

Kvalitetsrapport 2025

Verksamhetsområde

Omsorg SoL och LSS

Dokumenttyp	Dokumentägare	Beslutsinstans	Giltig till
Rapport	Omsorg	Kommunstyrelsen	
Upprättad av	Fastställd/upprättad	Reviderad av	Senast reviderad
Jenny Söderström Strateg Omsorg	2026-03-17		
Dokumentet gäller för			Diarienummer
Omsorg, SoL och LSS			KS-25/01313



Inledning	3
Kvalitetsledningssystem	3
Kvalitetsledningsgrupp	4
Klagomålshantering	4
Inkomna klagomål 2025	4
Vidtagna åtgärder och fortsatt arbete	5
SoL/LSS-avvikelser och Lex Sarah	5
Inrapporteringen.....	6
Åtgärder	7
Analys av avvikelser	7
Egenkontroller	8
Omsorgens årshjul för systematiskt kvalitetsarbete och egenkontroller (inkl. HSL)	8
Handläggning inom biståndsbedömning	9
Måluppfyllelse	9
Loggkontroller	9
Översikt av oroanmälningar, utredningar och placeringar	9
Dokumentation och genomförandeplaner	10
Utvärdering av sommaren 2025.....	13
Undersökningar och jämförelser	14
Öppna jämförelser	14
Resultat brukarundersökning hemtjänst.....	15
Resultat brukarundersökning särskilt boende	15
Resultat brukarundersökning gruppboende	15
Resultat brukarundersökning daglig verksamhet.....	15
Ekonomisk uppföljning, tertialrapporter och årsbokslut	15
Kommunernas kvalitet i korthet – KKIK.....	16
Resultat	16
Analys	16

Inledning

Kommunens vision är *Världens bästa vardag*, och grunden i arbetet för världens bästa vardag är dialog, samverkan, medskapande och långsiktighet. Visionen är framtagen tillsammans med medborgarna. Till visionen finns sex gemensamma fokusområden att samlas kring för att nå visionen:

Människan i fokus

Hög service och gott värdskap

Attrahera, rekrytera och behålla arbetskraft

Vår miljö

En trygg bygd

En rik och attraktiv fritid

Norsjö kommun har ett antal mål kopplade till dessa fokusområden, vissa verksamhetsspecifika och vissa generella för hela organisationen. I denna kvalitetsrapport blir fokus på de mer verksamhetsspecifika målen och det är en del i arbetet med att mäta vilken kvalitet verksamheten har och att identifiera förbättringsområden.

Kvalitetsrapporten ger en bild av hur verksamhetsområde omsorg arbetat med det systematiska kvalitetsarbetet under 2025.

Kvalitetsledningssystem

Verksamheter som bedrivs i enlighet med socialtjänstlagen (SFS 2025:400, SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387, LSS) ska vara av god kvalitet och kvaliteten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Detta framgår av 5 kap. 1–2 §§ i den nya socialtjänstlagen.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9), inklusive senare ändringar, såsom HSLF-FS 2025:21, framgår att den som bedriver verksamhet enligt socialtjänstlagen eller LSS ska ha ett ledningssystem som säkerställer kvaliteten i verksamhetens alla delar.

Ledningssystemet ska omfatta de processer och rutiner som behövs för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det ska användas för att säkerställa att insatser utförs i enlighet med gällande lagstiftning, föreskrifter och beslut samt att verksamheten bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Att arbeta med kvalitetsledningssystem innebär att säkra de rutiner och processer som verksamheten ska jobba efter, genomföra riskanalyser och egenkontroller samt utreda inkomna klagomål och avvikelser.

Norsjö kommun har byggt upp ledningssystemet på kommunens intranät för att det ska vara tillgängligt och känt hos alla medarbetare inom omsorgen. Hela ledningssystemet reviderades i samband med detta under 2021. I ledningssystemet finns ansvar och roller, årshjul för systematisk uppföljning, verktygslåda med till exempel mallar för egenkontroller, riktlinjer, rutiner och manualer, länkar till stödsystem och verksamhetssystem, system för avvikelshantering, uppföljning av mål samt resultat av egenkontroller, uppföljningar samt undersökningar och jämförelser.

Kvalitetsledningsgrupp

Omsorgen har en kvalitetsledningsgrupp bestående av verksamhetschef omsorg, medicinskt ansvarig sjuksköterska, (MAS, HSL), strateg omsorg (SoL/LSS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR, HSL) samt kvalitetssäkringssamordnare (KSS).

