



LEKSANDS  
KOMMUN

**Kvalitetsberättelse**

2026-03-23

Dnr: KOS 2026/326

**Socialt ansvarig samordnare**

**Linn Karlsson Lindell**



# Innehåll

<b>Innehåll .....</b>	<b>2</b>
<b>1 Inledning .....</b>	<b>3</b>
<b>2 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete .....</b>	<b>4</b>
2.1 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete .....	4
2.2 Leksands kommuns styrmodell .....	5
<b>3 Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad .....</b>	<b>7</b>
3.1 Processer och rutiner .....	9
3.2 Samverkan .....	10
<b>4 Systematiskt förbättringsarbete .....</b>	<b>14</b>
4.1 Riskanalyser .....	14
4.2 Egenkontroll .....	16
4.2.1 Uppföljningar, jämförelser och mätningar .....	18
4.2.2 Externa kontroller .....	23
4.2.3 Brukarundersökningar .....	23
4.3 Utredning av avvikelser .....	25
<b>5 Personalens medverkan i kvalitetsarbetet .....</b>	<b>29</b>
<b>6 Övrigt kvalitetsarbete .....</b>	<b>30</b>
<b>7 Mål och strategier, framtida utvecklingsområden .....</b>	<b>31</b>

# 1 Inledning

## *Föreskrift SOSFS 2011:9 – kvalitetsberättelse*

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Vårdgivare eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå:

– hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår, – vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och – vilka resultat som har uppnåtts.

### *Omfattning*

Sociala sektorns kvalitetsberättelse för 2025 omfattar sektorns samtliga verksamheter; äldreomsorg med ordinärt boende samt särskilt boende, myndighet med individ- och familjeomsorg samt biståndshandläggning, öppenvård, verksamhet inom lagen om särskilt service (LSS) samt socialpsykiatri.

### *Genomförande och struktur*

Kvalitetsberättelsen är sammanställd av sektorns socialt ansvarige samordnare (SAS). Ledningsgruppen med socialchef, avdelningschefer, kvalitets- och boendeutvecklare, strategisk samordnare för varumärke, digitaliseringsledare, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) samt medicinskt ansvarig rehabilitering (MAR) har varit delaktiga i framtagandet av underlag.

Strukturen följer områdena i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Varje kapitel inleds med utdrag ur föreskriften samt begreppsdefinitioner.

Inför 2024 års kvalitetsberättelse genomförde sociala sektorns ledningsgrupp en genomlysning av sektorns ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Arbetet utgick från Socialstyrelsens [checklista för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete](#), med syfte att bedöma i vilken utsträckning olika områden var *uppfyllda*, *delvis uppfyllda* eller *ej uppfyllda*. I denna kvalitetsberättelse redovisas, under respektive kapitel, den status som fastställdes vid 2024 års genomgång. Det framgår även om någon förändring i bedömning har skett sedan dess.

Som ett komplement till denna uppföljning har Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) digitala verktyg *Skatta läget* använts. Verktöget har under 2024 och 2025 nyttjats i arbetet med nuläges- och behovsanalys inför införandet av den nya socialtjänstlagen, och bidrar till att ge en fördjupad och samlad bild av sektorns kvalitetsarbete. I de fall där underlag från denna skattning är relevant för respektive kapitel redovisas även detta.

Vidare innehåller varje kapitel en redovisning av identifierade förbättringsbehov, genomfört utvecklingsarbete under 2025 samt de resultat som uppnåtts. Resultat

presenteras i de fall där insatserna har hunnit följas upp, utvärderas och sammanställas under året.

### *Avgränsning*

Vad gäller beskrivning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet hänvisas till sektorns årliga patientsäkerhetsberättelse.

## **2 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**

### **2.1 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ställer krav på att hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt LSS ska ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheterna. Att ha ett ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete innebär att verksamheten skapar strukturer för ledning och styrning och bedriver ett kontinuerligt förbättringsarbete av dessa strukturer. Ledningssystemet ska omfatta verksamhetens alla delar och den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet; *planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera* och *förbättra* verksamheten.

#### *Begreppsdefinition*

**Kvalitet:** att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Den som bedriver verksamhet kan välja att ställa ytterligare krav och mål utöver dem som anges i författningar och beslut. För offentliga verksamheter kan det vara kommunala riktlinjer eller andra prioriteringar och särskilda satsningar beslutade av kommunfullmäktige. Sådana krav och mål kan då också ingå i ledningssystemet. Leksands kommuns målstyrning, "styrmodellen", beskrivs närmare under nästkommande kapitel.

## 2.2 Leksands kommuns styrmodell

Leksands kommuns styrmodell är kommunens verktyg för att planera, följa upp och utveckla verksamheten. Den skapar en röd tråd från visionen till det dagliga arbetet som alla kommunens medarbetare gör.

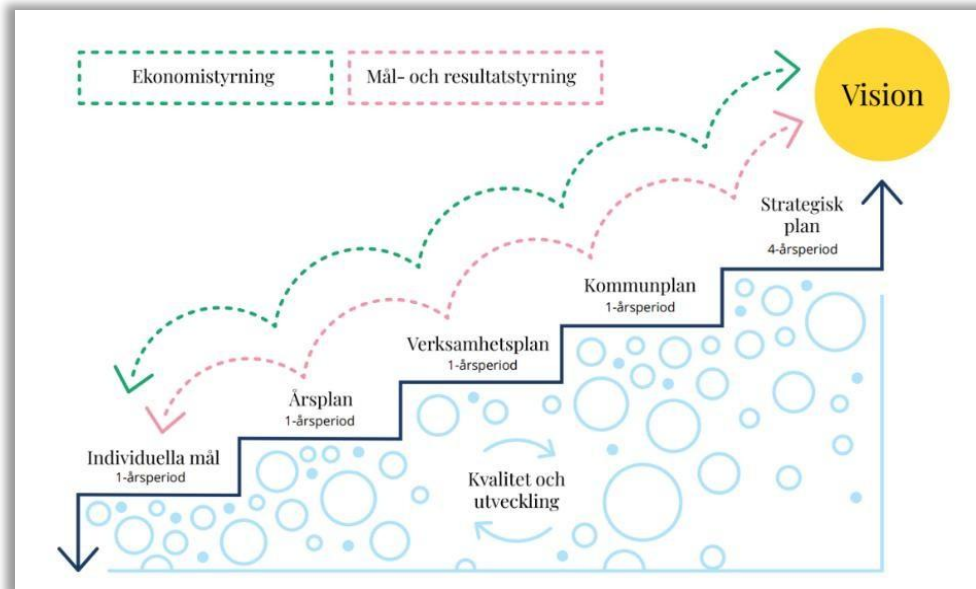


Illustration som visar de olika stegen i Leksands kommuns styrmodell

Styrningen i Leksands kommun utgår från visionen. Visionen är långsiktig och innehåller en målbild av hur Leksand som samhälle ser ut i framtiden. Alla kommunens verksamheter ska arbeta för att nå visionen. Det är politikerna i kommunfullmäktige som tar beslut om visionen. I början av varje ny mandatperiod tar kommunfullmäktige beslut om en strategisk plan. Den innehåller inriktningsmål, som anger vad som ska uppnås i kommunens

verksamhet för att visionen ska kunna förverkligas. Varje år tar kommunfullmäktige beslut om en kommunplan, som är kommunens viktigaste styrdokument. Kommunplanen innehåller budget, ekonomisk plan, mål, uppdrag och indikatorer. Kommunplanen omfattar hela kommunkoncernen. Kommunens nämnder och bolagsstyrelser tar årligen fram varsin verksamhetsplan. I verksamhetsplanen finns en plan för hur verksamheten ska arbeta för att nå målen och uppdragen som finns i kommunplanen. Varje år tar kommunens sektorer, avdelningar och enheter fram varsin årsplan. Årsplanen utgår ifrån de mål som finns i kommunplanen och verksamhetsplanen. Årsplanen innehåller de aktiviteter som verksamheten ska göra under året för att nå målen i kommunplanen och verksamhetsplanen.

På arbetsplatsen bedrivs det dagliga arbetet med att gemensamt uppfylla gällande lagkrav och nå de mål som beslutats. Många av kommunens verksamheter regleras av särskild lagstiftning och omfattas av krav på uppföljning och redovisning. Att arbeta utifrån styrmodellen innebär också att ta tillvara den nationella styrning som finns. De mål som kommunen beslutar om ska inte avse att uppfylla lagkrav – lagstiftningen utgör en skyldighet som ska följas, inte mål att uppnå.

Kommunens styrning baseras på tre förhållningssätt: *mål- och resultatstyrning*, *ekonomistyrning* samt *systematiskt kvalitetsarbete*. Mål- och resultatstyrningen används för att prioritera och styra kommunens utveckling och kombinerar ett framåtblickande perspektiv (mål) med ett tillbakablickande perspektiv (resultat). Mål formuleras för att ange inriktning för verksamheten, medan uppföljningen syftar till att bedöma i vilken utsträckning insatserna har lett till önskade resultat. Resultat kan baseras på olika typer av mätningar, men även på erfarenheter från uppdrag, kvalitetsredovisningar och omvärldsbevakning. Analys sker löpande för att förklara resultat och bedöma behov av ytterligare åtgärder. Ett viktigt forum för detta analysarbete är avdelningarnas arbetsplatsträffar (APT).

