



# Kvalitetsberättelse 2025

Nämnden för funktionsstöd

# Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Ordlista – lagar, föreskrifter och centrala begrepp</b> .....	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Förbättringsdialoger och fördjupade egenkontroller</b> .....	<b>6</b>
4.1	Förbättringsdialoger .....	6
4.2	Fördjupade egenkontroller .....	6
<b>5</b>	<b>Resultat och bedömning av förvaltningens systematiska kvalitetsarbete</b> .....	<b>10</b>
5.1	Brukarnas bedömning .....	10
5.1.1	Synpunkter .....	10
5.1.2	Brukarundersökning SKR .....	11
5.1.3	Brukarundersökning förvaltningen för funktionsstöd .....	17
5.1.4	Brukarrevision .....	21
5.2	Vår egen bedömning .....	22
5.2.1	Avvikelser .....	22
5.2.2	Avvikelser i samverkan med region .....	24
5.2.3	Patientsäkerhet .....	25
5.2.4	Missförhållanden enligt lex Sarah .....	26
5.3	Andras bedömning .....	28
5.3.1	Tillsyn (inspektionen för vård och omsorg) .....	29
5.3.2	Privata utförare .....	30
5.3.3	Arbetsmiljöverket .....	31
5.3.4	Extern granskning av Hundraårgatan 32, vån 3 .....	31

# 1 Inledning

Denna kvalitetsberättelse redovisar hur förvaltningen för funktionsstöd (FFS) under 2025 har bedrivit, följt upp och utvecklat sitt systematiska kvalitetsarbete enligt socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Syftet är att ge nämnden ett samlat underlag för uppsikt, styrning och prioritering genom att beskriva:

- hur kvalitet följs upp och bedöms,
- vilka resultat som framträder ur olika perspektiv,
- vilka utvecklingsområden som identifierats,
- samt vilka inriktningar som är prioriterade framåt.

Berättelsen bygger på sammanvägda resultat från brukarnas erfarenheter, förvaltningens egen uppföljning samt externa granskningar.

## 2 Ordlista – lagar, föreskrifter och centrala begrepp

**HSL** – Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

**Patientsäkerhetslagen** – Lag (2010:659) om patientsäkerhet

**SoL** – Socialtjänstlag (2025:400)

**LSS** – Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

**SOSFS 2011:9** – Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

**SOSFS 2011:5** – Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah

**IVO** – Inspektionen för vård och omsorg

**Kvalitet** – Med kvalitet avses, i enlighet med SOSFS 2011:9, att verksamheten uppfyller de krav och mål som följer av gällande lagstiftning och andra föreskrifter samt beslut som meddelats med stöd av dessa.

**Lex Sarah** – Bestämmelser i socialtjänstlagstiftningen (SoL och LSS) som reglerar skyldighet att rapportera, utreda och åtgärda missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden.

**Lex Maria** – Bestämmelser inom patientsäkerhetsarbetet som reglerar skyldighet att rapportera och utreda händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

**Avvikelse** – En händelse eller iakttagelse där verksamheten inte bedrivs i enlighet med fastställda krav, rutiner eller förväntat förfarande, och som används som underlag för uppföljning och förbättring inom kvalitetsarbetet.

**Missförhållande** – Ett förhållande som strider mot gällande lagstiftning eller andra krav och som innebär eller kan innebära risk för den enskildes liv, säkerhet eller hälsa, i enlighet med bestämmelserna om lex Sarah.

### 3 Sammanfattning

Kvalitetsberättelsen för 2025 utgör den samlade redovisningen av hur det systematiska kvalitetsarbetet har bedrivits, följts upp och utvecklats under året. Syftet är att ge nämnden ett tydligt underlag för styrning, prioriteringar och ansvarstagande för kvalitet, rättssäkerhet och brukarperspektiv verksamheter. Under 2025 sattes kvaliteten och det systematiska kvalitetsarbetet i verksamheterna i fokus, efter att allvarliga brister på en bostad med särskild service (BmSS) uppmärksammats medialt i juni 2025.

Berättelsen bygger på flera kompletterande uppföljningskällor, däribland extern granskning av en enhet, fördjupade egenkontroller, förbättringsdialoger, resultat från brukarundersökningar samt hantering av avvikelser och lex Sarah-rapportering.

Den externa granskningen synliggjorde allvarliga brister i en enskild verksamhet och samtidigt tydliggjorde den behovet av att stärka nämndens styrning, uppföljning och kontroll inom det systematiska kvalitetsarbetet. Granskningen har särskilt pekat på utvecklingsbehov inom ledningssystemets tillämpning, ansvarsfördelning, dokumentation och uppföljning av planerade och vidtagna åtgärder.

De fördjupade egenkontrollerna har gett nämnden en mer detaljerad bild av hur föreskrifterna om systematiskt kvalitetsarbete tillämpas i verksamheterna. Ett antal återkommande utvecklingsområden har identifierats, bland annat behov av mer strukturerad riskanalys, tydligare egen uppföljning på enhetsnivå, stärkt intern kontroll samt ökad systematik i hur avvikelsearbetet och förbättringsåtgärder planeras, genomförs och följs upp.

Brukarundersökningarnas resultat visar på både styrkor och förbättringsområden när det gäller brukarnas upplevelser av delaktighet, inflytande, bemötande och trygghet. Resultaten används som ett viktigt underlag för jämförelser över tid och för att prioritera utvecklingsinsatser. Lex Sarah-rapporteringen är en central del av kvalitetsarbetet och bidrar till att synliggöra risker och missförhållanden samt till ett ökat lärande i organisationen.

Under 2026 kommer efter uppdrag från nämnden kvaliteten i verksamheterna följas upp oftare; både i delårsrapport per mars och augusti förutom i årsrapport och kvalitetsberättelse.

## 4 Förbättringsdialoger och fördjupade egenkontroller

Arbetet med förbättringsdialoger är en del av förvaltningens systematiska kvalitetsarbete och startade upp under 2025. Inledningsvis som en pilot under våren och på bredare front under hösten.

De fördjupade egenkontroller som redovisas nedan genomfördes på uppdrag av nämnden under hösten 2025 enligt uppdrag i juni 2025.

### 4.1 Förbättringsdialoger

Mot bakgrund av att förvaltningen uppmärksammat ett behov av stärkt stöd till verksamheterna att arbeta med det systematiska kvalitetsarbetet, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) där kvalitetsarbetet ska leda till analys, lärande och förbättring, togs ett verktyg för gemensamt lärande och kvalitetsutveckling fram.

Förbättringsdialogerna utgår från Sveriges kommuner och regioner (SKR) stöd för verksamhetsutveckling och har anpassats till förvaltningens förutsättningar.

Förbättringsdialogerna syftar till att stärka det systematiska kvalitetsarbetet genom att synliggöra förbättringsbehov, möjliggöra lärande utifrån erfarenheter och avvikelser, sprida goda exempel samt bidra till gemensamma arbetssätt över enhetsgränserna.

Under våren 2025 genomfördes en pilot som under hösten följdes av nio förbättringsdialoger, där samtliga ledningsgrupper inom utförarverksamheterna deltog. Förbättringsdialogerna genomfördes som workshops och utgick från deltagarnas erfarenheter samt övergripande statistik om avvikelser och lex Sarah, i syfte att skapa gemensam förståelse och lärande kring risker, brister och framgångsfaktorer. Deltagarna identifierade utmaningar, goda exempel och åtgärder, sorterade dessa utifrån vilken nivå de behöver hanteras på och gjorde en första prioritering. Varje förbättringsdialog sammanställdes och skickades till ledningsgrupperna för fortsatt analys och förbättringsarbete.

På enhetsnivå framkom flera utvecklingsidéer som kan hanteras direkt genom lokala rutiner, gemensamma arbetssätt eller kollegialt lärande. Ett antal idéer bedöms kräva förvaltningsövergripande beslut och resurser. Resultatet från förbättringsdialogerna ska användas som en del av nulägesanalys, kvalitetsuppföljning och planering av åtgärder på både enhets- och verksamhetsövergripande nivå i verksamhetsplanerna, i enlighet med kraven på kontinuerlig uppföljning och förbättring.

Arbetet med förbättringsdialoger kommer att fortsätta under 2026.

### 4.2 Fördjupade egenkontroller

Förvaltningen har under 2025 genomfört fördjupade egenkontroller på 30 enheter. Nämnden för funktionsstöd gav förvaltningen i uppdrag att genomföra inspektioner av verksamheter med liknande utmaningar som uppdagades på BmSS Hundrårsgatan 32, vån 3, för att identifiera och åtgärda eventuella brister. Förvaltningen valde att använda begreppet fördjupad egenkontroll, som är en del i det systematiska kvalitetsarbetet enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna

råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Perspektiv som belystes var kvalitet, arbetsmiljö samt ledning och styrning och målet var att ge en bild av nuläget och föreslå åtgärder för att förhindra brister eller minimera risker samt säkerställa att redan beslutade åtgärder leder till planerad effekt.

### **Analysresultat – aggregerad sammanställning**

De fördjupade egenkontrollerna har genomförts på enhetsnivå och varje enhet har fått en egen återkoppling utifrån sitt resultat. Dessa enhetsrapporter utgör underlag för verksamheternas fortsatta utveckling, prioritering och styrning.

Den redovisning som följer utgör en aggregerad sammanställning på förvaltningsnivå och bygger på resultaten från samtliga genomförda egenkontroller. Syftet med de fördjupade egenkontrollerna är att, utifrån nämndens uppdrag, identifiera om det finns fler enheter med liknande brister som de som uppdagades vid BmSS Hundrarsgatan 32, våning 3, samt att synliggöra återkommande mönster, brister och riskområden som kan förekomma i flera verksamheter.

