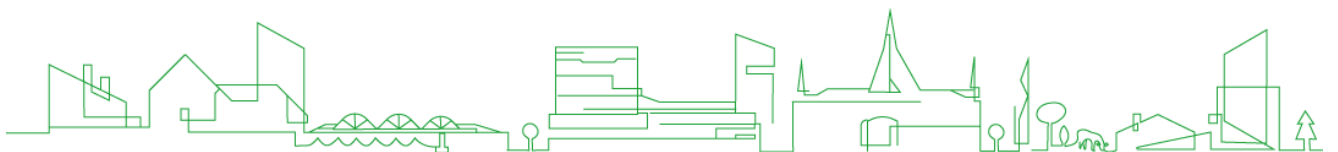


# Kommunrevisionen granskar

Äldrenämnden,

Granskning av det systematiska kvalitetsarbetet inom äldrenämnden  
(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 revisionssed, 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, followed by a series of smaller triangles in shades of grey, green, and blue, creating a sense of movement and depth.

# Granskning av det systematiska kvalitetsarbetet inom äldrenämnden

**Rapport**

Umeå kommun

2026-03-20

Antal sidor: 28

# 1 INNEHÅLLSFÖRTECKNING

---

<b>1</b>	<b>Sammanfattning</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrund</b>	<b>5</b>
2.1	<i>Syfte och revisionsfrågor</i>	6
2.2	<i>Avgränsning</i>	6
2.3	<i>Revisionskriterier</i>	6
2.4	<i>Metod</i>	7
<b>3</b>	<b>Resultat av granskningen</b>	<b>8</b>
3.1	<i>Styrning och organisation</i>	8
3.2	<i>Risikanalyser och egenkontroll</i>	11
3.3	<i>Klagomål och synpunkter</i>	14
3.4	<i>Avvikelse</i>	17
3.5	<i>Missförhållanden/lex Sarah</i>	21
3.6	<i>Kunskapsspridning</i>	25
<b>4</b>	<b>Samlad bedömning och rekommendationer</b>	<b>28</b>
<b>5</b>	<b>Bilaga A – Avvikelse 2024</b>	<b>29</b>

# 1 SAMMANFATTNING

Azets Revision & Rådgivning har fått i uppdrag av Umeå kommuns revisorer att översiktligt granska det systematiska kvalitetsarbetet inom äldrenämnden. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Syftet med granskningen var att bedöma om äldrenämnden säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.


**Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att äldrenämnden endast delvis säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen.**

Bakgrunden till vår samlade bedömning är att det finns ett politiskt fastställt styrdokument för nämndens kvalitetsledningssystem som samlar och beskriver tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9). Utifrån kvalitetsledningssystemet har ett antal rutiner och styrdokument upprättats som konkretiserar arbetssätt och processer.

Granskningen visar dock att arbetet inte är fullt ut genomfört i praktiken. Det saknas tydliga och enhetliga arbetssätt för riskanalys och egenkontroll, vilket gör att kvalitetssäkringen varierar mellan verksamheter. Hanteringen av klagomål, synpunkter och avvikelser fungerar delvis, men analyser och åtgärder omsätts inte systematiskt i förbättringsarbete. Dokumentation och uppföljning sker, men strukturen är inte tillräckligt sammanhållen.

Sammantaget bedömer vi att nämndens ledningssystem, trots att det i teorin utgår från Socialstyrelsens föreskrifter, endast delvis omsätter dessa krav i praktiken.

*I det följande redovisas våra samlade bedömningar av respektive revisionsfråga.*

<div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 5px;"> <span>Nej</span> <span>Endast delvis</span> <span>I allt väsentligt</span> <span>Ja</span> </div> 	
Revisionsfråga	Bedömning
Har äldrenämnden säkerställt att det finns ett etablerat arbetssätt för riskanalys och egenkontroll?	Endast delvis
Har äldrenämnden säkerställt att klagomål och synpunkter tas emot, utreds, sammanställs och analyseras för att säkerställa kvaliteten?	Endast delvis
Har äldrenämnden säkerställt att avvikelser åtgärdas för att säkerställa kvaliteten?	Endast delvis
Har äldrenämnden säkerställt att missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden rapporteras, utreds och åtgärdas för att säkerställa kvaliteten?	Endast delvis

Har äldrenämnden ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa att personalen har kompetens vad gäller kvalitetsarbetet i verksamheten? I allt väsentligt

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

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi äldrenämnden att:

- Upprätta styrdokument som formaliserar och tydliggör egenkontrollarbetets syfte, omfattning och genomförande. (se avsnitt 3.2)
- Upprätta styrdokument som tydliggör hur och när riskanalyser inom ramen för kvalitetsledningssystemet ska genomföras på olika nivåer i organisationen. (se avsnitt 3.2)
- Säkerställa att resultaten från övergripande analyser av klagomål och synpunkter omsätts i konkreta och uppföljningsbara åtgärder. (se avsnitt 3.3)
- Säkerställa att inkomna klagomål och synpunkter utreds, analyseras och att återkoppling ges till berörd enligt gällande rutiner (se avsnitt 3.3)
- Säkerställa att resultaten från övergripande analyser av avvikelser omsätts i konkreta och uppföljningsbara åtgärder (se avsnitt 3.4)
- Säkerställa att avvikelser utreds enligt gällande rutiner (se avsnitt 3.4)
- Säkerställa att lex Sarah-rapportering samt utredning sker skyndsamt samt att bedömning om framtida risk och allvarlighetsgrad sker i samtliga lex Sarah-utredningar. (se avsnitt 3.5).
- Säkerställa att kvalitetsledningssystemet regelbundet följs upp och utvecklas, med särskilt fokus på att förbättra struktur och sökbarhet i rutinbiblioteket, så att medarbetare har enkel tillgång till gällande rutiner. (se avsnitt 3.6)

## 2 BAKGRUND

---

Azets Revision & Rådgivning har fått i uppdrag av Umeå kommuns revisorer att översiktligt granska det systematiska kvalitetsarbetet inom äldrenämnden. Syftet med granskningen är att bedöma om äldrenämnden säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Äldrenämnden ansvarar enligt reglemente för kommunens insatser inom äldreomsorg samt hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå i den enskildes hem för personer 65 år och äldre.

Nämnden ansvarar för de uppgifter som åläggs kommunens socialnämnd enligt Socialtjänstlagens (2001:453) särskilda bestämmelser för olika grupper enligt 5 kapitlet rörande äldre människor, människor med funktionshinder samt personer som vårdar eller stödjer närstående inom dessa målgrupper.

Den som bedriver socialtjänst 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.<sup>1</sup>"*

Inom ramen för förbättringsarbetet ska enligt Socialstyrelsen stor vikt läggas vid förebyggande åtgärder såsom riskanalyser för att kunna förhindra att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser inträffar. Därtill betonar Socialstyrelsen att egenkontroller ska genomföras för att undersöka verksamhetens resultat och kontrollera kvaliteten. Vidare ska rapporter, klagomål och synpunkter tas emot och utredas för att därefter sammanställas och analyseras för att säkerställa kvaliteten.

Om verksamheten inte uppfyller befintliga krav återfinns en avvikelse som alltid ska åtgärdas. Vad gäller avvikelser skriver Socialstyrelsen att *"... avvikelser ska dels åtgärdas, dels ska processer och rutiner ses över så att den som bedriver verksamheten med stöd av dem kan säkra att en inträffad avvikelse inte inträffar igen"*. Vid missförhållanden eller vid risker för missförhållanden ska alltid en lex Sarah (omsorg) alternativt lex Maria (hälso- och sjukvård) upprättas.

Socialstyrelsen betonar att personalens kompetens och medverkan i kvalitetsarbetet är särskilt viktigt. All personal är skyldig att arbeta utifrån rutiner och processer. Det föreligger även rapporterings- och dokumentationsskyldighet för all personal. En förutsättning för att detta ska fungera är att personalen har nödvändig kunskap.

Av äldrenämndens kvalitetsberättelse för år 2024 noteras att majoriteten av rapporterade avvikelser finns inom fall (3852 rapporterade avvikelser) och läkemedel (4669 rapporterade avvikelser). För fallavvikelser har antalet avvikelser ökat med 20 procent från föregående år. Gällande läkemedelsavvikelser är antalet i princip oförändrat jämfört med 2023, med undantag för allvarliga avvikelser där antalet ökat något.

Revisorerna har i sin risk- och väsentlighetsanalys för år 2025 bedömt att det finns en risk för bristande kvalitet inom äldrenämndens verksamheter. Revisorerna har därför beslutat att genomföra en fördjupad granskning av det systematiska kvalitetsarbetet.

---

<sup>1</sup> Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – Handbok för tillämpning av föreskrifterna (Socialstyrelsen).

