



KOMMUNREVISIONEN
ÖSTERSUND

REVISIONSRAPPORT

GRANSKNING AV

Trygghet inom äldreomsorgen



SAMMANFATTNING

Revisionskontoret har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna genomfört en granskning avseende trygghet inom äldreomsorgen.

Vår sammanfattande bedömning är att vård- och omsorgsnämnden i huvudsak har vidtagit åtgärder för att medborgarna ska kunna känna sig trygga oavsett om det gäller hemtjänst eller särskilt boende.

Bedömningen grundar sig på följande:

Nämnden har under 2025 i uppdrag från fullmäktige att arbeta vidare med att minska minutjakten inom äldreomsorgen. Varje enhet inom hemtjänst och särskilt boende har i sin tur fått i uppdrag att arbeta med förbättringsåtgärder utifrån resultatet från genomförda brukarundersökningar.

Övergripande rutiner för att säkerställa trygghet finns men de följs inte alltid. Det finns exempelvis brister i biståndsbeslut respektive genomförandeplaner. Otydligheter, eller olika förväntningar på, vad som ska ingå i biståndsbeslut respektive genomförandeplan har framkommit. Enligt intervjuer beror många avvikelser på att personalen inte läser genomförandeplanerna.

Värdegrunden är i vissa fall svår att förstå och att ta till sig för medarbetarna. Nämnden har rutiner för att ta hand om språksvaga medarbetare, både i form av direkt stöd men också genom att utforma ansvar och arbetsuppgifter på en adekvat nivå. Behovet av att fortsätta utveckla språkkunskaper framgår i nämndens tertialrapport 1 2025. Det finns ett fortsatt behov av utveckling av kontaktpersonal och fast omsorgskontakt vilket vi även har påtalat i tidigare granskning.

Nämnden har i huvudsak säkerställt att det finns rutiner för rekrytering av nya medarbetare. Vi menar att ett eventuellt införande av bakgrundskontroller kan bidra till att ytterligare stärka förutsättningarna för att undvika felaktiga rekryteringar.

Nämnden har inventerat skalskyddet och prioriterat vilka insatser som ska genomföras. Alla särskilda boenden har inte fullgoda passersystem i nuläget men åtgärdsplaner med prioriteringar har upprättats.

Vidare bedöms det finnas riktlinjer för att rapportera och utreda missförhållanden. En stor del av avvikelserna har sin bakgrund i brister i biståndsbeslut och genomförandeplaner. Nämnden tar löpande del av rapporterade avvikelser enligt lex Sarah och lex Maria.

Det finns rutiner och arbetssätt för att motverka stölder av kontanter, värdesaker och läkemedel. Granskningen visar att de händelser som rapporteras utreds som ett missförhållande enligt lex Sarah - ekonomiska övergrepp. Det antas dock förekomma händelser som inte rapporteras varför det är viktigt att fortsätta värna om det förebyggande arbetet.

Nämnden har beslutat om ett antal förebyggande åtgärder som har bäring på medborgarnas trygghet. Den nya socialtjänstlagen har precis fastställts och vi har inte bedömt vilka förändringar nämnden har vidtagit utifrån denna.

Nämnden har en löpande uppföljning av verksamheten, exempelvis brukarundersökningar och analyser av avvikelser.

Vi rekommenderar vård- och omsorgsnämnden att

- *genomföra aktiviteter för att medvetandegöra värdegrunden för att samtliga medarbetare ska känna till och förstå den.*
- *fortsätta se över chefernas förutsättningar för att möjliggöra ett bra ledarskap.*
- *arbeta vidare med att förtydliga rutiner kring biståndsbeslut och genomförandeplaner samt att förbättra uppföljningen av biståndsbeslut. I detta ingår att säkerställa att medarbetarna ges förutsättningar, och medvetandegörs om behovet av, att ta del av genomförandeplaner.*

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING.....	2
1 INLEDNING	4
1.1 BAKGRUND TILL UPPDRAGET	4
1.2 SYFTE OCH REVISIONSFRÅGOR	4
1.3 AVGRÄNSNING	4
1.4 REVISIONSKRITERIER	5
1.5 ANSVARIG STYRELSE/NÄMND.....	5
1.6 METOD	5
2 TRYGGHET INOM ÄLDREOMSORGEN.....	6
2.1 BEGREPPET TRYGGHET INOM ÄLDREOMSORGEN	6
2.2 BRISTER I KOMMUNERNA.....	6
2.3 BRUKARBEDÖMNING AVSEENDE TRYGGHET	7
3 RESULTAT AV GRANSKNINGEN	8
3.1 NÄMNDENS PRIORITERADE ÅTGÄRDER UNDER 2025.....	8
3.2 RUTINER OCH ARBETSSÄTT.....	8
3.3 BISTÅNDSBEDÖMNING.....	9
3.4 INRE TRYGGHET - MEDARBETARNAS KOMPETENS OCH FÖRUTSÄTTNINGAR.....	10
3.4.1 Bemötande och värdegrund	11
3.4.2 Språk.....	11
3.4.3 Kontaktpersonal och fast omsorgskontakt.....	11
3.4.4 Kontinuitet.....	12
3.4.5 Rekrytering	12
3.4.6 Chefernas förutsättningar	13
3.5 YTTRE TRYGGHET - FYSISK SÄKERHET.....	14
3.5.1 Skalskydd, passersystem m.m.....	14
3.5.2 Brandsäkerhet	15
3.5.3 Ekonomi - stölder, inbrott m.m.....	15
3.5.4 Förvaring och hantering av läkemedel.....	15
3.5.5 Skyddsåtgärder	16
3.5.6 Trygghetslarm och GPS-larm	17
3.5.7 Rutiner för att hantera krissituationer	17
3.6 NÄR VERKSAMHETEN INTE FUNGERAR.....	18
3.6.1 Rapportering av missförhållande	18
3.6.2 Avvikelsehantering	18
3.7 FÖREBYGGANDE ARBETE.....	20
3.8 UPPFÖLJNING.....	21
4 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER.....	22
4.1 SVAR PÅ REVISIONSFRÅGORNA	22
5 BILAGA.....	24

1 INLEDNING

1.1 BAKGRUND TILL UPPDRAGET

Oro för att bli utsatt för brott, det sociala klimatet i grannskapet och rädsla för att ramla är några anledningar till otrygghet hos äldre. Brukarundersökningar visar på att bland de äldre som har hemtjänst känner sig de äldre i Östersunds kommun ungefär lika trygga som i liknande kommuner. Däremot visar jämförelser att äldre med särskilt boende känner sig mindre trygga i Östersund än i liknande kommuner och de känner sig även mindre trygga jämfört med äldre med hemtjänst inom Östersunds kommun.

Trygghet kan handla om så olika saker som ekonomi, privata och offentliga relationer, självtillit, vår närmiljö och hela jordens miljö. Även hur vi är klädda och vilken mat vi äter kan påverka känslan av trygghet.

Känsla av otrygghet är ett av de områden som ingår i det som kallas livsområden i IBIC (individens behov i centrum). I IBIC ska detta livsområde användas för att beskriva och dokumentera hur individen upplever känslan av otrygghet i olika sammanhang, samt vid behov för att dokumentera individens önskade känsla av otrygghet.

Revisorerna har bedömt att det finns en risk att vård- och omsorgsnämnden inte har vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa att de äldre känner sig trygga.

Granskningen ingår i den fastställda revisionsplanen för 2025.

1.2 SYFTE OCH REVISIONSFRÅGOR

Granskningens syfte är att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt att åtgärder har vidtagits för att äldre i behov av vård och omsorg kan känna sig trygga i sin boendemiljö.

Revisionsfrågor

Granskningen ska besvara följande revisionsfrågor:

- Har nämnden prioriterat åtgärder för att öka medborgarnas trygghet?
- Finns det rutiner och arbetssätt för att säkerställa att medborgarna ska kunna känna sig trygga? Följs dessa? Revisionsfrågan har delats upp i tre delar; övergripande rutiner samt inre och yttre trygghet.
- Bedriver nämnden ett förebyggande arbete i syfte att minska känslan av otrygghet? Denna fråga ingår endast övergripande.
- Säkerställer nämnden att åtgärder vidtas om avvikelser/missförhållanden uppstår?
- Följer nämnden upp de äldres trygghet, såväl den upplevda tryggheten som genomförda insatser?

1.3 AVGRÄNSNING

Granskningen är avgränsad till 2025 och avser i huvudsak åtgärder av mer fysisk karaktär som exempelvis personalens kunskaper och förutsättningar, skalskydd, inbrott m.m. för att öka medborgarens upplevda trygghet. Revisorerna har under senaste åren genomfört granskningar avseende psykisk ohälsa och kontinuitet. Dessa områden berör också trygghet men har endast berörts övergripande i denna granskning. Endast verksamhet som omfattar medborgare som redan erhåller någon form av insats från kommunen ingår.

