

## Kvalitetsberättelse för äldreämnden

1 januari – 31 december 2025

<b>Dokumentnamn:</b> Kvalitetsberättelse för äldreämnden 2025		
<b>Dokumentansvarig:</b> Socialt ansvarig samordnare		<b>Dokumentdatum:</b> 2026-02-17
<b>Godkänd av:</b> Äldreämnden 2026-02-26	<b>Version:</b> 1.0	<b>Reviderad:</b>

## Innehåll

Inledning.....	3
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete .....	4
Systematiskt kvalitetsarbete .....	4
Egenkontroll .....	4
Klagomål och synpunkter .....	4
Avvikelser .....	9
Lex Sarah .....	13
Utredning av lex Sarah-rapporter .....	13
Lex Sarah anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) .....	14
Lex Sarah anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg – externa utförare.....	15
Tillsynsbeslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).....	16
Interna granskningar och uppföljningar.....	16
Externa utförare hemtjänst och särskilt boende .....	17
Uppföljningar.....	17
Brukarundersökningar och nationella jämförelser .....	20
Vad tycker de äldre om äldreomsorgen.....	20
Hemtjänstindex .....	20
Öppna jämförelser .....	21
Förbättrings- och utvecklingsarbeten i verksamheterna under året.....	21
Vård- och omsorgsboende .....	21
Utredning äldre och prevention.....	24
Kommunal hemtjänst.....	27
Övergripande kvalitetsutveckling under året och fortsatt arbete med det systematiska kvalitetsarbetet 2026 .....	27

## Inledning

Kvalitetsberättelsen omfattar delar av det kvalitetsarbete som genomförts på övergripande nivå inom äldrenämndens verksamhetsområde 1 januari – 31 december 2025 samt en redovisning av tillsynsbeslut, egna uppföljningar samt ett urval av brukarundersökningar och nationella jämförelser

Att säkra och följa upp att de verksamheter som äldrenämnden är ansvariga för håller god kvalitet är ett prioriterat område. Det finns krav på att verksamheterna ska följa upp sitt kvalitetsarbete, redovisa resultat och kvalitetsaspekter öppet. Arbetet med att upprätthålla god kvalitet bygger till stor del på att stötta det systematiska kvalitetsarbetet på olika nivåer och att de avvikelser som inträffar utreds, analyseras och åtgärdas för att minimera risken att liknande händelser inträffar igen. Ett systematiskt kvalitetsarbete ger en grund på vilken verksamheterna kan vila för att i mötet med den enskilde ge stöd och omsorg med god kvalitet.

Kvalitetsberättelsen redovisas till äldrenämnden i februari 2026 och är efter godkännande tillgänglig för spridning inom och utom organisationen.

Äldreomsorgens stab

Anna Bergström  
Kvalitetschef

Caroline Björnholt  
Socialt ansvarig samordnare, SAS

## **Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**

Alla vårdgivare och den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter ansvara för att det finns ett ledningssystem för kvalitet. Syftet med ledningssystemet är att ge stöd och struktur till ett systematiskt och målmedvetet arbetssätt med ständiga förbättringar för bästa möjliga kvalitet i de insatser och det stöd socialtjänsten ansvarar för.

Dispositionen i Kvalitetsberättelsen utgår till största delen från Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) samt tillhörande handbok. I det allmänna rådet skrivs att den som bedriver socialtjänst varje år bör upprätta en kvalitetsberättelse.

### **Systematiskt kvalitetsarbete**

I Socialstyrelsens föreskrifter betonas vikten av ett systematiskt förbättringsarbete där identifierade risker, erfarenheter och resultat används som underlag för förbättringar och för revidering av rutiner för att minimera risken att liknande fel uppstår igen.

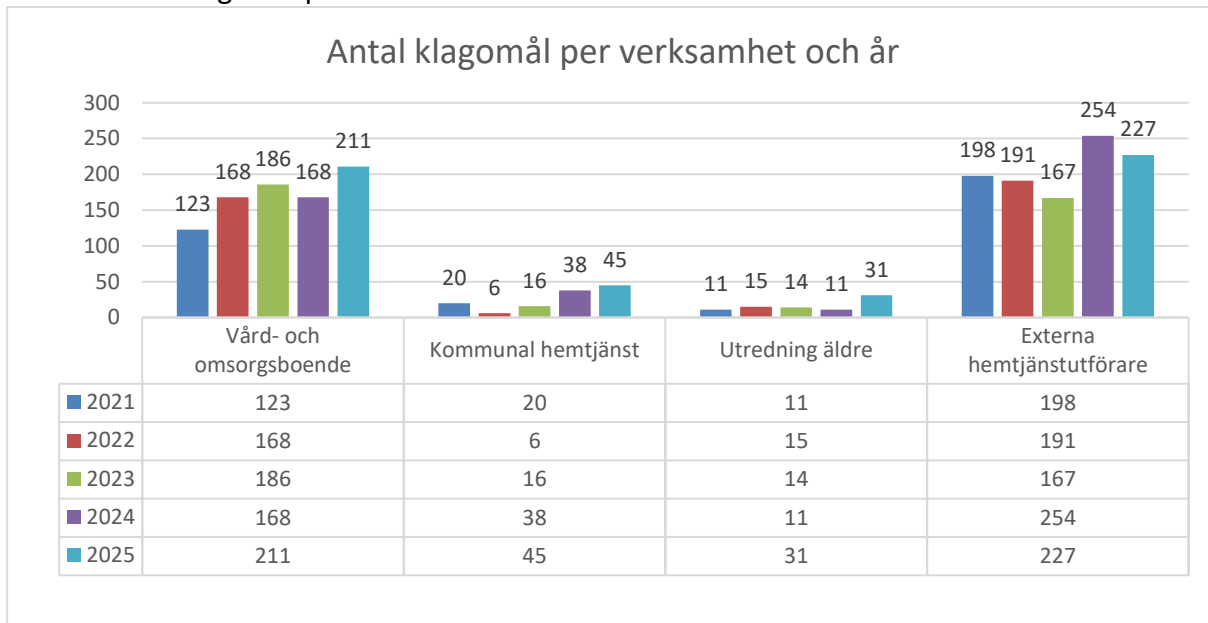
### **Egenkontroll**

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten och kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Här redovisas egenkontroll i form av sammanställning av klagomål, avvikelser och lex Sarah rapporter samt i förekommande fall interna granskningar, uppföljningar, tillsynsbeslut samt nationella jämförelser.

### **Klagomål och synpunkter**

Den som bedriver socialtjänst är skyldig att ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamheten. Det är en del av ett ständigt pågående förbättringsarbete för verksamheten och en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Klagomålsrutinen innebär att synpunkter och klagomål hanteras direkt i verksamheten som berörs. Alla klagomål registreras, följs upp och sammanställs som en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Varje verksamhet ska använda de klagomål och synpunkter som kommer in till att förbättra kvaliteten i sina egen verksamhet samt att hitta ett fungerande arbetssätt för att uppmärksamma om klagomålet lett till förändringar i rutiner eller arbetssätt som andra verksamhetsområden påverkas eller kan dra nytta av.

**Tabell:** Antal klagomål per verksamhet och år 2021–2025



Totalt har 287 klagomål rapporterats under året i kommunens interna verksamheter vilket är en ökning jämfört med 2024 (217), största ökningen har skett inom vård- och omsorgsboende. Vård- och omsorgsboende har 69 rapporterade synpunkter utöver klagomålen. Hemtjänsten har 10 rapporterade synpunkter utöver klagomålen. De externa hemtjänstutförarna har haft en minskning i jämförelse med föregående år. Antal klagomål som redovisas för de externa hemtjänstutförarna inkluderar även Bäckbacka äldreboende och avser personer i samtliga åldrar.

