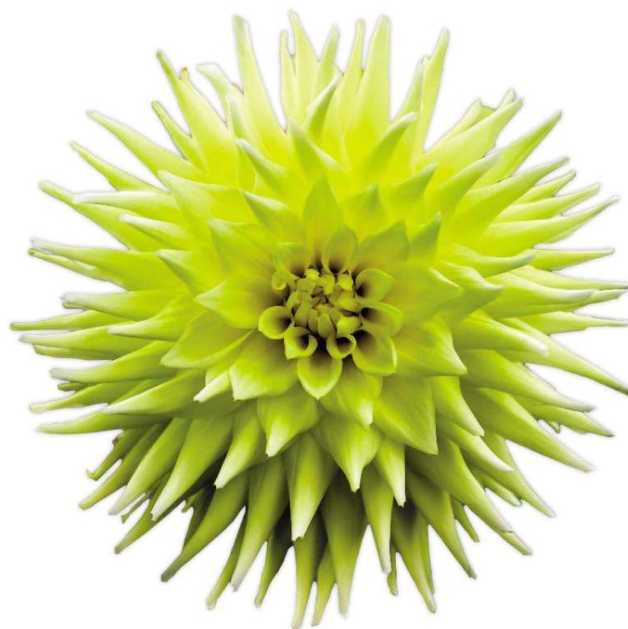




Övergripande granskning av kvalitetsarbete inom särskild boende
Herrljunga kommun
Oktober 2024

Innehåll

Innehåll	1
Sammanfattning	2
1. Inledning	4
2. Granskningsresultat	6
Bilagor	22

Sammanfattning

Deloitte AB har av de förtroendevalda revisorerna i Herrljunga fått uppdraget att genomföra en granskning avseende systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen.

Revisionsfråga

Har socialnämnden säkerställt en tillfredsställande styrning och kontroll över det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen, särskilt avseende särskilt boende?

Svar på revisionsfråga

Vår sammanfattande bedömning är att socialnämnden till stor del säkerställt en tillfredsställande styrning och kontroll över det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen, särskilt avseende särskilt boende.

Socialnämnden har till stor utarbetat riktlinjer och genomfört uppföljningar, men det finns noterbara brister i deras beslutsfattande och uppföljning av återkoppling från kvalitetsarbetet. Bristande åtgärder, inkonsekvent avvikelshantering och en ökning av fallolyckor och läkemedelsavvikelser visar att styrningen och kontrollen inte är tillräcklig för att fullt ut säkerställa kvalitet och säkerhet inom särskilt boende.

Väsentliga iakttagelser och slutsatser

Brucarundersökningar och upplevd kvalitet: Brucarundersökningar visar på en upplevd låg kvalitet inom flera centrala områden i särskilt boende. De boende rapporterar en brist på sociala aktiviteter och begränsad delaktighet i beslut som påverkar deras vardag. Många upplever ensamhet och otillräcklig stimulans, vilket negativt påverkar deras livskvalitet. Det finns även oro över tillgången till sjuksköterskor, vilket förstärker känslan av otillräcklig vård och omsorg.

Ambition att involvera brukare och närstående: Det finns en ambition att involvera brukare och deras närstående i kvalitetsarbetet, men vi har inte kunnat verifiera att detta sker systematiskt. Brukarna uttrycker att de inte får tillräcklig information om

förändringar inom verksamheten, vilket skapar en känsla av osäkerhet och bristande inflytande över sin vård och omsorg.

Synpunkter från intervjuer: Intervjuer med förvaltnings- och verksamhetsledningen visar att de inte delar den negativa bilden som framkommer i brukarundersökningarna. De anser att resultaten inte helt speglar deras upplevelse av det dagliga arbetet och pekar på ett förväntningsgap mellan brukare/anhöriga och verksamheten. Ledningen har försökt överbrygga detta gap genom förbättrade kommunikationsinsatser, exempelvis genom sociala medier.

Riktlinjer och policyer för kvalitetsarbetet: Socialnämnden har utarbetat riktlinjer och policyer för kvalitetsarbetet, men kommunikationen till personalen är inte alltid tillräcklig. Detta kan leda till en inkonsekvent tillämpning av riktlinjerna, vilket påverkar verksamhetens kvalitet. Vidare finns det brister i att säkerställa att uppföljning och genomförande av dessa policyer sker i tillräcklig omfattning.

Utbildning och kompetensutveckling: Det finns en strukturerad utbildningsplan för personalen, men tillgången till utbildning är ojämn, särskilt för timanställda och de som arbetar obekväma tider. Bristen på uppföljning av hur den förvärvade kunskapen tillämpas i praktiken kan minska effekten av utbildningsinsatserna.

System för incident- och avvikelshantering: Incident- och avvikelshanteringssystemet används ojämnt. Mindre allvarliga incidenter rapporteras inte alltid, vilket innebär att risker förblir oupptäckta och åtgärder inte vidtas i tid. Återkoppling till personalen är ofta begränsad, vilket minskar motivationen att rapportera avvikelser.

Avvikelser, tillbud och skador: Statistiken visar en ökning av fallolyckor och läkemedelsavvikelser under 2023, trots förebyggande insatser. Brister i dokumentation och användningen av larmsystem har lett till att hjälpinsatser ibland uteblivit eller försenats, vilket försämrar säkerheten för de boende.

Nämndens bristande beslutsfattande och uppföljning: Granskningen av nämndens protokoll visar att nämnden ofta väljer att "lägga information till handlingarna" utan att fatta konkreta beslut om nödvändiga åtgärder, även när återkoppling och underlag från kvalitetsarbetet tydligt påpekar brister. Detta passiva agerande innebär att viktiga förbättringsåtgärder inte alltid genomförs, vilket kan äventyra kvaliteten och säkerheten inom verksamheten.

Rekommendationer

Baserat på övergripande granskningens iakttagelser och slutsatser riktas följande rekommendationer till socialnämnden.

Socialnämnden rekommenderas att säkerställa;

- att nämnden mer aktivt fattar beslut och följer upp erhållna underlag från kvalitetsarbetet för att garantera en kvalitativ och rättssäker verksamhet.
- att uppföljning av beslutade åtgärder inom kvalitetsarbetet sker konsekvent och att resultaten leder till förbättringar i verksamheten
- att brukare och närstående involveras i beslut som påverkar vården och omsorgen samt förbättra kommunikationen kring förändringar inom särskilt boende.
- att all personal, inklusive timanställda och de som arbetar obekväma tider, har tillgång till utbildning och att uppföljning sker regelbundet.
- att arbetet med förebyggande insatser intensifieras för att minska fallolyckor och läkemedelsavvikelser inom särskilt boende.

Jönköping den 22 oktober 2024

DELOITTE AB

Revsul Dedic
Certifierad kommunal revisor

Shkurte Bilalli
Granskare

1. Inledning

Bakgrund

Enligt kapitel 3, paragraf 1 i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9), om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, åligger det vårdgivaren eller den som bedriver verksamhet enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) att säkerställa att det finns ett fungerande kvalitetsledningssystem för verksamheten. Föreskrifterna specificerar hur kommunen ska planera, genomföra, följa upp, och kontrollera verksamheten, samt kontinuerligt bedriva ett systematiskt förbättringsarbete. Det är viktigt att socialtjänstens insatser upprätthåller en hög kvalitet och att de kontinuerligt utvecklas och säkras.

Vidare, enligt Socialtjänstlagen (2001:453), är det kommunens ansvar att tillhandahålla äldre invånare med adekvata bostäder och ge nödvändigt stöd och hjälp i hemmet eller annan tillgänglig service. För de individer som har särskilda behov, vilka inte kan tillgodoses i det ordinarie boendet, bör kommunen tillhandahålla plats i särskilda boendeformer. En individuell prövning bör genomföras innan sådan plats beviljas. Dessutom bär kommunen ansvar för hälso- och sjukvård samt rehabilitering vid dessa särskilda boenden.

Förtroendevalda revisorerna i Herrljunga kommun har fått kännedom/indikation på att det finns brister inom systematiska kvalitetsarbete inom särskilt boende. Mot denna bakgrund av detta har revisorerna beslutat att genomföra en översiktlig granskning av socialnämndens styrning och uppföljning av kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen, med ett specifikt fokus på särskilt boende.

Syfte och avgränsning

Mot denna bakgrund av detta har revisorerna beslutat att genomföra en översiktlig granskning av socialnämndens styrning och uppföljning av kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen, med ett specifikt fokus på särskilt boende.

Revisionsfråga

Har socialnämnden säkerställt en tillfredsställande styrning och kontroll över det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen, särskilt avseende särskilt boende?

Underliggande frågeställningar

- I vilken utsträckning har socialnämnden utarbetat och kommunicerat tydliga riktlinjer och policyer för det systematiska kvalitetsarbetet inom särskilt boende?
- I vilken utsträckning (och hur) övervakar och utvärderar socialnämnden genomförandet av det systematiska kvalitetsarbetet inom särskilt boende? Vilka mekanismer för riskhantering och incidentrapportering finns?
- I vilken utsträckning (och hur) tillhandahåller socialnämnden adekvat och relevant utbildning för personalen för att säkerställa kvalitet och säkerhet i inom särskilt boende?
- I vilken utsträckning säkerställer socialnämnden att systemet för avvikelshantering är effektivt och används korrekt av personalen inom särskilt boende?
- I vilken utsträckning (och hur) genomför socialnämnden regelbunden uppföljning och utvärdering av det systematiska kvalitetsarbetet inom särskilt boende? Vidtas åtgärder baserade på resultaten från det systematiska kvalitetsarbetet?
- Till vilken grad (och hur) involverar och beaktar socialnämnden brukares och närståendes erfarenheter och synpunkter i det systematiska kvalitetsarbetet inom särskilt boende?

Metod och granskningsinriktning

Granskningen har genomförts genom *dokumentstudier, statistiska analyser* samt genom intervjuer med följande befattningshavare: Socialchef, verksamhetschef (äldreomsorgen), Socialt ansvarig sjuksköterska (SAS), Medicinsk ansvarig socionom (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och två enhetschefer.

Granskningen har delats in i följande faser:

- Planering av intervjuer.
- Insamling av fakta/underlag genom intervjuer och dokumentgranskning.
- Genomgång, sammanställning och analys av insamlat material. Vid behov komplettering med mer material.
- Framtagning av viktiga iakttagelser och rekommendationer samt svar på revisionsfråga.
- Rapportskrivning inkl. sakavstämning.
- Presentation av granskning till revisorer.
- Godkänd rapport skickas till berörda nämnder & revisorer.

Revisionskriterier

Kommunallagen 6 kap. 6 §, socialtjänstlag (2001:453), hälso- och sjukvårdslag (1982:763), socialtjänstförordningen (2001:937 2 kap 3 §), SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt övriga interna styrdokument.

Kvalitetssäkring

Kvalitetssäkring har skett genom Deloitte's interna kvalitetssäkringssystem. Rapporten har även kvalitetssäkrats av de intervjuade personerna.

2. Granskningsresultat

Utifrån genomförda intervjuer, granskning av relevant material, skriftliga svar från förvaltningen, resultaten av brukarundersökningarna och protokoll från socialnämndens sammanträden har vi sammanställt och beskrivit de viktigaste iakttagelserna och observationerna kopplade till det systematiska kvalitetsarbetet inom särskilt boende i Herrljunga kommun. De iakttagelser som framkommit genom olika granskningsmetoder har presenterats i det avsnitt som bedömts mest relevant, och vissa redovisas även i bilagor med hänvisningar från rapporten. Varje avsnitt innehåller våra slutsatser och bedömningar baserade på de underliggande frågeställningarna.

2.1 Kvaliteten inom särskilda boenden i Herrljunga kommun

Bemanningsproblemens påverkan

En av de största utmaningarna som påverkar nästan alla delar av verksamheten är bristen på personal. Detta framgår tydligt i både avvikelserapporteringen och brukarundersökningarna, samt i intervjuer med personal. När det saknas tillräcklig bemanning, tvingas verksamheten prioritera akuta vårdinsatser, vilket leder till att andra viktiga områden som sociala aktiviteter och möjligheten att komma utomhus ofta hamnar i skymundan. Detta påverkar de boendes livskvalitet negativt. Personalen beskriver i intervjuer hur denna situation leder till frustration både hos dem själva och hos de boende. De anser sig inte ha tillräckligt med tid och resurser för att erbjuda den individuellt anpassade omsorgen som de boende behöver och har rätt till. För att förbättra kvaliteten inom äldreomsorgen är det tydligt att bemanningsfrågan måste prioriteras.

Brist på sociala aktiviteter och känslan av ensamhet

En av de största utmaningarna som framkommer i brukarundersökningarna är bristen på sociala aktiviteter. Andelen nöjda brukare har sjunkit avsevärt under 2023, vilket speglar en brist på social stimulans och en ökad känsla av isolering. Detta har direkt påverkat brukarnas välbefinnande. Samtidigt anges av socialförvaltningen att olika aktiviteter sker dagligen såsom bakning, tidningsläsning, bingo, yoga med mera. Under helgerna sker även "Ung-Omsorg", ungdomar besöker äldreboenden.