Detta innebär att nämndens förebyggande insatser i form av information till äldre medborgare i allmänhet om exempelvis trygghetslarm, och som inte har insats idag, endast beskrivs på en övergripande nivå. Social samvaro är en del i den upplevda tryggheten men vi har valt att inte belysa detta område i denna granskning.

1.4 REVISIONSKRITERIER

Vår bedömning har utgått från:

- Kommunallagen (2017:725)
- Socialtjänstlagen
- Dialog Trygghet, Socialstyrelsen
- Interna styrdokument, bilaga 1

1.5 ANSVARIG STYRELSE/NÄMND

Ansvarig nämnd är Vård- och omsorgsnämnden.

1.6 METOD

Granskningen utförs genom inhämtning och granskning av relevanta dokument och intervjuer med berörda politiker och tjänstepersoner. Följande funktioner har intervjuats:

- Förvaltningschef
- Sektorchef hemtjänst och särskilt boende
- Tre enhetschefer inom särskilt boende varav en extern utförare
- Sjuksköterska särskilt boende
- Två enhetschefer inom hemtjänst
- Uppdragschef
- Socialt ansvarig samordnare
- Kvalitetsansvarig
- Kvalitetsutvecklare/utredare
- Verksamhetsutvecklare
- Verksamhetsutvecklare
- Verksamhetschef för myndighetsenheten
- Säkerhetsamordnare, enheten för infrastruktur

Berörda uppgiftslämnare och verksamhetsansvariga har givits möjlighet att faktagranska lämnade uppgifter som finns med i revisionsrapporten. En kollegial kvalitetssäkring av att rapporten håller erforderlig kvalitet och standard utifrån Skyrevs rekommendationer har genomförts.

2 TRYGGHET INOM ÄLDREOMSORGEN

2.1 BEGREPPET TRYGGHET INOM ÄLDREOMSORGEN

Av 5 kap. 4 § andra stycket i socialtjänstlagen framgår det att socialnämnden ska verka för att äldre personer får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden.

Trygghet inom äldreomsorgen kan innebära flera aspekter, såsom fysisk säkerhet, social gemenskap och individens möjlighet att påverka sin omsorg. Vad som gör att vi känner oss trygga skiljer sig åt mellan olika personer. Att känna sig trygg betyder inte att det samma som att faktiskt vara utom fara. Att faktiskt vara utom fara behöver inte betyda att man känner sig trygg.

När förmågan att kommunicera förändras genom sjukdom eller när kroppens krafter sviker kan vi vara utlämnade till andra för att klara vårt dagliga liv. Det kan skapa otrygghet, men det behöver inte göra det. Att ha kontroll över situationen är till exempel en viktig förutsättning för att känna trygghet, liksom möjligheterna att kunna göra sig förstådd och förstå sin omgivning. Att känna till och förstå den äldres behov är en förutsättning för att de som arbetar inom äldreomsorgen ska kunna bidra till den äldre personens trygghetskänsla. Att personalen har den utbildning, kompetens och det bemötande som behövs bidrar också till den äldres upplevelse av trygghet.

Det finns flera brister inom äldreomsorgen som kan påverka tryggheten för äldre personer; brist på personal och kompetens, bristande personalkontinuitet samt missförhållanden och försummelse. Tryggheten kan även påverkas av yttre faktorer som stölder och bedrägerier, social isolering¹ samt bristande säkerhet i boendemiljön. I det sistnämnda fallet kan det exempelvis röra sig om bristfälliga låssystem och övervakning. Valfärdsteknik som trygghetslarm, kameror för nattillsyn och digitala lås kan i det här fallet bidra till ökad säkerhet och självständighet för äldre personer.

Individens behov i centrum (IBIC) är ett arbetssätt inom socialtjänsten som används för att beskriva individens resurser, behov och mål för stöd i det dagliga livet. Känsla av otrygghet är ett av de livsområden som används i IBIC.

2.2 BRISTER I KOMMUNERNA

Rapporter i media lyfter regelbundet fram brister och missförhållanden inom äldreomsorgen i landets kommuner. I vissa fall har sexuella övergrepp förekommit, men mer vanligt är vanvård, där äldre lämnas utan hjälp med toalettbestyr och personlig hygien, går utan mat under längre perioder eller får sina larm obesvarade.

Utöver detta drabbas många äldre varje år av bedrägerier och stölder, där både organiserad brottslighet och enskilda individer utnyttjar deras utsatthet. Förövare kan ta sig in i de äldres hem, och det förekommer även att stölder begås av personal inom omsorgen.

För att förebygga dessa brister krävs både välfungerande rutiner och ett aktivt förebyggande arbete. Det är också avgörande att det finns effektiva processer för att hantera och åtgärda de brister som uppmärksammas.

¹ Enligt Folkhälsomyndigheten kan social isolering öka risken för psykisk ohälsa och göra äldre mer sårbara för brott.

2.3 BRUKARBEDÖMNING AVSEENDE TRYGGHET

I kommun- och landstingsdatabasen (KOLADA)² finns flera nationella nyckeltal gällande trygghet äldreomsorgen enligt nedanstående tabell.

Nyckeltal	Område	2022	2023	2024
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - bemötande, förtroende och trygghet, medelvärde	Jämtlands läns kommuner	74	92	93
	Kommuner med 50 000 - 99 999 invånare	65	88	89
	Liknande kommuner äldreomsorg	68	91	91
	Östersund	70	90	91
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - mycket eller ganska trygga	Jämtlands läns kommuner	91	89	90
	Kommuner med 50 000 - 99 999 invånare	83	84	85
	Liknande kommuner äldreomsorg	86	87	88
	Östersund	87	86	88
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - trygghet (mycket trygga), andel (%)	Jämtlands läns kommuner	52	49	57
	Kommuner med 50 000 - 99 999 invånare	42	43	46
	Liknande kommuner äldreomsorg	45	46	51
	Östersund	47	47	49
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - bemötande, förtroende och trygghet, medelvärde	Jämtlands läns kommuner	60	85	86
	Kommuner med 50 000 - 99 999 invånare	60	86	86
	Liknande kommuner äldreomsorg	62	86	89
	Östersund	55	80	81
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - mycket eller ganska trygga, andel (%)	Jämtlands läns kommuner	84	84	86
	Kommuner med 50 000 - 99 999 invånare	86	86	86
	Liknande kommuner äldreomsorg	87	86	88
	Östersund	84	78	80
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - mycket trygga, andel (%)	Jämtlands läns kommuner	46	45	45
	Kommuner med 50 000 - 99 999 invånare	47	47	48
	Liknande kommuner äldreomsorg	50	49	52
	Östersund	38	41	40

Jämförelserna visar att medborgarnas upplevelse av trygghet inom hemtjänsten är ungefär på samma nivå som i övriga kommuner. När det gäller särskilt boende är medborgarnas upplevelse av trygghet betydligt lägre än samtliga jämförelseobjekt och det gäller samtliga tre nyckeltal avseende 2024.

² Kommun- och landstingsdatabasen som innehåller cirka 6000 nyckeltal.

3 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

3.1 NÄMNDENS PRIORITERADE ÅTGÄRDER UNDER 2025

Revisionsfråga: Har nämnden prioriterat åtgärder för att öka medborgarnas trygghet?

I Mål och budget 2025 med plan 2026-2027 handlar ett av de övergripande målet om Trygghet och stöd.

Nämnden har under 2025 tre fullmäktige uppdrag som avser äldreomsorgen. Följande kommentarer lämnas i tertialrapport 1 2025:

- Utred förutsättningarna för en bra digital infrastruktur på alla särskilda boenden; arbetet pågår enligt plan. I slutet av 2025 ska det finnas en framtagen åtgärdsplan och en tydlig ansvarsfördelning mellan berörda aktörer.
- Förbättra den fysiska miljön på särskilda boenden; arbete pågår på två äldreboenden.
- Skapa förutsättningar för minskad minutjakt inom hemtjänsten; åtgärder pågår och det kommer att presenteras ett antal olika förslag till åtgärder för att minska stressen inom hemtjänsten inom Östersunds kommun.

Uppdrag till de enskilda enheterna i Stratsys

Vid Ledningens genomgång av Kvalitetsledningssystemet beslutades att varje verksamhet via kvalitetsledningssystemets egenkontrollfrågor ska följa upp och säkerställa att medborgar-nöjdhetsundersökningar faktiskt genomförs/ används av varje verksamhet och att de utifrån resultatet formulerar åtgärder i samband med verksamhetsplaneringen.

Vi har studerat den uppföljning som har gjorts i Stratsys för de enheter som ingår i granskningen. Aktiviteter som beskrivs inom särskilt boende är att förbättra den totala nöjdheten, förbättra nöjdheten med de aktiviteter som erbjuds samt att förbättra måltidsmiljön. Av kommentarerna till det ena boendet framgår att det pågår ett arbete både med att förbättra kontinuiteten bland personalen och att stärka kontaktmannaskapet. Det pågår även ett mer strukturerat arbete med ärendemötena.

