

KVALITETS- OCH PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE 2025



FOGDARÖD

OMSORG • VÅRD • SKOLA

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	4
INLEDNING	5
VAD ÄR KVALITET?	6
VÄRDEGRUNDSDEKLARATION	6
VÅRA GEMENSAMMA LEDORD	6
FOGDARÖDSMODELLEN INNEBÄR ATT	6
ANSVAR OCH ROLLER I KVALITETSARBETET	7
SYSTEMATISKT FÖRBÄTTRINGSARBETE	8
Riskanalyser	8
Systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM)	9
Ledningssystem	9
EGENKONTROLLER/REVISIONER	10
EXTERNA REVISIONER	11
AVVIKELSEHANTERING	12
Avvikelser	12
Lex Sarah	12
Lex Maria	13
Klagomål och synpunkter	13
KUNSKAP OCH KOMPETENS	14
TEKNIK/VÄLFÄRDSTEKNIK	14
SAMVERKAN	15

MÅNGFALD OCH JÄMSTÄLLDHETSARBETE	16
INFORMATIONSSÄKERHET	16
FOGDARÖDS ÖVERGRIPANDE MÅL	17
RESULTAT ÖVERGRIPANDE.....	17
Kund.....	17
Personal	21
Marknadsföring.....	23
Ekonomi.....	24
HÅLLBARHET OCH MILJÖ	25
RESULTAT VERKSAMHETERNA	27
Boende för personer med kognitiv svikt/demens (SoL)	27
LSS boende och DV	30
Socialpsykiatri	31
HVB Gästgården	33
Karolinaskolan med tillhörande internat har en separat kvalitetsrapport länk	36
FOKUSOMRÅDEN FÖR HELA FÖRETAGET 2026.....	37

Sammanfattning

2025 har varit ett dynamiskt och utvecklingsrikt år för vår verksamhet. Vi har tagit flera viktiga steg för att stärka kvalitet, patientsäkerhet och arbetsmiljö, samtidigt som vi fortsatt utveckla våra tjänster och vår organisation.

Vi har startat och utvecklat stödboendeverksamheter. På ledningsnivå har vi förstärkt organisationen med en ny HR-chef efter pensionsavgång, en biträdande chef samt en ny MAS. Dessutom har vi välkomnat ytterligare en terapeut för att möta behoven i verksamheten.

En av årets största satsningar är införandet av Visible Care-appen (VC-appen). Den ger personalen tillgång till korta instruktionsfilmer i realtid. QR-koder kan sättas på hjälpmedel och när de scannas kommer instruktionen hur de ska användas direkt i mobilen. I appen finns även längre utbildningar med tester där man får diplom vid utförd utbildning. Vi har även delegeringsutbildningen i appen. Detta är ett stort steg framåt för både kvalitetssäkring och kompetensutveckling.

Vi har också påbörjat en omfattande modernisering av vårt ledningssystem där samtliga dokument, processer och rutiner ses över för att skapa en tydligare och mer användarvänlig struktur. Ledningssystemet och dess processer följer respektive verksamhets standard.

På våra demensboenden har vi startat ett miljöutvecklingsprojekt som ska ge en mer trivsam inomhusmiljö och bättre planerade arbetsytor, såsom mer funktionella tvättstugor och välkomnande receptioner.

Arbetet med att minska sjuktalen har intensifierats. Under hösten startade vi omtankesamtal för att snabbare fånga upp medarbetare i behov av stöd. Vi fortsätter även att arbeta vidare med chefernas arbetsmiljö utifrån åtgärdsplanerna från Chefoskopet. Samtliga verksamheter har genomfört utbildningar enligt sina kompetensutvecklingsplaner.

Vår miljöredovisning har blivit betydligt mer heltäckande. Vi har under året mätt fler delar av verksamheten än tidigare och identifierat behovet av att ställa högre CO₂-redovisningskrav på våra leverantörer. Det hjälper oss att tydligare se vad vi själva kan göra för att minska vår miljöpåverkan.

En annan viktig utveckling under 2025 är det ökade fokus på kris- och krigsberedskap. Förutom vår kontinuitetsplan och medverkan i kommunens beredskapsgrupp har kraven på beredskapslager skärpts och våra skyddsrum har inspekterats.

Sammanfattningsvis har 2025 varit ett år präglad av utveckling, förstärkning och framtidsfokus med flera viktiga insatser som stärker såväl verksamhetens kvalitet som personalens förutsättningar.

Inledning

Fogdaröd omsorg, vård och skolas vision är att *”Vi skapar en trygg plats för ett gott liv - nu och i framtiden”*. Detta innebär att de som bor här ska ha en trygg plats och ett gott liv medan de bor här men även att när/om de flyttar härifrån så ska de ha fått med sig redskap/verktyg för att kunna ha en fungerande vardag och på detta sätt ha ett gott liv utanför Fogdaröd. Det Fogdaröd är kända för är att vara flexibla och att hitta lösningar på komplex problematik.

Fogdaröd erbjuder vård och omsorg inom bl.a. äldreomsorg, socialpsykiatri, stöd till personer med funktionsnedsättningar (LSS), daglig verksamhet, stödboende, HVB för barn/unga och gymnasieskola med tillhörande internat. Verksamheterna bedrivs på uppdrag av drygt ett 20-tal kommuner

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen ger en samlad bild av hur Fogdaröd arbetat med att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten under året som gått, vidtagna åtgärder och uppnådda resultat. Här anges vilket fokus som vi haft i kvalitetsarbetet under det senaste året och vilka områden som identifieras som prioriterade för kommande år.

Denna berättelse utgår från kraven i Socialstyrelsens föreskrift för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)¹, patientsäkerhetslag (2010:659)², hälso- och sjukvårdslag (2017:30) (HSL)³, socialtjänstlag (2025:400) (SoL)⁴, lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)⁵ samt krav på det systematiska kvalitetsarbetet inom skola enligt Skollagen (2010:800)⁶. Den följer också Kunskapsstyrning vårds mall för patientsäkerhetsberättelser⁷ som Socialstyrelsen rekommenderar och beskriver vårt samlade arbete att skapa god vård och omsorg med hög säkerhet för de vi finns till för. Fogdaröds sammanhållna kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse syftar till att sammanställa, redovisa och analysera årets kvalitetsarbete på organisationsnivå. Den utgör således även organisationens dokumenterade och samlade kvalitetsbokslut.

Övriga styrdokument är Arbetsmiljölagen (1977:1160)⁸, samt övriga förordningar och författningar inom respektive verksamhetsområde.

Vårt gemensamma kvalitetssystem, våra kvalitetsårshjul tillsammans med vår värdegrund och arbetsmodell, säkerställer att vi alla arbetar utifrån gemensamma riktlinjer och dokument.

¹ [SOSFS 2011:9](#)

² [SFS 2010:659](#)

³ [SFS 2017:30](#)

⁴ [SFS 2025:400](#)

⁵ [SFS 1993:387](#)

⁶ [SFS 2010:800](#)

⁷ [Patientsäkerhetsberättelse](#)

⁸ [AML \(1977:1160\)](#)

Vad är kvalitet?

Vi strävar alltid efter att våra kunder och elever med sina företrädare och anhöriga ska uppleva att vi med kunskap och professionalitet möter och stödjer varje individ så att han eller hon kan använda och utveckla sina resurser. Medarbetarna är Fogdaröds viktigaste resurs. Vi som arbetsgivare lägger stort fokus på att ge medarbetarna de rätta förutsättningarna för att kunna utföra ett gott arbete och för att trivas på arbetsplatsen. Vi prioriterar kontinuerlig kompetensutveckling och vi har ett ständigt pågående förbättringsarbete vad gäller den psykosociala och den fysiska arbetsmiljön.

Värdegrundsdeklaration

Fogdaröds kunder har:

- ❖ Rätt att få lyckas och utvecklas utifrån individuella förutsättningar.
- ❖ Rätt till ett värdigt, aktivt och meningsfullt liv med möjlighet till medbestämmande.
- ❖ Rätt att få sin röst hörd, påverka och förändra.
- ❖ Rätt till god omsorg och vård i alla livets skeenden

Våra gemensamma ledord

- ❖ Trygghet
- ❖ Glädje
- ❖ Delaktighet
- ❖ Tillit
- ❖ Ansvar

Fogdarödsmodellen innebär att

- ❖ Vi jobbar med styrkor och intressen
- ❖ Vi gör vardagen förutsägbar och förståelig för våra kunder och elever
- ❖ Vi jobbar för självständighet och självbestämmande samt integritet
- ❖ Vi jobbar med kommunikation
- ❖ Vi skapar trygghet
- ❖ Vi har ett motivationshöjande arbetssätt – vi bygger på det som fungerar
- ❖ Vi jobbar med helheten
- ❖ Vi arbetar utifrån evidensbaserad forskning och samlad erfarenhet.

Ansvar och roller i kvalitetsarbetet

Styrelsen för Fogdaröd har det övergripande ansvaret som huvudman och vård-/omsorgsgivare. Styrelsen utser VD som tillsammans med ledningsgruppen har det operativa ansvaret för hela organisationen. Ledningsgruppen består av VD och områdescheferna för verksamhetsområdena SoL-demens, LSS, Socialpsykiatri, HVB, Stödboende, Karolinaskolan, Internat, Ekonomi/fastighet/service HR och KMA chef.

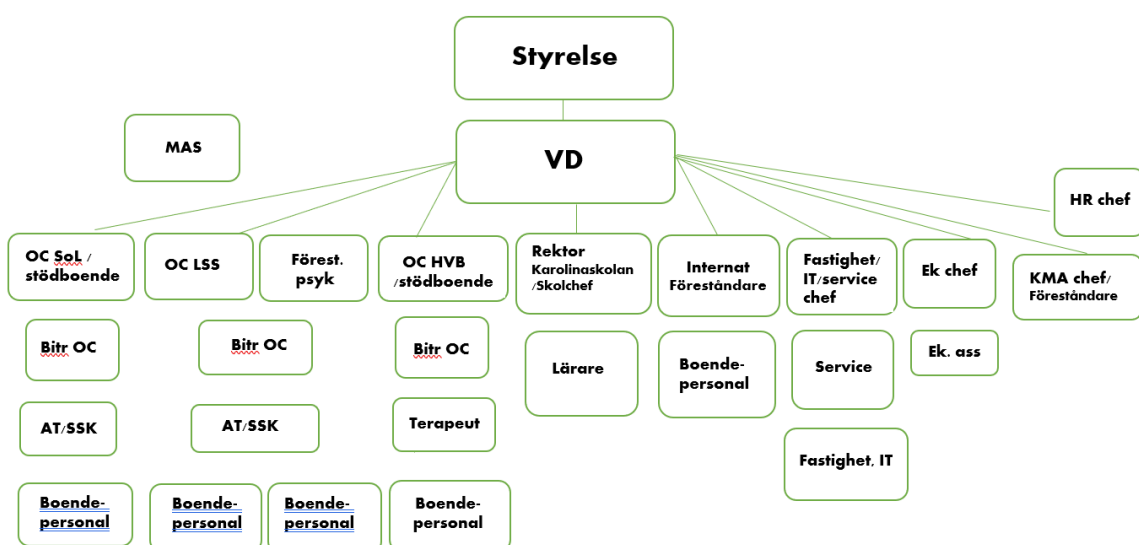
Kvalitetsavdelningen stödjer verksamheterna i sin egenkontroll, omvärldsbevakning, hanteringen av avvikelser samt i analys och uppföljning. Den ska främja lärande och utveckling genom att bygga kompetens och kapacitet för det systematiska utvecklingsarbetet i hela organisationen.

