



## **Systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen**

Habo kommun

Juni 2025

# Innehåll

Innehåll	1
<b>Sammanfattning</b>	2
<b>1. Inledning</b>	4
<b>2. Granskningsresultat</b>	7
Bilagor	24

# Sammanfattning

Deloitte AB har av de förtroendevalda revisorerna i Habo kommun fått uppdraget att genomföra en granskning avseende kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen.

## Revisionsfråga

*Har socialnämnden säkerställt ett systematiskt kvalitetsarbete vid genomförandet av biståndsbeslut inom äldreomsorgen som är ändamålsenligt och tillräckligt för att säkerställa god kvalitet och kontinuerlig förbättring?*

### Svar på revisionsfråga

***Vår samlade revisionella bedömning är att socialnämnden till viss del har säkerställt ett systematiskt kvalitetsarbete vid genomförandet av biståndsbeslut inom äldreomsorgen, men att arbetet inte är tillräckligt ändamålsenligt för att säkerställa god kvalitet och kontinuerlig förbättring.***

## Kritiska och väsentliga iakttagelser och slutsatser

Nedan redovisas de mest väsentliga iakttagelserna från granskningen.

- Brukarundersökningarna visar genomgående goda resultat inom hemtjänsten och till viss del även inom särskilt boende i Habo kommun. År 2023 uppgav exempelvis 92 procent av hemtjänstbrukarna att de kände trygghet med personalen, och 85 procent att personalen hade tillräckligt med tid – vilket överstiger genomsnittet för riket och är i nivå med jämförbara kommuner. Inom särskilt boende är resultaten överlag något lägre men fortsatt positiva. *Brukarnas upplevelse av kvalitet i kontakten med personalen tyder på ett stabilt utgångsläge för äldreomsorgen, vilket utgör en viktig förutsättning för det systematiska kvalitetsarbetet.*
- Sjukfrånvaron inom socialförvaltningen har minskat från 9,6 procent 2022 till 8,6 procent 2023, och personalomsättningen är låg enligt kvalitetsberättelsen. Dessa personalrelaterade indikatorer ses som faktorer som gynnar kontinuitet i

omsorgsarbetet. *Ett positivt personalrelaterat nuläge stärker förutsättningarna för stabilitet och långsiktig utveckling av kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen.*

- Det pågår ett aktivt arbete med kompetensutveckling och handledning inom äldreomsorgen. Exempelvis erbjuds Silvia-certifiering, handledarutbildningar och deltagande i Nationella yrkesresan. Förvaltningen möjliggör även certifiering och handledning i utbildningssyfte för personal. *Detta visar på en förmåga att genomföra riktade kompetenshöjande insatser och skapa lärandemiljöer i vardagen, även om strategisk styrning saknas.*
- Förvaltningen följer vissa kvalitetsindikatorer genom bokslut, kvalitetsberättelse och verksamhetsmål. Det finns återkommande uppföljning av nyckeltal såsom personalstatistik, utbildningsnivå, sjukfrånvaro och brukarnöjdhet – bland annat genom det egna målet "Behålla personal". *Detta indikerar att det finns inslag av uppföljningsarbete som kan utgöra byggstenar i ett mer systematiskt kvalitetsarbete, även om strukturen är ofullständig.*
- Brukare uppger i hög grad att personalen bemöter dem med respekt och att de känner trygghet i kontakten. Till exempel anger 95 procent av hemtjänstbrukarna att de bemöts väl. Liknande resultat framkommer inom särskilt boende. *Brukarnas upplevda trygghet och bemötande är centrala värden i kvalitetsarbetet och signalerar en positiv omsorgskultur i vardagen.*
- Det saknas ett sammanhållet och tillämpat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen. Ingen av de intervjuade kan redogöra för ett fungerande system enligt kraven i SOSFS 2011:9. Det finns inte dokumenterade processer för att planera, följa upp, analysera och förbättra kvalitet och säkerhet. *Avsaknaden av ett systematiskt ledningssystem försvårar ett långsiktigt och*

*målinriktat förbättringsarbete och innebär att vårdgivarens skyldigheter enligt gällande föreskrifter inte uppfylls.*

- Visionen för äldre i Habo kommun används inte i det operativa kvalitetsarbetet. Få medarbetare känner till visionen och det saknas styrande dokument, aktiviteter eller uppföljning kopplat till visionens mål. *När visionen inte operationaliseras eller återkopplas i verksamheten riskerar de politiska intentionerna att förlora sin funktion och genomslagskraft.*
- Det saknas struktur och kontinuitet i hur avvikelser, klagomål och lex Sarah-rapporter analyseras och används för förbättring. Rutinerna för uppföljning är otydliga och det finns inga gemensamma processer för lärande. *Att brister inte systematiskt fångas upp och återkopplas till verksamhetsutveckling innebär förlorade möjligheter till förbättring och innebär en avvikelse från både patientsäkerhetslagen och föreskrifterna för kvalitetsarbete.*
- Socialnämnden bedriver inte en tillräckligt aktiv styrning eller uppföljning av kvalitetsarbetet. Centrala delar av uppföljningen sker på förvaltningsnivå utan att återrapporteras formellt till nämnden. Det saknas tydliga politiska beslut, rapporteringsstrukturer eller analyser kopplade till kvalitetsutveckling. *Detta innebär att det demokratiska ansvaret för kvalitet och förbättring inte utövas i full utsträckning, vilket riskerar bristande kontroll och styrning.*
- Det saknas en strategisk och långsiktig planering för kompetensförsörjning. Utbildningsinsatser genomförs punktvis och ofta beroende av enskilda initiativ. Det finns ingen övergripande plan för framtida kompetensbehov. *Detta innebär en risk för att verksamheten inte är tillräckligt förberedd för framtida rekryteringsutmaningar eller förändrade krav.*
- Kvalitetsindikatorer används främst för att rapportera utfall, inte som stöd i analys och förbättringsarbete. Det finns inga strukturerade processer för att använda nyckeltal i styrning, jämförelser eller uppföljning av förbättringsåtgärder. *Detta begränsar indikatorernas funktion som verktyg i det systematiska kvalitetsarbetet och innebär att viktiga signaler kan förbises.*

## Rekommendationer

Mot bakgrund av de iakttagelser och slutsatser som redovisas i rapporten riktas nedanstående rekommendationer till socialnämnden i Habo kommun.

Socialnämnden rekommenderas att:

- säkerställa att ett sammanhållet och dokumenterat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 etableras och används i praktiken, inklusive tydliga processer för planering, genomförande, uppföljning, analys och förbättring.
- stärka sin uppföljning och kontroll av kvalitetsarbetet genom att systematiskt ta del av rapporter, analyser och egenkontroll från förvaltningen, samt fatta beslut om förbättringsåtgärder vid behov.
- säkerställa att relevanta kvalitetsindikatorer identifieras, följs upp och används som ett aktivt underlag i nämndens styrning och förbättringsarbete inom äldreomsorgen.
- främja att den politiskt antagna visionen för äldreomsorgen konkretiseras och omsätts i styrning, planering och uppföljning av verksamheten.
- säkerställa att det finns strukturer för att systematiskt ta tillvara och analysera avvikelser, klagomål och synpunkter, samt att dessa används som underlag för förbättringsarbete och lärande.
- ta initiativ till att en långsiktig och strategisk plan för kompetensförsörjning inom äldreomsorgen tas fram och följs upp, i syfte att säkerställa rätt kompetens över tid.

Jönköping den 2025-06-04

DELOITTE AB

**Revsul Dedic**  
Projektledare

**Ghenoa Abbas**  
Projektmedarbetare

# 1. Inledning

## Bakgrund

Kommunen är enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) och Socialtjänstlagen (2001:453) skyldig att säkerställa ett fungerande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen. Det innebär att planera, genomföra, följa upp och kontinuerligt förbättra verksamheten för att säkerställa god kvalitet. Kommunen ska också erbjuda äldre invånare adekvat stöd i hemmet eller plats i särskilda boendeformer vid särskilda behov. Socialnämnden ansvarar även för hälso- och sjukvård samt rehabilitering vid dessa boenden.

De förtroendevalda revisorerna i Habo kommun har, utifrån sin risk- och väsentlighetsanalys inför 2025, identifierat socialnämndens systematiska kvalitetsarbete inom äldreomsorgen som ett prioriterat granskningsområde. Tidigare granskningar, både nationellt och lokalt, har visat att det kan finnas brister i uppföljning, analys och hantering av kvalitetsavvikelser.

Habo kommuns socialnämnd har även formulerat långsiktiga mål i "Socialnämndens vision för äldre i Habo kommun 2018–2025", med ambitionen att äldreomsorgen ska vara trygg, individanpassad och av hög kvalitet. Denna granskning undersöker hur väl socialnämnden implementerat visionens mål och om det systematiska kvalitetsarbetet säkerställer en hög standard inom äldreomsorgen.

Med utgångspunkt i ovanstående ska granskningen fokusera på hur socialnämnden i Habo kommun styr, följer upp och utvecklar kvaliteten inom äldreomsorgen, samt identifiera eventuella förbättringsområden.

## Syfte och avgränsning

Syftet med granskningen är att utvärdera om socialnämnden säkerställer ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen. Granskningen

avgränsas till socialnämndens ansvar för styrning, uppföljning och förbättringsarbete inom äldreomsorgen under 2025, med återblick på 2024. Den omfattar hemtjänst, korttidsboende/växelboende och äldreboende/demensboende, men inkluderar inte individuella biståndsbeslut. Fokus ligger på kvalitet och systematiskt kvalitetsarbete, medan resursanvändning och kostnadseffektivitet beaktas endast om de påverkar kvaliteten. Granskningen avser besvara fråga 2.6 med en översiktlig karaktär.

## Revisionsfråga

Har socialnämnden säkerställt ett systematiskt kvalitetsarbete vid genomförandet av biståndsbeslut inom äldreomsorgen som är ändamålsenligt och tillräckligt för att säkerställa god kvalitet och kontinuerlig förbättring?

## Underliggande frågeställningar

- Finns ett fungerande ledningssystem för kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9, och används det i praktiken?
- Använder socialnämnden kvalitetsindikatorer (t ex brukarundersökningar, avvikelser personalkontinuitet) för att övervaka och förbättra kvaliteten inom äldreomsorgen?
- Hanteras och analyseras avvikelser, klagomål och lex Sarah-rapporter systematiskt? Leder de till faktiska förbättringar?
- Har brukare och anhöriga möjlighet att påverka genomförandet av insatser? Används deras synpunkter i kvalitetsarbetet?
- Säkerställs tillräcklig personalkontinuitet och kompetensutveckling för att upprätthålla en god och säker äldreomsorg?

- Hur väl har socialnämnden implementerat målen i "Socialnämndens vision för äldre i Habo kommun 2018–2025", och hur används visionen i kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen?

### **Metod och granskningsinriktning**

Granskningen har genomförts genom *dokumentstudier, statistiska analyser* samt genom intervjuer. Intervjuer har genomförts med följande befattningshavare: Socialnämndens presidium, socialchef, Verksamhetschef med två enhetschefer, Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Socialt ansvarig samordnare (SAS) samt utredare.

#### **Granskningen har delats in i följande faser:**

Granskningen genomfördes i flera faser, med början i planering av intervjuer och insamling av fakta och underlag. Det insamlade materialet analyserades och kompletterades vid behov för att säkerställa en heltäckande bild. Utifrån analysen identifierades viktiga iakttagelser och rekommendationer, som låg till grund för att besvara revisionsfrågorna. Därefter sammanställdes resultaten i en rapport som sakavstämde, presenterades för revisorerna och efter godkännande skickades till berörda nämnder och revisorer.

### **Revisionskriterier och bedömningsgrunder**

Granskningen utgår från gällande lagstiftning, föreskrifter samt kommunala styrdokument som reglerar ansvar, kvalitet och uppföljning inom äldreomsorgen. Dessa utgör de revisionskriterier och bedömningsgrunder som ligger till grund för våra iakttagelser, analyser och slutsatser. Nedan redogörs för de mest centrala rättskällorna:

#### **Kommunallagen (2017:725)**

Enligt 6 kap. 7 § kommunallagen ansvarar nämnderna för att verksamheten bedrivs enligt de mål och riktlinjer som fullmäktige har beslutat samt enligt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämnderna ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detta innebär ett tydligt ansvar för att följa upp kvaliteten i verksamheten, analysera avvikelser och säkerställa att lärdomar används för att förbättra verksamhetens resultat. Enligt 6 kap. 1 § ska varje nämnd också se till att verksamheten bedrivs så att

kraven på god ekonomisk hushållning uppfylls, vilket även omfattar att resurser används effektivt och att kvaliteten säkras över tid – särskilt relevant inom äldreomsorgen där bristande uppföljning och kompetensrisker kan få allvarliga konsekvenser.

#### **Socialtjänstlagen (2001:453)**

Lagen slår fast att socialnämnden ansvarar för att verksamheten inom socialtjänsten bedrivs med god kvalitet. Enligt 3 kap. 1 § SoL ska socialtjänstens insatser vara av god kvalitet, och enligt 3 kap. 3 § ska nämnden systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Det innebär att nämnden ska säkerställa en ändamålsenlig styrning, ledning och kontroll, samt följa upp och utvärdera resultatet av insatserna. Lagen betonar också den enskildes självbestämmande, delaktighet och rätt till inflytande (5 kap. 5 § SoL), vilket är centralt för att förstå betydelsen av exempelvis brukarundersökningar och individanpassade insatser.