Analysen har genomförts utifrån de tre övergripande perspektiven: kvalitet, arbetsmiljö samt ledning och styrning. Perspektiven har använts som analytisk ram för att bedöma nuläget på förvaltningsnivå och för att skapa underlag för förvaltningsgemensamma slutsatser.

Den sammanställning som följer redovisar de huvudsakliga iakttagelser som framkommit inom respektive perspektiv.

Flera av de granskade enheterna har under arbetet med de fördjupade egenkontrollerna skapat större stabilitet, ordning och systematik i kvalitetsarbetet, medan andra fortsatt har brister inom flera områden. Ledningen för respektive enhet har i hög grad medvetenhet om sina utmaningar, och många enheter rör sig mot ett mer systematiskt arbete och förbättring. Utvecklingsbehov återkommer dock inom samma kärnområden, kopplade till de tre övergripande perspektiven.

### ***Kvalitet***

#### Avvikelser

Arbete med avvikelser präglas ofta av bristande systematik och varierande arbetssätt samt att de inte analyseras på ett sätt som leder till systematiska förbättringar. Enheter som lyckats bäst har tydliga forum, närvarande chef och strukturer för lärande. Egenkontrollen visar behov av gemensam utbildning, vägledning och strukturerad analys.

#### Dokumentation

En grundstruktur för social dokumentation finns på plats men på flera enheter saknas systematik, uppföljning och röd tråd mellan uppdrag, mål och insats vilket gör det svårare att följa och utvärdera insatserna. Stödpedagogerna har en central roll men är ofta överbelastade eller har oklart uppdrag.

### ***Ledning och styrning***

#### Kompetens

Medarbetares kompetens upplevs som ojämn inom områden som alternativ och kompletterande kommunikation, lågaffektivt bemötande och dokumentation, vilket skapar direkt kvalitetspåverkan. Introduktion och lärande strukturer är sårbara och kompetenskartläggningar saknas i flera fall. Språkliga utmaningar förekommer på

flera håll. På enheter där det är hög personalomsättning eller sjukfrånvaro och därmed stort behov av vikarier så ökar bristerna i kompetens och kontinuitet.

### Planering och arbetssätt

Planering för arbetspassen finns men fungerar inte alltid i praktiken. Följsamheten till rutiner varierar och skapar ofta otydlighet för både brukare och personal. I flera av de granskade enheterna framträder brister kopplade till ansvarsfördelning, otydliga roller och bristande överlämningar mellan arbetspass samt i några fall brister i samverkan med legitimerad personal från den kommunala primärvården. Dessa brister får särskild betydelse i verksamheter där brukarna har komplexa funktionsnedsättningar eller där behovet av förutsägbarhet, struktur och trygghet är stort. Den enskildes självbestämmande och delaktighet riskerar att begränsas när kommunikativa stödinsatser eller individanpassning inte är tillräckliga.

### Chefers förutsättningar

Chefers förutsättningar har en direkt påverkan på kvalitet och stabilitet. Enheter med många chefsbyten eller hög belastning har svårare att etablera rutiner, enhetligt arbetssätt och trygg kultur. Positiv effekt syns när chefer får stöd, tydliga mandat och möjlighet till närvaro i verksamheten. Flera chefer beskriver en hög komplexitet i uppdraget utan tillräckliga resurser och stöd. Samtidigt finns exempel på att strukturer och arbetsmiljö förbättras snabbt när chefers förutsättningar stärks.

### **Arbetsmiljö**

#### Bemanning

Bemanning är ett av de största utmaningsområdena: sjukfrånvaro, vakanser, delegeringsbrister och vikarier påverkar arbetsmiljö och kontinuitet. Stora skillnader mellan planerad och faktisk bemanning påverkar arbetsmiljö, trygghet och möjlighet att arbeta enligt metod. Brist på vikarier och delegeringar skapar sårbarhet, särskilt i medicinhantering. Samtidigt visar några enheter att stabilitet är möjlig genom aktiv rekrytering, tydliga introduktioner och bemanningsstrategier. En tydligare plan för bemanning, introduktion och kompetenssäkring behövs på flera håll.

#### Fysisk och mental belastning

Flera enheter har en arbetsmiljö med fysisk belastning, utsatthet för hot och våld samt stress på grund av organisatoriska brister. Andra enheter beskriver lugn och god stabilitet.

#### Kultur

Kulturen varierar från stark gemenskap till uttalad tystnadskultur. Konflikter, informella ledare och brist på tillit förekommer. Några enheter har eller har haft problematik med misskötsamhet och informella ledare vilket leder till osund kultur och dysfunktionell arbetsgrupp. Flera enheter har behov av bättre kommunikation, tydliga schemarutiner och stärkta roller. Stöd i det vardagliga arbetet, särskilt vid komplexa situationer, är avgörande för trygghet och kvalitet.

#### Personalomsättning

Personalomsättning och sjukfrånvaro är betydande signaler och riskfaktorer i flera enheter. Det finns en tydlig koppling till arbetsbelastning, kultur och ledarskap. Instabilitet leder till kompetensförlust och påverkar både planering och dokumentation negativt. Enheterna behöver stärkt systematik i rehabiliteringsarbete, kompetensförsörjning och riskförebyggande

arbetsmiljöarbete för att skapa långsiktig stabilitet.

### **Bedömning**

Fördjupade egenkontroller bedöms kunna utgöra ett centralt verktyg i förvaltningens kvalitetsarbete. Metoden ger möjlighet att tidigt identifiera brister och risker innan dessa leder till allvarigare konsekvenser, och kan samtidigt fungera som ett praktiskt stöd för verksamheterna i att tydliggöra var de största utvecklingsbehoven finns.

Bedömningen visar att det finns behov av tydligare och mer systematiska sätt att uppmärksamma och sammanställa signaler som kan indikera behov av fördjupad egenkontroll. I detta sammanhang framstår analyser av avvikelshantering, återkommande mönster i avvikelser samt personalrelaterade indikatorer som särskilt betydelsefulla. Även signaler såsom tecken på tystnadskultur, ett stort antal inrapporterade IA-anmälningar, samt hög sjukfrånvaro eller personalomsättning kan, var för sig eller sammantaget, indikera förhöjd risk.

Sammantaget bedöms ett fortsatt och utvecklat användande av fördjupade egenkontroller vara en viktig del i att stärka förvaltningens systematik i kvalitetsarbetet, med ökat fokus på analys, lärande och förbättring. Under 2026 kommer bland annat ett gemensamt arbetssätt för fördjupade egenkontroller tas fram och fördjupade egenkontroller tydligare bli en del av det systematiken i förvaltningens kvalitetsarbete.

# 5 Resultat och bedömning av förvaltningens systematiska kvalitetsarbete

## 5.1 Brukarnas bedömning

Nämnden för funktionsstöd beslutade 2021 att införa värdighetsgarantier. De är löften till brukare och närstående om vilken kvalitet som ska kunna förväntas. Garantierna omfattar områdena bemötande, kommunikation och kompetens, självständighet och delaktighet, trygghet och kontinuitet samt synpunkter och kontakt.

Garantierna fungerar som ett ramverk för dialog och utveckling tillsammans med brukarna. Inkomna synpunkter kategoriseras utifrån garantierna, vilket gör det möjligt att analysera hur väl förvaltningen uppfyller dem.

### 5.1.1 Synpunkter

Förvaltningen tar emot och hanterar synpunkter från stadens invånare och brukare i syfte att uppmärksamma brister och genomföra förbättringar för den enskilde och för verksamheten.

Under perioden har förvaltningen vidtagit flera åtgärder för att underlätta möjligheten att lämna synpunkter. En tillgänglighetsanpassad folder för synpunktslämning som togs fram under 2024 har fortsatt att implementeras under 2025. Informationsmaterial har även tagits fram för användning i verksamheterna, bland annat vid arbetsplatsträffar. Under 2025 har antalet utbildningstillfällen för chefer i hantering av synpunkter utökats. I oktober 2025 infördes ett nytt ärendehanteringssystem, vilket innebar att processer och rutiner för synpunktshantering anpassades till det nya systemet.

#### Antal inkomna synpunkter

Antal inkomna synpunkter 2022	Antal inkomna synpunkter 2023	Antal inkomna synpunkter 2024	Antal inkomna synpunkter 2025
169	257	235	196

#### Antal synpunkter med koppling till värdighetsgarantierna

År	Bemötande	Kommunikation och kompetens	Självständighet och delaktighet	Trygghet och kontinuitet	Synpunkter och kontakt	Ej applicerbart
2023	52	20	51	61	61	50
2024	31	23	43	39	14	49
2025	23	14	17	34	10	26

*Ej applicerbart* avser synpunkter som inte kan hänföras till värdighetsgarantiernas tillämpningsområde. En synpunkt kan kopplas till flera kategorier samtidigt. Antal synpunkter per kategori ska därför inte tolkas som ömsesidigt uteslutande eller

summeras till totalt antal inkomna synpunkter per år. Tabellen visar förekomst av synpunkter inom respektive kategori, inte antal unika synpunkter.

Det förekommer även synpunkter som inte kan kategoriseras inom värdighetsgarantierna. Under 2025 avsåg dessa:

- Fysisk miljö och tillgänglighet: 26
- Frågor: 9
- Beröm: 15
- Klagomål: 116

### **Analys**

Utfallet visar att antalet inkomna och registrerade synpunkter ökade fram till 2023 och därefter minskade under 2024 och 2025. Minskningen sker efter två års ökning och sammanfaller med förändringar i ansvarsfördelningen mellan förvaltningen för funktionsstöd (FFS) och äldre- samt vård- och omsorgsförvaltningen (ÄVO). En överenskommelse har träffats om att synpunkter som avser deras insatser ska registreras och hanteras i respektive förvaltning, i stället för inom förvaltningen för funktionsstöd.