Grunden för *ekonomistyrningen* är bestämmelserna om god ekonomisk hushållning i kommunallagen. Syftet är att säkerställa att kommunens resurser används effektivt och ändamålsenligt. Leksands kommuns *systematiska kvalitetsarbete* beskrivs i styrmodellen och bedrivs i enlighet med kraven i SOSFS 2011:9. Det systematiska kvalitetsarbetet utgår från fem steg: planera, genomföra, följa upp, analysera och agera.

I styrmodellen sker tre rapporteringstillfällen per år, tertialrapport 1 (jan-april), delårsbokslut med tertialrapport 2 (jan-aug) samt verksamhetsberättelsen (helår). En ekonomisk rapport görs vid ytterligare tre tillfällen: mars, juni och november. Resultatet från rapporteringstillfällena redovisas muntligt i sektorns utskott samt i skriftlig rapport. Resultaten redovisas inte i denna kvalitetsberättelse.

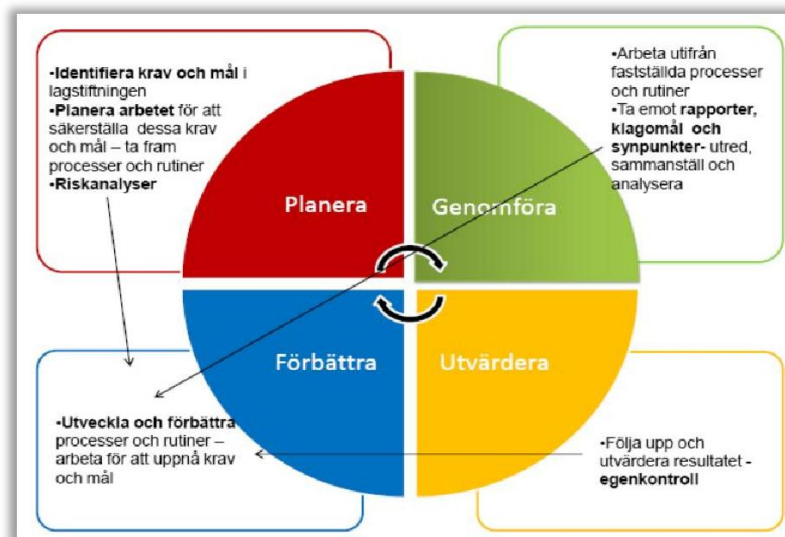


Illustration ovan: Ur Socialstyrelsens handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet som ett förbättringshjul. Bilden visar grunden i uppbyggandet av ledningssystemet samt det systematiska förbättringsarbetet.

## 3 Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

*Föreskrift SOSFS 2011:9*

### 4 kap. Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

**1 §** Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning.

#### Begreppsdefinition

**Ledningssystem:** system för att fastställa principer för ledning av verksamheten

### Resultat av genomförd skattning och identifierade utvecklingsbehov

- Bedömningen av Sociala sektorns ledningssystem, baserad på SKR:s verktyg *Skatta läget*, visar att det är anpassat till verksamhetens inriktning och omfattning och ger en stabil grund för omställningen till ny socialtjänstlag. Leksands kommun uppnådde 58,6 poäng jämfört med rikets 47,5 poäng, vilket visar att styrningen stödjer en socialtjänst som är förebyggande, lätt tillgänglig, jämlik, jämställd och kunskapsbaserad, med tydliga mål och resurser för genomförande.

Samtidigt pekar skattningen på behov av bättre uppföljning och analys, ökad samverkan med externa aktörer samt större involvering av invånare, brukare och anhöriga för att stärka ledningssystemets funktion och utveckling.

- Vid genomlysningen enligt Socialstyrelsens checklista skattades området "vad ska vi göra utifrån olika lagrum" som *delvis uppfyllt*. Det identifierades behov av att stärka medarbetarnas, närmast målgrupperna, kunskap kring mål, lagar och föreskrifter och förståelse för hur dessa samverkar med varandra. Grunden i ett ledningssystem är att man vet vilka lagar och föreskrifter som gäller och de mål och krav som ställs för verksamheten i dessa. Då kvalitet kopplar till att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter planerades för åtgärder inom detta område.
- Området "vem gör vad och vem har ansvar" bedömdes vid genomlysningen, utifrån Socialstyrelsens checklista, som *delvis uppfyllt*. I analysen identifierades behov av att utveckla en tydligare struktur och en reviderad uppbyggnad av sektorns kvalitetsledningssystem. Vidare framkom behov av att klargöra ansvarsfördelningen inom ledningssystemet samt att tydliggöra roller i verksamheterna, såsom dokumentansvariga. Utifrån dessa identifierade behov planerades åtgärder för att stärka tydlighet, ansvar och enhetlighet i sektorns kvalitetsarbete.

## Åtgärder som vidtagits

- Under 2025 påbörjades införandet av stödsystemet *Hypergene*. Implementeringen har skett stegvis och befinner sig i en uppbyggnads- och implementeringsfas, vilket innebär att det kommer ta tid innan arbetssättet är fullt ut etablerat i verksamheterna. På sikt förväntas systemet bidra till att stärka mål- och resultatstyrningen, förbättra uppföljningen samt ge bättre förutsättningar för ett systematiskt och strukturerat kvalitetsarbete.
- Fortsatt arbete med kvalitetsledningssystemet sker i stöd- och kvalitetsgrupp bestående av verksamhetsutvecklare, digitaliseringsledare, strategisk samordnare för varumärke, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig rehabiliteringen (MAR) samt i dialog med avdelningschefer och socialchef.
- Sociala sektorns kvalitet- och ledningssystem har idag ingång via kommunens intranät och bakomliggande struktur i SharePoint och Microsoft Teams. Plattformen används för lagring, organisering och delning av styrande dokument, processer och rutiner, samt innehåller länkar till avvikelserapportering, styrmodell och systematiskt kvalitetsarbete.
- Insamling av rutiner och processer från verksamheterna pågår för att bygga upp en enhetlig struktur. Stöd av AI undersöks för att underlätta sökbarhet och öka användarvänligheten. Arbetet med att samla allt på ett lättillgängligt och enhetligt sätt fortlöper.
- Arbetet fortsätter med att ta fram en övergripande struktur och beskrivning som tydliggör sektorns olika typer av dokument samt ansvarsfördelning. I arbetet ingår även att utveckla ett flödesschema för dokumenthantering. Både digitala lösningar och manuella påminnelser kopplade till årshjul och planerade uppföljningar ses över.
- Som en inledande åtgärd för att stärka medarbetarnas kunskap om mål, lagar och föreskrifter genomförde socialchef och verksamhetsutvecklare under 2025 en "APT-turné" med besök vid flera arbetsplatsträffar. Syftet var att höja kunskapen och skapa utrymme för dialog. Genom verksamhetsnära samtal har turnén även bidragit till en samlad lokal lägesbild i arbetet med omställningen till ny socialtjänstlag, inklusive en genomgång av befintliga arbetssätt och identifiering av utvecklingsområden.
- Under 2025 togs en mall för verksamhetsbeskrivningar fram för att tydliggöra verksamheternas uppdrag, arbetssätt samt hur uppföljning och förbättringsarbete genomförs. Användningen har varit begränsad då verksamheterna i stor utsträckning upplever att uppdrag och arbetssätt redan är tydliga internt. I samband med implementeringen av *Hypergene* bedöms behovet framöver kunna hanteras genom systemets funktioner.

- Arbetet med att ta fram en övergripande instruktion för kvalitets- och ledningssystemet har påbörjats. I takt med att strukturen och plattformen utvecklas och etableras kommer verksamheterna att informeras om dess innehåll samt hur systemet kan användas som ett stöd i det dagliga arbetet.
- Arbetet fortlöper med att etablera en digital basnivå i enlighet med nationella riktlinjer från SKR och Socialstyrelsen. Denna basnivå omfattar säker dokumentation, informationsöverföring, e-tjänster och välfärdsteknik, vilket bidrar till ökad kvalitet, tillgänglighet och likvärdighet.

### 3.1 Processer och rutiner

*Föreskrift SOSFS 2011:9*

#### 4 kap. Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

##### Processer och rutiner

**2 §** Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

**3 §** Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska i varje process enligt 2 §

1. identifiera de aktiviteter som ingår, och
2. bestämma aktiviteternas inbördes ordning.

**4 §** För varje aktivitet ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS vidare utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

##### Begreppsdefinition

**Processer:** serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat

#### Resultat av genomförd skattning och identifierade utvecklingsbehov

- Vid genomlysningen 2024 enligt Socialstyrelsens checklista till stöd för arbete med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete skattades området processer och rutiner som *delvis uppfyllt*.