Kvalitetsledningsgruppens uppdrag är att fungera som ett kontrollorgan för det systematiska kvalitetsarbetet och däribland en verksamhetsövergripande sammanställning, kontroll och uppföljning av avvikelser, klagomål och synpunkter. Kvalitetsledningsgruppen bistår MAS och verksamhetschef i bedömning av allvarlighetsgrad, det vill säga vilka avvikelser som kan bedömas som risk för missförhållande eller missförhållande enligt Lex Sarah och risk för vårdskada eller vårdskada enligt Lex Maria.

Klagomålshantering

Av Socialstyrelsens handbok för Lex Sarah framgår att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från bland annat vård- och omsorgstagare och deras närstående samt från personalen (SOSFS 2011:5, uppdaterad 2025-07-01). Klagomål och synpunkter inkommer till kommunen på olika sätt, de kan inkomma skriftligt per post, mejl eller via webben, muntligt via telefon eller i samband med ett möte.

De klagomål som redovisas i denna rapport är de som på ett eller annat sätt lämnats in till kommunens diaries.

Inkomna klagomål 2025

I Public 360 finns totalt 14 klagomål och synpunkter registrerade. Av dessa rör sju avdelning Hallon, sex rör avdelning Krusbär, ett rör Individ och familjeomsorgen.

Under 2025 registrerades 65 inkomna synpunkter och klagomål SoL och LSS i Lifecare.

	2021	2022	2023	2024	2025
Public 360	5	3	4	1	14
LifeCare avvikelser	1	8	16	29	65

	År	2025
	Rapporttyp	
Organisation		Klagomål och synpunkter
Hemsjukvård		1
Hemtjänst Rosa		1
IFO-chef		3
Medicinska enheten		1
Solbacka Blåbär		1
Solbacka Hallon		17
Solbacka Krusbär		11
Solbacka Lingon		25
Solbacka Vinbär		2
Synpunkter SÄBO ej specifik avdelning		1
Vinkelbo Kortbo		2
Antal		65

Antalet klagomål har ökat markant jämfört med året innan och detta gäller främst särskilt boende, Solbacka. Ökningen kan åtminstone delvis förklaras med att anhöriga har uppmuntrats använda klagomålshanteringsystemen, så fler klagomål registreras och hanteras med systematik. Det är fortfarande avdelningarna Lingon, Hallon och Krusbär, som har flest registrerade klagomål och synpunkter. Klagomålen eller synpunkterna på Solbacka handlar främst om brister i omvårdnaden på olika sätt, att genomförandeplaner inte följs och brist i återkoppling till anhöriga. Under hösten började antalet klagomål och synpunkter att minska, till att inget klagomål eller synpunkt kom in gällande Solbacka i november och december.

De två klagomålen och synpunkterna som rör Vinkelbo kortbo, handlar om omvårdnadens genomförande. Klagomål och synpunkter som rör IFO handlar om handläggningen.

Vidtagna åtgärder och fortsatt arbete

Inkomna klagomål och synpunkter har utretts av enhetschef och där behov av åtgärder funnits har de vidtagit dem, återkoppling till den som lämnat klagomål har lämnats. Hälften av ärendena är fortfarande under utredning, även om en del av dem kan vara åtgärdade, är de inte avslutade. Återkopplingen har i vissa fall kommit sent. Återkoppling sker även i träffar med anhöriga.

SoL/LSS-avvikelser och Lex Sarah

Om en verksamhet inte når upp till krav och mål i föreskrifter och beslut, föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera. Identifierade avvikelser ska dels åtgärdas, dels ska processer och rutiner ses över så att den som bedriver verksamheten med stöd av dem kan säkra att en inträffad avvikelse inte inträffar igen (Socialstyrelsen 2011, Handbok ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete s.25).

Avvikelsehanteringen är både ett krav utifrån Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) och en del av kvalitetsarbetet enligt Lex Sarah lagstiftningen. Avvikelsernas syfte är att

upptäcka brister i ett tidigt skede innan det gått så långt att situationen kan riskera att bli eller blir ett missförhållande.

Totalt har det kommit in 105 avvikelserapporter inom SoL och LSS under 2025, varav 25 är SoL/LSS Lex Sarah och 80 är SoL/LSS Annan avvikelse, vilket är en markant ökning. År 2024 inkom totalt 58 avvikelserapporter inom SoL/LSS Annan Avvikelse och Lex Sarah.

