

Jönköpings kommun

Granskning av systematiskt kvalitetsarbete inom
äldreomsorgen



Innehåll

Sammanfattning	2
1. Inledning	4
1.1. Bakgrund	4
1.2. Syfte och revisionsfrågor	5
1.3. Genomförande och avgränsning	5
1.4. Revisionskriterier	6
1.5. Organisation	6
2. Ledningssystem, processer och rutiner	7
2.1. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	7
2.2. Rutiner	8
2.3. Processer	10
2.4. Bedömning	10
3. Systematiskt förbättringsarbete, kvalitet och likvärdighet	12
3.1. Utvecklingsarbeten	12
3.2. Ombudsroller	14
3.3. Delaktighet och självbestämmande	16
3.4. Bedömning	19
4. Uppföljning	21
4.1. Uppföljning verksamhetsnivå	21
4.2. Uppföljning enhetsnivå	22
4.3. Nyckeltal och indikatorer	22
4.4. Riskanalyser och kontroller	25
4.5. Bedömning	26
5. Slutsats	28
6. Källförteckning	29
7. Revisionskriterier	31

Sammanfattning

På uppdrag av kommunrevisionen i Jönköpings kommun har EY genomfört en granskning av äldre nämndens systematiska kvalitetsarbete inom äldreomsorgen. Det övergripande syftet har varit att bedöma om äldre nämnden har säkerställt ett ändamålsenligt arbete med att utveckla och säkra kvalitet inom äldreomsorgens särskilda boenden (SÄBO).

Vår sammanfattande bedömning är att äldre nämnden delvis har säkerställt ett ändamålsenligt arbete med att utveckla och säkra kvalitet inom äldreomsorgens särskilda boenden. Bedömningen grundar sig på svaren på granskningens sex revisionsfrågor. I nedanstående tabell framgår huruvida revisionsfrågorna bedöms vara helt, delvis eller ej uppfyllda. För närmare beskrivning av bedömning för respektive revisionsfrågor, se respektive avsnitt samt slutsats och i avsnitt 5.

Revisionsfråga	Svar och bedömning	
Har nämnden tillsett att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd?	Ja. Ledningssystemet DIALOGEN, senast reviderat 2018, beskriver nämndens strategier för att systematiskt utveckla och säkerställa kvaliteten i verksamheten. Förvaltningen har fått i uppdrag att ta fram reviderad version av ledningssystemet med redovisning till nämnd senare i år.	
Har nämnden tillsett att centrala processer och rutiner är identifierade, dokumenterade och fastställda?	Till stor del. Det finns en central systematik i arbetssättet och en tydlig organisation. Centrala processer och rutiner finns tillgängliga på kommunens intranät och processportal. Dock framkommer det av granskningen en ökning av felaktiga avvikelserapporteringar. Nämnden bör säkerställa att verksamheterna har tillräckliga förutsättningar för att säkerställa en fullgod avvikelserapportering.	
Säkerställs en likvärdig omsorg och kvalitet i de aktuella enheterna?	Till viss del. Det finns en metodik, samverkansforum och flera fastställda rutiner som syftar till att säkerställa en likvärdig omsorg och kvalitet. Däremot har inte samtliga enheter ett systematiskt arbetssätt avseende t.ex. ombud och brukarråd. Vi vill betona att det förekommer ett ökat antal rapporterade avvikelser som bedömts utgöra vårdskada/risk för vårdskada, från 11 till 24 fall under första halvan av 2024 (jmf 2023), vilket är bekymrande.	
Har nämnden tillsett att det bedrivs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete?	Till stor del. Det pågår ett flertal utvecklingsarbeten som bygger på tidigare identifierade brister. Dock finns flera utmaningar och förutsättningar som försvårar möjligheterna att bedriva ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete.	

Har nämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning av verksamhetens kvalitet?	Till viss del. Det finns tydliga former för hur den övergripande uppföljningen. Flertalet nyckeltal och indikatorer följs upp regelbundet vilket möjliggör jämförelser över tid. Dock görs det ingen gemensam uppföljning för SÄBO:s genomförda egenkontroller.	
Hur säkerställs brukarens delaktighet och självbestämmande i det dagliga arbetet?	Nämnden har säkerställt metoder, arbetssätt samt uppföljningar som syftar till att säkerställa brukarens delaktighet och självbestämmande genom kontaktman, involvering i genomförandeplan samt möjligheten att inkomma med synpunkter/klagomål.	

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Den nationella utvecklingen visar att äldreomsorgen står inför stora utmaningar. Kommunerna ska tillhandahålla vård och omsorg till allt fler äldre med omfattande vårdbehov, därtill tillkommer stora pensionsavgångar. Det finns stora behov av personal och kompetens inom äldreomsorgen och enligt SKR:s personalprognos 2023 behöver äldreomsorgen rekrytera 72 000 undersköterskor, 20 000 vårdbiträden och 9 500 sjuksköterskor fram till 2031. För att möta utmaningarna behöver kommunerna arbeta med ständiga förbättringar av verksamheten genom att exempelvis säkerställa att medarbetares kompetens och tid används på bästa möjliga sätt. Att ta vara på lärdomar från covid19-pandemin, införandet av välfärdsteknik och omställningen till 'God och nära vård' är viktiga aspekter som påverkar äldreomsorgen.

Utöver ovan nämnda förutsättningar och utmaningar ska socialtjänstens insatser vara av god kvalitet och en del i att säkerställa detta är att systematiskt följa upp de insatser som tillhandahålls, på såväl individ- som gruppnivå. Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska användas för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Att resurser används och fördelas på bästa vis är en förutsättning för att kunna bedriva så god service som möjligt för kommunmedborgarna. Detta fordrar en organisation med tydligt fokus på förbättringar där förebyggande arbete, uppföljning och utvärdering är viktigt.

Under 2020-2021 genomförde Inspektionen för vård och omsorg (IVO) en granskning av den medicinska vården på SÄBO i Jönköping kommun. I tillsynen konstaterade IVO följande brister:

- ▶ Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning
- ▶ Dokumentation sker inte enligt gällande regelverk och det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård
- ▶ Läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt
- ▶ Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk

I tillsynen beslutade IVO att kommunen skulle vidta åtgärder för att komma till rätta med bristerna. I januari 2023 redovisade socialförvaltningen vilka åtgärder som gjorts med anledning av IVO:s beslut. I IVO:s beslut från april 2023 framgår att IVO i underlaget för den pågående tillsynen inte finner att dessa brister blivit åtgärdade.

I IVO:s beslut från februari 2024 framgår att ärendet avslutats och bedömning att det vidtagits åtgärder som ger förutsättningar för att komma tillrätta med de konstaterade bristerna. Dock menar IVO att nämndens redovisade åtgärder avseende rapporteringsstöd inte hade implementerats i tillräcklig omfattning och påpekar därmed att nämnden fortsatt ska arbeta med implementeringen. IVO påtalade även vikten av att vårdgivaren i enlighet med sin redovisning utvärderar effekten av de vidtagna åtgärderna och vid behov vidtar ytterligare åtgärder.

Mot bakgrund av detta har de förtroendevalda revisorerna i Jönköpings kommun beslutat att granska äldre nämndens arbete med att utveckla och säkra kvalitet inom äldreomsorgens verksamhet

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte är att bedöma om äldre nämnden har säkerställt ett ändamålsenligt arbete med att utveckla och säkra kvalitet inom äldreomsorgens särskilda boenden. I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

- ▶ Har nämnden tillsett att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd?
- ▶ Har nämnden tillsett att centrala processer och rutiner är identifierade, dokumenterade och fastställda?
- ▶ Säkerställs en likvärdig omsorg och kvalitet i de aktuella enheterna?
- ▶ Har nämnden tillsett att det bedrivs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete?
- ▶ Har nämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning av verksamhetens kvalitet?
- ▶ Hur säkerställs brukarens delaktighet och självbestämmande i det dagliga arbetet?

1.3. Genomförande och avgränsning

Granskningen har genomförts under perioden augusti - november 2024. Granskningen är avgränsad till äldre nämnden, verksamhetsåret 2024 och omfattar SÄBO i egen regi. Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer. Intervjuer har genomförts med relevanta nyckelfunktioner från förvaltningen så som äldreomsorgschef och kvalitetschef samt ett urval av verksamhetschefer, enhetschefer och medarbetare. Urvalet gjordes om tre enheter för att få en spridning utifrån två senaste brukarundersökningarnas resultat, geografiskt läge samt tematiskt område.

Tabell 1. Urval av SÄBO

Mjölkaållan Demensboende med 5 enheter, varav en kortidsenhet (centralt)	46	44	36
Smedjegården 3 demensenheter (ej centralt)	90	89	75
Rosendala 1 äldreboende med hemtjänst ¹ , 2 enheter inriktning demenssymtom samt 3 SÄBO (centralt)	96	86	65

Källa: Brukarundersökningen 2022-2023, samt kommunens hemsida.

¹ Boendet är en insprängd enhet på detta SÄBO. Boende här har ett boendebeslut och ett individuellt hemtjänsteslut på sina insatser.

1.4. Revisionskriterier

Granskningens bedömningar utgår från kommunallagen (2017:725) som övergripande revisionskriterium, då denna i sjätte kapitlet anger att nämnderna inom sitt ansvarsområde ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med kommunfullmäktiges mål och riktlinjer, samt i enlighet med lagar och författningar som gäller för verksamheten. I övrigt utgår granskningens bedömningar från följande revisionskriterier, för att läsa mer om revisionskriterierna se avsnitt 6.