#### Åtgärder som vidtagits

- Arbete pågår med att överföra samtliga avdelningars dokument till sektorns plattform för kvalitets- och ledningssystem.

- Ett flödesschema för dokumenthantering utvecklas. I arbetet ses både digitala lösningar och manuella påminnelser kopplade till årshjul och planerade uppföljningar över.
- Mallar för rutiner och processer ses över för att skapa ett mer enhetligt utseende.
- Dialogen inom ledningsgruppen har fortsatt kring utvecklingen av sektorns processarbete. Inför sektorplanen för 2026 har tre prioriterade processer identifierats; avvikelser, ekonomi och införande av digitala välfärdslösningar.

## 3.2 Samverkan

*Föreskrift SOSFS 2011:9*

### **4 kap. Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad**

#### **Samverkan**

##### Socialtjänst och LSS

**5 §** Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten.

Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

##### Hälso- och sjukvård

**6 §** Vårdgivaren ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

Sektorns arbete med samverkan kopplar till kommunplanens uppdrag att stärka intern och extern samverkan. Samarbete sker internt med kommunens sektorer och externt med exempelvis myndigheter, regional hälso- och sjukvård, länets samverkansstrukturer och civilsamhället. Syftet är att skapa samordnade insatser och stärka stödet till den enskilde.

### **Resultat av genomförd skattning och identifierade utvecklingsbehov**

Vid genomlysningen 2024 enligt Socialstyrelsens checklista till stöd för arbete med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete skattades delen samverkan som *uppfylld*.

- Enligt SKR:s *Skatta läget* framgår att sektorns samverkan kring omställningsarbetet inför införandet av den nya socialtjänstlagen framför allt behöver utvecklas med arbetsmarknad, skola/förskola, samhällsplanering, kultur och fritid samt civilsamhället.
- Behov av mer tillgänglig information till brukare och medborgare har även identifierats, för att tydligare beskriva sektorns verksamheter.

Nedan beskrivs urval från sektorns samverkansstrukturer som bidrar till att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten.

- **Brukarmedverkan och samverkan med anhöriga**  
Resultatet från nationella brukarundersökningar, såsom *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen* samt undersökningar inom funktionshinderområdet (daglig verksamhet LSS och gruppboende LSS), används i arbetet med att förbättra verksamheten. Även resultat från den egna brukarundersökningen inom familjeteamets verksamhet, genomförd 2025, tas tillvara i förbättringsarbetet.

Under året har ett brukarråd startats vid ett LSS-gruppboende. Arbetet är under utveckling, med målsättning att på sikt införa brukarråd i fler LSS-verksamheter. Brukarinflytandet har även stärkts inom hemtjänsten genom att enhetschefer genomfört informationsträffar och samlat in synpunkter vid Mötesplatsen 65:an.

Samverkan med anhöriga sker bland annat via anhörigräffar i verksamheterna samt anhörigkonsulent som ger anhörigstöd, anordnar anhörigräffar och samverkar med brukarorganisationer. Konsulenten finns även återkommande på Mötesplatsen 65:an.

Tidigare funktionshinderorganisationer har upphört med sin verksamhet i Leksand, vilket uppges ha påverkat samverkan inom LSS negativt.

- **Facklig samverkan**  
På lokal samverkansnivå hanteras frågor som rör den enskilda verksamheten, till exempel förändringar i arbetssätt, arbetsmiljöfrågor och andra verksamhetsnära frågor. På sektorsövergripande nivå behandlas frågor som berör hela sektorn samt frågor av mer strategisk och övergripande karaktär. I denna samverkan deltar samtliga fackliga organisationer.
- **Samverkan mellan IFO barn och unga och utbildningssektor**  
Samverkan regleras genom gemensamma rutiner som följs upp årligen enligt fastställt årshjul. Under våren 2025 har sociala sektorn, med stöd av statsbidrag, stärkt det förebyggande arbetet genom att utöka antalet fältare. Sektorn finansierar två fältare som kompletterar utbildningssektorns två befintliga tjänster, i syfte att stärka stödet till unga. Samverkan med skolan har också utvecklats inom ramen för TSI – tidiga

samordnade insatser – såsom skolsociala team samt genom SSPF (skola, socialtjänst, polis, fritid).

- **Samverkan mellan socialtjänst, skola och polis**  
En samverkan mellan socialtjänst, skola och polis sker i samband med den lokala lägesbilden från brottsförebyggande rådet (BRÅ), som sammanställs varje månad. Denna samverkan är under utveckling.
- **Samverkan mellan LSS-handläggare och IFO barn och unga**  
Förstärkt samverkan mellan LSS-handläggare och IFO barn och unga utifrån upprättad rutin för att bättre stödja barn och deras föräldrar att ta del av kommunens stöd vid behov.
- **Samverkan inom socialpsykiatri, vuxengruppen, myndighet, hemtjänst och boendestöd**  
Verksamheterna arbetar utifrån etablerade mötesstrukturer och arbetssätt för att stödja personer med samsjuklighet eller missbruk. Målet är att möjliggöra stöd i det ordinarie hemmet. Samverkan innefattar även vägledning för personal i arbetsgrupperna så att de kan erbjuda adekvat hjälp.
- **Samverkan inom IFO Vuxengrupp och andra verksamheter**  
Arbete utifrån etablerade rutiner för samverkan mellan; IFO Vuxengrupp och AME, IFO Vuxengrupp och Integration, IFO Vuxengrupp och Öppenvårdens beroendeenhet, IFO och Leksandsbostäder.
- **Samverkan inom Öppenvården**  
Öppenvården har en god samverkan med regionen i följande verksamheter; Familjecentralen, familjeteamet, öppna förskolan, barnavårdscentralen, mödravården, ungdomsmottagningen
- **Extern samverkan inom familjeteamen**  
Familjeteamen i Leksand och Rättvik samverkar för att skapa stödinsatser som möter kommunernas behov. Insatserna kan sökas direkt av familjer eller beviljas genom bistånd från socialsekreterare.
- **Samverkan korttidsenheten och legitimerad personal**  
Genom intensifierad samverkan mellan korttidsenheten och legitimerad personal har korttidsprocessen effektiviserats, vilket ledde till färre dagar på korttids samt högre kvalitet.
- **Samarbete mellan arbetsterapeut och biståndshandläggare**  
Samarbete har påbörjats mellan arbetsterapeut och biståndshandläggare vid första kundbesöket.

- **Samverkan med vuxenutbildningen**  
Gemensamma utbildningslokaler och metodrum. Med anledning av de nya språkkraven som träder i kraft 2026 har sociala sektorn påbörjat ett samarbete med vuxenutbildningen för att etablera en riktad satsning på språkombud inom äldreomsorgen. Tillsammans har en utbildning tagits fram för att stärka språkutveckling på arbetsplatserna och för att skapa strukturer för kollegialt stöd och arbetsplatsnära lärande.
- **Teamträffar mellan hemtjänsten och hemsjukvården och rehab**  
Samverkansmöten mellan hemsjukvården, rehab och hemtjänstens enhetschefer har startats upp under året. Fokus har varit på verksamhetsnära analyser av avvikelser, som fall eller läkemedelsavvikelser. Det finns stor utvecklingspotential framåt, då fokus under detta år främst har legat på införandet av det nya verksamhetssystemet för avvikelshantering.
- **Samverkan Rättviks och Gagnefs kommun**  
Under året har en ny samverkansmodell med styrgrupp och arbetsgrupper etablerats för strukturerat kommunövergripande samarbete med Rättvik och Gagnef. Fokus ligger på att identifiera områden där samverkan kan minska sårbarhet, höja kvaliteten och ge bättre resursutnyttjande.
- **Samverkan IT**  
Sociala sektorn och IT-avdelningen har under året etablerat regelbundna samverkansmöten för att diskutera digitaliseringsfrågor och säkerställa att verksamheten uppfyller kraven på digital basnivå.
- **Samverkan HR**  
Samverkan har skett med HR inom ramen för sjukfrånvaroprojektet, där orsaker till sjukfrånvaro har identifierats genom statistik och uppföljning. Åtgärder har genomförts på individ- och verksamhetsnivå, inklusive utbildning för chefer, reviderade rutiner, vägledning för sjukanmälan samt förstärkt samarbete med företagshälsovård.

### **Åtgärder som vidtagits**

- Ett arbete har inletts för att se över sektorns samverkansavtal i syfte att identifiera avtal som har löpt ut eller behöver uppdateras.
- Pågående arbete med att utveckla brukarinflytande och brukarsamverkan, samt samverkan med anhöriga inom samtliga verksamheter.
- Vid två tillfällen, under höst och vår, har enhetschefer från hemtjänsten hållit informationsträffar på Mötesplatsen 65:an. Där har de informerat om hemtjänstens verksamhet samt gett möjlighet till frågor och dialog. Hemtjänsten bjöd även in till en jullunch till självkostnadspris, där samtliga enhetschefer deltog och tog tillfället i akt att fånga upp synpunkter från kunderna. Cirka 30 hemtjänstkunder deltog.