Även om andelen brukare som upplever ensamhet har minskat något under 2023, kvarstår problemet med det begränsade utbudet av sociala aktiviteter. I intervjuerna lyfter personalen fram att det saknas tid och resurser för att arrangera aktiviteter på en tillräckligt regelbunden basis. För att hantera detta problem måste Herrljunga kommun

investera i fler personalresurser och utveckla mer strukturerade program för att engagera de boende i sociala aktiviteter.

Avvikelserapportering och patientsäkerhet

En annan central fråga rör antalet avvikelser, särskilt när det gäller fallolyckor och läkemedelshantering. Under 2023 ökade både fallolyckor och läkemedelsavvikelser. Även om den ökade rapporteringen kan ses som ett tecken på att personalen blivit bättre på att rapportera händelser, visar den samtidigt att förebyggande åtgärder fortfarande brister. För att minska dessa avvikelser behöver kommunen fokusera på att förbättra utbildningen inom fallprevention och läkemedelshantering, samt stärka rutinerna kring patientsäkerheten. Dessutom bör Herrljunga kommun utnyttja digitala verktyg och genomföra regelbundna riskbedömningar för att bättre förebygga incidenter.

Förtroende för personalen – en stabil styrka

Trots de utmaningar som kommunen står inför, är det tydligt att de boende har ett stort förtroende för personalen. Enligt brukarundersökningarna från 2023 har hela **91%** av de boende stort förtroende för personalen, vilket är högre än genomsnittet för liknande kommuner och Västra Götalands län. Detta förtroende är en viktig styrka för Herrljunga och reflekterar personalens förmåga att bygga goda relationer med de boende och skapa en känsla av trygghet. Detta starka förtroende kan användas som en grund för att vidareutveckla omsorgen och förbättra andra områden där det finns brister. Genom att bygga vidare på den positiva relationen mellan personal och boende kan kommunen arbeta mot att stärka kvaliteten i hela verksamheten.

Kommunikation och information

Ett område där Herrljunga presterar svagt är när det gäller information till de boende, särskilt vid förändringar i verksamheten.

Endast 23% av de boende upplever att de får tillräcklig information om förändringar, vilket är lägre än genomsnittet för liknande kommuner. Detta skapar osäkerhet bland de boende och gör att de känner sig mindre delaktiga i beslut som påverkar deras vardag.

Att förbättra informationsflödet och skapa en mer öppen kommunikation med de boende är avgörande för att öka känslan av trygghet och delaktighet. Herrljunga kommun behöver utveckla sina informationskanaler och säkerställa att de boende och deras anhöriga hålls uppdaterade om alla förändringar på ett tydligt och begripligt sätt. Det pågår arbete med att stärka informationen till anhöriga och närstående. På grund av byggnationer och förändringar på boendet kan detta tänkas påverka känslan av att inte få information om i den utsträckning som de önskar enligt förvaltningen.

Flexibilitet och möjlighet att påverka tider

En annan stor utmaning är bristen på flexibilitet för de boende när det gäller tider för måltider, aktiviteter och andra dagliga rutiner. Endast 28% av brukarna i Herrljunga är nöjda med denna flexibilitet, vilket är långt under genomsnittet för liknande kommuner och Västra Götalands län. Detta skapar en känsla av maktlöshet och brist på kontroll över sin egen vardag bland de boende. Intervjuer med personalen visar att denna brist på flexibilitet till stor del beror på bemanningsproblemen. När personalen är överbelastad blir det svårt att anpassa rutiner och scheman efter varje individs behov. Det är viktigt att kommunen arbetar för att skapa större flexibilitet och anpassa vården efter de boendes önskemål för att öka deras upplevelse av självbestämmande.

Slutsatser och kommentarer

Efter en granskning av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2023, internkontrollrapporter, brukarundersökningar och intervjuer med personal (se Bilaga A för mer detaljerad analys och slutsatser), framstår det tydligt att Herrljunga kommun står inför flera utmaningar inom sina särskilda boenden. Flera centrala områden presterar under genomsnittet jämfört med liknande kommuner och Västra Götalands län. Det är dock viktigt att notera att kommunen har styrkor att bygga vidare på, särskilt när det gäller personalens bemötande och relationen till de boende.

Både avvikelserapporteringen och brukarundersökningarna visar att Herrljunga kommun står inför flera stora utmaningar inom särskilda boenden. Bristen på personal är en central fråga som påverkar alla delar av omsorgen. Det leder till en brist på

sociala aktiviteter, en ökad risk för fallolyckor och en känsla av maktlöshet bland de boende när de inte kan påverka sina dagliga rutiner. Trots dessa utmaningar finns det positiva tecken, framför allt i det starka förtroendet för personalen, som ger kommunen en god grund att bygga vidare på.

För att förbättra kvaliteten inom särskilda boenden behöver Herrljunga kommun arbeta mer systematiskt med att stärka bemanningen, förbättra kommunikationen med de boende och deras anhöriga, och skapa större flexibilitet i verksamheten. Dessutom är det viktigt att fortsätta arbeta med att minska antalet avvikelser och höja patientsäkerheten genom utbildningsinsatser och förbättrade rutiner. Genom att bygga vidare på den positiva relationen mellan personal och boende kan kommunen skapa förutsättningar för en mer trygg och individanpassad omsorg.

2.2 I vilken utsträckning har socialnämnden utarbetat och kommunicerat tydliga riktlinjer och policyer för det systematiska kvalitetsarbetet inom särskilt boende?

2.2.1 Tillgång till riktlinjer och policyer

Socialförvaltningen uppger att riktlinjer och policyer för kvalitetsarbetet organiseras centralt och att dessa uppdateras regelbundet, vid behov. Arbetet med att utveckla och uppdatera riktlinjer sker oftast i samarbete mellan Medicinskt ansvariga socionom (SAS), Medicinskt ansvariga för rehabilitering/Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAR/MAS) och förvaltningsledningen. Det kan dock även förekomma att enhetschefer uppmärksammar behovet av nya eller uppdaterade riktlinjer baserat på verksamhetens krav och situationer.

SAS och MAS/MAR har månatliga kvalitetsmöten med varje enhetschef för att gå igenom nya rutiner och diskutera kvalitetsfrågor. Dessa möten fungerar som en plattform för att sprida lärdomar inom organisationen och identifiera behov av stöd från SAS/MAS i det pågående kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

I kommunens äldreomsorgsstrategi för 2023–2032 framhålls betydelsen av kontinuerlig kompetensutveckling, särskilt inom demensvård, samt vikten av att använda data från brukarundersökningar för att säkra kvaliteten inom särskilt boende. Dessa strategiska målsättningar bidrar till att ge en tydlig riktning för kvalitetsarbetet och påverkar både utformningen och tillämpningen av riktlinjer och policyer. Strategin fungerar som en

övergripande ram som säkerställer att kvalitetsarbetet inte enbart bygger på riktlinjer och rutiner utan även på långsiktiga mål och visioner som tar hänsyn till de utmaningar som kan uppstå inom äldreomsorgen i framtiden.

Vid vår dokumentgranskning framgick det att Socialförvaltningen i Herrljunga kommun har ett omfattande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, som följer Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:9. Ledningssystemet täcker alla aspekter av verksamhetens kvalitetsarbete, från vårdplanering till uppföljning och hantering av avvikelser. Det omfattar cirka 50 olika riktlinjer och rutiner som är aktuella för hälso- och sjukvården inom särskilt boende. Dessa riktlinjer har utvecklats i samarbete med Närvårdssamverkan Södra Älvsborg och Västkom, vilket understryker ett brett samarbete för att säkerställa riktlinjernas kvalitet och relevans.

Enligt dokumentet "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" arbetar verksamheten kontinuerligt med att dokumentera och åtgärda avvikelser, och riktlinjerna är ständigt föremål för revideringar för att säkerställa att de förblir aktuella och möter verksamhetens behov. Dessa riktlinjer publiceras på kommunens intranät, KOMNET, vilket gör dem tillgängliga för all personal. Utöver dessa övergripande riktlinjer upprättas lokala rutiner som är anpassade efter de specifika behoven på varje enhet, och dessa förvaras i en gemensam katalog som är tillgänglig för verksamheten. Detta säkerställer att det finns relevanta och specifika instruktioner för det dagliga arbetet.

Vid intervjuer med representanter för ledningen inom särskilt boende och hälso- och sjukvården (SAS och MAS), framkom det att det finns utmaningar med att säkerställa att alla riktlinjer hålls uppdaterade och att personalen har tillräcklig tid för att sätta sig in i de senaste uppdateringarna. Detta, enligt enhetscheferna, kan resultera i brister i hur riktlinjerna tillämpas i det dagliga arbetet. Enhetscheferna betonade att de regelbundet deltar i månatliga kvalitetsmöten med SAS och MAS, där de går igenom uppdaterade riktlinjer och diskuterar eventuella risker och brister i verksamheten.

2.2.2 Kommunikation och tillgänglighet av riktlinjer

Kommunikationen av riktlinjer och policyer inom särskilt boende sker genom flera olika kanaler. Enligt dokumentet "Riktlinje - Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" är de månatliga kvalitetsmötena en central del i spridningen och implementeringen av riktlinjerna. Vid dessa möten deltar enhetschefer tillsammans

med SAS och MAS, och de utgör ett forum för att gå igenom nya eller reviderade riktlinjer samt diskutera hur dessa ska tillämpas i praktiken. Mötena lyfts fram som viktiga tillfällen för kunskapsspridning och delning av lärdomar inom organisationen.

Det framkom att arbetsbelastningen kan göra det svårt för personalen att sätta sig in i de senaste uppdateringarna, vilket skapar en risk för att riktlinjerna inte tillämpas korrekt i det dagliga arbetet. SAS och MAS har månatliga kvalitetsmöten med varje enhetschef, där de går igenom rutiner och identifierar behov av stöd i processer kopplade till kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Enligt SAS och MAS sker kommunikationen i flera steg för att säkerställa att den når alla berörda delar av verksamheten.

Vid intervjuer med representanter från verksamhetsledningen och ledningen för särskilt boende framkom att även om riktlinjerna är tillgängliga via intranätet, kan det vara en utmaning att säkerställa att alla medarbetare faktiskt tar del av och förstår dessa. Enhetscheferna påpekar att arbetsbelastningen ibland förhindrar personalen från att sätta sig in i uppdateringarna, vilket i sin tur kan påverka kvaliteten på omsorgen. Denna utmaning behöver åtgärdas för att säkerställa att personalen har tillräcklig kunskap för att kunna upprätthålla en hög standard i omsorgen.

2.2.3 Tillämpning och anpassning av riktlinjer i praktiken

Socialförvaltningen beskriver att resultaten från Socialstyrelsens årliga brukarundersökningar används för att analysera verksamhetens prestationer och identifiera områden som behöver förbättras. Enhetscheferna ansvarar för att analysera resultaten och välja ut fokusområden för att förbättra kvaliteten inom sina enheter. Socialförvaltningen har även etablerade rutiner för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Efter genomgången utbildning måste personal som fått delegering genomgå tester för att säkerställa att de har rätt kompetens innan de får sin delegering godkänd. Kontinuerlig utbildning och uppföljning genomförs för att säkerställa att personalen har rätt kunskap och följer aktuella rutiner.

Ledningssystemets övergripande mål är att kvalitetsarbetet ska vara processororienterat och kontinuerligt, så att förbättringar kan genomföras i alla delar av verksamheten. Vid intervjuer med representanter från ledningen för särskilt boende och

förvaltningsledningen framkom att det finns utmaningar med att omsätta de teoretiska riktlinjerna i praktisk handling, särskilt inom komplexa vårdssituationer som demensvård. Vissa i personalen upplever att vissa riktlinjer är otydliga eller svåra att tillämpa, vilket påverkar hur vården faktiskt utförs i det dagliga arbetet. Särskilt inom områden som demensvård och andra komplexa vårdinsatser kan riktlinjerna ibland upplevas som otydliga eller svårtillämpbara. Personalens erfarenheter pekar på ett behov av ytterligare utbildning och stöd för att säkerställa att riktlinjerna kan omsättas i praktiska, konsekventa handlingar inom alla delar av vården. Genom att ge mer specifik handledning och praktiskt stöd skulle detta kunna bidra till att minska gapet mellan teori och praktik.

Bedömning och slutsatser

Vår samlade revisionella bedömning är att socialnämnden till stor del har utarbetat och kommunicerat tydliga riktlinjer och policyer för det systematiska kvalitetsarbetet inom särskilt boende?