	År	2025		
	Rapporttyp			
Organisation		SoL/LSS Annan avvikelse	SoL/LSS Lex Sarah	Antal
Boendestöd		1		1
Bäckgården Nere		23	2	25
Bäckgården Uppe		5	2	7
Hemtjänst Bastuträsk		2		2
Hemtjänst Blå		1	3	4
Hemtjänst Grön		3	2	5
Hemtjänst Rosa		2		2
IFO-chef		2	1	3
Personligt utformat stöd		1		1
Solbacka Blåbär		4		4
Solbacka Hallon		6	1	7
Solbacka Krusbär		21	8	29
Solbacka Lingon		7	1	8
Solbacka Vinbär		1	1	2
Vinkelbo Avd 2			3	3
Vinkelbo Kortbo			1	1
Åkargatan 13		1		1
Antal		80	25	105

Inrapporteringen

Vård- och omsorgspersonal, den som upptäcker avvikelserna, rapporterar in i avvikelsehanteringssystem. Närmaste chef tar emot avvikelserna och utreder. I det fall avvikelserna är felrapporterade (till exempel en HSL-avvikelse som rapporteras som SoL/LSS) avslutas avvikelserna utan utredning. Chef meddelar rapportören som får lägga in avvikelserna rätt. År 2025 har detta arbete lett till att de flesta avvikelser är rätt rapporterade.

Avvikelseerna utreds inte inom 7 dagar, många åtgärder sätts in omedelbart men själva utredningen kan dra ut på tiden och där det finns långsiktiga åtgärder kan avvikelserna ligga öppna i systemet under lång tid, även om de är utredda och klara i övrigt. Av 105 avvikelser, är elva felaktigt rapporterade. Bäckgården och Solbacka har flest inrapporterade avvikelser. Merparten av avvikelserna på Bäckgården handlar om hygien och omvårdnad och två är felaktiga. Avvikelseerna på Solbacka handlar om brukare som stör andra brukare, omvårdnad, bortglömda larm, få personal med delegering och sju avvikelser är felaktiga.

Kvalitetsledningsgruppen avgör om avvikelserna bedöms ha behov av djupare granskning eller utredning enligt Lex Sarah. Strateg utreder enligt Lex Sarah och verksamhetschef rapporterar till IVO.

Åtgärder

Åtgärderna planeras in i samband med utredning i verksamhetssystemet. Datum för uppföljning av åtgärderna planeras in samtidigt.

Bland de åtgärder som satts in under 2025 finns följande:

- Kompetenshöjande insatser för personal, som handledning, utbildning, information till arbetsgrupper eller enskilda medarbetare.
- Samordnare på samtliga särskilda boenden.
- Språkbedömning vid nyrekryteringar.
- Beslut om att införa aktivitetsplanering har tagits.
- Översyn av introduktion.
- Översyn organisation på Solbacka.
- Stärkt chefsled under sommaren.
- Information och implementering av befintliga rutiner.
- Livsberättargrupp för brukare.
- Nutritionsgrupp och förändring av tider för måltider.

Direkta åtgärder, som omedelbart avhjälper uppkommen situation, i anslutning till händelsen räknas inte in i dessa åtgärder.

Många avvikelser åtgärdas av verksamheterna själva, även om det inte angetts på inlämnade rapporter. Det viktigaste arbetet med avvikelser är det som sker på plats i verksamheten, samt att enhetscheferna följer upp dem och lyfter dem till diskussion på arbetsplatsträffar.

Statistiken visar att verksamheterna har blivit bättre på att rapportera in avvikelser, framför allt under sommaren.

Analys av avvikelser

Avvikelser hanteras enligt *Riktlinjer för avvikelser* KS-25/00980. Kvalitetsledningsgruppen ansvarar för att göra en verksamhetsövergripande sammanställning av avvikelser. Dessa presenteras i denna kvalitetsrapport. Delårsrapport av avvikelser rapporterades in 2025 (där räknades även klagomål och synpunkter in).

Kvalitetsledningsgruppen har uppmärksammat att det finns behov av att sätta in stödinsatser till chefer för att arbetet med avvikelshanteringen ska bli mer effektivt. I perioder är chefstjänster vakanta och arbetet med avvikelser hamnar efter. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har regelbundet avsatt tid för att stötta cheferna i deras arbete med avvikelser, genomgång av avvikelshantering i storgrupp med alla chefer har skett och vikten av att ta emot och utreda avvikelser så snart som möjligt har påtalats. Kvalitetssäkringssamordnare har gjort riktade insatser.