## 4 Systematiskt förbättringsarbete

### 4.1 Riskanalyser

Föreskrift SOSFS 2011:9

#### 5 kap. Systematiskt förbättringsarbete

##### Risikanalyser

1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

För varje sådan händelse ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS

1. uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och
2. bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen

Sektorn genomför kontinuerligt riskbedömningar både på individ- och verksamhetsnivå som en del i det systematiska arbetsmiljöarbetet för att bedöma fysiska, organisatoriska och sociala arbetsförhållanden som kan innebära risker i arbetsmiljön. Riskbedömning genomförs även när det planeras för förändring i verksamheten för att bedöma om ändringen kan medföra risker för ohälsa eller olycksfall.

Ansvarig för att utföra riskanalyserna beror på situation och är exempelvis medarbetare, skyddsombud, enhetschef eller avdelningschef. Även teambaserade riskanalyser genomförs. Uppföljning av genomförda riskanalyser sker enligt överenskommelse och lyfts även på lokal samverkan.

#### Resultat av genomförd skattning och identifierade utvecklingsbehov

- Vid genomlysningen 2024 enligt Socialstyrelsens checklista till stöd för arbete med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete skattades delen riskanalys som *delvis uppfylld*.
- Det finns ett behov av att utveckla arbetet med riskanalyser så att det blir mer systematiskt. Det handlar bland annat om att tydliggöra när under året gemensamma analyser ska genomföras, samt hur resultaten ska tas om hand, omsättas i konkreta åtgärder och följas upp.

#### Åtgärder som vidtagits

- Ett sektorsövergripande arbete med riskanalyser genomfördes under våren 2025. En gemensam mall togs fram och användes som stöd i dialoger inom respektive verksamhet för att identifiera risker. Underlagen sammanställdes därefter av avdelningscheferna i en gemensam analys för hela sektorn.

Arbetet resulterade i att sex gemensamma riskområden identifierades:

- bristande digital kompetens hos omvårdnadspersonal samt flera olika system med separata inloggningar som försvårar arbetet,
- utmaningar i kompetensförsörjningen, särskilt att rekrytera personal med rätt utbildning,
- brister i dokumentation, exempelvis vid avvikelserapportering och journalföring,
- behov av att stärka evidensbaserade arbetssätt,
- hög sjukfrånvaro, vilket påverkar kontinuitet och arbetsbelastning,
- brister i det systematiska brandskyddsarbetet, bland annat gällande kunskap och rutiner.

Flera av de identifierade utvecklingsområdena har hanterats vidare inom det sektorsövergripande arbetssättet "Resurseffektiv hållbar bemanning". Flera av nedan nämnda åtgärder kopplas an till arbetssättet.

- Särskilt boende har påbörjat en handlingsplan där schemaläggning identifierats som ett prioriterat utvecklingsområde. Vissa scheman har justerats och ytterligare förändringar planeras. Parallellt har olika AI-baserade systemlösningar presenterats som underlag inför upphandlingen av ett nytt verksamhetssystem.
- Ordinärt boende har under året en genomfört en justering av schemaläggningen inom hemtjänsten, vilket resulterade i en minskning av övertidstimarna under hösten. Parallellt har även ett projekt med fokus på att minska sjukfrånvaron initierats i samverkan med HR.
- Utifrån genomförd riskanalys har ett flertal åtgärder vidtagits inom området dokumentation och informationshantering. Detta har bland annat resulterat i införandet av en ny rutin för social dokumentation. Inom särskilt boende har dokumentationsombud utsetts, och beslut har fattats om att avveckla biståndsbeslut i individuell genomförandeplan (IGP). Vidare har en enhetschef inom särskilt boende haft ett särskilt uppdrag att strukturera arbetet med IGP, vilket har mynnat ut i framtagandet av en lathund för livsområden som nu prövas i verksamheten.
- Som en del av åtgärderna har även informationsinsatser genomförts till chefer på övergripande nivå avseende avvikelshantering, samt riktade utbildningsinsatser kring Lex Sarah inom särskilt boende.
- För att stärka uppföljning och systematiskt lärande har kvalitetsmöten införts inom särskilt boende. Detta har skett mot bakgrund av identifierad underrapportering av avvikelser enligt SoL. Ett ökat organisatoriskt lärande utgör ett centralt fokus i dessa möten.

## 4.2 Egenkontroll

Föreskrift SOSFS 2011:9

### 5 kap. Systematiskt förbättringsarbete

#### Egenkontroll

2 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll.

Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

#### Allmänna råd

Egenkontroll kan innefatta

- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister enligt 7 kap. patientdatalagen (2008:355),
- jämförelser av verksamhetens resultat dels med uppgifter i öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter,
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat,
- målgruppsundersökningar,
- granskning av journaler, akter och annan dokumentation,
- undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet,
- analys av uppgifter från patientnämnder, och
- inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter.

#### Begreppsdefinition

**Egenkontroll:** systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem

Uppföljning av sociala sektorns kontrollmoment i övergripande internkontrollplan samt egenkontrollplan har genomförts enligt beslutad struktur och kontrollrapporter i maj och oktober. Rapportering till kommunens kvalitetsgrupp och därefter kommunövergripande redovisning av kommunstrateg.

Resultat samlas löpande in från nationella och lokala uppföljningar, jämförelser och mätningar. Resultat och utdata används som en del i sektorns systematiska kvalitets- och förbättringsarbete. Uppföljningar presenteras för sociala sektorns utskott löpande och i samband med rapportering enligt styrmodellen.

### Resultat av genomförd skattning och identifierade utvecklingsbehov

- Utifrån genomlysning med hjälp av Socialstyrelsens checklista till stöd för arbete med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete skattades delen egenkontroll som *delvis uppfylld*.
- Genomlysningen påvisade även behov av kunskapshöjande insats inom sektorledning samt kunskapsspridning till sektorns stöd- och kvalitetsgrupp. Även behov av sektorgemensamma mallar och

stödmaterial för att säkra en gemensam struktur för riskanalyser och egenkontroller.

- Behov av tydligare koppling och avgränsning mellan den förvaltningsövergripande internkontrollplanen och sektorns egenkontrollansvar och plan identifierades under 2024 - fortsatt arbete under 2025 med detta.
- Identifierat behov av att stärka arbetssättet i sektorn kring systematiskt förbättringsarbete utifrån genomförda riskanalyser och egenkontroller -> genomförda förbättringsåtgärder -> uppföljning av effekter.

### **Åtgärder som vidtagits**

- Fortsatt dialog i sektorns stöd- och kvalitetsgrupp utifrån internkontrollplan och egenkontroller.
- Fortsatt arbete med den framtagna strukturen för sektorn kontrollmoment:
  - *Kontrollmoment i förvaltningsövergripande internkontrollplan utifrån genomförd riskanalys.*
  - *Kontrollmoment i sektorsövergripande egenkontrollplan, utifrån genomförd riskanalys.*
  - *Kontrollmoment i avdelningarnas egenkontrollplan, utifrån genomförd riskanalys.*
  - *Kontrollmoment utifrån medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) samt medicinskt ansvarig rehabilitering (MAR) egenkontrollplan.*
  - *Förvaltningsövergripande gemensamma kontrollmoment, ex utifrån chefsårshjul. Medarbetarundersökning, KIA, SAM, SBA med flera.*
  - *Kontroller i enlighet med krav i SOSFS 2011:9 exempelvis nationella, regionala och lokala mätningar och jämförelser KPB, KKIK, ÖJ, kvalitetsregister, brukarundersökningar, synpunkter och klagomål, avvikelshantering.*
- Under våren 2025 arbetar ledningsgruppen med att uppdatera och säkerställa aktuella riskanalyser på sektors- och avdelningsnivå och därtill egenkontrollplaner.

### **Nedan följer ett urval av genomförda kontrollmoment samt redovisning av resultat**

- En genomgång av samtliga pågående ärenden inom IFO barn och unga genomfördes under 2025 för att säkerställa att barnperspektivet beaktas i alla delar av verksamheten. Detta omfattade bla barns delaktighet i samtal och i utformningen av genomförandeplaner samt att tydlig

information ges till barn på ett sätt som är anpassat efter deras ålder och behov. Genom denna systematiska uppföljning säkerställdes att barnens rättigheter och behov står i fokus i allt arbete.

- En översyn av externa placeringar inom IFO har påbörjats under året. Syftet är att identifiera behov av egna insatser och strukturer för att i större utsträckning kunna möta behov i hemkommunen. Arbetet är prioriterat då externa placeringar utgör en betydande del av verksamhetens kostnader. En sammanställning tas fram som underlag för fortsatt utvecklingsarbete.
- Kartläggningen ska även omfatta en genomgång av användningen av köpta öppenvårdsinsatser. Under 2025 uppgick kostnaderna för dessa insatser till cirka 900 000 kronor. I arbetet ska därför även analyseras hur verksamheten i större utsträckning kan utveckla eller erbjuda egna insatser.

