A large decorative graphic on the left side of the page. It consists of a solid blue triangle pointing right, followed by a series of overlapping triangles in light grey, green, and blue, creating a sense of movement and depth.

# Granskning av äldreomsorg utifrån ett brukarperspektiv

**Rapport**

Alingsås kommun

2026-01-26

21 sidor

2 bilagor

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

---

<b>1</b>	<b>Sammanfattning</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrund</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Syfte, revisionsfrågor och avgränsning</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Revisionskriterier</b>	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>Metod</b>	<b>6</b>
<b>6</b>	<b>Resultat av granskningen</b>	<b>8</b>
6.1	<i>Organisering</i>	8
6.2	<i>Former för planering utifrån brukarperspektiv</i>	8
6.3	<i>Riktlinjer för främjande av värdigt liv och välbefinnande</i>	10
6.4	<i>Insatser för främjande av värdigt liv och välbefinnande hos äldre</i>	12
6.5	<i>Säkerställande av aktuella genomförandeplaner</i>	13
6.6	<i>Uppföljning och utvärdering av äldreomsorg</i>	16
<b>7</b>	<b>Samlad bedömning och rekommendationer</b>	<b>19</b>
<b>8</b>	<b>Bilagor</b>	<b>20</b>

# 1 SAMMANFATTNING


Azets Revision & Rådgivning har av Alingsås kommuns revisorer fått i uppdrag att översiktligt granska kommunens rutiner kring styrning och ledning av äldreomsorgen med fokus på att brukarnas individuella behov har tagits i beaktande.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om vård- och omsorgsnämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning och ledning av äldreomsorgen, med fokus på att brukarnas individuella behov har tagits i beaktande.

**Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att nämnden endast delvis har säkerställt en ändamålsenlig styrning och ledning av äldreomsorgen, med fokus på att brukarnas individuella behov har tagits i beaktande.**

Bakgrunden till vår samlade bedömning är att nämnden har flera styrande dokument och uppföljningsrutiner på plats, men att granskningen identifierat brister i arbetet med genomförandeplaner och i de systematiska arbetssätten för att följa upp insatser på individnivå.

I det följande redovisas våra samlade bedömningar av respektive revisionsfråga.

<div> <div>Nej</div> <div>Endast delvis</div> <div>I allt väsentligt</div> <div>Ja</div> </div> 	
Revisionsfråga	Bedömning
Finns fastställda former för arbetet med planering på individnivå utifrån ett brukarperspektiv?	Ja
Har nämnden beslutade riktlinjer som anger hur omsorgen ska bedrivas för att främja ett värdigt liv och välbefinnande för äldre personer?	I allt väsentligt
Har nämnden säkerställt att det finns insatser för att främja ett värdigt liv och välbefinnande för äldre personer?	I allt väsentligt
Har nämnden säkerställt att samtliga brukare har en aktuell genomförandeplan?	Endast delvis
Har nämnden systematiska arbetssätt för att säkerställa att arbetet sker i enlighet med genomförandeplan?	Endast delvis
Har nämnden tillräcklig uppföljning och utvärdering av äldreomsorgen?	I allt väsentligt

*För närmare beskrivning av bakgrunden till våra bedömningar hänvisar vi till respektive avsnitt i revisionsrapporten.*

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att:

- Säkerställa att det finns strukturerade och långsiktiga insatser för att upptäcka och motverka ofrivillig ensamhet bland äldre.
- Tillse att det finns systematiska arbetssätt för att säkerställa att samtliga har en aktuell genomförandeplan.
- Arbeta fram tillvägagångssätt som garanterar att gällande genomförandeplaner efterlevs i praktiken.
- Se till att det finns tydliga rutiner för med vilken regelbundenhet beslut och genomförandeplaner ska följas upp.
- Utveckla former för uppföljning och utvärdering av insatser utifrån kraven i den nya socialtjänstlagen, särskilt avseende vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet.

## 2 BAKGRUND

---

Azets Revision & Rådgivning har av Alingsås kommuns revisorer fått i uppdrag att översiktligt granska kommunens rutiner kring styrning och ledning av äldreomsorgen med fokus på att brukarnas individuella behov har tagits i beaktande. Uppdraget ingår i revisionsplanen för 2025.

Vård- och omsorgsnämnden har ett centralt ansvar för att säkerställa att äldreomsorgen bedrivs på ett sätt som är både effektivt och anpassat efter brukarnas individuella behov. I Sverige regleras äldreomsorgen främst av Socialtjänstlagen (SoL), som betonar vikten av att omsorgen ska vara av god kvalitet och anpassad efter varje individs specifika behov och förutsättningar.

Vidare betonas i lagstiftningen att verksamheten ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet samt att insatserna ska utformas i samråd med den enskilde. Vid tidigare genomförd granskning<sup>1</sup> rekommenderades nämnden att analysera resultaten av brukarundersökningar och säkerställa brukarnas inflytande och delaktighet.

Av Socialstyrelsens kommun- och enhetsundersökning för år 2024 framgår att 95% av brukarna som bor på särskilt boende hade en aktuell genomförandeplan, 95% av dessa planer innehöll dokumentation av delaktigheten vid upprättandet. 77% innehöll önskemål och behov i samband med måltider. Inom hemtjänsten hade 100% en aktuell plan, hur stor andel som innehöll dokumentation av delaktighet är inte inrapporterat med hänvisning till att sammanställningen är för tidskrävande.

En av de största utmaningarna inom äldreomsorgen är begränsade resurser, både i form av finansiering och personal. Detta kan påverka förmågan att erbjuda individuellt anpassad omsorg och kan leda till kompromisser som påverkar kvaliteten på vården.

För att kunna möta de individuella behoven hos äldre krävs en hög kompetens hos personalen. Utbildning och fortbildning är därför avgörande, men kan vara svåra att genomföra effektivt med begränsade resurser. Vid tidigare nämnd genomförd granskning bedömdes att personalomsättning ökat över tid och nämnden rekommenderades då vidta åtgärder för att minska personalomsättningen för att säkerställa kompetensförsörjning och bemanning.

Revisorerna bedömer risken för att begränsade resurser och hög personalomsättning kan leda till brister i omsorgens kvalitet.

## 3 SYFTE, REVISIONSFRÅGOR OCH AVGRÄNSNING

---

Syftet med granskningen har varit att bedöma om vård- och omsorgsnämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning och ledning av äldreomsorgen, med fokus på att brukarnas individuella behov har tagits i beaktande.