**Tabell:** Områden som klagomålen avser samt fördelning per kommunal verksamhet

Områden	Vård- och omsorgsboende	Hemtjänst kommunal	Utredning äldre	Antal
Insats	63	20	9	92
Bemötande	31	5	4	40
Övrigt	25	2	3	30
Trygghet	24	4	-	28
Måltider	17	2	1	20
Fysisk miljö	16	1	-	17
Handläggning Myndighet	-	-	10	10
Kompetens	7	2	1	10
Vårdkedjebrist/Brist i samverkan	9	1	-	10
Bristande information	5	2	2	9
Lång väntetid	5	3	-	8
Bemanning	4	1	-	5
Inflytande/självbestämmande/delaktighet	2	1	1	4
Tillgänglighet	3	1	-	4
<b>Totalt antal</b>	<b>211</b>	<b>45</b>	<b>31</b>	<b>287</b>

## **Kommentarer från kommunala verksamhetschefer angående klagomål**

### ***Verksamhetschef på Vård- och omsorgsboende***

Fler anhöriga anger i brukarenkäten att de vet var de kan framföra synpunkter och klagomål vilket också förstärks av det ökade antalet inrapporterade klagomål. Sammantaget kan detta vara signal på fler korrekt rapporterade klagomål och ökad medvetenhet hos anhöriga. Ökning i antal kan indikera såväl ökad rapporteringsbenägenhet såväl som ökat antal brister, orsak är inte säkerställd. Antal klagomål under året har främst gällt utförande av eller utebliven insats samt bemötande. Ett pågående arbete med att stjärnmärka<sup>1</sup> verksamheterna pågår vilket också är grund för att nå framgång kring bemötande och verkställighet av insatser. Det nya arbetssättet kring genomförandeplaner som har breddinförts under året visar på goda resultat kring kvalitet i genomförandeplaner vilket kvalitetssäkrat en adekvat beskrivning av hur stöd ska ges till vård- och omsorgstagaren.

Vid brister i utförande av insatser görs en analys på boendet för att säkra att insatser är korrekt beskrivna, planerade och att justeringar genomförs. Återkoppling av åtgärder sker alltid till den som framfört klagomålet.

### ***Verksamhetschef på Utredning äldre och prevention***

Merparten är riktade mot hemtjänst där enskilda har klagomål/ synpunkter på hemtjänstutföraren. Det kan handla om att man anser att insatser inte blivit utförda tillräckligt bra eller har synpunkter på bemötande eller dylikt.

Då det gäller klagomål och synpunkter kopplade till den egna verksamheten så handlar majoriteten om bemötande, kopplat till telefonsamtal eller i samband med att den enskilde/anhörig inte anser att biståndsbeslutet motsvarar behoven. Andra klagomål har bland annat handlat om att beslutsmeddelande inte skickats till företrädare då den önskade adressen inte fanns registrerad i systemet, felbedömt datum för inkommen överklagan, kommunens rutin för inköp samt hur återkoppling på klagomål gjorts. Utredning äldre jobbar kontinuerligt med bemötande och följsamhet till rutinerna. Ett av klagomålen har medfört förtydligande i rutin.

### ***Verksamhetschef på den kommunala hemtjänsten***

Majoriteten av de klagomålen som inkommer avser utförande av insats eller utebliven insats. När det gäller utebliven insats handlar det oftast om att verksamheten behövt använda sig av prioriteringsordningen på grund av till exempel extremväder eller sjukdom

---

<sup>1</sup> Stjärnmärkt är en utbildningsmodell som vänder sig till särskilda boenden, dagverksamheter, hemtjänst- och biståndshandläggarenheter. Syftet är att ge personalen kunskap och verktyg för att kunna utveckla det personcentrerade arbetet på sin arbetsplats. (Svenskt Demenscentrum)

När det gäller utförande av insats så kan det handla om hur den enskilde eller anhöriga upplever hur den har utförts. Vissa av klagomålen handlar om kompetensbrist hos personalen och utbildningsrådet arbetar på övergripande nivå med ett utbildningskoncept utifrån behoven i verksamheten. Kunskapspåfyllnad görs även på enhetsnivå utifrån behov, vilket ofta sker i samarbete med hemsjukvården eller i vissa fall tillsammans med regionen.

Hemtjänsten har fått ökat antal klagomål från allmänheten kring hur fordonen framförs i trafiken eller i bostadsområden och handlar om att man kör alldeles för fort. Detta är något som verksamheten ser allvarligt på och utifrån det så kommer det att införas en pilot i hemtjänsten under 2026. Det innebär att man som personal kommer att tagga in sig med sitt kommunkort vid framförande av fordonet vilket möjliggör kontroll av vem som kört fordonet. Därigenom kan uppkomna klagomål hanteras på ett bättre sätt.

### Externa hemtjänstutförare enligt LOV<sup>2</sup>

Enligt en i nämnden fastställd uppföljningsplan har avvikelser och klagomål från de externa utförarna begärts in vid årets slut enligt samma kategorier som kommunens verksamheter för att statistiken ska gå att jämföra. Klagomålen från de olika företagen redovisas sammantaget i nedanstående tabell.

**Tabell:** Områden som klagomålen avser samt antal, avser externa hemtjänstutförare

Områden	Antal 2024	Antal 2025
Insats	62	73
Lång väntetid	45	32
Bristande information	6	26
Övrigt	42	21
Bemötande	33	15
Vårdkedjebrist/Brist i samverkan	-	13
Måltider	30	12
Kompetens	8	11
Tillgänglighet	2	10
Fysisk miljö	-	5
Organisation/ledning/ styrning	3	4
Bemanning	17	4
Inflytande/delaktighet/självbestämmande	1	1
Säkerhet/trygghet	4	-
Sekretess	1	-
<b>Totalt antal</b>	<b>254</b>	<b>227</b>

<sup>2</sup> Enligt Lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV)

Totalt har 227 klagomål rapporterats från de externa hemtjänstutförarna, inklusive Bäckbacka äldreboende, vilket är en minskning jämfört med föregående år. De mest förekommande klagomålen har kategoriserats under område Insats följt av Lång väntetid och Bristande information.

### **Kommentarer/citat från de externa hemtjänstutförarna angående klagomål**

*”Under den aktuella perioden har verksamheten genomgått förändringar som inneburit utmaningar för både kunder och verksamhet. En stor andel av kunderna hade i samband med detta ofrivilligt bytt utförare, vilket medförde omfattande förändringar för dem. Bytet innebar nya medarbetarkontakter, nya arbetsplatser samt nya individer att möta, vilket påverkade särskilt kunder med behov av kontinuitet och trygghet. I vissa fall upplevdes vårt arbetssätt initialt skilja sig från vad kunden varit van vid. Samtidigt fanns ett behov hos medarbetare att lära känna kunderna bättre för att kunna skapa fungerande och individuellt anpassade rutiner. Sedan dess upplever vi att kundnöjdheten inom verksamheten har förbättrats avsevärt, och arbetet fortsätter kontinuerligt med fokus på att stärka trygghet, säkerhet och kvalitet i omsorgen, där kundnöjdhet är ett övergripande mål”.*

*”Resultatet ligger i nivå med föregående år, om än något lägre. En möjlig förklaring till det kan vara att vissa händelser inte rapporterats enligt rutin. Inkomna klagomål har åtgärdats omgående men rapportering har uteblivit, detta har berott på hög arbetsbelastning i samband med ett högt inflöde av nya kunder under kort tid. Vanligaste klagomålen har rört missnöje över att personal upplevs stressade. Åtgärder som vidtagits är att verksamheten har uppmärksammat behov av att följa upp flera ärenden tillsammans med biståndshandläggare. I de fall där det varit möjligt har verksamheten utökat insatstiden för att ge personalen mer realistiska förutsättningar att utföra insatserna. All planering ses kontinuerligt över och optimerats för att minska restider och skapa mer effektiva och logiska körscheman”.*

### **Sammantagen analys av klagomålshanteringen**

Inom de egna verksamheterna så har antalet klagomål ökat något sedan föregående år. Insats är det område där flest klagomål inkommer, både i den kommunala verksamheten och hos de externa utförarna. De externa utförarna har haft en liten minskning som kan bero på att två hemtjänstutförare slutat under året.

Den kommunala hemtjänsten har fortsatt betydligt lägre andel klagomål än de externa hemtjänstutförarna, vilket kan bero på flera olika orsaker. En orsak kan vara att man inte i samma utsträckning registrerar varje klagomål/synpunkt i den kommunala hemtjänsten som i den externt utförda hemtjänsten. Antalet klagomål är inte med automatik ett mått på kvaliteten i insatserna. En högre andel klagomål behöver inte betyda att kvaliteten skulle vara sämre utan kan också bero på hur verksamheterna jobbar med klagomål/synpunkter

och avvikelser som en del i sitt kvalitetsarbete. Verksamhetscheferna beskriver olika exempel på att vissa klagomål åtgärdas på systemnivå med exempelvis förändrade rutiner för hela verksamheten men även att åtgärder vidtas för den enskilde på individnivå.

## Avvikelser

Hantering av avvikelser är en del av det systematiska förbättringsarbetet. Om en verksamhet inte når upp till krav och mål som finns i lagstiftning föreligger en avvikelse som verksamheten ska hantera. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska nämnden som en del i sitt systematiska förbättringsarbete hantera avvikelser. När en avvikelse uppmärksammas ska den utredas och åtgärder ska vidtas för att förhindra att liknande händelser upprepas.

