underlag för att följa verksamhetens kvalitet ur både verksamhets-, brukare- och rättssäkerhetsperspektiv.

### **Processer och styrdokument**

Enligt SOSFS 2011:9 ska verksamheten identifiera och beskriva de processer som behövs för att kvalitetssäkra arbetet. Processerna visar vilka aktiviteter som ingår och deras ordning, medan rutiner beskriver hur aktiviteterna ska genomföras och vem som är ansvarig. För att skapa systematik behövs en struktur för hantering och uppdatering av processer och rutiner.

Inom förvaltningen pågår ett långsiktigt utvecklingsarbete med processhandläggning samt revidering och framtagande av styrande och stödjande dokument. Arbetet syftar till att skapa tydlighet, kvalitet och rättssäkerhet samt bidra till mer effektiva och ändamålsenliga arbetssätt.



En central del i arbetet är den fortlöpande dialogen kring vilka rutiner som ska vara övergripande och vilka som behöver vara verksamhets- eller enhetsspecifika. Tydliga gränsdragningar är viktiga för att undvika otydlighet, dubbelarbete och variation i tillämpning. Arbetet omfattar även kartläggning och vidareutveckling av processer, vilket stärker samarbetet mellan avdelningar och enheter och bidrar till ökad samsyn.

Utifrån det systematiska utvecklingsarbetet har risker identifierats kopplade till otydliga eller otillräckligt anpassade rutiner samt förekomst av föråldrade styrdokument, vilket kan påverka likvärdighet, följsamhet och rättssäkerhet. För att hantera risker fortsätter arbetet med att tydliggöra ansvar och nivå för rutiner, säkerställa enhetlig struktur i styrdokument samt integrera riskanalys, egenkontroll och uppföljning som en naturlig del av kvalitetsarbetet.

## Nya socialtjänstlagen

Under 2024–2025 har samtliga verksamheter genomfört nuläges- och behovsanalys med stöd av SKR:s verktyg SKATTA LÅGET. Resultaten visar att kommunen befinner sig i ett tidigt skede, men har påbörjat utvecklingsinsatser inom flera områden. Verksamheterna skattar sig i nivå med kommuner av motsvarande storlek, med utvecklingsbehov främst inom styrning/ledning, jämlikhet/jämställdhet samt uppföljning och analys. Nuläges- och behovsanalysen utgör underlag för den prioritering av aktiviteter i omställningsarbetet som behöver göras. Arbetet har tydlig koppling till kommunens vision, värdegrund och strategiska inriktning för social hållbarhet.

Som en del av omställningen till den nya socialtjänstlagen deltar kommunen i den nationella lärprocessen Framtidens socialtjänst, framtagen av Sveriges Kommuner och Regioner i samverkan med regionala stödstrukturer. Lärprocessen, som pågår under perioden 2026–2028, syftar till att stödja kommunerna i att utveckla en mer förebyggande, tillgänglig, jämlik och kunskapsbaserad socialtjänst.

Uppstarten skedde genom en gemensam konferens där politisk och tjänstemannaledning samt nyckelpersoner deltog. Fokus låg på invånarnas perspektiv, gemensamt lärande och erfarenhetsutbyte kring behov, arbetssätt och styrning. Lärprocessen bidrar till en gemensam riktning i omställningsarbetet och stärker förutsättningarna för långsiktig utveckling i linje med den nya lagstiftningen.

Den nya socialtjänstlagen är inte bara en reform för socialtjänsten – utan en förändring som kräver en kulturförändring i hela kommunen. På samma sätt som Agenda 2030 och omställningen till nära vård berör alla samhällssektorer, innebär den nya socialtjänstlagen att alla kommunens verksamheter behöver bidra till ett förebyggande, samordnat och hållbart arbete för invånarnas välfärd. Utgångspunkten är ett socialt hållbart samhälle – ett jämställt och jämlikt samhälle där människor lever ett gott liv med god hälsa, utan orättfärdiga skillnader. Ett samhälle där tillit, delaktighet och förtroende står i centrum, och där kommunens arbete bygger på långsiktig samverkan mellan invånare, civilsamhälle, näringsliv och offentliga aktörer.