## 2.1 SYFTE OCH REVISIONSFRÅGOR

Granskningen syftar till att bedöma om äldrenämnden säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen.

Granskningen har omfattat följande revisionsfrågor:

- Har äldrenämnden säkerställt att det finns ett etablerat arbetssätt för riskanalys och egenkontroll?
- Har äldrenämnden säkerställt att klagomål och synpunkter tas emot, utreds, sammanställs och analyseras för att säkerställa kvaliteten?
- Har äldrenämnden säkerställt att avvikelser åtgärdas för att säkerställa kvaliteten?
- Har äldrenämnden säkerställt att missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden rapporteras, utreds och åtgärdas för att säkerställa kvaliteten?
- Har äldrenämnden ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa att personalen har kompetens vad gäller kvalitetsarbetet i verksamheten?

## 2.2 AVGRÄNSNING

Granskningen har avgränsats i enlighet med revisionsfrågorna och avser arbetet på systemnivå.

## 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. Där-till 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 äldre-omsorgen, ska ha lämplig utbildning och erfarenhet. Vidare framgår i socialtjänstlagen hur allvar-liga 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* av relevanta dokument så som äldrenämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, reglemente, patientsäkerhetsberättelse för 2024, kvalitetsberättelse för 2024, äldrenämndens verksamhetsplan och budget för 2025. Därtill har rutiner inom avvikelshantering, klagomålshantering och hantering av lex Sarah-rapporter granskats samt tillhörande mallar och checklistor.
- *Intervjuer* har genomförts med äldrenämndens presidium, kvalitetschef, socialt ansvarig samordnare (SAS), medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), verksamhetschef hemtjänst, verksamhetschef vård- och omsorgsboende, verksamhetschef Utredning äldre och prevention, verksamhetschef Hälso- och sjukvård.
- *Stickprovsvisa kontroller* av 25 utredningar och åtgärder. Detta avseende avvikelser, rapporter enligt lex Sarah och inkomna synpunkter. Urval har skett på rapporter under januari till maj 2025 och urvalet har varit systematiskt med fokus på att följa arbetet över tid och över verksamhetens olika enheter. Då granskningen endast genomförs i ett urval av ärenden kan resultatet av stickprovet ej tas som helhetsbild för nämndens arbete. Stickprov uppgår till 3,5% avseende synpunkter, 1,4% avseende avvikelser och 29,4% avseende lex Sarah.

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



Rapporten är faktakontrollerad av de som intervjuats.

## 3 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

---

### 3.1 STYRNING OCH ORGANISATION

Enligt reglemente<sup>2</sup> ansvarar äldrenämnden för kommunens insatser inom äldreomsorg samt hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå från 65 år och uppåt, i den enskildes hem.

Nämnden övertar även de uppgifter som enligt Socialtjänstlagen (2025:400) annars åligger socialnämnden rörande äldre personer, människor med funktionsnedsättning och närståendevårdare inom dessa grupper.

Äldrenämndens förvaltning, äldreomsorgsförvaltningen, består av fyra verksamhetsinriktningar:

- Utredning äldre och prevention
- Din kommunala hemtjänst
- Vård- och omsorgsboende, korttidsvistelse
- Hälso- och sjukvård

Äldreomsorgsförvaltningen leds av en äldreomsorgsdirektör, som ansvarar för verksamhetens drift och för att genomföra de politiska besluten. Respektive verksamhetsinriktning leds av en verksamhetschef.

Förvaltningens stödjande enheter består av ekonomienhet, HR-enhet samt stab bestående av kansli<sup>3</sup>, kommunikation och kvalitetsfunktioner.

#### 3.1.1 Organisering av kvalitetsarbetet

Avseende organisering och ansvarsfördelning inom förvaltningens kvalitetsarbete framgår det av *Äldrenämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*<sup>4</sup> att äldreomsorgsdirektören är ytterst ansvarig inför nämnden för att planera, leda, följa upp och förbättra verksamheten utifrån nämndens mål och uppdrag. Direktören har ett särskilt ansvar för att omsätta nämndens strategier i praktiken, formulera verksamhetsmål och säkerställa att dessa uppnås samt att bevaka resursbehovet för att upprätthålla kvaliteten på både kort och lång sikt.

Verksamhetscheferna för de fyra verksamhetsområdena är direkt underställda äldreomsorgsdirektören. Dessa chefer ansvarar för att etablera strukturer, processer och rutiner inom sina respektive områden samt för att möjliggöra medarbetarnas delaktighet i ett aktivt kvalitetsarbete. De har också ansvar för uppföljning och analys av resultat samt för att vidta nödvändiga förbättringsåtgärder. Även digitaliseringschef, kanslichef, kvalitetschef, HR-chef och ekonomichef ingår i denna ledningsstruktur.

Verksamhetschef för hälso- och sjukvården är även utsedd verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

---

<sup>2</sup> Kommunfullmäktige 2025-04-28 § 82

<sup>3</sup> Gemensamt med stöd- och omsorgsförvaltningen

<sup>4</sup> Äldrenämnden 2024-09-26 § 87

### 3.1.2 Mål och uppdrag

Verksamhetsplan och budget för äldrenämnden 2025<sup>5</sup> innehåller bland annat nämndens vision, *Tillsammans för ett bättre liv – livet ut*. Två övergripande mål är framtagna för att nå visionen: *Självständighet i hemmet* och *Trygg och säker vård och omsorg*.

Utifrån sin vision och de övergripande målen har äldrenämnden fastställt fyra strategier: *Samarbeta, förebygga, kompetensförsörja och digitalisera*. Dessa strategier ska vägleda organisationens arbete samt ange fokus för verksamheternas utveckling och nämndens egna prioriteringar.

För verksamhetsåret 2025 har kommunfullmäktige inte beslutat om några tilläggsuppdrag till äldrenämnden. Däremot kvarstår uppdrag från år 2024. Dessa uppdrag fokuserar på två övergripande områden:

- Att ställa om verksamheten för att hantera den ökande personalbristen.
- Att stärka samverkan och ansvarstagande över nämnd- och förvaltningsgränser.

I verksamhetsplanen för år 2025 framgår att Äldrenämnden även har gett förvaltningen två specifika uppdrag:

- Att ta fram pilotprojekt där personalen ges möjlighet att planera sina arbetsscheman utifrån gällande lagstiftning, avtal, budgetramar och brukarnas behov.
- Att se över rutinerna för lex Sarah- och lex Maria-anmälningar samt tillhörande utredningar rapporteras till nämnden.

### 3.1.3 Uppföljning

Enligt nämndens verksamhetsplan sker uppföljningen av grunduppdrag, mål och övriga uppdrag genom en kontinuerlig bevakning av aktiviteter, resultatmått samt ekonomiskt utfall. Syftet är att kunna jämföra utvecklingen över tid och med andra kommuner. Baserat på nämndens egen uppföljning, verkställighet av beslut, tillsyn, revisioner, internkontroll och inlämning av officiell statistik gör nämnden en samlad bedömning av grunduppdragets genomförande och återrapporterar därefter detta till kommunfullmäktige.

Kommunen har upphandlat leverantörer för vård- och omsorgsboenden enligt LOU samt hemtjänst enligt LOV. I november år 2024 finns sju externa utförare av hemtjänst och en extern utförare för vård- och omsorgsboende. Enligt äldrenämndens kvalitetsberättelse för år 2024 utför de externa hemtjänstutförarna insatser hos 47 procent av det totala antalet hemtjänsttagare i kommunen.

Av verksamhetsplanen framgår att interna och externa utförare ska följas upp på likvärdigt sätt. Detta för att det så långt som möjligt ska råda likvärdiga villkor för privata utförare och kommunens utförare.

### 3.1.4 Intern kontroll

I äldrenämndens *Internkontrollplan för år 2025*<sup>6</sup> framgår kontrollområden som nämnden har beslutat om för året utifrån en genomförd riskanalys. Totalt fastställdes nio kontrollområden. I tabellen nedan redovisas de kontrollmoment som har en koppling till kvalitetsarbetet:

---

<sup>5</sup> Äldrenämnden 2024-11-21 § 119

<sup>6</sup> Äldrenämnden 2024-11-21 § 120

Kontrollområde	Riskbeskrivning	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 /Patientsäkerhets berättelse	Verksamhetschef SOL/HSL Kvalitetschef
Patientsäkerhet	Långa väntetider till arbets- och fysioterapeuter i hemsjukvården innebär uteblivna/fördröjda rehabiliteringsinsatser	Genomföra processarbete med översyn av intern organisation. Samverka med regionen inför länsövergripande dialog om prioriteringar och avtal.	Genomförd översyn. Månatlig uppföljning i ledningsgrupp och nämnd Patientsäkerhetsberättelse	Verksamhetschef hälso- och sjukvård

Internkontrollplanen följdes upp av nämnden i september 2025, och avsåg perioden januari-augusti 2025. Av nämndprotokollet<sup>7</sup> framgår att nämnden bedömde den interna kontrollen som tillräcklig. Samma bedömning gjordes vid helårsuppföljningen<sup>8</sup>.