#### **Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)**

Enligt denna lag ska hälso- och sjukvården bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård. Det innebär bl.a. att vården ska vara av god kvalitet, säker för patienten, ges med god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av kontinuitet och trygghet (5 kap. 1 §). Lagen ställer också krav på att verksamheten ska ha en tydlig ledning, adekvat personal och dokumenterade rutiner för att följa upp och säkra kvaliteten.

#### **Patientsäkerhetslagen (2010:659)**

Lagen reglerar vårdgivarens ansvar att förebygga vårdskador och att säkerställa att personal har rätt kompetens. Enligt 6 kap. 1 § PSL ska vårdgivaren bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, vilket inkluderar riskanalyser, händelseanalyser och uppföljning av avvikelser. Det finns även krav på att dokumentera detta arbete och att använda det som grund för förbättringsinsatser.

#### **Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9)**

Denna föreskrift är särskilt central för granskningen, då den tydligt reglerar hur systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Den omfattar följande grundläggande principer:

- **Ledningsansvar (3 kap.):** Verksamhetens ledning ska säkerställa att det finns en struktur för systematiskt kvalitetsarbete, att ansvarsfördelningen är tydlig, och att personalen har nödvändiga förutsättningar för att medverka i kvalitetsarbetet.
- **Processer och rutiner (4 kap.):** Det ska finnas dokumenterade processer och rutiner för alla väsentliga delar av verksamheten, inklusive planering, genomförande, uppföljning och utveckling av insatser.
- **Egenkontroll och uppföljning (5 kap.):** Ledningen ska regelbundet följa upp att verksamheten bedrivs enligt gällande föreskrifter, mål och rutiner. Det inkluderar uppföljning av avvikelser, klagomål, synpunkter samt resultat av brukarundersökningar och andra kvalitetsindikatorer.
- **Analys och förbättring (6 kap.):** Resultaten från uppföljningar och egenkontroller ska analyseras för att identifiera risker, brister och förbättringsområden. Det ska därefter vidtas åtgärder som leder till faktiska förbättringar i verksamheten.
- **Dokumentation (7 kap.):** Alla delar av kvalitetsledningssystemet, inklusive uppföljningar, analyser, beslutade åtgärder och resultat, ska dokumenteras på ett sätt som möjliggör spårbarhet och lärande.

De krav som anges i SOSFS 2011:9 genomsyrar samtliga underliggande frågeställningar i denna granskning – särskilt vad gäller hur avvikelser, klagomål och synpunkter hanteras, hur kvalitetsindikatorer används, hur kompetens och kontinuitet säkerställs, samt hur systematik och förbättringsarbeten är kopplade till ledningens ansvar.

#### **Socialnämndens vision för äldre i Habo kommun 2018–2025**

Som ett lokalt styrande dokument har socialnämnden antagit en vision som beskriver hur äldreomsorgen i Habo kommun ska präglas av valfrihet, respekt, delaktighet och självbestämmande.

Visionen lyfter fram flera övergripande ambitionsområden, såsom tillgång till anpassade boenden och mötesplatser, delaktighet och inflytande i omsorgen, stöd till närstående, samt användning av välfärdsteknik och främjande av näringsriktiga måltider och måltidsgemenskap. Dokumentet betonar vikten av individanpassad

omsorg och helhetssyn, men saknar konkreta mål, indikatorer, målvärden eller uppföljningsmekanismer.

Visionen innehåller särskilda avsnitt om värdigt åldrande, respekt för personlig integritet, tillgång till flexibla biståndsinsatser samt främjande av social gemenskap. Den uttrycker även att kommunen ska samverka med civilsamhälle och föreningsliv för att stärka meningsfullhet i vardagen för äldre.

Även om dokumentet har ett strategiskt anslag, saknas en fastställd plan för hur målen ska realiseras, följas upp och integreras i det löpande kvalitetsarbetet.

För denna granskning utgör visionen ett normativt riktmärke för hur verksamheten bör utformas och följas upp – både på politisk och operativ nivå – i enlighet med principerna för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9. Visionen betraktas därmed som ett politiskt antaget styrdokument vars genomslag i praktiken är av särskild betydelse för att bedöma verksamhetens målstyrning, utveckling och kvalitet.

#### **Kvalitetssäkring**

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

## 2. Granskningsresultat

Utifrån genomförda intervjuer och granskat material har en övergripande beskrivning av Habo kommuns kvalitetsarbete inom äldreomsorgen gjorts nedan. De iakttagelser som framkommit till följd av intervjuer och dokumentstudier redogörs under den rubrik som ansetts mest lämplig.

### 2.0 Statistisk översikt – kvalitet inom äldreomsorgen i Habo kommun

Som ett led i granskningen har vi tagit del av och analyserat statistik från flera källor för att belysa olika aspekter av kvalitet inom äldreomsorgen i Habo kommun. Underlaget består dels av interna dokument såsom kvalitetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse och bokslutsrapport för 2024, dels av externa jämförelsetal från den nationella brukarundersökningen via Kolada. Statistiken speglar upplevelser från brukare och resultat inom nyckelområden som bemötande, trygghet, kontinuitet, delaktighet och måltidssituation. Den ger också möjlighet att följa utvecklingen över tid och jämföra Habo kommun med genomsnittet för samtliga kommuner, jämförbara kommuner samt Jönköpings läns kommuner. En fullständig redovisning av statistiken återfinns i **Bilaga A**, medan detta avsnitt innehåller en sammanfattad analys av de mest relevanta nyckeltalen, strukturerat per verksamhetsområde och med särskilt fokus på trender och avvikelser av betydelse för kvalitetsarbetet.

#### Iakttagelser – officiella uppgifter

##### Hemtjänst

*Trygghet med personal:* Upplevelsen av trygghet i kontakten med personalen är fortsatt hög i Habo, med 92 % år 2024 jämfört med 94 % föregående år. Detta placerar kommunen strax över riksgenomsnittet (91 %) och i nivå med Jönköpings län (92 %). Minskningen från föregående år kan dock indikera behov av fortsatt uppföljning.

*Bemötande från personal:* Resultatet i Habo är stabilt och högt – 97 % både 2023 och 2024 – vilket överträffar riksgenomsnittet (95 %) och visar på en väl förankrad värdegrund hos personalen.

*Hjälp i rätt tid:* 89 % av brukarna upplever att de får hjälp vid rätt tidpunkt, vilket är något högre än föregående år (88 %) och markant över rikssnittet (85 %). Det tyder på att personalresurser och planering i stor utsträckning möter de äldres behov.

*Kontinuitet – samma personal:* Andelen som anser att de får hjälp av samma personal sjönk från 72 % (2023) till 69 % (2024). Trots att det ligger över rikssnittet (66 %) och i nivå med Jönköpings län (68 %) är nedgången värd att uppmärksamma i det fortsatta kvalitetsarbetet. Kontinuitet är nära kopplad till både trygghet och kvalitet i vården.

*Information och inflytande:* Brukarnas upplevelse av att få tillräcklig information och ha inflytande i sin vårdplanering låg på 77 % år 2024, något högre än föregående år (76 %), men fortfarande under resultatet för liknande kommuner (80 %). Detta antyder ett förbättringsområde när det gäller individanpassning och delaktighet.

*Tillgång till genomförandeplan och delaktighet:* Statistik från Kolada visar att 80 % av hemtjänstbrukarna i Habo hade en aktuell genomförandeplan, och samtliga dessa hade varit delaktiga vid upprättandet. Det placerar kommunen i nivå med eller över både riket och länet. Andelen utan genomförandeplan uppgår dock till 20 %, vilket är en väsentlig aspekt i arbetet med att säkra systematik och kvalitet.

##### Särskilt boende (SÄBO)

*Trygghet med personal:* Andelen som känner trygghet med personalen i SÄBO ökade till 94 % år 2024, från 93 % år 2023, vilket är över både riksgenomsnittet (91 %) och länet (92 %). Detta är ett styrkebesked för verksamhetens grundläggande kvalitet.

*Bemötande från personal:* Upplevelsen av gott bemötande är mycket hög – 98 % – vilket är i nivå med tidigare år och något över rikssnittet. Det vittnar om goda värderingar och ett respektfullt arbetssätt.



*Kontinuitet i personalgruppen:* Endast 61 % av brukarna i SÄBO i Habo upplever att de får hjälp av samma personal, vilket är oförändrat från 2023. Det är något över riket (59 %) men under snittet för liknande kommuner (64 %) och bör betraktas som ett riskområde, särskilt då kontinuitet i SÄBO är viktig för trygghet och omsorgens kvalitet.

*Utevistelse och socialt innehåll:* 43 % uppgav att de får möjlighet till utevistelse i den omfattning de önskar, en nedgång från 47 % året innan. Detta är lägre än riksgenomsnittet (51 %) och bör ses som ett utvecklingsområde i det sociala innehållet i omsorgen.

*Måltidssituation och näring:* Nöjdheten med måltidssituationen i SÄBO var 86 % år 2024, en förbättring från föregående år (84 %). Det är jämförbart med länet och något över rikssnittet (83 %). Det visar på ett fortsatt gott arbete med att skapa trivsel och tillgodose individuella behov.

*Genomförandeplan och delaktighet:* Enligt Kolada hade 100 % av brukarna i SÄBO en aktuell genomförandeplan, men endast 75 % hade varit delaktiga i upprättandet. Detta innebär att en fjärdedel av de äldre inte fått möjlighet att påverka sin plan, vilket är en viktig kvalitetsaspekt enligt både lagstiftning och föreskrifter.

### **Iakttagelser –kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen**

Utöver den externa statistiken redovisas även uppgifter från kommunens interna dokumentation – kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen för 2024 – som en del av underlaget för denna granskning. Dessa dokument speglar förvaltningens egen uppföljning av kvalitet och patientsäkerhet inom äldreomsorgen, särskilt inom särskilt boende (SÄBO).

*Bemötande och trygghet:* I kvalitetsberättelsen framhålls att äldreomsorgen präglas av gott bemötande och trygghet. Brukarundersökningar och observationer från verksamheten visar att majoriteten av brukarna känner sig trygga med personalen, vilket stämmer överens med resultaten i Kolada.

*Delaktighet och inflytande:* Förvaltningen lyfter fram behovet av att stärka patienters och närståendes delaktighet. Trots ambitioner om personcentrerad vård och

välkomstsamtal vid inflytt till SÄBO visar både interna analyser och brukarenkäter att endast en del av brukarna varit delaktiga i genomförandeplanen. Det identifieras som ett förbättringsområde.

*Genomförandeplaner och SIP-möten:* Enligt patientsäkerhetsberättelsen används Samordnad Individuell Plan (SIP) i vissa fall, men förvaltningen konstaterar att fler brukare bör få tillgång till sådana möten och aktivt medverka. Det saknas i dagsläget systematik i uppföljningen av hur genomförandeplaner tas fram och följs upp.

*Kompetens och utbildningsinsatser:* Kvalitetsberättelsen beskriver hur personalens kompetens upprätthålls genom insatser som Silviautbildningar och handledning, men noterar också att dessa ofta sker på initiativ från personal själva snarare än genom en strukturerad kompetensförsörjningsplan.

*Avvikelser och riskområden:* Patientsäkerhetsberättelsen visar att läkemedel och fall är fortsatt de mest rapporterade avvikelserna inom SÄBO. Dessa följs upp och analyseras av MAS/SAS. Förvaltningen har infört utbildningar för att motverka trycksår, men dokumentet visar samtidigt att rutiner för återkoppling och lärande efter avvikelser inte är fullt utvecklade.

*Övergripande observation:* Båda dokumenten ger en bild av en verksamhet med flera styrkor men också tydliga utvecklingsområden kopplat till systematik, dokumentation och patientinflytande. Det finns indikationer på att kvalitetsarbetet bedrivs, men i vissa delar saknas systematiska uppföljningsmekanismer och ansvarsfördelning.

### **Slutsatser och kommentarer**

Granskningens syfte har varit att bedöma hur väl socialnämnden säkerställer ett fungerande och systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen i Habo kommun, med särskilt fokus på om detta arbete är ändamålsenligt organiserat, följs upp och används för att förbättra kvaliteten för brukarna. Iakttagelserna bygger dels på officiella nyckeltal och jämförelser, dels på interna dokument såsom kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen.

Det samlade statistiska underlaget visar att Habo kommun överlag uppnår goda resultat i brukarnas upplevelse av trygghet, bemötande och kontinuitet, särskilt inom

hemtjänsten. Även inom särskilt boende finns indikatorer på goda förhållanden, exempelvis i andelen med genomförandeplaner. Resultaten ligger ofta i nivå med eller över både riksgenomsnittet och liknande kommuner. Det är en styrka som bör bevaras och följas upp systematiskt. Samtidigt finns tecken på sviktande utveckling i vissa nyckeltal, exempelvis minskad delaktighet vid upprättandet av genomförandeplaner inom särskilt boende. Sådana förändringar, även om de sker från en hög nivå, kan peka på brister i arbetssätt eller uppföljning som förtjänar särskild uppmärksamhet från både förvaltning och nämnd.