Mot denna bakgrund kan minskningen av antalet inkomna synpunkter under 2024 och 2025 förstås som en följd av förändrad ansvarsfördelning och förändrade arbetssätt, snarare än som en isolerad förändring i brukarnas möjlighet eller benägenhet att lämna synpunkter.

### **Bedömning**

De åtgärder som vidtagits för att underlätta möjligheten att lämna synpunkter bedöms som värdefulla, även om det i nuläget är svårt att se tydliga effekter av dessa. Detsamma gäller framtaget informationsmaterial och det ökade antalet utbildningstillfällen. Förvaltningen bedömer det som fortsatt prioriterat att arbeta med kompetenshöjande insatser samt att synliggöra och informera brukare om möjligheten att lämna synpunkter genom tillgängligt och målgruppsanpassat informationsmaterial.

Införandet av det nya ärendehanteringssystemet bedöms som positivt. Samtidigt konstaterar förvaltningen att det är för tidigt att bedöma systemets eventuella påverkan på utvecklingen av synpunktshanteringen.

## **5.1.2 Brukarundersökning SKR**

Förvaltningens årliga brukarundersökningar utgör ett centralt underlag i arbetet med att följa upp kvalitet och identifiera utvecklingsområden i verksamheterna. Undersökningarna ger kunskap om hur brukare upplever kontakt, stöd och insatser, och bidrar med ett viktigt brukar- och rättighetsperspektiv i det systematiska kvalitetsarbetet. Brukarundersökningarna genomförs under hösten, varefter resultaten analyseras på alla nivåer inom förvaltningen.

Förvaltningen deltar i Sveriges kommuner och regioners (SKR) nationella brukarundersökningar, vilka är särskilt anpassade för funktionshinderområdet och innehåller stöd för deltagande, såsom bildstöd och översättningar till flera språk. Under 2025 deltog förvaltningen i undersökningarna inom följande områden:

- Daglig verksamhet
- Gruppbostad LSS
- Servicebostad LSS
- Boendestöd SoL
- Personlig assistans LSS

- Myndighetskontakt för vuxna inom funktionshinderområdet

Förvaltningens resultat i sin helhet finns publicerade på [www.kolada.se](http://www.kolada.se).

### Genomförande och svarsfrekvens

De nationella brukarundersökningarna omfattar mellan nio och elva frågor. En bakgrundsfråga avser kön, medan övriga frågor belyser olika kvalitetsaspekter av insatsen. Frågorna är anpassade efter respektive verksamhetsområde och besvaras av brukaren själv. För myndighetskontakt riktas enkäten till personer som haft möte med socialsekreterare under en avgränsad tvåmånadersperiod.

Undersökningarna omfattar brukare med insatser som verkställs inom Göteborgs kommun, både i egen regi och i privat regi. Antalet privata utförare som genomför enkäten är dock begränsat, vilket innebär att förvaltningens egna verksamheter i huvudsak ligger till grund för resultaten. Under 2025 gick enkäten ut till 5 525 brukare inom förvaltningen, ungefär lika många som tidigare år.

### Svarsfrekvens för brukarundersökningar

Område	2022	2023	2024	2025
Brukarundersökning LSS/SoL	56%	58%	61%	60%
Myndighetskontakt	25%	37%	30%	29%

### Fokusområden i utförarverksamheterna

I den förvaltningsövergripande uppföljningen av resultatet av brukarundersökningarna har förvaltningen 2025, liksom tidigare år, valt att analysera resultaten med särskilt fokus på områdena trygghet, kommunikation och medbestämmande. Valet av dessa områden grundar sig i en koppling till FN:s deklaration om rättigheter för personer med funktionshinder samt programmet för full delaktighet.

Sammantaget visar resultaten inom fokusområdena trygghet, kommunikation och medbestämmande en stabil till svagt positiv utveckling över tid. För de flesta verksamheter ligger resultaten något under det nationella genomsnittet, med variation mellan olika insatser. Gruppbostad och servicebostad uppvisar genomgående relativt stabila resultat men ligger fortsatt något under rikssnittet inom flera fokusområden, särskilt avseende kommunikation och medbestämmande.

Boendestöd utgör ett positivt undantag och visar genomgående höga resultat samt en tydlig förbättring över tid, framför allt inom medbestämmande. Personlig assistans avviker genom lägre resultat inom flera fokusområden och en tydligare nedgång under 2025, särskilt avseende trygghet och kommunikation.

### Resultat Trygghet

Inom fokusområdet trygghet är resultaten i huvudsak stabila över tid för flertalet verksamheter med variationer mellan insatser, Sammantaget ligger resultaten för trygghetsrelaterade frågor något under det nationella genomsnittet.

Fråga: Känner du dig trygg med personalen?

Svarsalternativ	Nationellt 2023	Göteborg 2023	Nationellt 2024	Göteborg 2024	Nationellt 2025	Göteborg 2025
Daglig verksamhet LSS	85%	85%	86%	86%	86%	86%
Boendestöd	83%	84%	85%	85%	86%	87%
Personlig assistans	78%	71%	79%	72%	78%	53%
Grupp- bostad	78%	72%	77%	72%	78%	72%
Service- bostad	71%	68%	72%	70%	73%	69%

Fråga: Är du rädd för något?

Svarsalternativ	Nationellt 2023	Göteborg 2023	Nationellt 2024	Göteborg 2024	Nationellt 2025	Göteborg 2025
Daglig verksamhet LSS	76%	76%	77%	77%	77%	78%
Grupp- bostad	68%	66%	67%	67%	68%	64%
Service- bostad	66%	64%	66%	65%	67%	69%

Svaren utgår från (%) aldrig rädd för något.

### Resultat Kommunikation

Inom fokusområdet kommunikation framgår ett fortsatt utvecklingsbehov för vissa verksamheter särskilt inom grupp- och servicebostäder där resultaten visat lägre resultat över tid. Arbetet med att stärka kommunikationen bedöms därför fortsatt vara prioriterat.

Fråga: Pratar personal med dig så att du förstår vad de menar?

Svarsalternativ	Nationellt 2023	Göteborg 2023	Nationellt 2024	Göteborg 2024	Nationellt 2025	Göteborg 2025
Daglig verksamhet LSS	79%	77%	80%	79%	81%	80%
Boendestöd	88%	88%	89%	88%	89%	89%
Personlig assistans	81%	82%	76%	74%	77%	62%
Grupp- bostad	71%	64%	70%	60%	71%	65%
Service- bostad	67%	65%	67%	65%	69%	65%

Fråga: Förstår personalen vad du säger?

Svarsalternativ	Nationellt 2023	Göteborg 2023	Nationellt 2024	Göteborg 2024	Nationellt 2025	Göteborg 2025
Daglig verksamhet LSS	80%	78%	80%	79%	81%	82%
Boendestöd	88%	86%	88%	88%	89%	89%
Personlig assistans	68%	55%	72%	74%	69%	50%
Gruppboestad	71%	62%	73%	62%	72%	65%
Serviceboestad	70%	67%	70%	69%	71%	66%

### Resultat Medbestämmande

Inom fokusområdet medbestämmande visar resultaten sammantaget en stabil till svagt positiv utveckling över tid. Boendestöd uppvisar en tydlig förbättring och når under 2025 höga resultat i jämförelse med övriga insatser och det nationella genomsnittet. Gruppboestad och serviceboestad ligger fortsatt något under rikssnittet, men utan större variationer mellan åren. Sammantaget indikerar resultaten att upplevelsen av medbestämmande i huvudsak är stabil, med positiva tendenser inom vissa insatser.

Fråga: Får du bestämma...?

Frågan formuleras olika i de olika enkäterna som ingår i underlaget till uppgifterna till tabellen. Till exempel "Får du bestämma om saker som är viktiga för dig hemma?" i enkäten för serviceboestad och "Låter dina boendestödjare dig bestämma om saker som är viktiga för dig" i enkäten för boendestöd.

Svarsalternativ	Nationellt 2023	Göteborg 2023	Nationellt 2024	Göteborg 2024	Nationellt 2025	Göteborg 2025
Daglig verksamhet LSS	77%	75%	80%	81%	80%	79%
Boendestöd	79%	79%	80%	82%	90%	90%
Gruppboestad	79%	73%	80%	74%	80%	76%
Serviceboestad	82%	80%	82%	78%	83%	81%

### Könsskillnader i brukarundersökningarna – sammanfattande iakttagelser

Resultaten redovisas även uppdelat på kön. Sammantaget anger män i flera sammanhang något högre nöjdhet än kvinnor, men mönstret är inte entydigt och varierar mellan verksamheter, frågor och år. I vissa delar har skillnaderna mellan kvinnor och män minskat över tid, medan de i andra delar varit oförändrade eller ökat.

Utvecklingen indikerar att könsskillnader i brukarnas upplevelser påverkas av sammanhang, insats och arbetssätt snarare än av kön som en isolerad förklaringsfaktor. De könsuppdelade resultaten bedöms därför främst utgöra ett underlag för fortsatt lokal analys där avvikelser eller förändringar identifieras, snarare än för generella förvaltningsövergripande slutsatser.

### **Bedömning**

Förvaltningen bedömer att resultaten för utförarverksamheterna sammantaget visar en stabil till svagt positiv utveckling inom fokusområdena trygghet, kommunikation och medbestämmande. Utvecklingen skiljer sig dock mellan olika insatser.