### 3.1.5 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Vi noterar i *Äldrenämndens ledningssystem för kvalitetsarbete*<sup>9</sup> att nämnden har beslutat om ett system som samlar och beskriver tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för det systematiska kvalitetsarbetet.

Av *kvalitetsberättelsen för 2024*<sup>10</sup> framgår att förvaltningen under år 2025 ska utveckla ett arbetssätt benämnt som "ledningens genomgång". Syftet är att minst en gång per år gå igenom ledningssystemet för att säkerställa att det är relevant och följs.

Av intervjuer framgår att arbetet med att införa ledningens genomgång har påbörjats. Vidare framgår att det genomförs vissa moment som syftar till att följa upp ledningssystemet redan idag, exempelvis kontroll av avvikelser och olika stickprov, men insatserna är inte fullt ut integrerade i ett sammanhållet arbetssätt. Arbetet är ännu inte färdigställt och planeras att

<sup>7</sup> Äldrenämnden 2025-09-25 § 112

<sup>8</sup> Äldrenämnden 2026-01-29 § 6

<sup>9</sup> Äldrenämnden 2024-09-26 § 87

<sup>10</sup> Äldrenämnden 2025-04-24 § 62

presenteras för äldrenämnden under januari–februari år 2026. I samband med faktakontroll lyftes att beslut om eventuella revideringar av ledningssystemet kommer ske under våren 2026.

Av kvalitetsberättelsen framgår att ett kvalitetsråd planeras inrättas under år 2026. Kvalitetsrådet ska fungera som ett forum där samtliga verksamheter inom äldreomsorgen tillsammans tar del av aggregerat kvalitetsunderlag för analys och identifikation av åtgärder samt uppföljningar i syfte att stärka och utveckla det systematiska kvalitetsarbetet. Vid tidpunkten för denna granskning har rådet ännu inte upprättats, men enligt uppgift pågår arbetet. Av faktakontroll framgår uppgifter att arbetsordning tagits fram för kvalitetsrådet och att en förbättrad struktur för det systematiska kvalitetsarbetet implementeras.

## 3.2 RISKANALYS OCH EGENKONTROLL

### 3.2.1 Riskanalys

Av äldrenämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att verksamheterna fortlöpande ska bedöma om det finns risk för händelser som skulle inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

Vi har tagit del av rutinen *riskanalys*<sup>11</sup> som riktar sig till verksamhetsområdet utredning äldre och prevention. I rutinen beskrivs att syftet med riskanalys är att identifiera och värdera risker samt föreslå åtgärder som minskar risker eller deras konsekvenser. Enligt rutinen ansvarar respektive chef för att riskanalyser genomförs inför nytt verksamhetsår och löpande vid behov. Resultatet ska användas som grund för egenkontrollplanen, som beskrivs i nästkommande avsnitt. Vid behov ska även handlingsplaner upprättas enligt mall för riskanalys.

Vi har tagit del av mallen för riskanalys som rutinen hänvisar till. Av mallen framgår att syftet med en riskanalys är att arbeta proaktivt och vidta åtgärder innan något inträffar. Riskanalysmallen kan användas både på individnivå och verksamhetsnivå. Mallen innehåller ett riskanalyschema där identifierade risker, bedömning av sannolikhet och allvarlighetsgrad samt anger orsaker, åtgärder, ansvarig och datum för uppföljning. Det finns även förklaringar till hur gradering av risker ska göras och en riskmatris som stöd för bedömningen.

I ett flertal av intervjuerna framgår en upplevelse av att det saknas tydliga rutiner för när och hur riskanalyser ska genomföras. Mallen för riskanalys är känd och används, men uppfattas som det enda konkreta stödet. Enligt intervjuer finns viss information i ledningssystemet gällande riskanalys, men den upplevs inte vara tillräckligt vägledande av ett flertal intervjuade.

Det uppges vid ett flertal intervjuer att riskanalyser genomförs, främst på individnivå, exempelvis vid ny brukare, vid risk för hot och våld, patientsäkerhet inför exempelvis sommarbemanning, samt vid större verksamhetsförändringar och inom arbetsmiljöområdet. Arbets sättet skiljer sig dock mellan verksamhetsområdena. I vissa fall görs riskanalyser löpande, exempelvis vid APT. Det framgår även att det i vissa fall råder oklarhet kring vem som ansvarar för att bedöma behovet av en riskanalys.

---

<sup>11</sup> Rutinen reviderades 2021-05-11

Gällande riskanalysarbetet på övergripande nivå inför framtagandet av nämndens internkontrollplan finns *Riktlinjer för intern styrning och kontroll*<sup>12</sup> samt *Handledning – intern styrning och kontroll*<sup>13</sup> som reglerar arbetet. Vid intervjuer framförs upplevelser om att det finns ett etablerat arbetsätt inom förvaltningen för att ta fram riskanalyser inför nämndens internkontrollplan.

Av intervjuer framgår att riskanalyser genomförs i samband med att respektive verksamhetsområde tar fram sin egenkontrollplan. Dock framgår det att arbetsättet för framtagandet av egenkontrollplanerna inte är dokumenterat eller fastställt genom några riktlinjer eller rutiner.

### 3.2.2 Egenkontroll

Av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete framgår att verksamheternas arbete med egenkontroll ska genomföras med den frekvens och omfattning som krävs. Vidare framgår att verksamheterna ska utvärdera sina resultat i förhållande till fastställda processer och rutiner. Det anges av dokumentet att informationskällor till exempel kan vara:

- Patient- och brukarenkäter
- Medarbetarenkäter
- Nationella/regional och lokaluppföljning
- Avvikelse rapporter
- Rapporter från patientnämnderna
- Kvalitetsregister
- Öppna jämförelser

Vidare framgår det av ledningssystemet att ansvarig för egenkontrollarbetet är verksamhetschef, digitaliseringschef, kanslichef och kvalitetschef.

Enligt intervjuer finns ingen övergripande riktlinje eller rutin för egenkontrollarbetet som innehåller mer detaljer än vad som framgår av ledningssystemet.

Vi har tagit del av respektive verksamhetsområdes egenkontrollplan för verksamhetsåret 2025. Egenkontrollplanerna innehåller kontrollområden och risker samt åtgärder kopplade till ansvariga funktioner och tidpunkter för uppföljning. I två av planerna framgår att riskanalys har genomförts som ett inledande steg, medan övriga planer främst beskriver aktiviteter utan tydlig koppling till en strukturerad riskvärdering. Samtliga planer anger hur uppföljning och åiterrapportering ska genomföras däremot varierar omfattning och metodval från månatliga till årliga uppföljningar. Vi noterar att egenkontrollplanerna i huvudsak följer en liknande grundstruktur men att detaljeringsnivå och systematik skiljer sig mellan verksamhetsområdena.

Av intervjuer framgår att respektive verksamhetschef har ansvar för att egenkontrollarbetet genomförs. Det framkommer att arbetsättet upplevs som tydligare än tidigare år, vilket tillskrivs att kvalitetschefen har etablerat en mer strukturerad grund för arbetet. Samtliga intervjuade uppger att arbetet med egenkontrollplaner är aktivt inom respektive

---

<sup>12</sup> Kommunfullmäktige 2011-09-26

<sup>13</sup> Kommunstyrelsen 2019-01-15

verksamhetsområde. Däremot framkommer att det är otydligt vilken roll enhetscheferna har i arbetet.

Det framgår av intervjuer att det finns forum för avstämning och muntlig genomgång av arbetet, bland annat genom så kallade "månadspulsmöten" där funktioner som exempelvis kvalitetschef, verksamhetschefer, HR-funktion och kanslichef deltar. Vidare framkommer att vissa delar av resultaten från egenkontrollplanerna rapporteras vidare, exempelvis till MAS och SAS i samband med kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen. Intervjuerna visar dock att det saknas ett gemensamt systemstöd för dokumentation av egenkontrollsarbetet. Arbetet dokumenteras i Word- och Excel-filer och lagras på olika sätt i verksamheternas egna digitala ytor.