Nedan redovisas de kategorier av avvikelser som bedöms vara avvikelser enligt socialtjänstlagen (SoL).

### Vård- och omsorgsboende

**Tabell:** Typ och antal avvikelser inom vård- och omsorgsboende inklusive korttidsboende

Typ av avvikelse	Antal 2024	Antal 2025
Insats	776	906
Säkerhet/Trygghet	749	657
Hot och våld	191	302
Dokumentation	103	186
Vårdkedjebrist/Brist i samverkan	109	97
Sekretess	55	86
Bemötande	66	71
Lokaler	8	13
<b>Totalt antal</b>	<b>2057</b>	<b>2318</b>

Totalt har 2318 avvikelser rapporterats i verksamhetssystemet vilket är en ökning jämfört med år 2024. Den mest förekommande avvikelsen är området Insats som ökat sedan föregående år. Säkerhet/trygghet fortsätter att vara en av de mest förekommande avvikelserna men har minskat något sedan 2024. Den tredje vanligaste avvikelsen är inom området Hot och våld och som ökat med mer än hundratalet fler än 2024. Under området Insats så är utebliven/bristfälligt utförd personlig omvårdnad/hygien mest förekommande (333) följt av bristfälligt utförd insats (314). Under området Säkerhet/trygghet så avser cirka hälften (325) larm liksom tidigare år. Andra kategorier som rapporteras under området Säkerhet/trygghet är bland annat skyddsåtgärder, exempelvis sänggrind och bälte (126) och övrig välfärdsteknik (102). Under området Hot och våld så avser största delen av det som rapporterats händelser mellan brukare. Avvikelserna är fördelade på 56 % kvinnor och 42 % män, resterande avvikelser saknar registrering på kön.

### Kommentar av verksamhetschef, vård- och omsorgsboende

Viktiga utvecklingsarbeten för att minska antalet avvikelser är bland annat att påbörja processen med att stjärnmärka verksamheterna, vilket säkerställer att minst 80% av de anställda på en verksamhet har genomgått utbildningar kring nollvision, demens ABC, reflektion och arbetar enligt checklista.

Hot och våld kan vara förekommande vid kognitiv svikt och demenssjukdom och behöver behandlas och bemötas på ett sådant sätt att risksituationer uppkommer. Vid inflyttning görs därför en riskbedömning för varje enskild omsorgstagare för att skapa förutsättningar för riskminimering att situationer kring hot och våld uppkommer. Rent generellt är demenssjukdom med tillhörande BPSD symptom den vanligast förekommande orsaken till att beslut som boende beviljats, och en majoritet av alla vård och omsorgstagare har en demenssjukdom. Under året har arbete med att uppdatera och revidera rutiner fortsatt, arbetet behöver dock ske i samverkan med andra verksamhetsområden eller i vissa fall förvaltningar, vilket medför en ökad komplexitet och ett ökat antal beroenden för arbetet. Avvikelserutinen och arbetsätten mellan olika verksamhetsområden är under översyn från kvalitetsenheten för att förbättra och förenkla både arbete kring avvikelser och analys av dessa. En ledningsstruktur för effekthemtagning och arbetsätt kring larm och sensorer är etablerad under 2025 vilket fångar upp och driver förbättringsarbeten gällande den nya tekniken som installerats på boendena.

### Kommunal hemtjänst

**Tabell:** Typ och antal avvikelser inom den kommunala hemtjänsten

Typ av avvikelse	Antal 2024	Antal 2025
Insats	241	236
Säkerhet/trygghet	23	57
Vårdkedjebrist/Brist i samverkan	19	40
Dokumentation	10	19
Bemötande	6	13
Hot och Våld	4	9
Sekretess	14	2
Lokaler	1	1
Handläggning Myndighet	1	-
<b>Totalt antal</b>	<b>319</b>	<b>377</b>

Totalt har 377 avvikelser rapporterats i verksamhetssystemet vilket är en ökning jämfört med 2024. Området Insats är den mest förekommande och är i samma nivå som föregående år, utebliven insats övrigt står för 150 av de insatsavvikelser som rapporterats. Området säkerhet/trygghet har ökat antal avvikelser och avser främst trygghetskamera, larm och övrig välfärdsteknik. Vårdkedjebrist/brist i samverkan har ökat dubbelt jämfört med 2024

och avser främst intern samverkan och oklar ansvarsfördelning. Avvikelserna är fördelade på 55 % kvinnor och 43 % män, resterande avvikelser saknar registrering på kön.

#### **Kommentar av verksamhetschef, kommunal hemtjänst**

Som tidigare år är utebliven insats den mest förekommande avvikelsen. Det handlar om när man behöver använda prioriteringsordningen vid stor sjukfrånvaro/extremväder och majoriteten av dessa avvikelser skrivs under vinterperioden. I vissa fall har besök missats, då utreder ansvarig enhetschef orsaken till det och bedömer om vilka åtgärder som behöver vidtas. När det gäller trygghetskamera/larm så görs avvikelser när tekniken brister. Detta ligger på digitaliseringsenheten som ansvarar för att installera tekniken och att felsöka.

#### **Externa hemtjänstutförare enligt LOV**

Enligt en i nämnden fastställd uppföljningsplan har avvikelser och klagomål från de externa utförarna begärts in vid årets slut enligt samma kategorier som kommunens verksamheter för att statistiken ska gå att jämföra. I nedanstående tabell redovisas avvikelserna från de olika företagen sammantaget i de kategorier som bedöms vara avvikelser enligt socialtjänstlagen (SoL).

**Tabell:** Typ och antal avvikelser, avser externa hemtjänstutförare

Typ av avvikelse	Antal 2024	Antal 2025
Säkerhet/Trygghet	9	12
Bemötande	3	7
Brist i teknisk utrustning	1	7
Insats	83	6
Hot och våld	82	6
Vårdkedjebrist/Brist i samverkan	218	4
Dokumentation	5	2
<b>Totalt antal</b>	<b>401</b>	<b>44</b>

Totalt har 44 avvikelser rapporterats från samtliga externa hemtjänstutförare, inklusive Bäckbacka äldreboende, vilket är en kraftig minskning jämfört med 2024. Den mest förekommande avvikelsen är Säkerhet/Trygghet följt av Bemötande och Brist i teknisk utrustning. Avvikelserna som redovisas avser personer i samtliga åldrar.

Den kraftiga minskningen kan till stor del förklaras genom att två hemtjänstutförare slutat under året och att deras uppgifter därför saknas i denna redovisning.

#### **Kommentarer/citat i ett urval från de externa hemtjänstutförarna angående avvikelser**

*”Återkommande avvikelser har lyfts och diskuterats i hela arbetsgruppen vid teammöten och även individuellt med berörd medarbetare. Vi en ny roll i verksamheten-kvalitetsansvarig. Detta är en teamledare som jobbat länge i företaget och som utmärkt sig i sitt kvalitetstänk. Hen kommer att jobba med alla teamledare och planerare för att säkra en kvalitativ omsorg”*

”Generellt kan avvikelserna härledas till att verksamheten under en kort period haft många nya medarbetare och nya kunder vilket skapat en situation med hög arbetsbelastning och begränsad tid för introduktion. Den snabba förändringstakten har påverkat kontinuiteten, ökat risken för missförstånd och gjort det svårare att säkerställa att alla rutiner följs korrekt. Uppföljning av all ny personal, rutiner för introduktion av nya medarbetare har setts över och revideras. Ny avvikelse modul har införts i slutet av året vilket möjliggör för personalen att rapportera avvikelser direkt i verksamhetssystem och i arbetsmobilerna”.

## Utredning äldre

**Tabell:** Typ och antal avvikelser inom Utredning äldre

Typ av avvikelse	Antal 2024	Antal 2025
Handläggning Myndighet	45	59
Insats	32	33
Dokumentation	17	16
Vårdkedjebrist/Brist i samverkan	29	14
Bemötande	1	6
Sekretess	2	6
Förflyttning	-	4
Säkerhet/trygghet	2	1
<b>Totalt antal</b>	<b>128</b>	<b>139</b>

Totalt redovisas 139 avvikelser vilket är en liten ökning jämfört med 2024 (128).

Handläggning Myndighet är den vanligaste avvikelserna följt av Insats och Dokumentation. Exempel på avvikelser inom området Handläggning är utredning, dokumentation och utebliven/bristfällig uppdragsbeskrivning. Avvikelser gällande Insats kan handla om att de är bristfälligt utförda eller att de uteblivit. Avvikelser inom området Vårdkedjebrist handlar både om intern och extern samverkan men övervägande delen avser extern samverkan. Avvikelserna är fördelade på 56 % kvinnor och 44 % män.

