



Huddinge

# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2025

För äldre inom vård- och omsorgsnämndens  
verksamheter



# Innehållsförteckning

<b>Inledning.....</b>	<b>3</b>
Syfte med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.....	3
<b>Grundläggande förutsättningar för kvalitet samt säker vård och omsorg .....</b>	<b>3</b>
Verksamhetens uppdrag och organisation.....	3
Ansvar och roller i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet .....	4
Definition av kvalitet och patientsäkerhet .....	4
<b>Underlag för bedömning .....</b>	<b>8</b>
Händelser och förutsättningar som påverkat verksamheten.....	8
Fokusområden för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet under året som gått .....	10
Avvikelser .....	13
Synpunkter och klagomål .....	18
Riskhantering.....	19
Egenkontroller .....	19
Brukarundersökningar.....	20
Individbaserad systematisk uppföljning .....	22
<b>Sammanfattning av kvalitet och patientsäkerhet .....</b>	<b>22</b>
Förebyggande arbete .....	22
Biståndsbedömning för äldre .....	23
Utförande av insatser i egen regi .....	23
Utförande av insatser hos privata utförare .....	24
<b>Förbättringsområden .....</b>	<b>25</b>

# Inledning

## Syfte med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet är att utveckla och förbättra stödet, vården och servicen som utförs inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen<sup>1</sup> redogör för det systematiska kvalitetsarbetet och det systematiska patientsäkerhetsarbetet som har genomförts under det gångna året.

Berättelsen innehåller information om hur verksamheten är organiserad, vilka förutsättningar som har funnits för att bedriva verksamheten samt vilka fokusområden eller mål som har prioriterats under året. Vidare redovisas förbättringsarbete som har utförts för att säkerställa god kvalitet och patientsäkerhet inom vilket exempelvis hantering av avvikelser, risker och egenkontroller ingår. Till sist beskrivs vilka resultat som har uppnåtts och en sammanfattning av hur kvaliteten ser ut i stödet till målgruppen samt hur patientsäker vården är.

Att sammanställa en kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse ger verksamheten tillfälle att analysera hur stödet till målgruppen har utvecklats samt ger underlag för att identifiera förbättringsområden inför nästkommande år. Rapporten ger även möjlighet till insyn i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet för den ansvariga nämnden och andra intressenter.

## Grundläggande förutsättningar för kvalitet samt säker vård och omsorg

### Verksamhetens uppdrag och organisation

Målgruppen som får stöd inom äldreomsorgen och som omfattas av den här kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen är personer över 65 år som får stöd och service i enlighet med socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Äldreomsorgen i Huddinge kommun är uppdelad i tre sektioner och består av förebyggande verksamhet, myndighetsutövning samt utförande verksamhet.

#### Sektionen för bistånd och förebyggande

I sektionens uppdrag ingår myndighetsutövning, förebyggande verksamhet för äldre samt dagverksamhet.

Sektionen ansvarar för att utreda, besluta om och följa upp beviljade insatser för personer över 65 år med fysiska och psykiska funktionsnedsättningar som är i behov av stöd i sin dagliga livsföring. Besluten fattas utifrån socialtjänstlagen (SoL) samt i enlighet med kommunens och nämndens riktlinjer och policyer.

Sektionen har även i uppdrag att arbeta förebyggande, uppsökande och samverkande för att identifiera och fånga upp äldre kommuninvånare i behov av förebyggande stöd och aktivitet. Detta arbete sker i linje med omställningen till god och nära vård, där fokus ligger på att stärka individens hälsa och välbefinnande genom tidiga insatser, samverkan och en personcentrerad vård och omsorg. I uppdraget ingår bland annat att bedriva seniorträffar och anordna hälsofrämjande aktiviteter för målgruppen.

I sektionen ingår också dagverksamhet för personer över 65 år. Dagverksamhetens uppdrag är att upprätthålla fysiska och sociala funktioner, skapa trygghet, ge social samvaro och regelbundna måltider. Dagverksamheten fungerar även som avlösning för anhöriga. Då den enskilde vistas på dagverksamheten får den anhörige möjlighet till avlastning.

#### Sektionen för ordinärt boende

Sektionens uppdrag är att i ordinärt boende utföra insatser enligt SoL för personer som inte själva kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt. Verksamheten utför stöd dygnet runt. Insatserna består exempelvis av omsorg, måltider, avlösning, besvarande av trygghetslarm samt serviceinsatser

---

<sup>1</sup> Enligt 3 kap §10 i Patientsäkerhetslagen ska vårdgivare senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Att skriva kvalitetsberättelse är ett allmänt råd från Socialstyrelsen.

som städ, tvätt och digitala inköp.

### Sektionen för särskilt boende och hälso- och sjukvård

Sektionens uppdrag är att bedriva särskilt boende, korttidsboende och växelvård för personer med beslut enligt SoL. Genom särskilt boende ska den enskilde få tillgång till bostad med tillsyn, vård och omsorg under dygnets alla timmar. Här ingår även kostenheten vars uppdrag är att tillhandahålla måltider till personer som bor på särskilt boende.

I uppdraget ingår också att erbjuda en god och säker vård inom det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret upp till och med sjuksköterskenivå. Det innefattar personer som bor på kommunens särskilda boenden för äldre eller vistas på biståndsbedömd dagverksamhet. Sektionen ansvarar även för hälso- och sjukvård till personer med funktionsnedsättning under 65 år som har vissa insatser enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade samt till personer med psykisk funktionsnedsättning som får stöd enligt socialtjänstlagen.

## Ansvar och roller i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Den nämnd som bedriver socialtjänst eller hälso- och sjukvård ska säkerställa att den enskilde får insatser av god kvalitet och att det finns ett upprättat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Nämnden är huvudman för all hälso- och sjukvård, oavsett privat eller kommunal driftsform, som bedrivs enligt det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret för brukare placerade av Huddinge kommun. För den hälso- och sjukvård som bedrivs i egen regi är nämnden även vårdgivare. En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Socialdirektören ansvarar för att ett ledningssystem upprättas och används inom verksamheter som bedrivs inom den egna regin samt att uppföljning av privata utförare genomförs inom vilken det granskas att de uppfyller kraven i föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9.

Vidare ansvarar varje chef för att det systematiska kvalitetsarbetet planeras, genomförs, följs upp och dokumenteras inom sitt ansvarsområde. Verksamhetschefen har utöver detta även ansvar för att besluta om allvarighetsgraden i rapporterat missförhållande eller risk för missförhållande.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ett författningsreglerat ansvar för kvalitet- och patientsäkerhet inom det verksamhetsområde som vårdgivaren beslutat. MAS ansvarar även för att rapportera händelser som har medfört eller kunnat medföra allvarliga vårdskador enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Verksamhetschefen för hälso- och sjukvården har det övergripande ansvaret för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Alla medarbetare inom verksamheten ska bidra till god kvalitet och patientsäkerhet genom att följa de processer och rutiner som finns för verksamheten, att rapportera brister och avvikelser samt att delta aktivt i utvecklings- och förbättringsarbete.

## 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 inte heller 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.

Verksamheten ska arbeta utifrån följande kvalitetsfaktorer:

## Kunskapsbaserad verksamhet

Socialtjänstens insatser och service ska utföras utifrån bästa tillgängliga kunskap och evidens. Den vård som ges ska utföras enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Medarbetarna ska ha den kompetens som krävs för sitt uppdrag.

Verksamheten ska genom systematisk uppföljning säkerställa att det stöd och den vård som ges får önskat resultat för den enskilda individen. Det som vid uppföljningen inte visar sig ge resultat ska ersättas av andra arbetsätt.

### *Säkerställa adekvat kunskap och kompetens*

Äldreomsorgens kvalitetsarbete utgår från aktuell forskning, kunskap och beprövad erfarenhet. Vid rekrytering ställs krav på relevant utbildning för den aktuella tjänsten. Undersköterska är ett bristyrke, vilket innebär en utmaning för utförarverksamheterna att rekrytera enbart utbildade undersköterskor. Verksamheten följer Socialstyrelsens rekommendationer vid rekrytering och arbetar aktivt för att motivera medarbetare utan undersköterskeutbildning att genomföra sådan utbildning.

Samtliga medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan och erbjuds kontinuerlig fortbildning för att säkerställa att kunskaperna är aktuella. Kompetensutvecklingen sker genom bland annat föreläsningar, webbutbildningar samt genom att kunskap och erfarenheter delas inom organisationen.

Många medarbetare har behov av att stärka sina kunskaper i svenska språket. För att möta detta behov samarbetar äldreomsorgen med den kommunala vuxenutbildningen, Vux Huddinge, vilket ger medarbetare möjlighet att studera svenska på arbetstid för att bättre kunna utföra sina arbetsuppgifter. Medarbetare erbjuds även språkträning genom det digitala språkverktyget Lingio<sup>2</sup>. Därutöver finns en samverkan med Vård- och omsorgscollege, som erbjuder utbildningar för kompetensutveckling inom vård och omsorg.

Inom enheten för myndighetsutövning finns ett etablerat samarbete med Huddinge traineeprogram. Genom programmet tar verksamheten emot socionomstudenter för praktik och traineeanställningar, vilket bidrar till en långsiktig och hållbar personalförsörjning.

## 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.

Äldreomsorgens arbete utgår från principen om den enskildes delaktighet i sin vård och omsorg, med utgångspunkt i personens egen kunskap om sina behov, förväntningar och resurser. Delaktighet beaktas i alla delar av verksamheten – från öppna och förebyggande insatser, via ansökningsprocessen för biståndsbedömda insatser, till utförandet och uppföljningen av dessa.

Vid ansökan om biståndsbedömda insatser görs den enskilde delaktig genom personliga möten med biståndshandläggare. Genom dialog säkerställs att individuella behov och önskemål tas tillvara i utredningen.

I de utförande verksamheterna är den enskildes delaktighet i utformningen av insatsernas genomförande central. Detta sker genom upprättande och regelbunden uppföljning av genomförandeplanen. Den fasta omsorgskontakten inom ordinärt boende och den kontaktansvariga inom särskilt boende har en särskilt viktig roll i att främja delaktighet och tillvarata den enskildes intressen.

Inom särskilt boende anordnas olika former av möten för att stärka delaktigheten för både boende och anhöriga. För att öka insynen i verksamheten skickas även regelbundna informationsbrev till anhöriga.

Samtliga verksamheter tar emot, sammanställer och följer upp inkomna synpunkter, förslag och klagomål samt vidtar åtgärder utifrån dessa som en del av det kontinuerliga kvalitetsarbetet.

### *Patienten som medskapare*

En grundläggande förutsättning för en säker vård är den enskildes och anhörigas delaktighet. Vården blir säkrare när patienten är välinformerad och deltar aktivt i beslut som rör den egna vården. Vården ska därför, så långt det är möjligt, utformas och genomföras i samråd med den enskilde. I omställningen till god och nära vård

---

<sup>2</sup> Lingio är ett digitalt verktyg där bland annat vård- och omsorgspersonal kan utveckla yrkessvenska genom E-learning och språkstöd.

och omsorg utgör patientens delaktighet ett prioriterat utvecklingsområde.

Inom kommunens särskilda boenden utförs ett omfattande antal vårdinsatser. Vid inflyttning inhämtar sjuksköterska samtycke för informationsöverföring till andra vårdgivare samt till närstående. Den enskilde ges, utifrån sin förmåga, möjlighet att vara delaktig i beslut genom dialog med sjuksköterska och läkare. Målsättningen är att den enskildes önskemål och ställningstaganden kring vården ska vara kända och tillgängliga för all berörd personal.