HSL-ansvarig ansvarar för HSL-verksamheten och att verksamheten följer lagar, förordningar och avtal. Följer upp verksamheten och dess rutiner och säkerställer att det finns rutiner för delegering.

På Fogdaröd är det Områdeschefen som har helhetsansvaret för patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Områdeschefen har också det övergripande ansvaret för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet och kostnadseffektivitet samt för att skapa förutsättningar för god kvalitet och patientsäkerhet.

I verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård följer legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kontinuerligt upp det dagliga omvårdnadsarbetet. Legitimerad personal ansvarar för att utföra riskbedömningar och genomföra nödvändiga insatser för respektive kund. De ansvarar också för att omvårdnadsåtgärder utförs, utvärderas och dokumenteras.

Det är varje medarbetares ansvar att ta ansvar för att verksamheten håller god kvalitet genom att bland annat delta i det systematiska förbättringsarbetet och arbeta i enlighet med de mål, riktlinjer och lagar som styr verksamheten.



Systematiskt förbättringsarbete

Fogdaröd bedriver ett systematiskt förbättringsarbete i enlighet med föreskriften om lednings-system för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)⁹ med syftet att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Förbättringsarbetet består av att analysera och förebygga risker (riskanalys), analysera verksamhetens resultat över tid samt i förhållande till andra aktörers resultat eller synpunkter (egenkontroll) samt att analysera, synliggöra och lära av fel och brister i verksamheten (avvikelser). Riskanalys, egenkontroll och avvikelser bildar strukturen för vårt systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och är återkommande delar av ledningens arbete på olika nivåer.

Riskanalyser

På organisationsnivå

Fogdaröds systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete bygger på att synliggöra eventuella brister i organisationen för att stimulera och främja lärande och för att undvika fel i framtiden och ge en säker vård och omsorg. Detta innebär att vi aktivt jobbar för att uppmuntra alla medarbetare att bidra med att skapa transparens samtidigt som det förebyggande arbetet stärks genom riskanalyser på olika nivåer i organisationen och riskmedvetenheten ökar.

Ledningsgruppen följer upp risker och gör riskanalys på företagsövergripande nivå.

Kontinuitetsplan är gjord och vi tittar på hur vi ska hantera om vi blir utan el, vatten, leveranser m.m.

På enhetsnivå

Områdescheferna gör riskanalys per enhet tillsammans med personalen och med stöd av utvärderingen som säkerhetsansvarig gör varje år och de undersökningar som finns i SAM.

På individnivå

I det dagliga vård- och omsorgsarbetet sker en mängd riskanalyser på individnivå. Inom äldreomsorgen används nationella kvalitetsregister som t.ex. BPSD-registret (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) och Senior Alert för att bedöma och hantera risken för fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion. I övriga verksamheter hanteras bl.a. risker för oro och otrygghet eller risker för hot och våld.

⁹[SOSFS 2011:9](#)

Systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM)

Arbetsmiljölagens ändamål är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö (AML 1977:1160)¹⁰

Vi lägger stor vikt vid att skapa en trygg och hälsosam arbetsmiljö för våra anställda. Genom kontinuerligt arbetsmiljöarbete och dialog med personalen har vi identifierat och åtgärdat eventuella risker och förbättringsområden. Vi strävar efter att vara en arbetsplats där alla känner sig trygga, respekterade och uppskattade.

Vi har fått arbeta igenom all våra styrdokument för arbetsmiljö eftersom Arbetsmiljöverket ändrade hela sin struktur 250101.

Vi har utbildat personal och lagt in IA appen i alla mobiler och på intranätet för att underlätta för medarbetarna att lämna in tillbud och arbetsskador. Rapporter skapas i systemet för uppföljning.

Ledningssystem

Intranätet är den plattform där all behövlig information i form av rutiner och styrdokument för alla yrkeskategorier på Fogdaröd finns. Det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) är en integrerad del i kvalitetsledningssystemet. Fogdaröds kvalitetsledningssystem består av fastställda dokument såsom kvalitetsdeklaration, kvalitetsårshjul, policys, rutiner, mallar och blanketter och följer Socialstyrelsens ledningssystemföreskrift (SOSFS 2011:9)¹¹.

Vårdgivaren, den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS, ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten, samt fördela ansvar och arbetsuppgifter.

Vi arbetar kontinuerligt med ledningssystemet så att det ska bli så lätt som möjligt att hitta den information man söker och under 2026 kommer ledningssystemet att uppdateras och få en ny struktur. I ledningssystemet kommer rutinerna att vara kopplade till standarderna.

¹⁰[AML \(1977:1160\)](#)

¹¹[SOSFS 2011:9](#)

Egenkontroller/revisioner

Egenkontroll är en kontroll huruvida olika insatser blivit utförda eller inte. Genom att i ett tidigt skede identifiera riskområden förebyggs fel och brister. För att kunna följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in information kring verksamhetens mål, rutiner, planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder. Egenkontrollen sker löpande efter årshjul men det görs även stickprov vid andra tillfällen.

- ❖ Nöjdhetsenkäter till våra kunder
- ❖ Jämförelser av verksamheternas resultat med uppgifter i Öppna jämförelser
- ❖ Behörigheter i dokumentationssystemet
- ❖ Temperaturmätning av mat
- ❖ Rutiner och policys har setts över och uppdaterats
- ❖ Begränsningsåtgärder har granskats
- ❖ Städ rutiner och checklistor för städ har följts upp
- ❖ Arbetsmiljödokumentationen har gått igenom
- ❖ Tillstånds och ramavtalsefterlevnad har granskats
- ❖ Kontroll av att registerutdrag har inhämtats enligt regelverk
- ❖ Årlig kontroll av verksamheterna
- ❖ Kontroll av HSL rutiner har gjorts
- ❖ Tillgänglighetsanalys är utförd
- ❖ Hjälpmedelsriktlinjer justeras kontinuerligt vid förändring.
- ❖ Avvikelse SoL/LSS/HSL analyseras
- ❖ Granskning av journaler och annan dokumentation
- ❖ Kontroll av signeringslistor och delegeringar

System för datainsamling

- ❖ Avvikelse från Rätt Spår
- ❖ Nationella brukar- och patientenkäter i Öppna jämförelser
- ❖ Kvalitetsregistret Senior alert
- ❖ Svenska Palliativregistret
- ❖ BPSD registret
- ❖ e-Smilely (mat hantering)
- ❖ IA systemet (tillbud, arbetsskador och riskanalyser)

Externa revisioner

Under 2025 har flera av våra verksamheter rutinmässigt reviderats externt av beställare, främst genom avtalsuppföljningar på plats.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) hade sin årliga frekvenstillsyn på HVB Gästgården som gick igenom utan vidare åtgärder.

Apotekstjänst har till synat rutiner och läkemedelshantering.

Vi har haft tillsynsbesök på Karolinaskolan av Höörs kommuns miljöenhet gällande städ och miljö där inspektionen angav att det fanns fungerande egenkontroll med bra rutiner och att lokalerna med dess inredning är i bra skick

Hälsovårdsmyndigheten har varit på SoL enheterna och tittat på rutinerna kring mat- och sophantering

Kommunförbundet Skåne har haft ramavtalsuppföljning på plats på HVB. Övriga som vi har ramavtal med har gjort uppföljning via enkäter.

Vi har haft årlig inspektion i köket av Livsmedelsinspektören från Höörs kommun.

Vi har haft brandtillsyn från Räddningstjänsten

Internrevision HSA och SITHS har gjorts

Inspektion av skyddsrummen har gjorts

Skolinspektionen har under våren 2025 genomfört en riktad tillsyn av huvudmannen. Tillsynen har omfattat en prövning av huvudmannens ekonomiska förutsättningar.

De externa revisionerna ger värdefulla insikter kring utvecklingsbehov och bidrar till att utveckla organisationens kultur för öppenhet och transparens.

Avvikelsehantering

Avvikelser

Med utgångspunkt i ledningssystemsföreskriften (SOSFS 2011:9)¹² hanteras och analyseras alla identifierade risker, fel och brister, inkomna klagomål och synpunkter på Fogdaröd som avvikelser. Avvikelser är en viktig källa för att identifiera förbättringsbehov i verksamheten och vi jobbar löpande med att skapa en säkerhetskultur där man tillsammans pratar om, analyserar och förebygger avvikelser.

Alla medarbetare introduceras och får fortlöpande information om de rutiner för rapportering av avvikelser som finns inom Fogdaröd. Både HSL- och sociala avvikelser rapporteras elektroniskt i journalsystemet. För varje avvikelse eller synpunkt genomförs en systematisk analys av bakomliggande orsaker som leder till en åtgärdsplan och förbättringsförslag.

All personal har skyldighet att rapportera avvikelser till närmaste chef och direkt åtgärda en händelse och/eller risk. Alla avvikelser graderas och vid allvarliga händelser och avvikelser diskuterar områdeschefen lämplig hantering av ärendet med KMA chef. Områdeschef ansvarar för att utredningen sker genom en systematisk analys av bakomliggande orsaker. Varje enhet analyserar, åtgärdar och följer upp avvikelser i syfte att dra lärdom och på så vis kunna vidta förebyggande insatser för att förhindra upprepning. Som stöd för avvikelsehanteringen använder Fogdaröd avvikelssystem i Rätt Spår. KMA chefen sammanställer statistik från systemet varje månad för att områdescheferna lättare ska kunna följa förekomst och antal avvikelser per enhet.

Läkemedelsavvikelserna utreder omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Lex Sarah

Missförhållanden eller risker för missförhållanden enligt SoL och LSS rapporteras direkt till Områdeschefen som säkerställer att missförhållandet avhjälps. Missförhållanden/risker för missförhållanden kan också identifieras under utredning av avvikelser. Områdeschefen rapporterar till KMA chef som kan vara behjälplig i utredningen som görs i enlighet med föreskriften om lex Sarah (SOSFS 2011:5)¹³.

Syftet med utredningen är att klargöra vad som hänt och varför det hänt för att kunna vidta lämpliga åtgärder för att en liknande händelse så långt det är möjligt ska kunna förebyggas och hindras ifrån att inträffa på nytt. Utredningen avslutas genom att områdeschef, KMA chef och VD tar ställning till huruvida händelsen utgör ett allvarligt missförhållande/påtaglig risk för allvarligt missförhållande eller inte. Allvarliga missförhållanden/risker anmäls till IVO och i förekommande fall och informeras till beställande kommun.

¹² [SOSFS 2011:9](#)

¹³ [SOSFS 2011:5](#)

Lex Maria

Vårdskador eller risker för allvarliga vårdskador rapporteras direkt till MAS och ska snarast dokumenteras i avvikelssystemet. Först säkerställer MAS att akut vidtagna åtgärder är tillräckliga för att inte händelsen ska kunna upprepas eller förvärras, därefter påbörjas en utredning enligt lex Maria (HSLF-FS 2018:41)¹⁴ (IVO)¹⁵.

Syftet med utredningen är att klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som påverkat det, samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska förhindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

När utredningen är klar tas beslut av MAS om ärendet ska skickas in som en lex Maria anmälan till IVO enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659)¹⁶ eller när det gäller medicintekniska produkter till Läkemedelsverket (SOSFS 2008:1)¹⁷. Fogdaröd är skyldig att också informera patient och eventuellt närstående samt handläggare i hemkommunen om att en lex Maria utredning pågår samt att en anmälan skickas in till IVO. Utredningar enligt Lex Maria ska enligt specifika avtal också rapporteras till berörd kommuns MAS eller handläggare.

