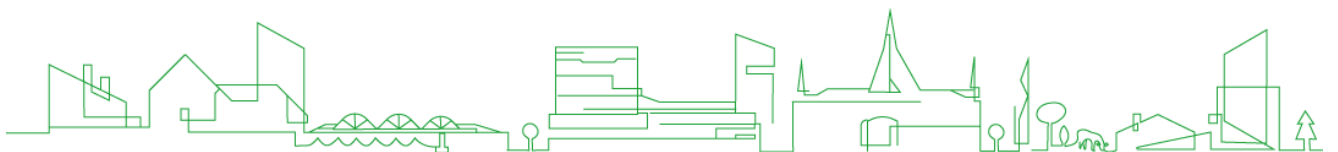


Kommunrevisionen granskar

Äldrenämnden,

Granskning av det systematiska kvalitetsarbetet på Dragonens vård-
och omsorgsboende (2025)



Angående granskningen

Revisionsuppdraget är ett kommunalt förtroendeuppdrag och revisorerna är direkt ansvariga inför kommunfullmäktige och därmed indirekt inför medborgarna genom den representativa demokratin. Revisionen har uppdrag att granska de verksamheter som styrelser, nämnder och kommunala bolag bedriver.

I formell mening är varje revisor en egen myndighet, men i det praktiska revisionsarbetet sker arbetet gemensamt.

Ytterst syftar revisionen till att undersöka om verksamheten bedrivs i enlighet med uppställda mål och på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

- Revisorernas uppdrag regleras i kommunallag, aktiebolagslag, god revisionsord, ägardirektiv och reglemente.
- Revision ska utföras på ett oberoende sätt.
- Revisorerna genomför grundläggande granskning, granskning av delårsrapport och årsredovisning och fördjupade granskningar.

Revisorerna ska därför objektivt, opartiskt och sakligt, självständigt granska den verksamhet som styrelse, nämnder och beredningar bedriver. Revisorerna ska också bedöma om de förtroendevalda ledamöterna i nämnder och styrelser har tillräcklig styrning och kontroll över verksamhetens ekonomi, prestationer och kvalitet.

Revisorernas uttalanden och bedömningar finns i revisionsberättelser och granskningsrapporter. En ambition i revisorernas arbete är att deras rekommendationer i samband med granskning ska kunna användas av verksamheterna för att åstadkomma effekter i deras förbättringsprocess.

Kontaktuppgifter


Om kommunrevisorernas uppdrag

kommunrevisionen@umea.se

Ordförande i kommunrevisionen

Ewa Miller, ordförande

ewa.miller@umea.se

A decorative graphic on the left side of the page consists of a large blue triangle pointing right, and a cluster of smaller triangles in shades of grey, green, and blue, some pointing right and some pointing left, creating a dynamic, abstract pattern.

Granskning av det systematiska kvalitetsarbetet på Dragonens vård- och omsorgsbostäder

Rapport

Umeå kommun

2026-03-20

Antal sidor: 36

1 INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	Sammanfattning	3
2	Bakgrund	6
2.1	<i>Syfte och revisionsfrågor</i>	6
2.2	<i>Avgränsning</i>	7
2.3	<i>Revisionskriterier</i>	7
2.4	<i>Metod</i>	8
3	Resultat av granskningen	9
3.1	<i>Organisation och ansvar</i>	9
3.1.1	Äldrenämnden	9
3.1.2	Dragonens vård- och omsorgsboende	9
3.2	<i>Styrning, ledning och kontroll</i>	9
3.2.1	Styrning och ledning	9
3.2.2	Uppföljning och kontroll	11
3.2.3	Enhetschefers förutsättningar	13
3.2.4	Bedömning	14
3.3	<i>Risikanalys och egenkontroll</i>	15
3.3.1	Risikanalys	15
3.3.2	Egenkontroller	16
3.3.3	Bedömning	18
3.4	<i>Avvikelse, Lex Sarah och dokumentation</i>	19
3.4.1	Avvikelsehantering	19
3.4.2	Lex Sarah	22
3.4.3	Social dokumentation	23
3.4.4	Bedömning	23
3.5	<i>Personalens kunskap</i>	25
3.5.1	Utbildningsnivåer och kompetens hos personal	25
3.5.2	Introduktion av nya medarbetare	25
3.5.3	Återkommande utbildningstillfällen och kompetensutveckling	26
3.5.4	Bedömning	26
3.6	<i>Åtgärder utifrån inträffade missförhållanden</i>	27
3.6.1	Bakgrund	27
3.6.2	Åtgärder på Dragonens vård- och omsorgsboende	28
3.6.3	Information till nämndens samt beslutade åtgärder	32
3.6.4	Bedömning	34
4	Samlad bedömning och rekommendationer	35

1 SAMMANFATTNING

Azets Revision & Rådgivning har av Umeå kommuns revisorer fått i uppdrag att granska det systematiska kvalitetsarbetet på Dragonens vård- och omsorgsboende.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om äldrenämnden säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete på det aktuella vård- och omsorgsboendet.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att äldrenämnden endast delvis säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete på det aktuella vård- och omsorgsboendet. Bedömningen baseras på att äldrenämnden endast delvis säkerställt att verksamheten bedrivs enligt lag, föreskrift och kommunfullmäktiges uppdrag. Detta avser exempelvis kommunallagen, socialtjänstlagen, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitetsarbete och fullmäktiges uppdrag till nämnden i form av reglemente.


Det finns grundläggande strukturer för att styra och följa upp verksamhetens kvalitet, bland annat genom ett beslutat ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. Nämnden har även stärkt sin uppföljning och kontroll av vård- och omsorgsboendet genom veckovis uppföljning som pågått under en längre tid.

I granskningen framkommer dock brister i centrala delar av kvalitetsarbetet på vård- och omsorgsboendet, där bland annat riskanalyser, egenkontroller och avvikelshantering enligt vår bedömning inte bedrivs tillräckligt strukturerat. I granskningen framkommer också att rapporteringskulturen och kunskapen om avvikelser varierar bland personalen samt att det finns brister i dokumentation, vilket vi bedömer utgör allvarliga risker för kvalitetsarbetet på boendet. Granskningen visar också på kompetensbrister hos delar av omsorgspersonalen samt bristande systematik i introduktion och utbildning. Även organisatoriska förutsättningar såsom stora personalgrupper, hög personalomsättning och kompetensförsörjningsutmaningar uppges till viss del begränsa möjligheterna till ett systematiskt kvalitetsarbete.

Vidare lyfts att det tidigare funnits brister i samverkan mellan omsorgspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal vid vård- och omsorgsboendet, vilket påverkat både arbetsmiljö och kvalitet. En väl fungerande samverkan mellan personalgrupperna är enligt vår bedömning en grundläggande förutsättning för att säkerställa en trygg, säker och sammanhållen vård och omsorg på boendet.

När det gäller de åtgärder som vidtagits med anledning av de missförhållanden som inträffat på vård- och omsorgsboendet konstaterar vi att förvaltningen har vidtagit ett flertal åtgärder, i form av både verksamhetsnära och mer övergripande strukturella insatser. Äldrenämnden har återkommande informerats om händelserna och om förvaltningens åtgärder vid flera sammanträden. Av protokoll och tillhörande handlingar framgår dock inte alltid tydligt vilken information nämnden faktiskt har redovisats vid respektive tillfälle. Vi noterar även att nämnden inte aktivt har fattat beslut om de redovisade åtgärderna, utan att dessa huvudsakligen presenterats inom ramen för informationsärenden. Att nämnden inte aktivt tagit ställning till och godkänt åtgärderna genom beslut bedömer vi som en brist i nämndens ansvar för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

I det följande redovisas våra samlade bedömningar av respektive revisionsfråga.

<div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 5px;"> Nej Endast delvis I allt väsentligt Ja </div> 	
Revisionsfråga	Bedömning
Har äldre nämnden säkerställt en tillräcklig styrning, ledning och kontroll av det aktuella vård- och omsorgsboendet?	I allt väsentligt
Har äldre nämnden säkerställt att första linjens chefer vid det aktuella vård- och omsorgsboendet har förutsättningar att kunna utöva ansvaret för kvalitetsarbetet?	Endast delvis
Har äldre nämnden säkerställt att arbetet med riskanalys och egenkontroll hanteras korrekt vid det aktuella vård- och omsorgsboendet?	Endast delvis
Har äldre nämnden säkerställt att avvikelser och Lex Sarah hanteras korrekt vid det aktuella vård- och omsorgsboendet?	Endast delvis
Har äldre nämnden säkerställt att rapporterings- och dokumentationsskyldigheten hanteras korrekt vid det aktuella vård- och omsorgsboendet?	Endast delvis
Har äldre nämnden säkerställt att personal vid det aktuella vård- och omsorgsboendet har tillräcklig kunskap utifrån kvalitetsarbetet?	Endast delvis
Har äldre nämnden vidtagit tillräckliga åtgärder, både generella och specifika, med anledning av händelserna på det aktuella vård- och omsorgsboendet?	Endast delvis

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

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi äldre nämnden att:

- Tydliggöra ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbets struktur och praktiska tillämpning i kvalitetsarbetet.
- Säkerställa en ändamålsenlig samverkan mellan omsorgspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal.
- Säkerställa att enhetschefer har förutsättningar att hantera sitt uppdrag vad gäller kvalitetsarbetet.
- Upprätta styrdokument som tydliggör hur och när riskanalyser inom ramen för kvalitetsledningssystemet ska genomföras på olika nivåer i organisationen.

- Tillse att arbetet med egenkontroller struktureras och tydliggörs för att säkerställa att egenkontrollerna genomförs systematiskt. I arbetet bör det även säkerställas att egenkontroller baseras på identifierade risker i verksamheten så att kontroller riktas mot de områden som har störst betydelse för kvalitet.
- Säkerställa att avvikelshanteringssystemet är ändamålsenligt och stödjer en systematisk hantering av avvikelser.
- Tydliggör rutinerna för hur information om Lex Sarah ska rapporteras vidare i organisationen, inklusive hur och när nämnden ska informeras.
- Säkerställa att beslutad checklista för introduktion tillämpas samt att erfaren personal ansvarar för introduktionen av nya medarbetare.
- Säkerställa att regelbundna kompetenshöjande insatser avseende kvalitetsarbetet genomförs för personal, särskilt vad gäller avvikelser och dokumentation som identifierats som brister inom verksamheten.
- Tydliggör hur vård- och omsorgssituationer där brukare tackar nej till beslutade insatser ska hanteras i verksamheten och säkerställ att medarbetare har tillräcklig kompetens för att hantera dessa situationer.
- Säkerställa att åtgärder som förvaltningen vidtagit med anledning av missförhållandena fullföljs och följs upp av nämnden.

2 BAKGRUND

Azets Revision & Rådgivning har av Umeå kommuns revisorer fått i uppdrag att granska det systematiska kvalitetsarbetet på Dragonens vård- och omsorgsboende. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025. Syftet med granskningen är att bedöma om äldrenämnden säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete på det aktuella vård- och omsorgsboendet.

Enligt socialtjänstlagen ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. God kvalitet innebär bland annat att omsorgen ska vara säker. Därtill ska den äldre uppleva omsorgen som trygg. I socialtjänstlagen beskrivs även inriktningen på socialtjänstens verksamhet som innebär att verksamheten ska *”... inriktas på att enskilda får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande”*.

Den som bedriver socialtjänst, i detta fall äldrenämnden, ansvarar för att det finns ett ledningssystem i verksamheten. Ledningssystemet ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Socialstyrelsen konstaterar att *”... verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.”*¹

Kommunrevisionen konstaterar utifrån sin omvärldsbevakning att det förekommit missförhållanden vid Dragonens vård- och omsorgsboende. Missförhållandena beskrivs vara av allvarlig karaktär. Revisorerna noterar även att det beskrivs att avvikelser rapporteras men inte åtgärdas samt att personal inte har tillräcklig kompetens och kunskap.