Boendestöd uppvisar genomgående goda resultat och en tydlig positiv utveckling, särskilt inom medbestämmande. Gruppboendestöd och serviceboendestöd visar stabila resultat över tid men ligger fortsatt något under det nationella genomsnittet, vilket indikerar behov av fortsatt uppföljning och utvecklingsarbete.

Resultaten för personlig assistans avviker genom lägre värden inom flera fokusområden och en tydligare nedgång under 2025, särskilt avseende trygghet och kommunikation. Förvaltningen bedömer att dessa resultat bör följas särskilt och analyseras vidare för att identifiera bakomliggande orsaker.

Sammantaget bedöms resultaten ge ett tillräckligt underlag för fortsatt kvalitetsutveckling inom utförarverksamheterna, med särskilt fokus på kommunikation samt på de insatser där resultaten avviker från övriga verksamheter.

### **Myndighetskontakt**

Resultaten för myndighetskontakt ligger i huvudsak i nivå med det nationella genomsnittet, med variation mellan enskilda frågor. Ett återkommande förbättringsområde, både nationellt och lokalt, gäller tydligheten kring vart brukare kan vända sig om de är missnöjda med mötet med handläggare. Resultaten inom detta område har förbättrats jämfört med tidigare år men ligger fortsatt på en lägre nivå än övriga frågor och behöver följas över tid.

Svarsfrekvensen för myndighetskontakt är fortsatt lägre än för utförarverksamheterna. Samtidigt har antalet inkomna svar ökat från 128 år 2023 till 307 år 2025, vilket indikerar att fler brukare nås av undersökningen trots ett något ökat bortfall i relation till målgruppen.

Resultaten visar även variationer mellan kvinnor och män i den samlade upplevelsen av mötet med handläggare. Män anger i högre grad att de vet vart de kan vända sig vid missnöje. Fritextsvaren visar dock att många som svarat nej på denna fråga ändå beskriver ett tillvägagångssätt för att framföra klagomål, vilket kan tolkas som positivt. Eftersom kön inte kan utläsas ur fritextsvaren går det inte att avgöra i vilken utsträckning detta påverkar de observerade könsskillnaderna.

Fråga	Natio- nellt 2023	Göte- borg 2023	Natio- nellt 2024	Göte- borg 2024	Natio- nellt 2025	Göte- borg 2025
Brukaren fick veta före mötet vad mötet skulle handla om	78%	86%	83%	85%	83%	84%
Brukaren fick välja var mötet med handläggaren skulle ske	60%	63%	67%	68%	71%	77%
Brukaren fick säga det som var viktigt på mötet	90%	94%	93%	93%	93%	89%
Handläggaren pratade så brukaren förstod på mötet	88%	95%	95%	91%	92%	93%
Handläggaren förstod vad brukaren sa på mötet	92%	92%	93%	89%	93%	93%
Vad tyckte brukaren om mötet med handläggaren	79%	82%	88%	88%	86%	83%
Brukaren vet vem hen ska prata med om hen tycker mötet med handläggaren var dåligt	49%	52%	52%	54%	53%	50%
Brukaren vet hur hen får kontakt med sin handläggare	87%	94%	90%	88%	91%	93%

### Analys

Förvaltningen bedömer att underlaget från brukarundersökningarna är tillräckligt omfattande för att följa upp mål och identifiera förbättringsområden. Resultaten visar variationer mellan verksamhetsområden och insatser, vilket understryker vikten av att fortsatt analysera resultaten utifrån respektive verksamhets förutsättningar.

### Bedömning

Förvaltningen bedömer att det långsiktiga arbetet med att utveckla strukturer och arbetssätt för genomförande av brukarundersökningar har bidragit till ökade svarsfrekvenser över tid, särskilt inom utförarverksamheterna. Inom myndighetsområdet är svarsfrekvensen fortsatt lägre än inom utförarverksamheterna, samtidigt som antalet inkomna svar har ökat. Sammantaget visar resultaten att ökningen av antalet tillfrågade och inkomna svar inte har skett på bekostnad av upplevd kvalitet, vilket stärker tillförlitligheten i underlaget.

Under 2026 bör arbetet inriktas på att ytterligare stärka genomförandeprocessen för myndighetskontakt i syfte att förbättra förutsättningarna för deltagande och säkerställa likvärdighet i genomförandet. Resultaten för myndighetskontakt ligger i flera frågor i nivå med eller över det nationella genomsnittet. Tillsammans med ökningen av antalet inkomna svar bedöms detta ge ett tillräckligt underlag för fortsatt uppföljning och analys, trots att svarsfrekvensen är lägre än inom utförarverksamheterna.

Resultaten inom trygghet och medbestämmande visar överlag en stabil till svagt positiv utveckling. Boendestöd utmärker sig genom en tydlig förbättring över tid, särskilt inom medbestämmande. Det arbete som inleddes under 2023 med fokus på könsskillnader inom servicebostad bedöms ha bidragit till förbättrade resultat. Samtidigt kvarstår behov av fördjupad analys och förbättringsåtgärder inom fokusområdet kommunikation, där resultaten inom gruppboendestäder visar en svag nedgång.

### 5.1.3 Brukarundersökning förvaltningen för funktionsstöd

Förvaltningen genomför egna brukarundersökningar inom lägerverksamhet och avlösarservice riktade till barn och unga. Bakgrunden är att Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) inte tillhandahåller nationella brukarundersökningar för denna målgrupp. Syftet med undersökningarna är att stärka barn och ungas delaktighet i enlighet med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, barnkonventionen samt programmet för full delaktighet.

Sedan 2024 har brukarundersökningarna kompletterats med strukturerad observation för de barn och unga som har svårt att själva besvara enkäten. För att även fånga vårdnadshavarnas perspektiv på insatsen används en särskild enkät riktad till vårdnadshavare. Förvaltningen har därutöver arbetat aktivt med att utveckla och förbättra genomförandet av brukarundersökningarna inom lägerverksamheten.

Resultaten för förvaltningens egna brukarundersökningar riktade till barn och unga återfinns på [www.enkater.goteborg.se](http://www.enkater.goteborg.se).

Brukarundersökningen genomfördes under 2025 genom en webbenkät till vårdnadshavare. Totalt omfattade målgruppen 623 vårdnadshavare, varav 130 svarade, vilket motsvarar en svarsfrekvens om 21 procent.

Det är viktigt att notera att vårdnadshavare till barn med flera beviljade insatser har haft möjlighet att besvara frågor för varje insats. Det innebär att antalet svar per fråga i vissa fall överstiger antalet svarande individer. Resultaten bör därför tolkas med försiktighet, särskilt vid jämförelser mellan insatstyper med få svar.

Trots den relativt låga svarsfrekvensen ger undersökningen ett samlat underlag som möjliggör jämförelser över tid och identifiering av mönster i vårdnadshavarnas upplevelser av kvalitet, bemötande och trygghet.

Resultaten för förvaltningens egna brukarundersökningar riktade till barn och unga återfinns på [www.enkater.goteborg.se](http://www.enkater.goteborg.se).

#### **Fokus på trygghet, kommunikation och medbestämmande**

I den förvaltningsövergripande uppföljningen av brukarundersökningar riktade till barn och unga inom lägerverksamhet och avlösarservice har förvaltningen valt att fokusera på områdena trygghet, kommunikation och medbestämmande. Dessa områden motsvarar fokusområdena i SKR:s brukarundersökning och har valts utifrån kopplingen till FN:s deklaration om rättigheter för personer med

funktionsnedsättning samt programmet för full delaktighet.

## Trygghet

Resultaten visar en tydlig positiv utveckling i barn och ungas upplevelse av trygghet med personalen över tid. Vårdnadshavarnas svar bekräftar överlag höga nivåer av upplevd trygghet, med viss variation mellan verksamheter och år. Även upplevelsen av rädsla visar en positiv utveckling bland barn och unga.

*Fråga: Känner du dig trygg med personalen? (ur enkät till brukare barn och unga)*

Årtal	Totalt förvaltningen	Avlösarservice	Läger	Korttidshem
2023	87%	86%	88%	-
2024	95%	100%	95%	-
2025	97%	100%	97%	-

*Fråga: Upplever du att ditt barn känner sig tryggt med personalen? (ur vårdnadshavarnas enkät)*

Årtal	Totalt förvaltningen	Avlösarservice	Läger	Korttidshem
2024	90%	83%	100%	81%
2025	89%	91%	94%	86%

*Fråga: Är du rädd för något? (ur enkät till brukare barn och unga)*

Årtal	Totalt förvaltningen	Avlösarservice	Läger	Korttidshem
2023	74%	86%	71%	-
2024	82%	89%	82%	-
2025	85%	100%	83%	-

*Fråga: Upplever du att ditt barn är rädd för något? (ur vårdnadshavarnas enkät)*

Årtal	Totalt förvaltningen	Avlösarservice	Läger	Korttidshem
2024	90%	93%	85%	90%
2025	94%	95%	97%	89%

*Svaren utgår från (%) aldrig rädd för något.*

## Kommunikation

Barn och unga upplever i allt högre grad att personalen kommunicerar på ett sätt som de förstår, med en stabil nivå de senaste åren. Upplevelsen av att personalen förstår barnens kommunikation ligger genomgående högt. Vårdnadshavarnas svar visar samtidigt viss variation över tid, med en något lägre upplevd kommunikation inom vissa verksamheter.