Klagomål och synpunkter

Att ta emot och hantera klagomål och synpunkter från våra kunder (boende/brukare/elever) eller närstående är en självklar del av vår avvikelshantering enligt (SOSFS 2011:9)¹⁸ och är en viktig källa för förbättringar. Information om möjligheterna att framföra synpunkter ges vid första mötet med kunden när den flyttar hit. Synpunkter och klagomål framförs, analyseras och återkopplas på följande sätt:

- ❖ Den enskilde/anhöriga/företrädare kan framföra sina synpunkter eller klagomål direkt till personalen
- ❖ Den enskilde/anhöriga/företrädare kan framföra synpunkter via brev, mail eller sms.
- ❖ Den enskilde/anhöriga/företrädare kan framföra synpunkter via hemsidan med direktlänk till formuläret

Klagomål/synpunkten från kunder och deras närstående besvaras snarast på ett lämpligt sätt och med hänsyn till klagomålets art och den enskildes förmåga att tillgodogöra sig informationen. KMA chef utreder vad som inträffat och i förekommande fall redogör för vilka åtgärder som verksamheten avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen. Vid allvarliga klagomål kan en utredning av Lex Sarah eller Lex Maria öppnas. Sammanställningen rapporteras halvårsvis till ledningsgrupp, centralsamverkan samt styrelse.

¹⁴ [HSLF-FS 2018:41](#)

¹⁵ [IVO Anmälan Lex Maria](#)

¹⁶ [Patientsäkerhetslagen 2010:659](#)

¹⁷ [HSLF-FS 2021:52](#)

¹⁸ [SOSFS 2011:9](#)

Kunskap och kompetens

Varje verksamhet är ansvarig för att anställa personal med den yrkeskompetens som uppdraget och avtalet kräver, liksom att ge personalen den kompetensutveckling som behövs.

Utöver detta så har Fogdaröd utvecklat Yrkesresor för de olika verksamheterna som är en kompetensutvecklingsplan från första anställningsåret upp till 5 år. Här finns fysiska utbildningar, webbutbildningar, litteratur m.m. som ska ge den grundkompetens som behövs för ett gemensamt arbetssätt.

Vi utbildar kontinuerligt i Tydliggörande pedagogik och Lågaffektivt bemötande och utöver detta har varje verksamhet utbildningar efter inriktning, t.ex. har demensboendena BPSD utbildningar.

SoL, HVB och LSS jobbar med standarderna vilket kompetensutvecklar i allt från lagstiftning till arbetssätt.

2023 skapades Fogdarödsakademin, ett webbibliotek där länkar till utbildningar, filmer och föreläsningar finns både kring arbetssätt, bemötande, arbetsmiljö och riktlinjer från IVO och Socialstyrelsen.

Under 2025 kompletterades akademien med VC appen där personal när helst de behöver kan se kortare instruktionsfilmer för olika moment i arbetet men också gå utbildningar tex. delegeringsutbildning, basal hygien, dokumentation, demens, funktionsnedsättning mm. Man kan även trycka ut QR koder och sätta på hjälpmedel så att personal kan få instruktioner att använda hjälpmedlet på rätt sätt.

Teknik/välfärdsteknik

I linje med Fogdaröds vision så tittar vi efter välfärdsteknik som kan gynna både boende och personal. Vi har bland annat börjat installera hygientoaletter som är höj- och sänkbara.

Vi har länge sökt kamerateknik som är godkänd juridiskt för boende på demensboende som inte vill bli störda på natten vid tillsyn och vi har ett samarbete med vår larmleverantör kring teknik för fallprevention.

Vi har e-smiley som är ett egenkontrollprogram för kök och temperaturmätning av livsmedel.

Cheferna har fått tillgång till Plandisc som är ett planerings och uppföljningsverktyg.

Vi använder oss nu av IA systemet för anmälan av tillbud och arbetsskador.

VC appen ger instruktioner i direkta situationer och utbildningar till personal.

Samverkan

Kund

Vårt arbete utgår från en personcentrerad vård och omsorg där vi strävar efter att synliggöra hela personen och lägger lika stor vikt vid psykiska, sociala och existentiella behov i lika hög utsträckning som fysiska behov.

Vi jobbar utifrån att skapa så stor delaktighet för den enskilde i den vård, omsorg eller behandling som denne har. Detta kan vara genom husmöten, delaktighet i sin genomförandeplan och uppföljningar m.m.

Personal

Bredden på verksamheter möjliggör och kräver samverkan inom företaget. Våra medarbetare bidrar hela tiden med att anpassa verksamheterna utefter behoven hos de som vi finns till för. Vi har samverkansavtal med Kommunal vilket bidragit till positiva effekter som förbättrad kommunikation och dialog. Detta har möjliggjort öppenhet, ömsesidig förståelse och effektiv problemlösning. Genom att samarbeta har arbetsgivare och fackförbund kunnat identifiera och lösa gemensamma utmaningar och problem på arbetsplatsen. Detta har lett till ökad effektivitet och bättre arbetsmiljö för alla involverade parter. Det har också ökat medarbetarinvolvering och delaktighet i beslutsprocessen. Genom att ge medarbetarna en röst och inflytande har det skapat ett ökat engagemang för verksamheten. Genom samarbete kring arbetsmiljöfrågor har arbetsgivare och fackförbund även kunnat identifiera risker och förbättringsområden för att skapa en säkrare och mer hälsosam arbetsmiljö för alla anställda.

Andra vårdgivare

En del i patientsäkerhetsarbetet är hur Fogdaröds verksamhet för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare enligt SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

- ❖ Överenskommelse finns som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne
- ❖ Samverkan vid Utskrivning från sjukhuset (SVU) Mina Planer
- ❖ Lokalt avtal med Kry om läkarmedverkan för rådgivning, stöd och fortbildning.
- ❖ Riktlinjer för uppsökande tandvård i Skåne Oral Care finns och erbjuds kontinuerligt.
- ❖ APT/Teamträffar/Metodträffar sker kontinuerligt. Samtlig legitimerad personal har APT minst åtta ggr/år.
- ❖ Legitimerad personal har medverkat ute på verksamheternas APT. Detta för att diskutera och samverka kring patientsäkerhetsfrågor, basalhygien m.m.
- ❖ Sammanhållen individuell plan (SIP) upprättas mellan region, uppdragsgivande kommun och Fogdaröd.
- ❖ Förebyggande kontroller av medicintekniska produkter har genomförts av arbetsterapeut enligt rutin.

¹⁹ [SOFS 2011:9](#)

- ❖ Besiktning av lyftar och förebyggande underhåll av rullstolar och vårdsängar sker årligen av hjälpmedelsleverantör enligt avtal. Avvikelse skickas till leverantör när detta inte skett enligt avtal. Periodisk lyftsesinspektion av förskrivna lyftselar har skett en gång/halvår.
- ❖ Apoteket AB granskar läkemedelshanteringen.

Mångfald och jämställdhetsarbete

Fogdaröds värdegrund och vision går hand i hand med grundtanken om jämställdhet och allas lika värde. Jämställdhets- och mångfaldsarbetet på Fogdaröd innefattar alla som verkar inom vår organisation - var och en har ansvar för sina attityder, handlingar och bemötande.

För Fogdaröd är jämställdhet mer än enbart män och kvinnors lika värde – med jämställdhet och mångfald menar vi att alla människor har lika värde oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, sexuell läggning, ålder, etniskt eller socialt ursprung, religion eller annan trosuppfattning, politisk uppfattning eller funktionsnedsättning.

Vårt fokus ligger alltid på att se individen och att bemöta var och en utifrån individuella behov och önskemål och i detta arbete är jämställdhet och genusperspektivet en viktig aspekt för oss. Det är viktigt att alla i verksamheten känner till vår värdegrund och kopplingen till jämställdhet och mångfald och har med sig detta i det vardagliga arbetet.






Informationssäkerhet

Försök till dataintrång och nätfiske har ökat otroligt mycket. Vi stärker upp vår IT miljö för att undvika att bli drabbade av kapningar och intrång.

På Fogdaröd har vi ett Dataskyddsbud/Personuppgiftsansvarig som varje år:

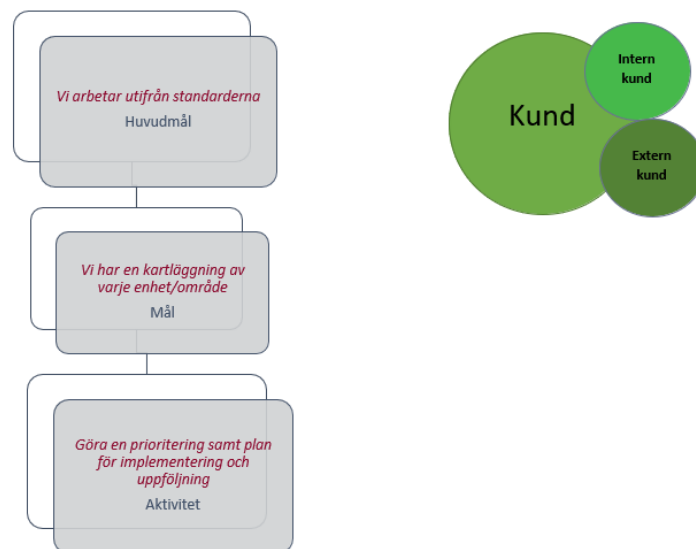
- ❖ Gör egenkontroller på alla enheter hur man förvarar GDPR uppgifter
- ❖ Informerar/utbildar om regler och rutiner på APT
- ❖ Uppdaterar våra styrdokument kring GDPR och informationssäkerhet
- ❖ Fattar beslut om en avvikelse ska anmälas till Integritetsskyddsmyndigheten som personuppgiftsincident.
- ❖ Följer upp personuppgiftsincidenter med avsikt att skapa lärande
- ❖ IT enheten har gjort riskanalys på placering av data, dataförlust, intrång (hacking), brand och strömavbrott
- ❖ Alla behörigheter i journalsystemet går igenom 1ggr/år och åtkomsten till systemet är IP styrt.
- ❖ Vi har anmält oss till NIS2

Fogdaröds övergripande mål

- 
Kund: Fogdaröd är kvalitetsledande inom kognitiv och social problematik.
- 
Personal: Fogdaröd är en attraktiv arbetsplats för medarbetare som med intresse, kunskap och engagemang vill arbeta med vår målgrupp samt vara delaktiga i sin egen och verksamhetens utveckling.
- 
Marknadsföring: Fogdaröd är erkänt för kvalitetsledande arbete med kognitiv och social problematik.
- 
Ekonomi: Fogdaröd återinvesterar allt överskott i verksamheten och har en ekonomi i balans.
- 
Miljö och hållbarhet: Fogdaröd bidrar till en hållbar framtid

Resultat övergripande

Kund



Standardarbete

Målet för våra verksamheter SoL-demens, LSS och HVB är att jobba utifrån de olika standarderna och att kunna bli certifierade. Det finns ingen standard för socialpsykiatri än men för att de inte ska

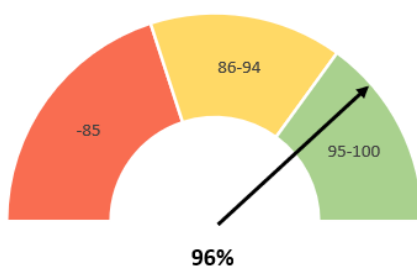
halka efter så följer de LSS standarden där det är förenligt. Vårt uppdaterade ledningssystem kommer att följa standarderna.