Revisorerna bedömer att det finns en påtaglig risk att kraven utifrån lagstiftning och föreskrifter avseende kvalitetsarbetet inte efterlevts vid det aktuella boendet. Revisorerna bedömer även, baserat på ansvarsprövningsgrunderna i god revisionsred, att det finns en påtaglig risk för att medborgare i form av brukare som tagit del av kommunens tjänster åsamkats väsentlig och allvarlig skada. Därtill finns, baserat på god revisionsred, en risk för att händelserna allvarligt påverkat allmänhetens förtroende för Umeå kommun i stort och äldreomsorgen i synnerhet. Revisorerna har därför beslutat att genomföra en fördjupad granskning av det systematiska kvalitetsarbetet på Dragonens vård- och omsorgsboende.

2.1 SYFTE OCH REVISIONSFRÅGOR

Granskningen har syftat till att bedöma om äldrenämnden säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete på Dragonens vård- och omsorgsboende.

Granskningen har omfattat följande revisionsfrågor:

- Har äldrenämnden säkerställt en tillräcklig styrning, ledning och kontroll av det aktuella vård- och omsorgsboendet?
- Har äldrenämnden säkerställt att första linjens chefer vid det aktuella vård- och omsorgsboendet har förutsättningar att kunna utöva ansvaret för kvalitetsarbetet?

¹ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – Handbok för tillämpning av föreskrifterna (Socialstyrelsen).

- Har äldrenämnden säkerställt att arbetet med riskanalys och egenkontroll hanteras korrekt vid det aktuella vård- och omsorgsboendet?
- Har äldrenämnden säkerställt att avvikelser och Lex Sarah hanteras korrekt vid det aktuella vård- och omsorgsboendet?
- Har äldrenämnden säkerställt att rapporterings- och dokumentationsskyldigheten hanteras korrekt vid det aktuella vård- och omsorgsboendet?
- Har äldrenämnden säkerställt att personal vid det aktuella vård- och omsorgsboendet har tillräcklig kunskap utifrån kvalitetsarbetet?
- Har äldrenämnden vidtagit tillräckliga åtgärder, både generella och specifika, med anledning av händelserna på det aktuella vård- och omsorgsboendet?
 - Hur styr och följer äldrenämnden upp kvaliteten i verksamheten?

2.2 AVGRÄNSNING

Granskningen har avgränsats till att avse det systematiska kvalitetsarbetet på Dragonens vård- och omsorgsboende. Granskningen avser äldrenämnden.

2.3 REVISIONSKRITERIER

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

Kommunallagen (2017:725): Enligt kommunallagen har nämnderna ansvar för att var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. Likaså ska nämnderna se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt.

Socialtjänstlagen (2025:400): Enligt socialtjänstlagen ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. God kvalitet innebär bland annat att vården och omsorgen ska vara trygg och säker. Därtill framgår i socialtjänstlagen att ansvarig nämnd systematiskt och fortlöpande ska följa upp, utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Vad gäller personalens utbildning och erfarenhet framgår i socialtjänstlagen att personal som utför uppgifter inom socialtjänsten, exempelvis äldreomsorgen, ska ha lämplig utbildning och erfarenhet. Vidare framgår i socialtjänstlagen hur allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden ska hanteras genom att dokumenteras, utredas, avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål. Likaså ska anmälan snarast ske till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (2011:9) med tillhörande handbok: Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter som avser att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Därtill har Socialstyrelsen utfärdat en handbok som närmare beskriver hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas.

2.4 METOD

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, intervjuer, fördjupad genomgång av avvikelser och Lex Sarah samt journaler.

Dokumentstudier har genomförts av rutiner och riktlinjer inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet, exempelvis avseende avvikelser, Lex Sarah, rapporterings- och dokumentationsskyldighet, journalföring med mera.

Intervjuer har genomförts med äldrenämndens presidium, äldreomsorgsdirektör, kvalitetschef, socialt ansvarig samordnare (SAS), verksamhetsutvecklare (3 personer), verksamhetschef för vård- och omsorgsboende, enhetschefer vid Dragonens vård- och omsorgsboende (4 personer), ett urval av omsorgspersonal (cirka 20 personer) respektive legitimerad personal innefattande sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter (6 personer), medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), verksamhetschef samt biträdande verksamhetschef för hälso- och sjukvård och enhetschef för hälso- och sjukvård.

Utöver dokumentstudier och intervjuer har en fördjupad genomgång genomförts av rapporterade avvikelser på Dragonens vård- och omsorgsboende för perioden 2023–2025. Vidare har det skett en genomgång av aktuella Lex Sarah-utredningar vid vård- och omsorgsboendet samt de brukares journaler som Lex Sarah-rapporterna avser.

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



Samtliga intervjuade har fått möjlighet att faktagranska rapporten.

3 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

3.1 ORGANISATION OCH ANSVAR

3.1.1 Äldrenämnden

Äldrenämnden ansvarar enligt *Reglemente för Umeå kommuns styrelse och nämnder*² för kommunens insatser inom äldreomsorg samt hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå i den enskildes hem för personer som är 65 år och äldre. Nämnden ansvarar för att verksamheten bedrivs och utvecklas i enlighet med den lagstiftning som reglerar vård och omsorg.

Äldrenämnden ger service, vård och omsorg i form av hemtjänst, hemsjukvård samt stödinsatser som dagverksamhet, korttidsboende och anhörigstöd. När en person har behov av heldygnsomsorg och mer omfattande hälso- och sjukvård görs en bedömning av behovet av plats på ett vård- och omsorgsboende.

3.1.2 Dragonens vård- och omsorgsboende

Underställt äldrenämnden finns äldreomsorgsförvaltningen. Förvaltningen leds av en äldreomsorgsdirektör som styr hur verksamheten ska bedrivas och verkställer politiska beslut³. Äldreomsorgsförvaltningen är uppdelad i fyra verksamhetsområden; "Utredning äldre och prevention", "Din kommunala hemtjänst", "Vård- och omsorgsboende, korttidsvistelse" samt "Hälso- och sjukvård (i hemmet och på vård- och omsorgsboende)". Respektive verksamhetsområde leds av en verksamhetschef och biträdande verksamhetschefer.

Dragonens vård- och omsorgsboende ingår i verksamhetsområdet "Vård- och omsorgsboende, korttidsvistelse". Dragonen består av två huskroppar och totalt finns 96 boendeplatser. Varje huskropp har tre våningsplan med totalt 16 lägenheter per våningsplan. Varje våning har en arbetsgrupp. Totalt finns fyra olika enheter som respektive leds av en enhetschef. Enheterna består i sin tur av olika avdelningar. Förutsättningarna skiljer sig dock åt mellan enheterna, exempelvis vad gäller antal medarbetare och antal boende, och i granskningen lyfts att detta gör det svårt att generalisera Dragonen som en enhetlig verksamhet. En av avdelningarna är även särskilt inriktad mot brukare med mer omfattande och komplexa vårdbehov.

3.2 STYRNING, LEDNING OCH KONTROLL

3.2.1 Styrning och ledning

3.2.1.1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Äldrenämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete beskrivs i ett styrande dokument⁴. Dokumentet beskriver tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2011:9) i det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen. Det framgår att

² Kommunfullmäktige, 2025-12-15

³ Äldrenämndens verksamhetsplan 2025

⁴ Äldrenämnden 2024-09-26 § 87

ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla samt säkra verksamhetens kvalitet.

I dokumentet beskrivs ansvarsfördelningen i det systematiska kvalitetsarbetet, vilket är uppdelat mellan äldreomsorgsdirektör, verksamhetschefer, biträdande verksamhetschefer, enhetschefer, medarbetare, SAS, MAS och MAR⁵. Respektive funktions ansvar kan sammanfattas på följande vis:

- Äldreomsorgsdirektör: Förvaltningschefen är ytterst ansvarig inför äldrenämnden och ansvarar för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten utifrån nämndens mål och uppdrag. Direktören ska bevaka verksamhetens totala resursbehov för att säkerställa kvalitetsarbetet på kort och lång sikt.
- Verksamhetschef: Ansvarar för att skapa övergripande strukturer, processer och rutiner för sitt verksamhetsområde samt för att möjliggöra medarbetarnas delaktighet i ett aktivt kvalitetsarbete. Biträdande verksamhetschef: Biträdande verksamhetschef ansvarar för uppgifter/områden som verksamhetschef beslutat om.
- Enhetschef: Ansvarar för sin verksamhet och ska tillsammans med sina medarbetare bedriva och dokumentera det verksamhetsnära kvalitetsarbetet. Enhetschef ansvarar för att verksamheten aktivt arbetar med förbättringar, i form av riskanalyser, egenkontroller, avvikelser, synpunkter och klagomål.
- Medarbetare: Medarbetare ska vara delaktiga och engagerade i kvalitetsarbetet. Medarbetare ska ha kännedom om ledningssystemet och ha kunskap samt arbeta efter om de rutiner och processer som finns.
- SAS: SAS har ansvar för att skapa övergripande rutiner för förvaltningen inom ramen för det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet. SAS stödjer verksamheterna i kvalitetsarbetet och ansvarar även för att utreda missförhållanden enligt Lex Sarah samt anmäla till IVO.
- MAS och MAR: Ansvarar i enlighet med bestämmelser i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) bland annat för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet och att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat.

I dokumentet beskrivs även övergripande arbetssätt och skyldigheter avseende avvikelser, Lex Sarah, Lex Maria, klagomål och synpunkter samt riskanalys och egenkontroll (se avsnitt 3.3 och 3.4 för närmare beskrivningar av dessa delar).

I flera intervjuer framhålls att det finns en utmaning inom förvaltningen när det gäller att förstå hur det systematiska kvalitetsarbetet är uppbyggt och hur de olika delarna hänger samman med ledningssystemet. Detta uppges såväl gälla medarbetare som chefer. Under 2025 har därför flera utvecklingsarbeten inom äldreomsorgsförvaltningen med målet att stärka och ytterligare strukturera det systematiska kvalitetsarbetet pågått. Ett sådant utvecklingsarbete är "Ledningens

⁵ Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

genomgång". I nämndens *Kvalitetsberättelse 2024* beskrivs ledningens genomgång som nämndens möjlighet att minst en gång per år gå igenom ledningssystemet för att bedöma om det följs och om det fortsatt är relevant för verksamheten. I intervjuer framförs att arbetet har påbörjats och det påpekas även att det redan idag genomförs aktiviteter som syftar till att följa upp ledningssystemet, exempelvis olika stickprov. Dock beskrivs dessa inte fullt ut integrerade i ett sammanhållet arbetssätt. I kvalitetsberättelsen framgår vidare att ett kvalitetsråd skulle inrättas under 2025. Rådet beskrivs som ett forum där samtliga verksamheter inom äldreomsorgen gemensamt tar del av aggregerade kvalitetsdata för analys, identifiering av åtgärder och uppföljning, med målet att stärka och utveckla det systematiska kvalitetsarbetet. I intervjuer framkommer även att lokala kvalitetsråd planeras på varje boende. En arbetsordning för kvalitetsrådet har enligt uppgift tagits fram, men rådet har ännu inte påbörjat sitt arbete.

3.2.1.2 Mål för verksamheten

I äldrenämndens *Verksamhetsplan och budget 2025* fastställs visionen "Tillsammans för ett bättre liv – livet ut". Nämndens övergripande mål för att nå visionen är "Självständighet i hemmet" samt "Trygg och säker vård och omsorg". För att arbeta med de övergripande målen har nämnden fastställt fyra strategier som ska vägleda organisationen i arbetet och prioritera fokus för utveckling av verksamheterna såväl som nämndens egna prioriteringar; "Samarbeta", "Förbygga", "Kompetensförsörja" och "Digitalisera".