Vår bedömning baseras på följande iakttagelser, kommentarer och slutsatser:

Baserat på vår granskning av socialnämndens ledningssystem (se Bilaga A för granskade dokument) och de insamlade uppgifterna från intervjuer, dokumentation och observationer, är vår bedömning att Socialnämndens ledningssystem är väletablerat och finns tillgängligt för personalen via intranätet. Systemet består av riktlinjer, rutiner och mallar som vi inte har funnit några direkta brister i, utifrån den information som presenterats för oss.

Även om riktlinjer och rutiner framstår som tydliga och konkreta på förvaltningsnivå, har vi identifierat ett behov av att säkerställa att dessa är lika tydliga och begripliga för medarbetarna som arbetar närmast brukarna. Genom våra intervjuer har vi fått indikationer från flera tjänstepersoner att medarbetarna ute i verksamheten ibland upplever att riktlinjerna inte är tillräckligt klara. Vi har även fått rapporter om att personalen vid vissa tillfällen har agerat utifrån sina egna erfarenheter snarare än att följa de fastställda rutinerna. Detta ser vi som en risk och rekommenderar att Socialnämnden ser över riktlinjerna för att göra dem mer konkreta och tillgängliga för personalen, vilket skulle minska risken för avvikelser i hur rutinerna tillämpas.

En annan observation vi gjort är att det finns kommunikationsutmaningar när det gäller att nå ut med information om riktlinjer och rutiner till all personal, särskilt de som arbetar på obekväma arbetstider. Det är vår bedömning att det är viktigt att säkerställa att all personal, oavsett arbetsschema, får tillgång till och förstår uppdateringar av riktlinjer och rutiner. Dessutom behöver det säkerställas att rutinerna verkligen följs och efterlevs i praktiken, för att säkerställa en fortsatt hög kvalitet i omsorgen.

Sammanfattningsvis anser vi att Socialnämnden har ett välstrukturerat ledningssystem som omfattar väl utformade riktlinjer och rutiner, vilka återfinns i ledningssystemet. Utifrån de intervjuer vi genomfört och den dokumentation vi granskat, ser vi dock ett behov av att säkerställa att medarbetare på enheterna följer de framtagna styr- och stöddokumentet, och att dessa dokument är kända och begripliga för alla medarbetare ute i verksamheten.

Vår bedömning är att socialnämnden till viss del har utarbetat och kommunicerat tydliga riktlinjer och policyer för kvalitetsarbetet inom särskilt boende. Vi anser att det finns ett välutvecklat ledningssystem, och att riktlinjerna är både aktuella och omfattande. Kommunikationen av riktlinjerna sker systematiskt genom kvalitetsmöten och via kommunens intranät, vilket vi ser som en bra struktur. Dock kvarstår, enligt vår uppfattning, vissa utmaningar i att säkerställa att all personal har tillräcklig tid och förståelse för att implementera riktlinjerna på ett konsekvent och praktiskt sätt.

Baserat på vår analys anser vi att socialnämnden har utarbetat och implementerat ett omfattande ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet inom särskilt boende. Riktlinjer och policyer är tydligt definierade, aktuella och följer Socialstyrelsens föreskrifter, vilket vi ser som ett styrkebesked. Dessa riktlinjer är tillgängliga för all personal via intranätet, och de månatliga kvalitetsmötena säkerställer att riktlinjerna kommuniceras effektivt. Trots detta ser vi behovet av ytterligare stöd för att ge personalen tid och möjlighet att sätta sig in i och tillämpa uppdaterade riktlinjer.

Vi bedömer också att det finns ett behov av stöd för att omsätta teoretiska riktlinjer till praktiska handlingar, särskilt i mer komplexa vårdssituationer.

Vi bedömning att socialnämnden har lagt en stabil grund för sitt kvalitetsarbete inom särskilt boende, men att det kvarstår utmaningar, främst i att säkerställa att all

personal har tillräcklig tid och förståelse för att tillämpa riktlinjerna konsekvent i det dagliga arbetet.

2.3 Vilken utsträckning (och hur) övervakar och utvärderar socialnämnden genomförandet av det systematiska kvalitetsarbetet inom särskilt boende? Vilka mekanismer för riskhantering och incidentrapportering finns?

2.3.1 Övervakning av kvalitetsarbetet

Socialnämnden använder ett elektroniskt system för att rapportera och följa upp avvikelser och incidenter. Systemet är delvis integrerat i kvalitetsarbetet och ger enligt ledningen för särskilda boenden en god överblick över rapporterade händelser. Uppföljningen av dessa rapporter varierar dock beroende på enheternas resurser och arbetsbelastning. Uppföljning av avvikelser sker även i team-möten, där samtliga professioner medverkar samt vid APT och individuellt. Uppföljning i det nuvarande verksamhetssystem VIVA är dock inte smidigt enligt förvaltningen.

Kvalitetsarbetet dokumenteras genom systematisk uppföljning och månatliga möten där avvikelser och förbättringsområden diskuteras. Enligt förvaltningsledningen sker denna dokumentation kontinuerligt, och enhetscheferna ansvarar för att säkerställa uppföljning på enhetsnivå. Även om det finns etablerade rutiner för att granska avvikelser och kvalitetsbrister är uppföljningen inte alltid konsekvent. Ledningen för särskilda boenden har rapporterat att avvikelser som leder till allvarliga konsekvenser ibland hanteras informellt och därför inte alltid rapporteras i systemet.

Enligt riktlinjerna för det systematiska kvalitetsarbetet finns det tydliga strukturer för att följa upp kvaliteten på särskilda boenden. Specifika indikatorer används för att mäta resultat. Förvaltningsledningen betonar vikten av de månatliga kvalitetsmötena för att följa upp kvalitetsmålen, där även eventuella avvikelser och förbättringsbehov diskuteras. Ledningen framhåller att dessa möten möjliggör en systematisk genomgång av kvalitetsarbetet och identifierar specifika förbättringsområden.

Enligt både rutinerna för avvikelshantering och intervjuer med ledningen för särskilda boenden har enhetscheferna ett viktigt ansvar för att implementera och följa riktlinjerna på enhetsnivå.

Trots att systemet för rapportering ska ge en tydlig översikt varierar uppföljningen beroende på enheternas resurser och arbetsbörda. Det framkommer att det finns brister i återkopplingen till personalen kring de rapporterade avvikelserna och vilka åtgärder som vidtas. Detta påverkar personalens motivation att rapportera, då de inte alltid får information om resultaten av sina rapporter.

Det saknas också en central sammanställning av rapporterade avvikelser, vilket innebär att varje enhet hanterar detta individuellt. Detta försvårar arbetet med att identifiera övergripande trender och säkerställa en enhetlig hantering av risker.

Enhetscheferna rapporterar att incidenter som bedöms som mindre allvarliga inte alltid rapporteras, särskilt under perioder med hög arbetsbelastning. Dessutom framhålls att tidsbrist och andra prioriteringar påverkar rapporteringen negativt.

Utvärdering av kvalitetsarbetet sker genom regelbundna uppföljningar där resultaten av vidtagna åtgärder presenteras på kvalitetsmöten och rapporteras till socialnämnden. Informationen sprids sedan vidare till enhetscheferna, som i sin tur ansvarar för att delge personalen. Intervjuer har dock visat att denna information inte alltid når all personal, särskilt de som arbetar på oönskade tider.

2.3.2 Mekanismer för riskhantering och incidentrapportering

Socialnämnden har infört rutiner för att rapportera och hantera risker och incidenter genom systemet Viva. Personal rapporterar incidenter, som sedan följs upp av enhetschefer, SAS och MAR. Enligt rutinerna för avvikelshantering inom socialförvaltningen finns tydliga riktlinjer för hur risker ska identifieras och åtgärdas, samt hur incidenter ska hanteras för att minimera framtida risker.

Intervjuer med nyckelpersoner, inklusive enhetschefer och representanter för hälso- och sjukvård (MAS/MAR), visar att personalen är medveten om vikten av incidentrapportering. Dock finns det ibland osäkerhet kring vilka händelser som ska rapporteras och hur det ska göras på ett konsekvent sätt, vilket kan leda till underrapportering, särskilt under perioder med hög arbetsbelastning.

Den medicinskt ansvarige för rehabilitering (MAR) påpekar att det saknas ett samordnat samarbete mellan det medicinska och sociala teamet för riskhantering. MAR framhåller också att det finns brister i uppföljningen av rehabiliteringsinsatser och hur dessa integreras i kvalitetsarbetet, vilket är ett område som kan förbättras.

På enhetsnivå finns det svårigheter med att systematiskt följa upp beslutade åtgärder relaterade till avvikelser, och det saknas formella processer för långsiktig analys. Detta kan innebära att vissa incidenter inte hanteras på ett sätt som förebygger upprepningar i framtiden.

Det nuvarande systemet för incidentrapportering anses inte tillräckligt för att identifiera trender och mönster som kan signalera större strukturella problem. Enligt MAS saknas ett ändamålsenligt analysverktyg för att fånga upp och analysera sådana trender, vilket påverkar möjligheten att förebygga upprepade incidenter på ett effektivt sätt.

Förvaltningsledningen ser också ett behov av en central sammanställning av rapporterade avvikelser. Den nuvarande hanteringen där varje enhet ansvarar för sina egna rapporter skapar utmaningar i att identifiera övergripande trender och säkerställa en enhetlig riskhantering.

Bedömning och kommentar

Vår samlade revisionella bedömning är att socialnämnden till stor del övervakar och utvärderar socialnämnden genomförandet av det systematiska kvalitetsarbetet inom särskilt boende? Därtill bedömer vi att det till stor del finns mekanismer för riskhantering och incidentrapportering finns?

Vår bedömning baseras på följande iakttagelser, kommentarer och slutsatser:

Vår samlade revisionella bedömning är att socialnämnden delvis övervakar och utvärderar genomförandet av det systematiska kvalitetsarbetet. Samtidigt har vi identifierat både styrkor och förbättringsområden i detta arbete, vilka behöver åtgärdas för att säkerställa en heltäckande och konsekvent övervakning av kvalitetsmålen.

Baserat på vår granskning av socialnämndens ledningssystem, tillsammans med den information vi har samlat in genom intervjuer och dokumentgranskning, bedömer vi att socialnämnden har ett välfungerande system för kvalitetsarbete. Systemet inkluderar tydliga rutiner för uppföljning och incidentrapportering, vilket enligt vår uppfattning utgör en stabil grund för kvalitetskontroll och kontinuerliga förbättringar. Vi har noterat att socialnämnden har implementerat flera viktiga komponenter som stödjer ett strukturerat och systematiskt kvalitetsarbete. Bland dessa framstår särskilt de månatliga kvalitetsmötena och användningen av ett elektroniskt system för avvikelse-

och incidentrapportering som framträdande inslag. Dessa verktyg skapar en effektiv och transparent struktur som, enligt vår bedömning, möjliggör kontinuerlig övervakning och förbättring av verksamheten.

Trots dessa styrkor har vår granskning identifierat vissa brister. Framför allt visar det sig att avvikelser och incidenter inte alltid rapporteras eller utvärderas konsekvent. Enligt vår bedömning innebär detta att uppföljningen av vidtagna åtgärder inte genomförs på ett systematiskt sätt, vilket riskerar att försämra kvaliteten i riskhanteringen. Vi har också noterat att personal ibland avstår från att rapportera mindre allvarliga incidenter. Detta verkar delvis bero på en rädsla för potentiella negativa konsekvenser, vilket enligt vår analys kan leda till att vissa risker förblir oidentifierade och därmed inte hanteras på ett tillfredsställande sätt.

Vidare har vi observerat att personalen inte alltid får återkoppling på rapporterade avvikelser eller de åtgärder som vidtagits. Vår bedömning är att denna brist på återkoppling kan ha en negativ inverkan på personalens motivation att rapportera incidenter i framtiden. På sikt kan detta påverka det systematiska kvalitetsarbetet negativt och minska engagemanget för att aktivt bidra till riskhantering och kvalitetsförbättringar. Enligt vår bedömning finns det dessutom en brist på en central sammanställning av inrapporterade avvikelser på förvaltningsnivå. Denna brist försvårar möjligheten att identifiera trender och genomföra förebyggande åtgärder på ett övergripande plan. Vi rekommenderar därför att socialnämnden utvecklar en centraliserad sammanställning för att underlätta identifieringen av förbättringsområden och för att möjliggöra en mer strategisk analys av riskhanteringen.

Även om kvalitetsarbetet framstår som välstrukturerat på förvaltningsnivå, har vi identifierat utmaningar i att säkerställa en konsekvent uppföljning på enhetsnivå. Detta kan leda till att vissa risker inte hanteras effektivt och att lärdomar mellan enheterna inte tas tillvara på ett optimalt sätt. Utan en systematisk spridning av erfarenheter mellan enheterna finns en risk att kvalitetsarbetet fragmenteras och att potentiella förbättringar går förlorade.