Dokumentation

Det dokumentationssystem som Fogdaröd använder sig av är Rätt Spår. Personal ska ha kunskap om vad som ska dokumenteras, när ska det dokumenteras och var det ska dokumenteras. Det som avviker ifrån riktlinjer, rutiner och planer enligt HSL, SOL och LSS är en avvikelse och ska dokumenteras i Rätt Spår. För att säkerställa att ny personal får tillräcklig kunskap om Rätt Spår finns det olika moment som ska göras i checklistan för nyanställd.

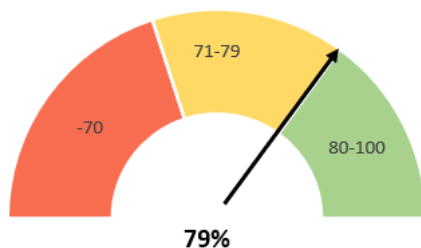
Dokumentationen granskas kontinuerligt av chef och biträdande. Särskilda granskningar görs av KMA chef t.ex. om alla har aktuell GFP, om samtycke är inlagt osv. Alla vård- och omsorgsenheter har en dokumentationsansvarig som granskar sin enhets dokumentation efter en mall och kommunicerar detta med KMA chef. Det som granskarna/KMA chef har sett har sedan kommunicerats på enheternas APT:er.

Genomförandeplan



Vårt nya journalsystem påminner när en genomförandeplan behöver uppdateras. Det vi fortsatt behöver jobba på är hur man skriver mål och följer upp dessa och dokumenterar med rätt sökord. Sökordsanvändningen behöver bli bättre i flera verksamheter för att det ska bli lättare att följa upp insatser. Nästa års fokus är kvaliteten på utformningen och uppföljningen av målen.

Deltagande i Nöjdhetsenkäten totalt för alla verksamheter



Nöjdhetsenkäterna görs anonymt men lämnas enhetsvis för att man ska kunna åtgärda där man ser att siffrorna är låga. Vi vill att så många som möjligt ska säga sin åsikt och hjälpa oss att utveckla vår verksamhet. Enkätsvaren redovisas per verksamhet och jämförs med andra i Öppna jämförelser. Enkäterna finns i tre utföranden, med enbart text, en med smileys och en med bilder. 79% gjorde boendeenkäten vilket är 2 % mer än i fjol och 78% av de som är på DV gjorde enkäten. En del kan inte svara pga sjukdom och några har avböjt att svara.

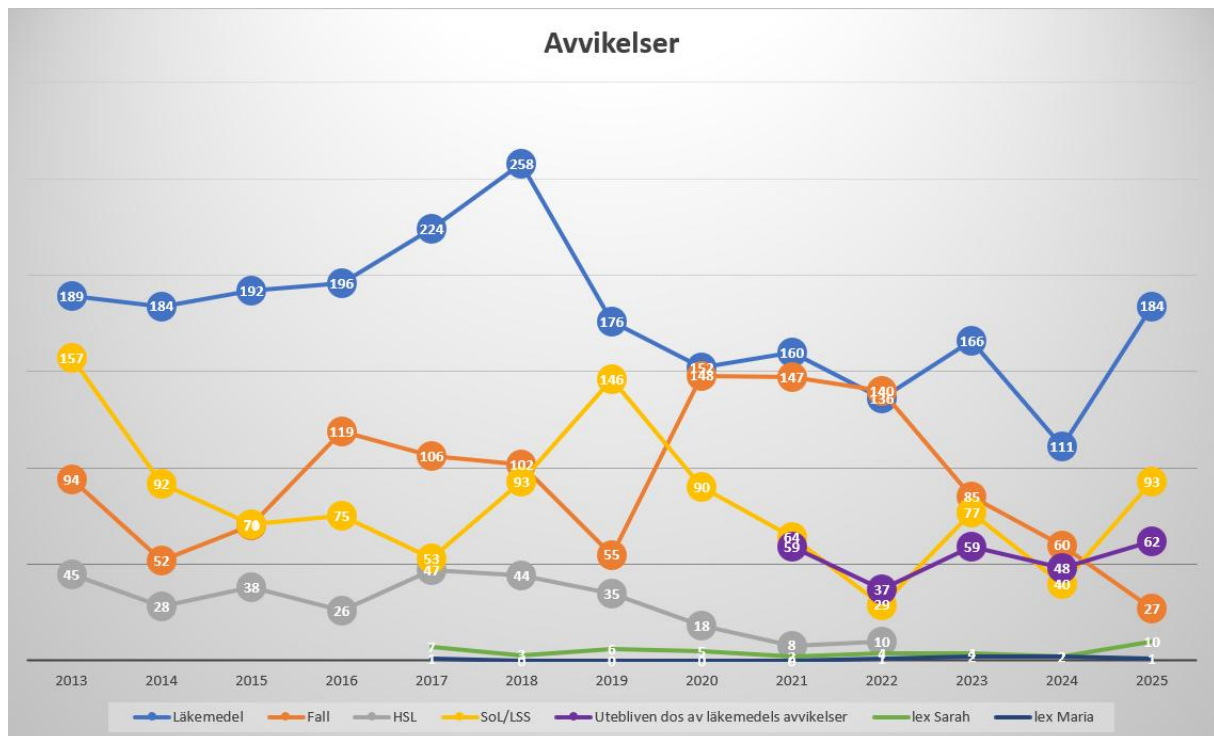
Andel sjuksköterska/kund

Vi har två sjuksköterskor dagtid och beredskap på kvällar, nätter och helger. Totalt blir detta 5,2 heltidstjänster. Om man räknar hur mycket tid dagsjuksköterskorna har per kund blir det vid full beläggning 1h och 21 min/kund i veckan eller 16 min/dag (mån-fre). Detta inkluderar dokumentation, beställningar, vårdkontakter, teamträffar och direkt kontakt med personal och kunder.

Andel arbetsterapeut

Vi har två arbetsterapeuter en på SoL och en på LSS och psykiatri som gör bedömningar, provar ut hjälpmedel, har aktiviteter och är med på teamträffar kring de boende.

Antal avvikelser för 2025



En lex Maria och tio lex Sarah utredningar är gjorda men ingen var så allvarlig att den gick vidare till IVO. Även en Lex Maja är gjord. Att det är fler utredningar beror på att vi blivit bättre på att utreda enligt Lex Sarah även om det inte är något som är så allvarligt att det går vidare.

Vi har fått in 7 klagomål/synpunkter under året

Vi har haft 184 läkemedelsavvikelser av dessa är utebliven dos 62 st. Detta är en låg siffra då vi har ca 80-90 000 administreringar/år (ca 0,07% uteblivna doser). De övriga avvikelserna är utspottade /hittade tabletter, fel i dosett, fel på medicinlista mm så det är sånt som rör medicinhanteringen men som inte är felaktig eller glömd medicinering.

Vi har haft 27 fall under året. Antal fall går upp och ner under året och beror på var i sin sjukdom kunderna på demensenheterna är. Vi jobbar mycket med fallprevention i teamet kring kunderna (personal, sjuksköterska och arbetsterapeut) för att förebygga fall och konsekvenserna av fall.

För enheter med HSL insatser

Alla har fått en kontinuerlig läkemedelsgenomgång. På SoL-demens görs en Phase20 (symtomskattning) inför genomgången och på LSS och psykiatri görs en UP001 (årlig hälsokontroll). Våra sjuksköterskor medverkar på enheternas APT och går igenom avvikelser, utbildar i basal hygien och är med på genomgång av kunderna.

Vi har fått en ny MAS under året.

Vi har köpt in VC appen där personal kan få instruktioner och handledning i realtid i form av korta videofilmer på 3-5 min och där det finns längre utbildningar i dokumentation, funktionsnedsättningar mm och delegeringsutbildningen görs nu i VC appen innan personen delegeras av SSK.

Apotekstjänst har varit och gått igenom läkemedelsrutinerna och åtgärder är insatta på de synpunkter som kom upp.

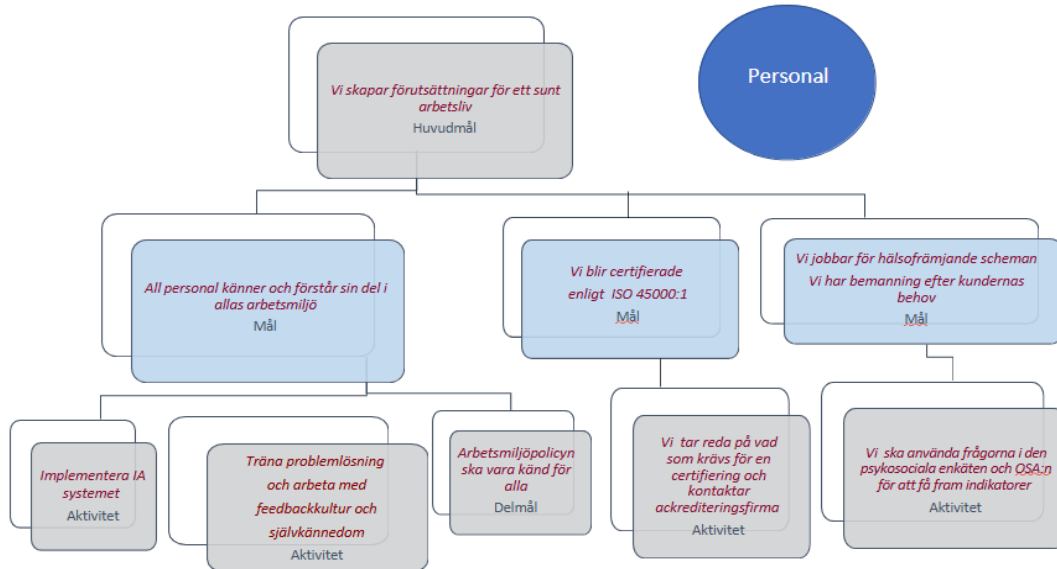
Vi har börjat att gradera avvikelserna efter allvarlighetsgrad för att ytterligare kunna analysera och utvärdera vad vi behöver ha fokus på. I analyserna av avvikelserna för 2025 sticker två enheter ut med fler uteblivna doser än övriga och här har det upprättats handlingsplaner som kommer att följas upp löpande.

Alla processer och rutiner kommer att gås igenom eftersom vi kommer att uppdatera vårt kvalitetssystem och göra det processtyrt.

Vi har satt som mål att minska antalet uteblivna doser med 10% för 2026. Personalen på SoL-demens ska ta liftkörkort för att kvalitets höja och undvika att hjälpmedlen används på felaktigt sätt.

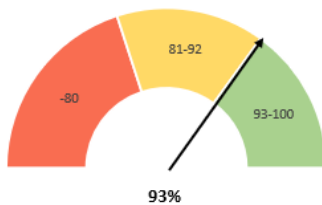
Se [Patienssäkerhetsberättelse](#)

Personal



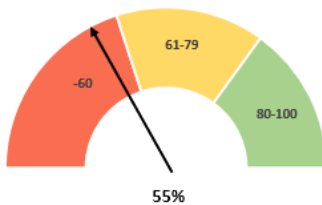
respekterade och uppskattade och detta mäter vi både genom frisktal och i den psykosociala enkäten.