- ▶ Socialtjänstlag (SoL 2001:453)
 - 3 kap. 3 § Vissa uppgifter inom socialtjänsten m.m.
 - 14 kap. 1-7 §§ Anmälan om och avhjälpande av missförhållanden m.m.
- ▶ Patientsäkerhetslag (PSL 2010:659)
 - 3 kap. 10 § Vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
 - 3 kap. 1-3 §§ Ansvar för och användning av ett ledningssystem
 - 4 kap. 1 § Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad
 - 5 kap. 1-3 §§ Systematiskt förbättringsarbete
- ▶ Socialtjänstens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah
 - 2 kap. 1-3 §§ Rapporteringsskyldigheten
 - 7 kap. 1 § Rutiner för verksamheten
- ▶ Äldrenämndens reglemente KS/2022:502

1.5. Organisation

Av äldrenämndens reglemente beslutat av kommunfullmäktige mars 2023 framgår nämndens ansvar för äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården. Nämnden ansvarar tillsammans med funktionsstödsnämnden och individ- och familjeomsorgsnämnden för socialförvaltningens gemensamma stab och ledning. Verksamhetsområdet äldreomsorg, som leds av äldreomsorgschefen, består av fyra områden samt fem äldreområden. Var äldreområde har en områdeschef. Enligt uppgift är indelningen av områden gjord utifrån geografi samt typ av boende. Det finns 32 äldreboenden i kommunen, varav 31 kommunala, med drygt 1500 lägenheter/platser. Inom äldreområdena har respektive boende 2-4 enhetschefer med undantaget för ett boende som har en enhetschef. Boende på SÄBO kommer i rapporten hänvisas till som brukare alternativt patienter, då två olika lagstiftningar, SoL och PSL, är aktuella.

I socialförvaltningen finns en kvalitetsenhet som leds av kvalitetschef och består av två medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), apotekare, tre socialt ansvariga samordnare (SAS) samt tre utvecklingsledare. Enheten arbetar bland annat med att utreda avvikelser (lex Sarah och misstänkt allvarliga vårdskador) samt att följa upp verksamheternas kvalitet.

2. Ledningssystem, processer och rutiner

I detta avsnitt besvaras revisionsfrågan om nämnden *tillsett att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd*. Därtill besvaras även revisionsfrågan om nämnden *har tillsett att centrala processer och rutiner är identifierade, dokumenterade och fastställda*.

2.1. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Det finns ett dokumenterat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för socialtjänsten i Jönköpings kommun från september 2012, senast reviderat 2018. Ledningssystemet kallas för *DIALOGEN* och inkluderar de strategierna som nämnden valt att tillämpa för att systematiskt utveckla och säkerställa kvaliteten i verksamheten. Ledningssystemet grundar sig i ett gemensamt flöde bestående av delarna: analysera, möjliggöra, genomföra och följa upp.

För 2024 har äldre- och våldsbarnsmyndigheten gett förvaltningen i uppdrag att ta fram ett reviderat styrdokument för nämndens ledningssystem. Av nämndens verksamhetsplan 2024 framgår det att revideringen av ledningssystemet ska redovisas till nämnden i juni 2024, vilket inte skedde. Vid sakgranskning av granskningsrapporten framkommer det att redovisning till nämnden skjutits upp till december 2024.

Intervjuade uppger att ledningssystemet finns tillgängligt på kommunens intranät. Både i sin helhet, och som en mer lättillgänglig version med en enklare beskrivning av innehållet.

Av ledningssystemet framgår vilka dokument som ska tas fram på förvaltningsnivå och enhetsnivå för det systematiska kvalitetsarbetet, se nedan.

Verksamhetsnivå

- ▶ Verksamhetsplan
- ▶ Verksamhetsberättelse
- ▶ Kvalitetsrapport
- ▶ Patientsäkerhetsberättelse
- ▶ Kvartalsrapporter

Enhetsnivå

- ▶ Verksamhetsplan
- ▶ Resultat- och kvalitetsberättelse

Vartannat år tar förvaltningen även fram underlaget *Utblick* till äldre- och våldsbarnsmyndigheten. Utblick syftar att utgöra planerings- och diskussionsunderlag för förvaltningen och nämnden (läs mer under avsnitt 4.1).

Verksamhetsplan

Utifrån sitt grunduppdrag har nämnden beslutat om ett antal kvalitetsfaktorer och riskfaktorer i verksamhetsplanen. En av årets kvalitetsfaktorer avser att de som bor på SÄBO ska vara nöjda, vilket följs upp med brukarbedömningens resultat avseende

brukares bedömning av helhetssynen. Riskfaktorer framgår av nämndens riskanalys och intern kontroll.

Nämnden har beslutat om nämndmål för 2024 inom de områden som behöver prioriteras för att förbättra kvaliteten i grunduppdraget. Alla mål har tillhörande indikatorer samt uppdrag och aktiviteter som stödjer målen. Nämnden har bland annat följande mål med bäring på granskningen:

- ▶ Äldre medborgare ska uppleva att de lever ett värdigt liv och känner välbefinnande
- ▶ Medborgare som får hälso- och sjukvårdsinsatser ska få en trygg och patientsäker vård
- ▶ Värdeskapande strategier och processer

Några av de uppdrag och aktiviteter som finns kopplade till dessa mål avser värdegrundsarbete inom äldreomsorgen, medborgardialoger och revidering av nämndens ledningssystem.

Intervjuade uppger att det inför framtagandet av en ny verksamhetsplan anordnas en "måldag" med ledningsgruppen och nämndens förtroendevalda för att diskutera nuläget, utmaningar och behov. Ett motsvarande tillfälle hålls även för fackliga representanter. Respektive enhetschef ansvarar för att bryta ned verksamhetsplanen till mål och aktiviteter för sin enhet, utifrån den bedömning områdeschefen har gjort avseende vilka övergripande mål som ska skjutas ut till enheterna. Respektive enhet ska även ta fram en verksamhetsplan. Intervjuade uppger att det i enheternas planer ska formuleras aktiviteter för året med syfte att uppfylla nämndens mål.

Intervjuade uppger att det inte är effektivt för enheterna att addera egna mål, då mängden mål från nämnden redan är omfattande. Enheternas aktiviteter anpassas därför till nämndmålen, som inte nödvändigtvis motsvarar enhetens egna behov. Det finns även uppfattning om att det är svårt att bryta ner målen till mätbara aktiviteter, framförallt kopplat till det vardagliga arbetet och göra det relevant för respektive medarbetare.

2.2. Rutiner

Enligt uppgift använder socialförvaltningen det digitala systemet Stratsys för sitt kvalitetsarbete. Alla verksamheternas processer och rutiner finns samlade i kommunens processportal via intranätet. Intervjuade uppger att medarbetare regelbundet påminns om att samtliga rutiner och processer för kvalitetsarbetet finns i processportalen.

Vid introduktion av nyanställda ingår information om processportalen och uppfattningen är att medarbetarna har god kännedom om gällande rutiner och processer. För alla rutiner och processer finns utsedda centralt ansvariga för uppdatering och revidering. I processportalen finns även en framtagna process avseende rutiner för framtagandet och uppföljning av processer.

Intervjuade uppger att områdescheferna samverkar för att säkerställa ett likvärdigt arbete genom gemensamma övergripande processer och rutiner. Områdescheferna

för SÄBO har möte varje vecka. Vid dessa möten finns det en fastställd dagordning som mötena utgår ifrån. Var tredje vecka sker mötet tillsammans med samtliga områdeschefer inom äldreomsorgen. Områdescheferna följer upp sina egna verksamheter genom regelbundna uppföljningar med sina enhetschefer. Områdescheferna träffar sina enhetschefer minst en gång i veckan. Varje chefsgrupp har chefs-APT (arbetsplatsträff). En gång per termin görs även fördjupade verksamhetsuppföljningar där samtliga enheter besöks.

Det finns en framtagna processbild med tillhörande rutiner gällande biståndsbeslut om SÄBO. Avseende social dokumentation för utförare i äldreomsorgen finns framtagna rutin med vägledning från 2022, senast uppföljd 2024. Vägledningen utgår ifrån SoL, LSS och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Därtill tillämpas arbetssättet Individens Behov i Centrum (IBIC) för en mer likvärdig och rättssäker dokumentation. Av vägledningen framgår att det är enhetschef som ansvarar för att medarbetare har den kunskap och förutsättningar som krävs för social dokumentation. Medarbetare har i sin tur ansvar för att föra social dokumentation.

Enligt vägledning för social dokumentation, senast reviderad maj 2024, ska genomförandet av en beslutad insats planeras och dokumenteras i en genomförandeplan. För upprättande av genomförandeplan IBIC finns framtagna vägledning, senast reviderad maj 2024. Det finns även en framtagna vägledning för uppföljning av genomförandeplan IBIC, senast reviderad maj 2024. Båda vägledningarna finns tillgängliga i en lättlästversion.

Brukarens kontaktman och enhetschef ansvarar för att tillsammans med brukaren och/eller anhöriga färdigställa och fastställa genomförandeplanen. Kontaktman ansvarar för att följa upp genomförandeplanen tillsammans med brukaren och anhöriga. Enhetschefen har ett övergripande ansvar för att arbetet sker enligt genomförandeplan.

Det framgår av mottaget underlag så som kvartalsrapporter 2024, kvalitetsrapport 2023 och verksamhetsberättelse 2023 att det förekommer en stor mängd felrapporteringar avseende lex Sarah och vårdskador. Även vid intervjuer lyfts detta som något som kan tyda på en bristande kunskap hos medarbetare om vad som ska rapporteras. Vid intervjuer framkommer att det finns en uppfattning om att alla medarbetare inte har haft eller har en tillräcklig kunskap och förståelse för vad som ska rapporteras som en avvikelser. Enligt uppgift förekommer det rapporterade avvikelser om händelser som exempelvis avsett personalfrågor eller arbetsmiljö.

