



Kvalitets- och patientsäkerhetsplan 2026

För personer med funktionsnedsättning inom
vård- och omsorgsnämndens verksamheter



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Syfte med kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.....	3
Funktionsstöds uppdrag.....	3
Definition av kvalitet och patientsäkerhet.....	3
Identifierade förbättringsområden.....	4
Patientsäkerhetsarbete.....	5
Risker.....	9
Egenkontroller	12
Kvalitetsindikatorer.....	15

Inledning

Syfte med kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet är att utveckla och förbättra stödet, vården och servicen som utförs inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter. Målet är att de som möter verksamheterna får insatser av god kvalitet och att kommunens resurser används där de gör störst nytta för kommuninvånarna.

Rapporten redogör för det systematiska kvalitetsarbetet och det systematiska patientsäkerhetsarbetet som ska genomföras under det kommande året, med fokus på målgruppen personer med funktionsnedsättning som är i behov av stöd enligt SoL eller LSS.

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet sker löpande vilket innebär att planeringen kan komma att förändras i samband med att händelser inträffar eller ny information kommer till verksamhetens kännedom.

Funktionsstöds uppdrag

Målgrupperna som omfattas av denna kvalitets- och patientsäkerhetsplan är barn och vuxna i alla åldrar som får stöd i enlighet med lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), samt personer upp till 65 års ålder som till följd av funktionsnedsättning får stöd i enlighet med socialtjänstlagen (SoL).

Rapporten omfattar även uppsökande verksamhet som bedrivs för vuxna personer med psykisk ohälsa samt socialförvaltningens anhörigstöd. Dessa båda verksamheter riktar sig mot alla målgrupper i förvaltningen.

Insatserna utförs inom verksamhetsområdet Funktionsstöd inom vilket följande funktioner ingår:

- myndighetsutövning, som utifrån gällande lagstiftning, utreder, beslutar om och följer upp beviljade insatser för personer med fysiska, neuropsykiatriska och intellektuella funktionsnedsättningar som är i behov av stöd i sin dagliga livsföring,
- uppsökande verksamhet och anhörigstöd,
- utförare i kommunens egen regi som ansvarar för att ge stöd och service, vård och omsorg till målgruppen genom exempelvis daglig verksamhet, bostäder med särskild service för vuxna, personlig assistans, boendestöd, korttidshem och korttidsfamilj, avlösarservice och ledsagarservice.

Det som ytterst styr verksamheten är lagstiftningen, dess intentioner, politiskt fastställda mål, riktlinjer, värdegrund och de givna ekonomiska förutsättningarna. Till grund för verksamhetens arbete och värderingar ligger också Förenta nationernas (FN) konvention om mänskliga rättigheter som slår fast alla människors lika värde samt barnkonvention som avser barnets rättigheter. Socialtjänstens portalparagraf är också en viktig grund till verksamhetens värderingar. I denna paragraf anges de övergripande målen och grundläggande värderingarna för samhällets socialtjänst – demokrati, jämlikhet, solidaritet och trygghet.

Verksamhetens uppdrag är att fatta beslut om och utföra insatser med hög kvalitet utifrån individens behov.

Definition av kvalitet och patientsäkerhet

Definition av patientsäkerhet

Patientsäkerhet definieras som "skydd mot vårdskada" i patientsäkerhetslagen (2010:659). Patientsäkerhet handlar om att patienter inte ska skadas i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder. Patienten ska heller inte komma till skada på grund av att vården inte genomför de åtgärder som behövs med hänsyn till patientens tillstånd. En vårdskada innebär "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården".

Definition av god kvalitet

Den verksamhet som bedrivs inom nämndens ansvarsområde ska vara av god kvalitet, vilket innebär att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter.

Socialtjänsten ska arbeta utifrån följande kvalitetsfaktorer:

Kunskapsbaserad verksamhet

Socialtjänstens insatser och service ska utföras utifrån bästa tillgängliga kunskap och evidens. Medarbetarna ska ha den kompetens som krävs för sitt uppdrag.

Verksamheter ska genom systematisk uppföljning säkerställa att det stöd som ges får önskat resultat. Det som vid uppföljningen inte visar sig ge resultat ska ersättas av andra arbetssätt.

Hög delaktighet

Verksamheter ska bedrivas med respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Hänsyn ska tas till den enskildes önskemål om när, var och hur insatser utförs. Verksamheter ska, genom att fråga den enskilde, systematiskt följa upp hur de som möter verksamheten upplever det stöd och den service de fått, med syftet att utveckla verksamheten.

Hög säkerhet, trygghet och gott bemötande

Den enskilde ska känna sig trygg med att beslut fattas på ett rättssäkert sätt samt ges information om vad som ligger till grund för beslutet och vad det innebär.