Utöver det egenkontrollarbete som genomförs på verksamhetsnivå framgår det av äldrenämndens kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse att ytterligare egenkontroller genomförs inom ramen för nämndens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

### 3.2.3 Uppföljning av egenkontroll

Av äldrenämndens *kvalitetsberättelse 2024* framgår att egenkontrollsarbetet ska redovisas i form av sammanställning av klagomål, avvikelser och lex Sarah-rapporter samt i förekommande fall interna granskningar, uppföljningar, tillsynsbeslut samt nationella jämförelser. Vi noterar att dessa uppgifter presenteras i kvalitetsberättelsen.

Av äldrenämndens *patientsäkerhetsberättelse 2024* framgår att vårdgivaren ska utöva egenkontroll med den frekvens och omfattning som krävs för att säkerställa kvaliteten i hälso- och sjukvården. Av patientsäkerhetsberättelsen redovisas genomförda egenkontroller med tillhörande resultat, analys och förbättringsområden. Vidare framgår att åtgärder vidtagits utifrån identifierade brister, såsom kompetenshöjande insatser, utvecklade arbetsätt inom rehabilitering och förstärkt uppföljning av läkemedelshantering. Av patientsäkerhetsberättelsen framgår även att vidtagna åtgärder följs upp, bland annat genom tertialuppföljningar, stickprov, förnyade mätningar och planeras att kunna följas upp inom det planerade kvalitetsrådet.

Vi noterar att respektive verksamhetsområdes egenkontrollplan och dess resultat inte redovisas eller beskrivs närmare i kvalitetsberättelsen eller patientsäkerhetsberättelsen.

### 3.2.4 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden **endast delvis** säkerställt att det finns ett etablerat arbetsätt för riskanalys och egenkontroll

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter 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. När det gäller egenkontroller ska verksamheten enligt Socialstyrelsens föreskrifter genomföra egenkontroller med den frekvens och omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Vi konstaterar att det saknas ett formaliserat och tydligt reglerat arbetsätt som anger när, hur och av vem riskanalyser ska genomföras. Av granskningen framgår att arbetsätten kan variera

och vi anser att arbetet riskerar att bli personbundet när gemensamma och konkretiserade instruktioner saknas. Mot denna bakgrund bedömer vi att nämnden endast delvis säkerställer ett enhetligt och systematiskt arbetssätt för riskanalyser.

Vi konstaterar att egenkontroller genomförs genom flera kompletterande arbetssätt, dels inom verksamhetsområdenas egenkontrollplaner, dels genom nämndens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse, vilket vi ser positivt på och bedömer vara i enlighet med rådande föreskrifter. Däremot noteras att arbetet inte är lika tydligt med egenkontroller ute på enhetsnivån.

Av granskningen framgår att det saknas formaliserade rutiner och gemensamma dokumentationsytor för egenkontroller på verksamhetsnivå, något vi anser riskerar att göra arbetet personbundet och försvåra en enhetlig uppföljning. Mot bakgrund av ovanstående bedömer vi att nämnden i allt väsentligt säkerställer ett etablerat arbetssätt med egenkontroller.

### 3.3 KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER

Av äldrenämndens ledningssystem framgår att verksamheten ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter samt informera den enskilde om hur dessa kan lämnas och varför de är viktiga. Hanteringen är en del av det systematiska kvalitetsarbetet och det kontinuerliga förbättringsarbetet. Ledningssystemet hänvisar till information på kommunens webbplats för den enskilde samt till rutin och ytterligare vägledning för verksamheterna via intranätet och rutinbiblioteket.

#### 3.3.1 Rutiner

Rutinen *Klagomålshantering enligt SoL, LSS och inom Hälso- och sjukvård*<sup>14</sup> definierar vad som utgör ett klagomål respektive en synpunkt och ger vägledning i hur dessa ska hanteras.

Av rutinen framgår en ansvarsfördelning:

- **Enhetschef** ansvarar för att utreda och analysera inkomna klagomål inom den egna enheten. Inkomna klagomål och synpunkter ska lyftas och diskuteras med personalgruppen vid arbetsplatsträffar.
- **Verksamhetschef** ansvarar för att regelbundet genomföra systematisk egenkontroll och analys av klagomål och avvikelser på verksamhetsnivå, exempelvis varje tertiäl. Analysen ska leda till förändringar som förbättrar verksamhetens rutiner och processer. Vi noterar av rutinen att det inte framgår hur analysen på verksamhetsnivå ska omsättas i praktiska åtgärder i verksamheten.
- **MAS, MAR och SAS** ansvarar för att årligen sammanställa statistik över klagomål och synpunkter från förvaltningarna samt samla in verksamheternas övergripande analyser. Denna sammanställning ska enligt rutinen redovisas i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen.

Det framgår vidare av rutinen att klagomål kan lämnas via flera kanaler, inklusive e-tjänst på kommunens webbplats. Rutinen anger att återkoppling till den som skickat en synpunkt eller

---

<sup>14</sup> Daterad 2022-02-01, godkänd av Socialt ansvarig samordnare (SAS), Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

klagomål ska ske skyndsamt, helst inom två veckor, och att en sekretessbedömning alltid ska göras vid återkoppling. Det framgår även att klagomål som inte rör enskilda ärenden ska diarieföras.

Det anges i rutinen att klagomål och synpunkter ska diskuteras regelbundet på arbetsplatsträffar minst två gånger per år.

### 3.3.2 Uppföljning och tillämpning

Av patientsäkerhetsberättelsen för år 2024<sup>15</sup> framgår att äldreomsorgen har mottagit fyra klagomål via patientnämnden och att samtliga har besvarats. Av patientsäkerhetsberättelsen framgår även att en enkät har skickats ut under året till hälso- och sjukvårdspersonalen i syfte att kartlägga deras upplevelser av patientsäkerheten inom verksamheten. Det framgår av berättelsen att det finns en god kännedom och förståelse bland personalen kring hantering av klagomål och synpunkter.

I kvalitetsberättelsen<sup>16</sup> redovisas antalet inkomna klagomål per verksamhetsområde för innevarande år samt över tid. Kvalitetsberättelsen innehåller kommentarer från verksamhetscheferna samt de privata utförarna avseende hantering och uppfattning av klagomål inom respektive verksamhet.

Av kvalitetsberättelsen framgår en sammantagen analys av klagomålshanteringen. Det framgår bland annat av analysen att det redovisade antalet klagomål inom verksamheten i stort är oförändrade jämfört med föregående år, däremot noteras att en ökning skett inom hemtjänsten.

Stickprov för att följa upp efterlevnad av rutinerna för klagomålshanteringen och hantering i verksamhetssystem har genomförts av SAS i verksamhetsområdena kommunal hemtjänst, vård- och omsorgsboende samt utredning äldre. Enligt kvalitetsberättelsen visade stickprovskontrollen på att merparten av klagomålen har hanterats inom angiven tidsram, men att dokumentation av vidtagna åtgärder har skett i varierande omfattning och att klagomål sällan noteras i den sociala journalen.

Av kvalitetsberättelsen år 2024 framgår att klagomålshanteringen bedöms vara ett utvecklingsområde för år 2025, särskilt vad gäller att sprida exempel på åtgärder som lett till kvalitetsförbättringar. Vidare framgår att upprättandet av ett kvalitetsråd bedöms kunna stärka och utveckla analysen av klagomål och synpunkter. Som tidigare nämnts hade kvalitetsrådet ännu inte upprättats vid tidpunkten för denna granskning.

Vid intervjuerna framförs upplevelser om att inkomna klagomål och synpunkter hanteras och åtgärdas på enhetsnivå, men att det saknas en tydlig struktur för hur dessa ska omsättas i förbättringsåtgärder på ett mer systematiskt sätt. Analys görs på aggregerad nivå och redovisas i kvalitetsberättelsen, men enligt intervjuade omsätts det inte i några tydliga förbättringsåtgärder. Det beskrivs vid intervjuer att det finns ett behov av att utveckla denna process.

---

<sup>15</sup> Äldrenämnden 2025-02-27 § 20

<sup>16</sup> Äldrenämnden 2025-04-24 § 62

### 3.3.3 Systematisk information

Som tidigare beskrivits framgår det av rutindokumentet att klagomål och synpunkter ska behandlas regelbundet vid arbetsplatsträffar. Det anges även att rutinen ska hållas levande genom introduktion vid nyanställning samt genom återkommande information till personalen.

Vi har tagit del av introduktionsmaterial för nyanställda, vilket inkluderar både introduktionshäften och checklistor. Vi noterar att punkten om klagomål och synpunkter återfinns i majoriteten av dessa.

Vi har inte fått ta del av något underlag, exempelvis ett årshjul, som tydligt visar hur återkommande information ska ges om arbetet med klagomål och synpunkter i verksamheten. Det årshjul som finns är på en mer övergripande nivå som anger när olika sammanträden äger rum, när rapporter och underlag ska tas fram och färdigställas. Däremot framgår det av egenkontrollplanerna för verksamhetsområdena vård- och omsorgsboende samt hemtjänst att aktiviteter som syftar till ökad kunskap och förankring av klagomålshanteringen ska genomföras i verksamheterna.