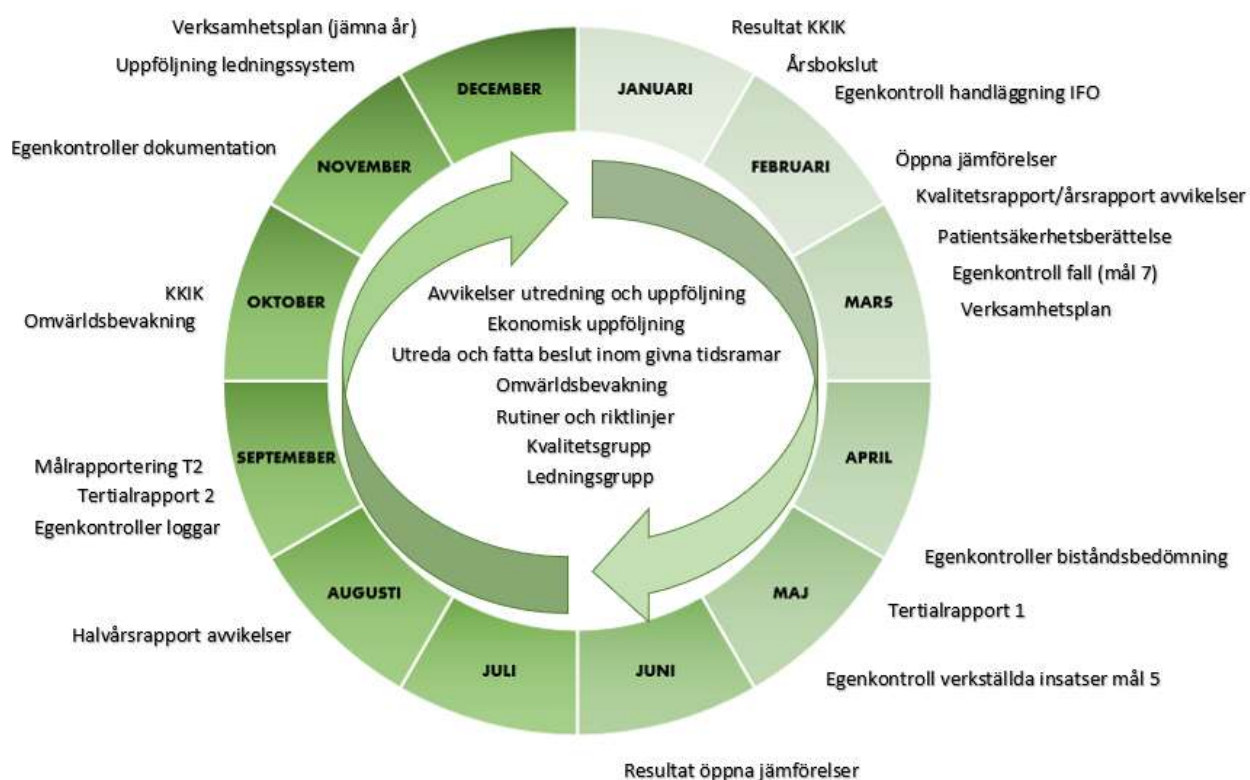
Egenkontroller

Den som bedriver verksamhet enligt socialtjänstlagen eller LSS ska utöva egenkontroll. Syfte med egenkontrollen är att säkerställa att verksamheten som bedrivs är av god kvalitet.

Egenkontrollen kan se ut på många olika sätt. Det kan exempelvis röra sig om:

- Jämförelse av resultat dels med andra verksamheter, dels med verksamhetens resultat från tidigare år.
- Granskning av journaler, akter, genomförandeplaner och annan dokumentation.
- Inhämtande av synpunkter från intressenter eller exempelvis revisorer.
- Analys av inkomna avvikelser på enhetsnivå och verksamhetsnivå.

Omsorgens årshjul för systematiskt kvalitetsarbete och egenkontroller (inkl. HSL)



Nedan redovisas de egenkontroller som är genomförda inom omsorgens verksamhet för SoL och LSS under 2025.

Handläggning inom biståndsbedömning

I maj genomfördes senast aktgranskning av biståndshandläggning. Tio slumpvis utvalda akter granskades med frågeställningarna:

1. Har beslutet en tydlig målsättning?
2. Tydliggör målen den enskildes vilja och syftet med beviljade insatser?
3. Framgår det om brukaren haft möjlighet att vara delaktig i fastställda mål?
4. Finns koppling till IBIC
5. Biståndshandläggaren ska enligt gällande rutin följa upp fattade beslut inom hemtjänst 5–7 veckor efter beslutsdatum, därefter årligen. Övriga SoL beslut ska följas upp var sjätte månad.
Är beslut uppföljda enligt angiven tidsram?

Inga anmärkningar fanns på någon av de granskade akterna, förutom att ett hemtjänstbeslut inte följts upp inom 5-7 veckor efter beslutet.

Måluppfyllelse

Inför 2025 har verksamheten beslutat om verksamhetsmål kopplat till mandatmålen. Från Kommunfullmäktige har man beslutat att vi ska förbättra helhetssyn på brukarenkäter inom särskilt boende och hemtjänst. Inom särskilt boende var det ett lågt antal svarande. Helhetssyn landade på 62 % och är ytterligare försämring jämfört med 2024 då helhetssynen låg på 67 %. Målet är 82 %. Noterbara förbättringar inom särskilt boende är till exempel att man upplever att maten blivit bättre, och att tillgången till sociala aktiviteter ökat markant och nu ligger bland de 25 % bästa i riket. I hemtjänsten låg verksamheten bland de 25 % bästa i riket och helhetssyn har ökat från 93 % förra året till 98 % i år. Precis som förra året med målet 95 %. I hemtjänsten syns en förbättring inom de flesta delarna.