Fråga: Pratar personalen med dig så att du förstår vad de menar? (ut enkät till brukare barn och unga)

Årtal	Totalt förvaltningen	Avlösarservice	Läger	Korttidshem
2023	76%	76%	63%	-
2024	91%	100%	71%	-
2025	93%	89%	93%	-

Fråga: Upplever du att personalen kommunicerar med ditt barn så hen förstår vad de menar? (ur vårdnadshavarnas enkät)

Årtal	Totalt förvaltningen	Avlösarservice	Läger	Korttidshem
2024	86%	75%	98%	84%
2025	80%	75%	88%	86%

Fråga: Förstår personalen vad du säger? (ur enkät till brukare barn och unga)

Årtal	Totalt förvaltningen	Avlösarservice	Läger	Korttidshem
2023	81%	87%	77%	-
2024	86%	89%	86%	-
2025	84%	95%	83%	-

Fråga: Upplever du att personalen förstår vad ditt barn kommunicerar? (ur vårdnadshavarnas enkät)

Årtal	Totalt förvaltningen	Avlösarservice	Läger	Korttidshem
2024	75%	70%	85%	65%
2025	69%	63%	91%	61%

## Medbestämmande

Resultaten visar en positiv utveckling i barn och ungas upplevelse av medbestämmande. Vårdnadshavarnas svar visar överlag höga nivåer, med variationer mellan verksamheter och år.

Fråga: Får du bestämma...? (ur enkät till brukare barn och unga)

Frågan "Får du bestämma..." formuleras olika i de olika enkäterna som ingår i underlaget till uppgifterna till tabellen.

Årtal	Avlösarservice	Läger	Korttidshem
2023	73%	63%	-
2024	70%	71%	-
2025	85%	78%	

Fråga: Upplever du att barnet får vara med och bestämma saker som är viktiga för hen? (ur vårdnadshavarnas enkät)

Årtal	Avlösarservice	Läger	Korttidshem
2024	75%	84%	74%
2025	68%	85%	81%

### Vårdnadshavares nöjdhet med insatsen

Vårdnadshavarnas samlade nöjdhet med insatsen är överlag hög under perioden, med en majoritet som anger att de är mycket nöjda eller nöjda.

Svarsalternativ	Andel 2024	Andel 2025
Mycket nöjd	67%	59%
Nöjd	17%	21%
Varken nöjd eller missnöjd	9%	13%
Missnöjd	3%	2%
Inte nöjd	5%	5%

Sammantaget visar resultaten från enkäterna till barn och unga en positiv utveckling inom områdena trygghet och medbestämmande, samt en överlag stabil utveckling inom kommunikation. Barn och unga upplever i hög grad trygghet i mötet med personalen, ökande delaktighet och medbestämmande i frågor som rör den egna situationen.

Resultaten från vårdnadshavarenkäterna visar överlag höga nivåer av nöjdhet med insatserna samt en hög upplevelse av trygghet. Samtidigt visar vårdnadshavarnas svar att upplevelsen av hur väl kommunikationen med barnen fungerar har minskat något jämfört med föregående år inom vissa verksamheter, främst avlösarservice, medan resultaten i övrigt är stabila. Denna utveckling behöver följas över tid.

Införandet av strukturerad observation och enkäter riktade till vårdnadshavare bedöms ha bidragit till ökad tillförlitlighet och en mer nyanserad bild av barn och ungas upplevelser, särskilt för barn som har svårt att själva besvara enkäter. Den ökade svarsfrekvensen bedöms kunna bidra till mer rättvisande resultat över tid. Variationer mellan verksamheter och år kan delvis förklaras av skillnader i verksamheternas förutsättningar, målgrupp och omfattning, och bör därför inte enbart tolkas som uttryck för kvalitet.

### Bedömning

Förvaltningen bedömer att resultaten sammantaget visar en positiv utveckling inom flera centrala områden, särskilt vad gäller upplevd trygghet, bemötande och medbestämmande inom lägerverksamhet och avlösarservice. Vårdnadshavarnas samlade nöjdhet med insatserna är överlag hög.

Förvaltningen konstaterar att antalet inkomna svar har ökat sedan 2023. Samtidigt bedömer förvaltningen att det finns behov av fortsatt utveckling av kommunikationen, anpassad efter barnens individuella behov, samt av fortsatt uppföljning av vårdnadshavarnas upplevelser av kommunikationen.

Förvaltningen bedömer vidare att det fortsatt finns möjlighet att öka svarsfrekvensen inom vissa verksamheter, vilket kan bidra till en mer heltäckande och rättvisande bild av barn och ungas upplevelser av stödet.

Användningen av vårdnadshavarenkäter och strukturerad observation bedöms vara

ett ändamålsenligt och viktigt komplement till brukarundersökningarna och bidrar till att stärka uppföljningen av barn och ungas delaktighet, samt till en mer nyanserad bild av barn och ungas upplevelser av stödet.

#### 5.1.4 Brukarrevision

Brukarrevision är ett verktyg för kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling.

Brukarrevisionens centrala delar är dels att brukare intervjuar brukare, dels att återföring av resultat sker i en styrd samtalsform. Den metod som används, akvariemetoden, syftar till att skapa ett gemensamt samtalsutrymme och starta en förändringsprocess på enheten utifrån ett gemensamt utgångsläge.

Brukarrevisionerna fokuserar på förvaltningens värdighetsgarantier och ger en fördjupad kunskap om hur väl brukare upplever att verksamheterna lever upp till dessa.

Under 2025 genomfördes 25 brukarrevisioner. Fyra genomfördes inom daglig verksamhet, en inom boendestöd, åtta inom gruppboendestäder och tolv inom serviceboendestäder. Uppföljning av identifierade förbättringsområden sker genom återbesök efter cirka 6–12 månader.

##### **Sammanfattning av resultat från brukarrevisionerna**

Brukarrevisionerna visar att kvaliteten i verksamheterna i hög grad påverkas av kommunikation, kompetens, kontinuitet och organisatoriska förutsättningar. Skillnaderna mellan enheter är betydande, men resultaten visar samtidigt att förbättringar är möjliga när arbetet följs upp systematiskt och leds nära verksamheten. Brukarrevisionerna utgör därmed ett viktigt komplement till enkäter för att säkerställa att brukarnas perspektiv tas tillvara.

##### **Övergripande resultat**

###### **1. Kommunikation och kompetens är avgörande**

Brister i kommunikation och personalens kompetens är det mest genomgående utvecklingsområdet och påverkar samtliga värdighetsgarantier. Det handlar bland annat om otillräcklig kunskap om funktionsvariationer samt alternativ och kompletterande kommunikation (AKK), liksom om att information och hjälpmedel inte används konsekvent. När kommunikationen fungerar väl upplever brukare ökad trygghet, delaktighet och ett bättre bemötande.

###### **2. Bemötande och trygghet varierar mellan enheter**

Många brukare upplever ett respektfullt bemötande och känner trygghet, men i flera verksamheter framkommer brister. Personal upplevs ibland stressad och har inte alltid tillräcklig tid att lyssna. Otrygghet kopplas ofta till personalbrist, hög arbetsbelastning och bristande kontinuitet. Lång svarstid på larm och upplevelsen av att inte bli tagen på allvar är återkommande synpunkter.

###### **3. Delaktighet fungerar inte fullt ut i praktiken**

Många brukare uttrycker en önskan om ökad delaktighet i planering av aktiviteter, genomförandeplaner och vardagsrutiner. Husmöten och brukarmöten förekommer, men upplevs ofta som ineffektiva och leder sällan till konkreta förändringar. Delaktighet är nära kopplad till tydlig kommunikation och fungerande mötesstrukturer.

###### **4. Stöd kring hälsa är ojämnt**

Stöd kring hälsokontroller fungerar generellt väl. Samtidigt efterfrågar brukare i flera verksamheter mer stöd kring fysisk aktivitet, kost, rehabilitering och psykisk hälsa. Behovet av samtal och förebyggande insatser lyfts särskilt.

## 5. Synpunktshantering är otydlig för många brukare

Alla brukare känner inte till vart de ska vända sig med synpunkter eller klagomål, och rutiner för återkoppling är inte alltid tillräckligt tydliga eller kända. Detta påverkar både upplevelsen av trygghet och av inflytande.

## 6. Utvecklingsbehov inom daglig verksamhet

Inom daglig verksamhet upplever många arbetstagare trygghet, respektfullt bemötande och en lugn arbetsmiljö. Samtidigt framkommer utvecklingsbehov avseende social gemenskap, delaktighet i möten, tillgång till varierade arbetsuppgifter, konsekvent användning av AKK samt fysisk tillgänglighet i lokaler.

### Bedömning

Värdighetsgarantiernas olika områden hänger nära samman och bildar en kedja, där kommunikation och kompetens framstår som särskilt avgörande faktorer som påverkar övriga områden.

Uppföljning genom återbesök efter 6–12 månader bedöms vara viktig av flera skäl. Dels ger den stöd i den förändringsprocess som initieras genom brukarrevisionen, dels möjliggör den för enheterna att följa och utveckla sitt förbättringsarbete över tid. Det finns även behov av att på aggregerad förvaltningsnivå följa upp återkommande förbättringsområden som identifieras genom brukarrevisionerna.

Mot bakgrund av de fördjupade egenkontroller som genomförts under 2025 har uppdrag givits att genomföra brukarrevisioner under 2026 i berörda enheter. Därutöver har SAS, utifrån samlade bedömningar, möjlighet att prioritera ytterligare två enheter för brukarrevision. Detta bidrar till förutsättningar för en fortsatt riskbaserad uppföljning och fördjupad analys i verksamheter där behov av ytterligare kvalitetsgranskning har identifierats.

## 5.2 Vår egen bedömning

I detta avsnitt redovisas förvaltningens egen bedömning av verksamhetens kvalitet, baserad på interna uppföljningsunderlag såsom avvikelser, egenkontroller och andra iakttagelser inom det systematiska kvalitetsarbetet. Bedömningen syftar till att identifiera risker, mönster och utvecklingsområden.