Inom hemtjänsten finns aktiviteter kring fast omsorgskontakt, både att förtydliga uppdraget för medarbetarna och att informera medborgarna.

Bedömning

Vi bedömer att nämnden i huvudsak har prioriterat åtgärder för att öka medborgarnas trygghet under 2025. I nämndens verksamhetsplan är det främst minutjakten inom hemtjänsten som kan anses få direkta effekter på tryggheten. Varje enhet inom hemtjänst och särskilt boende har fått i uppdrag att arbeta med förbättringsåtgärder utifrån brukarundersökningar. De särskilda boendena har inte fått uppdrag specifikt utifrån det låga betyget gällande trygghet, men de åtgärder som beskrivs utifrån att förbättra den totala nöjdheten har även bäring på trygghet.

3.2 RUTINER OCH ARBETSSÄTT

Revisionsfråga: Finns det rutiner och arbetssätt för att säkerställa att medborgarna ska kunna känna sig trygga?

Vi har valt att dela upp denna del i tre delar. Avsnittet inleds med en beskrivning av övergripande rutiner i form av biståndsbedömning och genomförandeplaner. Därefter har vi gjort en uppdelning av rutiner och arbetssätt utifrån inre och yttre trygghet.

3.3 BISTÅNDSBEDÖMNING

Otrygghet är ett av livsområdena i socialtjänstlagen och ingår som en del i biståndshandläggarnas bedömningsunderlag. Ofta är känslan av otrygghet den första anledningen till att medborgarna hör av sig och vill få hjälp. Medborgaren kan exempelvis vara rädd för att ramla eller för att få det dagliga livet att fungera. Trygghetslarm är ofta den första insatsen. En del vill ha GPS-larm som även fungerar utanför hemmet. Handläggaren känner ofta av vid första samtalet vad otryggheten består i och kan bedöma vilka insatser som behövs.

Många äldre som känner sig oroliga för hur det ska fungera vid *hemgång från sjukhus*. Vissa medborgare har inte haft några insatser tidigare, en del medborgare har eget boende men behöver ha ett korttidsboende innan de kan komma hem till sitt boende igen, medan andra kanske kommer att behöva få en plats på särskilt boende. Oavsett är det viktigt att det finns en kartläggning av vilken tillsyn som behövs, om det behövs några åtgärder i hemmiljön etc. Förvaltningen har inrättat ett hemgångsteam med biståndshandläggare, fysioterapeut och arbetsterapeut som tillsammans ser över behov och åtgärder. En gemensam vårdplanering görs tillsammans med regionen. Hemtjänsten måste meddela att de är beredda att ta emot medborgaren innan hemgång kan ske.

Före hemgången är det inte alltid möjligt att göra en fullständig biståndsbedömning och det fattas därmed ett tidsbegränsat biståndsbeslut. Ett uppföljningsmöte görs av biståndshandläggaren efter hemkomst där det görs en kompletterande utredning och ett nytt biståndsbeslut fattas.

Vid flera intervjuer framförs att biståndsbesluten inte är tydliga gällande vilka insatser som krävs för att medborgaren ska känna sig trygg. I vissa fall saknas begreppet otrygghet helt i beslutet.

Biståndsbedömarna gör en utredning som ligger till grund för biståndsbeslutet. De enskilda enheterna får båda dokumenten som underlag för genomförandeplanerna. Enligt biståndsbedömarna ska biståndsbeslutet vara övergripande och detaljerna finnas i genomförandeplanen. I beslutet kan det exempelvis endast framgå att medborgaren Nn ska få ett trygghetslarm men det framgår inte varför medborgaren är otrygg eller vilka insatser som behövs för att minska otryggheten. I utredningen kan det finnas en mer utförlig beskrivning.

Genomförandeplaner

I mallen för genomförandeplanen finns det ett avsnitt om "känsla av trygghet".

Att upprätta genomförandeplaner har varit ett utvecklingsområde under flera år och något vi har uppmärksammat i flera granskningar, exempelvis Kontinuitet inom hemtjänsten. Brister framgår även i nämndens Kvalitetsrapport för 2024 där det även finns förslag på åtgärder. Enligt genomförda intervjuer har de flesta medborgarna en genomförandeplan, ca 95 %, men kvaliteten varierar fortfarande. Det som däremot har uppmärksammats i den här granskningen är att medarbetarna inte läser genomförandeplanerna vilket innebär att de därmed riskerar att missa väsentliga delar och/eller förändringar i insatserna. Vikarier och pool-anställda läser i högre utsträckning genomförandeplanerna än den ordinarie personalen.

Hemtjänsten har en planering i sin tjänstetelefon som innehåller instruktioner men de bakomliggande detaljerna finns i genomförandeplanen. Ett problem som framförts är att det är svårt att se vad som är nytt i genomförandeplanerna. Medarbetarna tar sig inte tid att läsa igenom hela genomförandeplanen utan det skulle underlätta om de senaste uppdateringarna framgick på ett tydligt sätt. Enligt intervjuer finns det inte någon tid för inläsning i schemat men vissa framför att det finns tid för avstämning mellan arbetspass där medarbetare ska informera varandra om större förändringar. Nämnden hade under 2024

ett uppdrag från fullmäktige om att minska minutjakten inom hemtjänsten som har fortsatt under 2025. Vi har inte undersökt vilka effekter det får för exempelvis medarbetarnas möjligheter till avstämningar, tid för inläsning etc.

Medarbetarna kan själva komma på lösningar som de anser är bättre än vad som framgår av genomförandeplanen men den dokumenteras inte alltid. Men om nya förutsättningar inte har uppdaterats i instruktioner eller genomförandeplan kommer detta inte den tillfälliga personalen till del.

Flera av de intervjuade har även lyft att instruktioner för läkemedel kan vara felaktiga och det gäller att medarbetarna är uppmärksamma.

Uppföljning

En uppföljning av biståndsbesluten ska genomföras årligen. Inom hemtjänsten besöker handläggarna inte alltid medborgarna utan uppföljningen görs per telefon. När det gäller särskilt boende har intervjuade framfört att rutiner kring uppföljning inte är lika tydliga men att det pågår ett arbete med att se över rutiner och arbetssätt. Varje biståndshandläggare ska kunna visa sina uppföljningar. Verksamhetssystemet VIVA har ingen funktion för att registrera uppföljningen vilket innebär att rapporter och statistik över vilken uppföljning som görs kräver manuell hantering. Delegationsordningen har setts över så att handläggare kan avsluta insats. Besluten är numera ofta tidsbegränsade då det är många beslut som inte används. Det kan gälla promenader, följeslagare och ledsagning och det blir fel i statistiken om det finns med beslut som inte används.

Tidigare har det varit brister i uppföljningar och fram till 2023 låg uppföljning av biståndsbeslut med som en risk/kontrollmoment i nämndens internkontrollplan.

Inom hemtjänsten deltar biståndshandläggarna i uppföljningsmöten med chefer och medarbetare inom hemtjänstområdena varje månad. Medarbetarna kan signalera både vid dessa möten och löpande om de ser behov av ytterligare insatser hos medborgarna. Någon liknande uppföljning görs inte för de särskilt boendena och inte heller med de externa utförarna då det uppfattas ha varit svårare att hitta bra arenor/samarbetsformer för de senare. Detta har framförts som en brist från både de intervjuade interna utförarna och den externa utföraren då de saknar återkoppling gällande uppföljning av biståndsbesluten och hur insatserna har fungerat.

Bedömning

Vi bedömer att det i huvudsak finns arbetssätt och rutiner på övergripande nivå men att dessa inte alltid följs. En brist som framkommit i granskningen är att medarbetarna inte läser genomförandeplanerna vilket är en av de största förklaringarna till inträffade avvikelser, som även bedöms nedan.

Granskningen visar att det förekommer brister i biståndsbesluten som kan få konsekvenser för genomförandeplanerna. Det har även framkommit otydligheter, eller olika förväntningar på, vad som ska ingå i biståndsbeslut respektive genomförandeplan. Vidare saknas det rutiner för hur biståndsbeslut inom särskilt boende ska följas upp.

Vi rekommenderar nämnden att arbeta vidare med att förtydliga rutiner kring biståndsbeslut och genomförandeplaner. I detta ingår att säkerställa att medarbetarna ges förutsättningar, och medvetandegörs om behovet av, att ta del av genomförandeplaner.

Vi rekommenderar nämnden att säkerställa att uppföljning av biståndsbeslut görs enligt fastställda rutiner.

3.4 INRE TRYGGHET - MEDARBETARNAS KOMPETENS OCH FÖRUTSÄTTNINGAR

Den inre tryggheten handlar exempelvis om den äldre personens känsla av välbefinnande, självständighet och emotionell säkerhet. Vi har i denna granskning valt att fokusera på hur nämnden säkerställer att medarbetarna har kompetens och förutsättningar att bemöta

medborgarna och genomföra insatser på ett sätt som innebär att medborgarna ska kunna känna sig trygga.