Loggkontroller

Loggkontroller har genomförts inom verksamhetsområde omsorg under 2025 enligt riktlinjer för loggkontroller KS-25/00107.

I den systematiska loggkontrollen kontrolleras brukarrelation kopplat till uppdrag, tidpunkt (inom schemalagd arbetstid), samt namn och släktskap (åtkomst som indikerar släktskap) samt brukare av lokalt eller medialt intresse. Loggkontrollerna ska ske en gång per år och omfatta minst 10 % av medarbetarna vid varje tillfälle. Urvalet sker slumpmässigt.

Loggkontrollerna har skett en gång under 2025. Loggkontroller har genomförts på Solbacka, hemtjänsten Norsjö, Medicinska enheten, Kroken, Åkargatan, Snäckan samt på enhetschefsnivå. Samtliga loggkontroller genomfördes utan anmärkningar. Hemtjänsten Bastuträsk, Vinkelbo avd 1 och 2, daglig verksamhet och personlig assistans har inte genomfört loggkontroller.

Översikt av oroanmälningar, utredningar och placeringar

Under 2025 har IFO hanterat en hög ärendemängd. Totalt har 187 orosanmälningar inkommit. Flertalet orosanmälningar rör barn och unga, ett fåtal rör vuxna. Under 2024

inkom 160 orosanmälningar, vilket visar på en ökning under 2025. Samtliga skyddsbedömda och förhandsbedömda inom 14 dagar, förutom i något enstaka fall. Detta kan bero på att det inte varit möjligt att få till tid med aktuell person. Vårdplaner finns i samtliga placeringsärenden. Totalt har 20 barn varit placerade under 2025 (ett barn har både varit på HVB och i familjehem). Utredningstiderna visar på ett behov av stärkt uppföljning och processtyrning. En viktig inriktning för kommande år blir därför att säkerställa att alla utredningar avslutas inom lagstadgad tidsram.

Område	Antal
Period för kontroll	250101 – 251231
Antal orosanmälningar	187
Skyddsbedömningar / förhandsbedömningar inom 14 dagar	Ja, med några enstaka undantag
Inledda BoU-utredningar	41
Avslutade BoU-utredningar	44
Inledda utredningar som överskridit 4 månader	9
Avslutade utredningar som överskridit 4 månader	1

Antal placerade barn 2025	20
– Varav HVB	8
– Varav familjehem	13 (4 konsulentstödda)

Dokumentation och genomförandeplaner

Socialtjänstens insatser ska bland annat ges i enlighet med de mål och övriga bestämmelser som lagen anger, på ett sådant sätt att den enskildes behov av stöd och hjälp tillgodoses och syftet med insatsen eller verksamheten uppnås. För att uppnå god kvalitet i socialtjänsten krävs också rättssäkerhet, den enskildes medinflytande och en lättillgänglig vård och service. Dokumentationen är här ett viktigt redskap i det systematiska kvalitetsarbetet, för att säkerställa att individen får det stöd hen har behov av och rätt till.

Egenkontroller av social dokumentation och genomförandeplaner genomfördes under 2025.

Frågeställningar journalgranskning:

1. Står anteckningarna i kronologisk ordning och är de daterade och signerade med namn och tjänstetitel?

2. Har man dokumenterat när insatsen startade?
3. Har man dokumenterat när genomförandeplanen upprättats?
4. Har man dokumenterat när genomförandeplanen följts upp?
5. Har man registrerat kontaktperson för brukaren?
6. Har man dokumenterat händelser av betydelse, det vill säga beslut och åtgärder som har betydelse för insatsernas utförande?
7. Har man dokumenterat på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över praktiska genomförandet av insatsen?
8. Har man dokumenterat om det inträffat omständigheter som medfört att insatsen inte har kunnat genomföras som planerat?
9. Har man dokumenterat vad som har uppnåtts i förhållande till de uppsatta målen för insatsen?
10. Har man dokumenterat om den enskildes behov har förändrats?
11. Har man dokumenterat om den enskilde berörs av ett klagomål, en rapport om en avvikelse eller ett missförhållande
12. Innehåller dokumentationen enbart fakta, eller inryms "tyckande" och åsikter som inte stöds av fakta
13. Används formellt eller vardagligt språk?