Granskningen har omfattat följande revisionsfrågor:

---

<sup>1</sup> Granskning av äldreomsorgen, 13 december 2022

- Finns fastställda former för arbetet med planering på individnivå utifrån ett brukarperspektiv?
  - Har nämnden säkerställt att arbetssättet *Individens behov i centrum*<sup>2</sup> implementerats fullt ut i verksamheten?
  - Är brukarna delaktiga i arbetet med planering?
- Har nämnden beslutade riktlinjer som anger hur omsorgen ska bedrivas för att främja ett värdigt liv och välbefinnande för äldre personer?
- Har nämnden säkerställt att det finns insatser för att främja ett värdigt liv och välbefinnande för äldre personer?
  - Finns insatser som syftar till att upptäcka och åtgärda ofrivillig ensamhet bland äldre?
  - Finns insatser som syftar till att främja fysisk aktivitet och social interaktion?
- Har nämnden säkerställt att samtliga brukare har en aktuell genomförandeplan?
- Har nämnden systematiska arbetssätt för att säkerställa att arbetet sker i enlighet med genomförandeplan?
- Har nämnden tillräcklig uppföljning och utvärdering av äldreomsorgen?
  - Analyserar nämnden resultat av brukarundersökningar i enlighet med tidigare lämnad rekommendation?
  - Har nämnden ett strukturerat arbete för att inhämta synpunkter från kommunala pensionärsrådet?

## 4 REVISIONSKRITERIER

---

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

- Kommunallagen (2017:725) 6 kap § 6
- Socialtjänstlagen (2001:453) 3 kap. 3–6 §§ och 5 kap. 4 §<sup>3</sup>
- Socialtjänstlagen (2025:400) 5 kap. 1 §, 6 kap. 1–5 §§ och 8 kap. 1–4 §§<sup>4</sup>
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS. SOSFS 2014:5
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9
- Tillämpbara interna regelverk och policy.

## 5 METOD

---

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentstudier av relevanta dokument.

---

<sup>2</sup> Arbetssätt utvecklat av Socialstyrelsen med syfte att strukturerat beskriva resurser, behov och mål.

<sup>3</sup> Var gällande fram till 2025-06-30.

<sup>4</sup> Gällande från och med 2025-07-01. Den nya lagen innehåller tydligare skrivningar kring förebyggande arbete, tillgänglighet, främjande av jämställda levnadsvillkor och att verksamheten ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, jämfört med tidigare gällande socialtjänstlag.

- Intervjuer har genomförts med vård- och omsorgsnämndens presidium, förvaltningschef, verksamhetschefer för äldreomsorg, socialt ansvarig samordnare, enhetschefer för hemtjänst samt enhetschefer för äldreboende.
- Stickprov i form av granskning av genomförandeplaner för 25 (av de totalt 1584) brukarärendena inom äldreomsorgen<sup>5</sup>.

De bedömningar som avlämnas i granskningen har utgått ifrån följande bedömningsnivåer.



Rapporten är faktakontrollerad av samtliga intervjupersoner.

---

<sup>5</sup> Brukarnas identiteter har anonymiserats i den lista över brukare inom äldreomsorgen som vi har fått ta del av. Utdraget från systemet är daterat 2025-11-11, vilket innebär att antalet brukare kan ha förändrats sedan dess.

## 6 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

### 6.1 ORGANISERING

Av reglementet<sup>6</sup> framgår att vård- och omsorgsnämnden erbjuder verksamheter för ”personer som är över 65 år, personer som ingår i personkretstillhörighet enligt 1 § LSS som kan ansöka om insatser enligt både socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), personer med demens, personer som behöver hemsjukvård eller hemtjänst, samt personer i livets slutskede”<sup>7</sup>. Enligt reglementet är nämnden ansvarig för att fullgöra kommunens uppdrag enligt följande lagstiftning:

- Socialtjänstlagen,
- Hälso- och sjukvårdslagen,
- Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade,
- Lag om bostadsanpassningsbidrag,
- Lag med kompletterande bestämmelser till EU:s förordningar om medicintekniska produkter.

Nämndens ansvar omfattar däremot inte hemsjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen för personer inom socialpsykiatri eller vård i livets slutskede som utförs på hospis.

Vård- och omsorgsnämnden styr över vård- och omsorgsförvaltningen som utgörs av sex olika avdelningar. Förvaltningens övergripande arbete leds av en förvaltningschef, medan ansvaret för utförandet av den kommunala äldreomsorgen delas mellan två av förvaltningens avdelningar – avdelningen för äldreboende och avdelningen för hemtjänst. Beslut om insats från avdelningarna fattas däremot på avdelningen för myndighet och kommunal primärvård. Samtliga avdelningar inom förvaltningen leds av en avdelningschef som har det övergripande ansvaret för arbetet inom verksamheten.

Till sin hjälp har avdelningscheferna inom äldreomsorgen ett antal enhetschefer som planerar och leder arbetet på boendena eller inom hemtjänstområdena. Enhetscheferna har ofta stöd av en planeringsfunktion som bland annat ansvarar för att lägga scheman och samordna kontaktpersonsskapet på boendet eller inom hemtjänstområdet. I regel är det sedan kontaktpersonen eller motsvarande som ansvarar för att upprätta och följa upp brukares genomförandeplan.

På vård- och omsorgsförvaltningen finns även en socialt ansvarig samordnare (SAS) som ansvarar för att granska, sammanställa och följa upp det arbete som utförs i samtliga verksamheter.

### 6.2 FORMER FÖR PLANERING UTIFRÅN BRUKARPERSPEKTIV

Av intervjuer framkommer att det fram till 2024 drevs ett projekt på förvaltningen som syftade till att implementera Individens behov i centrum, IBIC<sup>8</sup> i organisationen. Sedan IBIC implementerades på förvaltningen ska myndighetsenheten kartlägga och synliggöra individens

<sup>6</sup> Beslutat av KF genom 2024-03-27, § 36.

<sup>7</sup> VON:s reglemente (2024), § 1.

<sup>8</sup> Arbetssätt utvecklat av Socialstyrelsen med syfte att strukturerat beskriva resurser, behov och mål.



behov när beslut om insats fattas<sup>9</sup>. När ett beslut om insats väl är fattat skickas det via aktuell avdelning till den enhet inom särskilt boende eller hemtjänst som ska utföra insatsen i fråga. Att så är fallet styrks av såväl dokumentation som de intervjuer vi genomfört.

I enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation (SOSFS 2014:5) ska alla brukare inom Alingsås äldreomsorg ha en individuell genomförandeplan. Innehållet i kommunens genomförandeplaner är standardiserat efter Socialstyrelsens allmänna råd om vad en genomförandeplan ska innehålla<sup>10</sup>. Inom särskilt boende och hemtjänst ska genomförandeplanen vara upprättad inom 14 dagar från att beslutet är verkställt<sup>11</sup>. Kommunens korttidsboenden utgör ett undantag. Där ska genomförandeplanen vara upprättad inom tre dagar från att beslutet har verkställts.