Kvalitetsrapport och patientsäkerhetsberättelsen

För äldrenämndens kvalitetsarbete tar kvalitetsenheten årligen fram en kvalitetsrapport. Det framkommer vid intervjuer att verksamhetsplan för kommande år ofta fastställs innan verksamhetsberättelsen för innevarande år är klar, vilket upplevs problematiskt. Därav har förvaltningen beslutat sen flera år tillbaka att nämndens kvalitetsrapport tas fram under hösten.

Socialförvaltningens MAS, MAR och apotekare ansvarar för att sammanställa en årlig patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen är en del av kvalitetsarbetet för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

2.3. Processer

För äldreomsorgens särskilda boenden finns processer och rutiner tillgängliga via intranätet och processportalen. För samtliga processbilder framgår stegvisa rutiner för processen samt vem som ansvarar för respektive steg. Inom ramen för granskningen har vi tagit del av processbilder för synpunktshantering, vårdskador och lex Sarah.

Av processbild för synpunktshantering framgår det flöde som hanteringen av inkomna synpunkter ska följa. Samtliga inkomna synpunkter ska registreras i avvikelshanteringssystemet, utredas och åtgärdas samt återkopplas till synpunktslämnare. Efter att detta har gjorts ska bedömning göras huruvida det finns behov av uppföljning eller utvärdering, om inte så avslutas ärendet. Om behovet finns så ska åtgärd följas upp av ansvarig chef, följt av avslut av ärendet.

Av processbilden för vårdskador framgår att det vid en vårdskada initialt ska övervägas akuta åtgärder, rapportering av avvikelse samt information till patient och anhöriga. Händelser som har medfört eller kunnat medföra allvarlig vårdskada ska rapporteras till MAS/MAR via avvikelshanteringssystemet. Därefter ska en bedömning göras av allvarlighetsgrad följt av en utredning utifrån bedömd allvarlighet. Vid en vårdskada görs utredning och avslut. Vid en allvarlig vårdskada ska bedömning göras huruvida anmälan till IVO ska ske, vilket görs av MAS/MAR. Efter beslut ska åtgärder genomföras följt av uppföljning av dessa.

Av processbilden för lex Sarah framgår rutiner som gäller vid rapportering och utredning av lex Sarah. Vid inkommen rapportering ska omedelbara åtgärder övervägas. Därefter ska beslut tas huruvida anmälan ska göras till IVO. Inkommen rapport ska utredas följt av beslut. Efter genomförande av eventuella åtgärder ska uppföljning av dessa göras. För utredning av lex Sarah- rapporter finns en framtagen utredningsmall från 2021 som ska användas. Vid sakgranskning framkommer det att tidigare rutin från 2021 för externa utförare gällande lex Sarah- rapporter och anmälningar från enskilda verksamheter inte längre används. Den ska tas bort från lex Sarah-processen då samtliga externa utförare nu registrerar lex Sarah i det nya verksamhetssystemet.

2.4. Bedömning

Det är vår bedömning att nämnden har tillsett att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd. Ledningssystemet DIALOG, senast reviderat 2018, beskriver nämndens strategier för att systematiskt utveckla och säkerställa kvaliteten i verksamheten. En reviderad version av ledningssystemet skulle ha redovisats till

nämnden i juni 2024, vilket inte har gjorts. Enligt uppgift är redovisning av reviderat ledningssystemet planerat i december, vilket vi menar är av vikt att nämnden säkerställer sker som planerat.

Vidare görs bedömningen att nämnden har tillsett att centrala processer och rutiner är identifierade och dokumenterade. Bedömningen grundar sig på att det finns en central systematik i arbetssättet och en tydlig organisation som arbetar med styrningen. Det framgår dock inte av processportalen huruvida processer och rutiner är fastställda av äldre nämnden.

Såväl ledningssystemet som centrala processer och rutiner finns tillgängliga för medarbetare på kommunens intranät och via processportalen. Ledningssystemet finns även tillgänglig som en enklare version och några rutiner för medarbetare inom äldreomsorgen finns i lättlästa versioner, vilket vi ser som positivt.

Av granskningen framkommer en uppfattning om att avvikelserapportering ökat till följd av bristande kunskap hos medarbetare, vilket innebär ett stort antal felaktiga rapporteringar. Det är av relevans att nämnden säkerställer att verksamheterna har tillräckliga förutsättningar för att kunna säkerställa en fullgod avvikelserapportering. Det framkommer även att det inte görs någon uppföljning av eventuella enheter med låg eller hög avvikelserapportering. Detta bedömer vi är av vikt för att kunna sätta in åtgärder kopplat till misstankar om underrapportering.

3. Systematiskt förbättringsarbete, kvalitet och likvärdighet

I detta avsnitt besvaras revisionsfrågan huruvida nämnden *har tillsett att det bedrivs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete*. Därtill besvaras även revisionsfrågorna avseende *hur brukarens delaktighet och självbestämmande i det dagliga arbetet säkerställs* samt om nämnden *säkerställt en likvärdig omsorg och kvalitet i äldreomsorgens särskilda boenden*.

3.1. Utvecklingsarbeten

Vid genomförandet av granskningen framgår att det pågår ett antal olika projekt och utvecklingsarbeten kopplat till socialförvaltningens äldreomsorg. Dessa redogörs för nedan.

Chefen i fokus

Av underlaget Utblick 2024 framgår att utvecklingsarbetet "Chefen i fokus" påbörjades 2020, och är beräknat att pågå fram till 2026. Av verksamhetsplan 2024 framgår att "Chefen i fokus" är en del av uppdraget kopplat till nämndmålet *Hälsofrämjande ledarskap*.

Arbetet startades utifrån insikten om att en för hög arbetsbelastning på chefer riskerade att leda till för hög chefsomsättning. Flera olika åtgärder har genomförts och antalet chefer i förvaltningen har ökat. I nämndens verksamhetsplan senaste åren har det ingått ett återkommande mål om att ingen chef ska ha fler än 25 medarbetare under sig.

Under 2019 var det 25 procent av cheferna inom äldreomsorgen som var chef för samma enhet tre år tidigare, under 2023 ändrades detta till 51 procent. En del intervjuade uppger att den höga rotationen på chefer har påverkat arbetssätt och medarbetare mycket. Det uppges att det bidragit till att grupperna inte hunnit arbeta ihop sig och hunnit bli trygga med varandra innan ny chef kommit igen.

Fokus kompetensförsörjning

Av äldrenämndens verksamhetsberättelse 2023 framgår att den största utmaningen för äldreomsorgen är att klara kompetensförsörjningen. Det framgår att bemannings- och rekryteringssituationen under 2023 var ansträngd med stora svårigheter att rekrytera personal för flera yrkesgrupper.

Under 2022 startades utvecklingsarbetet "Fokus kompetensförsörjning". Projektet är en del av nämndens beslutade uppdrag 2024 kopplat till nämndmålet *Attraktiv arbetsgivare*. Arbetet syftar till att med ett strategiskt arbete kunna uppnå en stabil kompetensförsörjning. I uppdraget ingår att använda kompetens och professioner rätt samt att göra arbetsplatsen attraktiv för medarbetare.

Under åren 2023-2025 har följande tre områden varit prioriterade med respektive tillhörande delprojekt:

Tabell 2. Delprojekt inom Fokus kompetensförsörjning

Delprojekt	Beskrivning
<i>Använd kompetensen rätt</i>	I projektet ingår att arbeta med åtgärder som ska säkerställa att medarbetare i större utsträckning utför arbetsuppgifter som ingår i deras yrkesutbildning. Olika professionernas kompetens- och ansvarsområden i relation till varandra samt möjligheten till digitala lösningar ska tydliggöras.
<i>Attrahera och rekrytera</i>	I uppdraget ingår att identifiera strategier för att kunna attrahera och rekrytera medarbetare med adekvat kompetens samt att fokusera på åtgärder för svårrekryterade yrkesgrupper.
<i>Stöd medarbetarnas utveckling</i>	I uppdraget ingår att arbeta med åtgärder som ska stödja medarbetares kompetensutveckling från introduktion, till vidareutbildning och karriärvägar.

Källa: Projektplan Fokus kompetensförsörjning, 2022-11-30.

Vid intervjuer uppges att enheterna i olika utsträckning upplever svårigheter till följd av hög personalomsättning och rekrytering av personal med rätt kompetens. Enligt uppgift har den bristande flexibiliteten med schemaläggning varit en bidragande faktor till att många nya, framförallt unga medarbetare, väljer att inte stanna. Uppfattningen är att schemaläggningen bidrar till svårigheten med att rekrytera, vilket i sin tur försämrar personalkontinuiteten, vilket påverkar kvalitetsarbetet.

Intervjuade betonar även att rätt använd kompetens är en viktig faktor för arbetsmiljön och för att göra yrket attraktivt. I huvudsak är det omvårdnadspersonalen som ansvarar för städning hos hyresgästerna, vilket intervjuade upplever vara ett slöseri av kompetens. Som exempel uppges en enhet med inköpt städtjänster från tekniska kontoret, vilket ses som positivt då resurserna vårdbiträde och undersköterska kan användas mer effektivt med omsorg.

Från augusti 2024 finns framtagna roll och ansvarsbeskrivningar för vårdbiträde och undersköterska. Intervjuade uppger att framtagandet av dessa har syftat till att tydliggöra och särskilja rollerna. Intervjuade uppger att rollbeskrivningarna är centralt framtagna och att det finns en upplevelse av att de inte är tillräckligt förankrade i verksamheterna. Uppfattningen är att rollbeskrivningarna inte är tillräckligt tydliga och särskiljande från varandra. Till följd av dessa synpunkter ska dessa justeras inom kort.