Granskningen visar att det saknas en samlad struktur för hur kvalitetsarbetet ska följas upp, analyseras och användas som grund för förbättringsåtgärder. Detta gäller bland annat i arbetet med avvikelser och lex Maria-rapporter, där det enligt patientsäkerhetsberättelsen sker uppföljning, men där kopplingen till övergripande lärande och förbättringsarbete är otydlig. Det finns inga tydliga beskrivningar i kvalitetsberättelsen av hur resultat av brukarundersökningar eller andra indikatorer återkopplas till verksamhetsutveckling eller styrning. Avsaknaden av struktur blir särskilt tydlig när det gäller delaktighet och inflytande för brukare och anhöriga. Trots ambitioner i visioner och interna styrdokument finns fortfarande en betydande andel brukare som inte deltar i upprättandet av sin genomförandeplan – ett förhållande som bekräftas i både externa nyckeltal och interna rapporter. Detta indikerar brister i hur intentionerna förverkligas i praktiken.

Socialnämndens vision för äldreomsorgen 2018–2025 innehåller flera viktiga värden såsom respekt, självbestämmande, trygghet, teknikstöd och delaktighet. Dessa ligger helt i linje med kraven i Socialstyrelsens föreskrifter om systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Trots detta visar granskningen att visionen inte används som ett aktivt styrdokument i verksamheten. Kännedom om visionen är låg inom förvaltningen och det finns inga uppföljningsmekanismer eller indikatorer kopplade till dokumentet. I praktiken har visionen inte omsatts i konkret styrning eller uppföljning, vilket försvårar både måluppfyllelse och ansvarstagande.

Både kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen visar att det finns starka inslag av god praxis – som Silviautbildningar och ett aktivt arbete mot trycksår – men

att dessa insatser ofta är beroende av enskilda initiativ snarare än resultatet av ett samlat ledningssystem. Bristen på en fastställd kompetensförsörjningsplan är en särskilt viktig observation med tanke på framtida utmaningar inom personalförsörjning och krav på vårdens kvalitet.

Sammantaget indikerar granskningen att det finns flera goda förutsättningar för kvalitet inom äldreomsorgen i Habo kommun – i form av engagerad personal, relativt goda resultat i brukarundersökningar, och genomförda utbildningsinsatser. Samtidigt synliggörs att dessa förutsättningar i dagsläget inte alltid stöds av ett tillräckligt systematiskt kvalitetsarbete i linje med SOSFS 2011:9. Brist på struktur, ansvarsfördelning och kontinuerlig uppföljning försvårar möjligheten att säkra och förbättra kvaliteten på ett långsiktigt och likvärdigt sätt.

## 2.1 Finns ett fungerande ledningssystem för kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9, och används det i praktiken?

### *Iakttagelser från dokumentgranskning*

Socialnämnden i Habo kommun antog 2017-12-07 en riktlinje ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” som gäller övergripande för hela socialtjänsten.

Riktlinjen är övergripande och beskriver innebörden samt omfattning av ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete anpassat för Habo kommun. Riktlinjen beaktar svensk lagstiftning och föreskrifter för att bedriva rättssäkra verksamheter inom äldreomsorgen. Syftet med framtagningen av riktlinjen är att skapa struktur och systematik i ledningssystemet för kvalitetssäkringsarbetet inom äldreomsorgen.

Riktlinjen för systematiskt kvalitetsarbete beskriver på ett tydligt sätt vilka moment som behöver genomföras samt genomförandet för att kvalitetssäkra ett systematiskt ledningssystem. Riktlinjen omfattar reglering för bland annat rutiner, samverkan, riskanalys, och internkontroll. Roller och ansvarsfördelning omfattas också av riktlinjen. Riktlinjen beskriver ansvarsfördelningen inom nämnden, socialförvaltningens ledning samt nyckelroller såsom utredare, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och övriga medarbetare.

Dokumentet omfattar även socialnämndens egna mål i Habo kommun som del av det kvalitetssäkringsarbetet. Socialnämnden beskriver i riktlinjen för att ledningssystemet ska ses som ett medel för att uppnå god kvalitet i grunduppdraget. Till grunduppdraget finns verksamhetsanpassade kritiska kvalitetsfaktorer som ska följas upp av förvaltningen för att mäta kvalitén i genomfört arbete.

Ett annat led i socialförvaltningens systematiska kvalitetsarbete är arbetet med delegering. Inom socialförvaltningen delegeras arbetsmoment och för att säkra delegeringsmomentet har förvaltningen tagit fram en *”Rutin för delegering”* som är framtagen av MAS och beslutad av vård- och omsorgschefen. Rutinen beskriver vilka roller som får delegera inom förvaltningen samt hur en delegering ska gå till. Det är enbart legitimerad personal som får arbeta på delegation och behöver i första hand göra en bedömning av delegeringens rimlighet samt instruera tydligt hur arbetsmomentet ska genomföras. Rutinen innefattar flera kriterier som behöver uppfyllas vid delegering.

I många fall behöver personalen delegera intag av läkemedel, därför har förvaltningen tagit fram en särskild *”Rutin läkemedelshantering”* som utgör ett omfattande dokument där roller, ansvarsfördelning och hantering av läkemedel beskrivs på ett tydligt sätt. Rutinen beskriver även hur förvaltningen bör agera vid avvikelser av läkemedelshantering samt vilka åtgärder som bör vidtas.

Socialnämnden har upprättat en *”Delegationsordning”* år 2007 som revideras årligen. Delegationsordningen reglerar bland annat hur förvaltningen ska hantera delegeringsprocesser samt hur återrapportering av delegation ska ske till nämnden. Dokumentet omfattar även relevant lagstiftning inom socialförvaltningen samt hur delegering inom respektive lagrum ska hanteras. Delegationsordningen beskriver vilken yrkesroll inom äldreomsorgen får för arbetsuppgift att genomföra på delegation.

Utöver ovannämnda rutiner organisatoriskt har Habo kommun ett antal nyckelfunktioner som uttryckligen ska arbeta med kvalitetssäkringsarbetet inom äldreomsorgen. Kommunen har en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som ska verka för en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet, samt medverka i det övergripande kvalitetsarbetet. Tillsammans med MAS arbetar en socialt

ansvarig samordnare (SAS) som har en övergripande och strategisk funktion för kvalitetsstyrning inom socialtjänsten.

Förvaltningen tillsammans med socialnämndens presidium har tagit fram förslag på verksamhetsutvecklingsmål för socialnämnden. Socialnämnden har beslutar om nuvarande fyra verksamhetsutvecklingsmål utifrån socialnämndens grunduppdrag och kommunfullmäktiges beslutade fokusområden för verksamhetsutveckling. Det är förvaltningschef som beslutar om vilka kvalitetsfaktorer och kvalitetsindikatorer som förvaltningen ska följa övergripande för socialförvaltningen. Utredare har i uppgift att rapportera på dessa varje tertiäl samt skriva en analys och slutsats av utfallet.

För arbetet med styrmodellen har förvaltningen upprättat ett tillämpningsdokument för *”Tillämpning av styrmodellen i socialförvaltningen”* som redogör för hur förvaltningen ska arbeta med styrmodellen. Verksamheternas kritiska kvalitetsfaktorer och tillhörande kvalitetsindikatorer ska tas fram av respektive verksamhet varpå ansvarig chef ska varje månad notera och analysera utfall av indikatorerna. Den månadsvisa uppföljningen av kvalitetsindikatorerna ska rapporteras i varje tertiäluppföljning inför nämnden. Vid upptäckt avvikelse ska ansvarig chef vidta relevanta åtgärder för att förhindra uppkomsten av liknande avvikelser, även denna process ska redovisas vid tertiäluppföljningen. Arbetet med uppföljning enligt styrmodellen hanteras i programmet Hypergene. Det framgår av samma rutin all typ av avvikelser med större karaktär som uppstått på enhetsnivå ska rapporteras till socialnämnden. Ekonomienheten har tagit fram en beskrivning av styrmodellen med tillhörande bedömningskriterier i syfte att uppnå enhetlighet i kommunen. Denna beskrivning finns publicerad på intranätet.

Varje verksamhet i socialförvaltningen tar fram verksamhetsutvecklingsmål för sina respektive verksamheter. Dessa mål är inte kopplade till kommunfullmäktiges fokusområden och rapporteras inte till någon utan används av verksamheterna i syfte att förbättra kvaliteten för sin målgrupp (brukarna).

Förvaltningen tar fram åtgärder som förvaltningen bedömer kan bidra till att uppfylla socialnämndens verksamhetsutvecklingsmål. Åtgärderna delas ut till socialförvaltningens verksamheter (enhetschefer) som rapporterar hur det går i detta

arbete. Förvaltningschef ansvarar för bedömningen av måluppfyllelse. Utredare sammanställer resultat och skriver en analys och slutsats till socialnämndens respektive verksamhetsutvecklingsmål varje tertiäl.

Avseende socialnämndens uppdrag och ansvar kopplat till det systematiska kvalitetsarbetet är detta reglerat i ett arbetsdokument. Dokumentet är döpt till ”*SN ansvar gällande kvalitetsarbete*” och redogör vad ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9 innebär. Dokumentet lyfter centrala delar i kvalitetsarbetet såsom ansvarsfördelning, egenkontroll, uppföljning, avvikelsehantering och tillsyn mm. Dokumentet redogör med praktiska uppgifter för socialnämnden att utföra vilket omfattas av sju praktiska och relevanta uppgifter som beskrivs på ett tydligt sätt i dokumentet för socialnämnden:

1. Fastställa och följa upp kvalitetsmål
2. Riskanalyser och förebyggande arbete
3. Egenkontroll och uppföljning
4. Hantering av klagomål och avvikelser
5. Samverkan och dialog
6. Tillsyn över privata utförare
7. Återkoppling och redovisning

#### ***Iakttagelser från intervjuer – tillämpning i praktiken***

Som ett led i granskningsprocessen utförs intervjuer med relevanta tjänstepersoner och politiker för att skapa en bredare förståelse kring kommunens kvalitetsarbete inom äldreomsorgen.

Vid intervju med socialförvaltningens medarbetare och chefer för denna granskning kände majoriteten inte till *Äldreversionen 2018–2025*. Någon medarbetare kände möjligtvis till den, dock kunde ingen säga att visionen är ett material som socialförvaltningen arbetat med att förverkliga. Vid intervju med socialchef uppges det att äldreversionen upplevs inaktuell och är inget levande dokument som förvaltningen arbetar med. Dock uppger socialchefen att förvaltningen indirekt av naturliga skäl delvis uppfyllt delar i äldreversionen utan att medvetet kopplat arbetet till visionen. I

intervju med socialförvaltningens presidium kände samtliga politiker till visionen och menade på att förvaltningen arbetar med visionen löpande.

Socialnämndens presidium beskriver vid intervju att ett kvalitetsledningsarbete är under intensivt arbete inom förvaltningen, och att man som politiker inte är involverade i detaljerna något som överlämnats till professionen. Socialnämndens presidium uppger att vid nämndssammanträdena ges återkoppling från förvaltningen vid kvartalsrapporterna samt en gång per år ges en dragning av både kvalitets- och patientsberättelsen. Det uppges också att det pågått ett intensivt arbete med avvikelserapporteringsarbetet samt dess återkoppling till nämnden. Detta är en fråga vi undersöker ingående under fråga 2 och 3. Socialnämnden uppger att dem känner sig välinformerade av påträffade avvikelser inom förvaltningen samt att återkopplingen sker på ett tillfredsställande sätt.

I intervju med socialchefen uppges det att kvalitetsarbetet inom ledningssystemet är i nuläget i en utvecklingsfas där många delar inte fallit på plats. Det finns i dagsläget inget enhetligt implementerat system, däremot förekommer vissa rutiner i enlighet SOSFS 2011:09. Socialchefen uppger att i nuläget är det svårt att hitta och navigera bland de rutiner som finns, något som även nämndes vid intervju med både MAS och SAS. Rutiner och andra relevanta arbetsdokument ligger inte lättillgängligt på ett samlat ställe.

Patientsäkerhetsberättelsen redovisas årligen för socialnämnden. Även resultat av brukarundersökningar redovisas för socialnämnden.

I arbetet med styrmodellen redovisas kvalitetsuppföljning av kvalitetsfaktorer utifrån de fyra perspektiven verksamhet, målgrupp, medarbetare och ekonomi. Detta görs av samtliga förvaltningar i kommunen där 1-2 kvalitetsfaktorer ska tas fram utifrån de fyra perspektiven och en bedömning ska göras i vilken grad de är uppfyllda. Fokus ligger på att redovisa avvikelser i kvalitet.

Samtliga nämnder beslutar årligen om internkontrollplaner enligt kommunens styrdokument för internkontroll. Förvaltningen har på övergripande nivå tagit fram

totalt 10 kritiska kvalitetsfaktorer som mäts med flera kritiska kvalitetsindikatorer. Dessa rapporteras varje tertiäl till nämnden. (Ej verkställda beslut är en av många kritiska kvalitetsindikatorer som används för att mäta kritiska kvalitetsfaktorer.

Enhetschefer som utgör en viktig roll i kvalitetsledningssystemet har olika kunskap och kännedom om det kvalitetssystem som finns idag. Detta är något som även bekräftades av de intervjuade enhetscheferna. Socialchefen uppger vid intervju att kunskapen bland enhetscheferna varierar mycket och att en top-down förankring behöver genomföras för att skapa en enhetlighet inte minst bland mellancheferna.

Förvaltningen är medveten om ledningssystemet behöver ett omtag därav har en SAS bland annat anställts sedan cirka ett år tillbaka. Roll- och ansvarsfördelningen för kvalitetsledningssystemet är delad bland få nyckelpersoner, dock upplevs rollfördelningen otydlig. Socialchefen uppger att Habo kommun har generellt inte haft som vana att arbeta med systematiska processer inom äldreomsorgen. Detta har inneburit en utmaning att implementera ett kvalitetsledningssystem, dock uppges arbetet vara i gång och att socialchefen verkar för en kulturell förändring inom förvaltningen.