När vården övergår till livets slutskede initieras processen med brytpunktssamtal. Patienten, och vid önskemål även närstående, erbjuds strukturerade samtal med ansvarig läkare och sjuksköterska för att gemensamt fastställa vårdens innehåll och mål. Brytpunktssamtal genomförs vid behov vid upprepade tillfällen under vårdtiden för att säkerställa att vårdens inriktning kontinuerligt anpassas efter den enskildes tillstånd och önskemål i livets slutskede.

## 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.

Insatserna ska genomföras på ett sätt som skapar trygghet för den enskilde, så att hen kan känna tillit till att alltid få de insatser som har beviljats och bli bemött med respekt. Verksamheten ska arbeta för en hög grad av kontinuitet när det gäller både personal och arbetssätt.

### *Rättssäker handläggning*

En rättssäker handläggning innebär att utredningar och beslut grundas på gällande lagstiftning, föreskrifter och rättspraxis. I samtliga ärenden görs en individuell bedömning av den enskildes behov för att pröva rätten till det bistånd som har ansökts.

### *Informationssäkerhet*

Verksamheten hanterar och förvarar sekretessbelagda uppgifter i enlighet med gällande regelverk och interna riktlinjer. Regelbundna loggkontroller genomförs för att säkerställa att obehörig åtkomst upptäcks och åtgärdas. Vid misstänkta personuppgiftsincidenter rapporteras dessa till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY) i samverkan med kommunens dataskyddsombud.

### *En god säkerhetskultur*

En grundläggande förutsättning för en säker vård av god kvalitet är en väl utvecklad säkerhetskultur. Det innebär att samtliga medarbetare är medvetna om, och uppmärksamma på, de risker som kan uppstå i verksamheten. Det förutsätter också ett arbetsklimat där personalen känner sig trygg i att rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet, utan rädsla för skuldbeläggning. Verksamheten arbetar aktivt med att lära av både negativa händelser och det som fungerar väl.

Alla medarbetare är skyldiga att rapportera avvikelser enligt socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Rapportering av avvikelser och gällande arbetssätt ingår som en självklar del i introduktionen av nyanställda. Transparens kring avvikelser är ett genomgående förhållningssätt. Avvikelser, vårdskador och lex Sarah-ärenden diskuteras regelbundet på arbetsplatsträffar och i andra forum. Syftet är att främja lärande och reflektion samt att stärka en tillåtande rapporteringskultur där avvikelser ses som ett verktyg för verksamhetsutveckling.

### *Bemötande och trygghet*

Arbetet inom äldreomsorgen ska präglas av ett respektfullt och professionellt bemötande i enlighet med den nationella värdegrunden för äldreomsorg. Målet är att varje individ ska känna sig respekterad, trygg och väl omhändertagen. Genom ett personcentrerat arbetssätt, som utgår från den enskildes önskemål och individuella behov, skapas förutsättningar för delaktighet och trygghet i omsorgen. Synpunkter, förslag och önskemål från både brukare och anhöriga tas tillvara och integreras aktivt i verksamhetens utvecklingsarbete.

Personalkontinuitet är en viktig faktor för att skapa trygghet och stabilitet för den enskilde. Samtliga verksamheter arbetar därför för att upprätthålla en hög grad av kontinuitet. Även kontinuitet i vårdrelationer är avgörande för upplevd trygghet. För att säkerställa detta tilldelas varje boende på särskilt boende en omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

## 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.

### *Tillgänglig information och kontakt*

Äldreomsorgen strävar efter hög tillgänglighet och följer kontinuerligt upp hur denna kan säkerställas och utvecklas. För många äldre är tillgänglighet via telefon av särskild betydelse. Genom en väl etablerad samverkan med kommunens servicecenter säkerställs att enskilda som önskar kontakt eller information behöver ringa så få samtal som möjligt. Kommuninvånare som fyller 75 år och som inte har pågående insatser erbjuds ett förebyggande hembesök, där information ges om vilket stöd som finns att tillgå från kommunen, regionen och civilsamhället.

Information om verksamheter, enheter och kontaktuppgifter finns tillgänglig på Huddinge kommuns webbplats. Informationen kan ges både skriftligt och muntligt utifrån den enskildes behov. Det finns även möjlighet att ansöka om biståndsinsatser digitalt via kommunens webbplats.

För den som bor på särskilt boende finns personal tillgänglig hela dygnet och lika så finns tillgång till personal dygnet runt för personer i ordinärt boende med beslut om trygghetslarm eller nattillsyn.

### *Insatser inom rimlig tid*

Ansökningar om bistånd handläggs skyndsamt i enlighet med gällande lagstiftning. Beviljade insatser påbörjas utan dröjsmål, eller så snart det finns tillgänglig plats inom särskilt boende eller dagverksamhet.

Inom hälso- och sjukvården finns sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut på plats på samtliga särskilda boenden under dagtid på vardagar. Under övrig tid finns jour-sjuksköterska tillgänglig, med en inställetid på högst 30 minuter vid behov av fysiskt besök. Det finns tydliga riktlinjer för hur personal ska agera vid förändrade hälsotillstånd, för att säkerställa att hälso- och sjukvårdsinsatser ges på rätt sätt, på rätt nivå och inom rimlig tid.

## 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.

### *Samverkan*

Inom äldreomsorgen värdesätts teamarbete och samverkan, då detta är avgörande för att verksamheten ska kunna utföra sina uppdrag med hög kvalitet och god patientsäkerhet.

Allt fler äldre med omfattande vård- och omsorgsbehov bor kvar i det ordinära boendet. För att insatser ska kunna erbjudas i rätt tid krävs samverkan mellan kommunen, regionen och civilsamhället, både för att identifiera behov och för att utföra insatser på ett korrekt sätt. Samverkan sker internt inom och mellan enheter, samt med andra kommunala förvaltningar enligt upprättade rutiner. Verksamheterna samverkar också med externa aktörer, såsom civilsamhället och regionen.

Anhöriga utgör en viktig samverkanspart tack vare sin kunskap och erfarenhet om den enskilde. Kontakt med anhöriga sker löpande och i olika forum, exempelvis genom anhörigmöten på särskilt boende.

### *Samverkan för att förebygga vårdskador*

Socialförvaltningen och regionens primärvård i Huddinge tar årligen fram en gemensam handlingsplan för god och nära vård och omsorg. Handlingsplanen syftar till att stärka samverkan mellan huvudmännen och säkerställa en sammanhållen vårdkedja med fokus på patientens behov, kontinuitet och säkerhet. Detta bidrar till att stärka patientsäkerheten bland annat genom att minska risken för brister i vårdens övergångar.

En förutsättning för god vård och omsorg är att legitimerad personal och ledning på särskilda boenden har nära och väl fungerande samarbete. Omsorgspersonal arbetar närmast brukarna och det är därför av stor vikt att de vet när och hur de ska kontakta legitimerad personal.

Samverkan mellan legitimerad personal och omsorgspersonal sker bland annat via:

- Vård- och omsorgsmöten, där enskilda brukares vård och omsorg planeras

- Avvikelsemöten, där ansvarsfördelning vid åtgärder tydliggörs
- Kvalitetsråd, där avvikelser och förbättringsområden diskuteras

Extern samverkan med andra vårdgivare, exempelvis läkarorganisationer, primärvård och tandvårdsutförare, bidrar till utveckling och förbättring av patientsäkerheten samt förebyggande av vårdskador.

Vid brister i vårdens övergångar sänds avvikelser till berörd vårdgivare för kännedom och åtgärd. Vid identifierade systematiska brister initieras samverkan med regionens hälso- och sjukvårdsförvaltning (HSF) i syfte att gemensamt utveckla säkra rutiner och minimera risker för vårdskada.

Teamarbetet är centralt i det riskförebyggande arbetet på individnivå. Strukturerade riskbedömningar genomförs för samtliga patienter och dokumenteras i patientjournalen. Som ett verktyg för systematiskt kvalitetsarbete används även Nationella kvalitetsregister<sup>3</sup> för de patienter som lämnat samtycke. Registren stödjer teamet i att välja evidensbaserade åtgärder på individnivå, samtidigt som aggregerade data möjliggör analys av vårdens resultat och identifiering av förbättringsområden på verksamhetsnivå.

## 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 arbetet utförs och att utbudet av insatser möter målgruppens behov. Resurser ska användas där de kommer målgruppen till störst nytta.

Äldreomsorgen arbetar kontinuerligt för att använda resurserna på ett effektivt sätt, för att kunna erbjuda äldre stöd samt vård och omsorg av hög kvalitet. Genom rätt planering och fördelning av resurser säkerställs en välfungerande verksamhet som svarar mot målgruppens behov. Uppföljning och utvärdering är viktiga moment för att kunna anpassa stödet så att det blir både ändamålsenligt och resurseffektivt.

En central del i omställningen till framtidens socialtjänst och till god och nära vård och omsorg är användningen av digitala lösningar. Syftet är att arbeta mer resurseffektivt, förbättra kommunikationen och öka patientsäkerheten. Digitala verktyg som frigör tid för personalen utan att påverka kvaliteten för den enskilde utvecklas och implementeras löpande. Exempel på sådana lösningar är automatiserad handläggning, digitala inköp av matvaror och digital tillsyn.

## Underlag för bedömning

För att på ett systematiskt sätt kunna förbättra kvaliteten och agera för säker vård så att patienter inte drabbas av vårdskada används olika metoder för att identifiera behov av förbättrande åtgärder. De metoder som används är bland annat riskanalys, egenkontroller, utredning av avvikelser, synpunkter och klagomål, samt analys utifrån den nationella handlingsplanen för säker vård.

Vidare finns det faktorer i omvärlden och verksamhetens förutsättningar som påverkar hur kvaliteten och patientsäkerheten utvecklas. Allt detta har betydelse för att kunna bedöma hur kvaliteten och patientsäkerheten utvecklas och vilka förbättringsområden som behöver prioriteras.

## Händelser och förutsättningar som påverkat verksamheten

### Lagar och regelverk

#### *Nya socialtjänstlagen*

Den 1 juli trädde den nya socialtjänstlagen i kraft. Den ny lagen innebär ett ökat fokus på förebyggande insatser, tillgänglighet och en kunskapsbaserad verksamhet. Äldreomsorgen har under året arbetat för att anpassa arbetssätt, rutiner och verksamhetssystem. Inom myndighetsutövningen har medarbetarna genomfört riktade utbildningar kring lagens innehåll och arbetssätt för att kunna ge insatser utan behovsprövning har införts. Flera förändringar har genomförts för att stärka äldreomsorgens arbete i linje med den nya lagens intentioner främst avseende att förbättra tillgängligheten och stärka kompetensen i verksamheten.

<sup>3</sup> De Nationella kvalitetsregister som används på hälso- och sjukvårdens område är: BPSD, Senior Alert, SveDem samt Svenska Palliativregistret.

## Organisationsförändringar

### *Minskat antal korttidsplatser*

Under flera års tid har behovet av korttidsplatser varit mindre än antalet korttidsplatser som har funnits i egen regi. Under våren 2025 genomfördes därför en omorganisation på Stortorps äldreboende för att minska antalet korttidsplatser. Förändringen innebär att antalet permanenta platser ökade samt att dubbelrum som tidigare använts för korttidsplaceringar i stället kan användas för parboende.

### *Ökat antal enhetschefer inom särskilt boende*

Under året har en organisatorisk förändring genomförts inom särskilt boende där rollen biträdande enhetschef har avvecklats och antalet enhetschefer utökats från sex till elva. De tidigare biträdande enhetscheferna hade inte personal- eller arbetsmiljöansvar och förändringen innebär att samtliga enhetschefer nu har det fulla chefsansvaret för sina enheter inklusive personal och arbetsmiljö. Syftet med förändringen är att skapa förutsättningar för ett nära ledarskap, säkerställa en effektiv användning av resurser och stärka långsiktig kompetensförsörjning av chefer.