För verksamhetsområdet HSL sker uppföljning av personalens kännedom om rutiner för klagomål och synpunkter genom utskickade enkäter samt årlig uppföljning i patientsäkerhetsberättelsen. För verksamhetsområdet utredning äldre har vi inte mottagit något underlag avseende arbetet med klagomålshanteringen under året.

### 3.3.4 Stickprov

Vi har granskat hanteringen av fem inkomna synpunkter. Urval har skett på totalt 141 synpunkter som inkommit under perioden 1 januari-31maj 2025.

I samtliga granskade ärenden framgår vad synpunkten avser samt vilka åtgärder som vidtagits. I tre av de granskade ärendena saknas dock dokumentation om återkoppling till berörda. I ett av de granskade ärendena noteras släpande dokumentation som dokumenterats under 2026.

Även om ärendena har hanterats på olika sätt och det finns noteringar i ärendet, så bedöms det saknas en tydlig utredning och analys av de enskilda synpunkterna.

Kontrollpunkt	Ja	Total
Framgår av dokumentation vad synpunkten avser?	5	5
Framgår av dokumentation om åtgärd vidtagits?	5	5
Framgår av dokumentation att berörd fått återkoppling inom två veckor?	2	5
Finns ett tydligt underlag i form av utredning och analys?	0	5

### 3.3.5 Bedömning

Vår bedömning är att äldrenämnden **endast delvis** säkerställt att klagomål och synpunkter tas emot, utreds, sammanställs och analyseras för att säkerställa kvaliteten

Det finns en fastställd rutin som beskriver ansvar, hantering och återkoppling. Vi konstaterar att inkomna klagomål och synpunkter redovisas tillsammans med analys i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelserna. Vi bedömer att detta i allt väsentligt överensstämmer med kraven i SOSFS 2011:9, som anger att synpunkter ska sammanställas och analyseras för att identifiera mönster och trender som kan indikera brister i verksamheten.

Samtidigt bedömer vi att det saknas ett tydligt arbetssätt för hur dessa analyser ska omsättas i konkreta förbättringsåtgärder på verksamhetsnivå. Granskningen visar att övergripande analyser av synpunkter sker och redovisas men att det i begränsad utsträckning leder till strukturerade förbättringsinsatser. Detta innebär en risk för att identifierade mönster och trender inte fullt ut används för att stärka kvaliteten i verksamheterna.

Vi noterar att förvaltningen själv identifierat detta som ett utvecklingsområde och att åtgärder är under framtagande, bland annat upprättandet av ett kvalitetsråd. Detta är positivt och bedöms kunna bidra till en mer systematisk och verksamhetsövergripande hantering av klagomål och synpunkter.

Därtill visar vår stickprovskontroll på brister i utrednings- och analysförfarandet av de enskilda synpunkterna samt dokumentation om att återkoppling genomförts i ärendet.

## 3.4 AVVIKELSER

### 3.4.1 Rutiner

Av äldrenämndens ledningssystem framgår att verksamheten ska identifiera och hantera avvikelser som medfört eller kunnat medföra oönskade händelser för brukare, patienter eller medarbetare. Ledningssystemet hänvisar till rutiner för avvikelshantering som finns tillgängliga via intranätet och i rutinbiblioteket.

Detta i form av rutindokumenterna *Avvikelsehantering för hälso-och sjukvård*<sup>17</sup> och *avvikelsehantering, enligt SoL och LSS*<sup>18</sup> samt en *checklista avvikelshanteringsprocessen äldreomsorg och funktionshinderomsorg*<sup>19</sup>.

Av dokumenten framgår att avvikelshantering 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. Rutinerna anger att omedelbara åtgärder ska vidtas för att förhindra fortsatt risk och att avvikelsen därefter ska registreras i

<sup>17</sup> Reviderad 2023-12-06. Godkänd av MAS och MAR

<sup>18</sup> Reviderad 2025-07-10. Godkänd av SAS

<sup>19</sup> Reviderad 2022-06-13. Godkänd av MAR, MAS, SAS

avvikelsemodulen Treserva. Händelsen ska även dokumenteras i brukarens sociala journal eller patientjournal beroende på lagrum.

Gällande ansvarsfördelning framgår av rutinerna att den som upptäcker avvikelsen rapporterar medan enhetschef ansvarar för analys, beslut om åtgärder, uppföljning och avslut inom två månader. Rutinerna anger att en händelseanalys ska genomföras i tillräcklig omfattning utifrån händelsens karaktär och allvarlighetsgrad i syfte att kunna identifiera bakomliggande orsaker och föreslå åtgärder. Föreslagna åtgärder ska dokumenteras med ansvar och tidsplan.

Återkoppling till berörd personal ska ske och lärande forum såsom arbetsplatsträffar ska användas för att diskutera avvikelser och förbättringsåtgärder på enhetsnivå.

Checklistan för äldreomsorg och funktionshinderomsorg konkretiserar processen i fem steg: registrering, händelseanalys, beslut om åtgärd, uppföljning och avslut. Den betonar vikten av delaktighet från berörd personal och att kunskap tas tillvara i syfte att förebygga upprepning av liknande händelser.

Enligt intervjuade finns rutinerna för avvikelshantering samlade i rutinbiblioteket men det framkommer att mängden dokument och bristande struktur i rutinbiblioteket kan göra det svårt för medarbetare att hitta rätt information.

### **3.4.2 Systematisk information**

Av rutindokumentet som riktar sig mot SoL och LSS framgår att rutinen ska hållas levande i verksamheten via information vid nyanställning samt aktualiseras minst två gånger per år på arbetsplatsträff.

Vi har tagit del av introduktionsmaterial för nyanställda, bestående av både introduktionshäften och checklistor. I majoriteten av dessa material framgår att avvikelser är en punkt som ska lyftas.

Som tidigare nämnts hanteras förankringen av rutiner, inklusive avvikelshanteringen, främst via egenkontrollplansarbetet. För verksamhetsområdet HSL sker uppföljning av personalens kännedom om rutin och avvikelshanteringen främst via utskickad enkät. Vi har inte fått något underlag som styrker att avvikelseprocessen förankras på ett systematiskt sätt inom övriga verksamhetsområden under året.

### **3.4.3 Hantering och analys på verksamhetsnivå**

Av intervjuer framgår att avvikelser lyfts i flera olika mötesforum på olika nivåer i organisationen. Exempelvis nämns kvalitetsgruppen, där funktioner från både hälso- och sjukvård samt vård och omsorg samverkar, medicinska ledningsgruppen samt pulsmöten mellan verksamhetschef och enhetschef. Mer allvarliga avvikelser diskuteras även vid återkommande möten, vanligtvis varje vecka, där funktioner såsom MAS, MAR och avvikelshanterare deltar.

Av intervjuer framgår att avvikelssystemet har begränsningar i att ta fram statistik över avvikelser löpande i verksamheten utifrån exempelvis avvikelsekategori. Detta försvårar kontinuerlig uppföljning och analys, särskilt inom verksamhetsområden med många avvikelser. Även om statistiken kan tas fram, beskrivs processen som tidskrävande och ineffektiv.

#### **3.4.4 Uppföljning och analys på övergripande nivå**

Av rutindokumenterna framgår att verksamhetschefer och SAS ansvarar för sammanställning och analys på övergripande nivå gällande avvikelser inom SoL, vilket ska redovisas i den årliga kvalitetsberättelsen. För hälso- och sjukvårdsområdet ansvarar MAS och MAR för att genomföra analyser på det sammantagna resultatet av avvikelser på verksamhetsnivå i samband med patientsäkerhetsberättelsen.

Av äldrenämndens kvalitetsberättelse för år 2024 framgår att stickprovskontroller har genomförts av SAS med syfte att följa upp efterlevnad av rutinerna för avvikelser och hantering i verksamhetssystemet. Stickprovskontrollen bestod av tio avvikelser från respektive verksamhetsområde. Resultatet av stickprovskontrollen visade att merparten av avvikelserna hanterats inom angiven tidsram om två månader. Däremot saknas i drygt hälften av fallen kompletterande anteckningar om vidtagna åtgärder, vilket gör det svårt att följa hur avvikelserna har hanterats och vilka förbättringsåtgärder som genomförts.

Av äldrenämndens kvalitetsberättelse för år 2024 redovisas de kategorier av avvikelser enligt SoL utifrån respektive verksamhetsområde. Det framgår att totalt 2057 avvikelser rapporterats inom vård- och omsorgsboende, 319 inom kommunal hemtjänst och 128 inom utredning av äldre. Mest avvikelser finns på områdena *utförande av insats* och *säkerhet/trygghet*. Se sammanställningen i sin helhet som bilaga A.