Vår granskning visar att socialnämnden har tagit viktiga steg för att övervaka och utvärdera kvalitetsarbetet. Samtidigt kvarstår betydande utmaningar för att säkerställa en heltäckande övervakning av kvalitetsmålen. Incidenter rapporteras av personalen och följs upp av enhetschefer samt av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och

socialt ansvarig samordnare (SAS) enligt verksamhetssystemet Viva. Trots att det finns tydliga instruktioner för hur risker ska identifieras och hanteras, har vi noterat att det ibland råder osäkerhet bland personalen om vilka incidenter som ska rapporteras och hur rapporteringen ska göras på ett konsekvent sätt. Detta kan, särskilt under perioder med hög arbetsbelastning, leda till underrapportering.

Slutligen vill vi belysa att medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har påpekat att det saknas ett samordnat samarbete mellan det medicinska och sociala teamet i riskhanteringen. Enligt vår bedömning är detta en viktig aspekt som bör prioriteras för att ytterligare förbättra det systematiska kvalitetsarbetet och säkerställa en heltäckande riskhantering.

Vi bedömer att socialnämnden har etablerat ett fungerande ledningssystem för övervakning och incidentrapportering, men att det finns tydliga förbättringsområden som bör åtgärdas.

2.4 I vilken utsträckning (och hur) tillhandahåller socialnämnden adekvat och relevant utbildning för personalen för att säkerställa kvalitet och säkerhet i inom särskilt boende?

2.4.1 Utbildningsplanering, utbud och anpassning till behov

Enligt socialförvaltningens skriftliga svar finns det en väl utvecklad utbildningsplan för personalen inom särskilt boende. Utbildningsinsatsen som hittills genomförts omfattar sex grupper och består av två heldagar med halvdagar för uppföljning. Målet med dessa utbildningar är att ge personalen verktyg för att kunna hantera komplexa situationer i arbetet och säkerställa att vården som ges är av hög kvalitet och säker för de boende.

Utöver dessa grundutbildningar har minst två personer per enhet genomgått handledarutbildning, vilket stärker arbetslaget genom att handledarna kan stödja sina kollegor på plats. Vidare har förvaltningen initierat en utbildning för språkbud, för att säkerställa att personalen kan hantera språk- och kommunikationsfrågor på ett effektivt sätt. Detta är särskilt viktigt i en verksamhet där god kommunikation är avgörande för både personal och boendes säkerhet och välmående. Förvaltningen är även certifierad inom Vård- och omsorgscollege, vilket innebär att utbildningarna som erbjuds är kvalitetssäkrade och anpassade både för personal och elever.

Intervjuer med verksamhetschefer har bekräftat att det finns en systematisk utbildningsplan som anpassas efter de identifierade utbildningsbehoven inom särskilt boende. Behovsinventeringar görs regelbundet, och dessa ligger till grund för de utbildningsplaner som utformas. Utbildningarna genomförs ofta på månadsbasis och täcker ett brett spektrum av områden, från specialistkunskap inom demensvård och rehabilitering till psykiatri. Varje utbildningsinsats anpassas beroende på arbetsgrupp och enheternas specifika behov, vilket säkerställer att utbildningarna är direkt tillämpliga i personalens dagliga arbete.

För att säkerställa att personalen har både teoretisk och praktisk kompetens erbjuder förvaltningen även specialutbildningar för att hantera mer komplexa patientbehov, exempelvis när ny teknik eller medicinska framsteg införs inom verksamheten. Detta bedöms som en viktig komponent för att personalen ska kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett effektivt och säkert sätt, oavsett förändringar i vårdmiljön.

Specialistundersköterskorna spelar en central roll inom SÄBO, då de fungerar som handledare och stöd till sina kollegor i specifika moment som kräver ytterligare kompetensutveckling. Dessa specialistundersköterskor har ofta vidareutbildats via yrkeshögskola och har särskilda ansvarsområden, såsom välfärdsteknik eller demensvård, beroende på enheternas behov. Denna struktur bidrar till att höja kompetensnivån inom hela verksamheten, då specialistundersköterskornas expertis kan utnyttjas över flera enheter, vilket stärker vårdorganisationen som helhet.

På enhetsnivå pågår kontinuerliga utbildningsinsatser där även nyanställda och vikarier inkluderas. Ett exempel på detta är särskilda arbetsplatsträffar (APT) som har införts specifikt för vikarier. Dessa möten ger vikarier möjlighet att diskutera eventuella utmaningar de möter i sitt arbete och att få vägledning och stöd från den ordinarie personalen. Denna typ av insats är avgörande för att säkerställa att även tillfällig personal får den trygghet och de verktyg de behöver för att kunna leverera en säker och kvalitativ vård.

Enligt dokumentationen från socialförvaltningen har det även utvecklats en kunskapsguide, som erbjuder både utbildningar och tester för att säkerställa att personalens kompetens kontinuerligt utvecklas. Dessutom håller man på att ta fram ett telefonbaserat utbildningsverktyg som är särskilt riktat till vikarier. Detta verktyg underlättar för dessa medarbetare att snabbt få tillgång till nödvändig kunskap, vilket

ökar flexibiliteten och stödet för dem som inte arbetar på heltid eller är nya inom verksamheten.

2.4.2 Genomförande av utbildning

Utbildningarna genomförs regelbundet, ofta på månadsbasis, och är anpassade efter de specifika behoven hos olika arbetsgrupper och enheter inom särskilt boende. Detta säkerställer att utbildningarna är direkt relevanta för det dagliga arbetet och de utmaningar som personalen ställs inför. Utbildningarna täcker områden som specialistkompetens inom demensvård, rehabilitering och psykiatri. Dessutom erbjuds utbildningar som är utformade för att hantera mer komplexa patientbehov, exempelvis vid introduktion av ny teknik eller medicinska framsteg.

Specialistundersköterskor fungerar som en viktig resurs inom verksamheten och har ofta vidareutbildats inom specifika områden, som demensvård eller välfärdsteknik, för att kunna handleda sina kollegor och ge praktisk vägledning i moment som kräver specialkompetens. Detta bidrar till att säkerställa en hög kompetensnivå inom särskilt boende och stödjer personalen i att kunna hantera komplexa vårdssituationer på ett säkert och effektivt sätt.

Trots att utbildningarna upplevs som väl anpassade till verksamheten, kvarstår vissa utmaningar. Bland annat har vissa medarbetare, särskilt de som arbetar obekväma arbetstider, haft svårigheter att delta i utbildningarna, vilket påverkar deras förmåga att tillämpa de nyförvärvade kunskaperna i praktiken. Bemannings- och resursbrist har även gjort det svårt för vissa enheter att fullt ut delta i utbildningsinsatserna, vilket kan skapa ojämnheter i kompetensutvecklingen inom verksamheten.

Utöver detta har kommunikationen kring utbildningsinsatser ibland varit otydlig, vilket har försvårat för vissa medarbetare att planera sitt deltagande. Detta problem har framför allt påverkat timanställda och vikarier, som inte alltid har samma tillgång till information som ordinarie personal. Detta kan i sin tur leda till att dessa grupper inte får lika stora möjligheter att ta del av viktiga utbildningsinsatser.

2.4.3 Uppföljning och utvärdering

Uppföljningen av de genomförda utbildningsinsatserna sker till stor del genom handledarutbildningar och delegering inom områden som läkemedelshantering. Efter genomförd utbildning får personalen genomgå tester innan de får delegering att hantera

läkemedel. Dessutom finns det en rutin för att identifiera utbildningsbehov genom egenkontroller och brukarundersökningar, vilket ger verksamhetsledningen en indikation på var det kan finnas behov av ytterligare utbildningsinsatser.

Enhetscheferna beskriver att kompetensutvecklingen följs upp genom återkommande dialogmöten och årliga utbildningstester för att säkerställa att personalen upprätthåller sina kunskaper inom områden som delegerade uppgifter, exempelvis medicinhantering och sårvård. Dessa möten ger också personalen möjlighet att ge återkoppling om sina egna utbildningsbehov, vilket är viktigt för att kunna identifiera områden där mer stöd eller utbildning krävs.

Trots dessa uppföljningsinsatser framkom det i intervjuerna med förvaltningsledningen att det inte alltid finns ett systematiskt sätt att följa upp hur utbildningarna tillämpas i det dagliga arbetet. Detta innebär att det kan vara svårt att få en fullständig bild av utbildningens effekter och hur den förvärvade kunskapen används i praktiken. Förvaltningsledningen påpekar att detta är ett område som behöver förbättras för att säkerställa att alla medarbetare får likvärdig möjlighet att tillämpa sina kunskaper i arbetet.

Det finns kompetensmatriser för att hålla reda på vilka utbildningar som genomförts, men dessa är inte alltid uppdaterade, vilket gör det svårt att ha en komplett översikt över utbildningsläget. Denna brist på systematisk uppföljning innebär att vissa utbildningsbehov kan förbli oupptäckta, särskilt för timanställda och vikarier som ofta har svårare att delta i utbildningsinsatser och som inte alltid omfattas av samma uppföljning som fast personal.

Bedömning och kommentar

Vår samlade revisionella bedömning är att socialnämnden till stor del tillhandhåller adekvat och relevant utbildning för personalen för att säkerställa kvalitet och säkerhet i inom särskilt boende.

Vår bedömning baseras på följande iakttagelser, kommentarer och slutsatser:

Vid vår genomgång av utbildningsplanering och genomförande fann vi att en tydlig och väl genomarbetad utbildningsplan finns på plats. Den är utformad för att säkerställa kvalitet och säkerhet inom äldreomsorgen. Många av utbildningarna är anpassade till verksamhetens specifika behov och genomförs regelbundet. Exempelvis är

användningen av specialistundersköterskor som handledare och satsningen på språkombud strukturerade insatser som effektivt bidrar till kompetensutvecklingen inom organisationen.

Trots detta har vår granskning visat att det brister i uppföljningen av utbildningsinsatserna, särskilt när det gäller att säkerställa att personalen faktiskt använder de kunskaper de har fått i sitt dagliga arbete. Denna brist påverkar utbildningens långsiktiga effektivitet och kan leda till ojämlik vårdkvalitet inom verksamheten. Det saknas också ett centralt och systematiskt sätt att följa upp hur nyförvärvade kunskaper används i praktiken. Verksamhetsledningen har påpekat att kompetensmatriser ofta inte hålls uppdaterade, vilket försvårar överblicken över befintliga utbildningsbehov. Detta är särskilt tydligt för timanställda och vikarier, som har sämre tillgång till både utbildning och uppföljning jämfört med ordinarie personal.

Vi har även identifierat brister i kommunikationen och samordningen kring utbildningsinsatserna. Personal som arbetar obehövliga arbetstider eller är tillfälligt anställda får inte alltid tillgång till nödvändig information om utbildningar, och de saknar ofta möjligheten att delta på grund av resursbrist eller hög arbetsbelastning. Detta leder till ojämlik tillgång till kompetensutveckling, vilket kan påverka verksamhetens säkerhet och kvalitet.

Ytterligare en utmaning vi har noterat är att utbildningar för att hantera risker och incidenter inte alltid säkerställer att personalen vet hur de ska agera i olika situationer. Det finns behov av en tydligare struktur för att säkerställa att kunskaper från utbildningarna implementeras konsekvent och praktiskt i hela organisationen.

Socialnämnden har tagit viktiga steg för att tillhandahålla adekvat utbildning för personalen inom särskilt boende, men det finns förbättringsområden som måste åtgärdas. Framför allt behövs en mer systematisk och enhetlig uppföljning av hur utbildningarna tillämpas. För att höja kvaliteten och säkerheten rekommenderar vi att socialnämnden stärker uppföljningen av utbildningsinsatserna och säkerställer att all personal, inklusive timanställda och vikarier, har lika tillgång till utbildning och att dessa insatser tillämpas i det dagliga arbetet.

2.5 I vilken utsträckning säkerställer socialnämnden att systemet för avvikelshantering är effektivt och används korrekt av personalen inom särskilt boende?

2.5.1 Avvikelseprocessen och avvikelshanteringssystemet

Enligt den granskade dokumentationen, inklusive *Halvårsrapport – Avvikelser 2023*, består avvikelseprocessen inom socialförvaltningen i Herrljunga kommun av fyra faser; planering, genomförande, utvärdering och förbättring. Processen inleds med att identifiera lagstadgade krav och mål, följt av riskanalyser och utveckling av processer och rutiner.

När en avvikelse inträffar, dokumenteras den av den som upptäcker händelsen, och den ansvariga chefen bedömer och vidtar nödvändiga åtgärder, vilka dokumenteras i både journal och avvikelssystem. Därefter analyseras avvikelserna och följs upp med berörd personal för att förhindra att händelsen upprepas.

Det framgår av riktlinjerna att avvikelser rapporteras via det elektroniska systemet VIVA, som används för att registrera alla incidenter som kan påverka säkerheten eller kvaliteten inom särskilt boende. All personal har ansvar att rapportera sådana händelser, och enhetschefer ansvarar för att följa upp och analysera avvikelser samt vidta åtgärder. Uppföljningen sker månadsvis, och MAS samt SAS medverkar för att säkerställa en strukturerad hantering.