## Digitalisering

### *Införande av nytt dokumentationssystem för hälso- och sjukvården*

Under hösten 2025 genomförde hälso- och sjukvårdsorganisationen ett byte av journalsystem, från Procapita till Lifecare HSL, ett system för dokumentation inom hälso- och sjukvård. Systemet är anpassat till gällande lagstiftning och Nationell informationsstruktur (NI) som stöd för ett strukturerat och patientsäkert arbetssätt genom hela vårdprocessen. Införandet har föregåtts av omfattande utbildningsinsatser.

Det nya journalsystemet har implementerats inom särskilt boende och samtliga berörda medarbetare har genomgått utbildning. Systemet togs i drift i oktober, vilket innebär att det i nuläget är för tidigt att bedöma dess påverkan på verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Inledningsvis har införandet medfört att dokumentationsarbetet upplevs som mer tidskrävande.

### *Trygghetslarm och trygghetssensorer*

Inom särskilt boende påbörjades under hösten byte av leverantör för trygghetslarm, dörrlarm och rörelsevakter. Medarbetare har genomgått utbildning och nya rutiner och lathundar har tagits fram. En larmcoach har tillsatts för att stödja medarbetarna under implementeringen. I det nya avtalet ingår även smarta sensorer vilket kommer att testas genom ett pilotprojekt på Stortorps äldreboende och utvärderas under våren 2026. Sensorerna antas kunna ge ökade möjligheter att sätta in förebyggande stöd.

## Resurser

### *Lokaler*

I maj drabbades ett av kommunens särskilda boenden av en brand, vilket medförde att cirka hälften av boendet behövde evakueras i avvaktan på renovering. I samband med händelsen erbjöds krisstöd och nya placeringar säkerställdes för både boende och medarbetare. Händelsen innebär att antalet platser i egen regi tillfälligt minskade med 36 platser. Minskningen har kompenseras genom placeringar på privata äldreboenden inom valfrittssystemet för särskilt boende. Arbete pågår för att boendeplatserna ska kunna tas i drift igen.

Planeringen för renovering av Stortorps kök påbörjades under 2024 och har fortsatt under 2025. Enligt nuvarande planering ska renoveringen påbörjas våren 2026 och beräknas pågå i cirka ett och ett halvt år. Under renoveringstiden kommer köket på Tallgårdens äldreboende att användas för att säkerställa fortsatt produktion av måltider.

Äldreboendet Rosendalsgårdens lokaler är inte ändamålsenliga. De bedömningar av vårdhygienisk standard som gjordes 2023 samt 2025 visade på ett antal brister som inte går att avhjälpa utan en renovering. En förstudie har genomförts och förvaltningen inväntar en kostnadsuppskattning samt Huddinge samhällsfastigheters investeringsråds prövning och rekommendation ur fastighetsägarperspektiv.

### *Ekonomi*

Äldreomsorgen har under året haft ökade kostnader, bland annat avseende löner, förbrukningsmaterial och lokaler. Ordinärt boende har haft höga kostnader för reparationer av fordon samt hyrbilar, i avvaktan på ett nytt leasingavtal. Under slutet av 2025 tecknade kommunen ett nytt avtal och nya fordon har beställts, med planerad leverans under första kvartalet 2026.

Den tidigare nämnda branden på ett av kommunens särskilda boenden medförde även oplanerade kostnader.

Dessa uppstod bland annat till följd av att det krävdes en tids anpassning av personalplanering och personalkostnader utifrån den hastigt förändrade situationen.

Det ekonomiska resultatet redovisas i sin helhet i verksamhetsberättelsen.

### *Personalresurser*

Personalförsörjningen är fortsatt en utmaning inom äldreomsorgen, både när det gäller omsorgspersonal och chefer. Tillgången till medarbetare med adekvat kompetens har stor betydelse för verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. För att stärka kompetensen hos befintlig personal har flera medarbetare under året genomfört undersköterskeutbildning med stöd av statsbidraget Äldreomsorgslyftet. Som en del i kompetensförsörjningsarbetet har även utbildningar i svenska språket genomförts i samarbete med Vux Huddinge.

Under året har projektet *Heltid som norm* påbörjats på ett av kommunens särskilda boenden. Projektet syftar till att fler medarbetare ska erbjudas heltidsanställning. Det har medfört att boendets bemanning har ökat vilket har finansierats genom nämndens särskilda satsning på heltid som norm. Den ökade bemanningen har bidragit till förbättringar i personalkontinuitet samt ökad följsamhet till rutiner. Detta har i sin tur resulterat i färre rapporterade avvikelser. Samtidigt har kostnaderna för timvikarier minskat.

## Fokusområden för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet under året som gått

### Förebygga ohälsa och ensamhet

#### *Hälsofrämjande insatser på seniorträffarna*

Under året har utbudet av hälsofrämjande aktiviteter på seniorträffarna utökats. Bland annat har träningsrum etablerats på tre av äldreomsorgens seniorträffar, vilket skapar bättre förutsättningar för lättillgänglig fysisk aktivitet anpassad efter seniorernas individuella förutsättningar.

I januari inleddes pilotprojektet Huddinge Hjärnhälsa, ett livsstilsprogram för seniorer i centrala Huddinge. Programmet omfattar 15 deltagare och bygger på den så kallade fingermodellen<sup>4</sup>. Det har utvecklats i samverkan mellan kommunen och externa aktörer såsom Vårdcentralen Stuvsta, Huddingehallen, SPF Seniorerna samt träningsanläggningen STC. Återkoppling från deltagare och samverkanspartners visar att programmet är uppskattat. En slutrapport ska levereras under 2027.

Äldreomsorgens förebyggande enhet har sedan tidigare en väl etablerad samverkan med civilsamhället avseende aktiviteter för seniorer. Under året har enheten även påbörjat en ökad samverkan med kommunens digitaliseringsavdelning samt trygghet och säkerhetssektionen. Det har resulterat i att aktiviteter som exempelvis AI-labb har kunnat erbjudas till seniorer i kommunen. Under beredskapsveckan genomfördes också flera föreläsningar på seniorträffarna avseende civil beredskap.

I samverkan med pensionärsföreningarna PRO och SPF har två seniorevent genomförts under året med fokus på digitalisering och säkerhet.

#### *Digital fixare*

Projektet Digital fixare startade i januari med målsättningen att förebygga digitalt utanförskap bland kommuninvånare över 69 år och erbjuda stöd i digitala frågor. Den digitala fixaren har varit tillgänglig på seniorträffar och bibliotek samt genomfört informationsträffar i samarbete med föreningar, hemtjänsten, biståndshandläggare och vårdcentraler. Stöd har även erbjudits via telefon och i viss mån genom hembesök.

Totalt har drygt 900 seniorer fått hjälp av Digitala fixaren. Det vanligaste stödet har rört mobiltelefoner, appar, QR-koder samt nyfikenhet kring AI. Tjänsten har visat sig vara mycket uppskattad och efterfrågad bland äldre i kommunen. Samtliga som har haft kontakt med tjänsten uppger att de är nöjda, samtidigt som verksamheten ser potential för fortsatt utveckling. För att nå fler seniorer planeras en utökning av insatsen genom att erbjuda utbildningar och workshops, samt göra delar av utbildningarna tillgängliga digitalt via huddinge.se.

---

<sup>4</sup> FINGER-modellen bygger på forskning som visar att kognitiv svikt och demens kan förebyggas eller fördröjas genom samordnade livsstilsåtgärder inom flera områden. Den utgår från fem faktorer som tillsammans stärker hjärnhälsan: hälsosam kost, fysisk aktivitet, kognitiv träning, sociala aktiviteter och kontroll av hjärt- och kärlvärden.

Pilotprojektet är avslutats och tjänsten ingår nu i ordinarie verksamhet.

## God tillgänglighet och insatser inom rimlig tid

### *Samverkan med regionen*

Samverkan mellan regionen och kommunen har stärkts och utökats under året. Biståndshandläggare finns nu på plats en dag i månaden på fem vårdcentraler för att ge information om kommunens insatser. Samarbete har även inletts med Geriatriska avdelningen på Karolinska sjukhuset i Huddinge. Dessa åtgärder har stärkt samverkan, särskilt kring utskrivningar och samordnad individuell plan (SIP). Den förbättrade samverkan medför också att förebyggande insatser kan erbjudas tidigare.

## Kunskapsbaserad verksamhet

### *Demenssjuksköterska*

Äldreomsorgen har under året satsat på att stärka kvaliteten för personer med demenssjukdom och deras anhöriga, bland annat genom att anställa en demenssjuksköterska. Funktionen har bidragit till utveckling av arbetssätt, tidigare identifiering av behov och ett mer välgrundat beslutsfattande. Effekterna bedöms som positiva med ökad trygghet för målgruppen och förbättrad samverkan mellan professioner.

Stödet från demenssjuksköterskan har omfattat individuella insatser för personer med demenssjukdom och deras anhöriga, rådgivning samt gruppverksamhet med fokus på utbildning och samtal. Syftet har varit att höja kunskapen om demenssjukdomar, informera om tillgängligt stöd och skapa trygghet genom tidig kontakt med kommunen.

### *Kompetensutveckling inom hemtjänsten*

Under året har en kompetensutvecklingsplan tagits fram för medarbetare inom hemtjänsten, utifrån lagkrav, uppdragsbeskrivning och framtida behov. Utifrån den fastställda planen har samtliga enheter kartlagt vilka utbildningar varje medarbetare har genomfört i sin individuella kompetensutvecklingsplan. Planerna ska ligga till grund för framtida satsningar på utbildning.

Ett behov som har identifierats är att det har saknats kompetens avseende suicidprevention hos medarbetare inom hemtjänsten. Kunskap om suicidprevention är viktig för att kunna upptäcka risker i tid, bemöta personer på ett tryggt och korrekt sätt vilket kan bidra till att rädda liv.

Under hösten genomfördes två föreläsningar och workshops i suicidprevention. Dessa utbildningstillfällen ökade deltagarnas kunskap om hur man uppmärksammar tecken på suicidrisk, hur man ska agera, trygghet i att samtala om ämnet samt vetskap om vart man vänder sig för råd och stöd. Utbildningstillfällena finansierades med UPH-medel.

### *Kompetens gällande patientsäkerhet*

För att säkerställa adekvat kunskap och kompetens på området patientsäkerhet har en utbildning i patientsäkerhet tagits fram för legitimerad personal utifrån nationella kompetensmål. Samtliga legitimerade medarbetare har tagit del av utbildningen. All legitimerad personal har även tagit del av utbildning i orsaksanalys.

Arbetet med att ta fram utbildning i patientsäkerhet för omsorgspersonal har påbörjats och planeras att färdigställas under 2026.

## Hög säkerhet, trygghet och gott bemötande

### *Fast omsorgskontakt och genomförandeplaner inom hemtjänst*

Under 2025 har hemtjänsten fortsatt arbetet med att stärka och förtydliga rollen som fast omsorgskontakt. Fokus har legat på att vidareutveckla uppdraget och säkerställa att rollen fungerar effektivt i praktiken. Ett prioriterat område under året har varit att öka brukarnas kännedom om vem som är deras fasta omsorgskontakt. Arbetet med att tydliggöra och utveckla rollen kommer att fortsätta under 2026.