Social dokumentation har granskats på särskilda boendet Solbacka och i LSS verksamheterna Åkargatan, Kroken och Snäckan (ungefär 10 procent per enhet). Överlag skrivs journalerna det datum som de avser. På en del individer har personal skrivit när insatsen startat men på många har man inte gjort det. Förklaring till att man inte har gjort det, beror många gånger på att annat journalsystem då användes. Några har skrivit när genomförandeplan upprättats men många saknar den dokumentationen. Samma sak gäller uppföljning av genomförandeplan. Kontaktman/fast omsorgskontakt står registrerat på alla utom en brukare. Händelser av betydelse har dokumenterats på alla brukare utom på två brukare inom LSS verksamhet. Det är drygt hälften av granskad dokumentation där det framgår på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över praktiska genomförandet av insatsen. Personalen har på Solbacka dokumenterat om insatsen inte kunnat genomföras som planerat. Inom LSS verksamheterna har personalen inte alltid gjort det. I ungefär hälften av granskad dokumentation har det dokumenterats vad som uppnåtts i förhållande till de uppsatta målen för insatsen, ungefär detsamma gäller dokumentation om den enskildes behov har förändrats. Svårtolkat att svara på om det dokumenterats på den enskilde om denne berörs av ett klagomål eller avvikelse, då det kanske är få av de som granskats som det gjorts avvikelse på. Över lag grundar sig dokumentationen på fakta. På vissa individer finns få journalanteckningar och vissa anteckningar visar på "tyckande" av personalen.

Förutom granskning av social dokumentation enligt de tretton frågorna ovan, har även kvalitetssäkringssamordnare granskat viss dokumentation inom äldreomsorgen. Syftet har ofta varit att se hur det går i valet av rubriker enligt arbetssättet Individens behov i centrum (IBIC). Kvalitetssäkringssamordnare och systemförvaltare har uppfattat att många tycker valet av rubrik är svårt. Åtgärder i syfte att underlätta var vidtagits i omgångar.

Frågeställningar granskning av genomförandeplan:

1. Framgår det vem uppdraget gäller?
2. Framgår datum för planens upprättande och för uppföljning av planen?
3. Framgår vem som har upprättat planen?
4. Framgår vilka som deltagit i upprättandet av planen?
5. Framgår vilka hänsyn/ önskemål från individen som har tagits med i planen?
6. Framgår vilka insatser som individen behöver stöd med?
7. Framgår hur stödet ska ges?
8. Framgår det om insatsen är ett stöd eller avlösning för en anhörig som vårdar eller stödjer närstående?
9. Framgår det om/hur arbetssättet styrker individens egna resurser och delaktighet?
10. Framgår ev. samverkan med andra utförare eller andra huvudmän?
11. Framgår relevanta livsområden?
12. Framgår relevanta mål?
13. Framgår hur målen ska uppnås?
14. Finns fritext kopplade till målen?
15. Framgår det om eventuella hjälpmedel bidrar till att nå målen?
16. När har genomförandeplanen senast följts upp?
17. Framgår det i uppföljningen av genomförandeplanen vilka mål som har uppnåtts?
18. Om genomförandeplanen inte har följts upp, vad är orsaken till detta?

Genomförandeplaner har granskats på särskilda boendet Solbacka och LSS verksamheterna Åkargatan, Kroken och Snäckan. Genomförandeplaner upprättas inte alltid inom 14 dagar vilket verksamheten har som mål enligt verksamhetsplan 2025. Lagen anger ingen särskild tid för när en genomförandeplan ska upprättas, endast hur insatser ska utföras bör dokumenteras i en genomförandeplan. På kortbo ska genomförandeplan upprättas inom tre dagar enligt verksamhetens målsättning.

Uppföljning av genomförandeplaner inom sex månader är i många fall inte aktuellt på grund av att det exempelvis inte gått sex månader vid granskningstillfället, uppföljning är inplanerad eller så finns andra skäl som gör att det inte är aktuellt.

Det framgår vilka som deltagit vid upprättande av genomförandeplanen. Individerna har över lag varit delaktiga och genomförandeplanerna är individanpassade och brukarnas önskemål framgår. I något fall ej aktuellt och det står på något ställe att det beror på diagnos. Det framgår vad individen behöver stöd med och hur stödet ska ges samt individens egna resurser och delaktighet och inom vilka relevanta livsområden stöd behövs, samt relevanta mål och hur dessa ska uppnås. I de fall det är relevant har hjälpmedel beskrivits i genomförandeplanen. Samverkan med andra huvudmän framgår i vissa genomförandeplaner, inte alla.

Kvalitetssäkringssamordnare har i mars respektive september 2025 granskat hur många som saknar genomförandeplan, planer som ska följas upp samt planer där det gått ett år och som behöver förnyas. Denna granskning har genomförts på Solbacka, Vinkelbo korttidsboende

och Vinkelbo särskilt boende samt Bäckgården. En tydlig förbättring syns i september, jämfört med resultaten i mars.