## Kommentar av verksamhetschef, utredning äldre och prevention

Vad gäller avvikelser så avser ett flertal externa aktörer. Enligt gällande rutin så registrerar handläggare avvikelse på myndigheten när det är en avvikelse mot extern hemtjänstutförare. Dessa skickas sedan vidare till berörd utförare för fortsatt hantering, då avvikelser avser hemsjukvård och regionen så skickas de vidare och svar inväntas.

Avvikelser kopplade till den egna verksamheten handlar ofta om manuell hantering i verksamhetssystemet och att handläggare i samband med det missar något steg i handläggningsprocessen vilket medför att det blir fel i handläggningen av ett beslut/ärende. Det förekommer även avvikelser kopplade till att man har missat inkomna meddelanden vilket har lett till att handläggning har dragit ut på tiden och enskilda inte fått sina behov tillgodosedda/ej fått sina önskade avslut.

Avvikelserna har lyfts med personalgruppen. Rutiner för hantering finns i till stor del men att komma ihåg hur man ska göra tillsammans med högt arbetsflöde kan leda till att fel uppstår. Åtgärder som tex rättelser vidtas oftast i samband med att avvikelse upptäcka och registreras av handläggare.

### **Sammantagen analys av avvikelshanteringen**

Under årens lopp så har det varit en återkommande iakttagelse i Kvalitetsberättelsen att avvikelshanteringen är ett utvecklingsområde. Verksamheterna har också under flera år jobbat med att i större utsträckning hantera avvikelser och klagomål på ett systematiskt sätt samt utbildat enhetschefer och medarbetare om vikten av att dokumentera och uppmärksamma avvikelser.

Under 2025 så har äldreomsorgens avvikelser och avvikelshantering varit mycket i fokus utifrån allvarliga händelser inom äldreomsorgen. Mot bakgrund av återkommande iakttagelser och interna dialoger om avvikelser och hantering av dessa så har ett arbete med att processkartlägga avvikelshanteringen initierats. Arbetet har pågått under senare delen av året tillsammans med representanter från äldreomsorgens samtliga verksamheter. I den kartläggningen har synliggjorts att det finns behov att gå vidare i det arbetet och se över nuvarande rutiner och arbetssätt. Det arbetet pågår för närvarande.

## **Lex Sarah**

Lex Sarah är en viktig del i det systematiska kvalitetsarbetet. Syftet är att komma till rätta med brister i verksamheten och förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen. Enligt bestämmelserna om lex Sarah i socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska:

- personalen genast rapportera missförhållanden till den som bedriver verksamheten
- den som bedriver verksamheten utreda och avhjälpa eller undanröja det rapporterade missförhållandet utan dröjsmål
- den som bedriver verksamheten om det visar sig att missförhållandet är allvarligt, snarast anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

### **Utredning av lex Sarah-rapporter**

Under året har 48 lex Sarah rapporter inkommit vilket är en ökning jämfört med 2024 (32). Av dessa har 12 rapporter efter kortare utredning bedömts att inte vara missförhållanden. Majoriteten av rapporterna kommer från vård- och omsorgsboende (31) följt av hemtjänsten (16) samt 1 rapport från utredning äldre.

**Tabell:** Typ av missförhållande i rapporter där missförhållande bedömts föreligga

Typ av missförhållande	Vård- och omsorgsboende	Hemtjänst	Utredning äldre	Totalt antal
Hot mot fysisk och psykisk hälsa	15	14	-	29
Brister i sekretess	6	-	-	6
Brister i rättssäkerhet	-	-	1	1
<b>Totalt antal</b>	<b>21</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>36</b>

Händelser som rör hot mot fysisk och psykisk hälsa har varit det mest förekommande. Exempel på händelser har varit brister i larmhantering, insatser som utförts bristfälligt eller uteblivit, sexuella övergrepp, fysiska övergrepp samt brister i bemötande. Brister i sekretess har bedömts som risk för missförhållande och avser händelse i vård- och omsorgsboende där arbetsplanerna med sekretessuppgifter inte hanterats enligt rutin. Brister i rättssäkerhet handlar om att biståndshandläggare inte hanterat ett ärende utifrån lagstiftning och rutiner.

### **Lex Sarah anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)**

Åtta anmälningar har gjorts till IVO under året;

- En boende blev utsatt för psykiskt och fysiskt kränkande bemötande av en personal. Vidtagna åtgärder har inneburit att den aktuella personalen blev avstängd och fick avsluta sin anställning.
- Fyra personer med hemtjänst utsattes för sexuella övergrepp av en personal i samband med hemtjänstinsatser. Din kommunala hemtjänst har utifrån händelserna upprättat en åtgärdsplan med en mängd åtgärder med bland annat upprättande och revidering av rutiner inom området våld, övergrepp och misstänkta brott mot äldre.
- En boende fick bristande omsorgsinsatser vid livets slut. Personen hade ordinerats vak med personalinsats och oerfaren personal hade getts uppdraget, vilket inte är i enlighet med rutinerna. Åtgärder har vidtagits för att säkerställa att ordinarie personal ska sitta vak genom revidering av rutiner samt information till personal. Arbetsinstruktioner för palliativt vak har reviderats och tydliggjorts och personalen har även fått utbildning i palliativ vård.
- En boende fick bristande omsorgsinsatser och orsakerna bedöms bland annat vara brister i kompetens hos personalen. Flertalet åtgärder är vidtagna på enhetsnivå och här redovisas åtgärder på systemnivå: Ökad kompetens hos vikarier genom en 2-dagars praktisk introduktionsutbildning, extern granskning av det systematiska

kvalitetsarbetet inom äldreomsorgsförvaltningen, intern kartläggning av avvikelseprocessen för socialtjänst-respektive hälso- och sjukvårdsavvikelser. Extern granskning av det systematiska kvalitetsarbetet vid det aktuella vård- och omsorgsboendet pågår och en annan granskning med fokus på arbetsmiljö kommer att påbörjas inom kort.

- En boende blir utsatt för kränkande bemötande och fysiskt övergrepp i samband med omvårdnadsinsats. Händelsen har polisanmälts och den aktuella personalen har fått avsluta sin anställning. Andra åtgärder har bland annat varit att gå igenom och påminna personalen om vikten att ta kontakt med chef i beredskap och sjuksköterska i samband med allvarlig händelse.

## **Lex Sarah anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg – externa utförare**

En anmälan har gjorts till IVO under året;

- En hemtjänsttagare öppnade inte dörren vid planerat besök och hittades på golvet i samband med ett hemtjänstbesök samma eftermiddag. Den enskilde hade kunnat hittas tidigare om personalen som var där vid första besöket agerat utifrån rutinerna när en brukare inte öppnar dörren. De åtgärder som vidtagits är bland annat tydliggörande av rutinen samt att vid inskolning säkerställa att nya medarbetare är väl insatta i rutinen.

### **Sammantagen bedömning och analys av lex Sarah**

Antalet rapporter är betydligt fler i jämförelse än tidigare år. Två händelser i hemtjänsten respektive på vård- och omsorgsboende har sammanlagt genererat 14 rapporter. De händelserna handlar om brister i sekretess och uteblivna hemtjänstinsatser. Under året så har det varit en högre andel allvarliga missförhållanden som anmälts till IVO än tidigare år och hälften av det som anmälts avser händelserna med sexuella övergrepp i hemtjänsten.

Alla rapporter bedöms inte vara ett missförhållande men alla inkomna rapporter utreds. Dessa kan vara av blandad karaktär och kan exempelvis handla om personalärenden där det framförs klagomål på kollegornas arbetsinsatser, att personal utsatts för hot och våld av brukare eller andra åsikter om verksamheten. Dessa är också viktiga för verksamheten att ta hand om och hanteras enligt upprättade rutiner, men hanteras inte inom ramen för lex Sarah utredningar.

I de utredningarna där missförhållande bedömts föreligga så har det i samtliga utredningar lett fram till en rad åtgärder, bland annat förbättrade rutiner, arbetssätt och utbildningssatsningar som bidrar till att förbättra verksamhetens kvalitet.

I samband med utredning av rapporterade missförhållanden så har det uppmärksammats fortsatt bristande dokumentation i brukarnas sociala journaler som i vissa fall kan försvåra möjligheten att utreda händelseförloppet och få en bild av vad som hänt. Mot den bakgrunden så är det viktigt att personalen kontinuerligt ges fortsatt utbildning och handledning i dokumentation.

## **Tillsynsbeslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO)**

Inget tillsynsbeslut som avser tillsyn enligt socialtjänstlagen har inkommit till äldrenämnden från IVO, förutom beslut som gäller ej verkställda beslut eller beslut efter anmäld lex Sarah.