Frisktal



Vi landar på ett litet högre frisktal än i fjol med 93% (vi låg på 92% i fjol)

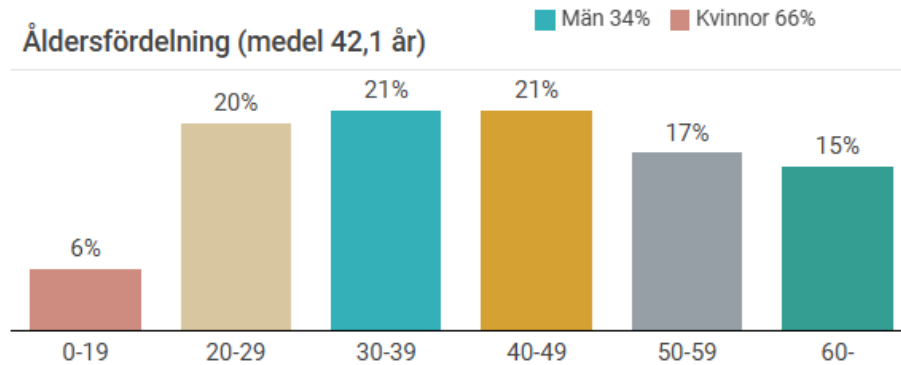
Friskvårdsbidrag



Använt friskvårdsbidrag: 55% vilket är en minskning med 7%

Vi har gjort den psykosociala enkäten 2ggr under 2025. Under våren svarade 109 personer på den och under hösten svarade 111 st. Personalen tycker att den enkät som vi använder nu (Prevents) är lättare att fylla i. Resultaten går igenom på samverkansmötet och nya arbetsmiljömål sätts upp.

Jämställdhet och medelålder



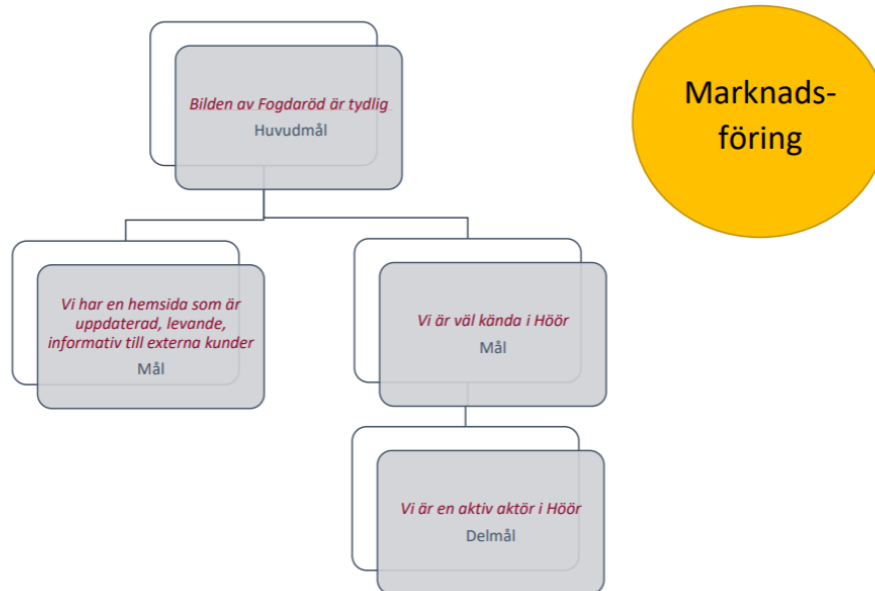
Styrelse: I styrelsen är det 62,5% kvinnor och 37,5% män medelåldern är 67 år

Personalomsättning totalt på företaget: Den totala personalomsättningen var 17,56% (13,7 % 2024)

Systematiskt arbetsmiljöarbete Den årliga genomgången av det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) visar att verksamheterna har bra rutiner för arbetsmiljöarbetet och har fått in det i sina årshjul. Det är inrapporterat 79 tillbud, 89 arbetsskador, 5 riskobservationer och ett färdolycksfall under 2025 i IA systemet. Vi ha haft 3 olycksfall/arbetsskador med frånvaro.

Vi har länge jobbat med medarbetarnas arbetsmiljö men har inte tittat så mycket på chefernas. Under 2023 och 2024 jobbade vi med Chefoskopet för att fånga våra chefers arbetsmiljö. Resultatet av det arbetet skapade en prio ordning där bemanning och bemanningssystem hamnade absolut högst upp för det tar väldigt mycket av chefernas tid (tidsredovisnings system Flex, ringa in vikarier, intervju mm). Där efter kom mer stöd vid personalärenden, en bättre budgetförståelse (mer detaljerad redovisning) och ett jourssystem. Vid uppföljning under 2025 uppgavs att budgetförståelsen har den ökat mycket under året och cheferna tycker att de kan få stöttning och hjälp med budgetfrågor löpande, även stödet vid personalärenden har ökat och ses inte längre som ett problem. Organisationen för vikarietillsättning har förändrats och en ny modul för vikarietillsättning i Flex systemet testas.

Marknadsföring



Sociala medier

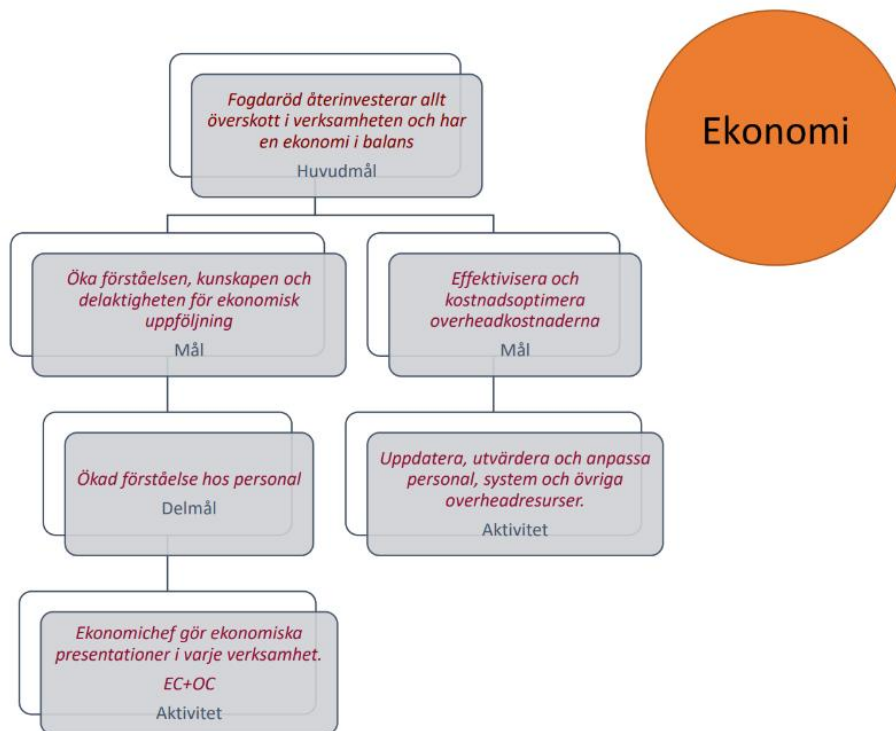
Både på Facebook och Instagram lägger både företaget och vissa enheter ut nyheter. Föregående år inom parentes

- ❖ Följare på Instagram 298 st (252)
- ❖ Följare på Facebook 491 st (422)
- ❖ Följare på LinkedIn 173 st (152)
- ❖ Inlägg på Instagram 422 (52)
- ❖ Inlägg på Facebook 1200 (60)
- ❖ Inlägg på LinkedIn 1655 visningar (2536)

Fogdaröds museum

2023 invigdes även Fogdaröds museum. Genom att ha en attraktiv och informativ utställning kan vi locka både lokalbefolkningen och turister att besöka museet och lära sig mer om Fogdaröd. Detta ger oss en möjlighet att berätta vår historia, vår filosofi och våra värderingar på ett engagerande sätt, samtidigt som vi ökar medvetenheten om våra tjänster och verksamhetsområden. Vi har haft några besökare vars släktingar har bott på Fogdaröd och som uppskattat utställningen mycket. Vi hoppas även att utställningen ska öka intresset för vår verksamhet och locka nya kunder och samarbetspartners.

Ekonomi

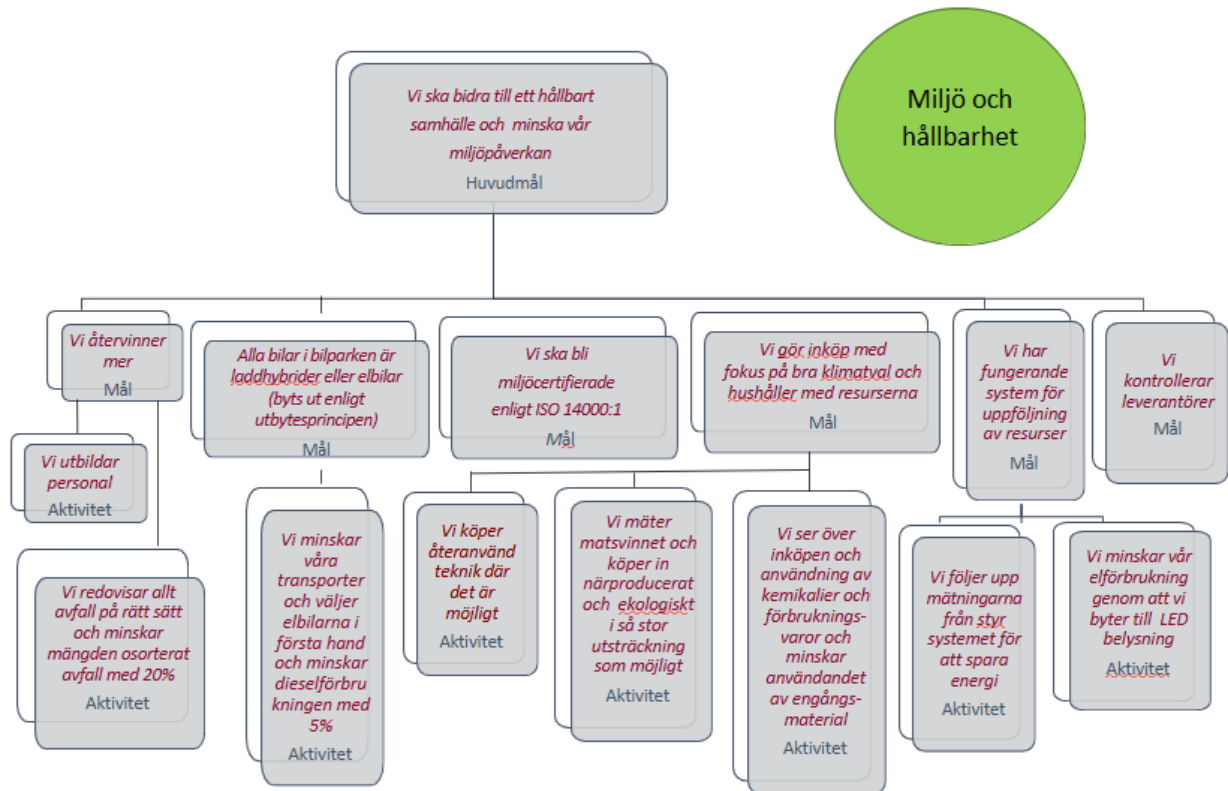


Målet är ett överskottsmål på 3% i snitt under en femårsperiod och en soliditet på 45%

Beläggning för 2025: 68,31%

Effektivitet/system: Nytt ekonomisystem är installerat, VC appen (informations och utbildnings app) togs i bruk i april.