Kommunfullmäktige beslutade inte om några tilläggsuppdrag till nämnden för år 2025, däremot kvarstod tilläggsuppdrag från år 2024. Dessa uppdrag var att:

- Öka omställningen av nämndernas verksamheter för att klara grunduppdraget i takt med att personalbristen ökar.
- Öka samarbetet och ansvarstagandet över förvaltnings- och nämndgränser.

I verksamhetsplanen anger nämnden hur verksamheten ska arbeta med tilläggsuppdragen. Nämnden ger även två tilläggsuppdrag till förvaltningen:

- Ta fram pilotprojekt där personalen får möjlighet att styra över planeringen av scheman utifrån lagar, avtal, budget och brukarnas behov
- Se över rutin för hur lex Sarah och lex Maria anmälningar samt utredningar rapporteras till äldrenämnden

I verksamhetsplanen framgår även hur äldrenämnden ska arbeta med kommunövergripande personalpolitiska mål. Vidare beskrivs kvalitetsarbetet i äldrenämndens verksamheter. Det framgår att äldrenämndens ambition är att de äldre ska få sina behov tillgodosedda med minsta möjliga väntan efter beslut om beviljad insats, och att de ska möta kompetent personal. Det anges även att verksamheterna ska arbeta systematiskt med att utveckla och säkra kvalitet med utgångspunkt i nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

3.2.2 Uppföljning och kontroll

3.2.2.1 Uppföljning

Kvalitetsberättelse

Äldrenämnden följer årligen upp förvaltningens kvalitetsarbete i en kvalitetsberättelse. I *Kvalitetsberättelse 2024* redovisas bland annat antal klagomål, avvikelser, Lex Sarah-rapporter och Lex Sarah-anmälningar per verksamhetsområde. Dokumentet beskriver också de förbättrings- och utvecklingsarbeten som genomförts under året samt den övergripande kvalitetsutveckling som planeras att fortsätta kommande år.

Månadsrapporter och tertialrapporter

Enhetschefer på Dragonens vård- och omsorgsboende ska månadsvis rapportera information avseende ekonomi, arbetsmiljö och kvalitet till biträdande verksamhetschef. Vid varje tertial tas även en rapport fram som skickas till verksamhetschefen för vård- och omsorgsboendet. Tertialrapporten inkluderar enhetschefernas sammanfattning och analys för perioden avseende ekonomi, kvalitet och arbetsmiljö. Särskilda satsningar och prioriteringar ska återredovisas, t ex följsamhet till egenkontroll för dokumentation, stjärnmärkningsinförande och arbete med personcentrerat förhållningssätt.

Veckorapporter

Dragonens vård- och omsorgsboende följs utöver månads- och tertialrapporter upp genom veckovisa veckorapporter/veckoavstämningar. Veckoapporteringen har pågått sedan vintern år 2024. Rapporteringen sker med anledning av de missförhållanden som uppmärksammats i verksamheten under de senaste åren. I rapporterna redovisas exempelvis information om strukturerad överrapportering, veckoträffar/miniteam, stjärnmärkning, förstärkning/Vak, antal aktuella genomförandeplaner, antalet avvikelser, personalinsatser, arbetsmiljö, tillgänglighet, bemötande mellan boende och personal samt klagomål och synpunkter. Informationen rapporteras till äldreomsorgsdirektör och äldrenämndens presidium.

3.2.2.2 Intern kontroll

I äldrenämndens *Internkontrollplan för år 2025*⁶ har nämnden fastställt kontrollmoment för året utifrån en genomförd riskanalys. Totalt fastställdes nio kontrollområden och bland dessa förekommer en kontroll som har en tydlig koppling till kvalitetsarbetet:

Kontrollområde	Identifierad risk	Åtgärd	Kontrollmoment	Ansvarig
Systematiskt kvalitetsarbete	Brister i samarbete mellan vård- och omsorgspersonal kan leda till försämrad kvalitet för vård- och omsorgstagare	Införa en mötes- och samarbetsstruktur mellan HSL och SOL Genomgå Socialstyrelsens utbildning i teambaserade arbetssätt. Följa risker och avvikelser och införa strukturerad återkoppling	Månatlig uppföljning i ledningsgrupp. Genomförd utbildning. Genomförd strukturerad återkoppling Kvalitetsberättelse/Patientsäkerhetsberättelse	Verksamhetschefer SOL/HSL Kvalitetschef

⁶ Äldrenämnden 2024-11-21, § 120

I flera intervjuer har brister relaterat till samverkan mellan omsorgspersonal (SoL) och vårdpersonal (HSL) lyfts, i enlighet med risken som identifierats i nämndens riskanalys och internkontrollplan. Yrkesprofessionerna är uppdelade inom olika organisationer och det beskrivs i intervjuer att de olika yrkesrollerna under senare år mer arbetat utifrån sina egna professioner snarare än i samverkan. Det beskrivs att problemen varit strukturella, men i vissa fall har även utmaningar funnits i samarbete på individnivå. Detta beskrivs ha påverkat möjligheten till att samarbeta kring brukare på ett bra sätt och skapat risker relaterat till patientsäkerheten. Samarbetssvårigheterna uppges ha skapat olika konflikter som påverkat arbetsgrupperna. Det framförs även att det varit en hög omsättning bland sjuksköterskor, vilket har lett till bristande kontinuitet i arbetet. Detta identifierades även som ett prioriterat område för år 2025 i äldrenämndens *Patientsäkerhetsberättelse år 2024*⁷. Även i *Kvalitetsberättelse 2024* framgår att det pågår arbete med att förbättra samverkan genom workshops för alla chefer i de två organisationerna. Enligt uppgift pågår även implementering av nya mötesstrukturer mellan verksamheterna. Detta uppges förväntas ge positiva effekter på samverkan och samarbete. I intervjuer förmedlas att samverkan har förbättrats under senare tid.

Nämndens internkontrollplan följdes upp av nämnden i januari 2026. I internkontrollrapporten framgår att en ny mötesstruktur mellan organisationerna finns implementerad och att samarbetet även kommer att stärkas via lokala kvalitetsråd som kommer inrättas under året. Vad gäller införandet av strukturerad återkoppling när det gäller avvikelser och risker framgår att strukturer för det systematiska arbetet har identifierat behov av översyn av avvikelseprocessen. Översynen uppges pågå.

3.2.3 Enhetschefers förutsättningar

Som tidigare nämnts består Dragonens vård- och omsorgsboende av fyra olika enheter och respektive enhet leds av en enhetschef. I intervjuer framkommer att enhetscheferna upplever att de har möjlighet att arbeta med kvalitetsfrågor och att det finns stödfunktioner i olika delar av chefernas uppdrag. Tidigare fanns tre enhetschefer, men en fjärde tillsattes bland annat för att avlasta och skapa bättre förutsättningar i chefskapet.

Det framförs dock att det finns flera faktorer som påverkar enhetschefernas förutsättningar. Flera chefer beskriver bland annat att de har ett högt antal medarbetare, vilket begränsar tiden för ett mer aktivt och systematiskt kvalitetsarbete. Detta beskrivs i sin tur påverka förutsättningarna att arbeta nära verksamheten och följa upp kvalitetsfrågor på ett strukturerat sätt. I sammanhanget lyfts också att vissa chefer ansvarar för både dag- och nattpersonal som en utmaning. Detta mot bakgrund av att de sällan träffar nattpersonalen. I tabellen nedan redovisas antalet tillsvidareanställda på respektive enhet i december år 2025.

Enhet	December 2025
Dragonen 1	29
Dragonen 2	38

⁷ Äldrenämnden, 2025-02-14

Dragonen 3	25
Dragonen 4	28

Av intervjuerna framgår också kompetensförsörjningsutmaningar som en faktor som försvårar arbetet på Dragonens vård- och omsorgsboende. Det beskrivs finnas svårigheter att rekrytera personal, vilket i sin tur påverkar både utbildnings- och kompetensnivån i verksamheten. I intervjuer framhålls att dessa utmaningar oftast blir särskilt tydliga inför sommarperioden, då bemanningssituationen är som mest ansträngd. Det har även framförts att vissa enheter under olika perioder bemannats med stort antal vikarier och få ordinarie medarbetare, något som enligt de intervjuade kan bidra till kvalitetsbrister i verksamheten.

Därutöver beskrivs omsättning och sjukfrånvaro bland personalen vara en utmaning som påverkar enheter på vård- och omsorgsboendet, specifikt när det gäller kontinuitet i förhållande till brukarna och i arbetsgruppen. I tabellen nedan redovisas personalomsättning samt ackumulerad sjukfrånvaro per enhet per enhet under år 2025.

Enhet	Personalomsättning 2025	Akkumulerad sjukfrånvaro
Dragonen 1	18,8%	8,8%
Dragonen 2	6,7%	14,3%
Dragonen 3	7,1%	16%
Dragonen 4	18,9%	10,9%

I intervjuer framförs att det införts olika typer av insatser för att behålla personal, exempelvis kopplat till kompetensutveckling.

3.2.4 Bedömning

Vi bedömer att äldrenämnden i **allt väsentligt** säkerställt en tillräcklig styrning, ledning och kontroll av det aktuella vård- och omsorgsboendet.

Enligt socialtjänstlagen är äldrenämnden ansvarig för att systematiskt och fortlöpande följa upp, utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Vi konstaterar att nämnden har beslutat om ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet och nämndens verksamhetsplan innehåller styrning av verksamheten som bidrar till att säkra kvaliteten. Vi bedömer dock att det finns utvecklingsområden relaterat till systematik och struktur i ledningssystemet som bidrar till att skapa ett otydligt fokus på utveckling och förbättring.

Vad gäller uppföljning och kontroll konstaterar vi att nämndens presidium följer upp Dragonens vård- och omsorgsboende veckovis, där olika kvalitetsaspekter redovisas. Veckorapporterna har

införts med anledning av tidigare missförhållanden i verksamheten, vilket vi bedömer visar på en förstärkt kontroll av det aktuella vård- och omsorgsboendet. Vidare följs Dragonen upp genom månadsrapporter i förvaltningen.

I granskningen framkommer dock återkommande att det finns samverkansproblem mellan omsorgspersonal (SoL) och hälso- och sjukvårdspersonal (HSL), vilket påverkat både kvalitet och arbetsmiljö. Problemen har varit både strukturella och individrelaterade och har påverkat möjligheten till ett sammanhållet arbete kring brukarna. Vi noterar att åtgärder har initierats, såsom workshops och nya mötesstrukturer samt att de i intervjuer beskrivs att samarbetet förbättrats över tid. En välfungerande samverkan mellan personalgrupperna är enligt vår bedömning en grundläggande förutsättning för att säkerställa en trygg, säker och sammanhållen vård och omsorg. Vi bedömer därför att det är av vikt att fortsatt arbeta aktivt för att stärka samverkan och säkerställa att eventuella hinder åtgärdas.

Vi bedömer att äldrenämnden **endast delvis** säkerställt att första linjens chefer vid det aktuella vård- och omsorgsboendet har förutsättningar att kunna utöva ansvaret för kvalitetsarbetet.

Utifrån granskningen konstaterar vi att enhetscheferna vid vård- och omsorgsboendet i hög grad upplever att de har möjlighet att arbeta med kvalitetsfrågor och att det finns stödfunktioner som kan bistå i olika delar av uppdraget. Vi noterar även att det tillsatts en extra enhetschef för att förbättra enhetschefernas förutsättningar.

Samtidigt framkommer faktorer som sammantaget begränsar förutsättningarna för ett fullt ut systematiskt kvalitetsarbete. En utmaning är att vissa enhetschefer ansvarar för ett stort antal medarbetare, vilket minskar möjligheten att arbeta nära verksamheten och följa upp kvalitetsfrågor på ett strukturerat sätt. Även kompetensförsörjningsutmaningar uppges påverka verksamheten och enhetschefernas uppdrag. Personalomsättningen och sjukfrånvaron är dessutom hög på vissa enheter, vilket ytterligare påverkar stabiliteten och förutsättningarna för ett långsiktigt kvalitetsarbete. För att säkerställa att kvalitetsarbetet kan prioriteras i tillräcklig uträkning bedömer vi att det är av vikt att det finns förutsättningar som möjliggör att chefer kan fullgöra sina uppdrag vad gäller kvalitetsarbetet.