Inom särskilt boende är det brukarens tilldelade kontaktperson som ansvarar för att upprätta och följa upp genomförandeplanen. Enligt uppgift är kontaktpersonen oftast en undersköterska på boendeavdelningen där brukaren bor. I upprättandet finns specialistsjuksköterska och/eller enhetschef i regel med som stöd. Inom hemtjänsten är det utsedd fast omsorgskontakt som ansvarar för att planera och upprätta genomförandeplan tillsammans med den enskilde, enligt intervjuuppgift. Den fasta omsorgskontakten ansvarar sedan också för att följa upp planen. Brukarna ska vara delaktiga i upprättandet av planen i den mån de kan, något som framgår av stödmaterialet vid upprättande av genomförandeplan<sup>12</sup>.

Till stöd har de anställda rutiner för och beskrivningar av hur genomförandeplanerna ska upprättas. I dokumentet *Genomförandeplan – stödmaterial vid upprättandet* finns det förtydligat vad planerna ska innehålla, hur de ska upprättas i enlighet med IBIC, hur de är uppbyggda samt vilken delaktighet och inflytande de äldre ska ha över sina genomförandeplaner utifrån SoL och LSS<sup>13</sup>. Av stödmaterialet framgår viktiga utgångspunkter för genomförandeplanerna och hur processen för upprättandet av genomförandeplanerna ser ut i detalj. Bland annat framgår beskrivning om vad delaktighet och inflytande innebär i arbetet och innehåller även praktiska råd för hur utförare kan skapa bättre förutsättningar för detta.

Enligt vård- och omsorgsförvaltningens *Rutin för egenkontroll* är avdelningscheferna och enhetscheferna ytterst ansvariga för att säkerställa att samtliga brukare har aktuella genomförandeplaner, medan det ligger på ansvarig kontaktperson, planeringsansvarig och/eller fast omsorgskontakt att upprätta planerna och uppdatera dem vid behov.

I riktlinjen för *Social dokumentation för utförare* finns ett avsnitt om hur utförare ska använda sig av IBIC för att beskriva och dokumentera uppgifter om individens resurser, behov, mål och resultat, men också ett eget kapitel om genomförandeplaner, vad de ska innehålla, hur de ska upprättas, samt hur de ska följas upp och revideras<sup>14</sup>. Inom vård- och omsorgsförvaltningen

<sup>9</sup> s. 5, Riktlinjer för myndighetsutövning enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (2024).

<sup>10</sup> SOSFS 2014:5, 6 kap 2 §

<sup>11</sup> Detta framgår av Kvalitetskraven för särskilt boende (s. 13) och hemtjänst (s. 12)

<sup>12</sup> *Genomförandeplan – stödmaterial vid upprättandet* (2024) och *Genomförandeplan – stödmaterial vid upprättandet (Bilaga 1: Genomförandeplansmall)* (2024). Båda dokumenten betecknas som 'stöddokument' och är inte politiskt beslutade.

<sup>13</sup> Enligt 3 kap. 5 § SoL ska insatser utformas och genomföras tillsammans med den enskilde. Enligt 6 § LSS ska den enskilde i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges. I.o.m att dokumentet är daterat 2024-09-05 kan skrivningarna i SoL förändrats p.g.a den lagändring som trädde i kraft 2025-07-01.

<sup>14</sup> Reviderad version beslutad av SAS 2025-10-01.

finns även ett utkast på *Rutin för uppföljning av beviljade insatser*, där det beskrivs mer i detalj hur IBIC ska implementeras, dokumenteras och följas upp i förvaltningens verksamheter<sup>15</sup>. Sist men inte minst har vi också fått ta del av förvaltningens utkast till *Checklista för flödestester*<sup>16</sup>, vilken framför allt är tänkt att användas som underlag till *Rutin för uppföljning av beviljade insatser*. Checklistan är även tänkt att fungera som en översikt kring hur de olika rutinerna i verksamhetssystemet ska stödja socialsekreteraren i uppföljningen av insatser, enligt uppgift.

Av intervjuerna framkommer att en större andel brukare inom hemtjänsten har beslut enligt IBIC, jämfört med hur det ser ut inom särskilt boende. I intervju beskrivs detta som en konsekvens av att brukare inom särskilt boende får tillsvidarebeslut som sällan revideras (till skillnad från hur det ser ut inom hemtjänsten). Detta uppges vara en förklaring till varför en lägre andel av besluten inom särskilt boende är upprättade enligt IBIC. Enligt de vi intervjuat ska alla aktuella genomförandeplaner inom särskilt boende och hemtjänst upprättade enligt IBIC.

### 6.2.1 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden **har** fastställda former för arbetet med planering på individnivå utifrån ett brukarperspektiv.

Vi grundar vår bedömning på att det finns fastställda former för arbetet med planering på individnivå utifrån ett brukarperspektiv. Dels utifrån arbetssättet Individens behov i centrum som har implementerats i verksamheten, dels utifrån de rutiner som syftar till att säkerställa att samtliga brukare ha en genomförandeplan.

## 6.3 RIKTLINJER FÖR FRÄMJANDE AV VÄRDIGT LIV OCH VÄLBEFINNANDE

Utöver de riktlinjer som nämns i avsnitt 6.2, finns ytterligare styrdokument som anger hur omsorgen ska bedrivas för att främja ett värdigt liv och välbefinnande för äldre personer, däribland kvalitetskrav som svar på Socialstyrelsens råd och rekommendationer kring ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Inom ramen för granskningen har vi tagit del av två kvalitetskravsdokument – ett avseende särskilt boende<sup>17</sup> och ett avseende hemtjänst<sup>18</sup>. Kvalitetskraven för särskilt boende är uppdelad i sju kontrollområden (*Säker vård och omsorg, Självbestämmande och integritet, Helhetssyn och samordning, Trygghet och säkerhet, Kunskapsbaserad verksamhet, Tillgänglighet, Effektivitet*). Inom varje kontrollområde finns ett antal kontrollpunkter. Hemtjänstens kvalitetskrav har samma kontrollområden som särskilt boende. Däremot skiljer sig kontrollpunkterna något. Exempelvis har särskilt boende *Aktiviteter och social samvaro* som kontrollpunkt, något som saknas i hemtjänstens kvalitetskrav.