### **Nationell uppföljning av socialtjänstens omställning (NUSO) – barn och unga**

Under 2024–2025 deltog kommunen i NUSO Barn och unga, en nationell uppföljning som syftar till att ge ett gemensamt nuläge inför den nya socialtjänstlagen. Deltagandet har utgjort ett lärande underlag för att förstå hur socialtjänstens arbete med barn och unga bedrivs i praktiken, med fokus på anmälningar, utredningar och insatser utan behovsprövning.

Med utgångspunkt i återkopplat NUSO-material har ett lokalt analysarbete initierats för att identifiera nuläge, tendenser och utvecklingsområden. Analysen bedrivs dialogbaserat och verksamhetsnära och syftar till att skapa förståelse för var kommunen känner igen sig i nationella mönster, vilka områden som är påverkbara lokalt samt hur arbetssätt kan utvecklas i linje med den nya socialtjänstlagens inriktning mot tidiga, förebyggande och mer kunskapsbaserade insatser.

### **Nationell uppföljning av socialtjänstens omställning (NUSO) – vuxen och funktionshinderområdet**

Under 2025 har kommunen även beslutat om att delta i NUSO Vuxen, som omfattar socialtjänstens arbete inom vuxenområdet och funktionshinderområdet. Syftet med deltagandet är att skapa ett gemensamt nuläge inför den nya socialtjänstlagen samt att stärka kunskapen om hur socialtjänstens arbete bedrivs i praktiken inom dessa områden.

Inom ramen för NUSO Vuxen har ett inledande arbete genomförts för att skapa samsyn kring uppdraget, tydliggöra lokal organisering, roller och resursbehov samt identifiera förutsättningar för datainsamling och analys. Deltagandet utgör en grund för fortsatt analys och gemensam reflektion kring utvecklingsområden, samverkan och arbetssätt i linje med den nya socialtjänstlagens inriktning mot ett mer förebyggande, samordnat och kunskapsbaserat arbetssätt.

## **Informationssäkerhet, kontinuitet och krisberedskap**

Socialförvaltningen bedriver ett systematiskt arbete med informationssäkerhet som en integrerad del av kvalitetsarbetet. Förvaltningen hanterar omfattande mängder känsliga personuppgifter och arbetar kontinuerligt för att säkerställa att information behandlas rättssäkert, korrekt och i enlighet med gällande lagstiftning och kommunala styrdokument. Rutiner finns för att förebygga, upptäcka och hantera personuppgiftsincidenter, vilka ska rapporteras och utredas skyndsamt.

Mot bakgrund av ett förändrat omvärldsläge och en mer påtaglig hotbild har fokus på riskmedvetenhet och resiliens förstärkts. Målet är att säkerställa att förvaltningens verksamheter kan upprätthållas även vid samhällsstörningar såsom tekniska avbrott, extrema väderhändelser eller höjd beredskap. Arbetet bedrivs i samverkan med kommunövergripande funktioner och omfattar såväl planering som uppföljning och utveckling av rutiner. Under 2025 genomfördes utbildningar och övningar i krisberedskap i enlighet med kommunens krisledningsplan i syfte att stärka organisationens förmåga att hantera samhällsstörningar och att pröva etablering av krisledning vid simulerade händelser.

Ett fortsatt utvecklingsområde är att öka kännedom om gällande rutiner samt att regelbundet öva dessa för att identifiera förbättringsområden och stärka den samlade förmågan inom förvaltningen.

## Klagomål och synpunkter

Verksamheter som bedrivs enligt socialtjänstlagen, SoL, lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS samt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Med klagomål avses att någon anser att verksamheten inte uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och föreskrifter. Med synpunkter avses övriga iakttagelser som rör verksamhetens kvalitet, exempelvis förbättringsförslag.

Under året har förvaltningen implementerat ett nytt systemstöd för hantering av klagomål och synpunkter. Process och rutin har reviderats under 2025, och systemstödet är i drift sedan den 1 september 2025. Införandet syftar till att skapa en mer effektiv, enhetlig och rättssäker hantering samt förbättrade möjligheter till uppföljning och analys. På sikt ska systemet även möjliggöra identifiering av systemfel och därigenom bidra till verksamhetens långsiktiga kvalitetsutveckling. SAS och MAS har också haft utbildning med verksamhets-, enhets- och områdeschefer. MAS och SAS finns tillgängliga för vägledning vid behov.