I intervjuer med förvaltningsledningen framgår att allvarliga avvikelser, såsom missförhållanden, eskaleras till Lex Sarah eller Lex Maria beroende på allvarlighetsgraden. Dessa avvikelser hanteras enligt särskilda rutiner som säkerställer en grundlig rapportering och uppföljning.

Förvaltningsledningen påpekar också att det inte alltid är tydligt hur de inrapporterade avvikelserna leder till förbättringar i verksamheten. Detta har lett till att vissa medarbetare upplever att deras rapportering inte ger några konkreta resultat eller åtgärder, vilket kan påverka motivationen att rapportera avvikelser.

Dokumentet "Halvårsrapport – Avvikelser 2023" betonar att rapporteringen ska ske omgående och att ansvarig chef ska återkoppla och dokumentera åtgärder i både journal och systemet. Trots detta framgår det att återkopplingen ibland brister.

Intervjuer med enhetschefer och verksamhetsledning avslöjar att systemet för avvikelshantering inte alltid används konsekvent och systematiskt över hela verksamheten. Vissa enheter är bättre på att rapportera och följa upp avvikelser än andra, vilket skapar en ojämn tillämpning där förbättringsåtgärder inte genomförs enhetligt. På vissa enheter saknas även långsiktiga åtgärdsplaner, vilket resulterar i att återkommande avvikelser inte hanteras effektivt.

Flera intervjupersoner betonar att dokumentationen kring avvikelser behöver förbättras, eftersom viktiga detaljer om vad som hände före och efter avvikelser ofta saknas. Detta påverkar möjligheterna till noggrann utvärdering och uppföljning, och försvårar säkerställandet av att rätt åtgärder vidtas. Dessutom påpekades brister i den systematiska analysen och identifieringen av trender, vilket begränsar förebyggandet av framtida incidenter.

Förvaltningsledningen lyfter även att personalen ibland är osäker på vilka händelser som ska rapporteras, särskilt när det gäller mindre allvarliga incidenter. Detta gäller i synnerhet nyanställda och timanställda, som upplever att deras utbildning i avvikelshantering är otillräcklig. Dessutom finns en upplevelse bland vissa medarbetare att rapportering kan leda till negativa konsekvenser för dem själva eller deras kollegor, vilket kan bidra till att vissa avvikelser inte rapporteras alls.

Ledningen bekräftar att åtgärder för rapporterade avvikelser beslutas och genomförs på enhetsnivå, men att det ofta saknas strategisk uppföljning på övergripande nivå. Detta leder till osäkerhet kring huruvida de beslutade åtgärderna implementeras och följs upp inom hela verksamheten. Vidare framkom att rehabiliteringsrelaterade avvikelser, såsom incidenter kopplade till rehabiliteringsutrustning eller rehabiliteringsplaner, inte analyseras systematiskt, vilket gör att förebyggande åtgärder sällan genomförs. I samtal med förvaltningsledningen framkommer också att ansvarsfördelningen för att vidta åtgärder efter rapporterade avvikelser är otydlig, vilket skapar osäkerhet kring vem som ska följa upp incidenter. Detta försvårar ytterligare en effektiv tillämpning av systemet.

2.5.2 Avvikelsehantering i kvalitetsarbetet

Av intervjuer med förvaltningsledningen och enhetschefer framkommer att avvikelshanteringssystemet spelar en central roll i kvalitetsarbetet inom särskilt boende. Systemet används för att identifiera risker och förbättringsområden. MAS, SAS

och enhetschefer analyserar kvantitativa data för att identifiera trender och mönster i rapporterade avvikelser, men det framgår att systematiska analyser av de bakomliggande orsakerna ofta saknas. Detta försvårar arbetet med att utveckla effektiva förebyggande åtgärder.

Intervjuer med både ledning och chefer visar att återkopplingen till personalen efter en rapporterad avvikelse är bristfällig. Många medarbetare får inte information om vilka åtgärder som har vidtagits, vilket påverkar deras motivation att rapportera framtida avvikelser. Dessutom framkom att det inte finns en strukturerad uppföljning av de åtgärder som vidtas efter en avvikelse, vilket gör det svårt att bedöma deras effektivitet.

Det påpekas också att vissa enheter är bättre på att utveckla åtgärdsplaner och analysera avvikelser än andra, vilket leder till att återkommande avvikelser inte alltid hanteras på ett konsekvent sätt. På grund av detta implementeras åtgärdsplaner inte enhetligt i hela organisationen, vilket försvårar långsiktiga förbättringar.

Slutligen framkommer det att trots att regelbundna kvalitetsmöten hålls där risker och incidenter diskuteras, saknas en strukturerad process för att identifiera och analysera trender inom avvikelshantering. Detta begränsar möjligheten att genomföra långsiktiga förbättringsåtgärder och att hantera återkommande problem på ett övergripande sätt.

Bedömning och kommentar

Vår samlade revisionella bedömning är att socialnämnden till viss del säkerställer att systemet för avvikelshantering är effektivt och används korrekt av personalen inom särskilt boende.

Vår bedömning baseras på följande iakttagelser, kommentarer och slutsatser:

Vid vår granskning av avvikelshanteringssystemet inom särskilt boende (SÅBO) har vi kunnat konstatera att det finns en tydlig struktur och ett välutvecklat system för att rapportera och följa upp avvikelser. Systemet är tillgängligt för all personal och täcker flera centrala områden inom kvalitetsarbetet. De månatliga kvalitetsmötena och den centralt samlade dokumentationen av riktlinjer utgör en stark grund för avvikelshantering.

Trots detta har vi upptäckt betydande problem när det gäller hur systemet tillämpas i praktiken. Det saknas en enhetlig och konsekvent användning av systemet på alla

enheter inom SÄBO. Personalens tveksamhet inför att rapportera mindre allvarliga händelser, kombinerat med hög arbetsbelastning och otillräckligt stöd från ledningen, leder till att vissa avvikelser inte rapporteras. Detta innebär att vissa risker inte hanteras på ett tillfredsställande sätt, vilket kan få negativa konsekvenser för kvaliteten och säkerheten i vården.

Dessutom ser vi att uppföljningen av avvikelser inte är tillräckligt strukturerad. Det saknas ett centralt system för att säkerställa att de åtgärder som vidtas efter en avvikelse faktiskt leder till förbättringar i verksamheten. Som det ser ut nu används inte alltid lärdomar från avvikelser för att förebygga framtida problem. En samlad översikt av avvikelser på förvaltningsnivå skulle kunna hjälpa till att identifiera mönster och förbättra det proaktiva arbetet med att hantera risker.

Socialnämnden har gjort viktiga framsteg genom att införa ett system för avvikelshantering, men det finns fortfarande behov av att stärka uppföljningen och säkerställa att systemet tillämpas konsekvent på alla enheter. Socialnämnden bör arbeta för att skapa en kultur där avvikelser ses som en möjlighet till förbättring, snarare än som en belastning. Det är också viktigt att säkerställa att uppföljningen av avvikelser leder till konkreta och mätbara förbättringar i verksamheten.

2.6 I vilken utsträckning (och hur) genomför socialnämnden regelbunden uppföljning och utvärdering av det systematiska kvalitetsarbetet inom särskilt boende? Vidtas åtgärder baserade på resultaten från det systematiska kvalitetsarbetet?

2.6.1 Dokumenterade rutiner och riktlinjer för uppföljning

Socialförvaltningen har utvecklat ett strukturerat kvalitetsarbete som styrs av tydliga rutiner och riktlinjer för särskilda boenden. Dessa riktlinjer finns tillgängliga i förvaltningens ledningssystem, som regelbundet uppdateras för att säkerställa att de alltid är relevanta. Arbetet leds av förvaltningsledningen och kvalitetsansvariga (MAS/MAR och SAS) i nära samarbete med verksamhetsledningen och enhetscheferna.

Enligt socialförvaltningen sker en månatlig uppföljning genom kvalitetsmöten där nya riktlinjer, potentiella risker och identifierade brister diskuteras. Dessa möten ger enhetscheferna möjlighet att få stöd i hur de ska tolka och tillämpa riktlinjerna, samt

genomföra förbättringsåtgärder. Mötena är avgörande för att säkerställa att kvalitetsförbättringar genomförs på alla nivåer i organisationen.

Dokumentet "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – Riktlinje" beskriver hur detta system stödjer kvalitetsarbetet från planering till uppföljning. Genom att analysera resultaten från olika kvalitetsregister kan socialförvaltningen identifiera förbättringsområden och vidta åtgärder. För att säkerställa att allt arbete följer de föreskrivna riktlinjerna krävs det att alla anställda är väl insatta i rutinerna och att de tillämpas i det dagliga arbetet.

Kvalitetsarbetet täcker flera viktiga områden, som riskhantering, hantering av läkemedel och egenkontroller. Syftet är att säkerställa en hög nivå av både kvalitet och kontinuitet i verksamheten. De månatliga kvalitetsmötena fungerar som en plattform för kunskapsutbyte och diskussion om hur förbättringar kan implementeras. Detta är särskilt viktigt för att säkerställa att nya riktlinjer eller förändringar når hela organisationen och förstås av alla medarbetare.

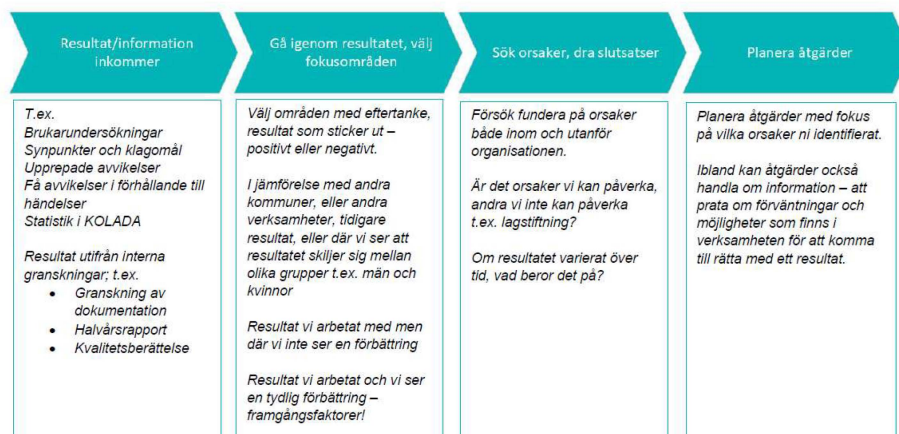
Avslutningsvis är uppföljning och utveckling av kvalitetsarbetet en central del av verksamheten. Riktlinjerna utformas av kvalitetsansvariga i samarbete med förvaltningsledningen och enhetscheferna, och uppdateras löpande för att möta nya krav och behov. De månatliga mötena spelar en nyckelroll i att sprida kunskap, identifiera stödbehov och säkerställa att kvalitetsförbättringar genomförs effektivt.

2.6.2 Uppföljning och utvärdering av kvalitetsarbetet

Bilden nedan visar processen för hur resultat och information hanteras inom kvalitetsarbetet, från att information inkommer, till att identifiera fokusområden, analysera orsaker och planera åtgärder. Denna visuella representation hjälper till att tydliggöra hur en strukturerad analysprocess bidrar till att säkerställa att rätt åtgärder vidtas baserat på identifierade problem.

För att säkerställa att kvalitetsarbetet genomförs enligt riktlinjerna, övervakar och utvärderar kvalitetsansvariga arbetet i samarbete med verksamhetsledningen och enhetscheferna. Enligt socialförvaltningen sker regelbundna granskningar genom internkontrollplanen, som omfattar halvårsrapporter om avvikelser samt rapporter om kvalitet och patientsäkerhet. Månatliga kvalitetsmöten hålls där resultaten från kvalitetsregister och avvikelshanteringar analyseras och diskuteras.

Övergripande granskning av kvalitetsarbete inom särskild boende | Granskningsresultat



Källa: Rutin – analys av resultat, Herrljunga kommun.

Under 2023 ökade antalet avvikelser jämfört med 2022, vilket kan bero på en ökad medvetenhet hos personalen om vikten av att rapportera avvikelser, samt på förbättrade rutiner och utbildningsinsatser. Avvikelsena inkluderar bland annat fallolyckor och brister i läkemedelshanteringen. Personalen har ett viktigt ansvar att rapportera och följa upp dessa händelser, och kvalitetsansvariga tillsammans med chefer säkerställer att uppföljningar genomförs regelbundet. Enligt egenkontrollrutinerna ansvarar varje enhetschef för att utföra egenkontroller och följa upp kvalitetsarbetet inom sin verksamhet. Dessa granskningar görs av MAS och SAS för att säkerställa att riktlinjerna följs och att förbättringar genomförs.