3.3 RISKANALYS OCH EGENKONTROLL

3.3.1 Riskanalys

I *Äldrenämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* framgår att verksamheterna fortlöpande ska bedöma om det finns risk för händelser som skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Vi har inom ramen för granskningen tagit del av en mall för riskanalyser som innehåller ett riskanalysschema för att identifiera och värdera risker, analysera bakomliggande orsaker och föreslå åtgärder som kan minska riskerna eller deras konsekvenser. I mallen anges att riskanalys är särskilt relevant när det finns risk att enskilda brukare kan utsätta sig själva eller andra för riskfyllda situationer. Om riskanalysen avser en enskild person ska den

förvaras i personakten, och en journalanteckning ska göras om att analysen genomförts. Åtgärderna ska även återspeglas i genomförandeplanen.

I intervjuer framförs att riskanalyser görs på olika nivåer i verksamheten. Det lyfts exempelvis att riskanalyser genomförs på övergripande nivå vid större förändringar i verksamheten, och på brukarnivå i samband med att en ny boende flyttar in. Av intervjuer framgår dock att det inte är tydligt när riskanalyser utöver dessa situationer ska genomföras och hur de ska genomföras.

3.3.2 Egenkontroller

Enligt *Äldrenämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* ska arbetet med egenkontroller göras med den frekvens och omfattning som krävs. Egenkontroll innebär enligt ledningssystemet att verksamheten utvärderar sina resultat i förhållande till de fastställda processerna och rutinerna för att uppnå önskat resultat. Det ges även exempel på informationskällor som kan användas i arbetet med egenkontroller, däribland patient- och brukarenkäter, avvikelserapporter och kvalitetsregister.

I intervjuer beskrivs arbetet med egenkontroller vara ostrukturerat och ske utan tydlig systematik. I våra intervjuer varierar även kännedomen kring vilka egenkontroller som ska genomföras specifikt på Dragonens vård- och omsorgsboende. Det påpekas dock att detta kan bero på att begreppet "egenkontroll" inte används i organisationen, utan att egenkontroller kan benämnas som andra typer av aktiviteter. Vi har inom ramen för granskningen tagit del av en egenkontrollplan och riskanalys för verksamhetsområdet "Vård- och omsorgsboende", dock varierar kännedomen om dessa planer bland intervjuade. I egenkontrollplanen för år 2026 framgår olika egenkontroller, men även olika uppföljningsaktiviteter som att säkerställa att verksamhetsplan efterlevs och att verksamheten bedrivs inom fastställd budgetram. I planen framgår bland annat följande egenkontroller:

Risk	Åtgärd	Uppföljning/egenkontroll	Ansvarig
Brister i efterlevnad av egenkontroll dokumentation	Mall för egenkontroll av dokumentation finns framtagen och ska användas av alla chefer. Dokumentationshandledare genomför stickprovskontroller av kvaliteten på genomförandeplanerna	Per månad på verksamhetsuppföljning och Per tertial i tertialrapportering Årligen i samband med årsbokslut	<i>Enhetschef</i> <i>Dokumentationshandedare</i>

Brister i hantering av klagomål och avvikelser enligt rutin	<p>Dialog med enhetschefer på verksamhetsuppföljning angående hantering och rapportering av klagomål och avvikelser.</p> <p>I enlighet med årshjul lyfts arbetet/rutiner kring klagomål och avvikelser på APT för omsorgspersonalen varje år</p> <p>Enhetschefer och dokumentationsombud utbildas vid introduktion och har fått repetition avvikelshantering.</p>	<p>Årlig uppföljning vid årets sista verksamhetsuppföljning för samtliga åtgärder</p> <p>Årsbokslut</p>	<p><i>Verksamhetschef</i></p> <p><i>Enhetschef</i></p> <p><i>Verksamhetschef och enhetschef</i></p>
Brister i att säkra att rutiner är kända i verksamheten	<p>Medarbetare får information om vart de kan hitta rutiner på arbetsplatsträffar.</p> <p>I enlighet med årshjul ska vissa rutiner särskilt gås genom årligen: Rutiner för Lex Sara och Lex Maria, Basala hygienrutiner, Brandskyddsrutiner.</p> <p>Genomgång av rutiner för området</p>	<p>Årlig uppföljning vid årets sista verksamhetsuppföljning</p>	<p><i>Enhetschef</i></p> <p><i>Enhetschef</i></p>
Brister i samarbete mellan omsorgs- och vårdpersonal	<p>Att implementera den nya mötesstrukturen mellan sol och hsl-verksamhet, med gemensamma flöden för information och beslutsvägar.</p> <p>Följa upp implementeringen av mötesstruktur och hur samarbetet fungerar</p>	<p>Vid årsbokslut</p> <p>Vid årsbokslut</p>	<p><i>Verksamhetschef</i></p> <p><i>Verksamhetschef</i></p>

I ett upprättat årshjul framgår även att dygnsfastemätningar och egenkontroller av dokumentation ska genomföras som en egenkontroll på vård- och omsorgsboendet.

I intervjuer framkommer att det finns oklarheter kring hur och vem som beslutar om egenkontroller som gäller för Dragonens vård- och omsorgsboende. Det uppges inte heller ske något arbete på enhetsnivå med att identifiera kompletterande egenkontroller, exempelvis utifrån lokala riskanalyser som identifierar specifika risker och utmaningar för särskilt Dragonens vård- och omsorgsboende. I faktakontrollen av denna rapport har biträdande verksamhetschefer framfört att

egenkontroller och aktiviteter bland annat tas fram utifrån de övergripande resultaten i brukarundersökningar.

3.3.3 Bedömning

Vår bedömning är att äldrenämnden **endast delvis** säkerställt att arbetet med riskanalys och egenkontroll hanteras korrekt vid det aktuella vård- och omsorgsboendet.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) ska verksamheten fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. I arbetet ingår att uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar samt att bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. I granskningen framkommer att riskanalyser och riskbedömningar genomförs på vård- och omsorgsboendet i viss utsträckning, och vi har tagit del av en mall som delvis beskriver hur arbetet ska gå till. Samtidigt bedömer vi att det saknas tydliga rutiner för när riskanalyser ska genomföras, hur de ska genomföras och vem som ska genomföra analyserna. Vi bedömer att avsaknaden av sådana rutiner kan innebära en risk för att riskhantering inte sker systematiskt och strukturerat. Vi bedömer utifrån detta att det finns ett behov av att stärka arbetet med riskanalyser och säkerställa att det finns tydliga rutiner för arbetet.

När det gäller egenkontroller ska verksamheten enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) genomföras med den frekvens och omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Vi konstaterar att det inom verksamhetsområdet upprättas egenkontrollplaner innehållande egenkontroller som ska göras, bland annat relaterat till dokumentation. Vi bedömer dock utifrån vår granskning att det saknas systematik och struktur i arbetet med egenkontroller på Dragonens vård- och omsorgsboende, där kännedomen om vilka egenkontroller som genomförs varierar. Vi konstaterar även att det inte går att verifiera att de egenkontroller som genomförs baseras på riskanalys och därav är de egenkontroller som är mest lämpliga att utföra för att säkerställa kvaliteten på vård- och omsorgsboendet. Vidare noterar vi att riskanalyser relaterat till egenkontroller inte görs systematiskt på enhetsnivå. Vi anser att riskanalyser på enhetsnivå skapar förutsättningar för att identifiera och hantera verksamhetsspecifika risker som bidrar till det förebyggande kvalitetsarbetet.

Vi konstaterar också att flera av de egenkontroller som ingår i egenkontrollplanen inte utgör kontroller, utan främst åtgärder och uppföljning av åtgärderna. Enligt ledningssystemet syftar egenkontroller till att "utvärdera sina resultat i förhållande till de fastställda processerna och rutinerna för att uppnå önskat resultat", dvs. om arbetsätten följs och om de leder till önskat resultat.

3.4 AVVIKELSER, LEX SARAH OCH DOKUMENTATION

3.4.1 Avvikelsehantering

3.4.1.1 Riktlinjer och rutiner

Av Äldrenämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att verksamheterna ska identifiera och hantera avvikelser som medfört eller hade kunnat medföra oönskade händelser för brukare, patienter eller medarbetare. Ledningssystemet hänvisar till att avvikelser ska hanteras i enlighet med rutiner för avvikelsehantering som finns tillgängliga via intranätet och i förvaltningens rutinbibliotek.

I rutinen *Avvikelsehantering enligt SoL och LSS*⁸ beskrivs vad en avvikelse är, rapporteringsskyldigheten samt hur avvikelser ska rapporteras och hanteras. Vidare finns även en checklista för avvikelsehanteringsprocessen för äldreomsorg och funktionshinderomsorg⁹. Checklistan konkretiserar processen i fem steg: registrering, händelseanalys, beslut om åtgärd, uppföljning och avslut. I fastställd rutin understryks att avvikelsehantering är en del av det systematiska kvalitetsarbetet och omfattar all personal. En avvikelse definieras som en negativ händelse som medfört eller kunnat medföra risk eller skada för brukare eller patient. I rutinen anges att omedelbara åtgärder ska vidtas för att förhindra fortsatt risk, och att avvikelsen därefter ska registreras i Treservas avvikelsemodul. Händelsen ska även dokumenteras i brukarens sociala journal (eller patientjournal beroende på lagrum).

Det är vidare enhetschef som utreder och analyserar SoL-avvikelser genom en händelseanalys. HSL-avvikelser utreds av en avvikelseutredare som finns inom hälso- och sjukvårdsorganisationen. I rutinen beskrivs hur händelseanalysen och utredning ska ske, och det finns även en mall för händelseanalys som kan användas som stöd. Enligt rutinen ska avvikelsen avslutas inom två månader från rapportering. Efter utredning ska åtgärder vidtas utifrån bakomliggande orsaker. Medarbetare ska involveras och vara delaktiga i arbetet med åtgärder. Enhetschef ansvarar för att de beslutade åtgärderna följs upp för att säkerställa att åtgärderna fått önskad effekt. Vidare ska återkoppling av avvikelser ske av enhetschef på personalmöte, exempelvis vid teamträffar eller liknande.

3.4.1.2 Uppföljning och analys

Som tidigare nämnts i rapporten följs antalet avvikelser på Dragonens vård- och omsorgsboende upp veckovis genom den veckorapportering som sker till äldreomsorgsdirektör och presidium samt genom månadsuppföljningen som sker till biträdande verksamhetschef.

På verksamhetsövergripande nivå följs avvikelser upp i den årliga kvalitetsberättelsen. I kvalitetsberättelsen ska ansvarig verksamhetschef kommentera och analysera avvikelser inom verksamhetsområdet "Vård- och omsorgsboende". I *Kvalitetsberättelse 2024* framgår att en återkommande avvikelse inom verksamhetsområdet är bristande eller utebliven dokumentation. Det anges att en omfördelning av arbetsuppgifter ska stärka kvaliteten i genomförandeplanerna och därmed ge en bättre grund för planering och genomförande av insatser. I vissa verksamheter har

⁸ Godkänd av SAS, reviderad 2025-07-10.

⁹ Godkänd av MAS, MAR och SAS, 2022-06-13

även extra utbildningstillfällen och planeringsdagar genomförts för att förbättra dokumentation, avvikelshantering och analys.

