



Granskning - Styrning av kvalitet i särskilt boende i Vetlanda kommun

Vetlanda kommun

December 2025

Innehåll

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

Sammanfattning

Bakgrund

Deloitte AB har av de förtroendevalda revisorerna i Vetlanda kommun fått uppdraget att genomföra en granskning av kvaliteten inom särskilt boende i Vetlanda kommun. Syftet har varit att bedöma vård- och omsorgsnämnden säkerställer att särskilt boende för äldre i Vetlanda kommun bedrivs med god kvalitet, i enlighet med lagstiftning, föreskrifter och kommunens egna mål. Granskningen har omfattat vård- och omsorgsnämnden.

Revisionsfråga

Säkerställer vård- och omsorgsnämnden att särskilt boende för äldre i Vetlanda kommun bedrivs med god kvalitet, i enlighet med lagstiftning, föreskrifter och kommunens egna mål?

Svar på revisionsfråga

Vår samlade revisionella bedömning är att vård- och omsorgsnämnden till viss del* säkerställer att särskilt boende för äldre i Vetlanda kommun bedrivs med god kvalitet, i enlighet med lagstiftning, föreskrifter och kommunens egna mål.

**se bilaga A för beskrivning av kriterier.*

Kritiska och väsentliga iakttagelser och slutsatser

Nedan redovisas de mest väsentliga iakttagelserna från granskningen.

- **Hög upplevd kvalitet enligt brukarna:** Resultaten från Socialstyrelsens brukarundersökning 2025 visar att äldre i Vetlanda kommuns särskilda boenden genomgående upplever en hög kvalitet inom flera centrala områden, bland annat bemötande, trygghet, inflytande, boendemiljö och aktiviteter. Utfallet ligger tydligt över både riks- och länssnittet, och den sammantagna nöjdheten med boendet är hög.
- **Återkommande och bred kvalitetsrapportering till nämnden:** Vård- och omsorgsnämnden får återkommande information om kvalitet och patientsäkerhet

genom bland annat kvalitetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse, brukarundersökningar, redovisningar av avvikelser, Lex Sarah och Lex Maria samt via arbetssättet med kontaktpolitiker. Detta ger nämnden en relativt god överblick över viktiga kvalitetsaspekter inom särskilt boende.

- **Struktur för kompetensutveckling finns på plats:** Det finns en struktur för att ta fram utbildningsplaner och erbjuda kompetensutveckling, bland annat genom satsningar som Yrkesresan, BPSD-utbildningar och Stjärnmärkt. Introduktion av ny personal sker enligt fastställd rutin och beskrivs i huvudsak fungera väl, även om den ibland förkortas vid hög belastning.
- **Målstyrningen inom särskilt boende är inte tillräckligt konkretiserad eller förankrad:** Av granskningen framgår att det saknas tydliga riktlinjer för hur verksamheten ska omsätta nämndens mål i praktiken. Medarbetare beskriver begränsad kännedom om målen, vilket innebär att styrkedjan från nämnd till enhetsnivå inte fungerar fullt ut. Detta påverkar nämndens möjligheter att styra kvaliteten i verksamheten.
- **Verksamhetsmåten saknar målvärden – uppföljningen blir beskrivande snarare än styrande:** Nämnden har fastställt verksamhetsmål, men inga ambitionsnivåer är formulerade. Utan målvärden saknas en referenspunkt för att avgöra om resultat är godtagbara eller kräver åtgärder. Detta är en central brist i nämndens styrning och försvagar möjligheten att fatta välgrundade beslut.
- **Ledningssystemet enligt SOSFS 2011:9 tillämpas inte enhetligt i praktiken:** Intervjuer visar variation i hur avvikelser, riskanalyser, klagomål och egenkontroller hanteras. Dokument och rutiner finns, men är svåra att hitta och inte fullt ut förankrade i verksamheten. Detta innebär risk för att återkommande brister inte identifieras och att förbättringsarbetet inte blir systematiskt.
- **Genomförandeplaner och biståndsbeslut är inte alltid aktuella eller systematiskt uppdaterade:** Intervjuer beskriver att genomförandeplaner ibland upprättas utifrån inaktuella biståndsbeslut. Det finns också variation i hur

planerna används och följs upp. Detta utgör en risk för bristande individanpassning och påverkar både kvalitet och rättssäkerhet i utförandet av insatser.

- **Kompetensförsörjningen saknar en sammanhållen, långsiktig struktur:** Trots att området är prioriterat saknas en övergripande kompetensförsörjningsplan, pensionsprognoser och en tydlig uppföljning av genomförda insatser. Rekryteringsutmaningar kvarstår, särskilt för vissa yrkesgrupper. Avsaknaden av struktur försvårar nämndens möjligheter att möta framtida behov.
- **Bemanning och tillgång till legitimerad personal är sårbar vid vårdtyngdsförändringar och frånvaro:** Bemanningen bygger på fasta personaltätetstal och vårdtyngdsmätningar görs inte rutinmässigt. Arbetssätt för bemanningsförstärkning finns, men frånvaro och rekryteringssvårigheter påverkar kontinuitet och arbetsbelastning. Situationen upplevs som mer stabil än tidigare, men riskerna kvarstår.
- **Individanpassning och aktivitetsutbud varierar mellan boenden:** Intervjuerna visar att arbetssätt, aktivitetsutbud och former för delaktighet skiljer sig åt. Husmöten genomförs inte alltid enligt fastställd frekvens och aktivitetsutbudet beror i hög grad på lokala förutsättningar och personalens initiativ. Detta innebär risk för skillnader i likvärdighet mellan boenden.
- **Äldreomsorgsplanen har begränsat genomslag i det praktiska arbetet:** Det finns en långsiktig plan, men intervjuer och dokument visar att den inte används som ett aktivt styrinstrument. Handlingsplaner och uppföljning är otydliga, vilket innebär risk för att strategiska prioriteringar inte får fullt genomslag i verksamheten.

Rekommendationer

Mot bakgrund av granskningens iakttagelser och bedömningar rekommendera vi att vård- och omsorgsnämnden:

- **Tydliggör styrkedjan från nämnd till verksamhet genom att konkretisera och förankra nämndens mål på enhetsnivå.** Det innebär att nämnden behöver ange hur målen ska omsättas i det dagliga arbetet och hur framdriften ska följas upp, för att säkerställa att målstyrningen får genomslag i verksamheten.

- **Fastställer målvärden och ambitionsnivåer för verksamhetsmål och nyckeltal.** Utan målvärden blir uppföljningen beskrivande snarare än styrande. Tydliga ambitionsnivåer stärker nämndens möjligheter att bedöma resultat, identifiera avvikelser och fatta väl underbyggda beslut.
- **Säkerställer att äldreomsorgsplanen omsätts i praktiken genom att klargöra ansvar, aktiviteter och uppföljning av planens handlingsdelar.** Planens genomslag i verksamheten är i dag begränsat. En tydlig struktur för tillämpning och uppföljning stärker den långsiktiga strategiska styrningen.
- **Utvecklar ett sammanhållet kvalitetsledningssystem som är enhetligt tillämpat och lättillgängligt i hela organisationen.** Det omfattar ansvarsfördelning, egenkontroller, riskanalyser, avvikelshantering och klagomålshantering. Ett enhetligt och väl implementerat system är en förutsättning för ett systematiskt kvalitetsarbete enligt gällande föreskrifter.
- **Säkerställer att individanpassning och delaktighet stärks genom att biståndsbeslut och genomförandeplaner hålls aktuella och följs upp strukturerat.** Variationer mellan boenden och inaktuella biståndsbeslut innebär risk för bristande rättssäkerhet och kvalitet i insatserna. En tydligare struktur minskar risken för skillnader i likvärdighet.
- **Utvecklar en sammanhållen och långsiktig struktur för kompetensförsörjning.** Det bör omfatta en behovsanalys (inklusive pensionsavgångar), prioriterade åtgärder och tydliga metoder för hur effekter av insatser följs upp. Detta stärker nämndens förutsättningar att säkerställa tillgång till rätt kompetens över tid.

Växjö, 2025-12-08

DELOITTE AB/Azets

Revsul Dedic
Certifierad kommunal revisor

Gustav Vinterek
Verksamhetskonsult

1. Inledning

Bakgrund

Kommunen har enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen ett ansvar att erbjuda särskilt boende för äldre med omfattande behov av vård och omsorg, inklusive medicinska insatser. Verksamheten ska präglas av god kvalitet och utgå från individens behov, självbestämmande och delaktighet. Enligt SOSFS 2011:9 krävs även ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Särskilt boende är en komplex verksamhetsform där omsorg, medicinsk vård och bostadsmiljö samverkar. Det ställer krav på kontinuitet, kompetens och relationellt bemötande, liksom på förmågan att skapa trygghet och meningsfullhet. Kvalitet kan inte mätas enbart i nyckeltal utan kräver ett helhetsgrepp där brukarens upplevelse, omsorgens innehåll och nämndens styrning är centrala.