Intervjuer med förvaltnings- och verksamhetsledningen understryker hur viktigt det är att kontinuerligt följa upp och analysera resultaten. Enhetscheferna arbetar nära kvalitetsansvariga för att identifiera förbättringsområden och säkerställa att åtgärderna som vidtas är anpassade till verksamhetens behov.

MAS och MAR förklarar att risk- och konsekvensanalyser utförs både ur ett brukarperspektiv och ur ett arbetsmiljöperspektiv. Dessa analyser är särskilt viktiga vid större förändringar, till exempel vid införandet av ny teknik, och används för att identifiera risker och skapa åtgärdsplaner. Detta är en central del av kvalitetsarbetet eftersom det integrerar riskhantering i den dagliga verksamheten. Ökningen av Lex

Maria- och Lex Sara-anmälningar de senaste åren tyder på att medvetenheten och utbildningen hos personalen har förbättrats, vilket också bidrar till en stärkt rapporteringskultur och ökad transparens.

Dokumentgranskningar visar dock att det finns brister i dokumentationen av klagomål och synpunkter, särskilt när det gäller muntliga klagomål som hanteras av chefer i det dagliga arbetet. Detta gör det svårt att följa upp trender och säkerställa att nödvändiga åtgärder vidtas systematiskt. Dessutom framgår det att analyser av kvalitetsresultaten inte alltid dokumenteras i enlighet med internkontrollplanen, vilket kan leda till att förbättringar inte genomförs lika effektivt som planerat. Socialförvaltningen genomför dock uppföljande granskningar av åtgärder efter ärenden som till exempel Lex Sarah-utredningar, för att säkerställa att långsiktiga åtgärder genomförs och att risker minimeras.

Processkartläggningar används för att beskriva och analysera verksamhetens olika processer, och dessa kartläggningar är knutna till kvalitetskrav. De är en viktig del av det systematiska arbetet med att följa upp och förbättra verksamheten. Månatliga möten mellan MAS, SAS och enhetschefer hålls för att granska avvikelser och följa upp åtgärder och förbättringar.

Egenkontroller utförs regelbundet av enhetscheferna och dokumenteras i en gemensam struktur, vilket hjälper till att säkerställa efterlevnad av lagar och regler samt identifiera områden för förbättring. Personalen är delaktig i kvalitetsarbetet genom arbetsplatsträffar (APT), och deras medverkan säkerställer ett lärande kvalitetsarbete där alla bidrar till förbättringar.

Trots att resultaten från Socialstyrelsens brukarenkät, "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?", används för att identifiera förbättringsområden, visar granskningar att dessa resultat inte alltid används systematiskt i det operativa arbetet. Ofta analyseras resultaten bara på enhetsnivå, vilket innebär att vissa förbättringsåtgärder inte genomförs i tid. Fokuset ligger ofta på akuta problem, vilket försvårar långsiktiga förbättringar.

Av intervjuerna framgår det att det saknas en tydlig strategi för att säkerställa att åtgärder genomförs och följs upp systematiskt. Personal och enhetschefer uppger att de ofta måste prioritera akuta problem, vilket gör att långsiktiga förbättringar skjuts

upp. Detta skapar en situation där identifierade förbättringar, baserade på uppföljningar och brukarundersökningar, inte genomförs på ett hållbart sätt.

2.6.3 Åtgärder baserade på uppföljningsresultat

Socialförvaltningen har rutiner för att vidta åtgärder baserade på resultat från uppföljningar. Enhetscheferna har ansvaret för att identifiera brister och genomföra nödvändiga förbättringar, detta dokumenteras i exempelvis Wordmallar som sedan sparas i gemensamma mappar. Ett system för dokumentation av analys och uppföljning saknas. Vid mer allvarliga brister eller incidenter kontaktas kvalitetsansvariga (SAS/MAS) för att få stöd och vägledning. Det framgår dock att åtgärder som beslutats inte alltid genomförs i sin helhet, vilket ofta beror på resursbrist och personalomsättning, som fördröjer implementeringen. Denna brist på en tydlig uppföljningsprocess och tillräcklig dokumentation skapar osäkerhet kring om planerade förbättringar verkligen genomförs.

Under intervjuer uttrycker enhetscheferna att de ibland behöver mer strukturerat stöd för att kunna genomföra beslutade åtgärder effektivt. Även om det finns väldokumenterade rutiner påverkas implementeringen ofta av ett otillräckligt stöd från förvaltningsledningen. Detta stöd handlar om att få tillgång till nödvändiga resurser, tydliga riktlinjer och praktisk hjälp i arbetet med att genomföra åtgärder. Bristen på samordning mellan ledningen och enheterna upplevs också som en utmaning, vilket gör det svårt att säkerställa att åtgärderna verkligen utförs och inte faller mellan stolarna.

Enligt dokumentet "Uppföljning Internkontrollplan 2023" varierar dokumentationen av åtgärder mellan olika enheter. Enhetscheferna ansvarar för att dokumentera de åtgärder som genomförs, men detta görs inte alltid systematiskt, vilket försvårar uppföljningen och utvärderingen av de vidtagna åtgärderna. Arbetsmiljöproblem och hög arbetsbelastning påverkar också personalens möjlighet att aktivt delta i kvalitetsarbetet och genomföra långsiktiga förbättringar.

Resultaten från brukarundersökningar används inte konsekvent i det operativa arbetet, enligt dokumentet "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete". Trots en tydlig avsikt att använda dessa resultat som underlag för förbättringar, är det ofta svårt att tillämpa dem på enhetsnivå. Detta leder till att vissa förbättringsområden inte åtgärdas.

En återkommande utmaning är att fokus läggs på akuta problem snarare än på långsiktiga förbättringar, vilket försvårar ett hållbart kvalitetsarbete.

Intervjuerna visade också att det saknas en tydlig strategi för att säkerställa att åtgärderna genomförs och följs upp på ett systematiskt sätt. Personal och enhetschefer beskriver att de ofta tvingas prioritera akuta frågor, vilket gör att långsiktiga förbättringar inte får tillräcklig uppmärksamhet. Detta skapar en situation där de förbättringsåtgärder som identifieras genom kvalitetsuppföljningar och brukarundersökningar inte implementeras på ett hållbart och långsiktigt sätt.

2.6.4 Nämndens uppföljning och kontroll kvalitetsarbetet

Vår granskning av socialnämndens sammanträdesprotokoll från januari 2023 till juni 2024 visar att nämnden får regelbunden återkoppling om kvalitetsarbetet inom särskilda boenden (SÄBO). Genom protokollen framgår att nämnden tar emot information om brukarundersökningar, avvikelserapporter och uppföljningar av Lex Maria- och Lex Sarah-händelser.

Till exempel fick nämnden den 26 september 2023 information om hur schemaläggningen anpassas för att följa EU-direktiv om dygnsvila. I det här fallet togs dock inget ytterligare beslut utöver att "lägga informationen till handlingarna", vilket innebär att vissa förbättringsområden kanske inte åtgärdas tillräckligt snabbt.

Vid sammanträdet den 14 maj 2024 beslutades det om åtgärder för att förbättra läkemedelshanteringen inom SÄBO, baserat på återkoppling från förvaltningen om svårigheter inom området. Även vid ett möte den 9 april 2024 fattade nämnden beslut om förbättringar efter att ha granskat en Lex Sarah-händelse. Dessa exempel visar att nämnden ibland agerar på den återkoppling som presenteras.

Den 13 februari 2024 diskuterade nämnden resultaten från Socialstyrelsens brukarenkät och behovet av att ta fram en gemensam strategi för att analysera resultaten. Trots detta framgår det inte om några konkreta beslut fattades för att driva arbetet framåt, vilket kan tyda på en mer passiv hantering.

Vid mötet den 12 mars 2024 återrapporterade kontaktpolitiker om brister i kommunikationen av kvalitetsmått på enhetsnivå. Denna information togs emot, men ledde inte till något specifikt beslut om hur bristerna skulle hanteras. Detta kan tyda på att vissa problem inte adresseras tillräckligt tydligt eller snabbt.

Övergripande granskning av kvalitetsarbete inom särskild boende | Granskningsresultat

Under sammanträdet den 11 juni 2024 diskuterades budgetutmaningar och nämnden fattade beslut om budgetanpassningar för att stödja det fortsatta kvalitetsarbetet. Även om nämnden visade engagemang genom att säkerställa resurser för kvalitetsförbättringar, visar vår granskning att det saknas en tydlig uppföljning av hur resurserna används och om målen uppnås i praktiken.

Vår granskning visar också att nämnden ofta får omfattande återkoppling utan att det leder till konkreta åtgärder. Vid flera sammanträden, till exempel den 28 mars 2023 och den 24 oktober 2023, informerades nämnden om uppföljningar av Lex Maria- och Lex Sarah-händelser. Återkopplingen noterades, men inga beslut fattades om vidare åtgärder. Detta kan innebära att nämnden inte alltid tar en aktiv styrande roll i kvalitetsarbetet, trots att allvarliga brister identifierats.

Den 31 januari 2023 diskuterade nämnden även brukarens behov av ökad delaktighet i kvalitetsarbetet. Här valde man att "lägga informationen till handlingarna" utan att fatta beslut om hur delaktigheten skulle förbättras. Liknande tendenser sågs vid mötet den 21 november 2023, där man diskuterade uppföljningar av hälsofrämjande insatser men utan att fatta specifika beslut.

I protokollen från december 2023 framgick att nämnden fått en återkoppling om hur avvikelser hanterats inom verksamheten. Trots att det lyftes fram brister, som till exempel att personalen rapporterar för få avvikelser, vidtogs inga konkreta åtgärder. Detta pekar på en återkommande brist på systematisk uppföljning när kvalitetsbrister identifieras.

Bedömning och kommentar

Vår samlade revisionella bedömning är att socialnämnden till stor del genomför regelbundna uppföljning och utvärdering av det systematiska kvalitetsarbetet inom särskilt boende. Därtill vidtar socialnämnden till viss del åtgärder baserade på resultaten från det systematiska kvalitetsarbetet.

Vår bedömning baseras på följande iakttagelser, kommentarer och slutsatser:

Vår granskning visar att det finns tydliga rutiner och en välorganiserad struktur för kvalitetsarbetet. Dock har vi upptäckt att dessa rutiner inte alltid tillämpas konsekvent i praktiken. Trots att de månatliga kvalitetsmötena fungerar som en viktig del av

uppföljningen, ser vi brister i hur riktlinjer och beslut faktiskt implementeras och följs upp. Detta kan påverka kvalitetsarbetets effektivitet och minska dess genomslagskraft.

Vi har också sett att rapporteringskulturen har förbättrats, vilket bekräftas av ett ökat antal avvikelserapporter. Det är ett positivt tecken på att personalen är mer medveten om att rapportera fel och brister. Trots detta kvarstår brister i den systematiska dokumentationen och analysen av dessa avvikelser, särskilt när det gäller muntliga klagomål och synpunkter. Denna brist på systematik gör det svårt att fullt ut adressera potentiella kvalitetsproblem.

När vi undersökte åtgärder som beslutats utifrån uppföljningsresultat, märkte vi att dessa inte alltid genomförs eller följs upp på ett tillfredsställande sätt. Bristande resurser och hög arbetsbelastning är några av de faktorer som påverkar möjligheten att genomföra förbättringsåtgärder på ett hållbart sätt. Utan en tydlig uppföljningsstruktur och tillräcklig dokumentation är det svårt att säkerställa att de planerade förbättringarna verkligen genomförs och leder till de önskade resultaten.

Vår genomgång av sammanträdesprotokoll visar att nämnden regelbundet får återkoppling om kvalitetsarbetet. Ibland resulterar denna återkoppling i beslut om förbättringar, till exempel efter uppföljningar av Lex Sarah-händelser. Men det förekommer också att nämnden bara noterar informationen utan att vidta några ytterligare åtgärder. Detta tyder på att nämnden inte alltid tar en aktiv roll i att styra kvalitetsarbetet, vilket kan försvåra arbetet med att säkerställa hög kvalitet och kontinuerliga förbättringar inom särskilda boenden.

Sammantaget bedömer vi att socialnämnden till stor del genomför uppföljning och utvärdering av kvalitetsarbetet inom särskilda boenden (SÄBO), men att det finns tydliga förbättringsområden. Vår bedömning grundar sig på de observationer vi har gjort, våra slutsatser samt vår tolkning av socialnämndens ansvar och praxis. För att säkerställa en mer aktiv och konsekvent styrning av kvalitetsarbetet behöver nämnden stärka sin roll och se till att återkoppling alltid leder till konkreta och systematiskt uppföljda åtgärder.

2.7 Till vilken grad (och hur) involverar och beaktar socialnämnden brukares och närståendes erfarenheter och synpunkter i det systematiska kvalitetsarbetet inom särskilt boende?