Av intervjuerna framkommer att det pågår ett arbete med att arbeta om kvalitetskraven till kvalitetsdeklarationer. Med införandet av kvalitetsdeklarationerna kommer det sättas upp tydligare tröskelvärden i syfte att garantera en högre lägstanivå inom kommunens äldreomsorg.

<sup>15</sup> Arbetet med rutinen är pågående. Rutinen har inte beslutats vid tidpunkten för granskningen.

<sup>16</sup> Arbetet med checklistan är pågående. Checklistan har inte beslutats vid tidpunkten för granskningen.

<sup>17</sup> Fastställd genom VON 2025-03-25, § 10.

<sup>18</sup> Fastställd genom VON 2025-03-25, § 10.

Nämnden beräknas kunna fatta beslut om deklarationerna under början av 2026, enligt intervjuade.

Vård- och omsorgsnämnden har även beslutat om en handlingsplan för särskilt boende<sup>19</sup>. Syftet med planen är att "skapa förutsättningar för att långsiktigt stärka och underlätta arbetsvardagen för både medarbetare och enhetschefer [...]. Genom att tydliggöra det systematiska kvalitetsarbetet ska avdelningen också säkerställa hög kvalitet för den enskilde"<sup>20</sup>. I avsnittet om *fokusområden* beskrivs vilka områden särskilt boende vill satsa på och vad satsningarna består i. Avsnittet om *utvärdering* fokuserar på vilka former av utvärdering som ska användas för att skatta hur verksamheterna fungerar och hur de boende trivs.

Vi har även fått ta del av måltidsprogrammet<sup>21</sup> för särskilt boende, vars syfte är att "kvalitetssäkra all måltidsverksamhet och ge en enhetlig syn när det gäller måltiderna inom äldreboendena"<sup>22</sup>. Måltidsprogrammet beskrivs som en viktig del i främjandet av ett värdigt liv och välbefinnande. Detta eftersom verksamheten har ansvaret för att säkerställa att den äldre får den "energi- och näringstillförsel som behövs för att förebygga undernäring"<sup>23</sup>. I linje med Livsmedelsverkets måltidsmodell för äldreomsorgen eftersträvar avdelningen för särskilt boende att måltiderna som serveras ska vara *goda, säkra, integrerade, miljösmarta, näringsriktiga och trivsamma*.

Som en del i att säkerställa att måltidsprogrammet för särskilt boende efterlevs i praktiken görs det måltids- och nattfastaregistrering på kommunens äldreboenden. Genom registreringen kontrolleras hur många måltider som serveras per dygn om kommunen uppnår rekommendationerna att ha en nattfasta som varar färre än 11 timmar. Senaste registreringen gjordes i november 2024 och redovisades för nämnden under mars 2025<sup>24</sup>. Resultatet av måltidsregistreringen visade att 88 procent av brukarna åt 4–10 måltider per dygn. Genomsnittet för samtliga äldreboenden låg på 5,4 måltider per dygn. Nattfastaregistreringen visade att antal godkända nätter låg på 19 procent, ett lägre resultat än de flesta tidigare mätningar som gjorts. Mätningen visade också att spridningen mellan de olika boendena var stor. Den genomsnittliga tiden för nattfasta varierar från 11,7 timmar till 14,6 timmar mellan de olika boendena.

### 6.3.1 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden **i allt väsentligt** har beslutade riktlinjer som anger hur omsorgen ska bedrivas för att främja ett värdigt liv och välbefinnande för äldre personer.

Vi baserar vår bedömning på att nämnden har en rad beslutade riktlinjer för hur äldreomsorgens verksamheter ska bedrivas för att främja värdigt liv och välbefinnande. Vi

<sup>19</sup> Fastställd genom VON 2025-03-25, § 14.

<sup>20</sup> s. 3, *Handlingsplan för särskilt boende* (2025).

<sup>21</sup> Fastställd genom VON 2025-03-25, § 12.

<sup>22</sup> s. 3, *Måltidsprogram för särskilt boende* (2025).

<sup>23</sup> Samma som ovan.

<sup>24</sup> Fastställd genom VON 2025-03-25, § 13.

bedömer även att de kvalitetskrav och måltidsprogram som finns framtagna ger tydlig riktning avseende kvaliteten i verksamheten.

#### 6.4 INSATSER FÖR FRÄMJANDE AV VÄRDIGT LIV OCH VÄLBEFINNANDE HOS ÄLDRE

I kvalitetskraven för särskilt boende och hemtjänst fastslås det att det är ledningens ansvar att de beslutade insatser som utförs är av god kvalitet och att tillsammans med medarbetarna skapa en säker vård och omsorg.

För att säkerställa att insatser som främjar ett värdigt liv och välbefinnande hos äldre genomförs i praktiken, finns olika parametrar som ska mätas och följas upp regelbundet. Vilka parametrar verksamheterna mäter och följer upp skiljer sig mellan särskilt boende och hemtjänst. Särskilt boende bevakar och följer upp kontrollpunkter som rör olika fysiska och sociala aspekter av vad som kännetecknar ett värdigt liv och välbefinnande. Riskanalys, med vilken frekvens kontrollpunkterna ska följas upp och av vem framgår av rutinen för egenkontroll.

Inom äldreomsorgen erbjuds inte enbart ”insatser” i form av särskilt boende och hemtjänst. Utöver detta finns även ett antal andra insatser och aktiviteter som syftar till att främja värdigt liv och välbefinnande hos äldre personer. Kommunen arbetar för att främja ett värdigt liv och välbefinnande hos äldre genom att bland annat ställa krav på rätt till självbestämmande, integritet och delaktighet i vardagen i kvalitetskraven för både äldreboende och hemtjänst. Enligt kvalitetskraven ska boende- och hemtjänstpersonal exempelvis respektera individens rätt till privatliv, kläddval och möblera sin bostad så som den vill. Av kvalitetskraven framgår också på vilket sätt dessa och övriga kontrollpunkter ska följas upp.

De brukare som bor på särskilt boende erbjuds att delta i någon form av aktivitet minst en gång per dag<sup>25</sup>. Enligt intervjuuppgift skiljer sig frekvensen och utbudet mellan de olika boendena åt, samma sak gäller hur samordningen av aktiviteter ser ut på respektive boende. På vissa av boendena finns en permanent aktivitetssamordnartjänst, medan andra boenden löser aktivitetssamordningen på annat sätt. I huvudsak erbjuds de boende aktiviteter som syftar till att främja social samvaro och fysisk aktivitet. Med jämna mellanrum anordnar även externa aktörer, som Svenska kyrkan, aktiviteter för de boende.