Vetlanda kommun har i sin Äldreomsorgsplan 2020–2030 identifierat långsiktiga mål för att stärka den enskildes självbestämmande, delaktighet och värdighet i äldreomsorgen. I planen lyfts även behovet av tillräcklig kompetensförsörjning, trygg vårdmiljö och meningsfull vardag. Kommunen har vidare fastställt riktlinjer för biståndshandläggning, ledningssystem för kvalitetsarbete och ett särskilt kompetensförsörjningsprogram för legitimerad personal. Vård- och omsorgsnämnden ansvarar enligt sitt reglemente för att verksamheten bedrivs i enlighet med lagstiftning, politiska mål och god ekonomisk hushållning. Kommunens senaste patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse pekar samtidigt på vissa utmaningar i det praktiska kvalitetsarbetet.

Syfte och avgränsning

Mot denna bakgrund har de förtroendevalda revisorerna i Vetlanda kommun beslutat att genomföra en granskning av vård- och omsorgsnämndens styrning, uppföljning och kontroll av kvaliteten i särskilt boende. Syftet med granskningen är att bedöma om

vård- och omsorgsnämnden i Vetlanda kommun säkerställer att särskilt boende för äldre bedrivs med god kvalitet i enlighet med gällande lagstiftning, föreskrifter och kommunens egna mål och riktlinjer.

Granskningen omfattar vård- och omsorgsnämndens ansvar för särskilt boende för äldre i Vetlanda kommun och avser huvudsakligen verksamheten under år 2025, med tillbakablick på relevanta förhållanden under 2024. Fokus ligger på nämndens styrning, uppföljning och kontroll av kvaliteten i särskilt boende, med särskild uppmärksamhet på hur verksamheten utformas utifrån brukarnas behov, självbestämmande, trygghet och livskvalitet. Granskningen inkluderar såväl kommunal som eventuell privat regi under nämndens ansvar. Granskningen omfattar däremot inte externa myndigheters tillsyn, handläggning av biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen, detaljerad ekonomisk analys eller specifik avtalsuppföljning av privata utförare utöver vad som är relevant för nämndens ansvar.

Revisionsfråga

Säkerställer vård- och omsorgsnämnden att särskilt boende för äldre i Vetlanda kommun bedrivs med god kvalitet, i enlighet med lagstiftning, föreskrifter och kommunens egna mål?

Underliggande frågeställningar

- Har vård- och omsorgsnämnden säkerställt att politiskt beslutade mål, viljeriktningar och prioriteringar för äldreomsorgen konkretiseras, implementeras och följs upp inom särskilt boende?
- Har nämnden säkerställt att det formella ledningssystemet för kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 även används i praktiken inom särskilt boende – och leder till uppföljning, analys och förbättringsåtgärder?

- Följer nämnden systematiskt upp resultat och förhållanden i särskilt boende som är relevanta för att bedöma kvaliteten i omsorgen, inklusive individanpassning, trygghet och livskvalitet?
- Har nämnden säkerställt att de boendes behov av individanpassning, delaktighet och självbestämmande beaktas – inklusive möjligheten till en meningsfull, trygg och individanpassad vardag?
- Har nämnden säkerställt att det inom särskilt boende finns faktisk tillgång till rätt kompetens, bemanning och en kontinuerlig personalnärvaro – inklusive hälso- och sjukvårdskompetens – som motsvarar brukarnas behov?
- Säkerställer nämnden att omsorgens faktiska innehåll dokumenteras, följs upp och utformas utifrån brukarens individuella behov, livssituation och sociala förutsättningar?

Metod och granskningsinriktning

Granskningen genomförs genom dokumentstudier, intervjuer med relevanta befattningshavare samt analys av styrning, uppföljning och verksamhetsresultat i särskilt boende. Intervjuer genomförs med representanter för vård- och omsorgsnämnden, förvaltningsledning samt verksamhetsansvariga. Granskningen och utgår från fastställda revisionskriterier samt de förtroendevalda revisorernas granskningsfrågor.

Revisionskriterier och bedömningsgrund

Granskningen utgår från krav och förväntningar som följer av gällande lagstiftning, föreskrifter samt kommunala mål och styrdokument. Centrala revisionskriterier utgörs av: socialtjänstlagen (2001:453), Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), SOSFS 2011:9, Kommunallagen (2017:725), Vetlanda kommuns äldreomsorgsplan 2020–2030 samt övriga kommunala riktlinjer och styrdokument.

Kvalitetssäkring

Kvalitetssäkring kommer att ske genom Deloitte:s interna kvalitetssäkringssystem. Samtliga intervjuade personer har fått möjlighet att faktagranska rapporten.

2. Granskningsresultat

Utifrån genomförda intervjuer och granskat material redovisas nedan en sammanfattande beskrivning samt iakttagelser kopplade till kvaliteten inom särskilda boende i Vetlanda kommun. De iakttagelser som framkommit genom intervjuer och dokumentstudier presenteras under den rubrik som bedömts som mest relevant.

2.1 Har vård- och omsorgsnämnden säkerställt att politiskt beslutade mål, viljeriktningar och prioriteringar för äldreomsorgen konkretiseras, implementeras och följs upp inom särskilt boende?

Politisk styrning och nämndens ansvar för måluppfyllelse inom äldreomsorgen

Enligt det fastställda reglementet för vård- och omsorgsnämnden, beslutat av kommunfullmäktige (2020-05-14 (Vård- och omsorgsnämnden § 59), framgår att nämnden fullgör kommunens uppgifter inom socialtjänsten i frågor som rör äldre- och funktionshinderomsorgen. Nämnden leder även den kommunala hälso- och sjukvården samt psykiatrin, och ansvarar för uppgifter enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Reglementet anger att nämnden ska planera, utveckla och följa upp verksamheten inom äldreomsorgen. Det framgår att nämnden ska verka för att politiskt beslutade mål uppnås och att uppdrag från kommunfullmäktige genomförs. Nämnden ska också regelbundet följa upp verksamheten och två gånger per år redovisa till fullmäktige hur uppdrag och mål har fullgjorts. Redovisningen sker enligt riktlinjer fastställda av fullmäktige och lämnas till kommunstyrelsen som samordnar nämndernas rapportering.

Av dokumentet *detaljbudget 2025, mål och budget* framgår fullmäktiges riktning och mål samt vilka mål vård- och omsorgsnämnden antagit för att uppnå detta. Nämnden har inför verksamhetsåret 2025 antagit fyra mål:

- Verka för att det finns boendeformer utifrån målgruppernas behov
- Brukarens helhetsupplevelse av insatsernas utförande ska öka

- Skapa förutsättningar för en hållbar ekonomi och social samt ekologisk hållbarhet
- Stärka förutsättningarna för att våga testa nytt samt kontinuerligt öka den (digitala) kompetensen

Till respektive nämndmål finns en beskrivning av vilka typer av insatser, arbetssätt och strategier som bedöms vara nödvändiga för att målen ska kunna uppnås.

Av dokumentet framgår även att nämnden har identifierat tre prioriterade utvecklingsområden som bedöms vara särskilt viktiga under de kommande åren. Dessa områden är kompetensförsörjning, välfärdsteknik och digitalisering samt en långsiktigt hållbar ekonomi.

Vidare framgår att nämnden har antagit totalt 15 verksamhetsmål och nyckeltal, vilka redovisas med utfall för åren 2021 till 2024. Dessa mål speglar bland annat brukarupplevelser, ekonomiska indikatorer och interna arbetsgivarrelaterade aspekter. Vi noterar att det inte finns några målvärden eller önskade nivåer för respektive nyckeltal.

Av dokumentet *detaljbudget 2025, mål och budget* framgår det inte hur nämndens mål ska konkretiseras och omsättas i det verksamhetsnära arbetet. Intervjuer med enhetschefer och verksamhetsledning visar dessutom att de politiskt beslutade målen upplevs som generellt formulerade för äldreomsorgen som helhet, snarare än specifikt anpassade för särskilt boende. Detta innebär att målen i begränsad utsträckning fungerar som operativa styrsignaler i det dagliga arbetet.