Äldreomsorgslyftet

Under slutet av 2020 startades ett arbete med Äldreomsorgslyftet. Äldreomsorgslyftet innebär att vårdbiträden anställs på heltid och får läsa till

undersköterska på halvtid på betald arbetstid. Av äldrenämndens verksamhetsberättelse 2023 framgår att 300 vårdbiträdande senaste åren påbörjat vidareutbildning till undersköterskor och att 90 har tagit examen hittills. Av verksamhetsplan 2024 framgår att äldreomsorgslyftet fortsätter även under 2024. Lönekostnaden finansieras av statsbidrag för 2024-2026, men förvaltningen behöver stå för utbildningskostnaden.

Språklyftet

Av kvartalsrapport april-juni 2024 framgår att förvaltningen har identifierat ett stort antal medarbetare som har för bristfälliga kunskaper i svenska språket för att klara av en utbildning på gymnasienivå. Därav har förvaltningen beslutat att genomföra ett pilotprojekt under hösten 2024 för stärkande utbildning i svenska språket. Projektet genomförs i samarbete med June folkhögskola och inleddes under våren 2024 med en kartläggning av cirka 60 medarbetare. I verksamhetsplan för 2024 omnämns projektet som *Språklyftet*. Utifrån kartläggningen har nu 32 medarbetare påbörjat språkutbildningen som kommer att pågå under hösten. Om projektet slår väl ut är planen att fortsätta och utveckla satsningen framöver.

Uppfattningen från intervjuade är att projektet är något positivt, då det finns utmaningar kopplat till medarbetare som saknar tillräcklig språkkompetens. Den bristande språkkompetensen kan innebära att svårigheter för medarbetaren att ta till sig instruktioner eller i interaktionen med brukare. För de enheter med medarbetare som saknar tillräcklig språkkompetens innebär det ofta ett merarbete för övrig personal. Uppfattningen är att problematiken är olika stor inom de olika enheterna. Det uppges även att deltagande i *Språklyftet* i vissa fall har varit svårt utifrån schemaläggning.

En del intervjuade uppger att brister kopplat till språkkompetens framkommit vid egna stickprov av dokumentation. Det har framkommit att många inte dokumenterar alls eller inte dokumenterar tillräckligt väl. Det framgår även att det finns en övergripande upplevelse av att det inte finns tillräcklig tid för arbetet med daglig dokumentation, då det inte finns utrymme för det i schemat

3.2. Ombudsroller

Värdegrundsbud

Från 2018 finns framtagna beskrivningar av ombudsrollen för värdegrundsarbetet. Syftet med rollen är att säkerställa att värdegrundsarbetet hålls levande och att värdegrunden följs i det dagliga arbetet. Värdegrundsarbetet i kommunens äldreomsorg grundar sig på den nationella värdegrunden om att äldre ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Värdegrundsbudets uppdrag är att stötta enhetschefen i arbetet, medverka i planeringen av värdegrundsarbetet, stimulera till etisk reflektion utifrån värdegrunden samt påminna om de etiska värdena i det dagliga arbetet.

Under 2023 genomfördes flera insatser relaterat till äldreomsorgens värdegrund. Värdegrundsledare har tagit fram utbildningsmaterial och arbetat fram en struktur för att göra omtag i äldreomsorgens värdegrundsarbete. Under 2023 fick cirka 130 värdegrundsombud och cirka 120 chefer fördjupad utbildning.

Nämnden har i verksamhetsplan för 2024 fastställt ett uppdrag avseende värdegrundsarbetet. Förvaltningen har fått i uppdrag att fram till 2025 öka kunskapen för samtliga medarbetare i äldreomsorgen gällande uppdraget, synsätt och den nationella värdegrunden. Kopplat till uppdraget ingår att varje enhet ska lägga en plan tillsammans med värdegrundsombuden för hur värdegrundsarbetet ska ske under 2024. För de tre enheterna vi har intervjuat inom ramen för granskningen har vi tagit del av underlag avseende planerade aktiviteter för värdegrundsarbetet. Av aktiviteter framgår bland annat:

- ▶ Anhörigträffar
- ▶ Brukarråd
- ▶ Ombudsträffar
- ▶ Tillsätta och utbilda värdegrundsombud på samtliga avdelningar
- ▶ Utse värdegrundsombud som ska skriva plan för värdegrundsarbetet

Av intervjuer framkommer det att arbetet med värdegrundsombud skiljer sig åt mellan enheterna. Vissa uppger att det finns en systematik för ombudens arbete, men vissa uppger att de saknar en tydlig struktur och tydliga forum för diskussion. Vissa enheter har värdegrund som en stående punkt på sina APT och på vissa boenden finns det uppsatta tavlor med information om värdegrunden som ett sätt att synliggöra det.

Dokumentationsombud

I kommunens vägledning för social dokumentation framgår att det inom varje verksamhet bör finnas minst ett dokumentationsombud. Från 2020 finns framtagna beskrivning av ombudsrollen för social dokumentation. Syftet med rollen är att säkerställa en god kvalitet gällande den sociala dokumentationen. Ombudets uppdrag innefattar att introducera, utbilda och ge stöd till personal gällande social dokumentation och användandet av dokumentationssystem. Ombudet ska även ha god kännedom om gällande riktlinjer, rutiner och anvisningar samt fortbilda kollegorna på sin arbetsplats.

Intervjuade uppger att det regelbundet hålls nätverksträffar för äldreomsorgens dokumentationsombud för att öka kompetensen. Under våren 2024 hölls möte ungefär en gång i månaden. I intervjuer framgår att vissa enheter har en bättre struktur och systematik för dokumentationsombudens arbete än andra. En generell uppfattning är att dokumentationsombuden har genomgått och ska genomgå olika utbildningar, men att det är svårt att skapa tid för det i deras scheman.

Det framkommer även vid intervjuer att rollen som dokumentationsombud ställer höga krav på språkkompetens, vilket innebär att det finns begränsningar i vem som kan ha rollen. För att få vara dokumentationsombud måste medarbetaren genomgå

en central utbildning följt av en fördjupad kurs. Intervjuade menar att dokumentationsombuden är viktiga. Det uppges att det är viktigt att nya medarbetare får en god introduktion till sociala dokumentation, inte minst för medarbetare med bristande språkkompetens. Intervjuade uppger att bristande språkkompetens kan leda till situationer där brukare och medarbetare inte förstår varandra, framförallt avseende brukare med svår demens.

3.3. Delaktighet och självbestämmande

Av såväl kvalitetsrapport 2023 som patientsäkerhetsberättelse 2023 framgår att patienten som medskapare är en grundläggande förutsättning för en säker vård och patientsäkerhetsarbetet. Utifrån patientsäkerhetsarbetet har det gjorts en nulägesanalys där det bland annat framkommit att förvaltningen behöver arbeta vidare med patientmedverkan.

Genomförandeplan och socialdokumentation

Upprättandet av genomförandeplan tillsammans med brukaren är grundläggande för att undersöka och identifiera behov och önskemål för den omsorg som ska utföras. Av vägledning för social dokumentation från 2024 framgår att brukaren alltid ska ges möjlighet att medverka vid upprättandet av genomförandeplanen för att kunna påverka hur stödet ska utformas. Alla brukare ska ha en utsedd kontaktman som i sitt uppdrag har till uppgift att uppmärksamma den enskildes behov och önskemål.

För genomförandeplan finns framtagna vägledning från 2023 för när kontaktman tillsammans med brukaren och/eller anhörig ska göra klart den första genomförandeplanen. Om brukaren deltagit i genomförandeplanen ska detta tydligt dokumenteras och i de fall medborgaren inte deltagit ska detta framgå. Intervjuade uppger att vissa brukargrupper kan ha svårare att uttrycka önskemål kring vården (exempelvis personer med demens), samt att den enskildes vilja kan gå emot principer om trygg och kvalitativ vård.

Genom uppföljning av genomförandeplan skapas förutsättningar för medborgaren att komma till tals och påverka sin situation. Uppföljning ska enligt vägledning från 2023 ske minst var sjätte månad och vid behov ska den revideras i samråd med medborgaren. Nedan framgår statistik över andel personer med aktuell (inte är äldre än sex månader) genomförandeplan. Vid sakgranskning av granskningsrapporten framkommer det att resultaten av enhetsundersökningen, som redovisas i tabell 3 nedan, ingår i de resultat som kvalitetsenheten skannar av för eventuell fördjupning och analys. Just i år har det inte gjorts någon särskild analys av detta nyckeltal, men om det över tid ser ut att fortsatt ligga sämre till kan det bli ett kommande tema att analysera.

Tabell 3. Genomförandeplan SÄBO 2023-2024

Andel procent (%)	2023	2024
Personer med aktuell genomförandeplan i SÄBO	96	87

Källa: Socialstyrelsen, Kolada 2024.

Det uppges även vara en brist att vårdpersonalen inte kan se sjuksköterskornas dokumentation, vilket förklaras av begränsningar i det digitala systemet Combine2.

Synpunkter och klagomål

Av patientsäkerhetsberättelse 2023 framgår att brukarens och anhörigas synpunkter och klagomål tas tillvara på genom regelbundna uppföljningar kring nöjdhet. Även den nationella brukarenkäten är ett sätt för brukare att ge uttryck för sina synpunkter på enhetsnivå.