3.4.1.3 Iakttagelser avseende avvikelshantering

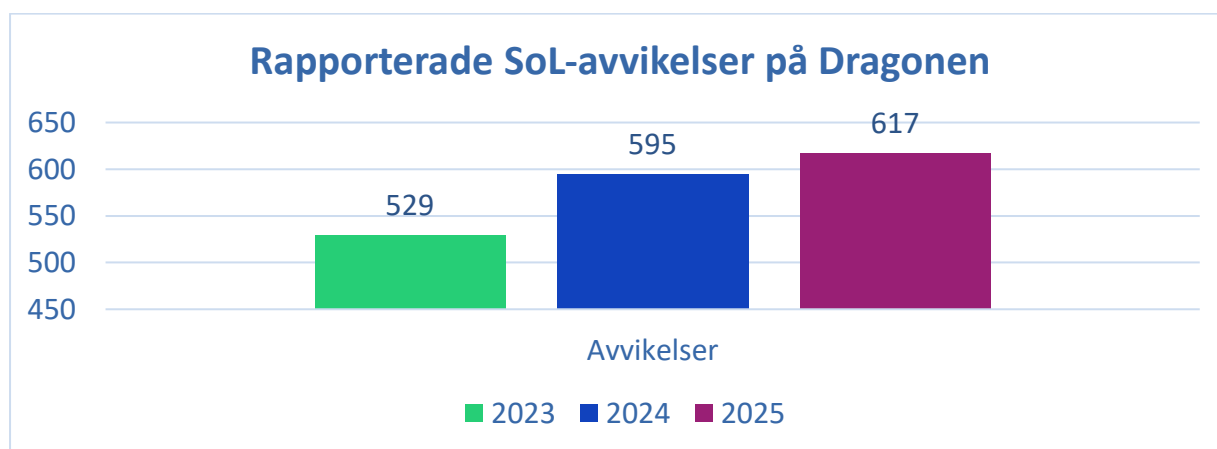
I intervjuerna beskrivs flera utmaningar kopplade till hanteringen av avvikelser på Dragonens vård- och omsorgsboende. Det framkommer dels att det saknas tillräckligt stöd i processen, dels att det avvikelshanteringssystem som används upplevs som administrativt tungt. Enligt de intervjuade leder detta till att avvikelser inte alltid avslutas i tid och att möjligheterna till analys försvåras när systemstödet brister. Det lyfts även att hälso- och sjukvårdsorganisationen har en särskild funktion som tar emot och hanterar samtliga HSL-avvikelser, medan motsvarande stöd saknas för chefer inom vård- och omsorgsboendet. Enligt uppgift pågår en översyn av avvikelshanteringsprocessen för att möta dessa behov.

I intervjuer framkommer att rapporteringskulturen och kunskapen om avvikelser varierar bland personalen på Dragonen. Det framförs att vissa medarbetare ibland uppfattar avvikelserrapportering som att man "rapporterar på sina kollegor", vilket skapar en tveksamhet kring att registrera avvikelser. Det betonas dock att ett aktivt arbete pågår för att förändra denna uppfattning och stärka förståelsen för avvikelser som ett verktyg för lärande och förbättring. Det förekommer också att medarbetare väljer att muntligen informera enhetschefer om avvikelser, varpå cheferna behöver uppmuntra dem att även registrera avvikelserna i systemet för att säkerställa korrekt dokumentation och uppföljning.

En annan bild som framkommer i intervjuerna är att vissa medarbetare upplever att avvikelser sällan leder till konkreta förbättringar i verksamheten. Detta uppges i sin tur minska benägenheten att rapportera avvikelser.

3.4.1.4 Fördjupad genomgång av aktuella avvikelser på Dragonen

Vi har inom ramen för granskningen erhållit en sammanställning över rapporterade SoL- respektive HSL-avvikelser på Dragonens vård- och omsorgsboende. Nedan återfinns en översiktlig analys avseende de rapporterade avvikelserna. Statistiken för 2025 inkluderar perioden januari-november 2025.



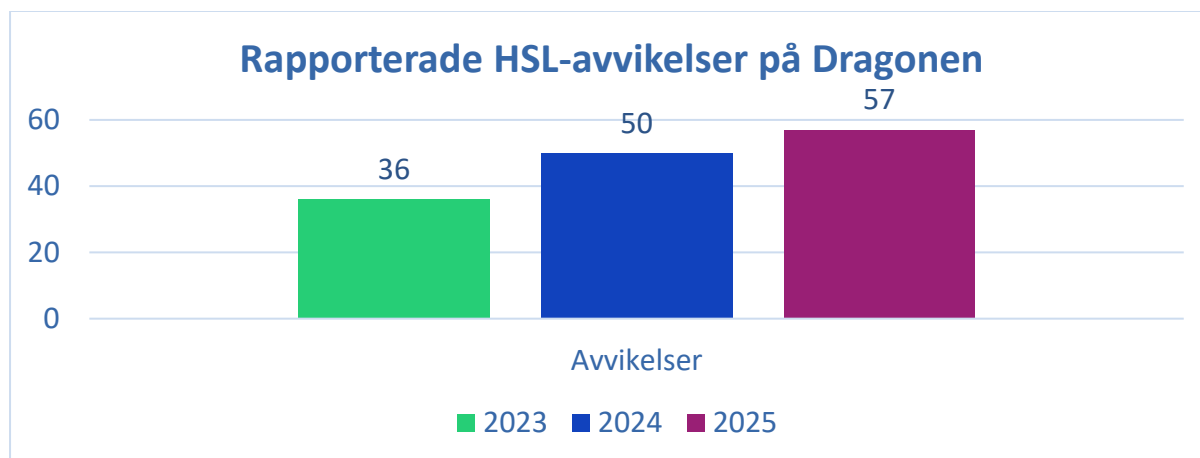
För perioden 2023-november 2025 har det rapporterats totalt 1 741 SoL-avvikelser på Dragonens vård- och omsorgsboende. Antalet avvikelser har ökat årligen. Mellan åren 2023–2025 ökade andelen avvikelser med cirka 16 procent.

Den vanligaste rapporterade avvikelsen är relaterad till fall hos brukare. Antalet fallrelaterade avvikelser uppgick 2023 till 263 (49 procent), under 2024 till 292 (49 procent) och under 2025 till 359 (58 procent). Denna bild bekräftas vid intervju med omsorgspersonal där det framgår att ökningen av denna typ avvikelse ökat eftersom ett antal brukare ramlat ofta under 2025.

Efter fallrelaterade avvikelser är insatsrelaterade avvikelser vanligt. En insatsrelaterad avvikelse kan avse att en beslutad insats inte genomförts eller att insatsen utförts på ett bristfälligt sätt. Antalet insatsrelaterade avvikelser uppgick 2023 till 92 (17 procent), under 2024 till 83 (14 procent) och under 2025 till 98 (15 procent).

Efter insatsrelaterade avvikelser är avvikelser relaterat till säkerhet/trygghet vanligt. En avvikelse relaterad till säkerhet/trygghet kan avse att brukaren lämnat boendet utan följe, brister kopplat till larm, skyddsåtgärd eller brist kopplad till välfärdsteknik. Antalet avvikelser relaterat till säkerhet/trygghet uppgick 2023 till 68 (13 procent), under 2024 till 47 (8 procent) och under 2025 till 60 (9 procent).

Därefter återfinns avvikelser relaterat till exempelvis nutrition, hjälpmedel, hot och våld, brister i vårdkedja med mera.



För perioden 2023-november 2025 har det rapporterats totalt 143 HSL-avvikelser på Dragonens vård- och omsorgsboende. Antalet avvikelser har ökat årligen. Mellan åren 2023–2025 ökade andelen avvikelser med cirka 58 procent.

Den vanligaste rapporterade avvikelsen är relaterad till läkemedel. Antalet läkemedelsrelaterade avvikelser uppgick 2023 till 35 (97 procent), under 2024 till 43 (86 procent) och under 2025 till 52 (91 procent). Läkemedelsrelaterade avvikelser avser exempelvis att brukare ej fått läkemedel, att läkemedel saknas, utebliven signering eller felaktig dos.

Därefter återfinns avvikelser relaterat till brister i vårdkedjan, dokumentation och insats.

3.4.2 Lex Sarah

3.4.2.1 Riktlinjer och rutiner

I *Äldrenämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* beskrivs rapporteringskyldigheten avseende missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden. Det framgår att SAS, på delegation från äldrenämnden, ansvarar för att utreda missförhållanden enligt Lex Sarah samt bedömer om anmälan ska ske till Inspektionen för vård och omsorg.

I en *Rutin för rapportering av missförhållanden enligt Lex Sarah*¹⁰ beskrivs hur missförhållanden eller risker för missförhållande ska rapporteras, utredas och åtgärdas. I rutinen definieras och exemplifieras vad som kan utgöra missförhållanden och det finns även vägledande frågor som kan användas som stöd vid bedömning. Den som uppmärksammar eller på annat sätt får kännedom om ett missförhållande ska omedelbart åtgärda akuta problem. Information om ett missförhållande ska lämnas till närmaste chef för att denna ska ges möjlighet att vidta omedelbara åtgärder. En rapportering enligt Lex Sarah görs på en blankett som finns på intranätet där det tydligt ska anges vad ärendet gäller och vilka åtgärder som eventuellt vidtagits.

Enhetschef ansvarar för att åtgärda missförhållandet utan dröjsmål samt påbörja utredning av missförhållandet genom en händelseanalys. I rutinen beskrivs hur en händelseanalys ska genomföras och vilka frågor som ska besvaras av utredningen. Enhetschef ska också säkerställa rapportering av missförhållande enligt Lex Sarah, informera brukare om rapporten, dokumentera missförhållandet i brukarens sociala journal och informera verksamhetschef om händelsen. Om händelsen också involverar hälso- och sjukvårdspersonal ska enhetschefen kontakta MAS eller MAR för samråd/konsultation. Om brukaren har utsatts för något som kan vara en brottslig handling ska enhetschefen också ta ställning till om händelsen ska polisanmälas, med beaktande av gällande sekretessbestämmelser.

Det är vidare SAS som ansvarar för att diarieföra inkommen rapport samt inleda utredning av missförhållandet. SAS ska inhämta underlag och dokumentation samt besluta om att utredningen avslutas. SAS bedömer också om missförhållandet är allvarligt och ska anmälas till IVO. När utredningen är klar ska resultatet återkopplas av verksamhetens ansvariga chef och användas som ett lärande exempel för att förebygga att liknande situationer uppstår igen. Hur återkopplingen ska genomföras, och om resultatet ska delas med brukaren, avgörs av berörd chef.

3.4.2.2 Uppföljning och analys

Nämnden informeras om Lex Sarah-utredningar genom redovisning av anmälda delegationsbeslut. När det gäller särskilt Dragonen förekommer även annan information om de missförhållanden som inträffat, vilket redovisas närmare i avsnitt 3.6.4. Vid genomgång av protokoll framkommer även att nämnden fått återkommande information vid varje sammanträde gällande Lex Sarah-rapporter sedan augusti år 2025. I faktakontrollen av denna rapport har det framförts att äldrenämndens ordförande alltid har informerats om Lex Sarah.

I den årliga kvalitetsberättelsen redovisas antalet Lex Sarah-utredningar samt anmälningar i förvaltningen. Därtill görs en sammantagen bedömning och analys av Lex Sarah. I *Kvalitetsberättelse*

¹⁰ Godkänd av SAS, reviderad 2025-07-10

2024 framgår att totalt 28 stycken Lex Sarah-rapporteringar förekommit inom vård- och omsorgsboende.

3.4.3 Social dokumentation

3.4.3.1 Riktlinjer och rutiner

I rutinen *Dokumentation vid genomförande av insatser SoL och LSS*¹¹ beskrivs hur genomförande av insatser inom bland annat äldreomsorgen ska dokumenteras. Det framgår att det är enhetschef som ansvarar för att insatsernas genomförande dokumenteras i social journal.