Utförandet av insatser ska ske på ett sådant sätt att den enskilde känner sig trygg med att hen alltid får det hen har blivit beviljad och blir behandlad väl. Verksamheter ska sträva efter hög kontinuitet för den enskilde gällande personal och arbetsmetoder.

God tillgänglighet och insatser inom rimlig tid

Det ska vara lätt för kommuninvånarna att ta del av insatser samt att hitta information om och kontakta socialtjänstens verksamheter. Information och kontaktvägar ska vara anpassade för alla målgrupper och ge förutsättningar för jämlika villkor. Beslut och insatser ska ges inom rimlig tid utan att väntan innebär negativa konsekvenser för den enskilde.

Helhetssyn och samordning

Den enskilde ska uppleva att stödet är samordnat. Insatser och service ska präglas av en helhetssyn på individen och samordning med andra aktörer ska säkerställas.

Resurser används där de kommer målgruppen till störst nytta

Verksamheternas arbete ska sträva efter att uppnå högsta möjliga kvalitet i förhållande till resursanvändning. Detta innebär både effektivitet i hur insatser och service utförs och att arbetet möter målgruppens behov. Resurser ska användas där de kommer målgruppen till störst nytta.

Identifierade förbättringsområden

Under 2026 fortsätter arbetet med att stärka kvalitet och patientsäkerhet genom tydligare strukturer, förbättrad dokumentation och mer effektiva kommunikations- och arbetsmetoder. Fokus ligger på att öka medarbetarnas kompetens, skapa större kontinuitet i stödet och säkerställa en verksamhet som är både sammanhållen och behovsstyrd. Parallellt pågår ett långsiktigt arbete för att anpassa verksamheten till nya krav, utveckla uppföljningar och främja ett förebyggande och individanpassat arbetssätt.

Följande förbättringsområden har identifierats och kommer hanteras med åtgärder under det kommande året:

- Stärka social dokumentation och dokumentation utifrån IBIC genom att höja medarbetarnas kompetens, tydliggöra mål och ansvar, samt säkerställa konsekvent användning av genomförandeplaner och metodblad för att skapa en sammanhållen struktur och tydligare uppföljning av brukarnas utveckling.
- Förbättra kommunikationen genom mer konsekvent användning av Alternativ-och kompletterande kommunikation (AKK) för att öka delaktighet och brukarpåverkan.
- Förbättra kontinuitet genom långsiktig planering kring bemanning, stärkt introduktion samt tydligare ansvarsfördelning och kunskapsöverföring.
- Förstärka riskhantering, avvikelseanalys och klagomålshantering för kontinuerligt lärande och utveckling.
- Vidareutveckla boendestöd och stödkedjor för att möjliggöra ökad självständighet och rätt nivå av stöd.
- Fortsätta arbetet med att motverka tvångs- och begränsningsåtgärder samt förtydliga användningen

av skyddsåtgärder.

- Säkerställa en enhetlig och kvalitetssäkrad introduktion för nya medarbetare med fokus på rutiner, lagstiftning och metoder.
- Utveckla och implementera kompetensplaner samt säkerställa kontinuerlig kompetensutveckling för medarbetare, inklusive språkutbildning, yrkeskompetens och deltagande i exempelvis Forum Carpe, i syfte att stärka en lärandekultur, en kunskapsbaserad verksamhet och ökad trygghet för brukarna.
- Utveckla systematiska individuppföljningar för att analysera kvalitet och effektivitet och tidigt identifiera behov.
- Förbättra samverkan med interna och externa aktörer för att skapa tidiga och flexibla stödinsatser.
- Vidareutveckla digitala arbetssätt och förbättrade systemstöd för att minska administration, öka effektiviteten och stärka uppföljningar.
- Fortsatt implementering av kontinuitetsplaner för att säkerställa god kvalitet även vid krissituationer.
- Fortsätta utveckla det förebyggande arbetet kring hälsa och åldrande genom systematiska kartläggningar och höjd kompetens inom exempelvis munhälsa och demens.
- Fortsätta göra processer och rutiner mer lättillgängliga och användbara för medarbetare genom att utveckla och följa upp enhetliga arbetssätt och skapa tydliga ansvarsområden.

Följande förbättringsområden har identifierats för att säkerställa hög patientsäkerhet:

- **Avvikelsehantering:** stärkta arbetssätt och stöd för utredning, analys och lärande av inträffade händelser.
- **Delegering av läkemedelshantering:** utveckla processen för delegering i enlighet med nya föreskrifter.
- **Säkerhetskultur:** implementera en systematisk egenkontroll där verksamheten regelbundet mäter och följer upp säkerhetskulturen och genomför åtgärder baserat på resultatet i syfte att synliggöra styrkor och förbättringsområden i säkerhetskulturen och öka medvetenheten om patientsäkerhet.
- **Hälso- och sjukvårdens beredskap:** Fortsatt arbete med beredskapsfrågor med fokus på riskmedvetenhet, förebyggande insatser och anpassning till ny lagstiftning.
- **Basala hygienrutiner och smittförebyggande arbetssätt:** Öka följsamheten till basala hygienrutiner för att minska risken för vårdrelaterade infektioner genom riktade kompetensutvecklingsinsatser samt utveckling av hygienombudsrollen.