För medborgares synpunkter finns framtaget informationsblad "Hjälp oss att bli bättre". Av informationen framgår hur medborgare eller brukare kan kontakta kommunen att framföra sina synpunkter. Till detta finns även en framtagen blankett som kan användas för att förmedla synpunkter.

Brukarråd och anhörigträffar

Av patientsäkerhetsberättelsen 2023 framgår att vissa boenden har boenderåd som syftar till att på gruppnivå föra dialog för att fånga upp synpunkter och önskemål. Även intervjuade uppger att vissa enheter har regelbundna brukarråd. Av vägledning avseende samverkan med anhöriga vars närstående bor på SÄBO från 2019 framgår att om personer på boende för demenssjukdom önskar ska anhöriga erbjudas anhörigträffar. Intervjuade uppger att områdeschefen inte får någon direkt uppföljning av dessa, men enligt uppgift ska enhetscheferna skriva om de har brukarråd eller anhörigträffar i sina verksamhetsplaner. Av de tre enheters verksamhetsplaner vi har tagit del av inom ramen för granskningen framgår det av två att de har anhörigträffar inplanerade som aktivitet under året.

Brukarundersökning

Av Utblick från 2024 framgår att Socialstyrelsens årliga brukarundersökningar har visat på en viss minskning av den övergripande nöjdheten inom äldreomsorgen. Minskningen har skett särskilt de senaste åren, vilket uppges till viss del kunna bero på pandemin som blev en stor påfrestning för många. Även i

²Lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation innebär en möjlighet för vårdgivare och omsorgsgivare att, under vissa förutsättningar, göra personuppgifter tillgängliga och ta del av varandras dokumentation genom ett elektroniskt system. Det är frivilligt att ansluta sig till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, men om det görs måste alla bestämmelser i lagen följas.

verksamhetsberättelsen och kvalitetsrapporten för 2023 framgår brukarundersökningens resultat. I kvalitetsrapporten framgår resultatet för ett urval indikatorer för 2022-2023, för 2024 har resultatet hämtats från Socialstyrelsens senaste undersökning, se tabell nedan.

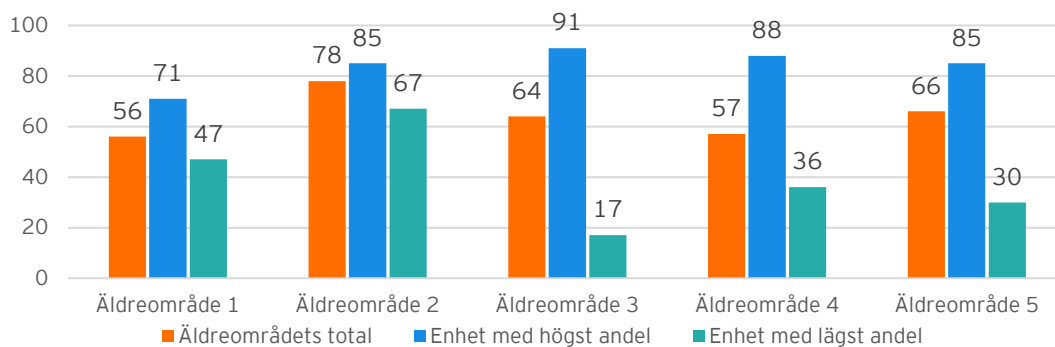
Tabell 4. Brukarundersökningens resultat SÄBO Jönköpings kommun 2022-2024

Andel (%) nöjda brukare på äldreboende	2022	2023	2024	Riket 2024
Känner du förtroende för personalen på ditt äldreboende?	80	81	81	82
Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt?	90	91	91	92
Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på äldreboendet?	44	46	44	45
Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende?	76	77	81	79

Källa: Kvalitetsrapport hösten 2023 och Brukarundersökning 2024, Socialstyrelsen.

Enheternas resultat för brukarundersökning 2024 visar att andelen brukare som har svarat att de är mycket nöjda eller ganska nöjda skiljer sig mellan enheterna. Enheterna med högst andel hade 91 procent nöjda eller mycket nöjda och enheten med lägst andel hade 17 procent. Av diagram nedan framgår respektive äldreområdes nöjdhet samt respektive enhet inom äldreområdena med högst samt lägst andel mycket nöjda eller ganska nöjda.

Diagram 1. Brukarundersökning SÄBO 2024



Källa: Brukarundersökning 2024, Socialstyrelsen.

Det framgår dock av verksamhetsberättelsen 2023 att svarsfrekvensen i kommunen för SÄBO 2023 var 51 procent. För SÄBO var det 48 procent av enkäterna som besvarats av den äldre själv eller ihop med någon. Av Socialstyrelsens resultat för 2023 framgår att intervallet för andelen svarande i kommunen 2024 var 40-60 procent.

Enkät korttidsboende

För boenden på kommunens korttidsboenden lämnas en kvalitetsenkät för brukaren att fylla i. Enkäten som används är daterad från december 2021 och består av fem frågor där brukaren får besvara hur nöjd hen är med olika aspekter av boendet, samt lämna eventuella synpunkter. Av informationsunderlag om enkäten framgår att enkäten ska sammanställas och redovisas i kvalitetsberättelsen. Resultatet ska även analyseras och ligga till grund för verksamhetsplaneringen.

Av de tre enheters kvalitetsberättelser som tagits emot i granskningen framgår uppföljning av enkäten för korttidsboende i en. Av den kvalitetsberättelsen framgår att enkäten görs för medborgare som avslutat sin vistelse. För enkäten finns det en rutin, men rutinen har ej följts vilket har identifierats som ett förbättringsområde för 2024. Det som framkommit av de enkäter som har lämnats ut (färre än 5) visar på en nöjdhet nära 100 procent.

3.4. Bedömning

Det är vår bedömning att nämnden till stor del har tillsett att det bedrivs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. Bedömningen grundar sig på att det av granskningen framgår att det pågår flertalet utvecklingsarbeten som bygger på tidigare identifierade brister. Dessa utvecklingsprojekt syftar till att öka kvaliteten i vården som ges till äldre boende på SÄBO.

Vi bedömer däremot att det finns flera utmaningar och förutsättningar som försvårar möjligheterna att bedriva ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. Det handlar bland annat om att den relativt höga omsättningen av, framförallt, chefer påverkat kvalitetsarbetets styrning och implementering av systematiska arbetssätt. Även om antalet enhetschefer som varit kvar inom verksamheterna i tre års tid har ökat från 25 procent till 51 procent (2023), så innebär det fortsatt en utmaning för verksamheterna vad gäller kontinuiteten i styrningen. Vi ser positivt på att utvecklingsprojektet *Chefen i fokus* är pågående och att verksamheterna arbetar med nära ledarskap. Det bedöms även positivt att det pågår ett arbete med ombudsrollerna avseende dokumentation och värdegrund. Det framkommer dock av intervjuer att strukturen för ombudsarbetet varierar mellan enheterna. Nämnden bör säkerställa att verksamheterna tillgodoser tillräckliga förutsättningar för att arbeta systematiskt med ombudsarbetet i syfte att öka kvaliteten.

Det framkommer även av granskningen att det pågår ett utvecklingsarbete avseende kompetensförsörjning med syfte att bland annat säkerställa att kompetenser används rätt, det vill säga att rätt profession utför insatser inom sitt kompetensområde samt att öka attraktiviteten och viljan att stanna på sin tjänst. Vid intervjuer framkommer det en uppfattning om att medarbetarnas schemaläggning bidrar till svårigheten med att rekrytera, vilket i sin tur försämrar personalkontinuiteten vilket påverkar kvalitetsarbetet. Medarbetare uppger även en uppfattning om att arbetet med rätt kompetens för rätt profession slagit ut olika mycket inom enheterna. Det framkommer även att medarbetare inte uppfattar de framtagna rollbeskrivningarna för undersköterska och vårdbiträdande som tydliga

eller tillräckligt förankrade i verksamheten. Det är av vikt att nämnden säkerställer verksamhetsförankring i denna typ av frågor men också att verksamheterna arbetar aktivt med de pågående utvecklingsarbetena.

Det är vår bedömning att nämnden har säkerställt att det finns metoder och arbetssätt samt uppföljningar som syftar till att säkerställa brukarens delaktighet och självbestämmande. Bedömningen grundar sig på att det inom verksamheterna finns strukturer och arbetssätt på plats, så som kontaktman, involvering i genomförandeplan, samt möjligheten att inkomma med synpunkter och klagomål. Däremot framkommer det att inte alla enheter arbetar systematiskt med anhörigträffar och brukarråd. Detta kan stärkas ytterligare i syfte att främja delaktighet. Vidare noterar vi att det finns uttryckta utmaningar, så som språklig kompetens hos medarbetare vilket kan påverka den sociala dokumentationen och förståelsen av hur brukaren önskar att omsorgen genomförs. Detta kan i sin tur påverka hur brukarens inflytande över den dagliga omsorgen tillvaratas.

Slutligen görs bedömningen att nämnden till viss del säkerställer en likvärdig omsorg och kvalitet inom verksamheten. Bedömningen grundar sig på att det finns en metodik, samverkansforum och flera fastställda rutiner som syftar till att säkerställa en likvärdig omsorg och kvalitet inom verksamheterna. Däremot bedömer vi att samtliga enheter inte har systematiska arbetssätt inom områden som ombud och rutiner för brukarråd. Värdegrundsarbete och diskussioner kring delaktighet präglar APT-möten för enheterna i olika utsträckning. Detta i kombination med att brukarundersökningens senaste resultat för SÄBO visar på att det förekommer skillnader i brukarnas upplevelse av nöjdhet med sitt boende³, bedömer vi indikerar att det i alla delar inte finns ändamålsenliga förutsättningarna för en likvärdig omsorg med god kvalitet. Vi ser det som positivt att det genomförs en enkät för korttidsboende. Dock är det oklart i vilken utsträckning som dessa faktiskt genomförs och följs upp, vilket vi ser om en brist.