Ett flertal intervjupersoner omnämner även *förebyggandeenheten* – en enhet under avdelningen för hemtjänst. Enheten ansvarar för kommunens *träffpunkter*, vilket är platser äldre personer kan uppsöka för att delta i fysiska och sociala aktiviteter oavsett om de har beslut om äldreomsorg eller inte. I nuläget är träffpunkterna ofta förlagda på de särskilda boendena, en struktur som håller på att ses över för att locka fler deltagare. Under nämndsammanträdet i december 2025 beslutade vård- och omsorgsnämnden att inrätta en ny träffpunkt i centrala Alingsås och att utreda hur lokalförsörjningen för träffpunkterna ska se ut framöver<sup>26</sup>. Alingsås kommun anordnar även en årlig seniordag, där äldre personer får komma med inspel på vad som är viktigt för dem i deras kontakt med kommunen.

<sup>25</sup> s. 12, *Kvalitetskrav, Särskilt boende* (2024).

<sup>26</sup> VON 2025-12-16, § 85.

Av intervjuer framkommer också att det genomförts statsbidragsfinansierade projekt för att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre. Det framgår varken av dokumentation eller intervjuer huruvida det finns pågående insatser som syftar till att upptäcka och åtgärda ofrivillig ensamhet bland äldre. I nämndens årsbokslut för 2024<sup>27</sup> framkommer att vård- och omsorgsförvaltningen tagit del av statsbidrag, men inte vad för medel det handlar om<sup>28</sup>. Av Socialstyrelsens redovisning för 2024 års statsbidrag till kommuner för att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre genom hälsosamtal framgår att Alingsås kommun har rekvirerat hela sitt fördelade belopp på 471 968 kronor. Av Socialstyrelsens beslut för fördelning av statsbidrag för projekt med syfte att motverka ofrivillig ensamhet under 2025 framgår att Alingsås inte fördelats några medel.

#### 6.4.1 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden **i allt väsentligt** har säkerställt att det finns insatser för att främja ett värdigt liv och välbefinnande för äldre personer.

Vi grundar vår bedömning på att det finns ett flertal olika insatser som syftar till att främja ett värdigt liv och välbefinnande för äldre personer. Genom granskningen kan vi också se att många av dessa insatser utgör kontrollpunkter i kvalitetskraven för särskilt boende och hemtjänst. I kontrollpunkterna framgår det inte bara vad som ska kontrolleras, utan även hur kontrollerna ska utföras – något vi ser som positivt. Vi konstaterar dock att det inte framgår om det finns pågående insatser som specifikt syftar till att upptäcka och motverka ofrivillig ensamhet, vilket innebär att området inte är fullt ut säkerställt.

#### 6.5 SÄKERSTÄLLANDE AV AKTUELLA GENOMFÖRANDEPLANER

Av planeringsanvisningen<sup>29</sup> framgår att avdelnings- och enhetschefer ska följa upp verksamhetens arbete årligen, till exempel genom intern- och egenkontroll. Som nämnt i avsnitt 6.2 ska genomförandeplanerna färdigställas inom 14 dagar från att beslut har verkställts inom både särskilt boende och hemtjänst. På korttidsboende ska planen vara verkställd tre dagar efter beslut. Av intervjuerna framkommer att planerna sedan ska följas upp var tredje månad och uppdateras ifall brukarens behov förändras.

Inom särskilt boende är det kontaktpersonens ansvar att följa upp brukarens plan var tredje månad och/eller ifall brukarens behov förändras. Hos hemtjänsten är det den fasta omsorgskontakten som ansvarar för att följa upp brukarens genomförandeplan. Uppföljning ska av genomförandeplanen ska, precis som inom särskilt boende, ske var tredje månad<sup>30</sup>. I samband med att uppföljningen görs ska kontaktpersonen eller omsorgskontakten stämma av med brukaren hur den har upplevt utförandet av sina beslutade insatser.

<sup>27</sup> Fastställd genom VON 2025-02-20, § 2.

<sup>28</sup> s. 14, Årsbokslut 2024 – Vård- och omsorgsnämnden (2025).

<sup>29</sup> Planeringsanvisning (inom ramen för styrmodellen 2025 för avdelningschefer och enhetschefer inom vård- och omsorgsförvaltningen) (2025). Dokumentet antogs av avdelningschef och har inte varit föremål för politiskt beslut.

<sup>30</sup> s. 18, Social dokumentation för utförare – Riktlinje (2025).

I vård- och omsorgsförvaltningens rutin för egenkontroll<sup>31</sup> förklaras hur verksamheterna kan utöva kontroll. Av kvalitetskraven för både särskilt boende och hemtjänsten framgår att det finns ett flertal kontrollmoment och att det görs flera kontroller som syftar till att säkerställa att arbetet sker i enlighet med genomförandeplanen, samt rutiner för vad planerna ska innehålla och hur de ska upprättas. Enligt intervjuuppgift har avdelningarna för äldreomsorg en funktion i sitt nuvarande verksamhetssystem där det skickas ut påminnelser om det har hunnit gå tre månader sedan genomförandeplanen senast följdes upp.

För att kontrollera hur andelen aktuella genomförandeplaner ser ut på förvaltningsnivå, görs det en större dokumentationsgranskning under våren varje år där 10–15 procent av alla genomförandeplaner granskas. Själva granskningen genomförs i verksamheten och omfattar tio brukare per enhetschef. Det är upp till respektive verksamhet om dokumentationsgranskningen ska genomföras kollegialt eller ifall en granskningsansvarig person ska utses (t.ex. specialistundersköterska). När granskningarna väl är genomförda är det enhetschefens ansvar att sammanställa resultatet av samtliga granskningar och upprätta handlingsplan utifrån enhetens resultat. Handlingsplanerna upprättas enligt mall där ansvarig chef får beskriva vilka områden som fungerar bra, vilka områden som behöver utvecklas/förbättras, analysera resultatet utifrån fem frågor, samt beskriva vilka aktiviteter/åtgärder som kommer vidtas<sup>32</sup>.

Resultaten och handlingsplanerna skickas därefter till SAS som sammanställer dem och gör en övergripande analys. Sammanställningen och analysen presenteras för nämnden i samband med att rapporten *Redovisning och systematiskt kvalitetsarbete, januari-juni* redovisas. 2025 års rapport<sup>33</sup> presenterades under vård- och omsorgsnämndens septembersammanträde<sup>34</sup>. Efter att det systematiska kvalitetsarbetet har redovisats för nämnden, arbetar respektive enhet med uppföljning av sin handlingsplan som sedan återspeglaras till SAS. Enheternas uppföljning och resultat redovisas sedan för nämnden i samband med att kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen presenteras i februari. Därefter påbörjas arbetet med nästa års dokumentationsgranskning<sup>35</sup>.