## **Interna granskningar och uppföljningar**

### **Fördjupad uppföljning**

Enligt plan för uppföljning av upphandlade vård- och omsorgstjänster- och motsvarande verksamhet i intern regi i äldrenämnden (2025-03-05) ska intern verksamhet följas upp på ett likvärdigt sätt som externa utförare. Mot bakgrund av det så har en fördjupad uppföljning skett av en hemtjänstenhet i Din kommunala hemtjänst. Uppföljningen har skett utifrån intervjuer inom olika frågeområden med enhetschef och medarbetare samt granskning av relevanta rutiner. De intervjuade lyfter själva förbättringsområden som bedöms som relevanta inom viktiga områden exempelvis arbetet med genomförandeplaner och höjd kompetens bland medarbetarna som är viktiga kvalitetsfaktorer. Den sammanfattade bedömningen är att verksamheten ger intryck av att vara en väl fungerande hemtjänstenhet med engagerad ledning och personal.

### **Kontroll av följsamhet till avvikelserutin**

Socialt ansvarig samordnare har gjort stickprov för att följa upp efterlevnad av rutinerna för avvikelser (SoL) och hantering i verksamhetssystemet, 10 avvikelser vardera i den kommunala hemtjänsten, vård- och omsorgsboende samt utredning äldre. Ungefär hälften av de granskade avvikelserna är hanterade och avslutade inom 2 månader i enlighet med rutinen. Det framgår tydligt att verksamheterna inte har följsamhet till avvikelshanteringsrutinen vad gäller att det även ska dokumenteras i den enskildes sociala journal att en avvikelse har registrerats. I de avvikelser som granskats inom hemtjänst så är det svårt att utläsa vilka konkreta åtgärder som vidtagits. I vård -och omsorgsboende så finns kompletterande anteckning till de ikryssade alternativen i hälften av avvikelserna. Utredning äldre har, liksom föregående år, kompletterande anteckningar i samtliga avvikelser vilket visar på följsamhet till rutinen i den delen. Resultatet av stickprovet visar på att avvikelshanteringen fortsatt är ett utvecklingsområde. Verksamheterna uppmanas att regelbundet kontrollera att avvikelser hanteras inom tidsramen samt att hålla god registervård genom att avsluta hanterade avvikelser i verksamhetssystemet.

## Externa utförare hemtjänst och särskilt boende

### Tillståndsplikt

Såväl hemtjänst som särskilt boende är tillståndspliktiga verksamheter. Det innebär att det krävs att den som bedriver sådan verksamhet har tillstånd från Inspektionen av vård och omsorg (IVO).

### Utveckling under året

Inga nya avtal har tillkommit under året. Det finns ett LOU-upphandlat avtal gällande vård och omsorgsboende. Antalet valbara hemtjänstutförare har minskat med två utförare under året, efter att två hemtjänstutförare sagt upp sina avtal, 2025-12-31 fanns det fem (5) externa hemtjänstutförare. De externa utförarnas andel av de beslutade hemtjänsttimmarna har minskat under året. Arbete för att övergå till LOU-upphandlad hemtjänst under 2026 har påbörjats efter beslut i kommunfullmäktige i september 2025.

### Volym i december 2025 exkl. anhörigvård (2024 inom parentes)

Under 65 år	Antal hemtjänsttagare under 65 år	Andel hemtjänsttagare i procent	Antal tim./mån under 65 år	Andel tim./mån i procent
Externt	203 (237)	68% (49%)	3613 (4412)	66% (53%)
Internt	95 (246)	32% (51%)	1859 (3879)	34% (47%)
Totalt	298 (483)		5472 (8291)	

Över 65 år	Antal hemtjänsttagare över 65 år	Andel hemtjänsttagare i procent	Antal tim./mån över 65 år	Andel tim./mån i procent
Externt	700 (900)	38% (47%)	27008 (33088)	45% (51%)
Internt	1147 (1020)	62% (53%)	33296 (31344)	55% (49%)
Totalt	1847 (1920)		60304 (64432)	

Totalt	Antal hemtjänsttagare totalt	Andel hemtjänsttagare i procent	Antal tim./mån totalt	Andel tim./mån i procent
Externt	903 (1137)	42% (47%)	30621 (37500)	47% (52%)
Internt	1242 (1266)	58% (53%)	35155 (35223)	53% (48%)
Totalt	2145 (2403)		65776 (72723)	

### Uppföljningar

Äldrenämnden har en plan för uppföljning av upphandlade vård och omsorgstjänster, och motsvarande verksamhet i intern regi för 2025. Syftet med planen är att säkerställa att avtal

med externa utförare följs upp på ett systematiskt sätt utifrån angivna krav, samt att motsvarande intern verksamhet som nämnden har huvudansvar för följs upp på ett likvärdigt sätt. Inplanerade uppföljningar har under året genomförts enligt plan.

### **Fördjupad avtalsuppföljning av hemtjänstföretag**

Fördjupad avtalsuppföljning innebär att kontrollera att utföraren levererar enligt gällande avtals ställda krav. Upphandlingsbyrån ansvarar. Hur många fördjupade avtalsuppföljningar som skulle genomföras under året var vid planens beslutande inte klart. Tillsammans med äldreomsorgen beslutades om att genomföra två fördjupade avtalsuppföljningar, en på det LOU-upphandlade särskilda boendet, och en på ett privat hemtjänstföretag.

Fördjupad avtalsuppföljning av upphandlat särskilt boende genomfördes under våren. Fördjupad avtalsuppföljning avseende ett hemtjänstföretag har genomförts under hösten. Den fördjupade rapporten av de två externa redovisas separat i äldrenämnden.

Fördjupad uppföljning avseende den interna regin (Din kommunala hemtjänst) har genomförts under hösten. Gällande uppföljning av den interna verksamheten ansvarar äldreomsorgen själva.

### **Incidenter**

Avtalsägare på upphandlingsbyrån träffar myndighetsutövningen i såväl äldreomsorgs- förvaltningen som stöd och omsorg månatligen för avstämning och uppföljning. Syftet är att fånga upp och hantera incidenter av icke akut karaktär som noterats i myndighetsuppföljningen.

Upphandlingsbyrån har under 2025 med anledning av ovanstående uppföljning utfärdat två varningar. En varning avsåg en återbetalning. Återbetalningen genomfördes och uppföljning/handlingsplan behövdes således inte. En varning avsåg ett företag som inte längre är verksamt.

### **Årlig revision**

Förvaltningen genomför tillsammans med Upphandlingsbyrån en årlig revision av den avtalsuppföljning som skett. Syftet är att sammanfatta årets gemensamma uppföljningar och planera för kommande år samt vanligen att fastställa vilka företag som blir aktuella för den fördjupade avtalsuppföljningen. Under 2026 kommer upphandlingsmodellen att förändras och den årliga revisionen kommer att ta fasta på att sammanfatta en avslutsrapport inom ramen för LOV.

## **Kvalitetsutveckling**

Alla hemtjänstutförare och det upphandlade särskilda boendet har under året fått ta del av statliga stimulansmedel ur statsbidraget Säkerställa en god vård och omsorg om äldre personer, "Äldreomsorgssatsningen". Uppföljning av genomförda insatser pågår. Det finns en variation på aktiviteter och åtgärder som vidtagits för att höja kompetensen, förbättra arbetsmiljön, införande av ny teknik och digitalisering, samt olika aktiviteter för att bryta äldres isolering och ensamhet.

Utförarna har även erbjudits möjligheten att ansöka om medel utifrån överenskommelse Psykisk hälsa och suicidprevention mellan staten och SKR - tre hemtjänstutförare ansökte och beviljades medel för kompetenshöjande insatser.

Äldreomsorgslyftet som avser att möjliggöra för medarbetare att utbilda sig till undersköterska under arbetstid har också erbjudits alla utförarna.

## **Informationssida för externa utförare**

Förvaltningen har löpande informerat utförarna om nyheter på hemtjänstområdet och rekommendationer, rutiner, informationsblad och andra relevanta underlag. Syftet med informationssidan är att utförarna på ett samlat och överskådligt sätt ska kunna ta del av bland annat aktuella nyheter.

## **Resultatmätt**

Uppföljning av kvalitet hos den interna och externa verksamheten sker genom:

- Inhämtande av uppgifter avseende avvikelser och klagomål (utifrån SoL och HSL).
- Redovisning av nationella brukarundersökningar
- Redovisning av Hemtjänstindex

Förvaltningen ansvarar för inhämtande och redovisning av kvalitetsparametrar. Avvikelser och klagomål redovisas i särskilt avsnitt i Kvalitetsberättelsen. Redovisning av nationella brukarundersökningen och Hemtjänstindex ges i egen rapport till nämnden.