3.4.1 Bemötande och värdegrund

Enligt forskning³ är personalens bemötande allra viktigast för medborgarnas upplevda kvalitet. Inte minst genom att de bygger relationer som ger trygghet. Bra relationer med personalen kan också minska känslan av ensamhet bland de äldre.

En stor del i kvaliteten avgörs i mötet mellan personal och medborgare. Ett bra bemötande är viktigt för att medborgaren ska känna trygghet och tillit i kontakt med personalen. Enhetschef ska säkerställa att rutiner och arbetsmetoder ska finnas som stöd till personalen för bemötande av medborgare. Chef ska tillsammans med sin personal kartlägga olika risker för att minska risken för ett felaktigt bemötande i sin verksamhet. Utifrån kartläggningen ska en handlingsplan upprättas.

Genomförda intervjuer

Merparten av personalen har genomgått utbildning i Durewall-metoden⁴. Genomgång av bemötande sker på planeringsdagar och arbetsplatsträffar (APT). Personalen uppmanas att prata med varandra och med chef när de har medborgare som kan vara svåra att bemöta. Det har även framförts synpunkter på att värdegrunden är svår att förstå och att det finns behov av att ta fram en enklare variant eller ett förtydligande till den nuvarande.

Under 2024 rapporterades 22 avvikelser i bemötande, varav 13 avsåg hemtjänsten.

3.4.2 Språk

Inom sektorn finns ett antal medarbetare som inte har svenska som modersmål. Detta kan medföra problem både i kontakter med medborgarna, kollegor och chef men även att förstå instruktioner i genomförandeplaner och instruktioner. Inom förvaltningen finns en språkpedagog som de olika enheterna kan använda som stöd i det löpande arbetet. Vissa områden i kommunen har en hög andel invånare med utländsk bakgrund där personal med samma modersmål ses som en stor tillgång. Det finns även en måltidsutvecklare som stöd för att hjälpa till med att föreslå lämpliga måltider.

Nämnden beskriver i tertiärrapport 1 2025 att språkutveckling är ett pågående arbete. Särskilda medel ska avsättas i kommande års budget för att ytterligare stärka utbildningen i svenska språket men också kulturkunskap.

Genomförda intervjuer

Språkpedagogen ses som en stor tillgång. Vissa enhetschefer bjuder in språkpedagogen till arbetsplatsträffar (APT) och planeringsdagar för att hjälpa till att förklara olika begrepp på ett enkelt språk. De medarbetare som är språksvaga kan inte få delegering pga. risken för missförstånd. Språkraven är högre inom hemtjänsten eftersom det förekommer mer ensamarbete där. Vissa enheter har även egna krav på språkkunskap för att medarbetarens ska kunna ta larmtelefon, men detta är inget generellt krav inom sektorn.

3.4.3 Kontaktpersoner och fast omsorgskontakt

Av riktlinjerna framgår att det är viktigt att kontaktpersonalen och medborgaren trivs tillsammans och har en relation byggd på förtroende och tillit. För att det ska fungera krävs att medborgaren och kontaktpersonalen träffas regelbundet. Kontaktpersoner ansvarar exempelvis för att delta vid upprättande av genomförandeplan tillsammans med den enskilde och/eller dess företrädare, att informera om eventuella förändringar som påverkar

³ Organisering för verksamhetskvalitet inom svensk äldreomsorg, Ett skifte från fokus från vad till hur, Ali Kazemi 2019

⁴ Durewallmetoden är en lågaffektiv och konfliktlämmande metod med fokus på ett medmänskligt bemötande. Den har blivit erkänd som ett humant och effektivt system för att skydda sig själv, att skydda andra och att skydda personen i affekt. (Durewallinstitutet)

den enskildes insatser, att följa upp att medborgaren är nöjd med insatserna samt ansvara för kontakter med anhöriga/närstående/god man.

I revisionsrapporten "Kontinuitet inom hemtjänsten (REV/00029/2024) framkom att merparten av medborgarna hade en fast omsorgskontakt men att samtliga inte var utbildade undersköterskor. Vård- och omsorgsnämnden beslutade 2024-12-18 § 99 att ge samtliga utförare av hemtjänst i uppdrag att utveckla arbetet med fast omsorgskontakt. Granskningen visade även att det varierade i vilken omfattning den fasta omsorgskontakten faktiskt träffade berörda medborgare.

3.4.4 Kontinuitet

För vissa medborgare är en viktig trygghetsfaktor att de vet vilken medarbetare som kommer vid nästa tillfälle medan andra tycker att det är viktigare att de får sin insats på utsatt tid. Andra medborgare kanske värdesätter en hög personalkontinuitet. Enligt tidigare granskning "Kontinuitet inom hemtjänsten" arbetar förvaltningen/sektorn med att inom ramen för IBIC (individens behov i centrum) försöka anpassa behov och önskemål gällande kontinuitet för varje enskild medborgare.

Genomförda intervjuer

Vid intervjuer har det framförts att kontinuitet är ett fortsatt utvecklingsområde. Ett problem är att medarbetarna inte har tillräcklig/rätt delegering för att möjliggöra scheman med en god personalkontinuitet.

3.4.5 Rekrytering

Centralt på förvaltningen finns enheten "Rekrytering och bemanning" som består av två enhetschefer, en för särskilt boende/hemtjänst och en för LSS, samt sju rekryterare. Det finns även en vikariepool som är kopplad hit. Enhetens uppdrag är att rekrytera timanställda medan respektive chef ute i verksamheten rekryterar fasta tjänster. Enheten rekryterar löpande, cheferna anmäler behov och rekryterarna matchar lämpliga kandidater. Inom enheten finns en funktion som bevakar att vikarier inte inlasas.

Vid rekrytering går rekryterarna igenom ansökningarna och gallrar de som inte är aktuella. Anledningar till att man inte går vidare i processen kan vara bristande språkkunskaper, att den sökande har sökt tidigare och inte gått vidare eller den sökande har arbetat på förvaltningen tidigare och inte fungerat bra. Det framkommer dock att det förekommer att de sökande som inte går vidare vänder sig direkt till de enskilda enheterna som kanske inte alltid har kunskap om att den sökande har sökt på annat sätt.

För de som går vidare bokas det in en teamsintervju. Alla rekryterare har genomgått utbildningen "kompetensbaserad rekrytering". Efter intervjun inhämtas två referenser via ett digitalt verktyg, varav det ena ska vara från en chef. Om det finns misstanke om droger eller stölder genomförs referenserna genom samtal. Därefter ska den sökande skicka in personbevis, körkort, tillstånd att arbeta i Sverige samt tjänstgöringsintyg. Rekryteraren tar fram ett löneförslag som skickas ut till berörd chef som träffar den sökande och även gör en egen bedömning.

Vid intervjun framfördes svårigheter med att bedöma den språkliga nivån. Det finns ett grundkrav men det är svårt att förhålla sig till. Rekryterarna gör inga språktester utan det görs endast en bedömning.

Det framförs även att om någon vikarie inte fungerar är det viktigt att cheferna återkopplar till rekryterarna. Antingen kanske personen kan arbeta på en annan enhet eller så behöver anställningen avslutas.

Rekrytering och bemanning kan även stödja enhetscheferna vid rekrytering av fasta tjänster. Enhetscheferna har förutom att använda det digitala verktyget för referenser ofta möjlighet att ta referenser internt inom kommunen då det är vanligt att de sökande sedan tidigare har arbetat inom kommunen.

Inom kommunens äldreomsorg görs inga bakgrundskontroller i belastningsregistret. Det görs däremot i det externa boendet som ingår i granskningen. Under 2025 har två motioner gällande införande av krav på utdrag ur belastningsregistret behandlats. Nämndens förslag till fullmäktige (2025-03-26 § 24 och 25) är att avvakta beslut i Riksdagen om obligatoriskt utdrag under våren 2025 innan något beslut fattas inom nämndens verksamhetsområden.

3.4.6 Chefernas förutsättningar

Arbetsledningen inom äldreomsorgen är avgörande för att skapa trygghet för de äldre. En välfungerande arbetsledning säkerställer att personalen har tydliga riktlinjer, stöd och resurser.⁵ Nämnden har vidtagit åtgärder genom att se över chefernas vardag och inrätta olika former av stödfunktioner och det har gjorts en översyn av administrativa rutiner.

Sektor hemtjänst och särskilt boende är kommunens största sektor med 45 enhetschefer som är indelade i fyra grupper. Enheternas storlek varierar mellan 20 och 80 anställda. På de större enheterna finns en biträdande chef och det finns även samordnare varför antalet medarbetare per arbetsledare uppgår till ca 15-25 medarbetare. Personalomsättningen uppfattas generellt vara låg men med vissa avvikelser. Andelen timanställda uppgår till 16-17 % vilket innebär att det är en relativt hög andel fasta tjänster.