## 4.2.1 Uppföljningar, jämförelser och mätningar

### Kommunens kvalitet i korthet (KKiK)

Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK) är ett nationellt projekt som omfattar cirka 180 kommuner, däribland Leksands kommun. Resultaten bygger på nyckeltal som tas fram utifrån olika underlag, bland annat enkäter inom ramen för Öppna jämförelser. Fokus i rapporten ligger på förändringar jämfört med föregående år samt på nyckeltal där kommunen över tid visar positiva eller negativa avvikelser, uppdelat utifrån områdena *barn och unga*, *stöd och omsorg* samt *samhälle och miljö*. Hela rapporten finns tillgänglig på Koladas webbplats under rapporter ([KKiK – Kolada](#)).

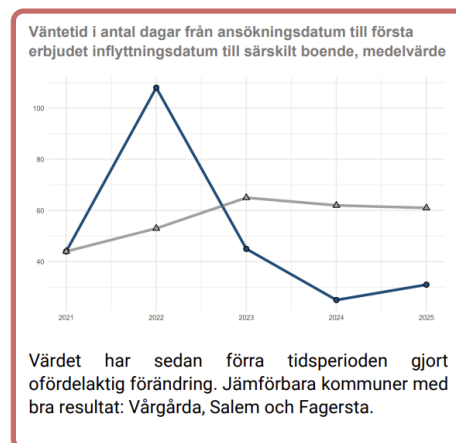
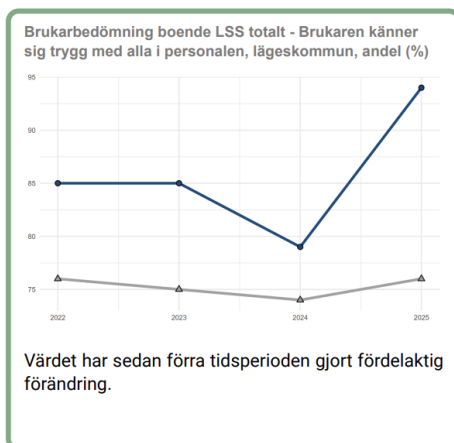
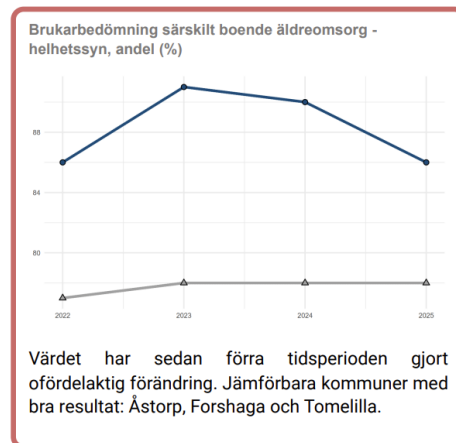
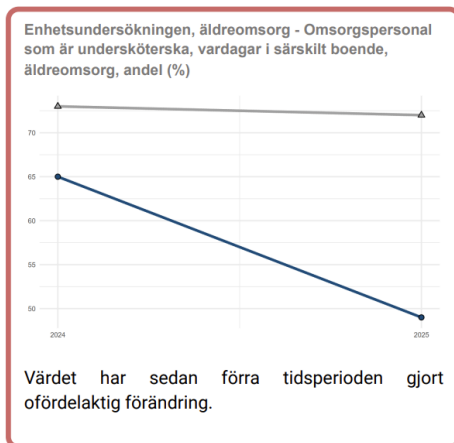
Ett urval av tio nyckeltal presenteras med fokus på förändringar jämfört med föregående år samt på indikatorer där kommunen under en längre period uppvisar positiva eller negativa avvikelser. För år 2025 har nytt underlag rapporterats in för sju av dessa tio nyckeltal, vilket framgår av tabellen nedan.

Brukarbedömningen av LSS-boenden utmärker sig som särskilt stark, där 94 procent av brukarna känner sig trygga med personalen.

Enligt Kolada är den mest framträdande negativa förändringen andelen omsorgspersonal som är undersköterskor i särskilt boende har minskat med 16 procentenheter till 49 procent. Resultatet bör dock tolkas med viss försiktighet, då underlaget samlats in under en begränsad tidsperiod (ett par veckor i mars 2025), vilket kan påverka tillförlitligheten. Minskningen hänger även samman med personalomsättning samt svårigheter att rekrytera undersköterskor. För att möta kompetensbehovet arbetar verksamheten aktivt med kompetensutveckling genom *Åldreomsorgslyftet*.

Nyckeltal	År	Värde	Förändring
Brukarbedömning boende LSS totalt - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, lägeskommun, andel (%)	2025	94	+15
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Verksamheten är viktig för brukaren, lägeskommun, andel (%)	2025	82	+5
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	2025	31	+6
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	2025	86	-5
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	2025	84	0
Enhetsundersökningen, äldreomsorg - Platser i särskilt boende/sjuksköterska, äldreomsorg, vardagar, antal	2025	17,0	+3,6
Enhetsundersökningen, äldreomsorg - Omsorgspersonal som är undersköterska, vardagar i särskilt boende, äldreomsorg, andel (%)	2025	49	-16

▲ Alla kommuner (ovägt medel) ● Leksand



## Öppna jämförelser

Öppna jämförelser innehåller indikatorer och nyckeltal på lokal, regional och nationell nivå. De gör det möjligt att jämföra hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens kvalitet i hela Sverige. Jämförelserna ger insyn och kan användas för att analysera, följa upp och utveckla hälso- och sjukvårdens och

socialtjänstens verksamheter på olika nivåer. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvård baseras på årlig enkät som skickas till Sveriges kommuner samt på registerdata.

Öppna jämförelser finns för nio områden inom socialtjänsten; hemlöshet, ekonomiskt bistånd, stöd till personer med skadligt bruk och beroende, funktionsnedsättning LSS, psykisk funktionsnedsättning/socialpsykiatri, våld i nära relationer, sociala barn- och ungdomsvården, stöd och service till personer med funktionsnedsättning/LSS, äldreomsorg och krisberedskap. Även kommunal hälso- och sjukvård omfattas av datainsamlingen.

Som en del i öppna jämförelser ombeds också kommunen att svara på *enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård* där hemtjänstverksamheter och särskilda boenden svarar på frågor om sin verksamhet inom vård och omsorg om äldre samt *enhetsundersökningen LSS* där verksamheter som utför insatserna "bostad med särskild service för vuxna" (gruppboende) samt "daglig verksamhet enligt LSS" svarar på frågor om sin verksamhet.

Datainsamlingen genomfördes digitalt via webbenkäter mellan januari och april 2025. Leksands kommuns resultat för 2025 finns att läsa på Socialstyrelsens webbsida, [Öppna jämförelser av socialtjänst - Socialstyrelsen](#)

## Hemtjänstindex

Hemtjänstindex skapar ett samlat mått på hemtjänstens kvalitet för Sveriges alla 290 kommuner. Hemtjänstindex är en total summering av flera olika uppgifter och undersökningar; brukarundersökningen, enhetsundersökningen, kommunenkät äldreomsorg, respektive kommuns webbsida, kommunenkät e-hälsa, Senior alert och Kolada. Indexet väger samman 18 kvalitetsområden och 72 nyckeltal. Hemtjänstindex 2025 publicerades i december.

Leksands kommuns hemtjänst placerar sig på plats 15 av totalt 290 kommuner i Hemtjänstindex 2025. Det innebär att Leksand för andra året i rad står som länets bästa kommun inom hemtjänsten. Dessutom klättrar kommunen 7 placeringar jämfört med förra årets index.

### Hemtjänstindex 2025, genomsnitt: 68,9

Placering	Placering	Placering	Placering	Hemtjänstindex	Resultat	Index
2022	2023	2024	2025			förändring
232	70	22	15	79	Högt	+3,9

Hela resultatet finns att läsa på hemtjänstindex webbsida, [Hemtjänstindex](#). En handlingsplan för åtgärder tas fram utifrån resultat. Resultat och handlingsplan presenteras för socialutskottet. Resultatet presenteras utifrån fyra delindex, tabell nedan.

DELINDEX	2022	2023	2024	2025
INFORMATION	20 delindex, plats 250/290 kommuner	62,8 delindex, plats 189/290 kommuner	90,0 delindex, plats 17/290 kommuner	90,6 delindex, plats 39/290 kommuner
BISTÅNDS- HANDLÄGGNING	37,8 delindex, plats 177/290 kommuner	70,6 delindex, plats 5/290 kommuner	59 delindex, plats 39/290 kommuner	60 delindex, plats 23/290 kommuner
UTFÖRARDELEN	53,4 delindex, plats 247/290 kommuner	81,8 delindex, plats 133/290 kommuner	75,7 delindex, plats 204/290 kommuner	83,1 delindex, plats 192/290 kommuner
KOMMUNENS STÖD- OCH UTVECKLINGSARBETE	68,3 delindex, plats 116/290 kommuner	63,4 delindex, plats 107/290 kommuner	73,8 delindex, plats 51/290 kommuner	77,9 delindex, plats 33/290 kommuner

## Kvalitetsregister

Sociala sektorn registrerar kvalitetsindikatorer i följande nationella kvalitetsregister:

- *SveDem* - ett nationellt kvalitetsregister för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar. Förbättrad kvalitet på demensvården genom att samla in data och följa patienter.
- *Senior alert* – ett nationellt kvalitetsregister och verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, utveckla undernäring och ohälsa i munnen eller har problem med blåsdysfunktion. Med hjälp av Senior alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus.
- *BPSD* - 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.
- *Svenska palliativregistret* - ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patienten och deras närstående.