Patientsäkerhetsarbete

Patientsäkerhet handlar om att patienter inte ska skadas i den vård och omsorg som kommunen bedriver. Att vården är säker är en grundsten i allt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården. Låg förekomst av vårdskador tyder på att patientsäkerhetsarbetet nått resultat och att vården är god och säker. En god vård kännetecknas bland annat av att den tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, att den bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet och att den främjar goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Mål för ökad patientsäkerhet

De fastställda målen för ökad patientsäkerhet utgör en central del av kommunens systematiska patientsäkerhetsarbete i de verksamheter där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar och ska säkerställa en ändamålsenlig och likvärdig vård.

Mål	Kvalitetsindikator	Åtgärder
Mål: ändamålsenliga avvikelseutredningar <i>Patientsäkerhetsområde:</i> Öka kunskap om inträffade vårdskador Senast den 31 december 2026 ska minst 80 % av alla avvikelseutredningar med riskvärde över 3 innehålla minst en dokumenterad åtgärd i avvikelsemodulen. Detta ska säkerställa att riskfyllda händelser leder till konkreta förbättringsinsatser och därmed stärka patientsäkerheten.	Andel (%) avvikelseutredningar med riskvärde >3 som innehåller minst en dokumenterad åtgärd i avvikelsemodulen Målvärde 80%	Utveckla avvikelseprocess och stöd för avvikelseutredningar och orsaksanalyser Utveckla avvikelseprocessen och tillhörande stöd, mallar och verktyg som stödjer personal och chefer i avvikelseutredningar och systematiska orsaksanalyser. Ta fram egenkontroll för avvikelseutredningar Ta fram och införa egenkontrollrutiner som säkerställer att avvikelseutredningar genomförs korrekt, dokumenteras och följs upp enligt gällande riktlinjer.
Mål: säker läkemedelsdelegering <i>Patientsäkerhetsområde:</i> Tillförlitliga och säkra system och processer Senast 31 december 2026 ska 100 procent av utfärdade läkemedelsdelegeringar ha dokumenterad uppföljning inom sex månader från utfärdad datum, i syfte att säkerställa patientsäkra delegeringar.	Andel delegeringar som har dokumenterad uppföljning inom sex månader från utfärdande Målvärde 100%	Utveckla och kvalitetssäkra delegeringsprocessen Säkerställa ett enhetligt delegeringsförfarande med strukturerad uppföljning utifrån nya föreskrifter.
Mål: en god säkerhetskultur <i>Patientsäkerhetsområde:</i> Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete Senast 31 december 2026 ska 100 % av enheterna ha genomfört mätning av säkerhetskultur, samt dokumenterat minst en åtgärd i kvalitetsledningssystemet baserat på resultatet.	Andel enheter som genomfört mätning av säkerhetskultur 2026 och har minst en planerad/genomförd åtgärd kopplad till mätningen Målvärde 100%	Ta fram egenkontroll för mätning av säkerhetskultur Ta fram och implementera en systematisk egenkontroll där verksamheten regelbundet mäter och följer upp säkerhetskulturen och genomför åtgärder baserat på resultatet.