Enligt lag ska en kommun anställa en MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska), däremot är en SAS (socialt ansvarig samordnare) inget krav enligt lag att erhållas, därav är en SAS mindre vanligt förekommande. Dock har Habo kommun inrättat en SAS tjänst inom förvaltningen som en satsning i kvalitetsledningssystemet. SAS uppger vid intervju att tjänsten innebär ett övergripande ansvar för strategi- och kvalitetsfrågor samt för framtagning av saknade rutiner samt processer i enlighet med SOSFS 2011:09.

SAS informerar att vid påbörjad anställning på kommunen påtalades det om faktiska brister inom bland annat dokumentation av individärenden, avvikelshantering samt upprättande av kvalitetsberättelse. De ovannämnda momenten har varit prioriterade för SAS sedan inrättandet av anställningen. SAS bekräftar vid intervju avsaknaden av enhetligt och samlat kvalitetsledningssystem inom förvaltningen. Dock utförs vissa processer men att kvalitén varierar kraftigt beroende på enhetschefens kunskap samt

engagemang. Som en följd av avsaknaden av tydliga processer, sker i nuläget ingen systematisk uppföljning.

Den nuvarande MAS i Habo kommun har arbetat ungefär lika länge som SAS. Vid intervju uppges det att uppdraget som SAS är enligt lag tydligt, dock råder det otydligheter i form av mål och direktiv från förvaltningsledningen. Likt SAS, har MAS också fått i uppdrag sedan tillträddning av anställningen att prioritera avvikelshanteringsprocessen samt patientsäkerhetsberättelsen. MAS uppger vid intervju att den största utmaningen i arbetet är otydligheterna kring mål, riktning, direktiv samt roll- och ansvarsfördelningen avseende kvalitetsledningsarbetet. Samtliga berörda i arbetet arbetar på enskilda fronter, det är oklart vem som utför vilken uppgift, och det råder oklarheter om socialnämndens delaktighet. Däremot uppger MAS att det i nuläget råder ett gott samarbete med SAS och att tjänstepersonerna delar en gemensam syn på arbetets framgångar och brister. MAS ingår i ett regionalt MAS-nätverk som varit väldigt givande, utvecklande och kunskapsberikande.

## Bedömning och kommentarer

Vår samlade bedömning är att Habo kommun till viss del har ett fungerande kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9, men att det i praktiken tillämpas bristfälligt och oenhetligt.

Vår bedömning baseras på nedanstående iakttagelser, kommentarer och slutsatser: Kommunen har upprättat en rad olika rutiner och dokument som ska verka för ett kvalitetsledningsarbete inom äldreomsorgen. De nuvarande dokument samt dess efterlevnad som nämns under fråga 1 utgör tillsammans inte ett komplett kvalitetsledningsarbete i enlighet med SOSFS 2011:09. Trots att många rutiner och framtagna processer som finns i nuläget är i enlighet med riktlinjerna med SOSFS 2011:09 så är kommunens efterlevnad och tillämpning den bristande aspekten. Genom utförda intervjuer och granskning av tillhandahållet material gör vi bedömningen att befintligt processmaterial för kvalitetsledningsarbete används på ett väldigt varierat sätt. Det finns ingen enhetlig användning av nuvarande material och det sker heller ingen uppföljning enhetsvis.

Samtliga enhetschefer uppmanas att rapportera kvalitetsindikatorerna i Hypergene för förvaltningsövergripande analys, dock saknar både MAS och SAS tillgång till Hypergene, vilket försvårar deras delaktighet i det förvaltningsövergripande kvalitetsledningssystemet. De finns enheter inom äldreomsorgen som har liten eller ingen kännedom av befintligt kvalitetsledningssystem, därför gör vi bedömningen att rutiner och processer tillämpas i liten utsträckning.

Tillämpning av styrmodell och rapportering kring kvalitetsindikatorer sker enhetsvis, detta är något som återspeglar sig i tertialuppföljningar som legat till grund för granskningen. Enligt direktiven i enlighet med SOSFS 2011:09 så ska den inrapporterade data analyseras och ingå i ett systematiskt utvecklingsarbete. Vi gör bedömningen att arbetet med kvalitetsindikatorer arbetas med inom respektive enhet, dock görs ingen sammanhållen förvaltningsövergripande analys, vilket försvårar arbetet med att omsätta kvalitetsindikatorerna i ett systematiskt förbättringsarbete. Framför allt används inte den samlad bedömningen av kvalitetsfaktorerna för att ingå i ett systematiskt utvecklingsarbete vilket är ett av kriterierna enligt SOSF:11.9.

Kvalitetsledningsarbete inom äldreomsorgen saknar en tydlig implementering av roll- och ansvarsfördelningen, även om detta återfinns reglerat i riktlinje "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" gör vi bedömningen att säkerställning av dess implementering och efterlevnad saknas. Det finns i nuläget inget samlat helhetsgrepp avseende kvalitetsledningsarbetet, och ingen tydligt uttalad ansvarsfördelning. Detta medför att trots många bra satsningar på tjänster såsom MAS, SAS och en utredare blir arbetet spretigt där samtliga arbetar med sin fråga men med dålig samverkan inom kommunen. Det saknar dessutom transparens och kännedom om de olika rollernas ansvar och roller.

Vi gör likt socialchefens bedömning att en arbetskulturell förändring krävs för att inrätta ett komplett kvalitetsledningsarbete inom äldreomsorgen. Förvaltningen och socialnämnden behöver formalisera processer samt säkra dess efterlevnad genom tydliga uppföljningsprocesser. Vi konstaterar att nämndmål och ambitioner inom äldreomsorgen inte är integrerat på ett tydligt sätt i kvalitetsledningsarbetet. Detta

skapar ovisshet kring arbetets riktning och försvårar efterlevnaden av principerna i SOSFS 2011:9.

## 2.2 Använder socialnämnden kvalitetsindikatorer (t ex brukarundersökningar, avvikelser personalkontinuitet) för att övervaka och förbättra kvaliteten inom äldreomsorgen?

Förvaltningen tar fram kvartalsrapporter som redovisar ekonomi, prestationer, personalomsättning och sjukfrånvaro. Dessa presenteras för socialnämnden av ekonomichefen och socialchefen. Vid verksamhetsårets slut upprättas en bokslutsrapport som är mer omfattande i jämförelse med kvartalsrapporterna och sammansluter hela verksamhetsårets resultat.

Socialförvaltningen genomför *brukarundersökningar* som är framtagna av Socialstyrelsen. Brukare besvarar frågor om hälsa, nöjdhet och tjänsternas utförande. Resultaten sammanställs, jämförs med tidigare år och presenteras för socialnämnden. Undersökningarnas resultat redovisas även till Socialstyrelsen för analys som sedan publiceras offentligt.

Vid intervju med socialchef och kommunens MAS uppges det att resultatet av brukarundersökningarna endast sammanställs för att sedan presenteras för nämnden. Förvaltningen analyserar inte resultatet vidare för att inkluderas i ett systematiskt kvalitetsledningsarbete vilket är ett kriterium enligt SOSFS 2011:09 föreskrifterna. Resultatet av brukarundersökningarna förblir ett presentationsmaterial för socialnämnden.

Ett annat moment för att följa upp verksamheten är genom patientsäkerhetsberättelsen som årligen upprättas av MAS. Berättelsen redogör för bland annat verksamhetsårets organisation och ansvar, strategi, och förvaltningens arbete med hälso- och sjukvård. Förvaltningen använder ett verktyg från SKR (i form av en Excelmall) som hjälper kommunen att skapa en nulägesbild, identifiera utmaningar och analysera brister. Slutligen bygger verktyget på att identifiera förvaltningens utmaningar och brister. Verktyget är ett levande material under året och ligger till god grund för upprättning av patientsäkerhetsberättelsen.

I patientsäkerhetsberättelsen framgår mål och strategier för förvaltningens verksamheter där hälso- och sjukvårds utförs. Målet är att samtliga patienter ska erhålla en god och säker kommunal vård samt sträva efter att arbeta nära patienten. Engagerad ledning och styrning benämns som en viktig förutsättning för att uppnå god och säker vård. Det framgår även av patientsäkerhetsberättelsen att förvaltningen aktivt arbetat med att uppnå socialnämndens verksamhetsutvecklingsmål som innefattar: Digitalisering och välfärdsteknik, personalförsörjning och integration.

Hälso- och sjukvården har tillämpat digitala lösningar genom digitala möten med patienten i den utsträckning det bedömts vara möjligt. Förvaltningen har även införskaffat digitala läkemedelsskåp för att minska sårbarheten och öka flexibiliteten inom personalgruppen. Vissa enheter inom förvaltningen har även implementerat digitala signaturer för legitimerad personal, andra enheter eftersläpar med anledning av resursbrist. Implementering av digitala signaturer har skapat effektivitet med anledning av att signering sker i realtid och utan dröjsmål. Förvaltningen uppger att den bidragit till god personalförsörjning, men utan att specificera mål eller konkreta insatser. Det lyfts i rapporten att 2024 inneburit en viss personomsättning inte minst inom ledningsfunktionen som har lett till en omorganisation, nya strukturer och vakanser som inneburit en utmaning för berörd verksamhet.

Vidare i berättelsen lyfts arbetet med *riskanalys* upp varav kunskap och kompetens beskrivs som en grundförutsättning för att kommunen ska kunna erbjuda god hälso- och sjukvårdsinsatser. Det framgår att riskanalyser ska genomföras när väsentliga händelser uppstår såsom förändringar, störningar eller vid inrättandet av nyteknik. Upprättning av riskanalyser är ett led i säkerhetsarbetet. Trots att riskanalyser anges som viktiga görs ingen tydlig redovisning av hur de används i praktiken eller hur de följs upp. Vi har inte tagit del av riskanalys för denna granskning och kan därför inte verifiera huruvida upprättning av riskanalyser efterlevts.

Bland de indikatorer som nämns finns personalkontinuitet, utbildningsnivå samt sjukfrånvaro – men uppföljning och analys saknas i flera fall. Totalt 128 medarbetare inom äldreomsorgen är vård- och omsorgsutbildade undersköterskor samt 37 medarbetare saknar vårdutbildning men arbetar som vårdbiträden eller motsvarande.

Sjukfrånvaron är enligt berättelsen relativt låg jämfört med år 2023 samt att ingen sjukvårdspersonal valde att lämna sitt jobb under 2024 på kommunen. Exakta siffror kring sjukfrånvaron av personal inom äldreomsorgen framgår inte av patientsäkerhetsberättelsen. Däremot framgår en redogörelse för hur många och vilka utbildningar som erbjudits under föregående verksamhetsår. Under fråga 2.5 följer en ingående redogörelse av personalförsörjningen inom äldreomsorgen.

Patientsäkerhetsberättelsen innehåller även en internkontrollplan med mål, uppföljning, analys och åtgärder. Planen visar hur varje enhet arbetat med målen och vilka utmaningar som hanterats. Målen välformulerade med tydliga syften, beskrivning av uppnått resultat samt analys av resultatet framgår i berättelsen. Till varje mål medföljer en uppföljande åtgärd av respektive enhet.

Internkontrollplanen som beskrivs i patientsäkerhetsberättelsen redogör för olika målsättningar med tillhörande egenkontroll av verksamheterna. Verksamheten beskriver utfall av mål, analys av genomfört resultat, föreslagen åtgärd med uppföljning för respektive enheten. Det förekommer tydligt hur arbetet med målen har genomförts, verksamheten beskriver vilka utmaningar som uppstått samt föreslår arbetssätt för att tackla utmaningarna.

Det framgår inte av patientsäkerhetsberättelsen eller annat underlag hur förvaltningen har arbetat med analys av resultat samt åtgärder. Det framgår inte på ett tydligt sätt hur identifierade brister och utmaningar har ingått i ett systematiskt kvalitetsledningsarbete. Intern kontrollplanen beskriver inte en tydlig ansvarig roll som aktivt ska arbeta med identifierade brister vilket försvårar uppföljningen och spårbarheten.

Likt patientsäkerhetsberättelsen upprättar SAS årligen en rapport kallad systematiskt kvalitetsarbete 2024 som ska återberätta socialtjänstens föregående verksamhetsår. Planen är att framöver upprätta en kvalitetsberättelse utifrån SOSFS 2011:9. Som en första ansats tog förvaltningen fram en redogörelse för arbetet med avvikelser under året 2024. Kvalitetsberättelsen redogör inledningsvis övergripande kring systematiskt kvalitetsarbete, dock inte vad som gällt för just Habo kommuns räkning. Stora delar av rapporten bygger på sammanställning av inkomna och hanterade avvikelser samt

klagomål. Sammanställningen visar på ett tydligt sätt inom vilket område det sker flest avvikelser. För 2024 inkom det flest avvikelser inom läkemedelshändelser och fall. Det framgår även av rapporten att de flesta anledningar till inkomna avvikelser uppstått på grund av brister i delegering, brist i förmåga att utföra vissa moment samt att rutiner inte efterlevs i tillräcklig utsträckning.

Det framgår även av kvalitetsberättelsen att den vanligaste åtgärden vid inträffad avvikelse är enskilda eller gruppsamtal samt att ansvarig legitimerad personal blir underrättad om uppstådd avvikelse. I vissa fall innebär åtgärden revidering av rutin eller upprättning av ny rutin. Vid utredning av inkomna avvikelser gör utredaren en bedömning av avvikelens allvarlighetsgrad samt hur stor sannolikheten är att avvikelsen uppstår igen. Det framgår av kvalitetsberättelsen att de flesta avvikelser har hamnat på en relativt låg sannolikhets- och allvarlighetsgrad. Hur genomförandet av utredning samt bedömning av avvikelser sker framgår inte av rapporten.