## **Kostnad per brukare (KPB)**

Kostnad per brukare är en metod för hur man kopplar ihop olika insatser med kostnader och de individer som har fått del av insatsen. KPB-analys genomförs årligen inom sektorn och presenteras för utskottet samt i skriftlig rapport under våren för föregående år. Analysen fångar upp verksamhetens insatser och ger svar på frågan; *vem får vad och till vilken kostnad?* Metoden identifierar utvecklingsområden, ger tydlig bild av prioriterade åtgärder och möjliggör jämförelse inom organisationen och mellan kommuner. Metoden underlättar för kommunala verksamheter att bedrivas med god kvalitet och ett effektivt resursutnyttjande. Resultatet från KPB samt förslag till åtgärder presenteras och analyseras dels ute i verksamheterna, dels i tertiärrapporter enligt styrmodellen.

## **Uppföljningar enligt årshjul för arbetsmiljö**

Uppföljning av arbetsmiljön genomförs regelbundet utifrån årshjulet. Chef ansvarar över att uppgifter gällande arbetsmiljö blir genomförda kontinuerligt under året, med undantag för vissa av uppgifterna som HR-avdelningen genomför. I uppföljning av arbetsmiljö ingår bland annat uppföljning och utvärdering av systematiskt arbetsmiljöarbetet (SAM), skyddsronder, undersökning av organisatorisk och social arbetsmiljö (OSA), systematiskt brandskyddsarbete (SBA). Uppföljning och resultat redovisas och hanteras på såväl enhets-, avdelnings-, sektors- samt kommunövergripande nivå. HR sammanställer underlag för genomgång och redovisning på kommunledning och på central samverkan samt kommunstyrelse.

Uppföljningarna dokumenteras och rapporteras digitalt i kommunens webbaserade processverktyg B-engaged. Uppföljningar av arbetsmiljö sker även i indikatorerna "hållbart medarbetarskapsindex (HME)" och "arbetsmiljöindex". I den årliga uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM), som genomförs i samverkan mellan chef, medarbetare och skyddsombud, tas uppgifter och statistik inom arbetsmiljöområdet som sjukfrånvaro, inrapporterade tillbud och olyckor samt resultat från medarbetarundersökning med.

### *Medarbetarundersökning*

Medarbetarundersökningen genomförs årligen, och resultaten presenteras under våren. Varje enhet redovisar resultaten vid arbetsplatsträffar (APT), och utifrån dessa genomförs riskanalyser och upprättas handlingsplaner där behov identifieras. Resultaten från undersökningen används även som underlag för att definiera fokusområden i avdelningarnas planering och utvecklingsarbete.

*Systematiskt brandskyddsarbete (SBA)* innebär att man på ett organiserat och strukturerat sätt planerar, utbildar, dokumenterar, kontrollerar och följer upp brandskyddsarbetet i en organisation. Dokumentation och uppföljning sker i SBA-systemet Prevision (Presto). Utifrån tillsyn inom daglig verksamhet och gruppbofästigheter har nya brandrutiner tagits fram. Pågående översyn för att säkerställa att samtliga arbetsgrupper genomfört den teoretiska samt den praktiska brandskyddsutbildningen och genomföra den praktiska.

## 4.2.2 Externa kontroller

Externa kontroller såsom lagefterlevnadskontroller, myndighetstillsyner, granskningar och revisioner genomförs löpande inom sektorn.

### Revisioner

Leksands kommuns revisorer är valda av kommunfullmäktige. De är ett av fullmäktiges instrument för att kontrollera att kommunens verksamhet inriktas och bedrivs på ett för medborgarna ändamålsenligt sätt. Revisionen granskar kommunstyrelsens och övriga utskotts och nämnders verksamhet och ekonomiska redovisningar. Varje år granskar revisorerna kommunens årsredovisning. Dessutom fastställer revisionen en plan över vad som ska granskas under året. Resultatet av de granskningar som genomförts av kommunens revisorer presenteras i revisionsrapporter som publiceras på kommunens webbsida. En revisionsrapport finns för 2025; *Granskning av motioner och medborgarnas förslagslåda*.

### Inspektionen för vård och omsorg (IVO) – ej verkställda beslut

Socialnämnden eller motsvarande i en kommun har en skyldighet att rapportera till IVO om en beviljad insats om vård eller omsorg till en individ inte har verkställts inom tre månader. Rapportering av ej verkställda beslut SoL och LSS sker enligt fastställd rutin i sektorn. Det finns utsedda rapportörer från varje verkställighet; ordinärt boende, särskilt boende, individ- och familjeomsorgen samt lagen om särskild service LSS. Rapportering görs till inspektionen för vård och omsorg (IVO), kommunfullmäktige (via individnämnden) och kommunens revisorer. All rapportering sker kvartalsvis.

Under 2025 har totalt 10 beslut rapporterats som icke verkställda, samtliga inom LSS.

## 4.2.3 Brukarundersökningar

Sociala sektorn genomför årligen flera nationella brukarundersökningar. Syftet med undersökningarna är att bidra till kunskap och verksamhetsutveckling för att främja god kvalitet. Resultaten används för att följa upp, analysera och utveckla verksamheterna på såväl övergripande samt enhetsnivå. Respektive avdelning följer upp, analyserar och utvecklar aktiviteter utifrån resultaten.

### Nationella brukarundersökningar

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

Brukarenkäten *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen* är en del av Öppna jämförelser och skickas till personer som är 65 år eller äldre och som har hemtjänst eller bor i ett särskilt boende för äldre.

Sammantaget visar 2025 års undersökning att Leksands kommun likt förra året fortsätter ranka högt inom både särskilt boende och hemtjänsten. Avseende helhetssyn och nöjdhet ligger Leksands kommun, särskilt boende, på 86 %, vilket är högre än riket på 79 %. Det placerar kommunen på en tredje plats bland alla kommuner i Dalarnas län. Inom hemtjänsten ligger snittet på 84 %, vilket är samma som förra året men lägre än riket som ligger på 85 %.

Resultaten visar på fortsatt hög kvalitet inom äldreomsorgen i Leksands kommun, särskilt inom särskilt boende där kommunen placerar sig väl både

regionalt och nationellt. Inom hemtjänsten är det ökade förtroendet för hemtjänstpersonalen särskilt positivt. Samtidigt finns utvecklingsområden, främst gällande trivsel i boendet och möjligheten till kontakt med hemtjänstpersonal.

Leksands kommuns resultat i sin helhet för 2025 finns att läsa på Socialstyrelsens webbsida, [Öppna jämförelser av socialtjänst - Socialstyrelsen](#)

### Brukarundersökning inom funktionshinderområdet; daglig verksamhet LSS och gruppbostad LSS

Nationellt deltar sektorn även via SKR:s brukarundersökningar, se nedan. Resultaten finns att hitta i Kolada.

LSS - Gruppbostad

Nyckeltal	2022	2023	2024	2025
<b>Svarsfrekvens och antal svar</b>				
Brukarbedömning gruppbostad LSS, lägeskommun, svarsfrekvens (%)	100.0	76.5	88.0	100.0
Brukarbedömning gruppbostad LSS, lägeskommun, antal svar	13	13	14	16
<b>Resultat</b>				
Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, lägeskommun, andel (%)	92	85	100	75
Brukarbedömning gruppbostad LSS - Personalen bryr sig om brukaren, lägeskommun, andel (%)	85	85	85	94
Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, lägeskommun, andel (%)	77	85	86	94
Brukarbedömning gruppbostad LSS - Personalen pratar så brukaren förstår, lägeskommun, andel (%)	77	85	79	81
Brukarbedömning gruppbostad LSS - All personal förstår brukaren, lägeskommun, andel (%)	69	69	77	69
Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, lägeskommun, andel (%)	85	85	79	94
Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren är aldrig rädd för något hemma, lägeskommun, andel (%)	75	69	57	56
Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren trivs alltid hemma, lägeskommun, andel (%)	85	100	93	94
Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt hemma, lägeskommun, andel (%)	54	77	100	93

LSS - Daglig verksamhet

Nyckeltal	2022	2023	2024	2025
<b>Svarsfrekvens och antal svar</b>				
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS, lägeskommun, svarsfrekvens (%)	100.0	48.9	52.0	69.0
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS, lägeskommun, antal svar	28	23	26	33
<b>Resultat</b>				
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, lägeskommun, andel (%)	68	91	65	58
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, lägeskommun, andel (%)	82	83	85	82
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Personalen pratar så brukaren förstår, lägeskommun, andel (%)	86	91	85	61
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - All personal förstår brukaren, lägeskommun, andel (%)	79	74	81	67
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Personalen bryr sig om brukaren, lägeskommun, andel (%)	85	87	85	82
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, lägeskommun, andel (%)	93	91	73	67
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren är aldrig rädd för något på sin dagliga verksamhet, lägeskommun, andel (%)	82	78	73	67
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet, lägeskommun, andel (%)	86	87	73	79
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Verksamheten är viktig för brukaren, lägeskommun, andel (%)	89	74	77	82
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt, lägeskommun, andel (%)	93	91	96	88
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Personalen pratar med brukaren om att kunna få ett arbete med lön, lägeskommun, andel (%)				58

## Egna brukarundersökningar

Under tidigare år har sektorn genomfört ett antal egna brukarundersökningar. Inför 2025 beslutades dock att pausa dessa då de nationella undersökningarna bedöms ge ett tillräckligt underlag samt att sektorn inte har haft tillräcklig kapacitet att ta hand om och omsätta resultaten från ytterligare undersökningar.