Inköp enligt rutin: Vi har haft uppföljning med leverantörer och både sett över våra produkter så att vi gör bra miljöval men också upphandlat produkter som är bra ur ett ekonomiskt perspektiv.



Hållbarhet och miljö

På Fogdaröd arbetar vi aktivt med att implementera åtgärder som minskar negativ påverkan på miljön och främjar som främjar långsiktig hållbarhet inom alla områden. Det inkluderar att minska koldioxidutsläpp, minska avfall och använda resurser mer effektivt, samt att integrera hållbarhet i företagets affärsstrategi och beslutsfattande.

Vi har utbildat en KMA chef under året, startat en miljögrupp där alla verksamhetsområden är representerade och som kommer att jobba med såväl övergripande miljöfrågor som verksamhetsanknutna. Vi har även gett all fast personal miljöutbildning och diskuterat såväl globala konsekvenser till vad vi kan påverka i form av förbrukning, val av produkter och avfallshantering.

Miljögruppen har gjort en Scope 1-3 analys som visar att vi har flest CO₂e utsläpp i Scope 3 och att det är där som vi kan påverka mest. En miljöaspektsanalys är gjord där vi börjat få fram indikatorer och har utifrån detta föreslagit nya miljömål för 2026. Vi har 2024 som vårt basår eftersom vi inte har kunnat få ut CO₂e redovisning på inköp tidigare. Vi ligger på för att alla våra leverantörer ska kunna

redovisa detta. Miljögruppen kommer att följa upp miljömålen under året och se till att nödvändiga rutiner och handlingsplaner skapas.

Vi har framför allt tittat på inköp, avfall och cirkulering men ska även börja titta på hur vi mer kan bidra till den biologiska mångfalden. Vi har en biodling, skolan odlar såväl blommor som grönsaker, inga miljöfarliga kemikalier får användas i trädgården utan bekämpning av ogräs på gångar mm görs med mekanisk bearbetning. I växthuset använder man biologisk bekämpning vilket innebär att man använder naturliga fiender som insikter för att kontrollera skadedjur på växter.

Målet som vi hade att alla bilar i bilparken skulle vara hybrider eller elbilar 2025 uppnådde vi inte men målet kommer att uppnås genom utbytesprincipen. Vi har 11 bilar i bilparken varav 3 är elbilar (27%). Den totala resmängden på företaget har ökat men eftersom vi bett alla att i första hand använda elbilarna så har CO₂e utsläppet minskat med 7,3 ton. Vi har utbildat all personal och en sak som vi särskilt poängterar då är användandet av engångsmaterial, rätt dosering av rengöringsprodukter och sopsortering. Vi har tagit bort Klorin ur systemet och har gått från 107 liter 2023 till 0 liter 2025.

De flesta av våra byggnader får värme från luftvärmepumpar men vi har också bergvärme som förser några av husen med värme och en pelletspanna som värmer upp växthuset och huvudbyggnaden. Målet med solcellerna som vi investerade var att de skulle driva värmepumparna. Vi har fler värmepumpar nu än när vi satte målet (då hade vi D-G och Allhuset). Solcellerna står för 79% av uppvärmningen för D-H och Allhuset. Bergvärmens har gett 2,98 MWh under 2025 sammanlagt täcker detta 75% av uppvärmningen för A-C. Totalt står solenergi och bergvärme för 80,5% av uppvärmning och varmvatten för hus A-H och Allhuset (Steket).

Vi energieffektiviserar efter hand genom att tex byta ut befintlig belysning till LED och ett övervakningssystem är installerat som övervakar både värme och ventilation vilket gör att onödig drifttid minimeras och vi sparar energi.

Vår vattenförbrukning ligger på 70676 kbm vilket är ungefär samma som i fjol (200 kbm lägre)

Vi har registrerat det miljöfarliga avfall som vi har i form av lysrör, skärande och stickande föremål (gula burkar), färgrester, spillolja och lim till Naturvårdsverket.

I affärsplanen finns även ett uttalat mål att sträva efter miljöcertifiering och standarder, som ISO 14001, vilket kommer att hjälpa oss att upprätthålla en än högre miljöprestanda och kontinuerligt förbättra vårt miljöarbete. [Se Miljörapporten](#)

Resultat verksamheterna

Boende för personer med kognitiv svikt/demens (SoL)

Vi hade i början på året fyra enheter särskilda boenden och korttidsplatser men under året så har ett av boendena växlat över och blivit ett stödboende istället för ett SÄBO vilket innebär att vi numera har 10 SÄBO platser mindre (totalt 29 platser SÄBO och korttidsboende) och istället 10 stödboendeplatser. På SÄBO erbjuder vi boende för yngre och äldre personer med olika demenssjukdomar, eller annan kognitiv svikt och relativt ofta i kombination med beteendepsykiatrisk problematik, i en trivsamt såväl inre som yttre miljö. Alla boendena ligger på markplan och alla lägenheter har en egen uteplats och här erbjuds alla daglig utevistelse. Vi har under året renoverat de lägenheter som varit lediga och även gjort individuella lösningar för kunder som är känsliga för stimuli eller har hög BPSD problematik.

Även under hösten tittat på hur vi kan göra lokalerna ljusare och trevligare och därför har vi startat en arbetsgrupp där personal från de olika enheterna på SÄBO är med och framför sina idéer och tankar hur inommiljön på enheterna ska kunna förbättras.

Arbetet på boendena bedrivs enligt personcentrerad omvårdnad. Genom att anpassa bemötande och arbetssätt efter hur personen upplever sin verklighet blir omvårdnaden och vårdmiljön personlig. Vi använder oss av tydliggörande pedagogik och ett lågaffektivt bemötande.

Våra team bestående av sjuksköterska, Silviasyster, undersköterskor, arbetsterapeut och områdeschef som har som mål att se och förstå hela människan i hans situation och där fokus är varje persons resurser. Genomförandeplaner och vårdplaner upprättas görs och följs upp regelbundet av teamen. Risk och handlingsplaner samt bemötandeplaner görs utifrån varje individ och behov vilket man får fram genom BPSD skattningar. Vi bemannar utifrån hur många kunder och vilken problematik det finns hos kunderna och personalen använder ett färgschema som ger en struktur i arbetet.

Mål för året

Att arbeta efter äldreomsorgs standarden för följer man Svensk standard är det den högsta kvalitetsstämpeln vi kan få och äldreomsorg standarden är omfattande. Vi har jobbat med att få ledningssystemet att följa standarden och har kopplat utbildningar och information i VC appen till de olika standard delarna. Målet är givetvis en certifiering.

Att alltid hålla en hög kvalitet är ett ständigt mål och vi jobbar för att marknadsföra oss mot fler kommuner än de som vi levererar tjänster till idag. Vi har regelbundna uppföljningar med handläggarna om de kunder som bor hos oss och vi tar kontakt vid lediga platser.

Vi arbetar aktivt med BPSD och all ordinarie personal är nu BPSD administratörer vilket är en kvalitetshöjning i verksamheten. Vi har i år i dokumentationen arbetat särskilt med avvikelser och

vikten av att skriva avvikelser, även detta för att kunna hitta var det brister när det brister i något och kunna sätta in åtgärder.

Vi har som mål att minska sjuktalet för personalen och har jobbat intensivt med omtankessamtal för att kunna fånga personer tidigt vid ett sämre mående. Vi har även arbetet med arbetsmiljöfrågor och att alla är varandras arbetsmiljö så att personal känner till och förstår sin del i detta. Vi har arbetat extra med värdegrundsordet ansvar och med kommunikation mellan kollegor för att klargöra vilka förväntningar man har på varandra och få en bättre teamkänsla.

Varje enhet har haft miljöutbildning och målet är att vi ska bidra till ett hållbart samhälle och minska vår miljöpåverkan vilket vi främst kan göra genom att sortera soporna rätt, dosera rengöringsprodukter rätt och minska avfallet.

Vi såg i nöjdhets enkäten att vi hade lägre resultat på mat, aktivitet och ensamhet så därför har det blivit fokusområden för oss. Vi har mätt matsvinn under två veckor på enheterna och tagit fram vilken mat som är mest populär och mat som inte är så bra eller populär för våra äldre. Aktiviteter har gjorts mer individanpassade för de kunder som är känsliga för stimuli och behöver aktiveras enskilt el i väldigt liten grupp. Känslan av ensamhet berodde på olika saker och kräver därför olika åtgärder, en del saknade sina anhöriga, andra upplevde att man inte hade mkt gemensamt med andra på boendet och här blir egentiden med kontaktpersonalen viktig och att man gör åtgärder utifrån varje persons behov.

Avvikelser SOL/ HSL samarbete med SSK och AT

Kompetensutveckling

Vi har utbildat all ordinariepersonal till BPSD administratörer och har även börjat att utbilda en del timanställda i detta.

Vi har skaffat VC appen där personal förutom instruktionsfilmer kan göra olika utbildningar och där bla delegeringsutbildningen görs. Denna app gör det möjligt för personal att i realtid få instruktioner i form av korta video filmer för de flesta göromål i vardagen. Här finns allt från att koka ägg till arbetssätt och hur man använder hjälpmedel. I appen finns även utbildningar i tex basalhygien, demens och palliativ vård.

Biträdande chef har gått Studie 3 utbildning för instruktörer och ska nu i sin tur kunna utbilda personalen.

Personalen har gått webbutbildningen "Mat på äldre dar".

För den personal som nu kommer att arbeta på stödboende erbjuds Socialpedagog utbildning.

Utvecklingsområden och framtidsplaner

Vi kommer att strukturera om arbetet med BPSD så det blir mer effektivt och användbart för alla medarbetare och gynnar kunderna på ett bättre sätt parallellt arbeta med Senior Alert

Vi vill göra enheterna ljusare, trevligare och mer välkomnande både för kunder och personal och mer funktionella för personal att arbeta i. Detta tänker vi försöka att göra med en ombyggnation som ger öppna receptioner och större tvättstugor.

Vi kommer fortsatt att arbeta med sjukfrånvaron och omtankessamtal med personalen och samtidigt med uppförandekoder, spelregler och arbetsmiljö.

Vi ska följa upp checklistorna vid bredvidgång på ett mer strukturerat sätt så att uppföljningen med chef efter bredvidgången alltid blir inbokat.

Vi startade en arbetsgrupp i december där vi ska hitta en bättre struktur att arbeta med BPSD parallellt med Senior Alert så att de följer varandra och att även målen i genomförandeplanen är kopplade till BPSD.