Ett ytterligare led i kvalitetssäkringsarbetet är arbetet med **internkontrollplanen** som revideras årligen. Interkontrollplanen omfattar olika kontrollmoment för de identifierade processerna med följande kontrollansvarig. Planen ska arbetas med under verksamhetsåret samt följas upp av förvaltningen. Varje process ska följas upp med varsin metod såsom stickprover etc.

#### ***Iakttagelser från intervjuer – tillämpning och hinder i praktiken***

Vid möte med socialchef uppges det att ambitionen inom socialnämnden upplevs hög vad gäller hälso- och sjukvårdsinsatser. Socialnämnden uttrycker tydligt att Habo kommun ska erbjuda insatser av god kvalitet, ett exempel är att socialnämnden godkännt att insatser utförs i större utsträckning av vad som ryms inom minimumnivå. Däremot är ambitionen inte tydligt formaliserade i form av mål och politiska beslut som skapar förutsättningar att driva hälso- och sjukvårdsinsatser av hög kvalitet.

Detta är något som även omnämns vid intervju med både SAS och MAS. Direktiv och styrning från ledningsnivå beskriv som otydlig samt att vägen mellan personal som arbetar med kvalitetsledningsarbetet och ledningen upplevs lång, inte minst till socialnämnden. MAS och SAS deltar i väldigt liten utsträckning vid socialnämndens sammanträden vilket resulterat i låg kännedom om vad socialnämnden uttrycker i

ambitionsnivå. MAS och SAS uppger att de har låg insyn i socialnämndens sammanträden, vilket försvårar återkoppling och förståelse för nämndens ambitioner.

SAS uppger vid intervju att arbete med kvalitetsberättelsen varit väldigt givande och uppskattat då förvaltningen eftersläpat tidigare år med framtagning av fullständiga kvalitetsberättelser. Arbetet med kvalitetsberättelsen är ett led i det pågående arbete med att utveckla det systematiska kvalitetsledningsarbetet inom förvaltningen. Då arbetet med avvikelshantering varit ett prioriterat område har det utgjort en central roll i kvalitetsberättelsen. SAS uppger att framtagning av kvalitetsberättelsen har stött på utmaningar då många enheter inte arbetar systematiskt och att de inte finns en tydlig enhetlighet inom förvaltningen.

Kvalitetslednings arbetet inom förvaltningen är väldigt spretigt och varierande vilket skapat en utmaning att sammanställa förvaltningens arbete på ett rättvisande sätt för att inkluderas i kvalitetsberättelse. SAS uppger vid intervju att kvalitetsledningsarbetet inkl. arbetet med framtagning av kvalitetsberättelsen saknar ett tydligt och användarvänligt dataprogram som håller i helheten samt skapar en överskådlig blick. Vid intervju med Socialchef uppges det att kommunen införskaffat sig ett program som heter *Hypergene* vilket är ett systemstöd i enlighet med SOSFS 2011:9 men som ännu inte implementeras med anledning av resursbrist.

MAS informerar om att tillsammans med en utredare och SAS dem utgör en kvalitetsgrupp vars uppgifter varit att bland annat ta fram internkontrollplanen. Kvalitetsgruppen ska även arbeta i planen och analysera utfall samt resultat. MAS uppger att kvalitetsgruppen saknar tydligt syfte samt ändamål och att gruppen ”aktiveras” enbart när en konkret arbetsuppgift uppstår, dock saknas ett långsiktigt syfte med gruppens arbete.

#### **Bedömning och kommentarer**

Vår samlade bedömning är att socialnämnden till viss del använder kvalitetsindikatorer för att övervaka och förbättra kvaliteten inom äldreomsorgen.

Vår bedömning baseras på nedanstående iakttagelser, kommentarer och slutsatser:  
Socialförvaltningen använder flera metoder för att följa upp och förbättra kvaliteten



inom äldreomsorgen, där kvalitetsrapporten och patientsäkerhetsberättelsen utgör centrala verktyg. Arbetet med kvalitetsrapport är under en utvecklingsfas då tidigare år har arbetet varit förlegat. Kvalitetsrapporten för 2024 är välstrukturerad men har fortsatt utvecklingspotential.

För att kvalitetsberättelsen ska nå bättre kvalitet behöver förvaltningen i grunden arbeta på ett mer formaliserat och systematiskt sätt avseende kvalitetsledningsarbetet i samtliga led. I dagsläget saknas enhetlig systematik i kvalitetsledningsarbetet, särskilt vad gäller uppföljning. De systematiska processerna behöver verka som ett generellt arbete övergripande för hela förvaltningen. Avvikelsehanteringen är enbart en del av det systematiska arbetet och kvalitetsarbetet kan därför inte avgränsas till det momentet. Vidare behöver det enhetliga och förvaltningsövergripande kvalitetsarbetet förankras tydligare med socialnämnden likt uppföljningen av kvartalsrapporterna.

Förvaltningens presentation av de kvartalsvisa rapporterna till socialnämnden är ett bra sätt att mäta förvaltningens resultat och fastställa prognoser. Kvalitetsgruppen har idag ett otydligt uppdrag och aktiveras endast tillfälligt, vilket begränsar dess möjligheter att analysera resultat och föreslå förbättringsåtgärder i ett systematiskt arbete. Arbeta med resultat av brukarundersökningarna behöver också tydligt formas som ett led i kvalitetsledningsarbetet där förvaltningen analyserar och följer upp svarsresultaten. Eftersom både MAS och SAS uttryckt behov av att möta socialnämnden i kvalitetsledningsfrågor, bör de regelbundet ges möjlighet att medverka vid presentationen av kvartalsrapporter inom sina respektive ansvarsområden.

### 2.3 Hanteras och analyseras avvikelser, klagomål och lex Sarah-rapporter systematiskt? Leder de till faktiska förbättringar?

#### ***Iakttagelser från dokumentgranskning***

##### *Lex-Sarah*

Socialförvaltningen har tagit fram flera rutiner som kompletterar riktlinjen "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete". En av dessa är "Rutin för Lex Sarah", som beskriver syftet med rapportering och hur inrapporterade brister ska hanteras. Rutinen tydliggör ansvarsfördelningen: alla medarbetare har

rapporteringskyldighet i systemet Digital Fox Respons. Utredare eller SAS utreder ärendet, varefter enhetschefen ansvarar för åtgärder och uppföljning.

##### *Avvikelsehantering*

Förvaltningen har en särskild övergripande "Rutin för avvikelsehantering" som berör alla avvikelser som inte uppnår god kvalitet. Rutinen är framtagen av MAS och beslutad av socialchefen, syftet är att fånga upp samtliga avvikelser för utredning och analys. Vidare ska resultatet av utredda avvikelser analyseras samt användas för att förbättra kvalitén långsiktigt. Rutinen redogör ett processflöde med olika aktiviteter som bör utföras vid påträffad avvikelse med en tydlig rollfördelning. Rollfördelningen är specificerad utifrån yrkeskategori och beskriver stegvis vad som bör hanteras samt på vilka sätt.

Avvikelser som inte uppnår god kvalitet beskrivs i rutinen vara en händelse som inte är i linje med verksamhetens krav, en oförutsedd händelse som resulterar i en negativ konsekvens, missförhållanden samt vård skada. I rutinen beskrivs syftet med rapportering av avvikelser vara en möjlighet till förbättring där verksamheten fångar upp avvikelser för att förhindra att det uppstår igen. Det poängteras att även "mindre" avvikelser bör rapporteras för att ge verksamheten en ökad möjlighet att arbeta för förhöjda kvalitetsnivåer inom äldreomsorgen.

Upptäckta avvikelser leder till att bland annat identifiera systemfel, hitta mönster, risker och grundorsaker till varför vissa avvikelser uppstår. Syftet är att fånga upp samtliga avvikelser för att arbeta grundligt med uppkomsten av avvikelsen och bidra till en förbättring samt hindra att det uppstår igen. För att verksamheten ska göra detta uppges det i rutinen en flödesbeskrivning för inträffade avvikelser. Verksamheten ska skyndsamt vidta nödvändiga åtgärder, rapportera avvikelsen vidare till berörd chef som ska ta del av avvikelsen för bedömning.

Utredande chef ska bedöma och dokumentera allvarlighetsgraden utifrån de konsekvenser som händelsen har medfört för den enskilde i DF Respons. Är avvikelstens allvarlighetsgrad betydande eller hög ska MAS/SAS involveras i utredningen.

Utredningar med betydande eller hög allvarlighetsgrad ska granskas och godkännas av MAS/SAS innan de avslutas.

#### *Klagomål*

Till avvikelshanteringssystemet Digital Fox Respons (DFS) finns en inbyggd funktion för klagomål i form av ett elektroniskt formulär som ligger på kommunens hemsida. Vidare framgår det av kommunens hemsida att klagomål kan ske genom direkt kontakt med berörd chef eller vårdpersonal. Klagomål kan också meddelas skriftligen genom förvaltningens gemensamma mejlfunktion.

Enligt patientsäkerhetsberättelsen är det enhetschefens ansvar att hantera och kontinuerligt arbeta med inkomna synpunkter och klagomål. Hanteringen innebär för chef att utreda klagomålet och informera personalgruppen om ärendet samt förse klienten med återkoppling. Enhetschefen ska också sammanställa samtliga klagomål årligen för att redovisas till personalen vid APT tillfällen samt förbli ett material för enhetens systematiska förbättringsarbete.

Socialnämndens presidium uppger vid intervju att medborgare kan ringa nämndens ordförande för att medge ett klagomål. Klagomålet överlämnas till berörd enhetschef för vidare hantering inom enheten men även till berörd klient.

#### ***Iakttagelser från intervjuer – brister i praktisk tillämpning***

Socialchef uppger vid intervjutillfället att arbetet med avvikelshantering har utgjort en stor del av föregående verksamhetsårs arbete. Då verksamheten eftersläpat avseende avvikelshantering har arbetet varit prioriterat inte minst för både MAS och SAS som arbetat praktiskt med utförandet av avvikelshantering. Socialchef uppger att arbetet med avvikelshantering har gett positiv effekt då verksamheten noterat en ökning i inrapporterade ärenden. Arbetet med att etablera och förankra avvikelshantering är i en intensiv pågående fas. Socialnämnden har fått upp ögonen för avvikelser i samband med att arbetet intensifierats vilket resulterat i ett ökat engagemang från politikens sida.

MAS beskriver att arbetet med avvikelshantering befinner sig i en intensiv fas men upplevs som spretigt. Digital Fox Respons används för rapportering, men

dokumentation kring rutiner sker även i lokala mappar och OneNote, vilket gör överblicken svår samt försvårar uppföljningen för både MAS och SAS.

Hypergene används av verksamhets- och enhetschefer inom äldreomsorgen, men MAS och SAS saknar åtkomst. Det försvårar insynen i rapporterade uppgifter och hindrar dem från att integrera dessa i kvalitetsledningsarbetet. MAS menar att en enkel läsbehörighet hade underlättat arbetet betydligt.

Avseende inrapportering av avvikelser uppger MAS att det varierar kraftigt från enheterna, detta påvisar tydligt att hantering av avvikelser inte är tydligt implementerat på ett enhetligt sätt inom förvaltningen. MAS uppger att de rutiner och riktlinjer för avvikelshantering som finns idag är utgör en god bas men att efterlevnaden av rutinerna eftersläpar i nästan alla led. Rutinen för avvikelshantering beskriver tydligt att MAS ska ta del av slutresultatet av utredda ärenden, men MAS uppger att i många fall sker ingen återkoppling hur berörd chef hanteras ärendet eller vilka åtgärder som vidtagits. MAS uppger att det saknas i nuläget ett tydligt forum där MAS och SAS kan rapportera om utredda ärenden för ledningsgruppen.

MAS ska ta del av ärenden när avvikelstens allvarlighetsgrad betydande eller hög ska MAS/SAS involveras i utredningen. Utredningar med betydande eller hög allvarlighetsgrad ska granskas och godkännas av MAS/SAS innan de avslutas. MAS utför lex Mariautredningar samt vårdskadeutredningar.

Likt beskrivet tidigare är avvikelshanteringsprocessen också under en utvecklingsfas. MAS har i uppgift att ta fram ett utbildningspaket för äldreomsorgens personal och avser att inkludera hantering av Lex-Maria i paketet.

SAS bekräftar att avvikelshantering varit en central del av arbetet. Hen har också arbetat med att förbättra dokumentationen i individärenden där brister har identifierats. Förhoppningen är att förbättrad dokumethantering ska stärka avvikelsearbetet.

Rapportering av avvikelser görs i god utsträckning samt att det råder god kunskap om hur och varför man bör rapportera uppger SAS. SAS uppger att det finns bristande

kunskap om hur avvikelseanalyser ska hanteras och integreras i kvalitetsledningssystemet. Även om enskilda ärenden utreds väl, saknas en bredare analys för att dra systematiska slutsatser. SAS uppger också att förvaltningen har god kunskap i att utreda och lösa enskilda ärenden, men arbetar inte vidare med utredningarna från ett större perspektiv. Det finns dåligt med utredningsunderlag som visar hur förvaltningen ligger till avseende avvikelser. SAS tror att anledning är brist på kompetens, tid och prioritering, men hoppas på att implementeringen av Hypergene kommer underlätta arbetet avsevärt.