Nulägesanalys av det systematiska patientsäkerhetsarbetet

Under hösten 2025 genomfördes en nulägesanalys av det systematiska patientsäkerhetsarbetet i de verksamheter där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar. Analysen utgör ett underlag för prioriteringar i patientsäkerhetsarbetet. Nedan följer åtgärder som har identifierats i samband med nulägesanalysen.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Tema	Åtgärder
Utredning efter vårdskador och andra avvikelser samt återkoppling till berörda	Säkerställa återkoppling och lärande efter inträffade händelser Införa rutiner för systematisk återkoppling och lärande efter inträffade avvikelser och händelser, inklusive dokumentation och uppföljning av vidtagna åtgärder.
Mätning och sammanställning av information om vårdskador	Genomför analyser av HSL-avvikelser på aggregerad nivå månadsvis på enhetsnivå Månatliga analyser av enhetens samlade HSL-avvikelser.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Tema	Åtgärder
Tillförlitliga och säkra processer – i vård och behandling	Gå igenom sökvägar och processer med medarbetare Planera genomgång av aktuella sökvägar och processer på med fokus på praktisk tillämpning. Säkerställ att även vikarier omfattas.
Tillförlitliga och säkra processer – i samordning och informationsdelning mellan aktörer i den nära vården	Förankra överenskommelser om vårdövergångar i verksamheterna Säkerställa att överenskommelser om vårdövergångar kommuniceras, implementeras och integreras i lokala rutiner. Tydliggöra ansvar och dokumentation gällande fast vårdkontakt.
	Förbättrad vårdprocess LSS Det arbete som påbörjades hösten 2025 för att stärka samverkan mellan HSL-enheten, boende och vårdaktörer inom regionen fortsätter under våren.
Förebyggande arbete för att minska risker för specifika vårdskador	Utveckla processer för smittförebyggande arbetssätt och hygien Utveckla riktlinjer och rutiner för smittförebyggande arbete och hygien, samt inkludera HALT och VRI/smittspridning i uppföljning.
Verktyg, metoder och arbetssätt för ett patientsäkert arbete	Ta fram och införa förenklade kommunikationsstöd samt bedömningsstöd Ta fram och införa mycket förenklade kommunikationsstöd som är anpassade till personalens språkliga förutsättningar. Implementera gemensamt bedömningsstöd för sjuksköterskor vid förändrat hälsotillstånd.
Medicinteknik, medicintekniska produkter, hjälpmedel och välfärdsteknik.	Ta fram egenkontroll medicintekniska produkter (MTP) Utveckla en egenkontrollplan för MTP för att säkerställa att de används, underhålls, kontrolleras och dokumenteras korrekt.

Säker vård här och nu

Tema	Åtgärder
Förmåga att förutse variationer och störningar i närtid	Identifiera kritiska risker i närtid Identifiera och följa upp kritiska risker kopplade till bemanning, teknik och jourverksamhet samt ge stöd till sjuksköterskor och chefer.
Dagligt patientsäkerhetsarbete	Säkerställa tid och struktur för överslag och uppföljning Planera och avsätta tid i arbetsdagen för överslag och uppföljning. Implementera standardiserade strukturer för överslag (checklista för överslag vid passbyte).
	Tydliggöra prioritering av HSL-insatser vid tidsbrist Informera all legitimerad personal om det befintliga stödet för prioritering av HSL-insatser vid tidsbrist. Säkerställa att stödet används konsekvent i vardagen, exempelvis vid jour, bemanningsvariationer eller hög arbetsbelastning.
Säker bemanning	Riskbedömning vid ny placering eller vid förändrade behov hos patient med komplexa vårdbehov Ta fram checklista och mall för riskbedömning som omfattar medicinska, omvårdnadsmässiga och sociala aspekter, och som tar hänsyn till behov över hela dygnet. Stärka samverkan mellan myndighet, verksamhet och medicinskt ansvar sjuksköterska (MAS) för att säkerställa att all relevant information och kompetens tas med i planeringen i tidigt skede.

Tema	Åtgärder
Granskning och kontroll av patientsäkerhet inom organisationen och hos andra vårdgivare	Systematisk granskning för patientsäkerhet och verksamhetsutveckling Fastställa ansvar och struktur för granskning, utveckla granskningsunderlag, säkerställa åtgärder och uppföljning.

Stärka analys, lärande och utveckling

Tema	Åtgärder
Uppföljning av patientsäkerheten genom insamling och sammanställning av data från flera källor	Stärka ansvar och kompetens i analysarbetet Tydliggöra ansvar för analys på olika nivåer. Utbilda chefer i analys och orsaksbedömning och säkerställa regelbunden användning av systemstödet Stratsys för dokumentation och uppföljning.
Spridning av kunskap och lärdomar	Sammanställningar av inträffade händelser för lärande Regelbundet sammanställa HSL-avvikelser och patientsäkerhetsrelaterade händelser, fokusera på mönster och lärdomar, samt använda som underlag för gemensamt lärande via presentationer och utbildning.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Tema	Åtgärder
Beredskap och planering för hantering av risker på lång sikt	Proaktiv risk- och patientsäkerhetsstyrning Integrera patientsäkerhetsrisker i Stratsys och säkerställa att analyser används konsekvent för planering och förebyggande åtgärder.
	Anpassning till ny lagstiftning kring hälso- och sjukvårdens beredskap Anpassa styrdokument och kontinuitetsplaner till ny lagstiftning och säkerställa att personal får utbildning för korrekt tillämpning.

Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete

Tema	Åtgärder
Engagerad ledning och tydlig styrning	Utveckla riktlinjer för vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete Uppdatera och implementera riktlinjer för systematiskt patientsäkerhetsarbete, inklusive riskbedömning, lärande, uppföljning och patientmedverkan.
Adekvat kunskap och kompetens	Ta fram och genomföra utbildning i patientsäkerhet för omsorgspersonal Ta fram och genomföra återkommande mikroutbildningar samt en kort grundutbildning i patientsäkerhet för omsorgspersonal.