### 5.2.1 Avvikelser

Förvaltningens verksamheter registrerar, utreder och åtgärdar avvikelser löpande inom ramen för det systematiska förbättringsarbetet. Avvikelser sammanställs och analyseras för att identifiera mönster, risker och övergripande utvecklingsområden.

#### Inkomna och åtgärdade avvikelser

Avvikelser	2022	2023	2024	2025
Antal upprättade avvikelser	11 136	14 593	14 586	14 708
Antal åtgärdade avvikelser	6 957	9 416	10 014	9 879

Under perioden 2023–2025 ligger den totala nivån av registrerade avvikelser på en stabil nivå. Den tydliga ökningen som skedde mellan 2021 och 2023 har planat ut,

och förvaltningen har därefter haft en jämn inrapporteringsnivå. Antalet åtgärdade avvikelser följer samma övergripande utveckling.

Av de registrerade avvikelserna är läkemedel det vanligast förekommande området och utgör omkring en tredjedel av samtliga avvikelser. Under 2025 har dock en viss minskning skett inom läkemedelskategorin jämfört med 2024.

Avvikelser kopplade till utförande av insatser enligt SoL och LSS har ökat jämfört med tidigare år och utgör ett av de mer framträdande områdena i utfallet.

Utöver läkemedel samt utförande av insatser enligt SoL och LSS förekommer återkommande avvikelser inom flera andra områden. Det gäller bland annat avvikelser kopplade till fall, där registreringen ofta avser händelser som rör den enskildes fysiska säkerhet. Avvikelser som rör dokumentation förekommer också, exempelvis brister i dokumentationens innehåll, aktualitet eller hantering. Även avvikelser inom området rättigheter och bemötande förekommer återkommande och kan avse situationer där den enskildes delaktighet, integritet eller bemötande inte fullt ut har tillgodosetts.

### **Analys**

Utfallet för 2023–2025 visar en stabil inrapporteringsnivå, vilket indikerar att avvikelser fortsatt rapporteras och följs upp inom ramen för förvaltningens systematiska kvalitetsarbete. Att avslut av avvikelser delvis sker efterföljande år påverkar relationen mellan registrerade och åtgärdade avvikelser i helårsstatistiken och behöver beaktas vid uppföljning.

Under hösten har förvaltningen genomfört förbättringsdialoger i samtliga ledningsgrupper. I dessa dialoger har det framkommit att chefer upplever utmaningar i bedömningen av hur avvikelser ska kategoriseras. Det stora antalet kategorier och utrymmet för olika tolkningar har i vissa fall försvårat jämförbarheten och möjligheten att dra samlade slutsatser utifrån statistiken. Ett systemstöd som i högre grad vägleder korrekt kategorisering och möjliggör mer ändamålsenlig statistisk uppföljning har återkommande efterfrågats i förbättringsdialogerna, vilket också är planerat för.

### **Bedömning**

Förvaltningen bedömer att avvikelshanteringen utgör en central del av kvalitetsarbetet och att inrapporteringsnivån varit stabil under perioden 2023–2025. Samtidigt visar helårsutfallen att avvikelser i betydande omfattning avslutas efterföljande år, vilket innebär behov av fortsatt fokus på uppföljning, handläggning och avslut.

Förvaltningen bedömer vidare att förändringen av kategorier, borttagandet av ”övrigt” och införandet av mer specificerade kategorier förbättrar möjligheterna att analysera avvikelsernas innehåll och använda statistiken mer träffsäkert i det systematiska kvalitetsarbetet. Den ökade förekomsten av avvikelser kopplade till utförande av SoL- och LSS-insatser indikerar ett behov av fortsatt analys av bakomliggande orsaker. Förvaltningen bedömer att fortsatta insatser behövs för att effektivisera utredningsarbetet, exempelvis genom utbildningsinsatser och vid behov stöd i hanteringen av äldre avvikelser.

De förändringar i uppföljningskrav som följer av den nya socialtjänstlagen förstärker vikten av ett ändamålsenligt och tillförlitligt underlag för analys och uppföljning.

## 5.2.2 Avvikelser i samverkan med region

Avvikelser i samverkan med Västra Götalandsregionen avser händelser som uppstår i gränssnittet mellan kommunens och regionens ansvar, där insatser från båda parter krävs för att den enskilde ska få ett samordnat och fungerande stöd. Det kan exempelvis handla om planering inför utskrivning från sjukhus, samordning av vård och omsorg i öppenvård eller informationsöverföring mellan olika vårdgivare.

Avvikelseerna upprättas både av förvaltningen och av regionen. När förvaltningen registrerar en avvikelse avser det händelser där kommunen identifierar brister i samverkan. Inkomna avvikelser avser händelser som regionen rapporterar till kommunen.

### Avvikelser i samverkan med Västra Götalandsregionen (VGR)

	2023	2024	2025
Totalt antal hanterade avvikelser i samverkan	123	156	157
Registrerade avvikelser (FFS till VGR)	87	113	104
Registrerade myndighet	84	99	84
Registrerade utförarverksamhet	3	14	20
Inkomna avvikelser (VGR till FFS)	36	43	53
Inkomna myndighet	20	33	27
Inkomna utförarverksamhet	16	13	26

Sammantaget visar utfallet att avvikelser i samverkan förekommer löpande och att omfattningen successivt har ökat under de senaste åren. Under 2025 hanterades totalt 157 avvikelser i samverkan med regionen.

Sedan hösten 2021 hanteras avvikelser i samverkan digitalt i verksamhetssystemet MedControl PRO. Under 2024 fastställdes även en ny gemensam rutin och process för välfärdsförvaltningarnas hantering av dessa avvikelser.

En stor andel av avvikelseerna i samverkan rör brister i handläggning och följsamhet till rutiner för samordnad individuell plan (SIP) samt informationsöverföring i IT-systemet SAMSA. Dessa avvikelser uppstår ofta i samband med utskrivning från slutenvård eller när det under pågående öppenvård finns behov av samordning mellan regionens och kommunens insatser. Bristerna kan exempelvis avse att planering inte sker i rätt tid, att nödvändig information inte överförs eller att brister i kommunikation och informationsöverföring anges som orsak i en betydande andel av avvikelseerna. Detta kan få konsekvenser för den enskilde, exempelvis genom fördröjda insatser, bristande kontinuitet eller otydlighet kring vem som ansvarar för olika delar av stödet.

Avvikelser som rör bemötande förekommer i en mindre men tydlig omfattning. Dessa kan avse bemötande gentemot brukare och anhöriga, men även samverkan och kommunikation mellan personal inom kommunen och regionen. Sådana brister kan påverka både upplevelsen av trygghet och kvaliteten i den samordnade vården och omsorgen.

Sammantaget visar utfallet att avvikelser i samverkan både kan kopplas till lokala arbetssätt och till brister i efterlevnaden av gemensamma, övergripande rutiner och processer för SIP och SAMSA inom såväl kommunen som regionen.

## Analys

Utfallet visar att antalet avvikelser i samverkan med regionen har ökat över tid, både när det gäller avvikelser som registreras av förvaltningen och avvikelser som inkommer från regionen. Denna utveckling sammanfaller med införandet av digital avvikelsehantering och fastställandet av gemensamma rutiner, vilket har skapat bättre förutsättningar för att identifiera och rapportera brister i samverkan.

Analysen visar att en stor andel av avvikelserna rör brister i planering, kommunikation och informationsöverföring i samband med samordnade insatser. Samverkan mellan kommun och region är ett komplext område där flera aktörer och system behöver fungera tillsammans för att säkerställa ett sammanhållet stöd till den enskilde.

## Bedömning

Förvaltningen bedömer att den digitala hanteringen av avvikelser i samverkan mellan kommun och region bidrar till ökad transparens och bättre förutsättningar för uppföljning och kvalitetssäkring när insatser från flera huvudmän krävs.

Samtidigt bedömer förvaltningen att det finns tydliga utvecklingsområden inom samverkan, särskilt avseende kommunikation, informationsöverföring och efterlevnad av fastställda arbetssätt för SIP och SAMSA. Förvaltningen bedömer att fortsatt gemensamt utvecklingsarbete med regionen är nödvändigt för att minska risken för brister som kan påverka den enskildes vård och omsorg.

### 5.2.3 Patientsäkerhet

En patientsäkerhetsberättelse upprättas årligen av vårdgivaren enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2021:656) och rapporteras till nämnden separat. Patientsäkerhetsberättelsen omfattar kommunal hälso- och sjukvård ur ett systemperspektiv och redovisar patientsäkerhetsarbetet i relation till organisation, arbetssätt och samverkan, inom ramen för vårdgivarens ansvar. I berättelsen redovisas bland annat arbetet med avvikelser, riskhantering, egenkontroller och lex Maria-ärenden.

Inom ramen för nämndens systematiska kvalitetsarbete har förvaltningen ansvar för de delar av patientsäkerheten som berör den egna verksamheten. Detta gäller särskilt när hälso- och sjukvårdsuppgifter utförs av förvaltningens personal på delegation samt i de delar där samverkan mellan utförarverksamhet, legitimerad personal och MAS/MAR är avgörande för att patientsäkerhetsarbetet ska fungera i praktiken.

Förvaltningen har därutöver ett helhetsansvar för personer som omfattas av nämndens uppdrag. Patientsäkerhet kan därför inte ses isolerat från omsorgens kvalitet, bemanning, kompetens, arbetsmiljö och vardagliga arbetssätt. Erfarenheter och iakttagelser från patientsäkerhetsarbetet, inklusive lex Maria-ärenden, utgör därmed ett viktigt underlag i förvaltningens samlade uppföljning och förbättringsarbete.