Av intervjuerna framkommer att det saknas skriftliga rutiner för arbetet med uppföljning av insatser. Hur ofta och av vem eller vilka kontrollerna av genomförandeplanerna ska följas upp framgår inte heller av den dokumentation vi tagit del av. Enligt uppgift har framtagande av rutin för att säkerställa uppföljning i enlighet med IBIC påbörjats. Att så är fallet styrks av utkast med tillhörande bilagor som vi fått ta del av<sup>36</sup>. Rutinen i fråga beräknas kunna färdigställas och beslutas under våren 2026.

Av intervjuer framgår att hemtjänsten har ett planeringssystem där samtliga insatser läggs upp. Medarbetaren bockar av sina besök och bekräftar därmed att beslutade insatser är genomförda. I det nuvarande systemet går det varken att "checka in" hos brukare eller bocka av att samtliga insatser är genomförda. Detta innebär att enhetschefer inte fullt ut kan säkerställa att

<sup>31</sup> *Rutin Egenkontroll* (2025). Dokumentet antogs av avdelningschef och har inte varit föremål för politiskt beslut.

<sup>32</sup> Se bilaga 8.1.

<sup>33</sup> I 2025 års sammanställning och analys fanns det med 20 handlingsplaner för särskilt boende och hemtjänst.

<sup>34</sup> VON 2025-09-22, § 50.

<sup>35</sup> För dokumentationsgranskningens årshjul, se bilaga 8.2.

<sup>36</sup> Den dokumentation vi har fått ta del av är utkast på *Uppföljning – stödmaterial vid upprättandet* med tillhörande *Bilaga 1: Måluppföljning (mall)* och *Bilaga 2: Kvalitetsuppföljning (mall)*.

hemtjänstpersonal varit hemma hos brukarna den ska till och att de utfört samtliga beslutade insatser. Inom särskilt boende framgår att man saknar ett sådant system.

Däremot framgår av intervjuer att ett nytt planeringssystem är på väg att införas inom äldreomsorgen. Systemet kommer bland annat användas för att planera ut beviljade insatser och kommer ha en statistikmodul, vilket kommer möjliggöra för förvaltningen, avdelnings- och enhetscheferna att följa upp resultaten och hålla statistiken mer aktuell. Förhoppningen är att införandet av det nya planeringssystemet kommer underlätta uppföljningen av huruvida personal utfört samtliga av brukares beslutade insatser (i enlighet med upprättad genomförandeplan). Med utgångspunkt i detta kan då utförandegraden följas upp på ett enklare sätt än tidigare. Vad avser uppföljning av tid hos varje brukare framkommer att även detta kan komma att förenklas med det nya planeringssystemet. Enligt uppgift har det pågått ett pilotinförande av systemet inom hemtjänsten under hösten 2025, där två hemtjänstlag har fått möjlighet att testa systemet i praktiken. Vid tidpunkten för granskningen har breddinförande av planeringssystemet ännu inte inletts.

### 6.5.1 Stickprov

Vid stickprovskontroll har vi mottagit en förteckning över samtliga pågående ärenden inom äldreomsorgen. Urval har skett systematiskt med syfte att säkerställa spridning över enheter. Vi har granskat 25 av totalt 1584 ärenden.

10 av de 25 ärendena som granskats saknade vid tidpunkten för granskning en dokumenterad genomförandeplan.

Av de 15 genomförandeplaner som granskats var två planer inte aktuella med hänvisning till att de var över ett år gamla.

I tre planer framgår inte av planen hur delaktighet har säkerställts. Det framgår att den enskilde inte deltagit vid planering utan tydlig orsak eller anledning till detta. Vad gäller planeringen för hur aktiviteter ska genomföras saknas detta i två planer, båda planerna avser insats som enbart omfattar trygghetslarm. I övriga tolv planer framgår att den enskilde själv har deltagit i planeringen.

Kontrollpunkt	Ja	Total
Finns genomförandeplan?	15	25
Är genomförandeplan aktuell (ej äldre än 1 år)?	13	15
Framgår hur delaktighet har säkerställts?	12	15
Framgår mål med insats?	15	15
Framgår aktiviteter som ska genomföras?	15	15
Framgår hur aktiviteterna ska genomföras?	13	15
Framgår när aktiviteter ska genomföras?	15	15



### 6.5.2 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden **endast delvis** har säkerställt att samtliga brukare en aktuell genomförandeplan.

Vi grundar vår bedömning på att det finns tydliga riktlinjer och rutiner för arbetet med framtagande av genomförandeplan. Vidare finns systematiska kontroller avseende följsamhet till dessa rutiner. Vid vår stickprovskontroll framkommer dock att en betydande del av de granskade ärendena saknar dokumenterade genomförandeplaner.

Vår bedömning är att nämnden **endast delvis** har systematiska arbetssätt för att säkerställa att arbetet sker i enlighet med genomförandeplan.

Vi grundar vår bedömning på att det saknas dokumenterade former för arbetssätt som syftar till att säkerställa följsamhet till genomförandeplan. Däremot framkommer att det naturligt sker en uppföljning av att insatser blir utförda genom personalens dokumentation i de verksamhetssystem som används. Därtill har kontaktperson/fast omsorgskontakt ett ansvar för uppföljning av genomförandeplanen där samtal förs med brukaren avseende utförandet.

## 6.6 UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING AV ÄLDREOMSORG

Som nämnt i 6.4 ligger dokumentationsgranskningen till grund för den kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse som nämnden får ta del av i början av varje år. Den senaste kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen presenterades för vård- och omsorgsnämnden 20 februari 2025<sup>37</sup>. I dokumentet redogörs det för förvaltningens systematiska kvalitetsarbete, identifierade utvecklingsområden, övergripande mål och strategier, måluppfyllelse och resultat, egenkontroll, avvikelser och identifierade förbättringsområden för 2025. Av kapitlet om förvaltningens måluppfyllelse och resultat framgår resultat från genomförda brukarundersökningar.

Brukarundersökningen för särskilt boende visar på en positiv utveckling inom områden som möjligheten att påverka tider (61 procent) och nöjdheten med sociala aktiviteter (60 procent). Däremot har andelen som upplever att de har möjligheten att få information om förändringar minskat (46 procent). Samma sak gäller andelen som upplever att personalen tar hänsyn till deras åsikter och önskemål (82 procent). Möjligheten att komma utomhus ligger under genomsnittet (53 procent) (för strukturellt liknande kommuner). Andelen som svarar de är mycket eller ganska trygga uppgår till 92 procent.