Utvärdering av sommaren 2025

Efter varje sommar genomförs en utvärdering av verksamheten under semesterperioden, då ordinarie personal är ledig och sommarvikarier täcker delar av bemanningen.

Utvärderingen skickas till både ordinarie medarbetare och vikarier, är anonym och kopplas till respektive arbetsplats. Syftet med utvärderingen är att fånga upp erfarenheter och synpunkter som kan bidra till att utveckla och förbättra planeringen inför kommande sommar. Den är ett viktigt verktyg för att säkerställa god kvalitet i omvårdnaden även under semestertiden. Nedan presenteras de frågeställningar som ingått samt en kort analys av resultatet. För en fullständig sammanställning, se bildspelet *Utvärdering sommaren 2025*. Viktigt att poängtera är att när verksamheten jämför årets siffror med åren 2024 och 2023 visar det på förbättrat resultat år för år.

Fanns sommarschemat på plats i god tid?

Bland den ordinarie personalen upplevde ungefär hälften att arbetsschemat inte kom i tillräckligt god tid. Vikarierna däremot, upplevde i stor utsträckning att schemat delades ut i god tid.

Vikarier – hur var inskolningen som helhet, samt hur upplevdes pre-boardingen?

De flesta upplevde att de fått en bra inskolning och att pre-boardingen var bra. Önskemål om tydligare riktlinjer, behov av extra tid för att lära sig larmtelefonen samt förslag på HLR-kurs framkom.

Ordinarie – hur fungerade introduktionen och inskolningen av vikarier på arbetsplatsen?

Sammanfattningsvis efterlyser man mer tid till inskolning och att den påbörjas tidigare.

Vikarier - Tycker du att du fick med dig tillräckliga kunskaper från introduktion och inskolning för att klara ditt uppdrag i sommar?

De flesta tycker att de fått tillräckliga kunskaper.

Ordinarie – I hur stor utsträckning hade vikarierna tillräckliga färdigheter att klara uppdraget? Vilka färdigheter tycker du är viktiga?

De flesta tycker att de inte har tillräckliga kunskaper. Viktiga färdigheter som lyfts fram är god yrkeskunskap, särskilt inom läkemedelshantering och äldreomsorg, svenska språket, social förmåga, ansvarstagande, samarbetsvilja och förmåga att arbeta självständigt. Bemötande, dokumentation och patientsäkerhet lyfts också som centrala.

Vikarier – Var det någon skillnad på de två semesterperioderna? Om det var någon skillnad - vad var skillnaden?

Större delen av vikarierna upplevde inte att det var någon skillnad mellan semesterperioderna.

Ordinarie – Fanns det tillräckligt med personal med medicindelegering?

Nej men siffror visar att det ändå var fler med delegering denna sommar jämfört med förra sommaren.

Hur var sommaren 2025 som helhet?

Kommentarerna visar att god bemanning bidrar till en lugn arbetsmiljö, medan brist på delegerad personal skapar stress och ineffektivitet. Schemaläggning behöver förbättras både i tid och kvalitet för att undvika överbelastning och otydlighet. Vikarier med rätt kompetens och engagemang lyfts som positiva inslag, medan bristande delegering och kommunikation från chefer upplevs som belastande. Förslag på förbättringar inkluderar bättre planering, tydligare ansvarsfördelning och att säkerställa delegering på varje avdelning.

Flera vikarier beskriver sommaren som positiv, med trivsel, fina kollegor och meningsfulla aktiviteter för de boende. Samtidigt lyfts brister i schemaläggning, kommunikation och chefs närvaro. Problem med språkförståelse och delegering förekom, liksom stress vid låg bemanning. Förbättringsområden inkluderar tydligare information, bättre planering och stöd från chef vid incidenter.

Undersökningar och jämförelser

Öppna jämförelser

Öppna jämförelser gör det möjligt att jämföra hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens kvalitet i hela Sverige med hjälp av indikatorer. Resultaten av jämförelserna ger insyn och kan användas för att följa upp, analysera och utveckla hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter på olika nivåer. Verksamhetsområde omsorg deltar i Öppna jämförelser årligen och lämnar in underlag för statistiken i alla delar där det är möjligt och där det efterfrågas. I vissa fall är det inte möjligt att rapportera in statistik. Det är när det finns ett för litet underlag vilket kan innebära att det blir för utpekande för någon enskild individ.

Öppna jämförelser syftar till att:

- skapa öppenhet och ge förbättrad insyn i offentligt finansierad hälso- och sjukvård och socialtjänst
- ge underlag för uppföljning, analys, förbättring och lärande i verksamheterna
- initiera lokala, regionala och nationella analyser och diskussioner om verksamheternas kvalitet
- ge underlag för styrning och ledning.