Samtliga inkomna klagomål och synpunkter ska registreras i avvikelshanteringssystemet DF Respons, utredas, åtgärdas och återkopplas till synpunktslämnaren. Detta gäller oavsett om ärendet inkommit muntligt, skriftligt, digitalt eller via folder. Medarbetare som tar emot ett muntligt klagomål eller en synpunkt ska dokumentera ärendet via intern länk samt läsa upp eller visa den dokumenterade texten för uppgiftslämnaren för att minska risken för missförstånd. Vid registrering anges uppgiftslämnare (enskild, anhörig, god man eller annan), ärendetyp (klagomål eller synpunkt), berörd verksamhet samt om återkoppling önskas.

Under 2025 inkom 31 unika klagomål och synpunkter.

Sammanställningen av inkomna klagomål och synpunkter visar att bemötande, utförande av insatser samt trygghet och säkerhet är återkommande förbättringsområden inom förvaltningens verksamheter. Flera synpunkter rör enskilda medarbetares agerande, vilket understryker vikten av ett fortsatt systematiskt arbete med värdegrund, professionellt förhållningssätt och följsamhet till gällande rutiner.

Synpunkter kopplade till avgifter, kommunikation och delaktighet pekar på behov av tydligare information och dialog med brukare och närstående.

Tre av de inkomna synpunkterna avser beröm till personal inom hemtjänsten. Dessa ger exempel på gott bemötande och kvalitet i utförandet.

## Avvikelser – vår möjlighet att rätta till

### Avvikelser – Äldreomsorg

Under året rapporterades totalt 1 412 avvikelser inom äldreomsorgen. Av dessa avsåg 1 137 händelser fall eller läkemedel, vilket motsvarar cirka 81 % av samtliga rapporterade avvikelser. Utöver fall och läkemedel återstår 275 avvikelser inom äldreomsorgen (ca 19,5 % av totalen). Dessa rör framför allt kvalitet i utförandet enligt SoL/LSS: att rätt insats ges, på rätt sätt, vid rätt tid, och att den dokumenteras och följs upp. Sammantaget pekar detta på utvecklingsbehov inom följsamhet till genomförandeplaner, dokumentationskvalitet, samverkan samt trygghet/bemötande. Ett prioriterat fokusområde för kommande år är att säkerställa ökad följsamhet till fastställda rutiner. Fördelningen mellan rapporterade risker i förhållande till avvikelser har varit relativt konstant under flera år. Under 2025 uppgick andelen rapporterade risker till 4,5 procent av samtliga rapporterade händelser, jämfört med 4 procent under 2024. Den samlade bedömningen är att riskrapporteringen fortfarande sker i begränsad omfattning i förhållande till inträffade avvikelser. På längre sikt är målsättningen att andelen rapporterade risker ska öka, i syfte att möjliggöra ett mer förebyggande och riskorienterat arbetssätt. Detta förutsätter ett tydligare och mer aktivt ledningsstöd samt gemensamma och enhetliga arbetssätt för riskanalys inom hela förvaltningen.

Kvalitetsberättelsen kompletteras av en patientsäkerhetsberättelse där avvikelser kopplade till hälso- och sjukvård redovisas mer detaljerat, inklusive tabeller och fördjupad statistik.

### Avvikelser – Funktionshinderomsorg

#### Hot och våld – fördjupad analys

Under året rapporterades totalt 190 avvikelser inom funktionshinderomsorgen. Avvikelser som avser hot och våld förekommer inom funktionshinderomsorgen i större omfattning än inom äldreomsorgen och utgör ett identifierat och prioriterat riskområde. Händelserna bedöms ha potentiellt hög konsekvens för både brukares trygghet och personalens arbetsmiljö. Av totalt 190 avvikelser avsåg 31 stycken hot och våld. Av dessa har fyra händelser utretts enligt lex Sarah. Detta motsvarar cirka 16 procent av samtliga avvikelser. Analysen visar att hot och våld ofta förekommer i kombination med andra avvikelsekategorier, såsom brist i utförande av insats, bemötande och dokumentation. Detta indikerar att händelserna i flera fall har komplexa bakomliggande orsaker och inte enbart kan förstås som isolerade incidenter. Bristande struktur, otydlighet i uppdrag eller genomförande samt otillräcklig samverkan kan bidra till att situationer eskalerar. Hot- och våldshändelser är även nära kopplade till behovet av rätt kompetens, tydliga arbetssätt och fungerande riskbedömningar. Avvikelserna visar på vikten av att risker identifieras tidigt och att förebyggande åtgärder vidtas, exempelvis genom anpassade arbetssätt, tydlig planering samt stöd till personal i utmanande situationer.