Utöver ovan finns i kvalitetsberättelsen en analys av utfallet jämfört med tidigare år samt en mer utförlig beskrivning av respektive avvikelsetyp. Vid varje analys har respektive verksamhetschef lämnat en kommentar med information om pågående utvecklingsarbeten och vidtagna åtgärder utifrån resultaten. Dessa åtgärder består exempelvis av utbildningsinsatser, workshops, samordning av dokumentationsombud och stickprovskontroller på åtgärdsplaner.

Därtill framgår även en analys av avvikelshanteringen som gör gällande att det finns vissa brister i följsamhet till avvikelserutinerna samt att det finns ett behov av att utveckla arbetet med avvikelshanteringen så att det blir en naturlig del i det löpande systematiska kvalitetsarbetet.

Av *patientsäkerhetsberättelsen 2024*, framgår att majoriteten av HSL-avvikelseerna inom äldreomsorgen rör fall och läkemedel. Under år 2024 registrerades fler fallavvikelser jämfört med föregående år. En minskning noterades dock vad gäller läkemedelsavvikelser inom hemtjänsten. Vad gäller externa avvikelser framgår att 244 externa avvikelser registrerats, främst kopplade till Region Västerbotten. 27 externa avvikelser har inkommit inom boende och korttidsboende. Under året har även 190 avvikelser rapporterats till Hjälpmedel Västerbotten, främst gällande brister vid rekonditionering av hjälpmedel.

#### **3.4.5 Förbättringsarbete**

Vid intervjuer framförs upplevelser om att det saknas en tydlig struktur för hur resultat från aggregerade analyser av avvikelser ska omsättas i ett systematiskt förbättringsarbete. Detta anges ha identifierats som ett bristområde och flera insatser uppges ha initierats för att stärka arbetet. Som tidigare redogjorts för i granskningen pågår arbete med att etablera ett kvalitetsrådsforum som ska bidra till en gemensam och tydligare struktur för kvalitetsstyrningen.

Det framgår vidare av intervjuer att en genomlysning av avvikelseprocessen har initierats i syfte att identifiera flaskhalsar och hinder, tydliggöra ansvarsfördelningen mellan SoL och HSL samt skapa bättre förutsättningar för uppföljning på aggregerad nivå. Utöver detta ska ett mer användarvänligt verktyg utvecklas för att möjliggöra trendanalyser av avvikelser.

### 3.4.6 Stickprov

Vi har granskat hanteringen av 15 inkomna avvikelserapporter. Urval har skett på totalt 1100 avvikelserapporter<sup>20</sup> som rapporterats under perioden 1 januari-31 maj 2025.

I samtliga granskade ärenden har uppgifter om händelse dokumenterats i avvikelserapport. I ett av de granskade ärendena saknas dokumentation om omedelbara åtgärder. I tio av de granskade ärendena saknas tydlig händelseanalys där bakomliggande orsaker anges. I fem av de granskade ärendena saknas konsekvensbedömning och i två ärenden saknas såväl sannolikhetsbedömning som bedömning av allvarlighetsgrad. Av de granskade ärendena saknas färdigställda utredningar som slutförts inom två månader i fem av ärendena. I ett av de granskade ärendena noteras släpande dokumentation som dokumenterats under år 2026.

Kontrollpunkt	Ja	Total
Har händelse dokumenterats?	15	15
Har omedelbara åtgärder dokumenterats?	14	15
Finns en händelseanalys med bakomliggande orsaker dokumenterad?	5	15
Finns en konsekvensbedömning dokumenterad?	10	15
Finns en sannolikhetsbedömning dokumenterad?	13	15
Finns en bedömning av allvarlighetsgrad dokumenterad?	13	15
Har utredning färdigställts inom två månader?	10	15
Framgår vidtagna åtgärder?	11	15

### 3.4.7 Bedömning

Vår bedömning är äldrenämnden **endast delvis** har säkerställt att avvikelser åtgärdas för att säkerställa kvaliteten

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska den som bedriver socialtjänst rapportera och utreda avvikelser inom verksamheten. Vi konstaterar att äldrenämnden har etablerat rutiner för avvikelshantering som tydliggör ansvarsfördelning, process och krav på dokumentation. Av granskningen framgår dock att det finns en bristande struktur i rutinbiblioteket där rutinerna ska samlas, vilket kan försvåra tillgängligheten för medarbetare.

<sup>20</sup> Avvikelserapport enligt SoL exklusive fallavvikelser.

Granskningen visar att avvikelser lyfts i flera olika forum och att stickprov och enkäter genomförs, vilket är positivt.

Vidare sker uppföljning och analys främst årligen och redovisas i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelserna. Även om förbättringsområden identifieras genom detta arbete, bedömer vi att det saknas en sammanhängande och tydlig struktur för att omsätta resultaten i konkreta och uppföljningsbara åtgärder. Det bekräftas att detta redan har identifierats och att flera åtgärder är under framtagande.

Vad gäller utredningen av de enskilda avvikelserna visar vår stickprovskontroll på brister i arbetet med bland annat händelseanalys, konsekvensbedömning och skyndsamhet.

Mot bakgrund av ovan bedömer vi att äldrenämnden endast delvis säkerställer att avvikelser åtgärdas för att upprätthålla kvaliteten.

### 3.5 MISSFÖRHÅLLANDEN/LEX SARAH

#### 3.5.1 Rutiner

Av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att SAS, genom delegation från äldrenämnden, ansvarar för att utreda missförhållanden enligt lex Sarah samt bedömer om anmälan ska ske till IVO.

Rutinen *Rapportering av missförhållanden enligt lex Sarah*<sup>21</sup> beskriver att lex Sarah utgör en del av socialtjänstens kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling. Syftet med arbetet anges vara att identifiera, åtgärda och förebygga missförhållanden som kan påverka brukares liv, säkerhet eller hälsa.

Rutinen definierar vad som utgör ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande och ger vägledning i bedömningen genom konkreta exempel och vägledande frågor.

I rutinen anges det vilka ansvar och vilka ansvar som olika funktioner har tilldelats:

- **Omsorgspersonal och andra inom socialtjänsten** är rapporteringsskyldiga och ska genast rapportera missförhållanden till närmaste chef. Hälso- och sjukvårdspersonal omfattas inte av lex Sarah, men har skyldighet att rapportera avvikelser enligt patientsäkerhetslagen.
- **Enhetschef** ansvarar för att omedelbart åtgärda akuta problem, påbörja händelseanalys, informera berörda parter, säkerställa rapportering, dokumentera i social journal och informera personalgruppen. Vid behov ska samråd ske med MAS/MAR, HR eller polisanmälan övervägas.
- **Verksamhetschef** övertar ansvar om enhetschef är berörd eller inte i tjänst, samt ansvarar för samordning vid enheter som berörs av samma missförhållande.
- **Socialt ansvarig samordnare (SAS)** ansvarar för diarieföring, sekretessprövning, kontakt med rapportör, bedömning av allvarlighetsgrad, eventuell anmälan till IVO samt avslut av utredning.

---

<sup>21</sup> Reviderad 2025-07-10. Godkänd av SAS.

Rutinen innehåller även instruktioner för att genomföra en händelseanalys med fokus på vad som hänt, varför det hänt och hur upprepning kan förhindras. Analysen ska rikta fokus mot strukturella brister snarare än enskilda individer.

Efter avslutad utredning ska resultatet återkopplas av ansvarig chef och användas som lärande exempel i verksamheten. Rutinen betonar vikten av att skapa ett tillåtande klimat för rapportering och att information om rapporteringsskyldigheten ges vid introduktion och regelbundet på arbetsplatsträffar.

Rutinen innehåller ett flertal länkar till vidare information, inklusive mallar och stödmaterial. Det anges även att mer information, bildspel och film om lex Sarah finns tillgängligt på kommunens intranät.

I rutinen *Utredningsförfarande lex Sarah*<sup>22</sup> beskrivs hur SAS ska genomföra en lex Sarah-utredning. Rutinen förklarar även hur ledning och verksamhet ska informeras om lex Sarah-anmälan. Det är registratören som enligt rutin ansvarar för att en kopia av anmälan skickas till den ansvariga nämnden.

### 3.5.2 Uppföljning och analys

Av kvalitetsberättelsen 2024<sup>23</sup> framgår att totalt 32 lex Sarah-rapporter inkommit under året, vilket är en ökning jämfört med föregående års 23 rapporter. Av dessa har 13 rapporter efter kortare utredning bedömts inte utgöra missförhållanden.