2.7.1 Samråd och dialog med brukare och närstående

Enhetscheferna förklarar att brukare och deras anhöriga är aktivt delaktiga genom daglig kommunikation och samarbete, särskilt inom särskilda boenden och hemtjänsten. Denna dagliga kontakt är avgörande för att kunna anpassa vården efter individens behov och önskemål, vilket skapar en känsla av trygghet och delaktighet. Enhetscheferna poängterar också att brukarnas medverkan i genomförandeplanerna ser till att deras önskemål tas i beaktande när vårdinsatser utformas.

Brukare och deras närstående deltar även i regelbundna brukar- och anhörigmöten. Vid dessa möten lyfts deras åsikter fram och diskuteras, vilket ger en viktig möjlighet till dialog och feedback. Verksamhetschefen framhåller att dessa möten inte bara är till för dialog, utan att de också bidrar till verksamhetens förbättringsarbete genom att synpunkterna beaktas i utvecklingen av vården.

Personal berättar att återkoppling till brukare och anhöriga vanligtvis sker genom enhetscheferna, som ansvarar för att informera om vilka åtgärder som vidtas utifrån de inkomna synpunkterna. Återkopplingen sker ofta vid anhörigträffar eller via direktkontakt, vilket är viktigt för att brukare och närstående ska känna sig hörda och veta vilka förändringar som görs baserat på deras feedback.

2.7.2 Insamling och hantering av synpunkter

Intervjuer med förvaltningsledningen visar att verksamheten har utvecklat tydliga rutiner för att samla in och hantera synpunkter från brukare och närstående. Alla synpunkter och klagomål registreras i ett centralt system, vilket ger en bättre överblick och möjliggör en mer strukturerad hantering av förbättringsförslag. Förvaltningsledningen betonar att det finns ett starkt fokus på att uppmuntra brukare och deras anhöriga att framföra sina åsikter, och att dessa ses som en chans att förbättra vården, snarare än som kritik.

I dokumentet "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – Riktlinje" beskrivs hur det centrala systemet för synpunkter bidrar till att identifiera trender och förbättringsområden. Personalen uppmuntras också att rapportera avvikelser som en del av det systematiska kvalitetsarbetet, vilket hjälper till att förbättra verksamheten kontinuerligt.

Från dokumentet "Användning av nationella undersökningar – rutin" framgår att resultaten från nationella brukarundersökningar, som "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?", används för att utveckla verksamheten. Dessa undersökningar ger yrkesgrupper möjlighet att jämföra resultat och beslutsfattare bättre underlag för att fatta välgrundade beslut. Resultaten hanteras inom tydliga tidsramar efter att de publicerats, vilket säkerställer en snabb uppföljning och användning i verksamheten.

2.7.3 Användning av Synpunkter i Kvalitetsarbetet

Verksamhetschefen beskriver att rutiner har etablerats för att använda resultaten från brukarundersökningar och anhörigas synpunkter som grund för verksamhetsutveckling och kvalitetsarbete. Enhetscheferna arbetar tillsammans med sina team för att analysera resultaten och identifiera områden att fokusera på. Detta säkerställer att brukarnas och närståendes åsikter används aktivt för att förbättra vården.

Socialnämnden anger i sitt skriftliga svar att resultaten från brukarundersökningar används för att identifiera förbättringsområden och att brukarnas behov alltid tas i beaktande. Nämnden understryker också att synpunkterna tas upp vid kvalitetsmöten och att beslut om åtgärder baseras på resultaten från dessa undersökningar.

Intervjuer med MAS/MAR visar att risk- och konsekvensanalyser genomförs både ur en patient och brukarperspektiv och ur ett arbetsmiljöperspektiv. Dessa analyser används bland annat vid större förändringar, som införandet av ny teknik, och de hjälper till att identifiera risker samt att skapa åtgärdsplaner. Genom att involvera brukare och närstående i dessa processer säkerställs att deras perspektiv tas med i riskhanteringen och att deras åsikter spelar en viktig roll i kvalitetsarbetet.

Bedömning och kommentar

Vår samlade revisionella bedömning är att socialnämnden i huvudsak* involverar och beaktar brukares och närståendes erfarenheter och synpunkter i det systematiska kvalitetsarbetet inom särskilt boende.

Vår bedömning baseras på följande iakttagelser, kommentarer och slutsatser:

Vi noterar att det finns tydliga strukturer för att samla in synpunkter från brukare och närstående, såsom brukar- och anhörigmöten samt nationella brukarundersökningar. Detta indikerar att socialnämnden har en formell process för att involvera brukare och

Övergripande granskning av kvalitetsarbete inom särskild boende | Granskningsresultat

närstående i kvalitetsarbetet. Den upplevda låga delaktigheten från brukarnas sida, som framgår i brukarundersökningarna, kan vara en indikation på att deras synpunkter och erfarenheter inte beaktas i tillräcklig utsträckning. Detta innebär att även om strukturer för dialog och synpunktshantering finns på plats, är genomslagskraften begränsad.

Vår bedömning baseras på det som framkommit i intervjuer och dokumentation, och vi förlitar oss på att dessa uppgifter är korrekta. Vi har inte haft möjlighet att undersöka tydliga exempel på hur synpunkter från brukare och närstående faktiskt har lett till konkreta åtgärder eller där strukturerna fungerar effektivt i praktiken. Denna begränsning påverkar vår förmåga att göra en mer omfattande bedömning av hur väl socialnämnden faktiskt beaktar brukarnas och närståendes synpunkter.

Sammanfattningsvis bedömer vi att socialnämnden i huvudsak beaktar brukares och närståendes synpunkter i det systematiska kvalitetsarbetet, men att det finns förbättringsområden. Vår bedömning grundar sig på de iakttagelser vi har gjort, våra slutsatser samt vår tolkning av socialnämndens ansvar och praxis. För att säkerställa en mer aktiv och konsekvent hantering av synpunkter och erfarenheter behöver nämnden arbeta för att säkerställa att återkopplingen från brukare och närstående leder till konkreta och systematiskt uppföljda åtgärder.

Bilagor

Bilaga A: Kvalitetsutmaningar inom särskilda boenden i Herrljunga kommun

Resultat från brukarundersökningar och insikter från intervjuer

Brucarundersökningarna från 2019 till 2023 ger en tydlig bild av de utmaningar som särskilda boenden i Herrljunga kommun står inför. Genom att jämföra resultaten med liknande kommuner och medelvärden för Västra Götalands län framgår att Herrljunga ligger under genomsnittet inom flera områden. Samtidigt belyser insikter från intervjuer med personal både styrkor och förbättringsområden i äldreomsorgen. Denna analys fokuserar på utvecklingen över tid och hur kommunen presterar i förhållande till andra.

Helhetssyn på särskilt boende: Helhetsintrycket av särskilda boenden i Herrljunga har förbättrats något sedan 2022, då endast 72% av brukarna var nöjda. År 2023 steg andelen nöjda till 77%, vilket är en förbättring. Dock ligger Herrljunga fortfarande under genomsnittet för liknande kommuner, där 83% av brukarna är nöjda, samt Västra Götalands läns snitt på 79%.

I intervjuerna med personal framkom att en av de viktigaste insatserna för att förbättra helhetsintrycket har varit att arbeta med bemötande och öka personalens tillgänglighet. Man har även försökt att kommunicera bättre med både boende och deras anhöriga om vilka resurser och aktiviteter som finns. Även om dessa förbättringar har haft viss effekt, visar jämförelsen med andra kommuner att det fortfarande finns utrymme för utveckling.

Sociala aktiviteter och ensamhet: Ett av de största problemen i Herrljunga är bristen på sociala aktiviteter. År 2023 var 76% nöjda med det utbud av sociala aktiviteter som erbjuds, vilket är lägre än genomsnittet för liknande kommuner (78%) och Västra Götalands län (81%). Samtidigt uppgav 26% av de boende att de ofta känner sig ensamma, en siffra som har ökat kraftigt från 13% år 2019. Jämfört med liknande kommuner, där ensamhetskänslan låg på 20%, och Västra Götalands läns genomsnitt på 18%, har Herrljunga en tydlig utmaning på detta område.

Personalens kommentarer i intervjuerna stödjer dessa resultat. De bekräftar att det finns ett stort behov av fler sociala aktiviteter, men att detta hindras av brist på personal och resurser. Personal och chefer påpekar att även om de vill ordna fler aktiviteter, saknas det både tid och möjlighet att genomföra dem på ett tillfredsställande sätt. Den ökade ensamheten är en direkt konsekvens av detta, och det är ett område där Herrljunga måste göra mer för att förbättra livskvaliteten för de boende.

Möjlighet att komma utomhus: Möjligheten för boende att komma utomhus har också försämrats avsevärt. Endast 26% av brukarna var nöjda med denna möjlighet år 2023, jämfört med 47% år 2019. Herrljunga ligger även här under genomsnittet för liknande kommuner, där 55% av de tillfrågade var nöjda, och Västra Götalands läns snitt på 55%.

Intervjuerna med personal visar att detta till stor del beror på att det inte finns tillräckligt med personal för att prioritera utomhusaktiviteter. När arbetsbördan blir tung och akuta vårdinsatser måste prioriteras, hamnar utomhusvistelser ofta i andra hand. Personalen är medveten om hur viktig utomhusvistelsen är för de boende, men de saknar resurser för att genomföra detta regelbundet. Jämfört med andra kommuner är detta ett område där Herrljunga har mycket att förbättra. Av kompletterande svar från förvaltningen sker utomhusaktiviteter som grillning, fika utomhus, promenader mer mera.

Tillgång till sjuksköterskor och bemanningsproblem: Tillgången till sjuksköterskor är ett område där Herrljunga presterar bättre än i flera andra områden. År 2023 var 88% av de boende nöjda med tillgången till sjuksköterskor, vilket är i nivå med både liknande kommuner (84%) och Västra Götalands län (84%).

Trots detta visar intervjuerna att det finns en upplevelse av att sjuksköterskor inte alltid är tillgängliga i den omfattning som förväntas. Detta beror delvis på att sjuksköterskor ofta delegerar uppgifter till undersköterskor och vårdbiträden, vilket kan skapa frustration bland de boende och deras anhöriga som förväntar sig direkt kontakt med sjuksköterskorna. Trots dessa utmaningar ligger Herrljunga på en nivå som motsvarar genomsnittet i regionen, vilket visar att kommunen har en stabil grund att stå på i detta avseende.

Möjlighet att påverka tider och flexibilitet: Ett område där Herrljunga presterar betydligt sämre är när det gäller de boendes möjlighet att påverka tider för måltider, aktiviteter och andra aspekter av sin vardag. Endast 28% var nöjda med denna flexibilitet 2023, vilket är långt under genomsnittet för liknande kommuner (47%) och Västra Götalands län (46%).

Intervjuerna med personal och enhetschefer bekräftar att detta är ett område där personalens begränsade tid och resurser har haft stor påverkan. När personalen tvingas prioritera akuta vårdinsatser och grundläggande omsorg blir det svårt att tillgodose de

individuella önskemål som de boende har. Denna brist på flexibilitet gör att de boende upplever mindre kontroll över sina vardagliga rutiner.

Förtroende för personalen: Trots de många utmaningarna visar resultaten att Herrljunga har lyckats bibehålla ett högt förtroende för personalen. År 2023 uppgav 91% av brukarna att de har förtroende för personalen, vilket är högre än genomsnittet för både liknande kommuner (86%) och Västra Götalands län (88%). Detta är en viktig styrka för kommunen och visar att personalen, trots resursbrist och andra problem, har lyckats skapa starka relationer med de boende.

I intervjuer med personal lyfte de fram att deras engagemang för de boendes välbefinnande är en prioritet, även när arbetsbelastningen är hög. Detta starka förtroende är något som Herrljunga kan bygga vidare på för att skapa förbättringar inom andra områden.

Slutsatser och kommentar

Brucarundersökningarna för 2023 visar att Herrljunga kommun står inför flera utmaningar inom särskilda boenden, där de flesta kvalitetsmått har försämrats jämfört med tidigare år. Det bör dock noteras att endast **29%** av brukarna själva besvarade undersökningen, vilket är betydligt lägre än genomsnittet för liknande kommuner (**43%**). Den låga svarsfrekvensen kan innebära att resultaten till viss del speglar anhörigas bedömningar snarare än brukarnas egna upplevelser, vilket kan påverka tolkningen av vissa resultat.

En av de mest framträdande försämringarna gäller **sociala aktiviteter**, där andelen nöjda brukare har minskat med **22%** jämfört med föregående år. Detta bekräftar att bristen på sociala aktiviteter är ett av de största problemen för de boende i Herrljunga, och det kräver fortsatt fokus och förbättringsinsatser. Samtidigt har känslan av **ensamhet** minskat avsevärt – endast **9%** av brukarna uppgav att de besvärades av ensamhet under 2023, jämfört med **22%** året innan. Denna förbättring kan delvis vara en följd av att pandemins effekter har avtagit, vilket tidigare ledde till högre siffror gällande ensamhet.