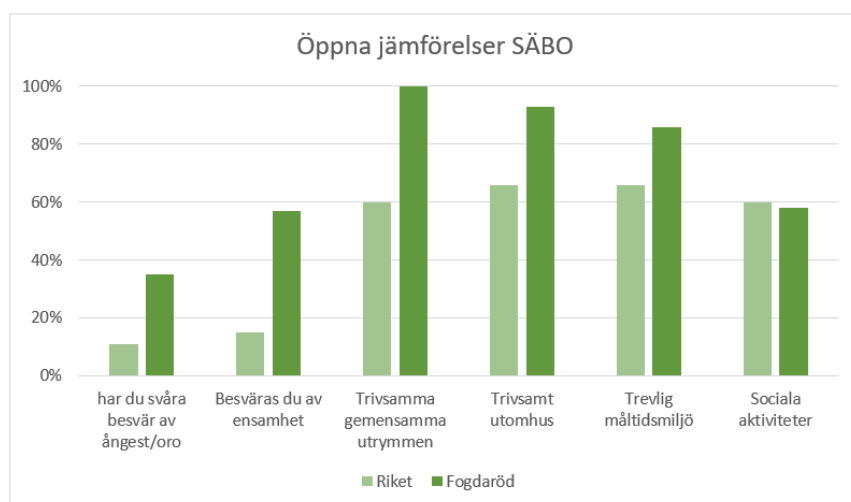
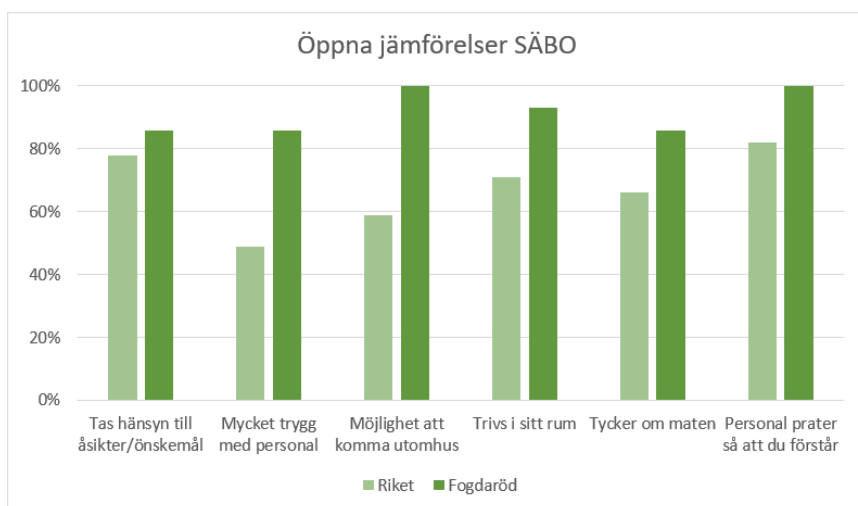
Personalen ska få Studie III utbildning.

Öppna jämförelser

BMI under 22: Där ligger vi på 10% och genomsnittet för demensboende i alla kommuner på 35,5% (för 2024 de har ej lagt ut siffrorna än för 2025 än)

Trycksår: Där ligger vi på 0% genomsnittet för demensboende i alla kommuner på 8,1% (2024 de har ej lagt ut siffrorna för 2025 än)

I februari gjordes brukarenkäten som vi sedan jämför med Öppna jämförelser här är några delar



LSS boende och DV

Vi vänder oss till personer från 18 år med autism, utvecklingsstörning och psykiska funktionshinder. Vi driver 3 enheter med tillstånd bostad med särskild service samt en daglig verksamhet.

Arbetsätt och metoder

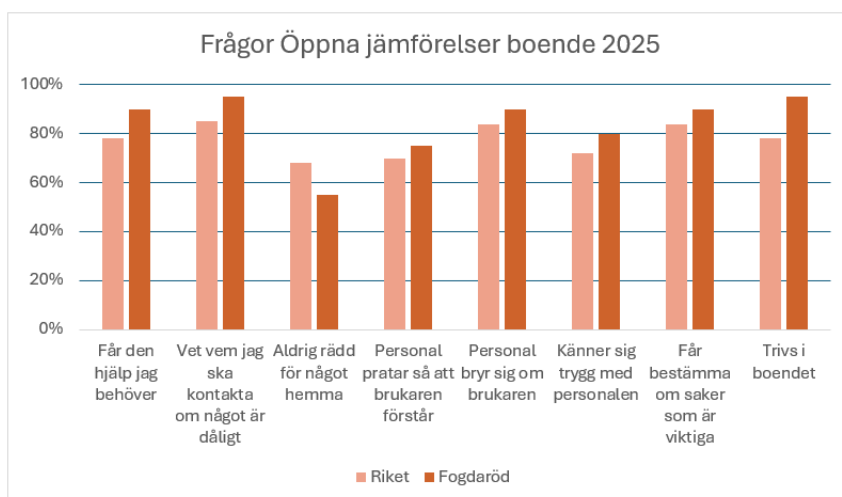
Med hjälp av tydliggörande pedagogik och ett lågaffektivt bemötande ger vi verktygen till en fungerande vardag. Stödet och innehållet anpassar vi tillsammans utifrån kundens kognitiva förmåga och det psykiska måendet.

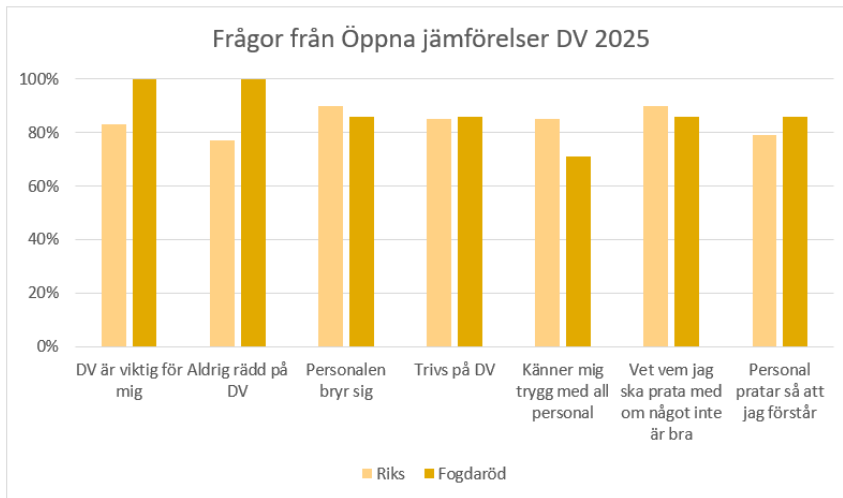
Genomförandeplaner och vårdplaner upprättas och följs upp regelbundet av teamen. Fokus under 2025 har varit att tydliggöra arbetet med genomförandeplaner för all personal så det bli mer användarvänligt och begripligt. Den röda tråden från uppdragsgivarens övergripande mål ner till varje kunds individuella mål och insatser blir tydligare. Parallellt arbetar vi med och utvecklar metoder såsom stresstermometer, beteenderegistrering, samtalsmatta och sociala berättelser/manus.

Kompetensutveckling

Här finns omfattande kunskap, kompetens och engagemang, och miljöer som är utöver det vanliga. Huvudmålet för LSS verksamheterna har under 2025 fortsatt varit att certifiera oss via LSS standarden. Under året har vi i verksamheten arbetat vidare med yrkesresan som fått nytt innehåll i form av kortare utbildningar via vårt nya verktyg VC appen. Medarbetarna har tagit fram nya individuella kompetensutvecklingsmål via medarbetarsamtalen med utgångspunkt i yrkesresan. Extern handledning med utgångspunkt i lågaffektivt bemötande och tydliggörande pedagogik har genomförts för alla personalgrupper.

I februari gjorde vi vår nöjdhetsenkät som vi sedan jämför med Öppna jämförelser





Mål för året

Vi har valt att börja omarbete vårt kvalitetsledningssystem för att matcha standardens krav i process och rutinuppbyggnad vilket beräknas vara färdigt innan sommaren 2026.

LSS har under 2025 gått bra. Behovet av LSS-platser är fortfarande stort och vi har haft en rad förfrågningar. Sista kvartalet såg vi dock en minskning av placeringsförfrågningarna. Vi är välkända i flera kommuner och de är nöjda med omsorgen vi ger. Detta får vi till oss av såväl handläggare, anhöriga och de enskilda kunderna.

Socialpsykiatri

Socialpsykiatrin vänder sig till målgruppen vuxna personer med psykisk ohälsa.

Arbetsätt och metoder

Med hjälp av tydliggörande pedagogik och ett lågaffektivt bemötande ger vi verktygen till en fungerande vardag. Stödet och innehållet anpassar vi tillsammans utifrån kundens kognitiva förmåga och det psykiska måendet.

Genomförandeplaner och vårdplaner upprättas och följs upp regelbundet av teamen. Fokus under 2025 har varit att tydliggöra arbetet med genomförandeplaner för all personal så det bli mer användarvänligt och begripligt. Den röda tråden från uppdragsgivarens övergripande mål ner till varje kunds individuella mål och insatser blir tydligare. Parallellt arbetar vi med och utvecklar metoder såsom stresstermometer, beteenderegistrering, samtalsmatta och sociala berättelser/manus.

Kompetensutveckling

Här finns omfattande kunskap, kompetens och engagemang, och miljöer som är utöver det vanliga. Under året har vi i verksamheten arbetat vidare med yrkesresan som fått nytt innehåll i form av

kortare utbildningar via vårt nya verktyg VC appen. Medarbetarna har tagit fram nya individuella kompetensutvecklingsmål via medarbetarsamtalen med utgångspunkt i yrkesresan. Extern handledning med utgångspunkt i lågaffektivt bemötande och tydliggörande pedagogik har genomförts för alla personalgrupper.

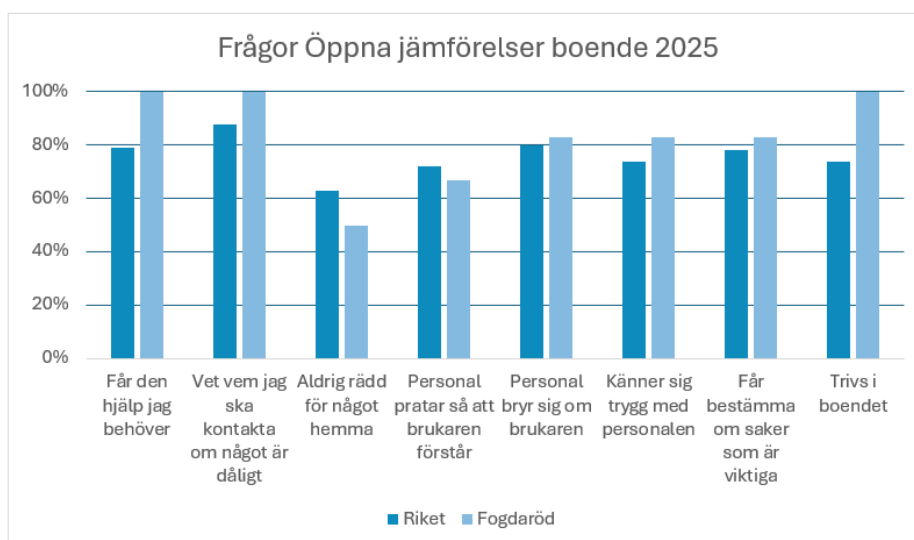
Mål för året

Huvudmålet även för socialpsykiatrin har under 2025 fortsatt varit att certifiera oss via LSS standarden. Vi har valt att börja omarbeta vårt kvalitetsledningssystem för att matcha standardens krav i process och rutinuppbyggnad vilket beräknas vara färdigt innan sommaren 2026.

Fokus under 2025 har varit att tydliggöra arbetet med genomförandeplaner för all personal så det bli mer användarvänligt och begripligt. Den röda tråden från uppdragsgivarens övergripande mål ner till varje kunds individuella mål och insatser blir tydligare.

Parallellt arbetar vi med och utvecklar metoder såsom stresstermometer, beteenderegistrering och sociala berättelser/manus.

Socialpsykiatrin har under 2025 gått bra och har periodvis haft full beläggningsgrad på sina 10 platser. Vi har i dagsläget inget aktivt ramavtal på socialpsykiatrin och arbetar för att upprätthålla kännedomen ute i kommunerna om verksamheten trots att socialpsykiatrin inte är synliggjord i något avropsstöd för tillfället. Även socialpsykiatrin har som huvudmål att certifiera sig gentemot LSS standarden för att på så vis fortsatt säkerställa en mycket hög nivå på insatserna vi tillhandahåller våra kunder. Vi arbetar fortsatt för att verksamheten ska vara rustad och anpassad för att vinna kommande upphandlingar för att öka antalet matchande förfrågningar framöver.