Av rutinen framgår att dokumentation i genomförandet ska antecknas i brukares sociala journal i Treserva och utgå från både uppdraget och genomförandeplanens innehåll. Anteckningarna ska tydligt beskriva om något inträffat som gjort att insatsen helt eller delvis inte kunnat utföras som planerat. Journalen ska inte enbart återge vilka åtgärder som utförts eller uteblivit, utan även ge en bild av hur den enskildes situation förändras och utvecklas över tid. Händelser av betydelse ska dokumenteras och anteckningar ska även innehålla uppgifter om när händelsen har inträffat. Det anges vidare att journalanteckningar ska vara strukturerade och tydligt utformade. Även uppföljning av genomförandet ska dokumenteras i journalen.

När det gäller genomförandeplaner finns det flertalet stödjande dokument; en rutin, hjälptexter som kan användas samt en checklista.

3.4.3.2 Iakttagelser avseende dokumentation

I flera intervjuer framförs att det finns brister i dokumentation och kunskap kring dokumentation på olika delar av Dragonen. Detta i form av att det ofta saknas dokumentation i brukares journaler. Även i de Lex Sarah-utredningar som genomförts vid vård- och omsorgsboendet under de senaste åren framgår att det funnits bristande dokumentation. Även i äldrenämndens *Kvalitetsberättelse 2024* framgår att bristande dokumentation i brukarnas sociala journaler uppmärksammas i samband med utredning av rapporterade missförhållanden. Det uppges att detta i vissa fall har försvårat möjligheten att utreda händelseförloppet och få en bild av vad som hänt.

I intervjuer framförs att Dragonen arbetar med dokumentationsombud och dokumentationshandledare i syfte att förbättra dokumentationen och stärka kompetensen inom området. Det har enligt uppgift också genomförts utbildningsinsatser relaterat till dokumentation.

3.4.4 Bedömning

Vår bedömning är att avvikelser och Lex Sarah **endast delvis** hanteras korrekt vid det aktuella vård- och omsorgsboendet.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) ska den som bedriver socialtjänst rapportera och utreda avvikelser inom verksamheten. Samtlig personal som fullgör uppgifter inom socialtjänsten har skyldighet att rapportera avvikelser. Utifrån vår granskning konstaterar vi att det finns upprättade rutiner för hur avvikelser ska rapporteras, utredas och åtgärdas. I granskningen framkommer dock att rapporteringskulturen och kunskapen om avvikelser varierar bland

¹¹ Godkänd av SAS, 2025-07-01

personalen på Dragonens vård- och omsorgsboende. Det uppges också att vissa medarbetare uppfattar avvikelserapportering som att "rapportera sina kollegor", vilket skapar en tveksamhet att registrera avvikelser. Detta bedömer vi som allvarligt eftersom en bristande rapporteringskultur direkt påverkar verksamhetens förmåga att identifiera risker, upptäcka mönster och vidta nödvändiga förbättringsåtgärder. En bristande rapporteringskultur innebär också att lärandet i organisationen uteblir, vilket ökar risken för att liknande händelser upprepas. Samtidigt noterar vi att antalet avvikelser på Dragonens vård- och omsorgsboende har ökat över tid. En ökning av avvikelser behöver inte nödvändigtvis innebära att antalet avvikelser i praktiken har ökat, utan kan enligt vår bedömning indikera en ökad rapporteringsbenägenhet i verksamheten.

I granskningen framkommer vidare att det finns utmaningar relaterat till hanteringen av avvikelser i avvikelshanteringssystemet, där utredning av avvikelser beskrivs vara tidskrävande utifrån ett administrativt perspektiv. För att säkerställa att avvikelser utreds i enlighet med upprättade riktlinjer bedömer vi att det är av vikt att det finns ett ändamålsenligt systemstöd.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) ska den som bedriver socialtjänst utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande. Vi noterar att det finns upprättade rutiner för rapportering och hanteringen av missförhållanden och risker för missförhållanden. Vi noterar dock att gällande rutin inte innehåller information om hur Lex Sarah-rapporter ska rapporteras i organisationen, exempelvis till nämnden. Nämnden har det yttersta ansvaret för verksamhetens kvalitet och vi bedömer därför att avsaknaden av tydliga rutiner för rapportering till nämnden innebär en risk att nämnden inte får fullständig information om verksamheten.

Vår bedömning är att äldre-nämnden **endast delvis** säkerställt att rapporterings- och dokumentationsskyldigheten hanteras korrekt vid det aktuella vård- och omsorgsboendet.

Som nämnts i bedömningen ovan finns riktlinjer och rutiner vad gäller rapporteringsskyldigheten. Därtill finns rutiner för social dokumentation. Utifrån granskningen konstaterar vi dock att det finns brister i rutinernas efterlevnad på vård- och omsorgsboendet. Det framkommer återkommande att dokumentation är otillräcklig i brukares sociala journaler, vilket även försvårat möjligheten att utreda händelser och förstå vad som faktiskt inträffat. Även nämndens egen kvalitetsberättelse lyfter bristande dokumentation som ett återkommande problem i hela verksamhetsområdet.

Vi noterar att det på Dragonens vård- och omsorgsboende genomförs egenkontroller av dokumentation (se avsnitt 3.3.2), vilket vi bedömer som positivt då det bidrar till att säkerställa efterlevnad av gällande rutiner och skyldigheter. Att väsentlig information inte dokumenteras utgör dock enligt vår bedömning en allvarlig brist. Dokumentationen är central för att säkerställa att den enskildes behov tillgodoses och att insatser planeras och genomförs på ett korrekt sätt. När uppgifter om viktiga händelser eller förändringar i den enskildes situation inte dokumenteras ökar risken för att nödvändiga åtgärder uteblir eller att uppföljning inte sker på ett ändamålsenligt sätt.

3.5 PERSONALENS KUNSKAP

3.5.1 Utbildningsnivåer och kompetens hos personal

I merparten av intervjuerna beskrivs att utbildningsgraden samt lämpligheten bland omsorgspersonalen på Dragonens vård- och omsorgsboende är låg. Detta kopplas framför allt till de rekryteringsvärigheter som tidigare redovisats i rapporten. Bristen på sökande med relevant utbildning och lämplighet innebär att verksamheten i högre utsträckning behöver rekrytera personal utan formell vård- och omsorgsutbildning.

Flera intervjupersoner beskriver att det finns omfattande kompetensbrister hos personal på vård- och omsorgsboendet. Det handlar både om brister i grundläggande omsorgskunskap och om att vissa personer enligt intervjuade bedöms som olämpliga att arbeta på boendet. Olämpligheten beskrivs exempelvis bestå av ett ointresse att utföra arbetet. Detta nämns även i nämndens *Patientsäkerhetsberättelse 2024*, där det framgår att regelbundna utbildningar och stödinsatser för omvårdnadspersonal bör genomföras för att förbättra följsamheten till ordinationer och öka kompetensen inom vård och omsorg. Vid intervju med hälso- och sjukvårdspersonal framgår även att antalet delegeringar till omsorgspersonalen minskat drastiskt de senaste åren på grund av bristande kompetens och lämplighet hos omsorgspersonalen. Detta har i sin tur ökat arbetsbelastningen på hälso- och sjukvårdspersonalen.

Samtidigt lyfts i intervjuer att brukarna på Dragonen ofta har komplexa hälsotillstånd, vilket ställer krav på kunskap som inte all omsorgspersonal bedöms ha. Detta skapar enligt flera intervjupersoner risker kopplat till kvaliteten i vården och omsorgen. Det framkommer även att personal ofta förflyttas mellan olika avdelningar på boendet, vilket påverkar kontinuiteten och kvaliteten i omsorgen. Det beskrivs exempelvis att en omsorgspersonal under en arbetsdag kan arbeta på flera enheter på boendet. Vid intervjuer med omsorgspersonal betonas att detta arbetssätt skapar brister i kvaliteten i omsorgsarbetet eftersom kontinuiteten gentemot brukaren försämras.

Parallellt betonas att det också finns många medarbetare med hög kompetens, och att de identifierade bristerna inte gäller all personal på vård- och omsorgsboendet.

3.5.2 Introduktion av nya medarbetare

Som stöd i introduktionen av ny vård- och omsorgspersonal inom vård- och omsorgsboende finns en checklista¹². Av checklistan framgår att medarbetare ska få information om rapporteringsskyldighet enligt Lex Sarah och Lex Maria, liksom om rutiner för avvikelser och klagomålshantering. Den anger även att systemstöden för avvikelser och dokumentation ska gås igenom samt att rutiner för genomförandeplaner ska introduceras. Utöver detta ska handledare eller medarbetare ge information om det omsorgsnära arbetet, exempelvis basala hygienrutiner och hur olika insatser ska utföras.

Trots stödjande dokument för introduktion av nya medarbetare framförs det i intervjuer med omsorgspersonal att det saknas en tydlig struktur för introduktionen. Checklistan beskrivs inte

¹² Uppdaterad 2025-06-02

alltid tillämpas. Vidare framgår att omsorgspersonal med låg omsorgskunskap kan behöva introducera ny personal vilket skapar en bristande introduktion.

3.5.3 Återkommande utbildningstillfällen och kompetensutveckling

I *Kvalitetsberättelse 2024* framgår att utbildningstillfällen om hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål ges återkommande varje år till medarbetare inom vård- och omsorgsboende. I intervjuer uppges det dock inte förekomma återkommande utbildnings- eller informationsinsatser relaterat till kvalitetsarbetet utifrån något årshjul eller motsvarande på Dragonens vård- och omsorgsboende. I intervjuer med omsorgspersonal framhålls att det saknas systematik när det gäller utbildning för personal.

Inom verksamhetsområdet uppges det pågå ett arbete med att stjärnmärka äldreomsorgen enligt Svenskt Demenscentrums utbildningsmodell. I *Kvalitetsberättelse år 2024* framgår att stjärnmärkningen pågår på flera vård- och omsorgsboenden i förvaltningen och att det ska ge verksamheten struktur i att arbeta med de nationella riktlinjerna vid demenssjukdom och fokus på personcentrerat förhållningssätt.

3.5.4 Bedömning

Vår bedömning är att äldrenämnden **endast delvis** säkerställt att personal vid det aktuella vård- och omsorgsboendet har tillräcklig kunskap utifrån kvalitetsarbetet.

Enligt socialtjänstlagen ska personal som utför uppgifter inom socialtjänsten (exempelvis äldreomsorg) ha lämplig utbildning och erfarenhet. Vidare ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) den som bedriver socialtjänst säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. En del i att säkerställa att personal har en grundläggande förståelse för sina skyldigheter och hur kvalitetsarbetet är organiserat är en tydlig strukturerad introduktion samt återkommande utbildning. Vi konstaterar att det finns strukturer för introduktion av nyanställda genom en upprättad checklista som anger vilken information nya medarbetare ska få, bland annat om rapporteringsskyldighet, avvikelshantering, dokumentation och omsorgsnära arbetsmoment. Granskningen visar dock att checklistan inte alltid tillämpas samt att oerfaren personal uppges introducera ny personal.

När det gäller återkommande utbildningstillfällen framkommer att systematik i hur utbildningar genomförs på Dragonens vård- och omsorgsboende saknas. När utbildningar inte genomförs regelbundet riskerar kunskapsnivån att variera mellan medarbetare och över tid. Detta påverkar i sin tur förutsättningarna för att bedriva en trygg och säker vård och omsorg. Det innebär också att identifierade brister, exempelvis avseende dokumentation och avvikelshantering, inte nödvändigtvis genomförs. I granskningen har det dessutom framkommit att brukarna på det aktuella vård- och omsorgsboendet ofta har komplexa behov, vilket ytterligare förstärker kraven på att personalens kompetens hålls aktuell och uppdaterad.

Vi konstaterar att det i majoriteten av intervjuerna framgår att det finns personal på boendet som saknar utbildning, erfarenhet samt beskrivs vara olämpliga att arbeta som omsorgspersonal. Vidare beskrivs i patientsäkerhetsberättelsen att kunskapen hos omsorgspersonalen behöver öka.