Vad gäller hemtjänstens resultat anser 89 procent av brukarna att personalen tar hänsyn till deras åsikter och önskemål. 76 procent av de svarande brukarna inom Alingsås kommuns hemtjänst upplever att de har inflytande och tillräckligt med avsatt tid för beslutade insatser. Hemtjänstens resultat har höjts avseende andelen som upplever att de får information om förändringar (66 procent). 92 procent av brukarna i hemtjänsten känner sig trygga med

<sup>37</sup> VON 2025-02-20, § 3



personalen och 87 procent av de känner sig trygga i att bo hemma med stöd av hemtjänst. Däremot upplever 24 procent att de inte alltid får besök av sin fasta omsorgskontakt.

I nämndens årsbokslut för år 2024 följs deras tre prioriterade mål för 2024–2026 upp. Nämndens mål utgår från kommunfullmäktiges. Av varje mål framgår vilka indikatorer som valts ut, vilket målvärde som satts upp för det innevarande året och vad utfallet blivit de tre senaste mätningarna. Två av nämndens prioriterade mål innefattar indikatorer som rör äldreomsorgens verksamhet.

Inom ramen för det andra målet (*Alingsåsarna har inflytande, får god service och ett gått bemötande från nämndens verksamheter*) finns en indikator som är relevant för äldreomsorgen – andel (%) brukare på särskilt boende som upplever att de har möjlighet att framföra synpunkter och klagomål. Inför 2024 sattes målvärdet till 44%. Utfallet blev 37%, vilket innebär en nedgång från tidigare mätningar. Det tredje målet (*Nämnden tillgodoser behovet av rätt insats, vid rätt tidpunkt och tillser att det finns tillräckligt med boenden och lokaler som är utformade för målgruppens behov*) innefattar också en indikator som är relevant för äldreomsorgen – väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende. För 2024 sattes målvärdet till 65 dagar. Utfallet vid årets slut blev 57 dagar. Utfallet blev alltså bättre än förväntad, men innebär också en förbättring i jämförelse med väntetiden 2023 (65 dagar) och 2022 (74 dagar).

I samband med årsbokslut görs också en uppföljning av nämndens internkontrollplan. För 2024 års internkontroll valdes endast en risk ut, nämligen *brister i rättssäkerhet vid handläggning enligt SoL och LSS*. För att undersöka risken planerades fyra kontrollpunkter:

- Utredningstid: Antal dagar från ansökan till beslut SoL och LSS
- Verkställighetsgrad: Antal dagar från beslut till verkställighet SoL och LSS
- Kontroll av att tidsbegränsade beslut följs upp innan beslutet löper ut
- Kontroll av att icke tidsbegränsade beslut följs upp årligen

Uppföljningen i årsredovisningen visar att kontrollen av de tre första punkterna är genomförda utan anmärkning, medan den sista kontrollpunkten är genomförd med anmärkning. I uppföljningen av de första tre punkterna framkommer att utredningstiden, verkställighetsgraden och kontrollen av tidsbegränsade beslut sker enligt förväntan. I kontrollen av sista punkten framkom dock att 0 procent av de icke tidsbegränsade besluten avseende särskilt boende hade följts upp under granskningsperioden<sup>38</sup>.

### 6.6.1 Samverkan med kommunalt pensionärsråd

I Alingsås kommun finns ett kommunalt pensionärsråd. Pensionärsrådet är knutet till vård- och omsorgsnämnden och fungerar som ett organ för samråd mellan kommunen och lokala företrädare för pensionärernas riksorganisationer. Det kommunala pensionärsrådet har fyra sammanträden per år. Sammanträdena leds av ordförande för vård- och omsorgsnämnden. Det samordnande ansvaret roterar mellan de olika förvaltningsavdelningarna för äldreomsorg. Inför varje sammanträde har pensionärsföreningarna förmöte där de kommer med förslag på mötespunkter. Förslagen omhändertas sedan av ansvarig tjänsteperson som sedan sätter samman en mötesagenda, samt bjuder in relevanta politiker och tjänstepersoner vid behov.

<sup>38</sup> Granskningsperioden var 1 december 2023 – 30 november 2024.

## 6.6.2 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden **i allt väsentligt** har en tillräcklig uppföljning och utvärdering av äldreomsorgen.

Vi grundar vår bedömning på att nämnden har ett flertal former för uppföljning och utvärdering av äldreomsorgen. Detta i form av bland annat dokumentationsgranskningen och brukarundersökningen. Vi saknar dock tydliga former för uppföljning av beslut och genomförandeplaner i varje enskilt fall. Vi menar att det är av vikt att nämnden säkerställer en regelbunden uppföljning av beslut och planer på individnivå för att därigenom kunna följa upp och utvärdera insatserna på aggregerad nivå.

Med hänsyn till den nya socialtjänstlagen kommer nämnden framgent även behöva utvärdera insatserna med fokus på att insatserna ska bygga på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet. För detta arbete behöver en tydligare uppföljning ske på övergripande nivå.

## 7 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

---

Syftet med granskningen har varit att bedöma om vård- och omsorgsnämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning och ledning av äldreomsorgen, med fokus på att brukarnas individuella behov har tagits i beaktande.

**Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att nämnden endast delvis har säkerställt en ändamålsenlig styrning och ledning av äldreomsorgen, med fokus på att brukarnas individuella behov har tagits i beaktande.**

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att:

- Säkerställa att det finns strukturerade och långsiktiga insatser för att upptäcka och motverka ofrivillig ensamhet bland äldre.
- Tillse att det finns systematiska arbetssätt för att säkerställa att samtliga har en aktuell genomförandeplan.
- Arbeta fram tillvägagångssätt som garanterar att gällande genomförandeplaner efterlevs i praktiken.
- Se till att det finns tydliga rutiner för med vilken regelbundenhet beslut och genomförandeplaner ska följas upp.
- Utveckla former för uppföljning och utvärdering av insatser utifrån kraven i den nya socialtjänstlagen, särskilt avseende vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet.

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

Ellen Broqvist

*Verksamhetsrevisor*

*Granskare*

Joakim Hackström Larsson

*Verksamhetsrevisor*

*Projektledare och granskare*

Erik Söderberg

*Certifierad kommunal revisor*

*Uppdragsansvarig*

## 8 BILAGOR

### 8.1 MALL FÖR UPPRÄTTANDE AV HANDLINGSPLAN

Områden som fungerar bra:
1.
2.
3.

Områden som behöver utvecklas/förbättras:
1.
2.
3.