Målstyrning - verksamhetsnivå till enhetsnivå

Av intervjuerna framgår att det saknas en fastställd riktlinje eller rutin som beskriver hur målstyrningen ska genomföras och följas upp. Trots detta uppges att det inom verksamheten för särskilt boende finns ett etablerat arbetssätt där enhetschefer tillsammans med funktionschef gemensamt bryter ned de övergripande målen med syftet att göra dem relevanta för särskilt boende verksamheten.

Enhetscheferna ansvarar därefter för att föra vidare målen till sina respektive enheter och omsätta dem i konkreta åtgärder. Enligt uppgift ska detta målarbete dokumenteras av varje enhetschef i systemet Hypergene.

Det framkommer dock att målen inte alltid konkretiseras eller bryts ned på ett tydligt sätt på enhetsnivå. Detta medför att målen i vissa fall upplevs som allmänt hållna, vilket kan leda till att det dagliga arbetet främst fokuserar på att hantera den löpande driften och bemanningssituationen. Flera intervjuade enhetschefer anger att budgetramar och bemanningsförutsättningar i praktiken upplevs ha större styrande betydelse för prioriteringar i verksamheten än de politiskt beslutade målen.

Vidare framgår att arbetet med målstyrning har förbättrats jämfört med tidigare år. Samtidigt uttrycker flera intervjuade viss osäkerhet kring hur målen ska omsättas i praktiken, vilket blir utmanande för nya enhetschefer eftersom det saknas tydlig och dokumenterad vägledning i processen.

Uppföljningsprocess – enhetsnivå till verksamhetsnivå

Av intervjuer framgår att uppföljningen av målen på enhetsnivå främst sker via systemet hypergene, där respektive enhetschef ska registrera framdriften. Uppföljning av målen kan även ske via dialog med funktionschef eller på arbetsplatsträff vid behov. Av intervjuer framgår att funktionschefen har i uppgift att sammanställa framdriften avseende målen inom särskilt boende och skickar sedan vidare till vård- och omsorgschefen som gör ytterligare en sammanställning på en mer övergripande nivå.

Av intervjuer framgår att det finns en upplevelse av att resultaten av uppföljningen inte återrapporteras ner i organisationen på ett tydligt sätt. Flera intervjuade uppger att de sällan får återkoppling kring hur inrapporterade resultat, nyckeltal eller

kvalitetsuppgifter används i nämndens diskussioner eller prioriteringar, vilket begränsar möjligheten till lärande och gemensam förståelse för styrningen.

Uppföljning på nämndnivå

Vi har inte tagit del av några beslutade riktlinjer eller rutiner som beskriver i vilken omfattning eller frekvens återrapportering ska ske till nämnden gällande särskilt boende verksamhetens måluppfyllelse.

Vi har tagit del av delårsbokslutet som godkändes av vård- och omsorgsnämnden den 25 september 2025. Delårsrapporten innehåller en övergripande redovisning av nämndens mål, bedömningar och trender, samt vissa kommentarer kopplade till särskilt boende. För särskilt boende lyfts utmaningar kopplade till bland annat bemanning, hög sjukfrånvaro samt svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens. Framdriften av målen för särskilt boende redovisas dock inte systematiskt eller med tydlig koppling till pågående åtgärder.

Enligt uppgift sker även uppföljning till nämnden via årsbokslutet.

Av intervjuer framgår att funktionschef och vård- och omsorgschef är med på nämndens sammanträden och får utrymme att informera nämnden om pågående och aktuella ärenden.

Strategisk riktning för Vetlanda kommuns äldreomsorg under perioden 2020–2030

Utöver den politiska styrningen via dokumentet detaljbudget 2025, mål och budget har vi tagit del av äldreomsorgsplanen 2020–2030. Äldreomsorgsplanen initierades av vård- och omsorgsnämnden den 7 februari 2019. Planen syftar till att ge en strategisk riktning för Vetlanda kommuns äldreomsorg under perioden 2020–2030. Planen konkretiserar inriktningar för särskilda boenden, hemtjänst, förebyggande arbete och boendeformer, och har ambitionen att ligga till grund för planering och förbättringsarbete inom vård- och omsorgsförvaltningen.

Av äldreomsorgsplanen framgår exempelvis att särskilda boenden ska organiseras utifrån individens behov, med inriktning mot vård- och omsorgsavdelningar samt demensavdelningar. Planen pekar på behovet av fler boendeplatser och att mellanboenden ska utvecklas som ett kompletterande och kostnadseffektivt alternativ.

Av äldreomsorgsplanen framgår att efter beslut i kommunfullmäktige ska vård- och omsorgsförvaltningen ta fram handlingsplaner och fördela uppdrag till arbetsgrupper, för att planen ska kunna omsättas i verksamheten. Av intervjuer på olika nivåer framgår att äldreomsorgsplanen i begränsad utsträckning är aktivt styrande i det dagliga arbetet inom särskilt boende. Endast enstaka intervjuade uppger att planen används, främst i frågor om kapacitetsplanering och nybyggnation. Vi har inte tagit del av några handlingsplaner kopplade till planen, trots att sådana efterfrågats, vilket indikerar att beslutade inriktningar inte har omsatts fullt ut i operativa styrdokument.

Slutsatser och bedömning

Vår samlade bedömning är att vård- och omsorgsnämnden till viss del har säkerställt att politiskt beslutade mål, viljeriktningar och prioriteringar för äldreomsorgen konkretiseras, implementeras och följs upp inom särskilt boende.

Vår bedömning grundas på följande iakttagelser, analyser och överväganden:

Bedömningen baseras på de iakttagelser som redovisats ovan, jämförda med gällande lagstiftning, kommunala mål och god revisionssed i kommunal verksamhet. Den vilar även på vår samlade analys av dokumentation, intervjuer med politisk och förvaltningsmässig nivå samt vår erfarenhet av liknande granskningar i äldreomsorgen.

Vi konstaterar att nämnden har antagit mål för verksamhetsåret 2025 utifrån kommunfullmäktiges styrning, samt formulerat prioriterade utvecklingsområden och nyckeltal som kan stödja uppföljning. Vi noterar också att det finns en praktisk struktur för att bryta ned målen till verksamhetsnivå – framför allt genom arbetet mellan funktionschef och enhetschefer.

Samtidigt anser vi att det saknas styrdokument, riktlinjer och rutiner som tydliggör hur denna konkretisering, implementering och uppföljning ska genomföras. Det innebär att mycket av målstyrningen i särskilt boende blir personberoende, med varierande tolkning och genomslag. Vår uppfattning är att detta försvagar förutsättningarna för likvärdig tillämpning och systematisk uppföljning inom nämndens ansvarsområde.

Vi noterar vidare att flera av de mål som används upplevs som generella för äldreomsorgen i stort och inte tillräckligt anpassade för särskilt boende. Enligt vår

bedömning innebär det en risk att målen inte fullt ut fungerar som styrsignaler i den dagliga verksamheten.

När det gäller uppföljning ser vi att systemet Hypergene används på enhetsnivå, och att sammanställningar sker både till funktionschef och vård- och omsorgschef. Vår bedömning är dock att denna uppföljning inte alltid återkopplas till verksamheterna på ett tydligt eller strukturerat sätt, vilket minskar möjligheten till lärande och förbättring.

Vi konstaterar att nämnden antagit 15 verksamhetsmål, men att dessa saknar målvärden. Det innebär enligt vår uppfattning att nämnden saknar en tydlig referenspunkt för att bedöma om utvecklingen är tillfredsställande. Utan definierade ambitionsnivåer blir uppföljningen mer beskrivande än styrande, vilket försvårar nämndens förmåga att fatta proaktiva beslut.

Vi noterar också att äldreomsorgsplanen 2020–2030 – trots sin tydliga politiska förankring – enligt flera intervjuer inte används aktivt i styrning eller verksamhetsutveckling. De handlingsplaner som enligt beslut skulle konkretisera planen har inte kunnat påvisas. Det samlade intrycket från intervjuer med flera funktioner i organisationen är att planen inte längre fungerar som ett styrinstrument i praktiken.

Mot bakgrund av vår samlade analys gör vi bedömningen att vård- och omsorgsnämnden endast till viss del har säkerställt att politiskt beslutade mål, viljeriktningar och prioriteringar konkretiseras, implementeras och följs upp inom särskilt boende. Grunden finns i form av mål och ambitioner, men tillämpningen saknar styrning, förankring och struktur i tillräcklig grad för att kunna fungera som ett stabilt underlag för styrning och förbättringsarbete.