Det finns även ett behov av att förbättra arbetet med genomförandeplaner inom hemtjänsten. Under året har verksamheten förenklat intervjumallen som används vid uppdatering av genomförandeplaner, vilket har haft en positiv effekt där språksvårigheter och tidsbrist tidigare varit hinder. Det går nu att se en positiv trend när det gäller andelen brukare som har en aktuell genomförandeplan.

## Systematiskt kvalitetsarbete

### *Tillförlitliga och säkra processer och rutiner*

Inom ordinärt boende har det under hösten skett en inventering av samtliga rutiner och stöddokument. Alla

rutiner har reviderats för att öka tydligheten och säkerställa användbarheten för medarbetarna. En ny struktur för hur dokumenten ska finnas tillgängliga för medarbetare har utarbetats och alla inaktuella dokument har städats bort. Under 2026 behöver arbetssätt och ansvarsfördelning för förvaltning av rutiner och processer tas fram.

Även inom hälso- och sjukvårdsorganisationen har man arbetat för att göra processer och rutiner mer lättillgängliga för medarbetare och chefer. Processägare och processledare har inom flera områden tillsammans uppdaterat rutiner.

För att säkerställa god och säker vård utvecklas även dokumentationen. Till exempel har utformningen av hälsoplaner, dokumentation vid vård i livets slutskede samt dokumentation vid inskrivning av ny patient utvecklats.

## Säker läkemedelshantering

Under 2025 har arbetet med läkemedelshantering fortsatt med fokus på att stärka patientsäkerheten och följsamheten till rutiner. Verksamheten har genomfört en extern kvalitetsgranskning, som visar på god hantering i stort, samtidigt som vissa utvecklingsområden har identifierats, såsom tydligare ansvarsfördelning, förbättrad dokumentation och spårbarhet samt säkrare nyckelhantering och förvaring av läkemedel.

Genom dessa insatser har patientsäkerheten förbättrats och riskerna minskat, samtidigt som arbetet med fortsatt uppföljning och utbildning kommer att fortsätta under 2026.

## Palliativ vård

Den palliativa vården i kommunen utgår från de fyra hörnstenarna: symtomlindring, teamarbete, kommunikation och stöd till närstående. Under 2025 har arbetet fortsatt med att stärka kvaliteten i vården i livets slutskede, bland annat genom utbildning av sjuksköterskor som palliativa ombud och återstart av utvecklingsgrupp för den palliativa vården.

Uppföljning via Svenska Palliativregistret visar goda resultat när det gäller närvaro vid livets slut och förebyggande av trycksår. Samtidigt finns behov av fortsatt utveckling inom vårdplanering, dokumentation av brytpunktssamtal och systematiskt teamarbete mellan läkare och sjuksköterskor.

Genom att fortsätta kompetensutveckling, stärka samverkan mellan professioner och systematiskt följa upp kvaliteten i den palliativa vården, bedöms förutsättningarna för att ge trygg, värdig och säker vård fortsatt vara goda.

Vård i livets slutskede	Resultat 2025	Resultat 2024	Resultat 2023
Ordination på smärtstillande läkemedel	90	96	92
Ordination på ångestdämpande läkemedel	90	96	91
Smärtskattning	82	85	73
Dokumenterad munhälsobedömning	71	81	73
Närvaro i dödsögonblicket	83	81	73
Avsaknad av trycksår	83	79	79
Dokumenterat brytpunktssamtal	79	87	81

## Uppföljning av mål för patientsäkerhetsarbetet

Som en del av vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete fastställs årligen mål för hälso- och sjukvården i syfte att förebygga vårdskador och stärka kvaliteten i vården. Nedan redovisas uppföljning av årets mål samt i vilken utsträckning planerade insatser har genomförts och vilka resultat som uppnåtts.

### *Mål: Minskad risk för undernäring*

Under 2025 har äldreomsorgen arbetat med flera åtgärder för att minska risken för undernäring hos brukarna. Nattfastemätningar har visat att nattfastan på flera enheter överstiger 11 timmar, vilket har lett till att handlingsplaner har upprättats för att säkerställa att ingen brukares nattfasta ska överstiga denna tid.

För att förbättra måltidssituationen och öka näringsintaget genomförs årligen egenkontroll enligt Five Aspects

Meal Model (FAMM<sup>5</sup>). Resultaten har visat på brister, vilka enheterna har arbetat med att åtgärda under året (se bilaga 2).

Under hösten 2025 påbörjades dessutom ÄTUP-projektet inom särskilda boenden, med målet att samtliga boenden ska vara certifierade till våren 2026. Genom projektet får medarbetarna fördjupad kunskap om hur risken för undernäring kan minimeras. Projektet omfattar även stöd till brukarna att göra medvetna kostval, anpassa måltider efter individuella behov och få hjälp under måltidssituationer.

Kvalitetsregistret Senior Alert visar att risken för undernäring har varit oförändrad under året.

Dietist har inte kunnat anställas eftersom finansiering saknas, vilket innebär en fortsatt begränsning i möjligheten till specialiserad näringsbedömning.

#### *Mål: patientsäkra bedömningar i hälso- och sjukvården*

För att säkerställa personcentrerade arbetssätt kring patienten och höja kvaliteten vid läkemedelsgenomgångar har ett strukturerat teamorienterat arbetssätt tagits fram. Genom att samordna och uppdatera riskbedömningar, kvalitetsregister och genomförandeplaner inför läkemedelsgenomgången skapas en helhetsbild som stärker patientsäkerheten och säkerställer efterlevnad av kraven för god och säker läkemedelshantering. Implementeringen av arbetssättet kommer att fortsätta under 2026.

Under 2025 planerades även införandet av system för säkra videosamtal på jourtid. En förstudie har genomförts, och arbetet med att införa videosamtal på ett tryggt och säkert sätt fortsätter under 2026.

#### *Mål: Ökad livskvalitet genom minskad förekomst av BPSD<sup>6</sup>*

Arbetet under året har inriktats på att minska förekomsten av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) genom ökad användning av icke-farmakologiska insatser, såsom personcentrerat bemötande, med målet att samtidigt minska behovet av psykofarmaka.

Som del i arbetet har sjuksköterskor, omsorgspersonal och chefer fått utbildning i BPSD, och bemötandeplaner har följts upp vid vård- och omsorgsmöten samt på kvalitetsråd. Under 2026 planeras även egenkontroller av bemötandeplaner för att säkerställa aktualitet och kvalitet.

Trots utbildningsinsatser visar uppföljningen en liten ökning av psykofarmakaanvändning, vilket kräver fördjupad analys för att säkerställa att läkemedelsbehandling föregås av adekvata icke farmakologiska åtgärder. Samtidigt visar NPI-skattningar<sup>7</sup> förbättringar inom områdena social aktivitet samt bekräftelse och trygghet. För områdena kognitivt stöd och fysisk aktivitet har däremot resultatet försämrats. Hos personer med initialt höga NPI-skattningar ses en minskning vid uppföljning, vilket tyder på minskad symtomförekomst.

Sammantaget indikerar resultaten att de icke-farmakologiska insatserna har haft viss positiv effekt, men att fortsatt utveckling och systematisk uppföljning behövs för att minska behovet av läkemedelsbehandling och säkerställa en jämn kvalitet och jämlik vård mellan enheter.

#### *Mål: Uppnå god följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler*

Mätningar av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler visar på fortsatta brister trots genomförda utbildningar. Verksamheten har därför intensifierat arbetet genom utökade observationer, bättre materialtillgång och framtagande av en ny rutin för smittförebyggande arbete. Att uppnå full följsamhet till basala hygienrutiner och smittförebyggande arbetssätt kvarstår som ett prioriterat utvecklingsområde för att minimera vårdrelaterade infektioner under 2026.

## Avvikelser

Alla som arbetar eller på annat sätt fullgör uppgifter inom socialtjänsten är skyldiga att rapportera om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande sker för en enskild som tar emot eller kan komma att ta emot stöd och insatser från verksamheten. Utöver det hanterar verksamheten också andra avvikelser

<sup>5</sup> Metoden FAMM (Five Aspects Meal Model) handlar om att arbeta med förbättringar kring måltidssituationen. Modellen har utvecklats inom forskningsområdet måltidskunskap, och belyser de fem aspekterna rummet, mötet, maten (och drycken), styrsystemet och stämningen. Syftet är att ge den enskilde inom särskilt boende och korttidsboende en måltidsupplevelse som kan jämföras med en trevlig familjemiddag. Tanken är att de som deltar i måltiden har så trevligt att man sitter kvar länge. Därför äter man lite mer än man annars skulle ha gjort..

<sup>6</sup> BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra och utveckla vården för personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Målet är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och därigenom öka livskvaliteten för personen med kognitiv sjukdom/demenssjukdom.

<sup>7</sup> NPI är en skala som är utvecklad för att mäta beteendesymptom (BPSD) vid olika demenssjukdomar.

som inte har inneburit en risk eller ett missförhållande för en individ (så kallad intern avvikelse eller annan avvikelse).

Att avvikelser rapporteras är positivt eftersom det innebär en medvetenhet gällande brister som förekommer, vilket är en förutsättning för att kunna utveckla och förbättra vården och omsorgen. Ett lågt antal rapporterade händelser i en verksamhet är således inte detsamma som att kvaliteten i verksamheten är hög, precis som att många avvikelserapporter inte är att betrakta som ett tecken på dålig kvalitet.

Avvikelsehanteringen är central även i patientsäkerhetsarbetet. Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren utreda händelser som orsakat eller hade kunnat orsaka vårdskada för att klarlägga händelseförloppet, identifiera bakomliggande orsaker och vidta åtgärder som förebygger liknande händelser. Det kan också handla om att begränsa effekterna om händelsen inte helt går att förhindra. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser. Åtgärder ska följas upp och kunskap spridas i verksamheten.

Händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria) samt som har medfört allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande (lex Sarah) ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Avvikelser rapporteras och registreras i ett avvikelsehanteringssystem. När rapporten har tagits emot inleds en utredning. Åtgärder beslutas och genomförs både direkt i anslutning till händelsen och i samband med att utredningen genomförs.

För att dra lärdom av avvikelserna sammanställs och analyseras de olika typerna av avvikelser vid flera tidpunkter.

Nedan följer en sammanställning och analys av alla avvikelser som har rapporterats och utretts under året.

Typ av avvikelse SoL	Antal avvikelser 2024	Antal avvikelser 2025	Varav bedömda som allvarliga och rapporterade till IVO 2025
Annan avvikelse	253	200	-
Lex Sarah	75	100	2

Siffrorna i tabellen ovan är exklusive felregistrerade avvikelser.

Typ av avvikelse HSL	Antal avvikelser 2024	Antal avvikelser 2025	Händelser som lett till vårdskada	Varav bedömda som allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada och rapporterade till IVO enligt Lex Maria 2025
Fall	1028	948	43	0
Läkemedel	475	562	7	1
Medicintekniska produkter	27	34	2	0
Trycksår	18	14	12	0
Vård och behandling	120	132	9	0
Avvikelser gällande vårdens övergångar	31	23	0	0

## Analys av avvikelser

### Annan avvikelse

Under 2025 har det inkommit 299 rapporter av typen annan avvikelse. 99 av dessa är felregistrerade och flertalet handlar om hälso- och sjukvårdsavvikelser eller arbetsskadeanmälningar, vilka sedan har rapporterats på nytt på rätt plats. Detta medför dock att antalet rapporter av typen "annan avvikelse" är högre än antalet inträffade händelser.

Inom äldreomsorgen står utförarverksamheten för majoriteten av de rapporterade "annan avvikelse". Flest avvikelser har rapporterats inom särskilt boende. Inom vissa hemstjänstenheter har inga avvikelser rapporterats vilket sannolikt tyder på en underrapportering.