Avvikelsehanteringen varierar kraftigt mellan enheter, vilket skapar ojämlikhet och risk för att brister inte upptäcks eller åtgärdas i tid. SAS gör bedömningen att befintliga rutiner och riktlinjer idag behöver implementeras inom förvaltning för att öka efterlevnaden samt skapa en arbetskulturell förändring innan förvaltningen upprättar nya direktiv.

Vid intervju med verksamhetschefen och enhetscheferna bekräftades det att arbetet med avvikelshantering sker på enhetsnivå. Cheferna hade väldigt lite kunskap om hur kvalitetsarbetet ser ut och vad som informeras till socialnämnden. Cheferna uppgav att både SAS och MAS fungerar som ett väldigt bra bollplank när oenigheter uppstår. Cheferna kände inte till ifall de fanns några nämndmål kopplade till äldreomsorgen samt uppgav att dem generellt hade sämre koll på socialnämndens ambitioner.

Kvalitetsledningsarbetet uppgavs vara väldigt okänt för cheferna, de har liten koll på hur kvalitetsarbetet är upparbetat inom förvaltningen. Cheferna informerade att dem sporadiskt kan få mejl som går ut brett inom förvaltningen om ändrade rutiner eller arbetssätt.

## Bedömning och kommentarer

Vår samlade bedömning är att socialnämnden till viss del hanterar och analyserar avvikelser, klagomål och Lex Sarah-rapporter systematiskt – men att detta arbete i liten utsträckning leder till faktiska förbättringar.

Vår bedömning baseras på nedanstående iakttagelser, kommentarer och slutsatser:

Förvaltningen har en god bas med rutiner för att skapa en fullständig och rättssäker hantering av avvikelser. Dem befintliga rutinerna är välformulerade, tydliga och samt redogör för en tydlig rollfördelningen. Det är uppenbart att efterlevnad och implementering av befintliga rutiner inte efterlevs och därför beskrivs kvalitetsledningsarbetet som spretigt. Eftersläpningen med implementeringen av programmet Hypergene bidrar ytterligare till otydligheten och försvåringen av bland annat hantering av avvikelser.

En annan anledning till att systemet upplevs spretigt är för att det saknas direktiv på hur information, data och utredning av avvikelser ska hanteras samt lagras. Förvaltningen använder i dagsläget icke-specialiserade verktyg som inte är anpassade för hantering av verksamhetens data. Rutiner och processer lagras på ett ställe och hantering av inkomna avvikelser på ett annat. Det skapar oenighet och en utmaning i efterlevnad av befintliga rutiner. Därmed löper stor risk för att hantering av ärenden inte sker i enlighet med riktlinjer.

Avvikelsehanteringsprocessen som råder i nuläget bedöms inte vara implementerat och förankrat inom förvaltningens alla enheter. Flera intervjuade uppger att man inte har kännedom hur processen går till mer än ens egna uppgifter inte minst bland dem som ska äga och förvalta processen på en övergripande nivå.

Kvalitetsledningssystemet behöver förankras genom en top-down implementering där förvaltningen arbetar med att sprida kunskap om processen och dem olika involverade rollerna. Processen behöver vara transparent och lättillgänglig från socialnämndens nivå till enheterna och bland personalen som arbetar närmast klienten. Habo kommun är en relativt liten kommun vilket möjliggör förankring och transparens på ett enkelt sätt.

Förvaltningen behöver av ytterst vikt skapa rutiner och förutsättningar för att hantera samtliga avvikelser som aggregeras på förvaltningsnivå. Dem inkomna avvikelser bör analyseras från ett förvaltningsperspektiv samt ingå i ett förbättringssystem för att förvaltningen ska kunna fullständiga göra sitt kvalitetsledningsarbete. Analys av inkomna avvikelser på förvaltningsnivå bör följas upp på ett tydligt sätt för att säkerställa att det bidragit till faktiska förbättringar.

Trots kommunens storlek är avståndet mellan nämnden och förvaltningens personal stort. För att nå nämndens mål behöver kommunikationen förbättras och rollerna tydliggöras – alla nivåer är beroende av varandra för ett fungerande kvalitetsarbete. Det behöver finnas förutsättningar för att skapa förståelse för dem olika instansernas arbete och ansvarsfördelning då instanserna är beroende av varandra för att utföra ett gott arbete.

Klagomålshanteringen tycks ha hamnat som ett sidospår. I det tillhandahållet material för denna granskning redogörs det i liten utsträckning hur hantering av klagomål ska arbetas med. Det saknas en rutin för klagomålshanteringen och en tydlig uppföljning av inkomna klagomål, dock har vi inte tagit del av rutinen för denna granskning. Det saknas rutiner för att säkerställa att inkomna klagomål hanteras konsekvent och används i det systematiska förbättringsarbetet.

#### 2.4 Har brukare och anhöriga möjlighet att påverka genomförandet av insatser? Används deras synpunkter i kvalitetsarbetet?

I socialnämndens övergripande styrdokument 'Äldrevisionen' framhålls vikten av patientens delaktighet och inflytande. Det betonas att kommunen ska skapa former för att möjliggöra detta inflytande. Samtidigt framgår att förvaltningen saknar praktiska rutiner och riktlinjer som vägleder personal inom äldreomsorgen i hur man ska främja brukarens inflytande i vårdinsatserna.

I patientsäkerhetsberättelsen framgår det om förvaltningens höga ambition att arbeta med patienters och närståendes delaktighet för att bidra till arbetet med "Nära vård". Hälso- och sjukvårdsteamet erbjuder i möjligaste mån ett välkomstsamtal för att ställa frågor och funderingar med närstående när patient flyttas till ett särskilt boende. Kommunen för samtal med apotekare på vårdcentralen för genomgång av läkemedel, även då ska närstående bjudas in för samtal. När en patient kräver fler vårdinsatser ska tvärfunktionella teammöten hållas och enligt kommunens riktlinjer framgår det av patientberättelsen att patientens delaktighet ska inkluderas. Noterbart är att i patientberättelsen lyfts behovet av att utveckla arbetssätt och metoder för att säkra patientmedverkan och delaktighet.

Vid intervju uppger MAS att patientinflytandet brister i hög utsträckning, särskilt vid SIP-möten. Trots kommunens ambitioner är det oklart om patienter och anhöriga systematiskt erbjuds delaktighet. Ett exempel är att vid de samordnande individuella plans (SIP) mötena är det sagt inom kommunen att patienter eller deras anhöriga ska få frågan om delaktighet vid upprättande av den individuella planen.

Brukarundersökningar som genomförs årsvis undersöker patienters möjlighet att ha inflytande i sina genomförandeplaner. Resultatet för hemtjänsten i Habo kommun visar att 80% av alla brukare har en aktuell genomförandeplan och samtliga har varit delaktiga i vid upprättandet av planerna. Noterbart är att kvarstående 20% av brukarna varken har en genomförandeplan eller fått möjligheten att vara delaktiga i sin vårdplan.

Resultatet för K2C-Hemtjänst visar att 100% av brukarna har en genomförandeplan samt att samtliga varit delaktiga i sin plan. Avseende resultatet för särskilt boende (SÄBO) i Habo kommun visar undersökningen att 100% av alla brukare har en genomförandeplan men enbart 75% har varit delaktiga i sin plan. Detta innebär att resterande 25% av brukarna har en upprättad genomförandeplan men inte fått möjligheten att dela i sin vårdplan.

#### **Enhetsundersökningen**

Som ett led i denna granskning har vi tagit del av statistik från Kolada för att jämföra Habo kommun men jämförbara kommuner och riket.

*Enhetsundersökningen, äldreomsorg - Hemtjänsttagare med aktuell genomförandeplan, äldreomsorg, andel (%).*

Område	2020	2021	2022	2023	2024
▾ Alla kommuner (ovägt medel)			69(-)	71(-)	72(-)
Habo			75	85	82
▾ Jönköpings läns kommuner (ovägt medel)			76(-)	70	85
▾ Liknande kommuner äldreomsorg, Habo, 2023			63(-)	59(-)	68

Statistiken visar att Habo kommun har ett relativt högt antal brukar med en aktuell genomförandeplan inom äldreomsorgen i jämförelse med liknande kommuner samt riket. Statistiken visar också att det sker en stegvis förbättring från 2022 till år 2024 har antalet patienter med genomförandeplaner ökat.

Enhetsundersökningen, äldreomsorg - Hemtjänsttagare med dokumentation om hur brukaren deltagit vid upprättande/förändring av sin genomförandeplan, äldreomsorg, andel (%)

Område	2020	2021	2022	2023	2024
▾ Alla kommuner (ovägt medel)			63(-)	62(-)	63(..-)
Habo			75	-	82
▾ Jönköpings läns kommuner (ovägt medel)			77(-)	66(-)	81(..)
▾ Liknande kommuner äldreomsorg, Habo, 2023			60(-)	52(-)	66(..)

Ovanstående statistik visar att samtliga patienter som har en genomförandeplan har varit delaktiga i sin vårdplan, samt att Habo kommun ligger bättre till i jämförelse med liknande kommuner och riket. Statistiken ovan avser hemtjänsten i Habo kommun.

Enhetsundersökningen, äldreomsorg - Personer med aktuell genomförandeplan i särskilt boende, äldreomsorg, andel (%)

Område	2020	2021	2022	2023	2024
▾ Alla kommuner (ovägt medel)			89(-)	89(-)	90(-)
Habo			97	86	100
▾ Jönköpings läns kommuner (ovägt medel)			84(-)	82	84
▾ Liknande kommuner äldreomsorg, Habo, 2023			91	93	96

Statistik över särskilt boende i Habo kommun visar att samtliga patienter som har en genomförandeplan har också varit delaktiga i sin vårdplan. Särskilt boende ligger relativt bra till i jämförelse med liknande kommuner samt riket.

Noterbart är att det skett en försämring i Habo kommun vid jämförelse av år 2023 och 2024. Antal som deltar i sin genomförandeplan har minskat. År 2024 har samtliga patienter en genomförandeplan men 25% har inte fått vara delaktiga.

Enhetsundersökningen, äldreomsorg - Personer med en plan som innehåller dokumentation om hur personen deltagit vid upprättande/förändring av sin genomförandeplan i särskilt boende, äldreomsorg, andel (%).

Område	2020	2021	2022	2023	2024
▾ Alla kommuner (ovägt medel)			75(-)	74(-)	76(-)
Habo			93	86	75
▾ Jönköpings läns kommuner (ovägt medel)			84(-)	72(-)	75(-)
▾ Liknande kommuner äldreomsorg, Habo, 2023			72	72(-)	76(-)

Patients inflytande i det systematiska kvalitetsarbetet

Det saknas tydliga rutiner inom socialförvaltningen för hur patienter ska ges inflytande i sin genomförandeplan eller vårdinsats. Granskade dokument inom kvalitetsledningssystemet innehåller ingen konkret vägledning om hur delaktigheten ska säkerställas i praktiken. Hur förvaltningen ska arbeta för att möjliggöra patienters inflytande samt skapa förutsättningar för att detta ska ske saknas.

Vid genomgång av det material som vi tillhandahållit från kommunen som ligger till grund för kvalitetsledningssystemet saknas redogörelse för hur förvaltningen ska arbeta med patienters deltagande i sin vårdplan. Socialnämndens presidium uppger vid intervju att nämnden tar del av rambeslut som påvisar att patienten varit delaktig i sin vårdinsats. Att rambesluten inte återfinns i kvalitets- eller patientsäkerhetsberättelsen tyder på att någon uppföljning eller analys av dessa beslut inte sker på systemnivå. Då vi inte tagit del av rambesluten är det svårt att bedöma deras innehåll eller funktion.

### Bedömning och kommentarer

Vår samlade bedömning är att brukare och anhöriga till viss del har möjlighet att påverka genomförandet av insatser, men att deras synpunkter i huvudsak inte används i det systematiska kvalitetsarbetet.

Vår bedömning baseras på nedanstående iakttagelser, kommentarer och slutsatser:  
Bedömningen grundas på krav i Socialtjänstlagen (5 kap. § 5), samt föreskrifter SOSFS 2011:9 om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i verksamhet enligt SoL och HSL

Statistik från Kolada och brukarundersökningar visar att många brukare har en genomförandeplan och ofta är delaktiga. Dock saknas övergripande rutiner, vilket gör att brukarnas möjlighet till påverkan varierar och är svår att säkerställa. Det finns inga dokumenterade processer eller strukturer för hur synpunkter från brukare och anhöriga samlas in, analyseras eller används i utvecklingsarbete. Varken patientsäkerhets- eller kvalitetsberättelser belyser detta.

I varken kvalitets- och patientsäkerhetsberättelserna eller i annat relevant dokument framgår det hur förvaltningen arbetar för att säkerställa patienters efterlevnad. Det framgår inte hur förvaltningen säkerställer delaktighet i praktiken eller vilken funktion

som ansvarar för uppföljning. Detta försvårar en systematisk hantering av brukarinflytande. Det finns ingen utsedd ansvarsfunktion för uppföljning av patienters delaktighet, vilket riskerar att minska tydlighet och ansvarstagande i kvalitetsarbetet.

### 2.5 Säkerställs tillräcklig personalkontinuitet och kompetensutveckling för att upprätthålla en god och säker äldreomsorg?