Risker

I tabellen nedan redovisas identifierade risker samt de åtgärder som planeras under året för att minska sannolikheten för, eller konsekvensen av att en risk inträffar. Risker värderas utifrån en matris med sannolikhet (1-4) och konsekvens (1-4) där högsta möjliga värde är 16.



Risk	Åtgärder
<p>Risk för att brukare inte upplever en hög grad av delaktighet</p> <p>■ 4 Medium</p> <p>Risk att brukare inte upplever en hög grad av delaktighet i planering, genomförande och uppföljning av insatser om kommunikationen inte är individuellt anpassad och om strukturer för brukarinflytande brister.</p> <p>Otillräcklig och inkonsekvent användning av alternativ och kompletterande kommunikation (AKK), särskilt vid kris, kan begränsa brukarens möjlighet att förstå information och uttrycka sin vilja, vilket kan leda till att beslut fattas utan fullt deltagande.</p> <p>Sammantaget kan brister i dessa områden leda till minskad motivation, otrygghet och försämrad kvalitet i insatserna.</p>	<p>Öka brukarinflytande vid verksamhetsutveckling och utförande av insatser</p> <p>Säkerställa att brukare har möjlighet att både initiera och påverka verksamhetsutveckling och utförandet av insatser.</p> <p>Det innebär att varje enhet aktivt arbetar för att brukarnas röster, önskemål och erfarenheter ligger till grund för beslut som påverkar deras vardag. Målet är en verksamhet där brukarna upplever reellt inflytande över både sin vardag och den verksamhet de tar del av.</p>
<p>Risk för försämrad fysisk och psykisk hälsa när hälsofrämjande insatser saknas eller inte är individanpassade</p> <p>■ 4 Medium</p> <p>Personer inom LSS löper en ökad risk för försämrad fysisk och psykisk hälsa till följd av funktionsnedsättning, begränsad fysisk aktivitet, minskad social delaktighet och ökad sårbarhet för psykisk ohälsa. Behov av stöd i kommunikation och egenvård kan ytterligare förstärka risken.</p>	<p>Enkät som följer upp användning av AKK efter utbildning</p> <p>En enkät ska utformas och distribueras till medarbetare som genomgått utbildning i alternativ och kompletterande kommunikation (AKK).</p> <p>Enkäten ska kartlägga i vilken utsträckning deltagarna använder AKK i sin verksamhet efter utbildningen, vilka metoder och verktyg som används samt vilka hinder och framgångsfaktorer som finns.</p>
<p>Risk för att brukarna inte får den vård och behandling som är ordinerad</p> <p>■ 4 Medium</p> <p>Om brukarna inte får den vård och behandling som är ordinerad kan det leda till försämrat hälsotillstånd, ökad risk för komplikationer och i värsta fall vårdskador. Detta påverkar både patientsäkerheten och brukarens livskvalitet negativt.</p>	<p>Utveckla hälsofrämjande insatser</p> <p>Hälsofrämjande insatser ska utvecklas. Arbetet innefattar att kartlägga behov, ta fram arbetssätt och aktiviteter som främjar fysisk, psykisk och social hälsa samt att stärka personalens kompetens inom området.</p> <p>Arbetet ska integreras i genomförandeplaner.</p>
	<p>Analys av avvikelser i samverkan med HSL-enheten i varje chefsområde</p> <p>För att bättre förstå orsaker till avvikelser inom vård och behandling inrättas ett strukturerat forum för systematisk uppföljning och analys. Forumet ska främja lärande, identifiera risker och stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete. Genom detta stärks patientsäkerheten och kvaliteten i LSS-verksamheten, bland annat genom minskade risker, tydligare rutiner och förbättrad samverkan.</p>