Norsjö kommun deltar i alla enkäter inom öppna jämförelser:

- ekonomiskt bistånd
- skadligt bruk och beroende
- motverka hemlöshet
- social barn- och ungdomsvård
- socialtjänstens krisberedskap
- stöd till personer med funktionsnedsättning – LSS
- stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning – socialpsykiatri
- våld i nära relationer
- äldreomsorg
- kommunal hälso- och sjukvård

Omsorgen deltar även i brukarundersökningar för ordinärt boende, för särskilt boende och nytt för 2025 även för LSS gruppboende och daglig verksamhet.

Verksamheten tar del av resultaten från öppna jämförelser och identifierar förbättringsåtgärder. Resultaten från öppna jämförelser finns på www.kolada.se

Resultat brukarundersökning hemtjänst

Helhetssynen har ökat till 98 % vilket är en stor förbättring från 2024. Generellt positiv utveckling med förbättringar i trygghet, bemötande och inflytande. Inga tydliga försämrings, snarare minskad upplevelse av ångslan och ensamhet. Dock skillnad mellan män och kvinnor. Männen verkar må sämre än kvinnorna.

Resultat brukarundersökning särskilt boende

På särskilt boende har helhetssynen sjunkit till 62 %, vilket är ytterligare försämrings sedan 2024. Det är ganska få som har svarat på brukarundersökningen vilket gör att det är svårt att säga om resultatet är statistiskt signifikant. Resultaten visar blandad utveckling. Bemötande och trygghet har försämrats något. Samtidigt har sociala aktiviteter och känslan av ensamhet förbättrats markant. Tillgång till sjuksköterska och möjlighet att framföra synpunkter har också förbättrats.

Resultat brukarundersökning gruppboende

Mycket god trivsel och upplevelse av omtanke/vägledning. Förbättringsbehov inom kommunikation, personcentrering i stödet och inflytande.

Resultat brukarundersökning daglig verksamhet

Mycket stark trivsel/trygghet/meningsfullhet. Förbättringsbehov i brukarinflytande och samstämmighet i personalens förståelse.

Ekonomisk uppföljning, tertialrapporter och årsbokslut

Ekonomisk uppföljning sker varje månad och vid behov sätts åtgärder in. Detta rapporteras till utbildnings- och omsorgsutskottet och vidare till kommunstyrelsen, tillika nämnden som följer upp åtgärderna. Verksamheten lämnar in tertialrapporter på för tertial ett och två, samt verksamhetsrapport för hela året vid årsbokslut.

Kommunernas kvalitet i korthet – KKIK

Norsjö kommun och verksamhetsområde Omsorg deltar i KKIK - Kommunens Kvalitet i Korthet. Det innebär att kommunen redovisar och jämför resultat inom områden som är av stort intresse för invånarna. Det är i huvudsak den politiska ledningens underlag och verktyg för att styra och bidra till en demokratisk dialog med medborgarna. Resultaten har ambitionen att i ett övergripande perspektiv beskriva kommunens kvalitet och effektivitet i jämförelse med andra kommuner.

Resultat

- Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende är 85 dagar, vilket är en minskning från 2024 då det var 154 dagars väntetid.
- Omsorgspersonal som är undersköterska vardagar i särskilt boende, äldreomsorg ligger på 53 %. År 2024 låg andelen på 65 %.

Analys

Antalet avvikelser och klagomål och synpunkter har ökat, dels utifrån förbättrad rapportering, dels utifrån utmaningar på specifika avdelningar där det krävs mer omfattande åtgärder för att komma tillrätta med avvikelserna.

Egenkontroller, granskning av genomförandeplaner och social dokumentation visar inte på några större brister. De utbildningsinsatser som kvalitetssäkringssamordnare genomfört visar på effekt, då fler nu har aktuella genomförandeplaner, även om dokumentation bland omsorgspersonal fortfarande är ett utvecklingsområde.

Utvärdering av sommaren har gjorts. Tydligare planering, ansvarsfördelning och säkerställande av att det finns personal med delegering på varje avdelning är av vikt att jobba vidare med. Kommunikation och chefs närvaro upplevs som otillräcklig.

Omsorgen visar positiva tendenser inom hemtjänst och daglig verksamhet, medan särskilt boende är ett tydligt förbättringsområde, särskilt gällande helhetssyn och bemötande. Minskad väntetid på att få flytta in på särskilt boende är en styrka, men personalresurser (undersköterskor) är en riskfaktor. Könsskillnader i hemtjänst vad gäller brukares psykiska hälsa bör analyseras vidare.

Sammanfattningsvis jobbar verksamheten med egenkontroller och uppföljning men det är viktigt att bli bättre på att följa upp resultaten. Det som är positivt är att där verksamheten gör uppföljningar, ses förbättringar.