#### **Kompetensstärkande insatser**

Under hösten har förvaltningens medarbetare deltagit i kompetensstärkande insatser med betydelse för patientsäkerheten. Utbildningar i basala hygienrutiner genomfördes vid fyra tillfällen (september–december) med sammanlagt 49 deltagare, främst medarbetare med fördjupat uppdrag inom hygien. Planering finns för fortsatta utbildningstillfällen under våren.

Under hösten har även kostnätverk för kostombud genomförts i fyra stadsområden,

med cirka 10–15 deltagare per tillfälle. Nätverken planeras fortsätta under våren och syftar till att stärka kompetens och samsyn i frågor som rör nutrition och måltidssituationer, vilka är centrala för de boendes hälsa och säkerhet.

### **Lärande från vårdskadeutredningar**

Inom ramen för patientsäkerhetsarbetet genomförs fördjupade vårdskadeutredningar och, vid behov, anmälningar enligt lex Maria. Sammanställningar av dessa utredningar används för att identifiera övergripande mönster, riskområden och förbättringsbehov. Dessa sammanställningar visar återkommande behov av tydlig samverkan, följsamhet till rutiner och fungerande informationsöverföring. De bidrar till utveckling av arbetssätt och samverkan samt utgör ett viktigt kunskapsunderlag för förvaltningens systematiska kvalitetsarbete och det förebyggande arbetet.

### **Bedömning**

Förvaltningen bedömer att patientsäkerhetsarbetet under året har bidragit till ökad kunskap om risker och förbättringsbehov samt utgör ett fortsatt viktigt underlag i den samlade uppföljningen av kvalitet och patientsäkerhet inom verksamheten.

## **5.2.4 Missförhållanden enligt lex Sarah**

### **Bakgrund och ansvar**

När anställda i förvaltningen får kännedom om ett missförhållande, eller en påtaglig risk för ett missförhållande, som rör en eller flera enskilda som får insatser inom verksamheten, är medarbetaren skyldig att omedelbart rapportera detta enligt lex Sarah. Förvaltningen är skyldig att utreda, dokumentera samt avhjälpa eller undanröja missförhållandet eller risken för missförhållande. Enligt förvaltningens delegationsordning är det SAS (socialt ansvarig samordnare) som har delegation att avsluta lex Sarah-rapporter genom ställningstagande.

Lex Sarah-utredningar utgör därmed ett viktigt underlag för nämndens uppföljning av kvalitet och säkerhet i verksamheten.

### **Resultat – rapportering och utredning**

Tabellen nedan redovisar lex Sarah-rapporter som inkommit till SAS och där beslut har fattats per 31 december respektive år.

<b>Lex Sarah-rapporter</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
Antal rapporter	330	389	412
Antal utredningar	205	195	287

### **Förändrad redovisningsperiod**

Tidigare år har statistiken redovisats för perioden 1 december–30 november. Från och med 2025 redovisas statistiken istället för perioden 1 januari–31 december. Detta innebär att beslut fattade i december 2024 inte ingår i 2024 års huvudredovisning. För att säkerställa transparens redovisas december 2024 och december 2025 separat nedan. Redovisningen innebär ingen förändring av hanteringen av lex Sarah-ärenden, utan avser enbart hur statistiken struktureras över tid.

## Kompletterande statistik – december 2024 och december 2025

Kategori	December 2024	December 2025
Rapporter	21	54
Utredningar/beslut	16	40
Ej lex Sarah (HSL)	8	11
Ej missförhållande	3	17
Missförhållande eller risk för missförhållande	4	12
Allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande	1	0

### Beslutade lex Sarah-utredningar – jämförelse 2024 och 2025

Redovisningen nedan omfattar endast utredningar som prövats och avslutats inom ramen för lex Sarah, i syfte att möjliggöra en jämförbar uppföljning mellan åren. Rapporter som bedömts inte kunna hanteras enligt lex Sarah ingår inte i jämförelsen.

Beslutskategori	2024 (antal)	2024 (%)	2025 (antal)	2025 (%)
Inte missförhållande eller risk för missförhållande	117	60,0 %	126	58,9 %
Missförhållande eller risk för missförhållande	62	31,8 %	78	36,4 %
Allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande	16	8,2 %	10	4,7 %
<b>Totalt antal lex Sarah-utredningar</b>	<b>195</b>	<b>100 %</b>	<b>214</b>	<b>100 %</b>

### Anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Om ett allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande konstateras ska verksamheten anmäla detta till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Anmälningarna till IVO utgör ett viktigt underlag för nämndens uppföljning av allvarliga händelser i verksamheten.

År	Antal Lex Sarah-anmälningar till IVO
2023	14
2024	16
2025	10

### Samlade iakttagelser från lex Sarah-utredningar över tid

Utifrån utredningar av allvarligare händelser enligt lex Sarah har SAS sammanställt övergripande iakttagelser och lärdomar som framkommit över tid. Dessa speglar återkommande mönster snarare än enskilda händelser och syftar till att bidra till nämndens kunskap om områden där kvaliteten kan stärkas.

Följande utvecklingsområden har identifierats:

- Verksamheternas arbetssätt och organisering av bemanning på stora enheter eller enheter med brukare med omfattande behov

- Rekrytering och kompetensförsörjning
- Samverkan med kommunal primärvård
- Styrande dokument och tillämpning av gemensamma arbetssätt
- Myndighetsprocessens uppföljning av beslutade insatser och goda levnadsvillkor
- Chefers förutsättningar att utöva sitt uppdrag
- Placeringsprocessen
- Goda exempel och fungerande arbetssätt

Sammanställningen överlämnades till förvaltningsledningen och utgjorde underlag ihop med de fördjupade egenkontrollernas resultat för de åtgärder som förvaltningen ska genomföra 2026 för att förbättra kvaliteten i verksamheterna.

### **Utvecklingsbehov**

Förvaltningen har identifierat ett behov av att vidareutveckla systemstödet för uppföljning och analys avvikelse och lex Sarah-ärenden. Ett mer ändamålsenligt stöd bedöms kunna bidra till effektivare handläggning, förbättrad uppföljning och stärkt analysförmåga över tid.

### **Analys**

Förvaltningen har eftersläpningar på utredningar. Den 31 december uppgick antalet outredda rapporter enligt lex Sarah till 150 stycken. Åtgärder har vidtagits för att hantera mängden outredda rapporter. Under året har SAS prioriterat att utreda de mest allvarliga rapporterna samt de mest enkla rapporterna, där SAS snabbt kunnat konstatera att det inte rört sig om ett missförhållande. Troligtvis innehåller de hittills outredda rapporterna fler händelser som kommer bedömas som missförhållanden, alternativt allvarliga missförhållanden efter utredning.

Antalet lex Sarah-rapporter under 2025 ligger på en nivå som är jämförbar med tidigare år. Utfallet av beslutade lex Sarah-utredningar visar att majoriteten av utredningarna fortsatt bedöms inte utgöra missförhållande eller risk för missförhållande.

Samtidigt kan en ökning noteras av andelen utredningar där missförhållande eller risk för missförhållande konstateras jämfört med föregående år. Detta kan indikera ett ökat fokus på att identifiera och utreda relevanta händelser, men behöver följas över tid för att kunna tolkas som en faktisk förändring i kvalitet.

Antalet allvarliga missförhållanden är lägre än föregående år. Det bör dock beaktas att ett betydande antal rapporter ännu inte har utretts, vilket innebär att den slutliga bilden av årets utfall ännu inte är fullständig.

Sammantaget visar resultaten att lex Sarah fortsatt är ett viktigt verktyg för att identifiera brister och risker i verksamheten, men att tolkningen av utfallet behöver ske med försiktighet utifrån handläggningsläget vid årets slut. Analysen ger en samlad bild av årets utfall, med beaktande av både utvecklingstendenser och de begränsningar som finns i underlaget.

## **5.3 Andras bedömning**

I detta avsnitt redovisas de externa granskningar och bedömningar som under året bedömts vara direkt relevanta för nämndens ansvar för det systematiska kvalitetsarbetet enligt socialtjänstlagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade samt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Under året har flera olika typer av granskningar och revisioner genomförts inom

staden, varav vissa rör andra förvaltningar, andra lagstiftningsområden eller särskilda sakfrågor såsom hälso- och sjukvård, ekonomi eller nämndadministration. Dessa redovisas inte här, utan hanteras i respektive styr- och uppföljningssammanhang.

Nedan redovisas de externa granskningar och bedömningar under 2025 som bedöms mest relevanta för nämndens ansvar för styrning, uppföljning och intern kontroll inom det systematiska kvalitetsarbetet.

### 5.3.1 Tillsyn (inspektionen för vård och omsorg)

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utövar tillsyn över socialtjänst och verksamheter enligt LSS i syfte att säkerställa att lagar och föreskrifter följs samt att verksamheten bedrivs med god kvalitet och rättssäkerhet. Tillsynen kan initieras genom riktade tillsyner, händelsestyrda ärenden eller genom handläggning av ärenden avseende ej verkställda beslut.

Under 2025 har förvaltningen haft totalt 19 ärenden hos IVO där myndigheten haft en granskande eller kontrollerande roll. Ärendena har huvudsakligen avsett tillsyn samt ej verkställda beslut enligt LSS och socialtjänstlagen. Därutöver har ett ärende avsett förbud att bedriva verksamhet.