Flera av de intervjuade cheferna upplever att de har många underställda och att de har ett bredare ansvarsområde jämfört med många andra verksamheter. Alla personalgrupper är inte självgående vilket kräver mer arbetsledning. Rehabärenden tar mycket tid från den ordinarie verksamheten. Det finns även synpunkter gällande stöd i planering, ekonomi och HR-frågor samt introduktion för nya chefer. Tillgången till mentorstöd varierar.

Inom hemtjänsten har cheferna begränsad möjlighet att sätta sig in i de enskilda medborgarna, vissa chefer har upp mot 150 medborgare inom sitt område. Inom särskilt boende är antalet medborgare färre och flera av de intervjuade cheferna menar de känner väl till de flesta av medborgarna.

Bedömning

Vi bedömer att det i huvudsak finns arbetssätt och rutiner för att säkerställa den inre tryggheten. Det har framkommit att värdegrunden är svår att förstå och vi menar att det är viktigt att prioritera insatser för att förenkla eller på annat sätt säkerställa att medarbetarna förstår innehållet. Nämnden har rutiner för att ta hand om språksvaga medarbetare, både i form av direkt stöd men också genom att utforma ansvar och arbetsuppgifter på adekvat nivå. Behovet av att fortsätta utveckla språkkunskaper framgår i nämndens tertiärrapport 1 2025.

Granskningen visar att det finns fortsatt behov av att utveckla fast omsorgskontakt och kontinuitet utifrån medborgarens behov och önskemål. Nämnden har redan givit förvaltningen i uppdrag att arbeta vidare med dessa frågor.

Nämnden har i huvudsak säkerställt att det finns rutiner för rekrytering av nya medarbetare. Vi menar att ett eventuellt införande av bakgrundskollkontroller kan bidra till att ytterligare stärka möjligheterna till att undvika felaktiga rekryteringar.

Cheferna har påtalat vissa brister gällande sina förutsättningar att bedriva en tillräcklig arbetsledning. Vi menar att nämnden bör se över behov av ytterligare stöd som exempelvis mentorskap för nya chefer.

Vi rekommenderar nämnden att aktiviteter genomförs för att medvetandegöra värdegrunden för medarbetarna för att alla ska känna till och förstå den.

Vi rekommenderar nämnden att fortsätta att se över chefernas förutsättningar för att möjliggöra ett bra ledarskap.

⁵ Dialog Trygghet

3.5 YTTRE TRYGGHET - FYSISK SÄKERHET

I detta avsnitt har vi fokuserat på skalskydd, brandsäkerhet, ekonomisk brottslighet i form av stölder av kontanter och läkemedel, trygghetslarm m.m. Avsnittet avslutas med en bedömning av de åtgärder som vidtagits ur ett fysiskt perspektiv.

3.5.1 Skalskydd, passersystem m.m.

Förvaltningen har sammanställt statistik över stöld/svinn av läkemedel. Utifrån statistiken har en plan tagits fram för vilka verksamheter som ska prioriteras för installation av behörighetsstyrda läkemedelsskåp.

Hemtjänsten

Under 2025 har fokus legat på att installera behörighetsstyrda nyckelskåp och läkemedelsskåp till hemtjänstens lokaler. Vissa av medborgarnas nycklar förvaras i hemtjänstlokalen i ett nyckelskåp med ett säkert passersystem där det går att spåra vilken nyckel som har plockats ut och av vem. Även reservnycklar till alla medborgare förvaras här. Inom hemtjänsten är det få medborgare som har medicinskåp, medicin förvaras i medborgarens egna utrymmen.

Digitala lås hos medborgare

Inom hemtjänsten används i första hand Phonirol^[1]-lås hemma hos medborgarna. Phonirolås är en digital låslösning som används för att skapa en nyckelfri miljö. Medarbetarna öppnar dörrar med en digital nyckel via en mobilapp. Fördelarna med dessa lås är att medarbetarna inte behöver hämta fysiska nycklar vid larm, risken för borttappade eller kopierade nycklar elimineras och alla låshändelser loggas i systemet.

Det finns fysiska nycklar till samtliga medborgare för att ha en backup vid strömavbrott eller andra händelser där Phonirolås inte kan användas. Tjänstetelefoner förvaras i hemtjänstlokalen och personalen behöver använda både tagg och kod för att ta sig in i lokalen. Phonirolåset loggar alla låshändelser vilket vid behov kan användas för att kontrollera om medborgaren har fått insats och av vem.

Särskilda boenden

Under 2025 planeras ett utbyte av passersystemet på anhörigavlösningen vid Västervik. Även andra särskilda boenden planeras få förbättrade passersystem kommande år.

På majoriteten av kommunens särskilda boenden finns det passersystem från entrén och hela vägen in till sjuksköterskeexpeditionen samt till läkemedelsskåpet i sjuksköterskeexpeditionen. Däremot förekommer fortfarande traditionella nycklar på vissa entréer och inre dörrar, så som till boendelägenheter och mindre medicinskåp.

För att få behörighet till läkemedelsskåpet och/eller medicinskåpen med passersystem krävs det att medarbetaren har en särskild behörighet med delegering. I boendelägenheter där medicinskåpen inte har passersystem förvaras nycklarna till de enskilda medicinskåpen i ett nyckelskåp.

Dörrarna till de särskilda boendena är öppna dagtid vilket innebär att vem som helst kan ta sig in på boendet. De enskilda avdelningarna är relativt små och personalen förväntas ha uppsikt över vilka personer som kommer in på avdelningarna. Samtliga särskilda boenden är enligt uppgift stängda under natten.

Förvaltningen hyr en del boenden externt och har inte alltid möjlighet att ställa krav på passersystem. Det finns enklare system som förvaltningen själva kan installera och som går att ta bort om lokalerna sägs upp. Vid intervjuer har framförts att rutinerna för hantering av nycklar i samband med avslut av tjänst inte alltid fungerar vilket innebär att det finns nycklar som obehöriga kan ha tillgång till. Personalen har på vissa boenden framfört att de har känt sig otrygga med att obehöriga skulle kunna ta sig in i lokalerna.

[1] Phonirol.com

3.5.2 Brandsäkerhet

Räddningstjänsten genomför tillsyn enligt plan och nämnden vidtar de åtgärder som krävs. Under 2025 kommer ett särskilt boende att behöva evakueras under tiden som åtgärderna genomförs.

3.5.3 Ekonomi - stölder, inbrott m.m.

Av riktlinje för hantering av egna medel inom Vård- och omsorgsnämndens verksamheter framgår att huvudregeln är att varje medborgare som har insatser alltid sköter sina egna medel själv. Om medborgare som behöver hjälp och inte kan få hjälp av anhöriga/närstående eller god man/förvaltare kan i särskilda fall en skriftlig överenskommelse skrivas. Medborgarens medel lämnas över till chef för enheten som utser en medarbetare som har ansvar för dessa. De egna medlen ska förvaras på ett tryggt och säkert sätt och alltid vara inlåsta. Vid uttag ska det föras en kassabok eller noteras på särskild redovisningsblankett. Chef för enheten ansvarar för att det genomförs regelbundna granskningar. Vidare framgår att enheten inte ska förvara värdesaker åt någon medborgare.

Genomförda intervjuer

Vid intervjuer framgår att hantering av privata medel är begränsad eftersom hemtjänsten inte längre utför några inköp åt medborgarna. Däremot har de enskilda medborgarna egna medel och andra värdesaker i sitt boende. Det har dock förekommit och/eller förekommit misstankar om en del stölder. Som den del i att förebygga stölder har förvaltningen gått ut med information till medborgare och anhöriga om att inte lämna kontanter och värdesaker synliga. Inom särskilt boende kan det finnas en mindre summa pengar hos de enskilda som ska användas till mindre utlägg, dessa är numera inlåsta på enhetschefens kontor.

I samband med inflyttning till särskilt boende uppmanas medborgare/anhöriga i första hand att ta med sig så få smycken och värdesaker som möjligt. Boendet är noga med att förklara att de inte tar ansvar för smycken. Därefter upprättas en förteckning över vilka smycken och värdesaker som medborgaren har med sig. Det är även viktigt att dokumentera om de anhöriga tar med sig något hem så att dokumentationen är uppdaterad. Det har förekommit att både medborgare och anhöriga har misstänkt att värdesaker har försvunnit och det har gjorts utredningar.

Alla medarbetare får i samband med anställning skriva under att de inte får ta emot pengar från medborgarna. Bisysslor ska anmälas och tas upp vid varje års medarbetarsamtal. Vid intervjuer framkommer det att vissa områden ofta pratar om stölder och att cheferna har försökt angripa problemet på olika sätt. Rutinen för privata medel och egendom har tagits upp på arbetsplatsträffar och alla ska känna till att det blir en Lex Sarah så fort det blir en anmälan. Ett ärende avseende en mer omfattande stöld upptäcktes under 2024. Ärendet polisanmälades och den aktuella medarbetaren dömdes till fängelse.