2.2 Har nämnden säkerställt att det formella ledningssystemet för kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 även används i praktiken inom särskilt boende – och leder till uppföljning, analys och förbättringsåtgärder?

Kvalitetsorganisation

Inom Vård- och omsorgsförvaltningens organisation finns en särskild kvalitets- och utvecklingsavdelning som samlar flera centrala stödfunktioner. Hit hör bland annat verksamhetsutvecklare, IT-utvecklare, Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och

Socialt ansvarig samordnare (SAS). Avdelningens uppdrag är att stödja verksamheterna i frågor som rör kvalitet och utveckling, samt att tillhandahålla administrativt stöd i olika former.

Av intervjuer med enhetschefer framgår att den centrala kvalitetsorganisationen upplevs som ett stöd, särskilt när det gäller MAS och SAS. Samtidigt uppger flera att det systematiska kvalitetsarbetet i praktiken drivs främst genom etablerade rutiner och lokala initiativ, snarare än genom en tydlig tillämpning av ledningssystemets helhet.

Styrande dokument: ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet

Vård- och omsorgsförvaltningen beslutade den 11 januari 2024 om revidering av riktlinjen Vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. Riktlinjen återkopplar till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9), som utgör det centrala regelverket för hur kommuner ska organisera, dokumentera och följa upp sitt kvalitetsarbete inom socialtjänst, hälso- och sjukvård samt verksamhet enligt LSS.

Dock noterar vi att ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet är i behov av ny revidering, då beskrivningen av arbetet med hållplatser för lärande inte är uppdaterad. Enligt uppgifter i granskningen har arbetet förändrats till två återkommande hållplatser, medan dokumentet anger fem.

Av intervjuerna framgår att det finns ett ledningssystem med rutiner och manualer, men att dokumenten är svåra att hitta. De är inte samlade utan finns sparade både på intranätet och i Teams, och vissa rutiner kan delas manuellt av enhetschef till medarbetare. Vidare av intervjuerna framgår en upplevelse av att det är oklart var aktuella dokument ska sökas och att personalen inte har full åtkomst till dokumenten.

Flera enhetschefer uppger att det är otydligt var rutiner och styrande dokument är lagrade, vilket leder till att de i praktiken sällan används i det dagliga kvalitetsarbetet. I stället förlitar sig verksamheten ofta på invanda arbetssätt och lokala rutiner.

Dokument: VO guide till kvalitetshjulet 2025

Som stöd för att tillämpa riktlinjen i praktiken har förvaltningen tagit fram dokumentet VO Guide till kvalitetshjulet 2025, vilket riktar sig till chefer inom organisationen. Guiden

ger stöd för hur två återkommande arbetsmöten med personalgrupper – benämnda hållplatser för lärande – kan genomföras. Dessa hållplatser ska utgöra en del av det systematiska kvalitetsarbetet och syftar till att skapa utrymme för reflektion och analys i arbetsgruppen, med fokus på verksamhetens kvalitet och brukarens perspektiv. Den första hållplatsen behandlar avvikelser och risker, medan den andra fokuserar på rutiner och riktlinjer. Resultatet från hållplatserna ska dokumenteras i det digitala systemet Hypergene, där även förbättringsaktiviteter kan skapas och följas upp. Enligt guiden ska sammanställningar från hållplatserna föras vidare till funktionschefer, ledningsgrupp och vård- och omsorgsnämnden.

Av intervjuerna framgår att antalet hållplatser har minskats från fyra till två, med fokus på avvikelser, risker och rutiner. Enligt uppgift varierar dock tillämpningen av hållplatserna mellan olika verksamheter. Vissa enheter genomför hållplatser regelbundet medan andra inte hinner med eller saknar struktur för efterarbete, vilket försvårar möjligheten att uppnå ett lärande arbetssätt.

Rutiner som stöd för det systematiska kvalitetsarbetet

För att bedöma om ledningssystemet används i praktiken har vi granskat ett antal rutiner som styr hanteringen av kvalitetsarbetet inom verksamheten.

Rutin avvikelshantering.

Vi har tagit del av dokumentet: *VO Avvikelsehantering rutin*. Rutindokumentet beskriver tillvägagångssätt, ansvarsfördelning och hantering av avvikelser inom vård- och omsorgsförvaltningen. Rutinen tydliggör att alla avvikelser som kan innebära negativa konsekvenser för brukare eller patienter ska rapporteras, utredas och vid behov följas upp. Ansvar för utredning ligger i första hand på områdeschef, medan sjuksköterska ansvarar för läkemedelsrelaterade avvikelser. Vid allvarliga händelser eller misstanke om missförhållanden enligt lex Sarah eller vårdskada enligt lex Maria involveras MAS och/eller SAS, som även ansvarar för eventuell anmälan till IVO. Utredningen ska leda till identifiering av bakomliggande orsaker och åtgärder för att minska risken för upprepning. Uppföljning av vidtagna förbättringsåtgärder ska enligt rutinen ske av områdeschef eller funktionschef beroende på ärendets karaktär.

Av intervjuerna framgår att avvikelser dokumenteras i systemet DF-respons och hanteras främst vid analysträffar tillsammans med sjuksköterska, rehabpersonal och arbetsterapeut. Hanteringen sker även ibland på APT, men arbetssättet är inte helt enhetligt mellan enheter. Vidare uttrycks att det är svårt att få en samlad bild av tidigare avvikelser på respektive individ.

Flera enhetschefer uppger att det saknas tid och struktur för att följa upp och analysera avvikelser på ett systematiskt sätt. Det bidrar till att det är svårt att säkerställa att lärdomar sprids och leder till förbättring, särskilt över enhetsgränser.

Rutin klagomål och synpunkter

Vi har tagit del av dokumentet: *VO Hantering av synpunkter och klagomål*. Rutinen beskriver hur synpunkter och klagomål från brukare, anhöriga och andra aktörer ska tas emot, dokumenteras och hanteras inom vård- och omsorgsförvaltningen. Synpunkter kan lämnas via kommunens e-tjänst eller via en tryckt informationsfolder kallad *Vi lyssnar*. Ansvarig chef utreder ärendet och återkopplar till den som lämnat synpunkten. Inkomna synpunkter sammanställs kvartalsvis och redovisas till ledningsgruppen samt vård- och omsorgsnämnden.

Enligt intervjuer sker ingen registrering av inkomna klagomål och synpunkter i det dagliga. Dessa hanteras löpande i verksamheten av enhetschef främst via dialog med brukare och anhöriga.

Av intervjuer framgår att det inte genomförs ett gemensamt förbättringsarbete utifrån en samlad analys av inkomna synpunkter och klagomål. Dessa hanteras i stället var för sig, utan att leda till övergripande åtgärder. Vi konstaterar att detta ytterligare indikerar att det systematiska kvalitetsarbetet inte fullt ut fungerar som ett verktyg för lärande och förbättring på aggregerad nivå.

Egenkontroller och riskanalyser

Vi har inte tagit del av några rutiner som närmare beskriver hur arbetet med egenkontroller och riskanalyser ska genomföras. Däremot framgår det av riktlinjen för det systematiska kvalitetsarbetet att egenkontroller bland annat kan ske genom användning av kvalitetshjulet och arbetet med - hållplatser. Det anges även att kvalitetsuppföljningar som genomförs av MAS och SAS kan betraktas som en form av

egenkontroll. (Under rubriken kvalitetsuppföljningar på avdelningsnivå finns en tydligare beskrivning av vad kvalitetsuppföljningen består av).

Inom vård- och omsorgsförvaltningen sker ytterligare egenkontroll genom deltagande i öppna jämförelser, nationella mätningar och kvalitetsregister, såsom Senior Alert, BPSD och det Svenska palliativregistret.

Vidare anges i riktlinjen för det systematiska kvalitetsarbetet att varje verksamhet ska genomföra riskanalyser regelbundet samt vid behov, utifrån risker som kan påverka brukare eller patienter. Enligt dokumentet finns det mallar för riskanalys och riskbedömning, inklusive handlingsplaner, tillgängliga på intranätet. Dessa mallar ska kunna användas både på individ- och gruppnivå.

Av intervjuerna framgår att arbetet med riskanalyser inte är systematiskt etablerat inom särskilt boende. Flera enhetschefer uppger att mallarna inte används regelbundet, och att det saknas en tydlig process för hur riskbedömningar ska integreras i det löpande kvalitetsarbetet.