Vid genomgång av förvaltningens bokslutsrapport noterades ett verksamhetsmål kopplat till förvaltningens personal kontinuitet. Verksamheten har brutit ned ett av kommunens fokusområden 'Attraktiv kommun' till ett eget verksamhetsutvecklingsmål 'Behålla personal. Syftet med målet är att förvaltningen ska ha medarbetare med hög kompetens för att erbjuda invånare god vård, låg personalomsättning och låga sjuktal bland personalen.

Rapporten redogör hur verksamheten har arbetat med måluppfyllelsen och lyfter arbetet med "äldreomsorgslyftet" samt andra utbildningsinsatser som bidragit till kompetensförsörjningen. Detta ska i sin tur bidra till en stabil personalkontinuitet.

Verksamheten har gjort en extra insats för semestervikarier genom att betala ut en bonus. Enligt rapporten bedömer verksamheten att måluppfyllelsen är god som därmed genererat en grönmakering. Noterbart att det inte går att utläsa hur verksamheten arbetat för lägre sjukfrånvaro vilket nämns i syfte av mål.

I kvalitetsrapporten framgår det att all personal inom äldreomsorgen har minst en undersköterskeutbildning, samt att förvaltningen lyckats med att hålla personalomsättningen relativt låg. Socialchefen uppgav vid intervju att förvaltningen inte upplevt omfattande svårigheter med att anställa personal med rätt kompetens och utbildning. I vissa fall täcker förvaltningen bemanningen med vikarier, men kompetensnivån inom denna grupp varierar. Ibland kan vikarier tas in för att täcka vissa arbetspass trots att vikarien inte erhåller adekvat utbildning, men att förvaltningen gjort bedömningen att vikaren har praktisk erfarenhet men saknar formell utbildning.

Däremot förespråkar förvaltningen att samtlig personal har minst en undersköteutbildning och står därför alla certifieringskostnader när en medarbetare

bestämmer sig för vidareutbildning. Alla som vill vidareutbilda sig får ansöka om detta och kan få stöttning av kommunen.

Det finns ingen kompetensförsörjningsplan för personal inom äldreomsorgen i dagsläget. Däremot uppger socialchef vid intervju att förvaltningen aldrig nekar personal någon form av utbildning ifall personal själv frågar efter det. Stora delar av äldreomsorgen är 'Silvia certifierade' som inneburit en utbildning i demenskunskap. Detta har varit ytterligare ett led i att stärka kvalitetsledningsarbetet. Däremot gör förvaltningen inget aktivt för att uppmuntra befintlig personal att genomgå utbildningsinsatser utan sker på personalens egen begäran.

Socialchefen uppger också att socialnämnden uttryckt att personal som anställs inom äldreomsorgen alltid ska erhålla adekvat utbildning. Vi har inte erhållit något nämndbeslut kring personalens kompetensförsörjning eller utbildningsbakgrund och kan därför inte verifiera detta.

I bokslutsrapporten redogör verksamheten under måluppfyllelse för verksamhetsmålet 'Behålla personal' en rad olika kompetensförsörjningsinsatser. Förutom att all personal som vill vidareutbilda eller certifiera sig får detta beviljat, erbjuds personalen handledning i utbildningssyfte under arbetstid. Vid medarbetarsamtalen ska berörd chef skapa förutsättningar för den enskilde medarbetaren att genomgå relevant utbildning. Vissa undersköterskor har fått gå utbildning i handledning i syfte att erbjuda elever praktik genom god handledning som sedan kan bli anställda inom förvaltningen när genomförd utbildning slutförs.

Trots förvaltningens avsaknad av en kompetensförsörjningsplan uppger socialchef vid intervju att enskilda utbildningsinsatser har genomförts. Kommunen har anslutit sig till den "Nationella yrkesresan" inom IFO som bygger på att förstärka kunskap och kompetens inom yrket.

Socialnämndens presidium uppger vid intervju att förvaltningen beslutade vid ett tillfälle att personalen ska genomgå utbildning inom trycksår då avvikelserna inom trycksår ökade markant under en period.

## Bedömning och kommentarer

Vår samlade revisionella bedömning är att det till viss del säkerställs tillräcklig personalkontinuitet och kompetensutveckling för att upprätta en god och säker äldreomsorg.

Vår bedömning baseras på nedanstående iakttagelser, kommentarer och slutsatser:  
Utifrån de uppgifter vi fått bedöms personalkontinuiteten och personalens grundkompetens i dagsläget vara tillfredsställande. Däremot saknas en långsiktig plan för hur förvaltningen ska bemöta framtida utmaningar. I nuläget har förvaltningen ingen plan hur kompetensförsörjningen ska säkerställas utifrån ett framtida behov med alla utmaningar som äldreomsorgen i Sverige redan står inför.

Kompetensförsörjningsfrågan hanteras av förvaltningen och saknar beslut samt direktiv från socialnämnden. I nuläget verkar kompetensförsörjningen variera beroende på medarbetarens och chefens engagemang. Att skapa förutsättningar för kompetensförsörjning sker inte på ett enhetligt sätt utan uppstår beroende på individens engagemang och inte på förvaltningens behov. Avseende personalkontinuiteten saknas en långsiktig plan för hur förvaltningen ska bemöta framtida utmaningar, även om personalkontinuiteten bedöms vara god idag saknas det framtida perspektivet.

Kompetensförsörjningen är en strategiskt viktig fråga som bör hanteras av socialnämnden med ett långsiktigt och strukturerat angreppssätt. Denna fråga bör enligt vår bedömning hanteras på nämndnivå.

## 2.6 Hur väl har socialnämnden implementerat målen i "Socialnämndens vision för äldre i Habo kommun 2018–2025", och hur används visionen i kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen?

Socialnämnden har antagit dokumentet *Socialnämndens vision för äldre i Habo kommun 2018–2025*, som beskriver ambitionen att erbjuda en äldreomsorg med brukarens behov i fokus. Visionen omfattar områden som boende och mötesplatser, delaktighet och inflytande, stöd till närstående, användning av välfärdsteknik samt näringsriktiga måltider. Dokumentet är övergripande och saknar operativa mål,

indikatorer, tidplaner eller andra styrdokument som konkretiserar hur visionen ska förverkligas.

Vid intervjuer med tjänstepersoner och chefer inom socialförvaltningen framkommer att majoriteten inte känner till visionen. Någon enskild medarbetare hade viss kännedom, men ingen kunde redogöra för att dokumentet används i verksamhetens styrning, planering eller uppföljning. Socialchefen uppgav att visionen upplevs som inaktuell och att den inte utgör ett levande styrdokument i det dagliga kvalitetsarbetet. Däremot framhölls att vissa delar av visionen kan ha uppfyllts indirekt, utan att det skett medvetet eller strukturerat i relation till dokumentets innehåll.

Vid intervju med socialnämndens presidium framkom att politikerna har kännedom om visionen och menar att förvaltningen arbetar med dess innehåll löpande. Det saknas dock dokumenterade beslut, uppföljningar eller rapporter som visar hur nämnden konkretiserat visionen i form av styrsignaler, måluppföljning eller integrering i kvalitetsledningssystemet.

Det har inte framkommit att visionens mål brutits ner i styrkort, verksamhetsplaner, uppföljningsdokument eller andra operativa styrverktyg. Det finns därmed inga tydliga exempel på hur visionens innehåll integrerats i kommunens kvalitetsledningssystem eller utgör grund för planering, uppföljning och förbättringsarbete inom äldreomsorgen.

## Bedömning och kommentarer

Vår samlade revisionella bedömning är att socialnämndens vision för äldre i Habo kommun 2018–2025 inte har implementerats och att visionen inte används som ett styrande verktyg i det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen.

Vår bedömning baseras på nedanstående iakttagelser, kommentarer och slutsatser:

Bedömningen grundas på att dokumentet i sig är övergripande till sin karaktär och saknar konkretisering i form av indikatorer, målvärden, uppföljningsmetoder eller implementeringsstrategier. Det har inte framkommit att visionens innehåll har brutits ner i andra styrdokument, verksamhetsplaner eller målstyrningssystem.

Vidare visar intervjuer med chefer och medarbetare inom förvaltningen att majoriteten saknar kännedom om visionen, och ingen av de intervjuade beskriver att dokumentet aktivt används i styrning, planering eller uppföljning av verksamheten. Den bild som ges från tjänstepersoner inom förvaltningen tyder på att visionen inte utgör ett levande dokument i det dagliga arbetet, även om vissa av de områden som nämns i visionen delvis uppfylls indirekt, utan att arbetet kopplas till dokumentets innehåll.

Det finns inte heller några dokumenterade exempel på att socialnämnden beslutat om, följt upp eller efterfrågat implementeringen av visionens mål. Även om socialnämndens presidium anger att visionen beaktas, framkommer ingen konkret styrkedja eller uppföljningsstruktur som visar på detta. Det saknas därmed tydliga belägg för att visionen har utgjort ett aktivt styrinstrument från nämndens sida.

Sammantaget konstateras att socialnämnden inte har säkerställt att visionens intentioner fått genomslag i verksamheten. Det saknas koppling mellan visionens innehåll och det kvalitetsledningssystem som ska säkerställa systematisk uppföljning, förbättringsarbete och målstyrning inom äldreomsorgen.



# Bilagor

## Bilaga A - redovisning av officiell statistiken

Nyckeltal	Kommuner	år20	år21	år22	år23	år 24
Brukarbedömning hemtjänst - information om förändringar, andel (%)	Alla kommuner	68		62	62	61
	Habo	59		45	57	47
	Jönköpings läns	68		61	62	64
	Liknande kommuner	64		57	56	55
Brukarbedömning hemtjänst - alltid eller oftast bra bemötande, andel (%)	Alla kommuner	97		96	96	96
	Habo	97		97	99	97
	Jönköpings läns	98		97	96	96
	Liknande kommuner	96		96	97	95
Brukarbedömning hemtjänst - behov anpassas, andel (%)	Alla kommuner	75		72	72	71
	Habo	62		62	71	75
	Jönköpings läns	72		73	73	73
	Liknande kommuner	74		69	72	67
Brukarbedömning hemtjänst - bemötande, förtroende och trygghet, medelvärde	Alla kommuner	71		69	91	91
	Habo	63		71	92	97
	Jönköpings läns	72		70	92	93
	Liknande kommuner	67		65	91	89
Brukarbedömning hemtjänst - få kontakt med hemtjänstpersonalen, andel (%)	Alla kommuner	81		78	79	78
	Habo	77		73	82	78
	Jönköpings läns	79		76	79	77
	Liknande kommuner	79		76	77	73
Brukarbedömning hemtjänst - förtroende för personalen, andel (%)	Alla kommuner	91		89	89	90
	Habo	89		88	91	96
	Jönköpings läns	94		91	90	91
	Liknande kommuner	88		87	88	87
Brukarbedömning hemtjänst - hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	Alla kommuner	88		85	85	86
	Habo	87		80	87	89
	Jönköpings läns	88		85	85	87
	Liknande kommuner	85		85	80	83
Brukarbedömning hemtjänst - inflytande och tillräckligt med tid, medelvärde	Alla kommuner	77		72	73	74
	Habo	78		68	75	77
	Jönköpings läns	77		71	73	76
	Liknande kommuner	75		71	71	70
	Alla kommuner	64		61	61	60

Brukarbedömning hemtjänst - möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål, andel (%)	Habo	61		58	60	53
	Jönköpings läns	63		59	58	55
	Liknande kommuner	64		60	56	58
Brukarbedömning hemtjänst - möjlighet påverka tider, andel (%)	Alla kommuner	59		51	52	54
	Habo	53		40	52	58
	Jönköpings läns	57		48	50	55
	Liknande kommuner	58		53	52	51
Brukarbedömning hemtjänst - personalen kommer på avtalad tid, andel (%)	Alla kommuner	85		82	82	82
	Habo	82		74	77	79
	Jönköpings läns	86		82	82	83
	Liknande kommuner	82		78	80	77
Brukarbedömning hemtjänst - personalen utför sina arbetsuppgifter, andel (%)	Alla kommuner	88		86	86	85
	Habo	86		89	92	89
	Jönköpings läns	90		87	88	88
	Liknande kommuner	85		82	82	82
Brukarbedömning särskilt boende - aktiviteter och känsla av ensamhet, medelvärde	Alla kommuner	70		63	68	70
	Habo	60		82	68	64
	Jönköpings läns	72		66	70	73
	Liknande kommuner	70		69	68	72
Brukarbedömning särskilt boende - helhetssyn, andel (%)	Alla kommuner	81		77	78	78
	Habo	86		87	80	77
	Jönköpings läns	80		79	79	82
	Liknande kommuner	82		78	79	79
Brukarbedömning särskilt boende - kontakt med personal, medelvärde	Alla kommuner	70		64	67	67
	Habo	74		63	76	72
	Jönköpings läns	70		61	65	70
	Liknande kommuner	69		69	69	70
Brukarbedömning särskilt boende - tillgång till sjuksköterska, andel (%)	Alla kommuner	74		68	71	72
	Habo	86		71	72	70
	Jönköpings läns	73		65	66	74
	Liknande kommuner	71		71	72	72
Brukarbedömning särskilt boende - alltid eller oftast bra bemötande, andel (%)	Alla kommuner	94		92	92	92
	Habo	93		88	85	100
	Jönköpings läns	95		91	93	94