## Avvikelser - Myndighet

Under 2025 har 31 st. avvikelser rapporterats inom område myndighet avseende handläggning enligt socialtjänstlagen, främst inom verksamhetsområdena barn och unga, skadligt bruk och beroende samt bistånd.

Den samlade bilden visar att brist i handläggning (myndighet) är den dominerande avvikelsekategorin. Avvikelsekategorin avser exempelvis brister i utredning, bedömning, dokumentation eller tidsaspekter i handläggningen. I flera ärenden förekommer brist i handläggning i kombination med andra avvikelsekategorier, såsom brist i utförande av insats, dokumentation eller bemötande, vilket indikerar att vissa avvikelser har mer komplexa bakomliggande orsaker.

Avvikelser kopplade till samverkan och bemötande förekommer i begränsad omfattning men är viktiga att uppmärksamma, då de kan påverka den enskildes upplevelse av rättssäkerhet och tillgänglighet. Även dessa avvikelser hanteras inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet.

Sammantaget visar analysen att avvikelshanteringen inom område myndighet är etablerad och används för lärande och förbättring. Samtidigt finns behov av fortsatt fokus på följsamhet till lagstiftning och interna rutiner, kvalitet i dokumentation samt tydlighet i handlägningsprocesser, i syfte att ytterligare stärka rättssäkerheten och likvärdigheten i myndighetsutövningen. Arbetet är i linje med omställningen till den nya socialtjänstlagen, där ett mer systematiskt, kunskapsbaserat och förebyggande arbetssätt är centralt.

## Avvikelser - Nattorganisationen

251 avvikelser rapporterades inom nattorganisationen under 2025. Den dominerande händelsetypen är fall, vilket utgör merparten av avvikelserna. Därutöver förekommer brister i utförande av insats/åtgärd i relativt stor omfattning. Läkemedelshändelser är också en återkommande avvikelsekategori. Ett mindre antal avvikelser rör händelser med hjälpmedel, brist i samverkan, dokumentation (utförare), bemötande, hot och våld samt enstaka fall av brist i handläggning (myndighet). De flesta avvikelserna har bedömts ha låg allvarlighetsgrad och begränsad risk, och har hanterats enligt gällande rutiner.

## Avvikelser – IFO-verkställighet

De rapporterade avvikelserna, totalt 9 st. inom IFO rör i huvudsak brister i utförande av insats/åtgärd samt brister i dokumentation. Därutöver förekommer även avvikelser kopplade till samverkan, i vissa fall i kombination med bristande utförande. Sammantaget visar avvikelserna på utmaningar i hur planerade insatser genomförs och följs upp i praktiken, snarare än på enskilda händelser av allvarlig karaktär. Detta indikerar ett behov av att stärka struktur, tydlighet och systematik i genomförandet av insatser. Brister i dokumentation och samverkan riskerar annars att påverka kontinuitet, rättssäkerhet och möjligheten att tidigt identifiera behov av justeringar i stöd och insatser.

## Avvikelser – övergripande analys

En samlad analys av avvikelser visar att likartade utvecklingsbehov återkommer oavsett verksamhetsområde. Dessa rör främst följsamhet till rutiner, kvalitet i dokumentation samt behov av tydligare uppföljning av vidtagna åtgärder. Detta indikerar att flera av bristerna har organisatoriska snarare än verksamhetsspecifika orsaker, vilket understryker vikten av gemensamma arbetssätt, ledningsstöd och strukturer för lärande.

### Lex Sarah

Arbetet med lex Sarah och medarbetares rapporteringsskyldighet regleras i socialtjänstlagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt SOSFS 2011:5. Likt arbetet med avvikelser, utgör arbetet med lex Sarah en del av verksamhetens systematiska kvalitetsarbete.