Sektorn har påbörjat ett arbete med att etablera en systematisk uppföljning av insatser utifrån individens behov, med fokus på att mäta effekten av stödet med hjälp av Individbaserad systematisk uppföljning (ISU). Medarbetare har utbildats i ISU och dess tillämpning.

Med stöd av ISU genomfördes 2025 en brukarundersökning inom familjeteamets verksamhet, med utgångspunkt i de insatser som erbjuds där. Resultatet presenteras under 2026. Planen är att successivt utöka användningen av ISU i övriga verksamheter för att stärka en systematisk uppföljning.

## 4.3 Utredning av avvikelser

*Föreskrift SOSFS 2011:9*

### 5 kap. Systematiskt förbättringsarbete

#### Klagomål och synpunkter

**3 §** Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS samt vårdgivare ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från

1. vård- och omsorgstagare och deras närstående,
2. personal,
3. vårdgivare,
4. andra som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS,
5. myndigheter, och
6. föreningar, andra organisationer och intressenter.

#### Rapporteringskyldighet

**4 §** Bestämmelser om rapporteringskyldighet

1. för hälso- och sjukvårdspersonal finns i 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659),
2. för den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller vid Statens institutionsstyrelse finns i 14 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453), och 3. för den som fullgör uppgifter i verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade finns i 24 b § LSS.

**5 §** Bestämmelser om skyldighet

1. för vårdgivaren att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada finns i 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659),
2. för den som bedriver socialtjänst att utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en

påtaglig risk för ett missförhållande finns i 14 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453), och 3. för den som bedriver verksamhet enligt LSS att utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande finns i 24 e § LSS.

#### **Sammanställning och analys**

**6 §** Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

#### **Förbättrande åtgärder i verksamheten**

**7 §** På grundval av resultaten av de aktiviteter som anges i 1–6 §§ ska de åtgärder vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

#### **Förbättring av processerna och rutinerna**

**8 §** Om resultaten av de aktiviteter som anges i 1-6 §§ visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska processerna och rutinerna förbättras.

Klagomål och synpunkter med skriftliga svar och åtgärdsredovisning redovisas per kvartal i utskottet samt på externa webben. Klagomål och synpunkter sammanställs även till en årssammanställning sektorsvis till verksamhetsutvecklare för att möjliggöra lärande och övergripande analys. Förbättrande åtgärder utifrån inkomna klagomål och synpunkter genomförs löpande i verksamheterna.

Interna avvikelser inom verksamheterna rapporteras utifrån avvikelse vårdskada (utifrån åtta avvikelsetyper) samt annan avvikelse SoL (utifrån tolv avvikelsetyper) eller missförhållande/risk för missförhållande. Anmälan utifrån Lex Sarah och Lex Maria sker enligt fastställd rutin.



Illustration som visar olika nivåer av klagomål och synpunkter – från positiva synpunkter på verksamheten till allvarliga missförhållanden eller risk för missförhållanden som rapporteras till IVO.

Externa avvikelser hanteras av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som mottar och skickar avvikelser som berör andra verksamheter, exempelvis vårdcentral, apotek eller region Dalarna. Det regiongemensamma systemet Synergi används då. Alla avvikelser sammanställs av MAS per tertiäl och delges verksamheten, ledningsgruppen och redovisas i utskottet. I verksamhetssystemet, Lifecare avvikelser, kan statistik tas ut på avvikelser.

När förbättringsåtgärder identifieras av medarbetare, chef eller arbetsledare diskuteras dessa i grupp, och nödvändiga förändringar av rutiner eller arbetssätt genomförs för att säkra en god och säker vård och omsorg med kvalitet i verksamheterna.

### Resultat av genomförd skattning och identifierade utvecklingsbehov

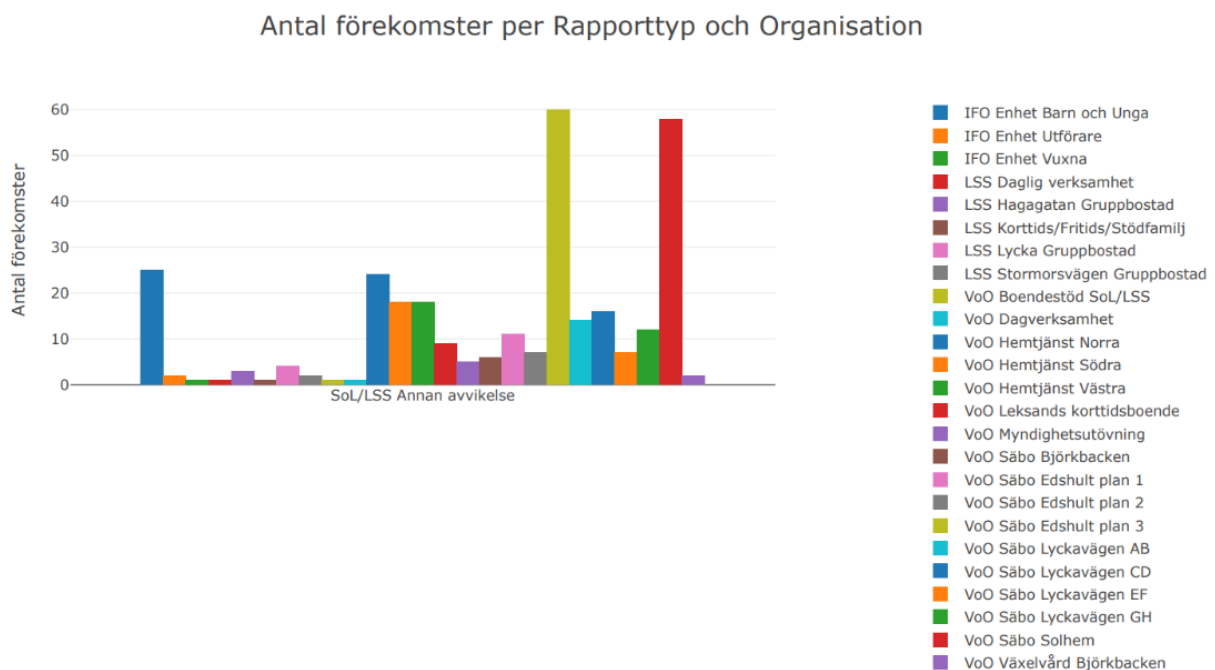
- Utifrån genomlysning med hjälp av checklista till stöd för arbete med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete skattades delen klagomål och synpunkter samt rapporteringsskyldighet som uppfylld, delen förbättrande åtgärder som *delvis uppfylld*.
- Rutinen för hantering av synpunkter och klagomål bedöms välkänd såväl internt som externt. Klagomål och synpunkter lämnas via kommunens externa hemsida "Tyck till". Synpunkten skickas till ansvarig chef som kontaktar uppgiftslämnaren om så önskas. Det går även att lämna anonyma synpunkter. Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter analyseras, utreds, dokumenteras, åtgärdas och sammanställs av respektive berörd chef.
- Rapporteringsskyldigheten är känd i verksamheterna och medarbetarna bedöms ha grundläggande kunskap kring att rapportera avvikelser till berörda enligt rutin.
- Samtliga verksamheter har etablerade rutiner för att teambaserat diskutera avvikelser vid APT och verksamhetsmöten. Teambaserade, händelsenära analyser genomförs för att identifiera orsaker och åtgärda avvikelser på ett systematiskt sätt.
- Identifierat behov av att i ökad utsträckning sammanställa och analysera ärenden på aggregerad nivå, i syfte att främja ett gemensamt lärande mellan verksamheterna.

### Åtgärder som vidtagits

- Fortsatt arbete med det nya digitala verktyget Lifecare avvikelse. Under året har en övergång skett från olika manuella avvikelserapporteringar till en gemensam digital lösning. Ett viktigt förbättringsarbete för verksamheterna som möjliggör ett gemensamt strukturerat, effektivt, säkert och kvalitetssäkrat arbetssätt.