Därtill framgår i genomförda Lex Sarah-utredningar (se avsnitt 3.6) att bristande kunskap hos omsorgspersonal varit en orsak till aktuella brister på vård- och omsorgsboendet. Vi bedömer mot bakgrund av detta att det finns kunskapsbrister hos omsorgspersonalen på Dragonens vård- och omsorgsboende. Kunskapsbristerna riskerar enligt vår bedömning att skapa brister i kvaliteten vad gäller vården och omsorgen för brukarna på boendet. Därtill kan nuvarande arbetssätt vad gäller bemanning, där personal under ett arbetspass arbetar på flera enheter, bidra till försämrad kvalitet beaktat att kontinuiteten och kunskapen om brukaren minskar.

Vi konstaterar vidare att det finns betydande kompetensförsörjningsutmaningar på Dragonens vård- och omsorgsboende, vilket har bidragit till att utbildningsnivån bland omsorgspersonalen är relativt låg. Denna situation är inte unik för Dragonen utan speglar en nationell utveckling där många kommuner har svårt att rekrytera personal med formell vård- och omsorgsutbildning. I Dragonens fall innebär den lägre utbildningsnivån att personalens förutsättningar att arbeta i enlighet med kvalitetskraven och att tillämpa rutiner inom kvalitetsarbetet varierar. Bristen på utbildad personal kan innebära att verksamheten i högre grad behöver anställa medarbetare utan relevant grundutbildning, erfarenhet och lämplighet vilket enligt vår bedömning ställer högre krav på introduktion, utbildning och kontinuerlig kompetensutveckling. Vi konstaterar dock i sammanhanget att det på vård- och omsorgsboendet finns personal med undersköterskekompetens och att verksamheten även har medarbetare med lång erfarenhet. Även fast delegering till omsorgspersonal har minskat över tid, finns det fortsatt personal med delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter på vård- och omsorgsboendet.

3.6 ÅTGÄRDER UTIFRÅN INTRÄFFADE MISSFÖRHÅLLANDEN

3.6.1 Bakgrund

Det har under år 2024 och 2025 förekommit två allvarliga missförhållanden vid Dragonens vård- och omsorgsboende. De två händelserna har inträffat vid två olika enheter/avdelningar i verksamheten. Nedan ges en kort bakgrund till missförhållandena.

Händelse 1

Missförhållandet inträffar i början av november år 2024. I samband med att sjuksköterska och omsorgspersonal ska genomföra omläggning av ett befintligt trycksår uppmärksammas att brukarens behov inte hade tillgodosetts enligt plan, och att det fanns tecken på att nödvändiga insatser inte hade genomförts. Det framkom även att planerade vändningar inte hade följts enligt fastställt vändschema. Trycksåret hade även försämrats. Enligt Lex Sarah-utredningen har det varit svårt för personal att genomföra insatser på ett fullgott sätt utifrån olika omständigheter relaterat till brukaren, bland annat att denne nekat delar av insatser.

Orsaker till att missförhållandet inträffat beskrivs vara ökad arbetsbelastning och låg personaltätthet i personalgruppen, samt att insatser inte har kunnat genomföras då brukaren nekat delar av insatser på grund av smärta. Det framkommer också att omvårdnaden enligt rutin ska utföras av två personer, men att bemanningssituationen vid tillfället gjorde att detta inte var möjligt.

En anmälan till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) görs i december år 2024.

Händelse 2

Missförhållandet inträffar i slutet av juli år 2025. Från och med mitten av juni år 2025 inkommer flertalet klagomål i verksamhetssystemet från en anhörig som anser att det finns brister i omvårdnaden. Initialt handlade klagomålen om disk, städning och blöta sängkläder. Dessa klagomål ska enligt enhetschef hanterats genom samtal med personal. Senare klagomål avser brister i omvårdnaden såsom exempelvis blöta blöjor, viktnedgång och bristande fotvård, trots tidigare klagomål på liknande brister. Enligt Lex Sarah-utredningen försämrades brukarens tillstånd under senare delen av juli och det har framkommit att insatser har uteblivit, vilket bland annat resulterat i ohygieniskt rum och ej utförd fotvård. Det framgår också att vissa uteblivna insatser berodde på att brukaren inte alltid ville ta emot insatser.

Orsaker till missförhållandet beskrivs vara brister i personalens kompetens och erfarenhet under den aktuella tidsperioden, vilket kan ha bidragit till att brukarens försämrade och förändrade tillstånd inte uppmärksammats eller rapporterats till sjuksköterska eller enhetschef. Det saknas även dokumentation för tillfällena då personal inte har fått utföra insatserna. Detta beskrivs delvis bero på att det finns få datorer och gammal utrustning att använda vilket gör att personalen inte hinner dokumentera. När det gäller fotvården har det funnits oklarheter kring vem som ansvarar för att boka fotvård och den ordinarie fotvårdaren var på semester. I övrigt lyfts omständigheter relaterat till brukaren som påverkat insatserna.

En anmälan till IVO görs i oktober år 2025.

3.6.2 Åtgärder på Dragonens vård- och omsorgsboende

3.6.2.1 Tidigare pågående åtgärder

Vid den enhet/avdelning där Händelse 1 inträffar framkommer i intervjuer att det redan före missförhållandet fanns en handlingsplan med åtgärder. Handlingsplanen togs fram eftersom antalet avvikelser ökade kraftigt under våren 2024, vilket ledde till att verksamheten och ledningen identifierade behov av att vidta åtgärder och följa avdelningen närmare utifrån de brister som uppmärksammats. I handlingsplanen framgår följande åtgärder:

Brister	Åtgärd
---------	--------

Brister i det dagliga omvårdnadsarbetet.	<p>Microutbildningar av enhetschef och sjuksköterskor från maj 2024. Fokusområden under fem veckor, därefter nytt fokusområde.</p> <p>Extern sjuksköterska från okt 2024 i syfte att utbilda personalen, Microutbildningar enligt ovan pausas utifrån denna åtgärd.</p> <p>Handledande undersköterska från november 2024.</p>
Ökad kunskap och kvalitet avseende avvikelser.	Utbildning om avvikelser under planeringsdag i oktober 2024.
Personal brister i bemötande gentemot varandra samt brister i bemötande mot boende.	<p>Ger och tar emot feedback i gruppen. Samtal om människovärde samt diskussion utifrån MI. Individuella samtal samt individuella handlingsplaner planeras.</p> <p>Utbildningsinsatser i form av RESIMA¹³.</p>
Överrapportering, arbetsflöden och dokumentation.	<p>Närvarande enhetschef vid rapportering.</p> <p>Implementering av rutiner på APT.</p>
Brister i dokumentation, SoL och HSL journaler.	<p>Dokumentationsutbildning samt enskilda utbildningar om journalföring i HSL- och SoL-journal.</p> <p>Extra chef tillsatt för att säkerställa att rutiner följs.</p>
Se över personalgrupp och tillsätta vakanta rader. Tillsätta handledande undersköterska och förstärka upp.	Pågående rekrytering av 2 undersköterskor
Ofta förekommande nutritionsavvikelser. Vårdplaner följs inte.	<p>Samtal och förståelse om "varför" man ska dokumentera.</p> <p>Utbildningsinsats av extern sjuksköterska med information samt frågor.</p>

¹³ Resurser i mötet med aggressivitet. Utbildningen innehåller teoretiska moment om förebyggande av hot och våld, lågaffektivt bemötande samt praktiska strategier och tekniker för att avvärja våld. Enligt uppgift byts utbildningen ut under år 2026 till en ny utbildning med motsvarande innehåll.

Viss personal läser inte vårdplanen avseende sårvård och sår läggs om på ett felaktigt sätt. Vändschema följs inte och sår förvärras.	Sårvårdsutbildning.
Brister i omvårdnadssituationer avseende kontroll av boendes hud. Bristande förståelse för varför kontroll av hud ska genomföras.	Utbildningsinsats av extern sjuksköterska med information samt frågor.

I handlingsplanen ingick även åtgärder som legitimerad personal skulle arbeta med, bland annat:

- Utbildning i grupp och individuellt i basal omvårdnad.
- Att sjuksköterska är närvarande vid förflyttningar och exempelvis matningar.
- Daglig information till omsorgspersonal om vikten av nutritionsplaner samt hjälpa de som inte kan äta själv.

3.6.2.2 Åtgärder efter inträffade missförhållanden

Till följd av de händelser som uppmärksammats på Dragonen har ett antal åtgärder vidtagits. Vissa vidtogs direkt efter händelserna, medan andra införts senare. Dessa åtgärder redovisas nedan.

Händelse 1

Av Lex-Sarah utredningen framgår ett antal åtgärder som vidtagits för att förhindra att liknande händelser inträffar igen. Dessa åtgärder var:

- Ökad bemanning både dagtid och kvällstid. Bemanningen fördelas jämnt utifrån delegering och erfarenhet.
- Arbete med en täthetsmall för att mäta omsorgstyngd kopplat till arbetsbelastning och planering av personalbemanning.
- Arbete utifrån pågående kvalitetshöjande åtgärder som genomförts under hösten 2024, exempelvis regelbunden utbildning personal inom omvårdnad avseende exempelvis nutrition, hud och intymhygien.
- Handledande undersköterska finns tillgänglig under dagtid.

Enligt uppgift tillsattes även en extra enhetschef för enheten under perioden oktober 2024-juni 2025.

Händelse 2

Av Lex-Sarah utredningen framgår ett antal åtgärder som vidtagits för att förhindra liknande händelser på Dragonens vård- och omsorgsboende. Följande åtgärder vidtogs:

- Handledande undersköterskor i verksamheten kopplas in för att kunna ge stöd.
- Återinförandet av teamträffar var 6:e vecka efter sommaruppehåll, samt införandet av veckoträffar.
- Införandet av strukturerad överrapporteringstid mellan dag- och kvällspersonal för att säkra informationsöverföring mellan arbetspassen.

- Kontakt med IT- avdelningen för uppdatering av datautrustning på boendet.
- Öka kompetens hos vikarier genom en 2-dagars praktisk introduktionsutbildning.
- Extern granskning av det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgsförvaltningen¹⁴.
- Intern kartläggning av avvikelseprocessen för SoL- och HSL-avvikelser.
- Extern utredning av samtliga enheter på det aktuella vård- och omsorgsboendet med fokus på arbetsmiljö och kvalitet skulle genomföras under hösten 2025 med anledning av tidigare uppmärksammade missförhållanden på boendet. Enligt uppgift pågår granskningen.

Ytterligare åtgärder

I september/oktober år 2025 beslutade förvaltningen om ytterligare åtgärder med anledning av händelserna på Dragonen. Dessa redovisades även för nämnden i oktober år 2025. I intervjuer poängteras att andra tidigare åtgärder redan var pågående. Följande åtgärder redovisades i oktober 2025:

- Förstärkt ledning genom ny struktur: *En biträdande verksamhetschef med hälso- och sjukvårdsbakgrund tillsattes i oktober för att vara närmast ansvarig för de enhetschefer som arbetar på Dragonen och boendet.*
- HSL-personal stationerades på huset dygnet runt: *Sjuksköterskor som jobbar kväll och natt utgick ifrån Dragonens vård – och omsorgsboende fram till december. I november gjordes bedömningen att sjuksköterskorna kan återgå till ordinarie verksamhetslokal under kväll och natt.*
- Samarbete med "Savemansgruppen": *Samarbete påbörjat med "Savemansgruppen", som består av personer med lång erfarenhet av vård- och omsorg.*
- Omfördelning av kompetens på enheterna: *Omfördelning av personal för att uppnå en jämnare kompetens på enheterna.*
- Förstärkt arbetsledning på boendet
- Veckovis uppföljning av Dragonen till presidiet och direktör
- Bedömning av brukar- och patientsäkerhet av socialt ansvarig samordnare, SAS och medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS
- Kontakt med IVO gällande egeninitierad tillsyn av Dragonen

¹⁴ Den externa granskningen avser en revisionsgranskning som genomförs på uppdrag av kommunens förtroendevalda revisorer.