Information om förändringar är ett område där Herrljunga presterar sämre än genomsnittet, med endast **23%** av brukarna som upplever att de får tillräcklig information om förändringar i verksamheten. Detta är ett viktigt område att lyfta, särskilt då tydlig kommunikation är avgörande för att skapa trygghet och delaktighet bland de boende.

Det är även värt att notera att **förtroendet för personalen** är fortsatt högt, och andelen brukare som anser att personalen tar hänsyn till deras åsikter och önskemål har ökat något jämfört med 2022. Trots detta ligger Herrljunga fortfarande under genomsnittet för liknande kommuner på denna punkt, vilket tyder på att ytterligare insatser behövs för att öka den individuella anpassningen i vården.

Sammanfattningsvis visar resultaten att Herrljunga står inför betydande utmaningar, särskilt när det gäller sociala aktiviteter, information till brukarna och möjligheten att påverka sin egen vardag. Samtidigt finns det vissa positiva utvecklingar, som minskad ensamhet och ökat förtroende för personalen, vilket ger en viss grund för optimism inför framtida förbättringsarbete.

En analys av avvikelser från 'Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2023' och insikter från intervjuer samt internkontrollrapporter

Denna sammanfattning bygger på uppgifter från Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2023 samt kompletterande information från halvårsrapporter, riskanalyser, och Lex Sarah-utredningar. Fokus ligger på att analysera kvalitetsutmaningar inom särskilda boenden, där avvikelser, dokumentationsbrister och andra riskområden identifierats. Genom att kombinera statistik med insikter från intervjuer och internkontrollrapporter kan en mer komplett bild av utmaningarna ges, samt belysa vilka åtgärder som har vidtagits och vad som krävs framöver för att säkerställa trygg och högkvalitativ omsorg.

Översikt av avvikelser inom särskilda boenden

Under 2023 rapporterades 357 avvikelser inom äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Detta är något färre än de 391 avvikelser som registrerades året innan. Majoriteten, cirka 85%, inträffade inom äldreomsorgen, och särskilt inom särskilda boenden. *Av kompletterande svar anges att antalet inrapporterade avvikelser inte bör uppfattas som negativt av chefer och personal. Inrapportering av avvikelse från en kollega kan uppfattas som en anklagelse för ett dåligt arbete. Det som har betydelse när avvikelserna analyseras baserat på risker och kvalitetsbrister är: avvikelserna upprepas trots vidtagna åtgärder, konsekvensen av händelsen för brukaren/patienten, risk för att liknande händelse kan inträffa, bakomliggande orsaker till att händelsen inträffade och kännedom om händelsen i verksamheten men som inte är rapporterade. Dessutom anges av kompletterande svar att antalet avvikelser inom SÄBO inte bedöms som stort på grund av antalet brukare och vårdtyngd.*

Intervjuer med nyckelpersoner bekräftar att det pågår ett aktivt arbete med att förbättra avvikelsehanteringen och säkerställa att personal rapporterar händelser konsekvent och i tid. Den ökade rapporteringen tolkas dock som ett resultat av en förbättrad rapporteringskultur snarare än en faktisk ökning av incidenter.

Falloolyckor och läkemedelsavvikelser

Falloolyckor fortsätter att vara ett stort problem inom särskilda boenden. Enligt halvårsrapporten för 2023 rapporterades totalt 490 fallolyckor under första halvåret, en ökning från samma period 2022 då 403 fallolyckor noterades. Trots åtgärder som

riskbedömningar och preventiva insatser via Senior Alert fortsätter antalet fallolyckor att stiga, och ytterligare insatser krävs för att minska risken för fallrelaterade skador.

Läkemedelsavvikelser utgör också en betydande risk. Under första halvåret 2023 registrerades 362 läkemedelsavvikelser, en ökning med 35 incidenter från föregående år. De flesta av dessa avvikelser rör försenade eller uteblivna doser, vilket påverkar patientsäkerheten negativt. Läkemedelshantering är en central del i vårdplaneringen och kräver ökad följsamhet till rutiner.

Brister i dokumentation och larmsystem

Brister i dokumentation och larmsystem identifierades som en allvarlig risk i flera rapporter. I Lex Sarah-utredningar framkom att personal vid flera tillfällen misslyckats med att aktivera rörelselarm, vilket lett till att boende legat på golvet utan hjälp under längre perioder. Vidare uppstod problem där dokumentationen kring händelserna var bristfällig, vilket försvårade uppföljning och åtgärder.

Intern kontrollplan 2024 och Uppföljning Internkontrollplan 2023 påpekar att det finns systematiska brister i hur genomförandeplaner och omvårdnadsplaner upprättas. Ofta saknas tydliga mål och uppföljningsdatum, vilket påverkar vårdkvaliteten. Bristen på korrekt och kontinuerlig journalföring försvårar också rättssäkerheten för de boende.

Brister i följsamhet till hygienrutiner

En allvarlig risk som framkom i riskanalyserna och i den senaste punktprevalensmätningen (PPM) är brister i följsamhet till basala hygienrutiner och klädrutiner. Under våren 2023 genomfördes en mätning som visade en nedgång i efterlevnaden av rutiner för handdesinfektion, särskilt före patientnära arbete. Detta utgör en stor risk för smittspridning inom särskilda boenden.

Bemanningsproblem och brist på sociala aktiviteter

Både statistik och intervjuer indikerar att det finns stora utmaningar med bemanningen inom särskilda boenden. Enligt både personal och brukare får de boende sällan tillgång till sociala aktiviteter, och även när aktiviteter erbjuds är det många som inte deltar. Detta

påverkar både boendens upplevelse av trygghet och verksamhetens anseende hos anhöriga. Bristen på personal och resurser framhävs som ett centralt problem.

Följsamhet till ledningssystem för kvalitetsarbete

Bristande följsamhet till ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete identifierades i internkontrollrapporterna som en annan riskfaktor. Avsaknaden av analyser och dokumentation av resultat från avvikelser, brukarundersökningar och andra datakällor försvårar bedömningen av vilka åtgärder som behövs och hur dessa ska följas upp. Detta försvårar också det långsiktiga förbättringsarbetet inom särskilda boenden.

Slutsatser:

Särskilda boenden står för en övervägande majoritet av de rapporterade avvikelserna inom äldreomsorgen. Kombinationen av bemanningsproblem, brister i dokumentation och larmsystem, samt bristande följsamhet till hygienrutiner och ledningssystem pekar på att fler åtgärder behövs för att säkerställa en hög vårdkvalitet.

Fallolyckor och läkemedelsavvikelser är fortsatt stora utmaningar, och trots pågående insatser krävs ytterligare arbete för att förebygga dessa incidenter. Att stärka personalens utbildning och följsamhet till rutiner är avgörande för att minska riskerna.

Dokumentationsbrister och den svaga följsamheten till ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete är andra områden som behöver stärkas. Att säkerställa att genomförandeplaner, omvårdnadsplaner och avvikelserapporter uppdateras och dokumenteras korrekt är nödvändigt för att kunna följa upp insatserna och förbättra vårdens kvalitet. Flera av dessa brister har identifierats i Intern kontrollplan 2024, där åtgärder som utbildning, regelbundna kvalitetsmöten och förstärkta dokumentationsrutiner ingår. Genom att förbättra dessa områden, särskilt avseende dokumentation och rapportering av avvikelser, kan den övergripande kvaliteten och tryggheten i särskilda boenden stärkas avsevärt.

Bilaga B: Förteckning av relevanta styr- och stöddokument

Strategi - Äldreomsorgsstrategi 2023-2032

Strategin fokuserar på att möta framtida demografiska utmaningar genom att förbättra boendeformer och förstärka förebyggande insatser, särskilt inom demensvård. Kompetensutveckling prioriteras, och uppföljning av kvalitetsmål genom brukarundersökningar är centralt för att säkra hög kvalitet i äldreomsorgen.

Riktlinje - Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Detta system bygger på Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) och täcker hela verksamhetens kvalitetsarbete, från vårdplanering till uppföljning. Regelbunden analys av avvikelser och data från kvalitetsregister, som Senior Alert, används för att förbättra verksamheten.

Rutin - Avvikelsehantering inom socialförvaltningen

Avvikelser rapporteras via systemet Viva och följs upp av enhetschefer. Allvarliga händelser eskaleras till Lex Sarah eller Lex Maria. Avvikelser följs upp vid kvalitetsmöten där SAS och MAS granskar och åtgärdar för att förhindra framtida incidenter.

Rutin - Egenkontroll

Egenkontroller utförs systematiskt för att säkerställa att lagkrav och föreskrifter följs. Resultaten från brukarundersökningar och kvalitetsregister används för att identifiera utbildningsbehov och förbättringsområden inom personalens kompetens.

Rutin - Riskanalys

Riskanalyser genomförs regelbundet för att identifiera och minimera potentiella risker. Enhetschefer och SAS/MAS ansvarar för att granska och vidta åtgärder för att förebygga framtida risker.

Rutin - Lex Sarah

Allvarliga missförhållanden rapporteras enligt Lex Sarah och följs upp vid kvalitetsmöten. Enhetschefer ansvarar för att dokumentera och åtgärda incidenter, med målet att säkerställa att liknande problem inte upprepas.

Rutin - Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

Ansvarig legitimerad personal utbildar och följer upp delegerade uppgifter för att säkerställa säker och korrekt vård. Kontinuerlig utbildning och uppföljning av kompetens säkerställer patientsäkerhet.

Rutin - Övergripande rutin för läkemedelshantering

Vid delegering av läkemedelshantering säkerställs att personal har adekvat utbildning och kompetens. Regelbunden uppföljning och analys av avvikelser kring läkemedelshantering genomförs för att säkerställa patientsäkerheten.

Rutin - Användning av nationella undersökningar

Nationella undersökningar, som "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen", analyseras och används för att utveckla förbättringsplaner. Resultaten följs upp regelbundet för att säkerställa att åtgärder implementeras och att kvalitetsmålen nås.

Intern kontrollplan 2024

Internkontrollplanen styr användningen av ledningssystemets riktlinjer för att dokumentera avvikelser och brukarundersökningar. Den säkerställer att uppföljning sker på kvalitetsmöten och att personalen får nödvändig utbildning för att följa riktlinjerna.

Risk- och konsekvensanalys och åtgärdsplan - 2024

Riskanalysen identifierade brister i rapporteringen och uppföljningen av avvikelser samt personalens kompetens inom dokumentation. Åtgärder har planerats för att förbättra analysverktyg, utbildning och avvikelsehanteringen.

Uppföljning internkontrollplan 2023

Uppföljningen visade brister i dokumentation och analys av avvikelser under 2023. Åtgärder har planerats för att förbättra uppföljningen, särskilt gällande egenkontroller och avvikelserapporter, samt genomförande av utbildningsinsatser för personalen.

Halvårsrapport avvikelser 2023

Rapporten visade en ökning av rapporterade avvikelser, särskilt inom fallolyckor och läkemedelshantering. Brister i dokumentation och uppföljning identifierades, och ytterligare åtgärder har planerats för att förbättra rutinerna och minska riskerna.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2023

Ledningssystemet för kvalitetsarbete utvecklades ytterligare under 2023. Trots vissa förbättringar kvarstod brister i rutiner och kompetens, vilket har lett till fler utbildningsinsatser och åtgärder för att förbättra patientsäkerheten och kvaliteten i omsorgen.

IVO granskning och Lex Sarah-utredningen (Dnr 150/2023)

IVO granskning identifierade brister i ledningens förmåga att säkerställa följsamhet till rutiner, särskilt kring avvikelsehantering och personalutbildning. Åtgärder har införts för att förbättra utbildningen och stärka kvalitetsarbetet.



Deloitte refers to one or more of Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTTL"), its global network of member firms, and their related entities (collectively, the "Deloitte organization"). DTTL (also referred to as "Deloitte Global") and each of its member firms and related entities are legally separate and independent entities, which cannot obligate or bind each other in respect of third parties. DTTL and each DTTL member firm and related entity is liable only for its own acts and omissions, and not those of each other. DTTL does not provide services to clients. Please see www.deloitte.com/about to learn more.

Deloitte provides industry-leading audit and assurance, tax and legal, consulting, financial advisory, and risk advisory services to nearly 90% of the Fortune Global 500® and thousands of private companies. Our professionals deliver measurable and lasting results that help reinforce public trust in capital markets, enable clients to transform and thrive, and lead the way toward a stronger economy, a more equitable society and a sustainable world. Building on its 175-plus year history, Deloitte spans more than 150 countries and territories. Learn how Deloitte's more than 415,000 people worldwide make an impact that matters at www.deloitte.com.

Our advice is prepared solely for the use of the client. You may not disclose it or its contents to any other person without our prior written consent. No other person may rely on the advice and we accept no responsibility to any other person.

© 2024 For more information, contact Deloitte AB.