Risk	Åtgärder
Risk att äldre brukare inte får rätt stöd  4 Medium Det finns en risk att äldre brukare inte får rätt stöd i rätt tid. Detta kan bero på bristande uppföljning av behov, otillräcklig kompetens hos personal, eller fördröjningar i samordning mellan olika aktörer.	Arbeta med tidiga tecken - för LSS området, Svenskt demenscentrum En rutin ska tas fram tillsammans för att skapa ett arbetssätt kring materialet Tidiga tecken ¹ . Materialet tillgängliggörs via webbutbildningen från Demenscentrum, som innehåller instruktionsfilmer, handledning och lättläst material om äldre. När rutinen är framtagen ska verksamheten börja arbeta systematiskt med Tidiga tecken för att tidigt upptäcka förändringar i brukarens mående och förebygga ohälsa.
Risk för att brukare inte får rätt stöd i rätt tid med rätt kompetens  6 Medium Risk att brukare inte får rätt anpassat stöd eller stöd i tillräcklig omfattning utifrån sina behov om dokumentation, arbetsmetoder, organisation och kompetens inte är anpassade för att möta individens förutsättningar, eller om kunskap och evidens kring insatser saknas. Detta kan leda till att stödet blir mindre individanpassat och påverkar brukarens möjlighet till självständighet och utveckling.	Optimera resurserna inom LSS-boendena Arbetet med att optimera personal- och kompetensresurserna på LSS-boenden fortsätter. Det kan t ex handla om att ett boende har inriktning mot personer med större omvårdnadsbehov eller behov av vaken natt. Tanken är att personal- och kompetensresurserna kan optimeras om brukarna på ett boende har mer liknande behov.
	Utveckla boendestöd Utveckla och anpassa verksamheten utifrån övergång från LOV till egen regi samt utifrån nytt arbetssätt. Målsättningen är att skapa ett mer individanpassat och effektivt boendestöd som stärker brukarens självständighet, delaktighet och förmåga att klara vardagen med minskat stöd över tid.
	Förtydliga och förstärka stöd kring social dokumentation och dokumentation utifrån IBIC Förtydliga och förstärka stöd kring social dokumentation och dokumentation utifrån IBIC så att detta kan användas som underlag för att följa upp och anpassa insatser utifrån individens behov.
	Utveckla och implementera kompetensutvecklingsplaner Se över och uppdatera befintliga kompetensutvecklingsplaner på alla nivåer (verksamhetshets-, sektions- och enhetschefsnivå)
	Prognosticera behov av insatserna avlösarservice, korttidstillsyn och korttidsvistelse Ta fram en prognos för hur många barn som kommer att vara i behov av insatserna närmaste åren för att bedöma hur befintliga resurser motsvarar framtida behov och kunna vidta åtgärder.
	Delta i NUSO Medarbetare ska delta i NUSO (Nationell uppföljning av socialtjänstens omställning) genom att samla in, registrera och rapportera relevanta uppgifter vilket ska bidra till ökad lokal, regional och nationell kunskap
	Införa individbaserad systematisk uppföljning Införa individuell Systematisk Uppföljning (ISU) vilket innebär att ta fram rutiner och implementera ett strukturerat arbetssätt för att regelbundet följa upp brukarnas insatser, mål och resultat. Uppföljningen ska dokumenteras och användas för att utveckla verksamhetens kvalitet.

¹ Tidiga tecken är ett kartläggningsverktyg för personal på gruppboendena och serviceboendena inom LSS-området. Det används för att fånga upp förändringar i hälsa, beteenden och kognition hos vuxna personer med intellektuell funktionsnedsättning.

Risk	Åtgärder
<p>Risk för att brukare inte känner trygghet och förtroende för personalen</p> <p> 6 Medium</p> <p>Risk att brukare inte upplever trygghet och förtroende för personalen om verksamhetens rutiner och bemötande inte är tydligt, konsekvent och transparent samt om medarbetare inte har kännedom om och arbetar utifrån beslutade metoder och arbetssätt.</p>	<p>Analysera Lex Sarah- rapporter gällande tvångs-och begränsningsåtgärder</p> <p>Analysera Lex Sarah-rapporter gällande tvångs-och begränsningsåtgärder för att undersöka ifall ytterligare åtgärder behövs för att motverka dessa.</p> <hr/> <p>Göra processer och rutiner mer lättillgängliga för medarbetare</p> <p>Analys av avvikelser visar på att det finns bra rutiner och processer i verksamheten men att medarbetarna inte alltid följer eller känner till dessa.</p> <p>Ett ökat användande av processer och rutiner kan ge en större kontinuitet i utförandet av insatser och därmed ge en ökad trygghet och förtroende för personalen.</p> <hr/> <p>Utveckla introduktion av nya medarbetare</p> <p>Introduktionen ska utvecklas med genom omvärldsbevakning, översyn av introduktionsrutiner och digitala utbildningar och enkät/intervju med nyligen introducerade medarbetare. Målsättningen är att nya medarbetare snabbare ska få kännedom om rutiner och arbetssätt.</p> <hr/> <p>Ta fram och implementera kommunikationsstöd för brukare vid kris och beredskap</p> <p>Ta fram och implementera rutiner, mallar eller verktyg för hur information och kommunikation ska ske till brukare vid kris- och beredskapssituationer.</p> <p>Syftet är att säkerställa att brukare får korrekt, tydlig och tillgänglig information inför och under en kris, så att de är förberedda och vet hur de ska agera vid en eventuell krissituation.</p> <hr/> <p>Förtydliga klagomålshanteringen</p> <p>Rutiner för klagomålshantering ska förtydligas så att brukare kan känna sig trygga med att klagomål som framförs omhändertas på ett strukturerat och likvärdigt sätt. En tydlig klagomålshantering ska även bidra till att klagomål används som ett verktyg för lärande och kvalitetsutveckling.</p> <hr/> <p>Ta fram egenkontroll för skyddsåtgärder²</p> <p>Ett samarbete ska etableras för att ta fram och implementera en gemensam egenkontroll av skyddsåtgärder. Syftet är att säkerställa att skyddsåtgärder används rättssäkert, proportionerligt och i enlighet med gällande lagstiftning och riktlinjer.</p>


² Skyddsåtgärder inom vård och omsorg är frivilliga, samtyckta åtgärder som syftar till att stödja, hjälpa eller skydda en enskild person från skada.