Kvalitetsuppföljningar på avdelningsnivå

Inom vård- och omsorgsförvaltningen genomförs kvalitetsuppföljningar enligt en fastställd årsplan av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och socialt ansvarig samordnare (SAS). Uppföljningarna omfattar både kommunala verksamheter och utförare enligt LOV, där särskilda boenden för äldre följs upp under termin ett, hemtjänst under termin två och funktionshinderomsorg under termin tre. Utöver den planerade cykeln kan uppföljningar även genomföras vid behov, exempelvis vid allvarliga avvikelser. Uppföljningen omfattar områden som avvikelshantering, dokumentation, samverkan, kvalitetsregister, läkemedelshantering och skyddsåtgärder. Efter genomförd uppföljning ska verksamheten få en rapport med förslag på förbättringsområden, och resultaten sammanställs terminsvis för vidare rapportering till ledningsgrupp, chefsgrupper och nämnd.

Av intervjuer framgår att dessa uppföljningar uppfattas som viktiga men också som centralt drivna. Enhetscheferna ser MAS och SAS som ett viktigt stöd, men beskriver också att det kan vara svårt att omsätta förbättringsförslagen i praktiken när tid och resurser är begränsade.

Strukturer för personalens delaktighet i kvalitetsarbetet

I riktlinjerna för det systematiska kvalitetsarbetet beskrivs hur personalens delaktighet i kvalitetsarbetet främjas genom särskilda arbetssätt. Ett sådant är införandet av ombudsroller, där medarbetare får specifika uppdrag inom områden som dokumentation, hygien, demens och palliativ vård. Uppdragen ska tydliggöras genom skriftliga uppdragsbeskrivningar och syftar till att sprida kunskap och stödja kollegor i det dagliga arbetet. Ombuden ska delta i återkommande träffar för fortbildning och erfarenhetsutbyte. I riktlinjen beskrivs även att förvaltningen är ansluten till ESTHER-nätverket, där utbildade förbättringscoacher driver mindre förbättringsarbeten i sina verksamheter. Nätverket samordnas lokalt och används som ett forum för lärande och utveckling.

Av intervjuer framgår att arbetssättet kring ombudsroller är aktivt, där olika ombud får uppdrag från flera funktioner, exempelvis MAS, SAS och kostchef, beroende på respektive ansvarsområde. Uppdragen kan handla om specifika insatser som mätningar eller uppföljningar kopplade till hygien, palliativ vård eller kost. Samtidigt finns en upplevelse av att det är svårt att hinna med dessa uppgifter fullt ut, främst på grund av verksamhetens övriga behov och tidsbegränsningar.

Flera enhetschefer uppger att även om ombudsrollerna är viktiga, saknas en tydlig koppling till det övergripande ledningssystemet. Initiativen drivs ofta lokalt utan systematisk förankring i riktlinjer eller strukturer för uppföljning.

Slutsatser och bedömning

Vår samlade bedömning är att nämnden till viss del säkerställt att det formella ledningssystemet för kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 även används i praktiken inom särskilt boende – och leder till uppföljning, analys och förbättringsåtgärder.

Sammantaget konstaterar vi att kommunen har ett formellt ledningssystem enligt SOSFS 2011:9. Kvalitetsarbetet bedrivs aktivt på enhetsnivå, men inte alltid enhetligt eller inom ramen för ett sammanhållet system som omfattar planering, uppföljning, analys och förbättring.

Vår bedömning grundas på följande iakttagelser, analyser och överväganden:

Mot bakgrund av SOSFS 2011:9 konstaterar vi att det formella ledningssystemet till stor del motsvarar de krav som ställs i föreskriften. Förvaltningen har en riktlinje som återkopplar till centrala delar av regelverket och i viss mån kompletteras med rutiner.

Vi noterar att dokument och rutiner är spridda mellan intranät, Teams och manuella delningar. Enligt vår uppfattning innebär detta en risk för bristande tillgänglighet och inkonsekvent tillämpning, särskilt vid personalomsättning eller nyrekrytering.

När det gäller egenkontroller genomförs flera aktiviteter, exempelvis hållplatser för lärande där avvikelser och rutiner följs upp, kvalitetsuppföljningar enligt årsplan av MAS och SAS, samt jämförelser i öppna jämförelser och nationella kvalitetsregister som Senior Alert, BPSD och Svenska palliativregistret. Vi bedömer detta som positivt och i allt väsentligt i linje med Socialstyrelsens föreskrifter.

Däremot saknas en fastställd rutin som tydliggör hur egenkontroller ska genomföras. Avsaknad av fastställd rutin skapar risk för otydlighet och variation i egenkontrollerna, vilket kan påverka kvalitetssäkringen och följsamheten mot föreskrifter. Risken ökar även vid personalomsättning då kunskap om arbetssätt kan gå förlorad.

Kommunen har en rutin och ett system för att samla in synpunkter och klagomål via e-tjänst, vilket även rapporteras till nämnden. Det finns också ett etablerat arbetssätt för löpande hantering av inkomna synpunkter och klagomål i den dagliga driften, vilket vi bedömer som positivt. Vi konstaterar dock brister i hanteringen. Dels kan klagomål och synpunkter hanteras utan att registreras i systemet, vilket innebär att all information inte tas tillvara. Dels saknas en samlad analys av inkomna klagomål och synpunkter som grund för förbättringsarbete. Detta är inte i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift, som anger att klagomål och synpunkter från enskilda ska ses som en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Föreskriften betonar att dessa utgör ett viktigt underlag för verksamhetens utveckling och förbättring, och därför ska de hanteras strukturerat och användas för att identifiera risker, brister och förbättringsområden.

Enligt vår uppfattning är avsaknaden av samlad analys en svag länk i kedjan för systematiskt kvalitetsarbete, då återkoppling från brukare och anhöriga utgör ett viktigt förbättringsunderlag enligt både föreskrifter och beprövad erfarenhet.

Gällande avvikelser finns en upprättad rutin och ett arbetssätt för hantering via multiprofessionella team-möten på individnivå, vilket vi ser positivt på, eftersom det ger förutsättningar för bedömning av avvikelsen utifrån flera perspektiv.

Granskningen visar dock att arbetssättet inte är helt enhetligt inom särskilt boende. Det uppges i intervjuer att det nuvarande systemet för avvikelshantering har begränsningar i att tydligt visualisera tidigare avvikelser per brukare, vilket är viktigt för att skapa överblick och förstå historiken för den enskilde.

2.3 Följer nämnden systematiskt upp resultat och förhållanden i särskilt boende som är relevanta för att bedöma kvaliteten i omsorgen, inklusive individanpassning, trygghet och livskvalitet?

För att närma oss revisionsfrågan om uppföljning och underlag till bedömning har vi genomfört en genomgång av vård- och omsorgsnämndens protokoll för perioden 2024-10-24 till 2025-10-23. Syftet med genomgången är att undersöka i vilken utsträckning nämnden har tillgång till relevant underlag för att kunna styra, följa upp och ta ansvar för kvalitetsutvecklingen inom verksamheten.

Genomgången visar att nämnden under perioden har tagit del av återkommande redovisningar och rapporter som berör kvalitetsarbetet inom särskilt boende.

Informationen har främst förmedlats genom följande:

Kvalitetsberättelse 2024. Av berättelsen framgår att kvalitetsuppföljningar har genomförts av Socialt ansvarig samordnare (SAS) och Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) på fyra särskilda boenden, med fokus på bland annat dokumentation, måltider, kontaktmannaskap och avvikelshantering. Det framgår att dessa uppföljningar resulterat i förbättringsförslag till verksamheterna och att nämnden informerats om detta.

Patientsäkerhetsberättelse 2024. Av patientsäkerhetsberättelsen framgår att nämnden har fått information om genomförda kvalitetsuppföljningar. Det framgår information om hantering av hälso- och sjukvårdsavvikelser, inklusive Lex Maria-anmälningar. Det framgår även att resultat från kvalitetsregister, punktprevalensmätningar och planerade förbättringsaktiviteter och mål för kommande år. Vi noterar att

patientsäkerhetsberättelsen är daterad till den 5 mars 2025, och att nämnden tog del av dokumentet vid sammanträdet den 27 mars 2025 (§ 50). Detta innebär att dokumentet har upprättats några dagar efter den tidsfrist som anges i 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen, där det framgår att vårdgivaren senast den 1 mars varje år ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Servicedeklarationer. Dokument som tydliggör vad brukaren kan förvänta sig av kommunens tjänster, exempelvis särskilt boende, demensvård och trygghetslarm.

Brukarundersökning. Resultat från Socialstyrelsens undersökning om hur äldre upplever omsorgen, med fokus på både hemtjänst och särskilt boende. Resultatet av brukarundersökningen tog nämnden även emot via kvalitetsberättelsen.