Exempel på återkommande avvikelser är bristande följsamhet till rutiner, brister i utförande av insatser och

brister i handhavandet och tekniska problem med trygghetslarmen. De bakomliggande orsaker som har identifierats har varit brister i kommunikation och information, processer och rutiner samt verksamhetens organisering.

De vanligast förekommande åtgärderna har varit information och utbildning, samtal med personal och kontroll av larmsystem.

## Lex Sarah

Antalet inkomna Lex Sarah-rapporter har ökat med cirka 33 procent jämfört med föregående år (75 rapporter 2024 och 100 rapporter 2025). Den största ökningen ses inom särskilt boende, men även hemtjänst och myndighet har rapporterat fler händelser.

De vanligaste typerna av händelser är likt föregående år våld mellan brukare, brukare som avviker från sitt boende, bristande bemötande, brister i genomförandet av insatser samt uteblivna insatser. Åtgärder som vidtagits har bland annat varit att upprätta eller uppdatera rutiner, handlingsplaner och bemötandeplaner, genomföra riskbedömningar, förstärka bemanning samt genomföra kompetenshöjande insatser för personalen.

Av de inkomna rapporterna har två klassificerats som allvarliga missförhållanden och anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Båda händelserna inträffade inom särskilt boende. Det ena ärendet gällde att personal underlät att hantera ett larm från en brukare, vilket ledde till att brukaren inte fick hjälp på fyra timmar. Det andra ärendet rörde en otillåten tvångsåtgärd. Åtgärder har vidtagits på de berörda enheterna och erfarenheterna från utredningarna har spridits i organisationen. IVO har avslutat båda ärendena och bedömt kommunens utredningar, slutsatser och åtgärder som rimliga.

Äldreomsorgen behöver utveckla förmågan att följa upp effekten av de åtgärder som vidtas i anslutning till att Lex Sarah rapporteras. Under 2026 kommer därför utvecklingen av en ny och mer sammanhållen struktur för avvikelshantering att prioriteras. Avsaknaden av uppföljning innebär att liknande händelser riskerar att återupprepas. Målsättningen är att Lex Sarah i ökad grad ska integreras i det systematiska kvalitetsarbetet, så att rapporterna inte bara leder till kortsiktiga åtgärder utan långsiktigt bidrar till ökad kvalitet.

## Hälso- och sjukvårdsavvikelser

För att stärka kunskapen om inträffade vårdskador och förbättra kvaliteten i avvikelshantering har nuläge och behov analyserats inom ramen för nulägesanalysen av patientsäkerhetsarbetet. Resultatet ligger till grund för fortsatt utveckling av stöd och strukturer för utredning och analys av avvikelser under 2026.

Sammanställningar av vårdrelaterade negativa händelser har gjorts för att stärka analys, lärande och utveckling. Sammanställningarna används som underlag för dialog och lärande på arbetsplatsträffar för samtliga yrkeskategorier och fokus har legat på läkemedelsavvikelser och säkerhetskultur.

Av de rapporterade händelserna har cirka 4 procent lett till vårdskada, vilket innebär en minskning med tre procentenheter från föregående år.

Den totala mängden avvikelser rörande vård och behandling har ökat något i jämförelse med 2024, vilket kan ha samband med att allt fler patienter med omfattande och komplexa vårdbehov bor på kommunens boenden och att kraven på kompetens och samverkan därmed har ökat. Analysen visar att avvikelserna i huvudsak har sin grund i brister på systemnivå, främst inom procedurer, rutiner och riktlinjer, följt av utbildning och kompetens samt kommunikation och information. Dessa faktorer samverkar ofta och innebär att otydliga arbetssätt, varierande kunskapsnivå och bristande informationsöverföring ökar risken för fel, särskilt i samband med överlämnanden och andra kritiska moment i vårdprocessen.

Endast tre enheter har rapporterat förekomst av trycksår, vilket kan tyda på att underrapportering förekommer. Detta bedöms delvis bero på utmaningar kopplade till säkerhetskultur och behov av fortsatt arbete med att stärka rapporteringsrutiner.

Antalet fall och fallskador har minskat tydligt i jämförelse med 2024. Inom det området har satsningar genomförts på förebyggande insatser så som arbete med riskbedömningar, en förbättrad användning av hjälpmedel och utbildning vilka tycks gett effekt. Även om antalet fallskador minskat behöver det fallförebyggande arbetet fortsätta med fokus på högriskpatienter.

Antalet avvikelser som rör medicintekniska produkter (MTP) har ökat marginellt i jämförelse med 2024. Två av

dessa avvikelser har bedömts som allvarliga och är relaterade till hantering av NIV-maskin<sup>8</sup>. Detta har föranlett en fördjupad analys av kompetensbehov och tekniska rutiner kring avancerad medicinteknisk utrustning i särskilt boende. Övriga avvikelser inom området medicintekniska produkter (MTP) rör främst rullstolar, sänggrindar och hjälpmedel för förflyttning. För att säkerställa både patientsäkerhet och en god arbetsmiljö krävs kontinuerlig utbildning i lyftteknik samt korrekt hantering av hjälpmedel. Detta minskar risken för vårdskador och belastningsskador hos personalen.

Antalet läkemedelsavvikelser har ökat något i jämförelse med 2024 men andelen läkemedelsrelaterade händelser som leder till vårdskada är mycket låg. Majoriteten av avvikelserna rör utebliven dos och utebliven signering följt av fel dos och fel klockslag. Analysen av läkemedelsavvikelser visar att många händelser uppstår till följd av bristande kontroller i samband med administrering av läkemedel. Avvikelseerna har i huvudsak sin grund i brister i rutiner, arbetssätt, kommunikation och kompetens snarare än i enskilda individers misstag. Överlämnandefasen bedöms som en särskilt riskfylld del av läkemedelshanteringen, med ökad sårbarhet för fel såsom felaktig dosering. Det förekommer även att de doser man administrerat under sitt arbetspass felaktigt signeras i slutet av arbetspasset istället för i anslutning till administreringen. På enhetsnivå har åtgärder främst bestått av samtal med berörd personal och påminnelse om rutiner.

Mot denna bakgrund har riktade åtgärder genomförts för hela verksamheten. Utbildning i patientsäkerhet har hållits med fokus på kontroller vid administrering samt på att stärka följsamheten till grundläggande rutiner och arbetssätt. Även säkerhetskultur har varit i fokus för att öka medvetenheten om systembrister och vikten av att rapportera och lära av avvikelser.

Därutöver har delegeringsrutinerna för insulin skärpts. Vikarier får inte längre ta emot delegering för insulinadministrering, i syfte att minska risken i hanteringen av ett högriskläkemedel och säkerställa att endast personal med tillräcklig kompetens och personkännedom utför uppgiften.

Läkemedelshantering är ett betydande förbättringsområde och delegeringsprocessen kommer att ses över i samband med förändringar gällande föreskriften om delegering<sup>9</sup> som träder i kraft 1 januari 2026. En översyn och revidering av rutiner för utbildning, delegering och uppföljning är nödvändig för att säkerställa patientsäkerheten och minska risken för misstag i läkemedelshanteringen.

Allvarliga avvikelser i form av narkotikastölder har identifierats på ett fåtal enheter. Händelserna har utretts för att kartlägga organisatoriska sårbarheter, och samverkan har skett med polismyndigheten samt kommunens trygghets- och säkerhetssektion. För att förebygga liknande incidenter har kontrollrutiner för narkotiska preparat skärpts, tekniska säkerhetslösningar setts över och medarbetare fått riktad kompetensutveckling. Samarbetet både internt och med externa aktörer har förstärkts för att säkerställa en trygg och säker läkemedelshantering.

Avvikelser gällande vårdens övergångar, där patienten rör sig mellan vårdgivare har minskat något sedan 2024 men ligger ändå högre jämfört med tidigare år. 20 av 23 avvikelser har skickats från kommunen till andra vårdgivare. Avvikelseerna gäller främst brister i informationsöverföringen vid utskrivning från slutenvården, samt att ordinationshandlingar inte uppdaterats efter ändringar i läkemedelsbehandlingen under vårdtiden.

Inom dagverksamheterna har fyra avvikelser rapporterats, varav tre avser fall och en avser brister i rutinen för sjuksköterskebemanning. Ingen av händelserna har bedömts som allvarlig och ingen vårdskada har uppstått. Det bedöms sannolikt föreligga en underrapportering av avvikelser inom dagverksamheterna.

Det kvarstår en problematik med att avvikelser rapporteras under fel lagrum och i fel avvikelsekategori. Detta innebär att statistiken över rapporterade avvikelser inte är helt tillförlitlig. Det finns också brister gällande analys, bedömning och åtgärdsplanering. Frågan kommer att hanteras inom ramen för ett planerat utvecklingsarbete under 2026.

Exempel på vidtagna åtgärder vid hälso- och sjukvårdsavvikelser:

- Stöd och uppföljning- Individuella samtal, uppföljning på APT/vårdmöten, granskning av delegeringar, omplaceringar vid behov samt särskild uppföljning av massigneringar.

---

<sup>8</sup> Non-invasiv ventilation (NIV) innebär mekaniskt understödd ventilation via en tättslutande andningsmask och används för att underlätta andningsarbetet för patienten.

<sup>9</sup> HSLF-FS 2025:6

Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

- Kompetensutveckling- Utbildningar i läkemedelshantering och lyftteknik samt gemensamma introduktionsdagar.
- Tekniska och processmässiga förbättringar- Tätare kontrollräkning och dubbelsignering vid hantering av narkotika, övervägande om elektroniska medicinskåp, förbättrad dokumentation av larm.
- Begränsning av möjligheten att delegera insulinadministrering för vikarier.

Utöver redan vidtagna åtgärder planeras det för åtgärder framåt, exempelvis att:

- Stärka introduktion och stöd till vikarier och ny personal för att minska underrapportering och rutinfel.
- Göra enhetschefer mer delaktiga i utredning av hälso- och sjukvårdsavvikelser för att undvika en otydlig ansvarsfördelning.
- Förbättra arbetet med läkemedelssäkerhet genom att följa upp rutiner, minska massignering och förbättra tekniska lösningar för medicinskåp och trygghetslarm.

Sammantaget visar analysen att det fortfarande finns betydande utvecklingsbehov i arbetet med avvikelshantering inom hälso- och sjukvård. Även om vissa förbättringar kan noteras, kvarstår flera riskområden, särskilt inom överlämnande, läkemedelshantering, följsamhet till rutiner och systematik i analys och uppföljning. Förekomsten av underrapportering inom vissa områden visar att säkerhetskulturen ännu inte är tillräckligt jämnt förankrad i organisationen. Det fortsatta patientsäkerhetsarbetet behöver därför fokusera på att stärka ansvarsfördelning och kompetens, samt på att säkerställa att identifierade brister leder till varaktiga förbättringar i verksamhetens arbetssätt.

#### *Anmälan av allvarlig vårdskada enligt Lex Maria*

Under 2025 har det inträffat en händelse som anmälts som risk för allvarlig vårdskada enligt Lex Maria till IVO. Ärendet rörde felhantering vid insulingivning. Patienten blev tillfälligt påverkad då hen fick snabbverkande istället för långverkande insulin men återgick sedan till sitt tidigare hälsotillstånd, utan restsymtom.

Ytterligare två allvarliga händelser är under utredning och resulterar sannolikt i anmälan enligt Lex Maria i början på 2026. Händelserna rör försenad vård samt brister i hantering av NIV-maskin.

### **Avvikelser från privata utförare**

Privata utförare ska informera nämnden om inkomna avvikelser genom att årligen delge nämnden en kvalitetsberättelse.