Risk	Åtgärder
<p>Risk för att god vård och omsorg inte uppnås då Funktionshinderområdet får svårt att attrahera medarbetare med rätt kompetens</p> <p> 3 Medium</p> <p>Medarbetare med rätt grundkompetens är en förutsättning för att uppnå god kvalitet i arbetet med brukare.</p> <p>SKR samt Socialstyrelsen har under flera år bedömt att det kommer att uppkomma brist på medarbetare som har rätt kompetens för att arbeta inom de områden där Egenregion har sina verksamheter.</p> <p>Idag finns det flera medarbetare inom verksamheterna som saknar adekvat utbildning. För brukaren kan detta exempelvis leda till fler begränsningsåtgärder, felaktigt bemötande eller att rätt stöd inte ges för att kunna vara delaktig och självständig utifrån sina förutsättningar.</p>	<p>Samverkan genom Vård- och omsorgscollege</p> <p>Samverkan i Vård och omsorgscollege är formaliserad genom certifiering och de organisationer som deltar arbetar tillsammans för att skapa hållbar och framgångsrik kompetensförsörjning i vård och omsorg. Under 2026 ska Huddinge leda en återcertifieringsprocess. Huddinge tillsammans med övriga aktörer ska ta fram en struktur för fördelning av APL-platser. Funktionsstöd ska arbeta för att öka antalet medarbetare som genomgår den kvalitetssäkrade handledarutbildningen.</p> <p>Utveckla och implementera karriärsteg</p> <p>Arbetet börjar med karriärsteg för biståndshandläggare som tas fram tillsammans med äldreomsorgen. Under året kommer även karriärsteg för stödpedagoger att tas fram. Arbetet omfattar att definiera olika kompetensnivåer, roller och ansvarsområden samt tydliggöra vilka krav och utvecklingsmöjligheter som finns för varje steg.</p>
<p>Risk för att brukare drabbas av vårdrelaterade infektioner på grund av bristande följsamhet till smittförebyggande arbetssätt</p> <p> 4 Medium</p> <p>Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är bristande och det behövs mer kompetens gällande smittförebyggande arbetssätt.</p>	<p>Kompetensutveckla och stärka uppföljningen av smittförebyggande arbetssätt och rutiner</p> <p>Riktade kompetensutvecklingsinsatser, utveckling av hygienombudens funktion samt fortsatt implementering av rutiner för smittförebyggande arbetssätt.</p>






Egenkontroller

I tabellen nedan redovisas egenkontroller som ska genomföras för att säkerställa att verksamheten lever upp till krav och mål. I tabellen visas även de åtgärder som planeras för att komma till rätta med brister som framkommit i egenkontroller under föregående år. För egenkontroller som tidigare har visat på ett tillfredsställande resultat planeras inga åtgärder.

Symbolförklaring:  Godkänd,  Delvis godkänd,  Ej godkänd

Egenkontroll	Åtgärder
<p>Loggkontroll</p> <p>Status 2025</p> <p> Godkänd</p> <p><i>Syfte med egenkontrollen</i></p> <p>Kontrollera att medarbetare arbetar rättssäkert och följer regler för sekretess i verksamhetssystemet.</p>	<p><i>Inget behov av åtgärd</i></p>