Medarbetare är skyldiga att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden. Dessa utreds av utvecklingsledare med SAS-uppdrag i samverkan med ansvariga chefer. Om ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett sådant konstateras, görs anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Under 2025 inkom totalt 28 rapporteringar, varav 22 från medarbetare och 6 från chefer. Motsvarande siffror för 2024 var totalt 57 rapporteringar från medarbetare och 18 från chefer. Rapporteringar som avsett samma typ av brist har klustrats och utretts gemensamt. Under året har även fyra utredningar som rapporterades under 2024 färdigställts. Under 2025 har bedömning och hantering av lex Sarah-rapporteringar utvecklats mot ett mer strukturerat och gemensamt arbetssätt. Fokus har legat på att analysera bakomliggande orsaker samt att vidta ändamålsenliga åtgärder. Chefer har i ökad utsträckning varit delaktiga i bedömning och uppföljning av rapporteringar, vilket har bidragit till en mer enhetlig hantering. Likartade brister har därmed i större utsträckning hanterats samlat. Detta arbetssätt bedöms ha påverkat antalet rapporteringar under 2025. Sammantaget ger detta ett förbättrat underlag för det fortsatta systematiska kvalitetsarbetet och bidrar till att förebygga återkommande brister.

En utredning som genomfördes under 2025 ledde till en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avseende allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande. Anmälan avsåg ett särskilt boende där brister identifierades inom omvårdnad, hygien, dokumentation samt begränsningsåtgärder.

### Tillsyn IVO

För att identifierade missförhållanden inte ska kvarstå över tid krävs att samtliga verksamheter aktivt arbetar med de brister som uppmärksammas, vidtar adekvata åtgärder och följer upp dessa. En systematisk uppföljning är nödvändig för att skapa lärande och förbättring i enlighet med lagstiftningens intentioner.



Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomförde tillsyn riktad mot samtliga kommuner i landet. Tillsynen genomförs med stöd av 13 kap. 1 och 2 §§ socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Syftet med tillsynen var att granska rättssäkerheten i kommunernas myndighetsutövning för barn och unga. Tillsynen var avgränsad till socialnämndens handläggning och kontroll inför placeringar av barn och unga i privat drivna verksamheter samt familjehem, hantering av orosanmälningar, uppföljning av placeringar och handläggning samt arbetet med egenkontroll som en del i det systematiska kvalitetsarbetet. Tillsynen granskar även nämndens arbete mot korruption och otillbörlig påverkan. Tillsynen är initierad utifrån resultat och erfarenheter från tidigare tillsyner, där brister inom kommunernas myndighetsutövning för barn och unga har visat sig inom flertalet områden. IVO har genom tidigare tillsyner även identifierat oseriösa och/eller kriminella aktörer som driver HVB, stödboende och familjehem. Det är verksamheter som riktar sig mot några av de mest utsatta grupperna i samhället, barn och unga.

## Nationell brukarundersökning

I en kunskapsbaserad socialtjänst är upplevelser och åsikter från dem som tar del av olika stödinsatser en viktig kunskapskälla för systematisk uppföljning och utveckling. Förvaltningen deltar årligen i ett flertal nationella brukarundersökningar inom äldreomsorg, individ- och familjeomsorg samt funktionshinderområdet. Resultaten är en central del i kvalitetsarbetet då de bidrar med brukarnas perspektiv på bemötande, delaktighet, trygghet och upplevd kvalitet.

Jämfört med föregående år visar 2025 års resultat en liknande övergripande struktur. IFO:s undersökning riktar sig endast till de som har möten under undersökningstiden, vilket påverkar representativiteten eftersom inte alla aktuella klienter har avtalade möten under perioden. Förvaltningens generella resultat från brukarundersökningen är svåranalyserat på grund av låg svarsfrekvens, vilket gör det svårt att dra tillförlitliga slutsatser. Detta gäller även för 2025 års resultat.

Inom funktionshinderomsorgens utförarverksamheter kvarstår en hög svarsfrekvens och god tillförlitlighet i resultaten, vilket även tidigare år varit ett styrkeområde. Brukarna uppger i hög grad att de känner sig trygga, delaktiga och nöjda med stödet. Detta tyder på en stabil och fortsatt god kvalitet i verksamheterna. Brukarundersökningen 2025 inom öppna insatser för barn och unga visar överlag positiva resultat, men med en låg svarsfrekvens som innebär att resultaten bör tolkas med viss försiktighet. Resultaten indikerar att brukarna i stor utsträckning upplever att de får ett gott bemötande, att de blir lyssnade på och att stödet bidrar till positiv förändring, samtidigt som arbetet med att öka delaktighet och svarsfrekvens behöver fortsätta. Brukarundersökningen 2025 inom myndighetskontakten på funktionshinderområdet i Vaggeryds kommun visar överlag positiva resultat, men med ett begränsat underlag. Totalt inkom 5 svar av 15 möjliga, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 33 %. Resultaten indikerar att brukarna i hög grad upplever att de får komma till tals, att handläggaren förstår dem och att mötena fungerar väl. Samtidigt innebär det låga antalet svar att resultaten bör tolkas med försiktighet, och arbetet med att öka delaktighet och svarsfrekvens behöver fortsätta.