Utöver detta ska utförarna informera nämnden om:

- Beslut om allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande enligt bestämmelserna om Lex Sarah samt om en anmälan skickas till tillsynsmyndigheten Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- Beslut om anmälan enligt bestämmelserna om Lex Maria till tillsynsmyndigheten IVO.

Föregående år rapporterades inga Lex Sarah till IVO av de privata utförarna. I år har två händelser rapporterats. En händelse som har inträffat inom hemtjänst gällde att personal via banköverföring hade stulit pengar från en brukare. En händelse inom särskilt boende för äldre gällde ett dödsfall till följd av att boendet brustit i att följa rutin för dokumentation och larmhantering. Båda utförarna har efter utförd utredning vidtagit åtgärder och arbetar med att sprida lärdom inom respektive verksamhet.

Vidare har kommunen fått kännedom om avvikelser som inte har varit allvarliga och inte har rapporterats till IVO. Inom hemtjänsten har dessa handlat om bristande följsamhet till rutiner och uteblivna besök. Inom särskilt boende för äldre har de rört bristande larmfunktion och dödsfall i samband med vistelse hos anhörig, vilket efter utredning inte visade på brister hos utföraren.

Kommunen har inte fått kännedom om rapportering enligt Lex Maria gällande personer som har insatser från privata utförare under året.

## Synpunkter och klagomål

Ett klagomål innebär att någon klagar på att verksamheten inte lever upp till god kvalitet. Med synpunkter avses övrigt som framförs som berör verksamheten, till exempel förslag på förbättringar.

Äldreomsorgens förhållningssätt till synpunkter och klagomål är att:

- Vi tar alla klagomål och synpunkter från brukare, medarbetare och andra på allvar.
- Vi bemöter klagomål och synpunkter på ett positivt och konstruktivt sätt.
- Vi ser klagomål och synpunkter som en möjlighet att förbättra vår verksamhet.

Synpunkter och klagomål som inkommer till verksamheten ska dokumenteras, registreras och därefter hanteras av närmast ansvarig chef. Klagomålet analyseras och vid behov planeras åtgärder samt att återkoppling alltid görs till den som har klagat. Vid klagomål gällande hälso- och sjukvården som inkommer via IVO eller patientnämnden kopplas alltid MAS in.

Nedan följer en redogörelse av synpunkter och klagomål som har inkommit under året.

Verksamhet/Enhet	Antal
Myndighet	4
Hemtjänst	5
Särskilt boende, hälso- och sjukvård, kostenheten	44
Seniorträffar	1
<b>TOTALT</b>	<b>54</b>

### Analys av arbetet med synpunkter och klagomål

Äldreomsorgen arbetar löpande med hantering av synpunkter och klagomål och har som målsättning att den som klagat eller lämnat synpunkter skyndsamt ska få återkoppling och att identifierade brister åtgärdas.

Synpunkter inkommer ofta per telefon vilket innebär att de åtgärdas direkt efter samtalet och därmed inte alltid registreras. Med anledning av det speglar statistiken som är hämtad från ärendehanteringssystemet sannolikt inte det faktiska antalet synpunkter och klagomål.

Sett till de ärenden som har registrerats har äldreomsorgen under året mottagit synpunkter och klagomål från både enskilda och anhöriga. Ärendena har främst rört kommunikation, myndighetsbeslut, fastighetsrelaterade frågor samt bemötande.

Inom myndighetsutövningen har synpunkterna huvudsakligen avsett bristande återkoppling, missnöje med beslut och önskemål om att inte behöva göra inköp digitalt.

Inom hemtjänsten har klagomål främst gällt parkering av tjänstebilar och bemötande. Åtgärder har vidtagits genom dialog med berörd personal samt påminnelser om rutiner och värdegrund.

Särskilt boende har mottagit en större variation av synpunkter och klagomål. Återkommande ärenden har rört brister i lokalerna så som belysning, inomhustemperatur, ventilation och avlopp, vilket lett till felanmälningar och tekniska åtgärder. Det har även inkommit synpunkter på städning, tvätt, utförandet av insatser samt kommunikationen med anhöriga. Ett klagomål gällande hälso- och sjukvården har inkommit via patientnämnden.

Kostenheten har mottagit både positiva och negativa synpunkter på maten. Enheten har fört dialog med berörda och vid behov genomfört justeringar av tillagningsmetoder och recept.

Eftersom många synpunkter och klagomål inte registreras finns ett utvecklingsbehov inom dokumentation och rapportering. En mer systematisk registrering skulle ge en tydligare och mer heltäckande bild av verksamhetens förbättringsområden.

### Synpunkter och klagomål på privata utförare

Synpunkter och klagomål på privata utförare som inkommer till kommunen registreras och kommuniceras sedan till berörd utförare med begäran om svar. Svaret granskas sedan och bedöms utifrån om utföraren har analyserat de bakomliggande orsakerna till händelsen och har angett relevanta åtgärder.

Vid klagomål som är av allvarlig karaktär eller vid upprepade klagomål av samma art görs en bedömning om vidare uppföljning behövs. Ärendet avslutas när det inkomna svaret anses fullständigt och utföraren fullgjort sin skyldighet att hantera ärendet.

Följande klagomål har inkommit på privata utförare under året:

Verksamhet/Enhet	Antal
Hemtjänst, SoL	21
Särskilt boende för äldre, SoL	25

Inom hemtjänst är mat och måltider det mest förekommande klagomålet, främst när det kommer till att brukaren inte är nöjd med maten eller matleveransen. Andra återkommande klagomål rör kommunikation där det upplevs vara svårt att få tag på kontors- eller ledningsfunktioner.

Ett klagomål har inkommit via patientnämnden gällande en privat utförare. Klagomålet gällde kommunikation samt vård och behandling.

Inom särskilt boende för äldre avser de vanligast förekommande klagomålen att utföraren brister i omvårdnadsinsatser, exempelvis felaktiga lyft eller att brukaren inte är nöjd med utförandet av insatsen. Det förekommer även klagomål gällande att larmhanteringen inte är tillfredställande och enstaka klagomål gällande andra medboende.

Utförarna har hanterat klagomålen med adekvata åtgärder och i enlighet med avtalet. I de fall den som inkommit med klagomålet har önskat återkoppling från har utföraren återkopplat i enlighet med kommunens rutiner.

## Riskhantering

Risker identifieras för att förebygga att händelser inträffar som kan medföra brister i kvaliteten eller patientsäkerheten för de som tar emot insatser och vård.

Arbetet med att hantera risker som kan påverka brukarna är kontinuerligt pågående. Risker identifieras och analyseras i början av året och följs därefter upp löpande i samband med delårsrapporter och vid årets slut.

Vid förändringar i verksamheten genomförs särskilda riskbedömningar för att säkerställa att nya eller förändrade risker hanteras på ett adekvat sätt.

### Hur har riskhanteringen fungerat under året

Inom äldreomsorgen finns behov av att vidareutveckla arbetet med riskhantering och riskanalys. I dagsläget används avvikelse- och klagomålshantering inte i tillräcklig utsträckning som verktyg för att identifiera risker. Ett mer strukturerat och systematiskt arbetssätt skulle kunna ge värdefull information om återkommande brister samt synliggöra underliggande och strukturella risker.

Utvecklingsarbete planeras därför med fokus på uppföljning av avvikelser och vidtagna åtgärder. Det bedöms skapa bättre förutsättningar för ett mer systematiskt riskhanteringsarbete och stärka förmågan att identifiera, förebygga och åtgärda risker på samtliga nivåer i verksamheten.

För att öka riskmedvetenhet och stärka beredskapen har det genomförts en kartläggning av upplevda patientsäkerhetsrisker kopplade till tid, kompetens, resurser samt IT och telefoni. Enkäter har besvarats av legitimerad personal och enhetschefer, och resultaten har använts som underlag i nulägesanalysen av patientsäkerhetsarbetet. Arbetet behöver nu utvecklas vidare genom en fördjupad analys, stärkt åtgärdsplanering samt genom att säkerställa att riskförebyggande insatser integreras i det dagliga arbetet på alla nivåer i organisationen.

Risker som har hanterats under 2025 redovisas i sin helhet i bilaga 2.

## Egenkontroller

En egenkontroll är en uppföljning av att verksamheten uppfyller de krav som finns samt att den bedrivs enligt verksamhetens processer och rutiner. Egenkontrollerna genomförs i den omfattning som verksamheten bedömer krävs för att säkerställa en god kvalitet och patientsäkerhet.

## Hur egenkontrollarbetet har fungerat under året

En egenkontroll är en uppföljning av att verksamheten uppfyller krav samt att den bedrivs enligt verksamhetens processer och rutiner. Egenkontrollerna genomförs i den omfattning som verksamheten bedömer krävs för att säkerställa en god kvalitet och patientsäkerhet.

I samband med att kvalitets- och patientsäkerhetsplanen tas fram planeras vilka egenkontroller som ska genomföras under året. Om behov uppstår kan nya egenkontroller tillkomma även senare. Exempelvis kan det handla om att kontrollera utvecklingen av en risk eller för att säkerställa efterlevnad av nya krav eller rutiner. Några kontroller är gemensamma för alla inom verksamhetsområdet medan andra genomförs inom en sektion eller en enhet.

Egenkontrollerna följs upp med olika intervall, där vissa genomförs årligen och andra oftare. När en kontroll involverar flera enheter granskas resultatet på sektionsnivå, verksamhetsnivå eller av MAS. Målet är att identifiera gemensamma förbättringsområden och främja en lärande organisation.

I årets egenkontroller konstateras att följsamheten till de rutiner som kontrolleras generellt är mycket god. Enstaka brister har identifierats inom social dokumentation, munhälsa samt måltidssituationen och nattfasta. För de egenkontroller där ett godkänt resultat inte har uppnåtts planeras åtgärder inför 2026.

De flesta egenkontroller uppfyller sitt syfte genom att ge en bild av hur kvaliteten upprätthålls och vilka förbättringsåtgärder som behöver vidtas. Samtidigt finns behov av att förtydliga vissa kontroller, så att medarbetare som utför dem får en tydlig vägledning i hur kontrollerna ska genomföras samt ett klart stöd för hur resultaten ska bedömas.

Egenkontrollernas resultat redovisas i sin helhet i bilaga 2.

## Brukarundersökningar

### Socialstyrelsens brukarundersökning 2025

Den nationella brukarundersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen genomfördes under mars till maj 2025. Resultaten som publicerades i oktober 2025 speglar därför främst upplevelsen av vården och omsorgen under 2024. För hemtjänsten var svarsfrekvensen 55 procent, en förbättring med två procentenheter jämfört med 2024. Särskilt boende hade en svarsfrekvens på 41 procent, vilket är en minskning med tre procentenheter jämfört med 2024.

#### *Hemtjänst*

Brukarundersökningen 2025 visar på en positiv utveckling för hemtjänsten i egen regi på flera områden.

- andelen som sammantaget är nöjda med sin hemtjänst har ökat till 82 procent (81 procent 2024),
- fler, 79 procent, uppger att personalen kommer på avtalad tid (jämfört med 73 procent föregående år),
- 73 procent tycker att det är lätt att få kontakt med personal vid behov (68 procent 2024),
- informationen vid tillfälliga förändringar har förbättrats, där 60 procent nu uppger att personalen meddelar i förväg (55 procent 2024)
- andelen som uppger att de ofta får ett gott bemötande ligger fortsatt högt på 95 procent,
- 85 procent anser att personalen pratar och förstår svenska tillräckligt bra (83 procent 2024),
- 32 procent uppger att de oftast träffar sin fasta omsorgskontakt, en ökning från 24 procent.