#### Analys av resultat

Har resultatet förbättrats/försämrats sedan senaste granskning? (Jämför resultaten med tidigare granskningar för att se om det finns förändringar över tid)

Vad kan förändringarna bero på? Finns det orsaker i verksamheten som påverkat? Inkludera gärna feedback från personalen. Är det några specifika hinder som gör det svårt att följa riktlinjerna? Finns det behov av utbildning eller mer stöd?

Har tidigare vidtagna åtgärder gett någon effekt? (Tidigare handlingsplaner hittar ni i alfresco)

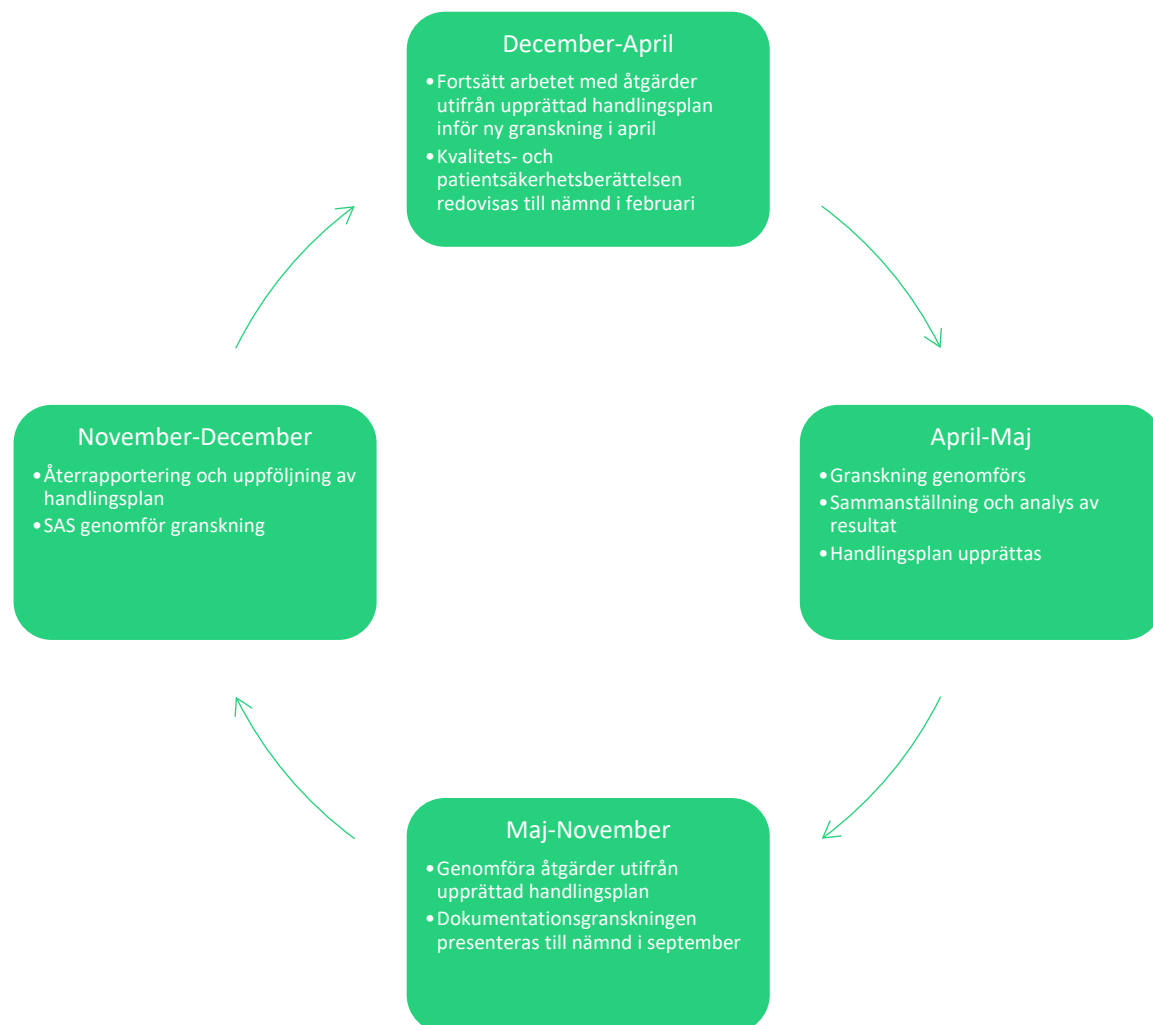
Går det att identifiera några mönster i det resultat som granskningen visat? Är det några återkommande områden där förbättringar behövs?

Vad kan du dra för slutsatser av ditt resultat?

## Handlingsplan

Aktivitet/åtgärd	Hur	Ansvarig
Aktivitet/åtgärd A		
Aktivitet/åtgärd B		
Aktivitet/åtgärd C		

## 8.2 DOKUMENTATIONSGRANSKNINGENS ÅRSJUL



# PENNEO

Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Dokumentet är signerat genom Penneo™ för säker digital signering. Tecknarnas identitet har lagrats, och visas nedan.

"Med min signatur bekräftar jag innehållet och alla datum i detta dokumentet."

## Anna Ellen Olivia Broqvist

### Undertecknare

Serienummer: 396ba518ea9ecf[...]34676cff504df

IP: 83.233.xxx.xxx

2026-02-05 08:33:58 UTC



## ERIK SÖDERBERG

### Undertecknare

Serienummer: ea0c4c51fd4317[...]0e62741725d51

IP: 83.145.xxx.xxx

2026-02-05 09:02:45 UTC



## Joakim Hackström Larsson

### Undertecknare

Serienummer: 285ca3512a48bf[...]7db8136a1b3f1

IP: 79.116.xxx.xxx

2026-02-05 10:20:34 UTC



Detta dokument är undertecknat digitalt via [Penneo.com](https://penneo.com). De signerade uppgifternas integritet är validerad med hjälp av ett beräknat hashvärde för originaldokumentet. Alla kryptografiska bevis är inbäddade i denna PDF, vilket säkerställer både autenticitet och möjlighet till framtida validering.

Detta dokument är försett med ett kvalificerat elektroniskt sigill. För mer information om Penneos kvalificerade betrodda tjänster, se <https://eutl.penneo.com>.

### Så här verifierar du dokumentets äkthet:

När du öppnar dokumentet i Adobe Reader kan du se att det är certifierat av **Penneo A/S**. Detta bekräftar att dokumentets innehåll förblir oförändrat sedan tidpunkten för undertecknandet. Bevis för de enskilda undertecknarnas digitala signaturer bifogas dokumentet.

De kryptografiska bevisen kan kontrolleras med hjälp av Penneos validator, <https://penneo.com/validator>, eller andra validerings verktyg för digitala signaturer.