Kvalitetsårshjulet. Redovisningar från två hållplatser med fokus på centrala processer, rutiner, avvikelser och risker i verksamheten. Av intervjuer med verksamhetschef och enhetschefer framgår att sammanställningarna från hållplatserna fungerar som ett internt återföringsinstrument, men att det i praktiken kan vara otydligt för medarbetare hur resultaten följs upp på nämndnivå.

Lex Maria. Återkommande redovisningar av allvarliga händelser inom särskilt boende som anmälts till IVO.

Lex Sarah. Information om missförhållanden som utretts och anmälts, samt beslut från IVO.

Synpunkt Vetlanda. Kvartalsvisa sammanställningar av inkomna synpunkter. Det framgår dock av intervjuer att dessa sammanställningar inte alltid leder till fördjupad analys eller diskussion i nämnden kring förbättringsområden, vilket kan begränsa deras användbarhet i kvalitetsstyrningen.

Kontaktpolitiker. Muntlig och skriftlig återkoppling från besök i verksamheten. Enligt uppgifter från intervjuer upplevs kontaktpolitiker som en viktig kanal för att förmedla brukarperspektiv till nämnden, även om återkopplingens omfattning och systematik kan variera mellan politiker.

Ombudsroller. Nämndsinitiativ om att kartlägga roller som palliativvårdsombud, hygienombud och anhörigombud inom särskilt boende. Vi noterar att detta initiativ även uppfattas som ett sätt att synliggöra personalens kompetensutveckling och engagemang i kvalitetsarbetet, vilket i sin tur kan ge nämnden en mer nyanserad bild av verksamhetens kvalitetsdrivande strukturer.

Förändring av aktiveringsledare. Information om planerad förändring i organisationen, där oro från personal och anhöriga har framförts till nämnden. Detta illustrerar att nämnden även får viss information om upplevd kvalitet och trygghet i verksamheten genom informella signaler, vilket bör ses som ett komplement till mer strukturerade uppföljningsverktyg.

Slutsatser och bedömning

Vår samlade bedömning är att nämnden till stor del följer systematiskt upp resultat och förhållanden i särskilt boende som är relevanta för att bedöma kvaliteten i omsorgen, inklusive individanpassning, trygghet och livskvalitet?

Vår bedömning grundas på följande iakttagelser, analyser och överväganden:

Bedömningen grundas på de iakttagelser som redovisats ovan, jämförda med kraven i socialtjänstlagen, patientsäkerhetslagen och föreskrifter om systematiskt kvalitetsarbete, samt god revisionsned i kommunal verksamhet.

Vi konstaterar att nämnden får återkommande och varierad information om kvalitetsarbetet inom särskilt boende. Underlagen omfattar kvalitetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse, brukarundersökningar och redovisningar av avvikelser, Lex Sarah och Lex Maria. Vi noterar också att information förmedlas via strukturer som hållplatser, sammanställningar av synpunkter (Synpunkt Vetlanda) och kontaktpolitiker.

Vår uppfattning är att detta ger goda förutsättningar för nämnden att följa upp verksamhetens kvalitet – inte enbart på en övergripande nivå utan även med bäring på individanpassning, trygghet och livskvalitet. Informationen rör såväl upplevd kvalitet som faktisk kvalitet, och inkluderar både brukar- och verksamhetsperspektiv.

Samtidigt anser vi att det finns vissa begränsningar i systematiken. Flera intervjuer pekar på att analys och återföring till nämnden varierar beroende på vilken typ av uppföljning

det gäller. Det är inte alltid tydligt hur information från exempelvis klagomål, ombudsroller eller förändringar i organisationen (som frågan om aktiveringsledare) integreras i ett samlat beslutsunderlag. Det kan innebära att vissa relevanta aspekter av kvaliteten inte fullt ut fångas upp eller analyseras på nämndnivå.

Vi noterar även att 2024 års patientsäkerhetsberättelse formellt upprättades några dagar efter den tidsfrist som anges i patientsäkerhetslagen (2010:659). Vår bedömning är att fördröjningen inte påverkat nämndens möjlighet till uppföljning, men vi anser att det är angeläget att upprätthålla efterlevnad av lagstadgade tidsramar.

Mot denna bakgrund är vår slutsats att nämnden till stor del säkerställt en ändamålsenlig uppföljning av kvaliteten i särskilt boende. Samtidigt finns viss förbättringspotential när det gäller samlad analys och systematik i återrapporteringen.

2.4

Har nämnden säkerställt att de boendes behov av individanpassning, delaktighet och självbestämmande beaktas – inklusive möjligheten till en meningsfull, trygg och individanpassad vardag?

Säkerställer nämnden att omsorgens faktiska innehåll dokumenteras, följs upp och utformas utifrån brukarens individuella behov, livssituation och sociala förutsättningar?

Säkerställande av meningsfull och individanpassad vardag

För att besvara frågan om nämnden har säkerställt individanpassning, delaktighet och självbestämmande – samt hur detta dokumenteras och följs upp – har vi utgått från de rutiner som styr upprättande och uppföljning av genomförandeplaner.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om dokumentation (SOSFS 2014:5) ska det framgå hur en insats ska genomföras. Detta bör dokumenteras i en genomförandeplan som tas fram av utföraren, med hänsyn till den enskildes självbestämmande och integritet.

Enligt SOSFS 2014:5 bör en genomförandeplan bland annat visa:

- Målen för insatsen och för varje aktivitet.
- Vilka aktiviteter som ingår och vem som ansvarar för dem.

- När och hur aktiviteterna ska genomföras och följas upp.
- Om den enskilde har deltagit i planeringen och i så fall vilken hänsyn som har tagits till hans eller hennes synpunkter och önskemål.

Rutin genomförandeplan

Vi har tagit del av rutin dokumentet *VO social dokumentation i genomförandet*, där det framgår hur en genomförandeplan ska upprättas och användas i det dagliga arbetet.

Planen ska beskriva vad som ska göras, av vem och när, samt hur brukarens delaktighet har beaktats. Den ska tas fram kort efter att insatsen påbörjats och följas upp regelbundet. Rutinen anger också att dokumentation ska ske löpande genom journalanteckningar, för att möjliggöra uppföljning och anpassning av insatserna.

Genomförandeplanens omsättning i praktiken

Enligt intervjuerna uppges att varje boende har en utsedd kontaktperson som ska ha särskilt ansvar för att lära känna brukaren, uppmärksamma förändringar, upprätta genomförandeplan samt säkerställa att denna följs.

Vi har av intervjuer tagit del av olika uppfattningar om hur väl efterlevnaden av genomförandeplansuppföljningar fungerar i praktiken. Det framkommer att det finns variationer mellan enheter i hur uppföljningen genomförs och dokumenteras, enligt de intervjuade. Kontroll av att genomförandeplanerna är uppdaterade sker främst på enhetsnivå via enhetschef. På övergripande nivå kan även SAS genomföra stickprov eller andra kontroller.

Vidare framkommer i intervjuer att det finns utmaningar kopplade till biståndsbesluten som ligger till grund för genomförandeplanerna. Enligt intervjuade är besluten ibland inte uppdaterade eller aktuella, vilket enligt dem kan skapa osäkerhet i planeringen av insatser. Det uppges att det förekommer att genomförandeplaner upprättas på beslut som inte längre speglar brukarens behov. Det beskrivs också att uppföljningen av biståndsbeslut från myndighetssidan upplevs som bristfällig.

Det finns också variation i hur genomförandeplanerna omsätts i det praktiska arbetet. På vissa boenden används exempelvis arbetskort eller nyckelknipor med kortfattade beskrivningar av hur insatser ska genomföras, som ett stöd i vardagen. Enligt intervjuade

upplever personalen att arbetssätten fungerar, men att det kräver kontinuerlig kommunikation och inläsning.

Enligt intervjuerna är kontaktmannaskapet en central förutsättning för individanpassning och kontinuitet. Det uppges fungera väl, men det beskrivs också att arbetssättet påverkas vid personalomsättning, sjukfrånvaro och under perioder med hög arbetsbelastning.

Aktivitet och meningsfull vardag

Av intervjuerna framgår att samtliga boenden arbetar med att erbjuda aktiviteter för att främja en trygg och meningsfull vardag för de boende, exempelvis sociala aktiviteter, gemensamma måltider, utevistelser och musikstunder. Aktivitetsledare beskrivs ha en viktig roll i detta arbete, men enligt de intervjuade varierar upplägget mellan boenden beroende på personalens engagemang, tillgång till volontärer och lokala förutsättningar.