³ Bedömningen görs med en viss reservation då det finns svårigheter med att tolka brukarundersökningens resultat. Dels utifrån att individer kan uppfatta frågorna olika, dels då det är en relativt låg andel av brukarna som själva har besvarat frågorna.

4. Uppföljning

I detta avsnitt besvaras revisionsfrågan om nämnden *säkerställt en tillräcklig uppföljning av verksamhetens kvalitet.*

4.1. Uppföljning verksamhetsnivå

I enlighet med ledningssystemet görs uppföljningen av kvalitetsarbetet på såväl verksamhetsnivå som enhetsnivå. På verksamhetsnivå följs arbetet i huvudsak upp genom kvalitetsberättelsen. I nämndens verksamhetsberättelse för 2023 framgår en kort sammanfattning av kvalitetsarbetet. I nämndens kvartalsrapporter redovisas uppföljning av nyckeltal och indikatorer av relevans för det systematiska kvalitetsarbetet.

Verksamhetsberättelse

Av äldrenämndens verksamhetsberättelse 2023 framgår en uppföljning av nämndens kvalitetsfaktorer för året. En av dessa avser att de som bor på SÄBO ska vara nöjda. Årets bedömning var att kvaliteten var uppnådd och grundar sig på att brukarundersökningen visat på ett gott resultat, där särskilda boenden utifrån helhetssynen skattat i linje med riket och kommunens jämförelsekommuner. För året hade äldrenämnden även målet att den totala nöjdheten för de som bor på SÄBO ska öka jämfört med 2022. Bedömningen görs att målet uppnåddes, då årets resultat visade att 77 procent av de som bor på SÄBO i kommunen var nöjda eller mycket nöjda. Resultatet för 2022 var 76 procent.

I verksamhetsberättelse för 2023 avser ett avsnitt kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor. Under detta avsnitt redogörs för personalmässiga förutsättningar för att kunna arbeta med systematiskt kvalitetsarbete, en redovisning av brukarundersökningens resultat för året, synpunkter och klagomål, lex Sarah anmälningar samt IVO-beslut.

Av avsnittet framgår att det finns en oro kopplat till den sjunkande andelen omvårdnadspersonal i äldreomsorgen som har undersköterskeutbildning, chefsrörligheten samt sjukskrivningstal. Kompetensförsörjningsfrågor och kompetensutvecklingsfrågor lyfts som viktiga frågor för verksamhetens kvalitet. Avseende synpunkter och klagomål redovisas även statistik för året. Under 2023 inkom 425 synpunkter och klagomål till äldreomsorgen. Det var främst den enskilde eller anhöriga som lämnade synpunkter eller klagomål och de allra flesta avsåg bemötande eller utförande av insatser. Av 425 inlämnade synpunkter och klagomål bedömdes 161 ha förbättrat eller utvecklat verksamheten på något sätt.

Utblick 2035

Av Utblick från 2024 framgår att äldrenämndens tre långsiktiga utmaningar är demografi, kompetensförsörjning och uppdragets komplexitet.

Utifrån bemanning framgår av analys att antalet anställda utifrån såväl demografiska skäl som kompetensförsörjning behöver öka inför kommande år. Det framgår att den största delen av rekryteringsbehoven ligger i framtiden, men att det redan idag är svårt att rekrytera medarbete med de krav som förvaltningen vill upprätthålla. Andelen utbildad personal ökar och de utbildningsinsatser som gjorts, senast äldreomsorgslyftet, har inte räckt för att vända utvecklingen.

Därtill framgår det att äldreomsorgens uppdrag är komplext och håller på att bli än mer komplext. Uppfattningen grundar sig delvis på att ansvariga chefer gjort bedömningen att det märks en ökad problematik kring målgruppens sammansättning och behov. Därtill har även kommunens ansvar i förhållande till vad som tidigare var regionens ansvar ökat. Även här lyfts problematiken med kompetensförsörjning. Slutligen lyfts även ökade krav på verksamheten utifrån regelverk, arbetssätt och dokumentationskrav.

4.2. Uppföljning enhetsnivå

Enheternas resultat- och kvalitetsberättelser utgår ifrån en gemensam mall och innehåller slutsatser för det senaste året. Enligt ledningssystemet ska varje verksamhet minst en gång om året analysera sina resultat vilket görs genom analys i resultat- och kvalitetsberättelsen, som sedan ligger till grund för kommande års verksamhetsplan. Vi har tagit del av berättelserna för vårt urval av boendeenheter. Berättelserna redogör för verksamheternas kvalitet och resultat genom olika typer av nyckeltal, statistik, egenkontroller och undersökningar. Därtill redogörs även för slutsatser gällande mål som verksamheten beslutat om föregående år.

Under avsnittet medborgare redogörs inkomna synpunkter till enheten, enhetens resultat för brukarundersökningen som görs på korttidsboenden och avvikelshantering. Avsnittet för medarbetare utgörs av medarbetarenkätens resultat samt nyckeltal kopplat till bemanning och sjukfrånvaro. Under respektive avsnitt redovisas även resultat för eventuella genomförda egenkontroller.

Intervjuade uppger att enheternas resultat- och kvalitetsberättelser sammanställs under hösten av samma anledning som för kvalitetsrapporten. Intervjuade menar att det är för att säkerställa att viktiga saker fångas upp inför framtagandet av verksamhetsplanen eftersom verksamhetsberättelsen oftast är klar senare.

4.3. Nyckeltal och indikatorer

Av underlag framgår det att äldre nämnden tar del av uppföljning av relevanta nyckeltal och indikatorer kopplat till det systematiska kvalitetsarbetet genom verksamhetsberättelse, kvalitetsrapport samt kvartalsrapporter.

I kvalitetsrapporten från 2023 framgår att analys av kvaliteten bland annat innefattar en redogörelse för avvikelserapportering, vårdskador och lex Maria, lex Sarah och brukarundersökningen. Kvalitetsrapporten redogör inte för genomförda egenkontroller eller inkomna synpunkter och klagomål.

Avvikelsehantering

Av nämndens kvalitetsrapport 2023 framgår att socialförvaltningen januari 2023 bytte avvikelse- och synpunktshanteringssystem. Bytet av system har inneburit att det är svårt att jämföra statistiken med tidigare år. I kvalitetsrapporten redovisas samtliga avvikelser som rapporterats till nämnden under året, i avvikelserna ingår även de avvikelser som bedömts som vårdskada eller lex Sarah.

Av verksamhetsberättelse 2023 framgår att det inom äldreomsorgen rapporterades 4487 avvikelser. Inom äldreomsorgen var läkemedelsavvikelser den vanligaste avvikelsekategorin följt av brister i utförande av socialtjänstinsatser.

Tabell 5. Rapporterade avvikelse äldreomsorgen 2021-2024

	2021	2022	2023	2024 (januari-juni)
Rapporterade avvikelser	5962	5716	4487	2481

Källa: Äldrenämndens kvalitetsrapport hösten 2023 samt kvartalsrapport april-juni 2024.

I kvalitetsrapport 2023 sammanfattning framgår att det ses som positivt att det inte förekommit någon rapporterad avvikelse som bedömts som risk för allvarligt missförhållande eller allvarlig vårdskada. Av analysen i rapporten framgår att det finns misstankar om underrapportering i relation till verksamhetens omfattning.

Vårdskador och lex Maria

I kvalitetsrapporter 2023 redovisas avvikelser som gått till MAS/MAR/apotekare för bedömning inom äldrenämndens område samt reflektion av MAS/apotekare.

I nämndens verksamhetsberättelse redovisas även rapporterade avvikelser under året. 2023 rapporterades 375 avvikelser till MAS/MAR/apotekare för bedömning om allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada. Av dessa bedömdes 123 avvikelser vara vårdskador eller risk för vårdskada, majoriteten av dessa avsåg brister i läkemedelshantering. En avvikelse anmäldes till IVO enligt lex Maria.

Av kvartalsrapporterna för januari-mars samt april-juni 2024 framgår antal rapporterade avvikelser till MAS/MAR/apotekare för bedömning inom äldrenämndens område. För perioden januari-juni 2024 rapporterades 115 avvikelser inom SÄBO.

Tabell 6. Avvikelser SÄBO 2024

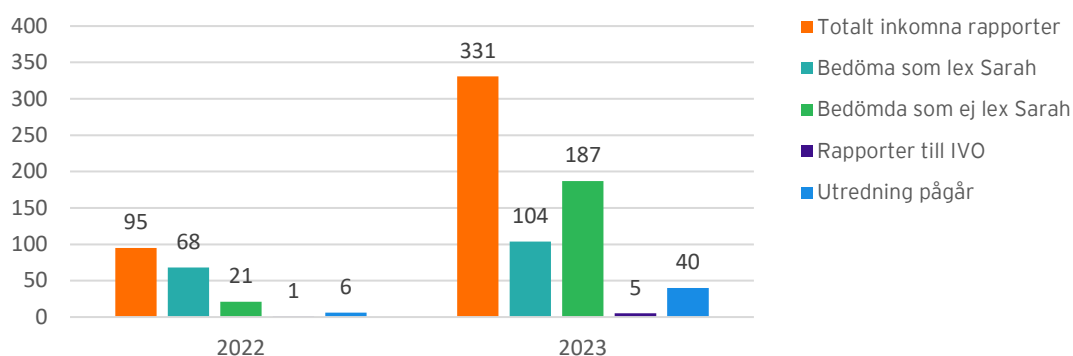
SÄBO	Totalt	Risk för vårdskada	Vårdskada	Ej vårdskada/risk för vårdskada	Utredning pågår
2023 jan-sep	166	28	11	124	3
2024 jan-juni	115	4	24	77	10

Källa: Kvalitetsrapport 2023, kvartalsrapport januari - mars 2024 samt april - juni 2024.