Läkemedel handlar också om stöld, men vid flera intervjuer har det framkommit att cheferna menar att medarbetarna inte ser på stöld av läkemedel på samma sätt som stöld av pengar. Polisanmälan görs även när stöld av läkemedel upptäcks. Även nycklar till medicinskåpen har i bytts ut i de fall där det inte funnits något passersystem till läkemedelsskåpet.

3.5.4 Förvaring och hantering av läkemedel

Förvaring av den enskildes läkemedel ska, enligt riktlinje för läkemedelshantering, förvaras inlåst i den enskildes bostad. Om förvaring sker i olåst skåp ska en bedömning av vilka risker som finns i och med detta genomföras. Det ska finnas en namngiven distriktssköterska eller sjuksköterska som ansvarar för läkemedelsförråd som utses av ansvarig chef. Läkemedel, sprutor och kanyler ska förvaras på ett sätt så att de inte är åtkomliga för obehöriga vilket kan betyda att de behöver låsas in. Dialog förs med den enskilde.

Narkotikaklassade läkemedel

Kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel ska ske en gång per månad av distrikts-sköterska eller sjuksköterska. Den som genomför kontrollberäkningen ska inte vara den- samme som ansvarar för läkemedelsförrådet eller beställning av läkemedel. När byte av smärtpåsar sker ska det förbrukade påsaret förvaras inlåst innan det överlämnas till sjuksköterska.

Inom särskilt boende ska endast den mängd som beräknas utgå för en veckas förbrukning förvaras i den enskilde skåp. Förbrukningsjournal Narkotika ska föras och förvaras i den enskildes läkemedelsskåp, alternativt elektroniskt. Alternativt kan Signeringslista användas. Endast den personal som har delegering får tillgång till nycklar eller koder till läke- medelsskåpet.

Inom ordinärt boende gäller att, om det bedöms som olämpligt att förvara hela förpack- ningar i bostaden, förvaras förpackningarna i samlat förråd.

Stöld av läkemedel

Vid stöld av läkemedel ska avvikelserapport upprättas, polisanmälan göras och i samar- bete med MAS görs en händelse och riskanalys samt handlingsplan. Under 2024 rapporte- rades 232 händelser avseende stöld/svinn av narkotikaklassade läkemedel inom förvalt- ningen. Endast ett fåtal händelser polisanmälades.

Genomförda intervjuer

Inom särskilt boende har samtliga medborgare ett mindre medicinskåp i sitt boende. En- ligt intervjuer genomförs kontrollräkning regelbundet. Den externa utförare vi intervjuade uppger att de endast förvarar narkotikaklassade läkemedel för ett dygns förbrukning i me- dicinskåpet. Kommunens sjuksköterskor har ansvar för natt och helg på boendet och ef- tersom de har andra rutiner upplevs det som svårare för boendets egna sjuksköterskor att få den kontroll som eftersträvas.

Inom hemtjänsten är det få medborgare som har medicinskåp, medicin förvaras i medbor- garens egna utrymmen. Personalen genomför löpande kontrollräkning av narkotikaklas- sade läkemedel. Vid flera intervjuer har framförts att det inte är helt självklart hur denna kontrollräkning ska göras. Utbildningar genomförs vid behov.

3.5.5 Skyddsåtgärder⁶

Socialtjänstlagen (SoL) Lagen om särskilt stöd och service (LSS) och hälso- och sjukvårds- lagen (HSL) bygger på frivillighet. Det innebär att man inte kan vidta åtgärder mot en per- sons vilja. Socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för den enskildes delaktighet, självbestämmande och integritet. Tvångs- och begränsningsåtgärder kan handla om situationer när den enskilde är inlåst, begränsas från att röra sig fritt som ex- empelvis sänggrindar men även om att begränsa tillgång till föremål som låsta skåp. Det kan även röra sig om läkarundersökningar och smärre ingrepp som vaccinerings och blodprovstagningar.

Skyddsåtgärder kräver alltid den enskildes samtycke och anhöriga, god man eller förval- tare kan inte ge sitt samtycke till eller ställa krav på att personal ska utföra vård och om- sorg mot den enskildes vilja.

Ett vanligt exempel på skyddsåtgärd inom äldreomsorgen är låsning av dörrar. Enligt so- cialtjänstlagen får den enskilde inte låsas in i sin bostad eller på annat sätt förhindras från att gå ut. Dörren till den enskildes bostad kan dock var låst om medborgaren sam- tycker till detta, samtyckte ska inhämtas vid inflyttning. Om den enskilde inte har för- måga att lämna ett uttryckligt samtycke ska det säkerställas genom att personalen följer den enskildes upplevelser och välmående.

⁶ Riktlinje för skyddsåtgärder med risk för upplevt trång och begränsning.

Ytterdörren till en särskild boendeform kan vara låst och även dörrar till avdelningar och enheter. Låset ska vara konstruerat så att den enskilde själv kan låsa upp. Ett kodlås är i praktiken detsamma som en låst dörr och koden ska finnas till i nära anslutning till kodlåset. Larm på ytterdörren kan användas för att informera personalen om att en person är på väg att lämna boendet.

Av intervjuer framgår att det finns situationer där medborgare obemärkt tar sig ut genom ytterdörrar, altandörrar eller liknande på de särskilda boendena och inte själva hittar tillbaka. Detta kräver att personalen har god uppsikt över de äldre. Vissa boenden har larmsystem som hjälper personalen att hålla koll på medborgare som rör sig utanför boendet. Vid intervju lyftes en avvikelse som handlade om att en medborgare hade lyckats ta sig ut och blivit svårt nedkyld innan personalen hade uppmärksammat att medborgaren inte var kvar på boendet.

3.5.6 Trygghetslarm och GPS-larm

Ett trygghetslarm är till för människor som vill leva ett självständigt liv i eget boende samtidigt vill vara säkra på att hjälp alltid finns när det behövs. Medborgaren ska lämna ut nyckel och förvaltningen erbjuder ett kostnadsfritt digitalt lås. Av genomförandeplanen ska det framgå vem som gör vad vid ett eventuellt larm. Provlarmningar ska genomföras en gång i kvartalet.

GPS-larm är en omsorgstjänst, mobilt trygghetslarm, som fungerar utanför hemmet till skillnad från ett stationärt trygghetslarm. Larmet bärs av medborgaren och positionen kan hittas med hjälp av satelliter och GSM-master. Medborgaren kan själva aktivera GPS-larmet genom att trycka på en knapp och om medborgaren saknas kan en positionering av vart medborgaren befinner sig ske. Ett mobilt trygghetslarm kan tillgodose behov av trygghet eller fungera som ledsagning vid utevistelse i samhället när medborgare känner sig otrygga eller begränsade i sin vardag.

Av riktlinjerna för både trygghetslarm och GPS-larm framgår att det är viktigt att medborgaren informeras om att trygghets-/GPS-larmet är ett hjälpmedel och inte en garanti för säkerhet. Samtliga medborgare inom målgruppen som ansöker om trygghetslarm får i allmänhet denna insats beviljad.

3.5.7 Rutiner för att hantera krissituationer

I Mål och budget 2025 med plan 2026-2027 har fullmäktige fastställt flera uppdrag som har bäring på kris- och krigssituationer. Det finns sektorsövergripande rutiner för extraordinära händelser. Flera av de intervjuade enhetscheferna har uppgivit att de inte är så insatta i dessa men att de har bra stöd från förvaltningens säkerhetssamordnare.

Ett exempel på en situation som har uppstått är när trygghetslarmen slog ut. Säkerhetsamordnare sammankallade till ett möte med alla enhetschefer och verksamhetschefer där det gjordes upp en plan för att göra tillsynsbesök. Kontakt togs med alla medborgare för att säkerställa att allt var bra med dem.

Den externa utförare vi intervjuade uppgav att ansvaret i krissituationer kopplat till fastighetsrelaterade frågor är oklart gällande de fastigheter som hyrs från kommunen.

Bedömning

Vi bedömer att det i huvudsak finns arbetssätt och rutiner för att säkerställa den yttre tryggheten. Nämnden har inventerat skalskyddet och prioriterat vilka insatser som ska genomföras. Alla särskilda boenden har inte fullgoda passersystem i nuläget men åtgärdsplaner med prioriteringar har upprättats.

Det finns rutiner och arbetssätt för att motverka stölder av kontanter, värdesaker och läkemedel. Trots detta sker en del avvikelser men granskningen visar att de händelser som rapporteras tas om hand. Det finns dock förmodligen ett mörkertal som varken är kända eller rapporteras varför det är viktigt att fortsätta värna om det förebyggande arbetet.