En förändring av aktivitetsledarnas roll har nyligen beslutats. Enligt intervjuade innebär förändringen att aktivitetsledarnas arbetstid ska schemaläggas på ett annat sätt än tidigare, för att skapa större flexibilitet och bättre helhetslösning.

Enligt intervjuerna ska husmöten hållas två gånger per år på respektive särskilt boende. När möten genomförs ska enhetschefen följa en fastställd dagordning där aktuella frågor tas upp, och inbjudna får möjlighet att framföra synpunkter. Inbjudna till dessa husmöten kan exempelvis vara anhöriga, kontaktpolitiker och pensionärsföreningen. Det uppges dock att dessa möten inte alltid hålls två gånger per år, utan att frekvensen varierar mellan boendena.

Vidare framgår det av intervjuer att anhörigsamverkan är en viktig del i verksamheten. Det beskrivs att kontakten med anhöriga sker både via möten och telefon, och att deras synpunkter ofta tas till vara i det dagliga arbetet. Samtidigt uppges att det ibland finns skillnader i förväntningar kring vad verksamheten kan erbjuda.

Brukarundersökning 2025

Av intervjuer framgår att personalen upplever att trygghet och trivsel följs upp både genom brukarundersökningar och genom den dagliga dialogen med brukare. Resultaten från brukarundersökningarna används enligt de intervjuade för att identifiera

förbättringsområden, exempelvis kopplat till bemötande, delaktighet eller aktivitetsutbud.

Vi har tagit del av resultaten från Socialstyrelsens öppna jämförelser ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2025”. Undersökningen är en rikstäckande enkät som återkommande mäter äldre personers uppfattning om hemtjänst och särskilda boenden. Resultaten visar att Vetlandas äldre inom särskilt boende upplever en hög kvalitet inom flera centrala områden.

När det gäller boendemiljö uppger 86 % att de trivs med sitt rum eller lägenhet, vilket är klart högre än riket (74 %) och länet (76 %). Även trivsel i gemensamma utrymmen och utomhusmiljö ligger över jämförelsegrupperna. Inom området aktiviteter och möjlighet att komma utomhus är 76 % nöjda med aktiviteterna och 71 % anser att möjligheterna att komma ut är goda, vilket överstiger både riket (60 % respektive 59 %) och länet (63 % respektive 59 %).

Vidare visar resultatet att bemötande och inflytande är ett starkt område, där 98 % upplever att personalen bemöter dem väl och 91 % att personalen tar hänsyn till deras önskemål, jämfört med riket (84 % och 78 %) och länet (92 % och 78 %). Även trygghet och förtroende är högt – 95 % känner sig trygga och 92 % har förtroende för personalen, vilket är högre än riket (86 % och 85 %) och länet (87 % och 83 %).

Slutligen är den sammantagna nöjdheten med boendet mycket hög, där 91 % är nöjda jämfört med 79 % i riket och 81 % i länet. Andelen som vet vart de ska vända sig med synpunkter är 48 %, vilket är något högre än riket (46 %) och länet (44 %).

Slutsatser och bedömning

Vår samlade bedömning är att nämnden till viss del säkerställer att de boendes behov av individanpassning, delaktighet och självbestämmande beaktas – inklusive möjligheten till en meningsfull, trygg och individanpassad.

Vår samlade bedömning är att nämnden till viss del säkerställer nämnden att omsorgens faktiska innehåll dokumenteras, följs upp och utformas utifrån brukarens individuella behov, livssituation och sociala förutsättningar.

Vår bedömning grundas på följande iakttagelser, analyser och överväganden:

Vi konstaterar att det finns fastställda rutiner för upprättande och uppföljning av genomförandeplaner, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2014:5). Dessa rutiner anger att planen ska tas fram kort efter insatsens start, följas upp regelbundet och dokumenteras löpande. Enligt vår uppfattning utgör detta en god struktur för att stödja individanpassad omsorg.

Vi noterar dock att efterlevnaden av rutinerna varierar mellan enheter. Av intervjuerna framgår att kontaktmannskapet är centralt för individanpassning och kontinuitet. Samtidigt uppges att arbets sättet påverkas negativt vid personalomsättning, sjukfrånvaro eller hög arbetsbelastning, vilket kan medföra att uppföljning och anpassning av insatser inte sker fullt ut. Dessutom framkommer att genomförandeplaner ibland upprättas utifrån biståndsbeslut som inte är uppdaterade, vilket enligt vår bedömning innebär en risk för att insatser inte fullt ut speglar den enskildes aktuella behov.

Mot bakgrund av detta anser vi att det finns ett behov av att säkerställa att ansvar och förutsättningar för att följa upp och revidera genomförandeplanerna är tydligt förankrade i både organisation och praktik.

När det gäller meningsfullhet och aktivitet visar granskningen att verksamheterna erbjuder aktiviteter som musikstunder, utevistelser och gemensamma måltider, men att omfattning och innehåll varierar mellan boenden. Detta bedömer vi speglar att aktiviteterna till viss del är beroende av personalens initiativ, tillgång till volontärer och lokala förutsättningar. Förändringen av aktivitetsledarnas roll syftar till ökad flexibilitet, men vid tidpunkten för granskningen är effekterna ännu inte möjliga att bedöma.

Vi noterar att formerna för brukarmedverkan, t.ex. husmöten, inte genomförs i enlighet med målsättningen om två möten per år. Detta innebär en risk att strukturerad dialog med brukare och anhöriga inte sker i tillräcklig omfattning på alla boenden.

Vi konstaterar även att det finns viss uppföljning på enhetsnivå av delaktighet och självbestämmande, men att analys och uppföljning på förvaltnings- och nämndnivå är mer begränsad. Användningen av brukarundersökningar är ett positivt exempel, där resultaten i 2025 års undersökning visar att Vetlanda kommun ligger över riksnittet

inom flera centrala områden, såsom bemötande, trygghet, inflytande och boendemiljö. Detta tyder på att brukarna överlag upplever god kvalitet i omsorgen.

Mot bakgrund av ovanstående bedömer vi att nämnden till viss del har säkerställt att de boendes behov av individanpassning, delaktighet och självbestämmande beaktas samt att omsorgens innehåll dokumenteras, följs upp och utformas utifrån brukarens individuella behov, livssituation och sociala förutsättningar.

2.5 Har nämnden säkerställt att det inom särskilt boende finns faktisk tillgång till rätt kompetens, bemanning och en kontinuerlig personalnärvaro – inklusive hälso- och sjukvårdskompetens – som motsvarar brukarnas behov?

Styrning och uppföljning kopplat till kompetensförsörjning

Som redan nämnts framgår det av nämndens detaljbudget för 2025, mål och budget, att kompetensförsörjning är ett av tre prioriterade områden för de kommande åren. I dokumentet beskrivs planerade insatser, bland annat att statliga medel inom ramen för Äldreomsorgslyftet ska nyttjas fram till 2026. Därutöver planeras ett treårigt EU-projekt tillsammans med rekryteringsenheten och Lärvox. Projektet omfattar uppbyggnad av ett metodrum för introduktion av medarbetare utan utbildning, där metodhandledare ska ansvara för en tredagars introduktion med både teoretiska och praktiska moment.

Tre av de femton verksamhetsmål/nyckeltal som nämnden redovisar i detaljbudget för 2025 har en koppling till kompetens och kompetensförsörjning. Dessa är:

- Jag upplever att Vetlanda kommun är en bra arbetsgivare
- Jag får den kompetensutveckling som behövs utifrån verksamhetens behov
- Jag lär nytt och utvecklas i mitt arbete

Som tidigare nämnts har inga målvärden tagits fram för något av verksamhetsmåten eller nyckeltalen. Det framgår inte heller om det finns några framtagna aktiviteter kopplade till verksamhetsmåten/nyckeltalen. Dock redovisas resultat från tidigare år, vilket gör det möjligt att följa utvecklingen över tid och identifiera trender.

Framdrift/uppföljning av kompetensförsörjningen.

För att undersöka hur framdriften inom kompetensförsörjningsområdet har gått under året har vi tagit del av nämndens delårsrapport. I rapporten framgår på övergripande nivå att kompetensförsörjning fortsatt är en utmaning. Svårigheter att rekrytera medarbetare med rätt kompetens, särskilt undersköterskor och stödpedagoger, har lett till ökad belastning och fler anställda utan adekvat utbildning. Vissa insatser har genomförts, bland annat utbildning av tio undersköterskor via Äldreomsorgslyftet samt introduktion av 277 vikarier genom IRMA-projektet, vilket omfattar hela nämndens ansvarsområde.