Lex Sarah

Av såväl kvalitetsrapport 2023 som verksamhetsberättelse 2023 framgår att antalet rapporterade avvikelser enligt lex Sarah inom äldreomsorgen tredubblat mot föregående år. Av verksamhetsberättelsen framgår att det totalt under 2023 inkom 331 avvikelser enligt lex Sarah, se tabell nedan.

Diagram 2. Avvikelser enligt lex Sarah, 2022-2023



Källa: Äldrenämndens verksamhetsberättelse 2023.

Därtill framgår att kvalitetsförbättringar behövs för att minska risken att omvårdnad eller omsorgsinsatser utförs felaktigt eller uteblir. Som exempel framgår att kompetens behöver säkras inom äldreomsorgens värdegrund, hot och våld mellan boende, förebyggande insatser samt rutiner och användande av skyddsåtgärder.

Under året inkom fem IVO-beslut avseende lex Sarah- utredning med allvarliga missförhållanden. Samtliga har utretts, åtgärdats och avslutats av IVO.

Av äldrenämndens kvartalsrapporter för januari-mars samt april-juni 2024 framgår antalet inrapporterade avvikelser enligt lex Sarah. Inom SÄBO har det under januari-juni 2024 rapporterats in totalt 119 avvikelser, se tabell nedan.

Tabell 7. Inkomna avvikelser enligt lex Sarah 2024

SÄBO	Totalt	Missförhållande/ påtaglig risk för missförhållande	Inget missförhållande/ påtaglig risk för missförhållande	Utredning pågår
2024 jan-mars	58	13	24	21
2024 april-juni	61	16	34	11
Totalt	119	29	58	32

Källa: Kvartalsrapport januari-mars 2024 samt kvartalsrapport april - juni 2024.

Av kvartalsrapporten för april-juni 2024 framgår att drygt hälften av de rapporterade lex Sarah- avvikelserna bedöms ha varit felregistrerade. Av dessa 13 avvikelser avsåg fyra särskilda boenden som handlar om hot och våld mellan boende. Ett SÄBO har haft flera upprepade händelser med våld av allvarlig karaktär, där

övergripande insatser har vidtagits och pågår samt anmälan till IVO. Flertalet händelser med grovt våld avser brukare på demensenheten.

Vid intervju framkommer det att kvalitetschefen veckovis har möten med MAS/MAR och SAS och går igenom samtliga inkomna avvikelser, vårdskador och lex Sarah. Enligt uppgift är det många felregistreringar som inkommer. Även fallrapporter⁴ registreras via kommunens avvikelshanteringssystem. Det uppges inte ha gjorts någon uppföljning av eventuella enheter med låg eller hög avvikelseanmälan. Enligt uppgift har områdeschef ansvar för att se över sina enheters avvikelseranmälan.

4.4. Riskanalyser och kontroller

I kvalitetsrapport för 2023 framgår årets risker och deras respektive hanteringsåtgärd. Några av riskerna har en direkt koppling till det systematiska kvalitetsarbetet. För tre av riskerna framgår egenkontroller som en del av åtgärderna. I kvalitetsrapporten framgår ingen redovisning av egenkontrollernas resultat för året.

Av äldreomsorgens verksamhetsberättelse 2023 framgår uppföljningen av nämndens risker för året. I uppföljningen av internkontrollarbetet för 2023 framgår att den interna kontrollen inom organisationen kan förbättras. I äldreomsorgens riskanalys och internkontrollplan 2024 finns risken för brister i det systematiska kvalitetsarbetet med. Risker kopplat till bland annat rutiner, processer, avvikelser, dokumentation och patientmedverkan finns även med.

Av tabell nedan framgår några av riskerna med direkt koppling till det systematiska kvalitetsarbetet samt uppföljning av hanteringsåtgärd. Samtliga risker fick bedömningen *möjligt att förbättra*.

Tabell 8. Uppföljning av nämndens risker 2023

Risk	Uppföljning åtgärd
Risk för brister i det systematiska kvalitetsarbetet	Arbetet med implementering och lärande utifrån nytt verktyg för synpunkts- och avvikelshantering behöver vidare struktureras upp under 2024.
Risk för brister i rutiner och processer	Ett omtag kring förtydligande av ansvarsområden kopplat till processer och rutiner behöver genomföras under 2024.
Risk för allvarliga avvikelser (särskilt lex Sarah och vårdskador)	Redovisning och återkoppling av händelser och avvikelser som sker återkommande inom verksamheterna och till nämnd. Händelser av vikt sprids i organisationen för gemensamt lärande och utveckling.

⁴ Fallrapporter avser rapporter för fall där en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken. Om personen på grund av fallet upplever en fysisk konsekvens ses det som en fallskada.

Risk för brister i
dokumentation

Samtliga enheter har ett ansvar för att genomföra en årlig egenkontroll kopplat till dokumentation. Brister i hanteringen av egenkontrollen förekommer inom samtliga områden under nämndens ansvar.

Källa: Äldrenämndens verksamhetsberättelse 2023.

Egenkontroller

Vid intervju uppges att det finns ett antal egenkontroller som alla enheter årligen ska genomföra. Det uppges även att enheterna uppmuntras att utveckla egna egenkontroller. Resultatet för genomförda egenkontroller ska redovisas i enheternas resultat- och kvalitetsberättelser. Av mottagna enheters resultats- och kvalitetsberättelser för 2023 framgår resultat för genomförda egenkontroller. Av berättelserna framgår egenkontroller avseende dokumentation, basala hygienrutiner, privata medel och miljö.

Av nämndens verksamhetsberättelse och kvalitetsberättelse för 2023 framgår ingen rapportering eller uppföljning av genomförda egenkontroller. Däremot framgår det en redovisning av egenkontrollerna basala hygienrutiner och dokumentation i patientsäkerhetsberättelsen 2023. Avseende egenkontrollen om basala hygienrutiner framgår att 34 av 36 boenden inom äldreomsorgen har genomfört egenkontrollen basala hygienrutiner 2023 i verksamhetssystemet Stratsys. Resultatet visar att enheterna hade en spridning på följsamheten mellan 20-100 procent, vilket är en sämre följsamhet jämfört med tidigare år då spridningen var 40-100 procent. Avseende egenkontrollen för dokumentation presenteras inte hela resultatet. Några frågor med bättre och sämre resultat lyfts. Två frågor med sämre resultat avsåg bland annat användandet av mål och redovisning av måluppföljning.

Huruvida det görs någon sammanställning av enheternas resultat för genomförda egenkontroller framgår inte av underlag. Det framgår inte heller av underlag huruvida nämnden tar del av någon uppföljning avseende egenkontroller utöver det som framgår av patientsäkerhetsberättelsen.

4.5. Bedömning

Det är vår bedömning att nämnden till viss del har säkerställt en tillräcklig uppföljning av verksamhetens kvalitet. Bedömningen grundar sig på att det finns tydliga former för hur den övergripande uppföljningen ska göras på så väl verksamhetsnivå som på enhetsnivå, genom exempelvis verksamhetsberättelser, kvalitetsrapport och kvalitets- och resultatberättelse. Därtill förekommer det flertalet nyckeltal och indikatorer som följs upp vid olika tidpunkter under året, vilket möjliggör jämförelser över tid.

Vidare ser vi det som positivt att flertalet av riskerna i nämndens interna kontroll för 2024 har en koppling till det systematiska kvalitetsarbetet. Dock menar vi att hanteringsåtgärderna för 2023 i flera fall är beskrivningar av processer eller arbetssätt snarare än faktiska riskreducerande åtgärder.

Det framgår även att det inte görs någon enhetlig uppföljning för samtliga av äldreboendenas genomförda egenkontroller. Av patientsäkerhetsberättelsen 2023 framgår en uppföljning av två gemensamma egenkontroller. Uppföljning av egenkontroller ingår i enheternas kvalitets- och resultatberättelse, men utan en sammanställning över enheternas resultat är det svårt att få en överblick över hur genomförandet ser ut i sin helhet. Nämnden bör säkerställa en enhetlig och strukturerad uppföljning och rapportering av verksamheternas genomförda egenkontroller.

5. Slutsats

Vår sammanfattande bedömning, mot bakgrund av granskningens syfte, är att omsorgsnämndens delvis har säkerställt ett ändamålsenligt arbete med att utveckla och säkra kvalitet inom äldreomsorgens särskilda boenden. Bedömningen grundar sig på våra bedömningar för granskningens sex revisionsfrågor, det vill säga att nämnden:

- ▶ har tillsett att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd,
- ▶ har till stor del tillsett att centrala processer och rutiner är identifierade, dokumenterade, dock framgår det inte om de är fastställda av nämnden,
- ▶ har till viss del säkerställt en likvärdig omsorg och kvalitet i de aktuella enheterna,
- ▶ har till stor del tillsett att det bedrivs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete,
- ▶ har till viss del säkerställt en tillräcklig uppföljning av verksamhetens kvalitet,
- ▶ har säkerställt arbetssätt, metoder samt uppföljningar för att säkerställa brukarens delaktighet och självbestämmande i det dagliga arbetet.