Vidare framgår av kvalitetsberättelsen att hot mot fysisk och psykisk hälsa varit den mest frekventa typen av missförhållande, särskilt inom vård- och omsorgsboenden. Exempel på sådana händelser är brister i larmhantering, uteblivna eller bristfälligt utförda insatser, fysiska övergrepp samt brister i bemötande. Inom hemtjänsten har även brister i sekretess identifierats, där exempelvis arbetsscheman med sekretessuppgifter tappats bort.

Av kvalitetsberättelsen framgår att tre lex Sarah-anmälningar gjorts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) från kommunens egna verksamheter samt en anmälan från en extern utförare. De anmälda händelserna har enligt kvalitetsberättelsen lett till åtgärder såsom kompetenshöjande insatser, förändrade rutiner och ökad bemanning. Det framgår även att personal fått avsluta sin anställning.

I den sammantagna analysen som anges i kvalitetsberättelsen framgår att samtliga utredningar där missförhållanden bedömts föreligga har resulterat i förbättringsåtgärder. Det framkommer även att bristande dokumentation i brukarnas sociala journaler fortsatt är ett problem, vilket kan försvåra utredningsarbetet. Mot denna bakgrund har behovet av utbildning och handledning i dokumentation lyfts fram som en viktig utvecklingspunkt.

Utöver den information om lex Sarah som nämnden årligen får ta del av via kvalitetsberättelsen, framgår det vid en genomgång av protokoll från perioden 2024-12-19 till 2025-12-18 att äldrenämnden även har fått återkommande information om missförhållanden och genomförda

---

<sup>22</sup> Reviderad 2025-07-10. Godkänd av SAS.

<sup>23</sup> Äldrenämnden 2025-04-24 § 62

lex Sarah-utredningar<sup>24</sup>. Vid intervju anges att arbetssättet förändrats under perioden då nämnden tidigare enbart fick information på förekommen anledning.

Av intervju framgår att nämndens presidium även får veckovis information som syftar till att ge ökad insyn i vård- och omsorgsboendet Dragonen, med anledning av de missförhållanden som uppmärksammades vid boendet under år 2024 och 2025.

### 3.5.3 Systematisk information

Som framgår av rutindokumentet ska information om lex Sarah spridas i verksamheten via introduktion av ny personal och regelbundet under arbetsplatsträffar.

Vi har tagit del av introduktionsmaterial för nyanställda, vilket inkluderar både introduktionshäften och checklistor. Vi noterar att punkten om lex Sarah återfinns i majoriteten av dessa underlag.

Vi har inte fått ta del av något underlag, såsom årshjul eller liknande dokumentation, som skulle möjliggöra en bedömning av hur verksamheten i praktiken säkerställer att information om lex Sarah faktiskt genomförs med regelbundenhet. Det årshjul som finns är på en mer övergripande nivå som anger när olika sammanträden äger rum, när rapporter och underlag ska tas fram och färdigställas. Dock framgår det av egenkontrollplanerna för verksamhetsområdena vård- och omsorgsboende och hemtjänsten att aktiviteter ska genomföras. Av intervjuer framgår det att inom Hälso- och sjukvårdsområdet genomförs lärandeforum en gång per år där alla medarbetare inom verksamhetsområdet blir inbjudan. Vid tillfällena beskrivs att bland annat lex Sarah-utredningar och vidtagna åtgärder tas upp.

Av intervjuer framgår att det finns flera mötesforum där hantering och uppföljning av lex Sarah-ärenden kan lyftas. Exempelvis sker dialog om pågående ärenden under ledningsgruppsmöten. Vidare framkommer att lex Sarah-ärenden kan tas upp i pulsmöten där verksamhetschefer träffar enhetschefer. Utöver detta har MAS, MAR och SAS ett gemensamt forum, benämnt kvalitetsgrupp, som sammanträder en gång per månad där gemensamma lex Sarah-ärenden mellan förvaltningarna Stöd och omsorg och Äldreomsorg ska lyftas upp.

### 3.5.4 Stickprov

Vi har granskat hanteringen av fem lex Sarah-rapporter. Urval har skett på totalt 17 lex Sarah-rapporter som rapporterats under perioden 1 januari-31maj 2025.

I samtliga granskade ärenden har händelse, omedelbara åtgärder samt händelseanalys med bakomliggande orsaker och konsekvensbedömning dokumenterats. Däremot saknas helt tydlig dokumentation av sannolikhet för framtida risk i samtliga granskade utredningar även om åtgärder anges som bör minska risk för upprepning. Vad gäller bedömning av allvarlighetsgrad framgår bedömningar i de tre utredningar som lett till anmälan. Det framgår åtgärder i samtliga granskade utredningar.

Vad gäller skyndsamhet bedöms tre av ärendena inte ha handlagts skyndsamt. I två av ärendena har lex Sarah-utredning pågått mer än två månader från att lex Sarah-rapport upprättats. I de tredje ärendet har det dröjt mer än tre månader från att avvikelser inkommit tills det att en lex

---

<sup>24</sup> Äldrenämnden 2024-12-19 § 137. Äldrenämnden 2025-01-30 § 16, § 15. Äldrenämnden 2025-03-27 § 48. Äldrenämnden 2025-08-28 § 105, § 107, § 108. Äldrenämnden 2025-09-25 § 127. Äldrenämnden 2025-10-23 § 139. Äldrenämnden 2025-11-20 § 145. Äldrenämnden 2025-12-18 § 174

Sarah-rapport upprättats. Vad gäller avvikelserna framgår av nämndens rutiner att utredning av avvikelserna ska färdigställas inom två månader. Vad gäller lex Sarah-utredningar finns ingen fastställd tidsram i rutinerna. Däremot framgår av gällande föreskrifter att nämnden ska färdigställa utredning inom två månader från det att anmälan gjorts till IVO. Eftersom nämnden i samtliga granskade fall avvaktat med anmälan till dess att utredning varit färdigställd har nämnden uppfyllt kravet. Vi förstår att utredning kan behövas innan bedömning kan göras om anmälan ska göras eller ej, däremot kan vi inte i två av de granskade ärendena se några anledningar, andra än organisatoriska, till att utredning behövt ta mer än två månader.

Ställningstagandet avseende om anmälan ska göras till IVO eller ej har i samtliga fall fattats av behörig. Däremot saknas tydlig formulering av ställningstagandet i bedömningen i ett par utredningar. Det avser ställningstagandet att inte anmäla till IVO.

Kontrollpunkt	Ja	Total
Har händelse dokumenterats?	5	5
Har omedelbara åtgärder dokumenterats?	5	5
Finns en händelseanalys med bakomliggande orsaker dokumenterad?	5*	5
Finns en konsekvensbedömning dokumenterad?	5	5
Finns en sannolikhetsbedömning dokumenterad?	0	5
Finns en bedömning av allvarlighetsgrad dokumenterad?	3	5
Framgår åtgärder?	5	5
Har ärendet handlagts skyndsamt?	2	5
Har ställningstagande om att anmäla till IVO gjorts enligt delegation?	3	5**

\*I ett ärende först efter IVO:s begäran om komplettering

\*\*De två ärendena som inte har anmälts till IVO saknar tydligt dokumenterat ställningstagande.

### 3.5.5 Bedömning

Vår bedömning är äldrenämnden **endast delvis** säkerställt att missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden rapporteras, utreds och åtgärdas för att säkerställa kvaliteten

Enligt 27 kap 5 § socialtjänstlagen ska missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden genast dokumenteras och utredas samt avhjälpas eller undanröjas. Vidare ska ett allvarligt sådant enligt 27 kap 6 § snarast anmälas till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Socialstyrelsens föreskrifter anger hur utredningsarbetet ska genomföras och följas upp.

Vi konstaterar att det finns etablerade rutiner för hantering av missförhållanden och risker för missförhållanden. Rutinerna tydliggör hur dessa ska rapporteras, utredas och åtgärdas samt hur

informationen ska spridas inom organisationen och anmälas till IVO. Vi konstaterar att nämnden återkommande har informerats om missförhållanden och genomförda lex Sarah-utredningar.

Vid vår stickprovskontroll noteras dock brister avseende dokumentation och bedömning av framtida risk allvarlighetsgrad. Därtill bedömer vi att alla ärendena inte handlagts skyndsamt. I två ärenden har lex Sarah-rapport inte upprättats genast vid kännedom om uppgifter inom ramen för en avvikelserapport och i ett ärende har själva lex Sarah-utredningen inte genomförts skyndsamt.

### **3.6 KUNSKAPSSPRIDNING**

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska den som bedriver socialtjänst säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

#### **3.6.1 Rutiner**

Som redan redogjorts i granskningen framgår det av ledningssystemet att verksamhetschefer, digitaliseringschef, kanslichef och kvalitetschef är direkt underställda äldreomsorgsdirektören och har bland annat ansvar för att skapa övergripande strukturer, processer och rutiner för sitt respektive verksamhetsområde samt för att möjliggöra medarbetarnas delaktighet i ett aktivt kvalitetsarbete.