3.6.3 Information till nämndens samt beslutade åtgärder

Nedan redovisas vilken information äldrenämnden har fått och vilka beslut som fattats med anledning av händelserna på Dragonens vård- och omsorgsboende vid de sammanträden som hållits sedan november 2024.

- ❖ 21 november 2024: Under punkten "Äldreomsorgsdirektören informerar" framgår att verksamhetschef för vård- och omsorgsboende samt biträdande verksamhetschef för hälso- och sjukvård informerar om åtgärder som vidtagits på ett vård- och omsorgsboende utifrån brister i omsorgen som framkommit. Det framgår dock inte om detta avser Dragonens vård- och omsorgsboende. I samband med sammanträdet beslutar äldrenämnden också om verksamhetsplan och budget för år 2025. I samband med detta beslut uppdrogs förvaltningen att se över rutinen för hur lex Sarah och lex Maria anmälningar samt utredningar rapporteras till äldrenämnden¹⁵.
- ❖ 19 december 2024: Vid sammanträdet informerar verksamhetschef för vård- och omsorgsboende under punkten "Äldreomsorgsdirektören informerar" om förvaltningens hantering av ett ärende gällande en boendesituation på ett vård- och omsorgsboende. Det framgår dock inte om detta avser Dragonens vård- och omsorgsboende.
- ❖ 30 januari 2025: Under punkten "Äldreomsorgsdirektören informerar" får nämnden information av verksamhetschef för vård- och omsorgsboende kring medierapporteringen gällande ett missförhållande på ett vård- och omsorgsboende. Nämnden får information om hur förvaltningen arbetar med situationen.
- ❖ 27 februari 2025: Vid sammanträdet behandlas ett nämndinitiativ avseende en extern utredning av nämndens organisation för vård- och omsorgsboende. I initiativet beskrivs syftet med utredningen vara att utreda orsaker, brister, omständigheter samt åtgärder gällande händelsen som inträffat på Dragonens vård- och omsorgsboende år 2024. Äldrenämnden avtog initiativet och beslutade istället att anordna en temaeftermiddag mellan nämnd och tjänstepersoner för att diskutera kvalitetsfrågor.
- ❖ 27 mars 2025: Under punkten "Anmälan av delegerade beslut/anmälningsärenden äldrenämnden" framgår IVO:s beslut avseende avslut av ärendet (Händelse 1) vid Dragonens vård- och omsorgsboende.
- ❖ 23 maj 2025: Vid sammanträdet lyfts ett nämndinitiativ om att genomföra en extern granskning av hantering av missförhållanden och allvarliga avvikelser i äldreomsorgen. Nämnden beslutade att ge förvaltningen i uppdrag att bereda nämndinitiativet inför sammanträdet i september 2025.
- ❖ 28 augusti 2025: Under punkten "Äldreomsorgsdirektören informerar" framgår att nämnden informeras om bland annat Lex Sarah och Lex Maria. Det framgår dock inte om detta avser Dragonens vård- och omsorgsboende (Händelse 2).

¹⁵ Äldrenämnden, 2024-11-21 §125

- ❖ 25 september 2025: Under punkten "Äldreomsorgsdirektören informerar" framgår att nämnden informeras om bland annat Dragonens äldrecenter, Lex Sarah och Lex Maria. Vad informationen har avsett framgår inte av protokollet.

Vid sammanträdet i september behandlas åter nämndinitiativet avseende en extern granskning av äldreomsorgen som lyftes i maj. Förvaltningen angav att en pågående revisionsgranskning av det systematiska kvalitetsarbetet i förvaltningen bör betraktas överensstämmande med nämndinitiativets intention. Äldrenämnden beslutade att nämndinitiativet ska hanteras enligt förvaltningens förslag.

Vid sammanträdet lyfts vidare ett nämndinitiativ om att ta hjälp av Äldreplutonen (nuvarande Savemansgruppen) för att stärka kompetensen inom äldreomsorgen. Nämnden beslutade att uppdraga till förvaltningen att bereda ärendet till nästkommande sammanträde.

- ❖ 23 oktober 2025: Vid sammanträdet ges en återkoppling på nämndinitiativet avseende att ta hjälp av Savemansgruppen för att stärka kompetensen inom äldreomsorgen. Nämnden informeras om att förvaltningen har haft flera möten och att Savemansgruppen kan bistå äldreomsorgen med kompetens och stöd i utbildning. Det initiala fokuset anges vara att rikta resurser och insatser mot Dragonens vård och omsorgsboende. Äldrenämnden beslutade att nämndinitiativet skulle hanteras enligt förvaltningens förslag.

Under punkten "Äldreomsorgsdirektören informerar" framgår att nämnden informeras om åtgärder för att öka kvaliteten vid Dragonens vård- och omsorgsboende samt Lex Sarah och Lex Maria. Vi har tagit del av ett bildspel som användes vid informationstillfället, där åtgärder som vidtagits (se avsnitt 3.6.2.2) framgår. Det framgår också att nämnden informeras om kartläggning och utveckling av avvikelseprocessen.

Vid sammanträdet lyfts ett annat nämndinitiativ om att inleda ett samarbete med Ung Omsorg¹⁶ under 2026. Förvaltningen fick i uppdrag att bereda ärendet till nämndens nästkommande sammanträde.

- ❖ 20 november 2025: Under punkten "Äldreomsorgsdirektören informerar" framgår att nämnden informeras om åtgärder vid Dragonens vård- och omsorgsboende. Nämnden får också uppföljning avseende kvalitetsundersköterskor (ersätter handledande undersköterskor), Lex Sarah och Lex Maria. Vi har tagit del av ett bildspel som användes vid informationstillfället där det framgår en lägesrapportering kring de olika åtgärderna.

Vid sammanträdet beslutade också äldrenämnden om *Verksamhetsplan och budget 2026*. I samband med beslutet uppdrog nämnden förvaltningen att:

- att konkretisera program och åtgärder för ökad trygghet, värdighet och kvalitet i omsorgen. Rutiner och arbetssätt inklusive inflytande och ledarskap, kommunikation, bemanning och kompetensfrågor ska adresseras. Återkoppling i nämnden vid varje sammanträde. Samt i tillämpliga delar vid ordinarie uppföljningstillfällen

¹⁶ Ung Omsorg är en verksamhet som anställer ungdomar för att skapa sociala aktiviteter och meningsfulla möten med äldre på äldreboenden.

- att succesivt och utan dröjsmål implementera kvalitetshöjande åtgärder med löpande utvärdering på lämplig enhet. För senare ställningstagande gällande verksamheten i stort.
- att beslutade och bestående förändringar ska kompletteras med riskbedömning avseende arbetsmiljö.

När det gäller nämndinitiativet avseende samarbetet med Ung Omsorg framgår att en satsning på samarbete med Ung omsorg ingår i budgetförslaget för år 2026.

- ❖ 18 december 2025: Under punkten "Äldreomsorgsdirektören informerar" framgår att nämnden informeras om bland annat Dragonens vård- och omsorgsboende, Lex Sarah och Lex Maria. Vad informationen har avsett framgår inte av protokollet.

3.6.4 Bedömning

Vår bedömning är att äldrenämnden **endast delvis** vidtagit tillräckliga åtgärder, både generella och specifika, med anledning av händelserna på det aktuella vård- och omsorgsboendet.

Vi konstaterar att ett flertal åtgärder har vidtagits av förvaltningen efter de missförhållanden som uppmärksammats på Dragonens vård- och omsorgsboende. Åtgärderna omfattar både verksamhetsnära insatser på enhetsnivå och mer övergripande strukturella åtgärder inom förvaltningen. Vi bedömer att dessa åtgärder i allt väsentligt adresserar de brister som identifierats i de aktuella händelserna. Vi konstaterar dock att

Av genomförda Lex Sarah utredningar och intervjuer framgår att brukare i aktuella händelser inte önskade att ta emot insatser från personalen. Hälso- och sjukvård samt omsorg är, med vissa begränsningar, enligt aktuell lagstiftning frivillig att ta emot för brukare. Däremot ska vård- och omsorgsgivare genom exempelvis dialog och samtal uppmuntra brukaren att ta emot insatsen. Vi konstaterar utifrån intervjuer att det är en utmaning att tillhandahålla insatser till brukare som inte vill ta emot insatsen. Det är en vanlig utmaning inom vård- och omsorg att brukare, exempelvis vid kognitiva svårigheter, ibland avböjer insatser trots att de är viktiga för deras hälsa. Denna typ av situationer bedömer vi ställer krav på personalens kompetens och ett strukturerat arbets sätt för hur dessa situationer ska hanteras. Det kräver också att verksamheten använder etablerade stödverktyg, såsom BPSD-registret¹⁷, som stöd i bemötande av den enskilde.

Äldrenämnden har återkommande informerats om händelserna och om förvaltningens arbete vid flera sammanträden under perioden november 2024-december 2025. Utifrån protokoll och tillhörande handlingar framgår dock att det inte alltid är tydligt vilken information nämnden faktiskt har erhållit vid respektive tillfälle. Vidare noterar vi att nämnden inte aktivt har fattat beslut om de redovisade åtgärderna, utan att dessa i huvudsak har presenterats i samband med informationsärenden. Att nämnden inte aktivt tagit ställning och godkänt åtgärder via beslut utifrån erhållna information bedömer vi som en brist i nämndens ansvar för styrning, uppföljning och kontroll

¹⁷ Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

av verksamheten. I sammanhanget noterar vi dock att nämnden har behandlat och beslutat om flera nämndinitiativ som syftar till att stärka kvaliteten vid Dragonens vård- och omsorgsboende.

4 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Syftet med granskningen har varit att bedöma om äldrenämnden säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete på det aktuella vård- och omsorgsboendet.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att äldrenämnden endast delvis säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete på det aktuella vård- och omsorgsboendet.

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi äldrenämnden att:

- Tydliggöra ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbets struktur och praktiska tillämpning i kvalitetsarbetet.
- Säkerställa en ändamålsenlig samverkan mellan omsorgspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal.
- Säkerställa att enhetschefer har förutsättningar att hantera sitt uppdrag vad gäller kvalitetsarbetet.
- Upprätta styrdokument som tydliggör hur och när riskanalyser inom ramen för kvalitetsledningssystemet ska genomföras på olika nivåer i organisationen.
- Tillse att arbetet med egenkontroller struktureras och tydliggörs för att säkerställa att egenkontrollerna genomförs systematiskt. I arbetet bör det även säkerställas att egenkontroller baseras på identifierade risker i verksamheten så att kontroller riktas mot de områden som har störst betydelse för kvalitet.
- Säkerställa att avvikelsehanteringssystemet är ändamålsenligt och stödjer en systematisk hantering av avvikelser.
- Tydliggör rutinerna för hur information om Lex Sarah ska rapporteras vidare i organisationen, inklusive hur och när nämnden ska informeras.
- Säkerställa att beslutad checklista för introduktion tillämpas samt att erfaren personal ansvarar för introduktionen av nya medarbetare.
- Säkerställa att regelbundna kompetenshöjande insatser avseende kvalitetsarbetet genomförs för personal, särskilt vad gäller avvikelser och dokumentation som identifierats som brister inom verksamheten.

- Tydliggör hur vård- och omsorgssituationer där brukare tackar nej till beslutade insatser ska hanteras i verksamheten och säkerställ att medarbetare har tillräcklig kompetens för att hantera dessa situationer.
- Säkerställa att åtgärder som förvaltningen vidtagit med anledning av missförhållandena fullföljs och följs upp av nämnden.

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

Ludwig Reismer

Certifierad kommunal revisor

Olivia Gonzalez

Verksamhetsrevisor

Mikael Lind

Certifierad kommunal revisor

Liz Gard

Certifierad kommunal revisor och kvalitetssäkrare