## **Förstärkt uppföljning för att förebygga välfärds kriminalitet**

Under januari 2024 ställde sig äldrenämnden och individ- och familjenämnden bakom regeringsuppdraget CURA och förvaltningarnas deltagande i projektet. CURA är ett samarbete mellan flertalet myndigheter i syfte att hitta metoder för att förhindra välfärdsbrottslighet. Projektet har handlat om framtagandet av metodstöd för uppföljning av hemtjänst.

Metodstödet har främst använts av Utredning äldre som utvecklat nya arbetssätt kopplat till kontroll och uppföljning. Samarbete har skett med säkerhetsavdelningen kring hur metodstödet användning kan utvecklas ytterligare. Bedömd effekt på denna relativt korta period som stödet använts, är att fler fördjupade uppföljningar har genomförts till följd, och

att socialsekreterare reagerar tidigare på signaler. Metodstödet implementering fortsätter under 2026.

### **Verksamhetsberättelser**

Samtliga externa hemtjänstföretag har inkommit med sina verksamhetsberättelser till upphandlingsbyrån enligt gällande avtalsvillkor. De externa rapporterar om ett händelserikt år. De har, liksom den interna hemtjänsten, tagit emot många nya brukare efter att två hemtjänstutförare avslutat sina avtal under året vilket påverkat såväl rekrytering som arbetsmiljö. De skildrar att den mediala bilden av äldreomsorgen också påverkat dem. Beslutet att övergå till LOU-upphandlad hemtjänst påverkar utförarna i stor grad och en del oro och frågetecken har behövt hanteras.

## **Brukarundersökningar och nationella jämförelser**

Brukarundersökningar och andra nationella jämförelser är egenkontroller och därmed en del av det systematiska kvalitetsarbetet som syftar till att utveckla och förbättra verksamheterna. Resultaten kan följas över tid och kommunen kan jämföra sina resultat mellan åren. Resultaten kan även jämföras med andra kommuner på samma sätt.

### **Vad tycker de äldre om äldreomsorgen**

Vad tycker de äldre om äldreomsorgen är en återkommande rikstäckande enkätundersökning av äldre personers uppfattning om hemtjänsten och särskilda boenden. Enkäten samordnas via Socialstyrelsen och skickas varje år till personer som är 65 år eller äldre och som har hemtjänst eller bor i ett särskilt boende för äldre. Syfte med undersökningen är att ge äldre personer möjlighet att ge synpunkter på hur de uppfattar äldreomsorgen samt att kommuner ska få ett underlag att använda för att utveckla äldreomsorgen utifrån de äldres perspektiv. Mer information och resultat finns på Socialstyrelsens hemsida: [Öppna jämförelser – Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? - Socialstyrelsen](#)

Vård- och omsorgsboende och hemtjänsten tar del av brukarundersökningens resultat i oktober när det tillgängliggörs. Förbättringsområden identifieras och redovisas i fördjupad rapport i nämnden.

### **Hemtjänstindex**

Hemtjänstindex är en sammanvägning av data som på olika sätt indikerar kvalitet i hemtjänsten och syftar till att ge en helhetsbild av hur bra en kommun är på att leverera hemtjänst, utifrån seniorernas perspektiv. Indexet baseras på bland annat enhets- och brukarundersökningen via Socialstyrelsen, kommunens undersökning av personalkontinuitet, samt den information kommunen publicerar på hemsidan vad gäller

information om bland annat vad hemtjänsten kommer att kosta och vilken möjlighet det finns att framföra klagomål och få rättelse. Indexet redovisas i fyra delindex: Information, Biståndshandläggning, Utförande samt Stöd och utveckling. Mer information finns på Hemtjänstindex hemsida: [Hemtjänstindex](#)

Hemtjänstindex offentliggörs i december för samtliga kommuner som deltar. Därefter tar hemtjänstens utförare del av resultatet tillsammans med myndighetsutövningen och hälso- och sjukvården inom äldreomsorgen. Förbättringsområden identifieras för att ligga till grund för prioritering för kommande år.

Umeå kommuns hemtjänstindex 2025 ligger över kommungenomsnittet i Sverige. Årets totalindex liknar 2024 års notering, men det finns vissa skillnader inom delindexen. Utförarinformationen är bättre i och med möjlighet att jämföra utförare. Samtidigt går vissa indikationer inom delindexet Stöd/utveckling i negativ riktning, bland annat rutiner för kommunal sjukvård och kontakter med primärvård. På övriga områden är skillnaderna små jämfört med 2024.

Till hjälp att analysera resultaten, styrkor och utvecklingsområden har förvaltningen haft analytiker hos Hemtjänstindex. Utvecklingsområden har identifierats och redovisas i fördjupad rapport i nämnden. Hemtjänstindex presenteras också i Umeå pensionärsråd (UPR).

## Öppna jämförelser

Socialstyrelsen tar fram öppna jämförelser i samverkan med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och gör det möjligt att jämföra hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens kvalitet med hjälp av indikatorer. Underlag till öppna jämförelser skickas in under februari/mars från kommunen. Undersökningen innehåller tio olika delenkäter som berör olika områden inom Individ- och familjeomsorg, Funktionshinderomsorg, Äldreomsorg samt Socialtjänstens krisberedskap. Resultaten publiceras på Socialstyrelsens webbplats i juni och används därefter i jämförelser i verksamheten. Mer information finns på [Öppna jämförelser - Socialstyrelsen](#).

## Förbättrings- och utvecklingsarbeten i verksamheterna under året

### Vård- och omsorgsboende

#### Utbildningar under året

Under året har flertalet utbildningssatsningar gjorts, både lokala och generella föreläsningar som erbjudits personal. Exempel på detta är att undersköterskor från alla verksamheter erbjöds delta på den nationella sårvårdskonferensen i Umeå i början av året. Under våren

erbjöds medarbetare att delta i Egon Rommedahls föreläsning "Att gå från åsikt till insikt" som fokuserar på personcentrering, etik och värdegrund inom omsorgen. Under höstens erbjöd några verksamheter en utbildningsmöjlighet gällande den nya demensstrategin genom distansdeltagande på konferens.

### **Kompetensförsörjning för kvalitet**

En storskalig satsning har gjorts under året för att tydliggöra rollen som handledande undersköterska men också att anställa upp fler utifrån ett ekonomiskt överskott. Under sensvåren tog politiken beslut om att införa en ny roll som kvalitetsundersköterska. Arbetsbeskrivningen för kvalitetsundersköterska har tagits fram i samarbete mellan utbildningsenheten, representanter för verksamhet och ledning.

### **Digitalisering som strategi**

År 2025 har varit det första året med ett avslutat införande av det nya larmsystemet, vilket möjliggjort att påbörja arbete för att konkretisera och definiera aktiviteter och målsättningar för kommande år. Ungefär 650 lägenheter har utrustats med sensorer.

### **Samarbete och samverkan**

Arbetet med att minska risker till följd av bristande samarbete och stärkt teamsamverkan har fortsatt under året. Den strategiska ledningen har fortsatt träffats varannan vecka i det strategiska forumet. Workshops för alla ledningsnivåer inom vård- och omsorgsboende (socialtjänst och hälso- och sjukvård) har genomförts under våren och föranlett en beredningsgrupp som arbetet med att se över mötesstrukturer, inklusive en utbildning i teamsamverkan och teamsamarbete som gemensam kunskapsbas. Under hösten genomfördes gemensamma planeringsdagar för ledningen inom vård- och omsorgsboende med fokus på personcentrering, teamsamverkan och en värdig och meningsfull tillvaro.

Lokala förbättringsarbeten i samma tema har bland annat berört överrapportering och kommunikation mellan arbetspass och professioner. En pilot genomförs för närvarande på Dragonens vård -och omsorgsboende med strukturerad överrapportering varje arbetsskiftsbyte, vilket tidigare främst varit på morgon och på kväll (före/efter natt).

Externa samverkansform som fortsatt under året har varit samverkan med måltidsservice kring aktiviteter som Restaurang Guldkant och Nobellunch. Flera verksamheter har fortsatt samarbeten med Frivilligcentralen, volontärer, samt Svenska kyrkan kring aktiviteter och event på boendena.