HVB Gästgården

HVB Gästgården är ett boende i hemlik miljö för pojkar och flickor i åldern 12–15 år. Vi har 7 platser och tar emot ungdomar med psykosocial problematik och normbrytande beteende. Målet med verksamheten är att ge ungdomarna stöd och verktyg för att förändra sina beteendemönster. Målgruppens problematik är oftast mycket komplex. Vi har möjlighet och erfarenhet att ta emot ungdomar med skyddad identitet som är i behov av ett tryggt boende. Vi tar emot placeringar under lagrum SoL och LVU, inklusive akutplaceringar och individuellt anpassade lösningar, såsom 1:1-lösningar. Vi tar emot ungdomar enligt SoL och LVU.

Boendemiljö och fysiska förutsättningar

Under 2025 har verksamheten aktivt arbetat med att rusta upp HVB Gästgården genom att bland annat köpa in nya möbler till ungdomarnas rum. Syftet har varit att öka trivselen och skapa en mer hemlik och trygg miljö, vilket bedöms ha en positiv inverkan på ungdomarnas välbefinnande och känsla av sammanhang under placeringstiden.

Verksamheten arbetar kontinuerligt med att se över och förbättra den fysiska miljön utifrån riskanalyser, egenkontroller samt synpunkter från placerade och personal. Boendemiljön hålls i gott skick och anpassas vid behov för att säkerställa en trygg, funktionell och trivsam vistelse.

Arbetsätt och metoder

HVB Gästgården på Fogdaröd använder strukturerade och evidensbaserade metoder för att möta ungdomarnas behov och främja utveckling.

KBT (Kognitiv beteendeterapi): Stöder ungdomarna att identifiera och förändra negativa tankemönster och beteenden. Används i individuella samtal och behandlingsinsatser.

MI (Motiverande samtal): Främjar motivation och egen drivkraft genom ett empatiskt och icke-dömande förhållningssätt. Integreras i dagliga samtal.

Lågaffektivt bemötande: Personalen arbetar lugnt och konsekvent för att förebygga konflikter och skapa trygghet i vardagen.

Tydliggörande pedagogik: Används för att skapa struktur och förutsägbarhet, bland annat genom scheman, visuella stöd och konkreta instruktioner.

Metoderna kombineras och anpassas individuellt efter varje ungdoms behov. Arbetsättet följs upp kontinuerligt via dokumentation, handledning och återkommande utvärdering, vilket säkerställer kvalitet och kontinuitet i vården.

Samverkan och kommunikation

Vi arbetar aktivt med samverkan och kommunikation för att säkerställa kontinuitet, kvalitet och trygghet i vården. Verksamheten samarbetar nära med socialtjänst, skola, vårdgivare, anhöriga och andra relevanta aktörer för att skapa en helhetssyn kring varje ungdoms behov och insatser.

Informationsöverföring sker genom regelbundna teammöten, avstämningar, skriftliga rapporter samt användning av behandlingsplaner. Teammötena utgör en central del i informationsflödet där personalen går igenom aktuella behov, insatser och uppföljning för varje ungdom.

Ungdomarna och deras anhöriga uppmuntras att vara delaktiga i planering och uppföljning av insatser, vilket bidrar till ökad förståelse, trygghet och delaktighet i vården. Samverkan och kommunikation är därmed en central del i verksamhetens kvalitetsarbete och bidrar till att målen för varje placering kan uppnås.

Kvalitet och uppföljning

Resultat från ungdomsenkäten

Ungdomarnas synpunkter tas regelbundet tillvara genom enkäter och återkopplingssamtal. Under året har ungdomsenkäten visat hög grad av nöjdhet med boendemiljö, bemötande, trygghet och delaktighet i planering av insatser. Resultaten används som underlag för att identifiera utvecklingsområden och förbättra verksamhetens innehåll och arbetssätt.

Avvikelse och klagomål

Verksamheten har rutiner för att dokumentera, följa upp och analysera avvikelser samt mottagna klagomål. Varje händelse utvärderas och används som underlag för förbättringar, för att förebygga upprepning och säkerställa kvalitet, trygghet och rättssäkerhet för de placerade.

Interna kvalitetsgranskningar

Löpande interna kvalitetsgranskningar genomförs för att säkerställa att rutiner, processer och dokumentation följer lagstiftning och verksamhetens interna krav. Granskningarna bidrar till att identifiera styrkor och förbättringsområden, samt att säkerställa en enhetlig tillämpning av arbetssätt och metoder.

Externa kvalitetsgranskningar

Skånes kommuner har varit på besök och granskat verksamheten liksom IVO som gör sina frekvensbesök och granskningarna var utan anmärkning.

Förbättringsarbete

Resultat från ungdomsenkäter, avvikelser och interna granskningar används systematiskt i förbättringsarbetet. Under året har exempelvis rutiner och behandlingsprocesser reviderats, den fysiska miljön förbättrats och kompetensutveckling för personalen förstärkts. Förbättringsarbete är en kontinuerlig process som syftar till att höja kvaliteten, öka tryggheten och säkerställa en vård som är evidensbaserad, individanpassad och verksamhetsmässigt hållbar.

Mål för 2025 – genomförande och uppföljning

Öka beläggning och andel direktförfrågningar

Under 2025 har verksamheten arbetat strategiskt för att öka beläggningen genom tydligare kommunikation kring verksamhetens målgrupp, arbetssätt och kompetens. Samverkan med uppdragsgivare har stärkts, vilket har bidragit till en successivt ökad beläggning under året.

Minska sammanbrott i placeringar

Ett prioriterat kvalitetsmål har varit att minska antalet sammanbrott genom förbättrade matchningar och lämplighetsbedömningar. Under året har endast ett sammanbrott inträffat, vilket bedöms vara ett mycket gott resultat. Arbetet med tydligare genomförandeplaner, tät uppföljning och ökad delaktighet för den placerade har varit centrala framgångsfaktorer.

Införa en tydlig behandlingsprocess

Under året har verksamheten tagit fram och implementerat en sammanhållen behandlingsprocess som sträcker sig från inskrivning till planerad utskrivning. Processen tydliggör ansvar, innehåll och uppföljning i varje steg, vilket har bidragit till ökad struktur, förutsägbarhet och kvalitet i vården.

Revidera och kvalitetssäkra rutiner och processer

Arbetet med att revidera och kvalitetssäkra rutiner och processer har varit omfattande och pågår kontinuerligt. Tidigare fanns en otydlighet där individuella arbetsätt förekom, vilket kunde påverka kvalitet. Under året har rutiner systematiskt rensats, förtydligats och strukturerats. Detta arbete kommer att ytterligare stärkas genom implementeringen av ett nytt ledningssystem.

Utöka personalgruppen med rätt kompetens

Målet att stärka personalgruppen med rätt kompetens har delvis uppnåtts. Under de senaste fem månaderna har verksamheten haft en stabil personalgrupp. En behandlingssamordnare samt en biträdande områdeschef med KBT-kompetens har anställts, vilket bedöms bidra till ökad kvalitet, bättre stöd till personalen och förbättrade förutsättningar för fortsatt verksamhetsutveckling.

Utveckla konferenser och intern handledning

Ambitionen var att, utöver APT, införa regelbundna konferenser. Efter utvärdering har verksamheten bedömt att behovet i nuläget är mindre, då personalen i dag får mer kontinuerlig handledning i det dagliga arbetet. Detta arbetsätt har visat sig vara mer ändamålsenligt och bidra till ökad tillgänglighet till stöd och kompetens.

Uppnå HVB-standard och certifiering

Målet att uppnå HVB-standard och certifiering har ännu inte fullt ut uppnåtts. Arbetet fortskrider dock stegvis genom förbättrade rutiner, tydligare processer och ett stärkt kvalitetsledningssystem. Sammantaget bedöms verksamheten ha tagit viktiga steg närmare detta mål under året.

Personalens kompetens och utveckling

Personalens kompetens är en avgörande faktor för kvaliteten i vården. Verksamheten strävar efter att ha en stabil personalgrupp med relevant utbildning, erfarenhet och personliga förutsättningar för att möta målgruppens behov.

Personalgruppen består av behandlingspersonal med utbildning och erfarenhet inom socialt arbete och behandlingsarbete. Under året har verksamheten förstärkts genom rekrytering av en behandlingssamordnare samt en biträdande områdeschef med KBT-kompetens. Dessa funktioner

bidrar till ökad struktur, kvalitetssäkring av behandlingsarbetet samt förbättrade möjligheter till handledning och uppföljning.

Kompetensutveckling sker kontinuerligt och anpassas utifrån verksamhetens behov och identifierade utvecklingsområden. Medarbetare erbjuds introduktion vid anställning, löpande vägledning i det dagliga arbetet samt möjlighet till fortbildning inom relevanta områden, såsom bemötande, dokumentation, lågaffektivt förhållningssätt och evidensbaserade behandlingsmetoder.

Handledningsinsatser har i ökad utsträckning integrerats i det dagliga arbetet, vilket har visat sig vara ett mer ändamålsenligt stöd än separata behandlingskonferenser. Detta har bidragit till ökad trygghet i personalgruppen, bättre samsyn kring behandlingsinsatser och en mer enhetlig tillämpning av verksamhetens metoder.

Verksamheten arbetar även aktivt med att främja en god arbetsmiljö och minska personalomsättning, då kontinuitet är en viktig kvalitetsfaktor för de placerade. Sammantaget bedöms personalens samlade kompetens och det pågående utvecklingsarbetet utgöra en stabil grund för fortsatt kvalitetsutveckling.

Utvecklingsområden och framtidsplaner

HVB Gästgården på Fogdaröd planerar att vidareutveckla teammöten som en central del av verksamhetens kvalitetsarbete och informationsöverföring. Målet är att göra mötena mer strukturerade och effektiva, med tydligare fokus på uppföljning av individuella behandlingsplaner, identifiering av behov och åtgärder samt kontinuerlig kompetensdelning mellan personalen.

Parallellt kommer verksamheten att arbeta aktivt med att implementera ett förstärkningssystem utifrån KBT för att förstärka önskvärda beteenden hos ungdomarna och skapa en tydligare koppling mellan insats och positiv återkoppling.

Teammöten och förstärkningssystemet ses som viktiga verktyg för att stödja verksamhetens strävan efter HVB-certifiering, där tydliga rutiner, dokumentation och kvalitetsarbete är centrala krav. Genom detta arbete ska personalen få ökad möjlighet till diskussion, handledning och samordning, vilket stärker kvaliteten, tryggheten och kontinuiteten i vården för ungdomarna. Mötet blir även ett forum för att snabbt identifiera och åtgärda avvikelser samt för att systematiskt implementera nya rutiner och förbättringar.

Karolinaskolan med tillhörande internat har en separat [kvalitetsrapport](#)

Fokusområden för hela företaget 2026

- Hitta nytt system för tidsredovisning och vikarietillsättning
- Certifiera HVB enligt SiS standard
- Öka svarsfrekvensen på nöjdhetsenkäterna med 5%
- Minska uteblivna doser med 10%
- Genomförandeplanerna ska ha mätbara mål som kan följas upp
- Frisktalen ska öka till 95%
- Friskvårdsbidraget ska användas av 80% av personalen
- Deltagandet i den psykosociala enkäten ska vara 80%
- Öka antalet följare på sociala medier

Sammanställd av: KMA chef