	Liknande kommuner	95		91	92	91
Brukarbedömning särskilt boende - bemötande, förtroende och trygghet, medelvärde	Alla kommuner	64		61	87	87
	Habo				82	92
	Jönköpings läns	66		63	89	91
	Liknande kommuner	67		62	87	87
Brukarbedömning särskilt boende - boendemiljö, medelvärde	Alla kommuner	67		65	65	64
	Habo	66		78	59	71
	Jönköpings läns	69		68	70	68
	Liknande kommuner	67		71	64	66
Brukarbedömning särskilt boende - få kontakt med personalen på boendet, andel (%)	Alla kommuner	83		79	80	81
	Habo	79		67	90	92
	Jönköpings läns	85		76	81	86
	Liknande kommuner	81		82	81	82
Brukarbedömning särskilt boende - förtroende för personalen, andel (%)	Alla kommuner	85		82	82	82
	Habo	79		94	80	92
	Jönköpings läns	84		83	85	88
	Liknande kommuner	84		82	83	83
Brukarbedömning särskilt boende - hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	Alla kommuner	79		78	79	77
	Habo	75		87	75	82
	Jönköpings läns	78		78	80	81
	Liknande kommuner	82		83	81	76
Brukarbedömning särskilt boende - inflytande och tillräckligt med tid, medelvärde	Alla kommuner	72		68	69	68
	Habo	64		79	68	73
	Jönköpings läns	72		70	70	72
	Liknande kommuner	72		71	70	69
Brukarbedömning särskilt boende - information om förändringar, andel (%)	Alla kommuner	51		45	45	46
	Habo	31		54	47	78
	Jönköpings läns	50		44	44	53
	Liknande kommuner	50		46	45	45
Brukarbedömning särskilt boende - mat och måltidsmiljö, medelvärde	Alla kommuner	73		69	71	69
	Habo	72		97	82	88
	Jönköpings läns	74		75	76	74
	Liknande kommuner	73		67	71	71
Brukarbedömning särskilt boende - maten, andel (%)	Alla kommuner	75		72	74	72
	Habo	79		93	89	92
	Jönköpings läns	78		76	79	79
	Liknande kommuner	77		70	75	75
Brukarbedömning särskilt boende - mycket eller ganska trygga, andel (%)	Alla kommuner	88		86	86	86
	Habo	93		94	80	85
	Jönköpings läns	89		87	89	89
	Liknande kommuner	88		87	85	86
Brukarbedömning särskilt boende - måltidsmiljö, (%)	Alla kommuner	70		66	69	66
	Habo	64		100	74	83
	Jönköpings läns	71		74	73	69

	Liknande kommuner	69		65	67	66
Brukarbedömning särskilt boende - möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål, andel (%)	Alla kommuner	44		40	41	43
	Habo	36		50	30	54
	Jönköpings läns	43		41	42	44
	Liknande kommuner	46		45	43	47
Brukarbedömning särskilt boende - möjlighet påverka tider, andel (%)	Alla kommuner	60		57	57	56
	Habo	46		71	53	60
	Jönköpings läns	61		60	55	62
	Liknande kommuner	59		62	57	61
Brukarbedömning särskilt boende - tillräckligt med tid, andel (%)	Alla kommuner	76		70	71	69
	Habo	71		79	76	77
	Jönköpings läns	76		71	74	74
	Liknande kommuner	74		69	71	71
Effektivitetsindex äldreomsorg	Alla kommuner	56	51	48	49	
	Habo				22	
	Jönköpings läns	66	61	67	56	
	Liknande kommuner	32	38	26	35	
Enhetsundersökningen, ÄO - Omsorgspersonal med adekvat utbildning, vardagar i särskilt boende, äldreomsorg, andel (%)	Alla kommuner			77	76	
	Habo			86	80	
	Jönköpings läns			81	82	
	Liknande kommuner			81	84	
Enhetsundersökningen, ÄO - Omsorgspersonal som är undersköterska, vardagar i särskilt boende, äldreomsorg, andel (%)	Alla kommuner				73	
	Habo				76	
	Jönköpings läns				75	
	Liknande kommuner				85	
Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare med minst 2 besök dagligen möter under 14 dagar, medelvärde	Alla kommuner	15	16	16	16	16
	Habo	21	19	19	17	15
	Jönköpings läns	16	17	16	15	17
	Liknande kommuner	12	14	15	17	17
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	Alla kommuner	63	44	53	65	62
	Habo	41	15	63	71	90
	Jönköpings läns	67	43	65	75	64
	Liknande kommuner	63	52	69	82	74



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](http://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](http://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.

© 2025 For more information, contact Deloitte AB.

## § 65 Svar på granskning av äldreomsorgens systematiska kvalitetsarbete

Diarienummer SN25/42

### Beslut

Socialnämnden godkänner och beslutar att lämna följande svar på svar på revisionsrapporten:

### Beskrivning av ärendet

Kommunens revisorer har låtit genomföra en fördjupad granskning kring Habo kommuns kvalitetsarbete inom äldreomsorgen. Revisorerna önskar få ta del av socialnämndens synpunkter på rapportens rekommendationer samt vilka åtgärder som kommer att vidtas med anledning av denna granskning.

Nedan redovisas rapportens rekommendationer följt av socialnämndens kommentarer med förslag till åtgärder;

- Säkerställa att ett sammanhållet och dokumenterat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 etableras och används i praktiken, inklusive tydliga processer för planering, genomförande, uppföljning, analys och förbättring.
- Stärka sin uppföljning och kontroll av kvalitetsarbetet genom att systematiskt ta del av rapporter, analyser och egenkontroll från förvaltningen, samt fatta beslut om förbättringsåtgärder vid behov.
- Säkerställa att relevanta kvalitetsindikatorer identifieras, följs upp och används som ett aktivt underlag i nämndens styrning och förbättringsarbete inom äldreomsorgen.
- Säkerställa att det finns strukturer för att systematiskt ta tillvara och analysera avvikelser, klagomål och synpunkter, samt att dessa används som underlag för förbättringsarbete och lärande. Det är nödvändigt för socialnämnden att försäkra sig om att verksamheterna lever upptill till ställda krav. Granskningen har uppmärksammat behovet av att nämnden i större utsträckning efterfrågar resultat och analys av kvalitén i verksamheterna. Socialnämnden vill förstärka och förtydliga det systematiska kvalitetsarbetet.

Socialförvaltningen har därför fått i uppdrag att arbeta fram en struktur och ansvarsfördelning för att säkerställa att ett ledningssystem för systematiskt

kvalitetsarbete etableras och används i praktiken. Förbättringsarbetet handlar om att öka förståelsen för hur olika delar i det systematiska kvalitetsarbetet hänger samman och vikten av att arbeta med kvalitetsindikatorer. Detta för att kunna ta tillvara kunskap som förvärvas genom egenkontroll, analys av avvikelser, inkomna klagomål och synpunkter samt riskanalyser på enhets-, verksamhets- och förvaltningsövergripande nivå. I uppdraget ingår också att ta fram förslag på hur socialnämnden regelbundet ska ta del av förvaltningens resultat och analys av det systematiska kvalitetsarbetet för att säkerställa att verksamheter uppfyller de krav och mål som gäller enligt lag och andra föreskrifter samt att den enskildes insatser utförs i enlighet med beslutet. Redovisningen av kvalitet ska ge underlag för att kunna ta beslut om åtgärder.

Kommunen använder sedan några år tillbaka ett verksamhetssystem för uppföljning. Förvaltningen bedömer att det kommande införandet av modulen för systematiskt kvalitetsarbete främjar arbetet med att etablera ett sammanhållet ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som används i praktiken.

- Främja att den politiskt antagna visionen för äldreomsorgen konkretiseras och omsätts i styrning, planering och uppföljning av verksamheten. Socialnämndens vision för äldre i Habo kommun 2018-2025 anger en politisk viljeinriktning. Äldreversionen antogs av kommunfullmäktige. Numera har kommunen en vision för alla kommuninvånare Den hållbara kommunen för hela livet. Från år 2026 kommer Habo kommun att arbeta med de strategiska målområdena tillväxt, trygghet och folkhälsa. I arbetet med de strategiska målområdena ska kommuninvånarens intressen och behov tillvaratas oberoende av livsfas eller livssituation. Arbetet med att kommungemensamt förbättra för äldre ska ske genom åtgärder i de strategiska målområdena. Mot bakgrund av detta anser socialnämnden att det inte ska tas fram någon ny äldreversion.

- Ta initiativ till att en långsiktig och strategisk plan för kompetensförsörjning inom äldreomsorgen tas fram och följs upp, i syfte att säkerställa rätt kompetens över tid.

Kommunledningsförvaltningen kommer inom kort att presentera en rapport och analys av det kommande personalförsörjningsbehovet de närmaste fem åren inom äldreomsorgen samt förskola/skola baserad på tänkta scenarier av befolkningsökning/-minskning inom olika åldersgrupper. Med kommunledningsförvaltningens rapport som grund avser socialnämnden att initiera ett arbete för att omsätta slutsatserna i en långsiktig och strategisk plan

för kompetensförsörjning inom äldreomsorgen.  
Socialnämnden anser att rekommendationen är omhändertagen i och med detta  
och delar revisionens uppfattning att kompetensförsörjning är en mycket  
angelägen fråga.

---

**Beslutet skickas till**  
Kommunens revisorer

## **Svar på granskning av äldreomsorgens systematiska kvalitetsarbete**

Kommunens revisorer har låtit genomföra en fördjupad granskning kring Habo kommuns kvalitetsarbete inom äldreomsorgen. Revisorerna önskar få ta del av socialnämndens synpunkter på rapportens rekommendationer samt vilka åtgärder som kommer att vidtas med anledning av denna granskning.

Nedan redovisas rapportens rekommendationer följt av socialnämndens kommentarer med förslag till åtgärder;

- Säkerställa att ett sammanhållet och dokumenterat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 etableras och används i praktiken, inklusive tydliga processer för planering, genomförande, uppföljning, analys och förbättring.
- Stärka sin uppföljning och kontroll av kvalitetsarbetet genom att systematiskt ta del av rapporter, analyser och egenkontroll från förvaltningen, samt fatta beslut om förbättringsåtgärder vid behov.
- Säkerställa att relevanta kvalitetsindikatorer identifieras, följs upp och används som ett aktivt underlag i nämndens styrning och förbättringsarbete inom äldreomsorgen.
- Säkerställa att det finns strukturer för att systematiskt ta tillvara och analysera avvikelser, klagomål och synpunkter, samt att dessa används som underlag för förbättringsarbete och lärande.

Det är nödvändigt för socialnämnden att försäkra sig om att verksamheterna lever upptill till ställda krav. Granskningen har uppmärksammat behovet av att nämnden i större utsträckning efterfrågar resultat och analys av kvalitén i verksamheterna. Socialnämnden vill förstärka och förtydliga det systematiska kvalitetsarbetet.

Socialförvaltningen har därför fått i uppdrag att arbeta fram en struktur och ansvarsfördelning för att säkerställa att ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete etableras och används i praktiken. Förbättringsarbetet handlar om att öka förståelsen för hur olika delar i det systematiska kvalitetsarbetet hänger samman och vikten av att arbeta med kvalitetsindikatorer. Detta för att

kunna ta tillvara kunskap som förvärvas genom egenkontroll, analys av avvikelser, inkomna klagomål och synpunkter samt riskanalyser på enhets-, verksamhets- och förvaltningsövergripande nivå.

I uppdraget ingår också att ta fram förslag på hur socialnämnden regelbundet ska ta del av förvaltningens resultat och analys av det systematiska kvalitetsarbetet för att säkerställa att verksamheter uppfyller de krav och mål som gäller enligt lag och andra föreskrifter samt att den enskildes insatser utförs i enlighet med beslutet. Redovisningen av kvalitet ska ge underlag för att kunna ta beslut om åtgärder.

Kommunen använder sedan några år tillbaka ett verksamhetssystem för uppföljning. Förvaltningen bedömer att det kommande införandet av modulen för systematiskt kvalitetsarbete främjar arbetet med att etablera ett sammanhållet ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som används i praktiken.

- Främja att den politiskt antagna visionen för äldreomsorgen konkretiseras och omsätts i styrning, planering och uppföljning av verksamheten.

Socialnämndens vision för äldre i Habo kommun 2018-2025 anger en politisk viljeinriktning. Äldreversionen antogs av kommunfullmäktige. Numera har kommunen en vision för alla kommuninvånare *Den hållbara kommunen för hela livet*. Från år 2026 kommer Habo kommun att arbeta med de strategiska målområdena tillväxt, trygghet och folkhälsa. I arbetet med de strategiska målområdena ska kommuninvånarens intressen och behov tillvaratas oberoende av livsfas eller livssituation. Arbetet med att kommungemensamt förbättra för äldre ska ske genom åtgärder i de strategiska målområdena. Mot bakgrund av detta anser socialnämnden att det inte ska tas fram någon ny äldreversion.



- Ta initiativ till att en långsiktig och strategisk plan för kompetensförsörjning inom äldreomsorgen tas fram och följs upp, i syfte att säkerställa rätt kompetens över tid.

Kommunledningsförvaltningen kommer inom kort att presentera en rapport och analys av det kommande personalförsörjningsbehovet de närmaste fem åren inom äldreomsorgen samt förskola/skola baserad på tänkta scenarier av befolkningsökning/-minskning inom olika åldersgrupper. Med kommunledningsförvaltningens rapport som grund avser socialnämnden att initiera ett arbete för att omsätta slutsatserna i en långsiktig och strategisk plan för kompetensförsörjning inom äldreomsorgen.

Socialnämnden anser att rekommendationen är omhändertagen i och med detta och delar revisionens uppfattning att kompetensförsörjning är en mycket angelägen fråga.