### **Personcentrerade aktiviteter**

Målkriteriet för att uppnå personcentrerade aktiviteter för varje enskild omsorgstagare har fortsatt varit ett fokus i verksamheterna under året. Utbildningsinsatser kring personcentrering, och stjärnmärkningsarbetet, fokuserar på att möta den enskildes behov av välbefinnande och en meningsfull fritid. Många verksamheter har under året arbetat för att

utöka utbudet av gemensamma aktiviteter, ibland med stöd av andra samverkansparter som beskrivits ovan, men också genom att anställa aktivitetsombud. På några verksamheter har handledande undersköterskor haft i uppdrag att stärka arbetet med

### **Demensteamet i ordinärt boende**

Under 2025 så har Demensteamet i en arbetsgrupp som letts av samordnare inom demensområdet utvecklat och sedan 1 april implementerat ett nytt arbetssätt, Samarbete Vid Demenssjukdom. Arbetssättet innebär att den verksamhet som har svårt att utföra insats (hemtjänst, hemsjukvård, dagverksamhet) eller behöver kompletteringar inför beslut (biståndshandläggare) via en e-tjänst kan skicka in ett ärende. När ett ärende inkommer så tar koordinator för "Samarbete vid demenssjukdom" emot och kallar de som behöver samarbeta till ett digitalt möte. Träffarna genomförs på fasta tider varannan vecka enligt överenskommet schema. I mötet kring varje person deltar endast de som har insatser eller på annat sätt är berörda kring aktuell person.

### **Dokumentationshandledare**

Under 2025 har dokumentationshandledarna fortsatt att utbilda dokumentationsombud för dag- respektive nattpersonal i alla vård- och omsorgsboenden. Det finns nu 159 dokumentationsombud dag och 35 dokumentationsombud natt.

Dokumentationshandledarna har tillsammans med sin chef utbildat nya enhetschefer i hur man dokumenterar i genomförandeplan och social journal samt om avvikelser- och klagomålshantering. Dokumentationsombudens utbildning har utökats till fem halvdagar för att kunna tillhandahålla fördjupad kunskap kring genomförandeplaner, hur stödet ska beskrivas personcentrerat utifrån de kvalitetsindikatorer för genomförandeplaner som beslutats i ledningen.

### **Språkombud och språkombudsutbildare**

I februari 2025 så examinerades en grupp språkombud med sex deltagare. För övrigt har under 2025 kurser för enhetschefer och verksamhetsadministratörer genomförts med fokus på att förenkla text och skriv begripligt samt om medarbetarsamtal om språkfärdigheter. Utbildningen har sin kunskapsgrund från språkombudsutbildningens delar om att förenkla text men har byggts på med material från "Begriplig text" (projekt som genomförts med stöd av Allmänna arvsfonden) och skrivtips från "Språkkonsulterna". Deltagarna har gett feedback om att medarbetarsamtal om språkfärdigheter är viktigt kunskap att få vid introduktion som enhetschef.

Nätverksträffar för språkombud har genomförts både på våren och hösten. På vårens träff gick man igenom den gemensamma europeiska referensram för språk (GRES) och reflekterade kring Socialstyrelsen rapport "Språkförmåga i äldreomsorgen". Vid höstens nätverksträff så fokuserade man på att lära känna mobilapplikationen "Care to translate" och dess olika funktioner för att kunna stötta kollegor med olika förstaspråk.

### **Från RESIMA till Trygghetsskapande arbetssätt**

Under 2025 så har RESIMA<sup>3</sup> fått ställa in flera kurser på grund av för få deltagare, då både hemtjänsten och hälso- och sjukvård inte haft möjlighet att skicka deltagare. RESIMA-utbildningen som har bestått av tre heldagar har varit en mycket uppskattad utbildning som också utsetts till månadens goda exempel. Detta till trots så har det varit svårt för verksamheten att skicka deltagare då det krävs ersättare i tre dagar. I utvärdering av utbildningen så har det även framkommit att deltagarna skulle ha önskat kunskap om lågaffektivt bemötande för att förebygga hot- och våldssituationer men också tekniker för att avvärja hotfulla situationer, när de var nya på jobbet. Situationer med hot och våld är vanligt förekommande, så i stället för att chefer ska fortsätta efterfråga "Mini REISMA" på varje arbetsplats när de inte har möjlighet att skicka på tre heldagars utbildning, så har ett nytt utbildningskoncept tagits fram. I juni så beslutade ÄLG att utbildningen skulle få den omfattning och innehåll som beskrivits av utbildarna:

Den nya utbildningen heter "Trygghetsskapande arbetssätt". Som tidigare så består utbildningen av hälften teori och hälften praktiska övningar. Del 1 genomförs när medarbetaren är ny på jobbet i direkt anslutning till basutbildningens del 1. Del 2 genomförs när medarbetare arbetat 3-6 månader eller blivit tillsvidareanställd och del 3 är en fördjupning som erbjuds de som gått del 1 och 2 eller som vill repetera efter att tidigare ha gått RESIMA. Nytt för Trygghetsskapande arbetssätt är att enhetschefer erbjuds en halvdagsutbildning, framför allt teori men med enstaka praktiska exempel. De första utbildningstillfällena för chefer genomförs i december 2025 och därefter startar del 1 för medarbetare vecka 8 2026.

## Utredning äldre och prevention

### Seniortorget

Under året har det varit stort fokus på social gemenskap med olika aktiviteter för att hjälpa och stärka människor till sociala kontakter. Exempelvis;

- Säg "Hej och må i Umeå"- kampanjmånad både i februari och november för gemenskap som uppmärksammar vikten av vad ett "Hej!" kan göra för en annan människa.
- Herrafton, tillfällen med fokus på män. Under lättsamma former ta del av männens intressen, vad som lockar och drar. En stund för möten och samtal.
- Disco - aktivitet i musiken och gemenskapens tecken. En stund för alla som längtat efter att träffa andra i en kravlös miljö. Där alla får dansa i takt och otakt, dela "moves" och minnen med likasinnade.

### Förbättra hjärnhälsan och förebygg kognitiv svikt

---

<sup>3</sup> RESIMA (Resurser i mötet med aggressivitet) är en norsk metod för att arbeta med ett lågaffektivt bemötande för att förhindra hot- och våldssituationer.

En programserie under hösten har genomförts på Seniortorget utifrån FINGER-modellen<sup>4</sup> - att fysisk aktivitet, hälsosam kost, mental träning, socialt engagemang och kontroll av hjärt- och kärlrelaterade värden kan förbättra hjärnans funktion och minska risken för demenssjukdom.

### **Hjärnträffen**

Verksamheten vänder sig till personer som nyligt har diagnostiserats med demens, bjuds in att delta på Hjärnträffen. Konceptet bygger på FINGER-modellen, där den enskilde får ett eget träningsprogram, ökad kunskap kring förebyggande insatser i syfte att lindra symtomen och därigenom få möjlighet till ett ökat välbefinnande. Totalt har under året 15 personer deltagit. Insatsen är inte behovsprövad.

### **Ofrivillig ensamhet**

Utredning äldre har under våren erbjudit hälsosamtal till personer som upplever ofrivillig ensamhet, ungefär 70 samtal genomfördes innan projektet avbröts den 30/4 då arbetsbelastningen blev väldigt hög då två LOV-företag avvecklades och totalt 560 personer behövde ny utförare. Ungefär hälften av de personer som erbjöds hälsosamtal tog efter information om utbud av sociala aktiviteter initiativ till aktiviteter utanför hemmet

### **Handläggare på akuten**

Pilot har genomförts under mars-juni samt oktober till januari 2026 med en handläggare på akuten måndag-fredag mellan kl. 8.00–16.00. Syftet är att minska onödiga inläggningar och att hitta personer i ett tidigt skede för att få att kunna påbörja insatser i det ordinära boendet. Arbets sättet har varit framgångsrikt främst för de äldre som kommer till akuten, men även båda huvudmännen har sett vinster med arbets sättet.

### **Strukturerat arbets sätt med tidsbegränsningar och hembesök**

Under 2025 har en arbetsgrupp på utredning äldre tagit fram ett förslag på strukturerat arbets sätt för hembesök och tidsbegränsning av beviljade insatser. Bakgrunden till detta är den stärkta skyldigheten för myndigheter och kommuner att förbättra kontrollen över välfärdsutbetalningar, medborgarnas efterfrågan att möta sin handläggare och behov av att säkerställa att beviljade insatser motsvarar den enskildes behov över tid. Mot denna bakgrund initierades ett utvecklingsarbete inom enheten med syfte att öka andelen tidsbegränsade beslut och att genomföra fler hembesök i utredningsarbetet. Dessa metoder stärker rättssäkerheten, möjliggör bättre uppföljning och ger en mer aktuell bild av individens situation. Samtidigt bidrar det till att förebygga och upptäcka välfärdsbrott, vilket är avgörande för att säkerställa att stödet når dem som verkligen är i behov.