Sammantaget visar jämförelsen att resultaten över tid är relativt stabila. Ett prioriterat utvecklingsområde inför kommande år är därför att öka svarsfrekvensen för att säkerställa ett mer robust och användbart kunskapsunderlag i det systematiska kvalitetsarbetet.

## Utvecklingsområden: Hantering av avvikelser

Utvecklingsområdena berör verksamheter som bedrivs enligt SoL och LSS, med särskilt fokus på rättssäkerhet, dokumentation och uppföljning av insatser.

Uppföljning och analys av avvikelser är en central del av det systematiska kvalitetsarbetet enligt socialtjänstlagen och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9). Förvaltningens samlade analys av avvikelser, klagomål och lex Sarah-utredningar visar att hanteringen av avvikelser utgör ett prioriterat utvecklingsområde.

Avvikelser hanteras inte alltid skyndsamt eller följs inte upp på ett strukturerat och systematiskt sätt. Detta medför att bakomliggande orsaker till brister riskerar att kvarstå över tid. Konsekvensen blir återkommande avvikelser av liknande karaktär, vilket i vissa fall har lett till lex Sarah-rapportering då missförhållanden eller risker för missförhållanden inte har identifierats och åtgärdats i ett tidigt skede.

Bristande lärande av inträffade händelser försvårar möjligheten att uppnå varaktiga förbättringar och en mer riskorienterad styrning av verksamheten.

För att stärka kvaliteten i verksamheten behöver hanteringen av avvikelser utvecklas så att den i högre grad används som ett verktyg för lärande, riskidentifiering och kvalitetsutveckling. Detta innebär att avvikelser ska analyseras systematiskt, att vidtagna åtgärder ska vara ändamålsenliga och att uppföljning ska säkerställa att åtgärderna haft avsedd effekt. Ett mer konsekvent arbetssätt bedöms minska risken för återkommande avvikelser och därmed även risken för allvarliga missförhållanden som kan föranleda lex Sarah-rapportering.

### Åtgärd

Som ett led i detta utvecklingsarbete planeras under 2026 en gemensam utbildningsinsats avseende avvikelshantering och lex Sarah. Utbildningen genomförs av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och utvecklingsledare med SAS-uppdrag (SAS) och riktar sig till chefer och medarbetare inom berörda verksamheter. Syftet är att stärka kunskapen om gällande regelverk, ansvarsfördelning och praktisk tillämpning samt att skapa en gemensam förståelse för hur avvikelser och lex Sarah-rapportering ska användas som en del av det systematiska kvalitetsarbetet.

Utvecklingsområdet omfattar även behovet av ökad efterlevnad av fastställda rutiner samt ett tydliggörande av ansvar i avvikelseprocessen. Genom stärkt kompetens, förbättrad struktur och ett gemensamt arbetssätt skapas bättre förutsättningar för ett förebyggande, rättssäkert och lärande kvalitetsarbete i enlighet med lagstiftningens krav.



## Dokumentation

Social dokumentation är en grundläggande förutsättning för kvalitet, kontinuitet och rättssäkerhet i verksamheten. Enligt gällande lagstiftning och Socialstyrelsens föreskrifter ska dokumentationen vara saklig, korrekt och ändamålsenlig samt tydliggöra den enskildes behov, beslutade insatser och genomförande.

Identifierade brister i social dokumentation, bland annat genom avvikelser och lex Sarah-utredningar under året, visar på behov av ökad kompetens och en mer enhetlig tillämpning. Som ett prioriterat förbättringsområde planeras därför under 2026 en kompetenshöjande satsning inom social dokumentation.

## Åtgärd

Satsningen omfattar utbildningsinsatser riktade till medarbetare och chefer inom äldreomsorgen och funktionshinderomsorgen samt införande av dokumentationsombud i verksamheterna. Syftet är att stärka kunskapen om lagkrav och god dokumentationspraxis samt att långsiktigt höja kvaliteten och säkerställa ett rättssäkert och likvärdigt dokumentationsarbete.