IVO-ärenden	Totalt	Myndighet	BmSS vuxen	BmSS barn och unga	Personlig assistans	Boendestöd	Daglig verksamhet
Tillsyn	7	1	2	4	0	0	0
Ej verkställda beslut	11	0	4	2	0	3	2
Förbud att bedriva verksamhet	1	0	1	0	0	0	0

Av dessa ärenden har sex tillsynsärenden, sex ärenden avseende ej verkställda beslut samt ärendet om förbud att bedriva verksamhet avslutats under kalenderåret 2025. Flera av de avslutade ärendena initierades under föregående år och har handlagts vidare under 2025. Övriga ärenden var pågående vid årets slut och följs upp inom ramen för förvaltningens systematiska kvalitetsarbete.

I nuvarande diarieföringssystem registreras avslut i huvudsak på händelsenivå, vilket innebär att avslutsdatum inte alltid framgår tydligt på ärendenivå. Redovisningen baseras därför på en samlad genomgång av tillgängliga uppgifter i diariet.

Lex Sarah-ärenden redovisas separat i avsnitt 5.2.4, då dessa utgör förvaltningens egna anmälningar till IVO och inte tillsynsärenden initierade av myndigheten.

#### Årlig tillsyn boende för barn och unga

IVO genomför årligen tillsyn av samtliga bostäder med särskild service för barn och unga. Under 2025 har fem tillsyner genomförts, varav en oanmäld.

Resultaten visar att verksamheterna i huvudsak fungerar väl. Samtidigt har vissa områden identifierats som kräver fortsatt uppmärksamhet, exempelvis pågående skyddsåtgärder. Vidare har en brist noterats i enstaka ärenden på tre boenden avseende kontroll av polisens belastningsregister för medarbetare. Förvaltningen

har vidtagit åtgärder för att säkerställa att rutiner för registerkontroll följs.

### **Granskning**

IVO har under året även genomfört en oanmäld inspektion på ett boende med särskild service, med efterföljande och pågående tillsyn.

### **Bedömning**

Förvaltningen bedömer att IVO:s tillsyn och granskningar utgör ett relevant underlag för nämndens fortsatta styrning och uppföljning samt att identifierade utvecklingsområden hanteras inom ramen för pågående systematiskt kvalitetsarbete.

## **5.3.2 Privata utförare**

I egenskap av socialnämnd har nämnden för funktionsstöd enligt reglementet det yttersta ansvaret för att individer får den hjälp och det stöd de behöver inom nämndens verksamhetsområde (kapitel 2, §2) oavsett om insatsen utförs i egen regi eller av privat utförare.

Enheten för kontrakt och uppföljning (EKU), som tillhör äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen, har ett uppdrag att följa upp och kontrollera privata utförare av daglig verksamhet, som ingår i valfrihetssystemet enligt lag om valfrihet (LOV). Kontroller riktar sig mot krav på tjänsten enligt ett framtaget förfrågningsunderlag, såsom att utförarna genomför kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9.

### **Uppföljning**

Enheten för kontrakt och uppföljning (EKU) har följt upp 16 privata utförare av daglig verksamhet. Dessa aktörer skiljer sig åt beträffande juridisk form (förening, aktiebolag, stiftelse), storlek, inriktning samt målgrupp. Variationerna påverkar omfattningen och utformningen av deras systematiska kvalitetsarbete, men generellt framgår av kvalitetsrapporterna att utförarna planerar, leder, följer upp, utvärderar och förbättrar sin verksamhet med stöd av sina kvalitetsledningssystem.

Två av 16 utförare har brister av olika grad i sitt systematiska kvalitetsarbete och ska vidta åtgärder. Utförarna med konstaterade brister behöver utveckla sitt arbete med avvikelser samt hantering av synpunkter och klagomål. Ytterligare sju utförare ges rekommendationer för att utveckla kvalitetsrapporteringen. Sex utförare har inte genomfört egenkontroller utifrån stadens värdighetsgarantier, vilket efterfrågas. De utförarna rekommenderas att ta med dessa uppgifter till nästa års kvalitetsberättelse.

De risker som har identifierats varierar mellan utförarna och rör både verksamhetsrelaterade och brukarnära områden. Riskanalyser genomförs främst löpande samt vid förändringar i organisation, personal eller arbetssätt. Vanligt förekommande risker handlar om organisations- och lokalförändringar, mottagande av nya brukare, utmanande beteenden samt risker för personskador kopplade till lokaler och aktiviteter.

Majoriteten av utförarna genomför egenkontroller, framför allt inom social dokumentation och följsamhet till rutiner. Dessa kontroller har lett till att brister har uppmärksammats och åtgärder har vidtagits, exempelvis genom stöd till personal, uppföljning och revidering av rutiner. Synpunkter och klagomål rör främst lokaler, utrustning, kommunikation och aktiviteternas utformning. Avvikelser förekommer inom flera områden, där hot och våld är mest återkommande, men även brister i genomförandeplaner har identifierats.

De åtgärder som vidtas för att hantera risker och brister innefattar bland annat:

- Förbättrad social dokumentation: Regelbunden egenkontroll, genomgång av rutiner samt stöd och uppföljning för personal.
- Förstärkt kompetensutveckling: Utbildningsinsatser inom exempelvis lågaffektivt bemötande samt hot- och våldshantering.
- Löpande riskanalyser: Riskbedömningar vid förändringar i verksamhet, personal, lokaler och arbetssätt.
- Hantering av synpunkter, klagomål och avvikelser: Utveckling och uppföljning av rutiner samt åtgärder kopplade till kommunikation, miljö och arbetssätt.

För att stärka individfokus uppmanar förvaltningen utförarna att använda Sveriges kommuners och regioners (SKR) brukarundersökning inom daglig verksamhet. Sex utförare har deltagit 2025. Övriga beskriver att de genomför egna brukarundersökningar och använder resultaten i sitt förbättringsarbete.

### **Bedömning**

Sammanfattningsvis visar uppföljningen att de flesta privata utförare lever upp till kraven i förfrågningsunderlaget genom att aktivt tillämpa sina kvalitetsledningssystem för planering, ledning och uppföljning. Ett fåtal aktörer måste emellertid fortsätta utveckla delar av sitt systematiska kvalitetsarbete för att fortsatt säkerställa hög kvalitet och trygghet för brukarna.

### **Riktad uppföljning**

Under året genomfördes ingen riktad uppföljning av de privata utförarna, utan EKU har istället varit delaktiga i arbetet med att revidera förfrågningsunderlaget. EKU har under året haft i uppdrag från förvaltningen att genomföra en request for information (RFI) för att skapa ett underlag för pågående revidering av förfrågningsunderlag, där de privata utförarna har tillfrågats angående deras syn på kravställningarna i nuvarande förfrågningsunderlag samt deras förslag på förändringar.

## **5.3.3 Arbetsmiljöverket**

Arbetsmiljöverket har under perioden mars 2024 till december 2025 genomfört en nationell inspektionsinsats med fokus på hot och våld inom kommunala och privata vård- och omsorgsboenden, där de även inkluderat bostad med särskild service. Inspektionerna syftar till att minska risken för hot och våld i arbetet samt att stärka verksamheternas förmåga att hantera riskfyllda situationer.

Tillsynerna har avsett arbetsmiljörisiker som är återkommande inom verksamhetstyperna, såsom våld och hot, ensamarbete nattetid, bilkörning i tjänsten samt behov av riskbedömningar. Ärendena har hanterats på enhetsnivå inom ramen för det systematiska arbetsmiljöarbetet.

### **Bedömning**

Under 2026 kommer fördjupat arbete ske utifrån resultaten på enhetsnivå för att se vilka arbetsmiljörisiker som behöver fortsatt arbetas med för att säkerställa även kvaliteten för brukarna på ett övergripande plan.

## **5.3.4 Extern granskning av Hundraårgatan 32, vån 3**

Under 2025 genomfördes en extern granskning av BmSS Hundraårgatan 32, vån 3. Bakgrunden till granskningen var uppmärksammade allvarliga brister i omsorgen och ett stort antal avvikelser och lex Sarah-rapporter. Syftet var att få en

oberoende bedömning av vilka brister som förekommit, hur dessa kunnat uppstå samt hur nämndens och förvaltningens styrning, ledning och uppföljning fungerat.

Granskningen visar att missförhållanden hade kunnat pågå under längre tid och att det funnits betydande brister i tillgodoseendet av brukarnas behov. Bristerna omfattade bland annat bemötande, genomförande av beslutade insatser, arbetsmiljö samt förekomst av tvångs- och begränsningsåtgärder. Trots återkommande signaler i form av avvikelser och rapporter hade inte åtgärder varit tillräckliga eller samordnade och gett planerad effekt över tid, vilket inneburit att risker och brister inte identifierats och hanterats i tid.

En central slutsats i granskningen är att bristerna till stor del kan härledas till otillräcklig styrning, ledning och uppföljning samt ett svagt fungerande systematiskt kvalitetsarbete. Det har funnits otydlighet i ansvar och roller, bristande stöd till chefer samt begränsad analys av avvikelser och lex Sarah-ärenden på aggregerad nivå.

Granskningen lämnade rekommendationer till nämnden i december som syftar till att stärka det systematiska kvalitetsarbetet i hela förvaltningen. Dessa omfattar bland annat tydligare styrning och uppföljning från nämnd och förvaltningsledning, utvecklade strukturer för analys av avvikelser och risker, stärkt ledarskap och kompetensförsörjning samt förbättrad intern kontroll.

Resultaten från granskningen utgör ett viktigt underlag för pågående och planerade förbättringsåtgärder med målet att säkerställa god kvalitet, rättssäkerhet och trygg omsorg för personer med funktionsnedsättning som startat upp och som kommer att fortsätta under 2026 och följas av nämnden varje månad för att säkerställa att genomförda åtgärder får den effekt som planeras.