Kommunens hemtjänst i egen regi har arbetat för att förbättra upplevelsen av verksamheten, bland annat genom att utveckla arbetssätt kring fast omsorgskontakt, språkstödande insatser samt att ha skickat ut fyra brev med information om verksamheten, vilket har tagits emot positivt av brukare och närstående.

Utvecklingsområden framåt är bland annat att ytterligare stärka arbetssättet med fast omsorgskontakt och att öka brukarnas upplevelse av delaktighet och trygghet. Hemtjänstenheterna arbetar även vidare utifrån sina egna resultat, exempelvis med att förbättra möjligheten för kunder att påverka tider för insatser och att säkerställa att tillfälliga förändringar meddelas i tid.

#### *Särskilt boende*

Resultatet för brukarundersökningen 2025 visar en förbättring för särskilt boende i egen regi, där den sammantagna nöjdheten nu uppgår till 80 procent. Resultatet har ökat successivt sedan 2022.

- Andelen som uppger att de får ett gott bemötande från personal fortsätter att ligga på en hög nivå och har ökat från 92 till 93 procent, vilket är högre än riksnittet,
- upplevelsen av att personalen pratar och förstår svenska tillräckligt bra har förbättrats, från 72 till 76 procent,
- fler upplever att personalen tar hänsyn till de äldres åsikter och önskemål, en ökning från 73 till 80 procent,
- bedömningen av personalens kompetens har stärkts, från 74 till 79 procent,
- mat och måltider kvarstår som ett utvecklingsområde, även om resultaten går åt rätt håll. 68 procent är nöjda med hur maten smakar (61 procent 2024)
- 58 procent upplever måltiderna som en trevlig stund jämfört med 45 procent 2024.
- nöjdheten med aktiviteter har ökat markant, från 52 till 68 procent
- upplevelsen av tillgängligheten till hälso- och sjukvård visar blandade resultat. 80 procent tycker att det är lätt att träffa sjuksköterska vid behov, medan endast 47 procent upplever att det är lätt att träffa läkare, en minskning från föregående år och lägre än riksnittet.

Inom särskilt boende har brukarnas upplevelse av måltidssituationen varit ett prioriterat utvecklingsområde under 2025, där flera kvalitetshöjande insatser har genomförts. Detta bedöms ha bidragit till de förbättrade resultaten på frågor som rör mat och måltider. Upplevelsen av mat och måltider kommer även fortsättningsvis att vara ett utvecklingsområde under 2026.

De förbättrade resultaten avseende nöjdhet med aktiviteter bedöms ha samband med det utvecklingsarbete som genomförts kring aktiviteter och utevistelser. Bland annat har enheterna etablerat ett mer strukturerat arbetssätt med aktivitetsombud samt utvecklat planeringen av aktiviteter utifrån brukarnas önskemål. Trots positiva resultat kvarstår behov av fortsatt utveckling och ökad variation av aktiviteterna för att i högre grad möta de boendes individuella behov och intressen.

## Kommunens egen brukarundersökning

### *Myndighetsutövning*

Vartannat år genomför myndighetsutövningen inom äldreomsorgen en egen brukarundersökning.

Undersökningen 2025 genomfördes som telefonintervjuer med personer som under första halvåret 2025 fått beslut om avlösning, hemtjänst, korttidsboende, ledsagning eller trygghetslarm.

Svarsfrekvensen i undersökningen var 53 procent och resultatet visar över lag höga och förbättrade värden jämfört med 2023. Nöjdheten är genomgående jämn mellan olika insatser, åldersgrupper, kön samt mellan svar från enskilda och anhöriga.

- Kontakt med verksamheten: 82 procent är sammantaget nöjda, en ökning med fyra procentenheter sedan 2023.
- Tillgänglighet: Den största förbättringen, från 69 till 82 procent.
- Bemötande: Har stärkts från 85 till 88 procent.
- Delaktighet: Positiv utveckling från 85 procent 2023 till 88 procent 2025.
- Service: Ligger kvar på 78 procent.

Ett område som fortfarande sticker ut är information om kundval i hemtjänsten. Endast 42 procent uppger att de fått information, vilket är samma nivå som 2023. Anhöriga uppger i högre grad att de fått information (61 procent) än de enskilda själva (36 procent).

För att förbättra upplevelsen av kontakten med verksamheten har arbetet med tillgänglighet pågått sedan 2023. Insatserna omfattar bland annat översyn av telefonsystemet och ökad samverkan med servicecenter.

### *Brukarundersökning dagverksamhet*

Dagverksamheterna genomförde under 2025 en egen brukarenkät, eftersom de inte ingår i de större kommunövergripande undersökningarna. Enkäten skickades till samtliga gäster på Eklunden och Solhöjden. De inkomna 117 svaren visar generellt hög nöjdhet vid båda verksamheterna.

Brukarna beskriver personalen som engagerad, omtänksam och tillmötesgående. Den sociala gemenskapen, miljön och måltiderna framhålls som särskilda styrkor. Verksamheterna upplevs även bidra till ökad trygghet och minskad ensamhet.

De främsta utvecklingsområdena rör ökad delaktighet i planeringen av aktiviteter samt tydligare kommunikation vid förändringar och praktiska frågor.

Med utgångspunkt i enkätresultaten kommer dagverksamheterna under 2026 att prioritera utvecklingsinsatser som stärker delaktigheten i aktivitetsplaneringen.

### *Enkät på seniorträffarna*

Seniorträffarna genomför årligen en enkät där besökare kan svara antingen på papper eller digitalt. Årets enkät genomfördes under en vecka i maj och besvarades av 95 personer. Resultaten används för att utveckla verksamheten och för att följa hur väl den når ut till seniorerna i kommunen.

En fjärdedel (25 procent) av de svarande har börjat besöka seniorträffen under det senaste året. De flesta fick information om verksamheten via anhöriga, bekanta eller informationsblad från seniorträffen.

De mest populära aktiviteterna är samkväm och fika, hälsoaktiviteter, säsongsfester samt afternoon tea. Intresset för hälsoaktiviteter har dubblerats sedan föregående års enkät, vilket sannolikt beror på verksamhetens ökade fokus på dessa aktiviteter samt möjligheten att använda fler lokaler för träning.

Bland de svarande som uppgett ett behov av nya sociala kontakter uppger 90 procent att de knutit nya kontakter via seniorträffen, och nästan hälften (48 procent) av dessa träffas även utanför verksamheten.

## Individbaserad systematisk uppföljning

Systematisk uppföljning innebär att verksamheten dokumenterar arbetet med enskilda klienter eller brukare och sedan använder det sammanställda resultatet på gruppnivå för att utveckla och säkra kvaliteten.

Äldreomsorgen arbetar med individbaserad systematisk uppföljning (ISU) för enskilda som bor på vård- och omsorgsboende. Data samlas in vid alla individuppföljningar och dokumenteras.

Resultatet visar bland annat att flertalet upplever att de får den hjälp de behöver samt att nöjdheten med maten har ökat sedan föregående år.

Under 2025 har data även börjat samlas in för brukare med insatser utan biståndsbedömning. Insamling av data för brukare med beslut om hemtjänst planeras till 2026.

Äldreomsorgens arbete med ISU behöver utvecklas genom att skapa en struktur för sammanställning så att resultatet fullt ut kan användas för att utveckla och förbättra verksamhetens kvalitet.

## Sammanfattning av kvalitet och patientsäkerhet

### Förebyggande arbete

Det förebyggande arbetet inom äldreomsorgen bedöms hålla god kvalitet och omfattar insatser för att tidigt nå äldre i behov av stöd, förebygga ohälsa och ensamhet samt stärka trygghet och delaktighet.

Att nå de äldre som har störst behov av förebyggande insatser är dock fortsatt en utmaning. Äldreomsorgen bedriver därför ett aktivt uppsökande arbete genom bland annat hälsosamtal, biståndshandläggare placerade på vårdcentraler samt genom förbättrad information och kommunikation om seniorträffar och andra aktiviteter riktade till äldre i Huddinge kommun.

Seniorträffarna utgör en central del av det förebyggande arbetet och har under året utvecklats genom ett utökat utbud av hälsofrämjande aktiviteter, såsom tillgång till träningsrum och föreläsningar. Under året har även pilotprojektet Huddinge Hjärnhälsa startats. Projektet är ett livsstilsprogram som genomförs i samverkan

med vårdcentraler, civilsamhället och träningsanläggningar. Programmet har fått positiv återkoppling från både deltagare och samarbetspartners och följs upp och utvärderas löpande.

Dagverksamheterna utgör ett viktigt komplement i det förebyggande arbetet genom att bidra till minskad ensamhet och ökad trygghet för äldre. Detta bekräftas i brukarundersökningar som visar hög nöjdhet avseende social gemenskap och aktiviteter.

Samverkan med regionen har stärkts under året, bland annat genom att biståndshandläggare regelbundet finns på vårdcentraler för att ge tidig information om kommunens insatser. Detta har förbättrat förutsättningarna för att kunna erbjuda förebyggande stöd i ett tidigt skede.

Verksamheten har som ambition att de förebyggande insatserna ska vara både kunskapsbaserade och personcentrerade. Kompetensutveckling har därför prioriterats, bland annat genom utbildning i suicidprevention för hemtjänstpersonal samt genom anställning av en demenssjuksköterska som ger stöd till personer med demenssjukdom och deras anhöriga.

Sammantaget bedöms det förebyggande arbetet vara välfungerande och bidra till att äldre får stöd som främjar hälsa, trygghet och delaktighet. Identifierade utvecklingsområden är att i högre grad systematisera uppföljningen av effekterna av nya insatser, såsom livsstilsprogram och digitala lösningar, samt att fortsätta stärka arbetet med delaktighet och tillgänglig information. Genom fortsatt samverkan och ett kunskapsbaserat arbetssätt bedöms förutsättningarna vara goda för att ytterligare höja kvaliteten i det förebyggande arbetet.

## Biståndsbedömning för äldre

Myndighetsutövningen inom äldreomsorgen bedöms hålla god kvalitet.

Under 2025 har arbetet haft ett tydligt fokus på anpassning till den nya socialtjänstlagen. Detta har bland annat inneburit uppdaterade rutiner, reviderad delegationsordning samt riktade utbildningsinsatser för medarbetare. Tillgängligheten har förbättrats genom en översyn av telefonisystemet, ökad samverkan med servicecenter samt genom att biståndshandläggare regelbundet finns på vårdcentraler. Samverkan med regionen har därutöver stärkts för att säkerställa att insatser kan erbjudas i rätt tid och med god samordning.

Brukarundersökningen 2025 visar höga resultat och tydliga förbättringar jämfört med 2023. Sammantaget uppger 82 procent av de svarande att de är nöjda med kontakten med biståndshandläggare, vilket är en ökning med fyra procentenheter. Tillgängligheten har förbättrats markant, från 69 till 82 procent, och andelen som är nöjda med bemötandet har ökat till 88 procent. Även upplevelsen av delaktighet har förbättrats, vilket indikerar att arbetet med personcentrerad handläggning ger avsedd effekt.

Sammantaget bedöms årets arbete inom myndighetsutövningen ha bidragit till ökad rättssäkerhet, förbättrad tillgänglighet och en högre kvalitet i handläggningen.

## Utförande av insatser i egen regi

### Dagverksamhet

Utifrån dagverksamhetens interna brukarundersökning 2025 bedöms verksamhetens kvalitet som övergripande god. Dagverksamheten bidrar till upplevelse av social gemenskap och minskad ensamhet, erbjuder en trygg miljö samt skapar struktur för deltagarna genom fasta rutiner och måltider. Personalen upplevs som engagerad och närvarande. Samtidigt visar resultaten att det finns behov av att ytterligare stärka deltagarnas delaktighet samt förbättra kommunikationen vid förändringar i verksamheten.