Vid intervju med presidiet framhölls att det råder en fortsatt oro för kompetensförsörjningen på längre sikt, trots pågående projekt. Enligt presidiet finns det ett behov av att ta fram en tydlig plan för hur kommunen långsiktigt ska klara bemanning och behålla kompetens, särskilt inom sjuksköterskegruppen.

Vi noterar att det inte framgår på ett tydligt sätt hur effekterna av insatserna följs upp. Vidare har vi i samband med granskningen inte tagit del av någon upprättad kompetensförsörjningsplan. En sådan plan syftar normalt till att samla kommunens arbete inom området och tydliggöra mål, aktiviteter och uppföljning för att säkerställa tillgång till rätt kompetens.

Bemanning Särskilt boende

Av intervjuerna framgår att bemanning i särskilt boende utgår från ett fast personaltätetsmått, 0,63, vilket schemat byggs efter. Vårdtyngdsmätningar görs inte rutinmässigt vid inflyttning av nya brukare. Om en brukares behov ökar sker en behovsbedömning av enhetschef tillsammans med personalgrupp. Sedan sker en dialog mellan enhetschef och funktionschef om att sätta in extra resurser, vilket kan innebära bemanning utöver budget. Upplevelsen av intervjuade är att sjuksköterskor, fysioterapeut och arbetsterapeut finns tillgängliga. Upplägget av bemanningen gällande legitimerad personal kan skilja sig mellan boendena utifrån behov och storlek.

Av intervjuer framgår att rekrytering och personalförsörjning är en återkommande utmaning, särskilt när det gäller legitimerad personal såsom sjuksköterskor. Enligt intervjuade har det tidvis varit svårt att rekrytera och behålla sjuksköterskor, vilket ibland medfört ett behov av att anlita bemanningssjuksköterskor. Det framkommer även i

intervjuerna att viss förbättring skett under 2025, men att situationen fortfarande är skör – särskilt under sommarmånaderna och vid frånvaro.

Vid korttidsfrånvaro framgår det av intervjuer att bemanningsenheten används för att täcka vakanser, men korttidsfrånvaro uppges som en återkommande utmaning. Det finns en rutin för hantering av frånvaro. Dock framgår det av intervjuer att sjukfrånvaroprocessen ska tittas över och eventuellt omarbetas så att sjukfrånvaron kan anmälas till närmaste chef och inte gå direkt till bemanningsenheten

Kompetens - Särskilt boende.

Av kvalitetsberättelsen 2024 framgår att varje verksamhet inom nämndens ansvarsområde ska ha en plan för personalens kompetensutveckling. Under 2024 har detta arbete genomförts i samband med kvalitetshjulets andra hållplats, och resultatet av kartläggningen har legat till grund för utbildningsplanen för 2025.

För särskilt boende har följande kompetensutvecklings- och fortbildningsaktiviteter planerats för 2025:

- Uppstart av Yrkesresan inom äldreomsorgen
- Fortsatt utbildning av BPSD-administratörer i verksamheter som saknar denna kompetens
- Fortsatt implementering av utbildningsmodellen Stjärnmärkt inom flera verksamheter.

Av intervjuerna framgår att introduktion av ny personal sker enligt en fastställd rutin med introduktionsplan och handledning av erfarna kollegor. Upplevelsen är att introduktionen fungerar väl, men att den ibland blir kortare än önskat vid hög personalomsättning eller tidsbrist.

När det gäller kompetensnivån uppges att majoriteten av medarbetarna är utbildade undersköterskor, men att det även finns vårdbiträden och vikarier med mindre erfarenhet. Kompetensen bedöms generellt som god av intervjuade, men behov av kontinuerlig kompetensutveckling lyfts, särskilt inom demensvård, psykisk ohälsa och palliativ vård. Kompetensutveckling erbjuds genom interna och externa utbildningar

samt webbutbildningar via kommunens lärplattform, men deltagandet påverkas av bemanningssituationen.

Vid intervju med MAS och SAS lyftes att det finns skillnader i bemanning och kompetens mellan olika boenden, vilket i vissa fall kan påverka förutsättningarna för en jämlik och säker vård. Det framkom även att det är en pågående utmaning att säkerställa att vikarier och ny personal har tillräcklig förståelse för dokumentation och rutiner – något som flera chefer enligt intervjuer anser kräver stärkt intern utbildning och handledning.

Slutsatser och bedömning

Vår samlade bedömning är att nämnden till viss del säkerställer att det inom särskilt boende finns faktisk tillgång till rätt kompetens, bemanning och en kontinuerlig personalnärvaro – inklusive hälso- och sjukvårdskompetens – som motsvarar brukarnas behov

Vår bedömning grundas på följande iakttagelser, analyser och överväganden:

Kompetensförsörjning är ett av nämndens tre prioriterade områden. Vi konstaterar att vissa insatser genomförs, exempelvis Äldreomsorgslyftet och IRMA-projektet. Samtidigt anser vi att det saknas en sammanhållen struktur som tydliggör vilka åtgärder som ska genomföras och hur de ska följas upp. Vi har inte tagit del av någon behovsanalys som visar framtida kompetensbehov, exempelvis kopplat till pensionsavgångar inom olika yrkeskategorier. Vi bedömer att kompetensförsörjningsområdet är ett utvecklingsområde och att nämnden inte har säkerställt en tydlig struktur i arbetet vilket begränsar nämndens möjlighet att planera långsiktigt och vidta åtgärder vid behov.

När det gäller kompetensutveckling anser vi att det finns en utvecklad struktur där en utbildningsplan tas fram och kompetensutveckling erbjuds via interna och externa utbildningar, vilket vi ser positivt på.

Bemanningen inom särskilt boende verksamheten utgår från en fastställd grundbemanning där vårdtyngdsmätningar inte görs rutinmässigt. Det finns dock ett etablerat arbetssätt för att förstärka bemanningen vid behov i samråd med funktionschef. Intervjuer visar att tillgången till legitimerad personal upplevs som god, även om rekryteringen av legitimerad personal historiskt varit en utmaning. Samtidigt noterar vi

att uppfattningen om tillgången till legitimerad personal skiljer sig något mellan olika nivåer i organisationen. På enhetsnivå beskrivs tillgången som i huvudsak god men sårbar vid frånvaro och under sommarperioder, medan företrädare på lednings- och presidienivå uttrycker en fortsatt oro för den långsiktiga kompetensförsörjningen, särskilt vad gäller sjuksköterskor. Enligt vår uppfattning behöver dessa skillnader följas upp över tid för att säkerställa en långsiktigt hållbar bemanning.

Mot bakgrund av ovan bedömer vi att nämnden till viss del har säkerställt tillgång till rätt kompetens, bemanning och kontinuitet inom särskilt boende verksamheten.

BILAGA A: Bedömningskriterier

BEDÖMNING	KRITERIER
<p>Är ...</p> <ul style="list-style-type: none"> → ... ändamålsenlig → ... tillfredställande ur ekonomisk synpunkt → ... tillfredställande intern kontroll. 	<p>Mer <u>än 90 %</u> i granskningen använda revisionskriterier uppfyllda.</p>
<p>I huvudsak</p> <ul style="list-style-type: none"> → ... ändamålsenlig → ... tillfredställande ur ekonomisk synpunkt → ... tillfredställande intern kontroll 	<p>Mellan <u>70-90 %</u> i granskningen använda revisionskriterier uppfyllda eller vid några få <u>lindriga avvikelser/brister</u>.</p>
<p>Till stor del</p> <ul style="list-style-type: none"> → ... ändamålsenlig → ... tillfredställande ur ekonomisk synpunkt → ... tillfredställande intern kontroll 	<p>Mellan <u>40-69 %</u> i granskningen använda revisionskriterier uppfyllda eller vid några få <u>kännbara avvikelser/brister</u>.</p>
<p>Till viss del</p> <ul style="list-style-type: none"> → ... ändamålsenlig → ... tillfredställande ur ekonomisk synpunkt → ... tillfredställande intern kontroll 	<p>Mellan <u>20-39 %</u> i granskningen använda revisionskriterier uppfyllda eller vid några få <u>allvarliga avvikelser/brister</u>.</p>
<p>Ej</p> <ul style="list-style-type: none"> → ... ändamålsenlig → ... tillfredställande ur ekonomisk synpunkt → ... tillfredställande intern kontroll 	<p>Mindre <u>än 20 %</u> i granskningen använda revisionskriterier uppfyllda eller vid några få <u>mycket allvarliga avvikelser/brister</u>.</p>



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

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

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

© 2025 For more information, contact Deloitte AB.