Genomförandeplanen är ett centralt verktyg för att säkerställa självbestämmande och delaktighet för personer som får insatser enligt SoL och LSS. Planen ska tydliggöra hur beslutade insatser ska utföras utifrån den enskildes behov, önskemål och mål samt följas upp regelbundet.

Brister i dokumentation eller i genomförandet riskerar att påverka rättssäkerheten och möjligheten för den enskilde att utöva inflytande över sin vardag. Detta område är identifierat som ett fortsatt utvecklingsområde.

## Egenkontroller

Egenkontroll enligt SOSFS 2011:9 innebär en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt fastställda processer och rutiner.

Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver socialtjänst ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Av de allmänna råden framgår att egenkontrollen kan innefatta bland annat granskning av journaler, akter och annan dokumentation, liksom undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos chefer och/eller personal som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet.

IVO konstaterade brister i hur socialnämnden hanterar orosanmälningar för barn och unga, samt brister i egenkontrollen.

Under 2025 har en pilot genomförts avseende egenkontroller av dokumentation i verksamheten. Syftet har varit att kvalitetsgranska dokumentationen utifrån gällande lagstiftning samt att identifiera förbättringsbehov och skapa lärande i organisationen.

Egenkontrollerna har genomförts i samverkan mellan medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och utvecklingsledare med SAS-funktion. Erfarenheterna från pilotarbetet visar att egenkontroller är ett viktigt verktyg i det systematiska kvalitetsarbetet, men att arbetssättet behöver fortsätta utvecklas och förankras i verksamheterna under kommande år. Även detta område är identifierat som ett fortsatt utvecklingsområde.

### Risk- och händelseanalys – fortsatt utvecklingsbehov

Risk- och händelseanalys har under flera år identifierats som ett utvecklingsområde och behovet kvarstår under 2025. Förebyggande riskanalyser är en central del i ett systematiskt kvalitetsarbete och en förutsättning för att minska risken för återkommande avvikelser och allvarliga händelser.

Sammantaget bedöms utvecklingen av risk- och händelseanalys vara avgörande för att förvaltningen ska kunna ta nästa steg i kvalitetsarbetet. Ett stärkt ledningsstöd, tydligare krav på uppföljning samt ökad kompetens inom riskanalys är nödvändiga för att möjliggöra ett mer förebyggande och långsiktigt hållbart arbetssätt.

## Avslutande reflektion

Kvalitetsarbetet under 2025 visar att socialförvaltningen befinner sig i en pågående utvecklingsprocess där struktur, analys och transparens successivt stärks. Omställningen till den nya socialtjänstlagen innebär ökade krav på förebyggande arbetssätt, samverkan och kunskapsbaserad praktik, vilket ställer höga krav på organisationens förmåga till lärande och uppföljning.

Omställningen är ett långsiktigt utvecklingsarbete som har påbörjats under 2025 och som kommer att prägla förvaltningens arbete under kommande år. I likhet med många andra kommuner befinner sig socialförvaltningen i ett tidigt skede av omställningen, där fokus hittills har legat på att skapa samsyn, etablera strukturer och stärka förutsättningarna för ett mer förebyggande och kunskapsbaserat arbetssätt. Deltagandet i Nationell uppföljning av socialtjänstens omställning (NUSO) inom barn och unga har utgjort ett viktigt första steg och lagt grunden för ett verksamhetsnära och dialogbaserat analysarbete. Sammantaget innebär omställningen ett skifte där kvalitetsarbetet successivt behöver utvecklas från att i huvudsak beskriva genomförda aktiviteter till att i högre grad analysera effekter, identifiera risk- och behovsmönster samt följa upp om vidtagna åtgärder leder till önskad förändring. Detta bedöms vara en central del av socialförvaltningens fortsatta utveckling i linje med den nya socialtjänstlagens intentioner.

Under kommande år behöver fokus ligga på att omsätta identifierade utvecklingsområden i konkreta, prioriterade och uppföljningsbara förbättringsåtgärder. Särskilt prioriterade områden är kvalitet i dokumentation, hantering och uppföljning av avvikelser samt stärkt riskanalys. Ett fortsatt tydligt fokus på rättssäkerhet, delaktighet och individens behov är avgörande för att säkerställa god kvalitet enligt SoL och LSS.

Kvalitetsberättelsen utgör därmed inte ett avslut, utan ett centralt underlag för fortsatt styrning, prioritering och utveckling av socialförvaltningens arbete mot en mer förebyggande, hållbar och kunskapsbaserad socialtjänst.