Gällande ansvar för upprättande av rutiner framgår det av ledningssystemet att en rutin kan beslutas på olika chefsnivåer samt att MAS, MAR samt SAS kan upprätta och besluta om rutiner baserat på deras specifika ansvarsområden. Vidare framgår det att den som beslutar om rutinen ansvarar för att den görs känd i de verksamheter som berörs. Närmaste chef ska även ansvara för att de rutiner som berör den egna verksamheten implementeras och skapa förutsättningar för efterlevnad.

Enligt ledningssystemet ska äldreomsorgens rutiner publiceras på den kommunövergripande digitala ytan, Dokument- och kvalitetsstyrning (DOK), som inom äldreomsorgen kallas rutinbiblioteket. Den som tagit beslut om rutinen ska även ansvara för publicering och säkerställa att rutinen är aktuell samt avpubliceras vid behov. Vidare framgår det av ledningssystemet att löpande översyn av publicerade rutiner är rekommenderat för att säkerställa aktualitet.

Enligt majoriteten av intervjuerna framgår att det finns utmaningar med åtkomst och tillgänglighet till rutiner i rutinbiblioteket. För att hitta rätt rutin krävs vissa sökord, och det kan förekomma dubletter vilket skapar osäkerhet kring vilken rutin som är gällande. Av intervjuerna framgår att det finns en medvetenhet om problemet och att ett arbete har påbörjats för att strukturera upp rutinbiblioteket, bland annat genom uppdrag till en ansvarig person och genom taggning av dokument. Vid tidpunkten för granskningen var detta arbete ännu inte färdigställt. Vidare framgår att olika verksamheter hanterar aktualisering och uppföljning av rutiner på olika sätt, exempelvis genom egna årshjul eller lokala genomgångar.

### 3.6.2 Systematisk information

Som tidigare nämnts innehåller majoriteten av de rutinunderlag vi tagit del av beskrivningar om hur respektive rutin ska hållas aktuell och levande i verksamheten. Efterlevnaden av följsamhet till rutinerna sker främst genom egenkontrollarbetet. Inom HSL-området används främst enkäter och andra kontrollmetoder för att säkerställa att rutiner följs och att det finns kännedom om processerna.

När det gäller introduktion och information vid nyanställning har vi inom ramen för granskningen tagit del av flera introduktionsunderlag. Majoriteten av dessa innehåller punkter som handlar om att rutiner avseende exempelvis lex Sarah, klagomål och synpunkter samt avvikelser, ska gås igenom.

### 3.6.3 Kompetenshöjande insatser

Vi har tagit del av dokumentet *äldrenämndens utbildningsplan 2025*, som utgår från äldreomsorgsförvaltningens kompetensförsörjningsplan och konkretiserar planerade utbildningsinsatser för året. Planen ska revideras årligen och omfattar insatser för grundläggande och riktad kompetensutveckling, introduktion, språkstöd samt vidareutbildning. Ett utbildningsråd med förankring i verksamheterna har inrättats för att ge råd till ledningen om prioriterade utbildningsinsatser. Insatser finansieras genom en särskild informations- och utbildningsbudget. Förvaltningen deltar även i nationella initiativ som Äldreomsorgslyftet, Yrkesresan och Vård- och omsorgscollege. Under år 2025 planeras en kartläggning av behovet av specialistkompetens.

Exempel på utbildningsinsatser under år 2025:

- RESIMA-utbildning – för att hantera hot och våld i omsorgen.
- Digital språkutbildning via Lingio – för att stärka språklig kompetens.
- Utbildning för språkbud – som stöd för språkutveckling på arbetsplatsen.
- Förflyttningsutbildningar – erbjuds både digitalt och fysiskt.
- Stjärnmärkning – utbildning i personcentrerad demensvård enligt modell från Svenskt Demenscentrum

Vi har även tagit del av kommunens mall för medarbetarsamtal, vilka ska genomföras under oktober–december månad årligen. Mallen innehåller frågor avseende medarbetarens nuvarande arbetssituation, kompetensbehov och utvecklingsmöjligheter. Utgångspunkten är att medarbetaren, tillsammans med chef, ska identifiera konkreta utvecklingsmål och planera kompetenshöjande aktiviteter för det kommande året. Det anges att samtalen ska utgå från verksamhetens mål och medarbetarens individuella utvecklingsplan från föregående år.

### 3.6.4 Bedömning

Vår bedömning är att äldrenämnden **i allt väsentligt** har ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa att personalen har kompetens vad gäller kvalitetsarbetet i verksamheten

Vi konstaterar att det finns en ansvarsfördelning gällande upprättande och implementering av rutiner samt introduktionsmaterial som innehåller moment såsom lex Sarah, klagomål och

avvikelser. Vidare finns en utbildningsplan och ett utbildningsråd som syftar till att samordna kompetensutveckling samt strukturer för att identifiera individuella utvecklingsbehov via medarbetarsamtal.

Av granskningen framgår däremot att rutinerna som ingår i ledningssystemet inte anses vara lättillgängliga då det krävs exakta sökord för att hitta rätt dokument och det förekommer dubletter, vilket kan skapa osäkerhet om vilken rutin som gäller. Vi ser positivt på att det pågår ett arbete med att strukturera upp rutinbiblioteket.

Mot bakgrund av ovan bedömer vi att nämnden i allt väsentligt uppfyller kraven i Socialstyrelsens föreskrifter men att bristerna i tillgänglighet till rutiner innebär att arbetssättet inte fullt ut kan anses ändamålsenligt.

## 4 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

---

Syftet med granskningen har varit att bedöma om äldremyndigheten säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen.

**Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att äldremyndigheten endast delvis säkerställt ett systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen.**

*Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.*

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi äldremyndigheten att:

- Upprätta styrdokument som formaliserar och tydliggör egenkontrollarbetets syfte, omfattning och genomförande. (se avsnitt 3.2)
- Upprätta styrdokument som tydliggör hur och när riskanalyser inom ramen för kvalitetsledningssystemet ska genomföras på olika nivåer i organisationen. (se avsnitt 3.2)
- Säkerställa att resultaten från övergripande analyser av klagomål och synpunkter omsätts i konkreta och uppföljningsbara åtgärder. (se avsnitt 3.3)
- Säkerställa att inkomna klagomål och synpunkter utreds, analyseras och att återkoppling ges till berörd enligt gällande rutiner (se avsnitt 3.3)
- Säkerställa att resultaten från övergripande analyser av avvikelser omsätts i konkreta och uppföljningsbara åtgärder (se avsnitt 3.4)
- Säkerställa att avvikelser utreds enligt gällande rutiner (se avsnitt 3.4)
- Säkerställa att lex Sarah-rapportering samt utredning sker skyndsamt samt att bedömning om framtida risk och allvarlighetsgrad sker i samtliga lex Sarah-utredningar. (se avsnitt 3.5).
- Säkerställa att kvalitetsledningssystemet regelbundet följs upp och utvecklas, med särskilt fokus på att förbättra struktur och sökbarhet i rutinbiblioteket, så att medarbetare har enkel tillgång till gällande rutiner. (se avsnitt 3.6)

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

Joakim Hackström Larsson

*Verksamhetsrevisor/specialist*

Gustav Vinterek

*Verksamhetsrevisor*

Liz Gard

*Certifierad kommunal revisor och kvalitetssäkrare*

## 5 BILAGA A – AVVIKELSER 2024

<b>Vård- och omsorgsboende, inklusive korttidsboende</b>	
<b>Typ av avvikelse</b>	<b>Antal</b>
Insats	776
Säkerhet/Trygghet	749
Hot och våld	191
Vårdkedjebrist/Brist i samverkan	109
Dokumentation	103
Bemötande	66
Sekretess	55
Lokaler	8
<b>Totalt antal</b>	<b>2057</b>

<b>Kommunal hemtjänst</b>	
<b>Typ av avvikelse</b>	<b>Antal</b>
Insats	241
Säkerhet/Trygghet	23
Vårdkedjebrist/Brist i samverkan	19
Sekretess	14
Dokumentation	10
Hot och våld	4
Handläggning Myndighet	1
Lokaler	1
<b>Totalt antal</b>	<b>319</b>

<b>Utredning äldre</b>	
<b>Typ av avvikelse</b>	<b>Antal</b>
Handläggning Myndighet	45
Insats	32
Vårdkedjebrist/Brist i samverkan	29
Dokumentation	17
Säkerhet/trygghet	2
Sekretess	2
Bemötande	1
<b>Totalt antal</b>	<b>128</b>