Egenkontroll	Åtgärder
Loggkontroll hälso- och sjukvårdsjournal Status 2025  Godkänd <i>Syfte med egenkontrollen</i> Kontrollera att medarbetare arbetar rättssäkert och följer regler för sekretess i verksamhetssystemet.	Inget behov av åtgärd
Loggkontroll nationell patientöversikt (NPÖ) Status 2025  Godkänd <i>Syfte med egenkontrollen</i> Kontrollera att medarbetare arbetar rättssäkert och följer regler för sekretess i verksamhetssystemet.	Inget behov av åtgärd
Social dokumentation FS (checklista) Status 2025  Godkänd <i>Syfte med egenkontrollen</i> Syftet med granskning av genomförandeakter är att man på ett enkelt sätt kan granska och bedöma kvaliteten på den dokumentation som görs vid utförandet av LSS/SoL-insatser. Granskningen medför att den egna enheten systematiskt och kontinuerligt ska kunna se över, följa upp och diskutera dokumentationens kvalitet, syftet är därmed ständiga förbättringar.	Förtydliga och förstärka stöd kring social dokumentation och dokumentation utifrån IBIC Förtydliga och förstärka stöd kring social dokumentation och dokumentation utifrån IBIC så att detta kan användas som underlag för att följa upp och anpassa insatser utifrån individens behov.
Självskattning av basala hygienrutiner Status 2025  Delvis godkänd <i>Syfte med egenkontrollen</i> Att bedöma följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. En hög följsamhet till hygienreglerna är av stor vikt för att bryta smittvägar och därigenom förebygga smittspridning. God hygienisk standard bidrar till minskad risk för vårdrelaterade infektioner (VRI).	Uppföljning och påminnelse om hygienrutiner Påminnelser till personal, tydliggörande av rutiner, gemensamma genomgångar av hygienrutiner samt fortsatt <i>egenkontroll och uppföljning 1–2 gånger per år</i> .
Bedömning av det vårdhygieniska arbetet (följs upp i checklista) Status 2025  Godkänd <i>Syfte med egenkontrollen</i> Syftet är att identifiera utvecklingsbehov genom att bedöma struktur och förutsättningar för arbetet med vårdhygieniska frågor i verksamheten.	Hygienombud och rutiner Tydliggöra hygienombudens uppdrag och säkerställa hygienombud där det saknas. Se över rutiner för arbetskläder för en mer enhetlig tillämpning. Stärka uppföljningen av smittförebyggande arbetssätt och rutiner.
Observation av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK) Status 2025  Delvis godkänd <i>Syfte med egenkontrollen</i> God följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler förhindrar smittspridning och bidrar till en minskning av vårdrelaterade infektioner (VRI).	Kompetensutveckling Kompetensutveckla om hygien. Säkerställa tillgänglighet till skyddsutrustning.

Egenkontroll	Åtgärder
Egenkontroll munhälsa Status 2025  Godkänd <i>Syfte med egenkontrollen</i> För att följa upp att brukare får årligt erbjudande om munhälsobedömning och att kompetens gällande utförande av munvård finns i verksamheten görs en årlig egenkontroll på området.	Ökad kompetens för vikarier Säkerställa att timvikarier tar del av Socialstyrelsens utbildning gällande munhälsa.
Mätning av säkerhetskulturen  Ny kontroll 2026 <i>Syfte med egenkontrollen</i> Öka medvetenhet om säkerhetsfrågor i verksamheten, identifiera riskområden och styrkor inom säkerhetskulturen, stärka patientsäkerheten genom att ta fram relevanta förbättringsåtgärder, samt följa utvecklingen av säkerhetskulturen på enheten över tid.	Ny kontroll
Kontroll beredskapslager  Ny kontroll 2026 <i>Syfte med egenkontrollen</i> Säkerställa att det finns ett beredskapslager för att kunna fortsätta bedriva verksamheten på en tolerabel nivå vid allvarliga händelser eller höjd beredskap.	Ny kontroll
Kontroll av kontinuitetshantering  Ny kontroll 2026 <i>Syfte med egenkontrollen</i> En kontinuitetsplan innehåller information som hjälper medarbetarna att veta vad de ska göra vid en störning i en kritisk aktivitet eller resurs. Syftet är att kunna upprätthålla verksamheten på en tolerabel nivå. Säkerställa att verksamheten har uppdaterade och aktuella kontinuitetsplaner, att de är kända av medarbetarna och att verksamheten har övat på dem.	Ny kontroll
Nyckelhantering Status 2025  Godkänd <i>Syfte med egenkontrollen</i> Säkerställa att funktionshinderomsorgen hanterar nycklar på korrekt sätt.	Inget behov av åtgärd

Kvalitetsindikatorer

Här visas de indikatorer som verksamheten kommer att följa. Indikatorerna används som underlag för att bedöma om genomfört förbättringsarbete ger önskat resultat för målgruppen. Resultat för indikatorerna redovisas i kvalitetsberättelsen vid årets slut.

Kvalitetsindikator	Utfall 2024	Utfall 2025	Målvärde 2026
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - personalen pratar så brukaren förstår, (%)	77	80	Undersökning görs ej 2026
Daglig verksamhet LSS, brukaren får bestämma om saker som är viktiga, lägeskommun (%)	86	76	Undersökning görs ej 2026
Boende LSS totalt, brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, lägeskommun (%)	85	86	Undersökning görs ej 2026
Brukarbedömning boende LSS totalt - personalen pratar så att brukaren förstår (%)	73	69	Undersökning görs ej 2026
Brukarbedömning boende LSS totalt - brukaren får den hjälp hen vill ha (%)	82	84	Undersökning görs ej 2026
Antal anhöriga som erhållit samtalsstöd	-	-	400
Antal genomförda gruppaktiviteter för anhöriga	-	-	55
Andel stödpedagoger av de anställda, R12 (%)		8,2	9