### Hemtjänst

Utvecklingen av arbetssättet kring fast omsorgskontakt har fortsatt under året. Rollen har tydliggjorts och flera insatser har genomförts för att stärka kontinuiteten samt öka brukarnas kännedom om sin fasta omsorgskontakt. Andelen brukare som i brukarundersökningen uppger att de oftast träffar sin fasta omsorgskontakt har ökat från 24 till 32 procent, vilket indikerar att utvecklingsarbetet har haft effekt.

Kompetensutveckling har varit ett prioriterat område inom hemtjänsten under 2025. En gemensam kompetensutvecklingsplan för personalen har tagits fram och fastställts. Med utgångspunkt i denna har verksamhetens enheter kartlagt genomförda utbildningar på individnivå i individuella kompetensutvecklingsplaner, som ska ligga till grund för framtida satsningar på utbildning.

Brukarundersökningen 2025 visar förbättrade resultat i flera avseenden, där den sammantagna nöjdheten

uppgår till 82 procent. Sammantaget bedöms kvaliteten inom hemtjänsten ha stärkts under året som en följd av genomförda utvecklingsinsatser.

## Särskilt boende och hälso- och sjukvård

Kvaliteten och patientsäkerheten inom särskilt boende bedöms vara stabil, även om flera områden fortsatt behöver utvecklas.

Ett prioriterat utvecklingsområde under året har varit måltider och nutrition. Inom ramen för projektet ÄTUP har verksamheten påbörjat arbete med att stärka måltidsmiljön, anpassa måltider och ge ett mer strukturerat stöd vid måltidssituationer för att förebygga undernäring. Samtidigt kvarstår behov av fortsatt utveckling. Resultaten från årets brukarundersökning visar att upplevelsen av måltidssituationen kan förbättras, och verksamheten har utmaningar i att säkerställa en nattfasta om högst 11 timmar för samtliga brukare.

Inom hälso- och sjukvårdsorganisationen har arbetet med hälsoplaner och dokumentation vidareutvecklats. Syftet är att säkerställa att relevanta uppgifter dokumenteras vid inskrivning, skapa mer tillförlitlig dokumentation och förbättrade arbetsprocesser för sjuksköterskorna.

Förekomst av antibiotikaresistenta bakterier har identifierats på särskilt boende under året. Genomförda smittspårningar tyder på att en lokal smittspridning kan ha förekommit. Målsättningen under 2026 är att öka följsamheten till basala hygienrutiner genom riktade kompetensutvecklingsinsatser samt tätare observationer och uppföljningar.

Brukarundersökningen 2025 visar ökad nöjdhet inom flera områden. Den sammantagna nöjdheten uppgår till 80 procent, vilket ligger i nivå med föregående år.

## Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet

Patientsäkerhetsarbetet har utgått från tre övergripande strategier:

- stärkt kompetens för god och säker vård,
- god kvalitet i det systematiska patientsäkerhetsarbetet samt
- säker dokumentation

Under året har aktiviteterna i handlingsplanen för patientsäkerhet 2025 genomförts med syfte att stärka de grundläggande förutsättningarna för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. En sammanställning av genomförda aktiviteter redovisas i bilaga 2.

Nulägesanalysen som genomfördes under hösten 2025 visar att patientsäkerhetsarbetet till stor del är händelsestyrt och behöver utvecklas mot mer förebyggande och strukturerade arbetssätt. Även avvikelshanteringen indikerar att arbetet i dagsläget är reaktivt snarare än proaktivt, vilket understryker behovet av ett mer systematiskt och förebyggande angreppssätt.

Identifierade utvecklingsområden är bland annat förbättrad samverkan och informationsöverföring, samt fortsatt fokus på utbildning och kompetensutveckling. Patientsäkerhetsarbetet behöver integreras ytterligare i det dagliga arbetet för att säkerställa god omvårdnad och förebyggande insatser.

Insikterna från nulägesanalysen kommer att ligga till grund för handlingsplanen för ökad patientsäkerhet 2026.

## Utförande av insatser hos privata utförare

Varje nämnd ska följa upp de avtal som kommunen tecknat med privata utförare. Uppföljningen av utförare har två övergripande syften, dels att följa upp att verksamheten utförs i enlighet med avtal, dels för att utgöra ett underlag i kommunens förbättringsarbete med att utveckla och förbättra verksamhet och tjänster.

### Avtalsuppföljning

Avtalsuppföljning har genomförts för hemtjänst och särskilt boende för äldre enligt fastställd plan för uppföljning. I avtalsuppföljning ingår att följa upp krav, följsamhet till föreskrifter och allmänna råd samt granska hur utförarna säkerställer kvaliteten inom sin verksamhet. Under våren 2025 genomfördes avtalsuppföljning av hemtjänst genom en ny utvecklad metod som bestod av digital enkät, platsbesök med intervju och granskning av bland annat social journal och personalens kompetens. Samtliga utförare bedömdes uppfylla de krav kommunen ställer på utförandet.

Avtalsuppföljning av särskilt boende för äldre genomfördes och färdigställdes under våren 2025. Samtliga boende med brukare från Huddinge kommun följdes upp via digital enkät och granskning av bland annat kvalitetsberättelse, utvalda rutiner och social dokumentation. Den brist som oftast noterades var hur utföraren hade sammanställt sin kvalitetsberättelse. Samtliga boenden bedömdes uppfylla de krav kommunen ställer.

## Fördjupad uppföljning

### *Särskilt boende för äldre*

Tre fördjupade uppföljningar har genomförts under året. Brister har identifierats hos berörda utförare, främst avseende omvårdnad och omsorg. Med anledning av det har upprepade verksamhetsbesök genomförts. Åtgärdsplaner har upprättats, följts upp och i de fall där utförarna inte vidtagit tillräckliga åtgärder har sanktioner tillämpats.

### *Hemtjänst*

Under 2025 har en fördjupad uppföljning genomförts inom hemtjänsten med anledning av brister i arbetsrättsliga villkor och arbetsmiljö. Uppföljningen har omfattat verksamhetsbesök samt upprättande och uppföljning av åtgärdsplan. För de brister som inte har åtgärdats har sanktioner i form av skriftliga varningar och viten beslutats. Bristerna har sedan bedömts som åtgärdade och ärendet kunde avslutas under hösten.

## Månadsuppföljning

Inom ramen för LOV för hemtjänst genomförs månatliga uppföljningar av utförarnas tids- och insatsregistrering.

Vid uppföljningarna har avvikelser identifierats inom följande områden:

- Tidsregistreringar genomförs inte i enlighet med ställda krav.
- Andelen utstämplingar i samband med utförda insatser är betydligt lägre än andelen instämplingar.
- Sammanslagning av insatser förekommer.
- Ogiltig registrering av dubbelbemanning.
- Arbetsinsatser som strider mot kollektivavtal avseende arbetsrätt, exempelvis att personal arbetar alltför långa arbetspass.

I samtliga fall där avvikelser har noterats har dessa kommunicerats till respektive utförare med begäran om skriftligt svar och åtgärdsplan. Samtliga avvikelser har hanterats och avslutats. Ansvarig beställare av insatsen inom äldreomsorgens myndighetsutövning informeras när avvikelser uppmärksammas, för bedömning av om vidare uppföljning behövs i individärendet. De månatliga uppföljningarna visar fortsatt behov av utbildningsinsatser inom tidsregistrering samt utveckling av utförarnas egna kontroller.

## Förbättringsområden

Följande förbättringsområden har identifierats för att säkerställa god kvalitet:

- Lex Sarah-projekt: Äldreomsorgen kommer att utveckla det systematiska arbetet med avvikelshantering. Det finns behov av en sammanhållen struktur för att följa upp och bedöma effekten av de åtgärder som vidtas i samband med Lex Sarah-rapporter. Arbetet kommer att genomföras i projektform och planeras pågå under ett års tid. Målsättningen är att Lex Sarah i högre grad ska integreras i det systematiska kvalitetsarbetet, så att rapporterna inte enbart leder till kortsiktiga åtgärder utan också bidrar till långsiktig kvalitetsutveckling.
- Individbaserad systematisk uppföljning: Äldreomsorgen har påbörjat arbete med ISU och information samlas in avseende flera insatskategorier. Arbetet behöver dock utvecklas genom att skapa en struktur för sammanställning så att resultatet fullt ut kan användas för att utveckla och förbättra verksamhetens kvalitet.

- Förebyggande arbete för att förhindra att våld mellan brukare uppstår: Antalet hot och våldssituationer mellan brukare har ökat under året speciellt på demensboenden. Den förebyggande vården och omsorgen för att minska beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom behöver stärkas.
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete: Inom särskilt boende finns ett behov av översyn av rutiner och processer. Det gäller även strukturen för processer inom det förebyggande arbetet som behöver anpassas utifrån den nya socialtjänstlagen och även bli mer användarvänliga för medarbetare.

## Mål för patientsäkerhetsarbetet 2026

Patientsäkerhetsarbete syftar till att förebygga vårdskador och skapa en trygg och säker vårdmiljö. Genom tydliga mål och strukturerade arbetssätt stärker vi kvaliteten, minskar risker och säkerställer att varje patient får en god och säker vård.

Följande mål har identifierats för 2026 för att ytterligare stärka patientsäkerheten:

- **Mål: Läkemedelsdelegering**  
Senast 31 december 2026 ska 100 procent av utfärdade läkemedelsdelegeringar ha dokumenterad uppföljning inom sex månader från utfärdandedatum, i syfte att säkerställa patientsäkra delegeringar.
- **Mål: Säkerhetskultur**  
Senast 31 december 2026 ska 100 % av enheterna ha genomfört mätning av säkerhetskultur, samt dokumenterat minst en åtgärd i kvalitetsledningssystemet baserat på resultatet.
- **Mål: Avvikelseutredningar**  
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.
- **Mål: Minska risken för undernäring**  
Senast den 31 december 2026 ska andelen personer med risk för undernäring ha minskat till 25% vid uppföljande registrering i senior alert.  
  
Vid egenkontroll ska andelen patienter med en nattfasta överstigande 11 timmar uppgå till högst 10 % på samtliga enheter.

Utöver målen kommer verksamheten även att arbeta med följande områden inom patientsäkerhetsarbetet:

- **Hälso- och sjukvårdens beredskap:** Fortsatt arbete med beredskapsfrågor med fokus på riskmedvetenhet, förebyggande insatser och anpassning till ny lagstiftning<sup>10</sup>.
- **Beteendemässiga och psykiska symtom vid kognitiv sjukdom/demenssjukdom:** Utveckla gemensamma arbetssätt kring BPSD-registreringar och säkerställa att bemötandepplaner är tillgängliga och efterlevs.
- **Tidigt upptäckt av förändrat hälsotillstånd:** För att stärka förmågan till tidig upptäckt av försämrat hälsotillstånd upprättas ett kliniskt träningscentrum. Genom utbildning och färdighetsträning med hjälp av simuleringsövningar på övningsdocka skapas en trygg utbildningsmiljö för omsorgspersonalen under ledning av sjuksköterska.

---

<sup>10</sup> Regeringens proposition 2024/25:167 Hälso- och sjukvårdens beredskap

- Basala hygienrutiner och smittförebyggande arbetssätt: Öka följsamheten till basala hygienrutiner för att minska risken för vårdrelaterade infektioner genom riktade kompetensutvecklingsinsatser samt tätare observationer och uppföljningar.