Nämnden tillhandahåller trygghetslarm för samtliga som efterfrågar det. Den uppkomna situationen när trygghetslarmen slogs ut visade på att nämnden har rutiner och arbetssätt gällande trygghetslarm som fungerar vid elavbrott. Vi har inte granskat hur övriga rutiner eller arbetssätt fungerar i en krissituation.

3.6 NÄR VERKSAMHETEN INTE FUNGERAR

Revisionsfråga: Säkerställer nämnden att det finns rutiner för att hantera och rapportera missförhållanden?

3.6.1 Rapportering av missförhållande

Vård- och omsorgsnämnden ska enligt 14 kap. 3 § Socialtjänstlagen och 24 b § Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade ansvara för att de som är verksamma inom all socialtjänst informeras om uppgiften att genast rapportera ett missförhållande. Det framgår även att det är viktigt att beakta att rapporteringsskyldigheten både omfattar den som själv uppmärksammar, samt den som på annat sätt får kännedom om ett missförhållande.

Övergrepp klassas in följande kategorier; fysiska, sexuella, psykiska och ekonomiska övergrepp.

Stölder eller ekonomiska övergrepp som begås av anställda är brottsliga handlingar där arbetsgivaren kan behöva vidta åtgärder oavsett om händelser har rapporterats enligt lex Sarah eller inte. Ett ekonomiskt övergrepp kan även utgöra ett hot mot eller medföra konsekvenser för den enskildes fysiska eller psykiska hälsa.

Brister i bemötande ska vara ett bemötande som klart avviker från grundläggande krav i lagstiftningen. Bemötandet omfattar också hur anställda tilltalar en person och respekterar den enskildes ägodelar.

Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande, ett exempel är anställda som förvarar uppgifter så att obehöriga kan komma åt dem eller att de lämnar ut uppgifter muntligt eller skriftligt till anhöriga utan den enskildes samtycke.

Brister i utförande av insatser, kan handla om exempelvis en medborgare på särskilt boende som inte kan tillkalla hjälp, "glöms" bort på toalett en längre tid, larm som inte har åtgärdats där en enskilde inte får adekvat hjälp utan får ligga till någon hittar honom eller henne.

Brister i fysisk miljö, utrustning och teknik, kan handla om branta trappor, trasiga handtag på grindar och fönster m.m.

Chef ska så snart indikation om att ett övergrepp har skett kontakta Socialt ansvarig samordnare (SAS). Om ärendet avser att personal har utfört övergreppet ska kontakt tas med HR. En lex Sarah-rapport ska upprättas och färdigställas där SAS ska inleda en utredning enligt författning om lex Sarah. Verksamheten har även en skyldighet att informera anhöriga om rätten att upprätta polisanmälan.

3.6.2 Avvikelsehantering

Av riktlinjen för Risk och avvikelsehantering framgår att den som varit med om eller upptäckt ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande utan dröjsmål ska informera ansvarig chef. Den som fått kännedom om missförhållandet dokumenterar i DF-respons. Rapporten går vidare till ansvarig chef som omedelbart ska informera Socialt Ansvarig Samordnare (SAS). Denne ansvarar för utredning och för att avgöra om missförhållandet är allvarligt eller inte och om en anmälan till IVO ska göras. Närmast ansvarig chef har ansvar för att informera personer i verksamheten, den enskilde medborgaren samt god man/förvaltare.

Personal som inte får respons från närmast ansvarig chef kan kontakta SAS eller på eget initiativ rapportera direkt till inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Alla som omfattas av rapporteringsskyldighet ska informeras i samband med att en anställning, ett uppdrag eller när en praktikperiod påbörjas. En skriftlig blankett ska signeras. All personal ska få information om rapporteringsskyldigheten minst en gång per år. Närmast ansvarig chef ska även regelbundet följa upp att personal förstår innebörden av missförhållanden.

Totalt redovisades 1 051 avvikelser i rapporteringsverktyget DF-respons under 2024, varav hälften avsåg utebliven insats. Avvikelser avseende brist i trygghet uppgick till ca 300.

Genomförda intervjuer

Samtliga chefer får en rapport från avvikelssystemet varje månad så att de kan se alla inrapporterade avvikelser. Vid intervjuer framkommer att det varierar mellan enheterna i vilken omfattning avvikelser rapporteras. Medarbetarna uppfattas vara väl insatta i skyldigheten att rapportera och att det upplevs finnas en öppen kultur, dvs att personalen känner sig trygg att rapportera utan rädsla för negativa konsekvenser. Det finns dock fortfarande ett mörkertal, dvs. alla händelser rapporteras inte.

De uppkomna avvikelserna tas upp på APT och det förs diskussioner om rutinerna behöver ändras för att samma händelse inte ska inträffa igen. Både på sektorsledning och enhetschefernas möten har avvikelserapportering varit en vanligt förekommande diskussionspunkt. Enhetscheferna kontaktar både medborgare och anhöriga när incidenter har inträffat. Som tidigare har nämnts uppstår avvikelser ofta pga. okunskap som kan bestå i att personalen inte läser genomförandeplan eller att biståndsbeslutet är otydligt så att fel insatser har satts in.

När det gäller avvikelser inom hälso- och sjukvården (HSL) är avvikelser gällande läkemedel den vanligaste avvikelserna som verksamheterna registrerar. Händelser med utebliven dos har fortsatt att minska inom särskilt boende men ökat inom hemtjänsten.

Uppföljning

Av Stratsys framgår att arbetsgruppen för avvikelshantering, analysgruppen, årligen inför Förvaltningens VP-dagar återredovisar sitt arbete till förvaltningsledningen.

Analysgruppen går tillsammans igenom de rapporterade avvikelserna och försöker exempelvis hitta mönster/systematiska avvikelser. Socialt ansvarig samordnare (SAS) utreder de allvarligaste avvikelserna och gör stickprov. Om det är någon enhet som har många avvikelser görs det extra insatser.

Händelser som rapporterats enligt Lex Sarah⁷ 2024

I nämndens Kvalitetsrapport för 2024 återfinns följande tabell över händelser som rapporterats enligt Lex Sarah inom Sektor hemtjänst och särskilt boende under 2024:

Tabell: Lex Sarah för Sektor hemtjänst och särskilt boende, 2024			
Lagrum	Antal	Typ av händelse	Utförare
Lex Sarah (SoL)	7	Fysiska övergrepp	Egen regi
Lex Sarah (SoL)	1	Sexuella övergrepp	Egen regi
Lex Sarah (SoL)	2	Brister i fysisk miljö, utrustning, teknik	Egen regi
Lex Sarah (SoL)	6	Ekonomiska övergrepp	Egen regi
Lex Sarah (SoL)	1	Påtaglig risk för ett missförhållande	Egen regi
Lex Sarah (SoL)	2	Brister i bemötande	Egen regi
Lex Sarah (SoL)	11	Brist i utförande av insatser	Egen regi

Källa: Socialt ansvarig samordnare (SAS)

⁷ Lex Sarah missförhållanden och risk för missförhållande enligt socialtjänstlagen

Totalt sett har det rapporterats 30 lex Sarah- ärenden, varav 13 har gått vidare till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Händelser som rapporterats enligt lex Maria⁸ 2024

Under 2024 anmäldes 3 händelser enligt lex Maria till IVO, varav två inom hemtjänsten. Ytterligare två händelser har anmälts men svar hade inte inkommit från IVO i samband med upprättandet av Kvalitetsrapporten. Samtliga ärenden kan hänföras till att personalen inte har tagit del av/följt instruktioner.

Rapportering till nämnden

Beslut om lex Sarah och lex Maria-anmälningar fattas på delegation och rapporteras löpande till förvaltningschef och nämndens presidium. Nämnden har möjlighet att ta del av de enskilda anmälningarna.

Synpunktshantering

Medborgare och anhöriga har möjlighet att lämna synpunkter. Förvaltningen använder Flexite för hantering av synpunkter. Enligt kvalitetsrapporten görs löpande genomgångar och analyser som tas upp på APT, verksamhetsledning och sektorsledning. Under 2024 rapporterades få synpunkter avseende särskilt boende. Inom hemtjänsten avser de flesta synpunkter insatser som inte blivit utförda eller som inte fungerar.

Bedömning

Vi bedömer att nämnden har säkerställt att det finns rutiner för att hantera och rapportera missförhållanden. Det finns även rutiner för att hantera och åtgärda rapporterade avvikelser. En stor del av avvikelserna består i brister i biståndsbeslut och genomförandeplaner vilket har kommenterats under avsnitt 3.3. där vi också har lämnat en rekommendation.

Nämnden tar löpande del av rapporterade avvikelser enligt lex Sarah och lex Maria.

3.7 FÖREBYGGANDE ARBETE

Revisionsfråga: Bedriver nämnden ett förebyggande arbete i syfte att minska känslan av otrygghet?