---

<sup>4</sup> FINGER-modellen är baserad på de vetenskapliga resultaten av FINGER-studien, som visar att koordinerade livsstilsåtgärder inom fem områden kan förebygga eller fördröja utvecklingen av kognitiv svikt. (FINGERS Brain Health Institute)

En speciell arbetsgrupp om 3 handläggare som har i uppdrag att genomföra fördjupade uppföljningar av individärenden har under första halvan av året jobbat främst med riktade fördjupade uppföljningar. Resultatet av detta blev framför allt omfattande återkrav mot ett externt företag. Under året har även flera kontrollpunkter identifierats, vilket har lett till utökade kontroller av ersättning som utgår till intern och extern hemtjänst, så att skattemedel används på ett ansvarsfullt sätt. Under hösten har arbetet med granskningar av inkomna genomförandeplaner samt utökade kontroller av uppehåll utvecklats.

### **Äldreomsorgens mottagningsenhet**

Mottagningsenheten har ett fortsatt högt tryck med närmare 1000 hanterade samtal per månad, fördelat på 4 årsarbetare. Medarbetarna fortsätter hjälpa personer vidare till ett självständigt liv, dels genom att hitta egna lösningar, dels genom kontakt med arbetsterapeut och sjukgymnast på Utredning äldre. Fortbildning har hållits i bemötande i samtal samt kunskapsutveckling kring tandvårdsstöd och digitala insatser.

### **Dagverksamheterna**

Under flera år har man jobbat med att få in personer i ett tidigt skede i sin demens. Verksamheterna har olika inriktningar, tidig, måttlig eller svår demens och personerna får en placering beroende på vilken målgrupp man tillhör. Samtliga verksamheter jobbar förebyggande med FEM-fingermodellen. Det har varit svårt att dela in personerna i grupper då behov av avlastning för anhöriga alltså har varit stort, men under hösten har en grupp startat med personer som är i ett tidigt skede.

### **Standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom**

Under året har arbetet fortsatt med att implementera Socialstyrelsens nationella modell för Standardiserat insatsförlopp (SIF). En handlingsplan har tagits fram för införandet av SIF inom äldreomsorgen. Målet är att personer med demenssjukdom ska få rätt stöd, vård och omsorg i rätt tid, anpassat efter individuella behov. Insatserna ska underlätta vardagen och bidra till god livskvalitet under sjukdomens förlopp. Handlingsplanen omfattar åtgärder inom flera utvecklingsområden, organisation och struktur för införandet samt fokus på *Samarbete vid demenssjukdom* – mångprofessionellt samarbete mellan olika aktörer inom äldreomsorgen. Handlingsplanen är en viktig del för att höja kvaliteten och skapa en mer jämlik och trygg äldreomsorg för personer med demenssjukdom.

### **Anhörigstöd**

Anhörigkonsulenterna har fortsatt utveckla stödet till anhöriga med fokus på individuella behov, tidig kontakt och förebyggande insatser. Under året har arbetssättet kompletterats utifrån Cura-modellen<sup>5</sup> för ökad kontroll vid arvoderad anhörigvård. Rutiner för handläggning har förtydligats, fler hembesök genomförs och riktlinjer för upprättande och

---

<sup>5</sup> CURA är ett samarbete mellan polisens nationella operativa avdelning (NOA) ett antal myndigheter och kommuner, däribland Umeå kommun, i syfte att hitta metoder för att förhindra välfärdsbrottslighet.

uppföljning av genomförandeplaner har klargjorts.

## **Kommunal hemtjänst**

### **Fast omsorgskontakt**

Syftet med fast omsorgskontakt är att den enskilde erbjuds en fast omsorgskontakt som ska ha ett samordnat ansvar för den enskilde. En fast omsorgskontakt ska enligt lagstiftningen vara en undersköterska. Varje enskild har en undersköterska som fast omsorgskontakt, men utifrån att hemtjänsten har cirka 54% undersköterskor i hemtjänsten, så har man även omsorgskontakter (vårdbiträde) som hjälper den fasta omsorgskontakten i uppdraget. Under 2025 har verksamheten arbetat med att förtydliga uppdraget som fast omsorgskontakt.

### **Nytt planeringsverktyg**

Under våren infördes ett nytt planeringsverktyg- Intraphone. I det nya systemet kan man följa utförd tid. Medarbetare skannar in och ut med sin personliga telefon vid hemtjänstbesöket och används för att öka kvaliteten och säkerställa att insatsen utförts.

### **Genomförandeplaner**

Dokumentationshandledare har tillsammans med ett antal hemtjänstenheter utvecklat ett arbetssätt som ska öka kvaliteten på den enskildes genomförandeplan samt arbeta mot 100% genomförandeplaner med god kvalitet.

## **Övergripande kvalitetsutveckling under året och fortsatt arbete med det systematiska kvalitetsarbetet 2026**

Året har till stor del präglats av förtroendekris utifrån uppmärksammade händelser och kvalitetsbrister. Särskilda åtgärdsplaner, nya rutiner och arbetssätt har tagits fram för att minska risker och säkra trygghet, ett arbete som behöver fortsätta under kommande år. Detta kan ha medfört att utvecklingsarbeten i viss utsträckning fått stå tillbaka. Gällande kvalitet och kvalitetsutveckling har en rad initiativ tagit form och utvecklats.

### **Samordning av omställning till ny socialtjänstlag och nära vård har knutits ihop och fortsätter**

Den 1 juli 2025 trädde en ny socialtjänstlag i kraft. Omställningen till nära vård och den nya socialtjänstlagen har flera gemensamma mål och principer för att bättra möta befolkningens behov, exempelvis personcentrering, förebyggande arbete, tillgänglighet, kunskapsbaserat arbete samt samverkan och samarbete mellan olika aktörer. Äldreomsorgen ser båda utvecklingsarbeten som en helhet i omställningsarbetet, där även andra förvaltningar ingår. Omställningen till en mer förebyggande ansats inleddes inom äldreomsorgen för flera år sedan, medan vissa områden har fått mer fokus på det senaste året. Under året har steg tagits inom kvalitetsområdet.

### **Jämlika och jämställda levnadsvillkor – en kvalitetsfråga**

Möjligheten att få stöd och insatser av äldreomsorgen får inte påverkas av förhållanden som kön, könsidentitet, ålder, sexuell läggning, funktionsnedsättning, nationalitet eller kulturell bakgrund. Det behöver finnas medvetenhet och kunskap om detta i alla verksamheter. Inom ramen för arbetet har en kartläggning av utbildningar inom området jämställdhet genomförts under 2025. Denna kartläggning har resulterat i ett ökat fokus på att perspektiv kring värdegrund, jämlikhet och jämställdhet finns med i samtliga utbildningar. Här finns den nya utbildningsenheten till stöd.

### **Förbättrad struktur för det systematiska kvalitetsarbetet**

Ett utvecklingsarbete kopplat till kvalitet startade i förvaltningen under året med målsättningen att definiera kvalitet inom äldreomsorgen samt att förbättra struktur för att följa upp, systematisera och lära. Det som beskrivs i förra årets kvalitetsberättelse om kvalitetsråd och ledningens genomgång ingick som delmängder i arbetet. Arbetet har resulterat i förslag på kvalitetsdimensioner och en utvecklad struktur för det systematiska kvalitetsarbetet. Under 2026 kommer det nya arbetssättet att implementeras. Inom vård och omsorgsboende har beslut tagits om att inrätta kvalitetsundersköterskor och lokala kvalitetsråd. Det blir viktigt att under året fortsatt arbeta för att det lokala kvalitetsarbetet både hänger ihop och stöds av de centrala strukturerna.

### **Genomlysning av avvikelserprocessen**

Äldrenämnden har inom ramen för sitt internkontrollarbete identifierat risker kopplat till bristande samarbete mellan den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen. Detta tillsammans med verksamhetens behov av att utveckla avvikelshanteringen, startade under hösten en genomlysning av avvikelserprocessen. Arbetet pågår fortfarande. Förväntade resultat är förväntat resultat, samt en större kontroll av hinder och möjligheter i processen. Under kommande år kommer förbättringar i processen att implementeras.

### **Omhändertagande av granskningar av det systematiska kvalitetsarbetet**

Såväl äldrenämnden som förvaltningsledningen har initierat granskningar och genomlysningar av årets händelser och dess hantering. Kommunrevisorerna genomför också två granskningar av nämndens kvalitetsarbete. Resultaten förväntas inkomma vid olika tillfällen under våren och kommer tas om hand för att fortsätta att stärka och utveckla verksamheten.