Däremot har vi identifierat förbättringsområden vad gäller nämndens arbete med att säkerställa en likvärdig omsorg och kvalitet i de aktuella enheterna. Flera skillnader har identifierats i arbetssätt och upplevd kvalitet hos brukarna. Vi noterar även att det förekommer flera vårdskador. Vi bedömer även att uppföljningen av verksamheternas egenkontroller bör stärkas i syfte att äldreomsorgens kvalitet utvecklas och stärks.

Vi rekommenderar äldre-nämnden att:

- ▶ Förtydliga nämndens interna kontroller enligt internkontrollplan för att säkerställa att tydliga riskreducerande åtgärder finns för att förebygga och reducera riskerna.
- ▶ Säkerställa verksamhetsförankring vid utvecklingsprojekt, samt att verksamheterna arbetar aktivt med de pågående kompetenshöjande utvecklingsprojekten inom värdegrund och bemötande.
- ▶ Säkerställa att verksamheterna tillgodoser tillräckliga förutsättningar för att arbeta systematiskt med ombudsarbetet i syfte att öka kvaliteten.
- ▶ Säkerställa en enhetlig och strukturerad uppföljning och rapportering av verksamheternas genomförda egenkontroller.
- ▶ Överväga att ta med nyckeltal för andelen aktuella genomförandeplaner i årlig uppföljning av verksamheten
- ▶ Analysera eventuella risker för underrapportering vid enheterna vad gäller avvikelserapportering och vidta åtgärder gällande misstankar om underrapportering.

6. Källförteckning

Intervjuade funktioner

- ▶ Äldreomsorgschef
- ▶ Kvalitetschef
- ▶ Socialt ansvarig samordnare (SAS)
- ▶ Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
- ▶ Områdeschef äldreområde 3
- ▶ Områdeschef äldreområde 4
- ▶ Enhetschefer Rosendala
- ▶ Omvårdnadspersonal Rosendala
- ▶ Enhetschefer Mjölkaållan
- ▶ Omvårdnadspersonal Mjölkaållan
- ▶ Enhetschefer Smedjegården
- ▶ Omvårdnadspersonal Smedjegården

Analyserade dokument

- ▶ Reglemente för äldre nämnden, KS/2022:502
- ▶ Ledningssystem för kvalitet i enlighet med Socialstyrelsens författningssamling 2011:9
- ▶ Kommunprogram för mandatperioden 2023-2026
- ▶ Verksamhets- och investeringsplan för 2024-2026 med budget för 2024
- ▶ Socialtjänsten organisation, 2024
- ▶ IVO Beslut Dnr 3.4.1-46546/2022-28, 2023-04-20
- ▶ IVO Beslut Dnr 3.4.1-46546/2022-28, 2024-02-14
- ▶ Redovisning till IVO - Tillsyn av medicinsk vård och behandling för särskilda boenden för äldre, 2023-01-10
- ▶ Verksamhetsberättelse äldre nämnden 2023
- ▶ Verksamhetsplan äldre nämnd 2024
- ▶ Utblick 2035 - 2024 års version
- ▶ Kvalitetsrapport äldre nämnd 2023
- ▶ Patientsäkerhetsberättelse socialförvaltningen 2023
- ▶ Processbild synpunktshantering, 2024
- ▶ Processbild avvikelser vårdskador, 2024
- ▶ Processbild avvikelser lex Sarah, 2024
- ▶ Processbild beslut/insats SÄBO, 2024
- ▶ Processbild framtagande och uppföljning av processer, 2024
- ▶ Riskanalys med internkontrollplan, 2024
- ▶ Ombudsroll - social dokumentation, 2020
- ▶ Ombudsroll - värdegrund, 2018
- ▶ Kvartalsrapport april - juni 2024
- ▶ Kvartalsrapport januari - mars 2024
- ▶ Kvalitetsenkät för korttidsboende, 2021
- ▶ Patientsäkerhetsberättelse 2023

- ▶ Resultat- och kvalitetsberättelse 2023 (Rosendala, Smedjegården och Mjölkaållan)
- ▶ Verksamhetsplan 2024 (Rosendala, Smedjegården och Mjölkaållan)
- ▶ Projektplan fokus kompetensförsörjning, 2022
- ▶ Delprojektplan delprojekt attrahera och rekrytera, 2023
- ▶ Delprojektplan delprojekt använd kompetensen rätt, 2023
- ▶ Delprojektplan delprojekt stöd medarbetarnas utveckling, 2023
- ▶ Uppdragshandling för nulägesanalys av respektive funktions specifika kompetensförsörjningsutmaningar, fokus kompetensförsörjningsprojektet 2024
- ▶ Avtal för språkutbildning svenska, 2024
- ▶ Antagen till Språklyftet grupp 1, 2024
- ▶ Antagen till Språklyftet grupp 2, 2024
- ▶ Enkät för korttidsboende, 2021
- ▶ Informationsbrev kvalitetsenkät korttidsboende, 2015
- ▶ Rutin brukarundersökning inom ÄO, 2024
- ▶ Samverkan med anhöriga vars närstående bor på särskilt boende, 2019
- ▶ Rutin lex Sarah-rapporter och anmälningar från enskilda verksamheter som inte registrerad i händelsehanteringssystemet, 2021
- ▶ Utredningsmall lex Sarah, 2021
- ▶ Vägledning social dokumentation för utförare i äldreomsorg och funktionshinderomsorg i Jönköpings kommun, 2022
- ▶ Informationsblad "Hjälp oss att bli bättre", 2022
- ▶ Blankett "Hjälp oss att bli bättre!", 2024
- ▶ Aktiviteter för värdegrundsarbetet, 2024
- ▶ Årshjul systematiskt kvalitetsarbete äldreomsorgen, 2024
- ▶ Roll och ansvarsbeskrivning undersköterska, 2024
- ▶ Roll och ansvarsbeskrivning vårdbiträde, 2024

7. Revisionskriterier

Socialtjänstlag (2001:453)

Av 3 kap. 3 § framgår att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Av kap 14. 1-7 §§ framgår även att var och en som utför uppgifter inom socialtjänsten ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. Vid uppmärksammande eller kännedom om ett missförhållande eller risk för ett allvarligt missförhållande för den som får insatser inom verksamheten ska omedelbart rapporteras. Ett missförhållande ska dokumenteras, utredas och avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål. Ett allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande ska snarast anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Patientsäkerhetslag (2010:659)

Av 3 kap. § 10 framgår att vårdgivare årligen senast den 1 mars ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken de ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts.

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

Enligt 3 kap. 1-3 §§ ska den som bedriver socialtjänst ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten och ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

Av 4 kap. 1 § framgår att ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska bestå av de processer och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra kvalitet och det ska framgå vilka processer som kräver samverkan och hur detta ska ske. Föreskrifterna anger också i 5 kap. 1-3 §§ att ett systematiskt förbättringsarbete med riskanalyser, egenkontroll och utredning av avvikelser ska säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt. Kvalitetsarbetet ska dokumenteras och bör sammanställas i en årlig kvalitetsberättelse.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah

Enligt 2 kap. 1 § är alla anställda, uppdragstagare, praktikant eller motsvarande under utbildning samt deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program skyldiga att

rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden. Av 3 § framgår att med missförhållanden ska avses såväl utföra handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet, eller fysiska/psykiska hälsa.

Av 7 kap. 1 § framgår att den nämnd som har ansvar för verksamhet inom socialtjänsten ska fastställa rutiner för skyldigheten att rapportera, utreda, avhjälpa och undanröja missförhållanden och risker för missförhållanden ska fullgöras. Utredningar avseende lex Sarah ska dokumenteras fortlöpande. De åtgärder som vidtas eller planeras i verksamheten för att förhindra att liknande missförhållanden eller risker för missförhållanden uppkommer igen ska dokumenteras.

Reglemente för äldrenämnden KS/2022:502

I reglemente för äldrenämnden, fastställt av kommunfullmäktige⁵, framgår nämndens uppgifter och ansvarsområden. Äldrenämnden är en av tre nämnder i kommunen som gemensamt utgör en sammanhållen socialtjänst och ska fullgöra uppgifter inom socialtjänstens område. Äldrenämnden ansvarar för kommunens uppgifter avseende omsorgen om äldre, den kommunala hälso- och sjukvården samt de övriga uppgifter inom äldreomsorgsområdet som SoL och andra gällande författningar anger att en socialnämnd ska ansvara för.⁶

Nämndens övergripande uppgifter avser ansvar att enskilda får service, upplysningar, råd, stöd och bistånd inom nämndens verksamhetsområde. Nämnden ska inom sitt ansvarsområde fastställa mål och riktlinjer för verksamheten och den ekonomiska styrningen samt verka för att kommunens äldreomsorg utvecklas i enlighet med SoL.

Kommunfullmäktiges övergripande mål 2023-2026

Av kommunfullmäktige beslutad verksamhets- och investeringsplan för 2024-2026 med budget för 2024 framgår att kommunfullmäktige beslutat om fem kommunövergripande verksamhetsmål för mandatperioden 2023-2026.

- ▶ Jämlik, jämställd och inkluderande kommun
- ▶ Kimatomställning för framtiden
- ▶ Barn och unga i fokus
- ▶ Leva livet hela livet
- ▶ Kompetensförsörjning för en trygg välfärd

Till verksamhetsmålen ska det fastställas relevanta och mätbara indikatorer som på ett tydligt sätt visar såväl nuläget som utvecklingen och om kommunen rör sig i rätt riktning mot målen.

⁵ Fastställt 2018-12-20, reviderad 2023-03-30.

⁶ Med undantag för de uppgifter som funktionsstödsnämnden och individ- och familjeomsorgsnämnden ansvarar för enligt reglemente.