Behovet av förebyggande insatser har exempelvis lyftas inom ramen för Age-friendly cities and communities samt Riktlinje för äldreomsorg 2022-05-11 med tillhörande bakgrundsrapport. Den nya socialtjänstlagen som antogs av riksdagen den 20 maj 2025 fokuserar också på det förebyggande arbetet. Enligt uppgift kommer nuvarande Riktlinje för missförhållande och risk för missförhållande att uppdateras med hur verksamheterna ska arbeta förebyggande för att minska riskerna.

Granskningen har inom detta område endast varit på en övergripande nivå för att visa på att nämnden bedriver förebyggande insatser. Vi har inte granskat om åtgärderna är tillräckliga eller ändamålsenliga.

Medborgare

Nämnden har beslutat om ett antal förebyggande åtgärder för äldre. Sociala mötesplatser och fysiska aktiviteter är exempel på insatser som bidrar till de äldres välbefinnande och även kan innebära att känslan av otrygghet minskar. Exempelvis finns det en aktivitets-samordnare anställd inom kultur- och fritidsförvaltningen.

Bostadsanpassning, trygghetslarm och olika typer av hjälpmedel är mer direkta åtgärder som genomförs för att öka tryggheten i hemmet. Skalskydd i form av passersystem till dörrar och medicinskåp samt en god fysisk miljö på särskilda boenden är också exempel på åtgärder som påverkar medborgarnas trygghet.

⁸ Lex Maria; en vårdskada eller en händelse som kunde lett till en vårdskada enligt Patientsäkerhetslagen. I båda fallen ska händelserna utredas av vårdgivaren. Om de är allvarliga ska de också anmälas till IVO.

Nämnden informerar kommuninvånare om risken för stölder och inbrott, att inte öppna dörren för personer de inte känner, att avslöja personnummer eller bankid, i olika sammanhang. Det har även gått ut information till medborgare om att inte lämna kontanter eller värdesaker synliga.

Anhöriga

På kommunens externa hemsida finns information om bl.a. boendesituation på äldre dar, trygghetslarm, hjälpmedel, hemtjänst m.m. som kan vara till stöd för både anhöriga och äldre. Anhöriga kan ta del av vilka aktiviteter som erbjuds och veckomatsedel på boendet. Vissa boenden har en app eller skickar ut information. Anhörigträffar genomförs årligen på de särskilda boendena för att de anhöriga ska få insyn i verksamheten.

Bedömning

Vi bedömer, utifrån det övergripande perspektiv som denna revisionsfråga har behandlats, att nämnden i huvudsak bedriver ett förebyggande arbete i syfte att minska känslan av otrygghet. Eftersom nya socialtjänstlagen fastställdes i samband med granskningens färdigställande har vi inte tagit hänsyn till vilka åtgärder nämnden har vidtagit för att anpassa sig till de nya kraven i denna lag.

3.8 UPPFÖLJNING

Revisionsfråga: Följer nämnden upp de äldres trygghet, såväl den upplevda tryggheten som genomförda insatser?

Nämnden får löpande information om verksamheten, exempelvis brukarundersökningar där medbornas trygghet ingår. Förvaltningens analysgrupp återredovisar resultat av avvikelser till nämnden.

Uppföljning av biståndsbeslut och genomförandeplaner har tidigare ingått i nämndens internkontrollplan. Granskningen visar på att det fortfarande finns brister i denna uppföljning, se avsnitt 3.3 ovan.

Beslut om Lex Sarah och lex Maria-anmälningar fattas på delegation och rapporteras löpande till förvaltningschef och nämndens presidium. Nämnden har möjlighet att ta del av de enskilda anmälningarna.

Nämnden följer upp verksamheten genom den årliga Kvalitetsrapporten samt Patientsäkerhetsberättelsen. Uppföljningen är på övergripande sektornivå men det finns uppgifter för de enskilda enheterna i bilaga. Nämnden får också information från Ledningens genomgång av kvalitetsledningssystemet, där ett av syftena är att bedöma om det nuvarande systemet/arbetssättet leder till "nöjda omsorgstagare/medborgare". Uppföljning av nämndens uppdrag inom ramen för Mål och budget görs tertialvis.

Bedömning

Vi bedömer att nämnden i huvudsak följer upp de äldres trygghet. Den upplevda tryggheten följs upp genom att ta del av brukarundersökningar och genomförda insatser följs upp genom kvalitetsrapporten, löpande information från verksamheten samt genom att nämnden tar del av rapporterade avvikelser. Granskningen visar dock att det finns brister i uppföljning av biståndsbeslut och genomförandeplaner. Bedömning och rekommendationer avseende biståndsbeslut och genomförandeplaner återfinns under avsnitt 3.3.

4 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Granskningens syfte är att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt att åtgärder har vidtagits för att äldre i behov av vård och omsorg kan känna sig trygga i sin boendemiljö.

Vår sammanfattande bedömning är att vård- och omsorgsnämnden i huvudsak har vidtagit att åtgärder har vidtagits för att medborgarna ska kunna känna sig trygga oavsett om det gäller hemtjänst eller särskilt boende.

4.1 SVAR PÅ REVISIONSFRÅGORNA

Den sammanfattande bedömningen grundar sig på följande underliggande bedömningar:

Revisionsfråga	Svar	Kommentar
Har nämnden prioriterat åtgärder för att öka medborgarnas trygghet?	I huvudsak	I nämndens verksamhetsplan är det främst minutjakten inom hemtjänsten som kan anses få direkta effekter på tryggheten. Varje enhet inom hemtjänst och särskilt boende har fått i uppdrag att arbeta med förbättringsåtgärder utifrån brukarundersökningar.
Finns det rutiner och arbetssätt för att säkerställa att medborgarna ska kunna känna sig trygga? Följs dessa?	Delvis	Övergripande - rutiner finns men de följs inte alltid. Det finns otydligheter i biståndsbeslut respektive genomförandeplaner. Många avvikelser beror på att personalen inte läser genomförandeplanerna. Inre trygghet – värdegrunden är svår att förstå och det krävs ett förtydligande av denna. Nämnden beskriver själva behovet av att ytterligare stärka språkutbildningen. Behov av fortsatt utveckling av kontaktpersonal och fast omsorgskontakt finns. Yttre trygghet – nämnden har tagit fram en åtgärdsplan för att säkerställa ett tillräckligt skalskydd. Rutiner och arbetssätt finns för att motverka stölder. De avvikelser som rapporteras tas om hand.
Säkerställer nämnden att åtgärder vidtas om avvikelser/missförhållanden uppstår?	Ja	Det finns rutiner för att hantera och rapportera missförhållanden. Det finns även rutiner för att hantera och åtgärda rapporterade avvikelser. En stor del av avvikelserna består i brister i biståndsbeslut och genomförandeplaner vilket har kommenterats under avsnitt 3.2. där vi också har lämnat en rekommendation. Nämnden tar löpande del av rapporterade avvikelser enligt lex Sarah och lex Maria.
Bedriver nämnden ett förebyggande arbete i syfte att minska känslan av otrygghet? Denna fråga ingår endast övergripande.	I huvudsak	Nämnden har beslutat om ett antal förebyggande åtgärder. Nya socialtjänstlagen har precis fastställts och vi har inte bedömt på vilket sätt nämnden har anpassat åtgärder utifrån denna lag.
Följer nämnden upp de äldres trygghet, såväl den upplevda tryggheten som genomförda insatser?	I huvudsak	Nämnden har löpande uppföljning av verksamheten, exempelvis brukarundersökningar och analyser av avvikelser.

Vi rekommenderar vård- och omsorgsnämnden att

- *säkerställa att aktiviteter genomförs för att medvetandegöra värdegrunden för medarbetarna för att alla ska känna till och förstå den.*
- *fortsätta att se över chefernas förutsättningar för att möjliggöra ett bra ledarskap.*
- *arbeta vidare med att förtydliga rutiner kring biståndsbeslut och genomförandeplaner samt att förbättra uppföljningen. I detta ingår att säkerställa att medarbetarna ges förutsättningar, och medvetandegörs om behovet av, att ta del av genomförandeplaner.*

5 BILAGA

Styrdokument och riktlinjer

Riktlinjer för Bemötande inom Vård- och omsorgsnämndens verksamheter, RIK – 01156

Fast omsorgskontakt i hemtjänsten

Riktlinje för hantering av egna medel inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde, RIK – 03752

Riktlinje för Risk- och avvikelshantering inom Vård- och omsorgsnämnden RIK – 01146

Riktlinje för missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande, Lex Sarah RIK - 01916

Riktlinje för skyddsåtgärder med risk för upplevt trång och begränsning RIK - 1606

Riktlinje för inhämtande av samtycke inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde RIK - 04460

Riktlinje för Trygghetslarm inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde RIK – 04489

Riktlinje vid övergrepp RIK – 02945

Riktlinje för kontaktpersonal RIK – 01180

Riktlinje för GPS-larm enligt SoL RIK – 01199

Riktlinje för läkemedelshantering RIK - 01632