- Verksamheter inom IFO och LSS saknar fortfarande avvikelsemodulen i LifeCare. Implementeringen av detta planeras till början av 2026.
- I samband med införandet av det digitala avvikelssystemet har det funnits vissa utmaningar kopplade till den nya rutinen samt tydligheten kring roller och ansvar. Med anledning av detta har därför utbildningstillfällen och kontinuerlig handledning genomförts, och rutinerna har reviderats. Återkommande träffar för frågor kring avvikelshantering har etablerats och arrangeras av MAS och MAR. Samtliga avvikelser hanteras nu genom händelsenära analyser där avvikelser följs upp i team på veckobasis.
- Arbetet med en uppdaterad kommunövergripande rutin för hantering och rapportering av klagomål och synpunkter påbörjades under 2025. Den nya rutinen inkluderar en e-tjänstfunktion och planeras att implementeras under 2026, vilket förväntas förbättra tillgängligheten och effektiviteten i hanteringen av inkommande synpunkter.

### Nedan följer redovisning för avvikelser enligt SoL/LSS



#### Antal avvikelser enligt SoL/LSS per enhet 2025.

Totalt rapporterades 308 antal avvikelser enligt SoL/LSS under 2025, 6 av dessa avvikelser utreddes enligt Lex Sarah, och 4 av dessa rapporterades vidare till IVO.

Avvikelserna som utreddes enligt Lex Sarah inkom från enheterna Hemtjänst Södra (1), Hemtjänst Västra (1), Säbo Edshult 1 (1), Säbo Edshult 2 (1), Säbo Edshult 3 (1) samt Säbo Solhem (1).

## 5 Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

*Föreskrift SOSFS 2011:9*

### **6 kap. Personalens medverkan i kvalitetsarbetet**

**1 §** Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

**2 §** Enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

**3 §** Av 14 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453) och 24 a § LSS framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

Personalens medverkan är av stor vikt i sektorns systematiska kvalitetsarbete. Månatliga chefsträffar för sociala sektorns chefer och chefsstöd genomförs där ledningsgruppen rapporterar kring sektorsövergripande arbete, resan mot en hållbar omställning och rapporter från respektive avdelning och stödfunktioner. Träffen syftar till att skapa medverkan i verksamheternas kvalitetsarbete, dela kunskap, skapa delaktighet och stärka tillit.

Personalen är delaktiga i arbetet kring hur verksamheten kan förbättras genom att komma med förslag och idéer samt problematisera kring det som behöver förbättras. Arbetsgrupper tillsätts, planeringsdagar och verksamhetsmöten/APT genomförs med fokus på delaktighet.

### **Resultat av genomförd skattning och identifierade utvecklingsbehov**

- Utifrån checklista till stöd för arbete med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete identifierades delen personalens medverkan som *delvis uppfylld*.

### **Åtgärder som vidtagits**

- Införande av kvalitetsroller; kvalitetsledare, måltidssamordnare, dokumentationsombud samt aktivitetssamordnare inom särskilda boenden som stärkt kvalitetsarbetet. Kvalitetsrollerna stärker det verksamhetsnära arbetet med kvalitet, är möjliggörare för att stärka personalens medverkan i kvalitetsarbetet samt att medarbetarna får handledning i olika frågor nära kopplat till där de uppstår.
- Stärkt arbete utifrån språkkrav genom att utbilda språkombud och enhetschefer, fortsatta utbildningsinsatser under 2026 planeras. Arbetet

omfattar även utveckling av former för att bedöma och följa upp språkkompetens - i linje med kommande språkkrav.

- Under året har personalens kompetens stärkts genom flera utbildningsinsatser. Personal inom korttidsverksamhet, hemtjänst, daglig verksamhet, socialpsykiatri och särskilt boende Edshult har fått utbildning i psykisk hälsa av legitimerad personal och MHFA-instruktörer. Hemtjänsten och dagverksamheten är nu helt stjärnmärkta enligt Svenskt Demenscentrums utbildningsmodell, och enhetschefer samt sjuksköterskor har deltagit i inspirationsdagen "Stjärnmärkt". Parallellt pågår kompetensutveckling inom *Åldreomsorgslyftet*, undersköterskeutbildning, vidareutbildning till demenssjuksköterska samt ledarskapsutbildningar.
- Under året har särskilt boende arbetat med digitalisering och kompetensutveckling genom visning av planeringssystem för insatser samt införande av digital introduktion via Visibel Care. All nyanställd personal genomför utbildning och kunskapsprov inom ramen för introduktionen, vilket avslutas med ett kunskapsbaserat diplom. Insatsen syftar till att stärka personalens kompetens och bidra till en mer enhetlig och kvalitetssäkrad introduktion.

## 6 Övrigt kvalitetsarbete

- Pågående arbete med att stärka det övergripande systematiskt kvalitetsarbete i sektorns samtliga verksamheter med fokus på resurseffektiva och värdeskapande arbetssätt utifrån ny socialtjänstlag samt Nära vård.
- Under 2025 anställdes en socialt ansvarig samordnare (SAS) för att stödja kvalitetsarbete. Rollen ska bland annat säkerställa uppföljning och utveckling i enlighet med SoL och LSS och börjar sin tjänst i februari 2026.
- Under 2025 har även en MAR anställts i ledningsgruppen. MAR arbetar främst mot hälso- och sjukvården, men samarbetar nära med både SAS och MAS, vilket innebär att rollen även påverkar och stärker kvalitetsarbetet inom det sociala området.
- Under året har arbetet med digitala lösningar i ordinärt boende fortsatt. Ett breddinförande av digitala inköp har genomförts, och processen är nu helt digitaliserad. Verksamheten har även utökat fjärrtillsynen, som nu omfattar fler än tio personer. Tillsynskamera har i vissa fall installerats hos kund för tillsyn dagtid. Därutöver är cirka 20 läkemedelsrobotar placerade ute i verksamheten.
- Inom ordinärt boende har arbetet med att införa fast omsorgskontakt inom hemtjänsten intensifierats. Alla kunder har nu en känd fast omsorgskontakt, och antalet individuella genomförandepaner (IGP) har ökat. Nästa steg är att mäta kundernas delaktighet.

- Sociala sektorn arbetar aktivt med digitalisering och välfärdsteknik för att öka kvalitet, tillgänglighet och resurseffektivitet. Digitala arbetssätt, som videosamtal inom boendestöd och digital dokumentation inom socialtjänsten, har identifierats som viktiga för att frigöra tid till kärnuppgifter, och arbetet fortsätter successivt.
- Arbetet med att stärka trygghet, kvalitet och individfokus för äldre och personer med funktionsnedsättning har utvecklats positivt under perioden. Genom framtagandet av *äldreomsorgsplanen* och det påbörjade arbetet med *LSS-planen* har en tydlig gemensam riktning för utvecklingen etablerats.

## 7 Mål och strategier, framtida utvecklingsområden

### Mål och strategier

Sociala sektorn arbetar utifrån politiskt satta strategier, mål, uppdrag och aktiviteter i enlighet med styrmodellen för 2025. För innehåll och beskrivning av dessa hänvisas till respektive plan enligt styrmodell, ekonomi, mål- och resultatstyrning och årlig uppföljning.

### Framtida utvecklingsområden

Här beskrivs framtida utvecklingsområden som är planerade eller har identifierats som förbättringsområden i kvalitetsberättelsen.

- Utvecklingspotential för sektorn är stärkt lärande och analys utifrån resultat och mätningar som genomförts samt vilka förbättringsåtgärder som genomförs utifrån resultaten och vilka effekter dessa åtgärder fått. *Hur vet vi att en förändring blir en förbättring?* Detta är något kommer med i omställningsarbetet till ny socialtjänst då nya kunskapsbaserade arbetssätt och att avimplementera ej fungerande arbetssätt är en prioriterad del i omställningen.
- Brukar- och anhörigmedverkan är ett fortsatt prioriterat utvecklingsområde, kopplat till omställningen till ny socialtjänstlag och Nära vård. Nya arbetssätt för att öka medverkan och delaktighet behöver utvecklas. Granskningar visar att delaktigheten vid framtagande av individuella genomförandeplaner behöver utvecklas inom flera verksamheter, särskilt inom särskilt boende och ordinärt boende, liksom dokumentationen.
- Fortsatt dialog i ledningsgruppen kring utveckling av sektorns processarbete. Innebär bland annat översyn av befintliga processer, genomgång av vedertagna processmodeller i vård- och omsorgsverksamhet utifrån nationell informationsstruktur, prioritera vilka av sektorns huvud, del- och stödprocesser som behöver kartläggas.

Genom ett processororienterat synsätt fokusera på individens behov och säkerställa värdeskapande, resurseffektiva arbetssätt. Ytterligare effekter; tydliggöra överenskomna arbetssätt, möjliggöra samverkan och samordning mellan processerna, tydliggöra ansvar och roller i form av processägare, processledare, processanvändare, processtöd. Koppla

aktuell omvärldsbevakning till respektive process, tydliggöra förväntningar genom intressent- och kravanalyser.